

CASE REPORT / OLGU SUNUMU

Vücut Dismorfik Bozukluğunun Bilişsel Davranışçı Terapi ile Sağaltımı: Olgu Sunumu

Treatment of Body Dysmorphic Disorder With Cognitive Behavioral Therapy: A Case Report

Nur Ela Aşar¹, Meryem Karaaziz²

Abstract:

Body dysmorphic disorder is a psychiatric disorder defined by individuals being overly preoccupied with a non-existent bodily defect or excessively exaggerating an existing body defect. Although this disorder has been included in the literature for a long time, it is not widely recognized. This condition, which may be chronic and resistant to treatment, may cause intense symptoms at the delusional level and may lead to serious loss of function in the individual. Since it can have negative consequences such as a significant decrease in the quality of life and an increased risk of suicide, the correct diagnosis and treatment processes of body dysmorphic disorder are of great importance. In the treatment of body dysmorphic disorder, cognitive-behavioral therapy (CBT) stands out as one of the most effective and widely used psychotherapeutic approaches. CBT plays an important role in the treatment process by enabling individuals to question their negative bodily perceptions and change their behavior with thinking based on these perceptions. In this case report study, the diagnostic criteria, etiological factors, clinical features and treatment methods of body dysmorphic disorder were summarized.

Keywords: Body Dysmorphic Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Case Report

¹Psy, Near East University, Faculty of Science and Letters, Department of Psychology, Nicosia TRN Cyprus, E-mail: nuur.asar@gmail.com, Orcid Id: 0009-0006-2232-1317

²Associate Professor, Near East University, Faculty of Arts and Sciences, Department of Psychology, Nicosia TRN Cyprus, E-mail: meryem.karaaziz@neu.edu.tr, Orcid Id: 0000-0002-0085-612X

Address of Correspondence/Yazışma Adresi: Nur Ela Aşar, Near East University, Faculty Of Science and Letters, Department of Psychology, Nicosia TRN Cyprus, E-mail:nuur.asar@gmail.com, Orcid Id: 0009-0006-2232-1317

Date of Received/Geliş Tarihi: 02.04.2025, **Date of Revision/Düzeltilme Tarihi:** 09.04.2025, **Date of Acceptance/Kabul Tarihi:** 09.04.2025, **Date of Online Publication/Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 28.04.2025

Citing/Referans Gösterimi: Aşar, N. E. & Karaaziz, M. (2025). Treatment of Body Dysmorphic Disorder With Cognitive Behavioral Therapy: A Case Report, *European Archives of Social Sciences* 2(1), 41-46

© 2024 The Author(s). Published by Cyprus Mental Health Institute / European Archives of Social Sciences (www.eassjournal.com). This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 license which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes. <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Öz:

Vücut dismorfik bozukluğu, bireylerin var olmayan bir bedensel kusur ile aşırı derecede meşgul olmaları veya mevcut bir beden kusurunu aşırı şekilde abartmalarıyla tanımlanan psikiyatrik bir bozukluktur. Bu bozukluk, uzun bir süredir literatürde yer almasına rağmen yaygın olarak tanınmamaktadır. Kronik seyirli ve tedaviye dirençli olabilen bu durum, sanırsal düzeyde yoğun belirtilere neden olabilir ve bireyde ciddi işlev kayıplarına yol açabilmektedir. Yaşam kalitesinin belirgin şekilde düşmesi ve özkıyım riskinin artması gibi olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden, vücut dismorfik bozukluğunun doğru tanı ve tedavi süreçleri büyük bir önem taşımaktadır. Vücut dismorfik bozukluğunun tedavisinde, bilişsel-davranışçı terapi (BDT), en etkili ve yaygın kullanılan psikoterapötik yaklaşımlardan biri olarak öne çıkmaktadır. BDT, bireylerin olumsuz bedensel algılarını sorgulamalarını ve bu algılara dayalı düşünce ile davranışlarını değiştirmelerini sağlayarak tedavi sürecinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu olgu sunumu çalışmasında vücut dismorfik bozukluğunun tanısal kriterleri, etyolojik faktörleri, klinik özellikleri ve tedavi yöntemleri özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Vücut Dismorfik Bozukluğu, Bilişsel Davranışçı Terapi, Olgu Sunumu

