

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YEME BOZUKLUKLARI BELİRTİLERİ ÜZERİNE BİR
İNCELEME: BOZUKLUĞA ÖZGÜ OBSESİF İNANÇLAR İLE
BELİRTİLER ARASI İLİŞKİDE BİLİŞSEL BİRLEŞME VE
DUYGUSAL SIKINTININ ROLÜ

Ezginur ÇELİK

Danışman

Prof. Dr. A. Esin YILMAZ SAMANCI

2024

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YEME BOZUKLUKLARI BELİRTİLERİ ÜZERİNE BİR
İNCELEME: BOZUKLUĞA ÖZGÜ OBSESİF İNANÇLAR İLE
BELİRTİLER ARASI İLİŞKİDE BİLİŞSEL BİRLEŞME VE
DUYGUSAL SIKINTININ ROLÜ

Ezginur ÇELİK

Danışman

Prof. Dr. A. Esin YILMAZ SAMANCI

İZMİR - 2024

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Yeme Bozuklukları Belirtileri Üzerine Bir İnceleme: Bozukluğa Özgü Obsesif İnançlar ile Belirtiler Arası İlişkide Bilişsel Birleşme ve Duygusal Sıkıntının Rolü” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

...../...../2024

Ezginur ÇELİK

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Yeme Bozuklukları Belirtileri Üzerine Bir İnceleme: Bozukluğa Özgü Obsesif İnançlar ile Belirtiler Arası İlişkide Bilişsel Birleşme ve Duygusal Sıkıntının Rolü

Ezginur ÇELİK

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Programı

Yeme, beden ve kilo ile ilgili aşırı endişe ve bozulmuş yeme davranışları ile karakterize olan Yeme Bozuklukları (YB), Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ile yüksek eştani oranına sahiptir. Bu oranı açıklamak için iki bozuklukta görülen obsesif inançların rolüne vurgu yapılmıştır. Alanyazında, YB’de görülen obsesif inançların OKB’ye özgü obsesif inançları ölçmek için geliştirilen ölçüm araçlarıyla incelendiği görülmektedir. Ancak YB’ye özgü obsesif inançları bozukluğa özgü bir ölçüm aracıyla incelemenin daha geçerli bulgular elde edilmesine fayda sağlayacağı öngörülmüştür. Bu doğrultuda bu çalışmanın ilk aşamasında, YB’ye özgü obsesif inançları değerlendiren Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Türkçe örneklemine uyarlanmış ve psikometrik özellikleri 319 katılımcı üzerinden açımlayıcı faktör analizi (AFA), korelasyon analizi, hiyerarşik regresyon ve bağımsız örneklem için *t*-testi ile incelenmiştir. AFA sonucunda elde edilen dört faktörlü yapının, 263 katılımcıdan toplanan ikinci veriye uyumu ise doğrulayıcı faktör analizi aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bulgular ölçeğin Türkçe versiyonun YB’ye özgü obsesif inançları klinik olmayan Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir şekilde değerlendiren bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir. İkinci aşamada, YB’ye özgü obsesif inançların YB belirtileri ile ilişkisini ve bu ilişkide bilişsel birleşmenin ve duygusal sıkıntının rolünü incelemek amacıyla 559 katılımcıdan veri toplanmış ve düzenleyici aracılık analizleri gerçekleştirilmiştir. Bulgular YB’ye özgü obsesif inançların YB

belirtilerini yordadığını, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntıyı yordamadığını, YB'ye özgü obsesif inançların bilişsel birleşme ile etkileşiminin duygusal sıkıntıyı yordadığını ve duygusal sıkıntının YB belirtilerini yordadığını göstermiştir. Elde edilen sonuçlar alanyazın ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar, Bilişsel Birleşme, Duygusal Sıkıntı.



ABSTRACT

Master's Thesis

An Investigation on the Symptoms of Eating Disorders: The Roles of Cognitive Fusion and Emotional Distress on the Relationship between Disorder-Specific Obsessive Beliefs and Symptoms

Ezginur ÇELİK

Dokuz Eylül University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

Clinical Psychology Program

Eating Disorders (ED), characterized by excessive concern on eating, shape and weight, and distorted eating behaviors, have a high comorbite rate with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). The role of obsessive beliefs observed in both disorders has been emphasized to explain this rate. In literature, it is observed obsessive beliefs specific to ED were examined by the measurement tools developed to assess obsessive beliefs specific to OCD. However, it has been suggested investigating ED-specific obsessive beliefs by disorder-specific measurement tools could yield more valid results. For this aim, in the first phase of this study, Obsessive Beliefs Questionnaire-Eating Disorder Version assessing ED-specific obsessive beliefs was adapted to the Turkish sample, and its psychometric properties were investigated with 319 participants through exploratory factor analysis (EFA), correlation analysis, hierarchical regression, and independent samples *t*-test. The fit of the four-factor structure obtained from EFA to the second data collected from 263 participants were evaluated through confirmatory factor analysis. The results demonstrated its Turkish version was a valid and reliable measurement tool assessing ED-specific obsessive beliefs in a non-clinical Turkish sample. In the second phase, to investigate the relationship between ED-specific obsessive beliefs and ED-symptoms and the role of cognitive fusion and emotional distress on the relationship, moderated mediation analyses were conducted on 559 participants. The results showed ED-specific obsessive

beliefs predicted ED-symptoms, ED-specific obsessive beliefs did not predict emotional distress, the interaction of ED-specific obsessive beliefs with cognitive fusion predicted emotional distress and emotional distress predicted ED-symptoms. The findings obtained were discussed considering the literature.

Keywords: Eating Disorders, Eating Disorders-Specific Obsessive Beliefs, Cognitive Fusion, Emotional Distress.



**YEME BOZUKLUKLARI BELİRTİLERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME:
BOZUKLUĞA ÖZGÜ OBSESİF İNANÇLAR İLE BELİRTİLER ARASI
İLİŞKİDE BİLİŞSEL BİRLEŞME VE DUYGUSAL SIKINTININ ROLÜ**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xv
EKLER LİSTESİ	xvi
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
LİTERATÜR VE AMAÇ**

1.1. YEME BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	6
1.1.1. Yeme Bozukluklarında Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri	6
1.1.1.1. Anoreksiya Nervosa	6
1.1.1.2. Bulimiya Nervosa	8
1.1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	9
1.1.1.4. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu	10
1.1.1.5. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları	10
1.1.2. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi	10
1.1.3. Yeme Bozukluklarına Tanılar Üstü Bakış ve Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramı	12
1.2. YEME BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ORTAKLIKLARI	16

1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlgili Genel Bilgiler	17
1.2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun DSM-5-TR Tanı Kriterleri	17
1.2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Kuramı	18
1.2.2. Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Eşanı Oranları	20
1.2.3. Biyolojik Ortaklıklar	22
1.2.4. Psikolojik Ortaklıklar	22
1.2.5. Ölçüm Aracı Ortaklıkları	27
1.3. YEME BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER	32
1.3.1. Obsesif İnançlar	32
1.3.1.1. Abartılı Tehdit Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	32
1.3.1.2. Abartılı Tehdit Algısı ve Yeme Bozuklukları	34
1.3.1.3. Abartılmış Sorumluluk ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	35
1.3.1.4. Abartılmış Sorumluluk ve Yeme Bozuklukları	36
1.3.1.5. Düşüncelerin Aşırı Önemi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	37
1.3.1.6. Düşüncenin Aşırı Önemi ve Yeme Bozuklukları	39
1.3.1.7. Düşünce Kontrolünün Aşırı Önemi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	40
1.3.1.8. Düşünce Kontrolünün Aşırı Önemi ve Yeme Bozuklukları	41
1.3.1.9. Mükemmeliyetçilik ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	43
1.3.1.10. Mükemmeliyetçilik ve Yeme Bozuklukları	45
1.3.1.11. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Obsesif Kompulsif Bozukluk	47
1.3.1.12. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Yeme Bozuklukları	48
1.3.2. Duygusal Sıkıntı	51
1.3.2.1. Duygusal Sıkıntı ve Obsesif İnançlar	52
1.3.2.2. Duygusal Sıkıntı ve Yeme Bozuklukları	53
1.3.3. Bilişsel Birleşme	56
1.3.3.1. Bilişsel Birleşme ve Obsesif İnançlar	58
1.3.3.2. Bilişsel Birleşme ve Duygusal Sıkıntı	59
1.3.3.3. Bilişsel Birleşme ve Yeme Bozuklukları	61
1.4. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE AMACI	63

İKİNCİ BÖLÜM
OBSESİF İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-YEME BOZUKLUKLARI
VERSİYONU'NUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

2.1. YÖNTEM	69
2.1.1. Katılımcılar	69
2.1.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizine ve Diğer Geçerlik ve Güvenirlik	
Analizlerine Dahil Edilen Katılımcılar	69
2.1.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizine Dahil Edilen Katılımcılar	71
2.1.2. Veri Toplama Araçları	74
2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu	74
2.1.2.2. Obsesif İnançlar Ölçeği-44 (OİÖ-44)	74
2.1.2.3. Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OİÖ- YBV)	76
2.1.2.4. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13 (YBDÖ-13)	78
2.1.2.5. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21)	79
2.1.3. İşlem	80
2.1.4. İstatiksel Analizler	81
2.2. BULGULAR	86
2.2.1. Geçerlik Analizleri	86
2.2.1.1. Dil Geçerliğine Dair Bulgular	86
2.2.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizine Dair Bulgular	86
2.2.1.3. Uyum Geçerliğine Dair Bulgular	93
2.2.1.4. Ölçüt Bağıntılı Geçerliğe Dair Bulgular	96
2.2.1.5. Artımsal Geçerliğe Dair Bulgular	96
2.2.2. Güvenirlik Analizleri	99
2.2.2.1. Test-Tekrar Test Güvenirliğine Dair Bulgular	99
2.2.2.2. İç Tutarlılık Güvenirliğine Dair Bulgular	100
2.2.3. Doğrulayıcı Faktör Analizine Dair Bulgular	102

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
YEME BOZUKLUKLARINA ÖZGÜ OBSESİF İNANÇLAR İLE
BOZUKLUK BELİRTİLERİ ARASI İLİŞKİDE BİLİŞSEL BİRLEŞMENİN
VE DUYGUSAL SIKINTININ ROLÜNE DAİR MODEL TESTLERİ

3.1. YÖNTEM	109
3.1.1. Katılımcılar	109
3.1.2. Veri Toplama Araçları	112
3.1.2.1. Demografik Bilgi Formu	112
3.1.2.2. Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OİÖ-YBV)	113
3.1.2.3. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13 (YBDÖ-13)	114
3.1.2.4. Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği (PNDÖ)	116
3.1.2.5. Bilişsel Birleşme Ölçeği (BBÖ)	117
3.1.3. İşlem	117
3.1.4. İstatistiksel Analizler	118
3.2. BULGULAR	121
3.2.1. İlişki ve Grup Farkı Analizlerine Dair Bulgular	121
3.2.2. Model Analizlerine Dair Bulgular	125

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TARTIŞMA

4.1. OBSESİF İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-YEME BOZUKLUKLARI VERSİYONU'NUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ	135
4.2. YEME BOZUKLUKLARINA ÖZGÜ OBSESİF İNANÇLAR İLE BOZUKLUK BELİRTİLERİ ARASI İLİŞKİDE BİLİŞSEL BİRLEŞMENİN VE DUYGUSAL SIKINTININ ROLÜNE DAİR BETİMLEYİCİ ANALİZLER VE MODEL ANALİZLERİ	144
SONUÇ	154
KAYNAKÇA	163
EKLER	

KISALTMALAR

APA	American Psychiatry Association
BBÖ	Bilişsel Birleşme Ölçeği
bkz.	Bakınız
DASÖ-21	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
G-BDT	Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi
OİÖ-44	Obsesif İnançlar Ölçeği-44
OİÖ-YBV	Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKBÇG	Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu
Ort.	Ortalama
örn.	Örneğin
PNDÖ	Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği
SH	Standart Hata
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
YB	Yeme Bozuklukları
YBDÖ-13	Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13
YBOİ	Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar
YBT	Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük
YDKÖ	Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi
YM	Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik
YS/TA	Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Ölçeğin AFA ve Diğer Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinde Yer Alan Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	s. 70
Tablo 2: Ölçeğin DFA'sında Yer Alan Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	s. 72
Tablo 3: OİÖ-YBV Maddelerine Ait Ortaklık Varyans Değerleri	s. 88
Tablo 4: OİÖ-YBV Maddelerine Ait Faktör Yükleri	s. 89
Tablo 5: OİÖ-YBV Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının OİÖ-44 Toplam Puanı ve Alt Boyutları ile Arasındaki Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)	s. 93
Tablo 6: OİÖ-YBV Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının YBDÖ-13 Toplam Puanı ve Alt Boyutları ile Arasındaki Pearson ve Spearman Sıralı Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)	s. 94
Tablo 7: OİÖ-YBV Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının DASÖ-21 Alt Boyutları ile Arasındaki Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)	s. 95
Tablo 8: OİÖ-YBV'nin Ölçüt Bağımlı Geçerliği için Gerçekleştirilen Bağımsız Örneklemeler için <i>T</i> -Test Analiz Sonuçları	s. 96
Tablo 9: OİÖ-YBV'nin Artımsal Geçerliği için Gerçekleştirilen Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları - Toplam Puan ($N = 319$)	s. 97
Tablo 10: OİÖ-YBV'nin Artımsal Geçerliği için Gerçekleştirilen Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları - Alt Boyut Puanları ($N = 319$)	s. 98
Tablo 11: OİÖ-YBV Toplam Puan Üzerinden Gerçekleştirilen Test-Tekrar Test Güvenirlik Analizinin Betimleyici Bulguları ($N = 50$)	s. 100
Tablo 12: OİÖ-YBV Toplam Puan ve Alt Boyutlar için Cronbach Alfa Katsayıları	s. 100
Tablo 13: OİÖ-YBV Toplam Puanı ile Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)	s. 101
Tablo 14: OİÖ-YBV'nin Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları	s. 101
Tablo 15: Test Edilen Ölçek Faktör Yapısı için Elde Edilen Uyum İyiliği Göstergeleri ve Bu Değerlerin Mükemmel ve Kabul Edilebilir Sınır Değerleri	s. 103

Tablo 16: Modifikasyonlar Sonrasında Test Edilen Ölçek Faktör Yapısı için Elde Edilen Uyum İyiliği Göstergeleri ve Bu Değerlerin Mükemmel ve Kabul Edilebilir Sınır Değerleri	s. 105
Tablo 17: OİÖ-YBV Maddelerine Ait Faktör Yükleri (22 Maddeli)	s. 106
Tablo 18: OİÖ-YBV Toplam Puan ve Alt Boyutlar için Cronbach Alfa Katsayıları (22 Maddeli)	s. 107
Tablo 19: OİÖ-YBV'nin Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları (22 Maddeli; $N = 253$)	s. 107
Tablo 20: OİÖ-YBV Toplam Puan ile Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları (22 Maddeli; $N = 253$)	s. 108
Tablo 21: İkinci Aşamada Yer Alan Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı	s. 110
Tablo 22: İkinci Aşamada Yer Alan Değişkenlerin Pearson ve Spearman Sıralı Korelasyon Analiz Sonuçları ($N = 559$)	s. 122
Tablo 23: YB Belirtilerini Açıklamak için Gerçekleştirilen Çoklu Regresyon Analizi-İleriye Doğru Seçim Metodu Sonuçları ($N = 559$)	s. 123
Tablo 24: YBOİ ve YB için Gerçekleştirilen Bağımsız Örneklemeler için T -Test Analiz Sonuçları	s. 124
Tablo 25: Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnanç Alanlarından Duygusal Sıkıntıya Giden a-yolu ve Duygusal Sıkıntıdan Yeme Bozukluğuna Giden b/c'-yolu için Regresyon Değerleri ($N = 559$)	s. 133
Tablo 26: Düzenleyici Aracılık Model Analizleri Sonuçları - Özet ($N = 559$)	s. 134

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** Yeme Bozukluklarının Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli s. 16
- Şekil 2:** DFA’da Test Edilecek Ölçek Faktör Yapısı s. 84
- Şekil 3:** AFA Sonucunda Elde Edilen Scree Plot Grafiği s. 89
- Şekil 4:** Modifikasyonlardan Sonra Test Edilen Ölçek Faktör Yapısı, Faktör Yükleri ve Hata Kovaryans Katsayıları s. 104
- Şekil 5:** İkinci Aşamada Test Edilecek Düzenleyici Aracılık Modeli s. 120
- Şekil 6:** Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançların Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli s. 126
- Şekil 7:** Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi s. 126
- Şekil 8:** Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Öneminin Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli s. 127
- Şekil 9:** Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşüncenin Kontrolünün Önemi ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi s. 128
- Şekil 10:** Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının Bağımsız Değişken Olduğu Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli s. 129
- Şekil 11:** Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı ile Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi s. 129
- Şekil 12:** Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçiliğin Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli s. 130
- Şekil 13:** Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi s. 131
- Şekil 14:** Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Model s. 132
- Şekil 15:** Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizlik Tahammülsüzlük ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi s. 132

EKLER LİSTESİ

EK 1: İlk Aşama için Demografik Bilgi Formu	ek s. 1
EK 2: Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44)	ek s. 3
EK 3: Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OIÖ-YBV)	ek s. 4
EK 4: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13 (YBDÖ-13)	ek s. 5
EK 5: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21)	ek s. 6
EK 6: İkinci Aşama için Demografik Bilgi Formu	ek s. 7
EK 7: Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği (PNDÖ)	ek s. 9
EK 8: Bilişsel Birleşme Ölçeği (BBÖ)	ek s. 10
EK 9: İlk Aşama için Bilgilendirilmiş Onam Formu	ek s. 11
EK 10: İlk Aşama için Bilgilendirilmiş Onam Formu (DFA için)	ek s. 12
EK 11: İkinci Aşama için Bilgilendirilmiş Onam Formu	ek s. 13

GİRİŞ

Yeme, en temelinde bireylerin hayatlarını sürdürmek için yapmaları gereken bir eylemdir. Fizyolojik açlığı ortadan kaldırmak için yemek yeme zorunlu olsa da buna ek olarak hedonik açlığı ortadan kaldırmak için de bu eylem gerçekleştirilmektedir. Yemeyi duygularla olan bu tür etkileşimi yemeye psikolojik açıdan bakmanın da önemli olduğunu göstermektedir.

Yeme, her zaman haz verme veya keyif alma gibi olumlu durumlarla ilişkili değildir. Yeme davranışlarında ve bedene, kiloya ve yemeye dair tutumlarda bozulmaların sonucu olarak ciddi psikolojik problemler ortaya çıkabilmektedir. Yeme Bozuklukları (YB), bireylerin yeme davranışlarında bozulma ile giden ve kilo, beden ve yemeye dair aşırı endişe ile karakterize olan bir grup psikolojik rahatsızlığın genel adıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2022: 371). Ayrıca YB ciddi düzeyde duygusal sıkıntı yaratmakta ve işlevselliği düşürmektedir (APA, 2022: 393). Yemeyi kısıtlama, tıknırcasına yeme, diyet yapma, beden memnuniyetsizliği, kendini olduğundan daha kilolu/yağlı görme, kilo almaktan aşırı korkma, beden, kilo ve yeme ile ilgili aşırı endişe duyma bozulmuş yeme tutum ve davranışlarına örnek olarak verilebilmektedir.

YB erken yaşlarda gelişebilmektedir. Özellikle 15 ile 25 yaş aralığının YB geliştirmek için en riskli dönem olduğu bilinmektedir (Schmidt ve diğerleri, 2016: 314). YB belirtileri genellikle teşhis ve/veya tedavi edilmediği için zaman içinde kronikleşmekte, bu durum bireylerin iyileşme sürecini zorlaştırmaktadır. Bu süreçte bireyler oldukça ciddi fizyolojik problemlere sahip olabilmekte (Schmidt ve diğerleri, 2016: 315) ve hem fizyolojik hem de psikolojik zorluklar nedeniyle hayatlarını kaybedebilmektedir (Fichter ve Quadflieg, 2016: 391-401).

YB'nin yaygınlığı her geçen yıl artmaktadır (Wu ve diğerleri, 2020: 1-12). Batı ülkelerinde daha fazla görüldüğü düşünülse de son yıllarda Asya ülkelerinde de YB vakaları görülmektedir (Makino ve diğerleri, 2004: 49; Doudi ve diğerleri, 2013: 162-167). Türkiye'nin hem batı hem de doğu kültüründen etkilenen bir ülke olduğu düşünüldüğünde, YB yaygınlığının arttığı ülkelerden biri olması şaşırtıcı değildir (Yücel, 2009: 39-44). Bu sebeple, ülkemizde ve dünya genelinde görülen bu

bozukluğun tanı ve tedavi işlemleri için gerekli çalışmaları yapmak önem arz etmektedir.

YB'nin ortaya çıkış ve sürdürülme sürecinde tek bir nedenden bahsetmek mümkün değildir. Yapılan çalışmalar biyolojik, psikolojik, çevresel ve kişiler arası faktörlerin YB gelişiminde ve/veya sürdürülmesinde etkili olabileceğini ortaya koymaktadır (örn. Culbert ve diğerleri, 2015: 1187). Ek olarak, YB diğer psikopatolojilerle sıklıkla eştanı almaktadır (Blinder ve diğerleri, 2006: 454-462). Bu psikopatolojilerden biri Obsesif Kompulsif Bozukluktur (OKB; Mandelli ve diğerleri, 2020: 927-939). OKB; girici, istenmeyen ve ani bilişlerle karakterize obsesyonlar ve tekrarlı bir şekilde yapılan kompulsif davranışlar veya zihinsel eylemlerle seyreden bir bozukluktur (APA, 2022: 263). Obsesyonlar bireylerdeki duygusal sıkıntıyı arttırmakta ve bireyler başa çıkma stratejisi olarak kompulsif davranışlar ve/veya zihinsel eylemler gerçekleştirmektedir. OKB'nin bilişsel davranışçı kuramına göre girici ve istenmeyen bilişler herkeste görülebilirken, bu bilişlerin klinik obsesyonlara dönüşmesinde işlevsel olmayan inançların ve yanlış değerlendirmelerin rolü vardır (Rachman, 1997: 793). Bu çerçevede, Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG, 1997: 667-681) abartılı tehdit algısı, abartılmış sorumluluk, düşüncenin aşırı önemi, düşüncenin kontrolünün aşırı önemi, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük olmak üzere altı işlevsiz inanç alanı tanımlanmıştır.

OKB özelinde tanımlanmış olsa da diğer psikopatolojilerde de görülebildiği için obsesif inançların tanılar üstü bir kavram olduğu söylenebilir (İnözü ve diğerleri, 2022: 22-31). Obsesif inançların görüldüğü psikopatolojilerden bir tanesi de YB'dir (Perpiñá ve diğerleri, 2011: 108-126). Alanyazında bu inançların hem klinik hem de eşik altı düzeyde YB'de varlığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (örn. Shafran, 2002: 215-231; Lavender ve diğerleri, 2012: 788-795). Ayrıca bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının da obsesif inançlar ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Bardone-Cone, 2007:1977-1986). Öte yandan, obsesif inançların içeriğinin her bozukluk için farklılaştığı dikkat çekmektedir. OKB'de obsesyonların içeriği kirlenme/bulaşma, simetri ve başkasına zarar verme gibi temalarla ilgiliyken; YB'de obsesyonların içeriği yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilişkilidir. Diğer bir deyişle, obsesif inançların varlığı iki psikopatolojide de görülen ortak bir faktörken, obsesif inançların içeriği bozukluğa özgü olarak değişmektedir.

YB'nin tanılar üstü modeline (Fairburn ve diğerleri, 2003: 510) göre, YB tanılarının temelinde öz değerin yeme, beden, kilo ve bunları kontrol etme becerisi tarafından belirlenmesi yatmaktadır. Bu sebeple bireyler, kilo almaktan ve bedenlerindeki kiloya bağlı değişimlerden aşırı korkmakta ve bunların önüne geçmek için yemelerini kısıtlamakta ve/veya kilo kontrol davranışları sergilemektedir. Bu durum bireylerde önemli ölçüde düşük kiloya yol açabileceği gibi; stresli yaşam olayları, kişiler arası problemler gibi olumsuz durumlar karşısında tıknırcasına yeme nöbetleri de ortaya çıkarabilmektedir. Bu nöbetler sonrasında gerçekleştirilen telafi edici yeme, beden ve kilo kontrol davranışları ile bireyler, öz değerlerini korumaya çalışmaktadır. Yeme, kilo, beden ve bunların kontrolüyle aşırı zihin meşguliyeti OKB'de görülen girici, istenmeyen ve tekrarlı bilişlere benzerken; bu bilişler sonucunda ortaya çıkan kompulsif şekilde tartılma, beden kontrolü, besin alımını kısıtlama ve tıknırcasına yeme/kusma gibi YB'ye özgü davranışlar OKB'de görülen kompulsif davranışlarla benzerlik göstermektedir (Altman ve Shankman, 2009: 638-649; Swinbourne ve Touyz, 2007: 253-274; Levinson ve diğerleri, 2019: 7-8).

Duygusal sıkıntı, olaylar karşısında kızgınlık, üzüntü, iğrenme, korku ve suçluluk gibi duyguların ortaya çıktığı öznel bir deneyimdir (Gençöz, 2000: 19-26). Duygusal sıkıntı birçok psikopatoloji ile ilişkilidir. Örneğin, OKB'de görülen obsesif inançların yarattığı duygusal sıkıntıdan kurtulmak için kompulsif davranışlar veya zihinsel eylemler gerçekleştirilmektedir (APA, 2022: 265-266). Obsesif inançların duygusal sıkıntı yaratmasını etkileyen unsurlardan biri bu bilişlerin egoya uyumsuz içerikte olmasıdır (Lee ve Kwon, 2003: 11-29). Diğer bir deyişle, bu bilişler bireylerin ideallerine, inançlarına, seçimlerine ve beklentilerine ters olduğu için duygusal rahatsızlık yaratmaktadır. Alanyazında yer alan birçok araştırmadan elde edilen bulgular da obsesif inançlar ile duygusal sıkıntı arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir (örn. Abramowitz ve diğerleri, 2003: 1069-1079). Ek olarak, duygusal sıkıntı artışının OKB belirti düzeyindeki genel artışla olduğu bilinmektedir (Hacıomeroglu, 2020: 356). Benzer şekilde, duygusal sıkıntının YB gelişmesinde bir risk faktörü olduğu (Stice ve diğerleri, 2017: 45), YB belirtilerinde ve bozulmuş yeme davranışlarında görülen artış ile ilişkili olduğu savunulmaktadır (Bodell ve diğerleri, 2019: 69-73; Smyth ve diğerleri, 2007: 629-638).

Bilişsel birleşme, Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT) çerçevesinde kullanılan bir kavram olup, psikolojik katılığın altı boyutundan biridir. Bilişsel birleşme, bireyin bilişleriyle arasına mesafe koyamaması ve bunun bir sonucu olarak bilişlerinin gerçeklik olduğuna inanması olarak tanımlanmaktadır (Karakuş ve Akbay, 2020: 32). KKT'ye göre, olumsuz içsel yaşantılarla fazlaca birleşme, anda kalamama ve değerler yerine içsel yaşantılara göre hareket etme psikopatolojilerin gelişimine ve/veya sürdürülmesine yol açmaktadır (Strosahl, 2004: 209- 244). Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) aksine, KKT'de odaklanılan nokta bilişlerin içeriği değil bilişlere daha esnek yanıt verebilme becerisini arttırmaktır (Gaudiano ve Herbert, 2006: 415-437). Bilişlerle fazlaca birleşme ise bilişlere esnek yanıt vermeyi zorlaştırmaktadır.

Bilişsel birleşmenin duygusal sıkıntıyı arttırmak yoluyla psikolojik dayanıklılığı düşürdüğü ve bireyleri psikopatoloji geliştirmeye yatkın hale getirdiği bilinmektedir (Hayes, 2016: 869-885; Chen ve diğerleri, 2023: 100). Örneğin yeme, beden, kilo ve bunların kontrolünün aşırı önemi ile ilişkili bilişlerle fazlaca birleşme, diğer alanlara odaklanmayı azaltarak YB'den mustarip bireylerin öz değerini çoğunlukla bir alana göre değerlendirmesine neden olabilmektedir (Fogelkvist ve diğerleri, 2020: 29). Bu duruma verilebilecek bir diğer örnek, obsesif inançlarla fazlaca birleşme sonucunda kompulsif davranış sıklığının artmasıdır (Reuman ve diğerleri, 2018: 15-20).

Aktarılan bilgilerden hareketle obsesif inançlar, duygusal sıkıntı ve bilişsel birleşmenin YB belirtileri/bozulmuş yeme davranışları ile bağlantılı olduğu düşünülebilir. Bu noktada, söz konusu değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi, YB belirtilerini ortaya çıkaran ve/veya sürdüren düzeneklerin daha iyi anlaşılması açısından değerli olabilir. Öte yandan, alanyazında YB'de görülen obsesif inançları incelemek üzere yapılan kısıtlı sayıda çalışmalarda, genellikle OKB'de görülen obsesif inançları ölçmek için geliştirilen ölçüm araçlarının kullanıldığı dikkat çekmektedir. Ancak YB'de görülen obsesif inançların içerik olarak OKB'de görülen obsesif inançlardan farklı olması, bu araştırmalardan elde edilen bulguların geçerliğini sorgulatır niteliktedir.

Bu tez çalışmasının ilk amacı Obsesif İnançlar Ölçeği-44 (OIÖ-44) baz alınarak YB'ye özgü obsesif inançları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu'nu (OIÖ-YBV) Türkçeye

uyarlayarak ölçeğin psikometrik özelliklerini incelemektir. Bu ölçüm aracının ulusal alanyazına kazandırılmasının, ülkemizde konu ile ilgili yapılacak olan çalışmaların önünü açacağı ve konu ile ilgili daha geçerli bulguların elde edilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca bu ölçüm aracının OİÖ-44 ile paralel bir yapıda olmasının, YB ve OKB arasında obsesif inançlar ve diğer değişkenler açısından karşılaştırmalı çalışmalar yapılmasına zemin hazırlayacağı, böylelikle özellikle tanılar üstü doğadaki çalışmalara ivme kazandırabileceği de düşünülmektedir.

Bu çalışmanın ikinci amacı, YB'ye özgü obsesif inançlar ile YB belirtileri arasındaki ilişkide duygusal sıkıntının aracılık rolünü ve bilişsel birleşmenin düzenleyici rolünü incelemektir. Önerilen modele uygun olarak duygusal sıkıntının bu ilişkiye aracılık ettiğinin gösterilmesi, OKB ile YB'nin ortaya çıkışında ve/veya sürdürülmesinde benzer süreçlerin işliyor olabileceğine işaret edecektir. Böylelikle önerilen model, bu iki bozukluk arasındaki yüksek eşanı oranlarının açıklanmasına da katkı sunacaktır. Ayrıca test edilecek model sayesinde olası ortak obsesif inanç alanlarının belirlenmesinin, YB'de bu alanlara özgü müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir.

Bilişsel birleşmenin bu modele eklenmesi ise YB'de görülen bilişlerin egoya uyumlu ya da uyumsuz olup olmadığı konusundaki tartışmalara katkı sunabilir niteliktedir. Buna göre, YB'ye özgü obsesif bilişler egoya uyumlu ise bilişsel birleşme eğilimi yüksek olan bireylerde YB içerikli obsesif inançların ortaya çıkardığı duygusal sıkıntının azalacağı; ancak OKB'de olduğu gibi bu bilişler egoya uyumsuz ise bilişsel birleşme eğilimi yüksek olan bireylerde duygusal sıkıntının artacağı öngörülmektedir. Ayrıca bu kavramın modele eklenmesi ile BDT ve KKT yaklaşımları bir araya getirilmiş, böylelikle YB daha geniş ve bütüncül bir kuramsal çerçeveden açıklanmaya çalışılmıştır. YB'nin böyle bir bakış açısıyla ele alınıyor olmasının, tedavi sürecinin bireyselleşmesine, diğer bir deyişle bireye özgü durumlarda (örn. bilişsel birleşme düzeyinin yüksek olması) uygun müdahale yaklaşımlarının kullanılmasına, bu sayede daha etkili bir tedavi süreci geçirilmesine fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR VE AMAÇ

1.1. YEME BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Bu bölümde ilk olarak Yeme Bozukluklarının (YB) sınıflandırılma tarihçesi ve tanı kriterleri hakkında bilgi verilecektir. Sonrasında, YB'nin dünyadaki ve ülkemizdeki yaygınlığından bahsedilecek ve son olarak YB'nin Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramı hakkında bilgiler aktarılacaktır.

1.1.1. Yeme Bozukluklarında Sınıflandırma ve Tanı Kriterleri

1.1.1.1. Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya Nervosa'nın (AN) psikolojik bir bozukluk olduğuna dair bulgular 1694 yılına dayanmaktadır. O yıllarda AN, "Sinir Körelmesi" olarak isimlendirilmiştir ve hastalıklı bir ruh nedeniyle yemenin kısıtlanması olarak kavramsallaştırılmıştır (Morton'dan aktaran Dell'Osso ve diğerleri, 2016: 1651-1660). Ruhsal Bozukluklar için Sayımsal ve Tanısal El Kitabı - I'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-I]; APA, 1952: 30) ise AN nörolojik bir bozukluk sonucu yemeyi reddetme olarak kavramsallaştırılmıştır. Feighner ve diğerlerinin (1972: 57-63) yaptıkları çalışmada, AN için 25 yaşından önce bozukluğun başlaması, vücut ağırlığının %25'i kadar kilo kaybı, hastalığı reddetme, kilo kaybından keyif alma, ince olmayı aşırı arzulama, yiyeceklere ve yemeye dair anormal kuralların olması, kilo kaybının fiziksel bir rahatsızlığa atfedilememesi ve başka bir psikolojik bozukluğun olmaması gibi tanı kriterleri belirlenmiştir. DSM-III'te (APA, 1980: 69) AN için tanı kriterleri bu çalışma baz alınarak oluşturulmuştur (Deveci, 2020: 56). Zaman içerisinde yapılan çalışmalarla AN tanı kriterleri geliştirilmiş ve revize edilmiştir.

DSM-5-TR'de (APA, 2022: 381) AN için üç tanı kriteri belirtilmiştir. Bunlardan ilki, besin alımının kısıtlanması ve bunun sonucunda gelişimsel döneme, yaşa, cinsiyete ve fiziksel sağlığa uygun olmayacak ve önemli derecede düşük kiloya sahip olmaktır. Önemli derece düşük kilo, vücut kitle indeksinin (VKİ; vücut

ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilen bir gösterge) 17 ve altı olması durumudur. İkinci tanı kriteri, önemli derecede düşük kiloda olursa da kilo almaya ve/veya kilolu olmaya dair aşırı korku hissetme ve/veya kilo alımını önleyen davranışlarda bulunmaktır. Bu davranışlara örnek olarak kendini aç bırakma, aşırı egzersiz yapma ve kendini kusturma verilebilir. Son tanı kriteri, beden algısının bozularak kendini olduğundan daha kilolu görme, kendilik değerlendirmesinde kilonun ve beden şeklinin öneminin artması ya da düşük kilonun ciddiyetinin kavranamamasıdır. Bireylerin kendilik değerlerini kilo ve bedene göre belirlemeleri, kilo alma korkusunu güçlendirmektedir (Garner, 2002: 144). Bunun sonucunda beden kontrol (örn. aynada bedeni inceleme ve mezura ile beden bölgelerini ölçme) ve kilo kontrol (örn. aşırı egzersiz yapma, sık sık tartılma ve kendini kusturma) davranışlarının sıklığı artabilmektedir.

AN'nin iki alt tipi bulunmaktadır (APA, 2022: 382). İlki, Kısıtlayıcı Tip AN olarak adlandırılmakta ve son üç ayda tıkinırcasına yeme veya çıkarma davranışları göstermemiş olma ile karakterizedir. Diğer alt tip, Tıkinırcasına Yeme/Çıkarma tip AN olarak adlandırılmakta ve son üç ayda tıkinırcasına yeme veya çıkarma davranışları göstermiş olma ile karakterizedir. Çıkarma davranışlarına kendini kusturma, aşırı müshil, idrar söktürücü veya lavmanın kullanılması örnek olarak verilebilir. Kısıtlayıcı tip AN'de düşük kilo daha çok diyet, egzersiz veya kendini aç bırakma gibi davranışlar ile ilişkilirken Tıkinırcasına Yeme/Çıkarma tip AN'de düşük kilo çıkarma davranışları ile ilişkilidir.

AN, genellikle ergenlik veya erken yetişkinlikte ortaya çıkmaktadır (APA, 2022: 385). AN tanısı alan bireylerin çoğunun iyileşmesi 10 yıldan uzun sürmekte (Keel, 2010: 25-32) ve bireyler beraberinde birçok fiziksel rahatsızlık (örn. adet görmenin durması ve kemik mineral yoğunluğunun düşmesi) deneyimlemektedir. Ek olarak, sağlıklı popülasyona kıyasla AN tanısı almış bireylerin intihar etme oranları daha yüksektir (Brown ve diğerleri, 2015: 757-769). Ayrıca AN'de görülen ölüm oranları diğer YB tanılarına kıyasla daha yüksektir ve yaşa ve cinsiyete göre standardize edilmiş ölüm oranı (SMR) 5.33'tür (Fichter ve Quadflieg, 2016: 391-401).

1.1.1.2. Bulimiya Nervosa

Bulimiya Nervosa (BN), ilk olarak İngiliz psikiyatrist Gerald Russell tarafından “AN’nin kronik evresi” olarak tanımlanmış (1979: 429-448) ve BN ile ilgili temel tanı kriterleri (tıkınırcasına yeme ve sonrasında telafi davranışları gerçekleştirme) belirlenmiştir (Castillo ve Weiselberg, 2017: 85-94). BN ilk olarak DSM-III’te (APA, 1980: 15) “Bulimiya” olarak tanıtılmış ve tanı kriterlerinde tıkınırcasına yeme, çıkartma ve beden şekli ve kilo ile ilgili aşırı endişe yer almıştır. DSM-III-TR’de (APA, 1987:15) “Nervosa” terimi eklenmesiyle ismen revize edilse de tanı kriterleri açısından değişiklik herhangi bir değişiklik olmamıştır.

BN’nin tanı kriterlerinde DSM-5-TR’ye kadar ufak değişiklikler olmuştur. DSM-5-TR’de BN için beş tanı kriteri belirtilmiştir (APA, 2022: 388). Bunlardan ilki, tıkınırcasına yeme nöbetlerinin var olmasıdır. Tıkınırcasına yeme nöbetleri, benzer koşullarda ve belirli bir zaman aralığında çoğu kişinin yiyemeyeceğinden fazla besin tüketme ve bu tüketim esnasında yeme üzerinde kontrolü kaybetme ile karakterizedir. İkincisi, kilo almaktan kaçınmak için uygunsuz telafi davranışları gerçekleştirmektir. Kendini kusturma, laksatif kullanma, diüretik kullanma, kendini aç bırakma veya aşırı egzersiz yapma bu davranışlara örnek olarak gösterilebilir. Üçüncüsü, tıkınırcasına yeme nöbetlerinin ve uygunsuz telafi davranışlarının üç ay içinde en az haftada bir kez deneyimlenmesidir. Dördüncüsü, AN ile benzer şekilde, beden algısında bozulma ve kendilik değerlendirmesinde kilonun ve beden şeklinin öneminin artmasıdır. Sonuncu ise ayırıştırıcı bir tanı olarak BN’nin AN dönemleri dışında da ortaya çıkmasıdır.

AN gibi BN’de ergenlik veya erken yetişkinlikte başlamaktadır (APA, 2022: 390). Genellikle ilk tıkınırcasına yeme nöbeti, kilo vermek için yemenin kısıtlanmasını takiben ortaya çıkmaktadır. BN’nin davranışsal çıktıları Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma tipi AN’ye benzemektedir. Öte yandan AN ile farklı şekilde, tıkınırcasına yeme ve telafi davranışları birbirini dengelediğinden bireyler genellikle normal kilo aralığındadır (Fairburn ve diğerleri, 2003: 519). AN’de olduğu gibi BN’de de fiziksel sağlık problemleri ortaya çıkmaktadır. Kendini kusturma gibi telafi davranışlarının sık sık ve uzun süreli yapılması dış kaybına, reflüye ve elektrolit veya sıvı anormalliklerine; laksatif kullanımının fazlalığı ise uzun vadede bağırsak problemlerine yol açmaktadır. Nadir görülen ancak ölümcül olabilecek özofagus

yırtıkları, mide yırtılması ve düzensiz kalp ritmi de uygunsuz telafi davranışları nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Bu problemlerin bazıları uygun tedaviler ile ortadan kalksa da bazıları kalıcı hale gelebilmektedir (Mehler ve Rylander, 2015: 12). Ek olarak, BN tanısı almış bireyler için SMR'nin 1.49 olduğu belirtilmiştir (Fichter ve Quadflieg, 2016: 391-401).

1.1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

DSM-IV-TR'de (APA, 2000: 759) bir bozukluk olarak tanımlanmayan Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), "Ek B:Gelecek Çalışmalar için Kriter Setleri ve Eksenler" bölümünde yer almış ve yalnızca Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları tanı kategorisi kullanılarak teşhis edilebilmiştir. TYB, DSM-5'te (APA, 2013: 350) ile defa ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almıştır.

DSM-5-TR'de TYB için beş tanı kriteri belirlenmiştir (APA, 2022: 393). Bunlardan ilki, tıkınırcasına yeme nöbetlerinin var olmasıdır. İkincisi, tıkınırcasına yeme nöbetlerinin (1) normalden hızlı yeme, (2) rahatsız edici derecede doyana kadar yeme, (3) fiziksel olarak aç hissetmezsen büyük miktarda yeme, (4) yemek miktarından utanıldığından yalnız yeme ve (5) yedikten sonra kendinden iğrenme, depresif veya suçluluk hissetme özelliklerinden en az üçünü karşılamasıdır. Üçü tanı kriteri tıkınırcasına yemeye belirgin bir sıkıntının eşlik etmesiyken dördüncü tanı kriteri BN'de olduğu gibi tıkınırcasına yeme nöbetlerinin üç ay içinde haftada en az bir kez ortaya çıkmasıdır. Son tanı kriteri ise ayrıcı özellikler olarak uygunsuz telafi davranışlarının hiçbir zaman ortaya çıkmaması ve tıkınırcasına yeme nöbetlerinin AN ve BN gidişi sırasında görülmemesidir.

TYB, her yaşta ortaya çıkabilmektedir; ancak TYB için tedaviye başvuranların AN ve BN için tedavi başvuranlardan daha yaşlı olduğu bilinmektedir (APA, 2022: 395). Ayrıca TYB için tedavi sonrası yinelenme (relapse) oranı, AN ve BN'ye göre daha düşüktür (Brown ve diğerleri, 2015: 757-769). Ek olarak, TYB; hipertansiyon, kronik diyabet, sırt ağrısı, kronik baş ağrısı ve obezite gibi birçok fiziksel rahatsızlığı beraberinde getirirken (Kessler ve diğerleri, 2013: 904-914) TYB tanısı almış bireyler için SMR'nin 1.50 olduğu belirtilmiştir (Fichter ve Quadflieg, 2016: 391-401).

1.1.1.4. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bu tanı kategorisi, diğer hiçbir tanı için gerekli kriterlerin tam olarak karşılanmadığı; ancak beslenme ve yeme bozuklukları belirtilerinin deneyimlendiği, bu belirtilerin işlevsellikte düşüşe neden olduğu veya belirgin düzeyde duygusal sıkıntı yarattığı durumlarda kullanılmaktadır (APA, 2022: 396-397). Belirgin bir kilo kaybı olmasına rağmen kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlarda ya da bu sınırların üzerinde olması durumu Atipik AN; tıknırcasına yeme nöbetlerinin ve uygunsuz telafi edici davranışların üç aydan kısa sürede ve/veya haftada birden daha az olması durumu BN (düşük sıklıkta ve/veya kısıtlı zaman aralığında); tıknırcasına yeme nöbetlerinin üç aydan kısa sürede ve/veya haftada birden daha az olması durumu TYB (düşük sıklıkta ve/veya kısıtlı zaman aralığında); tıknırcasına yeme nöbetleri olmadan, beden ağırlığını ve biçimini etkilemek amacıyla yineleyen çıkarma davranışının varlığı Çıkarma Bozukluğu; uykudan uyanıp yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra çok fazla yiyecek tüketme ile karakterize olan yineleyici gece yemek yeme nöbetleri ise Gece Yemek Yeme Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.

1.1.1.5. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu tanı kategorisi, (1) işlevsellikte bozulmaların olduğu; ancak hiçbir tanı kriteri tam olarak karşılanmadığında, (2) neden bir tanı verilmediği açıklanmak istenmediğinde veya (3) spesifik bir tanı koymak için bilgiler eksik olduğunda kullanılmaktadır (APA, 2022: 398).

1.1.2. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Bireylerin kendini saklama eğilimleri nedeniyle bir psikopatolojinin yaygınlığı hakkında kesin bilgilere her zaman ulaşılamamaktadır (Hoek ve Van Hoeken, 2003: 383-396). Öte yandan Qian ve diğerleri (2021: 415-428) tarafından YB'nin yaygınlığını inceleyen bir meta analiz çalışmasında YB'nin hayat boyu yaygınlığının %0.91, 12-aylık yaygınlığının %0.43; herhangi bir YB tanı kategorisi için ise hayat boyu yaygınlığın %1.69, 12-aylık yaygınlığın %0.72 olduğu raporlanmıştır. Tanı

özelinde incelendiğinde, AN için hayat boyu yaygınlığın %0.16, BN için %0.63 ve TYB için %1.53 olduğu bulgulanmıştır.

YB'nin yaygınlığının her geçen yıl arttığı bilinmektedir (Uluslararası Yeme Bozuklukları Derneği [NEDA], 2013: 8). Wu ve diğerleri (2020: 1-12), “Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2017 (Global Burden of Disease Study 2017)” verileri ile yürüttükleri bir çalışmada, 1990'dan 2017 yılına kadar YB'nin yaygınlığının %0.65; tanı özelinde incelendiğinde AN'nin yaygınlığının %0.44 ve BN'nin yaygınlığının %0.71 oranında arttığını raporlamışlardır.

Yalnızca tanı kategorisi olarak değil bozulmuş yeme davranışları olarak yaygınlık çalışmaları yürütülmüştür. Örneğin, Azzeh ve diğerleri (2022: 5234) tarafından bozulmuş yeme davranışlarının yaygınlığını araştıran 19 çalışmanın (N = 16.288; %65.5'i kadın) incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında, bu oranın %6.1 ile %73.3 arasında olduğu görülmüştür. Batı ülkelerinde bu oranın %11 ile %26 arasında değiştiği, Cezayir'de %15.2, Japonya'da %10.3 ve Tayvan'da %10.4 olduğu bulunmuştur (Makino ve diğerleri, 2004: 49; Nishizawa ve diğerleri, 2003: 189-196; Tsai ve diğerleri, 2001: 477-486).

Türkiye, YB'nin ve bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının yaygınlığının arttığı ülkelerden biridir (Yücel, 2009: 39-44). Vardar ve Erzengin (2011: 205-212) tarafından yürütülen ve 2907 lise öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, YB için yaygınlığın %2.33, AN için %0.034, BN için %0.79 ve Atipik YB için %1.51 olduğu bulunmuştur. Bu yaygınlık çalışması, Türkiye'de yapılan yaygınlık çalışmaları arasında en yüksek örneklem sayısına sahip olan çalışmalardan biri olması nedeniyle oldukça önemlidir. Diğer yüksek örneklem sayısına sahip olan çalışmalardan biri Semiz ve diğerleri (2013: 149-157) tarafından 18-44 yaş aralığındaki 1122 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucunda katılımcıların %1.52'sinin YB'ye sahip olduğu; katılımcıların %0.63'nün BN tanısı alabilecek ve %0.89'unun TYB alabilecek düzeyde YB belirtileri geliştirdiği görülmüştür. Uzun ve diğerleri (2006: 123-126) tarafından yürütülen ve 414 kadın üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer çalışmada ise bozulmuş yeme tutum ve davranışları için yaygınlığın %17.1; AN ve BN için yaygınlığın %0.5 olduğu görülmüştür.

Bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının yaygınlığı genellikle Yeme Tutum Testi-40 (YTT-40; Garner ve Garfinkel, 1979: 273-279) kullanılarak

gerçekleştirilmektedir. Bu ölçüm aracından 30 puanın üstü alanların YB geliştirme açısından risk grubunda olduğu belirtilmektedir. Ünsan ve diğerleri tarafından (2010: 100-112) 909 lise öğrencisine bu ölçüm aracı uygulanmış ve öğrencilerin %18.8'inin YB geliştirme açısından riskli grupta olduğu görülmüştür. Oğur ve diğerleri tarafından (2016: 14-26) 294 üniversite öğrencisi ile yürütülen ve YTT-40'ın kullanıldığı bir diğer çalışmada, kadın katılımcıların %11.9'unun ve erkek katılımcıların %14.9'unun YB geliştirme açısından risk grubunda olduğu bulunmuştur. YTT-26 (kesme puanı = 20; Garner ve diğerleri, 1982: 871-878) kullanılarak gerçekleştirilen ve 1359 genç yetişkin ile yapılan bir diğer çalışmada, kadınların %19.3'ünün ve erkeklerin %19.4'ünün YB geliştirebileceği görülmüştür (Sanlier ve diğerleri, 2017: 623-631). Aynı çalışmada, YB geliştirme açısından risk grubunda olanların %22.4'ü yeme bağımlılığı geliştirmeye yatkınken risk grubunda olmayanların yalnızca %7.2'sinin yeme bağımlılığı geliştirmeye yatkın olduğu raporlanmıştır. Görüldüğü üzere, Türkiye'de yapılan yaygınlık çalışmalarının çoğu sağlıklı lise ve üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle, Türkiye'de genel popülasyon için YB'nin yaygınlığı hakkında kesin bir bilgiye ulaşılamamaktadır.

Özetle, bireylerin kendilerini saklama eğilimlerinden dolayı epidemiyoloji çalışmaları gerçekleştirmek ve kesin sonuçlar elde etmek zordur. Öte yandan, YB ve bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının yaygınlığının Türkiye de dahil olmak üzere birçok ülkede arttığı yapılan birçok çalışma ile desteklenmiştir. Bu durum hem klinik hem de eşik altı düzeyde YB'de görülebilen risk faktörlerini incelemenin ve bu faktörlere uygun tedavi uygulamalarını geliştirmenin önemini göstermektedir.

1.1.3. Yeme Bozukluklarına Tanılar Üstü Bakış ve Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi Kuramı

Psikiyatrik tanı alan bireylerin yarısından fazlası ikincil bir tanı almaktadır (Kessler ve diğerleri, 2005: 617-627). Geleneksel yaklaşıma göre, her bir bozukluk için ayrı tedavi süreci yürütülmesi gerekmektedir. Öte yandan, psikolojik bozukluklar için geliştirilen tanımlar üstü yaklaşıma göre, bireylerin duygusal sıkıntısını sürdüren ortak psikolojik süreçler vardır ve bu sebeple iyi ve etkili bir tedavi sürecinde tanı kategorilerine bağlı kalmadan bu süreçlere odaklanılmalıdır (Mansell ve diğerleri,

2009: 6-19). Geleneksel yaklaşıma kıyasla tanılar üstü yaklaşım, psikolojik bozuklukların klinik uygulamasındaki karmaşıklığını, boyutsallığını ve eşanlılığını açıklamada daha iyi bir çerçeve sunmaktadır (Dalglish ve diğerleri, 2020: 179).

Fairburn ve diğerleri (2003: 519-522), YB’de yer alan tanı kategorilerindeki ortak özelliklerden ve tanı kategorileri arasındaki çapraz geçişlerden yola çıkarak YB’nin sürdürülmesinde ortak mekanizmaların rol oynayabileceğini öne sürmüş ve tanılar üstü bir bakış açısıyla Yeme Bozukluklarının Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT) modelini geliştirmişlerdir. Bu modele göre, YB’nin temelinde bireylerin kendilerini işlevsel olmayan şemaları kullanarak değerlendirmeleri yatmaktadır. Bu şema; yeme, beden ve kilonun ve bunların kontrolünün kendilik değerine olan etkisi ile ilişkilidir. Bu değerlendirme, YB gelişiminde temel psikopatolojisi olarak kavramsallaştırılmıştır (Fairburn, 2008: 31). Sağlıklı bireyler genellikle kendilerini ilişkilerinin kalitesi, iş, ebeveynlik, sportif yetenek gibi yaşamın çeşitli alanlarındaki performanslarına göre değerlendirirken YB tanısı alan bireyler kendilerini büyük ölçüde yemelerine, bedenlerine veya kilolarına (ve genellikle üçü de) ve bunları kontrol etme yeteneklerine göre değerlendirmektedir. Bu temel psikopatoloji, klinik ve sağlıklı örnekleme birbirinden ayıran en temel özelliklerinden biridir.

Temel psikopatoloji, YB’de yer alan tüm tanı kategorilerinde ortak olduğu için YB’nin “bilişsel bozukluk” olduğu öne sürülmüştür (Fairburn, 2008: 31). Buna sahip olan bireyler yeme, beden ve kilolarını yoğun şekilde kontrol etmeye çalışmakta veya bunlardan kaçınmaktadır. Sürekli tartılma, sık sık aynada bedene bakma, sıkı diyet kuralları benimseme kontrol davranışlarına örnek olarak verilirken tartılmaktan kaçınma, sürekli bol kıyafetler giyme ve belirli (genellikle yüksek kalorili) yiyecekleri yememe kaçınma davranışlarına örnek olarak verilebilir. Bu alandaki kontrol ve kaçınma davranışların gerçekleştirilmesi kontrolün sağlandığını gösteren kanıtlar olarak değerlendirilmektedir. Tüm bu süreçler, temel psikopatolojiyi pekiştirmekte ve YB’nin sürdürülmesine sebep olmaktadır.

Tanılar üstü bakış açısı ve G-BDT, temelini BN’nin bilişsel davranışçı modelinden almaktadır (Fairburn ve diğerleri, 1993: 361-404). Bu modele göre, temel psikopatolojiye sahip bireyler, yeme, beden ve kiloyu kontrol amacıyla katı diyet ve telafi edici olmayan kilo kontrol davranışlarını gerçekleştirmektedir. Katı diyet

kurallarına en ufak bir uyumsuzluk bile bireylerin kendini kontrol edemediğinin kanıtı olarak yorumlanmaktadır. Bunun sonucunda bireyler geçici olarak katı diyet kurallarını bırakarak tıknırcasına yeme nöbetleri deneyimlemektedir. Bireyler tıknırcasına yedikten sonra telafi edici davranışları (örn. kendini kusturma, aşırı egzersiz ve laksatif kullanımı) gerçekleştirerek kontrolü tekrar ele almaya çalışmaktadır. Diyet kurallarına uymama veya tıknırcasına yeme nöbetleri, olumsuz durum veya duygudurum sonucunda ortaya çıkabilmektedir.

Daha önce belirtildiği gibi YB ‘de yer alan tanı kategorilerinde, aynı temel psikopatoloji ve benzer bozulmuş yeme tutum ve davranışları vardır. Örneğin, AN’nin tıknırcasına yeme tipinde BN’de olduğu gibi katı diyet kısıtlaması ve kilo kontrol davranışları, tıknırcasına yeme nöbetleri, kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanımı ve aşırı egzersiz yapma gibi bozulmuş yeme davranışları görülmektedir. Öte yandan, AN’nin kısıtlayıcı tipinde az yeme, normalin çok altında VKİ’ye sahip olma ve fiziksel ve psikososyal problemlere sahip olma; katı diyet kısıtlamasını ve kilo kontrol davranışlarını tetiklemekte ve belirgin derece düşük kilo ortaya çıkmaktadır. Belirgin derecede düşük kiloda olma; yemekle aşırı uğraşma, sosyal içe çekilme, artmış doygunluk ve artmış takıntılık olarak günlük yaşama yansımaktadır. Bu özellikler, AN’nin kısıtlayıcı tipini BN’den ayıran özelliklerdir. Tanılar üstü model geliştirmek amacıyla, BN’nin bilişsel davranışçı modeli, AN’nin kısıtlayıcı tipini de içine alacak şekilde revize edilmiştir (bkz. Şekil 1, Fairburn ve diğerleri, 2003: 523).

Bu modele ek olarak, YB’nin sürdürülmesinde dört ek mekanizma yer almaktadır (Fairburn ve diğerleri, 2003: 515). İlk mekanizma, olumsuz sonuçlara rağmen kişisel olarak zorlu standartlara ulaşma çabası ve bu standartlara ulaşmanın aşırı değerlendirilmesi olarak tanımlanan klinik mükemmeliyetçilik (Shafran ve diğerleri, 2002: 786). Klinik mükemmeliyetçiliğe sahip bireyler, öz değerlerini büyük ölçüde zorlu hedeflere ulaşma çabasına ve bunları karşılamadaki başarısına göre değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme biçimi, doğası gereği yeme bozukluklarının temel psikopatolojisine benzemekte ve her ikisi de öz değerlendirme için işlevsiz sistem örnekleridir.

İkinci mekanizma, düşük benlik saygısıdır. YB’nin hem klinik hem de eşik altı düzeyinde yeme, beden ve kilonun kontrol edilemediği durumlarda, benlik için koşulsuz ve yaygın olumsuz yargılar ortaya çıkmaktadır. Düşük benlik saygısı, (1)

bireylerde değişme kapasiteleri konusunda umutsuzluk yaratarak tedaviye uyumlarını zayıflatmaya ve (2) yeme, beden ve kilo kontrolüyle meşguliyeti arttırarak tedavi seyrini kötüleştirmeye yol açmaktadır. Fairburn ve diğerlerine (2003: 517) göre, bu durum bir döngü halinde devam etmektedir çünkü aşırı genelleme ile algılanan herhangi bir başarısızlık tamamen insan olarak başarısızlık şeklinde yorumlanmakta ve genel olumsuz ön yargılar pekişmektedir.

Diğer bir mekanizma hem olumlu hem de olumsuz yoğun duygusal durumlarla işlevsel şekilde başa çıkmada yetersizlik olarak tanımlanan duyguduruma tahammülsüzlüktür (Fairburn ve diğerleri, 2003: 517-518). BN'nin bilişsel davranışçı modeline göre, olumsuz duygudurumların diyet kısıtlamasını ve tıknırcasına yemeyi etkilemektedir. Duygudurum tahammülsüzlüğü yaşayan bireylerin duygudurumdaki değişiklikleri kabul etmesi ve bunlarla işlevsel şekilde başa çıkması zordur. Bu sebeple genellikle işlevsiz duygudurum düzenleyici davranışlar kullanılmaktadır. Kendini yaralama, yumruklama veya yakma gibi kendine zarar verme veya sakinleştirici ilaçlar gibi psikoaktif maddeler kullanma bu davranışlara örnek olarak verilebilir. Ek olarak, tıknırcasına yeme, kendi kendini kusturma ve yoğun şekilde egzersiz yapma da duygudurumu düzenlemek için geręekleřtirilen davranışlardır. YB tanısı almış ve duygudurum tahammülsüzlüğüne sahip bireylerde bu tür davranış biçimleri alışılmış duygudurum düzenleme araçları haline gelmekte ve bu durum YB'nin sürdürölmesinde rol oynamaktadır.

Son mekanizma, kişiler arası ilişkilerde deneyimlenen zorluklardır. Fairburn ve diğerleri (2003: 518), kişiler arası süreçlerin çeşitli şekillerde YB'nin sürdürölmesine yol ağıtığını savunmaktadır. Örneğin, ailesinde YB tanısı alan bireylerin olması veya ince olma baskısının olduğu mesleğe sahip olma gibi bazı kişiler arası faktörler yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile aşırı meşguliyeti arttırmaktadır (Fairburn ve diğerleri, 2003: 518). Diğer bir örnek, uzun süren kişiler arası zorluklar, bireylerin yeme, beden ve kiloyu kontrol etmede başarı gibi değer verdikleri hedeflere ulaşmalarını zorlaştırarak benlik saygısını düşürmektedir. Ek olarak, kişiler arası psikoterapi, süregelen kişiler arası zorlukların üstesinden gelinmesine ve yeni kişisel fırsatlar yaratarak yaşamın kişiler arası yönlerinin öz değerlendirme sisteminde daha geniş yer tutmasına ve yeme, beden ve kiloya ve bunların kontrolünün sistemdeki yerini daraltmaya fayda sağlamaktadır. Bu

sebeplerle, Fairburn ve diğerleri (2003: 518) kişiler arası psikoterapinin YB'nin tedavisine fayda sağlayacağını savunmuştur.

Şekil 1: Yeme Bozukluklarının Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi Modeli



Kaynak: Fairburn ve diğerleri, 2003: 523.

1.2. YEME BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK ORTAKLIKLARI

Psikopatolojiler için uzun yıllardır kategorik sınıflama yöntemi oluşturulmuş ve psikopatolojileri açıklamak ve tedavi etmek için belirtiyeye dayalı bir değerlendirme ve tanı sistemi kullanılmıştır. Öte yandan son zamanlarda tanılar üstü bakış açısı psikopatolojileri açıklamak için yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu bakış açısına göre, birçok psikopatolojide görülen ortak biyolojik, psikolojik, davranışsal ve kişiler arası belirtiler incelenmelidir (Özdemir ve Hacıömeroğlu, 2023: 307-322). Bu sayede, psikopatolojileri sürdüren ortak mekanizmaları ve risk faktörlerini belirleyerek eşanlılığın daha iyi açıklanacağı vurgulanmaktadır.

Bu çerçeveden bakıldığında yüksek eşanı oranlarına sahip olan YB ve OKB için ortak etiyolojik ve/veya sürdürücü faktörleri belirleme ve tedavide bu faktörlere odaklanan müdahaleleri kullanma, tedavinin seyrini olumlu yönde etkileyeceği

öngörülmektedir (Brown ve Barlow, 2005: 551-556). YB ve OKB'nin yüksek eşanı oranları, iki bozuklukta görülen biyolojik ve psikolojik faktörler ile açıklanabilmektedir. Bu bölümde, OKB ile ilgili genel bilgiler verildikten sonra, OKB ve YB eşanı oranları ve eşanlılığa etki eden bu faktörler detaylıca ele alınacaktır. Sonrasında, iki bozukluğa ait ortak ölçüm araçları hakkında bilgiler verilecektir.

1.2.1. Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlgili Genel Bilgiler

1.2.1.1. Obsesif Kompulsif Bozukluğun DSM-5-TR Tanı Kriterleri

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar kümesinde yer alan psikopatolojilerden bir tanesidir. DSM-5-TR'de OKB için dört tanı kriteri belirlenmiştir (APA, 2022: 265-266). Bunlardan ilki obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin görülmesidir. Obsesyonlar; ani, girici, istenmeyen, tekrarlı ve kaygı uyandıran bilişler (düşünce, dürtü ve imgeler) olarak tanımlanmaktadır. Bireyler bu bilişleri göz ardı etme, bastırma veya nötrleştirme eğilimindedir. Tekrarlı davranışlar veya zihinsel eylemler olan kompulsiyonlar ise kaygı azaltma veya istenmeyen sonuç ya da olayları önleme adına gerçekleştirilmektedir. İkincisi, obsesyonlara veya kompulsiyonlara harcanan zamanın fazla olması (örn. günde 1 saatten fazla) veya obsesyonların ve kompulsiyonların işlevsellikte düşüşe sebep olmasıdır. Diğer tanı kriterleri, OKB belirtilerinin ilaç/madde kullanımı, fiziksel rahatsızlık ve başka bir psikopatoloji sonucunda ortaya çıkmamış olmasıdır. Tanı kriterlerine ek olarak, bireylerin içgörü düzeyleri de incelenmektedir. Obsesyonlarının ve korkularının gerçek olduğuna inanma düzeyinin artması düşük içgörüye sahip olma anlamına gelmektedir. Düşük içgörünün OKB düzeyinde yükselme ve olumsuz tedavi seyri ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Manarte ve diğerleri, 2022: 4).

Obsesyonlar ve kompulsiyonlar çok çeşitli şekilde ortaya çıksa da birkaç genel tema olduğu belirlenmiştir (APA, 2022: 267-368). Bu temalar; temizlik, simetri, yasaklı düşünceler ve zarar verme olarak örneklendirebilir. Kirlenme obsesyonları sonrasında temizlik yapılması, simetri obsesyonları sonrası eşyaların sıralanması, dinsel obsesyonlar sonrası dua edilmesi ve başkasına zarar verme obsesyonları sonrası

kontrol davranışı gerçekleştirilmesi obsesyon ve kompulsiyon temalarının ilişkisine örnek olarak verilebilir.

OKB, genellikle geç ergenlikte başlasa da tanı almış bireylerin %25'inin 14 yaşından önce OKB'ye sahip olduğu raporlanmıştır (Brakoulias ve diğerleri, 2017: 79-86; APA, 2022: 267). OKB belirtilerinin başlaması ile tedavi alınması arasında yaklaşık beş yıl olduğu bilinmektedir (Matsumoto ve diğerleri, 2021: 1644-1649). Bu sürede belirtiler kronikleşerek hayat boyu OKB'ye sahip olma riski artmaktadır (APA, 2022: 267-268). OKB beraberinde migreni, tiroid ile ilgili hastalıkları ve solunum hastalıklarını getirebilmektedir (Witthauer ve diğerleri, 2014: 2016). Ek olarak, doğal veya doğal olmayan sebeplerden ölüm oranlarının OKB tanısı almış grupta genel popülasyona kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Meier ve diğerleri, 2016: 268-274).

