



T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİNİN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL
DOĞRULTUSUNDA TANI ALMAMIŞ YETİŞKİN BİR
ÖRNEKLEMDE İNCELENMESİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Münire KAYTAN

BURSA-2015



T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ BİLİM DALI

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİNİN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODEL
DOĞRULTUSUNDA TANI ALMAMIŞ YETİŞKİN BİR
ÖRNEKLEMDE İNCELENMESİ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

Münire KAYTAN

Danışman:

Doç. Dr. Orçun YORULMAZ

BURSA-2015

T. C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji Bilim Dalı'nda 700945005 numaralı Münire KAYTAN'ın hazırladığı "Beden Dismorfik Bozukluğu Belirtilerinin Bilişsel Davranışçı Model Doğrultusunda Tanı Almamış Yetişkin Bir Örneklemde İncelenmesi" konulu Yüksek Lisans Çalışması ile ilgili tez savunma sınavı 24.08.2015 günü 13:00 – 14:30 saatleri arasında yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar doğrultusunda adayın tezinin başarılı olduğuna oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.



Üye (Tez Danışmanı ve Sınav Komisyonu Başkanı)
Doç. Dr. Orçun YORULMAZ
Dokuz Eylül Üniversitesi



Üye
Doç. Dr. Gülay DİRİK
Dokuz Eylül Üniversitesi



Üye
Yard. Doç Dr. Ahu ÖZTÜRK
Uludağ Üniversitesi

24.08.2015

ÖZET

Yazar Adı ve Soyadı :Münire KAYTAN
Üniversite :Uludağ Üniversitesi
Enstitü :Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı :Psikoloji
Bilim Dalı :Klinik Psikoloji
Tezin Niteliği :Yüksek Lisans Tezi
Sayfa Yapısı :XI + 119
Mezuniyet Tarihi : .../ ... / 2015
Tez Danışmanı :Doç. Dr. Orçun YORULMAZ

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN BİLİŞSEL DAVRANIŞCI MODEL DOĞRULTUSUNDA TANI ALMAMIŞ YETİŞKİN BİR ÖRNEKLEMDE İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı, beden dismorfik bozukluğu (BDB) belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda 18 yaş üstü tanı almamış yetişkin örnekleme incelenmesidir. Bu doğrultuda bilişsel davranışçı modele göre BDB'nin ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerden sosyal görünüş kaygısı, öz-bilinç, görünüşü düzeltme, kaçınma, öfke, korku, iğrenme, kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik ile beden dismorfik bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Çalışma 191 kadın ve 117 erkek olmak üzere toplam 313 yetişkin bireyle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara, Kişisel Bilgi Formu, Beden İmgesi Bozukluğu Testi, Öz Bilinç Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği, Temel Duygular Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmada değişkenler arası ilişkileri incelemeye yönelik korelasyon analizi, BDB belirti düzeyleri düşük ve yüksek gruplar arasındaki farkları ve ilgili ölçeklerden alınan puanların cinsiyete göre değişip değişmediğini sınamak için varyans analizleri (ANOVA, MANOVA) ve son olarak da ele alınan değişkenlerden hangilerinin BDB belirtilerini yordadığını test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır. Grup farkı analiz sonuçları BDB belirtilerinin daha çok kadınlarda görüldüğünü, BDB belirtileri yüksek düzeyde olanların sosyal görünüş kaygılarının da yüksek olduğunu, daha çok görünüşü düzeltme ve kaçınma baş etme stratejilerini kullandıklarını ve daha çok iğrenme ve korku duygularını yaşadıklarını göstermiştir. Korelasyon ve hiyerarşik regresyon analizleri de cinsiyet, sosyal görünüş kaygısı, görünüşü düzeltme, kaçınma ve korku faktörlerinin bu belirtilerdeki rolünü doğrular niteliktedir. Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde elde edilen bulguların, BDB'ye yönelik önerilen bilişsel-davranışçı modelin kültürümüzde de geçerli olduğuna işaret ettiği ve ilgili literatür bulguları doğrultusunda olduğu kanaatine varılmış; araştırma sonuçları bu bulgular ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: beden dismorfik bozukluğu, bilişsel davranışçı model, sosyal görünüş kaygısı, baş etme stratejileri, temel duygular, öz bilinç, mükemmeliyetçilik

ABSTRACT

Name and Surname : Münire KAYTAN
University : Uludağ University
Institution :Social Science Institution
Field: :Psychology
Branch :Clinical Psychology
Degree Awarded :Master
Page Number : XI + 119
Degree Date : / / 2015
Supervisor :Doç. Dr. Orçun YORULMAZ

Examination of Body Dismorphic Disorder Symptoms in Accordance With Cognitive-Behavioral Model in a Community Sample

The aim of this study is to be examined the symptoms of body dysmorphic disorder (BDD) on the direction of cognitive-behavioral model over the unidentified 18 years of age adult sample. In this direction, according to cognitive-behavioral model, relations between the factors that being effective to come in view of BDD, such as social appearance anxiety, self-consciousness, appearance fixing, avoidance, anger, fear, disgust, self-oriented perfectionism, other oriented perfectionism and socially prescribed perfectionism with the symptoms of body dysmorphic disorder are examined. The study is performed with 191 women and 117 men, in total 313 adult individual. Personal Data Form, Body Image Disturbance Questionnaire Self-Consciousness Scale, Social Appearance Anxiety, Body Image Coping Strategies Inventory, Basic Emotions Scale and Multidimensional Perfectionism Scale are performed. In the study to examine relations between the variables; correlation analysis, the diversities of low and high BDD symptoms level group and analysis of variance (ANOVA, MANOVA) in order to test the points taken from the scales changing according to sex and lastly hierarchical regression analysis is performed in order to test that which variables predict BDD symptoms. Group difference analysis results show that BDD symptoms are seen mostly for women. Ones who have high level BDD symptoms, it shows that their social appearance anxiety is high too, they use the strategies of appearance fixing and avoidance coping strategies and also they lived feeling of disgusting and fear. Correlation and hierarchical regression analysis confirm the sex, social appearance anxiety, appearance fixing, avoidance and fear factors of the role of these symptoms. When the study results are evaluated available findings point that in respect of BDD cognitive behavioral model is valid in our culture. It is concluded that results are in the same with the literature finding aspect. The study results are argued on these findings.

Keywords: body dysmorphic disorder, cognitive-behavioral model, social appearance anxiety, coping strategies, basic emotions, self-consciousness, perfectionism.

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkısı olan pek çok kişi var. Onlar, bu zorlu süreçte ilerlemem konusunda benden desteklerini hiçbir zaman esirgemediler. İlk olarak, yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren, tez yazma süresince desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, anlayış ve sabrıyla bu süreci kolaylaştıran, bu tezin tohumlarını eken ve gelişmesini sağlayan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Orçun YORULMAZ'a sonsuz teşekkür ederim.

Tez savunma sınavı jüri üyelerim Sayın Doç Dr. Gülay DİRİK ve Sayın Yard. Doç Dr. Ahu ÖZTÜRK'e yaptıkları öneri ve katkılarla tezime son halini vermeme yardımcı oldukları için çok teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimimde ders dönemi boyunca engin bilgi birikimlerini cömertçe paylaşan, bilimsel bakış açısı kazandırma noktasında bana yeni ufuklar sağlayan, akademik disiplin konusunda kendilerinden çok şey öğrendiğim Sayın Prof. Dr. H. Gürkan TEKMAN, Sayın Prof. Dr. M. Ersin KUŞDİL, Sayın Doç. Dr. Orçun YORULMAZ, Sayın Doç. Dr. Gülay DİRİK'e ve Uludağ Üniversitesi Psikoloji bölümünün tüm öğretim üyelerine teşekkür ederim.

Tezimin veri toplama süresince, veri toplarken verdikleri destek için değerli dost, arkadaş ve akrabalarım, aynı zamanda tanımadığım halde bilimsel çalışmalara katkı sağlamak amacıyla anket setini doldurmayı kabul eden katılımcılara, veri setinin oluşmasına katkı sağladıkları için teşekkürü borç bilirim.

Bugünlere gelmemde başrolü üstlenen, tez dönemim boyunca her türlü zorluğun üstesinden gelmemde bana yardımcı olan, bu süreçte desteklerini esirgemeyen ve beni hoşgören annem Meryem KAYTAN, babam Raşit KAYTAN, ablam Fatma KAYTAN ve hayatımdaki özel insan Edebali LEVENT'e minnetlerimi sunarım.

Bursa - 2015

Münire KAYTAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	ix
TABLolar.....	x
ŞEKİLLER.....	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM LİTERATÜR TARAMASI

1.1. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN OLGUSAL ÖZELLİKLERİ.....	6
1.1.1. Sınıflandırma.....	7
1.1.2. Tarihçe	8
1.1.3. Epidemiyoloji.....	10
1.1.4. Eştanılar.....	12
1.1.5. Etiyoloji.....	13
1.1.6. Klinik Özellikler.....	15
1.2. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODELİ	19
1.3. TEDAVİ	22
1.4. ARAŞTIRMADA YER ALAN DEĞİŞKENLER.....	24
1.4.1. Mükemmeliyetçilik.....	24
1.4.2. Öz Bilinç	29
1.4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı	32
1.4.4. Temel Duygular.....	34

1.4.5. Beden İmgesi Başetme Stratejileri	38
--	----

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1 ÖRNEKLEM	41
2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	44
2.2.1. Kişisel Bilgi Formu	45
2.2.2. Beden İmgesi Bozukluğu Anketi	45
2.2.3. Öz Bilinç Ölçeği.....	46
2.2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	48
2.2.5. Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği.....	49
2.2.6. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği.....	50
2.2.7. Temel Duygular Ölçeği.....	52
2.3. İŞLEM.....	52

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1 İÇSEL GÜVENİRLİK DEĞERLERİ VE BETİMSSEL DEĞERLENDİRME	54
3.2. BEDEN İMGESİ BOZUKLUĞU ANKETİ AÇIK UÇLU SORULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	56
3.3. DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON ANALİZİ.....	57
3.4. GRUP FARKI ANALİZLERİ	60
3.4.1. Cinsiyet Değişkenine Göre Uygulanan Grup Farkı Analizleri	60
3.4.2. Beden Dismorfik Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Uygulanan Grup Farkı Analizleri.....	63
3.5. BDB BELİRTİLERİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERE YÖNELİK HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZİ.....	66

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1.ÖRNEKLEM ÖZELLİKLERİ	68
4.2. ÖRNEKLEMİN BEDEN İMGESİ ALGISININ BETİMSSEL İNCELEMESİ.....	69
4.3.MODELİN SINANMASI	73
4.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ.....	78
4.5. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	80
4.6. KLİNİK GÖSTERGELER.....	81
4.7. GELECEKTE YAPILACAK OLAN ÇALIŞMALARA YÖNELİK ÖNERİLER.....	82
KAYNAKÇA	84
EKLER.....	104
Veri Toplama Araçları	104
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onay Belgesi.....	117
ÖZGEÇMİŞ.....	119

KISALTMALAR

Kısaltma	Bibliyografik Bilgi
AN	Anoreksiya Nervosa
BDB	Beden Dismorfik Bozukluğu
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BİBA	Beden İmgesi Bozukluğu Anketi
BİBSO	Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği
ÇBMÖ	Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı
ICD	Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖBÖ	Öz Bilinç Ölçeği
SGKÖ	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SSRI	Seçiçi Serotonin Yeniden Alım Önleyicisi
TDÖ	Temel Duygular Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo No.	Sayfa No.
Tablo 1. DSM-V'e göre BDB Tanı Kriterleri	6
Tablo 2. Katılımcıların ve Anne Babalarının Eğitim Durumları.....	42
Tablo 3. Katılımcıların ve Anne Babalarının Meslekleri	43
Tablo 4. Katılımcıların Diyet ve Spor Yapma Sıklıkları	44
Tablo 5. Ölçeklerin Tüm Örneklem İçin İçsel Tutarlılık Değerleri.....	55
Tablo 6. Tüm Örneklemde Ana Demografik Bilgiler ve Temel Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Bulguları.....	58
Tablo 7. Tüm Örneklemde Temel Değişkenler Arası Korelasyonel İlişkiler.....	59
Tablo 8. Ölçek Puanlarına, Cinsiyet Değişkenine Göre Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	62
Tablo 9. Beden İmgesi Bozukluğu Testi (BİBA) Uç Gruplarında Değişkenler Açısından Grup Farkı.....	65
Tablo 10. Tüm Örneklemde Beden İmgesi Bozukluğu Belirtilerine Yönelik Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları.....	67

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No.

Sayfa No.

Şekil -1 BDB'nin Bilişsel-Davranışçı Modeli.....21



GİRİŞ

“Dün üniversiteye gitmedim. Bugün erken kalktım, çıkmak için hazırlandım ama yapamadım. Makyaj yaptım; ancak hiçbir şey yolunda gitmedi. Yansımama bakıyorum ve kendimi fiziksel olarak hasta hissediyorum. Gözlerimin altında büyük torbalar var ve göz kapaklarım kırmızı. Yüzümün her tarafı şişmiş ve cildim korkunç. Gözyaşları içinde çöktüm. Annem bana okula gitmediğim için çok kızgındı, kendimi sadece çok değersiz hissettim. Annem yanlış bir şey olmadığını söyledi, bense hayatımı mahvediyordum. Böyle olmak istemiyordum. Dün ellerimi kestim. Bugün yaralarım iyileşiyor ama aynı zamanda acıyor. Çok ağladım. Bazı şeylerin daha iyiye gidebileceğini düşünmüştüm ama sadece kendimi kandırmışım. Hiçbir şey daha iyi olmayacak. Kapana kısılmış durumdayım.” (Ross ve Gowers, 2011: 142). Bu sözler, BDB tanısı almış bir bireye aittir...

Birçok insan; görsel anlamda çekici olmayan insanlara nazaran, çekici insanlarla iletişime geçmeyi yeğlemektedir. Bu durum, yine birçok insanın, diğer insanlar üzerinde olumlu bir izlenim bırakabilmek için gayret göstermesine neden olmaktadır (Yousefi, Hassani ve Shokri, 2009: 202). Fiziksel olarak çekici olan kadın ve erkekler, fiziksel olarak çekici olmayan insanlara göre, arzu edilen kişilik özelliklerine sahip olmakta, daha prestijli işlerde çalışmakta ve daha mutlu ve başarılı olmaları beklenmektedir. (Dion, Berscheid ve Walster, 1972: 288-289). İnsanların çoğu bu araştırma sonuçlarını bilmese de, sosyal hayatın içinde edinilen deneyimler, son yıllarda televizyon, internet kısacası medya aracılığıyla verilen mesajların güzelliğe verilen önemi arttırması; kişilerin kusursuz beden imajı oluşturmalarına, görünümlerine yönelik kaygıların artmasına ve bedenlerine yönelik uğraşlarının artmasına yol açabilmektedir.

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), DSM-V ile somatoform bozukluklar grubundan çıkarılarak, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar isimli yeni bir listeye konulmuştur. DSM-V'e göre BDB, algılanan hayali ya da hafif bir kusur sebebiyle aşırı kaygı duyma ve bu kaygıların sonucu tekrarlayıcı davranışlar (ayna kontrolü, deri yolma, çevresinden görünümüyle ilgili onay alma) ve zihinsel eylemlerin (dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma) varlığıyla betimlenir. Bahsedilen kusurlar başkaları tarafından algılanmaz ya da bu kusurların çok az olduğu düşünülür (APB, 2013: 242). BDB'ye sahip bireyler sık sık aynaya bakmakta, dış görünüşlerine aşırı özen göstermekte ve çevreden dış

görünüleriyle ilgili onay beklemekte ve kusurlu buldukları bölgelerini başkalarınınkiyle kıyaslamaktadırlar. Kusurlu buldukları bölgelerini, kamufle etme ve değiştirmeye çalışmaktadırlar. Bu çabalara rağmen, bu kişiler kendilerini toplumdan soyutlamakta, insanlardan kaçmaktadırlar, toplum dışı davranışlar sergileyebilmektedirler. Çoğu zaman bu kişiler okul ve iş yaşamlarında problemler yaşamaktadırlar. Bu kişiler, memnun olmadıkları beden bölgesi için cerrahi müdahalelere başvurabilmekte, intiharla sonuçlanan vakalara da rastlanabilmektedir (Phillips, 2004: 13).

BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre (Neziroğlu, Khemlani-Patel ve Veale, 2008: 150-164; Philips, 2009, 197-198) hastalığın ortaya çıkmasında bir takım faktörler etkilidir: bireyin hayatında başkaları tarafından olumsuz yorumlar alması, ergenlikte alaya maruz kalması ya da kişinin dış görünüşüyle ilgili olumsuz bir düşünceye kapılması sürecin başlamasında tetikleyici bir rol oynar. Bu tetikleyiciler, kişinin kendine olan dikkatinin artmasına sebep olur ve kişide negatif değerlendirilme korkusu oluşur. Bu da beraberinde kişin kendini estetik bir nesne olarak algılamasına yol açar. Kişinin özbilinci artar, kendi bedenine aşırı farkındalık oluşturur. Düşünce ve davranışlarında artan farkındalık yaşayan kişi, mevcut durumunu tolere etmek için güvenlik davranışlarına yönelir, kaçınma davranışları gösterir. Kişinin duygu durumunda, yaşanan durum, olay ya da davranışların değerlendirilmesine bağlı olarak utanma, iğrenme, kaygı, öfke gibi duygular gözlenir. Dolayısıyla BDB'nin bilişsel davranışçı modeli, biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerle birlikte, hayatta yaşanan tetikleyici olayların, kişinin kendisini estetik bir nesne olarak tanımlamasının, artan öz bilincin ve kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesinin bu rahatsızlıkta etkili olduğunu vurgulamaktadır. BDB belirtileri sadece hasta grupta değil, aynı zamanda normal örnekleme de görülebilmektedir. Bununla ilgili yapılmış araştırmalar mevcuttur. Bohne ve arkadaşları (2002: 488) Alman ve Amerikan öğrencilerle yaptığı araştırmada Amerikan öğrencilerinin % 74,3'ünün, Alman öğrencilerinse % 46,6'sının beden imajlarından hoşnut olmadıklarını belirtmişlerdir. Biby (1998: 496) ise üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada bedeninden memnun olmayanların oranını % 60 olarak bulmuştur. Fitts, Gibson, Redding ve Deiter (1989: 655) 258 üniversite öğrencisiyle yaptığı araştırmada öğrencilerin % 70'inin bedenlerinin bazı bölgelerinden hoşnut olmadıklarını, % 48'inin algıladığı kusuru abarttıklarını, % 46'sının algılanan kusurla aşırı uğraştığını saptamıştır. Bu araştırma sonuçları BDB belirtilerinin sağlıklı bireylerde de görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı, beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda 18 yaş üstü tanı almamış yetişkin örnekleme incelenmesidir. Beden dismorfik bozukluğunun bu teze konu olmasının en büyük sebebi, yapılan literatür taramasında diğer birçok psikiyatrik rahatsızlığa oranla daha az çalışılmış olmasıdır. Yurtdışında bu konuyla ilgili yapılan araştırmalara daha çok rastlanırken, Türkiye’de BDB ile ilgili bilimsel makalelerin bir elin parmaklarını geçmeyecek miktarda olması, tezlerinse sadece birkaç tane olması bu alanda çalışılmasının nedenleri arasındadır. Yurt dışında BDB’nin bilişsel davranışçı modeli araştırmalara konu olmuşken, Türkiye’de bu model doğrultusunda yapılan bir araştırmaya rastlanılmamış olması, bu araştırmada BDB’nin bilişsel davranışsal model doğrultusunda incelenmesi fikrini doğurmuştur. Bunların dışında, her ne kadar güzellik subjektif bir kavram olsa da, özellikle son yıllarda dergi, gazete, televizyon, internet gibi kitle iletişim araçları vasıtasıyla mükemmel yüz ve mükemmel bedenlerin insanlara sunulması, güzelliğe verilen önemin artmasına kitlesel olarak neden olmaktadır. Bu durum da bedenle ilgili olan beden dismorfik bozukluğunun daha çok yaygınlaşmasına yol açmış, bu bozukluktan daha çok bahsedilir duruma gelmiştir. Kısacası güzelliğe verilen önemin artmasıyla birlikte beden algısının bozulması ve buna yönelik pikopatolojilerin artması, BDB’nin diğer psikiyatrik rahatsızlıklara nazaran daha az çalışılmış olması ve ülkemizde henüz bilişsel davranışçı modelinin çalışılmamış olması, literatüre katkı sağlaması amacıyla bu konunun tercih edilme sebebi olmuştur. BDB ergenlik döneminde başlamasına rağmen, tanının daha ileri yaşlarda koyulabilmesi ve araştırma sonuçlarının daha büyük bir kitle olan yetişkin grubunda da ele alınabilmesi için 18 yaş üstü bireylerle çalışılması uygun görülmüştür. Araştırmada örneklem grubunu, tanı almamış sağlıklı bireyler oluşturmuştur. Sağlıklı bireylerle çalışmanın avantajı, tanı almamış bireylerde rahatsızlık ortaya çıkmadan, etkili olabilecek yordayıcılar belirlenerek yatkınlık faktörü olarak dikkat edilmesi gerekenler bağlamında yol gösterici olmasıdır. Bu doğrultuda BDB belirtilerini değerlendirmek için Beden İmgesi Bozukluğu Anketi (BİBA; Cash, Philips, Santos ve Hrabosky: 2004) kullanılarak, bilişsel davranışçı modele göre BDB’nin ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerden, sosyal görünüş kaygısı, öz-bilinç, görünüşü düzeltme, kaçınma, öfke, korku, iğrenme, mükemmeliyetçilik (kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik) ile BDB belirtileri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Araştırmada bilişsel-davranışçı model doğrultusunda ele alınan değişkenlerden kısaca bahsetmek gerekirse mükemmeliyetçilik, kolayca değiştirilemeyen ve çoğunlukla fark edilemeyen, derine yerleşmiş psikolojik özelliklerin karmaşık bir modeli olarak tanımlanan kişiliğin, farklı bir yönü olarak betimlenmiştir (Millon, 1996: 86). Bir diğer değişken olan öz bilinç, bireyin kendi davranışlarına, bu davranışların sonuçlarına ve diğerlerinin kendileri hakkındaki düşüncelerine odaklanma eğilimi olarak tanımlanmıştır (Fenigstein: 1975, 523). Modelde yer alan sosyal görünüş kaygısı, insanların fiziksel görünüşlerinin diğer insanlar tarafından değerlendirilirken yaşadıkları kaygı ve gerginlik olarak ele alınmaktadır (Doğan, 2010: 151). Beden imgesi baş etme stratejileri ise bu araştırmada kullanılan bir diğer değişkendir. Beden imgesi, bireyin bedeniyle ilgili algılamalarını, tutumlarını, düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve davranışlarını kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanırken (Cash, 2004: 1-2), baş etme ise, içsel ve dışsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan zorlukları yönetebilmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmıştır (Lazarus ve Folkman 1984: 141). Beden imgesi baş etme stratejileri alt boyutu olan görünüşü düzeltme, bireylerin beden imgesine yönelik olumsuzluklarla ve tehditlerle ilgili olarak söz konusu olumsuzlukları gidermeye ve düzeltmeye yönelik çabalarına işaret ederken kaçınma alt boyutu ise bireylerin beden imgesi ile ilgili olumsuzluklardan kaçınmalarına işaret eder (Doğan, Sapmaz ve Totan, 2011: 127). Araştırmada kullanılan son değişken olan duygular ise, içinde bulunulan ortamın algılanmasıyla ortaya çıkan bireyin iç dünyasını harekete geçiren bedensel, davranışsal ve zihinsel özellikleri içeren duyusal süreçtir (Young, 1981: 144). Öfke, korku ve iğrenme ilgili literatür bağlamında bu araştırmada ele alınacak olan duygulardır.

Araştırmada tanı almamış sağlıklı bir örneklemede çalışıyor olmak ve dolayısıyla bireyin kendini subjektif olarak değerlendirdiği öz-bildirim ölçeklerinin kullanılması araştırmanın sınırlılıklarından gibi görünse de, tanı almamış, sağlıklı bireylerle çalışmak, hastalık ortaya çıkmadan etkili olabilecek faktörleri belirlemek açısından önem arz etmektedir. Araştırmanın sonucunda, bilişsel davranışçı modele göre BDB'nin ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde etkili olan faktörlerden, sosyal görünüş kaygısı, görünüşü düzeltme, kaçınma, öz bilinç, kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik, öfke, korku ve iğrenmenin BDB belirtilerini yordaması beklenmektedir. Ayrıca araştırma, tanı almamış bireylerde çalışıldığı için, henüz rahatsızlık ortaya çıkmadan etkili olabilecek yordayıcılar

belirlenerek dikkat edilmesi gereken faktörlerin ortaya konmasının, tanı, değerlendirme, tedavi ve önleme süreçlerine katkı sağlanması beklenmektedir. Araştırma konusunun az çalışılmış olmasının literatüre katkı sağlaması ve bundan sonra yapılacak çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

Araştırmanın hipotezleri;

1- BDB belirtileri ile kendine, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

2- BDB belirtileri ile sosyal görünüş kaygısı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması öngörülmektedir.

3- BDB belirtileri ile görünüşü düzeltme ve kaçınma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması öngörülmektedir.

4- BDB belirtileri ile öz bilinç arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

5- BDB belirtileri ile iğrenme, korku ve öfke arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması öngörülmektedir.

Bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Ana bölümler ayrıca, anlatım kolaylığı açısından kendi içinde alt başlıklara bölünmüştür. İlk bölümde beden dismorfik bozukluğu ile araştırmada kullanılan değişkenler hakkında genel bilgi verilmiş ve literatürde ulaşılan ilgili araştırma bulguları özetlenmiştir. İkinci bölümde araştırma yönteminden bahsedilmiş, araştırmanın örneklemeden, kullanılan ölçüm araçlarına ve yapılan işlemlerden bahsedilmiştir. Üçüncü bölümde araştırma bulgularına değinilmiştir. Son bölümde ise araştırma bulguları literatürle karşılaştırılmış, model sınanmış ve sonuca değinilmiştir.

LİTERATÜR TARAMASI

1.1. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN OLGUSAL ÖZELLİKLERİ

Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), DSM-V'e göre algılanan hayali ya da hafif bir kusur sebebiyle aşırı kaygı duyma ve bu kaygıların sonucu tekrarlayıcı davranışlar (ayna kontrolü, deri yolma, çevresinden görünümüyle ilgili onay alma) ve zihinsel eylemlerin (dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma) varlığıyla betimlenir. (APB, 2013: 242). DSM-V' e göre beden dismorfik bozukluğu tanı kriterleri Tablo-1 'de verilmiştir:

Tablo 1. DSM-V'e Göre BDB Tanı Kriterleri

-
- 1- Dış görünümünde, başkalarınca gözlenemeyen ya da başkalarınca önemsenmeyecek bir ya da birden çok kusur ya da özür algılama düşünceleri ile uğraşıp durma.*
 - 2 - Kişi, bu bozukluğun gidişi sırasında dış görünümüyle ilgili kaygılardan ötürü tekrarlayıcı davranışlarda (örn; aynaya bakıp durma, derisini yolma, güvence arayışı) ya da zihinsel eylemlerde (örn; dış görünümünü başkalarıyla karşılaştırma) bulunur.*
 - 3 - Bu düşünsel uğraşlar, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.*
 - 4- Dış görünümle ilgili bu düşünsel uğraşlar, bir yeme bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılayan bir kişide, vücut yağı ya da ağırlığı ile ilgili kaygılarla daha iyi açıklanamaz.*
-

(APB, 2013: 242).

Bu tanımda, 1. madde asıl tanı, 3. madde destekleyici tanı, 4. ise ayırıcı tanı ölçütleri olarak görülmektedir (Bingöl, 2006: 3). Tanımda bahsedilen kaygı, bu kişilerin görünümleriyle ilgili ayrıntılara aşırı odaklanmalarıyla ilgilidir ve problem olarak görülen bölge çoğu zaman normaldir. Kriter 3'te belirtilen sıkıntı ile; depresyon, üzüntü, kaygı, endişe, korku, panik gibi olumsuz duygu ve düşüncelerin kastedildiği bildirilmiştir. Toplumsal, mesleki ya da diğer işlevsellik alanlarındaki bozulmayla ilgili problem alanlarıysa; arkadaş edinme yeteneği, karşı cinsle olan ilişki, sosyal faaliyetlere katılma, iş ya da okula sahip olma, bunu devam ettirebilme, bunlara yoğunlaşabilme, çocuk ve yaşlı

ebeveynlerinin bakımını sağlamak, ev işlerini yapmak, alışveriş ve diğer günlük aktiviteler, eğlence aktiviteleri ve hobileri içermektedir. Kriter 4'le ilgili olarak, iki şeyi fark etmenin önemli olduğu vurgulanmaktadır. İlki, BDB'li hastalar, kilolarıyla ilgili aşırı endişe duyabilirler ancak sadece bu durum yeme bozuklukları tanısı almak için yeterli değildir. İkincisiyse; hem BDB hem de herhangi bir yeme bozukluğu aynı anda görülebilir, tanı açısından dikkatli olunmalıdır (Philips, 2009: 17-21).

1.1.1. Sınıflandırma

BDB, DSM-V (APB, 2013: 242)'te obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmaktadır. Bu başlık altında tanımlanan bozukluklar şunlardır:

- 1- Obsesif Kompulsif Bozukluk
- 2- Beden Dismorfik Bozukluğu
- 3- Biriktiricilik Bozukluğu
- 4- Trikotillomani
- 5- Deri Yolma Bozukluğu
- 6- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk
- 7- Başka Bir Tıbbi Duruma Bağlı Obsesif Kompulsif Bozukluk
- 8- Başka Türü Adlandırılmayan Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk
- 9- Farklılaşmamış Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk

ICD-10 (World Health Organization, 1992: 131)'da, DSM-IV'te olduğu gibi BDB, somatoform bozukluklar içinde değerlendirilmiş; ancak BDB bir alt başlık altında incelenmemiş, hipokondriazisin bir türü olarak değerlendirmiştir. BDB ve hipokondriazisin; aşırı değer verilmiş düşünce, belirtilerin kendisinden ziyade anlam ve sonuçlarının rahatsız edici olması; hekimlerin verdiği güvenceye rağmen hastalarda herhangi bir rahatlama olmaması gibi yönlerden birbirine benzediği bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008: 542). Ancak Philips ve arkadaşları DSM-V'e yönelik önerileri içeren makalede ICD-10'daki hipokondriazis kriterlerinin BDB için uygun olmadığını ve BDB ile hipokondriazisin benzer bir hastalık olduğuna dair deneysel bir kanıt olmadığını belirtmektedirler (Phillips, Wilhelm, Koran, Didie, Fallon, Jamie Feusner ve Stein 2010: 574). BDB'nin sanrısız tipi ise ICD-10'da inatçı sanrılı bozukluklar içinde, sanrılı dismorfofobi adıyla sınıflandırılmaktadır (ICD-10, 1992: 85). ICD-10'da BDB; bireyin

görünümündeki memnuniyetsizliğin 6 aydan daha uzun sürmesi, bu durumun sürekli sıkıntı, sosyal yetiyitimine yol açması ve delüzyonel yoğunluğu olmaması olarak tanımlanmıştır (ICD-10, 1992: 131).

BDB ilk olarak DSM-III'te dismorfofobi adıyla herhangi bir tanı kriteri olmadan atipik somatoform bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (Atipik terimi DSM-IV'teki "başka türlü adlandırılmayan" tabirini ifade etmektedir) (akt: Aydoğmuş, Tüzün ve Tezcan, 1991: 35). DSM-III-R'de ise BDB ilk kez ayrı bir hastalık olarak yer almıştır. Hastalık, fobi belirtileri içermediğinden ve ilk olarak önerilen terim olan dismorfofobia terimi de fobiyi çağrıştırdığından bunun yerine Beden Dismorfik Bozukluğu terimi kullanılmıştır (akt: Elbozan, Karlıdağ ve Ünal, 2003: 237).

DSM-IV'te BDB'nin OKB ile ilişkili olduğu düşünülerek somatizasyon bozuklukları yerine OKB ile birlikte anksiyete bozuklukları bölümünde sınıflandırılması gündeme getirilmiştir (Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy ve Cater, 1998: 572). Ancak DSM-IV'e göre beden dismorfik bozukluğu, somatoform bozukluklar altında ele alınmıştır. DSM-IV'te BDB, fiziksel görüntüdeki hayali ya da ufak tefek kusurlar nedeniyle zihnin aşırı uğraşısı olarak tanımlanmaktadır (APB, 1994: 445). BDB'nin obsesif kompulsif yelpaze bozukluklarıyla ilişkili olduğu fikri de öne sürülmüştür (Phillips, McElroy ve Hudson, 1995: 48). DSM-IV'te somatoform bozuklukları içinde yer alan BDB, DSM-V'te obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar isimli yeni bir başlık oluşturularak, bu gruba yerleştirilmiştir (Schieber, Kollei, Zwaan ve Martin, 2015: 223).

BDB'nin DSM-IV'teki tanımlanmasıyla kıyaslandığında DSM-V'teki ilk değişiklik yeni bir tanılama kriterinin getirilmiş olmasıdır (Schieber, Kollei, Zwaan ve Martin: 2015, 223). Bu kriter, dış görünüşle ilgili kaygılar sonucunda ortaya çıkan tekrarlayıcı davranışlar ve zihinsel eylemler olarak tanımlanmıştır. Diğer bir değişiklik kas dismorfinin ve içgörünün betimlenmiş olmasıdır (Phillips ve Stein: 2015).

1.1.2. Tarihçe

Bozukluk ilk kez 1886 yılında, İtalyan bir psikiyatrist olan Enrico Morselli tarafından vücuttaki hayali bir kusurla ilgili endişe ve yakınma anlamına gelen "dismorfofobi" terimiyle anılmıştır (akt: Aydoğmuş, Tüzün ve Tezcan, 1991: 35). Morselli

dismorfofobinin bedendeki hayali kusurla ilgili obsesif düşünce ya da üzüntü olduğunu ve ilkel bir paranoya ya da saplantı olarak sınıflandırılabilceğini belirtmiştir. Dismorfofobi, köken olarak Yunanca bir kelime olan “dismorfi” sözcüğünden gelmekte ve özellikle yüzü ifade eden çirkinlik anlamını taşımaktadır. Eski kaynaklara bakıldığında, “Herodot Tarihi” adlı eserde Sparta’nın çirkin kız efsanesine atıfta bulunarak, bu bozukluğun ilk sinyalleri verilmiştir (Philips 2009, 9, Veale ve Neziroğlu, 2010: 32).

Morselli bu tanımlamayı yaptığı sıralarda Kaan 1892 yılında, kendi kitabında çirkinlik korkusundan bahsederken, 1901’de Hertenberg de kitabında dismorfofobi terimini kullanmıştır (akt: Veale ve Neziroğlu, 2010: 33). Fransız psikiyatrist Pierre Janet, yatalak bir kadın hastayı betimlerken, obsesif kompulsif nevrozun bir alttipi olarak, bedenden utanma obsesyonu kavramını geliştirmiştir (akt: Frare, Perugi, Ruffolo ve Toni, 2004: 294). Janet’in bu açıklaması -formulasyon olmadan- davranışçı terapinin ilk olası kullanımını içerdiğinden kritiktir. Psikiyatrik tanılandırma sisteminin babası olarak görülen Emil Kreapelin ise 1909 yılında bozukluğu kompulsif nevroz olarak sınıflandırmış ve egodistonik özelliklerinden bahsetmiştir (akt: Sadock ve Sadock: 2003).

1930’larda Jahreiss, benzer kavramlar olan “güzellik hipondiazisi” ve “çirkin olma konusunda endişeli biri” kavramlarını kullanmış, ardından Ladee bu kavramları tanımlamıştır. “Dermatolojik hipokondriazis” ise beden dismorfik bozukluğunu tanımlayan bir başka terimdir ve saç ve ciltle ilgili kusurlara yöneliktir. Stekel 1949’da bedenin herhangi bir bölgesiyle ilgili obsesif düşüncelerden bahsederek, beden dismorfik bozukluğuna göndermede bulunmuştur (akt: Philips, 1991: 1140).

“Kurt Adam”, gerçek adıyla Sergei Pankejeff, psikiyatri literatüründe hatırı sayılır üne sahip vakalardan biridir. Freud, hastanın kimliğini gizlemek amacıyla ona bu ismi takmıştır. Hasta, kurtla ilgili tekrarlayan rüyalar gördüğü için böyle bir takma isim almıştır. Pankejeff, Rus aristoklarındandır ve burnuyla ilgili kaygılara sahiptir, burnunun çirkin olduğunu düşünmektedir ve bu durum sosyal hayattan kaçınmasına neden olmaktadır. Freud bu durumu çocukluk nevrozu olarak betimlemiştir (Freud, 1963, akt: Davis, 1995). Psikanalitik görüş, burnun, penisi temsil ettiğini ve hastanın kastrasyon kompleksi içinde olduğunu belirtmektedir. Hastanın bir diğer terapisti Ruth Brunswick, hastanın muhtemel BDB tanısı alacak şekilde, sosyal yaşamını ve iş yaşamını ihmal edecek şekilde burnuyla uğraştığını ve caddelerde kendisine mağazaların vitrinlerinden baktığını, cebinde sürekli

aynıyla dolaştığını ve her birkaç dakikada bir görüntüsünü kontrol ettiğini ve bunu hayatının merkezine koyduğunu belirtmektedir (Veale ve Neziroglu, 2010: 34-35).

1.1.3. Epidemiyoloji

Şizofreni, depresyon, yeme bozuklukları gibi alanlarda birçok geniş katımlı araştırma yapılmış olmasına rağmen, literatüre bakıldığı zaman BDB'ye yönelik araştırmaların görece az sayıda olduğu görülmektedir. Öte yandan yapılmış mevcut çalışmalarda hem klinik hem de klinik olmayan örnekleme BDB'nin yaygınlığını ortaya koymaktadır. BDB çocukluktan yetişkinliğe, kadınlardan erkeklere, çeşitli etnik gruplara kadar herkeste görülebilen yaygın bir bozukluktur. Epidemiyolojik çalışmalar göstermiştir ki, BDB'nin genel popülasyonundaki prevalansı % 0,7 (Faravelli , Salvatori , Galassi , Aiazzi , Drei , Cabras, 1997: 24 ve Otto, Wilhelm, Cohen, Harlow, 2001: 2061) ile % 2,4 (Koran, Abujaoude , Large ve Serpe 2008: 316) arasında değişmektedir.