Giriş

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), bireyin gerçek olmayan ya da abartılmış bedensel kusurlara odaklanarak aşırı kaygı ve takıntılar geliştirmesi ile tanımlanan psikiyatrik bir bozukluktur (Aşkın, 2002). Bu durum, kişinin var olduğuna inandığı bir beden kusurunu sürekli olarak gözlemlemesi ve bu kusuru düzeltmek amacıyla çeşitli yöntemler araması şeklinde ortaya çıkmaktadır (Almış,2011). Birey gerçek bir beden kusuruna sahip olsa bile, bunu olduğundan çok daha büyük ve belirgin bir sorun olarak algılamaktadır. BDB, sadece estetik kaygılardan ibaret olmayıp, bireylerin psikolojik sağlığını ciddi şekilde etkileyebilen bir durumdur. Bu sürekli kaygı, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte ve günlük işlevselliklerinde ciddi bozulmalara yol açmaktadır (Şener, 2021). BDB, sosyal ilişkilerde zorluklara, düşük özsaygıya ve bazen de depresyon gibi eşlik eden psikiyatrik bozuklukların gelişmesine neden olabilmektedir. Ayrıca, bu bozukluk, bireylerin tedaviye yönelik arayışlarını engelleyebilmektedir, çünkü bu kişiler sorunlarını genellikle bedensel bir problem olarak görmekteyken, psikolojik bir rahatsızlık olarak algılayabilmektedirler (Sungur, 1999). İlk kez 1891 yılında Enrico Marselli tarafından, bireylerin normal görünümüne rağmen başkaları tarafından çirkin veya fiziksel kusuru olan biri olarak algılandığını düşündükleri bir durum olarak tanımlanmış ve bu olgu "dismorfofi" olarak adlandırılmıştır (Altıntaş, 2015).

Beden dismorfik bozukluğu, 150 yılı aşkın süredir farklı isimler altında tanımlanmış olmakla birlikte, ilk kez 1980 yılında DSM-III'te "dismorfofi" terimiyle yer bulmuştur. Emil Kraepelin bu durumu "kompulsif nöroz" olarak tanımlamış, Pierre Janet ise bedenle ilgili utanç obsesyonu şeklinde nitelendirmiştir (Çam Ray ve ark., 2012). Ayrıca Freud'un ünlü "kurt adam vakası" içinde, burnu hakkında aşırı endişe duyan bir bireyi ele aldığı bir örnek de bu bozukluğa dair erken dönemdeki önemli bir kayıttır. "Dismorfofi" terimi, ilk olarak 1880'lerde İtalyan psikiyatrist Enrique Morselli tarafından kullanılmış olup, Yunanca "çirkinlik" anlamına gelen "dismorfia" kelimesinden türetilmiştir (Aslan,2000).

Vücut dismorfik bozukluğu olan bireylerin büyük bir çoğunluğu, ilk başvurularını psikiyatristlerden ziyade dermatologlar, iç hastalıkları uzmanları, cerrahlar ve özellikle plastik cerrahlara yapmaktadırlar. Bu durum, hastaların bedensel kusurlarına yönelik çözüm arayışlarının, psikolojik bir temele dayanan bir bozukluktan çok fiziksel bir tedaviye odaklandığını göstermektedir (Philips,2006). Dolayısıyla, bu

bozukluğun psikiyatrik alanda ne kadar yaygın olduğuna dair kesin bir sınır belirlemek oldukça zordur. BDB'nin sıklığı, genellikle bedensel kusurların tedavi edilmesi için yapılan başvurularda gizli kaldığı ve psikiyatrik tanı süreçlerinde gözden kaçtığı için, bu hastaların önemli bir kısmı uygun tedaviye yönlendirilmeden tedavi arayışlarını sürdürmektedirler. Bu nedenle, bozukluğun yaygınlığını ve etkilerini doğru şekilde değerlendirebilmek için multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (Öztürk,2008). Beden dismorfik bozukluğu (BDB) olan bireyler, hoşnut olmadıkları vücut bölgelerine aşırı odaklanarak bu bölgeleri sürekli inceler ve var olduğunu düşündükleri kusurları gizlemek için çeşitli yöntemler arama girişimlerinde bulunmakta ve fiziksel görünüşleriyle ilgili kaygıları nedeniyle günlük yaşamlarında önemli zorluklar yaşamaktadırlar. Beden dismorfik bozukluğu (BDB) olan bireylerin şikâyetleri genellikle yüz ya da baş bölgesiyle ilgili gerçek olmayan veya önemsiz bedensel kusurlara odaklanmaktadır (Castle,2006). En yaygın kaygılar, yüz, burun, gözler, dudaklar, saçlar ve cinsel organlarla ilgilidir. Yapılan bir araştırmada, Batı toplumlarında en fazla kaygı uyandıran bölgelerin yüz, cilt ve saç olduğu tespit edilirken, Türk toplumunda ise kalça ve bel-karın bölgeleri daha fazla endişe kaynağı olmaktadır (Philips,2005). Ayrıca, Batı toplumundan farklı olarak, Türk toplumunda göğüslerle ilgili hoşnutsuzluk oranı daha düşüktür. BDB hastalarının büyük bir kısmı, yani %68-98'i, birden fazla beden bölgesiyle ilgili kaygılar yaşamaktadır (Altıntaş, 2015). Ortalama olarak, hastaların kusurlu buldukları ve bu bölgeler üzerinde aşırı şekilde odaklandıkları beden bölgesi sayısının 5-7 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu durum, bozukluğun çok yönlü bir özellik taşıdığını ve bireylerin birden fazla bedensel özellik hakkında yoğun kaygılar geliştirdiğini göstermektedir (Çam Ray ve ark., 2012). BDB genellikle vücut parçalarının görünümüne dair takıntılarla ilişkilendirilse de bazen bu bozukluk bedeninin işlevsel özelliklerine de yansiyabilmektedir. Örneğin, bireyler terleme ya da kötü koku yayma gibi beden işlevlerinden kaynaklanan endişeler de yaşayabilmektedirler. Bu tür takıntılar, gerçek olmayan ya da abartılı bedensel kusurları sürekli düşüncelerine yol açarak, bozukluğun şiddetini artırmakta ve kişinin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir (Sayar,2008).