OKB ile bozulmuş yeme davranışlarının ilişkili olduğu bilinmektedir. DSM-IV-TR'de (APA, 2000: 462) bozulmuş yeme davranışlarının kompulsif davranışlar olarak tanımlanabileceği ifade edilmiştir. Ek olarak, YB'de gerçekleştirilen kompulsif davranışların kilo almaya dair hissedilen aşırı korku hissetme ile başa çıkmak için gerçekleştirildiği savunulmaktadır (Schembri, 2010: 16). Öte yandan, DSM-5-TR'de (APA, 2022: 271) OKB ve YB için ayırıcı özellik olarak bireylerin OKB tanısı alabilmesi için yeme, beden ve kilo dışındaki alanlarda da obsesyonlara sahip olması gerektiği belirtilmiştir.

1.2.1.2. Obsesif Kompulsif Bozukluğun Bilişsel Davranışçı Kuramı

OKB'yi açıklayan modeller, bilişsel işlemedeki eksikliklere odaklanan genel eksiklik modelleri ve belirli işlevsiz inanç sistemlerine odaklanan inanç ve değerlendirme modelleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel eksiklik modellerinde, bireylerin herhangi bir tehdit veya obsesyonel endişeden bağımsız olarak akıl yürütme, öğrenme ve bellek görevleri ve bilgi işleme gibi becerilerde eksiklikleri olduğu vurgulanmaktadır (Taylor ve diğerleri, 2007: 9-29). İnanç ve değerlendirme modellerinde ise girici, istenmeyen ve tekrarlı bilişlerin herkeste görülebileceği ve normal bir durum olduğu savunulmaktadır (Rachman, 1997: 793). Bu bilişlerin klinik bir olgu olan obsesyonlara dönüşmesi, bilişlerin yanlış değerlendirilmesi ve bir tehdit

olarak görülmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu yanlış değerlendirme OKB'nin oluşmasına birincil düzeyde katkı sağlamaktadır (Taylor ve diğerleri, 2007: 9-29). Bilişlerin yanlış değerlendirilmesi sonucunda, bireylerdeki duygusal sıkıntı düzeyi yükselmekte ve bunu azaltmak amacıyla bireyler kompulsif davranışlar geliştirmektedir. Kompulsif davranışlar, duygusal sıkıntı düzeyini azalttığı için olumsuz pekiştirilmekte ve bu durum OKB'nin sürmesine neden olmaktadır.

Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG, 1997: 667-681), inanç ve değerlendirme modellerine (örn. Abartılı Sorumluluk Modeli, Salkovskis, 1985: 571-583; Zihinsel Kontrol Modeli, Clark ve Purdon, 1993: 161-167) ek olarak altı işlevsiz inanç alanı belirlemiştir. Bu işlevsiz inanç alanları şu şekilde tanımlanmıştır: (1) abartılı tehdit beklentisi: zararın ve olumsuz sonuçların ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğuna inanma eğilimi, (2) abartılı sorumluluk: girici bilişlerle ilişkili olan olumsuz olayları ve sonuçları engelleme sorumluluğuna sahip olduğuna inanma eğilimi, (3) düşüncenin aşırı önemi: girici bilişlerin anlamlı olduğuna, bu bilişlerin varlığının olumsuz olayın olma ihtimalini arttırdığına ve düşünme ile yapmanın ahlaki olarak eşdeğer olduğuna inanma eğilimi, (4) düşünce kontrolünün aşırı önemi: bilişlerin kontrol edilebilirliğine ve kontrol edilmesi gerektiğine inanma eğilimi, (5) mükemmeliyetçilik: mükemmelliğin zorunluluk olduğuna, her sorunun mükemmel bir çözümü olduğuna ve en ufak hataların bile ciddi olumsuz sonuçları olabileceğine inanma eğilimi ve (6) belirsizliğe tahammülsüz: belirsizliğin tehdit verici olduğuna, kesinliğin zorunluluk olduğuna ve belirsizliklerle başa çıkma becerisinin zayıf olduğuna inanma eğilimi. Bu inançlara sahip olan bireylerin, girici bilişleri yanlış değerlendirme ve işlevsel başa çıkma mekanizmalarını (kompulsiyonlar) kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu savunulmuştur (Freeston ve diğerleri'nden aktaran Clark, 2020: 108-134).

OKBÇG (1997: 667-681) bu obsesif inanç alanlarından mükemmeliyetçilik dışındaki alanların OKB için merkezi konumda olduğunu vurgulamıştır. Mükemmeliyetçilik için ise gerekli ancak yeterli değil ifadeleri kullanılmıştır çünkü mükemmeliyetçilik tanımlar üstü bir faktör olarak başka psikopatolojilerde de ortaya çıkmaktadır. Benzer şekilde, yapılan bir meta analiz çalışmasında belirsizliğe tahammülsüzlüğün tanımlar üstü bir faktör olduğu vurgulanmıştır (Rosser, 2019: 438-463). Ek olarak, kaygı ile ilgili psikolojik sıkıntılara belirsizliğe tahammülsüzlüğün

neden olduğu savunulurken, OKB ile alakalı psikolojik sıkıntılara bu faktörün neden olduğuna dair kısıtlı bulgular olduğu belirtilmiştir (Rosser, 2019: 438-463).

1.2.2. Yeme Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Eştanı Oranları

Eştanı (comorbity), iki bozukluğun aynı anda bireyde görülmesi olarak tanımlanmaktadır. İki bozukluk aynı risk faktörlerini paylaşabilir, birbirilerini ortaya çıkışını etkileyebilir; ancak birinin gelişmesi diğlerinin gelişmesine direkt olarak neden olmamaktadır. Örneğin, YB'ye sahip olma, diğ bozuklukları geliştirme konusunda risk faktörüyken, aynı şekilde, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığa sahip olmak da YB geliştirme konusunda risk faktörüdür (McGrath ve diğleri, 2020: 6; Plana-Ripoll ve diğleri, 2019: 259-270). Bunu destekler nitelikte, YB tanı kriterlerini karşılayan bireylerin %97'sinin hayatları boyunca en az başka bir bozukluk geliştirdiği bilinmektedir (Blinder ve diğleri, 2006: 454-462). YB'ye ek olarak başka bir bozukluğa sahip olma, hissedilen duygusal sıkıntıyı arttırmakta ve klinik seyrin ciddiyetini yükseltmektedir (Sallet ve diğleri, 2010: 315-325).

OKB, YB ile yüksek eştanı oranına sahip bozukluklardan biridir. OKB belirtilerinin YB'nin seyrini kötüleştirdiği ve tekrar etme olasılığını arttırdığı bilinmektedir (Carrot ve diğleri, 2017: 969-978; Berends ve diğleri, 2018: 445-455). Mandelli ve diğleri (2020: 927-939) tarafından YB ve OKB eştanı oranını inceleyen bir meta analiz çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, YB tanısı almış bireylerin %18'inin hayat boyu (lifetime) ve %15'inin şu anda (current) OKB tanısı aldığı bulunmuştur. Bozukluk özelinde incelendiğinde, bu oranlar sırasıyla AN için %19 ve %14; BN için %13 ve %9 olarak raporlanmıştır. Yürütölen bir diğ meta analiz çalışmasında, YB'ye sahip bireylerde hayat boyu bir kere OKB tanısı alma oranının %13.9 olduğu ve şu anda OKB tanısı alma oranının %8.7 olduğu raporlanmıştır (Drakes ve diğleri, 2021: 176-191). Ek olarak, prospektif izlem çalışmalarına göre, YB tanısı almış bireylerin %38'inin (AN için %44 ve BN için %19) OKB tanısı alabileceği savunulmuştur (Mandelli ve diğleri, 2020: 927-939). 326 ergen ile yapılan 2 yıllık boylamsal araştırma bir çalışmada ise YB ve OKB eştanı oranının %8.6 olduğu görölmüştür (Rojo-Moreno ve diğleri, 2015: 52-57).

Tanı alma sırası açısından incelendiğinde, birincil olarak AN tanısı almış bireylerin ikincil olarak OKB tanısı alma olasılığı, birincil olarak OKB almış bireylerin ikincil olarak AN tanısı alma olasılığından daha yüksek olduğu; OKB tanı almayanlara göre, OKB tanısı alanların AN tanısı alma riskinin 17 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Cederlöf ve diğerleri, 2015: 1076-1083). Ek olarak, OKB tanısı almış bireylerin %10.4 ila %22.9'unun YB tanısı almak için gerekli ölçek sınırının üzerinde puan aldığı görülmüştür (Tyagi ve diğerleri, 2015: 1-6). Ayrıca sağlıklı örnekleme kıyasla OKB tanısı almış bireylerin daha fazla YB belirtileri deneyimlediği ve YB tanısı alma olasılığının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (sırasıyla %1 ve %9; Bang ve diğerleri, 2020: 1-10).

YB tanısı almış bireylerin OKB tanısı almak için tanı kriterlerinin hepsini karşılamasa da belirli düzeyde OKB belirtileri deneyimledikleri (Meier ve diğerleri, 2020: 362-371) ve AN'nin tedavi sürecinde tedavinin birincil amacı olmasa da OKB belirtilerinde azalma olduğu görülmüştür (Meule ve Voderholzer, 2022: 106). Benzer şekilde, OKB tanısı almış bireylerin YB tanısı almak için tanı kriterlerinin hepsini karşılamasa da YB belirtileri deneyimledikleri görülmüştür (Ay ve Aytas, 2018: 139-142).

İki psikopatoloji arasındaki ortak faktörleri belirlemenin ve bu faktörlere uygun müdahale programları geliştirmenin, her bir psikopatoloji için ayrı ayrı tedavi süreci yerine ortak bir tedavi işleyişi sürdürmeye fayda sağlayacağı düşünülmektedir (Williams ve Levinson, 2020: 1-11). Simpson ve diğerleri (2012: 64-76) tarafından yürütülen çalışmanın bulguları bu hipotezi destekler niteliktedir. Bu çalışma kapsamında, OKB tedavisinde sıklıkla kullanılan Maruz Bırakma ve Tepki Önleme yöntemi yeme patolojisine uyarlanmış ve OKB ve YB eştanısı olan 56 katılımcı ile bu yöntem test edilmiştir. Çalışmanın bulgularında, her iki psikopatoloji düzeyinde anlamlı düzeyde azalma olduğu ve BN tanısı alanların AN tanısı alanlara göre daha fazla gelişme gösterdiği görülmüştür. Bu bulgular, iki bozukluğun birbirini etkilediğini ve iki bozukluğu aynı anda tedavi etmenin daha efektif bir tedavi strateji olacağını göstermektedir.

1.2.3. Biyolojik Ortaklıklar

YB ve OKB arasındaki ortak genetik faktörleri inceleyen epigenetik çalışmalar, çoğunlukla AN ve OKB özelinde yürütülmüştür. Yapılan çalışmalar, AN ve OKB arasındaki genetik ortaklığın göz ardı edilemeyecek düzeyde olduğunu göstermektedir. Örneğin, Cederlöf ve diğerleri (2015: 333-338) tarafından yürütülen bir çalışmada boylamsal analizler ile OKB tanısı alan bireylerin yakınları için genetik yakınlık arttıkça AN tanısı alma riskinin arttığı bulgulanmıştır. Ayrıca iki değişkenli ikiz modelleriyle OKB ve AN tanıları arasında orta düzeyde genetik örtüşme olduğu, OKB'yi açıklamada iki bozukluk arasındaki genetik faktörlerin etkisinin %17 olduğu ve AN'yi açıklamada iki bozukluk arasındaki genetik faktörlerin etkisinin %10 olduğu bulgulanmıştır. Ek olarak, AN tanısı almış 3495 ve OKB tanısı almış 2688 ve tanı almamış 18013 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada, AN ve OKB eştanı durumunu açıklayan ortak nörobiyolojik gen ifadeleri bulunmuştur (Yılmaz ve diğerleri, 2020: 2036-2046).

Son yıllarda, YB ve OKB arasındaki ortak genetik faktörler de incelenmeye başlanmıştır. Örneğin, Xu ve diğerleri (2019: 1761-1766) tarafından yürütülen bir çalışmada, YB tanısı almış 15, OKB tanısı almış 16 ve 102 sağlıklı katılımcının bozukluk-gen ilişkileri ve gen ifadeleri incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, 17 genden oluşan bir gen ağ yoluyla iki bozukluğun birbirini etkilediği ve birçok genin (örn. oksitosin reseptörü ve nöropeptit Y) OKB ve YB'de ortak olduğu bulgulanmıştır.

Nörobiyolojik faktörler açısından incelendiğinde, AN ve OKB'de serotonin alımı ile ilgili merkezi sinir sisteminde benzer nörobiyolojik farklılıklar olduğu ve her iki bozukluğun da Serotonin Gerilim İnhibitörleri ile başarılı bir şekilde tedavi edildiği belirtilmiştir (Hsu ve diğerleri, 1993: 305-318). Ek olarak, ön frontal loptaki benzer anormalliklerin oluşu, AN ve OKB'nin klinik görünümündeki benzerlikleri açıklar niteliktedir (Song ve diğerleri, 2021: 491).

1.2.4. Psikolojik Ortaklıklar

YB ve OKB'de görülen ortak psikolojik faktörler uzun zamandır hem klinik gözlem ile hem de çalışmalar ile incelenmektedir. İlk başlarda, AN "beden zayıflığı

(cachexia) ile giden kompulsif nevroz” olarak kavramsallaştırılmış ve kilo kaybına, kas kaybına ve yorgunluğa eşlik eden katı ve ritüelistik (törensel) davranışlar olarak karakterize edilmiştir (Du Bois, 1949: 107). YB’nin OKB’nin yeme ve inceliğe odaklı kültürel bir formu olduğu ve YB’nin “modern obsesif-kompulsif sendrom” olarak ele alınabileceği savunulmuştur (Rothenberg, 1986: 45). YB’nin bu şekilde kavramsallaştırılmasında yeme, beden ve kilo ile aşırı meşguliyetin; yemeyi, bedeni ve kiloyu kontrol etme ihtiyacının ve tekrarlı telafi davranışlarının varlığı göz önüne alınmıştır. Ayrıca DSM-5-TR’de sunulan ayırıcı tanı kriterlerine göre, bireylerin OKB tanısı almaları için yeme, beden ve kilodan başka alanlarda da obsesyonlara sahip olması ve kompulsif davranışlar gerçekleştirmesi gerekmektedir (APA, 2022: 271). Diğer bir deyişle, yalnızca yeme, beden ve kilo ve bunların kontrolü ile ilişkili obsesyonların ve/veya kompulsiyonların varlığı durumunda OKB tanısı yerine YB tanı kategorilerinden birinin düşünülmesinin daha uygun olduğu savunulmaktadır.

YB için Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluklarından biri olduğu belirtilmiştir (Allen ve diğerleri, 2003: 259-271). Bu spektrumda yer alan bozukluklar beden endişesi (Beden Algısı Bozukluğu, YB, Depersonalizasyon vb.), dürtü kontrolü (Patolojik Kumar, Trikotillomani, Sınırdaki Kişilik Bozukluğu vb.) ve nörogelişimsel bozukluklar (Otizm Spektrum Bozukluğu, Tourette Sendromu vb.) kategorilerinde toplanmakta, ortak obsesif-kompulsif özellikler göstermekte ve etiyolojilerinde, klinik görünümünde ve tedavi yanıtlarında ortaklıklar barındırmaktadır. Bu görüşe göre beden görünümü, beden duyuları, kilo veya beden hastalıkları ile ilgili girici bilişler veya tik, saç çekme, patolojik kumar gibi tekrarlı davranışlar; OKB ve diğer psikopatolojiler arasında örtüşen yönlerdir (Hollander, 1993: 99). Bu spektrumda yer alan bozukluklar, riskten kaçmanın bir uça (zorlayıcılık), risk arayışının (dürtüsellik) ise diğer bir uça konumlandığı bir boyutsallık üzerinde yer almaktadır. OKB riskten kaçma ucunun en sonunda yer alırken, AN onu takip etmekte, tıknırcasına yeme ise risk arayışı ucuna yakın konumlanmaktadır.

Psikolojik bozukları daha iyi anlamak, açıklamak ve iki bozuklukta ortak olan faktörleri belirlemek amacıyla son yıllarda ağ analiz çalışmalarına önem verilmektedir. Ağ analiz çalışmalarında, bozukluk düzeyinde değil belirti düzeyinde inceleme yapılmaktadır (Meier ve diğerleri, 2020: 362-371). Belirtilerin altında yatan bir hastalık olduğunu savunan geleneksel tıbbi bakış açısının aksine (örn. Grip olduğu

için ateşi çıkıyor, terliyor, yoruluyor); belirtilerden en güçlü/merkezi olanların diğerlerini tetiklemesiyle bozuklukların geliştiği savunulmaktadır. Bu nedenle en güçlü/merkezi bozukluk belirtilerini saptayarak bu belirtilere müdahalede bulunma, bozukluğun gelişmeden önlenmesine veya bozukluk geliştirse daha hızlı tedavi edilmesine fayda sağlayacağı belirtilmiştir (Cramer ve diğerleri, 2010: 137-150). Bu nedenle en güçlü/merkezi bozukluk belirtilerinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Ek olarak, iki bozukluk arasındaki köprü belirtiler (ortak faktörler) ağ analizi kullanarak belirlenmektedir (Borsboom ve diğerleri, 2011: 2). Bu belirtilerin belirlenmesi; tedavide ilk olarak bu belirtilere yönelik müdahalede bulunulmasına ve bu sayede tedavi seyrinin daha efektif ilerleyerek tedavi süresinin kısalmasına katkı sağlayabilmektedir.

Meier ve diğerleri (2020: 362-371) tarafından YB ve OKB belirtileri gösteren 303 katılımcı ile yürütülen bir ağ analiz çalışmasında hem YB hem de OKB için bilişsel faktörlerin davranışsal faktörlerden daha merkezi olduğu; YB için kilo alma korkusu, kilo, yeme ve beden endişesi ve diyet kısıtlamasının en merkezi belirtiler olduğu; OKB için obsesyonlar sonucu işlevsellikte bozulmanın (interference due to obsession) en merkezi belirti olduğu bulunmuştur. Ek olarak, obsesyonları kontrol etmekte zorlanma ile YB bilişleri (kilo almanın aşırı değerlendirilmesi, kontrol edememe korkusu ve diğerlerinin yanında yemek yemeden endişe duyma) arasındaki ilişkinin iki bozukluğu birbirine bağladığı görülmüştür. Vanzhula ve diğerleri (2021: 302-309) tarafından daha geniş bir örnekleme yürütülen bir diğer ağ analiz çalışmasında ($N = 1619$; klinik örneklem = 397 ve klinik olmayan örneklem = 1222), YB ve OKB arasındaki köprü belirtileri belirlemek adına hem YB-OKB ağına hem de YB-OKB-Mükemmeliyetçilik ağına bakılmıştır. YB-OKB ağında; düşünceleri kontrol etmede zorlanmanın (OKB belirtisi) diğerlerinin yanında yerken görülme endişesi (YB belirtisi) ve beden endişesi nedeniyle odaklanmada zorlanma (YB belirtisi) ile bağlantılı olduğu görülmüştür. Bu bulgudan hareketle, içerik farklı olsa da (örn. bulaşma ve kilo alma), düşünceleri kontrol etmede zorlanmanın her iki bozuklukta da görüldüğü ve düşünce içeriğinin değişmesiyle iki bozukluktan birinin veya her ikisinin gelişebileceği savunulabilir. YB-OKB-Mükemmeliyetçilik ağına ise basit şeylerden şüphe duymanın (doubts about simple everyday things) ve bir şeyi tekrar tekrar yapmanın (repeating things over and over) YB ile OKB belirtileri arasında köprü işlevi

gördüğü raporlanmıştır. Basit şeylerden şüphe duyma; düşünceleri kontrol etmede zorlanma (OKB belirtisi) ile kendini görünümüne göre değerlendirme (YB belirtisi) ve yemeye karşı suçluluk duyma (YB belirtisi) arasında köprü işlevi görürken; bir şeyi tekrar tekrar yapma, kontrol etme ile yeme kuralları arasında köprü işlevi görmektedir. Bu bulgu, maladaptif mükemmeliyetçiliğin YB-OKB ilişkisindeki rolünü gösterir niteliktedir. Ek olarak, iyi ve kötü numaralar hakkında obsesyonel düşünceler (OKB belirtisi) ile düz bir karna sahip olma arzusunun (YB belirtisi) ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca kontrol kompulsiyonları (OKB belirtisi) ile yiyecekler konusunda katı olma (YB belirtisi) arasında spesifik bir ağ yolu bulunurken biriktirme (OKB belirtisi) ile tıknırcasına yeme (YB belirtisi) arasında da bir ağ yolu bulgulanmıştır. Alanyazında bu konuda yapılmış bilinen son ağ analiz çalışması Kinkel-Ram ve diğerleri (2022: 647-669) tarafından 353 sağlıklı birey ile yürütülmüştür. Bu çalışmanın bulgularına göre, OKB ile ilişkili girici bilişler iki bozukluk arasında köprü işlevi görmezken; YB ile ilişkili girici bilişler bu işlev görmektedir.

YB ve OKB belirtileri arasındaki ikili ilişkiyi sürdüren süreçler incelendiğinde, YB'nin yiyecek ve zayıf olma obsesif bilişlerini içeren, kültüre özgü bir OKB türü olduğu savunulmaktadır (Rothenberg, 1986: 51-52). OKB'de görülen kompulsiyonlar gibi bozulmuş yeme davranışlarının da yeme, beden ve kilo ile ilgili bilişler sonucunda yükselen duygusal sıkıntıyı azaltmak için yapıldığı belirtilmiştir (Hartmann ve diğerleri, 2019: 349-358). Detaylıca bahsetmek gerekirse, G-BDT'de (Fairburn ve diğerleri, 2003: 510) yer alan ve merkezi bir konumda olan yeme, beden, kilo ve bunların kontrolüyle aşırı zihin meşguliyeti OKB'de görülen girici, istenmeyen ve tekrarlı bilişlere benzemekte ve bu bilişler sonucunda ortaya çıkan kompulsif şekilde tartılma ve beden kontrolü, besin alımını kısıtlama ve tıknırcasına yeme/kusma gibi YB'ye özgü davranışlar, OKB'de görülen kompulsif davranışlara benzerlik göstermektedir. Diğer bir deyişle, iki durumda da bireyler rahatsız edici bilişlerin yarattığı duygusal sıkıntıdan uzaklaşmak adına güvenlik ve kaçınma davranışları olarak kompulsif davranışlara başvurmaktadır (Altman ve Shankman, 2009: 638- 649; Swinbourne ve Touyz, 2007: 253-274). Bu benzerliklerin, YB'nin OKB belirtilerini veya OKB'nin YB belirtilerini sürdürmeye neden olabileceği ve böylece eşanlılığın devam edebileceği belirtilmektedir. Örneğin, egzersiz yapmaya başlayan birinin ritüelistik ve katı bir şekilde egzersiz yapması, zamanla egzersiz yaparken kalori

sayma ve sürekli belli bir sürenin üstünde egzersiz yapma davranışlarına ve en sonunda hayatındaki diğer alanlarda da kompulsif davranışlar geliştirmesine neden olabilir. Bunu destekler nitelikte, 358 sağlıklı örnekleme yapılan boylamsal bir çalışmada, OKB obsesyonlarının YB belirtilerini ve YB belirtilerinin de OKB obsesyonlarını yordadığı görülmüştür (Kinkel-Ram ve diğerleri, 2022: 9-16). Benzer şekilde, OKB’de görülen obsesyonların YB belirtileriyle (ince olma arzusu, beden memnuniyetsizliği, tıknırcasına yeme, çıkarma) ilişkili olduğu bulunmuştur (Levinson ve diğerleri, 2019: 3-7). Bu çalışmaya göre, çıkarma davranışındaki artış obsesif düşünme miktarındaki artışı yordarken; obsesif düşünme miktarındaki artış çıkarma davranışındaki azalmayı yordamaktadır. Bu bulguya dayanarak, çıkarma davranışının obsesyonları azaltmak adına yapılan bir güvenlik davranışı olduğu savunulmuştur.

OKB özelinde araştırılmaya başlanmış olsa da birçok bozuklukta obsesif inançların etkisinin olduğu görülmektedir (İnözü ve diğerleri, 2022: 22-31). Bunlardan bir tanesi de YB’dir (Perpiñá ve diğerleri, 2011: 108-126; Rawal ve diğerleri, 2010: 851-859). OKB ve YB tanısı almış bireylerle yürütülen bir çalışmada, iki grubun bazı obsesif inanç alanlarını (örn. düşüncelere aşırı önem verme, düşünce-eylem kaynaşması/olasılık ve belirsizliğe tahammülsüzlük) benzer düzeyde deneyimlediği; iki grubun obsesif düşünceyi deneyimleme sıklığı ve bunların yarattığı duygusal sıkıntı düzeyinin benzer olduğu ve obsesyonlarını kontrol etmek amacıyla kaygı kontrol ve düşünce kontrol stratejilerini kullandığı bulunmuştur (García-Soriano ve diğerleri, 2014: 194-195).

Kişilik özellikleri açısından incelendiğinde, nevrotiklik, mükemmeliyetçilik gibi kişilik yapılarının ve obsesiflik, şüphe duyma, kontrol etme, simetri ve tam olma ihtiyacı gibi obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin hem klinik hem de eşik altı düzeyde iki psikopatolojide de ortaya çıktığı görülmektedir (Pollack ve Forbush, 2013: 211-215; Samuels ve diğerleri, 2000: 457-462; Vanzhula ve diğerleri, 2021: 302-309; Levinson ve diğerleri, 2019: 101298; Anderluh ve diğerleri, 2003: 242-247; Rogers ve Petrie, 2001:178-187).

Öz kontrolü kaybetme korkusu hem YB hem de OKB’de ortaya çıkmaktadır. 175 sağlıklı kadından toplanan veri ile yapılan bir çalışmada, öz kontrolü kaybetme korkusunun YB ve OKB belirtilerini yordayan değişkenlerden biri olduğu görülmüştür

(Froreich ve diğerleri, 2016: 4-14). Öz kontrolü kaybetme korkusu, YB belirtilerinin gelişmesi ve sürdürülmesinde oldukça etkili bir faktördür (Fairburn ve diğerleri, 2008: 18; Froreich ve diğerleri, 2016: 4-14). YB tanısı almış bireylere göre yeme, beden, kilo ve bunlar üzerindeki kontrolü kaybetme diğer tüm alanlardaki kontrolü kaybetmekle eş değerdir (Fairburn ve diğerleri, 1999: 1-13). Diğer yandan, OKB tanısı almış bireylerde görülen öz kontrolü kaybetme korkusu, spontanlıktan uzaklaşmak ve çevreyi kontrol ederek belirsizlikleri en aza indirmek için bireylere motivasyon sağlamaktadır (Gibbs, 1996: 729-773).

1.2.5. Ölçüm Aracı Ortaklıkları

Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği- Tıkınırcasına Yemeye Göre Düzenlenmiş (The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Binge Eating [YBOCS-BE], Deal ve diğerleri, 2015: 994-1004), OKB şiddetini ölçmek için geliştirilen YBOCS'nin (Goodman ve diğerleri, 1989: 1006-1011) tıkınırcasına yeme ile ilgili düşüncelerin obsesifliğini ve tıkınırcasına yeme ile ilgili davranışların kompulsifliğini ölçmek amacıyla revize edilmiş versiyonudur. Bu ölçüm aracında orijinal ölçek maddelerinde olan “obsesyon” kelimesi “tıkınırcasına yemeye dair düşünce veya dürtüler” olarak; “kompulsiyon” kelimesi ise “tıkınırcasına yeme” olarak değiştirilmiştir. Beş alt boyuttan (belirtilere harcanan süre, belirtilerden kaynaklı bölünme, belirtilerden kaynaklı hissedilen sıkıntı, belirtilere karşı direnç ve belirtileri kontrol etme) ve 10 maddeden oluşan bu ölçüm aracı, 5’li Likert tipinde (0 = Böyle bir belirti yok; 4 = Çok güçlü bir belirti) bir derecelendirmeye sahiptir.

Ölçeğin geliştirildiği ve psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışmaya, 18-55 yaş aralığında ve TYB tanısı alan 260 birey katılmıştır (Deal ve diğerleri, 2015: 994-1004). Çalışmanın sonucunda, ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .81 olduğu ve madde-toplam korelasyon katsayılarının .48 ile .60 aralığında değiştiği görülmüştür. Ek olarak, katılımcılardan alınan izlem ölçümlerine göre, YBOCS-BE ile ölçülen değişim puanlarının, diğer ölçüm araçlarından (örn. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Gelişim ve Klinik Global İzlenim Ölçeği- Şiddet, Guy, 1976: 218-222; Üç-Faktörlü Beslenme Ölçeği, Stunkard ve Messick, 1985: 71-83) elde edilen değişim puanları ile yüksek düzeyde korelasyona sahip olduğu görülmüştür (r' ler $> .50$, $p < .05$). Bu

bulgular ışığında, ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu ve TYB ile ilişkili klinik araştırmalarda kullanılabileceği belirtilmiştir. Öte yandan, bu ölçüm aracının yalnızca TYB özelinde geliştirilmiş olması, bunun sonucunda yalnızca TYB ve OKB arasındaki benzerlik ve farklılıkları incelemek için kullanılabilecek olması ve obsesif inanç alanları odaklı geliştirilmemiş olması ölçeğin sınırlılıkları oluşturmaktadır.

Bedene ve Yemeye Dair Obsesif İnançlar Anketi (Obsessive Beliefs about Body Size and Eating Survey [OBSESSES]; Freid, 2007: 27), YB'ye özgü obsesif inançları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 7'li Likert tipinde (1 = Tamamen katılmıyorum; 7 = Tamamen katılıyorum) olan bu ölçüm aracı, 57 maddeye ve beş alt boyuta (görünüm mükemmeliyetçiliği, kilo almaya yatkınlık, yeme kontrolü, büyülu düşünme ve düşünce kontrolü) sahiptir. Alt boyutlar için örnek ifadeler olarak sırasıyla "Mükemmel bir vücudum olmazsa işe yaramaz biriyim.", "Eğer kilo almaya başlarsam, bunu durdurmak zor olacak.", "İçindeki yağ oranını bilmediğim yiyecekleri yememeliyim.", "Eğer yağlı yiyecekleri yemeyi düşünürsem, bu bedenimi hiç önemsemediğim anlamına gelir." ve "Yiyecek ve yemek ile ilgili tüm düşüncelerimi kontrol etmeliyim." verilebilir.

OBSESSES'nin geçerlik ve güvenilirlik analizleri 18-40 yaş aralığında olan 274 sağlıklı kadın katılımcı ile yürütülmüştür (Freid, 2007: 25). Çalışmanın sonucunda, ölçüm aracının test-tekrar test güvenilirlik katsayısının toplam puanı için .96 olduğu ve alt boyutlar için .76 ile .90 arasında olduğu raporlanmıştır. Ek olarak, ölçüm aracının Yeme Bozukları Değerlendirme Ölçeği (Fairburn ve Beglin, 1984: 363- 370), Obsesif İnançlar Ölçeği-87 (OIÖ-87; OKBÇG, 2001: 987-1006) ve Padua Envanteri- Washing Eyalet Üniversitesi Revizyonu (Burns ve diğerleri, 1996: 166) ile orta-yüksek düzeyde korelasyona sahip olduğu görülmüştür (sırasıyla $r = .80$, $r = .59$, $r = .42$, tüm p 'ler $< .001$). Bu bulgular, OBSESSES'nin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu gösterir niteliktedir.

OBSESSES'nin OIÖ-87 baz alınarak geliştirilmesi, OKB ve YB arasındaki bilişsel düzeyde benzerlikleri ve farklılıkları saptamaya olanak sağlamaktadır. Öte yandan, mükemmeliyetçiliğin yalnızca görünüm ile ilişkili maddelerden ve kontrolün yalnızca yeme ile ilişkili maddelerden oluşması; faktör analizi sonucunda abartılı tehdit algısı, aşırı sorumluluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük obsesif inanç alanları ile ilgili bir alt boyut oluşmamış olması ve bu sebeple OIÖ-87 ile karşılaştırmalı sonuçlar

elde etmek için kullanılamayacak olması sınırlılık yaratmaktadır. Ek olarak, ölçüm aracının geliştirildiği çalışmada örneklemin sadece kadın katılımcılardan olması ölçüm aracının diğer gruplarda (örn. erkeklerde) kullanımını kısıtlamaktadır. Ayrıca ölçüm aracının geliştirildiği çalışmada ölçüm aracının iç tutarlılık katsayılarına ilişkin bilgi verilmemiş olması, büyümlü düşünme ve düşünce kontrol alt boyutlarının test-tekrar test güvenirlik katsayılarının sorgulanabilir düzeyde olması (sırasıyla $r = .76$ ve $r = .76$, tüm p 'ler $< .05$), analizleri gerçekleştirmek için önerilen olan katılımcı sayısından (her madde için en az 10 kişi; Clark ve Watson, 1995: 309-319) çok daha düşük bir örneklem ile çalışılması ve katılımcıların sosyal normlara uyacak şekilde cevaplama eğiliminde olması (sosyal istenirlik puanları ile OBSSSES puanları arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür) gibi sebeplerle OBSSSES'nin geçerliği ve güvenirliği sorgulanabilir durumdadır.

Yeme ile İlişkili İstem Dışı Düşünceler Envanteri (Eating Intrusive Thoughts Inventory [INPIAS], Perpiñá ve diğerleri, 2011: 108-126), Obsesyonel İstem Dışı Düşünceler Envanteri (Obsessional Intrusive Thoughts Inventory [INPIOS], García-Soriano, 2008: 171) baz alınarak ve YB ile ilişkili girici bilişlerin varlığını ve sıklığını ölçmek için geliştirilen bir öz bildirim aracıdır. İki bölümden oluşan bu ölçüm aracının ilk bölümünde (INPIAS-1) katılımcılara çıkarma ve bozulmuş yeme (örnek madde: Yemeği bitirdiğimde müshil/laksatif (ishal edici ilaç) kullanmak için güçlü bir istek duyarım.), beden görünümü ve beslenme (örnek madde: Biri bana baktığında, hiçbir şey söylemese bile aklıma korkunç görünüyorum düşüncesi gelir) ve egzersiz (örnek madde: Yediğim her şeyi egzersiz yaparak yakmak zorunda kalacağım.) ile ilgili 50 tane yeme ile ilişkili girici bilişler sunulmakta ve bu girici bilişlerin sıklığı 7'li Likert tipi bir ölçüm ile değerlendirilmektedir (0 = Böyle bir düşünce hiç aklıma gelmiyor; 6 = Gün içinde bu düşünce sıklıkla aklıma geliyor). İkinci bölüm ise kendi içinde iki ayrı bölüme ayrılmaktadır. İkinci bölümün ilk kısmında (INPIAS-2A) en fazla duygusal rahatsızlık veren girici biliş belirlenerek bu bilişin yarattığı çatışma sonuçları (iki alt boyut: duygusal sonuçlar ve kişisel anlam; düşünce kaynaşması ve sorumluluk); ikinci bölümde (INPIAS-2B) ise bu bilişi kontrol etme stratejileri (dört alt boyut: kaygı stratejileri, düşünce bastırma stratejileri, obsesif-kompulsif ritüeller, dikkat dağıtma) incelenmektedir. Her iki kısımda da 5'li Likert tipi bir derecelendirme kullanılmaktadır (0 = Kesinlikle hiç; 4 = Çok fazla).

INPIAS'nin geçerlik ve güvenirlik analizleri 14-46 yaş aralığında olan 574 sağlıklı katılımcı ile gerçekleştirilmiştir (Perpiñá ve diğerleri, 2011: 108-126). Ölçüm aracının test-tekrar test güvenirlik katsayılarının INPIAS-1 için .83 ile .92; INPIAS-2A için .80 ile .88 ve INPIAS-2B için .59 ile .82 aralığında olduğu raporlanmıştır. Kriter geçerliği için yapılan analizler sonucunda, INPIAS-1'in depresyon, kaygı ve endişeye yatkınlık ile düşük-orta düzeyde ve YB belirtileri ile orta-yüksek düzeyde ilişkisi olduğu; INPIAS-2A'nın ve INPIAS-2B'nin OKB belirtileri ile orta düzeyde ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak ölçüm aracının geçerli ve güvenilir olduğu savunulmuştur.

Aktarılan ölçüm araçlarının aksine, INPIAS Türk örnekleme uyarlanmıştır (Uluyol ve diğerleri, 2022: 418-437). 339 sağlıklı üniversite öğrencisi ile yürütülen çalışmada, INPIAS'nin iç tutarlılık güvenirlik katsayılarının -.89 ile .98 arasında olduğu; INPIAS'den alınan puanların YBDÖ (Fairburn ve Beglin, 1984: 363- 370), Obsesif-Kompulsif Envanteri-Gözden Geçirilmiş Form (OKE-GGF; Foa ve diğerleri, 2002: 485-496) ve Vücut Algısı Ölçeği'nden (VAÖ; Secord ve Jourard, 1953: 343-347) alınan puanlar ile pozitif yönde ve anlamlı korelasyonları olduğu raporlanmıştır. Bu bulgular, bu ölçüm aracının Türk örnekleminde de geçerli ve güvenilir olduğunu göstermiştir.

INPIAS, OKB'de görülen girici bilişleri ölçen bir ölçüm aracı baz alınarak geliştirilmesi, YB ve OKB'de görülen girici bilişlerin ilişkisini incelemek için fayda sağlamaktadır. Öte yandan, INPIOS'nin henüz Türk örnekleme uyarlanmamış olması, ilgili konuda karşılaştırmalı sonuçlar elde edilmesinde zorluk yaratmaktadır. Ayrıca bu ölçüm aracının uzun ve karmaşık bir yapıda olması, klinik uygulamalarda ve/veya bilimsel çalışmalarda kullanılmasını zorlaştırmaktadır.

İstem Dışı Düşünceler Ölçeği (The Questionnaire of Unwanted Intrusive Thoughts [QUIT]; Pascual-Vera ve diğerleri, 2017: 166-171), obsesyonel (12 madde), fiziksel görünüş (dokuz madde), diyet ve fiziksel egzersiz (sekiz madde) ve sağlık (10 madde) ile ilişkili girici bilişleri ölçmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Bu bilişlerin sıklığı 7'li Likert tipi (0 = Hiç, 6 = Her zaman, gün içinde sık sık) bir ölçüm ile değerlendirilirken bilişlerin rahatsızlık verme düzeyi 5'li Likert tipi (0 = Hiç, 4 = Fazlaca rahatsızlık verici) bir ölçüm ile değerlendirilmektedir. Sonrasında, INPIAS ve INPIOS'de olduğu gibi listeden en fazla duygusal rahatsızlık veren biliş seçilmekte

ve bu bilişin duygusal etkisi, egoya uyumsuzluğu ve bilişi yorumlama ve kontrol etme yöntemleri benzer bir derecelendirme ile değerlendirilmektedir.

Bu ölçüm aracının geliştirildiği ve psikometrik özelliklerinin incelendiği çalışma 18-26 yaş aralığında olan 438 sağlıklı katılımcı ile yürütülmüştür (Pascual-Vera ve diğerleri, 2017: 166-171). Çalışmanın sonucunda, dört girici biliş içeriğinin iç tutarlılık katsayılarının doyurucu olduğu (sıklık için .85 ile .94 aralığında; rahatsızlık verme için .83 ile .96 aralığında) raporlanmıştır. QUIT'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akın ve İnöz (2018: 55-63) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaya 237 sağlıklı üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışma sonucunda dört girici biliş içeriğinin sıklık, rahatsızlık ve yorumlama/kontrol stratejilerinin iç tutarlılık katsayılarının (sırasıyla .84 ile .91 aralığında; .81 ile .90 aralığında ve .85 ile .89 aralığında) ve ölçüm aracının ayırt edici, birleşen ve ölçüt geçerliğinin tatmin edici olduğu görülmüştür.

Bu ölçüm aracı; OKB, YB, Beden Algısı Bozukluğu ve Hastalık Anksiyetesi Bozukluğunda görülen istem dışı girici bilişleri aynı anda ölçmesi ve karşılaştırmalı sonuçlar verebilmesi açısından oldukça kıymetlidir. Öte yandan hem geliştirildiği hem de Türkçeye uyarlama çalışmasının üniversite öğrencileri ile yürütülmesi, bu ölçüm aracının diğer gruplardaki geçerliğini ve güvenilirliğini sorgulatır durumdadır. Ek olarak, bu ölçüm aracının INPIOS ve INPIAS'de olduğu gibi uzun ve karmaşık yapıda olması, klinik uygulamalarda ve bilimsel çalışmalarda kullanılmasını zorlaştırmaktadır.

Yukarıda belirtildiği üzere, alanyazında girici bilişleri hem klinik örneklemde hem de sağlıklı örneklemde inceleyerek geliştirilen birçok ölçüm aracı bulunmaktadır. Bu ölçüm araçları oldukça kıymetli olsa da hepsinin kendi özelinde sınırlılıkları vardır. Obsesif İnanışlar Ölçeği -Yeme Bozuklukları Versiyonu (Obsessive Beliefs Questionnaire- Eating Disorder Version [OİÖ-YBV]; Schembri, 2010: 65), OİÖ-44 baz alınarak geliştirilen ve YB'de görülen obsesif inançları ölçen bir öz bildirim aracıdır (detaylı bilgi için bkz: 2.1.2.3. Yöntem / Veri Toplama Araçları / OİÖ-YBV). Bu ölçüm aracının OİÖ-44 ile paralel bir yapıda olmasından dolayı YB ve OKB'ye dair bilişsel düzeyde karşılaştırmalı sonuçlar elde etmeyi kolaylaştırmaktadır. Ek olarak, diğer ölçüm araçlarına kıyasla OİÖ-YBV'nin daha kısa ve anlaşılır bir yapıda olması, klinik uygulamalara ve bilimsel çalışmalara pratiklik kazandıracağı

öngörülmektedir. Bu sebeplerle, bu ölçüm aracının yurtiçi literatüre kazandırılmasının alana dair yapılan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Özetle, YB ve OKB yüksek eştani oranına sahip bozukluklardır. Bu durumu açıklayan birçok ortak genetik, nörobiyolojik ve psikolojik faktör bulunmaktadır. Bu ortak faktörler sebebiyle bir bozukluğun diğerinin gelişimini ve klinik seyrini etkilediği ve klinik gözlemlerde benzer dışavurumlara sahip oldukları savunulmaktadır. Ayrıca alanyazında bu ortaklıklardan yola çıkarak geliştirilen birçok geçerli ve güvenilir ölçüm aracı yer almaktadır.

1.3. YEME BOZUKLUKLARI VE OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bu bölümde, ilk olarak her iki bozuklukta da görülen obsesif inanç alanları ele alınacak ve bu inanç alanlarının her iki bozukluğa özgü görünümüne dair detaylı bilgiler verilecektir. Bunu takiben, YB ve OKB ile ilişkili olan duygusal sıkıntı ve bilişsel birleşme kavramlarından bahsedilecek ve ilgili çalışmalara yer verilecektir.

1.3.1. Obsesif İnançlar

1.3.1.1. Abartılı Tehdit Algısı ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Abartılı tehdit algısı, savunmasızlık hissi ile zarar görmenin olasılığını veya görülebilecek zararın şiddetini abartma eğilimi olarak tanımlanmıştır (OKBÇG, 2001: 1004). Tehdidin gerçekleşme ihtimaline ve/veya bu tehdit ile başa çıkamayacağına inanma duygusal sıkıntıyı düzeyini yükseltmektedir. Ek olarak, tehdidin doğurduğu olumsuz sonuçların bireyler için taşıdığı anlam da önemlidir. Tehdit büyük olmasa da tehdidin kişisel olarak olumsuz sonuçlar yaratması da bireylerin duygusal sıkıntı düzeyini yükseltmekte ve artan duygusal sıkıntı ile kompulsiyonlar gerçekleştirilerek başa çıkılmaktadır (Van Oppen ve Arntz, 1994: 84). OKB özelinde bu inanç alanı için örnek ifadeler olarak “Sıklıkla çevremdeki şeylerin tehlikeli olduğunu düşünürüm.”, “Diğer insanlara kıyasla, kendime ve başkalarına kazara zarar vermem daha

muhtemeldir.” ve “Dikkatli olmadığım takdirde zarar verici hadiseler yaşanabilir.” verilebilir.

Abartılı tehdit algısı ile OKB belirtilerinin ilişkili olduğu bilinmektedir. Ramezani ve diğerleri (2016: 75-81) tarafından 208 sağlıklı üniversite öğrencisi ile yürütülen bir çalışmada, abartılı tehdit algısı/aşırı sorumluluk inanç alanlarının el yıkama, kontrol etme, obsesyon, istifleme ve nötrleştirme kompulsiyonlarının düzeyini anlamlı şekilde yordadığını bulunmuştur. Ek olarak, Rachman (2004: 1227-1255) özellikle kirlenme/bulaşma ile ilişkili obsesyonların, mikroplarla ilgili bir hastalığa yakalanmaya ve ölümcül sonuçlarla karşı karşıya kalmaya dair korkuları tetiklediğini belirtmiştir. Ayrıca abartılı tehdit algısındaki zayıflamanın obsesyonların şiddetinde düşmeye yol açtığı savunulmuştur (Woody ve diğerleri, 2011: 653-664). Diğer yandan, OKB tedavisinde sıklıkla kullanılan Maruz Bırakma ve Önleme Tekniği ile tehdidin abartılması, olası zararların abartılması veya kaygının sürekli artacağına dair yanlış inançların azaltılabileceği öne sürülmüştür (Foa ve Kozak, 1986: 20-35; Foa ve diğerleri, 2006: 3-24). Gangemi ve diğerleri (2019: 149-155) tarafından 319 sağlıklı birey ile yürütülen deneysel bir çalışmada, abartılı tehdit algısını azaltmak için BDT kapsamında kullanılan bilişsel tekniklerin (Pasta Grafiği, Kümülatif Olasılık ve Ters Piramit) kaygı düzeyini anlamlı şekilde azalttığı ve bu etkinin dört haftalık izlem ölçümlerinde de korunduğu bulunmuştur.

Abartılı tehdit algısı, klinik kaygıyı sürdürmesi açısından yalnızca OKB’de değil Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Sosyal Kaygı ve Özgül Fobi gibi diğer kaygı bozukluklarında da görüldüğü savunulmuştur (Abramowitz ve Blakey, 2000: 7-25; OKBÇG, 1997: 667-681). Örneğin, abartılı tehdit algısı yüksek olan ve köpek fobisi olan bir birey bir köpek tarafından ısırıldığında bunun ölümcül bir durum olduğuna veya sosyal fobisi olan bir birey sunum esnasında bir eleştiri aldığında diğerleri tarafından asla kabul görmeyeceğine inanabilir. Diğer kaygı bozukluklarında görülse de bu inanç alanının abartılmış sorumluluk obsesif inanç alanı ile yüksek düzeyde ilişkileneceğinin OKB’ye özgü bir durum olduğu savunulmaktadır (Freeston ve diğerleri 1996: 433-446).

1.3.1.2. Abartılı Tehdit Algısı ve Yeme Bozuklukları

YB, abartılı tehdit algısının görüldüğü bozukluklardan bir tanesidir. YB'ye özgü abartılı tehdit algısı, egzersiz yapmamanın, kilo almanın veya kilo aldıktan sonra diğerleri tarafından dışlanma gibi sosyal olumsuz çıktılarının oluşma olasılığını abartma ile ilişkilidir (Cooper ve Hunt, 1998: 895-898; Cooper ve Turner, 2000: 215-218; Meyer ve diğerleri, 2000: 405-410; Shafran, 2002: 215-231). YB özelinde bu inanç alanı için örnek ifadeler olarak “Dikkatli olmazsam kilom birden fırlayacak.”, “Egzersiz rutinime uymazsam kesinlikle kilo alacağım.” ve “Kilo alırsam insanlar beni beğenmeyecek ve yalnız kalacağım.” verilebilir.

YB odaklı çalışmalarda, tehdidin abartılı algısı yerine tehdit bilgisini işleme süreçlerine odaklanılmıştır (Freid, 2007: 21). McManus ve diğerleri (1996: 547-555) tarafından yürütülen bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla bulimik yeme davranışları olan kadınların nötr kelimelere kıyasla tehdit içerikli kelimelere daha fazla odaklandıkları (Stroop testi kullanılmış) ve egoya yönelik tehdit içeren kelimelere odaklanma düzeyi ile bulimik belirti düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, 80 sağlıklı kadın katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kadınların egoya yönelik tehdit içeren kelimelere karşı olan seçici dikkat düzeyleri arttıkça bulimik yeme davranışlarının da arttığı raporlanmıştır (Waller ve diğerleri, 1996: 169-176). Bulimik davranışların, özellikle egoya yönelik tehdit içeren bilgilere karşı bilişsel kaçma (Waller ve Meyer, 1997: 299-308) ve dissosiyasyon oluşturma (Root ve Fallon, 1989: 90-100) gibi fonksiyonları olduğu savunulmaktadır. Diğer bir deyişle, bulimik belirtiler, tehditlere karşı bilişsel kaçma mekanizmaları olarak işlev görebilmektedir (Meyer ve diğerleri, 2000: 405-410). YB tanısı almış bireylerin diğer kaygı bozuklukları tanısı almış bireylere kıyasla tehditleri abartma eğilimleri daha düşük olsa da (Shafran, 2002: 215-231) zarardan kaçma düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Fassino ve diğerleri, 2002: 412-425).

Smith ve Rieger (2009: 169-176), sağlıklı üniversite öğrencileri ile yürüttükleri deneysel bir çalışmada, yeme, beden ve kiloya dair seçici dikkat yanlılığını incelemiştir. Katılımcılara olumsuz beden/kilo kelimeleri (örn. şişman), olumlu beden/kilo kelimeleri (örn. ince), olumsuz (yüksek kalorili) yiyecek kelimeleri (örn. kek) ve olumlu (düşük kalorili) yiyecek kelimeleri (örn. havuç), belirli bir süre ve sıra

ile gösterilmiştir (seçici dikkat bölümü). Bunu takiben, katılımcılara ince (zayıf) kadın modellerinin yüz ve vücut fotoğrafları, kilo ile daha fazla ilişkili olan spesifik kadın vücut bölümlerinin olduğu (örn. kalça, bacak ve alt karın) fotoğraflar ve nötr fotoğraflar gösterilmiş ve bu fotoğraflar ile kendi vücutlarını karşılaştırmaları istenmiştir (beden imgesi bölümü). Son olarak, katılımcılardan düşük veya yüksek kalorili atıştırılmalık tüketmeleri istenmiştir (yeme kısıtlaması bölümü). Çalışmanın sonucunda olumsuz beden/kilo kelimelerine odaklanmanın beden memnuniyetsizliğinde artışa neden olduğu; olumsuz yiyecek kelimelerine odaklanmanın ise daha fazla yeme kısıtlamasına neden olduğu görülmüştür. Bu bulgulardan hareketle, abartılı tehdit algısının YB ve bozulmuş yeme davranışlarıyla ilişkili olduğu söylenebilir.

1.3.1.3. Abartılmış Sorumluluk ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Abartılmış sorumluluk; olumsuz sonuçları engelleyebildiğine, önleme gücüne sahip olduğuna ve eğer engellenemez veya önlenemez ise oluşacak olumsuzluklardan sorumluluğu olduğuna inanma eğilimi olarak tanımlanmıştır (OKBÇG, 2001: 1002). Ayrıca bireyler olumsuz bir olay olduktan sonra oluşan zararı ve zararı tolere etme becerilerini de abartma eğilimindedirler (Leahy ve diğerleri, 2012: 360). OKB özelinde bu inanç alanı için örnek ifadeler olarak “Her türlü günlük aktivitede, zarar vermeyi engellemede başarısız olmak kasten zarar vermek kadar kötüdür.”, “Herhangi bir fırsat bulduğumda, olumsuz şeylerin gerçekleşmesini önlemek için harekete geçmeliyim.” ve “Zarar verme/görme olasılığı çok az olsa bile, bedeli ne olursa olsun onu engellemeliyim” verilebilir.

Hem sağlıklı yetişkinlerde (Cisler ve diğerleri, 2010: 439-448) hem de sağlıklı çocuklarda (Mather ve Cartwright-Hatton, 2004: 743-749) abartılmış sorumluluk ve OKB belirtileri arasında güçlü ilişkiler olduğu bilinmektedir. Cogle ve diğerleri (2007:153-159) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışmada, kontrol etme kompulsiyon düzeyi yüksek ve düşük olan grupların, kaygı bozukluğu tanısı alan gruptan ve kontrol grubundan daha yüksek düzeyde abartılmış sorumluluk inancına sahip olduğu bulunmuştur. Ek olarak, OKB tanısı almış 137 birey ile yapılan bir çalışmada, aşırı sorumluluk/abartılı tehdit algısının diğer obsesif inanç alanlarına

kıyasla OKB belirtilerini (kontrol etme, obsesyon, istifleme, yıkama, sıralama nötrleştirme) daha iyi açıkladığı görülmüştür (Cervin ve diğerleri, 2022: 249).

Abartılı tehdit algısı inanç alanında olduğu gibi abartılmış sorumluluk inanç alanının da OKB'ye özgü olup olmadığı uzun zamandır araştırılan bir konudur (Pozza ve Dettore, 2014: 75-85) ve bu konuda henüz bir fikir birliğine ulaşılamamıştır. Kaygı bozuklukları ve depresyon tanısı almış bireylere ve sağlıklı bireylere kıyasla OKB tanısı almış bireylerin daha yüksek düzeyde abartılmış sorumluluğa sahip olduğu bulgulanmıştır (Julien ve diğerleri, 2007: 366-383). Benzer bir bulgu, 22 kesitsel çalışmanın dahil edildiği ve toplamda 8541 katılımcı ile gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasından da elde edilmiştir (Pozza ve Dettore, 2014: 75-85). Bu çalışmada, kaygı bozukluklarına kıyasla OKB tanısı almış bireylerde daha yüksek abartılmış sorumluluk inancı olduğu bulunmuştur. Öte yandan bu bulgunun yayımlanma yanlılığı etkisinden (publication bias effect) kaynaklanabileceği belirtilerek bulgunun sorgulanabileceği belirtilmiştir. Bu çalışmaların aksine, Tolin ve diğerleri (2006: 477) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ise OKB ve kaygı bozuklukları tanısı almış bireylerin benzer düzeyde abartılmış sorumluluk inancına sahip olduğu bulgulanmıştır. Bu bulguya dayanarak abartılmış sorumluluk inanç alanının birçok psikopatolojide ortaya çıkabilen bir faktör olduğu söylenebilir.

1.3.1.4. Abartılmış Sorumluluk ve Yeme Bozuklukları

YB özelinde aşırı sorumluluk; yeme, beden ve kiloyu kontrol etme ve kilo almayı önlemeye odaklıdır. YB için abartılmış sorumluluğa örnek ifadeler olarak “Yediklerimi kısıtlamazsam veya egzersiz yapmazsam, her türlü sonucun sorumlusu benim demektir.”, “Kilo almamak için yediklerimi kısıtlamalıyım.” ve “Vücut şeklimde ve kilomda değişiklik olmasından kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.” verilebilir.

Diğer obsesif inanç alanlarının aksine abartılmış sorumluluğu yeme, beden ve kiloya uyarlamak zordur (Freid, 2007: 14). Bunun bir nedeni olarak sorumluluğun yapı gereği diğer odaklı olması; ancak kilo verme veya aynı kiloda kalma sorumluluğunun öz odaklı olması gösterilebilir (Schembri, 2010: 42). Alanyazında bulunan kısıtlı bulgular, abartılmış sorumluluk ile YB'nin ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Örneğin, AN tanısı olan 30 çocuk ve ergen katılımcı yapılan bir çalışmada, katılımcıların abartılmış sorumluluk inanç düzeyinin yayınlanmış normatif klinik olmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kerr ve diğerleri, 2016: 309-314). Ayrıca bu grup yemek yemeyi zararlı bir aktivite olarak gördüklerini ve bu nedenle yemeyi kısıtlayarak kendilerine zarar vermeyi önlenmeye çalıştıklarını ifade etmiştir. Benzer şekilde, YB tedavisi kapsamında düzenli yeme sorumluluğunun sağlık çalışanlarına transfer edilmesi, hastaların kendi üzerindeki sorumluluktan kaçmasına ve bu sayede duygusal sıkıntının azalmasına katkı sağladığı belirtilmiştir (Salkovskis ve diğerleri, 1999: 1055–1072). Tanı almamış bireylere kıyasla, YB tanısı almış bireylerin zarardan kaçmaya daha eğilimli oldukları diğer çalışmalarda da raporlanmıştır (Berg ve diğerleri, 2000: 148-154; Fassino ve diğerleri, 2002: 412-425).

1.3.1.5. Düşüncelerin Aşırı Önemi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Düşüncelerin aşırı önemi, bir düşüncenin varlığının bu düşüncenin önemli olduğunun bir işareti olduğuna inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (OKBÇG, 2001:1003). Diğer bir deyişle, düşünceler kişisel bir anlam ifade etmekte ve bunlara sahip olmanın bir anlamı vardır. Düşünce-Eylem Kaynaşması (DEK) ve büyüdü düşünme (magical thinking) bu inanç alanı ile ilişkilidir. DEK; bir şeyi düşünme ile yapmanın ahlaki düzeyde eş değer olması ile tanımlanan DEK-Ahlak ve bir olayı düşünmenin o olayın olma olasılığını arttırması ile tanımlanan DEK-Olasılık alt alanlarına sahiptir (Shafran ve diğerleri, 1996: 379-380). DEK-Olasılık alt alanı kendi içerisinde DEK-Olasılık/Kendi ve DEK-Olasılık/Diğerleri olarak ikiye ayrılmaktadır (Berle ve Starcevic, 2005: 263-284). DEK-Olasılık/Kendi, düşünce sonucunda oluşan olaydan etkilenen öznenin kendisi olması iken DEK-Olasılık/Diğerleri olaydan etkilenen öznenin diğerleri olması ile ilişkilidir. OKB özelinde düşüncelerin aşırı önemi için örnek ifadeler olarak “Din karşıtı bir düşünceye sahip olmak, kutsal şeylere karşı saygısız davranmak kadar kötüdür.”, “Müstehcen düşüncelerin aklımdan geçmesi çok kötü bir insan olduğum anlamına gelir.” ve “Şiddet içerikli düşüncelere sahip olmak, kontrolü kaybedeceğim ve şiddet göstereceğim anlamına gelir.” verilebilir.

Rachman (1997: 798), obsesif bilişlere fazlaca önem verilmesinin OKB'nin gelişmesine yol açtığını savunmuştur. Benzer şekilde, DEK girici ve istenmeyen bilişlerin obsesyona dönüşmesine neden olan mekanizmalardan biridir (Thordarson ve Shafran, 2002: 15-28). Diğer bir deyişle, DEK ile girici bilişlerin çok önemli, kişisel olarak anlamlı veya tehdit edici olarak yorumlanması bilişlerin obsesyona dönüşmesine yol açabilmektedir. Hem klinik hem de klinik dışı örneklem ile yapılan çalışmalarda, DEK ile obsesif inanç düzeyleri arasındaki anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur (Amir ve diğerleri, 2001; Shafran ve diğerleri, 1996). DEK ve OKB belirtileri arasındaki ilişkiler incelendiğinde, DEK-Ahlak'a kıyasla DEK-Olasılığın OKB belirtileriyle daha ilişkili olduğu savunulmaktadır (Yorulmaz ve diğerleri, 2008: 308-317). Ayrıca DEK-Olasılık/Diğerleri'nin OKB belirtilerini ve özellikle kontrol kompulsiyonları için; DEK-Olasılık/Kendi'nin ise obsesyon ve şüphe kompulsiyonları için risk faktörü olduğu raporlanmıştır (Bakhshipoor ve Faraji, 2011: 15-22).

Büyülü düşünme, bir düşüncenin veya davranışın sonuçlar üzerinde nedensel bir etkisi olduğuna inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Einstein ve Menzies, 2004: 540). Büyülü düşünme; nazarın gücü, ruhani varlıkların gücü, enerji transferi gibi dinsel ve ruhani inançları barındırması bakımından DEK'den daha geniş bir kapsama sahiptir (Eckblad ve Chapmani, 1983: 215-225). Büyülü düşünmenin kontrol etme ve nötrleştirme gibi kompulsif davranışlar ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Einstein ve Menzies, 2004: 546). Ayrıca büyüülü düşünmenin obsesif inançlar ile OKB belirtileri arasındaki ilişkide aracı rolde olduğu bulunmuş; obsesif bilişlerle başa çıkmak için büyüülü düşünme yönteminin kullanılabileceği, bu yöntemin bireylere kontrol duygusu verdiği ve bu sebeple OKB belirti düzeyinde azalma görüldüğü savunulmuştur (Fite ve diğerleri, 2020: 6-7).

Diğer obsesif inanç alanları gibi düşüncenin aşırı öneminin diğer psikopatolojilerde de görülüp görülmediği yapılan çalışmalar ile incelenmiştir. Olivares-Olivares ve diğerleri (2022: 1-9) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, YKB ve YB tanısı alan bireylere kıyasla, Trikotillomani Bozukluğu ve OKB tanısı almış bireylerin düşüncelerine daha fazla önem verdikleri ve daha sık DEK-Ahlak deneyimledikleri bulunmuştur. Diğer bir çalışmada ise sosyal fobisi olan ve sağlıklı bireylere kıyasla, OKB tanısı almış bireylerin daha sık DEK-Olasılık deneyimledikleri; ancak benzer düzeyde DEK-Ahlak deneyimledikleri raporlanmıştır

(Abramowitz ve diğeri, 2003: 1069-1079). Benzer şekilde, Bailey ve diğeri (2014: 39-45) tarafından yürütölen bir çalışmada, DEK-Ahlak'ın OKB belirtileri ve endişe hisleri ile benzer düzeyde ilişkilendiğı bulgulanmıştır. Bu bulguya dayanarak DEK-Ahlak'ın YKB gibi endişe temelli bozukluklarda da görölebileceğini savunulmuştur.

1.3.1.6. Düşüncenin Aşırı Önemi ve Yeme Bozuklukları

Yeme, beden ve kilo ile ilgili düşüncelere sahip olma YB tanısı almış bireylerde oldukça sık görölen bir durumdur. Bu düşüncelerle aşırı meşguliyet ve kendilik değeri bu alanlara göre belirleme, YB'nin gelişmesinde ve sürmesinde kilit mekanizma olarak işlev görmektedir (Fairburn ve diğeri 2003: 509-528).

Kilo ve beden endişesinin arttıkça DEK deneyimleme sıklığının arttığı bilinmektedir (Shafran ve Robinson, 2004: 399-408). YB tanısı almış bireylerde sıklıkla görölen bilişsel çarpıtmalardan bir tanesi olan Düşünce-Beden Kaynaşması (DBK), DEK'nin YB'ye uyarlanmış halidir (Shafran, 2002: 215-231). DBK, üç alt alana sahiptir: (1) DBK-Ahlak, bir yiyeceğı yediğini düşünmenin o yiyeceğı yemek ile eş olduğuna inanma eğilimi, (2) DBK-Olasılık, yiyecekler hakkında düşünmenin kilo alma riskini arttırdığına inanma eğilimi ve (3) DBK-Duygu, yasaklı/yüksek kalorili bir yiyeceğı düşünmenin kilo almaya neden olacağına inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır. DBK'nin YB tanısı almış bireylerde görölebileceğı ve kilo ve beden endişelerini arttırmaya yol açabileceğı ifade edilmiştir (Rachman ve Shafran, 1999: 80-85). Bunu destekler nitelikte, YB tanısı almış 76 birey ile yapılan bir çalışmada, DBK düzeyi düşük olan gruba kıyasla DBK düzeyi yüksek olan grubun bedenlerinden daha az memnun oldukları, bedenlerini daha az takdir ettikleri ve daha fazla ince olmayı arzuladıkları bulunmuştur (Jauregui-Lobera ve diğeri, 2012: 823-830). Bu bulgular sonucunda araştırmacılar, YB tanısı almış bireylerin DBK ile kilo alımını önleyebileceklerine ve/veya beden görünümlerini değiştirebileceklerine inandıkları ve bu nedenle beden kontrolü gibi kontrol etme davranışlarını gerçekleştirdiklerini savunmuşlardır. Öte yandan, DBK'nin duygusal sıkıntı ve düzeltme davranışları (kontrol etme ve zihinsel nötrleştirme) üzerindeki etkisi de incelenmiştir (Kostopoulou ve diğeri, 2013: 245-253). Bunun için gerçekleştirilen deneysel bir çalışmada, AN

tanısı almış 11 katılımcı ve BN tanısı almış 20 katılımcıdan yediklerinde onlara kilo aldırabilecekleri yiyecekleri düşünmeleri ve detaylıca tasvir etmeleri istenmiştir. Bu aşamadan sonra her iki grupta da hissedilen duygusal sıkıntının düzeyinin (kaygı ve suçluluk) yükseldiği, düzeltici davranışlarda bulunma dürtüsünün tetiklendiği ve düzeltme davranışları sonrasında duygusal sıkıntı düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Tüm bu bulgulara dayanarak, düşüncelerin aşırı önemi inanç alanının bozulmuş yeme tutum ve davranışları ve genel YB belirtileri ile ilişkili olduğunu savunulabilir.