Herhangi bir psikiyatrik tanı almış grupta BDB sıklığı normal popülasyondan daha yüksek bulunmuştur. Yatarak tedavi gören 122 psikiyatri hastasıyla yapılan bir çalışmada, hastaların % 13'ü BDB tanısı alırken (Grant, Kim ve Crow 2001: 517), ABD'de ayaktan tedavi gören 500 psikiyatri hastasıyla yapılmış bir başka çalışmada bu oran % 3,2 olarak bulunmuştur (Zimmerman ve Mattita, 1998: 265). Conroy, Menard, Fleming, Modha, Cerullo ve Philips (2008: 67) yatarak tedavi gören 100 hastayla yaptığı çalışmada hastaların % 16'sının BDB tanısı aldığından söz etmektedir.

Ergenler ve genç yetişkinlerle yapılan çeşitli araştırmalar da bulunmaktadır. Klinik olmayan yetişkin öğrencilerle yapılan araştırmalarda BDB yaygınlığının % 2 ile % 13 arasında değiştiği rapor edilmektedir (Biby, 1998: 489; Taqui, Mehrine, Gowani, Shahid, Khan ve Tayyeb 2008: 20). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, bedenlerinden memnun olmayan öğrencilerin oranı % 60- % 70 arasında iken, BDB sıklığı ise % 13 - 28 arasında bulunmuştur (Fitts, 1989: 655). Yaşları 14 ila 19 arasında değişen 464 kişiyle yapılan bir çalışmada katılımcıların % 2,2'si BDB kriterlerini karşılamıştır (Mayville, Katz , Gipson, ve Cabral, 1999, 357). Üniversiteli Alman öğrencilerle yapılan bir çalışmada BDB sıklığı % 5,3 iken (Bohne, 2002, 486); Avustralyalı üniversite öğrencilerinde bu oran % 2,3 olarak bulunmuştur (Bartsch, 2007, 16). Ülkemizde 420 hemşirelik bölümü öğrencisiyle yapılan bir çalışmada bedeninden memnun olmayanların

oranı % 43,8 iken, BDB kriterlerini taşıyanların oranıysa % 4,8 olarak bulunmuştur (Cansever, 2008: 60). Yaş dilimine bakılarak yapılan çalışma sonucuna göre BDB yaygınlığı ise; 5 yaş altı katılımcılarda % 3, 6-10 yaş arası % 10, 11-15 yaş arası % 36, 16-20 yaş % 32, 21-25 yaş arası % 8, 26-30 yaş arası % 6, 31-35 yaş arası % 3, 36-40 yaş arası % 1, 40 yaş üstü ise % 1 olarak bildirilmiştir (Philips, 2009: 117).

BDB tanısı alan bireyler bu rahatsızlığın psikolojik değil, fiziksel bir altyapısı olduğunu düşündüklerinden, psikiyatristlerin değil; dermatolog ve plastik cerrahların kapısını aşındırmaktadır. Dermatologlara başvuranların oranı % 12, plastik cerrahiye başvuranların oranı ise % 6 - % 15 arasında bulunmuştur (Philips ve Castle 2002: 101). Türkiye’de akne şikayetiyle dermatologlara başvuran 159 hastayla yapılan bir çalışmada ise hastaların % 8,8’ine BDB tanısı konulmuştur ve bu hastaların psikiyatrik ya da fiziksel bir tedavi için daha önce başvurmadıkları da elde edilen bir diğer bulgudur (Uzun, Başoğlu, Akar, Cansever, Özşahin, Çetin ve Ebrinç, 2003: 415).

Cinsiyet üzerinde yapılan araştırmalarda ise bazı çalışmalar kadınlarda BDB’nin daha sık görüldüğünü, bazı araştırmalar erkeklerde daha çok görüldüğünü gösterirken, bazı araştırmalarda her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Örnek verecek olursak Almanya genelinde test edilen, yaş dağılımı 16-99 olan 4152 katılımcı üzerinde yapılan araştırmaya göre, kadınların erkeklere oranla BDB belirtisi görme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Kadınlarda % 1,9, erkeklerde % 1,4). Bu şimdiki kadarki BDB üzerine yapılan en geniş kapsamlı araştırmadır (Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen, ve Brahler, 2006: 880). ABD’de 2513 kişinin katıldığı bir başka araştırmada BDB görülme oranı yine kadınlarda daha fazla bulunmuştur (Kadınlarda % 2,5, erkeklerde % 2,2) (Koran, Abujaoude, Large ve Serpe, 2008: 316). Bir başka araştırmada ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark ölçülmemiştir (Philips ve Diaz, 1997, 570). Türkiye’de BDB ve cinsiyet dağılımı konusunda yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar görmek mümkündür. Örneğin Aşkın (1994: 46), araştırmasında kadınlarda daha çok BDB görüldüğünü bildirirken, Çalığı ve Tükel (1997: 31), araştırmalarında bunun tam tersini söylemektedir.

Sonuç olarak BDB’nin görülme sıklığının gerçek hayatta, araştırmalarda belirtilenden daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bunun sebebinin, hastaların psikiyatrye gitme yerine plastik cerrahiye başvurmaları ve hastalıklarını uygun olmayan yöntemlerle

tedavi yoluna gitmeleri, utanmaları ve damgalanma korkuları dolayısıyla tedavi arayışında bulunmamaları olduğu düşünülmektedir. Ranjın değişken olmasıyla, çalışılan popülasyonun heterojenliğiyle ilgili bir durum olabilir. Cinsiyete dair BDB'ye yönelik araştırma sonuçları değişken olsa da kadınlarda BDB'nin daha fazla görüldüğünü söyleyen araştırma sonuçları daha çoktur.

1.1.4. Eştanılar

BDB'ye yaşamboyu eşlik eden psikiyatrik bozukluklardan duygudurum bozuklukları % 88 oranında görülürken, kaygı bozuklukları % 60 oranında görülmektedir (Phillips ve Diaz, 1997: 574). Çalışmaların birçoğu, BDB'ye en çok eşlik eden bozukluğun majör depresyon olduğunu göstermektedir. BDB'de majör depresif bozukluğun yaşam boyu görülme oranı % 82 iken, sosyal fobi % 38, madde kötüye kullanımı % 36, obsesif kompulsif bozukluk ise % 30 olarak rapor edilmiştir (Gunstad ve Phillips, 2003: 270). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise BDB'ye % 31,9 ile en çok obsesif kompulsif bozukluğun eşlik ettiği bulgulanmıştır. Bunu % 21,3 ile majör depresyon, % 17 ile sosyal fobi takip etmiştir (Aşkın ve Çilli, 2002: 200). Amerika'da yapılan bir başka çalışmada BDB'ye OKB'nin eşlik etme oranının % 37 olduğu görülmüştür (Hollander, Cohen ve Simeon, 1993: 361).

Eksen II bozukluklarına bakıldığında, Philips ve Susan (2000: 231) BDB hastalarıyla yaptığı çalışmalarında, hastaların % 57'sinde bir ya da birden fazla kişilik bozukluğu tespit etmişler, hastaların % 43'ünde çekingen kişilik bozukluğu, % 15'inde bağımlı kişilik bozukluğu, % 14'ünde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, % 14'ünde paranoid kişilik bozukluğu, % 9'unda pasif agresif kişilik bozukluğu, % 8'inde sınır kişilik bozukluğu % 5'inde narsistik kişilik bozukluğu ve % 4'ünde de histrionik kişilik bozukluğu gördüklerini belirtmişlerdir. Gunstad ve Phillips (2003: 270) kişilik bozukluklarının BDB ile olan komorbiditesinin % 57 ile % 100 arasında değiştiğini, en sık çekingen kişilik bozukluğunun görüldüğünü belirtmiştir. Ülkemizde sınır kişilik bozukluğu hastalarındaki BDB yaygınlığını araştıran bir çalışmada prevalans % 80 olarak bulunmuştur (Semiz, Başoğlu, Ebrinç, Ergün, Noyan ve Çetin, 2005: 68).

Psikiyatrik hastalarda BDB komorbiditesine bakıldığında; çeşitli araştırma sonuçları bulunmaktadır. Nirenberg'in (2002: 141) 350 ayaktan tedavi gören majör

depresyon hastasıyla yaptığı çalışmada yaşam boyu BDB görülme oranı % 8 iken, şimdiki birliktelik oranı ise % 6,6 olarak bulunmuştur. Phillips (1996: 125) atipik depresyon hastalarıyla çalıştığı 80 kişilik örnekleme ise BDB birlikteliğini % 13,8 olarak bulmuştur. Ayaktan tedavi gören 165 kaygı bozukluğu hastasıyla yapılan bir başka çalışmada hastaların % 6,7'si BDB tanısı almıştır. Bu çalışmada BDB eştanısı alan en yüksek grup % 12 ile sosyal fobi ardından % 7,7 ile obsesif kompulsif bozukluk olmuştur (Wilhelm, Otto, Zucker ve Pollack 1997: 499). Bir başka araştırmada Simeon ve arkadaşları 442 OKB hastasıyla yaptıkları çalışmada BDB yaygınlığı % 12 bulunurken (Simeon, Hollander ve Stein, 1995: 1207) bu oran, Philips ve McElroy'un araştırmasında % 15 olarak bulunmuştur (Phillips, McElroy, Hudson ve Pope, 1995: 41). Ülkemizde 108 OKB hastasıyla yapılan bir çalışmada benzer biçimde hastaların % 7,4'üne BDB tanısı konmuştur ve BDB ile OKB tanısı almış hastalar, yalnız OKB tanısı almış bireylere göre daha genç, tamamı bekar, eğitim düzeyleri yüksek bulunmuş, bu hastaların daha yoğun anksiyete ve şizotipal kişilik özelliklerine sahip olduğu saptanmıştır (Tezcan, Ülkeroglu ve Kuloğlu, 1996: 18). Madde kullanım bozukluğu tanısı almış ve yatarak tedavi gören hastalarda BDB yaygınlığı % 26,2 olarak bulunmuştur (Grant, Suck ve Crow, 2001: 517). Özetle BDB'ye bir dizi eksen I ve eksen II tanılarının eşlik ettiği görülmektedir.

1.1.5. Etiyoloji

BDB'nin etiyojisiyle ilgili kesin yargılar olmamasına rağmen, bazı faktörlerin BDB'nin gelişiminde önemli olabileceği öne sürülmektedir: Biyolojik faktörler, psikolojik faktörler ve sosyo-kültürel faktörlerin BDB'nin etiyojisinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Aile izlem çalışmaları, BDB'nin BDB hastalarının birinci dereceden akrabalarında % 6-10 arasında görüldüğünü bildirmektedir (Richter, Tharmalingham ve Menard, 2004: 200 ve Veale ve Neziroglu, 2010: 114) ki bu oran normal popülasyondaki BDB görülme oranından oldukça yüksektir. Obsesif kompulsif spektrum bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada, BDB'nin yaşam boyu görülme oranı kontrol grubunda % 1 bulunurken, hastaların akrabalarında ise % 4 bulunmuştur ki bu çalışma BDB'nin genetik alt yapısı konusunu akla getirmektedir (Bienvenu, Samuels, Riddle, Saric, Liang ve Cullen 2000: 290).

Nörobiyolojik açıdan bakıldığında; BDB'li hastaların seçici serotonin yeniden alım önleyicilerine (SSRI) yanıt verdiği görülmektedir. Bununla ilgili olarak, 130 BDB hastasıyla yapılan bir çalışmada; hastaların % 42'si serotonin geri alım inhibitörleri sonucu iyileşme sağlamıştır ve bu oran trisiklik uygulamaları, nöroleptik uygulamaları ve MAO inhibitörlerinin etkisini geride bırakmıştır (Philips, 2002: 453). Seçici serotonin yeniden alım önleyicilerine (SSRI)'lardan fluoksetin (Phillips, Albertini ve Rasmussen, 2002: 381) sitalopram (Phillips ve Najjar, 2003: 715) ve fluvoksamin (Phillips, Dwight ve McElroy, 1998: 165)'in BDB'nin tedavisinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Bu araştırmalarda görüldüğü gibi, BDB hastalarının SSRI'lara yanıt vermesi ve BDB'nin depresyon ve OKB ile olan birlikteliği (Biby, 1998: 489) bu bozuklukla ilgili olarak serotinerjik işlev bozukluğunu düşündürmektedir (Hollander, Liebowitz ve Winchel, 1989, Klumker ve Klein: 768).

BDB'ye yatkınlık oluşturan genlerle ilgili Philips ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada etnik köken ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş 57 BDB hastası ve 58 sağlıklı bireyle çalışılmış, sonuç olarak GABAA- γ 2 geni BDB hastalarında, kontrol grubuna göre daha çok bulunmuştur (Hollander, Zohar ve Sirovatka, 2010: 39).

Psikolojik risk faktörleriyle ilgili olarak; bazı kişilik özelliklerinin BDB için risk oluşturduğu belirtilmiştir. Mükemmeliyetçilik, utangaçlık, anksiyöz (endişeli) mizaç, BDB için risk oluşturmaktadır (Veale, 2004: 69). BDB hastası olan birçok kişi kendine güveni olmayan, reddedilmeye ve eleştiriye karşı duygusal olarak aşırı tepki veren, düşük benlik saygısına sahip ve içe dönük bireylerdir ve bu kişilerin anksiyete, depresyon, nörotisizm, öz-bilinç, öfke puanları yüksektir (Philips, 2009: 135).

Çocukluk çağında alaya ve şiddete maruz kalma, zayıf akran ilişkileri, sosyal izolasyon, aile desteği kaybı, cinsel istismar, estetik açıdan ortalamadan daha fazla duyarlı olma, vücutta dermatolojik ya da fiziksel bir leke öyküsünün varlığı; spesifik olmayan risk faktörleri arasındadır (Veale, 2004: 69). Neziroğlu, Khemlani-Patel ve Yaryura- Tobias (2006: 192), araştırmalarında 50 BDB hastasının % 28'inin duygusal, % 22'sinin cinsel, % 14'ününse fiziksel istismara uğradıkları bulgulanmıştır (İstismarların çoğu mağdurun babası ya da erkek akrabası tarafından yapılmıştır.) Didie ve arkadaşları (2006: 1109), 75 BDB hastasıyla yaptıkları araştırmada, hastaların % 79'u çocukluklarında kötü muamele

öyküsü bildirmiş; bu hastaların % 68'i duygusal ihmal, % 56 duygusal istismar, % 35 fiziksel ihmal, % 33'ü fiziksel istismar, % 28'i cinsel istismar öyküsü bildirmişlerdir.

Sosyo-kültürel risk faktörlerinden; medya, diyet ve kozmetik endüstrisinin büyümesi ve fiziksel görünüşle artan uğraşın (plastik cerrahiye artan ilgi), BDB'nin artan prevalansı ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Medya; güzellik, gençlik ve inceliğin önemli, arzu edilir ve ulaşılabilir olduğu mesajını vermektedir ki prospektif ve deneysel çalışmalar da medyanın olumsuz etkisini desteklemektedir. Ne var ki bir çok kişi güzellikle ilgili sosyokültürel etkiye maruz kalsa da çok az kişi BDB tanısı almaktadır. Bu durum da BDB'nin etiolojisinde sosyokültürel faktörlerin direkt bir etkisini pek mümkün olmayabileceğini; ancak BDB belirtilerinin sürdürülmesinde olasılıkla katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir (Greenberg, 2008: 12).

1.1.6. Klinik Özellikler

BDB'nin 5 yaştan 80 yaşa kadar görülebilen bir rahatsızlık olduğu bildirilmiştir (Bjornsson, Didie ve Phillips, 2010: 223). Bununla birlikte genel kabul, BDB'nin çocuklukta nadir olarak görüldüğü, hastalığın ergenlik döneminde ortaya çıktığı yönündedir. Çocuklarda BDB üzerinde yapılan çalışmalar kısıtlı olsa da; yetişkinlerde ve çocuklarda benzer klinik özellikler görüldüğü belirtilmiştir (Phillips, 2004: 13). Genellikle ergenlikte başlayan BDB'nin başlangıç yaşı 15-20 arasındadır (Aslan, 2000: 34). Ülkemizde yapılan bir çalışmada BDB'nin başlangıç yaşı 16,7 olarak bulunmuştur (Türksoy, Tükel, Çalikuşu, Demir, Olgun ve Keser, 2000: 87).

BDB'de zihinsel uğraş alanları bedenin çeşitli bölgelerine odaklı olabilmektedir; en yaygın alanların başında baş bölgesi gelse de, vücudun herhangi bir bölümü ile ilgili de olabilir. (Phillips, McElroy, Keck, Pope ve Hudson, 1993: 302). Phillips, Menard, Fay ve Weisberg (2005: 319-320)'in 200 BDB hastasıyla yaptıkları araştırmada en çok uğraşılan ve en çok kaygı duyulan bölgeler genel olarak cilt (% 80), saç (% 58), burun (% 39), karın (% 32), diş (% 30), kilo (% 29), göğüsler (% 26), popo (% 22), gözler (% 22), uyluklar (% 20), kaşlar (% 20), yüzün genel görünümü (% 19), minyon yapılı olma (% 18), bacaklar (% 18), yüz şekli ya da büyüklüğü (% 16), çene (% 15), dudaklar (% 15), kollar (% 14), kalçalar (% 13), yanaklar (% 11) ve kulaklar (% 11) olarak rapor edilmektedir. Diğer beden bölgelerinin prevalansı ise % 10'dan az

bulunmuştur. Hastaların vücutlarında endişelendikleri bölge sayısı ise ortalama 5 ila 7 arasındadır. Ülkemizde Cansever, Uzun, Dönmez ve Özşahin (2003: 60) tarafından yapılan araştırmadaysa bedende en çok odaklanılanlar kalça ve yüzün çeşitli bölgeleri olarak rapor edilmiştir. BDB'li hastaların % 68-% 98'i ise birden fazla beden bölgesiyle ilgili olarak kaygı yaşamaktadırlar (Göksan, 2007: 9).

BDB'de kaygının temel sebebi, herhangi bir beden bölgesi olabileceği gibi; bir beden işleviyle ilgili de olabilmektedir. Terleme ve buna bağlı olarak kötü koku yaydığına inanan bir BDB hastasıyla ilgili olgu çalışması mevcuttur (Sungur, 1999: 20). Bazense BDB hastalarında bir başkasının görüntüsüyle ilgili vekaleten kaygı görülebildiğine ilişkin vaka çalışması görmek mümkündür. (Karamustafalıoğlu ve Karamustafalıoğlu, 2000: 108).

BDB hastası, görünümünde olduğunu düşündüğü kusurla ilgili olarak obsesif düşünceler içerisine girdiği ve bu düşüncelerin kişinin vaktini aldığı ileri sürülmektedir. Hastaların bu düşüncelerin yarattığı kaygıyı bloke etmek için bir takım kompulsif davranışlara yöneldiği belirtilmektedir. Düşünce ve davranışlardaki bozulma, kişinin günlük yaşamını olumsuz etkilediği, sosyal ortamlardaki birçok durumdan kaçınmasına yol açtığı; bu kaçınmanın, beraberinde işlevsellikte bozulmayı da getirdiği düşünülmektedir. (Tihan, 2010: 5-6).

BDB hastalarının % 5'i algıladıkları kusurlarıyla ilgili olarak 1 saatten az, üçte birlik kısmı algıladıkları kusurlarıyla ilgili olarak 1-3 saat, hastaların % 40'ı 3-8 saat, üçte birinden fazla bir diğer grup ise 8 saatten fazla beyinlerini görünümündeki kusurlarıyla meşgul edebilir. BDB'li hastaların çoğu bu düşüncelerini kontrol etmekte güçlük çekebilmektedir. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğunda; görünümünde olduğunu düşündükleri kusurlarıyla ilgili diğer insanların kendilerine özel olarak dikkat ettiklerini, konuştukları, alaycı bir şekilde baktıklarıyla ilgili düşünce ya da sanrıları vardır. BDB'li hastalardaki bu düşünceler hastalarda bir takım duyguların oluşmasına sebep olabilir. Bu duygular, üzüntü, umutsuzluk, kaygı, endişe, korku, utanç, hayal kırıklığı, kendinden iğrenme, öfke, hayal kırıklığı ve suçluluktur. (Philips, 2004: 12-13). Hasta yakınlarının görünümünün normal olduğuna ilişkin sözleri ve kanıtları da BDB'li hastayı inandırmaya yetmemektedir. Çünkü BDB'li hastalarda içgörü oldukça zayıftır. BDB'li hastaların görünüşleriyle ilgili olarak % 18'inde zayıf içgörü olduğu, % 41'inde ise yine kendi görünüşleriyle ilgili olarak içgörünün olmadığı bulgulanmıştır (Philips, 1996: 65).

OKB ile yapılan karşılaştırmalı araştırmalarda da BDB'de içgörü oranları OKB'den çok düşük çıkmıştır. (Eisen, Phillips, Coles ve Rasmussen, 2004: 10). Bir başka araştırma, OKB'li hastaların % 85'inin obsesyonlarıyla ilgili olarak iyi ya da makul seviyede içgörülerinin olduğunu gösterirken, BDB'li hastalarinsa üçte birinin görüşleriyle ilgili içgörülerinin olmadığını göstermiştir. DSM-V'te içgörü, BDB'nin özellikleri arasına eklenmiştir. İçgörü, BDB'de inançlar konusunda fikir verir (örn, çirkin görünüyorum). BDB'de içgörü düzeyleri üç basamakta sınıflandırılmıştır: iyi ya da makul içgörü, zayıf içgörü ve içgörünün olmaması/delüzyonel düşünceler. İyi ya da makul içgörü düzeyindeki BDB'li bireyler görüşleriyle ilgili inançlarının kesinlikle ya da muhtemelen doğru olmadığını bilirler. Zayıf içgörüye sahip BDB'li bireyler, görüşleriyle ilgili inançlarının doğru olabileceğini düşünürken, içgörüye sahip olmayan/delüzyonel düşüncelere sahip olanlarsa görüşleriyle ilgili inanışlarının kesinlikle doğru olduğunu düşünürler (Phillips ve Stein: 2015).

BDB'li hastaların birçoğunda tekrarlayıcı ve telafi edici davranışlar görülmektedir. Bu davranışlar dirençli, kontrol etmesi güç ve zaman alıcı davranışlar olarak tanımlanmıştır (Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy ve Carter, 1998: 568). BDB davranışları içinde en sık görülen telafi davranışları; kendini başkalarıyla kıyaslama (% 96), kamufle etme (% 93), sık sık aynaya bakma (% 90), kişisel bakım (% 68), kusurlu beden bölgelerine dokunma (% 59), güven arama (% 59), kıyafet değiştirme (% 44), cilt yolma (% 40), diyet yapma (% 37) şeklindedir ve hastaların yaşam boyu sergiledikleri BDB davranışı ortalaması $6,9 \pm 2,4$ olarak bulunmuştur (Phillips, Didie, Menard, Pagano, Fay ve Weisberg, 2006: 11). Bu kompulsif davranışlar çoğu zaman amacına ulaşmamakta, hastanın sıkıntısını azaltmamakta, aksine anksiyeteyi artırmaktadır. Bu yönüyle OKB'deki kompulsif davranışlardan ayrılmaktadır. Yine bu davranışları kontrol etme becerisi içgörünün daha bozuk olması nedeniyle, OKB'den daha düşüktür. Çünkü OKB'de hastalar genellikle korkulan durumun gerçekleşmediğini teyit etmek için kontrol etme davranışına yönelirken, BDB'de ise hastalar kusurlu algıladıkları beden bölgesini her kontrol ettiklerinde aynı tabloyla yüzyüze gelmekte; dolayısıyla telafi davranışlarının işlevi farklılık göstermektedir (Tihan, 2010: 5).

BDB'de sosyal ve iş yaşamındaki bozulma da oldukça fazladır. Bunun sebebi, algılanan kusurla ilgili olarak duyulan endişenin, kompulsif davranışlar ve kamuflej çabalarının kişinin saatlerini almasıyla ilgili olabilir. Genç hastalar, okula gitmeyi

reddedebilirken, yetişkinlerde bu durum, işe gitmekte güçlük yaşama şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Sosyal ortamlardan ve sosyal ilişkilerden kaçınma ise her yaştaki hastada görülebilir. Hastaların ya çok az arkadaşı vardır, ya da hiç yoktur. Hastaların yaklaşık üçte biri BDB belirtileri nedeniyle en az 1 hafta süreyle evden dışarıya çıkamamaktadır (Allen ve Hollander, 2000: 617-618). Hastalar görünüşleri ile ilgili farkındalıklarının arttığı plaj, restoran, alışveriş ortamlarından kaçınabilir (Karamustafaloğlu ve Karamustafaloğlu, 2000: 108). Kısacası BDB, kişinin sosyal hayatları ile okul ve mesleki performanslarını sınırlamaktadır. Hastaların % 74'ünün iş ya da akademik yaşamlarında bozulma olmaktadır (Phillips, McElroy, Hudson ve Pope, 1995: 41). BDB hastalarının çoğu hiç evlenmemiş ya da eşinden boşanmıştır. BDB'li hastaların yaşam kalitesi ise, normal popülasyondan, depresyon ve diyabet hastalarından daha düşük çıkmıştır (Bjornsson, Didie ve Phillips, 2010: 223- 225).

Didie, Menard, Stern ve Phillips (2008: 566) 141 BDB hastasıyla yaptıkları çalışmada, hastaların yarısından daha az bir kısmının tam zamanlı olarak çalışabildiğini, % 22,7'sinin özürlü maaşı aldığını, % 39'unun ise mevcut psikopatolojileri nedeniyle son bir ay hiç içinde çalışmadığını belirlemiştir. Bir önceki ay çalışan hastalar arasında ise, % 79,7'sinin işlevselliklerinde bozulma bildirilmiştir.

BDB'de intihar düşünceleri, intihar girişimi ve intiharın sonuçlanma oranları yüksektir. Philips ve Menard'ın (2006: 1281) 185 BDB hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların % 58'inin intihar düşüncelerine sahip olduğu (normal popülasyona göre 10-25 kat daha fazla), % 2,6'sının intihara teşebbüs ettiği (normal popülasyona göre 7 kat fazla) ve % 0,3'ünün de girişimlerinin ölümle sonuçlandığı (normal popülasyona göre 45 kat daha fazla) bildirilmiştir. Ergenlerde ise; intihar düşüncesi % 81, intihar girişimi ise % 44 oranı ile yetişkinlerden daha yüksek oranda bildirilmiştir (Phillips, Didie, Menard, Pagano, Fay ve Weisberg, 2006: 308-309).

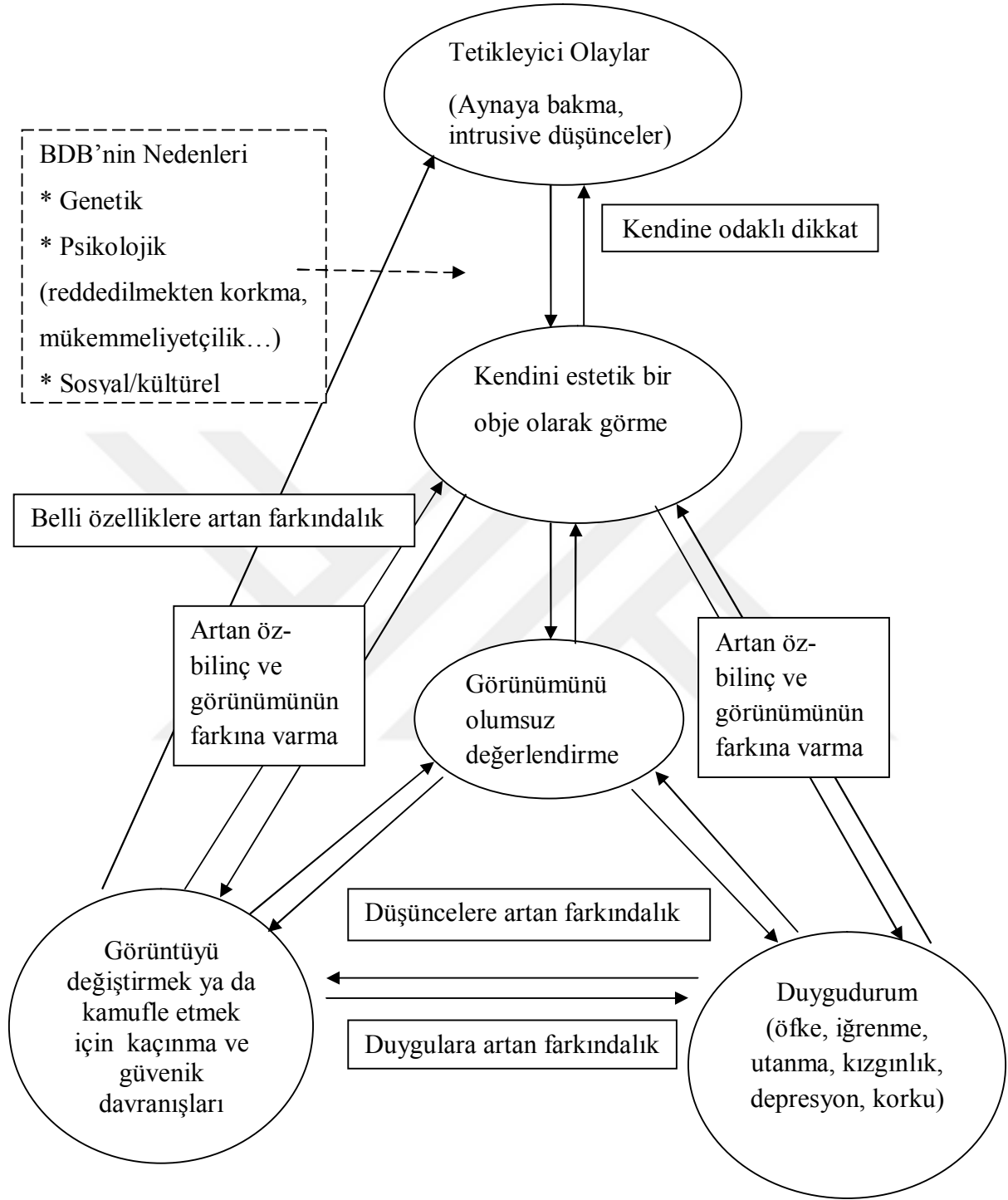
Kas dismorfisi, DSM-V'te BDB'nin bir türü olarak tanıya eklenmiştir. Kas dismorfisi, kişinin beden yapısının ufak olduğu ya da kas yapısının yetersiz olduğuyla ilgili endişeleri ifade eder. Bu kişiler kendilerini zayıf ve sıska olarak algırlar. Dış görünüşleri normal olmasına rağmen, yoğun ağırlık çalışma ve aşırı kas geliştirici hormon alımı sonucunda olağandışı kas yapısına sahip olabilirler. Bu hastaların bir kısmı anormal yeme davranışlarına sahiptir (fazla yeme, protein değeri yüksek besinler yeme). Kas dismorfisi

daha çok erkeklerde görülür ve intihar, düşük yaşam kalitesi ile madde kullanımı ve ilişkili bozukluklarla korelasyonu yüksektir (Philips ve Stein: 2015).

1.2. BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUNUN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI MODELİ

Beden Dismorfik Bozukluğunun bilişsel-davranışçı modeline göre (Neziroglu ve Veale, 2008: 150-164; Philips, 2009: 197-198), hastalığın ortaya çıkmasında ve devam etmesinde bir takım faktörler etkilidir. İlk olarak BDB'nin oluşmasında bir dizi risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar, genetik, psikolojik ve sosyal-kültürel faktörler olarak sınıflandırılmaktadır. Genetik faktörlerle, evrimsel etkiler, bazı beyin bölgeleri ve serotonin gibi bazı nörotransmitterlerin etkisi kastedilmektedir. Sosyal faktörlerle, toplumun kişinin görünümüyle ilgili vurgulamaları ve kültürel etmenler kastedilirken, psikolojik faktörlerle ilgili olarak da alay edilme, reddedilme, kötü muamele görme gibi yaşam olayları, mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri ve değerleri ile estetiğe odaklanma kastedilmektedir. Bu faktörler kişide BDB görülme olasılığını arttırabilmektedir. BDB'nin oluşumunda fitilin ateşlenmesini sağlayan genellikle tetikleyici bir durumdur. Tetikleyici durum, kişinin aynaya ya da kendi fotoğrafına bakması, başkasının olumsuz yorumları, ergenlikte alay edilme ve bu dönemde fiziksel değişiklikler yaşama gibi bir durum olabileceği gibi, kendi dış görünüşüyle ilgili bedensel bir his ya da otomatik bir düşünce de olabilir. Bu tetikleyiciler kişinin kendine olan dikkatin artmasına sebep olur ve kişiler hoşlanmadıkları bölgelerine, dışarıdan gelen sözel bildirimlere duyarlı hale gelirler. Bu seçici dikkat hayatın her alanında görülür. Kişinin kendine olan dikkati arttığında bu, kişinin sosyal ortamlarda doğru gözlem yapmasını önler, kişi başkalarının reaksiyonlarını doğru değerlendiremez, kişide negatif değerlendirilme korkusu oluşur, sosyal beceri eksikliği görülebilir. Kendine artan dikkat, kişinin kendini estetik bir nesne olarak algılamasını beraberinde getirir. Kişinin öz-bilinci artar, kendini olumsuz olarak değerlendirir ve kendi bedenine aşırı bir farkındalık oluşturur. Bu kişiler başkalarının kendilerini nasıl gördükleriyle aşırı ilgilenmeye ve görünümelerini negatif algılama eğilimine girerler. Düşünce ve davranışlarında artan farkındalık yaşayan kişi, mevcut durumunu tolere etmek için güvenlik davranışlarına yönelir; hoşlanmadığı beden bölgesini kamufle etme ya da görüntüsünü değiştirme gibi...

Bunun dışında insanlardan, aynalardan, sosyal ortamlardan vb. kaçınır. Bu güvenlik davranışları, sıkıntı ve belirsizliği kısa süreliğine azaltıyor gibi görünse de, daha uzun vadede özbilinç, kaygı ve sıkıntıda artış görülür. Güvenlik davranışları, büyük zihinsel efor ve dikkat, ancak az bilgi gerektirir, kendilerine odaklanmayı artırır ve bu güvenlik davranışları kişinin görünümünü daha da kötü yapabilir (örn, cilt yolma). Kişinin duygudurumu yaşanan durum, olay ya da davranışların değerlendirilmesine bağlı olarak değişiklik gösterir. Kişi görüntüsünü diğerleriyle kıyasladığında ve görüntüsünün diğerlerinden kötü olduğunu düşündüğünde ve başkalarının kendisine dikkatli baktığını, aşağıladığını ya da reddettiğiyle ilgili yargılarından dolayı utanma, kendinden iğrenme, sosyal kaygı, kişinin kendi estetik standardına ulaşmaya çalışırken yaşadığı başarısızlık sonucu depresyon, umutsuzluk, kendine zarar verdiğinde ya da herhangi bir cerrahi müdahale sonucunda öfke, hayal kırıklığı ve suçluluk yaşayabilir. Philips (2009: 198), bu sayılan duygulara ek olarak korkuyu da bu modele eklemiştir. Şekil-1’de BDB’nin bilişsel-davranışçı modeli sunulmuştur.



Şekil -1 BDB'nin Bilişsel-Davranışçı Modeli (Veale ve Neziroglu, 2010: 150-164; Philips, 2009: 197-198).

1.3. TEDAVİ

BDB hastaları, ilk etapta psikiyatri kliniklerine gitmek yerine dermatologlara veya plastik cerrahi uzmanlarına başvurmaktadır. Çalışmalar plastik cerrahiye başvuran hastaların % 7- % 15'inin, dermatoloji kliniklerine başvuran hastaların da % 12'sinin BDB'li hastalar olduğunu göstermektedir (Phillips, Grant, Siniscalchi ve Albertini: 2001: 504). BDB hastaları içinde kozmetik tedaviye başvuranların oranıysa % 64'tür (Crerand, Phillips, Menard, ve Fay, 2005: 549). Psikiyatri dışı tedavilere başvuran hastalar, böylece birçok cerrahi ya da tıbbi müdahalelere maruz kalmakta, bu da hastanın tedavisinde gecikmeye hatta bazı müdahalelerin yapılmasından doğan tedaviye direnç durumu ortaya çıkabilmektedir. (Elbozan, Karlıdağ ve Ünal, 2003: 238). BDB hastalarının % 81'i kozmetik müdahaleler sonucunda memnuniyetsizlik yaşamaktadır (Veale, Boocock, Gournay, Dryden, Shah, Willson ve Walburn, 1996: 197). İngiliz dermatolog Cotteril bir adım daha ileri giderek ve muhtemelen bu memnuniyetsizliğe atıfta bulunarak, "Hiçbir hastalığın tedavisi beden dismorfik hastalığında olduğu kadar zor değildir" (akt: Harth, Gieler, Kusnir ve Tausk: 2008) demiştir. Günümüzde BDB'nin farmakoterapi ve bilişsel davranışçı terapi yöntemiyle tedavisi sağlanmaktadır.

İlaçla tedavi seçeneği tercih edildiğinde seçici serotonin yeniden alım önleyicilerine (SSRI)'ların BDB'nin belirtilerinden, algılanan bedensel kusurlarla ilgili kaygıyı ve bununla bağlantılı olan tekrarlayıcı davranışları ve belirtilerin şiddetini azaltmakta etkili olduğu, sosyal yaşamdaki işlevselliği ise olumlu etkilediği (Hollander, Allen, Kwon, Aronowitz, Schmeidler, Wong vd. 1999: 1033), depresyonu azalttığı (Phillips, Albertini ve Rasmussen: 2002) yaşam kalitesini, delüzyonel düşünceleri, intihar düşüncelerini azalttığı bulgulanmıştır. (Phillips, 2006: 177). Ancak ilaçların en az 12 hafta süreyle kullanılması gerektiği bildirilmektedir (National Collaborating Centre for Mental Health, 2006: 27) ve ilacı bırakan hastaların % 84'ünde nüksetmenin gözlemlendiği bildirilmiştir (Phillips, Albertini, Siniscalchi, Khan ve Robinson, 2001: 507).

Psikoterapi bağlamında ise Bilişsel Davranışçı Terapinin (BDT) BDB üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Rosen, Reiter ve Orasan (1995: 263), 27 BDB hastası 54 kişiyle çalışmayı yürütmüş, 8 haftalık bilişsel davranışçı tedavinin ardından hastaların % 81,5'inde klinik iyileşme gözlenmiştir. Tedavi; süreçle ilgili bilgi verme, fiziksel görünümle ilgili işlevsel olmayan düşüncelerin ve aşırı değer verilmiş

inançların değiştirilmesi, kaçınılan durumların üzerine gitme, beden imajıyla ilgili yapılan kontrollerin azaltılması ve beden imajıyla ilgili günlük tutma gibi yöntemleri içermektedir. Bunun dışında bilişsel davranışçı modelin BDB üzerinde etkililiğini gösteren çalışmalar mevcuttur: Neziroğlu, McKay, Todaro ve Yaryura (1996: 67)'nin 17 BDB hastasıyla, 20 hafta süren çalışmasında, McKay (1999: 620)'in 10 BDB hastasıyla yaptığı 6 haftalık çalışmada, Wilhelm, Otto, Zucker ve Pollack (2011: 624)'in 12 hastayla yaptıkları çalışmada, Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah vd. (1996: 717)'nin 19 hastayla 12 hafta boyunca yaptıkları çalışmada bilişsel davranışçı model kullanılmış ve hastalarda iyileşme gözlenmiştir.