Bilişsel davranışçı bozukluk (BDB) hastalarında tedavi sürecinin SSRI (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri) grubundaki ilaçlara kıyasla daha olumlu sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir. Psikoterapi açısından ise, bilişsel davranışçı tedavi (BDT) en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. BDB tedavisinde farmakoterapi, özkıyım

riskini azaltmak, mesleki işlevselliği artırmak ve depresif düşünceleri engellemek için kullanılmaktadır (Andreasen, 2006). SSRI ilaçları, BDB tedavisinde ilk tercih edilen ilaçlar olarak öne çıkmaktadır. Bu ilaçlar, hastaların kaygı seviyelerini düşürürken, kompulsif davranışların da azalmasına yardımcı olmaktadır (Aslan, 2000). Uygun farmakoterapi için danışanla güçlü bir iş birliği gereklidir.

Bilişsel davranışçı terapi de SSRI'lar gibi BDB tedavisinde ilk seçenek olarak görülmektedir. Bu terapi, hastaların tedaviye karşı direnç göstermelerinin önüne geçerken, asıl sorunun anlaşılmasını ve tedavi sürecine daha etkili bir şekilde katılmalarını sağlar. Bir araştırmada, BDT'nin SSRI tedavisine göre daha etkili olduğu belirtilmiştir (Neziroğlu, 2006). Ayaktan tedavi gören hastalar için, BDT süreci genellikle 12 ile 16 hafta arasında sürer ve bu süre zarfında seanslar başlangıçta haftada birden fazla kez yapılabilir. Terapist, seansların zamanlamasını hastanın kaygı seviyesinin en yüksek olduğu anlara göre ayarlayabilir. Tedaviye yanıt vermeyen ve seanslara katılmayan hastalar, hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir (Phillips, 2006). Bu tedavi sürecinde başarının temel koşulu, hasta ile güçlü bir iş birliği kurmaktır. Terapist, hastaya beden algısındaki yanlış anlamaların, geçmişte yaşadığı olumsuz deneyimlerden ya da aşağılanma duygularından kaynaklandığını açıklamalıdır (Mancuso, 2010). Bu farkındalık, hastanın dış görünüşüne yönelik olumsuz düşüncelerinden ve duygusal yüklerinden kurtulmasına yardımcı olur. Sonraki aşamalarda hastadan, normal bir şekilde davranması beklenir. Ayrıca, kozmetik bir işlem planı olan hastalarla görüşmeler, bu işlem tamamlanana kadar ertelenir (Göksan, 2007).

BDB (Beden Dismorfik Bozukluğu) tanısı almış hastalarla ilk görüşme sırasında, ayrıntılı bir hayat öyküsünün alınması oldukça önemlidir. Bu süreçte, hastaların kendilerini sürekli olarak başkalarıyla kıyaslama eğiliminde oldukları ve dikkatlerini yalnızca kendi bedenlerine yoğunlaştırdıkları gözlemlenebilir (Aslan, 2000). Görüşme sırasında, hastaların kompulsif davranışları dikkatle izlenmeli ve kaydedilmelidir. BDB hastalarında sıklıkla güvenlik arama davranışları gözlemlenir. Örneğin, kalabalık ortamlardan kaçınma ve bedenlerinin beğenmedikleri kısımlarını saklama gibi davranışlar bu tür güvenlik arayışlarının belirtileri olabilir (Hollander, 1999). Ayrıca, OKB (Obsesif Kompulsif Bozukluğu) olan bireylerde görülen, aynaya bakma davranışları da BDB hastalarında sıkça rastlanan bir diğer örnektir.

Tedavi süreci başladığında, hastanın geçmişteki olumsuz deneyimlerini yeniden hatırlaması amacıyla imgeleme yöntemi önerilebilir (Feusner, 2010). Bu yöntemde, hasta yaşadığı anı kronolojik bir sırayla ve birinci tekil şahısla, sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi anlatır. Sonrasında ise hasta, olayları dışarıdan bir gözle değerlendirir ve o dönemde etkilenen kişiye gerekli desteği sağlamaya çalışır. Bu yaklaşım, Gestalt terapidin Bilişsel Davranışçı Terapi'ye (BDT) uyarlanmış bir tekniktir. Amacı, hastanın olaya dair alternatif bir bakış açısı geliştirmesini sağlamaktır (Phillips, 2000). Bu yöntem uygulandığında, geçmişteki olumsuz anıların şu anki etkisi azalacak ve sadece geçmişte yaşanmış bir anı olarak kalacaktır. BDB tedavisinde, hastanın dikkatini kendi bedeni ve görünüşü üzerine odaklamasını engelleyerek çevresindeki nesnelere yönlendirmek önemlidir (Göksan, 2007). Seanslar sırasında, kompulsif düşünceleri engellemeye yönelik

bilişsel süreçlere odaklanılmalıdır. Hastaya, kendisine soru sorarken "neden" ile başlayan sorular yerine "nasıl" ile başlayan sorular sorması öğretilir. Örneğin, "Saçlarım neden bu kadar kötü görünüyor?" yerine "Daha önemli olan şeylere nasıl odaklanabilirim?" gibi sorular sorması gerektiği vurgulanır (Aşkın, 1994).

