

BEDEN İMGESİ: İKİNCİ BEDENİMİZ YA DA AYNANIN ARKA YÜZÜ

Orhan BABUCCU, Eksal KARGI, Mübin HOŞNUTER, Levent ATİK, Berfu BABUCCU

Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Psikiyatri Anabilim Dalı

ÖZET

Dış görünüm insan hayatını etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. İçinde yaşanılan toplumun standartlarına göre güzel bir görünüme sahip olmanın avantajları doğumla birlikte başlamaktadır. Öte yandan çirkin bir bireyin sosyal hayatta çektiği zorluklar literatürde sıklıkla bildirilmiştir. Bu iki gruba ek olarak estetik cerrahlar için en önemli grup aslında böyle bir durum söz konusu olmadığı halde çok çirkinmiş gibi yaşayan ve acı çeken insanlardır, ki bu patoloji Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) olarak tanımlanmaktadır. Dış görünümün içsel yansıması olan beden imgesi zihnimizdeki kendi görüntümüzdür. Başkalarının bizi nasıl gördüğü ile beden imgemiz arasında belli bir orandaki farklılık kabul edilebilir, ve aslında evrenseldir. Bu farklılık patolojik boyutlara vardığında hasta sıklıkla bir plastik cerrah ya da dermatoloğa başvurur. Bu durumlarda Plastik Cerrahlara minimal deformiteli hastaları psikiyatrik sorunlara sahip olmakla suçlayan görüşleri bir kenara bırakarak onlara önyargısız yaklaşımları, ancak şizofreni gibi sanrısız bozukluklar ve Beden Dismorfik Bozukluğu olasılığını daima göz önünde bulundurmaları önerilir.

Sonuç olarak, bu tür hastalara karşı cerrahın sorumluluğu tanı ve tedavi değil, sadece hastanın uygun psikiyatrik yardımı almasını sağlamak olmalıdır. Psikiyatrik yardımla birlikte yapılan cerrahi girişimlerde bu tür hastalardan çok iyi sonuçlar alındığı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Estetik cerrahi, psikiyatri, beden dismorfik bozukluğu

GİRİŞ

Görünümün insan hayatı ve psikolojisi üzerindeki etkileri çok öncelerden beri bilinmektedir. Yunan mitolojisindeki Narkissos'un¹, İslamiyet ve Musevilikteki Hz. Yusuf'un öyküsü² ve tarihteki Cyrano de Bergerac³ bu konuda pek çok örnekten sadece birkaçıdır. Buna rağmen bireyin dış görüntüsünün içsel ve toplumsal yansımaları hakkındaki bilimsel çalışmalar ancak 20.yüzyılın başlarında yoğunluk kazanmaya başlamıştır. Straight 1932'de⁴, Blair 1937'de⁵, Baker ve Smith 1939'da⁶ dış görünümün insanların hayatlarını nasıl derin bir şekilde etkilediğini vurgulayan analitik çalışmalarını yayınlamışlardır.

SUMMARY

Body Image: Second Body or the Other Side of the Mirror? Obviously, the shape of our body has great effect on the our lives. Owing beautiful appearance has many advantages which start even at birth. On the other hand, the missarries of the persons with weird appearance have been reported. In addition to these two distinct groups, there is actually another population who think that they are ugly though they are not, and suffer from this imaginary ugliness. Body image, which is the internal reflection of our external appearance, is image of our-selves in our mind. A little discrepeancy between our body image and our view on the eye of the beholders is normal and even almost universal. When this discrepeancy becomes pathologic, the patients start to visit plastic surgeons or dermatologists. In this circumstances, it would be adviced to plastic surgeons to evaluate the aesthetic patients objectively, without any prejudgment advocating that the patient who has minimal deformity is actually a candidate for psychiatric disturbance, on the other hand, not to forget the existence, though not often, of the delusional disturbances like scizophrenia, and body dysmorphic disorder.

As a conclusion, the responsibility of the surgeons for this kind of the patients is not a diagnosis and treatment but providing an opportunity to the patients for psychiatric support. It has been shown that, with the psychiatric help, the satisfactory results were obtained in these patients.