BDB'nin bilişsel-davranışçı model doğrultusunda tedavisi, beden bölgeleriyle ilgili memnuniyetsizliği ve kaygıyı, işlevsel olmayan düşünce ve davranışları azaltmakta, sorunla başa çıkma yöntemlerini öğretmekte ve tedavi başarılı sonuçlar vermektedir. BDB'ye yönelik BDT, terapistin psikoeğitim ve vaka formülasyonu ile başlar. Bu bağlamda, hastanın kendine has BDB belirtileri bilişsel davranışçı model doğrultusunda formüle edilir. Tedavide kullanılan bilişsel tekniklerden bazıları; uyumsuz düşünceleri değerlendirmek için Sokratik sorgulama, düşünce kayıtları, aşağı doğru ok tekniğidir. Bilişsel stratejiler gerçekçi olmayan düşüncelere odaklanır, bu düşüncelerin doğruluğunu sorgular ve gerçekçi düşüncelerle değiştirilmesine yardım eder. Davranışsal müdahalelerse, hastanın kaygı duyduğu durumlara yönelik maruz bırakma ve tepki önlemeyi içerir (Buhlmann, Reese, Renaud, ve Wilhelm, 2008: 41). Hastanın kaçındığı durumlar belirlendikten sonra, hastanın bu durumlara maruz kalması sağlanır. Törenselleştirilmiş davranışlar içinse (ayna denetimi vb.), hastanın bu davranışı yapma sıklığına göre stratejiler belirlenir. Davranışsal deneyler de tedavide kullanılan bir diğer tekniktir. Tedavideki bir diğer amaç, beden kusurlu kısmına odaklanan dikkati, bedenin bütününe çekmek, yani resmi bütün olarak görmelerini sağlamaktır. Ayrıca hastaların kendilerini tasvir ederken sert bir dil yerine, objektif ve kendilerini yargılamayan bir dil kullanmalarını teşvik edilir. Hastaya tedavi boyunca zamanını geçirebileceği hobilere ya da gönüllü işlere katılması teşvik edilir. Son seanslarda terapist hastaya herhangi bir yaşam problemiyle karşılaştığında, bunları kendi kendine çözme becerisini de öğretmek, olası bir nüksetme ile baş etmesine yardımcı olur (Wilhelm, Phillips, Fama, Greenberg, Steketee ve Wilhelm, 2011: 628-629).

1.4. ARAŞTIRMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER

Bu çalışmada BDB belirtileri ile ilişkisi incelenen değişkenler mükemmeliyetçilik, öz bilinç, sosyal görünüş kaygısı, beden imgesi baş etme stratejileri (görünüştü düzeltme, kaçınma) ve temel duygular olmuştur. Bu bölümde bu değişkenlerden söz edilecektir.

1.4.1. Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçilikle ilgili yapılan ilk tanımlar, kişinin kendisiyle ilgili bilişlerle alakalı olarak genellikle tek boyutlu olarak incelenmiş ve kişinin kendisine yönelik mükemmeliyetçiliği ele alınmıştır. Daha sonra mükemmeliyetçiliğin çok boyutlu bir kavram olduğu öne sürülmüş ve alt boyutları tanımlanmıştır. Mükemmeliyetçilikle ilgili yapılan literatür taramasında özetle kritik görülen araştırmalara yer verilmiştir.

Hollender (1965: 96) mükemmeliyetçiliği hatasız davranış ve başarı yoluyla ailenin kabulünü sağlama girişimi olarak belirtmiştir. Burns (1980: 70) ise mükemmeliyetçiliği sürekli olarak imkansız hedefler peşinde koşma ve kendi değerini bu imkansız hedeflere ulaşıp ulaşmama olarak tanımlarken, Patcht (1984: 386) birçok psikolojik probleme yol açarak kişilerin gerçekte var olmayan mükemmel ulaşmak için çaba sarfetmesi şeklinde tanımlamıştır. Millon ise mükemmeliyetçiliği, görev yapmanın hemen her yerinde kendini otomatik olarak ortaya çıkaran, kolayca değiştirilemeyen ve çoğunlukla fark edilemeyen, derine yerleştirilmiş psikolojik özelliklerin karmaşık bir modeli olarak tanımlanan kişiliğin, farklı bir yönü olarak betimlemiştir (akt. Er ve Sönmez, 2009: 11)

Hamachek, mükemmeliyetçiliğin olumlu yönünün de bulunduğunu belirtmiş bu yüzden normal/uyumlu ve nevrotik/uyumsuz mükemmeliyetçilik olmak üzere iki türünden bahsetmiştir. Normal mükemmeliyetçilerin, kişinin kendi için belirlediği büyük amaç ya da yüksek standartlara ulaşılabilirlik düşüncesi ile benlik saygılarının artmasına hizmet eden gerçekçi ve mantıklı standartlara ulaşmak için çabalamadıklarını belirtirken, nevrotik mükemmeliyetçiliği, kişinin kendisi için gerçek dışı ve aşırı derecede büyük amaçlar ve standartlar istemesi düşüncesi ile başarabileceklerinin ötesinde oldukça yüksek standartlar belirleme eğilimi olarak belirtmiştir. Uyumsuz mükemmeliyetçilerin özgüvenleri düşüktür ve hata yapmaktan korkarlar, dikkatleri başarısızlığı önleme üzerinedir (akt: Birol: 2005, 45).

Bu tanımların dışında, mükemmeliyetçiliğin çok boyutlu bir kavram olduğunu öne süren araştırmacılar da bulunmaktadır. Hewitt ve Flett (1991: 457), kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik olmak üzere mükemmeliyetçiliğin 3 boyutundan bahsederler. Kendine yönelik mükemmeliyetçilik, kişinin kendisine yönelik, gerçekçi olmayan ve yüksek standartlar koymasındır. Kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başarıya ulaşmada stres ve kaygı yaratmaktadır. Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik, kişinin diğer insanlara gerçekçi olmayan standartlar koymasını ve bu kişilerin bu standartlara uymasını beklemesi şeklinde tanımlanır. Bu durum öfke, stres ve güven eksikliğine yol açmaktadır. Başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik ise diğer insanların, kendilerinden imkansız şeyler beklediği ve diğerlerinin kendini onaylaması için bu yüksek standartlara ulaşmaları gerektiği inancını taşımaları ile tanımlanmaktadır.

Frost, Marten, Lahart, Rosenblate (1990: 449) da mükemmeliyetçiliği çok boyutlu olarak ele almışlar ve kişinin eleştirel değerlendirmeleri ve yüksek standartlar oluşturma eğilimi olarak tanımlamışlardır. Frost ve arkadaşları mükemmeliyetçiliğin altı boyutundan bahseder, bunlar; hatalara aşırı dikkat, yüksek kişisel standartlar, kendi davranışlarından şüphe duymak, düzen gereksinimi, yüksek aile beklentileri ve aşırı ailesel eleştirilerdir.

Mükemmeliyetçi bireylerin kişilik özelliklerine bakıldığında genellikle “ya hep ya hiç tarzında düşünme” şeklinde bir düşünce kalıplarının olduğu görülmektedir. Bu düşünce tarzındaki kişiler olayları sadece doğru ya da sadece yanlış olarak algılamaktadırlar. Bu bireyler olumsuz durumları abartmakta ve olumlu durumların gözden kaçmasına neden olmaktadır. Başkalarının fikirlerine daha çok önem vermekte ve kendilerini başkalarıyla daha çok kıyaslayarak olumsuz duygulanım içerisine girmektedirler. Bu kişiler bir işe başlamayı ertelemekte, yapılan işi defalarca kontrol etmekte, hatayı tolere edememekte, gerçekçi olmayan yüksek standartlar belirleme gibi özelliklere sahiptirler (Bencik, 2006: 59- 60).

Mükemmeliyetçiliğin araştırmacılar tarafından ilgi çekilen bir konu olması, yapılan araştırmaların sayısını artırmıştır. Literatürde mükemmeliyetçilikle ilgili oldukça fazla araştırma bulunmaktadır. Burada mükemmeliyetçiliğin; cinsiyet, akademik başarı, anne-baba ilişkileri, bilişsel-davranışsal terapi ve bazı psikopatolojilerle olan ilişkilerine yönelik araştırmalara yer verilmiştir.

Cinsiyetle ilgili olarak; araştırma sonuçları erkeklerin kadınlara oranla daha mükemmeliyetçi olduklarını (Siegle ve Schuler, 2000: 43) ve daha yüksek kişisel standartlar belirlediklerini göstermektedir (Flett, Hewitt, Blankstein ve Gray, 1998: 1363). Cinsiyetle ilgili ülkemizde yapılan araştırmalar da benzer şekilde erkeklerin kadınlardan daha mükemmeliyetçi oldukları ve daha yüksek kişisel standartlar belirlediklerini ortaya koymuştur (Erözkan, 2008: 76). Erkeklerin başkalarınınca belirlenen mükemmeliyetçilik düzeyleri kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Tuncer, 2006: 53). Yapılan araştırmalardan yola çıkarak, erkeklerin kadınlara göre daha mükemmeliyetçi oldukları söylenebilir.

Mükemmeliyetçilik ile bazı psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Mükemmeliyetçilik düzeyi yüksek olan bireylerin depresif belirti düzeyleri diğer bireylerden daha yüksektir (Olson ve Kwon 2008: 788). Başkalarınınca belirlenen mükemmeliyetçilik ve kendine yönelik mükemmeliyetçilik eğilimleri yükseldikçe stres, depresyon ve umutsuzluk düzeyleri de yükselmektedir (O'Connor, O'Connor ve Marshall, 2007: 429). Başkalarınınca belirlenen mükemmeliyetçilikle depresyon arasında pozitif yönde ilişki vardır, yani başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik düzeyi arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır (Flett ve arkadaşları, 2003: 119; Oral, 1999; Preusser, Asbhy ve Slaney, 1998: 88). Yeme bozukluklarıyla ilgili yapılan araştırmalarda daha çok kadınlarla çalışılmıştır. Kadınlarda mükemmeliyetçilik düzeyleri yükseldikçe yeme bozuklukları belirtileri daha fazla gözlemlenmektedir (Robles, 2011: 65; Macedo ve arkadaşları, 2007: 296). Bulimia belirtileri gösteren hasta kadınlarda mükemmeliyetçilik, kendini aşırı derecede kilolu algılayan kadınlar için bir risk faktörü iken, kendisini kilolu algılamayan kadınlar için risk faktörü değildir (Joiner ve arkadaşları, 1997: 147-148). Mükemmeliyetçilik düzeyleri yükseldikçe kaygı ve depresyon belirtileri de artmaktadır (Chang, Hirsch, Sannan, Jeglic ve Fabian, 2011: 441). Sosyal kaygı düzeyi yüksek bireylerin mükemmeliyetçilik eğilimleri de diğer bireylere göre daha yüksektir (Palancı, 2004: 10). Kaygıyla ilgili olarak farklı gruplarda yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Üstün yetenekli öğrencilerle ülkemizde yapılan bir çalışmada sınav kaygısı düzeyi arttıkça mükemmeliyetçilik düzeyinin de arttığı görülmüştür (Taşdemir, 2003: 1). Sapmaz (2006: 1) ülkemizde yaptığı araştırmasında uyumsuz mükemmeliyetçilik eğilimine sahip bireylerin; somatizasyon, obsesyon, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, düşmanlık, fobik anksiyete

gibi belirtileri daha çok sergilediklerini, mükemmeliyetçi olmayan bireylerinse yukarıda sıralanan psikopatolojik belirtileri daha az sergilediklerini, uyumlu mükemmeliyetçi bireylerin ise en az psikopatolojik belirti sergileyen grup olduğu saptamıştır.

Üniversite öğrencilerinde uyumlu mükemmeliyetçilik eğilimi güçlendikçe, ileriye dönük akademik başarı ve psikolojik iyi oluş düzeyi yükselmekte; uyumsuz mükemmeliyetçilik düzeyi yükseldikçe psikolojik iyi oluş düzeyi ve akademik başarı düşmektedir (Chang, 2006: 1001). Ülkemizde ise ilköğretim ikinci kademe öğrencileriyle çalışılmış ve olumlu mükemmeliyetçilik arttıkça akademik başarının arttığı, olumsuz mükemmeliyetçilik arttıkça ise akademik başarının düştüğü bulgulanmıştır (Altun ve Yazıcı, 2010: 534). Kendine yönelik mükemmeliyetçilik düzeyi yüksek olan bireylerin akademik erteleme eğilimleri diğer bireylere göre daha zayıftır (Seo, 2008: 753).

Bireylerin mükemmeliyetçilik eğilimleri ile ailesel özellikleri arasında ilişki vardır. Bununla ilgili olarak araştırmalar, kalabalık aile yapısının ve otoriter anne baba tutumlarının, bireylerin uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik eğilimlerini güçlendirdiğini göstermektedir (Craddock, Church ve Sands, 2009: 205). Çocukların mükemmeliyetçilik seviyeleriyle, anne babalarının mükemmeliyetçilik seviyeleri de ilişkilidir. Çocukların kendilerine yönelik mükemmeliyetçilikleri arttıkça, aynı cinsteki ebeveynlerinin kendilerine yönelik mükemmeliyetçilik seviyeleri de artmaktadır (Vieth ve Trull, 1999: 49).

Bilişsel davranışçı terapi uygulamaları sırasında bireylerde mükemmeliyetçilik düzeyleri düşmekte ve bu düşüş izleme sürecinde devam etmektedir (Kearns, Forbes ve Gardiner, 2007: 157). Yetişkinlerde bilişsel davranışçı terapi programları mükemmeliyetçiliğin azalmasında (Riley, Lee, Cooper, Fairburn ve Shafran, 2007: 2227), ergenlerde mükemmeliyetçilik, stres ve irrasyonel düşüncelerin azalmasında etkili olmaktadır (Craciun, 2013: 274). Bu araştırma sonuçlarının aksini iddia eden araştırma sonuçları da görece mevcuttur. Bilişsel davranışçı terapi ile tedavi edilen vajinismus olgularında, bilişsel davranışçı terapi sonrasında bireylerin kendine yönelik mükemmeliyetçilik düzeyleri düşerken, başkalarına yönelik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik düzeyleri değişmemektedir (Özdel, Yılmaz, Çeri ve Kumbasar, 2012: 251).

Yapılan literatür taramasında, mükemmeliyetçiliğin BDB ile olan ilişkisine yönelik Türkiye’de herhangi bir araştırmaya rastlanılmamasına rağmen, yurtdışında bu konuya ilişkin araştırma bulmak mümkündür. Veale ve arkadaşları (1996: 196), 50 BDB hastasıyla yaptıkları araştırmada, BDB’nin duygudurum bozukluklarıyla birlikte görülme oranı % 26, sosyal fobi ile % 16, obsesif kompulsif bozuklukla ise % 6 olarak bulunmuş, bu hastaların % 72’sinde ise kişilik bozukluğu saptanmış, hastaların % 24’ü intihar girişiminde bulunmuşlardır. Bu hastaların % 69’u görünülerinin mükemmel olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Bhlmann, Etcoff ve Wilhelm (2008: 540), BDB tanısı almış hastalarda mükemmeliyetçi düşünmeyi ve yüzün fiziksel olarak çekiciliğinin değerlendirilmesiyle ilgili bir çalışma yapmışlardır. Araştırmada yüz çekiciliğini değerlendirmek için; çekici, ortalama çekici ve çekici olmayan kişilerin fotoğrafları BDB tanısı alan hastalarla, tanı almayan kişilere gösterilmiş, kendi fiziksel çekiciliklerini diğerlerine göre nasıl değerlendirdikleri ve fotoğrafları algıladıkları çekiciliğe göre puanlamaları istenmiştir. Sonuç olarak, BDB hastalarının kontrol grubuna göre mevcut resimleri daha çekici olarak algıladıkları bulgulanmış; kendi görünülerine verdikleri puanlarsa, kontrol grubunun kendi görünülerine verdikleri puanlardan çok daha düşük çıkmıştır. Ayrıca BDB hastalarının, hasta olmayan gruba göre daha mükemmeliyetçi düşünceye sahip oldukları bulgulanmıştır.

Bartsch (2011: 16)’ın 619 üniversite öğrencisiyle yaptığı araştırmada, katılımcıların % 2,3’ü BDB kriterlerini karşılamıştır ve dismorfik kaygıyla öz-saygı, depresyon, cinsiyet ile kendine yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınınca belirlenen mükemmeliyetçiliğin ilişkili olduğu belirtilmiştir. BDB hastalarının, sağlıklı bireylere göre daha yüksek mükemmeliyetçilik düzeyine sahip olduğunu belirten bazı araştırma sonuçları bulunmaktadır (Lambrou, 2006). Benzer bir araştırma BDB hastaları ve normal örnekleme yapılmış, BDB hastalarının, normal popülasyona göre mükemmeliyetçilik düzeyleri daha yüksek bulunmuş, hasta grup ve sağlıklı grup arasında estetik duyarlılık açısından ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Schieber, Kollei, Zwaan, Müller ve Martin, 2013: 242).

İlk olarak tek boyutlu ele alınan mükemmeliyetçilik, daha sonra çok boyutlu olarak ele alınmış ve alt boyutlarıyla birlikte çeşitli tanımlamaları yapılmıştır. Yapılan literatür

taramasında, mükemmeliyetçilik ile cinsiyet, akademik başarı, anne-baba ilişkileri, bilişsel-davranışsal terapi ve bazı psikopatolojiler arasında ilişki bulunmuştur.

1.4.2. Öz bilinç

Öz bilinç bu çalışmada etkisi incelenen bir diğer değişkendir ve çeşitli tanımlamaları mevcuttur. Bu bölümde öz bilinç ve alt boyutlarının tanımlarının yanı sıra, yapılan literatür taramasında, öz bilincin; cinsiyet, çeşitli psikopatolojiler, öz saygı, psikolojik iyi oluş, olumsuz değerlendirilme korkusu ve diğer bazı kavramlarla olan ilişkisine yer verilmiştir.

Öz bilinç, Fenigstein ve arkadaşları (1975) tarafından, bireyin kendi davranışlarına, bu davranışların sonuçlarına ve diğerlerinin kendileri hakkındaki düşüncelerine odaklanma eğilimi olarak tanımlanır. Crozier (2004: 3) ise öz bilincin sadece bir öz yansıtma ya da farkında olmak anlamına gelmediğini, zihnin ayırt edici özelliklerinden biri olduğunu, öz ve bilinci karşıdakinin gözünden kişinin kendine bakabilme yetisi olarak tanımlamıştır. Öz bilinç ülkemizdeki araştırmacılar tarafından da tanımlanmıştır. Börekçi'ye (2002) göre öz bilinç; kendini gözleme ve duygularını tanıma; duygular için bir dağarcık oluşturma; duygular, düşünceler ve tepkiler arasındaki ilişkiyi bilmedir.

Öz bilinçli insanlar olumlu kişilik özelliklerine sahiptirler. Bu bireyler, ilişkilerinde güvenilir insanlar olarak bilinirler. Düşünceli, duyarlı, ilgili, empatiktirler, özerk, kendi sınırlarından emin, psikolojik açıdan sağlıkları yerinde ve hayata olumlu bir gözle bakan insanlardır. İş birliğine yatkındırlar. Ne zaman konuşup ne zaman susması gerektiğini iyi bilirler. Ruh hallerinin farkındadırlar ve duygusal hayatları hakkında belli bir anlayışa sahiptirler. Duygularının bilincinde olmaları, diğer bazı kişilik özelliklerini destekleyebilir (Çelik, 2010).

Öz-bilinç kavramının çok boyutlu bir kavram olduğu ileri sürülmektedir. Örneğin Fenigstein ve arkadaşları öz-bilinç kavramının genel öz-bilinç, özel öz-bilinç ve sosyal anksiyete olmak üzere üç boyuttan oluştuğunu belirtmişlerdir. Daha sonra özel öz-bilinç; kendini düşünme ve içsel öz farkındalık olarak iki alt boyuta, genel öz-bilinç de stil bilinçliliği ve görünüm bilinçliliği olarak iki boyuta ayrılmış ve öz-bilinç kavramı toplamda beş alt boyuttan oluşmuştur. Özel öz-bilinç, kişinin özel duygu ve inançları gibi

diğer kişiler tarafından kolayca ulaşılamayan gizil ve kişisel yönleri üzerinde düşünmesi ve bunlara ilişkin farkındalık oluşturmasını ifade ederken, genel öz-bilinç kişinin sosyal bir obje olarak kendi hakkında düşünmesi ve fiziksel görünümü, tutum ve davranışları gibi diğerlerine de açık olan özellikleri hakkında farkındalık oluşturmasıyla ifade edilir. Sosyal anksiyete alt boyutu, bireyin sosyal ortamlarda diğerleri tarafından nasıl değerlendirildiğine yönelik kaygı yaşamasıdır. Özel öz-bilincin alt boyutlarından olan kendini düşünme, kişinin yaptığı davranışları ve geçmiş yaşantıları hakkında düşünmesi ve kendini değerlendirme eğilimidir, bir çeşit kendini inceleme sürecidir. İkinci boyut olan içsel öz-farkındalık, kişinin duygusal durumlarına yönelik daha objektif ve pozitif farkındalığa sahip olmasını ifade eder. Genel öz-bilincin ilk alt boyutu olan stil bilinçliliği, kişinin davranış şekilleriyle alakalı eğilimlerini ve diğerlerine sunmak istediği belli bir imaja yönelik ilgisini ifade ederken, diğer alt boyut olan görünüm bilinçliliği, kişinin fiziksel çekiciliğine ilişkin eğilimlerini ve fiziksel görünümü hakkında sahip olduğu farkındalığı ifade etmektedir (Akın, Abacı ve Öveç, 2007: 261-262).

Cinsiyetle öz bilincin ilişkisinin çalışıldığı araştırmalarda, öz bilinç açısından erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür (Cramer, 2000: 295). Bir başka çalışma ise aksine kadın ve erkekler arasında öz bilinç açısından anlamlı bir fark olmadığını söylemektedir (Fenigstein ve arkadaşları, 1975: 522). Psikolojik danışmanlarla yapılan bir başka çalışmada öz-bilinç düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmamıştır (Özteke, 2011: 59). Sonuç olarak literatürde öz-bilinçle ilgili olarak cinsiyetle alakalı değişken sonuçların olduğu söylenebilir.

Öz bilinç ile çeşitli psikopatolojiler arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Yüzünde yara izi olan hastalarla yapılan bir çalışmada, büyük yara boyutu, etiyojisi ve yalnız yaşama ile öz-bilinç ve kaygı arasında ilişki bulunurken, yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik düzey ve yaranın yeri ile sayısı arasında ilişki bulunmamıştır. (Tebble, David ve Patricia, 2004: 417). Diş kaygısı arttıkça öz-bilinç de artmaktadır (Economou ve Honours, 2003: 970). Öz-bilinç düzeyi yüksek bireylerin paranoya düzeyleri de yüksek bulunmuştur (Fenigstein ve Venable, 1992: 129). Öz bilincin ayrıca, obsesif düşünce (Ghorbani, Watson, Krauss, Davison ve Bing, 2004: 359), duygusal deneyimler (Fejfar ve Hoyle, 2000: 132) ve sosyal yargı (Chang, Hau, ve Guo 2001: 340) ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Öz bilinci yüksek bireyler, öz bilinci düşük bireylere göre başkaları tarafından nasıl algılandıklarıyla daha çok ilgilenmekte, reddedilmeye karşı daha duyarlı olmakta ve daha çok olumsuz tepki vermektedirler (Fenigstein, 1979: 75). Öz bilinç arttıkça öz saygı azalmaktadır (Turner, Carver, Scheier, ve Ickes, 1978: 285). Öz bilinç arttıkça psikolojik iyi oluş düzeyi azalmaktadır (Harrington ve Loffredo, 2001: 439). Bilinçli farkındalık arttıkça öz-bilinçin azaldığını bulgularan araştırmalar (Evans, Baer ve Segerstorm, 2009: 379) olduğu gibi tam tersini iddia eden araştırma bulguları da bulunmaktadır. Yüksek düzeyde öz-bilinç, negatif değerlendirilme korkusuyla, davranışın gerçek nedenleri hakkında düşünmede bozuklukların meydana gelmesiyle ve düşük düzeyde benlik saygısı ve duygusal kararlılıkla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (Monfries ve Kafer, 1994: 447). Ülkemizde yapılan bir araştırmada öz bilinci yüksek bireylerin olumsuz değerlendirilme korkuları daha yüksek bulunmuştur (Özgüngör, 2006: 85).

Ergenlerde artan yaşla birlikte öz bilinçte herhangi bir değişim olmadığı söylene de (Davis ve Franzois, 1991: 70), bunun aksini belirten çalışmalar da bulunmaktadır. Örneğin 8. Sınıf öğrencilerinin, onlardan daha küçük ergenlere göre öz bilinç düzeylerinin daha yüksek olduğu (Elkind ve Bowen, 1979: 38), öz bilinç ile not yönelimi arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Hatzigeorgiadis, 2002: 195).

Yapılan literatür taramasında öz bilinç ile beden dismorfik bozukluğu arasındaki ilişkinin çalışıldığı bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Ancak öz bilinçle ilgili olabilecek bir çalışmada seçici görsel dikkat ile BDB'nin ilişkisinin çalışıldığı bir araştırmada, BDB hastalarının kendi yüzlerine, tanımadıkları yüzlerin olduğu resimlere göre daha yüksek seçici görsel dikkat gösterdiği saptanmıştır (Grocholewskia, Kliemb ve Heinrichsa, 201: 261).

Çok boyutlu bir kavram olan öz bilincin çeşitli tanımlamalarının mevcut olduğu görülmüştür. Yapılan literatür taramasında, öz bilinç BDB ilişkisinin çalışıldığı bir araştırmaya rastlanmazken, öz bilinç ile cinsiyet, çeşitli psikopatolojiler, öz saygı, psikolojik iyi oluş, olumsuz değerlendirilme korkusu ve diğer bazı kavramlarla ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

1.4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı

Sosyal görünüş kaygısı, yakın geçmişte ortaya atılmış ve tanımı yapılmış bir kavramdır. Dolayısıyla diğer değişkenlere göre daha az sayıda tanımı mevcuttur. Sosyal görünüş kaygısının görece yeni bir kavram olması, yapılan araştırmaların da sınırlı sayıda olmasını beraberinde getirmiştir. Sosyal görünüş kaygısı, sosyal anksiyetenin bir çeşidi olarak kabul edilmekte ve insanların fiziksel görünüşlerinin diğer insanlar tarafından değerlendirilirken yaşadıkları kaygı ve gerginlik olarak tanımlanmaktadır. Bir başka deyişle, sosyal görünüş kaygısı kişinin bedeniyle ve görünümüyle ilgili olumsuz beden imajının bir sonucu gibi görülmekte (Doğan, 2010: 151) ve sosyal görünüş kaygısını; boy, kilo, kas yapısı gibi genel fiziksel görünüşün ötesinde bireyin ten rengi ve yüz şekli (burnu, gözlerinin uzaklığı, gülüşü vs.) gibi özellikleri de içeren daha kapsamlı bir kavram olarak görülmektedir (Hart, Flora, Palyo, Fresco, Holle ve Heimberg, 2008: 49).

Yapılan literatür taramasında, yurt içi ve yurt dışında, sosyal görünüş kaygısıyla ilgili yapılan araştırmaların sayısının, diğer değişkenlerle kıyaslandığında daha sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Özellikle yurt içinde yapılan araştırmalar bir elin parmağını geçmemektedir. Araştırmaların sınırlı sayıda olmasının, sosyal görünüş kaygısı kavramı tanımının ve de ölçüm aracının 2008 yılında, yakın zamana ait olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Araştırma bulgularında, sosyal görünüş kaygısı kavramına yakın bir kavram olan sosyal fizik kaygısı da dahil edilmiştir.

Sosyal görünüş kaygısı ile, sosyal kaygı ve yeme bozuklukları belirtileri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır, yani sosyal görünüş kaygısı düzeyi arttıkça sosyal kaygı ve yeme bozuklukları belirtileri de artmaktadır (Levinson, Rodebaugh, White, Menatti, Weeks, Iacovino ve diğerleri, 2013: 125). Sosyal görünüş kaygısı ayrıca beden memnuniyetsizliği, bulimik belirtiler, aşırı yeme endişesi ile sosyal etkileşim kaygısı ve olumlu değerlendirme korkusuyla da ilişkili görülmektedir (Levinson ve Rodebaugh, 2012: 27). Kişilerin fiziksel aktiviteye katılım seviyesi arttıkça sosyal görünüş kaygısının azaldığı, sosyal görünüş kaygısı arttıkça da sosyal öz-yeterlik algısının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Alemdağ, 2013: 69).

Sosyal görünüş kaygısı, tanı almış bireylerde de çalışılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı almış kadınlarda sosyal görünüş kaygısı düzeyi arttıkça, beden kitle indeksi, zayıflık, beden memnuniyetsizliği, depresyon, anksiyete gibi duygusal problemler ve

şüphecilik, teslimiyet gibi kişilerarası problem düzeyleri de artmaktadır. (Claes, Hart, Smits, Van Den Eynde, Mueller ve Mitchell, 2012: 406). Bulimiya nervosa tanısı almış hastaların, sağlıklı gruba göre sosyal görünüş kaygıları daha yüksektir (Koskina, Meisel, Campbell ve Schmidt, 2011: 142). Özcan, Subaşı, Budak, Çelik, Gürel ve Yıldız (2013: 107) hastaneye başvuran ergen ve yetişkin kadın hastalarla yaptıkları araştırmalarında, depresyon belirti şiddetinin, sosyal görünüş kaygısı ve benlik saygısını olumsuz etkilediğini gözlemlemişlerdir. Ayrıca ekonomik zorlukların sosyal görünüş kaygısını artırdığı saptanmıştır. Sosyal görünüş kaygı düzeyi ile benlik saygısının birbiriyle ilişkili olduğu elde edilen bir diğer bulgudur. Hemodiyaliz tedavisi gören hastalarda, sosyal görünüş kaygısının, algılanan sosyal destekle ilişkili olduğu bulunmuştur (Atik, Atik, Asaf ve Çınar, 2015: 2210).

Cinsiyetle ilgili olarak, sosyal görünüş kaygısı düzeyinin ergenlerde cinsiyete göre anlamlı bir değişiklik göstermediği (Şahin, Barut ve Eranlı, 2013, 56; Varol, Erbaş ve Ünlü, 2014: 121; Şahin, 2012: 58), akne vulgarisli hastalarda ise kadınlarda sosyal görünüş kaygısı düzeyinin daha yüksek olduğu (Erdemir, Bağcı, İnan ve Turan, 2013, 35), başka bir araştırmada ise sosyal görünüş kaygısının erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Alemdağ, 2013: 69-70).

Ergenlerle yapılan çalışmalarda sosyal görünüş kaygısı yükseldikçe, öz saygının azaldığı (Şahin, Barut, Eranlı ve Kumcağız, 2014: 152), sosyal görünüş kaygısının sınıf düzeyine göre anlamlı bir farklılık gösterdiği, anne ve babanın eğitim düzeyi yükseldikçe sosyal görünüş kaygısının azaldığı (Şahin, 2012: 59-61), ergenlerin sosyal görünüş kaygıları arttıkça öznel iyi oluş düzeyi ve insani değerler düzeyinin azaldığı (Seki, 2014: 5), sosyal görünüş kaygısı azaldıkça üstbilişsel farkındalık ve bunun alt boyutları olan açıklayıcı bilgi, prosedürel bilgi, planlama, kendini kontrol etme, bilişsel stratejiler, koşullu bilgiler, öz-değerlendirme ve öz-izleme düzeyinin arttığı (Çelik, Turan ve Arıcı, 2014: 141) bulunmuştur.

Hart, Leary ve Rejeski (1989: 94), ayrıca sosyal görünüş kaygısına yakın bir kavram olan sosyal fizik kaygısı terimini ortaya atmışlar ve bu terimi, insanların fiziksel görünüşlerinin başkaları tarafından değerlendirilirken hissettikleri kaygı olarak betimlemişlerdir. Sosyal fizik kaygısı bulguları özetle ele alındığında kadınların erkeklere göre kendi fiziksel görünüşlerinden daha fazla rahatsız iken (Çepikkurt ve Coşkun: 2010:

80), sporcu kadınların, olmayanlara göre daha düşük sosyal fizik kaygı düzeyine sahip olduğu görülmektedir (Tok, Güneş, Koyuncu, Doğan ve Canpolat, 2011: 1049).

BDB ile sosyal görünüş kaygısının araştırıldığı çalışmalar da sınırlı sayıdadır. Az sayıdaki çalışmalardan birinde BDB tanısı olan bireylerin sosyal görünüş kaygısı düzeyi, sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu, BDB hastalarının kontrol gurubuna göre, başkalarının kendi görünüşleriyle ilgili düşüncelerinden kaynaklanan anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Anson, Veale ve Silvey, 2012: 753).

Özetle henüz yeni bir kavram olan sosyal görünüş kaygısına dair sınırlı tanımlamalara ilaveten literatür taramasında sınırlı sayıda araştırmaya rastlanılmıştır. Sosyal fizik kaygısı, sosyal görünüş kaygısına göre daha eski bir tanım olduğundan, daha fazla tanım ve araştırma bulmak mümkündür.

1.4.4. Temel Duygular

Temel duygular bu çalışmada kullanılan bir diğer değişkendir. Duygusal yüz ifadelerinin evrensel olduğunu savunan Darwin, yaptığı araştırmalar sonucunda diğer kuramcılara ışık tutarak, temel duygular kavramının ortaya atılmasına yardımcı olmuştur. Power (2006: 698) ise temel duygularla mutluluk, üzüntü, korku, öfke ve iğrenmeyi kastetmektedir.

Young (1981: 144), duyguyu, içinde bulunulan ortamın algılanmasıyla ortaya çıkan bireyin iç dünyasını harekete geçiren bedensel, davranışsal ve zihinsel özellikleri içeren duygusal süreç olarak tanımlarken, Lazarus (1984: 266), ise duyguyu bireyin çevresindeki uyarıları algılaması ve değerlendirmesi sonucu oluşan iç yaşantılar olarak tanımlamıştır. Watson ve Clark (1984: 465) organizmanın ihtiyaçları, amaçları, hayatta kalması ve çevreye uyum sağlayabilmesi için gerekli olan, olaylara karşı gösterdiği düzenli ve kısa süreli uyumsal tepkileri duygu olarak tanımlarken, Goleman (2004: 327) duyguyu; bir his ve bu hisse özgü belirli düşünceler, psikolojik, biyolojik ve bir dizi hareket eğilimi ve harekete geçimesini sağlayan dürtüler olarak tanımlamıştır.

“Temel duygular” daki (Dalglish ve Power, 1999; Power ve Tarsia, 2007: 20-21) temel kelimesinin 3 anlamı bulunmaktadır. İlk anlamı, bir duyguyu diğerinden ayıran

önemli bir yol olmasıdır. Bu görüş, duyguların birbirinden ayrı olduğunu ifade eder. Yani korku, üzüntü, iğrenme gibi bütün negatif değerlendirmeler, öncesinde gerçekleşen olaylar, olası davranışsal tepkiler ve fizyolojik özellikleriyle birbirinden farklı olduğunu ifade etmektedir. Bu durum olumlu duygularda da aynı şekildedir. Temel kelimesinin ikinci anlamı, duyguların temel yaşam görevleriyle ilgili, uyumlu değerler geliştirmesidir. Burada bahsedilen temel yaşam görevleri, başarı, kayıp, hayal kırıklığı gibi evrensel insani durumlardır. Örneğin; mutluluk, bir hedefi elde etme veya sürdürme, üzüntü bir hedefi elde etme ya da sürdürmede başarısızlık, öfke bir hedefin kaybı, korku ise bir hedefi başarmada başarısızlık beklentisiyle ilişkilidir. Yani duygular, sayısız kez tekrarlanan uyumlu durumlarla ilişkilidir. Son olarak temel terimi, daha karmaşık duyguları birleştirmede tanımlanan elementler için kullanılmaktadır. Örneğin; mutluluk ve küçümsemenin birleşimiyle kendini beğenme duygusu ortaya çıkmaktadır. Temel duyguları birbirinden ve duygu durum ile duygusal olaylardan ayırt eden birtakım özellikleri vardır. Kendine özgü evrensel işaretler, duygulara özgü fizyoloji, otomatik değerlendirme mekanizmaları bunlardan bazılarıdır. Kendine özgü evrensel işaretlerle kişilerin yansıttıkları ifadelerin öncesinde gerçekleşen ve sonrasında oluşan durumlar kastedilmektedir. İğrenç bir tada ya da kokuya karşı kişilerin yüzünde iğrenme ifadesi oluşurken, herhangi bir duygu durum ya da duygusal olayın bu şekilde kendine özgü işareti bulunmamaktadır. Duygulara özgü fizyolojiyle, temel duygular için farklı otonom sinir sistemi aktivasyonları kastedilir. Otomatik değerlendirme mekanizmasına göre, tekrarlayan işlevsel durumlar karşısında organizma, önceden edinilen bilgilere uygun tepkiler verir. Bu değerlendirme sonucu oluşan duygular da harekete yol açar (Dalglish ve Power: 1999).

Temel duyguların çıkışı Darwin'in duygusal yüz ifadelerinin evrenselliğini kanıtlamak için farklı ülkelerdeki kişilerden veri toplayarak gözlemcilerin bu ifadelere olan tepkilerini değerlendirmesiyle olmuştur. Bu araştırmalardan sonra Darwin'den etkilenen birçok kuramcı duyguların belirli yüzsel ifadelerinin evrenselliğini kanıtlamaya çalışmışlardır (akt. Özbayrak 2006: 16). Ekman ve Izard tarafından yürütülen çalışmalar da duyguların yüzsel ifadelerinin evrensel olduğunu göstermiştir (akt. Power, 2006: 695). Duygunun yüzsel deneyimleriyle ilgili bu evrensellik ispatları temel duygular olarak betimlenmiştir. Bu duygular tüm insanlarda potansiyel olarak bulunmaktadır.

Duyguların sınıflanmasında pozitif-negatif duygu kategorilerinin olduğu konusundaki görüşler ağırlık kazanmaktadır (Watson ve Clark, 1984: 466). Temel

duygularınsa ne olduğu ve sayısı da kuramcılara göre değişmektedir. Örneğin Power, mutluluk, iğrenme, üzüntü, korku ve öfke olmak üzere 5 temel duygudan söz eder. Ekman ve Frisen (1986: 159) ise bu duyguların yanına şaşkınlık duygusunu, Plutchick (2003) ise bunlara ümit, sıkıntı ve utanma duygularını da eklemiştir.