1.3.1.7. Düşünce Kontrolünün Aşırı Önemi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Düşünce kontrolünün aşırı önemi, girici bilişleri kontrol altına almaya aşırı önem verme ve bu bilişlerin kontrolünün yapılabilen ve istenen bir durum olduğuna inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (OKBÇG, 2001: 1003). Düşünce üzerinde kontrolü sağlayamama, bir eksiklik olarak değerlendirildiğinden duygusal rahatsızlık düzeyini yükseltmektedir (Purdon ve Clark, 1999: 107). Bu rahatsızlığı ortadan kaldırmak için bireyler kompulsiyon gerçekleştirmektedir. Öte yandan düşünceler üzerinde kontrol hiçbir zaman tam anlamıyla sağlanamadığı için bireylerin bu rahatsızlık hissinden tamamen kurtulmaları olası değildir. OKB özelinde bu inanç alanı için örnek ifadeler olarak “Tuhaf veya iğrenç düşüncelerim olmamalı.”, “Zihnimdeki tüm istenmeyen düşüncelerden kurtulabilmeliyim.” ve “İstenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir.” verilebilir.

OKB’de görülen girici bilişlerin egoya uyumsuz bir yapıya sahip olması ve bireylerde yüksek düzeyde duygusal sıkıntı yaratmasından dolayı bu bilişleri kontrol etmek oldukça önemlidir (Lee ve Kwon, 2003: 11-29). Düşünce kontrolünü sağlamak için birçok farklı strateji kullanılmaktadır. Bu kontrol stratejilerden biri, düşünceleri bastırmadır. Düşünceleri bastırma, girici bilişlerin obsesyona dönüşmesine neden olan faktörlerden bir tanesidir (Wegner, 1989:167). Düşüncelerin bastırıldıkça geri sekme (*rebound*) etkisiyle daha sık akla geldiği (Purdon, 2004: 121-136) ve duygusal sıkıntıyı arttırdığı (Wenzlaff ve Wegner, 2000: 59-91) bilinmektedir. Düşünceleri kontrol etmek için kullanılan diğer stratejilere dikkat dağıtma, cezalandırma, yeniden

değerlendirme, sosyal kontrol, endişelenme ve büyüme düşünme örnek olarak verilebilir (Amir ve diğerleri, 1997: 775-777; Moulding ve Kyrios, 2006: 573-583).

Düşünce kontrol stratejilerinin kullanımının OKB'ye özgü olup olmadığı birçok çalışma ile incelenmiştir. Örneğin, Nickerson ve diğerleri (2016: 233-239) tarafından yürütülen bir çalışmada, düşünce bastırmanın TSSB tanısı almış bireyler tarafından da kullanıldığı bulunmuştur. Ayrıca endişelenme yönteminin yalnızca OKB'de değil diğer kaygı bozukluklarında da görüldüğü bilinmektedir (örn. YKB, Dar ve Iqbal, 2015: 866-880; Moradi ve diğerleri, 2014: 69-75). Benzer şekilde, büyüme düşünmenin OKB tanısı almış bireyler kadar YKB tanısı almış bireyler tarafından da kullanıldığı belirtilmiştir (West ve Willner, 2011: 399-341). Ek olarak, OKB tanısı alan, YKB tanısı alan ve tanı almayan (kontrol grubu) bireylerle yapılan bir çalışmada, kontrol grubuna kıyasla tanı almış grubun daha sık endişelenme yöntemini kullandıkları; ancak tanı almış gruplar arasında endişe yöntemini benzer sıklıkta kullandıkları bulgulanmıştır (Moradi ve diğerleri, 2014: 69-75). OKB tanısı alan ve tanı almayan bireyleri düşünceleri kontrol etme strateji türlerini kullanma açısından karşılaştıran bir çalışmada ise OKB tanısı almış grubun cezalandırma, yeniden değerlendirme ve sosyal kontrol stratejilerini; tanı almamış grubun dikkat dağıtma yöntemi diğer gruptan daha sık kullandığı bulunmuştur (Amir ve diğerleri, 1997: 775-777).

1.3.1.8. Düşünce Kontrolünün Aşırı Önemi ve Yeme Bozuklukları

YB'de kontrol etme arzusu, düşünceyi kontrol etme arzusundan ziyade yemeyi, bedeni ve kiloyu kontrol etme arzusu olarak ortaya çıkmaktadır ve YB'nin kilit mekanizmalarından biri olarak işlev görmektedir (Fairburn, 2003: 509-528). Bu arzu, kilo kontrol ve beden kontrol davranışları olarak dışa vurulmaktadır (örn. tartılma, kendini kusturma, aşırı egzersiz, yemeyi kısıtlama, aynaya sık sık bakma ve bilek kalınlığını ölçme). Bu kontrolün sağlanamaması durumunda tıknırcasına yeme atakları meydana gelmekte ve kontrolü tekrar sağlamak adına kontrol davranışları tekrar gerçekleştirilmektedir. OKB ile ortak bir yön olarak, YB tanısı almış bireyler de yeme, beden ve kilo ile ilgili girici bilişleri kontrol edememe durumunu zihinsel kontrollerini kaybettikleri şeklinde yorumlayabilmektedir (Shafran, 2002: 215-231).

Benzer şekilde, OKB’de olduğu gibi YB tanısı almış bireyler için kilo üzerinde kontrolün kaybı hissedilen duygusal sıkıntıyı arttırmaktadır (Rothernberg, 1986: 45-53).

263 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, duygusal sıkıntı kontrol edildiğinde, düşünce kontrol yöntemlerini daha sık kullananların daha sık bozulmuş yeme davranışlarına sahip oldukları bulunmuştur (Smith ve diğerleri, 2019: 95-100). Detaylıca bahsetmek gerekirse, düşünceleri bastırma yöntemini kullananlar daha sık kusma ve yemeyi kısıtlama davranışlarını gösterirken ruminasyon yöntemini kullananlarda daha sık tıknırcasına yeme davranışı görülmüştür. Benzer şekilde, yiyecek ile ilgili düşünceleri bastırmaya çalışanların yiyeceğe ulaşmak için daha çok çaba sarf ettiği bulunmuştur (Johnston ve diğerleri, 1999: 21-27). Benzer şekilde, yemesini kısıtlayanların yemesini kısıtlamayanlara kıyasla daha fazla kalori aldıkları bilinmektedir (Erskine ve Georgious, 2010: 499-503).

Yalnızca davranış düzeyinde değil; YB geliştirme riski olan bireylerde yeme, beden ve kiloya dair yüksek zihinsel meşguliyeti kontrol etme arzusu vardır (Meyer ve diğerleri, 2000: 405-410). Bunu destekler nitelikte, yemelerini kısıtlamak isteyen bireylerin yeme ile ilgili düşüncelerini daha sık bastırmaya çalıştığı bulunmuştur (Johnston ve diğerleri, 1999: 21-27). Benzer şekilde, kilolarından bağımsız olarak diyet yapan obez veya aşırı kilolu bireylerde yeme ile ilgili düşünceleri bastırmanın daha fazla yeme ile ilgili düşüncelere maruz kalmaya yol açtığı belirtilmiştir (Kemps ve diğerleri, 2008: 177-186). TYB tanısı almış 150 obez kadın ile yapılan bir diğer çalışmada, yiyecekler ile ilgili düşünceleri bastırmanın kilo ve yeme ile ilgili endişe düzeyinin arttığı, buna paralel olarak YB düzeylerinin yükseldiği ve yetişkinlikte daha çok diyet yapanların daha fazla yeme ile ilgili düşünceleri bastırma çalıştıkları raporlanmıştır (Barnes ve diğerleri, 2013: 1077-1081). Klinik olmayan örnekleme de düşünceleri bastırmanın beden memnuniyetsizliği ve genel YB düzeyi ile ilişkili olduğu ve beden memnuniyetsizlik düzeyleri benzer olan katılımcılar arasında düşüncelerini daha sık bastırmaya çalışanların daha yüksek YB düzeyine sahip oldukları görülmüştür (Ferreira ve diğerleri, 2015: 355-362). Benzer şekilde, 296 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, kronik olarak düşünceleri bastırmanın genel YB belirti düzeyi ve spesifik YB belirtileri (yeme endişesi, beden endişesi, kilo endişesi ve yemeyi kısıtlama) ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lavender ve diğerleri,

2012: 788-795). Aynı çalışmada, duygusal sıkıntı ile genel YB düzeyi ve spesifik YB belirtileri arasında ilişkide düşünce bastırmanın aracı rolü olduğu raporlanmıştır. Bu bulgu, düşünceleri bastırmanın, YB belirtilerini sürdürme üzerindeki etkisini gösterir niteliktedir. Tüm bu bulgular hem klinik hem de klinik olmayan örnekleme düşünce kontrolünün bozulmuş yeme davranışları ve genel YB düzeyi ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

1.3.1.9. Mükemmeliyetçilik ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Mükemmeliyetçilik, bir kişilik özelliği olarak da ele alındığı için tanılar üstü bir kavram olarak birçok psikopatolojide görülmektedir (örn. YB, Fairburn ve diğerleri, 2003: 515-516; OKB, Sametoğlu ve diğerleri, 2021: 1-9). Mükemmeliyetçilik kişilik özelliği olarak bir durum karşısında kendinden ve diğerlerinden durum için gerekli olandan fazlasını yapmayı bekleme (Hollender, 1965: 94-103), olumsuz sonuçlara rağmen kişisel olarak önem verdikleri bir alanda yüksek standartları yerine getirmeye çabalama ve yüksek standartları karşılama derecesine göre kendini değerlendirme (Shafran ve diğerleri, 2002: 215-231) olarak tanımlanırken obsesif inanç alanı olarak mükemmeliyetçilik her problemin mükemmel bir çözümü olduğuna, bir şeyi mükemmel yapmanın mümkün ve gerekli olduğuna ve en ufak hataların bile ciddi sonuçları olabileceğine inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (OKBÇG, 2001: 1004). OKB özelinde bu obsesif inanç alanına örnek ifadeler olarak “Benim standartlarıma göre, her şey mükemmel olmalıdır”, “Bir şeyi mükemmel biçimde yapamayacaksam hiç yapmamalıyım.”, “En ufak hatalar bile, bir işin tamamlanmadığı anlamına gelir.” ve “Bir işi mükemmel biçimde yapmazsam insanlar bana saygı duymaz.” verilebilir.

Mükemmeliyetçiliğin tanımı gibi gruplandırılmasında da birçok farklı görüş vardır. 90’lı yıllara kadar tek boyutlu olarak ele alınan mükemmeliyetçiliğin daha sonraları daha fazla alt boyuta sahip bir yapıda olduğu düşünülmüştür (Kaçar-Başaran, 2022: 518-525). Frost ve diğerleri (1990: 449-468), mükemmeliyetçiliğin altı alt boyuta sahip olduğunu savunmuştur: hata yapma endişesi (hatalara karşı olumsuz tepki verme), kişisel standartlar (yüksek standartlara sahip olma ve kendini bu standartları karşılama düzeyine göre değerlendirme), ailesel beklentiler (ebeveynlerin

yüksek standartlara sahip olduğuna inanma), aileden eleştiri (ebeveynlerin çok eleştirisel olduklarına inanma), yaptığından emin olamama (sorumluluklarını tam olarak yerine getiremediğine inanma) ve düzen (organize ve düzenli olma). Hewitt ve Flett (1991: 456-470) ise mükemmeliyetçiliğin üç alt boyuta sahip olduğunu vurgulamıştır: kendi-yönelimli mükemmeliyetçilik (kendine katı ve yüksek standartlar koyma ve kendini eleştirme), diğer-yönelimli mükemmeliyetçilik (diğerlerinden mükemmel olmalarını bekleme) ve sosyal olarak öngörülen mükemmeliyetçilik (önemli kişiler tarafından belirlenen ve karşılanması gereken yüksek standartlar olduğuna inanma). Benzer şekilde, Slaney ve diğerlerine (2001:130-145) göre de mükemmeliyetçilik üç alt alana sahiptir: farklılık (bireyin kendine koyduğu standart ile asıl performansı arasındaki farklılık), standartlar (yüksek standartlara uyma) ve düzen (organize ve düzenli olma). Son yıllarda ise alanyazında mükemmeliyetçiliğin iki alt boyuttan oluştuğu kabul görmektedir. Bu boyutlar, sağlıklı ve nörotik mükemmeliyetçilik (Hamackek, 1978: 27-33), adaptif ve maladaptif mükemmeliyetçilik (Frost ve diğerleri, 1993: 119-126), olumlu mükemmeliyetçilik ve olumsuz mükemmeliyetçilik (Terry-Short ve diğerleri, 1995: 663-668) olarak farklı adlandırılrsa da ilkler mükemmeliyetçi çaba ikinciler ise mükemmeliyetçi endişe başlığı altında toplanabilir (Kaçar-Başaran, 2022: 518-525).

Alanyazında mükemmeliyetçilik ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, Antony ve diğerleri (1998: 1143-1154) tarafından yürütülen bir çalışmada, OKB tanısı almamış bireylere kıyasla, OKB tanısı almış bireylerin hata yaptıklarında daha fazla endişelendikleri ve yaptıklarından daha fazla emin olamadıkları raporlanmıştır. OKB tanısı almış bireylerle yapılan bir diğer çalışmada, yaptığından emin olamama düzeyinin OKB belirti düzeyini ve kontrol etme belirti düzeyini yordadığı bulunmuştur (Martinelli ve diğerleri, 2014: 140-159). Yorulmaz ve diğerleri (2006: 312-327) tarafından yürütülen bir çalışmada, mükemmeliyetçilik düzeyi ile OKB belirti alt alanları (temizlik, kontrol ve ritüeller) arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. 308 sağlıklı üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer çalışmada, mükemmeliyetçi farklılığın kompulsif kontrol etme davranış düzeyini yordadığı, hata yapma endişesinin OKB'nin bilişsel belirti düzeyini yordadığı ve mükemmeliyetçi standartları düşük olan ancak mükemmeliyetçi farklılık düzeyi yüksek olan kişilerin diğer gruplara göre temizlik belirti düzeyinin daha yüksek olduğu

raporlanmıştır (Rice ve Pence Jr., 2006: 103-111). Ayrıca Çoklu Mükemmeliyetçilik Ölçeği'nin (Frost ve diğerleri, 1990: 449-468) alt boyutlarından biri olan hata yapma endişesinin OKB belirtilerini direkt ölçen bir ölçüm aracı olduğu savunulmuştur (Shafran ve Mansell, 2001: 894). Tüm bu bulgular, mükemmeliyetçiliğin genel veya alt boyutlarının OKB belirti düzeyi ve spesifik OKB belirtileri ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

1.3.1.10. Mükemmeliyetçilik ve Yeme Bozuklukları

YB özelinde obsesif inanç alanlarından en çok araştırılan alanın mükemmeliyetçilik olduğu ve OKB ile YB'nin yüksek eşanlık oranının mükemmeliyetçilik ile bağlantılı olabileceği savunulmuştur (Shafran, 2002: 215-231). YB'nin gelişmesinde ve sürdürülmesinde rol alan mekanizmalardan bir tanesi olarak kavramsallaştıran (Fairburn ve diğerleri, 2003: 515-516) mükemmeliyetçilik, YB düzeyini ölçen ölçeklerden biri olan Yeme Bozuklukları Envanteri'nde (Garner ve diğerleri, 1983: 15-34) bir alt boyut olarak yer almaktadır. Bireylerin mükemmeliyetçilik eğilimleri arttıkça yeme, beden ve kilo endişe düzeyinin yükselmekte (Bastiani ve diğerleri, 1995: 147-152) ve bozulmuş yeme davranışlarının (örn. kısıtlama, tıknırcasına yeme, kendini kusturma ve diüretik ve laksatif kullanımı) sıklığı artmaktadır (Forbus ve diğerleri, 2007: 37-41). Ayrıca mükemmeliyetçi eğilim, değişime dair motivasyonu düşüren faktörlerden bir tanesidir (Halmi ve diğerleri, 2000: 1799-1805). Motivasyon düşüklüğünün tedavinin seyrini olumsuz yönde etkilediği bilindiğinden mükemmeliyetçilik eğilimi yüksek olan YB tanısı almış bireyler için G-BDT'ye mükemmeliyetçilik modülünün eklenmesiyle tedavi seyrinin iyileştirebileceği savunulmuştur (Goldstein ve diğerleri, 2014: 217-221).

Yalnızca mükemmeliyetçiliğin var olması değil; mükemmeliyetçiliğin bozukluğa özgü bir faktör (örn. yeme, beden ve kilo ile aşırı meşguliyet) ile etkileşimi bozukluğun (örn. YB) gelişmesine sebep olabileceği savunulmaktadır (Shafran ve diğerleri, 2002: 773-791). Bunu destekler nitelikte, 237 sağlıklı üniversite öğrenci ile gerçekleştirilen boylamsal bir çalışmada, hata yapma endişesi ile YB'ye özgü bir risk faktörü olan öz değerini fiziksel görünüm ile belirleme (appearance contingent self-worth) etkileşiminin bozulmuş yeme davranışı düzeyini yordadığı görülmüştür

(Bardone-Cone ve diğerleri, 2017: 380-390). Benzer şekilde, 559 sağlıklı ergen ile yapılan boylamsal bir çalışmada, adaptif mükemmeliyetçiliğin sosyokültürel değişkenler (algılanan ince olma baskısı ve ince olma arzusu) ile etkileşiminin bulimik belirti ve beden memnuniyetsizlik düzeyini yordadığı raporlanmıştır (Boone ve diğerleri, 2011: 1043-1068).

Alanyazında, mükemmeliyetçiliğin alt boyutlarının da YB ile ilişkisi incelenmiştir. Bardone-Cone (2007: 1977-1986) tarafından 426 üniversite öğrencisi ile yürütülen boylamsal bir çalışmada bulimik tutum ve davranışları yordayan faktörler incelenmiştir. Çoklu Mükemmeliyetçilik Ölçeği kullanılarak ölçüldüğünde hem adaptif hem maladaptif mükemmeliyetçiliğin bulimik tutum ve davranışları yordadığı, Yeme Bozuklukluları Envanteri kullanıldığında yalnızca adaptif mükemmeliyetçiliğin bulimik tutum ve davranışları yordadığı; ancak duygusal sıkıntı düzeyi kontrol edildiğinde yalnızca Çoklu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile ölçülen adaptif mükemmeliyetçiliğin anlamlı şekilde bulimik tutum ve davranışları yordadığı raporlanmıştır. Ek olarak, 95 çalışmanın ve toplamda 2414 tanı almış bireyin incelendiği bir meta analiz çalışmasında, adaptif mükemmeliyetçilik ile YB belirtileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu ama bu ilişkinin etki büyüklüğünün düşük olduğu raporlanmıştır ($r = .35$; Stackpole ve diğerleri, 2023: 4).

Tanımlar üstü bir kavram olması ve kaygı ile daha ilişkisi olması bakımından maladaptif mükemmeliyetçiliğin adaptif mükemmeliyetçiliğe kıyasla YB ve bozulmuş yeme davranışları ile daha ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bardone-Cone ve diğerleri, 2017: 380-390). YB ile en ilişkili mükemmeliyetçilik alt boyutlarının hata yapma endişesi ve yaptığından emin olamama olduğu bulunmuştur (Bulik ve diğerleri, 2003: 366-368). Benzer şekilde, AN gelişiminde ve genel YB gelişiminde hata yapma endişesinin önemli bir risk faktörü olduğu raporlanmıştır (Bardone-Cone ve diğerleri, 2007: 384-405; Wade ve diğerleri, 2015: 56-63). Ayrıca 580 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, maladaptif mükemmeliyetçiliğin hem beden memnuniyetsizliği hem de bozulmuş yeme davranışları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Barnett ve Sharp, 2016: 225-234). İnternet bazlı rehberli BDT müdahale programının etkililiğini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada ise klinik mükemmeliyetçiliği yüksek olan 120 katılımcı iki gruba ayrılmış ve bir gruba BDT uygulanırken diğer gruba herhangi bir uygulama yapılmamıştır (Kothari ve diğerleri, 2019: 113-122). Uygulama

almayan gruba kıyasla, uygulamayı alan grubun YB düzeylerinin daha fazla azaldığı ve 24 hafta sonraki izlem ölçümlerinde de bozulmuş yeme davranışlarındaki değişimin kalıcı olduğu bulgulanmıştır.

1.3.1.11. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Obsesif Kompulsif Bozukluk

Belirsizliğe tahammülsüzlük inanç alanı; kesinliğin gerekliliğine, öngörülemez değişimlerle ile başa çıkılamayacağına ve net olmayan durumlar karşısında işlevsellik gösteremeyeceğine inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (OKBÇG, 2001: 1004). Bu sebeple bireyler bir işe başlamadan önce veya bir karar vermeden önce olay veya durumla ilgili bütün bilgileri tam anlamıyla bilmek isterler. OKB özelinde bu inanç alanı için örnek ifadeler olarak “Benim için bir durumla ilgili tüm olası sonuçları düşünmek çok önemlidir.”, “Kararlarımdan emin olmalıyım” ve “Kendimi güvende hissetmek için, yanlış gidebilecek herhangi bir şeye karşı olabildiğince hazırlıklı olmalıyım.” verilebilir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ilk olarak YKB özelinde ortaya çıkmış bir kavram olsa da istifleme bozukluğu (Wheaton ve diğerleri, 2016: 208-214), YB (Renjan ve diğerleri, 2016: 88-95), depresyon (Boswell ve diğerleri, 2013: 630-645), TSSB (Bardeen ve diğerleri, 2013: 742-751) ve kaygı bozukluklarında (Carleton ve diğerleri, 2014: 468-479) da görülmektedir. Bu durum belirsizliğe tahammülsüzlüğün birçok psikopatolojide görülen bir kavram olduğunu göstermektedir.

OKB özelinde bakıldığında, belirsizliğe tahammülsüzlüğün genel OKB belirti düzeyi ve kompulsif davranış sıklığı ile ilişkili olduğu savunulmaktadır (Hezel ve diğerleri, 2019: 36-44; Calleo ve diğerleri, 2010: 903-908; Moore ve diğerleri, 2023: 262-272). Kompulsif davranışların bireylere korkulan olumsuz sonuçlar karşısında kontrol duygusu sağladığı raporlanmıştır (Moore ve diğerleri, 2023: 262-272). Bunu destekler nitelikte, belirsizliğe tahammülsüzlüğün özellikle kontrol etme ve tekrarlama; simetri ve düzen kompulsiyonları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Fourtounas ve Thomas, 2016: 30-35; Tolin ve diğerleri, 2003: 233-242; Coles ve diğerleri, 2014: 251-263). Ayrıca 754 sağlıklı çocuk ve ergenle yürütülen prospektif bir çalışmada, depresyon düzeyleri kontrol edildiğinde mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün bir yıl sonraki OKB belirti düzeyini anlamlı şekilde

yordadığı görülmüştür (Pozza ve diğerleri, 2019: 53-61). Bu durum, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün OKB için risk faktörü olabileceğini göstermektedir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilgi işleme süreçleri arasındaki ilişkiyi araştıran deneysel bir çalışmada, 101 üniversite öğrencisine hem nötr (örn. kariyer) hem de belirsizlik ile ilişkili kelimeler (örn. şans) sunulmuş ve ardından bu öğrencilerden hatırladıkları kelimeleri yazmaları istenmiştir (Dugas ve diğerleri, 2005: 57-70). Çalışmanın sonucunda, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi düşük olan gruba kıyasla, belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi yüksek olan grubun belirsizlik ile ilişkili kelimeleri daha çok hatırladığı ve daha tehdit edici bulduğu görülmüştür. Ek olarak, Bilişsel Yanlılık Modifikasyon eğitiminin (olumsuz yorumlama yanlılığı için geliştirilmiş bir müdahale programı) OKB tanısı almış bireylerin mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük ve hafızaya güven düzeylerine olan etkisini araştıran pilot bir çalışmada, eğitim sonunda katılımcıların yorumlama bilişsel yanlılık düzeylerinde anlamlı bir fark olduğu; ancak mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinde herhangi bir değişim olmadığı görülmüştür. Bu çalışmanın bulgularına düşük örneklem sayısına sahip olması ($N = 30$; 23 kadın, yedi erkek) ve pilot çalışma olması nedeniyle şüphe ile bakılabilir. Daha yüksek katılımcı sayısı ($N = 89$) ile gerçekleştirilen benzer bir çalışmada, Bilişsel Yanlılık Modifikasyon eğitimi almayan gruba kıyasla eğitim alan grubun belirsiz durumları olumlu olarak yorumlamaya daha meyilli oldukları, belirsiz durumlar karşısında daha az duygusal sıkıntı hissettikleri ve bu sıkıntıdan kurtulmak için daha az dürtü hissettikleri raporlanmıştır (Williams ve Grisham, 2013: 5-6).

1.3.1.12. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Yeme Bozuklukları

OKB’de olduğu YB belirtileri de kesinlik arayışı ile ilişkilidir (Shafran’dan aktaran Freid, 2007: 17); ancak içerik olarak iki bozukluk arasında farklılaşma görülmektedir. OKB’de görülen kesinlik arayışı obsesyonların içeriğiyle ilişkiliyken YB’de görülen kesinlik arayışı kilo ve beden görünümünü etkileyen faktörlerle ilişkilidir. Her zaman aynı miktarda kalori alma ve kalorisini veya içeriğini bilmediği

yemeği yememe gibi davranışlar bu kesinlik arayışının dışı vurulmuş halleridir (Shafran'dan aktaran Freid, 2007: 17; Thiel ve diğerleri, 1995: 72-75).

Kesby ve diğerleri (2019: 1-7) tarafından 85 sağlıklı üniversite öğrenci ile gerçekleştirilen bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlük ile bozulmuş yeme davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Katılımcılar iki gruba ayrıldıktan sonra bir gruba (kesinlik grubu) yüksek kalorili bir yemek ve yemeğin besin değerleri ile ilgili bilgiler verilirken diğer gruba (belirsizlik grubu) yalnızca yemek verilmiştir. Katılımcıların durumsal (state) belirsizliğe tahammülsüzlük ve kaygı düzeyleri deneye başlamadan, yemeden önce ve yedikten sonra ölçülmüştür. Bu çalışmada bağımlı değişken katılımcıların yemek yeme miktarıdır. Çalışma sonucunda, yemeyi yemeden hemen önceki durumsal belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin durumsal kaygı düzeyini ve yeme kısıtlama düzeyini yordadığı bulunmuştur. Benzer şekilde, YB tanısı almış ergenlerde de belirsizliğe tahammülsüzlük ve yemeyi kısıtlamanın ilişkili olduğu raporlanmıştır (Konstantellou ve diğerleri, 2019: 533-540). Bu çalışmada, ergenlerin belirsiz durumları olumsuz olarak algıladıkları, belirsizlikler karşısında yoğun kaygı ve stres hissettikleri, kontrolü sağlamanın hayatlarında oldukça önemli olduğu ve bozulmuş yeme davranışlarını kontrolü sağlamak ve duygusal sıkıntı (kaygı ve stres) ile başa çıkmak için kullandıkları görülmüştür. YB tanısı almış 134 yetişkin ile yapılan bir diğer çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün yeme, beden ve kilo endişesi aracılığıyla bozulmuş yeme davranışlarını (örn. yeme kısıtlaması ve çıkarma) etkilediği bulunmuştur (Renjan ve diğerleri, 2016: 88-95). Bu bulgu, belirsizliğe tahammülsüzlüğün YB geliştirmek için bir risk faktörü olduğunu ve YB belirtilerini dolaylı yoldan etkilediğini göstermektedir.

AN'nin bilişsel davranışçı kuramında öz kontrol ihtiyacının özellikle besin alımı konusunda ortaya çıktığından ve alınan kalori miktarını kontrol etmenin öz kontrol duygusunu oluşturduğundan bahsedilmektedir (Fairburn ve diğerleri, 1999: 468-476). AN'nin ergenlik yıllarında başlamasının bir nedeni olarak beden görünümündeki değişiklikleri kontrol etmek ihtiyacı olduğu savunulmaktadır. Bireyler ergenlikle gelen bedensel değişimleri öz kontrole karşı tehdit olarak görmeleri nedeniyle yemelerini kontrol ederek kontrolü kaybetmemeye çalışmaktadır. Diğer bir deyişle, AN belirtileri (örn. yiyecek kısıtlaması) belirsizlikler karşısında kontrolü sağlama işlevi görmektedir. Ek olarak, AN tanısı almış 90 kadın ile yapılan nitel bir

çalışmada ise katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük deneyimleri ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün onlar için anlamı Yorumlayıcı Fenomonolojik Analiz ile incelenmiştir (Sternheim ve diğerleri, 2011: 12-24). Çalışmanın sonucunda, belirsizliğin bu grup için stresli ve ne pahasına olursa olsun kaçınılması gereken bir durum olduğu, organize etme ve planlama davranışları ile öz kontrolü sağlamaya çalıştıkları ve mükemmel olmama ve diğerleri tarafından eleştirilme korkuları nedeniyle belirsizliklerle başa çıkmak istedikleri görülmüştür.

Yalnızca yeme kısıtlaması değil, AN’de görülen diğer katı ve kuralcı yeme örüntülerinin de belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Steinglass ve diğerleri, 2011: 134-141). Yiyecekleri güvenli ve güvensiz olarak ayırma, güvensiz yiyecekleri yememe ve böylece yenebilecek yiyecek sayısını en aza indirme, beklenen yiyecekten başka bir yiyecek ile karşılaşınca o yiyeceği yememe, yavaş yeme, yiyecekleri küçük parçalara bölerek yeme ve yemekten sonra katı bir egzersiz rutini gerçekleştirme bu tür davranışlara örnek olarak verilebilir. Tüm bu ritüelistik davranışlar belirsizlik bir durum karşısında hissedilen kaygıyı azaltarak güvenlik davranışı haline gelmektedir (Steinglass ve diğerleri, 2011: 134- 141).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, AN gibi diğer YB tanı kategorilerinde de görülmektedir; ancak bunlara dair bulgular kısıtlıdır. Bunun bir nedeni olarak AN tanısı alan bireylerin risk almama eğilimleri yüksekken (Adoue ve diğerleri, 2015: 121-127) BN tanısı almış bireylerin daha dürtüsel ve risk almaya eğilimli olmaları verilebilir (Giménez, 2011: 88-95). TYB tanısı almış bireylerin ise BN tanısı almış bireyler gibi risk alma eğiliminde oldukları ve belirsizliklere daha fazla tahammül edebildikleri bilinmektedir (Morris ve diğerleri, 2016: 940-948; Voon, 2015: 566-573).

Bulgular kısıtlı olsa da alanyazında belirsizliğe tahammülsüzlüğün diğer YB tanı kategorilerinde de görüldüğünü destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin, Sternheim ve diğerleri (2011: 806-812) tarafından gerçekleştirilen ve AN tanısı almış 37, BN tanısı almış 22 ve sağlıklı 29 kadın katılımcı ile yürütülen deneysel bir çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili olabilecek bilişsel, duygusal ve davranışsal faktörler “Boncuk Görevi” (Beads Task) kullanılarak incelenmiştir. Boncuk görevinde, katılımcılardan içerisinde 85 kırmızı-15 yeşil ve 85 yeşil-15 kırmızı boncuk olan iki kavanozdan boncuk çekileceği söylenmiş ve katılımcılardan

çekilen boncuğun hangi kavanozdan geldiğini tahmin etmeleri istenmiştir. Katılımcılar kararlarından emin olana kadar boncuk çekme işlemi devam etmiştir. Bu görevde ölçülen değişken, karar vermeden önce çekilen boncuk sayısıdır. Bu çalışmanın sonucunda, YB tanısı almış grubun kontrol grubuna kıyasla daha yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyine sahip oldukları, çekilen boncuk sayısı ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu, BN tanısı alan grubun kontrol grubuna kıyasla daha fazla boncuk çektiği; ancak AN ile kontrol grubu arasında çekilen boncuk sayısı açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Sternheim ve diğerleri, 2011: 806-812). Tüm bu bulgular hem klinik hem de klinik olmayan örneklemde belirsizliğe tahammülsüzlüğün bozulmuş yeme davranışları ve genel YB belirtileri ile ilişkili olduğunu destekler niteliktedir.

1.3.2. Duygusal Sıkıntı

Duygusal sıkıntı; kaygı, korku, suçluluk, öfke, utanç ve diğer hoş olmayan duyguların hissedilmesi olarak tanımlanmaktadır (Stringer, 2013: 1303-1304). Negatif duygulanım ise benzer bir şekilde olaylar karşısında kızgınlık, üzüntü, iğrenme, korku ve suçluluk gibi hislerin ortaya çıktığı bir durum olarak tanımlanmıştır (Gençöz, 2000: 19-26). Ancak negatif duygulanım bir kişilik özelliği olarak negatif duygular hissetmeye yatkın olmayı ve kendini ve çevreyi olumsuz olarak değerlendirmeyi de içermektedir (Watson ve Clark, 1984: 465-490). Bu tür bir ayrışma olsa da duygusal sıkıntı ve negatif duygulanım birbirleri yerine kullanılabilen kavramlardır. Öyle ki duygudurum bozukluklarının incelendiği birçok çalışmada negatif duygulanımı ölçmek için geliştirilen Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği'nin (PNDÖ, Watson ve diğerleri, 1988: 1063-1070) kullanıldığı görülmektedir (örn. Cohen ve diğerleri, 2017: 823-824; Watson ve diğerleri, 1988: 346-353).

Duygusal sıkıntının psikopatolojiler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Örnek olarak, DSM-5-TR'de kaygı ile ilgili bozukluklar kümesinde yer alan psikopatolojilerin yoğun kaygı ile ilişkili olması (APA, 2022: 215), DSM-IV-TR'de kaygı bozuklukları kümesinde yer alan OKB'nin kaygı, korku ve stres ile karakterize olması (APA, 2022: 267) ve YB'nin kaygı, iğrenme, korku, öfke ve üzüntü ile ilişkili olması verilebilmektedir (Fox ve Froom, 2009: 328-335).

Kontrol davranışları (checking behavior), duygusal sıkıntıyı azaltmak veya korkulan olaylardan ya da sonuçlardan kaçmak adına yapılan eylemler olarak tanımlanmakta (Hartmann ve diğerleri, 2019: 349-358) ve OKB (Hodgson ve Rachman, 1997: 389-395), YB (Steinfeld ve diğerleri, 2017: 38-46) ve Beden Algısı Bozukluğu (Oakes ve diğerleri, 2016: 433-441) gibi birçok psikopatolojide görülmektedir. Bu davranışlar, kompulsif davranışlardan biri olarak duygusal sıkıntıyı azaltma işlevi görmekte, bu sayede kontrol davranışları olumsuz pekişmekte ve OKB'nin sürmesine yol açmaktadır (Rachman, 2002: 627). YB'de görülen kontrol davranışları ise; yeme, beden ve kilo kontrolü olarak ortaya çıkmakta (Reas, 2002: 324-333) ve duygusal sıkıntıyı azaltmak adına gerçekleştirilen eylemler olduğu bilinmektedir (Engel ve diğerleri, 2013: 709-719). Bu davranışlar, duygusal sıkıntıyı azaltsa da kilo almaya dair korkuları beslediğinden YB'nin sürmesine yol açmaktadır (Bailey ve Waller, 2017: 693-697). Kontrol davranışları ile duygusal sıkıntı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, OKB tanısı almış 90 katılımcı ve YB tanısı almış 96 katılımcıdan (AN için N = 50, BN için N = 46) kontrol davranışı gerçekleştirdikleri bir anı hatırlamaları istenmiş; bunu takiben bu davranışı gerçekleştirirken, gerçekleştirdikten hemen sonra, 15 dakika sonra ve bir saat sonra nasıl hissettiklerini derecelendirmeleri istenmiştir (Hartman ve diğerleri, 2019: 349-358). İşlem sonrasında, her iki grupta da kontrol davranışı gerçekleştirdikten hemen önce duygusal sıkıntı düzeyinin yükseldiği ve kontrol davranışı gerçekleştirdikten hemen sonra duygusal sıkıntı düzeyinin azaldığı ve zaman geçtikçe duygusal sıkıntıda azalmanın devam ettiği bulunmuştur. Öte yandan, duygusal sıkıntı ile başa çıkmak için her psikopatoloji özelinde farklı güvenlik ve/veya kaçma ve kaçınma davranışları da gerçekleştirilmektedir. Örneğin, OKB özelinde kompulsiyonlar bu işleve sahip tekrarlı davranışlar ve zihinsel eylemlerken (APA, 2022: 265-266); YB özelinde kilo almamak için yapılan telafi edici davranışlar bu işleve sahiptir (Altman ve Shankman, 2009: 638-649; Swinbourne ve Touyz, 2007: 253-274; Levinson ve diğerleri, 2019: 7-8).

1.3.2.1. Duygusal Sıkıntı ve Obsesif İnançlar

Duygusal sıkıntının OKB özelinde incelendiği çalışmalarda çoğunlukla duygusal sıkıntı ile kompulsiyonlar arasındaki ilişkiye odaklanılmıştır (örn.

Haciomeroglu, 2020: 356; Vartanian ve Grisham, 2012: 367-374; Raines ve diğeri, 2017: 63-67). Öte yandan, obsesif inançlar ile duygusal sıkıntı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar da alanyazında yer almaktadır. Bu çalışmalar, OKB'nin BDT modelinde yer alan ve obsesif inançların bireylerin hissettikleri duygusal sıkıntıyı arttırdığı hipotezini destekler şekilde sonuçlar sunmuştur. Örneğin, OKB tanısı almış 95 ve sağlıklı 25 yetişkin ile yürütülen bir araştırmada, DEK-Ahlak, DEK-Olasılık/Diğer, DEK-Olasılık/Kendi düzeyi yükseldikçe sürekli kaygının arttırdığı ve bunun sonucunda OKB belirti düzeyinin yükseldiği görülmüştür (Abramowitz ve diğeri, 2003: 1069-1079). 160 üniversite öğrencisi ile yapılan bir diğer çalışmada, obsesif inançlar ile duygusal sıkıntı (PNDÖ kullanılarak ölçülmüş) arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu raporlanmıştır (Humphreys ve diğeri, 2007: 247-259). Alanyazında bu konuya dair yapılan çalışmalar az olsa da elde edilen bulgular obsesif inançların duygusal sıkıntı ile ilişkili olduğunu destekler niteliktedir.

1.3.2.2. Duygusal Sıkıntı ve Yeme Bozuklukları

Yeme ile duyguların ilişkisi; aşırı yiyen bireylerin duygusal sıkıntıdan kurtulmak veya dikkati dağıtmak için aşırı yedikleri hipotezlerine dayanmaktadır (Schachter ve diğeri, 2017: 11). Duygusal sıkıntıdan kurtulmak için yemek yeme, duygusal yeme veya rahatlatıcı yeme olarak isimlendirilmekte ve duygusal sıkıntıyı azaltmak için kullanılan duygu düzenleme stratejilerinden biridir (Gibson, 2012: 442-460). Yemeyi duygu düzenleme stratejisi olarak kullanan bireylerin negatif duygular karşısında daha fazla yemek yediği bilinmektedir (Bongers ve Jansen, 2016: 1-11). Öte yandan, yapılan bir meta analiz çalışmasında, duygusal yiyicilere kıyasla yemesini kısıtlayan bireylerin negatif duygular karşısında daha fazla yemeye yöneldikleri bulunmuştur (Evers ve diğeri, 2018: 195-208). Ek olarak, duygulanım bozukluklarından Majör Depresif Bozukluğun belirtilerinden birinin “Bir diyet uygulamaksızın, önemli bir kilo kaybı ya da alımı (örn. ayda beden ağırlığının %5’inden fazlasını ya da hemen her gün iştah artma ya da azalma (çocukta beklenen kiloyu alamama)” olması (APA, 2022: 183) duygusal sıkıntının yemeyi etkilediğini gösterir niteliktedir.

1272 ergen kadın ile yürütülen boylamsal bir çalışmada, duygusal sıkıntı (PNDÖ-Genişletilmiş Versiyonu, BDE ve Epidemiyolojik Çalışma Merkezi-Depresyon Ölçeği kullanılarak ölçülmüş) duygulanım ve işlevsellikte bozulmanın YB tanı kategorilerinde yer alan psikopatolojiler (AN, BN, TYB ve Çıkarma Bozukluğu) için risk faktörleri olduğu görülmüştür (Stice ve diğerleri, 2016: 1-15). Ek olarak, aynı çalışmada duygusal sıkıntının YB'nin temel belirtileri olan beden, kilo ve yemenin aşırı değerlendirilmesi, kilo almaktan korkma, tıknırcasına yeme ve telafi davranışları geliştirmede risk faktörü olduğu raporlanmıştır. Yapılan bir diğer boylamsal çalışmada, TYB tanısı almış 97 katılımcı ile duygu düzenleme becerileri, duygusal sıkıntı (PNDÖ-Genişletilmiş Versiyonu kullanılarak ölçülmüş) ve YB belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir (Bodell ve diğerleri, 2019: 69-73). Duygu düzenleme beceri düzeyi kontrol edildiğinde, duygusal sıkıntı arttıkça YB düzeyinin yükseldiği; duygusal sıkıntı azaldıkça YB ile ilişkili bilişlerin sıklığının azaldığı ancak duygusal sıkıntının azalmasının tıknırcasına yeme sıklığı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulgulanmıştır.

BN'nin İkili Yol Modeline göre (Dual-Pathway Model of Bulimia Nervosa [İYM]; Stice ve Agras, 1998: 257-276), sosyokültürel faktörlerin psikolojik ve davranışsal faktörler ile etkileşimi sonucunda BN'nin ortaya çıkmaktadır. Detaylıca bahsetmek gerekirse, ideal vücuda sahip olmaya (ince bir vücuda sahip olma) dair sosyal baskının ve ince olma arzusunun içselleştirilmesinin beden memnuniyetsizliğine; beden memnuniyetsizliğinin diyet yapmaya (yemeyi kısıtlama) ve duygusal sıkıntıya (PNDÖ-Genişletilmiş Versiyonu kullanılarak ölçülmüş); diyet yapmanın ve duygusal sıkıntının bulimik belirtilere (tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışları) yol açmaktadır. Bu model, 13-17 yaş aralığında 231 kadın katılımcı ile yürütülen bir çalışma ile test edilmiştir (Stice, 2001: 124 -135). Çalışmanın sonucunda model desteklenmiş; YB ile ilişkili bilişler (beden memnuniyetsizliği), duygusal sıkıntı ve bozulmuş yeme davranışları (tıknırcasına yeme ve çıkarma) arasındaki ilişki açıklanmıştır. İYM, son yıllarda yürütülen çalışmalarda AN ve tıknırcasına yemeyi açıklamak için de kullanılmaktadır. Urveltye ve Perminas (2015: 178-183), 14-18 yaş aralığında 348 kadın katılımcı ile yürüttükleri bir çalışmada, ideal bedene sahip olmaya dair sosyal baskının ve ince olma arzusunun içselleştirilmesinin beden memnuniyetsizliğine; beden memnuniyetsizliğinin diyet yapmaya ve duygusal

sıkıntıya (PNDÖ-Genişletilmiş Versiyonu kullanılarak ölçülmüş); diyet yapmanın ve duygusal sıkıntının anoreksik belirtilere (YTT-26 kullanılarak ölçülmüş) yol açtığı bulgulanmıştır. Diğerlerinin aksine, Shem ve Warschburger (2017: 137-145) tarafından 523 ergen kadın katılımcı ile yürütülen bir çalışmada beden memnuniyetsizliği ile tıknırcasına yeme arasındaki ilişkide diyet yapmanın ve duygusal sıkıntının (Güçlükler ve Zorluklar Ölçeği'nin Duygusal Belirtiler alt boyutu kullanılarak ölçülmüş) aracı rolü olmadığı bulgulanmıştır.

Duygusal sıkıntı ile tıknırcasına yeme arasındaki ilişkiyi açıklayan modellerden biri olan Duygulanım Düzenleme Modeline göre (Affect Regulation Model of Binge Eating [DDM]), duygusal sıkıntı tıknırcasına yemeyi tetiklemekte, tıknırcasına yemeden sonra duygusal sıkıntının azalmakta, olumsuz pekiştirilme sonucunda yemenin istenmeyen duygulara karşı öğrenilen bir tepki haline gelmekte ve böylece bu döngü devam etmektedir (Polivy ve Herman, 1993: 173-205). Yapılan çalışmalar sonucunda bu modeli hem destekleyen hem de desteklemeyen bulgular elde edilmiştir. Örneğin, 36 çalışmayı içeren bir meta analiz çalışmasında hem tıknırcasına yemeden önce hem de yedikten sonra duygusal sıkıntının (katılımcıların hissettikleri olumsuz duyguları bildirmesiyle ölçülmüş) yükseldiği görülmüştür (Haedt-Matt ve Keel, 2011: 660-681). Philips ve diğerleri (2016: 7-11) tarafından yürütülen bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Çalışmanın bulgularında, tıknırcasına yemeden öncesinde kadınların %33.2'sinin ve erkeklerin %15.1'inin negatif duygular hissettiği (örn. kaygı, üzüntü, depresiflik ve gerginlik), kadınların %34.8'inin ve erkeklerin %15.1'inin stresli oldukları ve tıknırcasına yedikten sonra da kadınların %61.4'ünün ve erkeklerin %35.8'inin negatif duygular (örn. utanmışlık, değersizlik, suçluluk, depresiflik ve kendinden iğrenme) hissetmeye devam ettiği raporlanmıştır. Ek olarak, 33 çalışmayı ve toplamda 2491 katılımcıyı içeren bir meta analiz çalışmasında kısıtlı yiyenlerde ve tıknırcasına yiyenlerde duygusal sıkıntının artmasının (katılımcıların hissettikleri olumlu ve olumsuz duyguları bildirmesiyle ölçülmüş) daha fazla besin alımına neden olduğu bulunmuştur (Cardi ve diğerleri, 2015: 299-309).

Duygusal sıkıntı ve bozulmuş yeme davranışları arasındaki ilişki Ekolojik Anlık Değerlendirme (Ecological Momentary Assessment [EAD]) çalışmaları ile desteklenmiştir. EAD, bireylerin anlık deneyimlerine ulaşma fırsatı verdiği için gün

içindeki duygu değişimleri, bunun tetikleyicileri ve buna neden olan çevresel faktörleri belirleme konusunda araştırmacılara fayda sağlamaktadır (Shiffman ve diğerleri, 2008: 1-32). Smyth ve diğerleri (2007: 629-638) tarafından yürütülen ve EAD yönteminin kullanıldığı bir araştırmada, BN tanısı almış 131 kadından iki hafta boyunca duygusal sıkıntı (Ruhsal Durum Profil Ölçeği'nin Öfke/Düşmanlık alt boyutu, PNDÖ ve Günlük Stres Envanteri kullanılarak ölçülmüş) düzeyi ve günde altı kez tıknırcasına yeme ve/veya kusma davranışları ile ilgili veri toplanmıştır. Çalışmanın sonuçlarında, diğer günlere kıyasla daha yüksek duygusal sıkıntı (daha düşük pozitif duygulanım, daha yüksek negatif duygulanım, daha yüksek stres ve öfke/düşmanlık) deneyimlenen günlerde katılımcıların daha sık tıknırcasına yedikleri ve/veya çıkardıkları; gün içinde duygusal sıkıntının artmasının (pozitif duygulanımın azalması, negatif duygulanım ve stresin artması) tıknırcasına yeme ve/veya çıkarma davranışlarını gerçekleştirme riskini arttırdığı ve bu davranışlardan sonra duygusal sıkıntının azaldığı (pozitif duygulanımın arttığı, negatif duygulanım ve öfkenin/düşmanlığın azaldığı) bulgulanmıştır. Daha güncel bir çalışma da benzer bulgular elde edilmiştir. Lavender ve diğerleri (2016: 381- 386) tarafından gerçekleştirilen ve EAD yöntemi kullanılan çalışmada, BN tanısı almış 133 kadından toplanan verilere göre, artan duygusal sıkıntının (PNDÖ-Genişletilmiş Versiyonu kullanılarak ölçülmüş) tıknırcasına yeme ve çıkarma riskini arttırdığı ve tıknırcasına yedikten sonra duygusal sıkıntının azaldığı bulgulanmıştır. Özetle, alanyazında yer alan bulgular, duygusal sıkıntının YB belirtileri ve bozulmuş yeme davranışları ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

1.3.3. Bilişsel Birleşme

Kabul ve Kararlılık Terapisi (KKT), üçüncü dalga BDT türlerinden biridir (Hayes, 2004: 639-665). KKT; kabule, şefkate, affetmeye, anda olmaya, değer odaklı davranışlarda bulunarak daha anlamlı ve zengin bir yaşam sürmeye ve acı çekmeyi kolaylaştırmaya odaklıdır (Harris, 2006: 2-8). BDT'nin aksine KKT'nin amacı; bilişi, duygu veya davranışları değiştirmek veya daha işlevsel hale getirmek değil, bireylerin bilişlere ve duygulara daha esnek yanıt verebilme biçimini güçlendirmek ve katı yanıt verme biçimini zayıflatmaktır (Gaudiano ve Herbert, 2006: 415-437). Diğer bir

deyişle, KKT, bireylerin öz-kontrolü dışındakileri kabul ederek değer odaklı bir yaşam sürme konusunda bireyleri cesaretlendirmeyi ve bunu psikolojik esnekliği güçlendirerek ve psikolojik katılığı zayıflatarak yapmayı amaçlamaktadır. Psikolojik esnekliğin güçlenmesiyle bireyler karşılaştığı zorlayıcı deneyimler ile daha işlevsel başa çıkabilmektedir (Strosahl, 2004: 209- 244). Bunun sonucunda psikolojik iyi oluş korunmakta ve psikolojik rahatsızlık geliştirme riski azalmaktadır.

Psikolojik esneklik, anla teması kaybetmeden içsel yaşantıların (bilişlerin ve duyguların) farkında olma, olumsuz olsalar da bunları kabul ederek değerlere uygun şekilde hareket etmeyi seçme ve bunda kararlı olma olarak tanımlanırken; psikolojik katılık, olumsuz içsel yaşantılarla fazlaca birleşerek anla bağlantının kopması ve bu içsel yaşantıların davranışlar üzerindeki baskının artmasıyla değer odaklı davranmak yerine içsel yaşantılara göre hareket etme olarak tanımlanmaktadır (Hayes ve diğerleri, 2004: 639-665).

Psikolojik esneklik ve psikolojik katılık altı boyuttan oluşmaktadır. Psikolojik esneklik için bu alt boyutlar; An'da olma, kabul, bilişsel ayrışma, bağlamsal benlik, değerlerle temas ve değer doğrultusunda davranışlardır. Kısaca bahsetmek gerekirse, An'da olma, içsel yaşantılar arasında kaybolmadan şu anda olanların farkında olma ve geçmişte veya gelecekte değil şimdi ve burada olma; kabul, acı verici içsel yaşantılara zihinde bir yer açarak onları kabul etme; bilişsel ayrışma, bilişleri, özü ve çevreyi bir gerçeklik olarak değil içsel yaşantılar olarak tanımlayabilme becerisi; bağlamsal benlik, yargılamadan kabul deneyimini yaşama ve An'ı olduğu gibi deneyimleme becerisi; değerlerle temas, bireyin nasıl biri olmak, nasıl bir hayat yaşamak ve bunlar için nasıl davranmak istediğini bilmesi; değer doğrultusunda davranışlar, belirlenen bu değerlere göre eylemde bulunma olarak tanımlanmaktadır (Kul ve Türk, 2020: 3375-3805). Psikolojik katılık için ise bu alt boyutlar An ile temasın kaybolması, yaşantısal kaçınma, bilişsel birleşme, kavramsal benliğe bağlanma, değerlere temasın zayıflığı ve kural güdümlülük ve kaçma, kaçınma ve dürtüsellik olarak isimlendirilmektedir (Luoma ve diğerleri, 2010: 549-552). An ile temasın kaybolması, bilişsel birleşme ve yaşantısal kaçınmanın sonucu olarak şimdi ve burada olamama; yaşantısal kaçınma, içsel deneyimlerden kasıtlı ve amaçlı olarak kaçma, kaçınma veya bu deneyimleri bastırma; kavramsal benliğe bağlanma, benliğe ve hayattaki rollere göre hikaye yaratma ve bu hikayeden ibaret olduğuna inanma; değerlere temasın zayıflığı,

yaşantısal kaçınma ve bilişsel birleşme sonucunda değer alanlarından uzaklaşma ve kaçma, kaçınma ve dürtüsellik, değerler yerine içsel olumsuz yaşantılara göre yaşamı zorlaştırıcı eylemlerde bulunma olarak tanımlanmaktadır (Karakuş ve Akbay, 2020: 32-43). Bu boyutlar birbiriyle bağlantılı şekilde bireylerin yaşantısına etki etmektedir (Hayes ve diğerleri, 2013: 180-198). Örneğin, yaşantısal kaçınma olarak nitelendirilen olumsuz yaşantıları kontrol etme, baskılama veya onlardan kaçma, bilişlerle birleşmeyle ortaya çıkmaktadır. Diğer bir örnek, An ile temasın kaybolması ve değerlerle temasın azalması yaşantısal kaçınma ve bilişsel birleşme etkileşiminden ortaya çıkmaktadır. Bu altı boyutun her biri herhangi biriyle etkileşime girdiğinde her birinin etki gücünün arttığı bilinmektedir (Hayes ve diğerleri, 2013: 180-198).

Bu araştırma kapsamında odaklanılacak olan bilişsel birleşme, bireylerin bilişler ile arasına mesafe koyamaması ve bilişlerin biliş olarak değil gerçeklik olarak kabul edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Karakuş ve Akbay, 2020: 32). Bir nevi düşünceler, “diktatör” gibi bireylerin yaşamını yönlendirmektedir (Karakuş ve Akbay, 2020: 34). Örneğin, “Sevilmiyorum.” düşüncesiyle birleşen birey, bunun gerçek olduğuna inandığı için yeni insanlarla tanışmada isteksiz olabilir veya hayatındaki önemli kişiler ile ilişkisini sürdüremeyebilir. KKT sürecinde, bilişlerin gerçeklik değil sadece bir biliş olduğu farkındalığı oluşturulmaya ve bunun sonucunda olumsuz yaşantılara daha esnek yanıt verebilme becerisini güçlendirmeye odaklanılmaktadır.

1.3.3.1. Bilişsel Birleşme ve Obsesif İnançlar

Bilişsel birleşme ve DEK bilişlerin gerçek olduğuna inanma ve duygusal sıkıntıyı yükseltme ile karakterize olan durumlardır. Öte yandan, bilişsel birleşme bilişin içeriğinden bağımsız olarak, bilişlerin gerçeklik olduğuna inanma eğilimi iken (Herzberg ve diğerleri, 2012: 877-891); DEK’de bilişin içeriği odak noktasıdır ve daha sık düşünmenin o bilişin gerçek olma olasılığını arttırdığına ve ahlaki düzeyde o bilişi gerçekleştirdiğine inanma ile karakterizedir (Shafran ve diğerleri, 1996: 379-380). Diğer bir deyişle, bilişsel birleşme genel bilişsel bir eğilimken; DEK bilişsel bir çarpıtma olarak bilişin içeriğine göre spesifik alanlarda ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple, bilişsel birleşmeyi azaltmak için yapılan müdahalelerde bilişlerin içeriğini değiştirmek ve/veya sıklığını azaltmak yerine bilişlerle kaynaşma düzeyini, bilişlere

inanma düzeyini ve bu bilişlerin işlevsiz davranışsal çıktılarının sıklığını azaltmaya odaklanılmaktadır (Guterrez ve diğerleri, 2004: 767-783).

Hellberg ve diğerleri (2020: 69-78), OKB tanısı almış 52 katılımcı ile yürüttükleri bir çalışmada, bilişsel birleşme ve obsesif inançların OKB belirtileri üzerindeki etkisini incelemiştir. Bilişsel birleşmenin bir alt alanı olan bilişleri olumsuz algılamının (örnek madde: Kaygılı düşüncelerim ve hislerim benim için problemdir.) obsesif inançlar ve duygusal sıkıntı düzeyi (BDE kullanılarak ölçülmüş) kontrol edildiğinde de simetri ve düzen belirtilerini yordadığı bulunmuştur. Klinik örneklemle yapılan bir diğer çalışmada, bilişsel birleşme düzeyi arttıkça düşüncenin aşırı önemi/düşünce kontrolünün önemi ve mükemmeliyetçilik/belirsizliğe tahammülsüzlük obsesif inanç düzeylerinin yükseldiği ve bilişsel birleşmenin kabul edilemez obsesif biliş (unacceptable obsessive thoughts) düzeyini yordadığı görülmüştür (Reuman ve diğerleri, 2018: 15-20).

KKT'nin OKB tedavisindeki etkililiğini inceleyen bir çalışmada, sekiz seanslık KKT sonrasında katılımcıların obsesif bilişlere inanma düzeylerinde, obsesif bilişlere yanıt verme dürtülerinde ve yaşantısal kaçınma düzeylerinde azalma ve buna paralel olarak kompulsif davranış sıklığında da azalma olduğu görülmüştür (Twohig ve diğerleri, 2006: 3-13). Diğer bir etkililik çalışmasında, 8-10 seanslık KKT sonucunda katılımcıların kabul ve değer odaklı davranış düzeylerinin arttığı, bilişsel birleşme düzeylerinin ve kompulsif davranış sıklığının azaldığı görülmüştür (Armstrong ve diğerleri, 2013: 175-190).

1.3.3.2. Bilişsel Birleşme ve Duygusal Sıkıntı

Sıkıntı veren bilişler ile fazlaca birleşme, bireylerin duygusal sıkıntı düzeyini arttırmakta, anla olan teması kesmekte ve bireylerin aktivitelerden anlık alacağı zevki azaltmaktadır (Harris, 2009: 20-21). Ayrıca, bilişsel birleşmenin duygusal sıkıntıyı arttırmasıyla psikolojik dayanıklılığın zayıfladığı ve bu nedenle bireylerin psikopatoloji geliştirmeye daha yatkın hale geldiği savunulmaktadır (Hayes, 2016: 869-885; Chen ve diğerleri, 2023: 100). Bu görüşü destekler nitelikte birçok çalışması bulgusu alanyazında yer almaktadır. Örneğin, 140 katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, duygusal sıkıntı düzeyi (PNDÖ ile ölçülmüş) yüksek olan ve sıklıkla

ruminasyon yapan katılımcıların daha fazla bilişsel birleşme ve bunun sonucunda daha fazla depresif belirti deneyimlediği bulunmuştur (Costa ve diğerleri, 2018: 207-220). Benzer şekilde, depresyon tanısı alan 172 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada, bilişsel birleşme düzeyi arttıkça kaygı ve depresyon düzeyinin yükseldiği görülmüştür (Chen ve diğerleri, 2023: 100).

Paralel bulgular sağlıklı örnekleme yapılan çalışmalardan da elde edilmiştir. Örneğin, 318 ilkokul öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, bilişsel birleşmenin duygusal sıkıntı (PNDÖ ile ölçülmüş) ile pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkisi olduğu ve sürekli farkındalık (dispositional mindfulness) ile duygusal sıkıntı arasındaki ilişkide bilişsel birleşmenin aracılık ettiği bulunmuştur (Garcia-Gomes ve diğerleri, 2019: 4687). Sağlıklı yetişkinlerde de farkındalık ve duygusal sıkıntı (Kısa Symptom Envanteri-Genel Şiddet İndeksi kullanılarak ölçülmüş) arasındaki ilişkide bilişsel birleşmenin aracı rolde olduğu raporlanmıştır (Pux ve diğerleri, 2022: 9).

Yalnızca bilişsel birleşme olarak değil, bilişsel ayrışma kavramı ile de bu konuyu incelenmiştir. Örneğin, Healy ve diğerleri (2008: 623-640), 18-57 yaş aralığında olan 60 katılımcı ile bilişsel ayrışma yönteminin bireylerin duygulanımları üzerindeki etkisini incelemiştir. Çalışmanın sonucunda, olumsuz kendine göndermeli düşüncelerin (self-referential thoughts) birleşmiş versiyonlarına (örn. Ben kötüyüm.) kıyasla, ayrılmış versiyonlarının (örn. Ben kötü biri olduğumu düşünüyorum.) daha az duygusal sıkıntı (BDE ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri [DSKE] kullanılarak ölçülmüş) yarattığı ve olumsuz kendine göndermeli düşüncelerin birleşmiş versiyonlarına kıyasla ayrılmış versiyonlara maruz kalmaya katılımcıların daha istekli oldukları bulunmuştur. Benzer şekilde, Masuda ve diğerleri (2010: 11-17), 17-60 yaş aralığında olan 132 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, bilişsel ayrışma yöntemi öğretilen grubun kontrol grubuna kıyasla olumsuz kendine göndermeli düşünceler karşısında daha az duygusal sıkıntı (Görsel Analog ölçeği kullanılarak ölçülmüş) deneyimledikleri, daha az depresif hissettikleri ve bu düşüncelere daha az inandıkları bulunmuştur. Ek olarak, 67 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada (Pilecki ve Mckay, 2012: 19-40), katılımcılar bilişsel ayrışma, düşünce bastırma ve kontrol olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Her gruba iğrenme, üzüntü ve kaygı uyandırıcı video klipleri izletilmiş ve devamında her bir duygu için duygusal uyarılma düzeyleri ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda, iğrenme ve üzüntü video klipleri sonrasında

bilişsel ayrışma ve düşünce bastırma tekniğini kullanan katılımcıların kontrol grubuna kıyasla daha az duygusal sıkıntı deneyimlediği raporlanmıştır. Ayrıca yapılan bir vaka analiz çalışmasında, klinik düzeyde depresyonu ve YKB tanısı olan 89 yaşındaki bir kadına KKT uygulanmış ve müdahaleden sonraki altıncı haftada alınan izlem ölçümlerinde, katılımcının tedavi öncesine kıyasla psikolojik katılık, depresyon ve YKB düzeyinde anlamlı düşme olduğu görülmüştür (Roberts ve Sedley, 2016: 54-67). Tüm bu bulgular hem klinik hem de sağlıklı örnekleme bilişsel ayrışmanın veya bilişsel birleşmenin duygusal sıkıntı ile ilişkili olduğunu gösterir niteliktedir.

1.3.3.3. Bilişsel Birleşme ve Yeme Bozuklukları

YB'nin gelişimi ve/veya sürdürülmesinde bozulmuş yeme ile ilişkili bilişler önemli bir risk faktörü olsa da bu bilişlerin varlığı her zaman duygusal stres veya psikolojik rahatsızlığa neden olmamaktadır (Brannan ve Petrie, 2008: 263-275). Bilişin kendisi kadar bireylerin bu tür bilişlere yanıt verme biçiminin (örn. kontrol etme veya bastırma) de psikolojik bozukluk geliştirmeye etkisi vardır (Segal ve diğerleri, 2004: 45-65). Bunu destekler nitelikte, 440 sağlıklı üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, bozulmuş yeme bilişlerine kıyasla bozulmuş yeme bilişleri ve psikolojik katılık etkileşiminin olumsuz psikolojik çıktıları (örn. duygusal stres ve genel psikolojik rahatsızlık düzeyi) daha güçlü yordadığı bulunmuştur (Masuda ve diğerleri, 2010: 3-15)

G-BDT'de yeme, beden ve kilo ve bunların kontrolünün aşırı önemi YB'nin kilit mekanizması olarak ele alınmaktadır (Fairburn ve diğerleri, 2003: 509-528). G-BDT ve KKT bakış açıları birleştirildiğinde, yeme, beden ve kilo ve bunların kontrolünün aşırı önemi ile ilişkili bilişlerle fazlaca birleşme öz değerini tanımlandığı diğer alanlara odaklanmayı azaltarak bireylerin kendini bu kilit mekanizmaya göre değerlendirmesine neden olmaktadır (Fogelkvist ve diğerleri, 2020: 29). Bu alanda deneyimlenen veya deneyimlenme ihtimali olan olumsuzluklar ile ilgili bilişlerin yarattığı duygusal sıkıntıdan kaçmak için bozulmuş yeme davranışları gibi işlevsiz başa çıkma yöntemleri kullanılmaktadır. KKT'ye göre, bu bilişler ile davranışların bağlantısı “yanlışlıkla” oluşmuş bir bağdır ve yeni deneyimler ile bu bağ

zayıflatıldığında değer odaklı eylemlerde bulunma sıklığı artmaktadır (Juarascio ve diğerleri, 2015: 42-47).