Key Words: Aesthetic surgery, psychiatry, body dysmorphic disorder

Toplum tarafından güzel kabul edilen bir dış görünümün kazanımları doğumla birlikte başlar. Corter ve arkadaşları 1978'de yaptıkları bir çalışmada yeni doğan servisindeki hemşirelerin güzel görünümlü prematüre bebeklerin diğer bebeklere oranla gelecekte daha zeki olacaklarına inandıklarını saptamıştır⁷. Anneler bile çocuklarına yaklaşımda onların fiziksel güzelliklerinden etkilenmekte, güzel olan çocuklarından daha iyi bir gelecek ve başarı beklemektedirler⁸. Dion ve Berscheid anaokulu öğrencileri arasında yaptığı bir çalışmada bireylerin dış görünüşlerine göre nasıl yargılandığını ve bunun ne kadar erken dönemde başladığını göstermişlerdir⁹. Bu araştırmada yazarlar bir

anaokulunun son sınıf öğrencilerinin standardize yüz fotoğraflarını çekmişler, bu resimleri öğretmenlerine ve velilere göstererek çocukları fiziksel cazibe açısından değerlendirmelerini istemişlerdir. Aynı zamanda bu çocuklara kendi aralarında kimin en itici, çekilmez ya da iyi ve başarılı olduğu sorulmuştur. Çocukların anket sonuçlarıyla yetişkinlerin resimleri değerlendirmesi belirgin bir şekilde örtüşmüştür. Yani yetişkinlerin çok sevimli ve güzel buldukları çocukları anaokulu öğrencileri de istenilen, sevilen kişiler olarak belirtmişler, aynı şekilde yetişkinler tarafından fazla güzel bulunmayan çocuklar, arkadaşları tarafından da o aranan kişiler olarak belirtilmemişlerdir. Nitekim bu çalışmaya dayanarak Berscheid¹⁰, güzellik kavramının stereotipik olduğunu, yani kişilere göre değişmediğini savunmuştur.

Clifford'a göre, çocuklar okul sıralarına geldiğinde de görünümünün hayatlarına olan etkilerinden kurtulamamaktadırlar¹¹. Öğretmenler bilinçli olmasa da güzel çocuklarla daha çok ilgilenmekte, daha fazla şans tanımakta, daha az cezalandırmaktadırlar^{11,12}. O kadar ki, yetişkinler tarafından cinsel saldırıya uğrayan çocuklardan fiziksel olarak daha güzel olanların diğerlerine nazaran az hırpalandıkları ve fiziksel zarar gördükleri bildirilmiştir¹³.

Yetişkinlerin dünyasında dış görünüm ve çekicilik daha da önem kazanmaktadır. 1966'da Walster ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınla erkeğin ikinci kez buluşma kararlarını belirleyen en önemli faktörün ne zeka seviyesi, ne de kabul gören sosyal kimlik olduğu, sadece ve sadece fiziksel çekicilik olduğu belirtilmiştir¹⁴. Bir başka çalışmada kadın ve erkek resimleri kolej öğrencilerine gösterilmiş ve bu kişilerin karakter yapıları, şu andaki yaşam seviyeleri hakkında yorum yapmaları istenmiştir. Bu fotoğraflarda çekici görünen kişilerin öğrenciler tarafından daha dürüst, hassas, güvenilir ve zeki görüldüğü, ayrıca bu insanların daha başarılı bir işe ve evliliğe sahip olduğuna inanıldığı saptanmıştır. Sonuçlar, değerlendirilenlerin veya değerlendirenlerin cinsiyetine göre değişiklik göstermemiştir¹⁵. Yaşanılan toplumun normlarında iyi bir fizik yapıya sahip olmanın diğer insanlar üzerinde yarattığı etki yanında, kişinin kendisinde de iyi yönde etkiler yarattığı saptanmıştır. Bu tür insanlarda daha yüksek bir benlik saygısı ve özgüven kaydedilmiş, karakter yapıları daha iddiacı, kendilerinin de daha sosyal olduğu gözlenmiştir¹⁶. Diğer taraftan kişinin kendi görünüşünden memnun olmamasının yarattığı yıkıcı etkiler literatürde çok çarpıcı bir şekilde belgelenmiştir¹⁷⁻¹⁹.

İnsanların dış görünümünü değiştirme istemleri ve bunların sonuçlarıyla ilgili ilk çalışmalar 1930'lu yıllarda psikiyatristler tarafından yapılmaya başlanmıştır^{4,5,6,20}. Konu, o dönemde daha yaygın kabul gören psikoanalitik yöntemle ele alınmıştır. Yazarlar dış görünümle ilgili

kaygıların aslında içsel çelişkilerin sembolik olarak yer değiştirmesi olduğu görüşünden yola çıkarak, hastaların büyük bir bölümünün nevrotik ya da narsistik yapıda olduğunu savunmuşlardır. Psikoanalitik yaklaşıma göre, rinoplasti olmak isteyen kadınlar ambivalans içindeydiler²¹. Kendisini annesi ile özdeşleştirmek isterken, burnunu babasına olan benzerliğinin bir göstergesi ve bir penis sembolü olarak görüyor, doğal olarak bu maskülenite simgesinden kurtulmak istiyordu^{21,22}. Erkeklerde ise bu istem homoseksüel bir iç çatışma, bir nevi kastrasyon saplantısı olarak yorumlanıyordu^{22,23}. Sonuç olarak, bazı psikiyatristler iç çatışmaların, özellikle yasaklanmış ve utanç verici cinsel isteklerden doğanların, burun hakkında duyulan anksiyete olarak ortaya çıktığına inanmaktaydılar.