Davranışçı tedavi sürecinde, kompulsif ve kaçınma davranışlarına yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Bu davranışlara örnek olarak sürekli aynaya bakma veya internetten plastik cerrah arama gibi eylemler gösterilebilir (Sungur, 1999). Hastaya ayna kullanımı hakkında önerilerde bulunulabilir. Örneğin, aynayı sadece gerekli durumlarda ve uzak bir mesafeden, belirli bir ışık altında kullanması önerilebilir. Bu yöntem, hastanın aynaya baktığında sadece beğenmediği kısımlara odaklanmasını engelleyerek bedenini bir bütün olarak görmesini sağlar. Ayrıca, aynada geçirilen süre azaldığı için hasta, bedensel kusurlarına eskisi kadar takılmayacaktır (Ray, 2012).

Sonraki adımlarda, hastanın kalabalık ortamlara girdiğinde kaçınma davranışlarını engellemek hedeflenir. Bu aşamada, hastanın kompulsif davranışlar sergilememesi beklenir. Tedavi süreci, hastanın anksiyetesinin en az olduğu durumlardan en fazla olduğu duruma kadar aşamalı bir şekilde düzenlenir ve uygulanır.

Beden algısı bozukluğu (BDB) genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmakta olup başlangıç yaşı bazı araştırmalara göre 6 yaş olarak belirtilirken, birçok çalışma 15-20 yaş aralığını işaret etmektedir. Ortalama başlangıç yaşının ise 16-18 olduğu tespit edilmiştir. BDB'nin cinsiyetler arasındaki dağılımına ilişkin bulgular tutarsızlık göstermekte; bazı araştırmalar erkeklerde, bazıları ise kadınlarda daha yaygın olduğunu öne sürerken, bazı çalışmalar her iki cinsiyette benzer oranlarda görüldüğünü bildirmektedir (Bjornsson, 2010). Erkekler ve genç bireyler, toplumsal baskı ve utanç duyguları nedeniyle bu durumu psikopatolojik bir sorun olarak değerlendirmekte ve tedavi arayışına yönelmemektedir (Aşkın, 2002; Özadmaca, 2024). BDB'li bireylerin kişilerarası ilişkilerde ve iş yaşamında güçlük yaşadığı, bunun sonucunda akademik başarısızlık oranının %74'e ulaştığı tespit edilmiştir (Aslan, 2000; Göksan, 2007).

BDB (Beden Dismorfik Bozukluğu) süreci genellikle sinsi bir başlangıçla başlar ve normalleşme ile alevlenme dönemleriyle ilerleyen bir seyir izler. Bu bozukluğa sahip bireyler, vücutlarının birden fazla bölgesini kusurlu olarak algılayabilir ve zamanla bu algı, farklı bedensel bölgelerde değişiklik gösterebilir (Çalikuşu, 1997). Başlangıçta, birey bedeninin kusurlu olduğunu düşündüğü bir bölgeye yoğun bir şekilde odaklanarak endişelenirken, zamanla bu bölgede işlevsel bir bozukluk olduğuna inanarak kozmetik ürünlere ya da plastik cerrahiye başvurur. Eğer hastaya uygun tedavi süreci başlatılmazsa, BDB zamanla kronikleşerek, hastanın iş ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemeye başlar. Bu durum, hastanın eve kapanmasına ve mesleki yaşamının kısıtlanmasına yol açabilir (Aslan, 2000).

BDB tanısı konmuş bireylerde özkıyım düşünceleri ve davranışları oldukça yaygındır. Bu sebeple, tedaviye bir an önce başlanması hem bozukluğun kronikleşmesini engellemek hem de özkıyım davranışlarının önüne geçmek açısından büyük önem taşır. Yapılan araştırmalar, özkıyım davranışı gösteren bireylerin oranının %50-70

arasında olduğunu, ayrıca %80'inin hayatlarının bir döneminde en az bir kez özkıyım düşüncesiyle karşılaştıklarını göstermektedir. Bu oran ergenlerde, yetişkinlere göre daha yüksek bulunmuştur (Sungur, 1999).