YB ve bozulmuş yeme davranışlarını inceleyen çalışmalarda, çoğunlukla bilişsel birleşmenin rolüne değil genel olarak psikolojik esnekliğin veya psikolojik katılımın rolüne odaklanılmıştır. Psikolojik esnekliğin, YB ile ilişkili olumsuz bilişler ile psikolojik sağlık arasındaki ilişkide koruyucu faktör olduğu belirtilmiştir (Masuda ve diğerleri, 2010: 3-15). Ayrıca olumsuz beden imajıyla ilgili bilişlere daha katı yanıt vermenin (örn. bastırma), beden memnuniyetsizliği yarattığı ve bozulmuş yeme davranış düzeyinde yükselmeye yol açtığı görülmüştür (Wendell ve diğerleri, 2012: 240-245). Benzer şekilde, psikolojik katılımın ince olma arzusu ile bozulmuş yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi düzenlediği bulunmuştur (Morton ve diğerleri, 2020: 4). Aynı çalışmada, psikolojik esneklik ve psikolojik katılımın alt boyutları da incelenmiş ve bilişsel birleşmenin bozulmuş yeme tutum ve davranışlarla pozitif yönlü; bilişsel ayrışmanın bozulmuş yeme tutum ve davranışlarla negatif yönlü ilişkisi olduğu belirtilmiştir. Ek olarak, bilişsel birleşmenin ince olma arzusu bilişleriyle bozulmuş yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişkiyi düzenlediği görülmüştür. Diğer bir deyişle, bilişsel birleşme düzeyi düşük olanlara kıyasla bilişsel birleşme düzeyi yüksek olanlar için ince olma arzusuna dair bilişlerin varlığı bozulmuş yeme tutum ve davranışları geliştirme konusunda daha güçlü bir risk faktörüdür. Bunu destekler nitelikte, 142 kadın atlet ile yapılan bir çalışmada, beden imajıyla ilgili düşüncelerle birleşmenin mükemmeliyetçi kendini sunma ile bozulmuş yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişkide aracı rolde olduğu görülmüştür (Paixao ve diğerleri, 2021: 5727-5734). Diğer bir deyişle, beden imajıyla ilgili düşüncelerle fazlaca birleşme, bireylerin diğerlerine kendini mükemmel gösterme çabasını güçlendirerek bozulmuş yeme tutum ve davranışları geliştirme riskini arttırmaktadır. Benzer şekilde, 659 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada beden imajıyla ilgili bilişlerle fazlaca birleşmenin beden memnuniyetsizliğini arttırdığı ve bunun sonucunda katılımcıların diyet kurallarını daha sıkı takip ettikleri raporlanmıştır (Trindade ve Ferreira, 2014: 72-75). Son olarak, 345 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, beden imajıyla fazlaca birleşen bireylerde beden memnuniyetsizlik düzeyi yükseldikçe YB düzeyinin yükseldiği bulunmuştur (Ferreira ve diğerleri, 2014: 137-142). Teorik zemin ve çalışma bulguları incelendiğinde, bilişsel birleşmenin YB gelişimine ve/veya

sürdürülmesine ya da bozulmuş yeme tutum ve davranışları gelişimine ve/veya sürdürülmesine etki ettiği savunulabilir.

1.4. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE AMACI

Psikopatolojiler için uzun yıllardır kategorik sınıflama yöntemi oluşturulmuş ve psikopatolojileri açıklamak ve tedavi etmek için belirtiyeye dayalı bir değerlendirme ve tanı sistemi kullanılmıştır. Son yıllarda kategorik sınıflandırmadan ziyade psikopatolojileri boyutsal olarak incelemenin daha faydalı olduğu savunulmaktadır (Roncero ve diğerleri, 2011: 457-470). Bu sayede, psikopatolojileri sürdüren ortak mekanizmaları ve risk faktörlerini belirleyerek eşanlılığın daha iyi açıklanacağı vurgulanmaktadır. Ek olarak, ortak mekanizmaların ve risk faktörlerinin belirlenmesinin, tedavi esnasında değişen tanı kategorilerinden uzak durularak sağaltım sürecinin daha etkili ilerlemesine fayda sağlayacağı savunulmaktadır (Mills ve Marel'den aktaran, Özdemir ve Hacıömeroğlu, 2023: 308).

Daha önce değinildiği gibi, YB ve OKB yüksek eşanlı oranlarına sahiptir. Bu durumu açıklamak için yapılan çalışmalarda, iki psikopatolojide ortak olarak görülen birçok risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Bu ortak faktörlerden birinin obsesif inançlar olduğu bilinmektedir. OKB özelinde tanımlanmış olsa da obsesif inançların son yıllarda birçok psikopatolojide görüldüğü bilinmektedir (İnöz ve diğerleri, 2022: 23-64). Obsesif inançlar, OKB'de olduğu gibi diğer bozukluklarda da duygusal sıkıntıyı arttırmakta ve kompulsif ritüellere yol açmaktadır.

Bu benzerliklerin yanında, psikopatolojiler özelinde değişen unsur obsesif bilişlerin içeriğidir. Buna göre, OKB'de görülen obsesyonların içeriği kirlenme/bulaşma, simetri ve başkasına zarar verme gibi temalar etrafında toplanırken, YB'de görülen obsesyonların içeriği yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilişkilidir. G-BDT'de (Fairburn ve diğerleri, 2003: 510) merkezi bir konumda olan yeme, kilo, beden ve bunların kontrolüyle aşırı zihin meşguliyeti OKB'de tanımlanan girici, istenmeyen ve tekrarlı bilişlere benzemekte, bu bilişler sonucunda ortaya çıkan kompulsif şekilde tartılma ve beden kontrolü, besin alımını kısıtlama ve tıknırcasına yeme/kusma gibi YB'ye özgü davranışlar ise OKB'de tanımlanan kompulsif davranışlara benzerlik göstermektedir.

İlgili literatürde obsesif inançların hem klinik düzeyde hem de eşik altı düzeyde YB belirtileri gösteren bireyler üzerinde incelendiği çalışmalar bulunmaktadır. Öte yandan, bu çalışmaların genellikle OKB’de görülen obsesif inanç alanları temelinde yürütüldüğü görülmektedir. Diğer bir deyişle, OKB’de görülen obsesif inanç alanlarını incelemek için geliştirilen ölçüm araçları ile YB’de görülen obsesif inanç alanları incelenmektedir. Bu çalışmalar YB’de görülen obsesif inançları ve iki bozukluk arasındaki ortaklıkları belirlemek adına oldukça faydalı bilgiler sağlamakla birlikte, elde edilen bulguların geçerliği YB’de görülen obsesyonların içeriğinin OKB’de görülen obsesyonlardan farklı olması nedeniyle sorgulanabilir durumdadır. Ülkemizde yapılacak ilgili çalışmalarda da benzer bir sorun yaşanmasını önlemek amacıyla bu çalışma kapsamında, YB’de görülen obsesif inançları değerlendirmek üzere geliştirilen OİÖ-YBV’nin psikometrik özellikleri kapsamlı olarak incelenecektir. Bu ölçüm aracının Türkçeye uyarlanması gerek bu çalışma kapsamında gerekse gelecekte ülkemizde yürütülecek ilgili çalışmalarda YB’de görülen obsesif inanç alanlarının YB’ye özgü olarak incelenmesini mümkün kılacaktır. Ek olarak, OİÖ-YBV’nin OİÖ-44 ile paralel bir yapıda olması, OKB ile karşılaştırılabilir sonuçlar elde edilmesine yardımcı olabilecektir.

Bu çalışmanın ikinci aşamasında, obsesif inançlar ile YB belirti düzeyi arasındaki ilişkide duygusal sıkıntının aracı rolü ve bilişsel birleşmenin düzenleyici rolü olduğu önerilen bir modelin uygunluğu test edilecektir. Obsesif inançların bireylerin duygusal sıkıntı düzeyini arttırdığı ve kompulsif davranışların duygusal sıkıntıyı azaltarak ya da ortadan kaldırarak olumsuz pekiştireç işlevi gördüğü bilinmektedir. Yapılan çalışmalarla, obsesif inançların sadece OKB’de değil YB gibi diğer bazı psikopatolojilerde de duygusal sıkıntı üzerinde benzer bir işlevi olduğu ortaya konulmuştur. Diğer bir deyişle, duygusal sıkıntı tıpkı obsesif inançlar gibi her iki psikopatolojide de ortak bir aracı faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler bu iki psikopatolojiye özgü kompulsif davranışlar ile hissedilen duygusal sıkıntıyı azaltmaya çalışmaktadır. Bu bilgilerden hareketle, önerilen modelde yeme bozukluklarına özgü obsesif inançlar ile yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide duygusal sıkıntı düzeyinin aracı bir rol üstlenebileceği ileri sürülmüştür. Buna göre, yeme bozukluklarında görülen türdeki obsesif inançları güçlendikçe, bireylerin

duygusal sıkıntı düzeyleri artmakta ve böylelikle sergiledikleri yeme bozuklukları belirtileri alevlenmektedir.

Modelde düzenleyici bir rolü olduğu önerilen bilişsel birleşmenin ise özellikle duygusal sıkıntı düzeyini arttırarak, başta davranışsal belirtiler olmak üzere tüm psikopatoloji belirtilerini alevlendirdiği bilinmektedir (Hayes, 2016: 869-885; Chen ve diğerleri, 2023: 100). Diğer bir deyişle, obsesif bilişler ile birleşme psikopatoloji gelişimi açısından bir risk faktörü olarak kabul edilebilir. Örneğin, OKB'ye özgü obsesif bilişler ile fazlaca kaynaşma, duygusal sıkıntıyı (Hellberg ve diğerleri, 2020: 69-78) ve OKB belirti düzeyini arttırmaktadır (Abramowitz ve diğerleri, 2003: 1069-1079). Öte yandan ilgili alanyazında YB'ye özgü obsesif bilişler ile birleşmenin duygusal sıkıntı ve belirti düzeyi üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, oluşturulan modelde yeme bozukluklarında görülen türdeki obsesif inançların duygusal sıkıntı aracılığıyla yeme bozukluğu belirtilerini yordama gücünün, bireylerin sergilediği bilişsel birleşme düzeyine bağlı olarak değişebileceği de öngörülmüştür. Diğer bir deyişle, bilişsel birleşme ile yeme bozukluklarına özgü obsesif inançlar arasındaki etkileşim sonucunda hissedilen duygusal sıkıntı artabilir ve bu artış yeme bozukluğu belirtilerinin şiddetini değiştiriyor olabilir.

Bu çalışmanın psikoterapi alanyazınındaki kuramsal ve uygulamalı araştırmalara çeşitli açılardan fayda sağlayacağı öngörülmektedir. İlk olarak, YB'ye özgü obsesif inanışları ölçen bir ölçüm aracı ulusal alanyazına kazandırılmış olacak, böylelikle ülkemizde yürütülecek ilgili çalışmalarda YB'ye özgü daha güvenilir ve geçerli bulgulara ulaşılabilecektir. Bu ölçüm aracı kullanılarak yürütülen çalışmaların klinik pratik açısından çeşitli doğurgularının olması da muhtemeldir. Örneğin, bu tür araştırmalar sonucunda OKB ve YB kategorileri arasındaki tanı-ayırıcı tanı işlemlerine dair tamamlayıcı bilgilere erişilebilir ve/veya OKB'de görülen obsesif inanç alanlarına özgü müdahalelerin YB'de görülen obsesif inanç alanlarına uygun hale getirilmesi söz konusu olabilir. Ek olarak, bu ölçüm aracı kullanılarak AN, BN ve/veya TYB gibi yeme bozuklukları arasında ortaklaşan ve ayrışan obsesif inanç alanlarının tespit edilmesi ve buna uygun müdahale programlarının oluşturulması da mümkündür.

Bu çalışmanın ilgili klinik psikoloji alanına sağlayacağı bir diğer katkı, YB belirti şiddetinde gözlenen değişimlerin, bozukluğa özgü obsesif inançlar baz alınarak

oluşturulan bir model üzerinden açıklanmaya çalışılacak olmasıdır. Bu modelde önerildiği gibi, obsesif inançların YB belirti düzeyindeki değişime ne derece katkıda bulunduğu ölçülmesi, OKB ve YB arasında görülen yüksek eştani oranlarının anlaşılmasına yardımcı olacaktır. Birlikte görülmeleri durumunda bu bozuklukların birbirinin belirtilerini alevlendirdiği ve seyrini kötüleştirdiği bilindiği için (Pinto ve diğerleri, 2006: 708-710), obsesif inançlara müdahalede bulunulmasının, eştani alan bireylerin tedavi seyri için de faydalı olabileceği öngörülmektedir.

Önerilen model üzerinden yapılacak inceleme, ilgili alanyazında son yıllarda yayınlanan çalışmalarda YB'ye özgü bilişlerin egoya uyumlu mu yoksa egoya uyumsuz mu olduğu konusunda devam eden tartışmalara da bir gönderme yapmış olacaktır. Buna göre bazı araştırmacılar, YB'ye özgü bilişlerin egoya uyumlu bir doğaya sahip olduğunu (Gregertsen ve diğerleri, 2017: 2-3) ve motivasyonel bir hatırlatıcı olarak bireyleri ideallerine (örn. ideal bedenlerine) yaklaştırabileceğini savunmaktadır. YB tanısı almış bir kişinin “YB olmadan yaşamak, kimliksiz yaşamak gibidir” ifadesi bu görüşü destekler niteliktedir (Bulik ve Kendler, 2000: 1757). Öte yandan, YB'ye özgü bilişlerin egoya uyumsuz bir doğaya sahip olduğu (Purcell-Lalonde ve diğerleri, 2015: 183), bireylerin ideallerine, inançlarına, seçimlerine ve beklentilerine ters olduğu (Purdon ve diğerleri, 2007: 200) ve varlıklarının bireyin kontrolünü kaybettiğine işaret ettiği (Fairburn, 2008: 7-22) de savunulmaktadır. Roncero ve diğerleri (2013: 71) ise YB'ye özgü bilişlerin hem egoya uyumlu hem de uyumsuz olabileceğine işaret etmiştir. Araştırmacılar yaptıkları çalışmada, YB tanısı almış bireylerin kendilerini en çok rahatsız eden obsesif bilişlerini mantıklı ve kişilikleriyle tutarlı bulsalar bile bu bilişleri deneyimlemek istemediklerini ortaya koymuştur (Roncero ve diğerleri, 2013: 71). Dolayısıyla, bu çalışma kapsamında incelenecek olan modele bilişsel birleşme ögesinin dahil edilmesiyle, alanyazında mevcut olan bu tartışmaya katkı sağlanmış olacaktır. Buna göre, bilişsel birleşme eğilimi yüksek olan bireylerde YB içerikli obsesif inançların ortaya çıkardığı duygusal sıkıntı azalması, bu tür bilişlerin bireylerin ideal bedene (yani, ideal benliklerine) ulaşmaları için faydalı olarak, YB'ye özgü obsesif bilişlerin egoya uyumlu olduğu anlamına gelecektir. Öte yandan, eğer bu bilişler egoya uyumsuz ise, yeme odaklı obsesif bilişlerle birleşme düzeyi arttıkça, yüksek düzeyde duygusal sıkıntı açığa çıkacaktır.

Bu noktaya kadar BDT yaklaşımı temel alınarak oluşturulmuş olan bu modele KKT yaklaşımında önemli bir yere sahip olan bilişsel birleşme kavramının da eklenmesi, bu çalışmanın bu iki yaklaşımı bir araya getirerek konuyu daha geniş, bütüncül ve eklektik bir çerçeveden ele alma çabasını temsil etmektedir. YB'ye geniş bir bakış açısıyla yaklaşıyor olması, tedavi sürecinde bilişsel birleşme düzeyinin yüksek olması gibi bireye özgü özelliklere uygun müdahale yaklaşım ve tekniklerinin kullanılarak, daha bireyselleştirilmiş bir tedavi süreci planlanmasına fayda sağlayabilecektir.

Bu noktaya kadar aktarılan tüm bu bilgiler ışığında, YB belirti düzeyini açıklamak amacıyla aşağıda verilen düzenleyici aracılık (moderated mediation) modeli oluşturulmuştur. Bu modelin bir koşullu dolaylı etki (conditional indirect effect) modeli olduğunu söylemek de mümkündür. Önerilen modele göre, YB'ye özgü obsesif inançlar bireyler üzerinde bir duygusal sıkıntı yaratmakta ve bu duygusal sıkıntının çıktısı olarak YB belirtileri artmaktadır. Yeme odaklı obsesif inançlar ile birleşme düzeyi-yani inançlar ve birleşme arasındaki etkileşim ise, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı ve dolayısıyla belirtiler üzerindeki etkisini düzenlemektedir.

Araştırma Soruları

1. Türkçe Obsesif İnanışlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı mıdır?
2. YB'ye özgü obsesif inançlar ile YB belirti düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
3. YB'ye özgü obsesif inançlar ile duygusal sıkıntı düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
4. Duygusal sıkıntı ile YB belirti düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?
5. Duygusal sıkıntı, YB'ye özgü obsesif inançlar ile YB belirti düzeyi arasındaki ilişkiye aracılık etmekte midir?
6. Bilişsel birleşme, YB'ye özgü obsesif inançlar ile duygusal sıkıntı arasındaki ilişkiyi düzenleyici bir role sahip midir?

Hipotezler

1. Türkçe Obsesif İnanışlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır.
2. YB'ye özgü obsesif inançlardaki artış YB belirti düzeyindeki artışı yordayacaktır.
3. YB'ye özgü obsesif inançlardaki artış duygusal sıkıntı düzeyindeki artışı yordayacaktır.
4. Duygusal sıkıntı düzeyindeki artış YB belirti düzeyindeki artışı yordayacaktır.
5. YB'ye özgü obsesif inançlar güçlendikçe YB belirti düzeyinde görülen artış, duygusal sıkıntı düzeyindeki artış aracılığıyla ortaya çıkacaktır.
6. Bilişsel birleşme düzeyi, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı düzeyi ile bağlantısını düzenleyecektir. Buna göre, bilişsel birleşme düzeyi yüksek olan kişiler için YB'ye özgü obsesif inanç alanlarındaki artış, duygusal sıkıntı düzeyindeki artışın daha güçlü bir yordayıcısı olacaktır. Bu durumda, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı aracılığıyla YB belirti düzeyi üzerindeki dolaylı etkisi bilişsel birleşme düzeyine bağlı olacak ve bilişsel birleşme düzeyindeki artış bu dolaylı etkiyi güçlendirecektir.

İKİNCİ BÖLÜM

OBSESİF İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-YEME BOZUKLUKLARI VERSİYONU PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

2.1. YÖNTEM

2.1.1. Katılımcılar

2.1.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizine ve Diğer Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine Dahil Edilen Katılımcılar

Ölçeğin Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve diğer geçerlik ve güvenirlik analizleri için 353 katılımcıdan veri toplanmıştır. 18 yaş altında olan bir katılımcının, kontrol maddelerine doğru yanıt vermeyen 31 katılımcının ve çoklu aykırı değerlere göre yapılan analizler sonucunda iki katılımcının verisi atıldıktan sonra kalan 319 katılımcının verisi üzerinden analizler gerçekleştirilmiştir.

Demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların yaşlarının 18 ile 62 arasında ($Ort. = 31.19$, $SS = 11.85$) olduğu ve vücut kitle indekslerinin (VKİ) 15.22 ile 45.31 arasında ($Ort. = 23.4$, $SS = 4.50$) değiştiği; katılımcıların çoğunun kadın (%80.3), yaşamını şehirde geçirmiş (%71.8), bekar (%43.3) ve ön lisans/lisans mezunu (% 38.9) olduğu ve orta gelir düzeyine (%63.6) sahip olduğu görülmektedir. Ek olarak, katılımcıların %14.7'sinin kronik rahatsızlığa sahip olduğu; %21.9'unun geçmişte ve %8.2'sinin şu anda psikiyatrik bir tanı aldığı; %11.9'unun geçmişte ve %6.9'unun şu anda ilaç tedavisi gördüğü ve %22.9'unun geçmişte ve %6.9'unun şu anda psikoterapi aldığı bilinmektedir. Örneklemin demografik özelliklerine ait detaylı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Ölçeğin AFA ve Diğer Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerinde Yer Alan Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	Minimum Değer	Maksimum Değer
Yaş	319	31.19	11.85	18.0	62.0
Kilo (kg)	319	64.85	14.33	38.0	119.0
Boy (m)	319	1.66	8.64	1.47	1.91
VKI (kg/m ²)	319	23.40	4.50	15.22	45.31
				Frekans	Yüzde
Cinsiyet					
	Kadın			256	80.3
	Erkek			62	19.4
	Diğer (Nonbinary)			1	.3
Yaşanılan yer					
	Köy			6	1.9
	Kasaba			8	2.5
	Şehir			229	71.8
	Metropol			74	23.2
	Yurtdışı			2	.6
Medeni durum					
	İlişkisi var (Evli Değil)			59	18.5
	Evli			105	32.9
	Boşanmış			15	4.7
	Eşi vefat etmiş			2	.6
	Bekar			138	43.3
Eğitim durumu					
	İlkokul mezunu			1	.3
	Ortaokul mezunu			4	1.3
	Lise mezunu			24	7.5
	Ön lisans/Lisans öğrencisi			79	24.8
	Ön lisans/Lisans mezunu			124	38.9
	Yüksek lisans öğrencisi			37	1.6
	Yüksek lisans mezunu			37	1.6
	Doktora öğrencisi			11	3.4
	Doktora mezunu			2	.6
Sosyoekonomik düzey					
	Düşük			8	2.5
	Düşük - Orta			51	16.0
	Orta			203	63.6
	Orta - Yüksek			53	16.6
	Yüksek			4	1.3
Meslek					
	İşsiz (Çalışmıyor ve öğrenci değil)			38	11.9
	Emekli			23	7.2
	Memur			59	18.5
	Özel sektör			61	19.1
	İşçi			9	2.8
	Öğrenci			104	32.6
	Diğer			25	7.8
Kronik rahatsızlık					
	Hayır			272	85.3
	Evet			47	14.7

Kronik rahatsızlık tanıları

Tiroid ile ilgili tanılar (Hipotiroid ve Hashimoto)	12	4.2
Astım	7	2.1
Hipertansiyon	5	1.5
Diyabet	3	.9
Diğer	20	6.0

Psikiyatrik tanı - Geçmiş

Hayır	249	78.1
Evet	70	21.9

Psikiyatrik rahatsızlık tanıları - Geçmiş

Anksiyete bozuklukları	26	7.8
Duygudurum bozuklukları	24	6.9
OKB	3	.9
YB	1	.3
Diğer	16	4.8

Psikiyatrik tanı - Şu an

Hayır	293	91.8
Evet	26	8.2

Psikiyatrik rahatsızlık tanıları - Şu an

Anksiyete bozuklukları	11	3.3
Duygudurum bozuklukları	7	2.1
Eşit	4	1.2
Diğer	4	1.2

İlaç tedavisi görme - Geçmiş

Hayır	249	78.1
Evet	70	21.9

İlaç tedavisi görme - Şu an

Hayır	297	93.1
Evet	22	6.9

Psikoterapi alma - Geçmiş

Hayır	246	77.1
Evet	73	22.9

Psikoterapi alma - Şu an

Hayır	292	93.1
Evet	27	6.9

Not. OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk, YB = Yeme Bozuklukları, N = Örneklem Büyüklüğü, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma, VKİ = Vücut Kitle İndeksi.

2.1.1.2. Doğrulamalı Faktör Analizine Dahil Edilen Katılımcılar

Ölçeğin Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA) için 262 katılımcıdan veri toplanmıştır. 18 yaşın altında olan bir katılımcının ve kontrol maddesine doğru yanıt

vermeyen sekiz katılımcının verisi atıldıktan sonra kalan 253 katılımcının verisi üzerinden DFA gerçekleştirilmiştir.

Demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların yaşlarının 18 ile 58 arasında (*Ort.* = 23.7, *SS* = 7.29) ve VKİ'nin 15.8 ile 40.1 arasında (*Ort.* = 22.8, *SS* = 4.42) değiştiği; katılımcıların çoğunun kadın (%71.6), yaşamının çoğunu şehirde geçirmiş (%70) ve ön lisans/lisans öğrencisi (%62.1) olduğu görülmektedir. Ek olarak, katılımcıların %11.9'unun kronik rahatsızlığa sahip olduğu; %16.6'sının geçmişte ve %6.7'sinin şu anda psikiyatrik bir tanı aldığı; %13'ünün geçmişte ve %5.9'unun şu anda ilaç tedavisi gördüğü ve %19.4'ünün geçmişte ve %5.5'inin şu anda psikoterapi aldığı bilinmektedir. Örneklemin demografik özelliklerine ait detaylı bilgiler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Ölçeğin DFA'sında Yer Alan Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	Minimum Değer	Maksimum Değer
Yaş	253	23.7	7.29	18.0	58.0
Kilo (kg)	253	64.0	15.4	38.0	120.0
Boy (m)	253	1.67	0.89	1.50	1.90
VKI (kg/m ²)	253	22.8	4.42	15.8	40.1
				Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın			181	71.6
	Erkek			71	28
	Belirtmek istemiyorum			1	.4
Yaşanılan yer	Köy			9	3.6
	Kasaba			18	7.1
	Şehir			177	70.0
	Metropol			48	19.0
	Yurtdışı			1	.4
Eğitim durumu	İlkokul mezunu			1	.4
	Lise			4	1.6
	Lise mezunu			7	2.8
	Ön lisans/Lisans öğrencisi			157	62.1
	Ön lisans/Lisans mezunu			51	20.2
	Yüksek lisans öğrencisi			23	9.1
	Yüksek lisans mezunu			8	3.2
	Doktora mezunu			2	.8
Meslek	İşsiz (Çalışmıyor ve öğrenci değil)			8	3.2
	Emekli			2	.8
	Memur			14	5.5
	Özel sektör			42	16.6

	İşçi	5	2.0
	Öğrenci	174	68.8
	Diğer	8	3.2
Kronik rahatsızlık			
	Hayır	223	88.1
	Evet	30	11.9
Kronik rahatsızlık tanıları			
	Tirod ile ilgili tanılar (Hipotiroid ve Hashimoto)	4	1.6
	Astım	8	3.2
	Hipertansiyon	3	1.2
	Diğer	15	6.0
Psikiyatrik tanı - Geçmiş			
	Hayır	211	83.4
	Evet	42	16.6
Psikiyatrik rahatsızlık tanıları - Geçmiş			
	Anksiyete bozuklukları	10	4.0
	Duygudurum bozuklukları	15	6.0
	OKB	2	.8
	YB	1	.4
	Diğer	14	5.6
Psikiyatrik tanı - Şu an			
	Hayır	236	93.3
	Evet	17	6.7
Psikiyatrik rahatsızlık tanıları - Şu an			
	Anksiyete bozuklukları	8	3.2
	Duygudurum bozuklukları	1	.4
	YB	1	.4
	Eş tanı	3	1.2
	Diğer	4	1.6
İlaç tedavisi görme - Geçmiş			
	Hayır	220	87.0
	Evet	33	13.0
İlaç tedavisi görme - Şu an			
	Hayır	239	94.5
	Evet	14	5.5
Psikoterapi alma - Geçmiş			
	Hayır	204	80.6
	Evet	49	19.4
Psikoterapi alma - Şu an			
	Hayır	239	94.5
	Evet	14	5.5

Not. OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk, YB = Yeme Bozuklukları, N = Örneklem Büyüklüğü, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma , VKİ = Vücut Kitle İndeksi.

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Bu bölümde, çalışmanın bu aşaması için kullanılan ölçüm araçları tanıtılacak ve ölçüm araçlarının psikometrik özelliklerine dair detaylı bilgiler verilecektir.

2.1.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formunda; katılımcıların yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey, meslek, kronik rahatsızlığa sahip olup olmama, psikiyatrik tanı alıp almama (geçmişte ve şu anda), ilaç tedavisi alıp almama (geçmişte ve şu anda) ve psikoterapi alıp almama (geçmişte ve şu anda) durumlarına dair sorular bulunmaktadır. Demografik bilgi formuna Ek 1’de yer verilmiştir.

2.1.2.2. Obsesif İnançlar Ölçeği-44 (OİÖ-44)

Obsesif Kompulsif Bilişsel Çalışma Grubu tarafından geliştirilen Obsesif İnançlar Ölçeği (OİÖ), OKB’de görülen obsesif inanç düzeyini ölçmek amacıyla ilk olarak 87 maddeli olarak geliştirilmiştir (OKBÇG, 2001: 987-1006). Ölçeğin 87 maddelik versiyonunda altı farklı inanç alanı olduğu görülmüştür. Bu inanç alanları aşırı sorumluluk, abartılmış tehdit beklentisi, düşüncelerin aşırı önemi, düşüncelerin kontrol edilebilirliği, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük olarak isimlendirilmiştir. İnanç alanlarının birbiriyle ve OKB belirtileri ile olan güçlü ilişkisi nedeniyle (OKBÇG, 2003: 863-878) ölçek revize edilmiştir. Bu alt boyutlarda yüksek faktör yükü veren maddelerin ölçekten çıkarılması sonucunda ölçek 44 maddeye indirgenmiş ve OİÖ-44 oluşturulmuştur (OKBÇG, 2005: 1527-1542). OİÖ-44’ün geliştirildiği çalışmada, OKB tanısı alan 410 katılımcıdan, kaygı kontrol grubu olarak oluşturulan ve kaygı bozukluğu (Panik Bozukluk, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Yaygın Kaygı Bozukluğu, Sosyal Fobi, Agorafobi, Özel Fobi ve Hipokondri) tanısı alan 105 katılımcıdan, topluluk kontrol grubu olarak 87 katılımcıdan ve öğrenci kontrol grubu olarak 291 katılımcıdan veri toplanmıştır ve ölçek maddelerinin altı alt boyut yerine üç alt boyutta toplandığı görülmüştür: (1) sorumluluk/tehdit beklentisi,

(2) düşüncelerin aşırı önemi/düşüncelerin kontrolünün önemi ve (3) mükemmeliyetçilik/kesinlik (OKBÇG, 2005: 1527-1542).

Sorumluluk ve tehdit beklentisi alt boyutlarının bir araya toplanması olaylara karşı sorumluluk algısının yükselmesiyle zarar vermeye dair obsesyonların arttığını (Rachman, 1997: 793-802); düşüncenin aşırı önemi ve düşünce kontrolünün önemi alt boyutlarının bir araya toplanması düşüncelere verilen önemin artmasıyla yükselen duygusal sıkıntıyı azaltmak için düşünceleri kontrol etmeye dair davranışların sıklığının arttığını (Freeston ve Ladouceur, 1997: 335-348) ve mükemmeliyetçilik ve kesinlik alt boyutlarının bir araya toplanması obsesyonların yarattığı şüphelerden kurtulmak için kesinlik davranışlarının arttığını gösteren bulguları destekler niteliktedir (OKBÇG, 2005: 1527-1542).

OİÖ-44'ün geçerlik analizleri için Girici Bilişleri Yorumlama Envanteri (GBYE), Padua Envanteri-Washington Eyalet Üniversitesi Revizyonu (PE-WEÜR), Beck Anksiyete Envanteri (BAE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanılmıştır (OKBÇG, 2005: 1527-1542). OİÖ-44 toplam puanı ile GBYE toplam puanının pozitif yönlü ve orta düzeyde korelasyona (OKB tanısı alan grup için $r = .59$; kontrol grupları için $r = .66, p < .001$) sahip olduğu; OİÖ-44'ün alt boyutları ile GBYE toplam puanının OKB tanısı alan grup için mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutu haricinde ($r = .35, p < .001$) pozitif ve orta düzeyde korelasyona sahip olduğu (sorumluluk/tehdit beklentisi ve düşüncelerin aşırı önemi/düşünce kontrolünün önemi alt boyutları için sırasıyla $r = .55, p < .001$; $r = .60, p < .001$); kontrol grupları için orta düzeyde korelasyona sahip olduğu (sorumluluk/tehdit beklentisi, mükemmeliyetçilik/kesinlik, düşüncelerin aşırı önemi/düşünce kontrolünün önemi için sırasıyla $r = .63, r = .54, r = .60$, tüm korelasyonlar için $p < .001$) raporlanmıştır. Yakınsak geçerliği için ölçeğin PE-WEÜR ile korelasyonu incelenmiştir. OİÖ-44 toplam puanı ile PE-WEÜR alt boyutlarının pozitif yönlü ve düşük-orta düzeyde korelasyona ($r = .27$ ile $.59$ aralığında, $p < .001$) sahip olduğu raporlanmıştır. Ayırt edici geçerlik için yapılan hiyerarşik regresyon analiz sonucunda genel stres düzeyi kontrol edildiğinde de obsesif inanç alanlarının OKB belirtilerini yordamaya devam ettiği görülmüştür. Örneğin, sorumluluk/tehdit beklentisi alt boyutunun zarar verme ve kirlenmeye dair belirtileri ve mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutunun kontrol etmeye dair belirtileri yordadığı görülmüştür (OKBÇG, 2005: 1527-1542). Kriter geçerliği için yapılan tek yönlü-

MANOVA analiz sonucunda ölçekten alınan toplam puanlarda ve alt boyut puanlarında OKB grubu diğer kontrol gruplarından anlamlı düzeyde daha yüksek puan (mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutu hariç) aldığı görülmüştür. Toplam puan ve alt boyutları puanlarının hepsinde topluluk kontrol grubu en düşük puanları almıştır. Bu bulgular, ölçeğin OKB tanısı alan grup ile diğer grupları anlamlı düzeyde ayırt edebildiğini göstermiştir. Ölçeğin güvenirlik analizleri için iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve OKB grubu için iç tutarlılık katsayılarının .89 ile .95 arasında değiştiği görülmüştür (OKBÇG, 2005: 1527-1542). Bu bulgular, YBDÖ'nün kısa versiyonun da geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu destekler niteliktedir.

Ölçeğin 44 maddelik halinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Boysan ve diğerleri, 2010: 216-222). Ölçeğin üç faktörlü yapısının Türk örnekleminde geçerli olduğu doğrulanmıştır ($X^2/df = 2.5, p < .05$; CFI = .94; SRMR = .08; RMSEA .08). OİÖ-44 toplam puan ile Üst Biliş Ölçeği-30 ve Beyaz Ayı Supresyon Envanteri arasında pozitif ilişkiler olduğu belirtilmiştir (sırasıyla $r = .47, p < .001$; $r = .43, p < .001$). Ölçek toplam puanı için iç tutarlılık katsayısının .95, sorumluluk/tehdit beklentisi alt boyutu için .88, ve düşüncelerin aşırı önemi/düşünce kontrolünün önemi alt boyutu için .86, mükemmeliyetçilik/kesinlik alt boyutu için .88 olduğu görülmüştür. Ek olarak, ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayılarının sırasıyla .79, .69, .76 ve .81 (tüm korelasyonlar için $p < .001$) olduğu raporlanmıştır (Boysan ve diğerleri, 2010: 216-222). Bu çalışma kapsamında bu ölçek, OİÖ-YBV'nin uyum geçerliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmış ve ölçek toplam puanı için iç tutarlılık katsayısının .96 olduğu ve ölçeğin alt boyutları için iç tutarlılık katsayılarının .90 ile .92 arasında değiştiği görülmüştür. Ölçüm aracına ilişkin örnek maddelere Ek 2'de yer verilmiştir.

2.1.2.3. Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OİÖ-YBV)

Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OİÖ-YBV); yeme, beden ve kilo ve bunların kontrolü ile ilgili obsesif inançları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Schembri, 2010: 65). Ölçeğin geliştirildiği çalışmada hem klinik hem de klinik olmayan 18 yaş üstü 1207 katılımcıdan veri toplanmıştır. Ölçek geliştirilirken

OİÖ-44 baz alınmış ve kelime değişiklikleri yapılarak ölçek maddeleri yeme bozukluklarına uyarlanmıştır. Bu uyarlama çalışması, 44 maddenin sadece 31'i için yapılabilmiş ve gerçekleştirilen AFA sonucunda bu maddelerden yalnızca 25'inin çalıştığı görülmüştür. Bu nedenle nihai durumda OİÖ-YBV'nin 25 maddeden oluştuğuna karar verilmiştir. Ek olarak, AFA sonucunda ölçeğin dört faktörden oluştuğu görülmüştür: sorumluluk/tehdit beklentisi (sekiz madde), düşüncelerin önemi/düşüncelerin kontrolünün önemi (yedi madde), mükemmeliyetçilik (altı madde) ve belirsizliğe tahammülsüzlük (dört madde) (Schembri, 2010: 151). Ölçek maddeleri, 7'li Likert tipi (1 = Hiç katılmıyorum; 7 = Çok katılıyorum) bir derecelendirme ile yanıtlanmakta ve ölçekten alınan yüksek puanlar obsesif inançlarda artışa işaret etmektedir.

Ölçeğin eş zamanlı geçerlik analizleri kapsamında OİÖ-44, YBDÖ ve Obsesif Kompulsif Envanteri - Revize (OKE-R) kullanılmış ve OİÖ-YBV ile beden kontrol bilişleri, beden kontrol davranışları ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiler de incelenmiştir (Schembri, 2010: 155-169). 998 katılımcı ile gerçekleştirilen geçerlik analizlerinde, OİÖ-YBV ve OİÖ-44 toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü korelasyon olduğu ($r = .72, p < .001$) ve iki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarının .51 ile .73 arasında değiştiği görülmüştür. OİÖ-YBV ve YBDÖ toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısının .83 olduğu ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarının .59 ile .77 arasında değiştiği bildirilmiştir ($p < .001$). OİÖ-YBV ve OKE-R toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki ($r = .52, p < .001$) bulunurken iki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarının .28 ile .51 arasında değiştiği görülmüştür ($p < .001$). Ek olarak, yeme bozukluklarına dair obsesif inançlar düzeyi ile beden kontrol biliş düzeyi ve beden kontrol davranış düzeyi arasında anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $r = .76, p < .05$; $r = .77, p < .05$). Yeme bozukluklarına dair obsesif inanç alanlarından biri olan mükemmeliyetçilik ile olumsuz mükemmeliyetçilik alt boyutlarından biri olan hata üzerine endişelenme ve yaptığından emin olamama alt boyutları arasındaki anlamlı ilişkiler de ölçeğin eş zamanlı geçerliğini desteklemiştir (sırasıyla, $r = .71, p < .001$; $r = .60, p < .001$). Ek olarak, OİÖ-YBV toplam puan ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyi arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür (sırasıyla, $r = .57, r = .51, r = .53$; tüm korelasyonlar için $p < .001$). Ölçeğin

güvenirliliğini incelemek için iç tutarlılık katsayıları hesaplanmış ve iç tutarlılık katsayılarının toplam puan için .94; alt boyutlar için sırasıyla .84, .87, .89 ve .87 olduğu raporlanmıştır (Schembri, 2010: 169-171). Tüm bu bulgular ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu desteklemiştir. Bu çalışmanın ilk aşaması kapsamında, ölçüm aracının Türk örnekleme uyarlama çalışması yapılmış ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular “Bulgular” kısmında detaylı olarak sunulmuştur. Ölçüm aracının Türkçe versiyonuna ilişkin örnek maddelere Ek 3’te yer verilmiştir.

2.1.2.4. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13 (YBDÖ-13)

Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), yeme bozukluk düzeyini belirlemek amacıyla oluşturulan, 28 maddeli ve dört alt boyutlu (kısıtlama, beden şekliyle ilgili endişe, yemeye ilgili endişe ve kiloyla ilgili endişe) bir öz bildirim ölçeğidir (Fairburn ve Beglin, 1994: 363-370). YBDÖ-13, YBDÖ’nün kısaltılmış versiyonu olarak Lev-Ari ve meslektaşları (2021: 1-9) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 13 maddeden ve beş alt boyuttan (kısıtlayıcı yeme, beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe, beden memnuniyetsizliği, tıknırcasına yeme ve arınma) oluşmakta ve 7’li Likert tipi bir derecelendirmeye (0 = Hiç, 1 = 1–5 gün, 2 = 6–12 gün, 3 = 13–15 gün, 4 = 16–22 gün, 5 = 23–27 gün, 6 = Her gün) sahiptir. Ölçekten hem toplam puan hem de alt boyutlar puanları elde edilmekte ve ölçekten alınan yüksek puanlar yeme bozukluğu düzeyindeki artışa işaret etmektedir.

Ölçeğin yapı geçerliği DFA ile incelenmiş ve uyum iyiliği indeksleri $\chi^2/df=282.63$, $p<.001$; CFI = .98, RMSEA = .05; SRMR = .04 olarak raporlanmıştır (Lev-Ari ve diğerleri, 2021: 1-9). Uyum geçerliği gerçekleştirilen korelasyon analizleri sonucunda ölçeğin YBDÖ ile .72 düzeyinde; Yaşam Doyum Ölçeği ile -.29 düzeyinde anlamlı korelasyonları olduğu görülmüştür. Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının ise .63 - .99 aralığında olduğu belirtilmiştir (kısıtlayıcı yeme için .92, beden ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe için .99, beden memnuniyetsizliği için .89, tıknırcasına yeme için .89 ve arınma için .63).

Ölçeğin Türk örnekleme uyarlama çalışması Esin ve Ayyıldız (2022: 102) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için gerçekleştirilen DFA sonucunda

ölçeğin özgün beş boyutlu yapısının Türk örneklemeine iyi uyum gösterdiği desteklenmiştir ($\chi^2/df = 4.90$, AGFI = .93, GFI = .95, CFI = .97, NFI = .96, TLI = .96, RMSEA = .06). Uyum geçerliği için gerçekleştirilen korelasyon analizleri sonucunda, ölçeğin Yeme Tutum Testi-26 ile .39 düzeyinde; Beden Değeri Ölçeği ile -.42 düzeyinde anlamlı korelasyonları olduğu bulgulanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .89 olduğu, alt boyutların iç tutarlılık katsayılarının .75 ile .94 arasında değiştiği ve test-tekrar test güvenilirliğinin .93 olduğu raporlanmıştır (Esin ve Ayyıldız, 2022: 102). Bu çalışma ilk aşaması kapsamında bu ölçek, OİÖ-YBV'nin uyum geçerliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu aşamada ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .92 olduğu ve ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının .86 ile .94 arasında değiştiği görülmüştür. Arınma alt boyutunun iç tutarlılık katsayı düşük ($\alpha = .57$) olduğu için bu aşamada gerçekleştirilen analizlere dahil edilmemiştir. Ölçüm aracına ilişkin örnek maddelere Ek 4'te yer verilmiştir.

2.1.2.5. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21)

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21; Lovibond ve Lovibond, 1995a: 339), DASÖ-42'nin (Lovibond ve Lovibond, 1995b: 335-343) kısa versiyonu olarak geliştirilmiştir. Ölçeğin uzun versiyonunda her biri 14 maddeden oluşan depresyon, anksiyete ve stres olmak üzere üç alt boyutu vardır. Bu maddeler 4'lü Likert tipine göre puanlanmaktadır (0 = Hiçbir zaman; 3 = Her zaman). Ölçekten toplam puan elde edilemezken, yüksek puanlar yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve strese işaret etmektedir.

Ölçeğin 21 maddelik kısa versiyonunda ölçeğin orijinal üç boyutlu yapısı korunmuştur (Lovibond ve Lovibond, 1995a: 339). Her alt boyutta yedi madde bulunmaktadır ve ölçek maddeleri 4'lü Likert tipine göre puanlanmaktadır (0 = Hiçbir zaman; 3 = Her zaman). Henry ve Crawford (2005: 227-239) çalışmasında yapılan DFA sonucunda ölçeğin üç boyutlu yapısının iyi uyum gösterdiği belirtilmiştir ($\chi^2 = 1092.1$, $df = 180$, RCFI = .93, SRMR = .03, RMSEA = .05). Ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa katsayıları depresyon için .88, anksiyete için .82 ve stres için .90 olarak raporlanmıştır.

DASÖ-21, Türkçeye Sarıçam (2017: 19-30) tarafından uyarlanmıştır. Bu uyarlama çalışmasında gerçekleştirilen AFA sonucunda 21 madde üç alt boyuta toplanmış ve DFA sonucunda bu yapı hem klinik hem de klinik olmayan örnekleme iyi uyum göstermiştir (sırasıyla $\chi^2/df = 74.57$, $p = .00$, GFI = .951, CFI = .956, TLI = .925, RMSEA = .044, SRMR = .046; GFI = .906, CFI = .905, TLI = .896, RMSEA = .065, SRMR = .067). Ek olarak, DASÖ-21 ile DASÖ-42 arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu raporlanmıştır ($r = .89$, $p < .05$). Klinik örnekleme iç tutarlık katsayısı depresyon alt boyutu için .87, anksiyete alt boyutu için .85, stres alt boyutu için .81 iken klinik olmayan örnekleme ölçeğin iç tutarlık katsayısı depresyon alt boyutu için .85, anksiyete alt boyutu için .80, stres alt boyutu için .77 olarak raporlanmıştır. Klinik olmayan örnekleme üç hafta ara ile alınan ölçümler sonucunda test-tekrar test korelasyon katsayıları depresyon alt boyutu için .68, anksiyete alt boyutu için .66 ve stres alt boyutu için .61 olarak bulunmuştur (tüm korelasyonlar için $p < .05$). Bu çalışmanın ilk aşaması kapsamında bu ölçek, OİÖ-YBV'nin uyum geçerliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu aşamada iç tutarlılık katsayıları depresyon alt boyutu için .82, anksiyete alt boyutu için .85 ve stres alt boyutu için .86 olarak hesaplanmıştır. Ölçüm aracına ilişkin örnek maddelere Ek 5'te yer verilmiştir.

2.1.3. İşlem

İlk olarak OİÖ-YBV'yi geliştiren araştırmacıdan ve diğer ölçüm araçlarının Türkçe formlarını geliştiren araştırmacılardan izin alınmıştır. Bu çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Komitesi'nden etik kurul izni alınmıştır.

OİÖ-YBV'nin psikometrik özelliklerini incelemeden önce ölçek Türkçeye çevrilmiştir. Bir ölçeğin çevirisinin ilgili literatüre hakim, çevrilecek dilde uzmanlaşmış ve ölçek geliştirme deneyimine sahip kişiler tarafından yapılması önerilmektedir (Çapık ve diğerleri, 2018: 199-210). Bu durum göz önüne alınarak OİÖ-YBV'nin maddeleri üç alan uzmanı ve bir dil bilimci tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Elde edilen çeviriler, araştırmacı tarafından incelenmiş ve en uygun çeviri seçilerek ölçeğin Türkçe versiyonu oluşturulmuştur. Türkçeye çevrilen ölçek yeme bozuklukları alanında çalışan ve her iki dili de iyi bilen bir uzman

tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir. Bu geri çeviri, ölçeği geliştiren araştırmacıya (A. Schembri) iletilmiş ve değerlendirmesi istenmiştir. Bu değerlendirme sonucunda, ölçek maddelerinin orijinal ve çeviri-geri çeviri yöntemiyle oluşturulan son İngilizce versiyonları arasında herhangi bir anlam farklılığı olmadığı belirlenmiştir. Dil geçerliğini incelemek amacıyla ölçeğin orijinal ve Türkçe versiyonlarının her iki dili de bilen bir örneklem grubuna uygulanması önerilmektedir (Seçer, 2015: 72). Bu sebeple, ölçeğin orijinal ve Türkçe versiyonlarının içinde bulunduğu bir anket paketi Google Form üzerinden oluşturulmuş ve her iki dili de bilen 21 gönüllü katılımcıya uygulanmıştır.

OİÖ-YBV'nin Türkçe versiyonu oluşturulduktan sonra psikometrik özelliklerini incelenmiştir. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılan bu aşamada, katılımcılara sosyal medya platformlarından (örn. Facebook, Twitter ve WhatsApp) ulaşılmış ve Google Form üzerinden oluşturulan anket paketi katılımcılara iletilmiştir. Katılımcılara öncelikle bilgilendirilmiş onam formu verilmiş, sonrasında demografik form başta olmak üzere ilgili ölçüm araçları sunulmuştur. Ölçeğin test - tekrar test güvenilirliğini incelemek amacıyla bu aşamaya katılan katılımcılar arasından 50 katılımcıya OİÖ-YBV 13-18 gün arasında değişen bir zamanlama ile tekrar uygulanmıştır.

OİÖ-YBV'nin DFA'sı için cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyinin sorulduğu demografik bilgi formu ve OİÖ-YBV'den oluşan bir anket paketi Google Form üzerinden oluşturulmuştur. Bu anket paketi katılımcılara sosyal medya platformlarından (örn. Facebook, Twitter, Whatsapp) ulaştırılmıştır. Ölçeğin dil geçerliği aşaması için anketi tamamlamak beş dakika, psikometrik özelliklerini incelemek için hazırlanan anketi tamamlamak 20 dakika, test - tekrar test ve DFA aşamaları için anketi tamamlamak yaklaşık beş dakika sürmüştür.

2.1.4. İstatiksel Analizler

Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Science) 25.0 sürümü kullanılmıştır. OİÖ-YBV Türkçeye çevrildikten sonra, dil geçerliği her madde için Eşleştirilmiş örneklem *t*-testi (Paired sample *t*-test) ile analiz incelenmiştir. Uyarılama çalışmalarında kültürel ve dilsel farklılıkları belirlemek amacıyla ilk olarak

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) gerçekleştirilmesi; sonrasında başka bir veri seti kullanarak AFA'dan elde edilen ölçek yapısının Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile doğrulanması önerilmektedir (Orçan, 2018: 419-420). Buna dayanarak ölçeğin yapı geçerliği için ilk önce AFA sonrasında DFA gerçekleştirilmiştir. AFA öncesinde verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. Bu değerlerin -2 ile +2 arasında olması verilerin normal dağıldığını işaret etmektedir (George ve Mallery'den aktaran Erarslan ve diğerleri, 2017: 2915-2924). Normallik varsayımı incelemesinden sonra veri setinin faktör analizine uygunluğu için gerekli testler yapılmıştır. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için önerilen testlerden biri maddeler arasındaki korelasyon ve kısmi korelasyon değerlerinin incelenmesidir (Kalayci, 2006: 321). Buna göre, maddeler arası korelasyon katsayılarının .30 ve üzerinde olması, kısmi korelasyon (anti-image correlation matrix) katsayılarının ise .70'ten düşük olması önerilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017: 74-85). Ek olarak, için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett'in Küresellik (Sphericity) testleri de verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için gerçekleştirilmiştir. Faktör çıkarma işlemine geçmeden maddelerin ortaklık varyansı (communality) incelenmiştir. Bir maddenin ortaklık varyans değerinin .40 ve üstü olması, bu maddenin faktör çıkarma işlemi için analize dahil edilebileceğini göstermektedir (Taherdoost ve diğerleri, 2014: 375-382). Faktör yüklerindeki değişimlerin bir araya toplanıp toplanmadığını incelemek için Temel Bileşenler Analiz (TBA; Principal Component Analysis) yöntemi kullanılmıştır (Yaşlıoğlu, 2017: 74-85). Ek olarak, kuramsal olarak faktörler arasında korelasyon beklendiği için Eğik Döndürme yöntemlerinden biri olan Direkt Oblimin (Direct Oblimin) döndürme yöntemi olarak seçilmiştir (Gabriel, 2019: 213). Faktör sayısına karar vermek için Öz değer (Eigenvalue) ve Scree test kriteri göz önüne alınmıştır. Öz değeri 1'den büyük olan faktörler anlamlı kabul edilirken Scree testte yüksek ivmeli hızlı düşüşlerin görüldüğü noktalar faktör sayısını belirlemektedir (Yaşlıoğlu, 2017: 74-85). Bir maddenin .30 ve üstünde faktör yüküne sahip olması, maddenin o faktöre ait olduğunu göstermektedir (Costello ve Osborne, 2005: 1-9). Bu nedenle .30 faktör yükü sınır olarak belirlenmiş ve .30'dan az faktör yükü veren maddeler analizden çıkartılmıştır.

OİÖ-YBV'nin uyum geçerliğini incelemekten önce her bir ölçüm aracının toplam puanın ve alt boyut puanlarının basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılarak

normallik varsayımı incelenmiştir (sınır değer: -2; +2). Ölçeğin uyum geçerliğini değerlendirmek için ölçekten alınan puanlar ile belirlenen kriterler arasındaki ilişkiler eşzamanlı olarak incelenmektedir (Carmines ve Zeller, 1979: 17). Buna dayanarak, OİÖ-YBV'nin uyum geçerliği için ölçeğin toplam puan ve alt boyut puanlarının diğer ölçüm araçlarının toplam puan ve alt boyut puanları ile korelasyonları hesaplanmış; normal dağılım gösteren boyutlar için Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyen boyutlar içinse Sperman Sıralı korelasyon analizi yürütülmüştür. Korelasyon katsayısının .10 ile .39 arasında olması düşük düzey, .40 ile .69 arasında olması orta düzey ve .70 ile .99 arasında olması yüksek düzey ilişkiyi işaret etmektedir (Dancey ve Reidy'den aktaran Akoglu, 2018: 91-93).

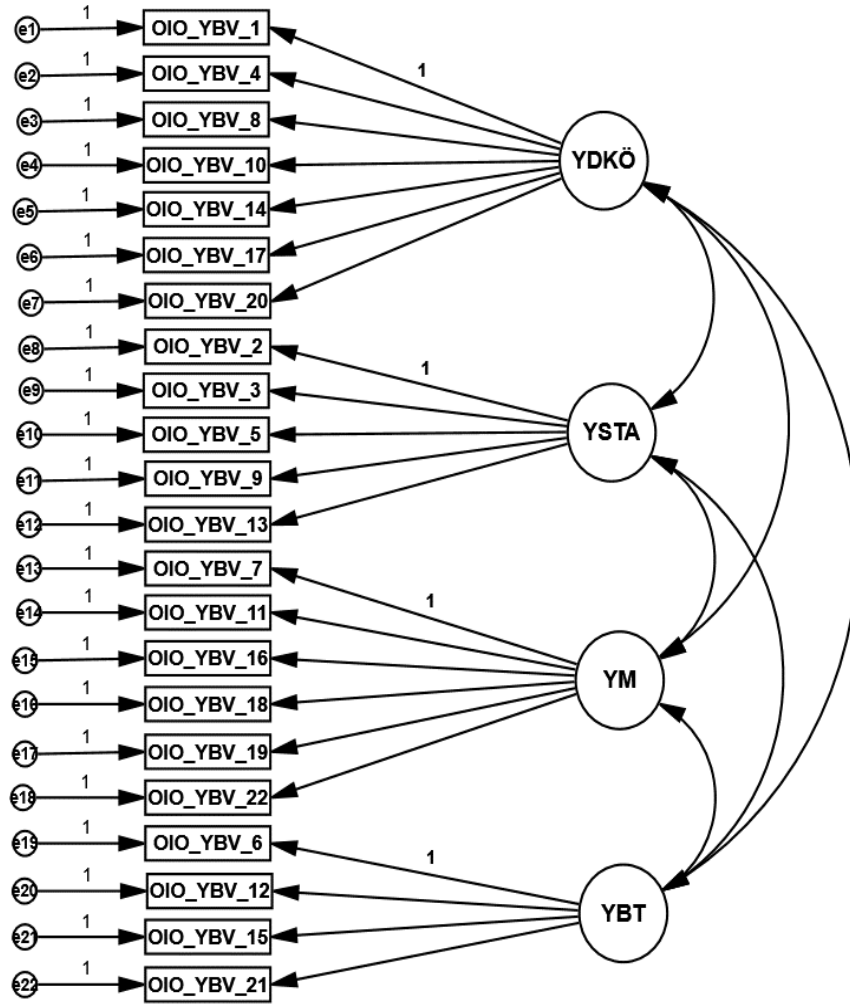
OİÖ-YBV'nin ölçüt bağıntılı geçerliğini incelemek amacıyla düşük ve yüksek düzeyde YB'ye özgü inançlara sahip katılımcıların YB belirti düzeylerinin birbirinden anlamlı düzeyde farklı olup olmadığı Bağımsız Örneklemeler için *t*-test analizi ile incelenmiştir. Ayrıca ölçeğin artımsal geçerliğini incelemek amacıyla YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının genel psikolojik sıkıntı ve OKB'ye özgü obsesif inançlardan farklı bir yapı olup olmadığı hiyerarşik regresyon analizleri ile test edilmiştir.

OİÖ-YBV'nin test-tekrar test güvenirliğini incelemek amacıyla OİÖ-YBV, 50 katılımcıya 13-18 gün arasında değişen bir zamanlama ile tekrar uygulanmıştır. Bu iki uygulama arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. OİÖ-YBV'nin iç tutarlılığını incelemek amacıyla ölçek toplam ve alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları, alt boyutların kendi aralarındaki korelasyonlar ve her bir maddelerin ölçek toplam puanı ile arasındaki korelasyonlar hesaplanmıştır. Cronbach alfa katsayısının .80'den büyük olması ve tüm madde-toplam korelasyon katsayılarının .30'un üzerinde olması ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğuna işaret etmektedir (Yıldız ve Uzunsakal, 2018: 14-28; Nurosis'ten aktaran Cristobal ve diğerleri, 2007: 327).

Ölçeğin yapı geçerliğini incelemek amacıyla geçerlik ve güvenirlik analizleri sonrasında tekrar veri toplanarak DFA gerçekleştirilmiştir. Veriler, AMOS (Analysis of Moment Structures) 21.0 sürümü kullanılarak Maksimum Olabilirlik (Maximum Likelihood) yöntemi ile analiz edilmiştir. DFA öncesinde ölçek maddelerinin basıklık

ve çarpıklık değerlerine bakılarak normallik varsayımı incelenmiştir (sınır değer: -2; +2). Test edilen faktör yapısı Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2: DFA’da Test Edilecek Ölçek Faktör Yapısı



Not. OIO_YBV = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YSTA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük.

Modelin uyum iyiliğini değerlendirmek için birçok gösterge kullanılmaktadır. Ki karenin (χ^2), örneklem büyüklüğüne duyarlı olması sebebiyle 200'den büyük örneklemelerde kullanılması önerilmemektedir (Schumacker ve Lomax, 1996: 23-74). Bu nedenle, bu testi örneklem büyüklüğüne daha az bağlı hale getiren bir yöntem olan ki kare değerinin serbestlik derecesine oranı (χ^2/df) kullanılmaktadır (Ayyıldız ve Cengiz, 2006: 63-84). Bu oranın 3'ten küçük olması mükemmel uyumu, 5'ten küçük olması ise kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Kline, 2005: 154-186). Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), test edilen modelin, yokluk modelinden (değişkenlerin arasında hiçbir ilişkinin olmadığı model) farkını göstermektedir ve .95'ten büyük değerler mükemmel uyumu gösterirken, .90 ve üzeri değerler kabul edilebilir uyumu göstermektedir (Fan ve diğerleri, 1999: 56-83). Uyum İyiliği İndeksi (GFI), modelin uyum iyiliği indeksi anlamına gelmektedir (Shevlin ve Miles, 1998: 85-90) ve GFI değerinin .85'i aşması modelin iyi bir model olduğunu göstermektedir (Uzun ve diğerleri, 2010: 531-544). Normlaştırılmış Uyum İndeksi (NFI), CFI'a alternatif olarak üretilmiştir ve CFI ile aynı model uyum iyiliği değer kriterlerine sahiptir (Bentler, 1990: 238-246). TLI (Tucker-Lewis İndeksi), örneklem büyüklüğünün NFI değeri üzerindeki etkisini ortadan kaldırmak için oluşturulmuştur (Yaşlıoğlu, 2017: 74-85). Model karmaşıklıkla düşme eğiliminde olan bu indeks için .80 eşik değer olarak ve .95 mükemmel uyum değeri olarak kabul edilmektedir (Bentler, 1990: 238-246; Hu ve Bentler, 1999: 1-55). Fazlalık Uyum İndeksi (IFI), NFI ve CFI ile paralel olarak yokluk modeli ile alternatif modelin farkını göstermektedir. IFI için .95 ve üzeri değerler mükemmel model iyiliğini işaret ederken .90 ve üzeri değerler kabul edilebilir model iyiliğini işaret etmektedir (Marsh ve Hau, 1996: 364-390). Öte yandan, Kök Ortalama Kare Yaklaşım Hatası (RMSEA), modelin ana kütlenin kovaryans matrisi ile uyum derecesini gösteren bir değerdir (Byrne, 2001: 55-86). Bu değer .03 ile .08 aralığında olması iyi bir model uygunluğunu işaret ederken, .08'in üzerindeki değerler model için kötü bir model uygunluğuna işaret etmektedir (Rigdon, 1996: 369-379). Ek olarak, Standardize Edilmiş Kök Artık Kareler Ortalaması (SRMR) değeri, sıfıra yaklaştıkça test edilen model veriye daha iyi bir uyum göstermektedir. SRMR için .05'ten küçük değerler mükemmel uyumu işaret ederken .08'den küçük değerler kabul edilebilir model iyiliği belirtmektedir (Doll ve diğerleri, 1994: 453-461).

2.2. BULGULAR

2.2.1. Geçerlik Analizleri

2.2.1.1. Dil Geçerliğine Dair Bulgular

OİÖ-YBV'nin dil geçerliğini incelemek için İngilizce ve Türkçe bilen 21 katılımcıdan veri toplanmıştır. Katılımcıların demografik bilgilerine bakıldığında çoğunluğunun kadın olduğu (%57.1) ve yaşlarının 19 ile 33 arasında ($Ort. = 24.19$, $SS = 3.63$) değiştiği görülmüştür. Eşleştirilmiş örneklem t -test analizi sonucunda dört maddeye verilen cevapların anlamlı düzeyde farklı olduğu görülmüştür (Madde2: *“Kilo almamak için yediklerimi kısıtlamalıyım.”*, Madde8: *“Yiyecekler hakkında istenmeyen düşüncelere sahip olmaktan kendimi alıkoyabilmeliyim.”*, Madde18: *“Nasıl görünürsem görüneyim, görüntüm yeterince iyi olmayacaktır.”* ve Madde25: *“Mükemmel olmadığı sürece vücudumdan memnun değilimdir.”*). Maddelerin orijinali ve Türkçe çevirileri araştırmacı tarafından tekrar incelenmiş ve maddelerin özgün ifadelerine tam olarak uygun çevrildiği görülmüştür. Bu nedenle bu ifadelerde herhangi bir değişiklik yapılmamasına karar verilmiştir.

2.2.1.2. Açımlayıcı Faktör Analizine Dair Bulgular

OİÖ-44'e dayalı olarak yeme bozukluklarına uyarlanmış 31 maddeyi içeren OİÖ-YBV, geliştirildiği çalışmada yapılan AFA sonucunda 4 boyut altında yer alan 25 maddeden oluştuğu belirlenmiştir (Schembri, 2010: 151). Orijinal çalışmanın örnekleminde 6 madde geçerli nedenlerle (örn. beklenen faktöre yük vermeme) ölçekten atılmış olsa da bu maddelerin Türk örnekleminde geçerli olup olmadığı test edilmek istenmiştir. Bu nedenle veriler ölçeğin 31 maddeli ilk hali kullanılarak toplanmıştır. TBA faktör çıkarma yöntemi ve Direkt Oblimin döndürme yöntemi kullanılarak yapılan AFA sonucunda orijinal çalışmadan farklı sonuçlar elde edilmiştir. İlk olarak, ölçüm aracının 31 maddeli halinin Özdeğer ve Scree plot grafiği baz alındığında 5 faktörlü bir yapı sergilediği görülmüştür. İkinci olarak, maddelerin faktörlere dağılımı orijinal halinden farklılık göstermiş ve sadece Belirsizliğe

Tahammülsüzlük (BT) alt boyutunda bulunan maddelerin orijinal çalışma ile tutarlı olduğu dikkat çekmiştir. Buna göre, Sorumluluk/Tehdit Algısı (S/TA) ve Düşüncenin Önemi/Düşünce Kontrolünün Önemi (DKÖ) alt boyutlarındaki maddelerin bu iki faktör dışında faktörlere de dağıldığı görülmüştür. Örneğin, S/TA'ya ait iki madde ("*Az miktarda yemek yemenin kilo almama neden olacağını sık sık düşünürüm.*") ve ("*Az miktarda yemek yemek bile kilo alma riskini artırır.*") ve DKÖ'ye ait bir madde ("*Benim için, yemek yemeye ilişkin kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında yemek yemek kadar kötüdür.*") S/TA ve DKÖ alt boyutlarına ait diğer maddelerden ayrılarak ayrı bir faktör altına yük vermiştir. Oluşan bu faktörün sadece 3 maddeden oluşması ve faktörde yer alan maddelerden sadece birinin .70'ten fazla faktör yükü vermesi, bu alt boyutun geçerliğinin sorgulanmasına yol açmıştır (Costello ve Osborne, 2005: 1-9). Son olarak, faktörlerin birbirleriyle olan korelasyonları anlamlı olsa da korelasyonların orta-düşük düzeyde olduğu görülmüştür ($r = -.55$ ile $-.15$ aralığında, $p < .05$). Özetle, orijinal çalışma ile paralelliği kaybetmemek ve OİO-44 ile karşılaştırılabilir ve yorumlanabilir analiz sonuçlarına ulaşabilmek için orijinal çalışmada yapılan AFA sonucunda ölçekten çıkartılan 6 maddenin bu çalışmanın veri setinden de çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu maddeler veri setinden çıkarıldıktan sonra gerçekleştirilen AFA'da özgün çalışmada elde edilen bulgulara çok daha benzer ve anlamlı bulgular elde edilmiştir. Sonuç olarak, veriler 31 madde ile toplansa da ölçeğin psikometrik özellikleri özgün çalışmada doğrulanmış olan 25 üzerinden incelenmiştir. İzleyen kısımda raporlanan bulgular, ölçüm aracının 25 maddeli hali ile yapılan AFA sonuçlarını kapsamaktadır.

Normallik varsayımı için basıklık ve çarpıklık değerlerine bakıldığında her bir maddenin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için yapılan analizler sonucunda, maddeler arası korelasyonların tamamına yakının .30'dan büyük, kısmi korelasyon katsayılarının ise tamamının .70'ten küçük olduğu görülmüştür. KMO sonucunda elde edilen değer (.95; sınır değer = .50; Kaiser, 1974: 35) ve Barlett'in Küresellik testi ($\chi^2 = 5024.91$, $df = 300$, $p < .001$), örneklem büyüklüğünün ve madde korelasyonlarının faktör analizi için uygun olduğunu ve bu veri seti için faktör çıkarma işleminin yapılabileceğini göstermiştir. Ortaklık varyans değerleri incelendiğinde bütün maddelerin .40 üstünde ortaklık varyans değerine sahip olduğu görülmüştür. Bu nedenle, hiçbir madde

analizden çıkarılmamıştır. Maddelere ait ortak varyans değerleri Tablo 3'te sunulmuştur.