Aynı yaklaşıma göre meme büyültme isteyen kadınlar bilinç altlarında babalarına karşı yasak duygular ve cinsel isteğe ait bir suçluluk duygusuna sahiptiler ve memelerinin küçüklüğünün bunun bir cezası olduğunu düşünmekteydiler²⁴.

1960'lı yıllarda estetik cerrahi hastaları değerlendirilirken ameliyata iten nedenler kişilerin psikiyatrik alt yapılarında aranmaya başlanmıştır. Hastalarla operasyon öncesi ve sonrasında görüşmeler yapılmış, kendilerine çeşitli psikiyatrik testler uygulanmıştır²⁵. Bu çalışmalarda estetik cerrahi ameliyatı olan hastalarda %71 gibi çok yüksek oranda psikiyatrik bozukluk tespit edilmiş²⁶, 750 hastadan oluşan büyük bir seride de bu sonuç desteklenmiştir²⁷. Ancak bu çalışmalarda hastaların motivasyonları sadece psikiyatrik zeminde incelenmiş, sosyal ve toplumsal faktörler yeterince dikkate alınmamıştır²⁸. 1970'li yıllarda eğilim, estetik cerrahi hastalarının topluma göre psikiyatrik açıdan daha dengesiz olduğu şeklindeydi²⁹ öyle ki yapılan bir çalışmada rinoplasti olma isteminin neredeyse şizofreninin ilk belirtilerinden olduğu savunulmuştu³⁰. Bu kötümser tablo içerisinde hangi hastaların ameliyat edilip hangilerinin edilmemesi gerektiği tartışması başlamış, ameliyat sonucundan memnun kalması olası hastaların özellikleri (Tablo 1) ve ameliyat edildiği taktirde sonuçtan memnun kalmayacak, hatta psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilecek hastaların bulguları pek çok yayında bildirilmiştir (Tablo 2). Bu çalışmaların arasında en dikkati çeken ve akılda kalması kolay olan Gorney'in burun hastaları için ortaya koyduğu "SIMON" akronimidir³¹. Yazar bekar (Single), olgunlaşmamış (Immature), erkek (Male), aşırı beklentileri olan (Overexpectant), ve narsist (Narcissistic) hastalara okuyucuların dikkatini çekiyor ve bu bireylerin ameliyattan memnun olma şansının nispeten daha düşük olduğunu savunuyordu.

Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarda bu önermeler yazarlar tarafından terk edilmeye başlanmıştır³². Edgerton ve arkadaşları³³ tarafından

yapılan bir çalışmada ciddi ölçüde psikiyatrik sorunları saptanmış 100 hastaya psikiyatrik tedavi yanında çeşitli estetik operasyonlar yapılmış ve bu hastaların %83'ünün belirgin bir iyileşme saptanmıştır. Aynı şekilde bir başka çalışmaya göre blumia nervosa tanısı konulan 5 hastada meme küçültme ameliyatı hastaların değil semptomlarını arttırmak, aksine klinik tablonun düzelmesine neden olmuştur³⁴.

Tablo 1: Estetik ameliyat sonucundan memnun olma ihtimali yüksek olan hastaların özellikleri (71-76).

- Hastanın içsel motivasyonlarla ameliyata karar vermesi
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) da ortalamadan yüksek paranoid skor
- Cerrah üzerinde olumlu izlenim
- İyi bir meslek sahibi olmak, kariyerinde ilerlemek gibi isteklerin dile getirilmesi
- Daha önce geçirilmiş estetik amaçlı operasyon
- Yahudi olmak
- Uzun süredir ameliyat olmayı düşünmek ya da planlamak
- Kendini çekici bulması ya da bunun için çok istekli olması

Tablo 2: Estetik ameliyat sonucundan memnun olmama ihtimali yüksek olan hastaların özellikleri (23,33,72,74-78).