Temel duygularda cinsiyetle ilgili farklı ve kesin olmayan bulgular olsa da genel olarak, erkeklerin mutluluk, şaşkınlık, korku ve iğrenme duygularını kadınlara oranla daha az ifade ettiği bildirilmektedir (Boratav, Atmaca ve Sunar: 2006). Bir başka araştırmada kadınların erkeklere göre gücün yokluğuyla ilgili olan üzüntü, utanç, suçluluk, korku ve güç eksikliğini daha çok yaşadıklarını; buna karşılık erkeklerin de kadınlara göre güçle ilişkili olan öfke ve gurur gibi duyguları daha yoğun yaşadıkları bulunmuştur (akt, Ragins ve Winkel, 2011: 377).

Psikolojik rahatsızlıklarda temel duyguların rolüne dair araştırma bulgularına rastlamak mümkündür. Yüz ifade tanıma görevi verilen şizofren hastalarının sağlıklı gruba göre yüz tanıma performansları önemli ölçüde bozulmuş bulunmuştur. Ayrıca sağlıklı grupla şizofreni hastalar arasında, mutluluk ve şaşkınlık ifadelerini tanıma konusunda anlamlı fark saptanmıştır (Laroi, Fonteneau, Mourad ve Raballo, 2013: 79). Negatif belirtileri olan şizofren hastaları normal bireylere ve diğer şizofren hastalarına göre daha az olumlu duyguları yaşamaktadır; şizofreni hastaları sağlıklı bireylere göre daha çok korku ve tiksinti yaşarken, suçluluk ve öfke de şizofreni hastalığının kronikleşen vakalarında daha çok görülmektedir (Suslow, Roestel, Ohrmann ve Arolt, 2003: 303).

Temel duygularda fizyolojik farklılıklardan da söz etmek mümkündür. Örneğin sağ elini kullanan kadınlarla yapılan bir çalışmada temel duyguları temsil eden farklı videolar izlettirilmiş ve sinirsel tepkileri ölçülmüş, sonuç olarak amigdala ve korteks birlikte, tüm temel duygularda aktif olmuştur. Kortikal ve subkortikal beyin bölgeleriye, üzüntü dışında diğer tüm duygularda aktif olmuştur (Tettemanti, Rognoni, Cafiero, Costa, Galati ve Perani, 2012: 1804). Temel duyguların olduğu fotoğrafların katılımcılara gösterildiği bir başka araştırmada psikiyatrik belirtiler azaldıkça yüz ifadelerini tanıma oranları artmaktadır. Hafif düzeyde psikiyatrik belirtisi olan bireylerde ise pozitif duyguları tanıma konusunda daha düşük performans düzeyi bulgulanmamıştır (Csukly, Czobor, Simon ve Takacs, 2008: 177).

Duygularda kültürler arası karşılaştırmalar da dikkat çekmektedir. Kültürel farklılıkların korku, öfke, üzüntü ve tikslenme duygularının yüzsel ifadeye hangi oranda tanındığını araştıran bir çalışmada, bireyci özellik gösteren kültürlerle öfke ve korku gibi olumsuz duyguların daha doğru tanındığı, toplulukçu kültürlerde ise aynı olumsuz duyguların daha düşük yoğunluk oranlarıyla ilişkili olduğu gözlenmiştir (Matsumoto, 1989: 92). Japonlarla yapılan bir başka çalışmada minnettarlık ve sadakat gibi duyguların, gurur, öfke gibi duygulara nazaran daha çok yansıtıldığını göstermiştir (Kitayama, Markus ve Kurokawa, 2000: 93). Bu araştırmalar, duyguların algılanmasının bireyci ve toplulukçu kültürlerde farklılaşabildiğini göstermiştir.

Buhlmann, Etcoff, Wilhellm (2006: 540), BDB ve temel duygularla ilgili bir çalışmada, kişilere fotoğraf eşliğinde, bir kişinin kendilerine baktığında hissettikleri duygu ile, bir arkadaşına bakıldığında hissettikleri duyguyu tanımlamaları istenmiş; sonuçta, BDB hastalarının, kendilerine yönelik senaryoda öfke ve iğrenme gibi duyguları tanımlamakta daha çok zorlandıkları görülmüştür. Kollei ve Martin (2014: 144) ise, araştırmalarında BDB hastalarının sağlıklı gruba göre üzüntü, gerginlik, korku, güvensizlik, nefret, stres, öfke ve utanç düzeylerinin daha yüksek olduğunu; hatta, majör depresyon tanısı almış hastalara göre öfke, iğrenme, utanç, hayal kırıklığı ve güvensizlik düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Kendi bedenlerini görmeye maruz bırakılan BDB hastalarının üzüntü, öfke ve iğrenme düzeyleri sağlıklı gruba göre daha yüksekken, majör depresyon tanısı almış hastalar arasında bir fark bulunmamıştır. Ayrıca aynaya bakmaya maruz bırakılan BDB hastalarının, sağlıklı bireylere göre daha çok kaygı ve iğrenme yaşadığı bildirilmiştir (Neziroğlu, Hickey ve Mckey, 2010: 40). BDB hastaları sağlıklı bireylere göre daha yüksek keder, iğrenme, kaygı utanç ve öfke daha düşük sevinç düzeyine sahip olduklarını belirtmişlerdir (Kollei, Brunhoeber, Rauh, Zwaan, Martin, 2012: 321; Philips, 2004: 12; Pavan, Vindigni, Semenzin, Mazzoleni, Gardiolo, Simonato ve Marini, 2006: 91). Benzer şekilde, BDB'li hastalar sağlıklı bireylere göre korku ifadesinin olduğu yüzleri daha az tanımaktadırlar (Jefferies, Laws ve Fineberg, 2012: 175).

Özetle duygusal yüz ifadelerinin evrenselliğiyle ilgili yapılan araştırmalardan sonra ortaya atılan temel duygular sınıflandırmasının çeşitli tanımlamalarını bulmak mümkündür. Temel duygulardaki temel ifadesiyle, bir duyguyu diğerinden ayırması, temel yaşam görevleriyle ilgili olması ve daha karmaşık duyguları birleştirmede kullanılması

kastedilmektedir. Ayrıca BDB ile temel duyguların çalışıldığı araştırmalarda, BDB hastalarının negatif duyguları pozitif duygulara göre daha çok hissettikleri görülmüştür.

1.4.5. Beden İmgesi Başetme Stratejileri

Bu çalışmada ele alınan bir başka değişken olan beden imgesi baş etme stratejileri kavramı, beden imgesi ile baş etme stratejileri kavramlarından oluşmaktadır. İnsanlar yaşamlarının her anında denge, düzen ve uyumlarını etkileyecek içsel ya da dışsal birçok uyaranla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu uyaranlar kişiye sıkıntı verecek, yeniden uyum sağlamasını gerektirecek ya da alışlagelen yaşam biçimini değiştirecek durumdaysa kişi bu zorlu olayın üstesinden gelebilmek ve yeniden uyum sağlayabilmek için çabalayacaktır. Bu aşamada başa çıkma kavramı ortaya çıkmaktadır. Lazarus ve Folkman (1984: 141) başa çıkmayı, içsel ve dışsal etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan zorlukları yönetebilmek için sürekli değişen bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlamıştır. Birey beden imgesiyle algıladığı olumsuzlukları da stres ve kaygı kaynağı olarak değerlendirebilmektedir. Bu olumsuz duygu, düşünce ve durumlarla baş edebilmek için bireyler, bilişsel ve davranışsal çeşitli stratejiler geliştirmektedirler (Doğan, Sapmaz ve Totan 2011: 122). Lazarus baş etmeyi stresörün yönlendirildiği ve değiştirildiği problem odaklı başetme ile duygusal tepkilerin düzenlendiği duygu odaklı başetme şeklinde ikiye ayırmıştır. Problem odaklı baş etme, kişinin stres yaratan tehditle davranışsal olarak ilgilenmesi veya sorunlu ilişkisini değiştirerek mücadele etmesini içerirken, duygu odaklı baş etme ise stresten kaynaklanan rahatsızlığı duygusal olarak azaltma ve duyguları kontrol etmeyi içermektedir (Lazarus, 2006: 9-10).

Beden imgesi ilk olarak Henry Head tarafından 1920'lerde beden şeması kavramının ortaya atılmasıyla gündeme gelmiş, tutum ve davranışları yönetmede dinamik bir rol oynayan ve bireyin kendi bedenine ilişkin zihninde bir model meydana getirmesi şeklinde tanımlanmıştır (akt: Devisch, 1989: 389). Daha sonra Schilder (1935) beden imgesinin çok yönlü olduğunu ifade etmiş ve kendi bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmi ve bedenin kendimize görünen biçimi şeklinde tanımlamıştır. Cash (2004: 1-2), ise bireyin bedeniyle ilgili algılamalarını, tutumlarını, düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve davranışlarını kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamıştır.

Beden imgesi baş etme stratejilerinin görünüşü düzeltme, kaçınma ve olumlu mantıksal kabullenme olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Görünüşü düzeltme alt boyutu, bireylerin beden imgesine yönelik olumsuzluklarla ve tehditlerle ilgili olarak söz konusu olumsuzlukları gidermeye ve düzeltmeye yönelik çabalarına işaret etmektedir. Olumlu mantıksal kabullenme alt boyutu, beden imgesi ile ilgili olumsuzlukların ve tehditlerin gerçekçi ve işlevsel olmadığını ifade etmektedir. Kaçınma alt boyutu ise bireylerin beden imgesi ile ilgili olumsuzluklardan kaçınmalarına işaret eder (Doğan ve arkadaşları, 2011: 127). Cinsiyet farklılığına bakıldığında kadınlarda beden imajı özellikleri arttıkça, beden imgesi baş etme stratejilerinin alt boyutu olan olumlu mantıksal kabullenme de artmakta; beden imgesi baş etme stratejileri ölçeğinin diğer alt boyutları olan kaçınma ve görünüşü düzeltme ise azalmaktadır (Melnyk, Cash ve Janda, 2004: 225).

Ülkemizde 142 üniversite öğrencisiyle yapılan araştırmada ise yeme tutumu ile anksiyete arasında ilişki bulunurken, depresyon, beden imgesi baş etme stratejileri, yaşanan yer ve harçlık miktarı arasında ilişki bulunmamıştır (Büyüköztürk, Çolak, Görgülü, Saraçoğlu ve Saraçoğlu, 2013: 1-2).

Beden dismorfik bozukluğu ile beden imgesi baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara rastlamak mümkündür. BDB’de baş etme stratejilerini inceleyen Cash ve Grasso (2005: 199), 242 üniversite öğrencisiyle yaptıkları araştırmada, katılımcılara Beden İmgesi Bozukluğu Testi, Görünüm Şemaları Envanteri, Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri ve Beden İmgesi Yaşam Kalitesi Envanterleri uygulamışlardır. Öncelikle beden imgesi bozukluğu puanları kadınlarda, erkeklerden anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Baş etme boyutlarında ise görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme puanları kadın ve erkeklerde anlamlı olarak farklılaşırken, kaçınma alt boyutunda cinsiyete bağlı anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hrabosky, Cash, Veale, Neziroglu, Soll, Garner, v.d. (2009: 155), BDB, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa hastası ve normal bireylere Beden İmgesi Bozukluğu Testi ve Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğini de içeren çoklu bir anket seti uygulamışlardır. Öncelikle hasta grubunun beden imgesi bozukluğu puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek iken, BDB hastalarının beden imgesi bozukluğu puanları, diğer hasta grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Baş etme yönünden 3 hasta grubunun görünüşü düzeltme puanları sağlıklı guruba göre anlamlı olarak daha yüksek iken, bu hasta grupları içerisinde ise BDB hastalarının AN hastalarından özellikle görünümü düzeltmede yüksek puanlara

sahip oldukları bulunmuştur. Öte yandan diğer baş etme boyutları olan olumlu mantıksal kabullenme ve kaçınma düzeyleri, BDB hastalarıyla sağlıklı grup arasında farklılaşmamaktadır. Bir başka araştırmada ise, görünüşü düzeltmeye ilaveten kaçınma düzeyi açısından BDB tanısı almış bireyler ile sağlıklı bireyler ayrıştırken, olumlu mantıksal kabullenme düzeyi açısından bir farklılaşma olmadığı gözlenmiştir (Wilson, Wilhelm ve Hartmann, 2014: 380). Benzer şekilde, Callaghan, Lopez, Wong, Northcross ve Anderson (2011: 267) ise BDB hastaları ile yaptıkları bir çalışmada beden imgesi bozukluğu belirti düzeyinin Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğinin alt boyutlarından kaçınma ve görünüşü düzeltme ile olumlu yönde ilişkili olduğunu, olumlu mantıksal kabullenme ile anlamlı bir ilişkisini olmadığını belirtmiştir. Bu araştırmadaki bir başka sonuç ise, BDB hastalarının normal gruba göre daha fazla kozmetik cerrahi uygulama arayışında oldukları yönündedir. Kozmetik cerrahi arayışında olan BDB hastaları, böyle bir arayış içinde olmayan BDB hastalarına göre görünümü düzeltme alt boyutundan daha yüksek puan almışlardır. Sonuç olarak BDB hastaları özellikle sorunsal baş etme stratejileri olarak görülebilecek kaçınma ve görünüşü düzeltme alt boyutlarından daha yüksek puanlar alırken, olumlu mantıksal kabullenme puanlarında ise normal ve hasta grubu arasında anlamlı bir fark gözlenmemektedir.

YÖNTEM

2.1. ÖRNEKLEM

Araştırmada örnekleme yöntemi olarak amaçlı örnekleme yöntemlerinden “kolay ulaşılabilir durum örnekleme” kullanılmıştır. Katılımcıların araştırmaya dahil olma kriterleri 18-65 yaş arasında olmak, okuma-yazma (Türkçe) biliyor olmak ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenirken, katılımcıların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri psikiyatrik tanı almış olmak ve/veya araştırma esnasında psikiyatrik ilaç kullanmak, 18 yaşın altında, 65 yaşın üzerinde olmak ve okuma-yazma (Türkçe) bilmemek olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çalışmadan çıkarılma kriterleri ise, katılımcının anket doldurmayı yarıda bırakması ve katılımcının anket sorularını okumadan, rastlantısal olarak doldurması ve/veya anketlerin uç değerlere sahip olmasıdır.

Araştırmaya aşağıda tanımlanan ölçüm araçlarını doldurarak toplamda 372 yetişkin katılmıştır. Bu katılımcılardan 26’sı kişisel bilgi formunda psikiyatrik tanı aldıklarını, 33 kişi ise psikiyatrik ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir. Araştırmada örneklem yönünden homojenliği sağlamak ve güvenilir ölçüm yapabilmek adına gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri arasında psikiyatrik tanı almış olmak ve psikiyatrik ilaç kullanmak bulunduğundan, bu kişilerin verileri araştırma analizlerinden çıkarılmıştır. Sonuç olarak, araştırmaya 191 kadın ve 117 erkek olmak üzere toplam 313 kişinin verisi dahil edilmiştir. (5 kişi cinsiyetini belirtmemiştir). Yaşları 18 ila 65 arasında değişen katılımcıların yaş ortalaması 33,19 (Ss=9,99) olarak bulunmuştur. Katılımcıların bazı sosyodemografik bilgileri Tablo 2 ve 3’te verilmektedir.

Katılımcıların sosyodemografik bilgileri genel olarak özetlendiğinde, 200 (% 63,9)’ünün medeni durumu evli, 105 (% 33,5)’i bekar olarak görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, 197 (% 62,9)’sinin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların annelerinin 171 (% 54,6)’inin, babalarının 146 (% 46,6)’sının ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir (Tablo-2).

Tablo 2. Katılımcıların ve Anne Babalarının Eğitim Durumları (N=313)

Eğitim	Katılımcı (%)	Katılımcının Annesi (%)	Katılımcının Babası (%)
Okuma-yazma yok	2 (% 0,6)	47 (% 15)	19 (% 6,1)
Okur-yazar	0	5 (% 1,6)	4 (% 1,3)
İlkokul	27 (% 8,6)	171 (% 54,6)	146 (% 46,6)
Ortaokul	21 (% 6,7)	43 (% 13,7)	43 (% 13,7)
Lise	47 (% 15)	27 (% 8,6)	56 (% 17,9)
Lisans	197 (% 62,9)	16 (% 5,11)	41 (% 13,1)
Lisansüstü	12 (% 3,8)	0	1 (% 0,3)

Katılımcıların 155 (% 49,5)'i öğretmen olduğunu belirtmiştir. Ebeveynleriyle ilgili olaraksa katılımcıların 258 (% 82,4)'i annesinin ev hanımı, 80 (% 25,6)'i ise babasının emekli olduğunu belirtmiştir (Tablo-3).

Tablo 3. Katılımcıların ve Anne Babalarının Meslekleri

Meslek	Katılımcı (%)	Katılımcının Annesi (%)	Katılımcının Babası (%)
Öğretmen	155 (% 49,5)	7 (% 3)	23 (% 7,3)
Ev hanımı	44 (% 14,1)	258 (% 82,4)	0
İşçi	25 (% 8)	4 (% 1,3)	45 (% 14,4)
Psikolojik Danışman	15 (% 4,8)	0	0
İşsiz	4 (% 1,3)	10 (% 3,2)	8 (% 2,6)
Memur	14 (% 4,5)	2 (% 0,6)	23 (% 7,3)
Polis	5 (% 1,6)	0	6 (% 8)
Akademisyen	7 (% 2,2)	0	0
Satış Elemanı	4 (% 1,3)	0	0
İşletmeci	6 (% 1,9)	6 (% 1,9)	2 (% 0,6)
Psikolog	3 (% 1)	0	0
Mühendis	2 (% 0,6)	0	4 (% 1,3)
Emekli	0	8 (% 2,6)	80 (% 25,6)
Çiftçi	0	3 (% 1)	28 (% 8,9)
Hemşire	0	2 (% 0,6)	0
Terzi	0	2 (% 0,6)	0
Serbest Meslek	0	0	43 (% 13,7)
Şoför	0	0	14 (% 4,5)
Müteahit	0	0	4 (% 1,3)
Esnaf	0	0	14 (% 4,5)
Diğer	15 (% 4,8)	7 (% 2,2)	16 (% 5,11)

Katılımcıların 275 (% 87,9)'i gelir seviyelerinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Kronik tıbbi rahatsızlıkla ilgili soruda katılımcıların 45 (% 14,4)'i evet cevabını vererek rahatsızlıklarının olduğunu belirtmişlerdir. Cevap veren katılımcıların 7'si (% 15,5) diyabet, 5'i (% 11,1) astım, 4'ü (% 8,8) bronşit, 4'ü (% 8,8) kalp rahatsızlığı, 3'ü (% 6,6) tansiyon, 3'ü (% 6,6) migren ve 19'u (% 42,2) diğer (alerji, böbrek rahatsızlığı, ülser, sinüzit, anemi, romatizma, hemoroid) olmuştur.

Katılımcılara ayrıca BDB ile ilişkili olabilecek diyet ve spor yapma sıklıkları da sorulmuştur. Cevaplara bakıldığında 200 (% 63,9) kişi hiç diyet yapmadığını belirtirken, 104 (% 33,2) kişi ise bazen spor yaptığını ifade etmiştir (Tablo-4).

Tablo 4. Katılımcıların Diyet ve Spor Yapma Sıklıkları

Sıklık	Diyet	%	Spor	%
Hiç	200	63,9	54	17,3
Nadiren	21	6,7	41	13,1
Bazen	47	15	104	33,2
Sık sık	11	3,5	60	19,2
Her zaman	18	5,8	38	12,1

Katılımcıların boyları 150 cm ile 192 cm arasında değişmektedir. Genel boy ortaması 167,75 cm, kadınların boy ortalaması 163,40 cm, erkeklerin 174,75 cm'dir. Katılımcıların kiloları 42 kg ile 130 kg arasında değişmektedir. Genel kilo ortalaması 67,63 kg, kadınların kilo ortalaması 60,11, erkeklerin kilo ortalaması 79,50'dir.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Beden İmgesi Bozukluğu Anketi, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeği, Temel Duygular Ölçeği, Öz Bilinç Ölçeği ve Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği kullanılmıştır. Veri toplama araçlarının tamamı Ekler kısmında verilmektedir.

2.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireylerin demografik özelliklerini değerlendirmek için, araştırmacılar tarafından bir form hazırlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kişiye yönelik; kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ekonomik düzeyi, anne-baba eğitim durumu ve meslek bilgileri gibi sosyodemografik bilgilerle ilgili soruların yanı sıra, spor ve diyet yapma durumu ile boy ve kilosunu içeren sorular bulunmaktadır. Araştırmanın örneklemini tanı almamış yetişkin grubu oluşturduğu için, formda ayrıca daha önce psikiyatrik bir tanı alınıp alınmadığı, psikiyatrik ilaç kullanılıp kullanılmadığıyla ilgili bilgiler de sorulmuştur.

2.2.2. Beden İmgesi Bozukluğu Anketi (BİBA; Cash, Philips, Santos & Hrabosky, 2004)

Ölçek, Cash ve arkadaşları (2004: 364 - 365) tarafından 1996 yılında Philips tarafından hazırlanan Beden Dismorfik Bozukluğu Ölçeği temel alınarak oluşturulmuştur. Beden imgesi bozukluğunu değerlendirmek amacıyla geliştirilen BİBA 7 maddeden oluşmaktadır; 5'li likert tipi bir ölçektir (1=hiç, 2=biraz, 3=orta, 4=oldukça, 5=çok sık). Bu 7 sorudan, 1., 2., 5., 6. ve 7. sorular ayrıca açık uçlu bir sorunun olduğu B maddesini içermektedir. Bu açık uçlu kısımda, görünümünüzle ilgili bu endişeler nelerdir, görünümünüzle ilgili bu düşünceler hayatınızı nasıl etkiliyor, görünümünüzdeki bu fiziksel kusurlarınız sosyal hayatınızı engelliyorsa nasıl engelliyor, görünümünüzdeki bu fiziksel kusurlarınız okulunuzu, işinizi ya da yapmanız gereken şeyleri belirgin bir şekilde engelliyorsa nasıl engelliyor, bu kusurlarınız nedeniyle eğer kaçınıyorsanız, nelerden kaçındığınızı açıklayınız gibi ilave sorular sorulmuştur. Sadece derecelendirme içeren 7 sorudan alınan puanlar 7 ile 35 arasında değişmektedir. Anketten alınan yüksek puanlar, kişideki olumsuz beden algısı ve psikososyal fonksiyonlarına işaret ederken, düşük puanlarsa kişide beden imgesiyle ilgili bir problem olmadığını ifade etmektedir. Cash ve ark.'nın (2004: 366-36- 368) çalışması 220 kadın ve 75 erkek üniversite öğrencisi üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı kadınlarda ve erkeklerde ,89 olarak bulunmuştur. Kadınların testten aldığı ortalama soru puanı ($\bar{x}=1,81$, $Ss=,67$), erkeklerinkinden ($\bar{x}=1,58$, $Ss=,59$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. BİBA puanları kadınlarda erkeklerden,

beyaz kadınlarda ($\bar{x}=1,93$, $Ss=,69$), Afrikalı Amerikan kadınlardan ($\bar{x}=1,59$, $Ss=,58$), anlamlı olarak daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Açık uçlu sorulardan elde edilen nitel sonuçlara göre, kadınlar görünümleriyle ilgili ortalama 1,81, erkeklerse 1,55 beden bölgesi belirtmişlerdir. Kadınlarda en çok belirtilen beden bölgesi bel/karın (% 35,4) iken bunu sırasıyla kilo (% 27,3), bacaklar (% 27,3), yüz hatları (burun, düşler, yüzün genel görünümü) (% 15,7), kalça (% 13,6), memeler (% 10,1), ten rengi (% 7,1), kollar (% 7,1) ve kas (% 5,1) izlemiştir. Erkeklerde de en çok belirtilen beden bölgesi bel/karın (% 34) olurken, bunu kilo (% 22,6), yüz hatları (% 17), kas (% 9,4), genel görünüm (% 9,4), bacaklar (% 5,7) ve saçlar (% 5,7) takip etmiştir (Cash ve ark., 2004: 368).

BİBA, Tihan (2010: 35- 41- 42 - 61- 76) tarafından Türkçe'ye çevrilmiş ve DSM-IV'e göre (APB, 2000) BDB tanısı alan 17-45 yaş arası 20 hastayla 20 sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılarak incelenmiştir. Hastaların beden imgesi bozukluğu testinden aldıkları ortalama toplam puan 27, ortalama soru puanı 3,8 olarak bulunmuştur. Ayrıca iç tutarlık katsayısı hesaplanmış ve $\alpha =,94$ olarak rapor edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre BİBA'dan alınan puanlar, önceki araştırmalarla benzer bulunmuştur. Kişide endişe yaratan beden bölgelerinin varlığını, bu endişenin şiddetini, aşırı uğraşmayı, çeşitli alanlarda yaşam kalitesine etkisini ve kaçınmaları sorgulayan bu ölçeğin aynı zamanda BDB için tarama testi olarak da kullanılabileceği bildirilmiştir.

Bu çalışmada, anket Türkçe'den İngilizce'ye, İngilizce'den Türkçe'ye yeniden çevrilerek uyarılama çalışması yapılmış ve anket beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin sağlıklı bireylerde değerlendirilmesi için kullanılmıştır.

2.2.3. Özbilinç Ölçeği (ÖBÖ; Mittal, & Balasubramanian, 1987; Akın, Abacı, Öveç, 2007)

ÖBÖ ilk olarak özbilinç düzeyini belirlemek amacıyla Fenigstein, Scheier ve Buss (1975: 522) tarafından geliştirilmiş, daha sonra Mittal ve Balasubramanian (1987: 53) tarafından revize edilmiş 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Fenigstein ve arkadaşları (1975), ilk olarak 38 madde olarak hazırladıkları ölçeği ardından 23 maddeye indirmişlerdir. Derecelendirme 0 ila 4 arasında yapılmaktadır (0= tamamen aykırı, 1=

oldukça aykırı, 2 = kararsızım, 3 =oldukça uygun ve 4 = tamamen uygun). Ölçeğin üç alt boyutu vardır: genel öz-bilinç, özel öz-bilinç ve sosyal anksiyete. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 76, en düşük puansa 0'dır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır.

Mittal ve Balasubramanian (1987: 53) ise farklı olarak genel öz-bilinç alt boyutunun stil bilinçliliği ve görünüm bilinçliliği olarak ayrılması gerektiğini söylemiş 5 faktörlü bir model sunmuşlardır. Buna göre ölçeğin alt boyutları kendini düşünme, içsel öz-farkındalık, stil bilinçliliği, görünüm bilinçliliği ve sosyal anksiyetedir. Ölçekteki 23 olan madde sayısı 19'a düşürülmüştür.

Fenigstein ve arkadaşları ölçeğin test-tekrar test güvenilirliğini; genel öz-bilinç boyutu için ,84, özel öz-bilinç boyutu için ,79, sosyal anksiyete boyutu için ,73 ve tüm ölçek için ,80 olarak bulmuşlardır (Fenigstein ve arkadaşları ölçeğin genel özbilinç, özel özbilinç ve sosyal anksiyete olmak üzere 3 alt boyutu olduğunu belirtmiştir) (Fenigstein, Scheier ve Buss, 1975: 522)

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Akın, Abacı ve Öveç (2007: 257) tarafından 740 üniversite öğrencisi üzerinde çalışılarak yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları ölçeğin bütünü için ,79, kendini düşünme alt boyutu için ,84, içsel öz farkındalık için ,87, stil bilinçliliği için ,89, görünüm bilinçliliği için ,91 ve sosyal anksiyete alt boyutu için ,87 olarak bulunmuştur ($p < .001$). Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği, ,91 ile ,96 arasında değişmektedir.

Ölçeğin düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları ,40 ile ,70 arasında değişmektedir. Yapı geçerliliğini test etmek üzere yapılan faktör analizi sonuçlarına göre, kendini düşünme alt boyutunun faktör yükleri ,57 ile ,87 arasında, içsel öz farkındalık alt boyutunun faktör yükleri ,35 ile ,86 arasında, stil bilinçliliğinin faktör yükleri ,56 ile ,86 arasında, görünüm bilinçliliği ,59 ile ,84 arasında, sosyal anksiyete alt boyutunun faktör yükleri ise ,40 ile ,76 arasında değişmektedir. Ölçeğin beş alt ölçeğinin toplam varyansın % 68'ini açıkladığı görülmüştür. Geçerliliği test etmek için yapılan doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen uyum indeksleri incelenmiş ve Ki-kare değerinin ($\chi^2=330,91$, $N=740$, $sd=140$, $p < ,001$) manidar olduğu görülmüştür. Yapılan analiz sonuçlarına göre, ölçeğin Türkçe formunun bireylerin öz-bilinç düzeylerinin belirlenmesinde geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabilmesi belirtilmiştir (Akın, Abacı ve Öveç, 2007: 267-268).

Bu çalışmada Öz Bilinç ölçeği, BDB'nin bilişsel davranışçı modelinde yer alan kavramlardan öz bilinci değerlendirmek için kullanılmıştır; bu araştırmada alt boyutlara ilişkin spesifik hipotezler bulunmadığından ölçek toplam puanı kullanılmıştır.

2.2.4. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ; Hart, Flora, Palyo, Fresco, Holle ve Heimberg, 2008; Doğan, 2010)

SGKÖ, Hart ve arkadaşları (2008: 49-50) tarafından, bireyin görünüşüyle ilgili yaşadığı bilişsel, duygusal ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. On altı maddelik, beşli Likert tipi bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçek tek boyuttan oluşmaktadır. Cevaplayıcılardan, her bir maddeyi okuyarak o görüşe ne düzeyde katıldıklarını, verilen 5'li derecelendirme ile belirtmeleri istenir (1= hiç uygun değil, 2= uygun değil, 3= biraz uygun, 4= uygun ve 5= tamamen uygun). Ölçeğin 1. maddesi dışında tersten kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek, bilişsel, duygusal ve davranışsal ifadelerden oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, sosyal görünüş kaygısının yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmaları 3 farklı üniversite öğrencisi grubu ile yapılmış ve iç tutarlılık katsayıları bu farklı örneklem grupları için, ,94, ,95 ve ,94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise ,84 olarak bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlik kapsamında, Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği ile ,82 ve Beck Depresyon Ölçeği ile ,52 korelasyon bulunmuştur (Hart ve ark. 2008, 53).

SGKÖ Türkçe'ye Doğan (2010: 151-153-155) tarafından uyarlanmış ve 340 üniversite öğrencisiyle çalışılmıştır. Testin iç tutarlılık katsayısı ,93, test-tekrar test güvenirlik katsayısı ,85, test yarılama yöntemiyle hesaplanan güvenirlik katsayısıysa ,88 olarak hesaplanmıştır. SGKÖ'nün yapı geçerliğini belirlemek amacıyla tek faktör sınırlandırılması yöntemi kullanılarak yapılan açımlayıcı faktör analizi (AFA) sonucuna göre özdeğeri 8,49 olan toplam varyansın % 53,4'ünü açıklayan tek faktörlü bir yapı elde edilmiştir. Ölçeğin, ölçüt bağıntılı geçerliliğini değerlendirmek için 223 üniversite öğrencisine bu ölçekle beraber Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği uygulanmış ve iki ölçek arasında ($r=,60$, $p<,001$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Doğan, 2010).

SGKÖ, bu araştırmada, beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı modeline göre görünümün farkına varmayı değerlendirmek için kullanılmıştır.

2.2.5. Beden İmgesi Başetme Stratejileri leği (BİBS; Cash, Santos ve Williams, 2005; Doğan, Sapmaz ve Totan, 2011)

BİBS, Cash, Santos ve Williams (2005: 192- 193) tarafından, kişilerin beden imgesi tehditleri ve olumsuzluklarıyla ilgili baş etme stratejilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 4'l Likert tipi 29 maddeden oluşur (1= hiç katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= katılıyorum, 4= tamamen katılıyorum). Tersten kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır: görünüşü düzeltme, olumlu mantıksal kabullenme ve kaçınma. Görünüşü düzeltme alt boyutu, bireylerin beden imgesine yönelik tehditlerle ilgili olumsuzlukları gidermeye ve düzeltmeye yönelik çabaları ifade etmektedir. Olumlu mantıksal kabullenme alt boyutu, beden imgesiyle ilgili olumsuzlukların ve tehditlerin, gerçekçi ve işlevsel olmadığına karşılık gelmektedir. Kaçınma alt boyutu ise, bireylerin beden imgesiyle ilgili olumsuzluklardan kaçınmalarına işaret etmektedir.

BİBS'nn oluşturulma aşamasında 603 niversite öğrencisiyle çalışılmış; 50 madde ile başlanan çalışma, analizler sonucunda 29 maddeye indirilmiştir. Ölçeğin son halinin iç tutarlık katsayısı, görünümü düzeltme alt boyutu için sırasıyla kadınlarda ve erkeklerde; ,90, ,91, olumlu mantıksal kabullenme alt boyutu için; ,80, ,85, kaçınma alt boyutu içinse kadın ve erkeklerde ,74'tür. Ölçüt bağıntılı geçerlik kapsamında, BİBS ile Beden İmajı İdealleri leği uygulanmış (Bİİ), kaçınma alt boyutuyla Bİİ arasında kadınlarda ($r = ,45, p < 0,0001$), erkeklerde ($r = ,23, p < 0,001$), görünüşü düzeltme ile Bİİ arasında kadınlarda ($r = ,54, p < 0,0001$), erkeklerde ($r = ,39, p < 0,0001$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Olumlu mantıksal kabullenme ile Bİİ arasında kadınlarda ($r = -,27, p < 0,0001$) ilişki bulunurken, erkeklerde ($r = ,03, p > 0,05$) ilişki bulunmamıştır (Cash, Santos ve Williams, 2005: 195).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama alışması Doğan, Sapmaz ve Totan (2011: 127) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın katılımcılarını iki farklı üniversitede okuyan 473 ğrenci oluşurmaktadır. Görünüşü düzeltme alt boyutunun iç tutarlık katsayısı $\alpha = ,86$, olumlu mantıksal kabullenme alt boyutunun iç tutarlık katsayısı $\alpha = ,81$, kaçınma alt

boyutunda ise $\alpha = ,84$ olarak hesaplanmıştır. BİBSÖ'nün test tekrar test güvenilirlik katsayısı görünüşü düzeltme alt boyutu için ($r = ,81, p < 0,001$), olumlu mantıksal kabullenme alt boyutu için ($r = ,56, p < 0,001$), kaçınma alt boyutu için ($r = ,66, p < 0,001$) olarak bulunmuştur.

Dil geçerliliği için, iki dilli desen kullanılarak Türkçe ve İngilizce formlar iki hafta arayla katılımcılara uygulanmış, elde edilen toplam puanlar arasındaki ilişki Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısıyla incelenmiş, görünüşü düzeltme alt boyutu için Türkçe ve İngilizce form arasındaki ilişki $r = ,92$, olumlu mantıksal kabullenme alt boyutu için $r = ,85$ ve kaçınma alt boyutu için $r = ,80$ bulunmuştur. Ölçüt bağıntılı geçerlik kapsamında, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) ve Olumsuz Değerlendirilme Korkusu Ölçeği (ODKÖ) uygulanmış, SGKÖ ile görünüş düzeltme alt boyutu arasında kadınlarda ($r = 0,34, p < 0,001$), erkeklerde ($r = 0,30, p < 0,001$) ilişki bulunmuş, olumlu mantıksal kabullenme alt boyutuyla SGKÖ arasında kadınlarda anlamlı bir ilişki bulunmazken, erkeklerde ($r = 0,23, p < 0,001$) ilişki bulunmuştur. Kaçınma alt boyutuyla SGKÖ arasında kadınlarda ($r = 0,38, p < 0,001$) ve erkeklerde ($r = 0,47, p < 0,001$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ODKÖ ile görünüşü düzeltme alt boyutu arasında kadınlarda ($r = 0,32, p < 0,001$), erkeklerde ($r = 0,33, p < 0,001$) ilişki bulunmuştur. Olumlu mantıksal kabullenme alt boyutuyla ODKÖ arasında kadınlarda ve erkeklerde ($r = 0,26, p < 0,001$) ilişki bulunmuştur. Kaçınma alt ölçeği ile ODKÖ arasında kadınlarda ($r = 0,31, p < 0,001$) erkeklerde ($r = 0,40, p < 0,001$) ilişki bulunmuştur (Doğan, Sapmaz ve Totan 2011: 124-125).

BİBSÖ alt ölçeklerinden görünüşü düzeltme, beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı modelinde yer alan görüntüyü değiştirmeyi, kaçınma ise yine modelde yer alan kaçınma kavramını değerlendirmek için kullanılmıştır.

2.2.6. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ; Hewitt & Flett, 1991; Oral, 1999)

Hewitt ve Flett (1991: 458) tarafından mükemmeliyetçilik eğilimlerini ölçmek amacıyla oluşturulmuş, kendine yönelik, başkalarına yönelik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik boyutlarını değerlendiren 45 maddelik bir ölçektir. Bu üç boyuttan biri olan kendine yönelik mükemmeliyetçilik, kişinin kendisine yönelik yüksek standartları ve

kendi davranışlarını eleştirel değerlendirmeyi, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarının yeteneklerine ilişkin akılcı olmayan inanç ve beklentileri, başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik ise kişinin kendisi için anlamlı olan insanlar tarafından belirlendiğine inandığı yüksek standartları ölçmektedir.

Ölçek katılımcılardan hiç katılmıyorumdan tamamen katılıyorduma kadar uzanan 7'li bir derecelendirme ile kendilerine en uygun olan ifadeyi seçmelerini istemektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 45 ila 315 arasında değişmektedir ve ölçekten alınan yüksek puanlar mükemmeliyetçi kişilik özelliklerinin varlığına işaret etmektedir. Ölçekte 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 19, 24, 34, 36, 37, 38 ve 45. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlık katsayıları; kendine yönelik mükemmeliyetçilik için ,86, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik için ,82 ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik için ,87 olarak hesaplanmıştır. Yapı geçerliliğini test etmek için yapılan faktör analizi sonuçlarına göre, birinci faktör olan kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin faktör yükleri, ,45 ile ,66 arasında, ikinci faktör olan başkalarına yönelik mükemmeliyetçiliğin faktör yükleri ,38 ile ,63 arasında ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçiliğin faktör yükleri ,39 ile ,63 arasında değişmektedir. Eş zamanlı geçerlik kapsamında, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile Kendini ve Diğerlerini Suçlama Ölçeği, Negatif Değerlendirilme Korkusu Ölçeği, İrrasyonel Düşünceler Ölçeği, Kontrol Odağı Ölçeği, Narsistik Kişilik Envanteri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve yeterli düzeyde eşzamanlı geçerliliğe sahip olduğu bulunmuştur (Hewitt ve Flett, 1991: 460- 461).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışması Oral (1999) tarafından yapılmıştır. Bu amaçla 333 üniversite öğrencisiyle çalışılmıştır. Yapılan faktör analizi toplam varyansın % 37,5'ini açıklayan 3'lü bir yapı önermiştir; kendine yönelik mükemmeliyetçilik varyansın, % 23,9'unu, başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik % 8,3'ünü ve başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ise % 5,3'ünü açıklamıştır. İç tutarlılık katsayıları, kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutu için ,91, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutu için ,73 ve sosyal tanımlı mükemmeliyetçilik alt boyutu için ,80 olarak bulunmuştur. Madde toplam korelasyonu her madde için kendine yönelik mükemmeliyetçilikte ,20 ile ,75, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilikte ,22 ile ,60 ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilikte ,31 ile ,52 arasında değişmektedir.