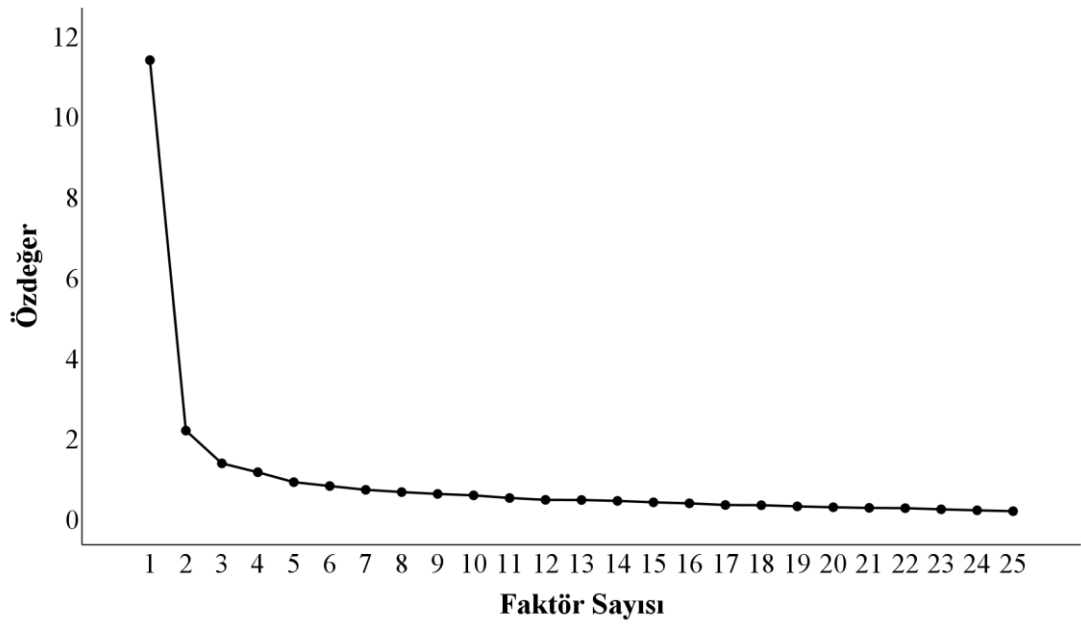
Tablo 3: OİÖ-YBV Maddelerine Ait Ortaklık Varyans Değerleri

Madde Numarası	Ortaklık Varyans Değeri
1	.45
2	.76
3	.76
4	.55
5	.73
6	.66
7	.48
8	.41
9	.57
10	.67
11	.68
12	.70
13	.75
14	.70
15	.53
16	.72
17	.76
18	.60
19	.59
20	.69
21	.60
22	.67
23	.54
24	.64
25	.77

Yapılan TBA sonucunda veri setinin 4 faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüştür (Scree plot grafiği için bkz. Şekil 3). Yapılan faktör çıkarma işlemi

sonucunda bu faktörlerin toplam varyansın %63.82'sini açıkladığı görülmüştür. Faktör1 toplam varyansın %44.98'ini (Özdeğer = 11.25), Faktör2 varyansın %8.79'unu (Özdeğer = 2.20), Faktör3 varyansın %5.46'sını (Özdeğer = 1.37) ve Faktör4 varyansın %4.59'unu (Özdeğer = 1.15) açıklamaktadır.

Şekil 3: AFA Sonucunda Elde Edilen Scree Plot Grafiği



Direkt Oblimin faktör döndürme işlemi sonrasında ortaya çıkan faktör yükleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Tablo 4'te görüldüğü üzere maddelerin her biri .30'dan fazla faktör yükü vermiştir. Bu nedenle hiçbir madde analizden çıkartılmamıştır.

Tablo 4: OİÖ-YBV Maddelerine Ait Faktör Yükleri

Madde Numarası	Maddeler	Faktör			
		F1	F2	F3	F4
17	Tükettiğim yiyeceğin içeriğinden (örn, kalorisinden, yağ oranından, vb) emin olmam gerekir.	.82			
13	Yiyeceğim şeyin besin değerleri hakkında bilgi sahibi olmamak beni fazlasıyla üzer.	.79			

6	Benim için, yediğim şeyin tüm olası sonuçlarını düşünmek çok önemlidir.	.57	.33
24	Kilom üzerindeki etkisinden emin olmadığım bir yiyeceği yememeliyim.	.49	
25	Mükemmel olmadığı sürece vücudumdan memnun değilimdir.	.89	
20	Mükemmel görünmezsem insanlar bana saygı duymaz.	.86	
18	Nasıl görünürsem görüneyim, görüntüm yeterince iyi olmayacaktır.	.82	
12	Değerli bir insan olmak için vücudumun her yeri mükemmel olmalıdır.	.78	
21	Benim için biraz kilo almak, çok fazla kilo almak kadar kötüdür.	.51	
7	Vücut şeklim benim standartlarıma göre mükemmel olmalıdır.	.37	.41
19	Kendime yemek hakkında düşünme izni veririm, kontrolü kaybedebilirim diye endişeleniyorum.	.40	.34
2	Kilo almamak için yediklerimi kısıtlamalıyım.	.89	
3	Dikkatli olmazsam kilom birden fırlayacak.	.80	
5	Vücut şeklimde ve kilomda değişiklik olmasından kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.	.67	
15	Yediklerimi kısıtlamazsam veya egzersiz yapmazsam, her türlü sonucun sorumlusu benim demektir.	.39	.51
9	Dikkatli olduğumda bile, sıklıkla kilo alabileceğimi düşünürüm.	.31	.34
16	Yemek yeme ile ilgili istenmeyen bir düşünceye veya imgeye sahip olmak, aslında yemek yemek kadar kötüdür.		.83
10	Çok miktarda yemek yemeyi düşünmek, aslında o yemeği yemek kadar kötüdür.		.82
11	Kilo almayı önlememek, kasten kilo almak kadar kötüdür.		.68
4	Kilo almayı ne kadar çok düşünürsem, kilo alma riskim o kadar artar.		.66
1	Benim için, yemek yemeye ilişkin kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında yemek yemek kadar kötüdür.		.60

14	Bana göre, kilo almayı önlememek, kilo almaya sebep olmak kadar kötüdür.	.36	.47
22	Kilo alımını önlememek kilo almak kadar kötüdür.	.33	.47
8	Yiyecekler hakkında istenmeyen düşüncelere sahip olmaktan kendimi alıkoyabilmeliyim.		.46
23	Vücudumun nasıl görüldüğü ve kilom hakkında istenmeyen biçimde zihnimde beliren düşünceler, kontrolü kaybettiğim anlamına gelir.	.35	.41

Not. Faktör Çıkarma Yöntemi: TBA. Döndürme Yöntemi: Kaiser Normalleştirilmesi ile Direkt Oblimin (Direct Oblimin with Kaiser Normalization).

Tablo 4'ten takip edilebileceği gibi, 4 madde Faktör1'e, 7 madde Faktör2'ye, 5 madde Faktör3'e ve 9 madde Faktör4'e yük vermiştir. Madde19'un kuramsal olarak beklenen Faktör4'e değil Faktör2'ye daha fazla faktör yükü verdiği görülmüştür. Ek olarak, Madde11, Madde14 ve Madde22 kuramsal olarak yük vermesi beklenen Faktör3'e değil Faktör4'e yük vermiştir.

Madde içerikleri incelendiğinde Faktör1'in Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük (YBT) ile ilgili maddelerden, Faktör2'nin Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik (YM) ile ilgili maddelerden, Faktör3'ün Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk ve Tehdit Algısı ile ilgili maddelerden (YS/TA) ve Faktör4'ün Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşüncenin Kontrolünün Önemi (YDKÖ) ile ilgili maddelerden oluştuğu görülmüştür.

Madde19 (*Kendime yemek hakkında düşünme izni verirsem, kontrolü kaybedebilirim diye endişeleniyorum.*), kuramsal olarak içinde bulunması beklenen YDKÖ alt boyutuna .34 faktör yükü verirken YM alt boyutuna .40 faktör yükü vermiştir. Bu çapraz yüklenmenin (crossloading) nedeni açısından dil ve içerik incelemeleri yapılmıştır. Maddenin orijinal ve çeviri hali karşılaştırılarak, dilsel yani maddenin Türkçeye çevirisi ile ilgili bir problem olmadığı görülmüştür. İçerik olarak incelendiğinde ise bu maddede bulunan "...kontrolü kaybedebilirim diye endişeleniyorum" ifadesinin, kontrol etmeye veya bu kontrolü mükemmel yapmaya işaret ettiği ve bu ortak anlamlılığın, çapraz yüklenmeye sebep olduğu düşünülmüştür. Her iki faktöre de en az .32 faktör yükü veren maddelerde eğer bu çapraz yüklenmenin maddenin doğasından kaynaklandığına karar verilirse maddenin ölçekten çıkarılabileceği belirtilmiştir (Yong ve Pearce, 2013: 84). Faktör yüklerinin

birbirine yakın olması sebebiyle de bu maddenin YDKÖ alt boyutunda yer almasına karar verilmiştir.

Madde11, Madde14 ve Madde22, ölçeğin geliştirildiği orijinal çalışmada YS/TA alt boyutuna yük verirken bu çalışmada YDKÖ alt boyutuna yük vermiştir. Bunun nedeni incelendiğinde, maddelerin yapısal olarak YDKÖ alt boyutundaki diğer ifadelerle benzer olduğu görülmüştür. Örneğin, Madde16'da bulunan "...yemek yemek kadar kötüdür", Madde10'a görülen "...yemeği yemek kadar kötüdür" ve Madde1'de bulunan "...aslında yemek yemek kadar kötüdür" cümle kalıpları; Madde11'de bulunan "...kilo almak kadar kötüdür", Madde14'te bulunan "... kilo almaya sebep olmak kadar kötüdür" ve Madde22'de bulunan "...kilo almak kadar kötüdür" cümle kalıplarına benzemektedir. Bu benzerlik açısından maddelerin orijinal ifadeleri ve Türkçe çevirileri karşılaştırılmış ve maddelerin özgün ifadelerine tam olarak uygun çevrildiği görüldüğünden, ilgili maddelerin içerik olarak incelenmesine geçilmiştir. Buna göre ilgili faktöre ait olan Madde16, Madde10 ve Madde1'in düşünce-eylem kaynaşmasını ifade eden maddeler olduğu; ancak Madde11, Madde 14 ve Madde22'nin abartılmış sorumluluk inancına işaret ettiği anlaşılmıştır. Bu doğrultuda, katılımcıların benzer ifade kalıpları içerisinde "bir olaya karşı tedbir almamak" ile "bir olayı düşünmek" arasında ayırım yapmakta zorlandıkları düşünülmüştür ("*...önlememek/sahip olmak, yemek yemek/kilo almak kadar kötüdür.*"). Sonuç olarak, Madde11, Madde14 ve Madde22'nin YDKÖ alt boyutuna faktör yükü vermesinin ifadelerin yapısal benzerliğinden kaynakladığı izlenimi edinilmiş ve bu maddelerin YDKÖ alt boyutunda kabul edilmesinin bu alt boyut kapsamında yer alan diğer maddelerin anlamı ile uyumlu olmadığı düşünülmüş olarak ölçekten çıkarılmalarına karar verilmiştir.

Özetle, yapılan TBA sonucunda orijinal hali ile paralel olarak 4 boyutlu bir ölçek yapısı elde edilmiştir. Direkt Oblimin faktör döndürme işlemi sonucunda 3 maddenin kuramsal olarak yük vermesi beklenen faktöre yük vermediği görülmüştür. Bu nedenle, bu maddeler ölçüm aracından çıkarılmış ve nihai olarak 22 maddeli ve 4 alt boyuttan oluşan bir ölçüm aracı elde edilmiştir. Ölçeğin diğer geçerlik ve güvenirlik analiz sonuçları bu bulgular üzerinden raporlanmıştır.

2.2.1.3. Uyum Geçerliğine Dair Bulgular

Tablo 5'ten takip edilebileceği üzere, OİÖ-YBV toplam puanı ve alt boyutların OİÖ-44 toplam puan ve alt boyutları ile arasında pozitif yönde bir ilişki vardır. Toplam puanlar kullanılarak hesaplanan korelasyon katsayısı ($r = .55$, $p < .001$) iki ölçek puanları arasında orta düzeyde bir ilişki olduğunu göstermektedir. OİÖ-YBV toplam puanı ile OİÖ-44'ün Sorumluluk/Tehdit Beklentisi, Önem Verme/ Düşünce Kontrolünün Önemi ve Mükemmeliyetçilik/Kesinlik alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişkiler vardır (sırasıyla $r = .54$, $r = .48$, $r = .49$, tüm korelasyonlar için $p < .001$). OİÖ-44 toplam puanı OİÖ-YBV'nin YDKÖ, YM ve YBT alt boyutları ile orta düzeyde (sırasıyla $r = .49$, $r = .54$, $r = .45$, tüm korelasyonlar için $p < .001$) ve YS/TA alt boyutu ile düşük düzeyde ($r = .37$, $p < .001$) korelasyona sahiptir. Ölçek alt boyutlarının birbirleriyle olan korelasyonları incelendiğinde, OİÖ-YBV alt boyutları ile OİÖ-44 alt boyutları arasında düşük-orta düzeyde ($r = .30$ ile $.55$ aralığında, tüm korelasyonlar için $p < .001$) ilişkiler olduğu görülmektedir.

Tablo 5: OİÖ-YBV Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının OİÖ-44 Toplam Puanı ve Alt Boyutları ile Arasındaki Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)

	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.YDKÖ	21.40	10.20	1	.70**	.59**	.67**	.90**	.46**	.45**	.43**	.49**
2.YS/TA	19.95	8.46		1	.56**	.66**	.86**	.39**	.30**	.31**	.37**
3. YM	16.13	8.65			1	.52**	.80**	.48**	.44**	.55**	.54**
4. YBT	11.52	6.56				1	.82**	.47**	.40**	.35**	.45**
5. OİÖ-YBV	69.01	28.66					1	.54**	.48**	.49**	.55**
Toplam											
6. S/TB	53.28	19.32						1	.75**	.82**	.95**
7.ÖV/DKE	31.78	15.16							1	.65**	.86**
8. M/K	63.24	20.13								1	.92**
9. OİÖ-44 -	148.30	49.83									1
Toplam											

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, OİÖ-44 Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği-44 Toplam Puan, S/TB = Sorumluluk/Tehdit

Beklentisi, ÖV/DKE = Önem Verme/ Düşünce Kontrolünün Önemi, M/K = Mükemmeliyetçilik/Kesinlik, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma. ** $p < .001$.

Tablo 6’da görüldüğü üzere, OİÖ-YBV ile YBDÖ-13 arasında hem toplam puan hem de alt boyut puanları açısından pozitif ve anlamlı ilişkiler vardır. Toplam puanlara bakıldığında iki ölçeğin birbirleriyle orta düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu görülmektedir ($r = .58, p < .001$). OİÖ-YBV toplam puanı ile YBDÖ-13’ün kısıtlayıcı yeme, beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe, beden memnuniyetsizliği ve tıknırcasına yeme alt boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişkiler vardır (sırasıyla $r = .53, r = .50, r = .44, r = .47$, tüm korelasyonlar için $p < .001$). YBDÖ-13 toplam puanının OİÖ-YBV’nin alt boyutları ile orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişkileri bulunmaktadır ($r = .40$ ile $.57$ aralığında, $p < .001$). Ölçek alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonları incelendiğinde, OİÖ-YBV alt boyutlarının YBDÖ-13’ün alt boyutlarıyla düşük-orta düzeyde ve pozitif yönlü ilişkileri olduğu görülmektedir ($r = .20$ ile $.55$ aralığında, tüm korelasyonlar için $p < .001$).

Tablo 6: OİÖ-YBV Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının YBDÖ-13 Toplam Puanı ve Alt Boyutları ile Arasındaki Pearson ve Spearman Sıralı Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)

	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.YDKÖ	21.40	10.20	1	.70**	.59**	.67**	.90**	.37**	.35**	.33**	.36** ^a	.44**
2.YS/TA	19.95	8.46		1	.56**	.66**	.86**	.57**	.47**	.47**	.47** ^a	.57**
3. YM	16.13	8.65			1	.52**	.80**	.44**	.55**	.47**	.37** ^a	.56**
4. YBT	11.52	6.56				1	.82**	.44**	.31**	.20**	.36** ^a	.40**
5. OİÖ-YBV	69.01	28.66					1	.53**	.50**	.44**	.47** ^a	.58**
Toplam												
6. KY	4.73	5.30						1	.66**	.60**	.49** ^a	.84**
7. END	3.36	3.89							1	.76**	.50** ^a	.83**
8. BM	4.13	4.12								1	.57** ^a	.85**
9. TY	2.69	3.91									1	.72** ^a
10. YBDÖ-13	15.51	15.30										1
Toplam												

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, YBDÖ-13 Toplam = Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13 Toplam Puan, KY = Kısıtlayıcı Yeme, END = Beden Şekli ve Vücut Ağırlığı ile İlgili Endişe, BM = Beden

Memnuniyetsizliği, TY = Tıkınırcasına Yeme, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.
^aSpearman Sıralama korelasyon analiz sonuçları, ** $p < .001$.

Tablo 7'den takip edilebileceği gibi, OİÖ-YBV ile DASÖ-21 arasında hem toplam puan hem de alt boyut puanları açısından pozitif ve anlamlı ilişkiler vardır. OİÖ-YBV toplam puanının DASÖ-21'in depresyon ($r = .34, p < .001$), anksiyete ($r = .32, p < .001$) ve stres alt boyutlarıyla ($r = .40, p < .001$) düşük düzeyde pozitif ilişkileri vardır. Ölçek alt boyutlarının birbirleriyle korelasyonları incelendiğinde, OİÖ-YBV'nin alt boyutlarının depresyon, anksiyete ve stres alt boyutları ile düşük düzeyde ve pozitif yönlü ilişkileri olduğu görülmektedir (sırasıyla YDKÖ için $r = .26, r = .28, r = .32$, tüm korelasyonlar için $p < .001$; YS/TA için $r = .22, r = .22, r = .31$, tüm korelasyonlar için $p < .001$; YBT için $r = .13, p < .05; r = .16, p < .001; r = .22, p < .001$). YM'nin depresyon ve stres alt boyutu ile orta düzeyde pozitif ilişkileri varken anksiyete alt boyutu ile düşük düzeyde pozitif yönlü ilişkisi vardır (sırasıyla $r = .49, r = .48, r = .39$, tüm korelasyonlar için $p < .001$).

Tablo 7: OİÖ-YBV Toplam Puanı ve Alt Boyutlarının DASÖ-21 Alt Boyutları ile Arasındaki Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)

	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8
1.YDKÖ	21.40	10.20	1	.70**	.59**	.67**	.90**	.26**	.28**	.32**
2.YS/TA	19.95	8.46		1	.56**	.66**	.86**	.22**	.22**	.31**
3. YM	16.13	8.65			1	.52**	.80**	.49**	.39**	.48**
4. YBT	11.52	6.56				1	.82**	.13*	.16**	.22**
5. OİÖ-YBV	69.01	28.66					1	.34**	.32**	.40**
Toplam										
6. DEP	6.12	5.07						1	.72**	.75**
7. ANK	4.36	3.84							1	.73**
8. STR	6.48	4.63								1

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, DEP = Depresyon, ANK = Anksiyete, STR = Stres, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.
 * $p < .05$, ** $p < .001$.

2.2.1.4. Ölçüt Bağıntılı Geçerliğe Dair Bulgular

Ölçüt bağıntılı geçerliği incelemek amacıyla, düşük ve yüksek düzeyde YB'ye özgü obsesif inanışlara sahip katılımcılar arasında YB düzeyleri açısından farklılık olup olmadığı Bağımsız Örneklemeler için *t*-test analizi ile incelenmiştir. Düşük ve yüksek düzeyde YB'ye özgü obsesif inanışlara sahip gruplarda yer alan katılımcılar, OİÖ-YBV toplam puanlarının alt çeyrek (46.00'dan altı, $N = 80$) ve üst çeyreğe (87.00'dan üstü, $N = 79$) bölünmesi ile belirlenmiştir. Gerçekleştirilen analizde, Levene testi YB belirtileri için grupların varyanslarının homojen dağılmadığı göstermiştir ($p < .05$). Bu sebeple, bulgular Levene Testi- Varyanslar Eşit Dağılmadığında istatistik değerleri kullanılarak raporlanmıştır.

Bulgulara göre, iki grup YB belirti düzeyi açısından birbirinden anlamlı düzeyde farklıdır ($t [101,35] = 10.91, p < .001$). Grupların değişkene ait ortalama, standart sapma ve anlamlılık değerleri Tablo 8'de sunulmuştur. Tablo 8'den takip edilebileceği gibi, YB'ye özgü obsesif inanç düzeyi yüksek katılımcılar, düşük katılımcılara kıyasla daha yüksek YB belirti düzeyine sahiptir.

Tablo 8: OİÖ-YBV'nin Ölçüt Bağıntılı Geçerliği için Gerçekleştirilen Bağımsız Örneklemeler için *T*-Test Analiz Sonuçları

Değişken	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
OİÖ-YBV Toplam				
Yüksek	79	27.66	17.63	10.91**
Düşük	80	4.44	6.94	

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, N = Örneklem Büyüklüğü, *Ort.* = Ortalama, *SS* = Standart Sapma. ** $p < .001$.

2.2.1.5. Artımsal Geçerliğe Dair Bulgular

Ölçüt bağıntılı geçerliğe destek vermek amacıyla OİÖ-YBV'nin artımsal geçerliği incelenmiş ve YB'ye özgü obsesif inançların genel psikolojik sıkıntı ve OKB'ye özgü obsesif inançlardan ayrı olarak, kendine has bir yapısı olup olmadığı incelenmiştir. Bu amaç için yürütülen hiyerarşik regresyon analizlerinde önceki çalışmalardan yola çıkarak bağımlı değişken olarak YB belirti düzeyi belirlenmiştir

(Schembri, 2010: 181). Bu analizlerde ilk blok depresyon, anksiyete ve stres değişkenlerinden oluşurken, ikinci bloğa OKB'ye özgü obsesif inançlar (OIÖ-44 toplam puan), üçüncü bloğa ise YB'ye özgü obsesif inançlar (OIÖ-YBV toplam puan) dahil edilmiştir. Ek olarak, alt boyut özelinde inceleme yapmak için aynı model yapısı tekrar test edilmiş; ancak üçüncü bloğa bu sefer YB'ye özgü obsesif inanç alanları (OIÖ-YBV alt boyut puanları) dahil edilmiştir.

Tablo 9'dan takip edilebileceği gibi analize dahil edilen tüm değişkenler YB belirtilerinin %39'unu açıklamaktadır (Düzenlenmiş $R^2 = .39$, $F [5, 313] = 41.63$, $p < .001$). İlk blokta modele eklenen depresyon, anksiyete ve stres YB belirtilerindeki varyansın %20'sini açıklarken ($F [3, 315] = 27.80$, $p < .001$), ikinci modele eklenen OKB'ye özgü obsesif inançlar YB belirtilerini açıklamaya %0.1'lik ($\Delta F [1, 314] = 4.93$, $p < .05$) ve üçüncü modele eklenen YB'ye özgü obsesif inançlar YB belirtilerindeki varyansı açıklamaya %18'lik ($\Delta F [1, 313] = 92.67$, $p < .001$) katkı sağlamıştır. Ayrıca üçüncü blokta YB'ye özgü obsesif inançların modele eklendikten sonra OKB'ye özgü obsesif inançların YB belirtilerini yordamadığı görülmüştür ($p = .06$). Ek olarak, tüm modellerde stres YB belirtilerini anlamlı düzeyde yordasa da modele diğer değişkenlerin eklenmesiyle stresin YB belirtilerini yordama gücünün azaldığı bulgulanmıştır (sırasıyla $\beta = .40$, $p < .001$; $\beta = .36$, $p < .001$ ve $\beta = .24$, $p < .05$).

Tablo 9: Ölçeğin Artımsal Geçerliği için Gerçekleştirilen Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları - Toplam Puan ($N = 319$)

Model		B	SH	B	β	t
%95 GA [AS, ÜS]						
1	Sabit	5.67	1.33	[3.05, 8.29]		4.26**
	DEP	-.05	.25	[-.54, .44]	-.02	-.21
	ANK	.37	.32	[-.25, 1.00]	.09	.18
	STR	1.32	.28	[.78, 1.86]	.40	4.79**
$R = .46$, Düzenlenmiş $R^2 = .20$, $F (3, 315) = 27.80$, $p < .001$						
2	Sabit	1.17	2.42	[-3.60, 5.93]		.48
	DEP	-.14	.25	[-.63, .35]	-.05	-.56
	ANK	.28	.32	[-.35, .91]	.07	.88
	STR	1.20	.28	[.66, .75]	.36	4.33**

	OİÖ-44	.04	.02	[.01, .08]	.14	2.22*
	Toplam					
	$R = .47$, Düzenlenmiş $R^2 = .21$, $F(4, 314) = 22.34$, $p < .001$					
3	Sabit	-4.89	2.22	[-9.26, -.52]		-2.20*
	DEP	-.08	.22	[-.52, .35]	-.03	-.38
	ANK	.38	.28	[-.17, .93]	.10	1.36
	STR	.87	.25	[.38, 1.35]	.26	3.51*
	OİÖ-44	-.04	.02	[-.07, .00]	-.12	-1.92
	Toplam					
	OİÖ-YBV	.27	.03	[.22, .33]	.51	9.63**
	Toplam					
	$R = .63$, Düzenlenmiş $R^2 = .39$, $F(5, 313) = 41.63$, $p < .001$					

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, OİÖ-44 = Obsesif İnançlar Ölçeği-44 Toplam Puan, DEP = Depresyon, ANK = Anksiyete, STR = Stres, SH = Standart Hata, GA = Güven Aralığı, AS = Alt Sınır, ÜS = Üst Sınır. * $p < .05$, ** $p < .001$.

Tablo 10'dan da takip edilebileceği gibi, alt boyut özelinde gerçekleştirilen hiyerarşik regresyon analizleri sonucunda analize dahil edilen tüm değişkenler YB belirtilerinin %39'unu açıklamaktadır (Düzenlenmiş $R^2 = .44$, $F[8, 310] = 32.59$, $p < .001$). Üçüncü blokta analize dahil edilen YB'ye özgü obsesif inanç alanları YB belirtilerindeki varyansı açıklamaya %24'lük ($\Delta F[4, 310] = 33.57$, $p < .001$) katkı sağlamıştır. Öte yandan, yalnızca YB'ye Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı ($\beta = .42$, $p < .001$) ve YB'ye Özgü Mükemmeliyetçilik alt boyutları ($\beta = .30$, $p < .001$) YB belirtilerini anlamlı düzeyde yordamıştır.

Tablo 10: Ölçeğin Artımsal Geçerliği için Gerçekleştirilen Hiyerarşik Regresyon Analiz Sonuçları - Alt Boyut Puanları ($N = 319$)

Model		B	SH	B	β	t
				%95 GA [AS, ÜS]		
1	Sabit	5.67	1.33	[3.05, 8.29]		4.26**
	DEP	-.05	.25	[-.54, .44]	-.02	-.21
	ANK	.37	.32	[-.25, 1.00]	.09	.18
	STR	1.32	.28	[.78, 1.86]	.40	4.79**
	$R = .46$, Düzenlenmiş $R^2 = .20$, $F(3, 315) = 27.80$, $p < .001$					

2	Sabit	1.17	2.42	[-3.60, 5.93]		.48
	DEP	-.14	.25	[-.63, .35]	-.05	-.56
	ANK	.28	.32	[-.35, .91]	.07	.88
	STR	1.20	.28	[.66, .75]	.36	4.33**
	OİÖ-44	.04	.02	[.01, .08]	.14	2.22*
	Toplam					

$$R = .47, \text{Düzenlenmiş } R^2 = .21, F(4, 314) = 22.34, p < .001$$

3	Sabit	-7.57	2.25	[-12.00, -3.13]		-3.36*
	DEP	-.25	.22	[-.68, .18]	-.08	-1.15
	ANK	.48	.27	[-.05, 1.01]	.12	1.77
	STR	.71	.24	[.25, 1.18]	.22	3.00*
	OİÖ-44	-.02	.02	[-.05, .02]	-.06	-.93
	Toplam					
	YDKÖ	-.15	.10	[-.35, .05]	-.10	-1.51
	YS/TA	.76	.12	[.53, 1.00]	.42	6.50**
	YM	.53	.11	[.32, .75]	.30	4.93**
	YBT	-.01	.15	[-.31, .28]	-.01	-.09

$$R = .68, \text{Düzenlenmiş } R^2 = .44, F(8, 310) = 32.59, p < .001$$

Not. OİÖ-44 = Obsesif İnançlar Ölçeği-44 Toplam Puan, DEP = Depresyon, ANK = Anksiyete, STR = Stres, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, SH = Standart Hata, AS = Alt Sınır, ÜS = Üst Sınır. * $p < .05$, ** $p < .001$.

2.2.2. Güvenirlik Analizleri

2.2.2.1. Test-Tekrar Test Güvenirliğine Dair Bulgular

Test-tekrar test güvenirliliğini incelemek amacıyla bu aşamaya katılan 50 katılımcıya OİÖ-YBV 13-18 gün aralığında tekrar uygulanmış ve elde edilen puanlar arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Toplam puan üzerinden yapılan iki uygulamanın betimleyici bulguları Tablo 11’de yer almaktadır. Toplam puanlar kullanılarak hesaplanan korelasyon katsayısı ($r = .95, p < .001$), ölçeğin yapılan iki uygulama arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Alt boyut puanları için test-tekrar test korelasyon katsayıları YDKÖ için

.80 ($p < .001$), YS/TA için .84 ($p < .001$), YM için .88 ($p < .001$) ve YBT için .91 ($p < .001$) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 11: Ölçek Toplam Puan Üzerinden Gerçekleştirilen Test-Tekrar Test Güvenirlik Analizinin Betimleyici Bulguları ($N = 50$)

	Ort.	SS	Minimum Değer	Maksimum Değer	Çarpıklık Değeri	Basıklık Değeri
Zaman1	66.14	26.34	25	133	.45	-.40
Zaman2	63.60	28.35	23	138	.61	-.32

Not. Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma.

2.2.2.2. İç Tutarlılık Güvenirliğine Dair Bulgular

OİÖ-YBV'nin her bir alt boyutu ve toplam puanına ait iç tutarlık katsayılarının sunulduğu Tablo 12 incelendiğinde, ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .94 olduğu ve alt boyutlar için iç tutarlılık katsayılarının .84 ile .87 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 12: Ölçek Toplam Puan ve Alt Boyutlar için Cronbach Alfa Katsayıları

Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Katsayısı
YDKÖ	7	.85
YS/TA	5	.86
YM	6	.84
YBT	4	.87
OİÖ-YBV Toplam	22	.94

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği- Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YSTA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT= Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük.

Tablo 13'ten takip edilebileceği üzere, OİÖ-YBV toplam puanın alt boyutlar ile yüksek düzeyde korelasyonu ($r = .80$ ile $.90$ aralığında, tüm korelasyonlar için $p <$

.001); alt boyutların kendi aralarında orta-yüksek düzeyde korelasyonları ($r = .52$ ile $.70$ aralığında, tüm korelasyonlar için $p < .001$) bulunmaktadır.

Tablo 13: Ölçek Toplam Puanı ile Alt Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları ($N = 319$)

Alt Boyutlar	1	2	3	4	5
1. YDKÖ	1	.70**	.59**	.67**	.90**
2. YS/TA		1	.56**	.66**	.86**
3. YM			1	.52**	.80**
4. YBT				1	.82**
5. OİÖ-YBV Toplam					1

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği- Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük. ** $p < .001$.

Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyonlarını içeren Tablo 14'ten takip edilebileceği üzere, elde edilen düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları .45 ile .74 arasında değişmektedir.

Tablo 14: Ölçek Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları

Madde Numarası	Düzeltilmiş Madde-Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde	
		Ölçek Ortalaması	Cronbach Alfa Katsayısı
Madde1	.54	66.11	.94
Madde2	.56	64.44	.94
Madde3	.67	64.84	.93
Madde4	.52	65.58	.94
Madde5	.74	65.18	.93
Madde6	.68	65.78	.93
Madde7	.59	65.11	.93
Madde8	.56	65.07	.94

Madde9	.70	66.22	.93
Madde10	.60	66.06	.93
Madde11	.62	66.59	.93
Madde12	.62	66.25	.93
Madde13	.57	64.43	.94
Madde14	.63	66.16	.93
Madde15	.60	66.03	.93
Madde16	.45	66.59	.94
Madde17	.70	66.64	.93
Madde18	.49	66.72	.94
Madde19	.70	66.51	.93
Madde20	.68	66.04	.93
Madde21	.73	66.45	.93
Madde22	.58	66.41	.93
Madde Sayısı	Varyans	Aritmetik Ortalama	Cronbach Alfa Katsayısı
22	821.45	69.01	.94

2.2.3. Doğrulayıcı Faktör Analizine Dair Bulgular

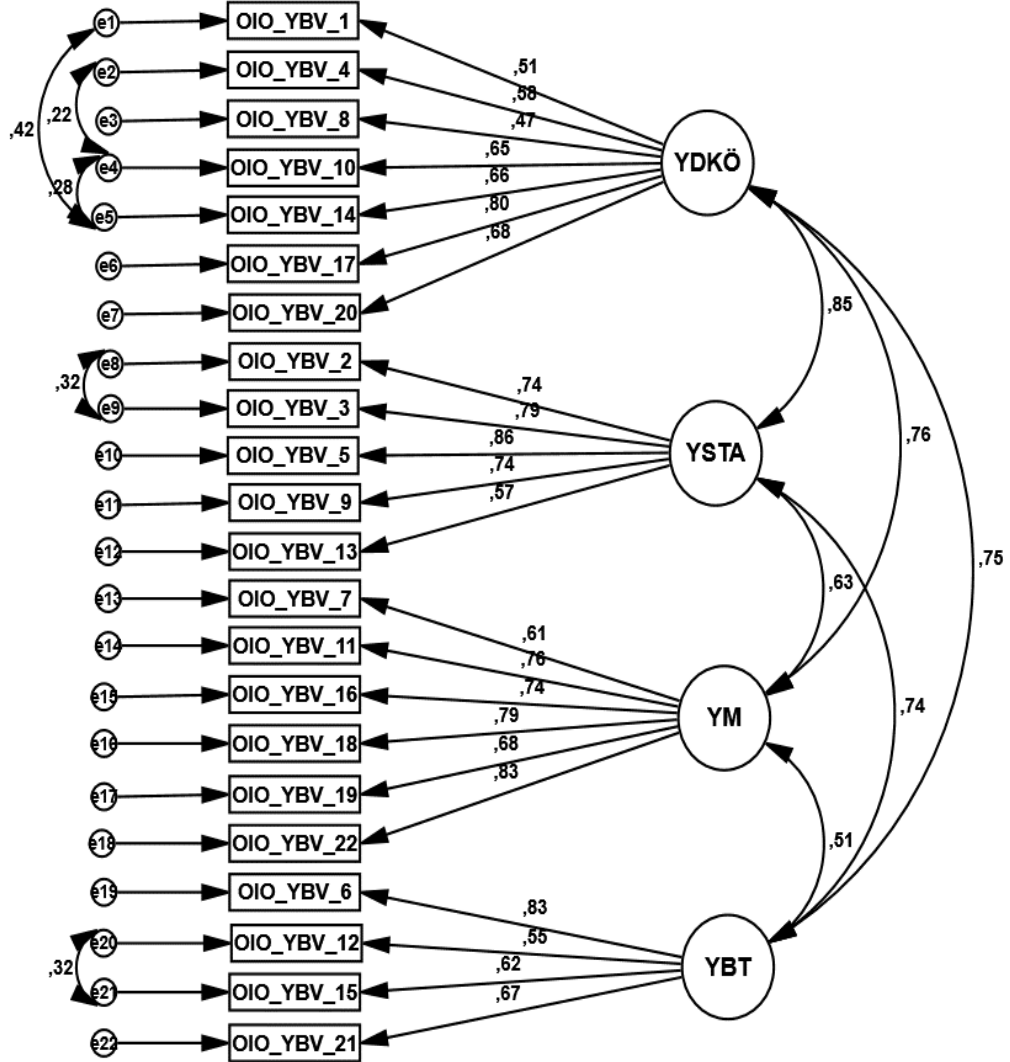
Maddelerin normallik varsayımı için basıklık ve çarpıklık değerlerine bakıldığında bu değerlerin kabul edilebilir sınırlar içinde olduğu görülmüş ve bu nedenle hiçbir madde veri setinden atılmamıştır. Tablo 15’te görüldüğü üzere, DFA sonucu elde edilen uyum iyiliği göstergelerinin ($\chi^2 = 590.741$, $sd = 203$, $p < .001$, $\chi^2/sd = 2.91$, $CFI = .87$, $GFI = .82$, $NFI = .81$, $TLI = .85$, $IFI = .87$, $RMSEA = .08$ ve $SRMR = .080$) çoğunun kabul edilebilir sınırdan düşük olduğu görülmüştür. Bu tür durumlarda, düzeltme (modifikasyon) gösterge değerleri incelenip model üzerinde iyileştirmeler yapılabilir (Pan ve diğerleri, 2017: 687-704). Bu nedenle, aynı faktöre ait maddelerin hata kovaryans katsayıları incelenmiş ve e1-e5, e2-e4, e4-e5, e8-e9 ve e20-e21 arasındaki korelasyon değerlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu değişkenler arasındaki hata bağlantıları modele eklenerek model iyileştirilmiştir. Uygulanan modifikasyonlardan sonra ölçümlenen model, faktör yükleri, hata kovaryans katsayıları Şekil 4’te gösterilmiştir.

Tablo 15: Test Edilen Ölçek Faktör Yapısı için Elde Edilen Uyum İyiği Göstergeleri ve Bu Değerlerin Mükemmel ve Kabul Edilebilir Sınır Değerleri

İncelenen Uyum İyiği Göstergeleri	Uyum İyiği Gösterge Değerleri	Mükemmel Uyum Sınır Değeri	Kabul Edilebilir Sınır Değeri
χ^2	590.741	-	-
sd	203	-	-
χ^2/sd	2.91**	$= (\chi^2/sd) < 3$	$= 3 < (\chi^2/sd) < 5$
CFI	.87	= .97 ve üzeri	= .90 ve üzeri
GFI	.82	= .90 ve üzeri	= .85 ve üzeri
NFI	.81	= .95 ve üzeri	= .90 ve üzeri
TLI	.85	= .95 ve üzeri	= .80 ve üzeri
IFI	.87	= .95 ve üzeri	= .90 ve üzeri
RMSEA	.087	= .000 ve < .050 arası	= .050 ve < .080 arası
SRMR	.080	= .000 ve < .050 arası	= .050 ve < .080 arası

Not. χ^2 = Ki Kare, Sd = Serbestlik Derecesi, CFI = Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, GFI = Uyum İyiği İndeksi, NFI = Normlaştırılmış Uyum İndeksi, TLI = Tucker- Lewis İndeksi, IFI = Fazlalık Uyum İndeksi, RMSEA = Kök Ortalama Kare Yaklaşım Hatası, SRMR = Standardize Edilmiş Kök Artık Kareler Ortalaması. ** $p < .001$.

Şekil 4: Modifikasyonlardan Sonra Test Edilen Ölçek Faktör Yapısı, Faktör Yükleri ve Hata Kovaryans Katsayıları



Not. OIO_YBV = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YSTA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük.

Tablo 16: Modifikasyonlar Sonrasında Test Edilen Ölçek Faktör Yapısı için Elde Edilen Uyum İyiliği Göstergeleri ve Bu Değerlerin Mükemmel ve Kabul Edilebilir Sınır Değerleri

İncelenen Uyum İyiliği Göstergeleri	Uyum İyiliği Gösterge Değerleri	Mükemmel Uyum Sınır Değeri	Kabul Edilebilir Sınır Değeri
χ^2	474.290	-	-
sd	198	-	-
χ^2/sd	2.40*	$= (\chi^2/sd) < 3$	$= 3 < (\chi^2/sd) < 5$
CFI	.90	$= .97$ ve üzeri	$= .90$ ve üzeri
GFI	.86	$= .90$ ve üzeri	$= .85$ ve üzeri
NFI	.85	$= .95$ ve üzeri	$= .90$ ve üzeri
TLI	.89	$= .95$ ve üzeri	$= .90$ ve üzeri
IFI	.91	$= .95$ ve üzeri	$= .90$ ve üzeri
RMSEA	.074	$= .000$ ile $< .050$ arası	$= .050$ ile $< .080$ arası
SRMR	.071	$= .000$ ile $< .050$ arası	$= .050$ ile $< .080$ arası

Not. χ^2 = Ki Kare, SD = Serbestlik Derecesi, CFI = Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, GFI = Uyum İyiliği İndeksi, NFI = Normlaştırılmış Uyum İndeksi, TLI = Tucker- Lewis İndeksi, IFI = Fazlalık Uyum İndeksi, RMSEA = Kök Ortalama Kare Yaklaşım Hatası, SRMR = Standardize Edilmiş Kök Artık Kareler Ortalaması. * $p < .05$.

Tablo 16’da görüldüğü üzere, DFA sonucu elde edilen uyum iyiliği göstergelerinin ($\chi^2 = 474.290$, $sd = 198$, $p < .001$, $\chi^2/sd = 2.40$, CFI = .90, GFI = .86, NFI = .85, TLI = .89, IFI = .91, RMSEA = .074 ve SRMR = .071) birçoğu kabul edilebilir sınırın üzerindedir. Model uyum iyiliği indekslerinden birkaçı kabul edilebilir sınır değerinin altında kalsa bile modelin veriye iyi uyum sağlayabildiği savunulmuştur (Schermelleh-Engel ve diğerleri, 2003: 23-74). Test edilen modelde NFI ve TLI değerleri kabul edilebilir sınırın altında olsa da modele ait χ^2/sd oranı, CFI, GFI, IFI, RMSEA ve SRMR değerleri kabul edilebilir sınırların üzerindedir. Bu sonuçlara bakıldığında, test edilen dört faktörlü modelin veriye kabul edilebilir derecede iyi uyum sağladığı söylenebilir.

Tablo 17’de ölçek maddelerine ait faktör yükleri gösterilmiştir. Maddeler ile maddelerin ait olduğu faktörler arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki vardır ($p < .001$). Diğer bir deyişle, tüm maddeler beklenen faktörlere anlamlı düzeyde faktör yükü vermiştir. Maddelerin standardize edilmiş faktör yükleri ise .47 ile .86 aralığında değişmektedir.

Tablo 17: Ölçek Maddelerine Ait Faktör Yükleri (22 Maddeli)

Faktör	Madde	FY	Stand. FY	SH	%95 GA		
					AS	ÜS	KO
YDKÖ	OİÖ-YBV- 1	.97	.51**	.12	.74	1.20	8.21
	OİÖ-YBV- 4	1.19	.58**	.13	.94	1.43	9.50
	OİÖ-YBV- 8	.97	.47**	.13	.72	1.22	7.48
	OİÖ-YBV- 10	1.28	.65**	.12	.05	1.51	10.92
	OİÖ-YBV- 14	1.20	.66**	.11	.99	1.41	11.09
	OİÖ-YBV- 17	1.44	.80**	.10	.24	1.63	14.55
	OİÖ-YBV- 20	1.33	.68**	.11	.09	1.54	11.58
YS/TA	OİÖ-YBV- 2	1.64	.74**	.13	.39	1.88	13.08
	OİÖ-YBV- 3	1.70	.79**	.12	.46	1.93	14.31
	OİÖ-YBV- 5	1.82	.86**	.11	.60	2.03	16.41
	OİÖ-YBV- 9	1.50	.74**	.11	.27	1.72	13.20
	OİÖ-YBV- 13	1.27	.57**	.13	.01	1.53	9.46
YM	OİÖ-YBV- 7	1.21	.61**	.12	.98	1.44	10.32
	OİÖ-YBV- 11	1.42	.76**	.10	.22	1.62	13.77
	OİÖ-YBV- 16	1.41	.74**	.11	1.20	1.61	13.25
	OİÖ-YBV- 18	1.44	.79**	.10	.24	1.63	14.53
	OİÖ-YBV- 19	1.29	.68**	.11	.07	1.51	11.62
	OİÖ-YBV- 22	1.71	.83**	.11	.49	1.92	15.73
YBT	OİÖ-YBV- 6	1.53	.83**	.11	.32	1.74	14.18
	OİÖ-YBV- 12	0.96	.55**	.11	.74	1.18	8.55
	OİÖ-YBV- 15	1.04	.62**	.11	.84	1.25	9.87
	OİÖ-YBV- 21	1.08	.67**	.10	.89	1.28	10.73

Not. OİÖ-YBV = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, FY= Faktör Yüğü, Stand. FY = Standardize Edilmiş Faktör Yüğü, SH = Standart Hata, GA = Güven Aralığı, AS = Alt Sınır, ÜS = Üst Sınır, KO = Kritik Oran, GA = Güven Aralığı. ** $p < .001$.

DFA için toplanan veriler üzerinden ölçeğin güvenirlik değerleri tekrar incelenmiştir. OİÖ-YBV'nin toplum puanına ve her bir alt boyutuna ait iç tutarlık katsayılarının sunulduğu Tablo 19 incelendiğinde, ölçek toplam puanı için elde edilen

Cronbach Alfa değerinin .93 olduğu ve bu katsayının alt boyutlar için .79 ile .84 arasında değiştiği görülmektedir.

Tablo 18: Ölçek Toplam Puan ve Alt Boyutların Cronbach Alfa Katsayıları (22 Maddeli)

Alt Boyut	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
YDKÖ	7	.84
YS/TA	5	.87
YM	6	.87
YBT	4	.79
OİÖ-YBV Toplam	22	.93

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük.

Ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile korelasyonlarını içeren Tablo 20'den takip edilebileceği üzere, elde edilen düzeltilmiş madde-toplam korelasyon katsayıları .41 ile .73 arasında değişmektedir.

Tablo 19: Ölçek Madde-Toplam Korelasyon Katsayıları (22 Maddeli; N = 253)

Madde Numarası	Düzeltilmiş Madde -Toplam Puan Korelasyonu	Madde Silindiğinde	
		Ölçek Ortalaması	Cronbach Alfa Katsayısı
Madde1	.51	62.73	.93
Madde2	.61	61.87	.93
Madde3	.64	61.99	.93
Madde4	.55	62.45	.93
Madde5	.73	62.07	.92
Madde6	.65	62.67	.93
Madde7	.56	61.65	.93
Madde8	.43	61.62	.93
Madde9	.71	63.05	.92
Madde10	.63	63.01	.93
Madde11	.53	63.27	.93
Madde12	.46	63.13	.93

Madde13	.55	61.17	.93
Madde14	.64	62.89	.93
Madde15	.41	63.00	.93
Madde16	.55	63.21	.93
Madde17	.73	63.29	.92
Madde18	.56	63.39	.93
Madde19	.70	63.16	.92
Madde20	.62	62.77	.93
Madde21	.57	63.28	.93
Madde22	.62	62.94	.93
Madde Sayısı	Varyans	Aritmetik Ortalama	Cronbach Alfa Katsayısı
22	741.69	65.65	.93

Tablo 21’den takip edilebileceği üzere, OİÖ-YBV toplam puanı ile alt boyutları arasında güçlü ve pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır ($r = .73$ ile $.89$ aralığında, tüm korelasyonlar için $p < .001$). Alt boyutların birbirleri ile olan korelasyon katsayıları $.42$ ile $.68$ aralığında değişmektedir (tüm korelasyonlar için $p < .001$).

Tablo 20: Ölçek Toplam Puanın ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon Katsayıları (22 Maddeli; $N = 253$)

Alt Boyutlar	1	2	3	4	5
1. YDKÖ	1	.68**	.62**	.59**	.89**
2. YS/TA		1	.56**	.57**	.86**
3 YM			1	.42**	.81**
4 YBT				1	.73**
5. OİÖ-YBV Toplam					1

Not. OİÖ-YBV Toplam = Obsesif İnançlar Ölçeği- Yeme Bozuklukları Versiyonu Toplam Puan, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük. ** $p < .001$.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YEME BOZUKLUKLARINA ÖZGÜ OBSESİF İNANÇLAR İLE BOZUKLUK BELİRTİLERİ ARASI İLİŞKİDE BİLİŞSEL BİRLEŞMENİN VE DUYGUSAL SIKINTININ ROLÜNE DAİR MODEL TESTLERİ

3.1. YÖNTEM

3.1.1. Katılımcılar

Çalışmanın ikinci aşaması için 623 katılımcıdan veri toplanmıştır. 18 yaşın altında olan iki katılımcı, kontrol maddelerine doğru yanıtı vermeyen 59 katılımcı ve çalışma değişkenleri baz alınarak tekli ve çoklu aykırı değerlere göre yapılan analizler sonucunda aşırı uçta yer aldığı belirlenen üç katılımcı veri setinden çıkarılmıştır. Analizler 559 katılımcının verisi üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların yaşlarının 18 ile 63 arasında (*Ort.* = 25.93, *SS* = 10.22) olduğu ve vücut kitle indekslerinin (VKİ) 14.87 ile 41.67 arasında (*Ort.* = 22.86, *SS* = 4.30) değiştiği; katılımcıların çoğunun kadın (% 75.1), yaşamının çoğunu şehirde geçirmiş (%73.2), bekar (% 63.1) ve ön lisans/lisans öğrencisi (% 62.8) olduğu ve orta gelir düzeyine (%61.4) sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların neredeyse yarısı kilo almaktan korkmakta (%55.3), aynaya baktığında kendilerini daha kilolu/yağlı görmekte (%42) ve %74.1'inin şu andaki kilosu ideal kilosuna eşit veya ideal kilosundan daha fazladır. Ek olarak, katılımcılarının %12.3'ünün kronik rahatsızlığa sahip olduğu, %17.7'sinin geçmişte ve %8.8'inin şu anda psikiyatrik bir tanı aldığı, %14.7'sinin geçmişte ve %8.1'inin şu anda ilaç tedavisi gördüğü ve %14.3'ünün geçmişte ve %8.1'inin şu anda psikoterapi aldığı görülmektedir. Örneklemin demografik özelliklerine ait detaylı bilgiler Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 21: İkinci Aşamada Yer Alan Katılımcıların Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	Minimum Değer	Maksimum Değer
Yaş	559	25.93	10.22	18.0	63.0
Kilo (kg)	559	63.71	14.36	38.0	122.0
Boy (m)	559	1.67	.88	1.49	1.90
VKİ (kg/m ²)	559	22.86	4.30	14.87	41.67
En düşük kilo (kg)	559	58.09	12.44	23.0	110.0
En yüksek kilo (kg)	559	68.48	16.11	40.0	130.0
İdeal kilo (kg)	559	60.13	11.34	40.0	95.0
				Frekans	Yüzde
Cinsiyet					
	Kadın			420	75.1
	Erkek			138	24.7
	Belirtmek istemiyorum			1	.2
Yaşanılan yer					
	Köy			32	5.7
	Kasaba			19	3.4
	Şehir			409	73.2
	Metropol			97	17.4
	Yurtdışı			2	.4
Medeni durum					
	İlişkisi var (Evli değil)			113	20.2
	Evli			79	14.1
	Boşanmış			12	2.1
	Eşi vefat etmiş			2	.4
	Bekar			353	63.1
Eğitim durumu					
	İlkokul mezunu			1	.2
	Ortaokul mezunu			4	.7
	Lise mezunu			19	3.4
	Ön lisans/Lisans öğrencisi			351	62.8
	Ön lisans/Lisans mezunu			118	21.1
	Yüksek lisans öğrencisi			35	6.3
	Yüksek lisans mezunu			23	4.1
	Doktora öğrencisi			7	1.3
	Doktora mezunu			1	.2
Sosyoekonomik düzey					
	Düşük			18	3.2
	Düşük - Orta			93	16.6
	Orta			343	61.4

	Orta - Yüksek	96	17.2
	Yüksek	9	1.6
Meslek			
	İşsiz (Çalışmıyor ve öğrenci değil)	21	3.8
	Emekli	18	3.2
	Memur	49	8.8
	Özel sektör	62	11.1
	İşçi	7	1.3
	Öğrenci	381	68.2
	Diğer	21	3.8
Kilo almaktan korkma			
	Hayır	250	44.7
	Evet	309	55.3
Aynada kendini daha kilolu/yağlı görme			
	Hayır	324	58.0
	Evet	235	42.0
Şu andaki kilo - İdeal kilo farkı			
	≥ 1	414	74.1
	< 1	145	25.9
Kronik rahatsızlık			
	Hayır	490	87.7
	Evet	69	12.3
Kronik rahatsızlık tanıları			
	Tiroid ile ilgili tanılar	10	2.0
	Astım	14	2.8
	Hipertansiyon	4	.8
	Diğer	41	8.2
Psikiyatrik tanı - Geçmiş			
	Hayır	460	82.3
	Evet	99	17.7
Psikiyatrik rahatsızlık tanıları - Geçmiş			
	Anksiyete bozuklukları	29	5.8
	Duygudurum bozuklukları	11	2.2
	OKB	11	2.2
	YB	4	.8
	Diğer	44	8.8
Psikiyatrik tanı - Şu an			
	Hayır	510	91.2
	Evet	49	8.8

Psikiyatrik rahatsızlık
tanıları - Şu an

Anksiyete bozuklukları	21	4.2
Duygudurum bozuklukları	9	1.8
OKB	3	.6
YB	2	.4
Eştanı	7	1.4
Diğer	7	1.4

İlaç tedavisi görme -
Geçmiş

Hayır	477	85.3
Evet	82	14.7

İlaç tedavisi görme - Şu an

Hayır	514	91.9
Evet	45	8.1

Psikoterapi alma - Geçmiş

Hayır	479	85.7
Evet	80	14.3

Psikoterapi alma - Şu an

Hayır	514	91.9
Evet	45	8.1

Not. OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk, YB = Yeme Bozuklukları, $\bar{S} \geq \bar{İ}$ = Şu Andaki Kilo İdeal Kiloya Eşit veya İdeal Kilodan Daha Fazla (Şu anda sahip olunan kilodan ideal kilo çıkarıldığında işlem sonucun 0 ve/veya artı olduğu grup), $\bar{S} < \bar{İ}$ = Şu Andaki Kilo İdeal Kilodan Daha Az (Şu anda sahip olunan kilodan ideal kilo çıkarıldığında işlem sonucun eksi olduğu grup), N = Örneklem Büyüklüğü, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma, VKİ = Vücut Kitle İndeksi.

3.1.2. Veri Toplama Araçları

Bu bölümde, çalışmanın bu aşaması için kullanılan ölçüm araçları tanıtılacak ve ölçüm araçlarının psikometrik özelliklerine dair detaylı bilgiler verilecektir.

3.1.2.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik bilgi formunda; katılımcıların yaş, cinsiyet, yaşadıkları yer, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik düzey, meslek, şu andaki ve ideal kilo, bugüne

kadarki en düşük ve en yüksek kilo, aynada kendini daha kilolu/yağlı görüp görmeme, kilo almaktan korkup korkmama, kronik rahatsızlığa sahip olup olmama, psikiyatrik tanı alıp almama (geçmişte ve şu anda), ilaç tedavisi alıp almama (geçmişte ve şu anda) ve psikoterapi alıp almama (geçmişte ve şu anda) durumlarına dair sorular bulunmaktadır. Demografik bilgi formuna Ek 6'da yer verilmiştir.

3.1.2.2. Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OİÖ-YBV)

Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OİÖ-YBV); yeme, beden ve kilo ve bunların kontrolü ile ilgili obsesif inançları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (Schembri, 2010: 65). 25 maddeden ve dört alt boyuttan (Sorumluluk/tehdit beklentisi, düşüncelerin önemi/düşüncelerin kontrolünün önemi, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük) oluşan bu ölçüm aracı, 7'li Likert tipi (1 = Hiç katılmıyorum; 7 = Çok katılıyorum) derecelendirmeye sahiptir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde yeme bozukluklarına özgü obsesif inançlara işaret etmektedir.

Ölçeğin eş zamanlı geçerlik analizleri kapsamında OİÖ-44, YBDÖ ve OKE-R kullanılmış ve OİÖ-YBV ile beden kontrol bilişleri, beden kontrol davranışları ve mükemmeliyetçilik arasındaki ilişkiler de incelenmiştir (Schembri, 2010: 155-169). 998 katılımcı ile gerçekleştirilen geçerlik analizlerinde, OİÖ-YBV ve OİÖ-44 toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü korelasyon olduğu ($r = .72, p < .001$) ve iki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarının .51 ile .73 arasında değiştiği görülmüştür ($p < .001$). Ayrıca OİÖ-YBV ve YBDÖ toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısının .83 olduğu ($p < .001$) ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayılarının .59 ile .77 arasında olduğu bildirilmiştir ($p < .001$). OİÖ-YBV ve OKE-R toplam puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki ($r = .52, p < .001$) bulunurken iki ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon katsayıları .28 ile .51 arasında değiştiği görülmüştür ($p < .001$). Ek olarak, yeme bozukluklarına özgü obsesif inançlar düzeyi ile beden kontrol biliş düzeyi ve beden kontrol davranış düzeyi arasında anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur (sırasıyla, $r = .76, p < .05$; $r = .77, p < .05$). Yeme bozukluklarına özgü obsesif inanç alanlarından

biri olan mükemmeliyetçilik ile olumsuz mükemmeliyetçilik alt boyutlarından biri olan hata üzerine endişelenme ve yaptığından emin olamama alt boyutları arasındaki anlamlı ilişkiler de ölçeğin eş zamanlı geçerliğini desteklemiştir (sırasıyla, $r = .71, p < .001$; $r = .60, p < .001$). Ek olarak, OİÖ-YBV toplam puan ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyi arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür (sırasıyla, $r = .57, r = .51, r = .53$; tüm korelasyonlar için $p < .001$).

Bu çalışmanın ilk aşaması kapsamında OİÖ-YBV Türkçeye çevrilip psikometrik özellikleri incelenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için gerçekleştirilen AFA sonucunda ölçeğin 22 maddeli ve 4 faktörlü bir yapıya sahip olduğu görülmüştür. Gerçekleştirilen DFA sonucunda 4 faktörlü yapının veriye iyi uyum sağladığı görülmüştür ($\chi^2 = 474.290, df = 198, p < .001, \chi^2/df = 2.40, CFI = .90, GFI = .86, NFI = .85, TLI = .89, IFI = .91, RMSEA = .074$ ve $SRMR = .071$). Uyum geçerliği için ölçeğin OİÖ-44, YBDÖ-13 ve DASÖ-21 ile korelasyonları incelenmiştir. OİÖ-YBV'nin OİÖ-44 ve YBDÖ-13 ile orta düzeyde ve pozitif yönlü (sırasıyla $r = .55, p < .001$; $r = .58, p < .001$); DASÖ-21'in depresyon, anksiyete ve stres alt boyutları ile düşük-orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyonları olduğu görülmüştür (sırasıyla $r = .34, r = .32, r = .40$, tüm korelasyonlar için $p < .001$). Ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinin toplam puan için .95 olduğu ve alt boyut puanları için .80 ile .91 arasında olduğu raporlanmıştır (tüm korelasyonlar için $p < .001$). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .94 olduğu, alt boyutlar için iç tutarlılık katsayılarının .84 ile .87 arasında değiştiği ve madde-toplam korelasyon katsayılarının .45 ile .74 arasında olduğu görülmüştür. Ölçüm aracı, bu aşamada katılımcıların yeme bozukluklarına özgü obsesif inanç düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Bu aşamada ölçeğin toplam puan için iç tutarlılık katsayısının .94 olduğu ve alt boyutlar için iç tutarlılık katsayılarının .80 ile .94 arasında değiştiği bulgulanmıştır. Ölçüm aracına ilişkin örnek maddelere Ek 3'te yer verilmiştir.

3.1.2.3. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13 (YBDÖ-13)

Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Fairburn ve Beglin (1994: 363-370) tarafından bireylerin yeme bozukluk düzeyini değerlendirmek için oluşturulmuştur. Ölçek, dört alt boyuttan (kısıtlama, beden şekliyle ilgili endişe,

yemeyle ilgili endişe ve kiloyla ilgili endişe) ve 28 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. YBDÖ-13, YBDÖ'nün kısaltılmış versiyonu olarak Lev-Ari ve meslektaşları (2021: 1-9) tarafından oluşturulmuştur. Ölçek, 13 maddeden ve brş alt boyuttan (kısıtlayıcı yeme, beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe, beden memnuniyetsizliği, tıknırcasına yeme ve Arınma) oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 7'li Likert tipi derecelendirme (0 = Hiç, 1 = 1–5 gün, 2 = 6–12 gün, 3 = 13–15 gün, 4 = 16–22 gün, 5 = 23–27 gün, 6 = Her gün) ile değerlendirilmekte ve ölçekten hem toplam puan hem de alt boyutlar puanları elde edilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yeme bozukluğu düzeyindeki artışa işaret etmektedir.

Ölçeğin yapı geçerliği için DFA gerçekleştirilmiş ve uyum iyiliği indeksleri $\chi^2/df=282.63$, $p<.001$; CFI = .98, RMSEA = .05; SRMR = .04 olarak belirtilmiştir (Lev-Ari ve diğerleri, 2021: 1-9). Uyum geçerliği için ölçeğin YBDÖ ve Yaşam Doyum Ölçeği ile korelasyonları incelenmiş ve sırasıyla .72 ve -.29 olmak üzere anlamlı korelasyonlar elde edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı kısıtlayıcı yeme alt boyutu için .92, beden ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe alt boyutu için .99, beden memnuniyetsizliği alt boyutu için .89, tıknırcasına yeme alt boyutu için .89 ve arınma alt boyutu için .63 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Esin ve Ayyıldız (2022: 102) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği için yapılan DFA sonucunda elde edilen uyum indeksleri ölçeğin özgün beş boyutlu yapısının Türk örnekleme iyi uyum gösterdiğini desteklemiştir ($\chi^2/df=4.90$, AGFI = .93, GFI = .95, CFI = .97, NFI = .96, TLI = .96, RMSEA = .06). Ölçeğin Yeme Tutum Testi-26 ile pozitif yönlü ($r=.39$, $p<.001$) ve Beden Değeri Ölçeği ile negatif yönlü ($r=-.42$, $p<.001$) korelasyonu olduğu hesaplanmıştır. Ek olarak, ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .89 olduğu, alt boyutlar için iç tutarlılık katsayılarının .75 - .94 arasında değiştiği ve 15 gün ara ile alınan ölçümler sonucunda ölçeğin test-tekrar test güvenirliğinin .93 olduğu raporlanmıştır (Esin ve Ayyıldız, 2022: 102). Bu ölçek, bu aşamada katılımcıların yeme bozukluk düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bu aşamada ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .89 olduğu ve ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık katsayılarının .83 ile .94 arasında değiştiği görülmüştür. Arınma alt boyutunun iç tutarlılık katsayı düşük ($\alpha=.53$) olduğu için bu aşama kapsamında analizlere dahil edilmemiştir. Ölçüm aracına ilişkin örnek maddelere Ek 4'te yer verilmiştir.

3.1.2.4. Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği (PNDÖ)

Watson ve diğerleri (1988: 1063-1070) tarafından geliştirilen Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği (PNDÖ), pozitif duygulanım ve negatif duygulanım olmak üzere iki alt boyuta sahiptir. Her alt boyut 10 sıfattan oluşmakta ve katılımcılardan son iki haftada nasıl hissettiklerine göre bu sıfatları 5'li Likert tipinde (1 = Hiç; 5 = Tamamen) bir değerlendirme ile yanıtlamaları istenmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek düzeyde pozitif duygulanım ve negatif duygulanımı ifade etmektedir.

Ölçeğin uyum geçerliğini değerlendirmek amacıyla BDE ve Hopkins Belirti Tarama Listesi (HBTL) kullanılmıştır (Watson ve diğerleri, 1988: 1063-1070). Pozitif duygulanım alt boyutu, BDE ve HBTL ile düşük ve negatif yönde korelasyonlara (sırasıyla $r = -.36, p < .05$; $r = -.19, p < .05$) sahipken; negatif duygulanım alt boyutu, BDE ve HBTL ile orta-yüksek ve pozitif yönde korelasyonlara (sırasıyla $r = .58, p < .05$; $r = .74, p < .05$) sahip olduğu görülmüştür. Pozitif duygulanım alt boyutu için iç tutarlılık katsayıları pozitif duygulanım ve negatif duygulanım için sırasıyla .88 ve .87 olarak; iki ay arayla alınan ölçümler sonucunda test-tekrar test güvenilirliği pozitif duygulanım ve negatif duygulanım alt boyutu için sırasıyla .68 ve .71 olarak hesaplanmıştır (Watson ve diğerleri, 1988: 1063-1070).

Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Gençöz (2000: 19-26) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin özgün iki boyutlu yapısı korunmuş ve bu iki faktörün varyansın %44'ünü açıkladığı raporlanmıştır. Ölçeğin uyum geçerliği incelendiğinde pozitif duygulanım alt boyutunun BDE ve BAE ile düşük-orta ve negatif yönde korelasyonlara (sırasıyla $r = -.48, p < .001$; $r = -.22, p < .005$); negatif duygulanım alt boyutunun BDE ve BAE ile orta ve pozitif yönde korelasyonlara (sırasıyla $r = .51, p < .001$; $r = .57, p < .001$) sahip olduğu belirtilmiştir. Ek olarak, iç tutarlılık katsayılarının pozitif duygulanım ve negatif duygulanımın alt boyutları için sırasıyla .83 ve .86 olarak; üç hafta ara ile alınan ölçümler sonucunda test-tekrar test güvenilirliği pozitif duygulanım alt boyutu için .54 ve negatif duygulanım alt boyutu için .40 olarak raporlanmıştır (Gençöz, 2000: 19-26). Negatif duygulanım alt boyutu, bu aşama kapsamında hissedilen duygusal sıkıntı düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmış ve bu alt boyutun iç tutarlılık katsayısı .87 olarak hesaplanmıştır. Ölçüm aracına ilişkin örnek maddelere Ek 7'de yer verilmiştir.

3.1.2.5. Bilişsel Birleşme Ölçeği (BBÖ)

Bilişsel Birleşme Ölçeği (BBÖ), psikolojik katılımın bir boyutu olan bilişsel birleşme düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Gillanders ve diğerleri, 2014: 83-101). Ölçek, yedi maddeden oluşmakta ve 7'li Likert tipinde (1 = Hiçbir zaman; 7 = Her zaman) bir değerlendirmeye göre derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, yüksek düzeyde bilişsel birleşmeye işaret etmektedir.

BBÖ'nün yapı geçerliği için AFA ve DFA gerçekleştirilmiştir (Gillanders ve diğerleri, 2014: 83-101). Yapılan AFA sonucunda elde edilen tek boyutlu ve yedi maddeli ölçek yapısı, DFA sonucu elde edilen uyum iyiliği göstergeleri ($\chi^2/df = 2.918$, $p < .001$, CFI = .986, IFI = .065, RMSEA = .065, SRMR = .049) ile desteklenmiştir. Ölçeğin Kabul Eylem Formu II ile .72, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Anksiyete alt boyutu ile .63, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği-Depresyon alt boyutu ile .45, Beş Boyutlu Farkındalık Ölçeği ile -.50 ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form ile -.45 olmak üzere anlamlı korelasyonları olduğu raporlanmıştır. Güvenirlik analizleri kapsamında ise ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .90 ve bir ay arayla alınan ölçümler sonucunda test-tekrar test güvenirliliği .80 olarak bildirilmiştir (Gillanders ve diğerleri, 2014: 83-101).

BBÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Kervancıoğlu ve diğerleri (2023: 50-56) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği için AFA ve DFA gerçekleştirilmiş ve ölçeğin özgün tek boyutlu ve yedi maddeli yapısı Türk örnekleminde doğrulanmıştır. Ek olarak, ölçeğin iç tutarlılık katsayısının .92 olduğu raporlanmıştır. Bu ölçüm aracı, bu aşama kapsamında katılımcıların bilişsel birleşme düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmış ve ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır. Ölçüm aracına ilişkin örnek maddelere Ek 8'de yer verilmiştir.

3.1.3. İşlem

Kolayda örnekleme yöntemi ile veri toplanan bu çalışmada, ilk olarak bu çalışmanın ikinci aşaması kapsamında kullanılacak olan ölçüm araçlarını Türk örneklemine uyarlayan araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Komitesi'nden etik kurul izni alındıktan sonra veri toplama süreci

başlatılmıştır. Bu aşamada kullanılacak ölçüm araçlarının bulunduğu bir anket paketi Google Form aracılığıyla oluşturulmuş ve çalışmanın çevrimiçi linki sosyal medya platformlarından (örn. Facebook, Twitter, Whatsapp) katılımcılara iletilmiştir. Katılımcılara öncelikle çalışmaya ait detaylı bilgilerin içinde olduğu bilgilendirilmiş onam formu sunulmuş ve çalışmaya katılmaya onam verenlere demografik bilgi formu başta olmak üzere ilgili ölçüm araçları sunulmuştur. Bu çalışmayı tamamlamak yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.1.4. İstatistiksel Analizler

Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for Social Science) 25.0 sürümü kullanılmıştır. Veri setinde bugüne kadarki en düşük kilo ve en yüksek kilo değişkenlere verilen cevaplarda kayıp veriler (sözel ifadeler [örn. Bilmiyorum], çok düşük [örn. 8] ve çok yüksek [örn. 1576] sayılar) olduğu görülmüştür. Bu kayıp verilere ortalama atama yöntemi ile değer ataması yapılmıştır. Analizlere geçmeden önce değişkenlerin normallik dağılımlarını incelemek için basıklık ve çarpıklık değerleri hesaplanmıştır (sınır değer -2; +2; George ve Miller'den aktaran Eraslan ve diğerleri, 2017: 2915-2924). Diğer ölçek ve ölçek alt boyutlarının aksine, YBDÖ-13'ün tıknırcasına yeme alt boyut puanlarının normal dağılım göstermediği görülmüştür (çarpıklık değeri = 1.62, SS = .10; basıklık değeri = 2.25, SS = .21). Normal dağılmayan değişken puanlarına yapılan transformasyonun bulguları yorumlamada zorluğa neden olması sebebiyle ve değişken puanlarının normal dağılım göstermemesinin makul bir nedeni olduğunda transformasyon yapılmaması önerilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2007: 86-89; Howell, 2007: 318-324). Bulguları yorumlamayı zorlaştıracak olmasına ve sağlıklı örneklemden veri toplandığı için tıknırcasına yeme alt boyut puan dağılımının sağa çarpık bir grafik göstermesinin beklenen bir bulgu olmasına dayanarak tıknırcasına yeme alt boyut puanlarına transformasyon işlemi yapılmamasına karar verilmiştir.

Değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisini incelemek amacıyla normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson korelasyon ve tıknırcasına yeme alt boyutu için Sperman Sıralı korelasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Korelasyon katsayısının .10 ile .39 arasında olması düşük düzey, .40 ile .69 arasında olması orta düzey ve .70 ile

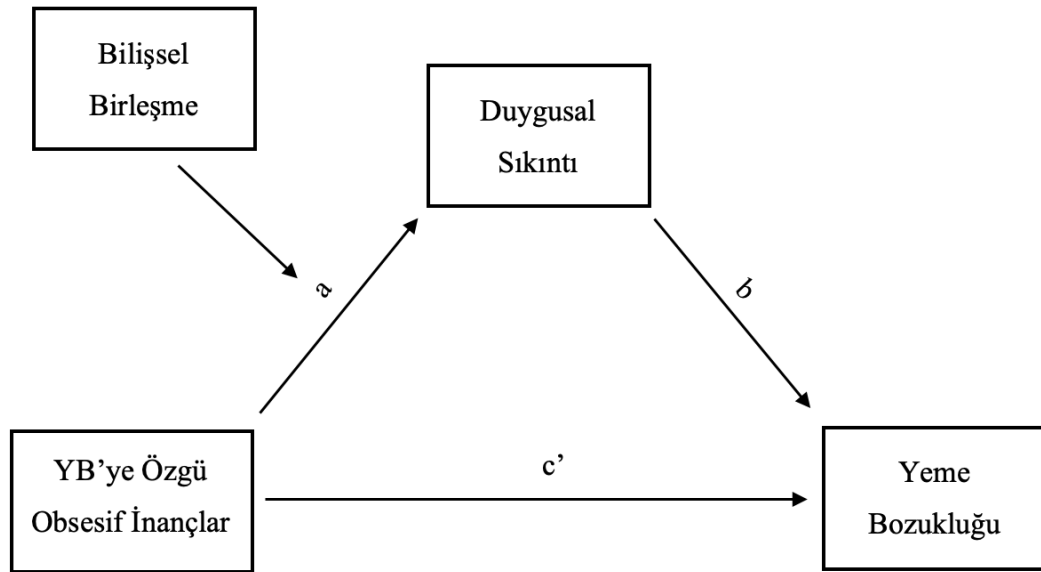
.99 arasında olması yüksek düzey ilişki olarak değerlendirilmiştir (Dancey ve Reidy'den aktaran Akoglu, 2018: 91-93). YB'ye özgü obsesif inançlar ve YB düzeyi arasındaki ilişkiyi detaylı olarak incelemek ve YB düzeyini açıklayan en iyi modeli ve bu modelde yer alan YB'ye özgü obsesif inanç alan(lar)ını belirlemek amacıyla Çoklu Regresyon Analizi, İleriye Doğru Seçim (Forward) Metodu kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu metotta modele eklenen ilk değişkenin bağımlı değişkeni en güçlü düzeyde yordayan değişken olduğu bilinmektedir (Tabachnick and Fidell, 2007: 140).

YB'ye özgü obsesif inanç (YBOİ) ve YB düzeyinin cinsiyet, kilo almaktan korkma, aynada kendini yağlı görme, ideal kilo ile şu andaki kilo farkı bağımsız değişkenlerine göre oluşturulan gruplar arası farkları incelemek amacıyla ve bağımsız değişkenlerin (cinsiyet değişkeni hariç) iki gruptan oluşması sebebiyle Bağımsız Örneklemeler için *t*-test (Independent samples *t*-test) gerçekleştirilmiştir. Bir katılımcının cinsiyet değişkenine “Belirtmek istemiyorum” şeklinde yanıt vermesi bu değişkende üç grup (kadın, erkek ve belirtmek istemiyorum) oluşmasına neden olmuştur. Bu katılımcının verisi, yalnızca YBOİ'nin ve YB'nin cinsiyet değişkenine göre grup farkının incelendiği analize dahil edilmemiş, böylece cinsiyet değişkeni iki gruba indirgenmiştir. Bunun sonucunda, YBOİ'nin ve YB'nin cinsiyet değişkenine göre gruplar arası farkı, Bağımsız Örneklemeler için *t*-test ile incelenmiştir.

Test edilecek düzenleyici aracılık modelinde (bkz. Şekil 5) YBOİ (toplam ve alt boyutları) bağımsız değişken, YB bağımlı değişken, duygusal sıkıntı (DS) aracı değişken ve bilişsel birleşme (BB) düzenleyici değişken olarak analizlere dahil edilmiştir. Hem toplam puan hem de 4 alt boyut (Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi [YDKÖ], Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı [YS/TA], Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik [YM] ve Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük [YBT]) için 5 ayrı düzenleyici aracılık modeli test edilmiştir. Normal dağılmama durumuna karşı daha dayanıklı olan ve koşullu etki için daha güvenilir güven aralığı değerleri veren Bootstrap yöntemi (Preacher ve Hayes, 2004: 722), bu modellerde aracı değişkenin gücünün düzenleyici değişkenin düzeylerine göre değişip değişmediğini incelenmek amacıyla kullanılmıştır.

Model testi için SPSS için “PROCESS” Macro-Versiyon 4.1, Model 7, Hatası Düzeltilmiş Bootstrap (Bias-Corrected Bootstrapping)- %95 Güven Aralığı ($N = 5000$) yöntemi kullanılmıştır. Düzenleyici aracılığın (Duygusal sıkıntının bilişsel birleşmeye göre aracılık etki gücünün değişmesi) anlamlılığını belirlemek amacıyla “Düzenleyici Aracılık İndeksi” kullanılmıştır. İndeks güven aralığının 0 değerini içermemesi, anlamlı bir etki farklılığını işaret etmektedir (Hayes, 2015: 8). Düzenleyici modellerin analizinde sonuçların yorumlanmasını kolaylaştırmak amacıyla bağımsız değişken ve düzenleyici değişken puanlarının ortalamaya göre merkezlenerek (mean-centered) analizlerin yapılması önerilmektedir (Hofer, 2017: 1-2). Bu nedenle modele eklenen YBOİ, YDKÖ, YS/TA, YM, YBT ve BB değişkenleri ortalamaya göre merkezlenerek analizlere dahil edilmiştir.

Şekil 5: İkinci Aşamada Test Edilecek Düzenleyici Aracılık Modeli



3.2. BULGULAR

3.2.1. İlişki ve Grup Farkı Analizlerine Dair Bulgular

Tablo 23'te normal dağılıma sahip değişkenler için Pearson korelasyon analiz sonuçları; normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Spearman Sıralı korelasyon analiz sonuçları verilmiştir. Tablo 23'ten takip edileceği üzere, YB'ye özgü obsesif inançların YB ile güçlü düzeyde ($r = .73, p < .001$); kısıtlayıcı yeme, beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe, beden memnuniyetsizliği ve tıknırcasına yeme ile orta düzeyde (sırasıyla $r = .54, r = .58, r = .56, r = .54$, tüm korelasyonlar için $p < .001$) korelasyonları bulunurken, YB ve YS/TA arasında güçlü ($r = .72, p < .001$); YB ve YDKÖ, YM ve YBT arasında orta düzeyde korelasyonlar bulunmaktadır (sırasıyla $r = .60, r = .59, r = .52$, tüm korelasyonlar için $p < .001$). Duygusal sıkıntı ile diğer değişkenler arasında düşük-orta düzeyde ($r = .11$ ile $.66$ aralığında; $p < .05, p < .001$) korelasyonlar bulunurken, benzer şekilde bilişsel birleşme ile diğer değişkenler arasında da düşük-orta düzey korelasyonlar bulunmaktadır ($r = .14$ ile $.51$ aralığında; $p < .05, p < .001$).

Tablo 22: İkinci Aşamada Yer Alan Değişkenlerin Pearson ve Spearman Sıralı Korelasyon Analiz Sonuçları (N = 559)

	Ort.	SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 ^a
1.YBOİ	59.96	28.64	1	.73**	.34**	.44**	.88**	.87**	.82**	.78**	.54**	.58**	.56**	.54**
2.YB	18.11	15.54		1	.33**	.38**	.60**	.72**	.59**	.52**	.77**	.82**	.80**	.68**
3. DS	22.42	8.12			1	.66**	.29**	.25**	.43**	.11*	.12**	.28**	.33**	.32**
4. BB	28.44	12.51				1	.38**	.33**	.51**	.20**	.14*	.37**	.38**	.32**
5.YDKÖ	17.90	9.79					1	.70**	.59**	.62**	.41**	.46**	.45**	.48**
6.YS/TA	17.14	9.24						1	.59**	.62**	.57**	.57**	.61**	.52**
7.YM	15.45	9.29							1	.54**	.36**	.52**	.48**	.46**
8.YBT	9.46	5.55								1	.52**	.38**	.30**	.36**
9. KY	4.49	5.39									1	.51**	.43**	.38**
10. END	4.32	4.43										1	.69**	.47**
11. BM	5.0	4.48											1	.46**
12. TY	3.48	4.26												1

Not. YBOİ = Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar, YB = Yeme Bozukluğu, DS = Duygusal Sıkıntı, BB = Bilişsel Birleşme, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, KY = Kısıtlayıcı Yeme, END = Beden Şekli ve Vücut Ağırlığı ile İlgili Endişe, BM = Beden Memnuniyetsizliği, TY = Tıkınırcasına Yeme, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma. ^a = Spearman Sıralı Korelasyon Analiz Değerleri, * $p < .05$, ** $p < .001$.

YB'ye özgü obsesif inanç alanlarından YB belirtilerini ile en güçlü ilişkisi olan inanç alanını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Çoklu Regresyon Analizi, İleriye Doğru Seçim (Forward) Metodu bulguları Tablo 24'te sunulmuştur. İlk modelde yer alan YB'ye Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı YB belirtilerindeki varyansın %51'ini açıklarken (Düzenlenmiş $R^2 = .52$, $F [1, 557] = 587.75$, $p < .001$); ikinci modelde eklenen YB'ye Özgü Mükemmeliyetçilik YB belirtilerini açıklamaya %0.4'lük ($\Delta F [1, 556] = 55.65$, $p < .001$) ve üçüncü modele eklenen YB'ye Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi YB belirtilerindeki varyansı açıklamaya %0.01'lik ($\Delta F [1, 555] = 6.68$, $p < .05$) katkı sağlamıştır. YB'ye Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının ilk blokta yer alması, YB belirtileri ile en yüksek ilişkinin bu inanç alanına ait olduğunu göstermiştir. Ek olarak, YB'ye Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı her modelde diğer inanç alanlarına kıyasla YB Belirtilerini daha güçlü yordamıştır (sırasıyla $\beta = .72$, $p < .001$; $\beta = .56$, $p < .001$; $\beta = .51$, $p < .001$).

Tablo 23: YB Belirtilerini Açıklamak için Gerçekleştirilen Çoklu Regresyon Analizi-İleriye Doğru Seçim Metodu Sonuçları ($N = 559$)

Model		B	SH	B	β	t
%95 GA [AS, ÜS]						
1	Sabit	-2.54	.97	[-4.44, -.64]		-2.63*
	YS/TA	1.21	.05	[1.11, 1.30]	.72	24.24**
$R = .72$, Düzenlenmiş $R^2 = .51$, $F (1, 557) = 587.75$, $p < .001$						
2	Sabit	-4.86	.97	[-6.78, -2.95]		-4.99**
	YS/TA	.95	.06	[.83, 1.06]	.56	16.20**
	YM	.43	.06	[.32, .55]	.26	7.46**
$R = .75$, Düzenlenmiş $R^2 = .56$, $F (2, 556) = 350.53$, $p < .001$						
3	Sabit	-5.47	1.00	[-7.43, -3.51]		-5.49**
	YS/TA	.85	.07	[.71, .99]	.51	12.23**
	YM	.39	.06	[.27, .51]	.23	6.32**
	YDKÖ	.17	.07	[.04, .30]	.11	2.58*
$R = .75$, Düzenlenmiş $R^2 = .56$, $F (3, 555) = 238.30$, $p < .001$						

Not. YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik. * $p < .05$, ** $p < .001$.

YB'ye özgü obsesif inançların ve YB'nin cinsiyet, kilo almaktan korkma, aynada kendini yağlı görme, ideal kilo ile şu andaki kilo farkı bağımsız değişkenlerine göre oluşturulan gruplar arası farklarını incelemek amacıyla gerçekleştirilen Bağımsız Örneklemeler için *t*-test, Levene Testi - Varsayımlar Eşit Dağılmadığında (Levene's Test, Equal Variances Not Assumed) analiz bulguları raporlanmıştır.

Tablo 25'ten takip edileceği üzere, YB'ye özgü obsesif inançlar ve YB açısından kadınlar ile erkeklerin, kilo almaktan korkanlar ile kilo almaktan korkmayanların, aynada kendini daha kilolu/yağlı görenler ile aynada kendini daha kilolu/yağlı görmeyenlerin ve şu andaki kilosu ideal kilosuna eşit veya ideal kilosundan daha fazla olanlar ile şu andaki kilosu ideal kilosundan daha az olanların arasında anlamlı farklar vardır (sırasıyla YB'ye özgü obsesif inançlar için $t [284.30] = 3.72$; $t [540.46] = -14.67$, $t [373.47] = -13.68$, $t [427.51] = 11.67$, tüm korelasyonlar için $p < .001$; YB için $t [284.30] = 5.76$, $t [531.03] = -15.01$, $t [376.25] = -14.02$, $t [408.30] = 9.13$, tüm korelasyonlar için $p < .001$). Kadınlar erkeklerden, kilo almaktan korkanlar kilo almaktan korkmayanlardan, aynada kendini daha kilolu/yağlı görenler aynada kendini daha kilolu/yağlı görmeyenlerden ve şu andaki kilosu ideal kiloya eşit veya ideal kilosundan daha fazla olanlar şu andaki kilosu ideal kilosundan daha az olanlardan daha yüksek düzeyde YB'ye özgü obsesif inanç ve YB deneyimlemektedir. Bağımlı değişkenler bazında tüm grupların sahip oldukları ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 24: YBOİ ve YB için Gerçekleştirilen Bağımsız Örneklemeler için *T*-Test Analiz Sonuçları

		YBOİ				YB		
Bağımsız		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>	<i>Ort.</i>	<i>SS</i>	<i>t</i>
Değişkenler	Gruplar							
Cinsiyet	Kadın	420	62.32	29.64	3.72**	19.89	16.42	5.76**
	Erkek	138	53.02	24.04		12.83	10.90	
Kilo almaktan korkma	Hayır	250	43.64	19.09	-14.67**	9.14	9.93	-15.01**
	Evet	309	73.15	28.30		25.37	15.48	

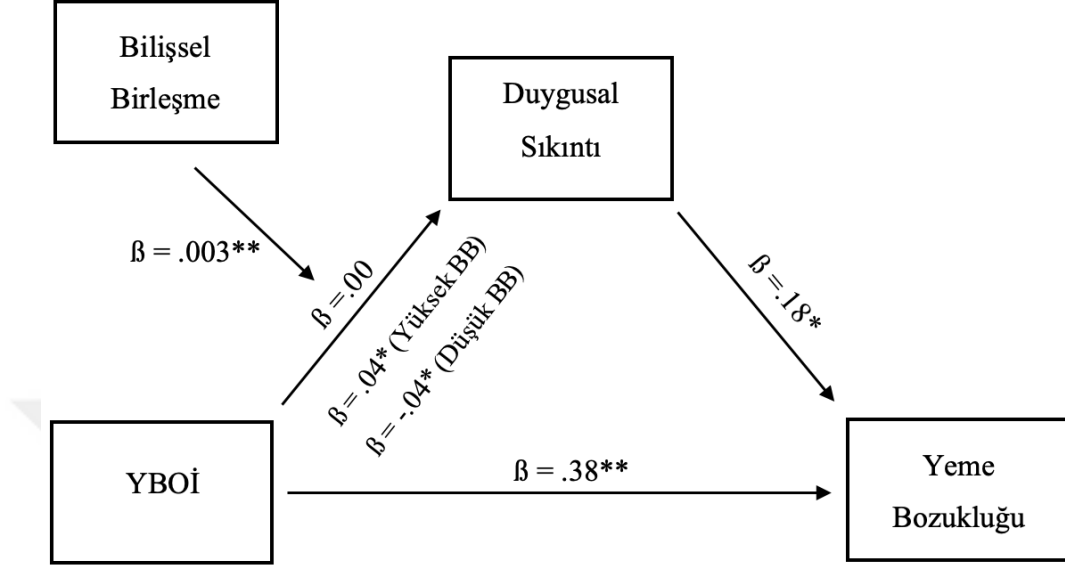
Aynada kendini daha kilolu/yağlı görme	Hayır	324	47.13	19.41	-13.68**	11.04	10.53	-14.02**
	Evet	235	77.63	29.91		27.86	16.06	
Şu andaki kilo - İdeal kilo farkı	$\hat{S} \geq \hat{I}$	414	66.11	29.28	11.67**	20.84	16.20	9.13**
	$\hat{S} < \hat{I}$	145	42.38	17.31		10.32	10.03	

Not. YBOİ = Yeme Bozukluğuna Özgü Obsesif İnançlar, YB = Yeme Bozukluğu, $\hat{S} \geq \hat{I}$ = Şu Andaki Kilo İdeal Kiloya Eşit veya İdeal Kilodan Daha Fazla, $\hat{S} < \hat{I}$ = Şu Andaki Kilo İdeal Kilodan Daha Az, N = Örneklem Büyüklüğü, Ort. = Ortalama, SS = Standart Sapma. ** $p < .001$.

3.2.2. Model Analizlerine Dair Bulgular

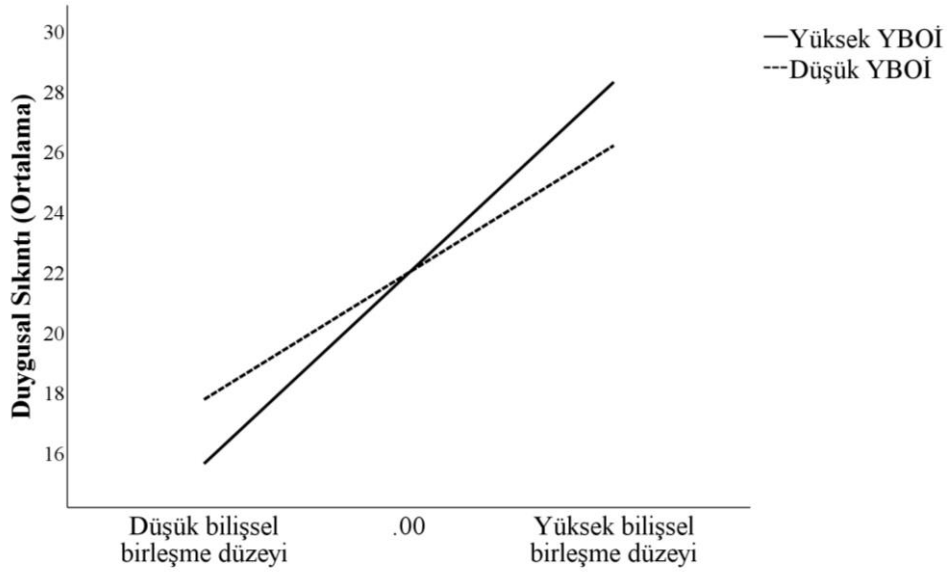
Sahip olunan YB'ye özgü obsesif inançların (hem toplam hem de alt boyutları) YB düzeyini hissedilen duygusal sıkıntı aracılığıyla yordadığı ve bilişsel birleşmenin YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı üzerindeki etkisini düzenlediği önerilen düzenleyici aracılık modeli PROCESS Macro Model 7 kullanılarak test edilmiştir. Buna göre, YB'ye özgü obsesif inançlar ile bilişsel birleşmenin anlamlı bir etkileşim içinde olduğu ($\beta = .003$, SH = .001, $t = 4.06$, $p < .001$) ve duygusal sıkıntının artmasıyla YB düzeyinin yükseldiği görülmüştür ($\beta = .18$, SH = .06, $t = 3.00$, $p < .05$). Ayrıca, bilişsel birleşmenin YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı aracılığıyla olan dolaylı etkisini düzenlediği görülmüştür (İndeks = .0005, %95 GA = .0002, .0010). YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı üzerindeki koşullu etkisi, bilişsel birleşmesi yüksek olanlar (ortalamanın 1 SS üstü) ve bilişsel birleşmesi düşük olanlar (ortalamanın 1 SS altı) için anlamlıdır (sırasıyla $\beta = .007$, SH = .003, %95 GA = .002, .014; $\beta = -.007$, SH = .003, %95 GA = -.014, -.001; bkz. Şekil 6). Benzer şekilde, koşullu etkiler için yapılan basit eğilim testleri, bilişsel birleşmesi yüksek olanlar ve bilişsel birleşmesi düşük olanlar için YB'ye özgü obsesif inançlar ile duygusal sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (sırasıyla $\beta = .037$, SH = .011, $t = 3.34$, $p < .001$; $\beta = -.037$, SH = .017, $t = -2.24$, $p < .05$; bkz. Şekil 7).

Şekil 6: Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançların Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli



Not. YBOİ = Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar. $*p < .05$, $**p < .001$.

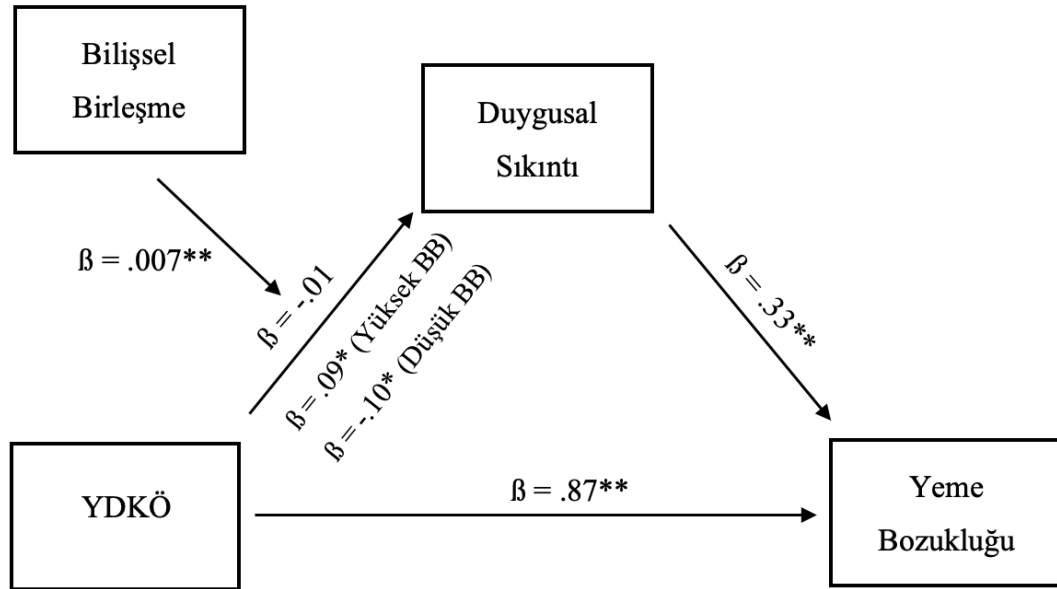
Şekil 7: Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi



Not. YBOİ = Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar.

Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi ile bilişsel birleşme etkileşiminin anlamlı olduğu ($\beta = .007$, SH = .002, $t = 3.56$, $p < .001$) ve duygusal sıkıntı arttıkça YB düzeyinin yükseldiği görülmüştür ($\beta = .33$, SH = .07, $t = 4.92$, $p < .001$). Ayrıca bilişsel birleşmenin Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Öneminin duygusal sıkıntı aracılığıyla olan dolaylı etkisini düzenlediği (İndeks = .002, %95 GA = .001, .004) ve bu koşullu dolaylı etkinin hem bilişsel birleşmesi yüksek olanlar hem de bilişsel birleşmesi düşük olanlar için anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla $\beta = .03$, SH = .013, %95 GA = .005, .056; $\beta = -.03$, SH = .015, %95 GA = -.066, -.007; bkz. Şekil 8). Ek olarak, bilişsel birleşmesi yüksek olanlar ve bilişsel birleşmesi düşük olanlar için Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi ile duygusal sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu görülmüştür (sırasıyla $\beta = .09$, SH = .032, $t = 2.72$, $p < .05$; $\beta = -.10$, SH = .047, $t = -2.10$, $p < .05$; bkz. Şekil 9).

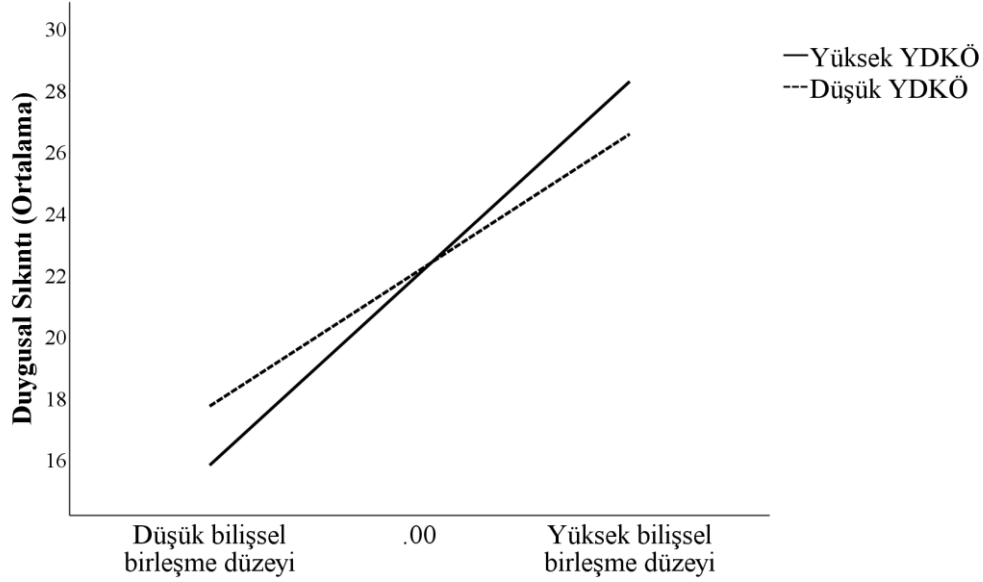
Şekil 8: Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Öneminin Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli



Not. YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşüncenin Kontrolünün Önemi.

* $p < .05$, ** $p < .001$.

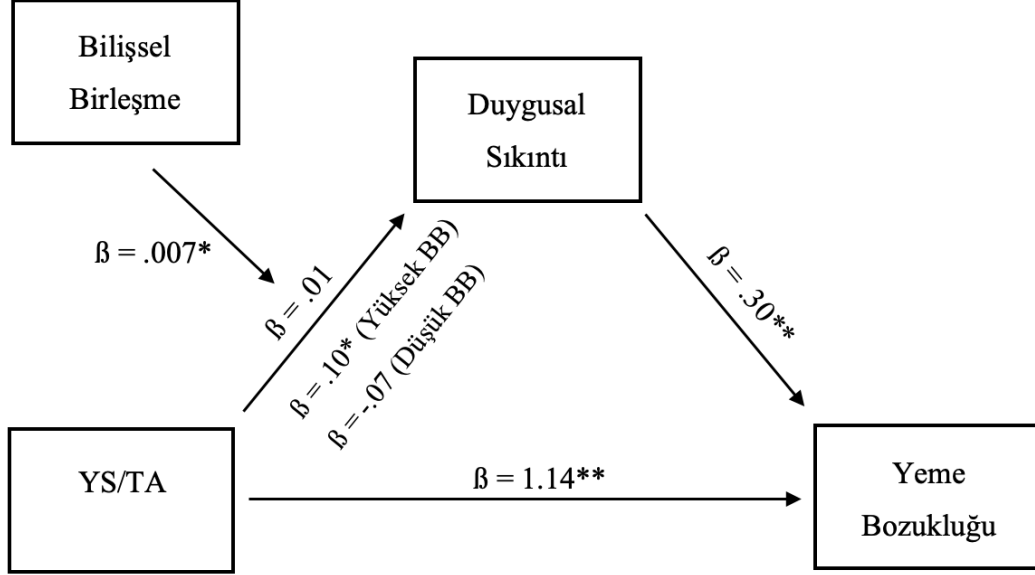
Şekil 9: Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşüncenin Kontrolünün Önemi ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi



Not. YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşüncenin Kontrolünün Önemi.

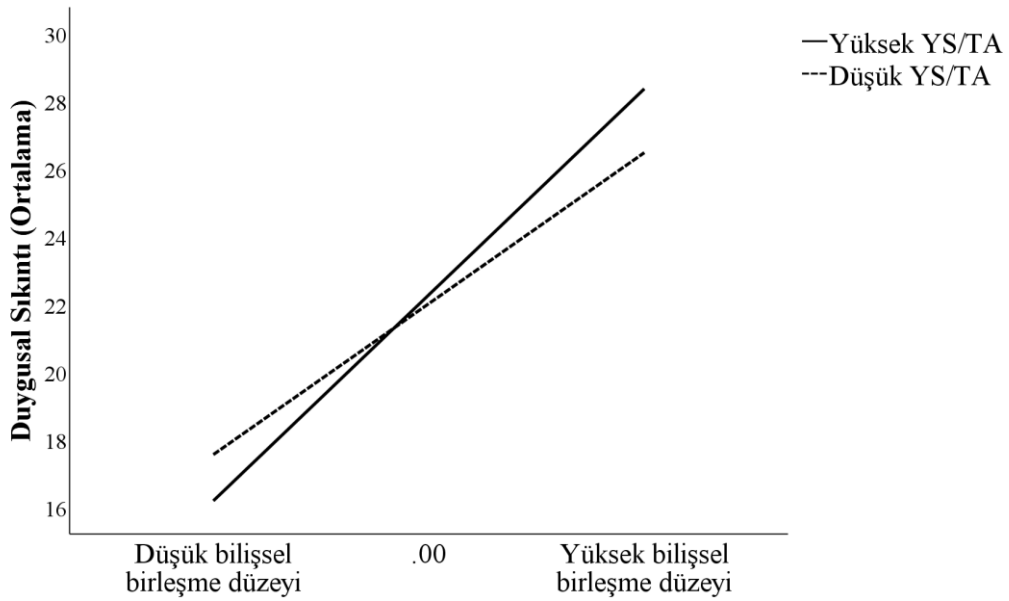
Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı ile bilişsel birleşmenin anlamlı bir etkileşimde olduğu ($\beta = .007$, $SH = .002$, $t = 3.20$, $p < .05$) ve duygusal sıkıntı arttıkça YB düzeyinin yükseldiği görülmüştür ($\beta = .30$, $SH = .06$, $t = 5.32$, $p < .001$). Ek olarak, bilişsel birleşmenin, Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının duygusal sıkıntı aracılığıyla olan dolaylı etkisini düzenlediği (İndeks = .002, %95 GA = .001, .004) ve bu koşullu dolaylı etkinin hem bilişsel birleşmesi yüksek olanlar hem de bilişsel birleşmesi düşük olanlar için anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla $\beta = .03$, $SH = .02$, %95 GA = .005, .061; $\beta = -.02$, $SH = .013$, %95 GA = -.050, -.001; bkz. Şekil 10). Öte yandan, yalnızca bilişsel birleşmesi yüksek olanlar için Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı ile duygusal sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu görülmüştür ($\beta = .10$, $SH = .04$, $t = 2.79$, $p < .05$; bkz. Şekil 11).

Şekil 10: Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli



Not. YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı. * $p < .05$, ** $p < .001$.

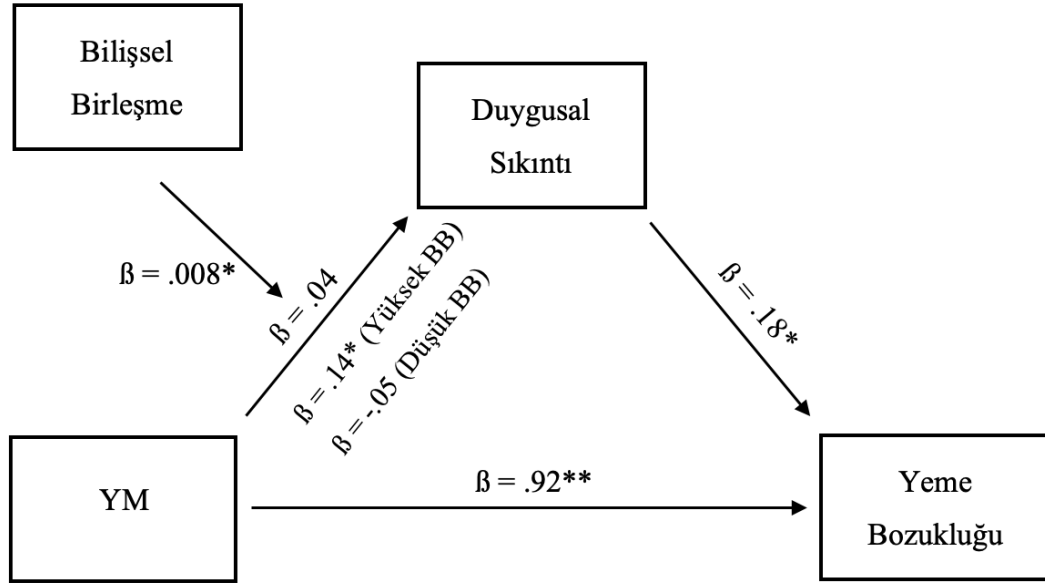
Şekil 11: Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi



Not. YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı.

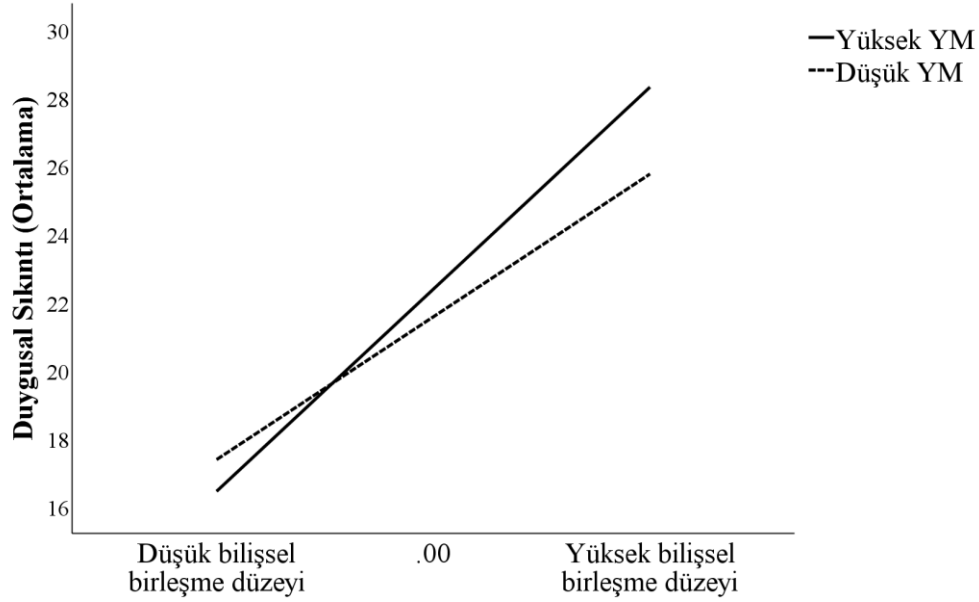
Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik ile bilişsel bilişmenin anlamlı bir etkileşimde olduğu ($\beta = .008$, SH = .003, $t = 2.90$, $p < .05$) ve duygusal sıkıntı arttıkça YB düzeyinin yükseldiği görülmüştür ($\beta = .18$, SH = .07, $t = 2.45$, $p < .05$). Bilişsel birleşmenin, Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçiliğin duygusal sıkıntı aracılığıyla olan dolaylı etkisini düzenlediği (İndeks = .0013, %95 GA = .0010, .0030) ancak yalnızca bilişsel birleşmesi yüksek olanlar için bu etkinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($\beta = .02$, SH = .012, %95 GA = .004, .051; bkz. Şekil 12). Benzer şekilde, basit eğilim testleri sonucunda, yalnızca bilişsel birleşmesi yüksek olanlar için Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik ile duygusal sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu görülmüştür ($\beta = .14$, SH = .03, $t = 4.14$, $p < .001$; bkz. Şekil 13).

Şekil 12: Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçiliğin Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli



Not. YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik. * $p < .05$, ** $p < .001$.

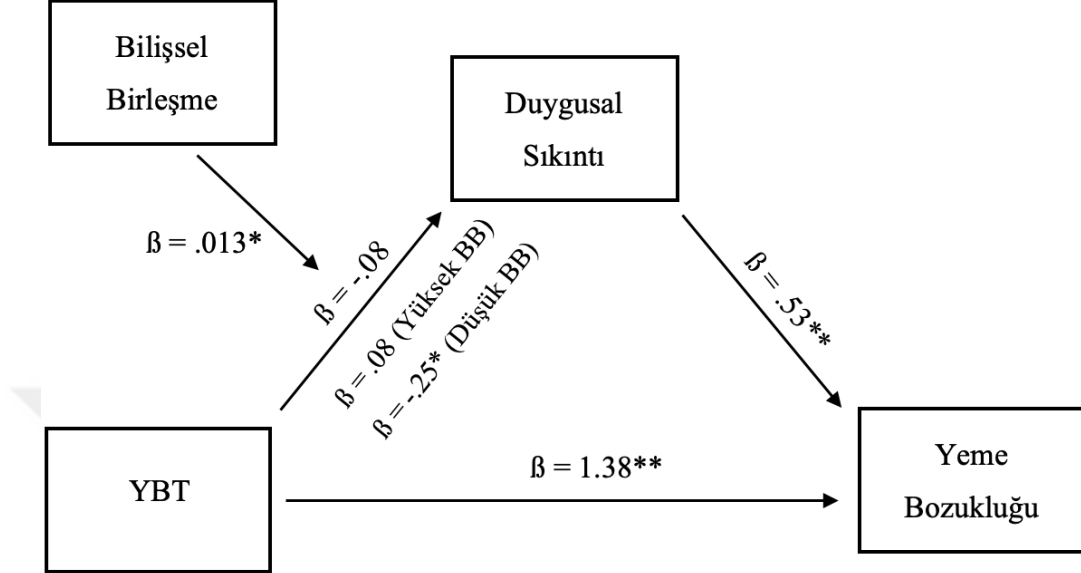
Şekil 13: Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi



Not. YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik.

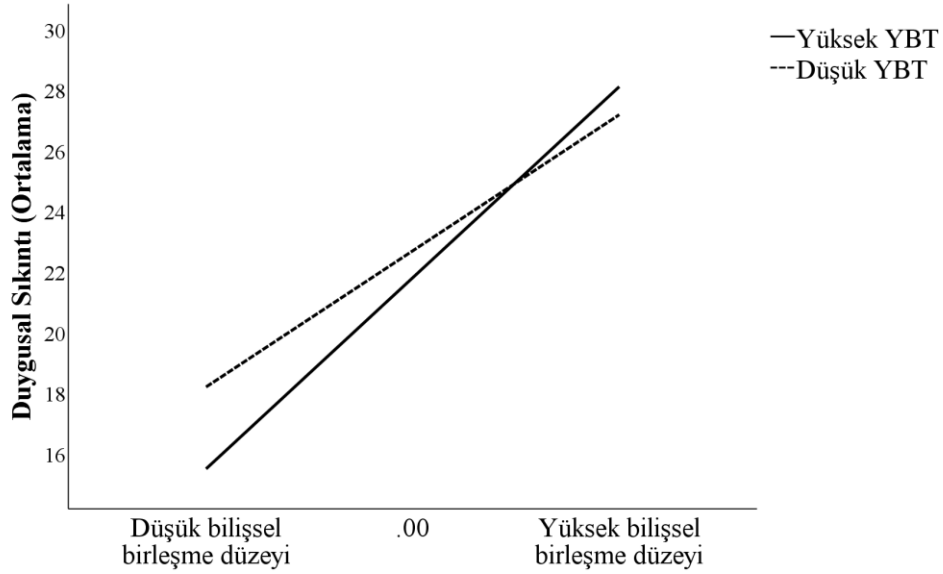
Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile duygusal sıkıntının bilişsel birleşme koşulu ile anlamlı bir etkileşim içinde olduğu görülmüştür ($\beta = .01$, SH = .004, $t = 3.70$, $p < .001$). Ayrıca duygusal sıkıntının artmasıyla YB düzeyi yükselmektedir ($\beta = .53$, SH = .07, $t = 7.98$, $p < .001$). Test edilen düzenleyici aracılık etkisi desteklenmiş (İndeks = .007, %95 GA = .003, .011); ancak bu koşullu etkinin yalnızca bilişsel birleşmesi düşük olanlar için anlamlı olduğu görülmüştür ($\beta = -.13$, SH = .03, %95 GA = -.20, -.07; bkz. Şekil 14). Basit eğilim testleri, yalnızca bilişsel birleşmesi düşük olanlar için Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile duygusal sıkıntı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir ($\beta = -.25$, SH = .07, $t = -3.30$, $p < .05$; bkz. Şekil 15). Tablo 26’da regresyon sonuçlarının tümü sunulmuştur. Bulguların bir özeti Tablo 27’de verilmiştir.

Şekil 14: Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Bağımsız Değişken Olduğu Düzenleyici Aracılık Modeli



Not. YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük. * $p < .05$, ** $p < .001$.

Şekil 15: Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Bilişsel Birleşmenin Etkileşiminin Duygusal Sıkıntı Üzerindeki Etkisi



Not. YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük.

Tablo 25: Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnanç Alanlarından Duygusal Sıkıntıya Giden a-yolu ve Duygusal Sıkıntıdan Yeme Bozukluğuna Giden b/c'-yolu için Regresyon Değerleri (N = 559)

Değişkenler	Model a-yolu			Model b/c'-yolu		
	β	SH	p	β	SH	p
YBOİ	.00	.01	> .05	.38	.02	< .001
BB	.42	.02	< .001			
YBOİ*BB	.003	.001	< .001			
DS				.18	.06	< .05
	Model a-yolu $R^2 = .45$, $F(3, 555) = 153.90$, $p < .001$; Model b-yolu ve c'-yolu $R^2 = .54$, $F(2, 556) = 325.43$, $p < .001$.					
YDKÖ	-.01	.03	> .05	.87	.06	< .001
BB	.43	.02	< .001			
YDKÖ*BB	.007	.002	< .001			
DS				.33	.07	< .001
	Model a-yolu $R^2 = .45$, $F(3, 555) = 150.68$, $p < .001$; Model b-yolu ve c'-yolu $R^2 = .39$, $F(2, 556) = 174.99$, $p < .001$.					
YS/TA	.01	.03	> .05	1.14	.05	< .001
BB	.42	.02	< .001			
YS/TA*BB	.007	.002	< .05			
DS				.30	.06	< .001
	Model a-yolu $R^2 = .45$, $F(3, 555) = 149.17$, $p < .001$; Model b-yolu ve c'-yolu $R^2 = .54$, $F(2, 556) = 322.47$, $p < .001$.					
YM	.04	.04	> .05	.92	.06	< .001
BB	.41	.02	< .001			
YM*BB	.008	.003	< .05			
DS				.18	.07	< .05
	Model a-yolu $R^2 = .46$, $F(3, 555) = 154.40$, $p < .001$; Model b-yolu ve c'-yolu $R^2 = .36$, $F(2, 556) = 153.70$, $p < .001$.					
YBT	-.08	.05	> .05	1.38	.10	< .001
BB	.43	.02	< .001			
YBT*BB	.013	.004	< .001			
DS				.53	.07	< .001
	Model a-yolu $R^2 = .45$, $F(3, 555) = 150.73$, $p < .001$; Model b-yolu ve c'-yolu $R^2 = .35$, $F(2, 556) = 149.03$, $p < .001$.					

Not. YBOİ = Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar, YB = Yeme Bozukluğu, DS = Duygusal Sıkıntı, BB = Bilişsel Birleşme, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, SH= Standart Hata. *İlgili Değişkenlerin Etkileşim Etkisi.

Tablo 26: Düzenleyici Aracılık Model Analizleri Sonuçları - Özet (N = 559)

	$X \rightarrow M$	$M \rightarrow Y$	$X \rightarrow Y$	$W \rightarrow Y$	$X*W \rightarrow M$	$X*W \rightarrow M \rightarrow Y$
Bağımsız Değişken						
YBOİ	Anlamlı	+	+	+	Anlamlı	Anlamlı
	değil					
YDKÖ	Anlamlı	+	+	+	Anlamlı	Anlamlı
	değil					
YS/TA	Anlamlı	+	+	+	Anlamlı	Anlamlı
	değil					
YM	Anlamlı	+	+	+	Anlamlı	Anlamlı
	değil					
YBT	Anlamlı	+	+	+	Anlamlı	Anlamlı
	değil					

Not. YBOİ = Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar, YDKÖ = Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, YS/TA = Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, YM = Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik, YBT = Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük, X = Bağımsız Değişken (Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnanç ve İnanç Alanları), Y = Bağımlı Değişken (Yeme Bozukluğu), M = Aracı Değişken (Duyusal Sıkıntı), W = Düzenleyici Değişken (Bilişsel Birleşme). *İki Değişkenin Etkileşimi, + Pozitif Yordama.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Mevcut çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozukluk Versiyonu (OIÖ-YBV) Türkçeye çevrilerek ölçeğin psikometrik özellikleri incelenmiştir. Bu doğrultuda, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada ise Yeme Bozukluklarına (YB) özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının YB belirtileri üzerindeki etkisinde duygusal sıkıntının aracılık rolü ve bilişsel birleşmenin düzenleyici rolü test edilmiştir. Bunun amaç doğrultusunda beş ayrı düzenleyici aracılık model analizi gerçekleştirilmiştir. Bu kısımda ilk olarak ilk aşamanın bulguları; sonrasında ikinci aşamanın bulguları tartışılacaktır.

4.1. OBSESİF İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-YEME BOZUKLUKLARI VERSİYONU’NUN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Obsesyonlar bireylerde duygusal sıkıntı yaratan girici, ani ve istenmeyen bilişler (düşünceler, dürtüler ve imgeler) olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022: 265-266). Obsesif inançlar ise herkeste görülebilen girici, ani ve istenmeyen bilişlerin klinik obsesyonlara dönüşmesine yol açan yorumlama yanlılıklarıdır (OKBÇG, 1997: 667-681). İlk olarak Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) özelinde incelenmiş olsa da bu inançların Yeme Bozuklukları (YB), Yaygın Kaygı Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu gibi diğer psikopatolojilerde de ortaya çıktığı bilinmektedir (Perpiñá ve diğerleri, 2011: 108-126; Abramowitz ve Blakey, 2000: 7-25; Bardeen ve diğerleri, 2013: 742-751). Buna karşılık, alanyazında YB’de görülen obsesif inançların genellikle OKB’de görülen obsesif inançları ölçmek amacıyla geliştirilen ölçüm araçlarıyla (örn. OIÖ-44) incelendiği görülmektedir (Lavender ve diğerleri, 2006: 331-342; Roncero ve diğerleri, 2011: 457-470). Bu çalışmalar alanyazına kıymetli bulgular sunsa da obsesyonların içeriğinin bozukluğa özgü olması sebebiyle, söz konusu çalışmalardan elde edilen bulguların geçerliği sorgulanabilir durumdadır. Buradan hareketle, obsesif inançlar bozukluk özelinde incelenirken, bozukluğa özgü geliştirilen ölçüm araçlarının kullanılmasının önemli olduğu söylenebilir.

YB’de görülen obsesif inançları bozukluk özelinde değerlendirmek için geliştirilen ölçüm araçlarından bir tanesi Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu’dur (OİÖ-YBV; Schembri, 2010: 65). Bu ölçüm aracı geliştirilirken OİÖ-44 (OKBÇG, 2005: 1534) baz alınmış ve ölçek maddeleri yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilişkili olabilecek şekilde revize edilmiştir. OİÖ-YBV’nin OİÖ-44’e paralel şekilde geliştirilmesiyle, bu iki psikopatolojinin yüksek eşanı oranlarına bilişsel düzeyde bir açıklama getirilebileceği öngörülmüştür (Schembri, 2010: 166).

YB ile ilgili diğer ölçüm araçları (örn. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Yeme Tutum Testi-26) genellikle YB’nin DSM-5-TR tanı kriterlerini ölçmek ve tanı koymak amacıyla kullanılıyor olsa da OİÖ-YBV’nin böyle bir odak noktası yoktur (Schembri, 2010: 165). Bu ölçek ile birçok psikopatolojide ortak olarak görülen bilişsel bir faktörün YB belirtilerine özgü hali incelenmeye çalışılmaktadır. Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, Sorumluluk/Tehdit Algısı, Mükemmeliyetçilik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük olmak üzere dört boyut üzerinden değerlendirme yapan ve 25 maddeyi içeren bu ölçekten alınan yüksek puanlar, yeme bozukluklarında görülen yüksek obsesif inanç düzeyine (toplam puan hesaplanarak) ve yüksek inanç alanları düzeyine (alt boyut puanları hesaplanarak) işaret etmektedir. Bu çalışmanın ilk aşamasında OİÖ-YBV’nin Türkçeye çevrilmesi ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda ilk olarak ölçek maddeleri dört alan uzmanı ve bir dil bilim uzmanı tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiş ve sonrasında YB alanında çalışan bir uzman tarafından geri çeviri yöntemiyle Türkçeden İngilizceye çevrilmiştir. Orijinal ölçek maddeleri ile bu aşamada elde edilen maddelerin karşılaştırılıp benzer anlamda olduklarına karar verildikten sonra ölçeğin dil geçerliği incelenmiştir. Dil geçerliği için her iki dili de bilen 21 katılımcıdan alınan veriler ile gerçekleştirilen eşleştirilmiş örneklem (paired sample) t-test analizi sonucunda, katılımcıların dört madde dışındaki diğer tüm maddelere verdikleri yanıtlar arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı görülmüştür. Bu dört madde tekrar incelendiğinde cümlelerin kısa, yalın ve anlaşılır şekilde Türkçeye çevrildiği görülmüştür. Ayrıca bu maddelerin OİÖ-44’te yer alan versiyonları incelenmiş ve cümlelerin benzer şekilde çevrildiği görülmüştür (örn. “Benim için, yemek yemeye ilişkin kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında yemek yemek kadar kötüdür.” ve “Bana göre kötü/uygunsuz dürtülere

sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür.”; “Vücut şeklimde ve kilomda değişiklik olmasından kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.” ve *“Ciddi problemlerden (örneğin, hastalık veya kazalar) kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.”*). Bu sebeple maddelerde herhangi bir ifade değişikliğine gidilmemiştir. Öte yandan, ölçek maddelerinde deyimler gibi kültüre özgü kelime öbeklerinin olmadığı; yeme, beden, kilo ve kontrol etme gibi tüm kültürde benzer anlamlar ifade eden kelimelerin sıklıkla yer aldığı düşünüldüğünde, diğer maddelere verilen yanıtların farklılaşmaması şaşırtıcı değildir. Ek olarak, bu sonuç ölçek maddelerinin katılımcılar tarafından anlaşılabilir düzeyde olduğunu gösterir niteliktedir. Bunlar göz önüne alındığında, ölçüm aracının dil geçerliğinin desteklendiği savunulabilir.

Ölçeğin yapı geçerliği, farklı örneklem grupları üzerinde yürütülen Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) ile incelenmiştir. Gerçekleştirilen AFA sonucunda, ölçek maddelerinin dört faktör altında toplandığı görülmüştür: (1) Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi (YDKÖ), (2) Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı (YS/TA), (3) Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik (YM) ve (4) Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük (YBT). Öte yandan, orijinal ölçekte yer alan bir maddenin (*“Kilo almayı önlememek, kasten kilo almak kadar kötüdür.”*) kuramsal olarak beklenen faktöre (YS/TA) hiç yük vermediği ve iki maddenin kuramsal olarak beklenen faktöre (YS/TA) diğer bir faktörden (YDKÖ) daha az yük verdiği (*“Bana göre, kilo almayı önlememek, kilo almaya sebep olmak kadar kötüdür.”* ve *“Kilo alımını önlememek kilo almak kadar kötüdür.”*) görülmüştür. Bu durumun, ifadeler arasındaki yapısal ve anlamsal benzerliklerden ve örneklemin özgün çalışmadaki gibi klinik bir grup içermiyor olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan, ilgili maddelerin daha yüksek yük verdiği Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi alt boyutunda kabul edilmesinin bu alt boyut kapsamında yer alan diğer maddelerin anlamı ile uyumlu olmadığı da görülmüş, sonuç itibarıyla bu üç maddenin ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Ardından, ölçeğin bu 22 maddeli ve dört faktörlü yapısı gerçekleştirilen DFA ile doğrulanmıştır. Diğer bir deyişle, ölçeğin dört faktörlü yapısının veri ile iyi uyum gösterdiği ve bütün maddelerin beklenen faktöre yük

verdiği görülmüştür. Türkçe OİÖ-YBV'nin, ölçeğin özgün geliştirilme çalışması (Schembri, 2010: 148-150) ile tutarlı olarak, dört faktörlü bir yapı sergilediği görülmektedir. Orijinal çalışmada klinik ve klinik olmayan örneklem kullanılarak gerçekleştirilen AFA ile elde edilen bu yapı, bu çalışmada klinik dışı örneklem kullanılarak elde edilmiştir. Bu durum hem klinik hem de klinik olmayan örneklemde YB'ye özgü obsesif inançların benzer obsesif inanç alanlarına ayrıldığını ve OİÖ-YBV'nin her iki örneklemde de benzer bir yapıyı değerlendirdiğini destekler niteliktedir.

Her ne kadar OİÖ-YBV, OİÖ-44 ile paralel olarak oluşturulsa da bu iki ölçeğin alt boyutlar açısından birbirinden farklılaştığı dikkat çekmektedir. Buna göre, OİÖ-44'te Düşüncenin Önemi ve Düşünce Kontrolünün Önemi ile ilişkili maddelerin; Abartılmış Sorumluluk ve Aşırı Tehdit Algısı ile ilişkili maddelerin; Mükemmeliyetçilik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile ilişkili maddelerin bir araya toplandığı bulunmuştur (OKBÇG, 2005: 1534). Bu üç faktörlü yapının Türk örnekleminde de geçerli olduğu raporlanmıştır (Boysan ve diğerleri, 2010: 219-220). Buna karşılık Myers ve diğerleri (2011: 482) tarafından gerçekleştirilen araştırmada diğer iki alt boyutun aksine Abartılmış Sorumluluk ve Aşırı Tehdit Algısı ayrılarak iki faktör oluşturmuştur. Bu çalışmada ise Mükemmeliyetçilik ile Belirsizliğe Tahammülsüzlük alt boyutlarının birbirinden ayrıştığı bulunmuştur. Bu durum, YB'ye özgü obsesif inançları ölçmek için geliştirilen bir diğer ölçüm aracı olan Bedene ve Yemeye Dair Obsesif İnançlar Anketi'nin (OBSESS; Freid, 2007: 45-47) geliştirildiği çalışmada da görülmüş ve bu ölçüm aracında mükemmeliyetçilik ile ilgili maddeler "Görünüm Mükemmeliyetçiliği" alt boyutunda toplanmıştır. Benzer şekilde, OİÖ-YBV'de Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik alt boyutunda yer alan maddelerin yeme veya kilodan ziyade beden görünümüyle ilgili mükemmeliyetçiliği ölçtüğü dikkat çekmektedir. Ek olarak, OBSESS'de yer alan maddelere (örn. "*İçindeki yağ miktarını bilmediğim bir şeyi yememeliyim.*" ve "*Başkasının hazırladığı bir yemeği yemeden önce hangi malzemelerin kullanıldığını öğrenmeliyim.*") içerik olarak benzeyen ve OİÖ-YBV'de Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük alt boyutunda olan maddelerin (örn. "*Tükettiğim yiyeceğin içeriğinden (örn, kalorisinden, yağ oranından, vb.) emin olmam gerekir.*" ve "*Yiyeceğim şeyin besin değerleri hakkında bilgi sahibi olmamak beni fazlasıyla üzer.*"), OBSESS'de "Yemeyi

Kontrol” adıyla farklı bir alt boyutta toplandığı görülmüştür. Bunlardan hareketle, YB özelinde mükemmeliyetçilik daha çok beden ile ilgiliyken; belirsizliğe tahammülsüzlük daha çok yemeyi ve kiloyu kontrol etmeye odaklı olduğu söylenebilir. Bunlar baz alındığında, OİÖ-44’ten farklı olarak OİÖ-YBV’de yer alan mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkili maddelerin ayrı faktörlere dağılmasının beklenen bir durum olduğu ileri sürülebilir.

Bu çalışmada Düşüncenin Önemi-Düşünce Kontrolünün Önemi ile ilişkili maddelerin ve Abartılmış Sorumluluk-Aşırı Tehdit Algısı ile ilişkili maddelerin bir araya toplanması, OİÖ-44 ile OİÖ-YBV arasındaki ortaklığı göstermektedir. Bu durum, obsesyonların içeriğinden bağımsız olarak düşüncelerine fazlaca önem vermenin, bunları kontrol etmeyi de beraberinde getirdiğini göstermektedir. Örneğin, yüksek kalorili bir yiyeceği yediğini düşünme ile o yiyeceği yemenin eş değer olduğuna inanan bir birey, bu düşüncelerini kontrol ederek kilo kontrolünü sağlamak isteyebilir. Diğer bir örnek olarak yeme, beden ve kilo ve bunları kontrol etme sorumluluğunu kendinde gören bir birey yeme, beden ve kilosunda değişiklik olduğunda; yani kendisine göre tehdit içeren bir durumla karşılaştığında ve/veya bu tehdidi engelleyemediğinde, bu durumdan doğal olarak kendini sorumlu tutmaktadır. Bu görüşü destekler nitelikte, mevcut çalışmada “*Kilo almamak için yediklerimi kısıtlamalıyım.*” veya “*Vücut şeklimde ve kilomda değişiklik olmasından kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.*” ölçek maddelerinin Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı alt boyutuna yük verdiği görülmüştür.

Uyum geçerliğini incelemek amacıyla YB’ye özgü obsesif inançların OKB’ye özgü obsesif inançlar, YB belirtileri ve genel psikolojik sıkıntı (depresyon, stres ve anksiyete) ile korelasyonları incelenmiş ve bunun sonucunda YB’ye özgü obsesif inançlar ve inanç alanları ile OKB’ye özgü obsesif inanç ve inanç alanları, YB belirtileri ve genel psikolojik sıkıntılar arasında pozitif yönlü ilişkiler olduğu bulunmuştur. Yapılan incelemede .40’tan düşük katsayılar düşük korelasyonu, .40 ile .70 aralığındaki katsayılar orta düzey korelasyonu ve .70 ve üzeri katsayılar yüksek korelasyonu işaret etmiştir (Dancey ve Reidy’den aktaran Akoglu, 2018: 91-93). Buna göre, YB’ye özgü obsesif inançların OKB’ye özgü obsesif inanç ve inanç alanları ile orta düzeyde korelasyonu OİÖ-YBV’nin işlevsiz yorumlama yanlılıklarını değerlendirdiğini; YB’ye özgü obsesif inançlar ile YB belirtileri arasındaki

korelasyonların orta düzeyde olması OİÖ-YBV'nin yeme, beden ve kiloya dair sağlıklı tutum ve davranışları değerlendirdiğini gösterir niteliktedir. Diğer bir deyişle, OİÖ-YBV hem bilişsel hem de davranışsal düzeyde ölçüm yapabilen bir değerlendirme aracıdır denilebilir. Ayrıca YB'ye özgü obsesif inançların YB belirtileri ile orta düzeyde korelasyonu bulunurken depresyon ve anksiyete ile düşük korelasyon olması OİÖ-YBV'nin genel psikolojik sıkıntıdan ziyade YB konsepti ile ilişkili olduğunu destekler niteliktedir.