- Sorununu söylerken aşırı derecede özel konuşma isteği
- Sorununu açık olarak tanımlayamaması
- Daha önce başarısızlıkla sonuçlanmış çok sayıda estetik amaçlı ameliyat girişimi
- Gerçeklerle bağdaşmayan operasyon istekleri
- Doktora aşırı güven ve onun hertürlü sorunu çözeceğine karşı koşulsuz inanç
- Dış çevreden gelen zorlamalar sonucunda alınan ameliyat kararı
- Hastanın uyumsuz olması
- Cerrah üzerinde olumsuz izlenim
- Erkek hasta
- Vücudun birden fazla kısmından ameliyat olma istemi
- Yüksek anksiyete seviyesi
- Minimal deformite
- Ameliyattan aşırı derecede korkma
- Hastaya ait ekonomik ve coğrafi kısıtlılıklar

Dış görünümün buraya kadar sunulan toplumsal yansımaları yanında bir de içsel yansıması vardır ki "beden imgesi" olarak adlandırılmaktadır. Beden imgesi, zamanda belirli bir anda belirli bir bireyin vücudunu algılaması ya da zihinsel olarak ortaya koyuşudur³⁵, diğer bir deyişle zihnin penceresinden görülen beden görüntüsüdür. Schilder beden imgesinin gelişmesinde dış etkenlerin önemini vurgulamıştır³⁶. Gerçekten de insanların vücudumuz hakkında ne dediği, ona karşı nasıl tepki verdikleri, nasıl ve nerede büyüdüğümüz ve belirgin ana olayların oluşumu bu imgenin

şekillenmesinde etkilidirler.

Beden imgesi statik değildir, değişik zamanlarda değişik biçimlerde algılanabilir, özetle, gelişen şekillenen bir psikolojik süreçtir. Kişinin kendisini nasıl gördüğü ile çevresi tarafından nasıl görüldüğü arasındaki uyumsuzluk çok açıktır^{37,38}. Belli bir orandaki uyumsuzluk neredeyse evrenseldir. Ancak vücudun fotoğraflanabilir, gerçek ve ölçülebilir formu ile zihindeki yansıması arasındaki uyumsuzluk çok arttığında Beden İmgesi Çarpıklığı (Body Image Distortion) ortaya çıkar. Bu uyumsuzluk fiziksel ve psikolojik fonksiyonları engellemeye başladıysa^{39,40} Beden İmgesi Bozukluğu (Body Image Disturbance) haline gelir³⁵.

Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) olarak isimlendirilen bu olgu basitçe kişinin görünümünü normal sınırlar içinde olduğu halde başkalarının fark ettiğini düşündüğü bir beden kusuruyla aşırı uğraşması olarak tanımlanabilir. BDB terimi oldukça yeni olmakla birlikte, söz konusu patoloji yaklaşık yüz yıl öncesinde dismorfofobi adıyla tanımlanmıştır⁴¹. 1980 de psikiyatrik hastalıkların tanısal ve sayımsal el kitabında (DSM-III) "Dismorfofobi" adıyla yer almıştır. DSM-III-R ve DSM-IV de "Beden Dismorfik Bozukluğu" önerilmiştir. BDB'nin başlangıç yaşı sıklıkla dış görünümle ilgilenmenin arttığı ergenlik dönemidir⁴², ancak doktora ilk başvuru ortalama yirmili yaşlarda olmaktadır⁴³. Bozukluğun nedeni bilinmemekle birlikte geçmişte bazı yazarlar hastalık öncesinde güvensiz, aşırı duyarlı, saplantılı, kaygılı, bencil, şizoid, içe dönük ve hipokondriak kişilik özelliklerine sık rastlandığına dikkati çekmişlerdir⁴⁴. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada ise BDB tanısı konmuş 148 hastanın %57'sinde bir ya da birden fazla kişilik bozukluğu tespit edilmiştir⁴⁵. Bunlar arasında en sık, sırasıyla, çekingen kişilik bozukluğu (%43), bağımlı (%15), obsesif-kompulsif (%14) ve paranoid (%14) kişilik bozukluklarına rastlanmıştır. Tanıya sıklıkla depresyon, sosyal fobi ve obsesif-kompulsif patolojiler gibi morbid özelliklerin eşlik ettiği bildirilmektedir^{46,47}. Güzellikle ilgili abartılı değer yargıları ve beklentileri olan aile ve kültürlerde yetişen bireylerde beden görünümünün aşırı önemsenmesinin etyolojide rolü olabileceği öne sürülmektedir. Plastik cerrahi gibi tedavi olanaklarının varlığı ve soruna kesin çözüm olacağı umutları da aşırı uğraşların sürdürülmesinde etken olmaktadır. BDB'nin görülme sıklığı hakkında bir görüş birliği yoktur. Andreasen ve Bardach estetik cerrahi istemi ile başvuran hastaların %2'sinde BDB olduğunu öne sürmüşler ve bu oranın sanırsal olgular dışında tutularak elde edildiğini vurgulamışlardır⁴⁸. Bir başka çalışmada estetik cerrahi hastalarında bu oran %6.3 olarak rapor edilmiştir⁴⁹. Aynı şekilde dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda %11.9⁵⁰ ve psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda

ise %13⁵¹ oranında BDB tanımlanmıştır. Toplum bazında ise kadınların %36'sı ve erkeklerin %17'sinin DSM-III-R'deki tanı kriterlerinin tümünü karşıladıkları bildirilmiştir⁵². DSM-IV de BDB'nin tanı kriterleri net bir şekilde verilmiştir (Tablo 3)⁵³. Bunun yanında tanısız kriter olmamakla beraber BDB'ye eşlik eden olgular da mevcuttur (Tablo 4). Ancak benzer bulgular dış görünüm konusunda olağan kaygısı olan insanlarda, yeme bozukluklarında, cinsel kimlik bozukluklarında, major depresif epizotta, çekingen kişilik bozukluklarında, sosyal fobide, obsesif-kompulsif bozukluklarda (somatik tip), histriyonik ve narsistik kişilik bozukluklarında da görülebilir⁵⁴.

Tablo 3: DSM-IV Beden İmgesi Bozuklukları tanı kriterleri. "A" tanı kriteri asıl kriter olup, "B" tanı kriteri destekleyicidir. "C" kriteri tanıdan öte ayırıcı tanı kriteridir.

A. Görünümdeki hayali bir kusur ile uğraşıp durma. Hafif bir fizik anomali varsa bile kişinin kaygısı buna göre belirgin olarak aşırıdır.

B. Bu uğraş, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur

C. Bu uğraş, başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Anoreksiya Nervozadaki beden biçimi ve ölçüleri ile ilgili hoşnutsuzluk)

Tablo 4: DSM-IV'e göre Beden İmgesi Bozuklukları ek kriterleri.

- Sık sık aynaya, vitrinlere bakma
- Bedeni, özellikle yüzü incelerken büyüteç kullanma
- Kendisine aşırı özen gösterme
- Sık sık kusurlarıyla ilgili güvence isteme, ama rahatlamamanın geçici olması
- Kusurlu organlarını başkalarıyla karşılaştırma
- Doktora gelirken yanında başkalarına ait fotoğraflar getirme
- Kusurları hakkında başkaları tarafından devamlı konuşulduğunu düşünme
- Kafalarında yarattıkları kusurları gizlemek için çeşitli yöntemler uygulamaları (saç şekli ya da sakal bırakma gibi) ya da bunu telafi etme çabaları (penisinin küçük olduğunu düşünen hastanın külodunun içine pamuk doldurması)
- Toplumsal olmayan davranışlar, karşı cinsten korkma ya da boşanma
- İntihar eğilimi

Hastaların bilişimsel-davranışçı tedaviye iyi yanıt verdikleri rapor edilmekte ve bu yaklaşım önerilmektedir⁵⁵⁻⁵⁸. Bu tür hastalar için önerilen diğer bir yöntem ise serotonin alımını engelleyen anti-depresif ajanlarla yapılan ilaç tedavisidir^{57,59,60}. Kimi hastalar düzeltici cerrahi girişimlerle gelişme gösterdikleri izlenimi vermekle birlikte⁶¹⁻⁶³, estetik operasyonu sonrasında psikiyatrik durumun daha da kötüleştiği bildirilmiştir^{42,64} ve önerilmemektedir⁵⁷. Operasyon sonrası sıkça görülen diğer bir olasılık ise hastanın başka bir "şekil bozukluğu" ile başvurmasıdır^{27,64,65}.

SONUÇ

Toplum tarafından çirkin olarak kabul edilen görünüme sahip bir organla yaşamak sanıldığı kadar kolay değildir^{66,67}. Bunun yanında toplumsal rekabetin her geçen gün daha da arttığı bir ortamda iyi bir dış görünüş gibi gerçekten etkili bir avantajın arayışı içinde olmak doğal olarak kabul edilmelidir. Günümüzde estetik hastalarının daha önce düşünüldüğünün aksine, toplumdaki sıradan bireylerden bedenlerini algulamaları açısından çok da farklı olmadıkları gösterilmiştir⁶⁸. Bu bilgilerin ışığında "deformite ne kadar azsa psikoloji o kadar bozuktur" anlayışına daha dikkatli yaklaşılmalıdır⁶⁹. Öte yandan estetik cerrahi hastaları değerlendirilirken Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB) her zaman için cerrahın dikkate aldığı bir olasılık olarak kalmalıdır. Tablo 3 ve 4 de BDB'nin tanı kriterleri ve eşlik eden bulgular sunulmuştur; ancak bu bulguların varlığı bir tanıyı değil, bir psikiyatri konsültasyonunun gerekliliğini ortaya koyar.