Bu çalışmada ise ÇBMÖ, BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre bozukluğun ortaya çıkmasında etkili faktörlerden olan mükemmeliyetçiliği değerlendirmek için alt boyutları ile birlikte kullanılmıştır.

2.2.7. Temel Duygular Ölçeği (TDÖ; Power, 2006; Yorulmaz ve Bingöl, 2010)

Power (2006: 698 - 700), mutluluk, iğrenme, üzüntü, korku ve öfke olmak üzere 5 temel duyguyu ele alan Temel Duygular Ölçeği'ni geliştirmiştir. Ölçek, 20 duygu teriminden oluşan 7'li Likert tipi bir ölçektir (1= hiçbir zaman, 7= çok sık). Tersten kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek, katılımcıya geçen hafta ne sıklıkla o duyguyu hissettiğini soran "durumluk" ve genel olarak ne sıklıkla o duyguyu hissettiğini soran "süreklilik" olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Durumluk bölümünde katılımcıya geçen hafta belirtilen duyguyu nasıl hissettiği sorulurken, süreklilik bölümünde katılımcının genellikle belirtilen duyguyu ne sıklıkta hissettiği sorulmaktadır. Ölçeğin öfke alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı $\alpha = ,81$, üzüntü alt boyutu için $\alpha = ,84$, iğrenme alt boyutu için $\alpha = ,84$, korku alt boyutu için $\alpha = ,79$ ve mutluluk alt boyutu için $\alpha = ,83$ 'tür.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama ön çalışması Yorulmaz ve Bingöl (2010) tarafından, 299 üniversite öğrencisiyle çalışılarak yapılmıştır. Ölçeğin mutluluk alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı $\alpha = ,89$, iğrenme alt boyutu için $\alpha = ,72$, üzüntü alt boyutu için $\alpha = ,77$, korku alt boyutu için $\alpha = ,81$ ve öfke alt boyutu için $\alpha = ,82$ olarak bulunmuştur.

TDÖ'nin alt boyutlarından olan öfke, iğrenme ve korku; beden dismorfik bozukluğunun bilişsel davranışçı modeline göre bu rahatsızlık sonucu ortaya çıkan duygudurumlarını değerlendirmek için kullanılmıştır. BDB'li bireyler bu duyguları yaşanan olaylara göre değişmekle beraber genel olarak hissettiklerinden, çalışmamızda bu ölçeğin süreklilik bölümü kullanılmıştır.

2.3. İŞLEM

Araştırma işlemi için ölçüm yöntemi ve araştırma deseni belirlendikten sonra gerekli evraklar hazırlanarak Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak amaçlı örnekleme yöntemlerinden "kolay ulaşılabilir durum örnekleme" kullanılmıştır. Bu örnekleme

yönteminde araştırmacı, yakın olan ve erişilmesi kolay olan bir durumu seçerek, hız ve pratiklik kazanır (Yıldırım, Şimşek, 2008, 107). Bu doğrultuda, araştırmacı, yakın çevresinde bulunan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerini sağlayan kişilerden araştırma verilerini toplamıştır. Alınan etik kurul izninin ardından harmanlanan ölçek seti, araştırmanın amacı, işlemi ve gerekli diğer açıklamaları içeren onam formu imzalatıldıktan sonra katılımcılara sunulmuş ve araştırmacı olası sorular için hazır bulunmuştur. Anketin doldurulması yaklaşık yarım saat sürmüştür.

Araştırmada, verilerin analizi için Statistical Package for Social Science for Windows 15 (SPSS) programı kullanılmıştır. Toplanan verilerden, sayısal verilere sahip olanlar girilmiş, sayısal verilere sahip olmayanlar ise, istatistiksel analize olanak verecek şekilde sayısal olarak kodlanmıştır. Programa 372 katılımcının verileri girilmiştir, bunların 26'sı daha önce psikiyatrik tanı aldıklarını, 33'ü de psikiyatrik ilaç kullandıklarını belirttikleri için araştırmadan çıkartılmış, 191 kadın, 117 erkek toplam 313 katılımcının verileriyle sonuç elde edilmiştir. İstatistiksel analizlere başlamadan önce veri girişi yönünden veri seti incelenmiş ve veri temiziliği gerçekteştirilmiştir, uç değer yönünden de veri seti incelenmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın amacı, beden dismorfik bozukluğu belirtileri ile bilişsel davranışçı modelde sözedilen bir dizi bilişsel faktör arasındaki ilişkiyi yetişkin bir örnekleme test etmektir. Bu amaç doğrultusunda öncelikle ölçüm araçları için bir gözden geçirme niteliğinde güvenilirlik analizi, ana değişkenlerin ve demografik değişkenlerin ilişkilerine yönelik korelasyon analizi, model doğrultusunda bilişsel faktörler ve belirtiler arasındaki ilişkileri incelemek için beden dismorfik bozukluğunun düşük ve yüksek grupları arasında grup farkı incelenmiş ve varyans analizi (ANOVA, MANOVA) yapılmış, ölçeklerden alınan puanların cinsiyete göre değişip değişmediğini sınamak için yine varyans analizi (ANOVA, MANOVA) ve son olarak da ele alınan değişkenlerden hangilerinin beden dismorfik bozukluğunu yordadığını test etmek amacıyla hiyerarşik regresyon analizi uygulanmıştır.

3.1. İÇSEL TUTARLIK DEĞERLERİ VE BETİMSSEL DEĞERLENDİRME

Araştırmada istatistiksel analiz anlamında ilk olarak kullanılan ölçeklerin ve alt boyutlarının tüm grupta güvenilirlik değerleri ayrı ayrı hesaplanmış ve Tablo-5'te sunulmuştur.

Tablo 5 incelendiğinde Temel Duygular Ölçeği'ndeki bazı duygular hariç, tüm örnekleme, diğer değişkenlerin içsel tutarlık değerlerinin genel olarak görece iyi ve kabul edilebilir düzey arasında değiştiği söylenebilir. Öte yandan, temel duygulardan üzüntü ve öfke başta olmak üzere bazı duyguların içsel tutarlık değerlerinin görece düşük veya sınırda olduğu dikkat çekmektedir. Gerek ölçeğin orijinal çalışmasında gerekse Türkçe uyarlama ön çalışmasında duygu alt boyutlarının görece kabul edilebilir veya sınırda tutarlık değerlerine sahip olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada bu tür bir farklılık için bu ölçeğin formatı (yani az sayıda tanımlama ile temel duygu değerlendirmesi) ve/veya örneklem grubuna dair bazı özellikler (örn., duygularını tanımlamada zorluk) gerekçe olarak öne sürülebilir. Yine de değerlerin görece sınırda oluşu, sonraki analizlerdeki

konumlarının gözlenmesi amacıyla çalışmanın bundan sonraki analizlerine dahil edilmesi uygun görülmüştür.

Tablo 5. Ölçeklerin Tüm Örneklem İçin İçsel Tutarlılık Değerleri

	α	ort	ss	ranj
BİBA	,83	1,37	,45	(1-5)
ÖBÖ	,84	2,44	,57	(0-4)
SGKÖ	,92	1,79	,70	(1-5)
BİBSÖ				(1-4)
Görünüü Düzeltme	,89	2,26	,62	
Olumlu Mantıksal Kabullenme	,86	2,69	,55	
Kaçınma	,80	1,76	,50	
ÇBMÖ				(1-7)
Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik	,88	4,84	1,06	
Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik	,68	3,85	,95	
Başkalarınca Belirlenen Mükemmeliyetçilik	,77	3,97	1,10	
TDÖ				(1-7)
Mutluluk	,81	5,77	,88	
İğrenme	,68	2,35	,93	
Üzüntü	,63	2,97	,92	
Korku	,71	3,86	1,02	
Öfke	,59	3,27	,90	

BİBA: Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği, ÖBÖ: Öz bilinç Ölçeği, SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, BİBSÖ: Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği, TDÖ: Temel Duygular Ölçeği, ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

3.2. BEDEN İMGESİ BOZUKLUĞU ANKETİ AÇIK UÇLU SORULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yedi sorudan oluşan BİBA'nın 1., 2., 5., 6. ve 7. soruları ayrıca açık uçlu bir sorunun olduğu B maddesini içermektedir. Anketin ilk sorusu "Bedeninizde özellikle güzel veya çekici bulmadığınız bölge/bölgelerden dolayı endişe duyuyor musunuz?" şeklindedir. Sorunun B bölümü ise "Görünümünüzle ilgili bu endişeler nelerdir? Bu bölgelerin görünümünde sizi özellikle endişelendiren şey nedir?" şeklinde katılımcılara açık uçlu soru yöneltilmektedir. Bu soruya cevap veren 156 kişinin (yani toplam örneklemin % 50,2'si) cevapları incelendiğinde özellikle endişelenen bölgeler sırasıyla saçlar (% 31,8), kilo (% 29,3), cilt ve sivilceler (% 25,5), göbek (% 14), kırışıklıklar (% 8,9), lekeler ve yara izleri (% 8,3), burun (% 5,7), kalça ve basen (% 5,1), boy kısalığı (% 2,5), kılınma (% 2,5), dişler (% 1,9), gözler (% 1,9), göğüs (% 1,9), diğer (ağız, kulak, omuz, yüz, eklemler, el-ayak büyüklüğü, ellerdeki damarlar) (% 5,1) olmuştur.

BİBA'nın ikinci sorusu "Çok az endişeleniyor olsanız da, bu durum zihninizi meşgul ediyor mu? Başka deyişle, bunu çok fazla düşündüğünüz ve bu düşünceleri durdurmakta zorlandığınız oluyor mu?" şeklindedir. Sorunun B bölümü ise "Görünümünüzle ilgili bu düşünceler hayatınızı nasıl etkiliyor?" şeklinde katılımcılara açık uçlu soru yöneltilmektedir. Bu soruya cevap veren 88 kişinin (tüm örnekleme göre % 28,11) en çok belirttiği cevaplar endişe, moral bozukluğu (% 21,6), kıyafet seçiminde güçlük yaşama (% 15,9), diyet yapma (% 11,4), olumsuz duygular hissetme (% 10,2), diğer (psikolojik açıdan etki, endişeleri gidermeye çalışma, eleştirilere maruz kalma, beğenilmeyen bölgeleri kamufle etme, hareketliliği kısıtlama, doktora gitme, spor yapma, kendine daha çok zaman ayırma, çekingen olma (% 40,9) olmuştur.

BİBA'daki 3. ve 4. soruda açık uçlu bölüm bulunmamaktadır. Anketin 5. sorusu "Görünümünüzdeki bu fiziksel kusur/kusurlarınız sosyal hayatınızı belirgin bir şekilde engelliyor mu?" şeklindedir. Sorunun B bölümü ise "Eğer engelliyorsa nasıl engelliyor?" şeklindedir. Bu soruya cevap veren 40 kişinin (tüm örnekleme göre % 12,78) en çok belirttiği cevaplar, sosyal ortamlardan rahatsızlık duyma (% 17,5), hareketleri kısıtlama (% 17,5), eleştirilere maruz kalma (% 15), kıyafet bulmakta zorluk yaşama (% 15), diğer (düşünceleri etkileme, özgüven düşüklüğü, doğal görüntüyü kamufle etme, yapılan faaliyetten keyif alamama, kendini kıyaslama, başkasından yardım alma (% 35) olmuştur.

Anketteki altıncı soru “Görünümünüzdeki bu fiziksel kusur/kusurlarınız okulunuzu, işinizi ya da yapmanız gereken şeyleri belirgin bir şekilde engelliyor mu? Ne kadar?” şeklindedir. Sorunun B bölümü ise “Eğer engelliyorsa nasıl ?” şeklindedir. Soruya cevap veren 23 kişinin (tüm örnekleme göre % 7,35) en çok verdiği cevaplar hareketlerde zorluk yaşama (% 34,8), iş yaparken alınan keyfin azalması (% 8,7), diğer (kendine kıyafet yakıştıramama, işleri erteleme, korku, nefes darlığı) (% 17,4) olmuştur.

Anketin son sorusu “Bu kusur/kusurlarınız nedeniyle kaçındığınız şeyler var mı? Ne sıklıkta? şeklindedir. Sorunun B bölümü ise “Eğer kaçınıyorsanız, nelerden kaçındığınızı açıklayınız” şeklindedir. Soruya cevap veren 52 kişinin (tüm örnekleme göre % 16,61) en çok verdiği cevaplar istenilen kıyafeti giymeyi engelliyor (% 38,5), sosyal ortamlara girmeyi engelliyor (% 21,2), aşırı yemek yemeyi engelliyor (% 19,2), diğer (fotoğraf çektirmeyi, spor yapmayı, ağır kaldırmayı engelliyor) (% 21,2) olmuştur.

3.3. DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYON ANALİZİ

Araştırmanın demografik değişkenlerinden yaş, eğitim, gelir düzeyi, tıbbi rahatsızlık durumu, diyet ve spor yapma durumu ile bağımsız değişkenlerden sosyal görünüş kaygısı, beden imgesi baş etme stratejileri ile bağımlı değişken olan Beden İmgesi Bozukluğu Anketi (BİBA) arasındaki ilişkileri test etmek amacıyla korelasyon analizi yapılmıştır. Araştırmada etkisi incelenen bu değişkenlerin, tüm örneklem grubundaki (n=313) Pearson korelasyon katsayıları Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6’da görüldüğü gibi, araştırmanın temel değişkeni olan BİBA ile cinsiyet dışındaki demografik değişkenler arasındaki korelasyonel ilişkiler incelendiğinde, söz konusu demografik değişkenler ile anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir.

Tablo 6. Tüm Örnekleme Ana Demografik Bilgiler ve Temel Değişkenler Arası Korelasyon Analizi Bulguları

	BİBA	SGKÖ	GD	OMK	Kaçınma
Yaş	-,06	,30	-,18**	-,16**	,08
Eğitim	-,10	-,33**	-,07	,02	-,25**
Gelir	,07	-,34	,04	,02	,02
Tıbbi R.	,03	,06	,12*	,15*	-,20
Diyet	,11	-,03	,07	,00	,07
Spor	-,07	,01	,04	-,04	-,05

BİBA: Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği, SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, GD: Görünüşü Düzeltme, OMK: Olumlu Mantıksal Kabullenme, Tıbbi R: Tıbbi Rahatsızlık.

Araştırmada değişkenler arası ilişkileri, özellikle BİBA ile diğer temel değişkenler arasındaki ilişkileri test etmek amacıyla ayrıca başka bir korelasyon analizi daha yapılmıştır. Araştırmada etkisi incelenen değişkenlerin, tüm örneklem grubundaki (n=313) Pearson korelasyon katsayıları Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7’de görüldüğü gibi, tüm grupta beden imgesi bozukluğu anketi (BİBA) ile diğer değişkenler arasındaki korelasyona bakıldığında, öz bilinç ($r=,12$, $p<,05$), sosyal görünüş kaygısı ($r=,29$, $p<,001$), görünüşü düzeltme ($r=,30$, $p<,001$) ve kaçınma ($r=,19$, $p<,001$) eğilimi arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Başka bir deyişle, beden dismorfik bozukluğu belirtileri arttıkça kişinin davranışlarına odaklanma eğilimi, görünüşle ilgili olumsuz beden imajı sonucu duyulan kaygı, görünüşü düzeltme ve kaçınma gibi baş etme yöntemleri de artmaktadır. Temel duygular ile BİBA ilişkisi incelendiğinde ise bu tür belirtiler ile iğrenme ($r=,12$, $p<,05$) ve korku ($r=,18$, $p<,001$) duyguları arasında pozitif bir korelasyon olduğu görülmektedir. Yani belirti düzeyi arttıkça insanlarda iğrenme ve korku düzeyleri de artıyor görünmektedir. Beden dismorfik bozukluğu ile olumlu mantıksal kabullenme, üzüntü, öfke, mutluluk, kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Tüm Örneklemde Temel Değişkenler Arası Korelasyonel İlişkiler

	BİBA	ÖBÖ	SGKÖ	GD	OMK	KÇNM	KYM	BYM	BBM	M	İ	Ü	K	Ö
BİBA														
ÖBÖ	,12*													
SGKÖ	,29**	,45**												
GD	,30**	,36**	,43**											
OMK	,06	,29**	,16**	,48**										
KÇNM	,19**	,26**	,41**	,31**	,19**									
KYM	,04	,29**	,07	,25**	,23**	,05								
BYM	,05	-,08	-,13*	,07	-,16**	-,03	,22**							
BBM	,11	,28**	,19**	,34**	,22**	,20**	,51**	,09						
M	-,04	,06	-,12*	-,00	,12*	-,17**	,16**	-,01	-,04					
İ	,12*	,30**	,30**	,25**	,07	,29**	,02	-,10	,20**	-,22**				
Ü	,10	,23**	,24**	,15*	,00	,22**	-,00	-,05	,19**	-,34**	62**			
K	,18**	,30**	16**	,16**	,06	,19**	,12*	-,01	,16**	-,15**	50**	56**		
Ö	,07	,31**	,22**	,19**	,00	,18**	,11	-,01	,23**	-,23**	57**	63**	67**	

BİBA: Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği, ÖBÖ: Özbilinç Ölçeği SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, GD:Görünümü Düzeltme, OMK: Olumlu Mantıksal Kabullenme, KÇNM: Kaçınma, KYM :Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik BYM: Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik, BBM: Başkalarınca Belirlenen Mükemmeliyetçilik, M: Mutluluk, İ: İğrenme, Ü: Üzüntü, K:Korku, Ö:Öfke

3.4. GRUP FARKI ANALİZLERİ

3.4.1. Cinsiyet Değişkenine Göre Uygulanan Grup Farkı Analizleri

Cinsiyet üzerinde yapılan araştırmalarda bazı çalışmalar BDB'nin kadınlarda (Rief, 2006: 880; Koran, Abujaoude, Large, Serpe, 2008: 316; Aşkın 1994: 46), bazı araştırmalar ise erkeklerde daha sık görüldüğünü gösterirken (Çalikuşu ve Tükel 1997: 31; Bingöl, 2006: 57), bazı araştırmalarda her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığından söz etmektedir (Philips ve Diaz, 1997: 570). Ayrıca Cash, Philips, Santos ve Hrabosky (2004: 363)'nin BİBA'nın geçerlik ve güvenilirliğini test ettiği çalışmalarında, testten alınan puanların cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermiş olması, Beden Dismorfik Bozukluğu belirtileri ve ilgili değişkenlerde cinsiyet farkını incelemenin faydalı bilgiler sunabileceği izlenimini oluşturduğu için çalışmanın bu bölümünde cinsiyete göre değişkenlerdeki grup farkı analizleri yapılmıştır.

Cinsiyetler arası grup farkına bakmak amacıyla ölçeklerin toplam puanları için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), ölçeklerin alt boyutları için ise çok yönlü varyans analizi (MANOVA) yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 8'de verilmektedir.

Beden İmgesi Bozukluğu Anketi'nden (BİBA) alınan puanların cinsiyete göre değişip değişmediğini sorgulamak amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, BİBA puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur. Kadınların toplam BİBA puanları ($\bar{x}=1,44$) erkeklere ($\bar{x}=1,26$) göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre, kadınların erkeklere göre daha fazla beden dismorfik bozukluğu belirtileri rapor ettikleri anlaşılmaktadır.

Benzer şekilde Öz bilinç Ölçeği puanlarının cinsiyete göre değişip değişmediğini incelemek için uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, alınan puanların cinsiyete göre anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur. Kadınların öz bilinç puanları ($\bar{x}=2,53$) erkeklere ($\bar{x}=2,29$) göre anlamlı olarak daha yüksektir. Buna göre, kadınların erkeklere göre daha yüksek öz bilince sahip oldukları anlaşılmaktadır. Daha yüksek öz bilince sahip olmayla, kişinin davranışlarına, bu davranışlarının sonuçlarına ve diğerlerinin kendisi hakkındaki düşüncelerine daha fazla odaklanma eğiliminde olmaları kastedilmektedir.

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) puanları için yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarına göre, SGKÖ puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur. Kadınların SGKÖ puanları ($\bar{x}=1,86$), erkeklere ($\bar{x}=1,69$) anlamlı olarak daha yüksektir. Buna göre, kadınların erkeklere göre görünüşle ilgili duyulan kaygılarının daha fazla olduğu görülmektedir.

Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ) için yapılan çok yönlü varyans analizi (MANOVA) sonuçlarına göre, cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dolayısıyla, kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik puan ortalamalarının kadın ve erkeklerde farklılaşmadığı görülmüştür.

Beden İmgesi Başetme Stratejileri Ölçeği (BİBSÖ) alt boyutları olan görünüşü düzeltme, olumlu mantıksal kabullenme ve kaçınma puanları için uygulanan varyans analizi (MANOVA) sonuçlarına göre, tüm model anlamlı bulunmuştur. [Wilks' Lambda (λ)= 0,94, $F_{(3,300)} = 6,39$, $p<,001$]. Takip eden tek yönlü varyans analizlerinde, görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme puanlarının da cinsiyete göre anlamlı bir fark gösterdiği, kaçınma puanlarında ise ayrılmadığı bulunmuştur. Görünüşü düzeltme puanları kadınlarda ($\bar{x}=2,34$) erkeklerden ($\bar{x}=2,15$) anlamlı olarak daha yüksekken, olumlu mantıksal kabullenme puanları da kadınlarda ($\bar{x}=2,80$) erkeklerden ($\bar{x}=2,54$) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş, kaçınma puanları kadın ve erkeklerde farklılaşmamıştır. Başka deyişle, analiz sonuçları, beden imgesi ile baş etmede kadınların erkeklerden daha fazla görünümünü düzeltmeyi ve mantıksal açıdan olumlu kabullenmeyi tercih ettiklerini göstermektedir.

Temel Duygular Ölçeği (TDÖ) alt boyutları olan mutluluk, iğrenme, üzüntü, korku ve öfke puanlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için uygulanan varyans analizi (MANOVA) sonuçlarına göre tüm model anlamlı bulunmuştur. [Wilks' Lambda (λ)= 0,95, $F_{(5,299)} = 3,50$, $p<,05$]. Takip eden tek yönlü varyans analizlerinde kadın ve erkekler mutluluk ve korku puanlarında farklılaşmışlardır. Tablo-8'de görüldüğü gibi, kadınların erkeklerden daha fazla mutluluk ($\bar{x}_k = 5,85$, $\bar{x}_e = 5,63$) ve korku ($\bar{x}_k = 3,99$, $\bar{x}_e = 3,64$) rapor ettikleri görülmektedir. Ancak diğer duygularda anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sonuç olarak, kadınlar, erkeklerden beden dismorfik bozukluğu, öz bilinç, görünüşü düzeltme, olumlu mantıksal kabullenme, mutluluk ve korku değişkenlerinde anlamlı biçimde ayrışırken sosyal görünüş kaygısı, kendine yönelik, başkalarına yönelik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik ile kaçınma değişkenlerinde ayrışmamaktadır.

Tablo 8. Ölçek Puanlarına, Cinsiyet Değişkenine Göre Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

	Kadın		Erkek		F	Grup Farkı
	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss		
BİBA	1,44	,47	1,26	,40	(1,306) 11,68**	K > E
ÖBÖ	2,53	,56	2,29	,56	(1,300) 13,90**	K > E
SGKÖ	1,86	,73	1,69	,63	(1,303) 4,02 *	K > E
GD	2,34	,64	2,15	,59	(1,302) 7,22*	K>E
OMK	2,80	,49	2,54	,56	(1,302) 18,41**	K>E
Kaçınma	1,79	,51	1,71	,48	(1,302) 1,57	K=E
KYM	4,88	1,06	4,80	1,04	(1,305) ,46	K=E
BYM	3,80	,97	3,94	,90	(1,305) 1,61	K=E
BBM	3,93	1,19	4,05	,94	(1,305) ,87	K=E
Mutluluk	5,85	,85	5,63	,90	(1,303) 4,23*	K>E
İğrenme	2,36	,90	2,36	,98	(1,303) ,00	K=E
Üzüntü	2,99	,93	2,93	,91	(1,303) ,28	K=E
Korku	3,99	1,03	3,64	,99	(1,303) 8,33*	K>E
Öfke	3,29	,90	3,21	,91	(1,303) ,55	K=E

**p<.001 *p<.05 BİBA: Beden İmgesi Bozukluğu Anketi, ÖÖ: Öz bilinç Ölçeği, SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, KYM: Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, BYM: Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik, BBM: Başkalarınca Belirlenen Mükemmeliyetçilik, GD: Görünüşü Düzeltme, OMK: Olumlu Mantıksal Kabullenme

3.4.2. Beden Dismorfik Bozukluğu Belirti Düzeyine Göre Uygulanan Grup Farkı Analizleri

Bilişsel Davranışçı Modeli test etmek üzere, beden dismorfik bozukluğu belirtileri temel alınarak Beden İmgesi Bozukluğu Anketi (BİBA)'ne göre uç gruplar oluşturulmuş ve grup karşılaştırmaları yapılmıştır. Bu analiz, BDB yatkınlığı olan grupların, olmayanlara göre, ilgili temel değişkenlerde farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılmıştır. BİBA'da alt ve üst % 25'lik dilimlere göre yüksek ve düşük gruplar ($n = 84$, $BİBA > 11$ & $n = 127$, $BİBA < 7$) belirlenmiştir. Tek boyutlu ölçekler için ANOVA, çok boyutlu ölçekler için ise MANOVA uygulanmıştır. Analiz sonuçları tablo 9'da sunulmuştur.

Beden dismorfik bozukluğu puanları yüksek ve düşük belirti grupları birbirinden, öz bilinç puanlarında ayrılmamaktadır. Öte yandan düşük belirti grubunun sosyal görünüş kaygısı puanları, yüksek gruptakilere göre daha anlamlı olarak daha az bulunmuştur. Başka deyişle, beden dismorfik bozukluk düzeyi yüksek olan bireylerin, düşük olanlara göre sosyal görünüşleriyle ilgili kaygı düzeyleri de daha yüksek görünmektedir ($F_{(1,209)} = 19,61$, $p < ,001$).

BİBSÖ puanları incelendiğinde beden dismorfik bozukluğu belirti gruplarını inceleyen tüm model anlamlı bulunmuştur [Wilks' Lambda (λ) = 0,86, $F_{(3,207)} = 11,35$, $p < ,001$]. Takip eden tek yönlü varyans analizi bulgularına göre, puanları düşük gruptakilerin görünüşü düzeltme puanları, yüksek gruptakilere göre anlamlı olarak daha düşüktür. Yani, beden dismorfik bozukluk düzeyi yüksek olan bireylerin görünüşü düzeltme düzeyleri de daha yüksektir. Benzer şekilde, beden dismorfik bozukluğu puanları düşük gruptakilerin kaçınma puanları yüksek gruptakilerin kaçınma puanlarından anlamlı olarak daha düşüktür. Yani, beden dismorfik bozukluğu yüksek olan bireylerin kaçınma düzeyleri de daha yüksektir.

Beden dismorfik bozukluğu belirtileri düşük ve yüksek olanlar arasında duygulara yönelik tüm model anlamlı bulunmuştur [Wilks' Lambda (λ) = 0,90, $F_{(5,205)} = 4,65$, $p < ,001$]. Takiben yapılan varyans analizleri grupların öfke puanlarında anlamlı olarak farklılaşmadığını; ancak iğrenme ve korku puanlarında ayrıştığını göstermektedir. Başka deyişle, yüksek grupta belirti gösterenler düşük gruptakilere göre daha fazla iğrenme ve korku yaşadıklarını rapor etmişlerdir.

Beden dismorfik bozukluğu puanları düşük ve yüksek gruptakilerin arasında kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına göre mükemmeliyetçilik ve başkalarının belirlenen mükemmeliyetçilik puanları, anlamlı bir fark göstermemektedir.

Özetle, araştırma hipotezlerini test etmek amacıyla BİBA puanlarına göre yüksek ve düşük düzey belirti gruplarını bir grup bilişsel değişkende ayırıp ayırmadığına bakılmıştır. Sonuçta beden dismorfik bozukluğu belirtileri yüksek olanların aynı zamanda daha fazla sosyal görünüş kaygısı, görünüşü düzeltme, kaçınma, iğrenme ve korku alanlarında hassas oldukları görülmüştür. Başka bir deyişle beden dismorfik bozukluğu düzeyi yüksek olan bireylerin, düşük olanlara göre sosyal görünüşleriyle ilgili kaygı düzeylerinin, görünüşü düzeltme ve kaçınma düzeylerinin de daha yüksek olduğu, daha fazla iğrenme ve korku yaşadıkları söylenebilir. Beden dismorfik bozukluğu belirtileri düşük ve yüksek gruptakilerin öz bilinç, öfke, kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarının belirlenen mükemmeliyetçilik puanları ise ayrılmamaktadır.

Tablo 9. Beden İmgesi Bozukluğu Testi (BİBA) Uç Gruplarında Değişkenler Açısından Grup Farkı

	BİBA düşük		BİBA yüksek		F	Grup farkı
	Ort	Ss	Ort	Ss		
Özbilinç Ölçeği	2,37	,64	2,53	,51	(1,207) 3,74	Y=D
SGKÖ	1,64	,66	2,08	,77	(1,209) 19,61**	Y > D
Görünüşi düzeltme	2,06	5,89	2,52	,61	(1,209) 30,82**	Y>D
OMK	2,63	,60	2,77	,47	(1,209) 3,46	Y=D
Kaçınma	1,67	,47	1,89	,49	(1,209) 11,37**	Y>D
KYM	4,79	1,04	4,91	1,01	(1,218) ,77	Y=D
BYM	3,74	,88	3,84	,89	(1,218) ,59	Y=D
BBM	3,95	1,08	4,10	1,12	(1,218) 1,01	Y=D
Mutluluk	5,81	,92	5,68	,90	(1,209) 1,11	Y=D
İğrenme	2,26	,85	2,55	,97	(1,209) 5,48*	Y>D
Üzüntü	2,88	,85	3,10	,99	(1,209) 2,89	Y=D
Korku	3,64	,98	4,14	1,01	(1,209) 12,98**	Y>D
Öfke	3,20	,86	3,29	,95	(1,209) ,50	Y=D

SGKÖ: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, OMK: Olumlu Mantıksal Kabullenme KYM: Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik, BYM: Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik, BBM: Başkalarınca Belirlenen Mükemmeliyetçilik, GD: Görünüşi Düzeltme.

3.5. BDB BELİRTİLERİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLERE YÖNELİK HİYERARŞİK REGRESYON ANALİZİ

BDB'nin bilişsel davranışçı modeli doğrultusunda belirlenen bir grup değişkenin yetişkin Türk örneklemindeki yerini test etmek ve araştırma hipotezlerini sınamak amacıyla, BİBA'nın bağımlı değişken olduğu hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. Regresyon analizlerinde basamaklandırma yöntemi stepwise eşitliği ile BDB'nin bilişsel davranışçı modeli doğrultusunda ve bu çalışmadaki daha önce verilen korelasyon ve grup farkı analiz sonuçları gözetilerek uygulanmıştır. İlk basamakta kontrol değişkeni olarak cinsiyet, yaş, diyet ve spor sıklığı alınmış, ikinci basamakta duygu ile ilgili değişkenlerden iğrenme ve korku, üçüncü basamakta kaçınma ve görünüşü düzeltme, dördüncü basamakta ise öz bilinç ve sosyal görünüş kaygısı yer almıştır. Analiz sonuçları Tablo 10'da verilmektedir.

Tüm örnekleme yapılan analiz sonuçlarına göre, cinsiyet BİBA'daki toplam varyansın % 4'ünü, korku % 5'ini, görünüşü düzeltme % 10'unu, kaçınma % 12'sini, sosyal görünüş kaygısı ise % 16'sı olmak üzere bu 5 değişken, toplam varyansın % 47'sini açıklamaktadır.

Hiyerarşik regresyon analizi sonucunda anlamlı çıkan yordayıcıları ayrı ayrı ele almak gerekirse, cinsiyet, beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin negatif yordayıcı olarak görülmektedir; başka deyişle, kadın olmak beden dismorfik bozukluğu belirtilerini arttırıyor gibi görünmektedir. Temel duygular arasından korkunun da beden dismorfik bozukluğunun bir diğer pozitif yordayıcısı olduğu görülmektedir. Yani korku düzeyi arttıkça beden dismorfik bozukluğu belirtilerinde de bir artış göze çarpmaktadır. Beden imgesi baş etme stratejileri alt boyutlarından görünüşü düzeltme beden dismorfik bozukluğunun bir diğer pozitif yordayıcısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir ifadeyle, beden dismorfik bozukluğu belirtileri yüksek olan insanların görünüşlerini daha çok düzelterek baş etmeye çalıştığı gözlenmektedir. Bir diğer baş etme yöntemi olan kaçınma da beden dismorfik bozukluğunun pozitif yordayıcısı olarak karşımıza çıkmaktadır. Yani beden dismorfik bozukluğu yüksek insanların kaçınma düzeyleri de aynı oranda yükselmektedir. Ayrıca sosyal görünüş kaygısının beden dismorfik bozukluğunun pozitif yordayıcısı olduğu dikkati çekmektedir; yani beden dismorfik bozukluğu belirtileri

yüksek insanların sosyal görünüş kaygısı da aynı oranda yükselmektedir. Öte yandan, analize dahil edilen diğer değişkenlerle beden imgesi bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo-10).

Tablo 10. Tüm Örneklemde Beden İmgesi Bozukluğu Belirtilerine Yönelik Hiyerarşik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	β	t	R ² değişimi	F (df)
Cinsiyet	-,19	-3,18*	,04	10,10 (1,273)*
Korku	,12	2,07*	,05	7,26 (2,272)**
Görünüü Düzeltme	,23	3,86**	,10	10,07 (3,271)**
Kaçınma	,16	2,64*	,12	9,45 (4,270)**
Sosyal Görünüü Kaygısı	,22	3,44**	,16	10,23 (5,269)**

*p<,05 **p<,001

TARTIŞMA

Bu araştırmada beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin, çalışma esnasında herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan yetişkin bir Türk örnekleminde bilişsel davranışçı model doğrultusunda bir dizi değişken ile ilişkilerinin incelenmesi hedeflenmiştir. Çalışmada, belirtilen model doğrultusunda beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin öz bilinç, beden imgesi başatme stratejileri, sosyal görünüş kaygısı, mükemmeliyetçilik ve temel duygularla olan ilişkisi ilgili faktörleri değerlendiren ve psikometrik özellikleri sınanmış öz-bildirim araçlarıyla ele alınmıştır. Çalışmanın bu bölümünde, istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular, ilgili literatür doğrultusunda tartışılacaktır.

4.1. ÖRNEKLEM ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya, ilgili değişkenleri sorgulayan ölçüm araçlarından oluşan anket setini cevaplamayı kabul eden 372 kişi katılmıştır. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri paralelinde, araştırma esnasında psikiyatrik ilaç kullandığını ve psikiyatrik tanı aldığını belirten 59 katılımcı araştırmadan çıkarılmıştır. Sonuç olarak araştırma analizleri 191 kadın ve 117 erkek olmak üzere toplam 313 kişi üzerinden yapılmıştır (5 kişi cinsiyetini belirtmemiştir). Katılımcıların sosyo-demografik bilgileri genel olarak özetlendiğinde yaşlarının 18 ila 65 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının 33,19 olduğu görülmektedir. Katılımcıların % 63,9'u ise medeni durumlarını evli olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların % 62,9'u lisans mezunudur, % 49,5'i öğretmendir, % 87,9'i gelir seviyelerinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların % 63,9'u hiç diyet yapmadığını belirtirken, % 33,2'si ise bazen spor yaptığını ifade etmiştir. Katılımcıların genel boy ortaması 167,75 cm, genel kilo ortalaması 67,63 kg olarak bulunmuştur.

Beden dismorfik bozukluğu ile yaş, eğitim, gelir düzeyi, tıbbi rahatsızlık durumu, diyet ve spor yapma durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında bu çalışmadaki örnekleme söz konusu değişkenlerin arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir. Literatürde yaş ile BDB arasındaki ilişkiye yönelik farklı sonuçlar bulunmuştur. Beden dismorfik bozukluğu ile yaş arasında ilişkinin bulunmadığı araştırmalar varken (Bingöl, 2006: 46),

beden dismorfik bozukluğunun, daha genç bireylerde görüldüğüne ilişkin bulgular da mevcuttur (Zimmerman ve Maria, 1998: 265). Literatürde belirtilen diğer değişenlerle BDB arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır. Cinsiyet ile araştırmamızdaki değişkenler arasındaki ilişkilere bakıldığında, erkeklerin kadınlara göre daha mükemmeliyetçi oldukları ve daha yüksek kişisel standartlar belirledikleri (Siegle ve Schuler, 2000: 43; Flett ve diğerleri: 1363; 1998, Erözkan, 2005: 76, Oral, 1999, Tuncer, 2006: 53) görülmektedir. Öz bilincin cinsiyetle olan ilişkisine yönelik yapılan araştırma sonuçlarıysa değişkendir. Özbilinç düzeyinin erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğunu söyleyen araştırmaların yanı sıra (Cramer, 2000: 295), kadın ve erkekler arasında öz bilinç açısından anlamlı bir fark olmadığını söyleyen (Fenigstein ve arkadaşları, 1975: 522; Özteke, 2011: 59) araştırmalar da bulunmaktadır. Temel duygularla ilgili olarak, erkeklerin mutluluk, korku ve iğrenme duygularını kadınlara oranla daha az ifade ettikleri (Boratav, Atmaca ve Sunar, 2006), bir başka araştırmada ise erkeklerin kadınlara göre güçle ilişkili olan öfkeyi daha yoğun yaşadıkları, kadınlarınsa erkeklere göre gücün yokluğuyla ilgili olan üzüntü ve korkuyu daha çok yaşadıkları bulunmuştur (akt, Ragins ve Winkel, 2011: 377). Görünüşü düzeltme ve olumlu mantıksal kabullenme puanları kadın ve erkeklerde anlamlı olarak farklılaşırken, kaçınma alt boyutunda cinsiyete bağlı anlamlı bir fark bulunmamıştır (Cash ve Grasso, 2005: 199). Sosyal görünüş kaygısı düzeyiyle cinsiyet arasında yapılan araştırma sonuçları değişkendir. Ergenlerde cinsiyete göre anlamlı bir değişiklik göstermediği (Şahin, 2012: 58, Varol, Erbaş ve Ünlü, 2014, 121), akne vulgarisli hastalarda ise sosyal görünüş kaygısı düzeyinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu (Erdemir, Bağcı, İnan ve Turan, 2013, 35) belirtilirken, bir başka araştırmada erkeklerde sosyal görünüş kaygısı kadınlardan daha yüksek bulunmuştur (Alemdağ, 2013,69-70).