Bu araştırmanın amacı, vücut algısı bozukluğunun bilişsel davranışçı model ışığında incelenmesidir. BDB ile ilgili diğer psikiyatrik tedavilerin aksine Yurtdışında bu konuyla alakalı araştırmalar oldukça yeterliken Türkiye’de konuyla alakalı çalışmalar oldukça sınırlı bulunmuştur. Beden dismorfik bozukluğu (BDB) olan bireylerin birçoğu, ilk olarak estetikle ilgili alanlarda hizmet veren cildiye veya plastik cerrahi kliniklerine başvurmuştur. McElroy ve arkadaşlarının (1993) araştırmasında, bu bireylerin %55'inin başlangıçta bu tür bir sağlık kuruluşuna yöneldiği vurgulanmaktadır. Ancak BDB’de ruhsal tedavi dışındaki yaklaşımlar, çoğu zaman semptomların artmasına neden olmakta ve tedaviye yönelik başka yöntemlere yönelim görülmektedir (Aslan, 2000). Bu bozukluğun tedavi süreci, bozukluğun kronikleşmesini önlemek için oldukça kritik bir öneme sahiptir. Danışan ile toplam da 8 seans gerçekleştirilmiştir. Her seans süresi 45 dakikadan oluşmaktadır. Danışanın geçmişte ve günümüzde yaşadığı tüm problemlerini belirleyip, bu doğrultuda problemlerinin listesini oluşturmak amacıyla 2 seans yapılmıştır. Danışan ile yapılan tüm görüşmeler dahilinde, olaylar ve durumlar aşağıda formülize edilerek belirtilmiştir.

Olgu Sunumu

Ç.A., 25 yaşında, KKTC doğumlu, üniversite mezunu ve 2 kardeşten en küçüğüdür. Bir ablası vardır. Özel bir şirkette çalışmaktadır. Bekâr ve kadın danışandır. Danışan özellikle son zamanlarda artan kendini beğenmeme, sosyal ortamlardan uzaklaşma ve kendini devamlı olarak başkalarıyla kıyaslama şikâyetlerinden yakınmaktadır. Ç.A., 14-15 yaşlarından beridir dış görünümüyle gereğinden fazla ilgilendiğini, gününün büyük bir çoğunluğunu evde aynaya bakarak geçirdiğini ve kazandığı paranın neredeyse tamamını kişisel bakımına harcamasına rağmen hala kendini istediği şekilde görmediğini açıklamıştır. Erkek arkadaşı tarafından aldatıldıktan sonra belirginleşen bu semptomların ergenlikten beri var olduğunu belirtse de ihanete uğraması en büyük tetikleyicisinden biri olmuştur. Aldatıldıktan sonra kimseye güveninin kalmadığını ve bundan sonra yaşayacağı ilişkilerde de aldatılacağını düşünen danışan, sevgiye değer hissetmediğini de belirtmiştir. Bu olgu sunumunda yer alan birey hakkında yapılan tüm değerlendirmeler ve tedavi süreci, hastanın bilgilendirilmiş onamı alınarak gerçekleştirilmiştir. Vakanın içeriği ve kişisel bilgileri hakkında hasta, gizliliği ihlal etmeyecek şekilde bilgilendirilmiş olup, olguda yer alan tüm verilerin anonimleştirilmiş ve etik kurallara uygun şekilde kullanılması konusunda onay alınmıştır.

Ruhsal durum muayenesi ele alındığında dış görünüşü, giyinişi oldukça iyi, sosyabilitesi zayıf ve soğuk, mizaç yapısı stresli, düşünce içeriği görünüşü ile ilgili yetersizlik algıları içerirken duygulanımı ise kaygı ve mutsuzluk içermekteydi. Nörolojik muayenesi ve genel tıbbi muayenesi normal çerçevede olan danışanın laboratuvar sonuçlarında herhangi bir anormallik söz konusu değildir. Daha önce herhangi bir psikolojik tanı almayan danışanın aile öyküsü incelendiğinde abla da benzer kaygı durumlarının bulunduğu görülmüştür. Ancak yakın ailesinde psikiyatrik bir tedavi geçmişi bulunan bir aile

üyyesi bulunmadığı belirtildi. Danışanın terapi süresi boyunca saçlarıyla sık sık oynadığı görülürken odada bulunan yansımali dolap karşısına oturmak istediği ve konuşurken sürekli olarak yansımaları üzerinden kendini izleme gereksinimi duyduğu görülmüştür. Seans boyunca kaygılı bir ruh hali içerisinde olan danışan sosyal aktivitelerden uzak durmasına karşın sosyal medyayı oldukça sıkı takip ettiğini belirtmiştir. Bunun sebebini ise “orada kendimi daha iyi hissediyorum” şeklinde açıklamıştır. İkili diyaloglarda göz teması kurmada zorluk çektiği ve sürekli oturuş şeklini değiştirdiği gözlemlenmiştir.

Bu belirtiler ışığında, danışanın BAB tanısı alması uygun görülmüştür. Gerçekleştirilen görüşmeler ışığında bilişsel formülasyona göre; danışanın otomatik düşüncesinin çirkin olduğu düşüncesi, ara inancı ise sevgilimin beni aldatmaması için beğenmesi gerekir, sevgiye değer biri olmam için güzel olmam gerekir düşünceleri olarak ele alınmıştır. Temel inanç ise “ben çirkin ve değersiz biriyim” düşüncesi olarak tespit edilmiştir. Danışanın hatalı düşünceleri bilişsel davranışçı teknikler ışığında ele alınarak beden imgesine yüklenen hatalı düşünce yapıları incelenmiştir.