Bir plastik cerrahın sorumluluğu, bu tür hastaların psikiyatrik tanısını koymak ya da tedavisini yapmak değildir; kendisinden beklenen sadece bu patolojiden şüphelenerek hastanın uygun tedavi almasını sağlamaktır. Unutulmaması gereken nokta ise bize BDB'yi çağrıştıran bulguların aslında şizofreni gibi çok ciddi sanırsal bozuklukların habercisi olabileceğidir.

Sonuç olarak bir estetik cerrahi adayının bazı psikiyatrik sorunlara sahip olması herşeye rağmen operasyon için kesin kontraendikasyon olmamalıdır. Bu konudaki karar içgüdülerle değil, gerektiğinde bir psikiyatri konsültasyonu sonucunda verilmeli, estetik cerrahinin insandaki sağaltıcı etkisi göz önüne alınarak "psychosurgery" olarak isimlendirildiği³³ unutulmamalıdır.

Dr. Orhan BABUCCU

*Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı
67600, Kozlu, ZONGULDAK*

KAYNAKLAR

1. Narkissos: Yunan mitolojisinde ırmak tanrısı Kephisos ile Leiriope adlı "nympha"nın (su perisi) güzelliğiyle ünlü oğlu. İmağın sularına yansıyan güzelliğine aşık olur ve sonunda kendisini öldürür. Ana Britanica, İstanbul, Ana Yayıncılık, cilt 16, s410, 1993.
2. Hz.Yusuf: İsrailoğullarının atası sayılan Hz.Yakup ile Karısı Rahel'in oğlu. Yakışıklılığı ve yüz güzelliği kutsal kitaplara kadar girmiştir. Ana Britanica, İstanbul, Ana Yayıncılık, cilt 22, s492, 1993.
3. Savinien Cyrano de Bergerac (1619-1655, Paris), ünlü oyun yazarı. Gerçek yaşamında belirgin büyüklükte burnuyla tanınmıştır. Hayatı Edmond Rostand tarafından 1897 de oyunlaştırılmıştır.
4. Straight C.L.: Plastic surgery: its psychological aspects. J. Mich. State Med. Soc. 31: 13, 1932.