4.2. ÖRNEKLEMİN BEDEN İMGESİ ALGISININ BETİMSSEL İNCELEMESİ

Bu bölümde örneklemin beden imgesi algısı beden imgesi bozukluğu anketi üzerinden incelenecektir Bu çalışmada beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin ölçülmesi amacıyla, Beden İmgesi Bozukluğu Anketi (BİBA; Cash, Philips, Santos ve Hrabosky, 2004: 363; Tihan, 2010: 41) kullanılmıştır. Beden Dismorfik Bozukluğu Ölçeği (Dufresne, Philips, Vittorio ve Wilkel, 2001: 457) baz alınarak oluşturulmuş olan bu anket, kişide

endişe yaratan beden bölgelerinin varlığını, bu endişenin şiddetini, aşırı uğraşmayı, çeşitli alanlarda yaşam kalitesine etkisini ve kaçınmaları sorgulamakta, aynı zamanda BDB için tarama testi olarak da kullanılabileceği önerilmektedir (Tihan, 2010: 76). Beden Dismorfik Bozukluğu Ölçeği, vücudun bir bölümüyle ilgili memnuniyetsizliği, sosyal yaşama etkisi, kişinin algıladığı kusuru düşünerek geçirdiği zaman ve kilo ile ilgili kaygılarının olup olmadığını içeren sorulardan oluşmaktadır. Sorulara evet/hayır şeklinde cevap verilmektedir. Bu ölçekte, katılımcılar bir soruya hayır cevabı vermeleri durumunda, diğer bir soruyu cevaplamamaktadırlar. BİBA'da ise evet/hayırlı cevapların yerine derecelendirme ölçeği kullanılarak yaşanan rahatsızlığın boyutunun saptanması amaçlanmıştır (Cash, Philips, Santos, Hrabosky, 2004: 364-365).

Beden İmgesi Bozukluğu Anketi (BİBA)'nin güvenilirlik değeri tüm örnekleme ,83, kadınlarda ,82, erkeklerde ,81 olarak bulunmuştur. Cash ve arkadaşları (2004: 366), ölçeğin güvenilirliğini çalıştıkları araştırmalarında ölçeğin güvenilirliğini tüm örnekleme, kadın ve erkeklerde ,89 bulmuşlardır. Ülkemizde Tihan (2010: 61), BİBA'nın güvenilirliğini ,94 olarak bulmuştur. Araştırmamızda BİBA'dan elde edilen güvenilirlik değerleri, ölçeğin psikometrik özelliklerinin çalışıldığı yurt dışı araştırmasında ve ülkemizde yapılan psikometrik çalışmayla benzer görünmektedir, güvenilirlik değerleri kabul edilir düzeyde bulunmuştur.

Yedi sorudan oluşan BİBA'nın 5 sorusu, ayrıca açık uçlu bir sorunun olduğu B maddesini içerir. Bu araştırmada BİBA'daki açık uçlu sorulara verilen cevaplar, sıklığına göre derecelendirilmiş ve cevap verenler arasında yüzdeler olarak tanımlanmıştır. Özellikle az sayıda ve önceki belirgin gruplara girmeyen cevaplar, diğer kategorisi olarak tanımlanmıştır. BİBA'nın ilk açık uçlu sorusu endişe veren beden bölgeleri ile ilgilidir. Katılımcıların % 50,2'sinin bu soruya bir cevap verdiği görülmüştür; verilen cevaplara bakıldığında en çok endişe duyulan bölgeler: saçlar (% 31,8), kilo (% 29,3), cilt ve sivilceler (% 25,5), göbek (% 14), kırışıklıklar (% 8,9), lekeler ve yara izleri (% 8,3), burun (% 5,7), kalça ve basen (% 5,1), boy kısalığı (% 2,5), kılınma (2,5), dişler (% 1,9), gözler (% 1,9), göğüs (% 1,9), diğer (ağız, kulak, omuz, yüz, eklemler, el-ayak büyüklüğü, ellerdeki damarlar) (% 5,1) olmuştur. Yurt dışında yapılan bir çalışmada en çok rahatsızlık duyulan beden bölgeleri, cilt (% 80), saç (% 58), burun (% 39), karın (% 32), dişler (% 30), kilo (% 29), göğüsler (% 26), popo (% 22), gözler (% 22), uyluklar (% 20), kaşlar (% 20), genel yüz (% 19), zayıf vücut yapısı (% 18), bacaklar (% 18), yüz şekli ve büyüklüğü (% 70

16), çene (% 15), dudaklar (% 15), kollar (% 14), kalçalar (% 13), yanaklar (% 11) ve kulaklar (% 11) olarak bulunmuştur (Philips, Menard, Fay ve Weisberg, 2005: 319). Yurt içinde 420 kadın üniversite öğrencisiyle yapılan bir araştırmada en çok endişe duyulan bölgeler kalçalar (% 50), yüz (% 30), dişler (% 30), gözler (%30), burun (% 25), kulak (% 25), saç (% 25), cilt (% 10) ve göğüsler (% 5) olarak bulunmuştur. (Cansever, Uzun, Dönmez ve Özşahin, 2003: 60). Bu araştırmalarda endişe duyulan bölgelerin oranları, araştırmalar arasında farklılık gösterse de, Philips ve arkadaşları (2005: 319) ile Cansever ve arkadaşlarının (2003: 60) bulguları genel olarak kıyaslandığında, rapor edilen bölgeler çeşitliliği arasında benzerlik olduğu göze çarpmaktadır. Ancak bu farklılığa çalışmalardaki örneklemin özellikleri (örn., tanı ve eş-tanı durumları, klinik ve normal örneklem, örneklemin alındığı bölge, temsil edicilik vb.) yol açmış olabilir. Yine de, BDB belirtilerini genel olarak sorgulayan farklı çalışmalarda ortak beden bölgelerinden endişe duyulması, farklı niteliklere sahip insanların (örn., kültür, meslek vb.) benzer endişelerinin olduğuna yönelik bir işaret olarak kabul edilebilir.

Görünüşle ilgili düşüncelerin hayatı etkileme biçimi ile ilgili ikinci açık uçlu soruya örneklemin % 35,5'i cevap vermiştir. En çok rapor edilen cevaplar endişe ve moral bozukluğu (% 17,1), kıyafet seçiminde güçlük yaşama (% 12,6), diyet yapma (% 9), olumsuz duygular hissetme (% 8,1), psikolojik açıdan etki (% 7,2), eleştirilere maruz kalma (% 5,4), endişeleri gidermeye çalışma (% 5,4), diğer (beğenilmeyen bölgeleri kamufle etme, hareketliliği kısıtlaması, doktora gitme, spor yapma, kendine daha çok zaman ayırma (% 14,4) olmuştur. Katılımcılardan alınan cevaplara göre bireylerin, görünümüne yönelik düşüncelerinin bireyleri davranışsal ve duygusal yönde etkilediği görülmektedir. Beden dismorfik bozukluğunun bilişsel davranışçı modeline göre (Veale ve Neziroglu, 2010: 151; Philips, 2009: 198) bu kişilerde, beğenilmeyen bölgeleri kamufle etmeye çalışma ve olumsuz duygular yaşama durumu görülmektedir. Soruya verilen cevaplarla BDB modeli bu noktada paralellik göstermektedir.

Anketin bir diğer açık uçlu sorusunu içeren ve görünümdeki fiziksel kusurun sosyal hayatı ne yönde etkilediği ile ilgili soruya örneklemin % 17,3'ünün cevap verdiği görülmüştür. Verilen cevaplara bakıldığında, sosyal ortamlardan rahatsızlık duyma (% 13,2), hareketlerin kısıtlanması (% 13,2), eleştirilere maruz kalma (% 11,3), kıyafet bulmakta zorluk yaşama (% 11,3), diğer (düşünceleri etkileme, özgüven düşüklüğü, doğal görüntüyü kamufle etme, yapılan faaliyetten keyif alamama, kendini kıyaslama,

başkasından yardım alma (% 26,4) olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, fiziksel kusuru olduğunu düşünen insanların genel olarak rahatsızlık duydukları ve sosyal hayatlarının bir şekilde olumsuz yönde etkilendiği düşünülebilir. Yine benzer şekilde bu durum, Beden dismorfik bozukluğunun bilişsel davranışçı modelinde (Veale, ve Neziroglu, 2010: 164; Philips, 2009: 198) yer alan bu kusurdan sıkıntı duyarak sosyal hayat başta olmak üzere belirli alanlarda engel teşkil ettiği ve bir tür baş etme biçimi geliştirme eğilimi önermesi ile paralellik göstermektedir.

Bir önceki açık uçlu soruya benzer şekilde, anketin altıncı sorusunun açık uçlu sorusu algılanan fiziksel kusurun okul/iş hayatını engelleme biçimi ile ilgilidir. Katılımcıların % 6'sı bu soruya cevap vermişlerdir. En çok verilen cevaplara bakıldığında hareketlerde zorluk yaşama (% 34,8), iş yaparken alınan keyfin azalması (% 8,7) ve diğer (kendine kıyafet yakıştıramama, işleri erteleme, korku, nefes darlığı (% 17,4) olmuştur. Dolayısıyla, fiziksel kusuru olduğunu düşünen insanların az oranda olsa da, bu durumun iş/okul hayatlarında da rahatsızlık oluşturarak engel oluşturabileceği görülmektedir.

Anketteki açık uçlu son soru ise algılanan kusur nedeniyle kaçınılan durum/davranışları sorgulamaktadır. Katılımcıların % 17'si bu soruya cevap vermiştir. En çok verilen cevaplar, sırasıyla bu durumun istediği kıyafeti giymekten alıkoyması (% 32,8), sosyal ortamlara girmeyi engellemesi (% 18), aşırı yemek yemeyi engellemesi (% 16,4) ve diğer (fotoğraf çektirmekten, soğuktan, spordan, ağır kaldırmaktan (% 18) kaçınımlardan söz ettiği görülmektedir. BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre (Veale, ve Neziroglu: 163, 2010; Philips, 2009: 198), düşünce ve davranışlarında artan farkındalık yaşayan kişi, mevcut durumunu tolere etmek için insanlardan, aynalardan, sosyal ortamlardan vb. kaçınır. Bu maddede insanların sahip olduklarını düşündükleri kusurdan dolayı kaçındıkları durum/davranışlar olduğu bilgisinin desteklendiği görülmüştür.

Beden İmgesi Bozukluğu Anketinin, Beden Dismorfik Bozukluğu belirtilerinin incelenmesinde kullanılabileceği önerilmektedir (Tihan, 2010: 76). Herhangi bir tanısı olmayan insanlarda da belirti şiddeti, işlevsellik sorunu gibi çeşitli alanlarda farklılık olsa da, anormal davranışlara kategorik yaklaşım yerine boyutsal bir yaklaşım ile durum ele alındığında normal örnekleme de benzer sıkıntılar gözlenebilir. Bu doğrultuda bu çalışmada normal örnekleme dahil edilmiştir, ancak elbette ki araştırma bulguları bu nokta göz önüne alınarak değerlendirilmelidir. Beden İmgesi Bozukluğu Anketi'nden

katılımcıların aldığı ortalama puan, BİBA'nın psikometrik özelliklerinin araştırıldığı ve normal örnekleme çalışılan araştırma sonucuyla benzerdir. Öte yandan, çalışma sonuçlarına bakıldığında insanların algıladıkları fiziksel kusur ve etkileri ile ilgili açık uçlu soruların cevaplarına bakıldığında, öncelikle bu sorulara bu çalışmadaki tüm örneklem ile kıyaslandığında görece az kişinin cevap verdiği söylenebilir; cevap verme oranları % 6 ile %50,2 arasında değişmektedir. Örneklemin çalışma esnasında herhangi bir tanı almamış olmaması kriteri düşünüldüğünde bu durum tutarlı görünmektedir. Yine de, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmasa da, insanların belirli fiziksel kusurlardan muzdarip olabileceği ve bu kusurlardan rahatsızlık duymaları, bunun hayatın belirli alanlarında engel teşkil ettiği ve bu durum ile bir şekilde baş etme çabası gösterme eğiliminde oldukları düşünülebilir. Bu durum da BDB belirtilerinin BDT modeli (Veale, ve Neziroglu, 2010: 151; Philips, 2009: 198) ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda BİBA puanlarının cinsiyete göre anlamlı bir fark gösterdiği bulunmuştur. Kadınların BİBA puanları erkeklere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Buna göre, kadınların erkeklere göre beden dismorfik bozukluğu belirtileri daha fazla görülmektedir. Literatür bulguları da araştırma sonuçlarıyla benzer görünmektedir. Cash, Philips, Santos ve Hrabosky (2004: 363), BİBA'nın geçerliliğini çalıştıkları araştırmalarında kadınların beden dismorfik bozukluk düzeyini erkeklerinkinden daha yüksek bulmuşlardır. BİBA üzerindeki etkisi incelenen değişkenlerden öz bilinç, sosyal görünüş kaygısı, görünüşü düzeltme, olumlu mantıksal kabullenme, mutluluk ve korku düzeyi kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. BDB'nin kadınlarda erkeklerden daha çok görüldüğü (Rief, 2006: 880; Koran, Abujaoude, Large, Serpe, 2008: 316; Aşkın 1994: 46) düşünüldüğünde, BDB ile ilişkili olan bu değişkenlerin düzeyinin kadınlarda daha yüksek görülmesi paralel bir bulgudur. Kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik, kaçınma, iğrenme, üzüntü ve öfke düzeyi cinsiyete göre farklılaşmamıştır. Yine de, bu araştırmada normal örnekleme çalışıldığından, klinik bir örnekleme replike edilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

4.3. MODELİN SINANMASI

BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre (Neziroğlu ve Veale, 2008:28) BDB'nin oluşmasında genetik, psikolojik ve sosyal-kültürel bir takım risk faktörleri bulunmaktadır. Psikolojik faktörlerden biri mükemmeliyetçi kişilik yapısının varlığı olarak tanımlanmıştır (Philips, 2009: 198). Bu faktörlerin dışında, bireyin hayatında başkaları tarafından olumsuz yorumlar alması, ergenlikte alaya maruz kalması ya da kişinin dış görünüşüyle ilgili olumsuz bir düşünceye kapılması gibi bir takım olumsuz yaşantıların varlığının, tetikleyici bir rol oynadığı ve kişinin kendine olan dikkatin artmasına sebep olduğu ileri sürülmektedir. Bu da beraberinde kişinin kendisini estetik bir nesne olarak algılamasına yol açar ve kişi kendini olumsuz olarak değerlendirir. Kişinin özbilinci artar, kendi bedenine aşırı farkındalık oluşturur, görünümünün farkına varır. Düşünce ve davranışlarında artan farkındalık yaşayan kişi, mevcut durumunu tolere etmek için güvenlik davranışlarına yönelir; örneğin görünüşünü düzeltmeye yönelik kişi sürekli çaba halindedir, kaçınma davranışları gösterir. Kişinin duygu durumunda, yaşanan durum, olay ya da davranışların değerlendirilmesine bağlı olarak utanma, iğrenme, kaygı, öfke gibi duygular gözlenebilir. BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre, mükemmeliyetçilik, öz bilinç, sosyal görünüş kaygısı, beden imgesi baş etme stratejilerinden görünüşü düzeltme ve kaçınma ile temel duygulardan öfke, iğrenme ve korkunun BDB'nin oluşumunda önemli olduğu görülmektedir ve bu bölümde bu kavramların BDB belirtileriyle ilişkisine yer verilmiştir.

BDB düzeyi ile sosyal görünüş kaygısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi ve regresyon analizi sonuçlarına göre, BDB ile sosyal görünüş kaygısı arasında ilişki bulunmuştur, BDB düzeyi arttıkça sosyal görünüş kaygısı da artmaktadır. Başka bir ifadeyle, görünüşle ilgili olumsuz beden imajı sonucu duyulan kaygı, BDB düzeyiyle birlikte artmaktadır. BİBA'dan alınan puanların alt ve üst %25'lik dilimlere göre belirlenen yüksek ve düşük düzeyde belirti gösteren gruplarda sosyal görünüş kaygısı düzeyi anlamlı olarak farklı bulunmuş; buna göre, BDB düzeyi yüksek gruptakilerin sosyal görünüş kaygısı düzeyi de anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Modelde BDB'ye sahip bireylerin normal bireylere göre görünümünün daha çok farkında olduklarını, diğerlerinin, kendi görünüşleriyle ilgili düşüncelerini daha çok önemseydiğini, sosyal beğenirlik kaygılarının olduğu söylenmektedir. Araştırma sonuçları da bu modeli destekler niteliktedir; yani BDB düzeyi yüksek bireylerin sosyal görünüş kaygıları da yüksek bulunmuştur. Literatürde de benzer araştırma sonuçları görmek mümkündür.

Örneğin Anson, Veale ve Silvay (2012: 753) beden dismorfik bozukluğu olan bireylerin sosyal görünüş kaygısı düzeyini, sağlıklı bireylere göre daha yüksek bulmuşlardır.

BDB ile öz bilinç arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için yapılan korelasyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre, BDB düzeyi yüksek bireylerin öz bilinç yani kişinin kendine odaklanma eğilimi düzeyi de artıyor görünmektedir. Öte yandan, regresyon analizi ve belirti alt-üst grup kıyaslamalarında, BDB ile öz bilinç arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı dikkat çekmektedir. Bulgulardaki bu farklılığın çeşitli gerekçeleri olabilir. Örneğin öz-bilinç ölçümü ile BDB belirtileri arasındaki korelasyon değeri görece düşüktür; bu nedenle, diğer analizlerde daha kritik öneme ve ilişkiye sahip değişkenler öz-bilincin etkisini görmede engel teşkil ediyor olabilir. Bir başka gerekçe ise BDB söz konusu olduğunda genel öz-bilincin ötesinde duruma özel bir öz-bilinç (yanlılıklardan dolayı bedene özel öz-bilinç gibi) etkili olabilir. Elbette çalışma örnekleminin tanı almamış bireylerden oluşması bu farklılığa etki eden önemli bir başka değişken olabilir. BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre (Neziroğlu, Khemlani-Patel: 35-36; Veale 2008; Philips 2009: 198), kişinin, kendi dış görünüşüyle ilgili bedensel bir his ya da düşüncesi, alay edilme gibi tetikleyici durumlar kişinin kendine olan dikkatinin artmasına sebep olur. Kişinin kendine olan dikkati arttığında bu, kişinin kendini estetik bir nesne olarak algılamasını beraberinde getirir. Kişinin öz bilinci artar ve kendi bedenine aşırı bir farkındalık oluşturur. Bu kişiler başkalarının kendilerini nasıl gördükleriyle aşırı ilgilenmeye ve görünüşlerini negatif algılama eğilimine girerler. Modele göre BDB'li bireylerin öz bilinç düzeyleri yüksek olduğundan, araştırmada etkisi incelenmiştir.

BDT Modelinde de BDB'li bireylerin görünüşlerinden duydukları rahatsızlık ile sürekli görünüşlerini düzeltmeye çalışma başta olmak üzere çeşitli güvenlik arama davranışları sergiledikleri belirtilmektedir. Araştırmamızda yapılan korelasyon, regresyon ve alt üst grup kıyaslamaları sonuçlarına göre BDB belirtileri ile özellikle görünüşü düzeltme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Dolayısıyla bu çalışmada da, BDB eğilimi olan insanların beden imgesi ile ilgili rahatsızlıklarını gidermek amacıyla görünüşlerini daha çok düzeltme çabası içinde oldukları görülmektedir. Araştırma sonuçları, hem modeli hem de literatür bulgularını destekler niteliktedir. BDB hastalarının görünüşü düzeltme puanları sağlıklı bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Hrabosky, Cash, Veale, Neziroğlu, Soll, Garner, v.d. 2009: 155; Wilson, Wilhelm, Hartmann, 2014: 380). Callaghan, Lopez, Wong, Northcross ve Anderson (2011:

267), araştırmalarında, BDB hastalarının, normal bireylere göre, görünüşü düzeltme düzeylerinin daha yüksek olduğunu, kozmetik cerrahi arayışında olan BDB hastalarınca, böyle bir arayış içinde olmayan BDB hastalarına göre görünüşü düzeltme düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulgulamışlardır. Araştırmadaki bir başka bulgu ise, beden imgesi bozukluğunun görünüşü düzeltme ile olumlu yönde ilişkili olduğudur.

BDB’de bedenden duyulan rahatsızlıkla baş etme çabası veya güvenlik davranışları arasında söz edilen başka bir yöntem de kaçınmadır. BDT modeline göre, insanlar rahatsızlık uyandıran ve/veya çağrıştıran durumlardan kaçınma eğlimi göstermektedirler. Model önermesinin ötesinde görgül araştırma bulguları bu durumu destekler niteliktedir. Bu nedenle bu çalışmaya dahil edilen bir başka değişken de beden imgesi baş etme stratejileri leğinin kaçınma boyutu olmuştur. Literatürde BDB tanısı almış bireylerin, tanı almamış sağlıklı bireylere göre kaçınma düzeylerinin daha yüksek olduğu (Wilson, Wilhelm, Hartmann, 2014: 380; Callaghan, Lopez, Wong, Northcross ve Anderson, 2011: 267) eşitli araştırma bulgularıyla kanıtlanmıştır. Aksini belirten başka bir araştırma, kaçınma düzeylerinin, BDB hastalarıyla sağlıklı grup arasında farklılaşmadığını bulgulamıştır (Hrabosky, Cash, Veale, Neziroğlu, Soll, Garner, v.d. 2009: 155). BDB ile kaçınma arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla yapılan korelasyon, regresyon ve alt üst grup kıyaslamalarına göre BDB ile kaçınma arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BDB’nin bilişsel davranışçı modeline göre de BDB’li bireyler kaçınma davranışı sergilemektedirler. Bu araştırma sonuçları da modeli destekler niteliktedir.

Araştırmamızda, korku ile beden dismorfik bozukluğu arasındaki ilişki, yapılan korelasyon, regresyon ve alt üst grup farkı kıyaslamalarına göre anlamlı çıkarken; iğrenme, regresyon analizi dışındaki analiz sonuçlarında anlamlı bulunmuş, öfke ise analizlerde anlamlı bulunmamıştır. BDB’nin bilişsel davranışçı modeline göre (Neziroğlu ve Veale 2008: 163), kişi görüntüsünü diğerleriyle kıyasladığında ve görüntüsünün diğerlerinden kötü olduğunu düşündüğünde utanma, kendinden iğrenme, kendine zarar verdiğinde ya da herhangi bir cerrahi müdahale sonucunda öfke, hayal kırıklığı ve suçluluk yaşar. Philips (2009: 198), bu duygulardan farklı olarak korkuyu da modele eklemiştir. BDB’nin bilişsel davranışçı modeline göre, BDB’li bireylerde iğrenme, korku ve öfke düzeyinin yüksek olması beklenmektedir. Araştırma bulguları da bu sonuçları destekler niteliktedir. Kollei ve Martin (2014: 144), araştırmalarında BDB hastalarının sağlıklı gruba göre öfke ve korku düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. BDB’li hastaların, sağlıklı bireylere göre

öfke düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (Philips, 2004: 12; Pavan, Vindigni, Semenzin, Mazzoleni, Gardiolo, Simonato, Marini, 2006, 91). Bir başka araştırmada, korku düzeyinin BDB'li bireylerde sağlıklı bireylere oranla daha yüksek olduğu; öfke ve iğrenme düzeyinin BDB'li bireyler ve sağlıklı bireylerde değişmediği bulgulanmıştır (Jefferies, Laws ve Fineberg, 2012: 175). Neziroğlu, Hickey ve Mckey (2010: 40) ise, aynaya bakmaya maruz bırakılan BDB hastalarının sağlıklı gruba göre daha çok iğrenme yaşadıklarını belirtmiştir. Kollei, Brunhoeber, Rauh, Zwaan, ve Martin (2012: 321), iğrenmenin BDB'li hastalarda, sağlıklı bireylere göre daha fazla görüldüğünü söyleyen bir başka araştırmacı grubudur. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, modelde ve literatür bulgularını korku için desteklerken, iğrenme için kısmen desteklemekte, öfke içinse desteklememektedir. Dolayısıyla, BDB belirtileri yüksek olarak bildirilen katılımcılarda yüksek düzeyde korku bu çalışmada da desteklenmiştir. Hatta duyguların ortalamalarına bakıldığında, istatistiksel olarak test edilmese de olumsuz duygular arasında en yüksek düzeyde olan duygu korku gibi görünmektedir. İğrenmenin de bu çalışmada kısmen desteklenen bir duygu olduğu söylenebilir. BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre (Neziroğlu ve Veale 2008: 162) kişi görüntüsünü diğerleriyle kıyasladığında ve görüntüsünün diğerlerinden kötü olduğunu düşündüğünde kendinden iğrenmektedir. BDB'deki iğrenme duygusunu gösteren çalışmalarda örneklem gruplarının tanı alan BDB hastaları olduğu bilgisi dikkate alınınca bu çalışmadaki katılımcıların herhangi bir tanısı olmayan ancak eğilim gösteren normal örneklem olduğu bilgisi akla gelmektedir. İğrenmenin belirgin bir bulgu olarak ortaya çıkmamasının bir gerekçesi bu çalışmadaki örneklemin de tanı almamış olması olabilir. Öfke ise çalışmamızda hiçbir analizde BDB için kendini gösteren değişken değildir. Bunun nedeni ise, öfkenin toplumsal olarak kabul görmeyen bir duygu olması olabileceği gibi, duygu ölçümünde kullanılan öz-bildirim türünde ve birer ifade ile duygu ölçmeye çalışan bir ölçüm aracı olması olabilir.

Araştırmamızda yapılan korelasyon analizi ve regresyon analizi sonuçlarına göre, kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik ile BDB arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. BİBA'dan alınan puanların alt ve üst % 25'lik dilimlere göre belirlenen yüksek ve düşük gruplar arasında da mükemmeliyetçilik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Neziroğlu ve Veale (2008: 151), BDB'nin modelinde mükemmeliyetçilikten bahsetmezken, Philips (2009: 198), BDB'nin modelinde psikolojik

faktörlerden mükemmeliyetçiliğin BDB'nin oluşumunda önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Dolayısıyla modelde mükemmeliyetçiliğin BDB üzerindeki rolünün varlığından söz edilebilir. Lambrou (2006), Buhlmann, Etcoff ve Wilhelm (2008: 540), Schieber, Kollei, Zwaan, Müller ve Martin (2013: 242), BDB tanısı almış bireylerin, sağlıklı bireylere göre daha yüksek mükemmeliyetçilik düzeyine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Mükemmeliyetçiliğin söz konusu modelde olup, bu araştırmada anlamlı bir değişken olarak çıkmamasının birkaç sebebi olabilir. Bunların başında bu araştırmada mükemmeliyetçiliği değerlendirmek üzere kullanılan ölçeğin daha genel veya başka bir tür mükemmeliyetçiliği ölçüyor olması gelebilir. Ayrıca çalışmadaki örneklemin tanı almayan bir grup olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Dolayısıyla tanı alan grubun yer aldığı ve mükemmeliyetçiliği sorgulayan farklı türdeki ölçüm araçları ile yapılacak bir çalışma bu faktörün daha ayrıntılı değerlendirilmesine katkıda bulunabilir.

4.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Hipotez 1. BDB ile kendine, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

Bu hipotez desteklenmemiştir. Grup farkı, korelasyon ve regresyon analizleri BDB ile kendine yönelik, başkalarına yönelik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçilik arasında anlamlı bir ilişki göstermemiştir. Öte yandan BDB'nin bilişsel davranışçı modeli ise BDB tanısında mükemmeliyetçiliğin pozitif yönde etkisinden söz etmektedir. Model, BDB'nin ortaya çıkmasında ve hastalığın devam etmesinde kişilik özelliklerinden mükemmeliyetçiliğin etkili olduğunu söylemektedir (Philips, 2009: 198).

Hipotez 2. BDB ile sosyal görünüş kaygısı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olması öngörülmektedir.

Bu hipotez desteklenmiştir. BDB'nin bilişsel davranışçı modeli de bu ifadeyi desteklemektedir. Modelde, BDB'li bireylerin görünümünün farkına varmalarıyla, kendi bedenlerine aşırı bir farkındalık oluşturduklarını ve başkalarının kendilerini nasıl gördükleriyle aşırı ilgilenmeye ve görünümünün negatif algılama eğilimine girdiklerini söylemektedir (Neziroğlu, Khemlani-Patel ve Veale 2008: 35-36). Sosyal görünüş kaygısı,

insanların fiziksel görünüşlerinin diğer insanlar tarafından değerlendirilirken yaşadıkları kaygı ve gerginlik olarak tanımlanmaktadır (Doğan, 2010: 127). Araştırmamızda da beden dismorfik belirtileri yüksek olan bireylerin sosyal görünüş kaygılarının da yüksek olduğu bulgulanmıştır.

Hipotez 3. BDB ile görünüşü düzeltme ve kaçınma arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olması öngörülmektedir.

Bu hipotez görünüşü düzeltme ve kaçınma için desteklenmiştir. Beden dismorfik bozukluğu belirtileri yüksek olan bireylerin görünüşü düzeltme ve kaçınma düzeyleri de yüksek bulunmuştur. Görünüşü düzeltme, bireylerin beden imgesine yönelik olumsuzluklarla ve tehditlerle ilgili olarak söz konusu olumsuzlukları gidermeye ve düzeltmeye yönelik çabalarına işaret ederken, kaçınma ise, bireylerin beden imgesi ile ilgili olumsuzluklardan kaçınmasını ifade etmektedir. BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre, düşünce ve davranışlarında artan farkındalık yaşayan kişi, mevcut durumunu tolere etmek için hoşlanmadığı beden bölgesini kamufle etme ya da görüntüsünü değiştirme gibi güvenlik davranışlarına yönelmekte ve insanlardan, aynalardan, sosyal ortamlardan kaçınmaktadır (Neziroğlu ve Veale 2008: 163).

Hipotez 4. BDB ile öz bilinç arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olması beklenmektedir.

Bu hipotez kısmen desteklenmiştir. Araştırmadaki korelasyon analizi, beden dismorfik bozukluğu belirtileri arttıkça öz bilinç düzeyinin de arttığını göstermektedir, ancak grup farkı ve regresyon analizlerinde anlamlı olarak çıkan bir değişken olarak görülmemektedir. Öz bilinç, bireyin kendi davranışlarına, bu davranışların sonuçlarına ve diğerlerinin kendileri hakkındaki düşüncelerine odaklanma eğilimi olarak tanımlanır (Fenigstein ve arkadaşları, 1975: 523). Beden dismorfik bozukluğunun bilişsel davranışçı modeline göre, öz bilinci artan birey, BDB'nin oluşumuna zemin hazırlamaktadır

Hipotez 5. BDB ile iğrenme, korku, öfke arasında pozitif yönde bir ilişki olması öngörülmektedir.

Bu hipotez, korku için desteklenmiş, iğrenme için korelasyon ve alt üst grup farkı kıyaslamalarına göre desteklenirken, regresyon analizine göre desteklenmemiş, öfke içinse desteklenmemiştir. Beden dismorfik bozukluğu belirtileri yüksek olan bireylerin korku ve

iğrenme düzeyleri de yüksek bulunmuş, öfke ile BDB belirtileri arasında ilişki bulunmamıştır. Bu duygularla ilgili olarak, BDB'nin bilişsel davranışçı modeline göre, BDB'li bireyler görüntüsünü diğerleriyle kıyasladığında ve görüntüsünün diğerlerinden kötü olduğunu düşündüğünde kendinden iğrenme, kendine zarar verdiğinde ya da herhangi bir cerrahi müdahale sonucunda öfke (Neziroğlu ve Veale 2008: 163) ve korku (Philips, 2009: 198) yaşamaktadırlar.

4.5. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın amacı, beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda 18 yaş üstü tanı almamış yetişkin örnekleme incelenmesidir. Bu amaçla sosyal görünüş kaygısı, görünüşü düzeltme, kaçınma, öz bilinç, iğrenme, korku, öfke, kendine yönelik mükemmeliyetçilik, başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik ve başkalarınca belirlenen mükemmeliyetçiliğe yönelik öz-bildirim niteliğindeki ölçüm araçları ile yetişkin bir örneklemeden veri toplanmıştır. Yine de, söz konusu çalışma bulgularını değerlendirirken bazı sınırlılıkları dikkate almak gereklidir. Bu sınırlılıkların başında ele alınan konunun bir tür psikopatoloji olmasına rağmen, katılımcıların herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip olmaması gelmektedir. Psikopatolojideki boyutsal yaklaşım doğrultusunda tanısı olmayan bireylerde de benzer eğilimler olduğu bildirilmesine ve araştırmalarda kullanılabilmesine karşın, çalışmadaki katılımcıların tanısının olmadığı unutulmamalıdır. Bu nedenle, araştırma bulguları bir tür yatkınlık veya eğilim göstergesi olarak değerlendirilmeli ve hasta örnekleme ile tekrarlanmalıdır. Çalışılan konunun DSM-V'te sınıflandırılmış ruhsal bir bozukluk olan beden dismorfik bozukluğu olmasına rağmen, çalışmanın hasta grubu yerine sağlıklı bireylerle olması çalışmanın zayıf yönüdür.

Örnekleme ile ilgili bir diğer sınırlılık, araştırmanın Bursa'da yaşayan bireylerle yapıyor olmasıdır. Sadece Bursa'da yaşayan bireylerden toplanan verilerin sonuçlarının tüm Türkiye'de yaşayan bireylere genellenmesi sağlıklı olmayacaktır. Araştırma sonuçlarının tüm Türkiye'ye genellenebilmesi için, yapılacak çalışmalar için toplanacak verilerin Türkiye'nin her bölgesinden toplanması uygun görünmektedir. Ayrıca örneklemin hemen hemen yarısının öğretmenlerden oluşuyor olması, araştırma sonuçlarının tüm bireylere genellenmesi açısından bir zorluk olarak görülmektedir.

Bir diğerk sınırlılık olarak, veri toplama yöntemi olarak öz değerlendirme ölçeklerinin seçilmiş olmasıdır. Öz bildirim ölçekleri tarama özelliğine sahiptirler, kolaylıkla uygulanabilirler, zamandan tasarruf edilir ve görüşmeciden kaynaklanabilecek yanlılıklardan uzaktır (Ersoy, 2005, 174). Bu tür ölçekler bu olumlu özelliklerine karşın, kişinin vereceği cevaplara göre sonuçların alınması, kişinin kendini iyi gösterme çabası, sosyal beğenirlik kaygısı, anket sorularına okumadan cevap verme gibi sorunlara yol açabilmekte bu da çalışmanın güvenilirliğini zayıflatabilmektedir. Yapılacak çalışmalarda kullanılacak ölçüm araçlarının objektif testlerden oluşturularak tekrarlanmalıdır.

4.6. KLİNİK GÖSTERGELER

Bu araştırmada beden dismorfik bozukluğu, bilişsel davranışçı model doğrultusunda incelenmiş ve BDB'nin ortaya çıkmasında etkili olabilecek kritik değişkenler yetişkin bir örnekleme belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmada yer alan değişkenlerle ilgili olarak, elde edilen sonuçlar doğrultusunda birtakım klinik göstergeler önerilebilir.

Öncelikle araştırma bulguları bütün olarak değerlendirildiğinde BDB'ye yönelik önerilen bilişsel-davranışçı modelde vurgulanan faktörlerin başka bir kültüre sahip ülkemizde de geçerli görünmektedir. Söz konusu modeldeki faktörlerin büyük çoğunluğu tanısı olmayan yetişkin bir örnekleme desteklenmiştir.

Öte yandan, bu modeldeki faktörleri tek tek ele almak gerekirse yetişkinlerdeki BDB belirtilerinde özellikle korku ve iğrenme düzeyi arttıkça BDB düzeyi de artıyor görünmektedir. Bu durumda, hem değerlendirme hem de tedavi sürecinde bu iki duyguya özen gösterilmesi, uygun şekilde değerlendirilip dile getirilmesinin sağlanması, gerek duyulduğu takdirde sağaltım amacıyla, BDB'li bireylerin bilişsel davranışçı model doğrultusunda değerlendirilerek tedavi edilmesi, işlevsel olmayan düşünceler kayıt formu kullanılarak, olumsuz düşüncenin ardından da korku ve iğrenme duygularının da sorgulanması ve şiddetinin azaltılması için gerekli uygulamaların yapılması önem arz etmektedir.

Yetişkinlerde, araştırma sonuçlarımıza göre sosyal görünüş kaygısı düzeyi arttıkça BDB düzeyinin de arttığı bulgulanmıştır. Tüm analiz sonuçlarında ilişkili bulunan sosyal

görünüş kaygısının BDB ile ilişkisi önem arz etmektedir. Bu bilgi ışığında, BDB ortaya çıkmadan önleme amaçlı, risk oluşturan gruplarda (plastik cerrahiye başvuran bireylerde, korku, kaçınma düzeyi yüksek olan bireylerde vb.) sosyal görünüş kaygısı düzeyini düşürme amaçlı etkinliklerin yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Sosyal görünüş kaygısının sorgulanarak tedavi sürecinde ele alınması önem arz etmektedir. BDB eğilimi olan bireylerde de sosyal ortamlara girmesi teşvik edilerek sahip olduğu kaygının azaltılması önemli görülmektedir.

Benzer şekilde araştırmamıza göre, görünüşe yönelik bazı baş etme yöntemlerinin olumsuz etkileri mevcuttur. Bunların başında kaçınma düzeyi gelmektedir ki, bu arttıkça BDB düzeyi de artıyor görünmektedir. Bu doğrultuda, BDB'li bireylere sosyal beceri eğitiminin verilmesi, çeşitli faaliyet alanlarına yönlendirilerek iletişim sağlaması ve görünüşle ilgili bu faktörün de hesaba katılarak uygun yöntemlerin benimsenmesi tedavi noktasında önemli görülmektedir.