İlk görüşmede güvenli bir ortam oluşturulmuş ve terapötik ilişki temellendirilmiştir. Danışanla birlikte, sosyal etkileşimlere dair engellerin aşılması için uygun adımlar atılmıştır. Terapinin ilerleyen aşamalarında, danışanın bilişsel yapısını dönüştürmeye yönelik çeşitli yöntemler kullanılmış ve terapinin temel hedefi olan kaygı yönetimi ve sağlıklı düşünme biçimleri geliştirilmesi için adımlar atılmıştır. Terapi sürecinin başından itibaren, danışanın kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelerine ve beden imgesine dair olumsuz algılarına odaklanılmıştır. Danışanın bu düşünceleri fark etmesi için günlük tutma tekniği kullanılmıştır. Danışan, kendisini “çirkin” veya “yetersiz” hissettiği anları kaydederek, bu otomatik düşüncelerin doğruluğunu sorgulama fırsatı bulmuştur. Bu teknikle, olumsuz düşüncelerinin yerine daha gerçekçi ve işlevsel alternatifler geliştirilmesi amaçlanmıştır. Danışanın temel inançlarından biri olan “çirkin ve değersizim” düşüncesi, bilişsel yeniden yapılandırma yöntemiyle ele alınmıştır. Danışanın bu olumsuz inançlarını sorgulaması ve yerine daha olumlu düşünce kalıpları geliştirmesi sağlanmıştır. Bu süreçte, danışanın geçmişteki başarılarına ve güçlü yönlerine odaklanarak, kendilik algısının olumlu bir şekilde yeniden şekillendirilmesi hedeflenmiştir. Danışanın sosyal kaygı seviyesinin yüksek olması ve sosyal ortamlarla ilgili kaçınma davranışları gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, maruz bırakma teknikleri kullanılarak, danışanın kaygı seviyelerinin zaman içinde azaltılması hedeflenmiştir. Bu teknikle, danışan küçük ve güvenli sosyal ortamlarda yer alarak, kaygılarla başa çıkma becerisini geliştirmiştir. Danışanın kaygı ve stresle başa çıkma becerilerini artırmak amacıyla çeşitli duygusal düzenleme teknikleri uygulanmıştır. Bu teknikler arasında, farkındalık (mindfulness) çalışmaları ve gevşeme egzersizleri yer almıştır. Danışan, kaygılı anlarında rahatlamayı öğrenmiş ve olumsuz düşüncelerine karşı daha sağlıklı bir yaklaşım geliştirmiştir. Danışanın beden algısını değiştirmek ve olumlu bir beden imgesi geliştirmesini sağlamak amacıyla, danışanın fiziksel görünümüne dair düşüncelerini sorgulaması ve kabul etmesi teşvik edilmiştir. Bu süreçte, danışanın bedenini bir bütün olarak değerlendirmesi ve sadece dış görünüşüne odaklanmaması için çeşitli egzersizler yapılmıştır. Aldatılma deneyimi sonrası danışanın ilişkilerde güven

sorunu yaşadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle, güven inşa etme süreçleri üzerine çalışılmış ve danışanın geçmişteki olumsuz deneyimlerinin gelecekteki ilişkilerdeki güven algısını etkilememesi için çeşitli teknikler uygulanmıştır. Terapinin ilerleyen aşamalarında, sağlıklı ilişkiler kurabilme becerilerinin geliştirilmesi sağlanmıştır.

Tartışma

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), bireylerde ciddi huzursuzluklara yol açmakta ve işlevsellikte önemli bir bozulmaya neden olmaktadır. Bu bozukluğun kronik bir seyir izlemesi, yaşam kalitesini düşürmesi ve özkıyım girişimlerinin yüksek oranlarda görülmesi, tedavi sürecinde önemli zorluklar yaratmaktadır (Şener, 2021). Ayrıca, BDB'nin yüksek komorbidite oranları ve tedavi sürecinde ortaya çıkan zaman ve maliyet kayıpları, hastaların yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, BDB'nin tanı sürecinde büyük bir dikkat gerekmektedir. Özellikle ayırıcı tanı ve eş tanıların doğru şekilde yapılması, yalnızca psikiyatri ile sınırlı kalmayıp, diğer tıbbi disiplinlerle de bağlantılı olarak ele alınmalıdır (Altıntaş, 2015).