5. Blair V.P.: Personal and public reaction to the marred face. *Blue Book of the International and Spanish Speaking Association of Physicians, Dentists, Pharmacists.* 8: 14, 1937.
6. Baker W.Y., Smith L.H.: Facial disfigurement and personality. *J.A.M.A.* 112: 302, 1939.
7. Corter C., Trehub S., Boukydis C., Celhoffer L., Morton P.: Nurses' judgement of attractiveness of premature infants. *Infants Behav. Dev.* 1: 373, 1978.
8. Adams G.R., La Voie J.C.: Parenteral expectations of educational and personal social performance of childrearing patterns as a function of attractiveness, sex and conduct of the child. *Child Study J.* 5: 125, 1975.
9. Dion K., Berscheid E.: Physical attractiveness and peer perception among children. *Sociometry*, 37: 1, 1974.
10. Berscheid E., Gangestad S.: The social psychological implications of facial physical attractiveness. *Clinics in Plastic Surg.* 9: 289, 1982.
11. Clifford M.M., Walster E.: The effect of physical attractiveness on teacher expectancy. *Social. Educ.* 46: 248, 1973.
12. Adams G.R., La Voie J.C.: The effects of sex child, conduct, and facial attractiveness on teacher expectancy. *Education.* 95: 76, 1974.
13. Dion K.K.: Physical attractiveness evaluations of children's transgressions. *J. Pers. Soc. Psychol.* 24: 207, 1972.
14. Walster E., Aronson J., Abrahams D.: Importance of physical attractiveness in dating behavior. *J. Pers. Soc. Psychol.* 4: 508, 1966.
15. Dion K., Berscheid E., Walster E.: What a beautiful is good. *J. Pers. Soc. Psychol.* 24: 285, 1972.
16. Mathes E.W., Kahn A.: Physical attractiveness, happiness, neuroticism and self-esteem. *J. Psychology.* 90: 27, 1975.
17. Berger C.J.: Suicide attempts related congenital facial deformities; Two unusual case reports. *Plast. Recons. Surg.* 51: 323, 1973.
18. Green A.R.: "The reason for heating myself": A patient's request for breast reduction. *Br. J. Plast. Surg.* 49: 439, 1996.
19. Harris L.D.: The symptomatology of abnormal appearance: an anecdotal survey. *Br. J. Plast. Surg.* 32: 312, 1982.
20. Brunswick R.M.: A supplement of Freud's "History of an infantile neurosis". *Int. J. Psychoanalysis.* 9: 439, 1928.
21. Hill G., Silver A.G.: Psychodynamic and aesthetic motivations for plastic surgery. *Psychosomatic Med.* 12: 345, 1950.
22. Meyer E., Jacopson W.E., Edgerton M.T., Cante A.: Motivational patterns in patient seeking elective plastic surgery: I. women who seek rhinoplasty. *Psychosom. Med.* 22: 193, 1960.
23. Jacopson W.E., Edgerton M.T., Meyer E., Canter A., Slaughter R.: Psychiatric evaluation of male patients seeking cosmetic surgery. *Plast. Recons. Surg.* 26: 356, 1960.
24. Edgerton M.T., McClary A.R.: Augmentation mammoplasty, psychiatric implications and surgical indications. *Plast. Recons. Surg.* 21: 279, 1958.
25. Sarwer B.D., Pertschuk M.J., Wadden T.A., Whitaker L.A.: Psychological investigations in cosmetic surgery a look back and look ahead. *Plast. Recons. Surg.* 101: 1136, 1998.
26. Edgerton M.T., Meyer E., Jacopson W.E.: Surgical-psychiatric study of patients seeking plastic (cosmetic) surgery: ninety-eight consecutive patients with minimal deformities. *Br. J. Plast. Surg.* 13: 136, 1961.
27. Reich J.: The surgery of appearance: Psychological and related aspects. *Med. J. Aust.* 2: 5, 1969.
28. MacGregor F.C.: Social, psychological and cultural dimensions of cosmetic and reconstructive surgery. *Aesth. Plast. Surg.* 13: 1, 1989.
29. Beale S., Lisper H., Palm B.: A psychological study of patients seeking augmentation mammoplasty. *Brit. J. Psychiat.* 136: 133, 1980.
30. Gibson M., Connaly F.: The incidence of schizophrenia and severe psychological disorders in patients 10 years after cosmetic rhinoplasty. *Br. J. Plast. Surg.* 28: 155, 1975.
31. Gorney M.: Patient selection in rhinoplasty: Practical guidelines, *Aesthetic Plastic Surgery, Rhinoplasty.* Boston, Little, Brown and Company, s.71, 1993.
32. Meyer L., Ringberg A.: Augmentation mammoplasty-psychiatric and psychosocial characteristics and outcome in a group of Swedish women. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.* 21: 199, 1987.
33. Edgerton T.M., Langman M.W., Pruzinsky T.: Plastic surgery and psychotherapy in the treatment of 100 psychologically disturbed patients. *Plast. Recons. Surg.* 88: 594, 1981.
34. Losec E.J., Serletti M.J., Kreipe R.E., Caldwell E.H.: Reduction mammoplasty in patients with bulimia nervosa. *Annals of Plastic Surgery.* 39: 443, 1997.
35. Goin J.M., Goin M.K.: *Changing the body: Psychological effects of plastic surgery.* Baltimore, Williams and Wilkins, s. 61, 1981.
36. Schilder, P.: *The image and appearance of the human body.* Kegan Paul, London, Trench, Trubner & Co. 1935.
37. Book H.: Sexual implications of the nose. *Compr. Psychiatry.* 12: 450, 1971.
38. Robin A.A., Copas A.B., Jack A.B., Kaeser A.C., Thomas P.J.: Reshaping the psyche. The concurrent improvement in appearance and mental state after rhinoplasty. *Brit. J. Psychiat.* 152: 539, 1988.
39. Deckersbach T, Savage CR, Phillips KA, et al.: Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *J Int Neuropsychol Soc.* 6: 673, 2000.
40. Phillips KA.: Quality of life for patients with bodydysmorphic disorder. *J Nerv Ment Dis.* 188: 170, 2000.
41. Morselli E.: Sculla dismorfofobia esulla tate fopia. *Boll Accad Med Genova* 6: 110, 1886.
42. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope HG.: Body Dysmorphic Disorder: An obsessive-compulsive spectrum disorder, a form of affective spectrum disorder or both? *J Clin Psychiatry.* 56: 41, 1995.
43. Phillips KA.: Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *Am J Psychiatry.* 148: 1138, 1991.
44. Cunningham SJ, Bryant CJ, Manisalı M, Hunt NP, Feimann C.: Dysmorphophobia: Recent developments of interest to the maxillofacial surgeon. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 34: 368, 1996.
45. Phillips KA, McElroy SL.: Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psy-*