BDB'li bireylerin görünüşlerini daha çok düzelttikleri araştırmamızda bulguların bir diğer sonucudur. Buna göre, BDB'li bireylerin bilişsel davranışçı model doğrultusunda tedavi edilmesi; maruz bırakma ve tepki önleme tekniğinin uygulanması ve rahatsızlıkları hakkında eğitim verilmesinin, görünüşlerini düzeltme davranışlarını azaltma konusunda önem arz etmektedir.

4.7. GELECEKTE YAPILACAK OLAN ÇALIŞMALARA YÖNELİK ÖNERİLER

Bu araştırmada, Türkiye'de bir elin parmaklarını geçmeyecek sayıda çalışma olan beden dismorfik bozukluğuna yer verilmiştir. Araştırmanın, literatüre büyük katkı sağladığı düşünülse de, bazı önerilerle gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

Önemli bulgular sağlamlasına karşın bir psikiyatrik rahatsızlık olan BDB'nin sağlıklı örneklemin yanı sıra tanısı olan bir örnekleme çalışılmasının, sonuçların genellenebilmesi açısından daha sağlıklı sonuçlar vereceği düşünülmektedir. Bu sayede bu araştırmada model doğrultusunda önerilen ancak etkisi bulunmayan değişkenlerin daha uygun biçimde sorgulanması mümkün olabilecektir. Ayrıca bu çalışmada sadece yetişkin

grup ele alınmıştır. Farklı yaş gruplarının, örneğin ergenlik döneminin değerlendirilmesi erken müdahale açısından önemli bilgiler sunabilir. Bir başka öneri, yapılacak çalışmalarda katılımcıların Türkiye'yi temsil eden bir örneklem grubuyla çalışılmasıdır. Yapılacak çalışmalar için toplanacak verilerin Türkiye'nin her bölgesinden toplanması, araştırma sonuçlarının tüm Türkiye'ye genellenebilmesi için önemlidir. Bir başka öneri, gelecekte yapılan çalışmalarda mülakat tekniğinin kullanılması, zaman kaybına yol açmasına rağmen, öz bildirim ölçeklerinde ortaya çıkan kişinin kendini iyi gösterme çabası, sosyal beğenirlik kaygısı gibi sorunları büyük oranda ortadan kaldıracakı düşünölmektedir.

Beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin içeriğini kültürel faktörler etkilemektedir (Philips, 1997). Bu noktada, bölgelerin, farklı kültürlerin karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği çalışmaların ilgili literatüre zenginlik katacakı düşünölmektedir.

Ayrıca BDB'nin diğer bazı psikopatolojilerle komorbitesi bulunmaktadır (Gunstad, ve Phillips, 2003). Gelecekte yapılacak çalışmalarda BDB'nin diğer patolojilerle ilişkisinin çalışılmasının literatüre katkı sağlayacakı düşünölmektedir.

KAYNAKÇA

- AKIN Ahmet - ABACI Ramazan - ÖVEÇ Ümran (2007), “Öz-bilinç Ölçeği’nin Türkçe Formunun Yapı Geçerliği ve Güvenirliği”, **Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi**, 40 (2), ss. 257-276.
- ALEMDAĞ Serdar (2013). Öğretmen Adaylarında Fiziksel Aktiviteye Katılım, Sosyal Görünüş Kaygısı ve Sosyal Öz-Yeterlik İlişkisinin İncelenmesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Trabzon.
- ALLEN Andrea - HOLLANDER Eric (2000), “Body Dysmorphic Disorder”, **Psychiatric Clinics of North Africa**, 23 (3), ss. 617-628.
- ALTUN Fatma - YAZICI Hikmet (2010), “Öğrencilerin Olumlu ve Olumsuz Mükemmeliyetçilik Özellikleri ile Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler”, Antalya: International Conference on New Trends in Education and Their Implications, 11-13 November.
- American Psychiatric Association (APA) (1994), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, (4th Edition), Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA) (2013), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, (5th Edition), Washington, DC
- ANDREASEN N.C., - Bardach, J. (1977), “Dysmorphophobia: Symptom or Disease?” **Am J Psychiatry**, 134, ss. 673-75.
- ANSON Martin – VEALE David – SILVA Padmal de (2012), “Social-Evaluative Versus Self-Evaluative Appearance Concerns in Body Dysmorphic Disorder”, **Behaviour Research and Therapy**, 50 (12), ss.753-760.
- ASLAN Halime (2000), “Beden Dismorfik Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme”, **Düşünen Adam**, 13, ss. 33-41.
- AŞKIN Rüstem (1994), “Vücut Dismorfik Bozukluğu: 9 olgu”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 1, ss. 45-51.
- AŞKIN Rüstem - ÇİLLİ Ali Savaş (2002), “Ayaktan Psikiyatrik Hastalarda Vücut Dismorfik Bozukluğu: Tanı, Yaşam Boyu Başka Ruhsal Hastalık Varlığı, Demografik ve Klinik Özellikler”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 13, ss. 197-203.
- ATİK Derya - ATİK Cem- ASAF Rıdvan- ÇINAR Sezgi (2015). “The Effect of Perceived Social Support by Hemodialysis Patients on their Social Appearance Anxiety”, **Med-Science**, 4(2), ss. 2210-23.

- AYDOĞMUŞ Kayhan - TÜZÜN Ümran - TEZCAN Ertan (1991), “Bir Vaka Nedeniyle Dismorfofobia veya Beden Dismorfik Bozukluğu”, **Düşünen Adam**, 4 (2), ss. 35-36.
- BARTSCH Dianna (2007), “Prevalence Of Body Dysmorphic Disorder Symptoms And Associated Clinical Features Among Australian University Students”, **Clinical Psychologist**, 11(1), Ss. 16-23.
- BIBY Erika L. (1998), “The Relationship Between Body Dysmorphic Disorder and Depression, Self-Esteem, Somatization, and Obsessive-Compulsive Disorder” **Journal of Clinical Psychology**, 54, ss. 489–499.
- BIENVENU Joseph O. - SAMUELS Jack F. – RIDDLE Mark A. – HOEHN SARIC Rudolf – LIANG Kung-Yee – CULLEN Bernadette A. M. – GRADOS Marco A. – NESTADT G. (2000), “The Relationship of Obsessive Compulsive Disorder to Possible Spectrum Disorders: Results from a Family Study”, **Biological Psychiatry**, 48, ss. 287-293.
- BİNBAŞIOĞLU Cavit (1990), **Gelişim Psikolojisi**, 5.b., Kadioğlu Matbaası, Ankara.
- BİNGÖL İsmet. (2006), **Vücut Dismorfik Bozukluğunda Serbest Radikaller**, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), Elazığ.
- BİNGÖL B. (2010). **Temel Duygular Ölçeği: Türkçe formunun üniversite öğrencilerindeki psikometrik özellikleri**. Yayınlanmamış Bitirme Çalışması Projesi, Psikoloji Bölümü, Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- BİROL Zehra Nesrin (2005), **Fen Bilimler Lisesi ve Sosyal Bilimler Lisesi Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik, Benlik Saygısı, Liderlik Özelliklerinin İncelenmesi**, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- BJORNSSON Andri S. - DIDIE Elizabeth R. - PHILLIPS, Katherine A. (2010), “Body Dysmorphic Disorder” **Dialogues Clin Neurosci.**, 12 (2), ss. 221–232.
- BOHNE Antje - WILHELM Sabine - KEUTHEN Nancy J. - BAER Lee - JENIKE Michael A. (2002), “Skin Picking in German Students: Prevalence, Phenomenology, and Associated Characteristics”, **Behavior Modification**, 26 (3), ss. 320-339.
- BOHNE Antje - KEUTHEN Nancy J.- WILHELM Sabine - DECKERSBACH Thilo - JENIKE Michael A. (2002), “Prevalence of Symptoms of Body Dysmorphic Disorder and Its Correlates: A Cross-Cultural Comparison”, **Psychosomatics**, 43, ss. 486-490.
- BORATAV Hale - ATACA Bilge - SUNAR Diane (2006), **Üniversite Öğrencilerinin Duyguları İfade Biçimleri ve Cinsiyet Farkları**. 14. Ulusal Psikoloji Kongresi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

- BÖREKÇİ, Ayşe Gülsevin (2002). Çalışma Ortamlarında Duygusal Zekâ, Uygulamadan Bir Örnek. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- BUHLMANN Ulrike - ETCOFF Nancy L. - WILHELM Sabire (2008), “Facial Attractiveness Ratings and Perfectionism in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder”, **Journal of Anxiety Disorders**, 22, ss. 540-547.
- BUHLMANN Ulrike - REESE Hannah E.- RENAUD Stefanie - WILHELM Sabine (2008), “Clinical Considerations for the Treatment of Body Dysmorphic Disorder with Cognitive-Behavioral Therapy”, **Body Image**, 5, ss. 39-49.
- BURNS David D. (1980), “The Perfectionist’s Script for Self-Defeat” **Psychology Today**, 41(34), ss. 70-76.
- BUSS Arnold H. (1980). **Self-consciousness and social anxiety**, W.H. Freeman, San Francisco
- BÜYÜKÖZTÜRK Hatice - ÇOLAK Şener - GÖRGÜLÜ FULYA - SARAÇOĞLU Ecem - SARAÇOĞLU İrem (2013) Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Tutumuyla İlişkili Faktörler, XV. Çalışma Grubu Sempozyumu Çalışma Grubu Raporları, Ankara.
- CALLAGHAN Glenn M. - LOPEZ Aalbertina - WONG Lily - NORTHCROSS, Jasalynne - ANDERSON Kristina R. (2011), “Predicting Consideration of Cosmetic Surgery in a College Population: A Continuum of Body Image Disturbance and the Importance of Coping Strategies”, **Body Image**, 8(3), ss. 267-274.
- CANSEVER Adnan - UZUN Özcan- DÖNMEZ Erkan - ÖZŞAHİN Aytekin. (2003), “The Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in College Students: A Study in a Turkish Sample”, **Comprehensive Psychiatry**, 44(1), ss. 60-64.
- CASH Thomas F. (2004), “Body Image: Past, Present, and Future”, **Body Image**, 1, ss. 1-5.
- CASH Thomas F- PHILLIPS Katharine A- SANTOS Melanie T - HRABOSKY Joshua I. (2004). “Measuring “Negative Body Image”: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a Non-clinical Population”, **Body Image: An International Journal of Research**, 1, ss. 363-372.
- CASH Thomas F. - GRASSO Kristin (2005), “The Norms And Stability Of New Measures of the Multidimensional Body Image Construct”, **Body Image**, 2(2), ss. 199-203.
- CASH Thomas F. - SANTOS Melanie T. - WILLIAMS Emily Fleming, (2005) “Coping With Body-Image Threats and Challenges: Validation of the Body Image

- Coping Strategies Inventory”, **Journal of Psychosomatic Research**, 58, ss. 191-199.
- CHANG Edward C. (2006), “Perfectionism and Dimensions of Psychological Well-Being in a College Student Sample: A Test of a Stress–Mediation Model”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 25(9), ss. 1001-1022.
- CHANG Edward C- HIRSCH Jameson K - SANNAN Lawrence J - JEGLIC Elizabeth. L. - FABIAN Cathryn G. (2011), “A Preliminary Study of Perfectionism and Loneliness as Predictors of Depressive and Anxious Symptoms in Latinas: A Top-Down Test Of A Model”, **Journal of Counseling Psychology**, 58(3), ss. 441-448.
- CHANG Lei - HAU Kit Tai - GUO Ai Meu (2001), “The Effect of Self-Consciousness on the Expression of Gender Views”, **Journal of Applied Social Psychology**, 31, Ss. 340-351.
- CLAES Laurence - HART Trevor A. - SMITS Dirk- FREDERIQUE Van den Eynde, MUELLER Astrid - JAMES E. Mitchell, (2012), “Validation of the Social Appearance Anxiety Scale in Female Eating Disorder Patients”, **European Eating Disorder Review**, 20, ss. 406-409.
- COHEN A. (1991), “Body Image in the Person With a Stoma”, **J Enterostomal Ther**, 18, ss. 68-71.
- CONROY Michelle - MENARD William - FLEMING Ives Kathryn - MODHA Poonam- CERULLO Hilary - PHILLIPS, Katharine. A. (2008), “Prevalence And Clinical Characteristics Of Body Dysmorphic Disorder in an Adult Inpatient Setting”, **General Hospital Psychiatry**, 30(1), ss. 67-72.
- CRACIUN Barbara (2013), “The Efficiency of Applying a Cognitive Behavioral Therapy Program in Diminishing Perfectionism, Irrational Beliefs and Teenagers’ Stress”, **Social and Behavioral Sciences** 84, ss. 274 – 278.
- CRADDOCK Alan E- CHURCH Wendy- HARRISON Fleur - SANDS Alexandra, (2010), “Family of Origin Qualities as Predictors of Religious Dysfunctional Perfectionism” **Journal of Psychology and Theology**, 38(3), ss. 205-214.
- CRAMER Kenneth M. (2000), “Comparing the Relative Fit of Various Factor Models of the Self-Consciousness Scale in Two Independent Samples”, **Journal of Personality Assessment**. 75(2), ss. 295-307.
- CRERAND Canice E- PHILLIPS Katharine A - MENARD William- FAY Christina. (2005), “Nonpsychiatric Medical Treatment of Body Dysmorphic Disorder” **Psychosomatics**, 46, ss. 549–555.
- CROZIER W. Ray. (2004), “Self-consciousness, Exposure, and the Blush” **Journal For The Theory of Social Behaviour**, 34(1), ss. 2-18.

- CSUKLY Gabor - CZOBOR Pal- SIMON Lajos - TAKACS Barnabas. (2008), "Basic Emotions and Psychological Distress: Association Between Recognition of Facial Expressions and Symptom Checklist-90 Subscales", **Comprehensive Psychiatry**, 49(2), ss. 177-183.
- ÇALIKUŞU Celal - TÜKEL Raşit - KARALI Nuray (1997), *Beden Dismorfik Bozukluğunda Klinik Özellikler: 13 Olgunun Değerlendirilmesi*. 33. Ulusal Psikiyatrik Kongresi, Antalya, Türkiye. Bildiri Metin Kitabı, ss. 29-34.
- ÇELİK Eyüp – TURAN Mehmet Emin – ARICI Neslihan (2014), "The Role of Social Appearance Anxiety in Metacognitive Awareness of Adolescents", **International Journal of Learning, Teaching and Educational Research**, 7(1), ss. 138-147.
- ÇELİK Ö. (2010), *Okul Yöneticilerinin Özbilinç Yeterliliği ve Dönüşümcü Liderlik Özellikleri Arasındaki İlişki*, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yüksek Lisans Tezi), Sakarya.
- DAGLISH Tim - POWER, Mick (1999), **Handbook of Cognition and Emotion**, Sussex, U.K., John Wiley & Sons, Ltd.
- DAVIS Mark H.- FRANZOI Stephen L. (1991), "Stability and Change in Adolescent Self-consciousness and Empathy", **Journal of Research in Personality**, 25, ss. 70-87.
- DAVIS Whitney (1995), **Drawing the Dream of The Wolves: Homosexuality, Interpretation, and Freud's "Wolf Man"**, Indiana University Press, Bloomington.
- DEVISH Renaat (1985), "Approaches to Symbol and Symptom in Bodily Space Time", **International Journal of Psychology**, 20, ss. 389-425.
- DIDIE Elizabeth R. - TORTOLANI Christina C. - POPE Courtney G. - MENARD William- FAY Christina - PHILLIPS Katharine A. (2006), "Childhood Abuse And Neglect in Body Dysmorphic Disorder", **Child Abuse and Neglect**, 30, ss. 1105-1115.
- DIDIE Elizabeth R. - MENARD William - STERN Adam P. - PHILLIPS Katharine A. (2008), "Occupational Functioning and Impairment in Adults with Body Dysmorphic Disorder", **Comprehensive Psychiatry**, 49, ss. 561-569.
- DION Karen - BERSCHEID Ellen - WALSTER Elaine (1972), "What is Beautiful is Good" **Journal of Personality and Social Psychology**, 24 (3), ss. 285-290.
- DOĞAN Tayfun (2010), "Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması", **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 39, Ss. 151-159.

- DOĞAN Tayfun - SAPMAZ Fatma - TOTAN Tarık. (2011). “Beden İmgesi Baş Etme Stratejileri Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 12, Ss. 121-129.
- DUFRESNE Raymond G. - Philips Katherine A. - VITTORIO Carmela C. - WILKEL Caroline S. (2001), “A Screening Questionnaire for Body Dismorphic Disorder In a Cosmetic Dermatologic Surgery Practice”, **Dermatologic Surgery**, 27, ss. 457-462.
- ECONOMOU George C. (2003), “Dental Anxiety and Personality: Investigating the Relationship Between Dental Anxiety and Self-Consciousness”, **Journal of Dental Education** 67(9), ss. 970-980.
- EISEN Jane L - PHILLIPS Katharine A. - COLES Meredith E. - RASMUSSEN Steven A. (2004), “Insight in Obsessive Compulsive Disorder and Body Dymorphic Disorder”, **Compr Psychiatry**, 45, ss. 10-15.
- EKMAN Paul - FRIESEN Wallace V. (1986), “A New Pan-Cultural Expression of Emotion” **Motivation and Emotion**, 10, ss. 159-168.
- ELBOZAN Birgül - KARLIDAĞ Rıfat - ÜNAL Süheyla (2003), “Beden Dismorfik Bozukluğu: Risperidon Kullanılan Bir Olgu”, **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 4, ss. 237-242.
- ELKIND David - BOWEN Robert (1979), “Imaginary Audience Behavior in Children and Adolescents”, **Developmental Psychology**, 15, ss. 38–44.
- ER Fikret - SÖNMEZ Harun (2 Üniversite Öğrencilerinde Mükemmeliyetçilik: Anadolu Üniversitesi Örneği, **AKÜ Fen Bilimleri Dergisi** 2009-01 ss.11-15.
- ERDEMİR Aslı Vefa - BAĞCI Sinem Işın - İNAN Esmâ Yüksel- TURAN Enver (2013), “Akne Vulgarisli Hastalarda Sosyal Görünüş Kaygısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, **İstanbul Med**; 14, ss. 35-39.
- ERÖZKAN A. (2008), “Üniversite Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Eğilimleri ve Depresyon Düzeyleri”, **Cypriot Journal of Educational Sciences**, 6, ss.76-88.
- ERSOY Ali (2005), “İlköğretim Bilgisayar Dersindeki Sınıf Yerleşim Düzeni ve Öğretmen Rolünün Yapılandırıcı Öğrenmeye Göre Değerlendirilmesi”, **The Turkish Online Journal of Educational Technology**, 4(4), ss. 170-181.
- EVANS Daniel R - BAER Ruth A. - SEGERSTORM Segerstrom C. (2009), “The Effects of Mindfulness and Self-Consciousness on Persistence”, **Personality and Individual Differences**, 47, ss. 379-382.
- FARAVELLI Carlo- SALVATORI Stefano - GALASSI Fernando- AIAZZI Leandro- DREI C.- CABRAS Paolo (1997), “Epidemiology of Somatoform Disorders: A Community Survey in Florence”, **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, 32, ss. 24-29.

- FEJFAR Michele C. - HOYLE Rick H. (2000), Effect of Private Self-Awareness on Negative Affect and Self-referent Attribution: A Quantitative Review, **Personality and Social Psychology Review**, 4, ss.132-142.
- FENIGSTEIN Allan - SCHEIER Michael F. - BUSS Arnold H. (1975), "Public and Private Self-Consciousness: Assessment and Theory", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 43, ss. 522-527.
- FENIGSTEIN Allan (1979), "Self-Consciousness, Self-Attention and Social Interaction", **Journal of Personality and Social Psychology**, 37(1), ss. 75-78.
- FENIGSTEIN Allan - VANABLE Peter A. (1992), "Paranoia and Self-Consciousness", **Journal of Personality and Social Psychology**, 62, ss. 129-138.
- FITTS Sherri Nelson - GIBSON Pamela- REDDING Colleen A. - DEITER Pamela J. (1989), "Body Dysmorphic Disorder: Implications for Its Validity as a DSM-III-R Clinical Syndrome", **Psychol Rep**, 64, ss. 655-658.
- FLETT Gordon - HEWITT Paul L. - SINGER Anna (1995), "Perfectionism and Parental Authority Styles", **Individual Psychology**, 51, ss. 506-60.
- FLETT Gordon - HEWITT Paul. L. - BLANKSTEIN Kirk R. - GRAY Lisa (1998), "Psychological Distress and the Frequency of Perfectionistic Thinking", **Journal of Personality and Social Psychology**, 75, ss. 1363-1381.
- FLETT Gordon L. - BESSER Avi - DAVIS Richard. A. - HEWITT Paul L. (2003), "Dimensions of Perfectionism, Unconditional Self-Acceptance and Depression", **Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy**, 21(2), ss. 119-138.
- FOLKMAN Susan - LAZARUS Richard S. (1988, "Coping as a Mediator of Emotion", **J Pers Soc Psychol**, 54, ss. 466-475.
- FORBUSH Kelsie - HEATHERTON Todd F. - KEEL Pamela K. (2007), "Relationships Between Perfectionism and Specific Disordered Eating Behaviors", **International Journal of Eating Disorders**, 40(1), ss. 37-41.
- FRARE Franco - PERUGI Giulio - RUFFOLO Giuseppe - TONI Cristina (2004), "Obsessive-Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder: A Comparison of Clinical Features", **European Psychiatry** 19, ss. 292-298.
- FREUD Sigmund (1959), **Inhibitions, Symptoms and Anxiety**, the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol.20, London: Hogarth.
- FREUD Sigmund (1963), **Three Case Histories: the "Wolf Man", the "Rat Man" and the Psychotic Doctor Schreber**, Philip Rieff (Ed.), Collier Books, New York.
- FROST Randy O. - MARTEN Patricia - LAHART Cathleen - ROSENBLATE Robin (1990), "The Dimensionality of Perfectionism", **Cognitive Therapy and Research**, 14(5), ss. 449-468.

- GHORBANI Nina - WATSON P J. - KRAUSS Stephen W. - DAVISON H. Kristl - BING Mark N. (2004), "Private Self-Consciousness Factors: Relationships with Need for Cognition, Locus of Control, and Obsessive Thinking in Iran and the United States", **Journal Of Social Psychology**, 144(4), ss. 359-372.
- GHORBANI Nina - CUNNINGHAM Christopher J. L. - WATSON P. J. (2010). Comparative Analysis of Integrative Self-Knowledge, Mindfulness, and Private Selfconsciousness in Predicting Responses to Stress in Iran. **International Journal of Psychology**, 45(2), ss. 147-154.
- GOLEMAN Daniel (2004), **Duygusal Zeka Neden IQ'dan Daha Önemlidir?**, Varlık Yayınları, İstanbul.
- GÖKSAN Burcu (2007), Ergenlerde Beden İmajı ve Beden Dismorfik Bozukluğu. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- GRANT Jon E. - KIM Suck W. - Crow S. J. (2001), Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in Adolescent and Adult Psychiatric Inpatients. **J Clin Psychiatry**, 62(7), ss. 517-522.
- GREENBERG Jennifer L. (2008), Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder in Adolescents: Development of a Treatment Protocol. The State University of New Jersey.
- GROCHOLEWSKIA Anja - KLIEMB Soeren - HEINRICHS Nina (2012), "Selective Attention to Imagined Facial Ugliness is Specific to Body Dysmorphic Disorder" **Body Image**, 9(2), ss. 261-269.
- GUNSTAD John - PHILLIPS Katharine A. (2003), "Axis I Comorbidity in Body Dysmorphic Disorder", **Comprehensive Psychiatry**, 44, ss. 270-276.
- HARRINGTON Rick - LOFFREDO Donald A. (2001), "The Relationship Between Life Satisfaction, Self-Consciousness and Myers-Briggs Type Inventory Dimensions", **The Journal Of Psychology**, 135(4), Ss. 439-450.
- HART Trevor A. - FLORA David B. - PALYO Sarah A. - FRESCO David M. - HOLLE Christian - HEIMBERG Richard C. (2008), "Development and Examination of the Social Appearance anxiety scale" **Assessment**, 15, ss. 48-59.
- HARTENBERG P. (1901), **Lestimides Et La Timidit é**, Alcan, Paris.
- HARTH Wolfgang - GIELER Uve - KUSNIR D. - TAUSK Francisco A. (2008), **Clinical Management in Psychodermatology**, Springer, Berlin.
- HATZIGEORGIADIS Antonis (2002), "Thoughts of Escape During Competition. Relationship with Goal Orientation and Self Consciousness", **Psychology of Sport and Exercise**, 3, ss. 195-207.

- HEWITT Paul L. - FLETT Gordon L. (1991), "Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association with Psychopathology", **Journal of Personality and Social Psychology**, 60, ss. 456-470.
- HEWITT Paul L. - FLETT Gordon L. - BESSER Avi - MCGEE, Barbara (2003), "Perfectionism is Multidimensional: A Reply to Shafran, Cooper, and Fairburn", **Behaviour Research and Therapy**, 41, ss. 1221–1236.
- HOLLANDER Eric- LIEBOWITZ Michael. R- WINCHEL Ronald- KLUMKER, A.- KLEIN, D. (1989) "Treatment of Body-Dysmorphic Disorder with Serotonin Reuptake Blockers", **Am J Psychiatry**, 146, ss. 768-770.
- HOLLANDER Eric - COHEN Lawrence J. - SIMEON Daphne (1993), "Body Dysmorphic Disorder", **Psychiatry Ann**, 23, ss. 359-364.
- HOLLANDER Eric - ALLEN Andrea - KWON Jee - ARONOWITZ Bonnie - SCHMEIDLER James - WONG Cheryl, SIMEON Daphne (1999), "Clomipramine vs Desipramine Crossover Trial in Body Dysmorphic Disorder: Selective Efficacy of a Serotonin Reuptake Inhibitor in Imagined Ugliness", **Arch Gen Psychiatry**, 56, ss. 1033-1039.
- HOLLANDER Eric- ZOHAR Josep - SIROVATKA Paul J. (2010), **Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V**. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1. edition.
- HOLLENDER Marc H. (1965), "Perfectionism", **Comprehensive Psychiatry**, 6, ss. 94-103.
- HRABOSKY Joshua I. - CASH Thomas F. - VEALE David - NEZİROGLU Fugen - SOLL Elizabeth A. - GARNER David M. - MELISSA Strachan-Kinser - BETTE Bakke - LAURA J. Claus - KARHERINA A. Philips (2009), "Multidimensional Body Image Comparisons Among Patients with Eating Disorders, Body Dysmorphic Disorder, and Clinical Controls: a Multisite Study", **Body Image**, 6(3), ss. 155-163.
- JEFFERIES Kiri- LAWS Keith - FINEBERG Naomi (2012), "Superior Face Recognition in Body Dysmorphic Disorder", **Journal Of Obsessive-Compulsive And Related Disorders**, 1, ss. 175-179.
- JOINER, Thomas. E. - HEATHERTON Todd. F. - RUDD M. – DAVID - SCHMIDT, Norman B. (1997), "Perfectionism, Perceived Weight Status And Bulimic Symptoms Two Studies Testing A Diathesis-Stress Mode", **Journal Of Abnormal Psychology**, 106(1), ss. 145-153.
- KAAN H. (1892), **Der Angsteffekt Bei Zwangsvorstellungen und Der Primordiale**. Grubelzwang, Deutike, Leipzig.

- KAĞAN Sertan, (2006), Bilişsel Davranışçı Terapiye Dayalı Mükemmeliyetçilik Eğitiminin Sporcuların Mükemmeliyetçilik, Başarı Gütüsü ve Başarısızlık Korkusuna Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- KARAMUSTAFALIOĞLU Oğuz - KARAMUSTAFALIOĞLU Nesrin (2000), **Beden Dismorfik Bozukluğu**, 13(2), ss. 107-109.
- KEARNS Hugh - FORBES Angus - GARDINER Maria (2007), “A Cognitive Behavioural Coaching Intervention for the Treatment of Perfectionism and Self Handicapping in a Nonclinical Population”, **Behaviour Change**, 24(3), ss. 157–172.
- KITAYAMA Shinobu - MARKUS Hazel Rose - KUROKAWA Masaru (2000), “Culture, Emotion and Well-Being: Good Feelings in Japan and United States”, **Cognition An Emotion**, 14(1), ss. 93-124.
- KOLLEI Ines-BRUNHOEBER, S., RAUH E., ZWAAN, M., MARTIN, A. (2012). Journal of Psychosomatic Research, 72, ss. 321-327.
- KOLLEI Ines - MARTIN Alexandra (2014), “Body-Related Cognitions, Affect and Post-Event Processing in Body Dysmorphic Disorder”, **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 45, ss. 144-151.
- KORAN Lorrin M. - ABUJAOUDE Elias - LARGE Michael D. - SERPE Richard T. (2008), “The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in the United States Adult Population” **CNS Spectr**, 13, ss. 316-322.
- KOSKINA, A., VAN DEN Eynde, F., Meisel, S., Campbell, I. C., - Schmidt, U. (2011). Social Appearance Anxiety and Bulimia Nervosa. **Eating and Weight Disorders**, 16, ss. 142–145.
- KRAMER Roderick M. (2006), **Organizational Trust**. Oxford: University Press.
- LAMBROU Christina (2006), **The Role of Aesthetic Sensitivity in Body Dysmorphic Disorder**, London: Institute Of Psychiatry, University Of London.
- LAROI Frank - FONTENEAU Benjamin - MOURAD Haitham - RABALLO Andrea (2013), “Basic Emotion Recognition and Psychopathology in Schizophrenia”, **European Psychiatry**, 28(1), ss. 1.
- LAZARUS Richard S. (1982), “Thoughts on the Relation Between Emotion and Cognition”, **American Psychologist**, 37, ss. 1019-1024.
- LAZARUS Richard S- FOLKMAN Susan (1984). **Stress, Appraisal, and Coping**, Springer, New York.
- LAZARUS Richard S. (2006), “Emotions and Interpersonal Relationship: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping”, **Journal of Personality**, 74(1), ss. 9-46.

- LEVINSON Cheri A. - RODEBAUGH Thomas L. (2012), "Social Anxiety and Eating Disorder Comorbidity: the Role of Negative Social Evaluation Fears", **Eating Behaviors**, 13(1), ss. 27-35.
- LEVINSON Cheri A. - RODEBAUGH Thomas L. - WHITE Emily K. - MENATTI Andre R. - WEEKS Justin - IACOVINO Juliette - WARREN Cortney S. (2013), "Social Appearance Anxiety, Perfectionism, and Fear of Negative Evaluation: Distinct or Shared Risk Factors for Social Anxiety and Eating Disorders?" **Appetite**, 67, ss. 125-133.
- MACEDO Antonio - SOARES Maria Joao - AZAVEDO Maria Helena – GOMES Ana-ANA Telma Pereira - BERTA Maia - MICHELE Pato (2007), "Perfectionism And Eating Attitudes in Portuguese University Students", **European Eating Disorders Review**, 15(4), ss. 296-304.
- MATSUMOTO David. (1989). "Cultural Influences on the Perception of Emotion", **Journal of Cross-Cultural Psychology**, 20, ss. 92-105.
- MAYVILLE Stephen - KATZ Roger C. - GIPSON Martin T. - CABRAL Keri (1999), "Assessing the Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in an Ethnically Diverse Group of Adolescents", **Journal of Child and Family Studies**, 8(3), ss. 357-362.
- MCKAY Dean (1999), "Two-Year Follow-Up of Behavioral Treatment and Maintenance for Body Dysmorphic Disorder", **Behav Modif.** 23, ss. 620–629.
- MELNYK Susan E. - CASH Thomas F. - JANDA Louis H. (2004), "Body Image Ups and Downs: Prediction of Intra-Individual Level and Variability of Women's Daily Body Image Experiences", **Body Image**, 1(3), ss. 225–235.
- MILLON Theodore (With Davis, R. D.) (1996), **Disorders Of Personality: DSM-IV And Beyond**, (2nd Ed.), New York: Wiley.
- MITTAL Banwari - BALASUBRAMANIAN Siva K. (1987), "Testing the Dimensionality of the Self-Consciousness Scales". **Journal of Personality Assessment**, 51, ss. 53–68.
- MONFRIES Melissa M. - KAFER Norman F. (1994), "Private Self-Consciousness and Fear of Negative Evaluation", **Journal Of Psychology**, 128, ss. 447-454.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2006), **Obsessive Compulsive Disorder: Core Interventions in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder**, National Institute for Health and Clinical Excellence, British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.
- NEZİROĞLU Fugen - MCKAY Dean - TODARO John - YARYURA-TOBIAS, J. A. (1996), "Effect of Cognitive Behavior Therapy on Persons with Body Dysmorphic Disorder and Comorbid Axis II Diagnosis", **Behav Ther.**, 27, ss. 67–77.

- NEZİROĞLU Fugen – KHEMLANI-Patel Sony - YARYURA-TOBIAS Jose A. (2006), “Rates of Abuse in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder”, **Body Image**, 3(2), ss. 189-193.
- NEZİROĞLU Fugen – KHEMLANI-PATEL Sony - VEALE David (2008), “Social Learning Theory and Cognitive Behavioral Models of Body Dysmorphic Disorder”, **Body Image**, 5(1), ss. 28-38.
- NEZİROĞLU Fugen – HICKEY Michael – MCKAY Dean (2010), Psychophysiological and Self-Report Components of Disgust in Body Dysmorphic Disorder: The Effects of Repeated Exposure. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, ss. 40-51.
- NIRENBERG A. Andrew - PHILLIPS Katharine A. - PETERSEN Timothy J.- KELLY, Karen E.- ALPERT Jonathan - WORTHINGTON Joyce J. - JERROLD F. Rosenbaum - MAURIZIO Fava Et Al. (2002), “Body Dysmorphic Disorder in Outpatients with Major Depression”, **Journal of Affective Disorders**, 69, ss. 141-148.
- O’CONNOR Darly B. - O’CONNOR Rory C. - MARSHALL Rachel - (2007), “Perfectionism and Psychological Distress: Evidence of the Mediating Effects of Rumination”, **European Journal of Personality**, 21, ss. 429–452.
- OLSON Megan L. - KWON Paul (2008), “Brooding Perfectionism: Refining the Roles of Rumination and Perfectionism in the Etiology of Depression, **Cognitive Therapy and Research**, 32(6), ss. 788–802.
- ORAL Muradiye (1999), The Relationship Between Dimensions Perfectionism, Stresful Kife Events and Depressive Symptoms in University Students “A Test of Diathhesis - Stres Model of Depression” (Master Of Science), Ankara, Middle East Technical University.
- OTTO Michael W.- WILHELM Sabine - COHEN Lee S - HARLOW Bernard L. (2001), “Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in a Community Sample of Women” **American Journal of Psychiatry**, 158, ss. 2061-2063.
- ÖVEÇ Ümran (2007), Öz-Duyarlık ile Öz-Bilinç, Depresyon, Anksiyete ve Stres Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modeliyle İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- ÖZBAYRAK Cansel (2006), Türkiye Örnekleminde Duygular ve Bilişsel-Duygu Değerlendirme Süreci, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi, Muğla.
- ÖZCAN Halil - SUBAŞI Burak - BUDAK Beyhan - ÇELİK Mustafa - GÜREL Şeref Can - YILDIZ Mesut (2013), “Ergenlik ve Genç Yetişkinlik Dönemindeki Kadınlarda Benlik Saygısı, Sosyal Görünüş Kaygısı, Depresyon ve Anksiyete İlişkisi”, **Journal Of Mood Disorders**, 3(3), ss. 107-113.

- ÖZDEL Kadir – YILMAZ Ayşegül – ÇERİ Ayşegül – KUMBASAR Hakan (2009), Vajinismus Tedavisinde Tedavinin Tamamlanmasını Yordayan Etmenler, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 23(4), ss. 248-54
- ÖZGÜNGÖR Sevgi (2006), “Öz Bilinç, Olumsuz Değerlendirilme Korkusu, Performans Odaklı Sınıf Algısı ve Not Yönelimi”, **Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 19 (1), ss. 85-92.
- ÖZTEKE Hatice İrem (2011), İlköğretim Okullarında Çalışan Psikolojik Danışmanların Sosyal Karşılaştırma ve Öz-Bilinç Düzeyleri ile Psikolojik Danışman Öz-Yeterlik İnancı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- ÖZTÜRK Orhan - ULUŞAHİN Aylin (2008), **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Tuna Matbaacılık, Ankara
- PACHT Asher R. (1984), “Reflections on Perfection”, **American Psychologist**, 39(4), ss. 386-390.
- PALANCI Mehmet (2004), Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Kaygı Sorunlarını Açıklamaya Yönelik Bir Model Çalışması. XIII. Ulusal Eğitim Bilimler Kurultayı'nda Sunulan Bildiri, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- PAVAN Chiara - VINDIGNI Vincenzo - SEMENZIN Massimo - MAZZOLENI Francesco - GARDIOLO Marianna - SIMONATO Pierluigi - MARINI Massimo (2006), **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 10(2), ss. 91-96.
- PEKDAĞ Fatma - Coşkun Funda. (2010). Üniversiteli Dansçıların Sosyal Fizik Kaygı ve Beden İmgelerinden Hoşnut Olma Düzeyleri. **Pamukkale Journal of Sport Sciences**, 1(2), ss. 17-24.
- PHILLIPS Katharine A. (1991), “Body Dysmorphic Disorder: The Distress of Imagined Ugliness” **Am J Psychiatry**, 148, ss. 1138-1149.
- PHILLIPS Katharine A.- MCELROY Susan L.- KECK Paul E. Jr - POPE Harrison G. Jr. HUDSON James I. (1993), “ Body Dysmorphic Disorder: 30 Cases of Imagined Ugliness” **American Journal of Psychiatry**, 150, ss. 302-308.
- PHILLIPS Katharine A. - MCELROY Susan L.- HUDSON James I.- POPE Jr. Harrison G. (1995), “Body Dysmorphic Disorder: An Obsessive Compulsive Spectrum Disorder, a form of Affective Spectrum Disorder, or Both?” **J Clin Psychiatry**, 56, ss. 41-52.
- PHILLIPS Katharine A. (1996) **The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder**, Oxford University Press, New York.
- PHILLIPS Katharine. A- NIERENBERG Andrew A.- BRENDEL G. - FAVA Maurizio (1996), “Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in

- Atypical Major Depression”, **Journal Of Nervous & Mental Disease**, 184 (2), ss. 125-129.
- PHILLIPS Katharine A. - DIAZ S. (1997), “Gender Differences in Body Dysmorphic Disorder”, **Journal of Nervous & Mental Disease**, 185 (9), ss. 570-577.
- PHILLIPS Katharine A.- DWIGHT Megan M.- MCELROY Susan (1998), “Efficacy and Safety of Fluvoxamine in Body Dysmorphic Disorder”. **J Clin Psychiatry**, 59(4), ss. 165-171.
- PHILLIPS Katharine A. - GUNDERSON C. G. - Mallya G.- MCELROY Susan L.- CARTER W. (1998), “A Comparison Study of Body Dysmorphic Disorder And Obsessive-Compulsive Disorder” **Journal of Clinical Psychiatry**, 59, ss. 568-575.
- PHILLIPS Katharine A. - MCELROY Susan L. (2000), “Personality Disorders and Traits in Patients with Body Dysmorphic Disorder”, **Comprehensive Psychiatry**, 41(4), ss. 229-236.
- PHILLIPS Katharine A.- ALBERTINI Ralph S. - SINISCALCHI Jason M. - KHAN Ajaz-ROBINSON Marshall (2001), “Effectiveness of Pharmacotherapy for Body Dysmorphic Disorder: A Chart-Review Study”, **J Clin Psychiatry**, 62(9), ss. 721-727.
- PHILLIPS Katharine A.- Grant Jon, Siniscalchi Jason., Albertini Ralph. S. (2001), “Surgical and Nonpsychiatric Medical Treatment of Patients with Body Dysmorphic Disorder”, **Psychosomatics**, 42, ss. 504-510.
- PHILLIPS Katharine A. - CASTLE David J. (2002), **Body Dysmorphic Disorder, In Castle DJ, PHILLIPS Katharine A., (Ed.), Disorders Of Body Image** (S. 101-120), Hampshire: Wrightson Biomedical.
- PHILLIPS Katharine A. (2002), “Pharmacologic Treatment of Body Dysmorphic Disorder: Review of the Evidence and a Recommended Treatment Approach”, **CNS Spectrums**, 7, ss. 453-460.
- PHILLIPS Katharine A. - RALPH S. Albertini, R. S. - STEVEN A. - RASMUSSEN, S. A. (2002), “A Randomized Placebo-Controlled Trial of Fluoxetine in Body Dysmorphic Disorder”, **Arch Gen Psychiatry**, 59(4), ss. 381-388.
- PHILLIPS Katharine A.- NAJJAR Fedra - (2003), “An Open-Label Study of Citalopram in Body Dysmorphic Disorder” **J Clin Psychiatry**, 64, ss. 715-720.
- PHILLIPS Katharine A. (2004), “Body Dysmorphic Disorder: Recognizing and Treating Imagined Ugliness”, **World Psychiatry**, 3, ss. 12-17.
- PHILLIPS Katharine A.- MENARD William - FAY Christina - WEISBERG Risa (2005), “Demographic Characteristics, Phenomenology, Comorbidity, and Family History in 200 Individuals with Body Dysmorphic Disorder”, **Psychosomatics**, 46, Ss. 317-332.