Vücut algısı bozukluğunun bilişsel davranışçı modeline göre semptomların ortaya çıkış sürecinde bazı faktörler önemli ölçüde rol oynamaktadır. Psikolojik, genetik ve sosyal bağlamda gruplandırılan birçok risk faktörü BDB'nin oluşumunda bulunmaktadır (Boocock, 1996). Nörotransmitterler ve serotoninlerin etkisi genetik faktörleri açıklarken, toplum tarafından kişilere atfedilen güzellik algılarıyla sosyo-kültürel faktörler kastedilmektedir. Beğenilmeme, alay edilme, reddedilme gibi estetik değerler ise psikolojik faktörleri temsil etmektedir. Bu risk faktörlerinin varlığı kişide beden algısı bozukluğu belirtilerinin görülme şansını arttırabilmektedir (Castle, 2006). Beden algısı bozukluğunda olgu sunumunda da bahsedildiği gibi genellikle hastalığın alevlenmesini sağlayan tetikleyici bir durum gözlenmektedir. Bu tetikleyici durum başkalarının kişi hakkındaki olumsuz eleştirileri olabileceği gibi herhangi bir fiziksel farklılık yaşamakta sayılabilmektedir. Vaka da danışanın sevdiği kişi tarafından aldatılması fitilin ateşlenmesini sağlayan olay olarak incelenmektedir. Semptomların alevlenmesini sağlayan bu tetikleyiciler kişinin kendi bedenine olan dikkatinin artmasına neden olmaktadır. Hastada artmaya başlayan seçici dikkat, sosyalleşmek için girdiği ortamlarda doğru ve mantığa uygun gözlem yapmasını engelleyebilmektedir (Almış, 2011). Olumsuz değerlendirme korkusu oluşmaya başladıktan sonra kişide sosyal kabiliyet eksikliği görülme olasılığı artmaktadır. Bedeni karşı oluşturduğu aşırı farkındalık öz bilinci yükseltse de kendini estetik bir nesne olarak görmeye başlamasına sebebiyet verirken düşünceleri ve davranışlarıyla aşırı farkındalık halini destekleyen danışan var olan durumu tolere edebilmek için çeşitli güvenlik davranışları geliştirmeye başlamaktadır (Köroğlu, 2011). Görüntüsünü değiştirmeye çalışmak, estetik operasyon geçirmek gibi. Zihinsel efor sarf etmeyi gerektiren güvenlik davranışları kişinin kendine olan odağını artırırken var olan görüntüsünü bozmayıp da beraberinde getirebilir.

BDB'nin başlangıç yaşı ortalama 16-18 yaş olarak bildirilmektedir. Olgumuz ise bu düşüncesinin başlangıç yaşını 14-15 yaş olarak belirtmiştir. Bu durum literatürü destekler niteliktedir. İlk belirtilerin ergenlik başlangıcından itibaren görülmesine rağmen 25 yaşına kadar herhangi bir tedavi girişiminin olmaması danışanın

geç tanı aldığının ve geç tedaviye başladığının bir örneğidir. Beden dismorfik bozukluğu (BDB) olan bireylerde geç tanı konmasının bir başka önemli nedeni, bu kişilerin çeşitli sağlık sorunlarıyla ilgili olarak başvurdukları diğer branş hekimlerinin, BDB'yi tanımamış olmalarıdır (Aşkın, 1994). BDB uzun süredir bilinen bir bozukluk olmasına rağmen, hala sıklıkla doğru ve zamanında tanı almamaktadır. Bunun en büyük sebeplerinden biri, özellikle erkekler ve gençler arasında, toplumun estetik değerlerine dair duydukları baskı ve utanç duygularıdır. Bu kişiler, yaşadıkları sıkıntıları başkalarına açmaktan çekinir ve genellikle bu rahatsızlıkları ruhsal bir sorun olarak görmezler. Kimi zaman bedenleriyle ilgili olumsuz düşüncelerini dışarıya yansıtmaktan korkar, bu da tanı sürecini zorlaştırır. BDB'nin geç tanı alması, bu durumdaki bireylerin tedaviye daha geç başlamasına ve bozukluğun semptomlarının şiddetinin artmasına neden olabilir. Dolayısıyla, bu tür vakalar genellikle geç teşhis edilmekte, bu da tedavi sürecinin daha karmaşık ve uzun olmasına yol açmaktadır (Veale, 1996).

BDB'nin sınıflandırılması ve tedavi yöntemleri konusunda hala belirsizlikler ve tartışmalar bulunmaktadır. Bu durum, konu hakkında daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak büyük çaplı araştırmalara duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır (Aşkın, 2002). BDB tedavisinde SSRI grubu ilaçların etkinliklerinin karşılaştırılması, bilişsel-davranışçı terapi (BDT) ile diğer psikoterapötik yaklaşımların karşılaştırılması, ayrıca yalnızca BDT ya da SSRI tedavisinin etkinliğinin ikisinin birleşiminden elde edilecek sonuçlarla kıyaslanması gerekmektedir (Almış, 2011). Ayrıca, tedavi sürecinin sonrasında hastalık seyri tahminini belirleyen faktörlerin araştırılması, bozukluğun daha etkili bir şekilde yönetilmesine olanak sağlayacaktır. Bu alanda yapılacak ileri düzey çalışmalar, BDB ile ilgili daha kesin ve kapsamlı bilgiler edinmemize katkı sağlayacak, tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde önemli bir rol oynayacaktır.