Ölçeğin geliştirildiği çalışmada YB'ye özgü obsesif inançlar ile OKB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanları arasında orta-yüksek düzeyde korelasyonlar ve YB belirtileri ile arasında yüksek düzeyde korelasyonlar olduğu raporlanmıştır (Schembri, 2010: 157-159). Bu çalışmada YB'ye özgü obsesif inançlar ile YB belirtileri arasında orta düzeyde bulunan bu korelasyonların ölçeğin geliştirildiği çalışmada yüksek düzeyde bulunması, orijinal çalışmanın hem klinik hem de klinik olmayan örneklemeler ile yürütülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Destekler şekilde, tanı almamış gruba kıyasla YB tanısı almış grubun daha yüksek YB'ye özgü obsesif inançlar (toplam puan) ve obsesif inanç alanları puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (Schembri, 2010: 176). Buradan hareketle, halihazırda YB belirtilerine sahip olan bireylerin bu inançları geliştirmeye daha meyilli olduğu (veya tam tersi şekilde, bu inançları daha güçlü olanların YB belirtisi geliştirmeye daha yatkın olduğu) ve korelasyon büyüklüklerinin iki çalışma arasında bu sebeple farklılaştığı savunulabilir. Ek olarak, YB'ye özgü obsesif inançların depresyon ve anksiyete ile düşük düzeyde ilişkileri olduğu görülmüştür. Düşük düzeyde olan bu ilişkisellikler, YB'nin duygudurum ve anksiyete bozukluklarıyla eştanı almasından dolayı (Godart ve diğerleri, 2007: 37-49; Swinbourne ve diğerleri, 2012: 118-131) beklenen bir durumdur. Öte yandan, diğerlerinin aksine YB'ye özgü obsesif inançların stres ile orta düzeyde ilişkisi olduğu görülmüştür. Stres tanımlanabilen bir tehdit (örn. ödev teslim tarihinin yaklaşması) sonucunda ortaya çıkan ve orta düzeyde deneyimlendiğinde performansa olumlu katkı yapabilen duygusal bir deneyimken (Sarıçam, 2010: 20); anksiyete gelecekte olabilecek olası tehditlere karşı ortaya çıkan yoğun ve uzun süreli bir deneyimdir (Yılmaz ve diğerleri, 2017: 80). Diğer bir deyişle, stres daha sağlıklı bir duygusal tepki olarak kabul edilirken, anksiyete daha patolojik olabilen bir duygusal bir tepki olarak kabul edilir. Dolayısıyla YB'ye özgü obsesif inançların depresyon ve anksiyeteye

kıyasla stres ile daha yüksek düzeyde ilişkiye sahip olduğu bulgusunun, mevcut çalışmanın klinik olmayan bir örneklem üzerinde yürütülmesinden kaynaklandığı savunulabilir. Bu yorumu destekler şekilde, Freid (2007: 52) tarafından sağlıklı kadın katılımcılar ile yürütülen bir çalışmada YB'ye özgü obsesif inançların depresyon ve anksiyete belirtileri ile düşük düzeyde ilişkili olduğu raporlanırken hem sağlıklı hem de klinik örneklemin yer aldığı bir diğer çalışmada YB'ye özgü obsesif inançlar ile depresyon, anksiyete ve stres arasında orta düzeyde korelasyonlar olduğu bulgulanmıştır (Schembri, 2010: 164). Öte yandan, OKB'ye özgü obsesif inançlar incelendiğinde de ilgili alanyazında benzer bulgulara ulaşılmış olduğu görülmektedir. Örneğin depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı almış bireylerin OKB'ye özgü obsesif inanç düzeylerinin, tanı almamış üniversite öğrencilerine kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (İnözü ve diğerleri, 2022: 27). Benzer şekilde, daha yoğun depresyon, OKB'ye özgü obsesif inançları daha az olanlara kıyasla daha fazla olanlar tarafından deneyimlenmektedir (Boysan ve diğerleri, 2010: 219).

Ölçüt bağıntılı geçerliği incelemek amacıyla YB'ye özgü obsesif inanç düzeyi yüksek ve düşük olan katılımcıların YB belirti düzeyleri karşılaştırılmıştır. Analizler sonucunda, YB'ye özgü obsesif inançlar düzeyi yüksek olanların, düşük olanlara kıyasla daha fazla YB belirtisi deneyimlediği görülmüştür. Bu bulgu, ölçeğin geliştirildiği çalışma ile paralellik göstermektedir. İlgili çalışmada da sağlıklı örnekleme kıyasla YB tanısı almış bireylerin daha fazla YB'ye özgü obsesif inanca sahip olduğu görülmüştür (Schembri, 2010: 176). Ayrıca YB düzeyi düşük olanlara kıyasla yüksek olan kişilerin diyet ve fiziksel egzersiz ile ilgili girici ve istenmeyen bilişleri daha sık deneyimlediği, bu bilişlerden daha fazla rahatsızlık duydukları ve daha sık işlevsiz yorumlama stratejileri kullandıkları raporlanmıştır (Akın ve İnözü, 2018: 60). Benzer şekilde, sağlıklı bireylere kıyasla YB geliştirme açısından riskli olan bireylerin yeme, beden ve kilo ile ilişkili obsesif bilişleri daha sık deneyimlediği, daha fazla rahatsız edici buldukları, daha sık işlevsiz olarak yorumladıkları ve daha fazla kontrol etmeye çalıştıkları bulgulanmıştır (Belloch ve diğerleri, 2016: 450). Obsesif inanç kavramıyla olmasa da obsesif bilişleri bozukluğa özgü geliştirilen ölçüm araçlarıyla değerlendiren bu çalışmalarda mevcut çalışmayla paralel bulgular elde edilmesi, OİÖ-YBV'nin ölçüt bağıntılı geçerliğini destekler niteliktedir.

Ölçeğin OKB'ye özgü obsesif inançlardan farklı ve bağımsız olarak YB'ye özgü bir yapıyı değerlendirdiğini göstermek suretiyle de geçerliğini desteklemek için artımsal geçerliği incelenmiştir. Hiyerarşik regresyon analizi ile yapılan inceleme sonucunda, genel psikolojik sıkıntı düzeyi kontrol edildiğinde, YB'ye özgü obsesif inançların YB belirtilerindeki varyansı açıklamaya OKB'ye özgü obsesif inançlara kıyasla daha fazla katkı sağladığı, ayrıca YB'ye özgü obsesif inançlar modele eklendiğinde OKB'ye özgü inançların YB belirtilerini anlamlı olarak yordayamadığı görülmüştür. Bu bulgu, bozukluğa özgü obsesif inançları ölçen OİÖ-YBV ile bozukluk belirtilerini ölçen YBDÖ-13'nin diğerlerine kıyasla daha güçlü bir ilişkisi olduğunu desteklemiştir. Buradan hareketle, OKB'ye özgü obsesif inançlar ve genel psikolojik sıkıntıya kıyasla, YB'ye özgü obsesif inançların YB belirtilerinin gelişmesinde ve/veya sürdürülmesinde daha kritik bir rolde olduğu ve genelden ziyade bozukluğa özgü obsesif inançlara odaklanmanın bozukluk belirtilerini açıklamada önemli olduğunu vurgu söylenebilir.

Alt boyut puanları eklenerek tekrarlanan hiyerarşik regresyon analizlerinde, genel psikolojik sıkıntı ve OKB'ye özgü obsesif inanç düzeyleri kontrol edildiğinde yalnızca Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı ve Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçiliğin YB belirtilerini anlamlı düzeyde yordadığı görülmüştür. Bu inanç alanlarından ise Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının, Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilikten daha güçlü bir yordayıcı olduğu bulunmuştur. Madde içerikleri incelendiğinde Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik alt boyutunda yer alan maddelerin beden görüntüsünün mükemmel olmaması gibi tehdit edici bir durumun sonuçları abartma (örn. insanların saygı duymaması, değerli biri olmama) ile ilişkili olduğu; Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük alt boyutunda yer alan “*Benim için, yediğim şeyin tüm olası sonuçlarını düşünmek çok önemlidir.*” maddesinin Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı alt boyutuna da faktör yükü verdiği ve alt boyutların birbirleriyle korelasyonları incelendiğinde yalnızca Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi ile Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı alt boyutu arasındaki korelasyonun yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Kavramsal olarak bakıldığında, yemek yemenin kilo aldıracağına ve böylelikle öz değeri azaltacağına inanıldığından, bu eylem zarar

verici ve tehdit içeren bir eylem olarak görülmektedir. Bu tehditi önlemek için kilo alma ile ilgili düşüncelerin kilo almaya sebep olduğuna inanmak (Jauregui-Lobera ve diğerleri, 2012: 823-830); yeme, beden ve kilo ile ilişkili düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine inanmak (Shafran, 2002: 215-231); kilo alınırca değerli biri olunmayacağına inanmak (Fairburn ve diğerleri, 2003: 515-516) ve yiyeceklerin içerikleriyle ve/veya kaloriyle ilgili belirsizliği ortadan kaldırmak adına yiyecekleri güvenli ve güvensiz olarak ikiye ayırarak güvensiz yiyecekleri yememek (Steinglass ve diğerleri, 2011: 134-141) gibi stratejiler kullanılmaktadır. Diğer bir deyişle, kilo alma tehditini önlemek için diğer obsesif inançlar bir araç olarak işlev görmektedir. Bu durumda, diğerlerine kıyasla Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının YB için daha kritik bir rolde olduğu söylenebilir. Bunu destekler nitelikte, ölçeğin geliştirildiği çalışmada da diğer obsesif inançlara kıyasla Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının kısıtlayıcı yeme, beden endişesi ve kilo endişesi gibi YB belirtilerini en güçlü yordayan obsesif inanç alanı olduğu bulgulanmıştır (Schembri, 2010: 196).

Ölçeğin güvenilirliğini incelemek amacıyla ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları için iç tutarlılık Cronbach alfa katsayıları, düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyon değerleri ve test-tekrar test güvenilirlik katsayıları belirlenmiştir. Buna göre, hem toplam hem de alt boyut puanları açısından iç tutarlılık katsayılarının .80 kriterine (Yıldız ve Uzunsakal, 2018: 14-28) göre yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonları, tüm maddelerin toplam puan ile orta-yüksek düzeyde ilişkili olduğuna işaret etmiştir. Ayrıca herhangi bir madde silindiğinde Cronbach alfa katsayısı yükselmemiş, böylelikle ölçekte yer alan bütün maddelerin birbirleriyle ilişkili olduğuna ve kalan 22 maddeden hiçbir maddenin ölçekten çıkarılmasına gerek olmadığına karar verilmiştir. Örneklem içerisinde 50 kişilik bir alt grup üzerinde 13-18 gün arasında değişen bir zamanla ile yürütülen uygulamada ise ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarına ilişkin test-tekrar test güvenilirlik katsayılarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum, ölçeğin zaman içerisinde tutarlı ölçümler aldığını desteklemektedir. Yapılan tüm bu incelemelere dayanarak, ölçeğin güvenilirliğinin genel olarak oldukça doyurucu olduğu savunulabilir.

Özetle, bu çalışmanın ilk aşamasında OİÖ-YBV'nin Türkçeye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ölçek maddeleri dilimize çevrildikten sonra ölçeğin dil, yapı, uyum, ölçüt bağıntılı ve artımsal geçerliği; test-tekrar test güvenirliği ve iç tutarlılık katsayıları incelenmiştir. Tüm bulgular göz önüne alındığında, OİÖ-YBV'nin 22 maddeden ve dört alt boyuttan oluşan ve yetişkin sağlıklı bireylerin YB'ye özgü obsesif inanç düzeyini geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendiren bir ölçüm aracı olduğu savunulabilir.

4.2. YEME BOZUKLUKLARINA ÖZGÜ OBSESİF İNANÇLAR İLE BOZUKLUK BELİRTİLERİ ARASI İLİŞKİDE BİLİŞSEL BİRLEŞMENİN VE DUYGUSAL SIKINTININ ROLÜNE DAİR BETİMLEYİCİ ANALİZLER VE MODEL ANALİZLERİ

Çalışmanın ikinci aşamasında, birçok psikopatolojide ortak olarak görülen obsesif inançların ve farklı obsesif inanç alanlarının bozukluk belirtileri ile arasındaki ilişkilere odaklanılmıştır. Bu amaç doğrultusunda korelasyon, regresyon, bağımsız örneklemeler için *t*-test analizi ve düzenleyici aracılık model analizleri gerçekleştirilmiştir. Model analizlerinde YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanları ile YB belirtileri arasındaki ilişkinin ve bu ilişkide duygusal sıkıntının aracı, bilişsel bilişmenin ise düzenleyici rolünün incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, hem genel (Yeme Bozukluklarına Özgü Obsesif İnançlar; ölçek toplam puanı) hem de dört obsesif inanç alanı (YDKÖ, YS/TA, YM ve YBT; alt boyut puanları) için toplamda beş düzenleyici aracılık modeli oluşturulmuş ve bu modeller test edilmiştir.

Model analizleri sonucunda elde edilen bulgular, hipotezlenen düzenleyici aracılık modellerini desteklemiştir. Buna göre, YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanları duygusal sıkıntı aracılığıyla YB belirtilerini etkilemekte ve duygusal sıkıntının aracılık etkisi bilişsel birleşme düzeyine bağlı olarak değişmektedir. Diğer bir deyişle, duygusal sıkıntının aracılık etkisi bazı obsesif inanç alanları için bilişsel birleşme düzeyi yüksek ve düşük olan gruplar için anlamlıyken; bazı inanç alanları için yalnızca tek bir grup için anlamlıdır. Bulgular, YB'ye özgü obsesif inançlar ve inanç alanlarıyla YB belirtileri arasındaki ilişkinin karmaşıklığını vurgulamaktadır.

Model analiz bulgularını özetlemek gerekirse, bütün modellerde (1) YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının YB belirtilerini pozitif yönde yordadığı, (2) YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanların duygusal sıkıntıyı yordamadığı, (3) duygusal sıkıntının YB belirtilerini pozitif yönde yordadığı, (4) bilişsel birleşmenin YB belirtilerini pozitif yönde yordadığı, (5) bilişsel birleşmenin YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanları ile duygusal sıkıntı arasındaki ilişkiyi düzenlediği ve (6) YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının duygusal sıkıntı aracılığıyla YB belirtileri üzerindeki dolaylı etkisinin bilişsel birleşme düzeyine bağlı olduğu bulunmuştur.

Aracılık analizlerine yönelik modern yaklaşıma göre test edilecek olan aracılık modellerinde bağımsız değişkenlerin aracı değişken üzerinde anlamlı etkisi olmasına gerek yoktur (Preacher ve Hayes, 2008: 879-891). Bağımsız değişkenler aracı değişkeni ve/veya aracı değişken bağımlı değişkeni anlamlı olarak yordamasa bile, dolaylı etkiler çıkarımsal bir test ile değerlendirilebilir (Hayes, 2013: 167). Bundan hareketle, YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının duygusal sıkıntı üzerindeki etkisi anlamlı olmasa da YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının bilişsel birleşme ile etkileşiminin duygusal sıkıntıyı yordaması ve duygusal sıkıntının YB belirtileri üzerindeki etkisinin anlamlı olması, elde edilen bulguların yorumlanabileceğini göstermektedir.

Beklendiği üzere (Hipotez 2: “YB'ye özgü obsesif inançlardaki artış YB belirti düzeyindeki artışı yordayacaktır.”), YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının düzeyinin yükselmesi YB belirtilerindeki artışı yordamıştır. Diğer bir deyişle, bireyler yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilgili düşüncelerin çok önemli olduğuna ve bunların kontrol altına alınması gerektiğine daha fazla inandıkça; yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilgili konularda ortaya çıkabilecek zararları ve bunların sonuçlarını abartarak bunları önleme konusunda kendilerinde daha fazla sorumluluk hissettikçe; yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilgili mükemmeliyetçi eğilimleri arttıkça; yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilgili her şeyin net, açık ve kesin olması gerektiğine daha fazla inandıkça, daha fazla YB belirtileri (kısıtlayıcı yeme, tıknırcasına yeme, beden memnuniyetsizliği, beden görünümü ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe) deneyimlemektedir. Bu durum, alanyazında yer alan birçok çalışma ile paralellik göstermektedir. Örneğin, OİÖ-YBV kullanılarak gerçekleştirilen ve hem klinik hem de sağlıklı örnekleme yürütülen bir çalışmada, YB'ye özgü obsesif inanç

ve inanç alanlarının YB belirtilerini (kısıtlayıcı yeme, yeme endişesi, beden endişesi ve kilo endişesi) pozitif yönde yordadığı ortaya konulmuştur (Schembri, 2010: 182). Klinik örneklem (García-Soriano ve diğerleri, 2014: 195) ve sağlıklı örneklem (Perpiñá ve diğerleri, 2011: 108-126) ile gerçekleştirilen diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Obsesif inanç alanı özelinde incelendiğinde, diğer obsesif inanç alanlarına kıyasla yalnızca Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı ile YB belirtileri arasında yüksek düzeyde korelasyon olduğu ve Çoklu Doğrusal Regresyon, İleriye Doğru Seçim (Forward) Metodunda modele eklenen ilk değişkenin bağımlı değişken ile en güçlü ilişkiye sahip olduğu bilindiğinden (Tabachnick and Fidell, 2007: 140) Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının YB belirtilerini en güçlü yordayan obsesif inanç alanı olduğu görülmüştür. Bu çalışmanın ilk aşamasında ve hem klinik hem de sağlıklı örneklemle yürütülen bir diğer çalışmada (Schembri, 2010: 159) da benzer bulgular raporlamıştır. OKB'ye özgü "aşırı sorumluluk" inanç alanı daha çok diğerleri odaklı bir yapıyken; Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı daha çok kendi odaklı bir yapıdadır (Schembri, 2010: 42). Diğer bir deyişle, OKB'de görülen sorumluluk inançları diğerlerine gelebilecek zararları önlemeye çalışma ve bu zararlar önlenemezse sorumluluğu tamamen kendinde görme ile ilgiliyken; YB'de görülen sorumluluk inançları bireyin yemesinde, bedeninde, kilosunda ve bunların kontrolünde oluşabilecek değişimleri engelleme ve eğer yemeyi kontrol edemiyorsa, kilo alıyorsa ve/veya beden görünümü değişiyorsa bu "olumsuzlukların" sorumluluğunu kendinde görme ile ilgilidir. Yeme bozukluğuna özgü bu obsesif inanç alanının tehditleri abartma eğilimiyle birlikte gitmesi, bireylerin yeme, beden ve kiloyu kontrol etme ve kilo almayı önleme gibi sorumluluk hissettikleri alanlarda oluşabilecek olumsuzlukları abartma (örn. kalorili bir yiyecek tükettikten hemen sonra kilo alma inancı) veya bunların sonuçlarını abartma (örn. kilo aldıktan sonra sosyal olarak dışlanma inancı) eğilimi olarak görülebilir. Bunu destekler nitelikte, sağlıklı kadın katılımcılar ile yürütülen bir çalışmada, kilo almaya yatkın olduğuna inanma eğilimi arttıkça YB belirtilerinin arttığı görülmüştür (Freid, 2007: 47). Kilo almaya yatkın olduğuna inanmak bireylerin kendilerini daha savunmasız hissetmelerine ve yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilgili oluşabilecek zararlarla ve bunların sonuçlarıyla başa çıkamayacaklarına inanmalarıyla ilişkili

olabilir. Kiloda ve/veya bedende deneyimlenen değişimlerde biyolojik süreçler rol oynasa da bu değişimler çoğunlukla bireylerin aldığı ve yaktığı kalori dengesiyle ilişkilidir. Diğer bir deyişle, kiloda, bedende veya bunların kontrolünde bireyler aktif bir roldedir. Ayrıca bireyler yemelerine “dikkat” etmediklerinde kilo alımı ve/veya bedende olan değişimler o anda görülebilmektedir. Örneğin, bireyler yemek yedikten veya sıvı tükettikten hemen sonra aynada karnın şişkinliğine bakma veya tartılma gibi davranışlarla yemek yemenin aslında doğal olan ama bir yandan da “olumsuz” olarak değerlendirebilecek sonuçlarıyla yüzleşebilmektedir. Diğer bir deyişle, bireyler halihazırda sorumluluk hissettikleri bir alanda sorumluluklarını yerine getiremediklerini o anda nesnel bir kanıt sayesinde fark etmektedir. Yemek yedikten ve/veya sıvı tükettikten sonra karnın şişmesi veya tartıda kilonun artması gibi kilo ve bedendeki olağan değişimler bireylerin bu alanla ilgili obsesif inançlarının “gerçek” olduğunu o anda bireylere göstermektedir. Bu durum, diğer YB’ye özgü obsesif inanç alanları göz önüne alındığında pek olası değildir. Örneğin, “Mükemmel görünmezsem kimse bana değer vermez.” gibi bir inancı doğrular nitelikte deneyimler yaşamak kısa vadede pek olası olmadığından, bireyler uzun vadede bu inancı sorgulamaya devam edebilir. Bunlar baz alındığında, diğer obsesif inanç alanlarına kıyasla Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısının YB belirtilerini geliştirme ve/veya güçlendirmede daha kritik bir rol oynuyor olabileceği düşünülebilir.

Korelasyon analiz bulguları incelendiğinde Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün diğer YB belirtileri ile düşük düzeyde ilişkiye sahip olduğu; ancak yemeyi kısıtlama ile orta düzeyde ilişkiye sahip olduğu görülmüştür. Bu bulgu bu inanç alanının tanımı ile paraleldir. Thiel ve diğerleri (1995: 72-75), YB özelinde kesinlik arayışının kiloyu ve beden görünümünü etkileyen faktörler ile ilişkili olduğunu ve kalorisini veya içeriğini bilmediği yiyecekleri yememe gibi yemeyi kısıtlama davranışlarının bu inanç alanının davranışsal bir çıktısı olduğunu savunmuştur. Buna ek olarak, deneysel çalışmalarda (örn. Kesby ve diğerleri, 2019: 1-7) ve klinik örneklemle yürütülen çalışmalarda (örn. Renjan ve diğerleri, 2016: 88-95) bilinmezlik durumlarında bireylerin yemelerini daha fazla kısıtladıkları ortaya konmuştur. AN’de yoğun bir şekilde görülen yeme kısıtlamasının, ergenlikte bedende başlayan değişimlere, yani bedenin dönüşeceği forma dair belirsizliklere karşı kontrolü sağlama girişimi olarak kullanılan bir strateji olduğu savunulmuştur (Fairburn

ve diğerkleri, 1999: 468-476). Sonuç itibariyle bu aktarılan bulgular, Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile yemeyi kısıtlamanın orta düzeydeki ilişkisini destekler niteliktedir.

Mevcut çalışmada, beklenenin aksine (Hipotez 3: “YB’ye özgü obsesif inançlardaki artış duygusal sıkıntı düzeyindeki artışı yordayacaktır.”), YB’ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının duygusal sıkıntıyı yordamadığı görülmüştür. Sağlıklı 98 üniversite öğrencisiyle yürütölen deneysel bir çalışmada (Gentes ve Ruscio, 2015: 82-99), obsesyonların kontrol edilmesi gerektiğine, tehlikeleri işaret ettiğine ve bunlardan dolayı ortaya çıkacak zararı önleme sorumluluğunun kendisinde olduğuna dair inançlar normalleştirildiğinde, bu inançların duygusal sıkıntı (PNDÖ ile ölçölmüş) düzeyini yordamadığı; ancak anormal olduğuna inanıldığında bu inançların duygusal sıkıntı düzeyini pozitif yönde yordamaya devam ettiğı görölmüştür. Buradan hareketle, sağlıklı örnekleme bu inançların duygusal sıkıntıya yol açması için diğerk bir faktörün bu ilişkisellikte yer alması gerektiğı söylenebilir. Bu çalışmada YB belirtilerinin YB’ye özgü obsesif inançlar ve duygusal sıkıntı ile arasında pozitif yönlü ilişkiler bulunduğundan, YB belirti düzeyinin bu risk faktörlerinden biri olabileceğı düşünölmüştür. Bunu destekler nitelikte, YB tanısı almış bireylerin tanı almamışlara kıyasla daha fazla YB’ye özgü obsesif inançlar deneyimlediğı raporlanmıştır (Schembri, 2010: 176). Bu çalışmada model analizleri katılımcılar YB belirti düzeylerine göre gruplara ayrılarak gerçekleştirilmediğı için, diğerk bir deyişle analizler YB düzeyi açısından heterojen bir örneklem ile gerçekleştirildiğı için YB’ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntıyı yordamamış olduğu düşünölebilir.

Bu çalışmanın bulgularına göre, beklendiğı şekilde (Hipotez 4: “Duygusal sıkıntı düzeyindeki artış YB belirti düzeyindeki artışı yordayacaktır.”), duygusal sıkıntındaki artış YB belirtilerindeki artışı yordamaktadır. Duygusal sıkıntı birçok farklı şekilde tanımlanan (örn. negatif duygulanım, anksiyete) ve farklı ölçüm araçları ile değerkendirilebilen (örn. PNDÖ, DSKE) bir kavram olsa da alanyazında yer alan meta analiz çalışmaları (örn. Stice ve diğerkleri, 2016: 1-15) ve boylamsal çalışmalar (örn. Bodell ve diğerkleri, 2019: 69-73) bu ilişkiselliğı destekler niteliktedir. BN’yi açıklamak için geliştirilen İkili Yol Modeli’ne göre, duygusal sıkıntı sosyoköltörel faktörler (örn. ince olmaya dair sosyal baskı) ile psikolojik faktörlerin (örn. beden memnuniyetsizliğı) etkileşimi sonucu ortaya çıkmakta ve bu duygusal

sıkıntı ile başa çıkmak için tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışları gerçekleştirilmektedir (Stice ve Agras, 1998: 257-276). Ek olarak, TYB'nin gelişiminde duygusal sıkıntının rolüne odaklanan Duygu Düzenleme Modeli'ne göre, duygusal sıkıntı ile başa çıkmak için aşırı yeme davranışları gerçekleştirilmekte ve olumsuz pekiştirmeye bu döngü devam etmektedir (Polivy ve Herman, 1993: 173-205). OKB'de görülen kompulsif davranışların da benzer bir işlev gördüğü bilinmektedir (Hacıomeroğlu, 2020: 356; Vartanian ve Grisham, 2012: 367-374). Bu sebeple, duygusal sıkıntının artmasıyla bozukluğa özgü belirtilerde yükselişin görülmesi hem YB hem de OKB'de ortak bir nokta gibi görünmektedir.

Mevcut çalışmada, bilişlerle birleşme düzeyindeki yükselmenin duygusal sıkıntıyı arttırdığı; bilişsel birleşme düzeyindeki azalmanın ise duygusal sıkıntıyı azalttığı görülmüştür. Bu bulgu alanyazında hem klinik hem de sağlıklı örneklemeler üzerinde yürütülen çalışmalarla paralellik göstermektedir (örn. Costa ve diğerleri, 2018: 207-220; Chen ve diğerleri, 2023: 100; Garcia-Gomes ve diğerleri, 2019: 4687; Pux ve diğerleri, 2022: 9). Hayes ve diğerleri (2013: 180-198) psikolojik esneklik alanlarından birinde görülen değişimin diğerlerinin de etki gücünü arttırdığını savunmuştur. Bu sebeple, bilişlerle daha az birleştikçe farkındalığın arttığı, anda kalmanın kolaylaştığı ve değerlere odaklı kararlar verebilme esnekliğinin arttığı söylenebilir. Ayrıca bilişlerle birleşmenin an ile teması keserek bireylerin o andan alacağı zevke ket vurduğu bilinmektedir (Harris, 2009: 20-21). Diğer bir deyişle, bilişsel birleşme bireylerin o esnada dışarıdan alabileceği olumlu pekiştireçleri azaltmaktadır. Depresyonun davranışçı teorisine göre, depresyonun gelişimi olumlu pekiştireçlerde azalma ile ilişkilidir (Lewinsohn, 1974: 157-185). Bunlar baz alındığında, bilişsel birleşmenin uzun vadede duygusal sıkıntı aracılığıyla psikopatolojinin gelişmesinde ve/veya kronikleşmesinde rol oynuyor olabileceği düşünülebilir. Bu görüşü destekler şekilde, psikolojik esneklik becerisindeki artışın duygusal sıkıntıya ve psikopatoloji geliştirmeye karşı koruyucu bir faktör olduğu gösterilmiştir (Masuda ve diğerleri, 2011: 243-247).

Bu çalışmada, beklendiği şekilde (Hipotez 5: *“YB'ye özgü obsesif inançlar güçlendikçe YB belirti düzeyinde görülen artış, duygusal sıkıntı düzeyindeki artış aracılığıyla ortaya çıkacaktır.”* ve Hipotez 6: *“Bilişsel birleşme düzeyi, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı düzeyi ile bağlantısını düzenleyecektir. Buna göre,*

bilişsel birleşme düzeyi yüksek olan kişiler için YB'ye özgü obsesif inanç alanlarındaki artış, duygusal sıkıntı düzeyindeki artışın daha güçlü bir yordayıcısı olacaktır. Bu durumda, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntı aracılığıyla YB belirti düzeyi üzerindeki dolaylı etkisi bilişsel birleşme düzeyine bağlı olacak ve bilişsel birleşme düzeyindeki artış bu dolaylı etkiyi güçlendirecektir.”), YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının bilişsel birleşme ile etkileşimi duygusal sıkıntıyı, duygusal sıkıntı ise YB belirtilerini yordamaktadır. Bilişlerle birleşmenin etkisiyle duygusal sıkıntının arttığı, psikolojik dayanıklılığın düştüğü ve bu durumu psikopatoloji geliştirme konusunda bireyleri riskli bir duruma soktuğu bilinmektedir (Hayes, 2016: 869-885; Chen ve diğerleri, 2023: 100). YB ile OKB arasındaki ortak ve/veya ayrışan noktalar açısından değerlendirildiğinde, bilişsel birleşmenin bozukluk belirtileriyle olan ilişkisi önem arz etmektedir. OKB'nin bilişsel davranışçı modeline göre ani, girici ve istenmeyen bilişlerin işlevsiz yorumlama stratejileriyle (obsesif inançlar) değerlendirilmesi sonucunda hissedilen duygusal artmakta ve bireyler bu duygusal sıkıntıyı azaltmak adına kompulsiyonlar (OKB belirtileri) gerçekleştirmektedir (Rachman, 1997: 79; APA, 2022: 265-266). Bu model, YB'ye göre revize edilerek test edildiğinde, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntıya yol açmadığı; YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntıya yol açması için bu inançlarla belli bir düzeyde birleşilmesi gerektiği bulunmuştur. Reuman ve diğerleri (2018: 19) tarafından yürütülen bir çalışmada bilişsel birleşmenin OKB belirtilerini yordadığı, ancak obsesif inançlar ve duygusal sıkıntı kontrol edildiğinde bilişsel birleşmenin OKB belirtilerini açıklamadığı bulunmuştur. Diğer bir deyişle, OKB özelinde bozukluk belirtileri için obsesif inançlar ve duygusal sıkıntı bilişsel birleşmeden daha güçlü bir risk faktördür. Öte yandan, YB özelinde bilişsel birleşme “olmazsa olmaz” bir risk faktörüdür denilebilir. Bu durum, bilişsel birleşmenin direkt olarak duygusal sıkıntıya ve dolaylı olarak bozukluk belirtilerine olan etkisi yönünden OKB ve YB'nin birbirinden ayrıştığını göstermektedir.

Ek olarak, YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarıyla daha fazla birleştikçe duygusal sıkıntının artması, bu inançların egoya uyumsuz olduğunu gösterir niteliktedir. Egoya uyumsuzluk, kişinin öz-imgesiyle tutarlı olmayan dürtü, düşünce veya davranışlar olarak tanımlanmaktadır ve doğası gereği duygusal sıkıntı yaratmaktadır (Aardema ve O'Connor, 2007: 182-197). Diğer bir deyişle, egoya

uyumsuz biliş ve davranışlar bireylerin korkulan benlikleri ile ilişkilidir. Örneğin, çalışkan olmak isteyen biri için tembel olduğu ile ilişkili bilişler egoya uyumsuz ve duygusal sıkıntı yaratıcıdır. YB özelinde düşünüldüğünde ise korkulan benlik aşırı kilolu biri olma olarak örneklendirilebilir ve bireyler korkulan benlikten uzaklaşmak için YB belirtileri geliştiriyor olabilir. Bunu destekler şekilde, mevcut çalışmada kilo almaktan korkmayanlara kıyasla kilo almaktan korkanların ve ideal kilosu şu andaki kilosundan daha fazla olanlara kıyasla şu andaki kilosu ideal kilosuna eşit veya ideal kilosundan fazla olanların daha fazla YB'ye özgü obsesif inanç ve YB belirtileri deneyimlediği görülmüştür. DSM-5-TR tanı kriterleri incelendiğinde de kilo almaktan korkma ve kilo vermeyi istemenin YB'yi tanımlayıcı özellikler olduğu görülmektedir (APA, 2022: 381-393). Ayrıca YB etiyolojisini açıklayan tanımlar üstü G-BDT modelinde, bu faktörler sonucunda bireylerin kilo kontrol davranışlarına yöneldiği ve bu yönelimin YB belirtilerine yol açtığı belirtilmektedir (Fairburn ve diğerleri, 2003: 509-528). Bu çalışmanın bulgularında bilişlerle yüksek düzeyde birleşen bireylerde YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarındaki (Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük hariç) artışın, hissedilen duygusal sıkıntıyı güçlendirmesi sonucunda YB belirtilerinde artış görülmesi, bu inanç alanlarının egoya uyumsuz bir yapıda olduğunu destekler niteliktedir. Bu durum, OKB'de yer alan obsesif inanç alanlarıyla YB'ye özgü obsesif inanç alanları arasındaki benzerliğe işaret etmektedir.

Yukarıda verilen bulgulara ek olarak, bu çalışmada bilişsel birleşmesi ortalamaya göre düşük olan bireyler için YB'ye özgü obsesif inançlar arttıkça duygusal sıkıntının azaldığı ve duygusal sıkıntı azaldıkça YB belirti düzeyinin düştüğü bulgulanmıştır. Detaylıca bahsetmek gerekirse, Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük obsesif inanç alanlarının bağımsız değişken olduğu modellerde bilişleriyle ortalamaya göre daha az birleşenlerde, obsesif inançlar arttıkça duygusal sıkıntı azalmakta ve duygusal sıkıntı azaldıkça YB belirti düzeyi azalmaktadır. Bu obsesif inanç alanlarıyla birleşme düzeyinin düşük olması; yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilişkili düşüncelerin kişisel olarak önemli bir konuya işaret ettiği, bunları düşünmenin gerçekleşme olasılıklarını arttırdığı, bunları düşünmek ile yapmak arasında bir fark olmadığı, bunların kontrol edilmesi gereken şeyler olduğu; yemek, kilo, beden ve

bunların kontrolü ile ilişkili durumlarda her şeyin açık, net ve kesin olması gerektiğine dair inançlardan bilişsel olarak ayrışılması anlamına gelmektedir. Bu şekilde bir ayrışma, bu inançların davranışlar üzerindeki katı ve güçlü etkisinin zayıflaması anlamına gelmektedir. Bu zayıflamanın duygusal sıkıntıdaki azalma aracılığıyla gerçekleşiyor olması, bu inançların ideallere ulaşma konusunda bireyleri motive ediyor olması ile açıklanabilir. Mevcut çalışmada katılımcıların çoğu ideal kilolarına ulaşmak için kilo vermeleri gerektiğini düşünmektedir. Yaklaşma ve kaçma motivasyon teorisine göre, bireyler arzuladıkları nesne, olay veya olasılıklara yaklaşma dürtüsü hissetmektedir (Elliot, 2006: 111-116). Bu açıdan, bireyler ideal kilolarına ulaşmak için bu inançlara “yaklaşmayı” tercih ediyor olabilir. Öte yandan, bu inançlara yaklaşmak ve onlara uygun davranmak için ilk önce bu inançların fark edilmesi gerekmektedir. Bilişsel birleşmesi düşük olan bireylerin farkındalıklarının yüksek olduğu; farkındalık arttıkça bilişlerle birleşmenin azaldığı ve bu azalma ile duygusal sıkıntı düzeyinin düştüğü bulgulanmıştır (Pux ve diğerleri, 2022: 8). Ayrıca YB tanısı almış bireylerin öz değerlerini çoğunlukla yeme, beden, kilo ve bunların kontrolüne göre değerlendirdikleri bilindiğinden (Fairburn ve diğerleri, 2003: 509-528) ve bu çalışmada yer alan katılımcıların sağlıklı örneklemden oluşmasından dolayı, bu bireylerin öz değerlerini patolojik düzeyde yeme, beden, kilo ve bunların kontrolüne göre belirledikleri savunulabilir. Diğer birçok yaşam alanının da öz değeri belirlemede etkili oluyor olması, bu alana verilen önemi azaltmaktadır. Bu sebeple tanı almamış bireyler ideallerine ulaşma konusunda patolojik düzeyde bir uğraş göstermek yerine daha sağlıklı, işlevsel ve esnek bilişsel ve davranışsal süreçler geçirebilir. Özetle, farkındalık düzeyi yüksek ve bilişsel birleşmesi ortalamaya göre düşük düzeyde olan bireyler, ilk olarak ilgili inançların varlığını fark ederek, sonrasında ideal bedenlerine/kilolarına ulaşmak adına ilgili inanç alanlarını motivasyonel hatırlatıcı olarak kullanılabilir. Bunun bir sonucu olarak da ideale yaklaşma adına gerçekleştirilen yeme tutum ve davranışlarının daha sağlıklı ve işlevsel bir düzeyde ortaya çıktığı savunulabilir.

Bütün bulgular bir arada ele alındığında, YB’ye özgü obsesif inanç ve inanç alanları ile duygusal sıkıntı arasındaki ilişki haricinde, hipotezlenen diğer tüm ilişkiselliklerin desteklendiği görülmüştür. Diğer bir deyişle, YB’ye özgü obsesif inançlarla birleşme düzeyi, hissedilen duygusal sıkıntı düzeyine etki etmekte;

hissedilen duygusal sıkıntı bozukluğa özgü obsesif inanç ve inanç alanları ile bozukluk belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.



SONUÇ

Yeme Bozuklukları (YB), yeme tutum ve davranışlarında bozulmaya yol açan ve kilo, beden ve yeme ile ilişkili aşırı endişeyle beliren, bu nedenle işlevsellikte ciddi düzeyde düşüşe sebep olan psikolojik rahatsızlıklardır (APA, 2013: 329). Genişletilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT; Fairburn ve diğerleri, 2003: 510) kuramına göre, YB'nin gelişiminde öz değerin yeme, beden, kilo ve bunları kontrol etme becerisine göre belirlenmesi kritik rol oynamaktadır. Bireyler kilo almaktan ve beden görünümünde değişiklikler olmasından aşırı endişe duymakta ve bu endişeleri azaltmak ve kontrolü sağlamak adına yemeyi kısıtlama gibi kilo kontrol davranışları gerçekleştirmektedir. Bunun sonucunda, bireyler önemli derecede düşük kiloya sahip olmakta ve/veya olumsuz yaşam olayları sonucunda tıknırcasına yeme nöbetleri deneyimlemektedir. Bu nöbetler sonrası öz değeri korumak adına telafi edici kilo ve beden kontrol davranışları ortaya çıkmaktadır.

YB ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) yüksek eşanlı oranlarına sahiptir (Mandelli ve diğerleri, 2020: 927-939). Bu eşanlı oranlarında ortak birçok biyolojik ve psikolojik faktör rol oynamaktadır. G-BDT'ye göre YB'nin kilit mekanizması olan yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilişkili yoğun zihinsel meşguliyet, OKB'de görülen obsesyonlara benzemektedir. Obsesyonlar sonucunda ortaya çıkan duygusal sıkıntıyı azaltmak adına gerçekleştirilen kompulsif davranışlar ve zihinsel eylemler ise YB'de görülen telafi edici kilo ve beden kontrol davranışlarına (örn. tekrarlı tartılma, yemeyi kısıtlama ve kendini kusturma) benzemektedir (Altman ve Shankman, 2009: 638- 649; Swinbourne ve Touyz, 2007: 253-274; Levinson ve diğerleri, 2019: 7-8).

Girici, ani ve istenmeyen bilişlerin klinik obsesyona dönüşmesinde işlevsiz inançlar ve yanlış değerlendirmelerin etkili olduğu bilinmektedir (Rachman, 1997: 79). OKB'nin BDT modelinde altı işlevsiz inanç alanı tanımlanmıştır: abartılı tehdit algısı, abartılmış sorumluluk, düşüncenin aşırı önemi, düşüncenin kontrolünün aşırı önemi, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe tahammülsüzlük (OKBÇG, 1997: 667-681). OKB özelinde geliştirilmiş olsa da bu işlevsiz inanç alanlarının YB'de de görüldüğü bilinmektedir (Bardone-Cone, 2007: 1977-1986; Lavender ve diğerleri, 2012: 788-795).

Alanyazında YB özelinde obsesif inançları inceleyen çalışmalarda, OKB özelinde görülen obsesif inançları ölçmek için geliştirilen ölçüm araçlarının sıklıkla

kullanıldığı görülmektedir (örn. Obsesif İnançlar Ölçeği-44 [OIÖ-44]). Ancak obsesif inançların içeriği her bozuklukta farklılaştığı için bu tür ölçüm araçları kullanılarak elde edilen bulguların geçerliği sorgulanabilir durumdadır. Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OIÖ-YBV), YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarını değerlendirmek amacıyla OIÖ-44 baz alınarak oluşturulan bir ölçüm aracıdır. Mevcut çalışmanın ilk aşamasında OIÖ-YBV, Türkçeye çevrilmiş ve psikometrik özellikleri incelenmiştir. Yapılan Açıklayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizleri sonucunda ölçeğin 22 maddeli ve dört alt boyutlu (Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi, Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı, Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik ve Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammülsüzlük) bir ölçüm aracı olduğu; uyum, ölçüt bağıntı ve artımsal geçerliğinin ve test-tekrar test ve iç tutarlılık güvenilirliğinin doyurucu düzeyde olduğu görülmüştür. Tüm bulgular ele alındığında, OIÖ-YBV'nin klinik olmayan Türk örnekleminde YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarını ölçmek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilmektedir.

Bu çalışmanın ikinci aşamasında YB'ye özgü obsesif inanç (OIÖ-YBV toplam puan) ve inanç alanları (OIÖ-YBV alt boyut puanları) ile YB belirtileri arasındaki ilişkide duygusal sıkıntının aracılık rolü ve bilişsel birleşmenin düzenleyici rolü incelenmiştir. Bu amaç doğrultusunda düzenleyici aracılık model analizleri gerçekleştirilmiştir.

Bilişsel birleşme; bilişlerle fazlaca kaynaşma ve bilişlerin gerçek olduğuna inanma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Karakuş ve Akbay, 2020: 32). Kabul Kararlılık Terapisi kapsamında psikolojik katılığın bir boyutu olarak görülen bilişsel birleşmenin, duygusal sıkıntıyı artırarak psikolojik dayanıklılığı zayıflattığı ve psikopatoloji geliştirme konusundaki risk faktörlerinden biri olduğu belirtilmiştir (Hayes, 2016: 869-885; Chen ve diğerleri, 2023: 100). Bilişsel birleşmenin bozukluk belirtileri üzerindeki etkisini incelemek ve alanyazında yer alan ve YB'nin egoya uyumlu mu egoya uyumsuz mu olduğu konusundaki tartışmalara katkı sağlamak amacıyla bu değişken modellere düzenleyici değişken olarak eklenmiştir.

Yapılan düzenleyici aracılık model analizleri sonucunda, YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının YB belirtileri üzerindeki etkisine duygusal sıkıntının

aracılık ettiği ve bu aracılık etkisinin bilişsel birleşme düzeyine bağlı olarak değiştii bulgulanmıştır. YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının tek başına duygusal sıkıntıyı yordamadığı; ancak bu inançlarla bilişsel birleşmenin etkileşiminin duygusal sıkıntıyı yordadığı ve hissedilen duygusal sıkıntının YB belirtilerini yordadığı görölmüştür.

Bu çalışmada BDT ve KKT yaklaşımlarına ait kavramlar bir araya getirilerek YB'ye bütüncül bir açıklama sunulmaya çalışılmıştır. Buna göre, BDT'de vurgulanan düşünce-duygu-davranış bağlantısına, bir beceri olarak düşünölebilecek bilişlerle birleşme/ayırışma faktörünün etkisi incelenmiştir. Çalışmanın bulguları göz önüne alındığında, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntıyı yordamaması; ancak bu inançlarla birleşmenin duygusal sıkıntıyı yordaması YB belirtilerini açıklamak için tek bir kuramın yeterli olmadığını göstermektedir. Bilişlerle fazlaca birleşmenin duygusal sıkıntıyı artırması ise psikolojik katılığın bireylerin duygudurumları üzerindeki olumsuz etkisini destekler niteliktedir. Ayrıca bilişlerle fazlaca birleşmenin duygusal sıkıntının aracılık etkisini artırarak YB belirtilerinde yükselmeye yol açması, psikolojik katılığın bozukluk belirtilerini ortaya çıkarma ve/veya artırma konusundaki kilit rolünü vurgulamaktadır.

Model bazında özetlenecek olursa, bilişsel birleşme düzeyi ortalamadan yüksek olan bireyler için YB'ye özgü obsesif inançlar, Yeme Bozukluklarına Özgü Düşüncenin ve Düşünce Kontrolünün Önemi ve Yeme Bozukluklarına Özgü Sorumluluk/Tehdit Algısı güçlendikçe duygusal sıkıntının ve YB belirtilerinin arttığı; ancak bilişsel birleşme düzeyi ortalamadan düşük olan bireyler için bu inanç ve inanç alanları güçlendikçe duygusal sıkıntının ve YB belirtinin azaldığı görölmüştür. Ayrıca yalnızca bilişsel birleşme düzeyi ortalamadan yüksek olan bireyler için Yeme Bozukluklarına Özgü Mükemmeliyetçilik güçlendikçe duygusal sıkıntının ve YB belirtilerinin arttığı; ancak bilişsel birleşme düzeyi ortalamadan düşük olan bireyler için düzenleyici aracılık modelinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Son olarak, yalnızca bilişsel birleşme düzeyi ortalamadan düşük olan bireyler için Yeme Bozukluklarına Özgü Belirsizliğe Tahammölsüzlük güçlendikçe duygusal sıkıntının ve YB belirtilerinin azaldığı; ancak bilişsel birleşme düzeyi yüksek olan bireyler için düzenleyici aracılık modelinin anlamlı olmadığı bulgulanmıştır.

Bilişleriyle ortalamaya göre daha fazla birleşen grupta bazı obsesif inançlar güçlendikçe duygusal sıkıntının artması ve YB belirtilerinde de artış görülmesi beklenen bir bulgudur. YB'ye özgü obsesif inanç ve bazı obsesif inanç alanlarının egoya uyumsuz olduğu, özellikle bilişlerinin gerçek olduğuna fazla inanan bireylerde bu inançların fazlaca duygusal sıkıntı yarattığı ve bu bireylerin psikolojik esneklikleri görece düşük olduğu için de duygusal sıkıntıdan kurtulmak amacıyla işlevsiz ve katı davranışlar gerçekleştirmeye daha meyilli olmaları sonucunda YB belirtilerinde artış görüldüğü söylenebilir.

Bilişleriyle ortalamaya göre daha az birleşen grupta bazı obsesif inanç ve inanç alanları güçlendikçe duygusal sıkıntının azalması ve YB belirtilerinin azalması şaşırtıcı bir bulgudur. Bu bulgu mevcut çalışmada yer alan sağlıklı bireylerin ideal kilolarına (ideal benliklerine) ulaşma konusunda bu inanç alanlarıyla ilişkili bilişleri motivasyonel bir kaynak olarak görüp onları olumlu olarak yorumlamalarıyla, bilişsel birleşmelerinin düşük olmasından kaynaklı bu bilişlere göre hareket ederken daha sağlıklı ve esnek davranışlar sergileyebilmeleriyle ve bu sayede YB belirtilerinde azalma görülmesi ile açıklanabilir. Ayrıca bilişsel birleşmenin doğası gereği psikolojik dayanıklılığı arttırması da YB belirtilerinin alevlenmesine karşı bireyleri koruyor olabilir.

Klinik Göstergeler

Bu çalışmanın ilk aşamasında OİÖ-YBV'nin sağlıklı Türk örnekleminde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu desteklenmiştir. Alanyazında YB'ye özgü girici bilişleri ve obsesif inançları incelemek adına geliştirilen birçok ölçüm aracı olsa da (detaylı bilgi için bkz. Sayfa 26) OİÖ-YBV'nin bu ölçüm araçlarına kıyasla daha kısa, daha az aşamalı ve daha anlaşılır olması, bu ölçüm aracının hem araştırma hem de klinik uygulama alanlarında kolaylık sağlayacağına işaret etmektedir.

OİÖ-YBV'nin hem bilimsel araştırmalarda hem de klinik uygulamalarda kullanılmasının birçok faydası olabilir. İlk olarak, bozukluğa özgü obsesif inanç ve inanç alanlarını bozukluğa özgü geliştirilen bir ölçüm aracı ile incelemek, daha geçerli bulguların elde edilmesine katkı sağlayacaktır. Elde edilecek bu bulgular, bozukluğa özgü ve her bir obsesif inanç alanı için etkin müdahale yöntemlerinin geliştirilmesine

fayda sağlayacaktır. Örneğin, OKB’de görülen aşırı tehdit algısı inanç alanını zayıflamak için kullanılan Tehlike Olasılıklarının Hesaplanması YB’ye uyarlanarak YB özelinde bir müdahale yöntemi oluşturabilir ve bu müdahale yönteminin etkililiği OİÖ-YBV kullanılarak ölçülebilir. Öte yandan, hem OKB hem de YB belirtileri gösteren bireylerle yürütülecek çalışmalarda OİÖ-44 ve OİÖ-YBV kullanılarak, bu belirtilerin hangi ortak obsesif inanç alanları ile ilişkili olduğu araştırabilir. Bu sayede belirtilere etki eden en güçlü obsesif inanç alan(lar)ı tespit edilerek bu alanlara yönelik müdahalelerin geliştirilmesi öncelik haline getirilebilir.

Klinik uygulamalarda da bu ölçüm aracının oldukça faydalı olacağı öngörülmektedir. Bu ölçüm aracı sağlıklı bireyler ile yürütülen bir araştırma sonucunda Türk örneklemine uyarlandığından, YB belirti düzeyi eşik altında olan bireylerin psikoterapi sürecini değerlendirme aşamasında kullanılabilir. Bu ölçeğe verilen yanıtlar hem obsesif inanç alanları özelinde hem de ölçek maddeleri özelinde tek tek incelenerek, bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının nedenleri ve/veya bunları sürdüren bilişsel faktörler araştırabilir. Ek olarak, yukarıda bahsedildiği gibi OKB ve YB belirtilerine etki eden ortak ve güçlü obsesif inanç alanlara yönelik müdahaleler geliştirildikten sonra klinik ortamlarda bu yöntemler bireylere uygulanabilir. Bu uygulamalar ile her iki bozukluk belirtileri için ayrı süreçler ilerletmek yerine daha etkili ve kısa süreli bir tedavi süreci yürütülebilir. Bu sayede, bozukluk belirtileri birbirlerini alevlendirmeden ve belirtiler kronikleşmeden önlem alınabilir ve bireylerin psikolojik iyi oluş halleri daha kısa sürede sağaltılabilir.

Çalışmanın ikinci aşamasında YB’ye özgü obsesif inançlar, duygusal sıkıntı ve bilişsel birleşme faktörlerinin YB belirtileri ile ilişkisi incelenmiştir. Bu çalışma sonucunda yalnızca obsesif inançların değil, inançlarla birleşmenin de bozukluk belirtileri üzerinde etkisi olduğu; bu etkinin düzeyine göre hissedilen duygusal sıkıntı ve belirti düzeyinin değiştiği bulgulanmıştır. Bu bulgular, bozukluk özelinde obsesif inançların bozukluk belirtileri üzerindeki etkisinin bilişsel ve duygusal faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Elde bulgulardan hareketle, YB’lerin değerlendirme ve tedavisinde yalnızca BDT tekniklerinin değil, Kabul ve Kararlılık Terapisi tekniklerinin de fayda sağlayacağı anlaşılmaktadır. Bir diğer deyişle, YB’yi açıklarken bilişsel davranışçı yaklaşımın ele almadığı bakış açıları, kabul ve kararlılık kavramları ile

tamamlanabilir. Bu doğrultuda, bilişsel birleşmeyi azaltmak için geliştirilen Dış Ses (External Voci), Otobüsteki Yolcular (Passengers on the Bus) ve Yavaş Söyle (Say It Slowly) gibi tekniklerin YB tedavisinde ve bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının sağaltılmasında da etkili olabileceği, bireylerin bilişleriyle ayrışma becerileri geliştikçe daha az duygusal sıkıntı hissedecekleri ve bozukluk geliştirmeye karşı daha dayanıklı olabilecekleri öngörülmektedir. Buradan hareketle, YB tedavisinde psikolojik esnekliği arttırmaya yönelik müdahalelerin de tedavi el kitaplarına eklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Ek olarak, YB'ye özgü obsesif inanç ve inanç alanlarının egoya uyumsuz bir yapısı olabileceğine işaret eden bulgular, alanyazında bu konu ile ilişkili tartışmalara katkı sağlayacak niteliktedir. Mevcut çalışmadan elde edilen bulgulardan hareketle yeme, beden, kilo ve bunların kontrolü ile ilgili bilişlerin bireylerin olmak istemedikleri hallerini onlara hatırlattığı, bu sebeple hissedilen duygusal sıkıntının yükseldiği ve YB belirtinin alevlendiği savunulabilir. Bu doğrultuda, YB'nin tedavisinde bireylerin korkulan benliklerine yönelik maruz bırakma ve tepki önleme müdahalelerinin kullanımı göz önünde bulundurulabilir. Ancak bu müdahale yönteminin gerçek yaşamda uygulama içeren “in vivo” şeklini, aşamalı olarak kilo alımına ve fiziksel değişime bireyleri maruz bırakmak pek mümkün olmadığından YB'ye uyarlamak güç olabilir. Bu nedenle “in vitro” maruz bırakma ve tepki önleme yöntemi kullanılarak, bireyler korktukları senaryolara aşamalı olarak maruz bırakılabilir ve ardından artan duygusal sıkıntı ile başa çıkmak için bozulmuş yeme davranışları gerçekleştirmeleri önlenabilir. Klinik uygulamaya geçmeden önce bu tür bir yöntemin etkililiği araştırmalar ile incelenmeli ve etkililiğinin kanıtlanması durumunda klinik uygulamalarda kullanılmalıdır.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Çalışmalar için Öneriler

Bu çalışma uluslararası alanyazına önemli bulgular sunmuş ve ulusal alanyazına OİÖ-YBV'yi kazandırmış olsa da bazı sınırlılıklara sahiptir. İlk olarak, bu çalışmanın her iki aşaması da sağlıklı örneklem üzerinde yürütülmüştür. Bu durum, elde edilen bulguların klinik örneklem genellenebilirliğini sorgulatmaktadır. Diğer bir deyişle, klinik örneklemde değerlendirme amaçlı olarak OİÖ-YBV'nin ve

sergilenen YB belirtilerini açıklamak için test edilen bu modelin kullanılması uygun olmayabilir. Bu sebeple, kurgulanan ve test edilerek veriye uyumlu bulunan bu düzenleyici aracılık modelinin YB tanısı almış bireyler üzerinde yürütülen çalışmalarla tekrar test edilmesi, hatta hem sağlıklı hem de klinik örneklemelerden aynı anda veri toplanarak modelin karşılaştırmalı olarak incelenmesi önemli ve farklı bulgular sunabilir. Örneğin, mevcut çalışmada, YB'ye özgü obsesif inançların duygusal sıkıntıyı yordamadığı bulgulanmıştır. Bu bulgu şaşırtıcı olsa da obsesif inançların normal olduğu kabul edildiğinde bu inançların duygusal sıkıntıyı düzeyini anlamlı düzeyde yordamadığı raporlanmıştır (Gentes ve Ruscio, 2015: 82-99). Buradan hareketle, obsesif inançların bireylere sıkıntı vermesi için diğer bir faktörle etkileşime girmesi gerektiği savunulabilir. Bunu destekler nitelikte, bu çalışmada bilişsel birleşme ile YB'ye özgü obsesif inançların etkileşiminin duygusal sıkıntıyı yordadığı bulunmuştur. Bu bulguların sağlıklı örneklem kullanılarak yürütülen çalışmalardan elde edildiği göz önüne alındığında klinik örneklemle ve/veya bozukluk belirti düzeyi yüksek olan bireylerle yürütülen çalışmalarla bu ilişkiselliklerin test edilmesi önerilmektedir.

Ek olarak, bu çalışmanın her iki aşamasında da kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak, araştırmacının daha kolay erişebileceği gruplardan (örn. üniversite öğrencileri) daha fazla veri toplanmıştır. Benzer şekilde, çalışmanın her iki aşamasında da cinsiyet açısından dengeli bir dağılım yakalanamamıştır. Özetle, örneklem ile ilgili tüm bu kısıtlılıklar çalışmanın dışsal geçerliğini azaltır niteliktedir. Bulguların genellenebilirliğini arttırmak için gelecek çalışmalarda klinik örneklemde ve çeşitli yaş ve eğitim gruplarından veri toplanması ve kadın ve erkek katılımcı dengesine dikkat edilmesi önerilir.

Mevcut çalışmada bilişsel birleşme değişkeninin modele eklenmesiyle YB'nin egoya uyumsuz bir bozukluk olup olmadığı ele alınabilmektedir. Öte yandan, bu incelemenin dolaylı yoldan gerçekleştirilmiş olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır. Ego uyumsuzluğunun bir değişken olarak modele eklenmesi durumunda bu inceleme doğrudan şekilde gerçekleştirilebilir ve böylece daha geçerli sonuçlar elde edilebilir. Alanyazında ego uyumsuzluğunu ölçmek için geliştirilen ölçüm araçları olsa da (örn. Ego-Dystonicity Questionnaire) dilimize uyarlanan bir ölçüm aracı henüz bulunmamaktadır. Gelecek çalışmalarda, bu kavramı değerlendiren ölçüm araçlarının

ulusal klinik psikoloji alanına kazandırılması ve ülkemizde YB'nin egoya uyum doğasının incelenmesi önerilir.

OKB'de korkulan benliğin (nasıl biri olduğuna veya olabileceğine dair korku ve/veya endişe) obsesif inançların gelişmesine ve dolaylı olarak olumsuz duyguların ve kompulsiyonların ortaya çıkmasına yol açtığı savunulmuştur (Aaerdama ve Wong, 2020: 4). Bu çalışmada YB'ye özgü obsesif inançlarla fazlaca birleşmenin duygusal sıkıntıyı yordadığı bulgusundan yola çıkılarak, bu inançların egoya uyumsuz olduğu ve korkulan benlik ile ilişkili olabileceği savunulmuştur. Bu noktadan hareketle, YB'ye özgü obsesif inançların gelişiminde/sürdürülmesinde korkulan benliğin rolünün incelenmesi, YB ve OKB arasındaki ortaklıkların belirlenmesine katkı sağlanabilir.

Mevcut çalışma kesitsel bir çalışma olmasından dolayı herhangi bir nedensellikten söz edilememektedir. Bu sınırlılığı ortadan kaldırmak için bilişsel birleşme düzeyi yüksek olan katılımcılara duygu düzenleme eğitimi verilerek, bireylerin eğitim öncesi ve sonrası YB düzeylerindeki değişim incelenebilir, bu etkinin sürekliliği izlem ölçümleriyle araştırabilir. Ek olarak, değişkenler arasındaki nedensellikler deneysel desenler kullanılarak da araştırılabilir. Örneğin, YB'ye özgü obsesif inançların anlık tetiklenmesiyle duygusal sıkıntıda ve bozulmuş yeme davranışları göstermeye dair dürtülerde değişimin incelendiği deneysel çalışmalar yürütülebilir. Bu deneysel çalışma, bilişsel birleşme veya psikolojik esneklik puanlarına göre gruplara ayrılan katılımcılar üzerinde de gerçekleştirilebilir. Bu şekilde tasarlanan çalışmalar ile bu çalışma çerçevesinde kurgulanan düzenleyici aracılık modelinin geçerliği de desteklenebilir.

Diğer bir kısıtlılık, bu çalışmada öz bildirime dayalı ölçüm araçlarının kullanılmasıdır. Katılımcılar istedik yönde ve sosyal beğenirliği yüksek cevaplar verme eğilimi nedeniyle, öz bildirim ölçeklerindeki maddelere kendilerini yanlış bir şekilde yansıtabilmektedir (Althubaiti, 2016: 212). Ayrıca çevrimiçi yöntem ve öz bildirime dayalı ölçüm araçlarını bir arada kullanan çalışmalarda, çalışmanın içeriğini bilen katılımcılar bilmeyen katılımcılara kıyasla sosyal yönden daha istenir cevaplar vermektedir (Brenner ve DeLamater, 2016: 42-43). Bu çalışmanın ilk aşamasında anket başlığının “Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” olması ve her iki aşamada da bilgilendirmiş onam formunda

Çalışmanın içeriği hakkında bilgiler verilmesi, katılımcıların araştırmacıların niyetini anlayarak daha istenir yönde cevaplar vermesine yol açmış olabilir. Bu durum baz alındığında, gelecek çalışmalarda öz bildirime dayalı ölçüm araçlarından ziyade görüşmeye dayalı yöntemler kullanılması önerilmektedir.

Bu çalışmada kullanılan ölçüm araçları, bireylerin geriye dönük bilgilerine (rn. son iki hafta) göre cevaplandırılması gereken maddeleri içermektedir. Bu tür değerlendirmeler yapan ölçüm araçlarına verilen yanıtlar bellek yanlılıklarından etkilenmektedir (Stone ve Shiffman, 2002: 236-243). Bunun bir sonucu olarak verilen yanıtların güvenirliği sorgulanabilir durumdadır. Bunun önüne geçmek amacıyla Ekolojik Anlık Değerlendirme yöntemi kullanılarak bu çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

Özetle, klinik ve çeşitli yaş ve eğitim gruplarının dahil edildiği, daha dengeli cinsiyet dağılımının olduğu örneklemeler üzerinde, deneysel veya boylamsal desen tasarımları kullanılarak, mevcut çalışmanın tekrarlanması, elde edilen bulguların geçerliği ve gvenirliğinin desteklenmesi açısından nerilmektedir.

KAYNAKÇA

Aardema, F. ve O'Connor, K. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 21: 182-197.

Aardema, F. ve Wong, S. F. (2020). Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 24: 1-6.

Abramowitz, J. S. ve Blakey, S. M. (2020). Overestimation of threat. J. S. Abramowitz ve S. M. Blakey (Ed.). *Clinical Handbook of Fear and Anxiety: Maintenance Processes and Treatment Mechanisms* (ss. 7–25). American Psychological Association.

Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Lynam, D. ve Kalsy, S. (2003). Is thought-action fusion specific to obsessive–compulsive disorder? A mediating role of negative affect. *Behaviour Research and Therapy*. 41: 1069-1079.

Adoue, C., Jaussent, I., Olie, E., Beziat, S., Van den Eynde, F., Courtet, P. ve Guillaume, S. (2015). A further assessment of decision-making in anorexia nervosa. *European Psychiatry*. 30(1): 121-127.

Akın, B., ve İnözü, M. (2018). İstem dışı düşünceler ölçeğinin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi: İstem dışı düşüncelerde tanılar üstü yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 19(2): 52-63.

Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*. 18(3): 91-93.

Allen, A., King, A. ve Hollander, E. (2003). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Dialogues Clinical Neuroscience*. 5(3): 259-271.

Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 211-217.

Altman, S. E. ve Shankman, S. A. (2009). What is the association between obsessive compulsive disorder and eating disorders? *Clinical Psychology Review*. 29: 638-646.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First Edition*.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition, Text Revision*.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*.

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*.

Amir, N., Cashman, L. ve Foa, E. B. (1997). Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 35(8): 775-777.

Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S. ve Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*. 160(2): 242-247.

Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. ve Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*. 36: 1143-1154.

Armstrong, A. B., Morrison, K. L. ve Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 27: 175-190.

Ay, R. ve Aytaş, Ö. (2018). The relationship between eating attitudes and distress tolerance in obsessive compulsive disorder. *Archives of Clinical Psychiatry*. 45(6): 139-142.

Ayyıldız, Y. ve Cengiz, A. (2006). Pazarlama modellerinin testinde kullanılabilecek yapısal eşitlik modeli (YEM) üzerine kavramsal bir inceleme. *Süleyman Demirel İktisadi ve İdari Bilimler Fakülte Dergisi*. 11(2): 63-84.

Azzeh, M., Peachey, G. ve Loney, T. (2022). Prevalence of high-risk disordered eating amongst adolescents and young adults in the middle east: A scoping review. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 19(9): 5234.

Bailey, B. E., Wu, K. D., Valentiner, D. P. ve McGrath, P. B. (2014). Thought–action fusion: Structure and specificity to OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 3(1): 39-45.