- PHILLIPS Katharine A. (2006), “An Open-Label Study of Escitalopram in Body Dysmorphic Disorder”, **Int Clin Psychopharmacol**, 21, Ss. 177-179.
- PHILLIPS Katharine A.- MENARD William (2006), “Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study”, **Am J Psychiatry**, 163, ss. 1280-1282.
- PHILLIPS Katharine. A- DIDIE Elizabeth R.- MENARD William - PAGANO, M. E-
FAY Christina WEISBERG Risa B. (2006),
Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in Adolescents and Adults.
Psychiatry Res. 141 (3), ss. 305-314.
- PHILLIPS Katharine A. (2009), **Understanding Body Dysmorphic Disorder**, Oxford University Press, New York.
- PHILLIPS Katharine A.- WILHELM Sabine - KORAN Lorrin M. - DIDIE Elizabeth R.-
FALLON Brian A. - FEUSNER JAMIE J.- STEIN Dan J. (2010), “Body
Dysmorphic Disorder: Some Key Issues for DSM-V”, **Depression
And Anxiety**, 27, ss. 573-59.
- PHILLIPS Katherine A. – STEIN Dam J. (2015), **Handbook on Obsessif and Related
Disorders**, American Psychiatric Association, Arlington.
- PLUTCHICK Robert (2003), **Emotions and Life: Perspectives from Psychology,
Biology, and Evolution**, American Psychological Association, Washington,
- POWER Mick J. (2006), “The Structure of Emotion: an Empirical Comparison of Six
Models”, **Cognition & Emotion**, 20 (5), ss. 694–713.
- POWER Mick J. - TARSIA M. (2007), Basic and Complex Emotions in Depression and
Anxiety, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 14, ss. 19–31.
- PREUSSER, K. J- RICE, K. G. - ASHBY J. S. (1994), “The Role of Self-Esteem in
Mediaty: The Perfectionism-Depression Connection”, **Journal of College
Student Development**, 35, ss. 88-93.
- RAGINS Belle Rose - WINKEL Doen E. (2011), “Gender, Emotion and Power in Work
Relationships”, **Human Resource Management Review**, 21, ss. 377–393.
- RIEF Winfried - BUHLMANN Ulrike- WILHELM Sabine - BORKENHAGEN Ada -
BRAHLER Elmar (2006), “The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder: A
Population-Based Survey”, **Psychological Medicine**, 36(6), ss. 877-885.
- RICHTER Margaret A. - THARMALINGHAM Subi - BURROUGHS Eliza Et Al. (2004),
A Preliminary Genetics Investigation of BDD and OCD,
Neuropsychopharmacology, 29 (Suppl1), ss. 200.

- RILEY Caroline - LEE Michelle - COOPER Zafra - FAIRBURN Christopher G. - SHAFRAN Roz (2007), "A Randomised Controlled Trial of Cognitive-Behaviour Therapy for Clinical Perfectionism: A Preliminary Study", **Behaviour Research and Therapy**, 45, ss. 2221–2231.
- ROBLES Delma S. (2011), "The Thin is in: Am I Thin Enough? Perfectionism and Self-Esteem in Anorexia", **The International Journal of Research and Review**, 6(1), ss. 65-73.
- ROSEN James C.- REITER Jeff - OROSAN Pam (1995), "Cognitive - Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 63, ss. 263–269.
- ROSS Jennifer - GOWERS Simon (2011), "Body Dysmorphic Disorder, **Advances in Psychiatric Treatment**", 17, ss. 142-149.
- SADOCK Benjamin J. - SADOCK Virginia A. (2003), "**Kaplan And Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**" (9th Ed.). Philadelphia: LIPPINCOTT Williams & Wilkins.
- SANTANELLO Amanda W. - GARDNER Frank L. (2007), "The Role of Experiential Avoidance in the Relationship Between Maladaptive Perfectionism and Worry", **Cognitive Therapy And Research**, 30(3), ss. 319-332.
- SAPMAZ Fatma (2006), Üniversite Öğrencilerinin Uyumlu ve Uyumsuz Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Psikolojik Belirti Düzeyleri Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- SCHIEBER Katharina - KOLLEI Ines - ZWAAN Martina - MULLER Astrit - MARTIN Alexandra (2013), Personality Traits as Vulnerability Factors in Body Dysmorphic Disorder, **Psychiatry Research**, 210 (1), ss. 242–246.
- SCHIEBER Katharina - KOLLEI Ines - ZWAAN Martina - MARTIN Alexandra (2015), Classification of Body Dysmorphic Disorder - What is the Advantage of the New DSM-5 Criteria?, **Journal of Psychosomatic Research**, 78, ss. 223 - 227.
- SCHILDER Paul (1935), **The Image and the Appearance of the Human Body**, Routledge and Keagan Paul, London.
- SEKİ Tolga (2014), Ergenlerin Sosyal Görünüş Kaygısı ve Öznel İyi Oluşlarının Sahip Oldukları Değerler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- SEMİZ Ümit B.- BAŞOĞLU Cengiz - EBRİNÇ Servet - ERGÜN B. Murat - NOYAN C. Onur ÇETİN Mesut (2005), "Sınır Kişilik Bozukluğu Hastalarında Vücut Dismorfik Bozukluğu, Travma ve Disosiyasyon: Bir Önçalışma" **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**; 15, ss. 65-70.

- SEO Eun Hee (2008), “Self-Efficacy as a Mediator in the Relationship Between Self-Oriented Perfectionism and Academic Procrastination”, **Social Behavior and Personality**, 36(6), ss. 753-764.
- SIEGLE Del - SCHULER Patricia A. (2000), “Perfectionism Differences in Gifted Middle Students”, **Roeper Review**, 23, ss. 39-44.
- SIMEON Daphne - HOLLANDER Eric - STEIN Dan J. (1995), “Body Dysmorphic Disorder in the DSM-IV Field Trial for Obsessive Compulsive Disorder”, **Am J Psychiatry**, 152, ss. 1207-1209.
- SUNGUR Mehmet (1999), “Beden Dismorfik Bozukluğu”, **Psikiyatri Dünyası** 1, ss. 19-22.
- SUSLOW Thomas - ROESTEL Corneila - OHRMANN Patricia - Ve AROLT Volker (2003), “The Experience of Basic Emotions in Schizophrenia with and without Affective Negative Symptoms”, **Comprehensive Psychiatry**, 44(4), ss. 303–310.
- ŞAHİN Ertuğrul (2012). Bazı Değişkenlere Göre İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Benlik Saygıları ve Sosyal Görünüş Kaygıları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
- ŞAHİN Ertuğrul - BARUT Yaşar - ERSANLI Ercüment (2013), “Sociodemographic Variables in Relation to Social Appearance Anxiety in Adolescents”, **The International Journal of Social Sciences**, 15(1), ss. 56-63.
- ŞAHİN Ertuğrul - BARUT Yaşar – ERSANLI Ercüment - KUMCAĞIZ Hatice (2014), “Self-Esteem and Social Appearance Anxiety: An Investigation of Secondary School Students”, **Journal of Basic and Applied Scientific Research**, 4(3), ss.152-159.
- TAQUI Ather - MEHRINE Shaikh - GOWANI Saqib A. - SHAHID Fatima - KHAN Asmatullah - TAYYEB Syed M. - MİNAHİL Satti - TALHA Vaqar - SAMAN Shahid-AFREEN Shamsi - HAMMAD A Ganatra - HAIDER A. Naqvi (2008), “Body Dysmorphic Disorder: Gender Differences and Prevalence in a Pakistani Medical Student Population”, **BCM Psychiatry**, 8, ss. 20.
- TAŞDEMİR Özlem (2003), Üstün Yetenekli Çocuklarda Mükemmeliyetçilik, Sınav Kaygısı, Benlik Saygısı, Kontrol Odağı, Öz Yeterlilik ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon.

- TEBBLE Nicola J. - THOMAS David W. - PRIC Patricia (2004), “Anxiety and Self-Consciousness in Patients with Minor Facial Lacerations”, **Journal of Advanced Nursing**, 47(4), ss. 417-426.
- TETTEMANTI Marco - ROGNONI Elena- CAFIERO Riccardo - COSTA, Tommaso- GALATI Dario - PERANI Daniela (2012), “Distinct Pathways of Neural Coupling for Different Basic Emotions” **Neuroimage**, 59(2), ss. 1804–1817.
- TEZCAN Ahmet Ertan - ÜLKEROĞLU Fahrettin - KULOĞLU Murat - ATMACA Murat (1996), “Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Vücut Dismorfik Bozukluğunun Birlikteliği”, **Düşünen Adam**, 1, ss. 18-20.
- THOMAS Christopher S. (1995), “A Study of Facial Dismorphophobia” **Psychiatric Bulletin**, 19, ss. 736-739.
- TİHAN Aysu Kıvrak (2010), Beden Dismorfik Bozukluğunda Kinlik, Sosyodemografik Verilerin İncelenmesi ve Bilişsel İşlevlerin Nöropsikolojik Testlerle Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- TİTREK Osman - KONAK Haluk - TİTREK A. (2013), Öğretmen Adaylarının Öz Bilinç Düzeyi ile Öz Saygı ve Karar Verme Stilleri Arasındaki İlişki. V1. Ulusal Lisansüstü Eğitim Sempozyumu Bildiriler Kitabı I1, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- TOK Serdar - GÜNEŞ İnci - KOYUNCU Mehmet - DOĞAN Birol - CANPOLAT Meliha A. (2011), “The Effect of Female Media Body Images on Body Image Dissatisfaction in Female Athletes and Nonathletes”, **Türkiye Klinikleri J Med Sci**, 31(5), ss. 1049-1056.
- TUNCER Burcu (2006), Kaygı Düzeyleri Farklı Üniversite Hazırlık Sınıfı Öğrencilerinin Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- TURNER Robert G. - CARVER Charles S. - SCHEIER Michael F. - ICKES William (1978), “Correlates of Self Consciousness”, **Journal of Personality Assessment**, 42(3), ss. 285- 289.
- TÜRKSOY N. - TÜKEL Raşit - ÇALIKUŞU Celal- DEMİR T.- OLGUN T. Ö. - KESER V. (2000), “Beden Dismorfik Bozukluğunda Klinik Özellikler: 19 Olgunun Değerlendirilmesi”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 37(2), ss. 87-92.
- UZUN Özcan - BASOĞLU Cengiz - AKAR Ahmet - CANSEVER Adnan - ÖZŞAHİN Aytekin- ÇETİN Mesut - EBRİNÇ Servet(2003), “Body Dysmorphic Disorder in Patients with Acne”, **Comprehensive Psychiatry**, 44(5), ss. 415-419.
- VAROL KALEMOĞLU Yaprak - ERBAŞ Mustafa Kayıhan - ÜNLÜ Hüseyin (2014), Ergenlerin Sosyal Görünüş Kaygıları ile Beden Eğitimi Dersine Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki, **Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi**, 8(1), ss. 121-130.

- VAZQUEZ- Aguilar X. L. - RAYON Georgina Alvarez (2005), "Perfectionism and Eating Disorders: A Review of the Literature", **European Eating Disorders Review**, 13(1), ss. 61-70.
- VEALE David - BOOCOOCK Anne - GOURNAY Kevin - DRYDEN Windy- SHAH Fozia - WILLSON Robert - WALBURN Jessica (1996), "Body Dysmorphic Disorder: A Survey of Fifty Cases", **British Journal of Psychiatry**, 169, ss. 196–201.
- VEALE David - GOURNAY Kevin - DRYDEN Windy - BOOCOOCK Anne - SHAH Fozia- Willson Robert Et Al. (1996), "Body Dysmorphic Disorder: A Cognitive Behavioural Model and Pilot Randomised Controlled Trial", **Behav Res Ther.** 34, ss. 717–729.
- VEALE David (2004), "Body Dysmorphic Disorder" **Postgrad Med J.**, 80, ss. 67-71.
- VEALE David - NEZİROGLU Fugen (2010), **Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual**, Blackwell Publication, Wiley.
- VIETH Angela - TRULL Timoth J. (1999), "Family Patterns of Perfectionism: An Examination of College Students and Their Parents", **Journal of Personality Assessment**, 72(1) ss. 49-67.
- WATSON David - CLARK Lee A. (1984), "Negative Affectivity: The Disposition to Experience Aversive Emotional States", **Psychological Bulletin**, 96, ss. 465-490.
- WILHELM Sabine- OTTO Michael W.- ZUCKER Bonnie G. - POLLACK Mark H.- (1997), "Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in Patients with Anxiety Disorders", **Journal of Anxiety Disorders**, 11, ss. 499-502.
- WILHELM Sabine - PHILLIPS Katharine A. - FAMA Jeanne M. - GREENBERG Jennifer L.- STEKETEE Gail (2011). "Modular Cognitive-Behavioral Therapy for Body Dysmorphic Disorder", **Behavior Therapy**, 42(4), ss. 624-633.
- WILSON Anne C. - WILHELM Sabine - HARTMANN Andrea S. (2014), "Experiential Avoidance in Body Dysmorphic Disorder", **Body Image**, 11, ss. 380–38.
- World Health Organization (1992), **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders-Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**, World Health Organization, Geneva.
- YILDIRIM Ali - ŞİMŞEK Hasan (2008), **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri** (6. Baskı), Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- YOUNG J. E. (1981), **Cognitive Therapy and Loneliness. New Direction in Cognitive Therapy**, The Guilford Press, New York.

YOUSEFI B. - HASSANI Z. - SHOKRI O. (2009), “Reliability and Factor Validity of The 7-Item Social Physique Anxiety Scale (Spas-7) Among University Students in Iran”, **World Journal of Sport Sciences**, 2(3), ss. 201-204.

ZABUNCUOĞLU E. S. (1999), Predictors of Pathological Eating Attitudes Among Turkish University Students, (Master Of Science), Middle East Technical University, Ankara.

ZIMMERMAN Mark - MATTIA Jill I.- (1998), “Body Dysmorphic Disorder in Psychiatric Outpatients: Recognition, Prevalence, Comorbidity, Demographic, and Clinical Correlates”, **Compr Psychiatry**, 39 (5), ss. 265-270.



EKLER

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Cinsiyet: () Kadın () Erkek

Yaş:

Medeni Durum:.....

Eğitim Durumu (En son mezun olduğunuz okul):

Meslek:.....

Gelir Durumu: () Düşük () Orta () Yüksek

Annenizin En Son Bitirdiği Okul:.....

Annenizin Mesleği:.....

Babanızın En Son Bitirdiği Okul:.....

Babanızın Mesleği:.....

Son dönemde psikiyatri polikliniğine giderek, psikiyatri uzmanından tanı aldınız mı? ()Evet Evetse lütfen belirtiniz (.....) () Hayır

Daha önce psikiyatrik ilaç kullandınız mı? ()Evet Evetse lütfen belirtiniz (.....) () Hayır

Başka bir kronik tıbbi rahatsızlığınız var mı? ()Evet Evetse lütfen belirtiniz (.....) () Hayır

Ne sıklıkta diyet yaparsınız?

.....

Ne sıklıkta fiziksel egzersiz, spor yaparsınız?

.....

Boyunuz:.....

Kilonuz:.....

BEDEN İMGESİ BOZUKLUĞU ANKETİ (BİBA)

Bu anket, fiziksel görünümünüzle ilgili görüşlerinizi değerlendirmektedir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyarak kendinize en uygun şıkkı seçiniz; ayrıca belirtilen sorulardaki boşluklara cevaplarınızı yazınız.

1-A- Bedeninizde özellikle güzel veya çekici bulmadığınız bölge/bölgelerden dolayı endişe duyuyor musunuz?

Bu endişe örneğin, cildiniz (sivilceler, yara izleri, kırışıklıklar, lekeler...vs), saçlarınız (dökülmeler, incelmeler...vs.), burnunuz (şekli, büyüklüğü...vs.), ağzınız, dudaklarınız, mideniz, eklemeleriniz, elleriniz, göğüsleriniz, genital bölgeniz ya da vücudunuzun herhangi bir bölümü ile ilgili olabilir.

1	2	3	4	5
Böyle bir endişem yok	Biraz endişe duyuyorum	Orta düzeyde endişe duyuyorum	Oldukça endişe duyuyorum	Son derece endişe duyuyorum

1-B- Görünümünüzle ilgili bu endişeler nelerdir? Bu bölgelerin görünümünde sizi özellikle endişelendiren şey nedir?

.....
.....

2-A- Çok az endişeleniyor olsanız da, bu durum zihninizi meşgul ediyor mu? Başka deyişle, bunu çok fazla düşündüğünüz ve bu düşünceleri durdurmakta zorlandığınız oluyor mu? (En uygun cevabı seçiniz)

1	2	3	4	5
Zihnimi hiç meşgul etmiyor	Zihnimi biraz meşgul ediyor	Zihnimi orta düzeyde meşgul ediyor	Zihnimi çok meşgul ediyor	Zihnimi son derece meşgul ediyor

2-B- Görünümünüzle ilgili bu düşünceler hayatınızı nasıl etkiliyor? Lütfen tanımlayınız.

.....
.....

3-A- Görünümünüzdeki bu fiziksel kusur/kusurlarınız sizde sıklıkla sıkıntı, eziyet ya da ağrıya neden oluyor mu? Ne kadar? (En uygun cevabı seçiniz)

1	2	3	4	5
Hiç sıkıntım yok	Hafif ve rahatsız etmeyen bir sıkıntı var	Orta düzeyde bir sıkıntı var ama baş edilebiliyorum	Ciddi ve rahatsız edici düzeyde bir sıkıntı var	Çok ciddi düzeyde alıkoyan sıkıntı var

4-A- Görünümünüzdeki bu fiziksel kusur/kusurlarınız sosyal, mesleki ya da diğer önemli yaşam alanlarında işlevselliğinizde herhangi bir bozulmaya/olumsuz etkiye yol açıyor mu? Ne kadar? (En uygun cevabı seçiniz)

1	2	3	4	5
Hiç kısıtlama yok	Hafif düzeyde sınırlama var ama genel olarak işlev kaybı yok	Orta düzeyde, kesin bir sınırlama var ama hala baş edilebilir	Ciddi, oldukça belirgin bir kısıtlama var	Son derece ciddi, engelleyici düzeyde

5-A- Görünümünüzdeki bu fiziksel kusur/kusurlarınız sosyal hayatınızı belirgin bir şekilde engelliyor mu? Ne kadar? (En uygun cevabı seçiniz)

1	2	3	4	5
Hiç	Ara sıra	Orta düzeydeki sıklıkta	Sık sık	Çok sık

5-B- Eğer engelliyorsa nasıl? Kısaca açıklayınız

.....
.....

6-A- Görünümünüzdeki bu fiziksel kusur/kusurlarınız okulunuzu, işinizi ya da yapmanız gereken şeyleri belirgin bir şekilde engelliyor mu? Ne kadar? (En uygun cevabı seçiniz)

1	2	3	4	5
Hiç	Ara sıra	Orta düzeydeki sıklıkta	Sık sık	Çok sık

6-B- Eğer engelliyorsa nasıl? Kısaca açıklayınız

.....
.....

7-A- Bu kusur/kusurlarınız nedeniyle kaçındığınız şeyler var mı? Ne sıklıkta? (En uygun cevabı seçiniz)

1 2 3 4 5
Hiç Ara sıra Orta düzeydeki sıklıkta Sık sık Çok sık

7-B- Eğer kaçınıyorsanız, nelerden kaçındığınızı açıklayınız.

.....
.....



ÖZ BİLİNÇ ÖLÇEĞİ

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; (0) Tamamen aykırı (1) Oldukça aykırı (2) Kararsızım (3) Oldukça uygun ve (4) Tamamen uygun anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız. En uygun yanıtları vereceğinizi ümit eder katkılarınız için teşekkür ederim.

1	Her zaman kendimi anlamaya çalışırım	0	1	2	3	4
2	Genellikle kendimin farkındayım	0	1	2	3	4
3	Yapacağım işleri ne tarzda yapacağıma ilişkin kaygı yaşarım	0	1	2	3	4
4	İnsanlara nasıl görüldüğümün bilincinde olurum	0	1	2	3	4
5	Yeni ortamlara katıldığımda utangaçlığımı yenmem zaman alır	0	1	2	3	4
6	Kendi hakkımda çok düşünürüm	0	1	2	3	4
7	Genellikle içsel duygularıma karşı özenliyimdir	0	1	2	3	4
8	Kendimi diğer insanlara nasıl sunacağıma ilişkin kaygı yaşarım	0	1	2	3	4
9	Evden ayrılmadan önce yaptığım en son şeylerden birisi aynaya bakmaktır	0	1	2	3	4
10	Birisi beni izlerken çalışmakta zorlanırım	0	1	2	3	4
11	Sürekli beni motive eden şeyleri incelerim	0	1	2	3	4
12	Duygularımdaki değişikliklere karşı dikkatliyimdir	0	1	2	3	4
13	Genellikle diğer insanlarda iyi bir izlenim bırakmak için endişelenirim	0	1	2	3	4
14	Genellikle dış görünüşümün farkındayım	0	1	2	3	4
15	Çok kolay utangaçlığa kapılırım	0	1	2	3	4
16	Bazı zamanlar dışarlarda biryerlerden, kendimi izliyormuşum hissine kapılırım	0	1	2	3	4
17	Bir problemi çözerken zihnimin nasıl çalıştığının farkında olurum	0	1	2	3	4
18	Diğer insanların hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	0	1	2	3	4
19	Bir grup önünde konuşurken kendimi gergin hissedirim	0	1	2	3	4

SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Bu ifadelerin her birini okuyunuz ve o görüşe ne kadar katıldığınızı verilen derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Lütfen boş madde bırakmamaya gayret gösteriniz.

1	2	3	4	5
Hiç uygun değil	Uygun değil	Biraz uygun	Uygun	Tamamen uygun

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1	Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5
2	Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim.	1	2	3	4	5
3	İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.	1	2	3	4	5
4	İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
5	Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.	1	2	3	4	5
6	Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.	1	2	3	4	5
7	İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.	1	2	3	4	5
8	Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım.	1	2	3	4	5
9	Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.	1	2	3	4	5
10	İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.	1	2	3	4	5
11	Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.	1	2	3	4	5

12	Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
13	İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
14	Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissederim.	1	2	3	4	5
15	Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.	1	2	3	4	5
16	İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.	1	2	3	4	5



BEDEN İMGESİ BAŞETME STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Bu ifadelerin her birini okuyunuz ve o görüşe ne kadar katıldığınızı, verilen derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Lütfen boş madde bırakmamaya gayret gösteriniz.

1=Hiç katılmıyorum	2=Katılmıyorum	3= Katılıyorum	4 = Tamamen katılıyorum
--------------------	----------------	----------------	-------------------------

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1.Daha çekici görünmek için bir şeyler yaparım.	1	2	3	4
2.Görünüşümle ilgili hoşlanmadığım yönlerimi düzeltmek için fazladan zaman harcarım.	1	2	3	4
3.Görünüşümü değiştirmek için ne yapmam gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4
4.Fiziksel olarak çekici insanlarla kendi görünüşümü karşılaştırırım.	1	2	3	4
5.Görünüşümle ilgili hoşlanmadığım yönlerimi gizlemek için özel bir çaba harcarım.	1	2	3	4
6.En iyi şekilde görünebilmek için özel bir çaba harcarım.	1	2	3	4
7.Görünüşümle ilgili beğenmediğim yönlerimi nasıl gizleyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
8.Farklı görünmeyi hayal ederim.	1	2	3	4
9.Ayna karşısında çok zaman harcarım	1	2	3	4
10.Diğer insanlardan görünüşümle ilgili olumlu tepkiler beklerim.	1	2	3	4
11.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk yaşadığımda, bir süre sonra kendimi daha iyi hissedeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4
12.Kendi kendime görünüşümle ilgili bir olumsuzluğu abartıyor olabileceğimi söylerim.	1	2	3	4
13.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk yaşadığımda, kendime bu durumun geçeceğini söylerim.	1	2	3	4
14.Görünüşümden memnun olmadığımda kendime hissettiğimden daha iyi görünüyor olabileceğimi söylerim.	1	2	3	4
15.Görünüşümü beğenmediğimde, kendime, görünüşümle ilgili iyi özelliklerimi hatırlatırım.	1	2	3	4
16.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk olduğunda bu durumdan neden olumsuz etkilendiğimi anlamaya çalışırım.	1	2	3	4
17.Kendime nasıl görüldüğümden daha önemli şeylerin olduğunu söylerim.	1	2	3	4

18.Kendime fiziksel görünüşümle ilgili olumsuz düşüncelerimin gerçekçi olmadığını söylerim.	1	2	3	4
19.Kendime, görünüşümle ilgili olumsuzlukların çok da önemli olmadığını söylerim.	1	2	3	4
20.Görünüşümle ilgili kendime hoşgörölüyümdür.	1	2	3	4
21.Görünüşümle ilgili olarak kendimi daha iyi hissetmemi sağlayacak bazı şeyleri bilinçli olarak yaparım.	1	2	3	4
22.Görünüşümle ilgili olumsuz bir durum karşısında bu durumun üstesinden gelmek için hiçbir girişimde bulunmam.	1	2	3	4
23.Görünüşümden hoşlanmadığımda aşırı yerim.	1	2	3	4
24.Görünüşümle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerimi görmezden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4
25.Görünüşümden dolayı, içime kapanır ve diğer insanlarla daha az etkileşime girerim.	1	2	3	4
26.Aynada kendime bakmaktan kaçınırım.	1	2	3	4
27.Görünüşümle ilgili bir olumsuzluk olduğunda bunun üstesinden gelmek için kendimi yemeye veririm.	1	2	3	4
28.Görünüşümle ilgili beğenmediğim yönlerimi değiştirmek için bir şeyler yapma konusunda çaresiz olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4
29.Görünüşümle ilgili olumsuz duygu ve düşüncelerimi görmezden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4

ÇOK BOYUTLU MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda kişilik özellikleri ve davranışlarına ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra o görüşe ne kadar katıldığınızı belirtiniz. Tamamen Katılıyorsanız 7 rakamını, Hiç Katılmıyorsanız 1 rakamını işaretleyiniz. Bu iki görüş arasındaki düşüncelerinizi rakamlardan sizce en uygun olanını yuvarlak içine alarak ifade edebilirsiniz. Eğer bir ifade ile ilgili fikriniz yoksa yada kararsınız 4 rakamını işaretleyiniz.

	Hiç Katılmıyorum							Tamamen Katılıyorum						
1. Bir iş üzerinde çalıştığımda iş kusursuz olana kadar rahatlayamam	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2. Başkalarını kolay pes ettikleri için eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3. Yakınlarımla başarılı olmaları gerekmez	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4. Arkadaşlarımla, en iyisinden azına razı oldukları için pek eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5. Başkalarının benden beklentilerini karşılamakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6. Amaçlarımdan bir tanesi yaptığım her şeyde mükemmel olmaktır.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7. Başkaları, yaptıkları her şeyin en iyisini yapmalıdırlar.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8. İşlerimde asla mükemmelliği hedeflemem.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9. Çevremdekiler benim de hata yapabileceğimi kolayca kabullenirler.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10. Bir yakınımın, yapabileceğinin en iyisini yapmamış olmasını benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. Bir işi ne kadar iyi yaparsam çevremdekiler daha da iyisini yapmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12. Mükemmel olma ihtiyacını çok az hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13. Yaptığım bir şey kusursuz değilse, çevremdekiler tarafından yetersiz bulunur.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14. Olabildiğim kadar mükemmel olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
15. Giriştiğim her işte mükemmel olmam çok önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
16. Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim yüksektir.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
17. Yaptığım her şeyde en iyi olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

18. Çevremdekiler, yaptığım her şeyde başarılı olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
19. Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.	1	2	3	4	5	6	7
20. Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.	1	2	3	4	5	6	7
21. Başkalarının benden hoşlanması için her konuda üstün başarı gösteremem gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7
22. Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilere değer vermem.	1	2	3	4	5	6	7
23. Yaptığım işte hata bulmak beni rahatsız eder.	1	2	3	4	5	6	7
24. Arkadaşımdan çok şey beklemem.	1	2	3	4	5	6	7
25. Benim için başarı, başkalarını memnun etmek için daha da çok çalışmak anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
26. Birisinden bir şey yapmasını istersem, o işi mükemmel yapmasını beklerim.	1	2	3	4	5	6	7
27. Yakınlarımla hata yapmasına tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6	7
28. Hedeflerimi belirlemede mükemmeliyetçiyimdir.	1	2	3	4	5	6	7
29. Değer verdiğim insanlar beni hiçbir zaman hayal kırıklığına uğratmamalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
30. Başarısız olduğum zamanlar bile, başkaları yetersiz olduğumu düşünmezler.	1	2	3	4	5	6	7
31. Başkalarının, benden çok şey beklediklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
32. Her zaman, yapabileceğim en iyisini yapmaya çalışmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
33. Bana göstermeseler bile, hata yaptığım zaman diğer insanlar bana çok bozulurlar.	1	2	3	4	5	6	7
34. Yaptığım her şeyde en iyi olmak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7
35. Ailem benden mükemmel olmamı bekler.	1	2	3	4	5	6	7
36. Kendime yüksek hedefler koymam.	1	2	3	4	5	6	7
37. Annem ve babam hayatımın her alanında en başarılı olmamı pek beklemezler.	1	2	3	4	5	6	7
38. Sıradan insanlara değer veririm.	1	2	3	4	5	6	7
39. İnsanlar benden, mükemmelden aşağısını kabul etmezler.	1	2	3	4	5	6	7
40. Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.	1	2	3	4	5	6	7
41. İnsanlar benden verebileceğimden fazlasını beklerler.	1	2	3	4	5	6	7

42. Okulda veya işte her zaman başarılı olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
43. Bir arkadaşımın, elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaması benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
44. Hata yapsam bile, etrafımdaki insanlar yetersiz ve beceriksiz olduğumu düşünmezler.	1	2	3	4	5	6	7
45. Çevremdekilerin, yaptıkları her şeyde üstün başarı göstermelerini pek beklemem.	1	2	3	4	5	6	7



TEMEL DUYGULAR ÖLÇEĞİ

Bu anketin amacı, belirli duyguları ne kadar ya da ne sıklıkla hissettiğinizi anlamak ve bazı duyguları gerçekte nasıl hissettiğinize dair sorular sormaktır. Anketin bu bölümünde, **GENELDE** nasıl hissettiğinizi öğrenmek istiyoruz. Bu kısımda duyguları **NE SIKLIKLA** hissettiğinize dair sorular bulunmaktadır. **Bir kez daha** verilen her duygu için, lütfen 1 ile 7 arasındaki rakamlardan sadece **BİR** tanesini seçiniz

GENELDE BU DUYGUYU HİSSEDERİM

	Hiçbir zaman		Bazen			Çok Sık	
ÖFKE	1	2	3	4	5	6	7
ÇARESİZLİK	1	2	3	4	5	6	7
UTANÇ	1	2	3	4	5	6	7
KAYGI	1	2	3	4	5	6	7
MUTLULUK	1	2	3	4	5	6	7
HAYAL KIRIKLIĞI	1	2	3	4	5	6	7
IZDIRAP	1	2	3	4	5	6	7
SUÇLULUK	1	2	3	4	5	6	7
SİNİRLİLİK	1	2	3	4	5	6	7
NEŞE	1	2	3	4	5	6	7
TEDİRGİNLİK	1	2	3	4	5	6	7
HÜZÜNLÜ	1	2	3	4	5	6	7
AŞAĞILANMIŞ	1	2	3	4	5	6	7
GERGİN	1	2	3	4	5	6	7
SEVECEN	1	2	3	4	5	6	7
SALDIRGANLIK	1	2	3	4	5	6	7
KEDERLİ	1	2	3	4	5	6	7
KABAHA TLİ	1	2	3	4	5	6	7
ENDİŞELİ	1	2	3	4	5	6	7
KEYİFLİ	1	2	3	4	5	6	7
İĞRENME	1	2	3	4	5	6	7

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

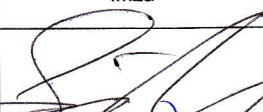



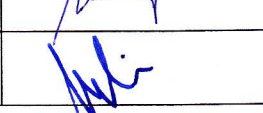
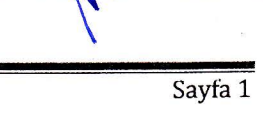
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN ADI	Beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda tanı almamış yetişkin bir örnekleme incelenmesi
	SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç.Dr.Orçun Yorulmaz
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI	Psikolojik Danışman Münire Kaytan
	ARAŞTIRMANIN TAHMİNİ SÜRESİ	6 ay
	KATILACAK GÖNÜLLÜ SAYISI	250
	DESTEKLEYİCİ	Masraflar yardımcı araştırmacı tarafından karşılanacaktır
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ / NİTELİĞİ	Anket çalışması / Yüksek Lisans tez çalışması	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	ARAŞTIRMA BAŞVURU FORMU	29.02.2012	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	29.03.2012	Türkçe
	ANKET FORMU (ÖLÇEKLER)	-	Türkçe
ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	29.02.2012	Türkçe	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012-6/10	Tarih : 13 Mart 2012
	Uludağ Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr.Orçun Yorulmaz'ın sorumluluğunda yürütülmesi planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmesi sonucunda; 1- Araştırmacının yapılmasının uygun olduğuna. 2- Etik Kurul kaşesi bulunan "Onam" formunun kullanılması ve bu formun gönüllüye çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına. 3- Araştırmacının başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine. 4- Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine oybirliği ile karar verildi.	

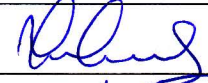

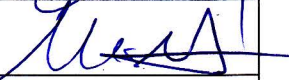
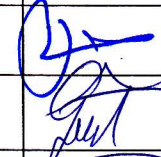


ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mine Sibel GÜRÜN

ÜYELER							
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza	
Prof. Dr. Mine Sibel GÜRÜN Başkan	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan Yardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		
Prof.Dr.Elif BAŞAĞAN MOĞOL Üye	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		
Doç.Dr.Necdet KARLI Raportör	Nöroloji	U.Ü.T.F. Nöroloji AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		
Doç.Dr.Emel İRGİL Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Görevli	
Doç.Dr.Mehtap BULUT Üye	Acil Tıp	Bursa Şevket Yılmaz EAH Acil Tıp Kliniği	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		
Doç.Dr.Murat CİVANER Üye	Deontoloji	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KARAR FORMU

Yrd.Doç.Dr.Tuna GÜLTEN Üye	Tıbbi Genetik	U.Ü.T.F. Tıbbi Genetik AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Mazeretli izinli
Uz.Dr.Serhat YALÇINKAYA Üye	Göğüs Cerrahisi	Bursa Yüksek İhtisas EAH Göğüs Cerrahisi Kliniği	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Görevli
Uz.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Zeynep Gözde TUNCER Üye	Eczacı	UÜ.SUAM	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ahmet GÖREN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbet Meslek	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

- * Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ			
Adı, Soyadı	Münire	KAYTAN	
Doğum Yeri ve Yılı	Bursa	01.03.1987	
Bildiği Yabancı Diller ve Düzeyi	İngilizce	İyi	
Eğitim Durumu	Başlama - Bitirme Yılı	Kurum Adı	
Lise	2001	2005	Bursa Erkek Lisesi
Lisans	2005	2009	Marmara Üniversitesi
Yüksek Lisans	2009	-	Uludağ Üniversitesi
Doktora			
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı	Çalışılan Kurumun Adı	
1.	2009	2010	Sadi Etkeser İlköğretim Okulu
2.	2010	2015	Naz Özdilek Ortaokulu
3.	2015		Mithat Paşa İlkokulu
Üye Olduğu Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlar	Türk PDR Der Bursa Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi – Eğitim Sekreteri		
Katıldığı Proje ve Toplantılar	Yiyecek İçecek Hizmetleri Alanına Hafif Düzey Zihinsel Engellileri Kazandırma Projesi- Avrupa Birliği Eğitim Programları Hayat Boyu Öğrenme/Leonardo Da Vinci Hareketlilik Programı 21-27.05.2012, Fulda, Almanya Kardeş Okul Projesi Mayıs 2013- Letonya Hareketliliği Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Projesi Formatör Eğitim Programı 10-14 Kasım 2014, Alanya		
Yayımlar:			
Diğer:			
İletişim (e-posta):	kaem87@hotmail.com		
	Tarih	11.08.2015	
	İmza		
	Adı Soyadı	Münire KAYTAN	