- chiatry, 41: 229, 2000.
46. Phillips KA, McElroy SL, Keck PE, Hudson JI, Pope HG.: A comperison of delisunal and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull.* 30:179, 1994.
 47. Castle DJ, Morkell D.: Imagined ugliness: a symptom which can become a disorder. *Med J Aust,* 173: 205, 2000.
 48. Andreasen BC, Bardach J. Dysmorphophobia: Symptom or disease? *Am J Psychiatry,* 134: 673-676, 1977.
 49. Altamura C, Piuvello MM, Mundo E, Medda S, Mannu P.: Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci,* 251: 105, 2001.
 50. Phillips KA, Dufresne RG Jr, Wilkel CS, Vittorio CC.: Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *J Am Acad Dermatol,* 42: 436, 2000.
 51. Grant JE, Kim SW, Crow SJ.: Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry,* 62: 517, 2001.
 52. Fitts SN, Gibson P, Readings CA, et al.: Body Dysmorphic Disorder: Implication for its validity as a DSM-III-R clinical syndrom. *Psychol.Rep.* 64: 655, 1989.
 53. DSM-IV Mental tanısal ve sayımsal el kitabı. Türkçe'ye çeviren: Köroğlu E. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 194, 1994.
 54. First MB, Frances A, Pincus HE: DSM-IV Ayırıcı tanı el kitabı, Türkçeye çeviren: Aydemir Ö. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 181, 2000.
 55. Marks I, Miskan J.: Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception. *Br.J. Psychiatry,* 152: 674, 1988.
 56. Hopwood P, Maquire GP.: Body image problems in cancer patient. *Br.J. Psychiatry,* 153: 47, 1988.
 57. Phillips KA, Dufresne RG.: *Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons.* *Am J Clin Dermatol,* 1: 235, 2000.
 58. Cororve MB, Gleaves DH.: Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clin Psychol Rev,* 21: 949, 2001.
 59. Hollander E, Leibowitz MR, et al.: Treatment of body dysmorphic disorder with serratonin uptake blockers. *Am. J. Psychiatry,* 146: 768, 1989.
 60. Phillips KA, Albertini RS, Siniscalchi JM, Khan A, Robinson M.: Effectiveness of pharmacotherapy for body dysmorphic disorder: a chart-review study. *J Clin Psychiatry,* 62: 721, 2001.
 61. Mohl PC.: Psychiatric consultation in plastic surgery: The psychiatrist's perspective *Psychosomatics,* 25: 471, 1984.
 62. Holyman JA, Lasey JA, Whitfield PJ, et al.: Surgery of the psyche: a longitudinal study of woman undergoing reduction mammoplasty. *British J Plast.Surg.* 39: 222, 1986.
 63. Ohjimi H, Shioya N, Ishigooka J.: The role of psychiatry in aesthetic surgery. *Aesth. Plast. Surg.* 12: 187, 1988.
 64. Munro A, Stewart M.: Body dysmorphic disorder and DSM-IV: the demise of dysmorphophobia. *Can J Psychiatry,* 36: 91, 2000.
 65. Reich J.: The surgery of the appearance: Psychological and related aspects. *Med J Aust.* 8: 5, 1969.
 66. Thomas CS.: Dysmorphophobia: A question of definition. *Br J Psychiatry,* 144: 513, 1984.
 67. Cunningham SJ.: The psychology of facial appearance. *Dent Update,* 26: 438, 1999.
 68. Mac Gregor FC.: The place of the patient in society. *Aesthetic Plastic Surgery,* 13: 19, 1981.
 69. Özgür F, Tuncalı D, Güler Gürsu K.: Life satisfaction, self-esteem, and body image: a psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthetic Plast Surg.* Nov;22:412, 1998.
 70. Edgerton MT, Knorr NJ.: Motivational patterns of patients seeking cosmetic (esthetic) surgery. *Plast Reconstr Surg.* 48:551, 1971.
 71. Burk J., Zelen L.S, Terino E.O.: More than skin deep: a self-consistency approach to the psychology of cosmetic surgery. *Plast. Recons. Surg.* 76: 270, 1985.
 72. Edgerton M.T.: The plastic surgeon's obligations to the emotionally disturbed patient. *Plast. Recons. Surg.* 55: 81, 1975.
 73. Goin M.K., Burgoyne R.W., Goin J.M.: Face-lift operation: The patient's secret motivations and reactions to "informed consent". *Plast. Recons. Surg.* 58: 273, 1976.
 74. Goin M.K., Burgoyne R.W., Goin M.J., Staples F.R.: A prospective psychological study of 50 female face-lift patients. *Plast. Recons. Surg.* 65: 436, 1980.
 75. Goin J.M., Goin M.K.: Changing the body: Psychological effects of plastic surgery. Baltimore, Williams and Wilkins, s.7, 1981.
 76. Lewis C., Lavell S.: Patient selection and patient satisfaction. *Clin. Plast. Surg.* 10: 321, 1983.
 77. Pogrel M.A., Scott P.: Is it possible to identify the psychologically "bad risk" orthognathic patient preoperatively? *Int. J. Adult. Orthod. Orthognath. Surg.* 9: 105, 1994.
 78. Wright M.R.: The male aesthetic patient. *Arch. Otolaryngol. Head and neck Surg.* 113: 724, 1987.