Bailey, N. ve Waller, G. (2017). Body checking in non-clinical women: Experimental evidence of a specific impact on fear of uncontrollable weight gain. *International Journal of Eating Disorders*. 50: 693-697.

Bakhshipoor, A. ve Faraji, R. (2011). Relationship of thought-action fusion with obsession symptoms in obsessive compulsive disorders. *Moaser Psychology*. 5(2): 15-22.

Bang, L., Kristensen, U. B., Wisting, L., Stedal, K., Garte, M., Minde, Å. ve Rø, Ø. (2020). Presence of eating disorder symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*. 20(1): 1-10.

Bardeen, J. R., Fergus, T. A. ve Wu, K. D. (2013). The interactive effect of worry and intolerance of uncertainty on posttraumatic stress symptoms. *Cognitive Therapy and Research*. 37(4): 742–751.

Bardone-Cone, A. M. (2007). Self-oriented and socially prescribed perfectionism dimensions and their associations with disordered eating. *Behaviour Research and Therapy*. 45: 1977-1986.

Bardone-Cone, A. M., Lin, S. L. ve Butler, R. M. (2017). Perfectionism and contingent self-worth in relation to disordered eating and anxiety. *Behavior Therapy*. 48(3): 380-390.

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. ve Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*. 27(3): 384-405.

Barnes, R. D., Masheb, R. M., White, M. A. ve Grilo, C. M. (2013). Examining the relationship between food thought suppression and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 54(7): 1077-1081.

Barnett, M. D. ve Sharp, K. J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*. 99: 225-234.

Bastiani, A. M., Rao, R., Welzin, T. ve Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 17: 147-152.

Belloch, A., Roncero M. ve Perpiñá, C. (2016). Obsessional and eating disorder-related intrusive thoughts: Differences and similarities within and between individuals vulnerable to OCD or to EDs. *European Eating Disorders Review*. 24(6):446-454.

Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*. 107: 238-246.

Berends, T., Boonstra, N. ve van Elburg, A. (2018). Relapse in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*. 31(6): 445-455.

Berg, M. L., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A. ve Hawley, D. (2000). Relationship of temperament and perceptions of nonshared environment in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 28: 148-154.

Berle, D. ve Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*. 25(3): 263-284.

Blinder, B. J., Cumella, E. J. ve Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic Medicine*. 68(3): 454-462.

Bodell, L. P., Pearson, C. M., Smith, K. E., Cao, L., Crosby, R. D., Peterson, C. B., Crow, S. J. ve Berg, K. C. (2019). Longitudinal associations between emotion regulation skills, negative affect, and eating disorder symptoms in a clinical sample of individuals with binge eating. *Eating Behaviors*. 32: 69-73.

Bongers, P. ve Jansen, A. (2016). Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do Not measure what you think they measure. *Frontiers in Psychology*. 7: 1-11.

Boone, L., Soenens, B. ve Braet, C. (2011). Perfectionism, body dissatisfaction, and bulimic symptoms: The intervening role of perceived pressure to be thin and thin ideal internalization. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 30(10): 1043-1068.

Borsboom, D., Cramer, A. O., Schmittmann, V. D., Epskamp, S. ve Waldorp, L. J. (2011). The small world of psychopathology. *PLoS ONE*. 6(11): 1-11.

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J. ve Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders: Intolerance of uncertainty. *Journal of Clinical Psychology*. 69(6): 630-645.

Boysan, M., Beşiroğlu, L., Çetinkaya, N., Atlı, A. ve Aydın, A. (2010). Obsesif İnanışlar Ölçeği-44'ün (OIÖ-44) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 47: 216-222.

Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R. ve Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*. 76: 79-86.

Brannan, M. E. ve Petrie, T. A. (2008). Moderators of the body dissatisfaction-eating disorder symptomatology relationship: Replication and extension. *Journal of Counseling Psychology*. 55: 263-275.

Brenner, P. S. ve DeLamater, J. (2016). Lies, damned lies, and survey self-reports? Identity as a cause of measurement bias. *Social Psychology Quarterly*. 79(4): 333-354

Brown, T. A. ve Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*. 114: 551-556.

Brown, T., Klein, K. ve Keel, P. K. (2015). The “natural” course of eating disorders. L. Smolak ve M. P. Levine (Ed.). *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (ss. 757-769). John Wiley & Sons.

Bulik, C. M. ve Kendler, K. S. (2000). "I am what I (don't) eat": Establishing an identity independent of an eating disorder. *American Journal of Psychiatry*. 157: 1755-1760.

Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S. ve Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*. 160: 366-368.

Burns, G. L., Keortge, S., Formea, G. ve Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: Distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*. 34(2): 163-173.

Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing*. 1(1): 55-86.

Calleo, J. S., Hart, J., Björgvinsson, T. ve Stanley, M. A. (2010). Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*. 24(8): 903-908.

Cardi, V., Leppanen, J. ve Treasure, J. (2015). The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 57: 299-309.

Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M. ve Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 26(3): 468-479.

Carmines, E. G. ve Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. Beverly Hills: Sage Publications Inc.

Carrot, B., Radon, L., Hubert, T., Vibert, S., Duclos, J., Curt, F. ve Godart, N. (2017). Are lifetime affective disorders predictive of long-term outcome in severe adolescent anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 26(8): 969-978.

Catillo, M. ve Weiselberg, E. (2017). Bulimia nervosa/purging disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*. 47(4): 85-94.

Cederlöf, M., Lichtenstein, P., Larsson, H., Boman, M., Rück, C., Landén, M. ve Mataix-Cols, D. (2015). Obsessive-compulsive disorder, psychosis, and bipolarity: A longitudinal cohort and multigenerational family study. *Schizophrenia Bulletin*. 41(5): 1076-1083.

Cervin, M., McNeel, M. M., Wilhelm, S., McGuire, J. F., Murphy, T. K., Small, B. J., Geller D. A. ve Storch, E. A. (2022). Cognitive beliefs across the symptom dimensions of pediatric obsessive-compulsive disorder: Type of symptom matters. *Behavior Therapy*. 53(2): 240-254.

Chen, N., Xi, J. ve Fan X. (2023). Correlations among psychological resilience, cognitive fusion, and depressed emotions in patients with depression. *Behavioral Sciences*. 13(2): 100.

Cisler, J. M., Brady, R. E., Olatunji, B. O. ve Lohr, J. M. (2010). Disgust and obsessive beliefs in contamination-related OCD. *Cognitive Therapy and Research*. 34: 439-448.

Clark, D. A. (Ed.). (2020). The cognitive-behavioral model theory and research. *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD and Its Subtypes* (ss. 108-134). The Guilford Press.

Clark, D. A. ve Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist*. 28(3): 161-167.

Clark, L. A. ve Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*. 7(3): 309-319.

Cohen, J. N., Taylor Dryman, M., Morrison, A. S., Gilbert, K. E., Heimberg, R. G., ve Gruber, J. (2017). Positive and negative affect as Links between social anxiety and depression: Predicting concurrent and prospective mood symptoms in unipolar and bipolar mood disorders. *Behavior Therapy*. 48(6): 820-833.

Coles, M. E., Ravid, A., Franklin, M. E., Storch, E. A. ve Khanna, M. (2014). Obsessive-compulsive symptoms and beliefs in adolescents: A cross-sectional examination of cognitive models. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 28(4): 251-263.

Cooper, M. ve Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*. 36: 895-898.

Cooper, M. ve Turner, H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology*. 39: 215-218.

Costa, J., Gouveia, J. P. ve Maroco, J. (2018). The role of negative affect, rumination, cognitive fusion and mindfulness on depressive symptoms in depressed outpatients and normative individuals. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 18(2): 207-220.

Costello, A. B. ve Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment Research & Evaluation*. 10(7): 1-9.

Cougle, J. R., Lee, H. J. ve Salkovskis, P. M. (2007). Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients? *Journal of Anxiety Disorders*. 21(1): 153-159.

Cramer, A., Waldorp, L., Van der Maas, H. ve Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*. 33: 137-150.

Cristobal, E., Flavián, C. ve Guinalíu, M. (2007). Perceived e-service quality (PeSQ). *Managing Service Quality: An International Journal*. 17(3): 317-340.

Culbert K. M., Racine, S. E. ve Klump, K. L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 56(11): 1141-1164.

Çapık, C., Gözümlü, S. ve Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 26(3): 199-210.

Dar, K. A. ve Iqbal, N. (2015). Worry and rumination in generalized anxiety disorder and obsessive compulsive disorder. *The Journal of Psychology*. 149(8): 866-880.

Dalglish, T., Black, M., Johnston, D. ve Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 88(3): 179-195.

Deal, L. S., Wirth, R. J., Gasior, M., Herman, B. K. ve McElroy, S. L. (2015). Validation of the yale-brown obsessive compulsive scale modified for binge eating. *International Journal of Eating Disorder*. 48(7): 994-1004.

Dell'Osso L., Abelli, M., Carpita, B., Pini, S., Castellini, G., Carmassi, C. ve Ricca, V. (2016). Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. *Neuropsychiatric Disorder and Treatment*. 12: 1651-1660.

Deveci, E. (2020). *Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun görülme sıklığı ve psikososyokültürel yordayıcıları: İstanbul örnekleme*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi.

Doll, W. J., Xia, W. ve Torkzadeh, G. (1994). A confirmatory factor analysis of the end-user computing satisfaction instrument. *MIS Quarterly*. 18(4): 453-461.

Drakes, D. H., Fawcett, E. J., Rose, J. P., Carter-Major, J. C. ve Fawcett, J. M. (2021). Comorbid obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders: An epidemiological meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 141: 176-191.

Du Bois, F. S. (1949). Compulsion neurosis with cachexia. *American Journal of Psychiatry*. 106: 107-115.

Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. ve Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*. 29: 57-70.

Eckblad, M. ve Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51: 215-225.

Einstein, D. A. ve Menzies, R. G. (2004). The presence of magical thinking in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 42: 539-549.

Elliot, A. J. (2006). The hierarchical model of approach-avoidance motivation. *Motivation and Emotion*. 30: 111-116.

Eraslan, M., Karafil, A. Y. ve Atay, E. (2017). Üniversiteler arası spor müsabakalarına katılan muay thai sporcularının stres ile başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi. *Journal of Human Sciences*. 14(3): 2915-2924.

Erskine, J. ve Georgiou, G. (2010). Effects of thought suppression on eating behaviour in restrained and non-restrained eaters. *Appetite*. 54: 499-503.

Engel, S. G., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Le Grange, D., Simonich, H. K., Cao, L., Lavender, J. M ve Gordon, K. H. (2013). The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 122(3): 709-719.

Esin, K. ve Ayyıldız, F. (2022). Validity and reliability of the turkish version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q-13): Short-form of EDE-Q. *Journal of Eating Disorders*. 10(1): 102.

Evers, C., Dingemans, A., Junghans, A. F. ve Boevé, A. (2018). Feeling bad or feeling good, does emotion affect your consumption of food? A meta-analysis of the experimental evidence. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*. 92: 195-208.

Fairburn, C. G. (2020). *Yeme Bozuklukları ve Bilişsel Davranışçı Terapi: Değerlendirme ve Tedavi*. (Çev. B. Sevim ve G. Tezcan). Psikonet Yayıncılık. (Orijinal yayın tarihi 2008).

Fairburn, C. G. ve Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*. 16: 363-370.

Fairburn, C. G. ve Beglin, S. J. (2008). Eating disorder examination questionnaire (6.0). C. G. Fairburn (Ed). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. ve Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case control comparisons. *Archives of General Psychiatry*. 56: 468-476.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavioral Reserach and Therapy*. 41(5): 509-528.

Fairburn, C. G., Marcus, M. D. ve Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. C. G. Fairburn, ve G. T. Wilson (Ed.). *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment* (ss. 361–404). Guilford Press.

Fairburn, C. G., Shafran, R. ve Cooper, Z. A. (1999). Cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*. 37(1): 1-13.

Fan, X., Thompson, B. ve Wang, L. (1999). Effects of sample size, estimation method, and model specification on structural equation modeling fit indexes. *Structural Equation Modeling*. 6: 56-83.

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S. ve Giacomo Rovera, G. (2002). Temperament and character profile of eating disorders: A controlled study with the temperament and character inventory. *International Journal of Eating Disorders*. 32: 412-425.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. ve Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archieves of General Psychiatry*. 26: 57-63.

Ferreira, C., Palmeira, L. ve Trindade, I. A. (2014). Turning eating psychopathology risk factors into action. The pervasive effect of body image-related cognitive fusion. *Appetite*. 80: 137-142.

Ferreira, C., Palmeira, L., Trindade, I. A. ve Catarino, F. (2015). When thought suppression backfires: Its moderator effect on eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders*. 20(3): 355-362.

Fichter, M., M., ve Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - Results of a large prospective clinical longitudinal study. *The International Journal of Eating Disorders*. 49(4): 391-401.

Fite, R. E., Adut, S. L. ve Magee, J. C. (2020). Do you believe in magical thinking? Examining magical thinking as a mediator between obsessive-compulsive belief domains and symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 48(4): 454-462.

Foa, E. B., Huppert, J. D. ve Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. B. O. Rothbaum (Ed.). *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment* (ss. 3-24). The Guilford Press.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. ve Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*. 14: 485-496.

Foa, E. B ve Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 99(1): 20-35.

Fogelkvist, M., Gustafsson, S. A., Kjellin, L. ve Parling, T. (2020). Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*. 32: 155-166.

Forbush, K., Heatherton, T. F. ve Keel, P. K. (2007). Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 40(1): 37-41.

Fourtounas, A. ve Thomas, S. J. (2016). Cognitive factors predicting checking, procrastination and other maladaptive behaviours: Prospective versus Inhibitory Intolerance of Uncertainty. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 9: 30-35.

Fox, J. R. E. ve Froom, K. (2009). Eating disorders: A basic emotion perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 16(4): 328-335.

Freeston, M. H. ve Ladouceur, R. (1997). What do patients do with their obsessive thoughts? *Behaviour Research and Therapy*. 35: 335-348.

Freeston, M. H., Rheaume, J. ve Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*. 34(5/6): 433-446.

Freid, C. M. (2007). *Beliefs associated with eating disorders and obsessive compulsive disorder: The development of the obsessive beliefs about body size and eating survey (OBBSES)* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Vanderbilt Üniversitesi: Nashville.

Froneich, F. V., Vartanian, L. R., Grisham, J. R. ve Touyz, S. W. (2016). Dimensions of control and their relation to disordered eating behaviours and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Eating Disorders*. 4: 1-9.

Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I. ve Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 14: 119-126.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. ve Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 14: 449-468.

Gabriel, K. C. (2019). Oblimin versus orthogonal rotation in exploratory factor analysis. *International Journal of Research and Scientific Innovation (IJRSI)*. 6(9): 212-216.

Gangemi, A., Gragnani, A., Dahò, M. ve Buonanno, C. (2019). Reducing probability overestimation of threatening events: An Italian study on the efficacy of cognitive techniques in non-clinical subjects. *Clinical Neuropsychiatry*. 16(3):149-155.

García-Gómez, M., Guerra, J., López-Ramos, V. M. ve Mestre, J. M. (2019). Cognitive fusion mediates the relationship between dispositional mindfulness and negative affects: A Study in a sample of spanish children and adolescent school students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 16(23): 4687.

García-Soriano, G. (2008) *Pensamientos intrusos obsesivos y obsesiones clínicas: contenidos y significado personal [Obsessional intrusive thoughts and clinical obsessions: contents and personal meaning]* (Yayımlanmış Doktora Tezi). Valencia: Valencia Üniversitesi.

García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C. ve Belloch, A. (2014). Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: A differential analysis. *European Eating Disorders Review*. 22: 191-199.

Garner, D. M. (2002). Measurement of eating disorder psychopathology. C. G. Fairburn ve K. D. Brownell (Ed.). *Eating Disorders and Obesity* (ss. 144). The Guilford Press.

Garner, D. M. ve Garfinkel, P. E. (1979). The Eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9: 273-279.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. ve Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 12(4): 871-878.

Garner, D. M., Olmsted, M.P. ve Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*. 2: 15-34.

Gaudiano, B. A. ve Herbert, J. D. (2006) Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behavior Research and Therapy*. 44: 415-437.

Gençöz, T. (2000). Pozitif ve negatif duygu ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 15(46): 19-26.

Gentes, E. ve Ruscio, A. M. (2015). Do negative appraisals of unwanted thoughts predict negative outcomes? A test of the effect of negative appraisals across thought types. *Journal of Experimental Psychopathology*. 6(1): 82-99.

Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 16(8): 729-773.

Gibson, E. L. (2012). The psychobiology of comfort eating: Implications for neuropharmacological interventions. *Behavioural Pharmacology*. 23(5-6): 442-460.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S. ve Remington, B. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*. 45(1): 83-101.

Giménez, M. H. (2011). Bulimia nervosa: Emotions and making decisions. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (English Edition)*. 4(2): 88-95.

Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P. ve Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. 97(1-3): 37-49.

Goldstein, M., Peters, L., Thornton, C. E. ve Touyz, S. W. (2014). The treatment of perfectionism within the eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review*. 22: 217-221.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R. ve Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 46: 1006-1011.

Gregertsen, E. C., Mandy, W. ve Serpell, L. (2017). The egosyntonic nature of anorexia: An impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology*. 8: 1-9.

Gutierrez, O., Luciano, M. C., Rodrigues, M. ve Fink, B. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*. 35: 767-783.

Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions, ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology - Revised. National Institute of Mental Health Administration. 218-222.

Haciomeroglu, B. (2020). The role of reassurance seeking in obsessive compulsive disorder: The associations between reassurance seeking, dysfunctional beliefs, negative emotions, and obsessive- compulsive symptoms. *BMC Psychiatry*. 20: 356.

Haedt-Matt, A. A. ve Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*. 137(4): 660-681.

Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fitcher, M., Treasure, J., Berrettini, W. H. ve Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*. 157: 1799-1805.

Hamachek, D. E. (1978) Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*. 15(1): 27-33.

Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*. 12(4): 2-8.

Harris, R. (2009). *ACT Made Simple: An Easy-to-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy*. New Harbinger Publication.

Hartmann, A. S., Cordes, M., Hirschfeld, G. ve Vocks, S. (2019). Affect and worry during a checking episode: A comparison of individuals with symptoms of obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa, body dysmorphic disorder, illness anxiety disorder, and panic disorder. *Psychiatry Research*. 272: 349-358.

Hayes, A. F. (2015). An index and test of linear moderated mediation. *Multivariate Behavioral Research*. 50(1): 1-22.

Hayes, C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*. 35(4): 639-665.

Hayes, S. C. (2016). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies – Republished article. *Behavior Therapy*. 47(6): 869-885.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L. ve Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavioural Therapy*. 44(2): 180-198.

Healy, H., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C. ve Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*. 58: 623-640.

Hellberg, S. N., Buchholz, J. L., Twohig, M. P. ve Abramowitz, J. S. (2020). Not just thinking, but believing: Obsessive beliefs and domains of cognitive fusion in the prediction of OCD symptom dimensions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 27(1): 69-78.

Henry, J. D. ve Crawford, J. R. (2005). The short- form version of the depression anxiety stress scales (DASS- 21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 44(2): 227-239.

Herzberg, K. N., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Credé, M., Earleywine, M. ve Eifert, G. H. (2012). The believability of anxious feelings and thoughts questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment*. 24(4): 877-891.

Hewitt, P. L. ve Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 60: 456-470.

Hezel, D. M., Stewart, S. E., Riemann, B. C. ve McNally, R. J. (2019). Standard of proof and intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 64: 36-44.

Hodgson, R. J. ve Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*. 15: 389-395.

Hoek, H. W. ve Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 34(4): 383-396.

Hofer, M. (2017). Mean centering. *The International Encyclopedia of Communication Research Methods*. 1-3.

Hollander, E. ve Benzaquem, S. D. (1997). The obsessive-compulsive spectrum disorders. *International Review of Psychiatry*. 9: 99-109.

Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*. 6(2): 94-103.

Howell, D. C. (2007). *Statistical Methods for Psychology* (6. basım). Thomson Wadsworth.

Hsu, K. G., Crisp, A. H. ve Callender, J. S. (1992). Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorectics 22 years after onset of illness: A pilot study. *Comprehensive Psychiatry*. 33(2): 123-127.

Hu, L. T. ve Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 6(1): 1-55.

Humphreys, J. D., Clopton, J. R. ve Reich, D. A. (2007). Disordered eating behavior and obsessive compulsive symptoms in college students: Cognitive and affective similarities. *Eating Disorders*. 15(3): 247-259.

İnözü, M., Keser, E., Erel, S., Akın Sarı, B., Hacıömeroğlu, A. B. ve Özmenler, K. N. (2022). The investigation of transdiagnostic role of obsessive beliefs: Comparison of clinical groups diagnosed with obsessive compulsive disorder, anxiety disorders and depression with university students. *Turkish Journal of Psychiatry*. 33(1): 22-31.

Jáuregui-Lobera, I., Bolaños-Ríos, P. ve Ruiz-Prieto, I. (2012). Thought–shape fusion and body image in eating disorders. *International Journal of General Medicine*. 5: 823-830.

Johnston, L., Bulik, C. ve Anstiss, V. (1999). Suppressing thoughts about chocolate. *International Journal of Eating Disorders*. 26: 21-27.

Juarascio, A., Forman, E., Timko, C. A., Butryn, M. ve Goodwin, C. (2011). The development and the validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAAQ). *Eating Behaviors*. 12(3): 182-187.

Julien, D., O'Connor, K. P. ve Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*. 27: 366-383.

Kaçar-Başaran, S. (2022). Perfectionism: Its structure, transdiagnostic nature, and cognitive behavioral therapy. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 14(4): 518-525.

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 39: 31-36.

Kalayci, Ş. (2006). *Faktör Analizi. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım.

Karakuş, S. ve Akbay, S. E. (2020). Psikolojik esneklik ölçeği: Uyarlama, geçerlik ve güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 16(1): 32-43.

Keel, P. K. (2010). Epidemiology and course of eating disorders. W. S. Agras (Ed.). *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (ss. 25-32). Oxford University Press.

Kemps, E., Tiggemann, M. ve Christianson, R. (2008). Concurrent visuo-spatial processing reduces food cravings in prescribed weight-loss dieters. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*. 39: 177-186.

Kerr, C., B. Watkins, B. ve Jones, F. M. (2016) Inflated responsibility and perfectionism in child and adolescent anorexia. *Advances in Eating Disorders*. 4(3): 309-314.

Kervancioglu, A., Aydin, Y., Sakarya, D., Duymaz, G. ve Ozdel, K. (2023). Adaptation of cognitive fusion questionnaire to turkish: A validity and reliability study. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 12(1): 50-56.

Kesby, A., Maguire, S., Vartanian, L. R. ve Grisham, J. R. (2019). Intolerance of uncertainty and eating disorder behaviour: Piloting a consumption task in a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 65: 1-7.

Kessler, R. C., Chiu W. T., Demler O., Merikangas K. R. ve Walters E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62: 617-627.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W.T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S. A., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., Girolamo, G., Graaf, R. D., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., O’neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K. M., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. 73: 904-914.

Kinkel-Ram, S. S., Grunewald, W., Ortiz, S. N., Magee, J. M. ve Smith, A. R. (2022). Examining weekly relationships between obsessive-compulsive and eating disorder symptoms. *Journal of Affect Disorders*. 298(Pt A) :9-16.

Kinkel-Ram, S. S., Williams, B. M., Ortiz, S. N., Forrest, L., Magee, J. C., Smith, A. R. ve Levinson, C. A. (2022) Testing intrusive thoughts as illness pathways between eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms: a network analysis. *Eating Disorders*. 30(6): 647-669.

Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Press.

Konstantellou, A., Hale, L., Sternheim, L., Simic, M. ve Eisler, I. (2019). The experience of intolerance of uncertainty for young people with a restrictive eating disorder: A pilot study. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 24: 533-540.

Kostopoulou, M., Varsou, E. ve Stalikas, A. (2013). Thought-shape fusion in anorexia and bulimia nervosa: A comparative experimental study. *Eating and Weight Disorders*. 18(3): 245-253.

Kothari, R., Barker, C., Pistrang, N., Rozental, A., Egan, S., Wade, T., Allcott-Watson, H., Andersson, G. ve Shafran, R. A. (2019). Randomised controlled trial of guided internet-based cognitive behavioural therapy for perfectionism: Effects on psychopathology and transdiagnostic processes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 64: 113-122.

Kul, A. ve Türk, F. (2020). Kabul ve adanmışlık terapisi (act) üzerine bir derleme çalışması. *OPUS-Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*. 16(Özel Sayı): 3773-3805.

Lavender, J. M., Anderson, D. A. ve Gratz, K. L. (2012). Examining the association between thought suppression and eating disorder symptoms in men. *Cognitive Therapy and Research*. 36(6): 788-795.

Lavender, J. M., Utzinger, L. M., Cao, L., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Mitchell, J. E. ve Crosby, R. D. (2016). Reciprocal associations between negative affect, binge eating, and purging in the natural environment in women with bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*. 125(3): 381-386.

Leahy, R. L., Holland, S. J. F. ve McGinn, L. K. (2012). *Treatment Plans and Inverentions for Depression and Anxiety Disorders* (2. basım) (ss. 350-380). The Guilford Press.

Lee, H. J. ve Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsessions: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 41: 11-29.

Lev-Ari, L., Bachner-Melman, R. ve Zohar, A. H. (2021). Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q-13): Expanding on the short form. *Journal of Eating Disorders*. 9: 1-9.

Levinson, C. A., Brosof, L. C., Ram, S. S., Pruitt, A., Russell, S. ve Lenze, E. J. (2019). Obsessions are strongly related to eating disorder symptoms in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa. *Eating Behaviors*. 34: 1-9.

Levinson, C. A., Zerwas, S. C., Brosof, L. C., Thornton, L. M., Strober, M., Pivarunas, B., Crowley, J. J., Yilmaz, Z., Berrettini, W. H., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., La Via, M., Mitchell, J., Rotondo, A., Woodside, B. ve Bulik, C. M. (2019). Associations between dimensions of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder: An examination of personality and psychological factors in patients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 27(2): 161-172.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. R. J. Friedman ve M. M. Katz (Ed.). *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. John Wiley & Sons.

Lovibond, S. H. ve Lovibond, P. F. (1995a). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2. basım). Psychology Foundation of Australia.

Lovibond, P. F. ve Lovibond, S. H. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*. 33(3): 335-343.

Luoma, J. B., Hayes, S. C. ve Walser, R. D. (2010). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-training Manual for Therapists*. New Harbinger Publications.

Makino, M., Tsuboi, K. ve Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: A comparison of Western and non-Western countries. *Medscape General Medicine*. 6: 49.

Manarte, L., Andrade, A. R., do Rosário, L., Sampaio, D., Figueira, M. L., Langley, C., Morgado, P. ve Sahakian, B. J. (2021). Poor insight in obsessive compulsive disorder (OCD): Associations with empathic concern and emotion recognition. *Psychiatry Research*. 304: 1-6.

Mandelli, L., Draghetti, S., Albert, U., De Ronchi, D. ve Atti, A.R. (2020). Rates of comorbid obsessive-compulsive disorder in eating disorders: A meta-analysis of the literature. *Journal of Affective Disorders*. 277: 927-939.

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. ve Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 23(1): 6-19.

Marsh, H. W. ve Hau, K. T. (1996). Assessing goodness of fit: Is parsimony always desirable? *The Journal of Experimental Education*. 64(4): 364-390.

Martinelli, M., Chasson, G. S., Wetterneck, C. ve Hart, J. (2014). Perfectionism dimensions as predictors of symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 78(2): 140-159.

Masuda, A., Anderson, P. L., Wendell, J. W., Chou, Y.-Y., Price, M. ve Feinstein, A. B. (2011). Psychological flexibility mediates the relations between self-concealment and negative psychological outcomes. *Personality and Individual Differences*. 50(2): 243-247.

Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L. ve Wendell, J. W. (2010). Disordered eating related cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification*. 34: 3-15.

Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y. ve Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self-referential thoughts. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*. 41(1): 11-17.

Mather A. ve Cartwright-Hatton S. (2004). Cognitive predictors of obsessive–compulsive symptoms in adolescence: a preliminary investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 33: 743-749.

Matsumoto, Y., Nakamae, T., Abe, Y., Watanabe, A. ve Narumoto, J. (2021). Duration of untreated illness of patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Early Intervention in Psychiatry*. 15(6): 1644-1649.

McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., ... de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: A comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1017/S2045796020000633>.

McManus, F., Waller, G. ve Chadwick, P. (1996). Biases in the processing of different forms of threat in bulimic and comparison women. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 184(9): 547-554.

Mehler, P. S. ve Rylander, M. (2015). Bulimia nervosa - Medical complications. *Journal of Eating Disorders*. 3: 12.

Meier, M., Kossakowski, J. J., Jones, P. J., Kay, B., Riemann, B. C. ve McNally, R. J. (2020). Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders: A network investigation. *International Journal of Eating Disorders*. 53(3): 362-371.

Meier, S. M., Mattheisen, M., Mors, O., Schendel, D. E., Mortensen, P. B. ve Plessen, K. J. (2016). Mortality among persons with obsessive-compulsive disorder in Denmark. *JAMA Psychiatry*. 73(3): 268-274.

Meule, A. ve Voderholzer, U. (2022). Changes in obsessive–compulsive symptoms during inpatient treatment of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*. 10: 106.

Meyer, C., Waller, G. ve Watson, D. (2000). Cognitive avoidance and bulimic psychopathology: The relevance of temporal factors in a nonclinical population. *International Journal of Eating Disorders*. 27: 405-410.

Moore, A., Wheaton, M. G., Rodriguez, C. I., Raila, H. ve Shen, H. (2023). Compulsively seeking certainty: Clarifying the association between intolerance of uncertainty and compulsion severity in OCD. *Journal of Emotion and Psychopathology*. 1(1): 262-272.

Moradi, M., Fata, L., Ahmadi Abhari, A. ve Abbasi, I. (2014). Comparing attentional control and intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and non clinical population. *Iranian Journal of Psychiatry*. 9(2): 69-75.

Morris, L. S., Baek, K., Kundu, P., Harrison, N. A., Frank, M. J. ve Voon, V. (2016). Biases in the explore-exploit tradeoff in addictions: The role of avoidance of uncertainty. *Neuropsychopharmacology*. 41(4): 940-948.

Morton, C., Mooney, T. A., Lozano, L. L., Adams, E. A., Makriyianis, H. M. ve Liss, M. (2020). Psychological inflexibility moderates the relationship between thin-ideal internalization and disordered eating. *Eating Behaviors*. 36: 1-5.

Moulding, R. ve Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*. 26(5): 573-583.

Myers, S. G., Fisher, P. L., Wells, A. (2008) Belief domains of the obsessive beliefs questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive– compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 475-84.

NEDA (National Eating disorder Association). (2013). Eating disorders on the college campus: A national survey of programs and services. Erişim adresi: <http://www.nationaleatingdisorders.org/collegiatesurveyproject>

Nickerson, A., Garber, B., Ahmed, O., Asnaani, A., Cheung, J., Hofmann, S. G., Huynh, L., Liddell, B., Litz, B. T., Pajak, R. ve Bryant, R. A. (2016). Emotional suppression in torture survivors: relationship to posttraumatic stress symptoms and trauma-related negative affect. *Psychiatry Research*. 242: 233-239.

Nishizawa, Y., Kida, K., Nishizawa, K., Hashiba, S., Saito, K. ve Mita, R. (2003). Perception of self-physique and eating behavior of high school students in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 57: 189-196.

Oakes, A., Collison, J. ve Milne-home, J. (2017). Repetitive, safe, and automatic: The experience of appearance-related behaviours in body dysmorphic disorder. *Australian Psychologist*. 52(6): 433-441.

Obsesif Kompulsif Bilişleri alışma Grubu (OKBG). (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 35(7): 667–681.

Obsesif Kompulsif Bilişleri alışma Grubu (OKBG). (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 39(8): 987-1006.

Obsesif Kompulsif Bilişleri alışma Grubu (OKBG). (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*. 41: 863-878.

Obsesif Kompulsif Bilişleri Çalışma Grubu (OKBÇG). (2005). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part II. Factor analyses and testing a brief version. *Behaviour Research and Therapy*. 43: 1527-1542.

Oğur, S., Aksoy, A. ve Selen, H. (2016). Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*. 5(1): 14-26.

Olivares-Olivares P. J., Rosa-Alcazar, A., Martínez-Esparza, I. C. ve Rosa-Alcazar, A. I. (2022). Obsessive beliefs and uncertainty in obsessive compulsive and related patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 22(3): 1-9.

Orçan, F. (2018). Exploratory and confirmatory factor analysis: Which one to use first? *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 9(4): 414-421.

Özdemir, E. ve Hacıömeroğlu, A. B. (2023). Transdiagnostic approach and obsessive compulsive disorder. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*. 15(2): 307-322.

Paixão, C., Oliveira, S. ve Ferreira, C. (2021). A comprehensive model of disordered eating among aesthetic athletic girls: Exploring the role of body image-related cognitive fusion and perfectionistic self- presentation. *Current Psychology*. 40(11): 5727-5734.

Pan, J., Ip, E. H. ve Dubé, L. (2017). An alternative to post hoc model modification in confirmatory factor analysis: The Bayesian lasso. *Psychological Methods*. 22(4): 687-704.

Pascual-Vera, B., Roncero-Sanchís, M. ve Belloch, A. (2017). Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? *Psicothema*. 29(2): 166-171.

Perpiñá, C., Roncero, M., Belloch, A. ve Sánchez-Reales, S. (2011). Eating-related intrusive thoughts inventory: Exploring the dimensionality of eating disorder symptoms. *Psychological Reports*. 109: 108-126.

Phillips, K. E., Kelly-Weeder, S. ve Farrell, K. (2016). Binge eating behavior in college students: What is a binge? *Applied Nursing Research*. 30: 7-11.

Pilecki, B. C. ve McKay, D. (2012). An experimental investigation of cognitive defusion. *The Psychological Record*. 62(1): 19-40.

Pinto, A., Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Pagano, M. E. ve Rasmussen, S. A. (2006). The brown longitudinal obsessive compulsive study: Clinical features and symptoms of the sample at intake. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 67: 703-711.

Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M. ... McGrath, J. J. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish national population. *JAMA Psychiatry*. 76: 259-270.

Polivy, J. ve Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. C. G. Fairburn ve G. T. Wilson (Ed.). *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment* (ss. 173-205). Guilford Press.

Pollack, L. O. ve Forbush, K. T. (2013). Why do eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur? *Eating Behavior*. 14(2): 211-215.

Pozza, A., Albert, U. ve Dèttore, D. (2019). Perfectionism and intolerance of uncertainty are predictors of OCD symptoms in children and early adolescents: A prospective, cohort, one-year, follow-up study. *Clinical Neuropsychiatry*. 16(1): 53-61.

Pozza, A. ve Dettore, D. (2014). The specificity of inflated responsibility beliefs to OCD: A systematic review and meta-analysis of published cross-sectional case-control studies. *Research in Psychology and Behavioral Science*. 2(4): 75-85.

Preacher K. J. ve Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*. 36(4): 717-731.

Purcell-Lalonde, M., O'Connor, K., Aardema, F. ve Coelho, J. S. (2015). Food for thought: Ego-dystonicity and fear of self in eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 23(3): 179-184.

Purdon, C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy*. 35: 121-136.

Purdon, C. L. ve Clark, D. A. (1999) Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 6: 102-110.

Purdon, C., Cripps, E., Faull, M., Joseph, S. ve Rowa, K. (2007). Development of a measure of egodystonicity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 21: 198-216.

Pux, S., Hahn, E., Bergmann, N., Hahne, I., Pauly, L., Ta, T. M. T., Pijenborg, G. H. M. ve Böge, K. (2022) Cognitive fusion and personality traits in the context of mindfulness: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 17(9): 1-16.

Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C. ve Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders*. 27(2): 415-428.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*. 35(9): 793-802.

Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*. 40: 625-639.

Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behavior Research and Therapy*. 42(11): 1227-1255.

Rachman, S. ve Shafran, R. (1999). Cognitive distortions: Thought-action fusion. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 6: 80-85.

Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Portero, A. K. ve Schmidt, N. B. (2017). Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*. 113: 63-67.

Ramezani, Z., Rahimi, C. ve Mohammadi, N. (2016). Predicting obsessive compulsive disorder subtypes using cognitive factors. *Iranian Journal of Psychiatry*. 11(2): 75-81.

Rawal, A., Park, R. J., Mark, J. ve Williams, G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 48: 851-859.

Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. ve Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*. 31: 324-333.

Renjan, V., McEvoy, P. M., Handley, A. K. ve Fursland, A. (2016). Stomaching uncertainty: Relationships among intolerance of uncertainty, eating disorder pathology, and comorbid emotional symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 41: 88-95.

Reuman, L., Buchholz, J. ve Abramowitz, J. S. (2018) Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 9: 15-20.

Rice, K. G. ve Pence, S. L. (2006). Perfectionism and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 28(2): 103-111.

Rigdon, E. E. (1996). CFI versus RMSEA: A comparison of two fit indexes for structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 3(4): 369-379.

Roberts, S. L. ve Sedley, B. (2015). Acceptance and commitment therapy with older adults. *Clinical Case Studies*. 15(1): 53-67.

Rogers, R. L. ve Petrie, T. A. (2001). Psychological correlates of anorexic and bulimic symptomatology. *Journal of Counseling & Development*. 79(2): 178-187.

Rojo-Moreno, L., Arribas, P., Plumed, J., Gimeno, N., García-Blanco, A., Vaz-Leal, F., Vila, M. L. ve Livianos, L. (2015). Prevalence and comorbidity of eating disorders among a community sample of adolescents: 2-year follow-up. *Psychiatry Research*. 227(1): 52-57.

Roncero, M., Belloch, A., Perpiñá, C. ve Treasure, J. (2013) Egosyntonicity and ego-dystonicity of eating related intrusive thoughts in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*. 208: 67-73.

Roncero, M., Perpiñá, C. ve García-Soriano, G. (2011). Study of obsessive compulsive beliefs: Relationship with eating disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 39: 457-470.

Root, M. P. P. ve Fallon, P. (1989). Treating the victimised bulimic. *Journal of Interpersonal Violence*. 4: 90-100.

Rosser, B. A. (2019). Intolerance of uncertainty as a transdiagnostic mechanism of psychological difficulties: A systematic review of evidence pertaining to causality and temporal precedence. *Cognitive Therapy and Research*. 43: 428- 463.

Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*. 49: 45-53.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 9(3): 429-448.

Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 23(5): 571-583.

Salkovskis, P., Shafran, R., Rachman, S. ve Freeston, M. (1999). Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: Possible origins and implications for therapy and research. *Behaviour Research and Therapy*. 37: 1055-1072.

Sallet, P. C., de Alvarenga, P. G., Ferrão, Y., de Mathis, M. A., Torres, A. R., Marques, A., Hounie, A. G., Fossaluza, V., do Rosario, M. C., Fontenelle, L. F., Petribu, K. ve Fleitlich-Bilyk, B. (2010). Eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *International Journal of Eating Disorders*. 43(4): 315-325.

Sametoğlu, S., Denissen, J. J. A., De Clercq, B. ve De Caluwé, E. (2021). Towards a better understanding of adolescent obsessive-compulsive personality traits and obsessive-compulsive symptoms from growth trajectories of perfectionism. *Development and Psychopathology*. 34(4): 1468-1476.

Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K.-Y., Hoehn-Saric, R., Grados, M. A. ve Cullen, B. A. M. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*. 177(5): 457-462.

Sanlier, N., Navruz-Varli, S., Macit, M. S., Mortas, H. ve Tatar, T. (2017). Evaluation of disordered eating tendencies in young adults. *Eating and Weight Disorders*. 22(4): 623-631.

Sarıcam, H. (2018). The psychometric properties of turkish version of depression anxiety stress scale-21 (DASS-21) in health control and clinical samples. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 7(1): 19-30.

Schembri, A. (2010). *Eating disorders and obssesive-compulsive disorder: An examination of overlapping symptoms, obssesive beliefs, and associated cognitive dimensions*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Melbourne: RMIT Üniversitesi.

Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H. ve Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*. 8(2): 23-74.

Schumacker, E. R. ve Lomax, G. R. (1996). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. Lawrence Erlbaum Associates.

Secord, P. F. ve Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body-cathexis: Bodycathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*. 17: 343-347.

Seçer, İ. (2018). *Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci: SPSS ve LISREL Uygulamaları*. Anı yayıncılık.

Segal, Z. V., Teasdale, J. D. ve Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical rationale and empirical status. S. C. Hayes, V. M. Follette ve M. M. Linehan (Ed.). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive Behavioral Tradition* (ss. 45-65). The Guilford Press.

Semiz, M., Kavakcı Ö., Yağız, A., Yontar, G. ve Kuğu, N. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 24(3): 149-157.

Shafran, R. (2002). Eating disorders and obsessive compulsive disorder. R. O. Frost ve G. Steketee (Ed.). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment* (ss. 215-231). Pergamon/Elsevier Science Inc.

Shafran, R. ve Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*. 21: 879-906.

Shafran, R. ve Robinson, P. (2004). Thought-shape fusion in eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 43(Pt 4): 399-408.

Shafran, R., Cooper, Z. ve Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 40(7): 773-791.

Shafran, R., Thordarson, D. S. ve Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 10(5): 379-391.

Sehm, M. ve Warschburger, P. (2017). The dual-pathway model of binge eating: Is there a need for modification? *Appetite*. 114: 137-145.

Shevlin, M. ve Miles, J. N. V. (1998). Effects of sample size, model specification and factor loadings on the GFI in confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*. 25(1): 85-90.

Shiffman, S., Stone, A. A. ve Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 4(1): 1-32.

Simpson, H. B., Wetterneck, C. T., Cahill, S. P., Steinglass, J. E., Franklin, M. E., Leonard, R. C., Weltzin, T. E. ve Riemann, B. C. (2013). Treatment of obsessive-compulsive disorder complicated by comorbid eating disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*. 42(1): 64-76.

Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J. ve Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and Evaluation in Counseling Development*. 34: 130-145.

Smith, E. ve Rieger, E. (2009). The effect of attentional training on body dissatisfaction and dietary restriction. *European Eating Disorders Review*. 17: 169-176.

Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L. ve Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and eating disorder symptoms among men and women. *Eating Behavior*. 32: 95-100.

Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E. ve Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(4): 629-638.

Song, W., Wang, W., Yu, S. ve Lin, G. N. (2021). Dissection of the genetic association between anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder at the network and cellular levels. *Genes*. 12(4): 491.

Stackpole, R., Greene, D., Bills, E. ve Egan, S. J. (2023). The association between eating disorders and perfectionism in adults: A systematic review and meta-analysis. *Eating Behaviors*. 50: 1-12.

Steinfeld, B., Bauer, A., Waldorf, M., Engel, N., Braks, K., Huber, T. J. ve Vocks, S. (2017). Validierung einer deutschsprachigen fassung des body checking questionnaire

(BCQ) an Jugendlichen mit anorexia und bulimia nervosa [Validation of a German language version of the body checking questionnaire (BCQ) in adolescents with anorexia and bulimia nervosa]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 67(1): 38-46.

Steinglass, J. E., Sysko, R., Glasofer, D., Albano, A. M., Simpson, H. B. ve Walsh, B. T. (2011). Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 44(2): 134-141.

Sternheim, L., Startup, H. ve Schmidt, U. (2011). An experimental exploration of behavioral and cognitive–emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*. 25(6): 806-812.

Stice E. (2011). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*. 110(1): 124-135.

Stice, E. ve Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analyses. *Behavior Therapy*. 29: 257-276.

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P. ve Shaw, H. (2016). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication.

Stringer, D. M. (2013). Negative affect. M. D. Gellman ve J. R. Turner (Ed.). *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (ss.1303-1304). Springer.

Stone, A. A. ve Shiffman, S. (2002). Capturing momentary, self-report data: A proposal for reporting guidelines. *Annals of Behavioral Medicine*. 24: 236-243.

Strosahl, K. D. (2004). ACT with multi problem client. S. C. Hayes ve K. D. Strosahl (Ed.). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (ss. 209-244). New Harbinger.

Stunkard, A. J. ve Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*. 29: 71-83.

Swinbourne, J., Hunt, C., Abbott, M., Russell, J., Clare, T. ve Touyz, S. (2012). The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1(46): 118-131.

Swinbourne, J. ve Touyz, S. (2007). The co-morbidity of eating disorders and anxiety disorders: A review. *European Eating Disorders Review*. 15: 253-274.

Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5. basım). Allyn and Bacon.

Taherdoost, H., Sahibuddin, S. ve Jalaliyoon, N. (2014). Exploratory factor analysis; Concepts and theory. *Advances in Applied and Pure Mathematics*. 27: 375-382.

Taylor, S., Abramowitz, J. S. ve McKay, D. (2007). Cognitive-behavioral models of obsessive compulsive disorder. M. M. Antony, C. Purdon ve L. J. Summerfeldt (Ed.). *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Fundamentals and Beyond* (ss. 9-29). American Psychological Association Press.

Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D. ve Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 18: 663-668.

Thiel, A., Brooks, A., Ohlmeier, M., Jacoby, G. E., ve Schußler, G. (1995). Obsessive- compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*. 152: 72-75.

Thordarson, D. S. ve Shafran, R. (2002). Importance of thoughts. R. O. Frost ve G. Steketee (Ed.). *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions: Theory, Assessment, and Treatment* (ss. 15-28). Pergamon/ Elsevier.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D. ve Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 17(2): 233-242.

Tolin, D.F., Worhunsky, P. ve Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 44: 469-480.

Trindade, I. A. ve Ferreira, C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating Behaviors*. 15(1): 72-75.

Tsai, M. R., Chang, Y.J., Lien, P. J. ve Wong, Y. (2011). Survey on eating disorders related thoughts, behaviours and dietary intake in female junior high school students in Taiwan. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*. 20: 196-205.

Twohig, M. P., Hayes, S. C. ve Masuda A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Therapy*. 37(1): 3-13.

Tyagi, H., Patel, R., Rughooputh, F., Abrahams, H., Watson, A. J. ve Drummond, L. (2015). Comparative prevalence of eating disorders in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Psychiatry Journal*. 1-6. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1155/2015/186927>

Uluyol, F. M., Taşkale, N. ve Inözü Mermerkaya, M., (2022). Yeme ile ilişkili istem dışı düşünceler envanteri'nin (YİDE) Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Nesne*. 10(25): 418-437.

Urvelyte, E. ve Perminas, A. (2015). The dual pathway model of bulimia: Replication and extension with anorexia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 205: 178-183.

Uzun, N. B., Gelbal, S. ve Öğretmen, T. (2010). TIMMS-R Başarı ve duyuşsal özellikler arasındaki ilişkinin modellenmesi ve modelin cinsiyetler bakımından karşılaştırılması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 18(2): 531-544.

Uzun, O., Güleç, N., Ozşahin, A., Doruk, A., Ozdemir, B. ve Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*. 47(2): 123-126.

Ünsal, A., Tozun, M., Ayrancı, Ü. ve Arslantaş, D. (2010). Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dirim Tıp Gazetesi*. 85(3): 100-112.

Van Oppen, P. ve Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 32(1): 79-87.

Vanzhula, I. A., Kinkel-Ram, S. S. ve Levinson, C. A. (2021). Perfectionism and difficulty controlling thoughts bridge eating disorder and obsessive-compulsive disorder symptoms: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*. 283: 302-309.

Vardar, E. ve Erzenin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 22(4): 205-212.

Vartanian, L. R. ve Grisham, J. R. (2012). Obsessive–compulsive symptoms and body checking in women and men. *Cognitive Therapy and Research*. 36(4): 367-374.

Voon, V. (2015). Cognitive biases in binge eating disorder: The hijacking of decision making. *CNS Spectrums*. 20(6): 566-573.

Vögele, C., Lutz, A. P. C. ve Gibson, E. L. (2017). *Mood, Emotions, and Eating Disorders*. *Oxford Handbooks Online*. Oxford University Press.

Wade, T. D., Wilksch, S. M., Paxton, S. J., Byrne, S. M. ve Austin, S. B. (2015). How perfectionism and ineffectiveness influence growth of eating disorder risk in young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*. 66: 56-63.

Waller, G. ve Meyer, C. (1997). Cognitive avoidance of threat cues: Association with Eating Disorder Inventory scores among a non-eating disordered population. *International Journal of Eating Disorder*. 22: 299-308.

Waller, G., Watkins, H., Shuck, V. ve McManus, F. (1996). Bulimic psychopathology and attentional biases to ego-threats among non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*. 20: 169-176.

Watson, D. ve Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience negative aversive emotional states. *Psychological Bulletin*. 96(3): 465-490.

Watson, D., Clark, L. A. ve Carey, G. (1988). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 97(3): 346-353.

Watson, D., Clark, L. A. ve Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(6): 1063-1070.

Wegner, D. M. (1989). *White Bears and Other Unwanted Thoughts: Suppression, Obsession, and the Psychology of Mental Control*. Viking.

Wendell, J. W, Masuda, A., ve Le, J. K. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors*. 13(3): 240-245.

Wenzlaff, R. M. ve Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*. 51: 59-91.

West, B. ve Willner, P. (2011). Magical thinking in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 39(4): 399-411.

Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Jacoby, R. J., Zwerling, J. ve Rodriguez, C. I. (2016). An investigation of the role of intolerance of uncertainty in hoarding symptoms. *Journal of Affective Disorders*. 193: 208-214.

Williams, A. D. ve Grisham, J. R. (2013). Cognitive bias modification (CBM) of obsessive compulsive beliefs. *BMC Psychiatry*. 13.

Williams, B. M. ve Levinson, C. A. (2020). Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive-compulsive disorder symptoms. *European Eating Disorders Review*. 29(1): 1-11.

Witthauer, C. T., Gloster, A., Meyer, A. H. ve Lieb, R. (2014). Physical diseases among persons with obsessive compulsive symptoms and disorder: A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. 49(12): 2013-2022.

Woody, S. R., Whittal, M. L. ve McLean, P. D. (2011). Mechanisms of symptom reduction in treatment for obsessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79(5): 653-664.

Wu, J., Liu, J., Li, S., Ma, H. ve Wang, Y. (2020). Trends in the prevalence and disability-adjusted life years of eating disorders from 1990 to 2017: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 29: 1-12.

Xu, C., Cao, H. ve Liu, D. (2019). Integrative analysis of shared genetic pathogenesis by obsessive-compulsive and eating disorders. *Molecular Medicine Reports*. 19(3): 1761-1766.

Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 46(Özel sayı): 74-85.

Yıldız, D. ve Uzunsakal, E. (2018). Alan araştırmalarında güvenirlik testlerinin karşılaştırılması ve tarımsal veri üzerine bir uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*. 2(1): 14-28.

Yılmaz, H., Karakuş, G., Tamam, L., Demirkol, M. E., Namlı, Z. ve Yeşiloğlu, C. (2020). Association of orthorexic tendencies with obsessive-compulsive symptoms, eating attitudes and exercise. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 16: 3035-3044.

Yilmaz, Z., Halvorsen, M., Bryois, J., Yu, D., Thornton, L. M., Zerwas, S., Micali, N., Moessner, R., Burton, C. L., Zai, G., Erdman, L., Kas, M. J., Arnold, P. D., Davis, L. K., Knowles, J. A., Breen, G., Scharf, J. M., Nestadt, G., Mathews, C. A., Bulik, C. M., Mattheisen, M. ve Crowley, J. J. (2020). Examination of the shared genetic basis of anorexia nervosa and obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*. 25(9): 2036-2046.

Yong, A. G. ve Pearce, S. (2013). A beginner's guide to factor analysis: focusing on exploratory factor analysis. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*. 9(2): 79-94.

Yorulmaz, O., Karancı, A. N. ve Tekok-Kılıç, A. (2006). What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions? *Journal of Anxiety Disorders*. 20: 312-327.

Yorulmaz, O., Karanci, A. N., Bastug, B., Kisa, C. ve Goka, E. (2008). Responsibility, thought–action fusion, and thought suppression in Turkish patients with obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 64(3): 308-317.

Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim*. 22(4): 39-44.





EKLER

EK 1: İlk Aşama için Demografik Bilgi Formu

Yaşınız:

Yaşadığınız il:

Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
☐ Erkek
☐ Diğer
☐ Belirtmek istemiyorum

Medeni Durumunuz:

- ☐ Bekar
☐ Evli
☐ Boşanmış
☐ İlişkisi var (Evli değil)

Eğitim Durumunuz: (Eğitiminiz devam ediyorsa devam ettiğiniz öğrenim düzeyinizi, mezun olduysanız en son mezun olduğunuz öğrenim düzeyinizi işaretleyiniz.)

- ☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise
☐ Üniversite
☐ Yüksek Öğrenim (Yüksek lisans, doktora vb.)

Sosyoekonomik Düzeyiniz:

- ☐ Düşük
☐ Düşük-Orta
☐ Orta
☐ Orta-Yüksek
☐ Yüksek

Mesleğiniz:

- ☐ İşsiz (Çalışmıyor)
☐ Serbest Meslek
☐ Memur

☐

İşçi

☐

Özel sektör

☐

Öğrenci

☐

Diğer

Diğer ise lütfen belirtiniz:

Tanı almış olduğunuz herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

☐

Hayır

☐

Evet

Evet ise lütfen tanıyı belirtiniz:

Bugüne kadar bir uzmana (psikolog, psikiyatrist) giderek psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

☐

Hayır

☐

Evet

Evet ise lütfen tanıyı belirtiniz:

Bu tanınız devam ediyor mu?

☐

Hayır

☐

Evet

Bugüne kadar psikiyatrik bir rahatsızlığınızdan dolayı ilaç tedavisi gördünüz mü?

☐

Hayır

☐

Evet

Evet ise lütfen rahatsızlığı belirtiniz:

Bugüne kadar psikiyatrik bir rahatsızlığınızdan dolayı psikoterapi aldınız mı?

☐

Hayır

☐

Evet

Evet ise lütfen rahatsızlığı belirtiniz:

EK 2: Obsesif İnanışlar Ölçeği-44 (OIÖ-44)

Örnek Maddeler

Bu envanterde, insanların zaman zaman takındıkları bir dizi tutum ve inanış sıralanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

Her bir ifade için, *nasıl düşündüğünüzü* en iyi tanımlayan cevaba karşılık gelen rakamı seçiniz. İnsanlar birbirinden farklı olduğu için envanterde doğru veya yanlış cevap yoktur.

Sunulan ifadenin, tipik olarak yaşama bakış açınızı yansıtıp yansıtmadığına karar vermek için sadece çoğu zaman nasıl olduğunuzu göz önünde bulundurunuz.

Derecelendirme için aşağıdaki ölçeği kullanınız.

Hiç katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Biraz katılmıyorum (3), Ne katılıyorum ne katılmıyorum (4), Biraz Katılıyorum (5), Katılıyorum (6), Tamamen katılıyorum (7).

Derecelendirme yaparken, ölçekteki orta değeri işaretlemekten (4) kaçınmaya çalışınız; bunun yerine, inanış ve tutumlarınızla ilgili ifadeye genellikle katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

	1	2	3	4	5	6	7
1.Sıklıkla çevremdeki şeylerin tehlikeli olduğunu düşünürüm.							
2. Bir şeyden tam anlamıyla emin değilsem kesin hata yaparım.							
3.Benim standartlarıma göre her şey mükemmel olmalıdır.							
4.Değerli biri olmam için yaptığım her şeyde mükemmel olmalıyım.							
5. Bana göre, kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında onları gerçekleştirmek kadar kötüdür.							

EK 3: Obsesif İnançlar Ölçeği-Yeme Bozuklukları Versiyonu (OIÖ-YBV)

Örnek Maddeler

Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve ifadeye ne kadar katılıp katılmadığınızı belirtiniz. Her bir ifade için, **nasıl düşündüğünüzü en iyi tanımlayan cevaba karşılık gelen rakamı** seçiniz. Derecelendirme için aşağıdaki puanları kullanınız: Hiç katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Biraz katılmıyorum (3), Ne katılıyorum ne katılmıyorum (4), Biraz Katılıyorum (5), Katılıyorum (6), Tamamen katılıyorum (7).

	1	2	3	4	5	6	7
1. Benim için, yemek yemeye ilişkin kötü/uygunsuz dürtülere sahip olmak aslında yemek yemek kadar kötüdür.							
2. Kilo almamak için yediklerimi kısıtlamalıyım.							
3. Dikkatli olmazsam kilom birden fırlayacak.							
4. Kilo almayı ne kadar çok düşünürsem, kilo alma riskim o kadar artar.							
5. Vücut şeklimde ve kilomda değişiklik olmasından kaçınmak benim açımdan sürekli bir çaba gerektirir.							
6. Benim için, yediğim şeyin tüm olası sonuçlarını düşünmek çok önemlidir.							

EK 4: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği-13 (YBDÖ-13)*Örnek Maddeler*

Aşağıdaki sorular sadece son dört hafta (28 gün) ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz. Aşağıdaki ifadeleri son 28 günün kaç gününde deneyimlediyseniz o kadar gün sayısını işaretleyiniz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız ve her soru için bir yanıt seçiniz. Teşekkür ederiz.

Son 28 günün kaç gününde...	0	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Her gün
bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yediğiniz yiyecek miktarını kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için sevdiğiniz herhangi bir yiyeceği beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yemenizle ilgili belirli kurallara (örneğin, kalori sınırlandırması) uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
vücut ağırlığınız, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							
bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							

EK 5: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği-21 (DASÖ-21)

Örnek Maddeler

Bu ölçek kişilerin depresyon, anksiyete ve stres belirti düzeylerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Lütfen aşağıdaki maddeleri son 1 haftadaki durumunuza göre değerlendirerek size uygun olan cevap seçeneğini işaretleyiniz.

Son 1 Haftadaki Durumunuz;	Hiçbir zaman	Bazen ve ara sıra	Oldukça sık	Her zaman
Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>).	0	1	2	3
Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3

EK 6: İkinci Aşama için Demografik Bilgi Formu

Yaşınız:

Yaşadığınız il:

Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
☐ Erkek
☐ Diğer
☐ Belirtmek istemiyorum

Medeni Durumunuz:

- ☐ Bekar
☐ Evli
☐ Boşanmış
☐ İlişkisi var (Evli değil)

Eğitim Durumunuz:

- ☐ İlkokul
☐ Ortaokul
☐ Lise
☐ Üniversite
☐ Yüksek Öğrenim (Yüksek lisans, doktora vb.)

Sosyoekonomik Düzeyiniz:

- ☐ Düşük
☐ Düşük-Orta
☐ Orta
☐ Orta-Yüksek
☐ Yüksek

Mesleğiniz:

- ☐ İşsiz (Çalışmıyor)
☐ Serbest Meslek
☐ Memur
☐ İşçi
☐ Özel sektör

☐ Öğrenci

☐ Diğer

Diğer ise lütfen belirtiniz:

Tanı almış olduğunuz herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

☐ Hayır

☐ Evet

Evet ise lütfen tanıyı belirtiniz:

Bugüne kadar bir uzmana giderek psikiyatrik bir tanı aldınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet

Evet ise lütfen tanıyı belirtiniz:

Bu tanınız devam ediyor mu?

☐ Hayır

☐ Evet

Bugüne kadar psikiyatrik bir rahatsızlığınızdan dolayı ilaç tedavisi gördünüz mü?

☐ Hayır

☐ Evet

Evet ise lütfen rahatsızlığı belirtiniz:

Bugüne kadar psikiyatrik bir rahatsızlığınızdan dolayı psikoterapi aldınız mı?

☐ Hayır

☐ Evet

Evet ise lütfen rahatsızlığı belirtiniz:

Kilo almaktan korkuyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet

Aynada kendi bedeninize baktığınızda bedeninizi olduğunuzdan daha kilolu/yağlı görüyor musunuz?

☐ Hayır

☐ Evet

Bugüne kadarki en yüksek kilonuz nedir?

Bugüne kadarki en düşük kilonuz nedir?

Ulaşmak istediğiniz ideal kilonuz nedir?

EK 7: Pozitif ve Negatif Duygulanım Ölçeği (PNDÖ)

Örnek Maddeler

Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan birtakım sözcükler içermektedir. Her maddeyi, iki hafta nasıl hissettiğinizi düşünerek okuyunuz. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere işaretleyiniz. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanınız.

1.Çok az veya hiç, 2. Biraz, 3. Ortalama, 4. Oldukça, 5. Çok fazla

	1	2	3	4	5
İlgili					
Sıkıntılı					
Heyecanlı					
Mutsuz					
Güçlü					
Suçlu					
Ürkmüş					

EK 8: Bilişsel Birleşme Ölçeği (BBÖ)

Örnek Maddeler

Aşağıdaki bazı ifadelerin bir listesini bulacaksınız. Lütfen her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanındaki sayılardan birini daire içine alarak değerlendiriniz. Seçiminizi yapmak için alttaki ölçeği kullanın.

1 = Asla doğru değil, 2 = Çok nadiren doğru, 3 = Nadiren doğru, 4 = Bazen doğru, 5 = Sıklıkla doğru, 6 = Hemen her zaman doğru, 7 = Her zaman doğru.

	1	2	3	4	5	6	7
Düşüncelerim bende sıkıntı ya da duygusal acıya neden olur.							
Düşüncelerime o kadar kapılıyorum ki, en çok yapmak istediğim şeyleri yapamaz hale gelirim.							
Olayları bana yardımı olmayacak bir noktaya gelinceye kadar, aşırı analiz ederim.							
Düşüncelerimle mücadele halindeyimdir.							

EK 9: İlk Aşama için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Psk. Ezginur ÇELİK ve Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Adviye Esin YILMAZ SAMANCI tarafından, yeme alışkanlıklarına özgü inançları değerlendirmek için kullanılan bir ölçüm aracının dilimize uyarlanması amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma kapsamında herhangi fiziksel ve duygusal risk öngörülmemektedir. Bununla birlikte herhangi bir nedenden dolayı araştırmayı yarıda bırakma hakkınız bulunmaktadır. Ancak yarım bırakılan anketlerin değerlendirmeye alınamaması nedeniyle anketleri tamamlamanız çalışmanın gidişatı açısından oldukça değerlidir. Araştırmayı tamamlamanız yaklaşık 20 dakikanızı alacaktır.

Anketlerde bulunan soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sorulara sizin için doğru olan şekilde yanıt vermeniz araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu araştırma kapsamında elde edilen bilgiler gizli tutulacak, toplu olarak araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak ve/veya araştırmanın sonuçları hakkında bilgi edinmek isterseniz Psk. Ezginur Çelik ile iletişime geçebilirsiniz. Araştırmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda verilen bilgileri okudum, anladım ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

- ☐ Onaylıyorum
☐ Onaylamıyorum

EK 10: İlk Aşama için Bilgilendirilmiş Onam Formu (DFA için)

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Psk. Ezginur ÇELİK ve Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Adviye Esin YILMAZ SAMANCI tarafından, yeme alışkanlıklarına özgü inançları değerlendirmek için kullanılan bir ölçüm aracının dilimize uyarlanması amacıyla, yüksek lisans tezi kapsamında yürütülmektedir.

Bu araştırmanın ilk aşaması tamamlanmış, bu anket araştırmanın ikinci aşamasını kapsamaktadır. İkinci aşamaya katılmak için araştırmanın ilk aşamasına katılma zorunluluğu yoktur. 18 yaş ve üzeri her birey, ilk aşamadan bağımsız olarak bu araştırmaya katılabilir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma kapsamında herhangi fiziksel ve duygusal risk öngörülmemektedir. Bununla birlikte herhangi bir nedenden dolayı araştırmayı yarıda bırakma hakkınız bulunmaktadır. Ancak yarım bırakılan anketlerin değerlendirmeye alınamaması nedeniyle anketleri tamamlamanız çalışmanın gidişatı açısından oldukça değerlidir. Araştırmayı tamamlamanız yaklaşık beş dakikanızı alacaktır.

Anketlerde bulunan soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sorulara sizin için doğru olan şekilde yanıt vermeniz araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu araştırma kapsamında elde edilen bilgiler gizli tutulacak, toplu olarak araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak ve/veya araştırmanın sonuçları hakkında bilgi edinmek isterseniz Psk. Ezginur Çelik ile iletişime geçebilirsiniz. Araştırmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda verilen bilgileri okudum, anladım ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

- ☐ Onaylıyorum
☐ Onaylamıyorum

EK 11: İkinci Aşama için Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi Psk. Ezginur ÇELİK tarafından, Doç. Dr. A. Esin YILMAZ SAMANCI danışmanlığında yürütülmektedir. Çalışmanın amacı çeşitli bilişsel özelliklerin duygular, yeme alışkanlıkları ve tekrarlayıcı düşünce ve davranış kalıpları üzerindeki rolünü incelemektir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma kapsamında herhangi fiziksel ve duygusal risk öngörülmemektedir. Bununla birlikte herhangi bir nedenden dolayı araştırmayı yarıda bırakma hakkınız bulunmaktadır. Ancak yarım bırakılan anketlerin değerlendirmeye alınamaması nedeniyle anketleri tamamlamanız çalışmanın gidişatı açısından oldukça değerlidir. Araştırmayı tamamlamanız yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır.

Anketlerde bulunan soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Sorulara sizin için doğru olan şekilde yanıt vermeniz araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu araştırma kapsamında elde edilen bilgiler gizli tutulacak, toplu olarak araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır.

Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak ve/veya araştırmanın sonuçları hakkında bilgi edinmek isterseniz Psk. Ezginur Çelik ile iletişime geçebilirsiniz. Araştırmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Yukarıda verilen bilgileri okudum, anladım ve araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

- ☐ Onaylıyorum
☐ Onaylamıyorum