Sonuç

Beden dismorfik bozukluğu, bireylerde ciddi psikolojik ve sosyal sıkıntılara yol açan, genellikle geç tanı alan bir bozukluktur. Bu çalışmada, BDB tedavisinde bilişsel davranışçı terapinin (BDT) etkinliği incelenmiştir. Bulgular, BDT'nin bireylerin beden algılarını iyileştirmekte ve olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmekte etkili olduğunu göstermektedir (Feusner, 2010). Terapinin, hastaların güvenlik davranışlarını azaltmalarına ve sosyal kaygılarını yönetmelerine yardımcı olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, BDB'nin genellikle geç tanı alması ve tedaviye uyum sorunları tedavi sürecini zorlaştırmaktadır. Gelecekte, BDT'nin SSRI ilaç tedavileriyle kombinasyonu ve diğer terapötik yaklaşımlarla karşılaştırılması, tedavi yöntemlerinin etkinliğini daha iyi anlamamıza olanak sağlayacaktır. Sonuç olarak, BDT, BDB tedavisinde güçlü bir seçenek sunmakta, ancak tedavi sürecinde multidisipliner bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Beyannameler

Etik Onay ve Katılma İzni

Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak, 22.04.2025 tarihinde Etik Kurul izni alınmıştır.

Yayın İzni

Mevcuttur.

Veri ve Materyallerin Mevcudiyeti

Uygulanamaz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Finansman

Uygulanamaz.

Yazar Katkıları

MK araştırmanın tasarımı, süpervizyon sürecini yürütmüştür. NEA veri toplama, takibi, analizi, taslak olarak makaleyi oluşturma, makalenin kritik revizyonu, teknik ve materyal destek kısmında görev almıştır. Tüm yazarlar makalenin son halini okumuş ve onaylamıştır.

Kaynaklar

- Almış, B. H., Cumurcu, B. E., Karlıdağ, R., & Kartalcı, Ş. (2011). Beden dismorfik bozukluğu-psikoz ilişkisi: Bir vaka sunumu. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 18(3), 190-193.
- Altıntaş, E. (2015). Kozmetik tedavi için başvuran hastalarda beden dismorfik bozukluğu. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(3), 324-338.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (2006). Somatoform, dissociative and related disorders. *American Psychiatric Press*.
- Aslan, H. (2000). Beden dismorfik bozukluğu: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 197-763.
- Aşkın, R., & Çilli, A. S. (2002). Ayaktan psikiyatrik hastalarda vücut dismorfik bozukluğu: Tanı, yaşam boyu başka ruhsal hastalık varlığı, demografik ve klinik özellikler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 197-203.
- Aşkın, R. (1994). Vücut dismorfik bozukluğu: 9 olgu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1, 45-51.
- Bjornsson, A. S., Didie, E. R., & Philips, K. A. (2010). Body dysmorphic disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12, 221-232.
- Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2006). An update on body dysmorphic disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 74-78.
- Çalıklı, C., Tükel, R., & Karalı, N. (1997). Beden dismorfik bozukluğunda klinik özellikler: 13 olgunun değerlendirilmesi. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Metin Kitabı (s. 29-34), Antalya, Türkiye.
- Çelik, S., Fidan, E., Evren, C., Can, Y., Danışmant, B. S., & Çavaş, S. (2011). Beden dismorfik bozukluğu ve madde bağımlılığı: Bir olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24, 75-79.
- Göksan B.(2007),Ergenlerde beden imajı ve beden dismorfik bozukluğu (Uzmanlık tezi). İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Göksan, B. (2007). Ergenlerde beden imajı ve beden dismorfik bozukluğu (Uzmanlık tezi). İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2005). Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 205-210.
- Hollander, E. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorders: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Feusner, J. D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Mancusi, L., & Saxena, S. (2010). What causes BDD: Research findings and a proposed model. *Psychiatric Annals*, 40, 349-355.
- Köroğlu, E. (2011). Ruhsal bozuklukların tanısı ve sayımsal elkitabı (ss. 314-320). *Hekimler Yayın Birliği*.
- Mancuso, S. G., Knoesen, N. P., & Castle, D. J. (2010). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 177-182.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Yaryura-Tobias, J. A. (2006). Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*, 3, 189-193.
- Özadmaca, K. (2024). Sosyal medyanın vücut dismorfobiye ve intihara etkisi. 21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum, 12(36), 831-844.
- Öztürk, O. (2008). Nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar. İçinde O. Öztürk (Ed.), *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (11. baskı, ss. 512-537). Tuna Matbaacılık.
- Phillips KA, Didie ER, Menard W, Pagano ME, Fay C, Weisberg RB. Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Res* 2006; 141:305-314.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., & Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46, 317-325.
- Ray, P. Ç., Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2012). Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 547-565.
- Sayar, K., & Işık, H. (2008). Somatoform bozukluklar. İçinde E. Işık, E. Taner, & U. Işık (Eds.), *Güncel Klinik Psikiyatri* (2. baskı, ss. 271-285). Golden Print Matbaası.
- Sungur, M. Z. (1999). Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*, 1, 19-22.
- Şener, S., & Yiğit, B. N. (2021). Sosyal medyanın gençlerin düşünce ve değerlerine etkisi. *Akademik Platform İslami Araştırmalar Dergisi*, 5(3), 529-553.
- Veale, D., Boock, A., Gourmay, K., et al. (1996). Body dysmorphic disorder: A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry*, 169, 196-201.
- Veale, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 40, 333-340.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 265-270.