



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

**DUYGUSAL YEME BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA
YÖNELİK EMDR TERAPİSİ PROTOKOLÜ GELİŞTİRİLMESİ
VE ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

İrem Can ESENKAYA

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2022

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

**DUYGUSAL YEME BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA
YÖNELİK EMDR TERAPİSİ PROTOKOLÜ GELİŞTİRİLMESİ
VE ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI**

İrem Can ESENKAYA

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gökben HIZLI SAYAR**

İSTANBUL-2022

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

.../.../2022

İrem Can ESENKAYA



ÖNSÖZ

Beni Klinik Psikoloji programına kabul ederek, insan ruhunun büyüğü dünyasının kapılarını açarken, elimde geçerli bir kimlik kazandıran Sayın Prof. Dr. Kadir ÖZER'e, klinik deneyimlerini benimle cömertçe paylaşan Sayın Prof. Dr. Kültegin ÖGEL'e, Sayın Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR'a, Sayın Prof. Dr. Işın BARAN'a ve Uz. Psk. Dan. Feriha DİLDAR'a;

Bana bambaşka bir dil öğreten, şakalarında bile bir işaret olan, kendisiyle geçirdiğim zaman boyunca hem kendimi hem de hastaları derinlemesine anlamamı sağlayan, her akşam ofisimi kapatırken beni eğitimine kabul ettiği için kendisine, yollarımızı kesiştirdiği için hayata teşekkürlerimi sunmama vesile olan hocam Prof. Dr. Doğan ŞAHİN'e;

EMDR eğitimini bitirdikten sonra aldığım henüz ikinci süpervizyonda beni kendisi ile beraber Avrupa Kongresi'ne davet eden ve EMDR camiasına her zaman onların arasındaymışçasına adapte olmamı sağlayan öncelikle hocam, sonra dostum ve sırdaşım Uz. Psk. Asena YURTSEVER'e;

Tez danışmanım olmayı kabul eden ve zorlu pandemi süreci dahil her zaman ihtiyaçlarıma hızla karşılık veren danışmanım Prof. Dr. Gökben HIZLI SAYAR'a

Ne konuşulduğu hakkında sınırlı fikrim olan zamanlarda dahi, bana sabır ve şefkat ile anlatmaya devam eden süpervizörüm Uzm. Psk. Göver KAZANCIOĞLU'na

Her telefonuma, gün ve saat fark etmeksizin aynı sıcak ses tonu ile cevap veren asistanım Psk. Burcu Göktaş'a ve çıkardığı işler ile bana ilham veren Psk. Nora Karapekmez'e;

Beni her zaman layık olmadığım övgüleri ile yüreklendiren ve kalbimi sevgileri ile ısıtan yüksek lisans sınıf arkadaşlarıma;

Ben tez veya hasta başında iken aileme ve çocuklarıma desteklerini esirgemeyen geniş aileme ve "mahalle arkadaşlarıma";

Hayatımda aldığım her kararda, “doğru, yanlış” demeden maddi manevi arkamda duran ve hatta yanlış kararlarımdın ceremesini çekerken, zor zamanlarıma eşlik eden, annem, yoldaşım Dr. Sema SÜVARIÖĞLU’na ve babam Zeki Ulvi SÜVARIÖĞLU’na;

Küçücük yaşta kendisiyle evlendiğimden beri bütün toyluklarıma ve zorluklarıma rağmen, kendisi ile aynı topraktan beslenmeme müsaade eden, psikiyatristliğinden, ebevenynliğinden ama en çok da insanlığından çok şey öğrendiğim, meslek hayatım boyunca gelişimime her zaman destek olan eşim Dr. Ömer Esenkaya’ya;

Varlıklarıyla canıma can katan, ofiste, bilgisayar başında geçirdiğim uzun günler ve geceler boyunca beni sabırla bekleyen ve hatta küçücük bedenlerinin içindeki nur ve mana dolu kalpleri ile bana destek olan, kızlarımd Zehra Nur ve Gülcemal’e teşekkür ederim.

İrem Can ESENKAYA

DUYGUSAL YEME BOZUKLUĞU OLAN HASTALARA YÖNELİK EMDR TERAPİSİ PROTOKOLÜ GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

ÖZET

Yeme davranışlarındaki bozukluklar fiziksel sağlığın ve psikolojik sağlığın önemli bir belirleyicisidir. Yeme davranıőındaki bozukluklar yemeyi reddetme, yenmeyecek ürünleri yeme, yemek yeme sonrası kilo almayı engelleme ve aşırı yeme davranışı gibi farklı spektrumlarda gözlenmektedir. Yeme bozukluklarının tedavisinde psikoterapiler etkin bir şekilde kullanılmaktadır. Bu psikoterapilerde kullanılan bir yöntem olarak EMDR faydalı sonuçları ile bilinmektedir. Göz hareketleri veya beden duyumlarının kullanılarak beynin bilateral uyarılması ve bilgilerin yeniden işlenmesi prensibine dayanan EMDR, yeme bozukları için de kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmanın ana amacı literatürde eksik olan “Duygusal Yeme Bozukluğu’nun EMDR protokelleri ile tedavisine” dair bir el kitabı oluşturmak, Duygusal Yeme Bozukluğu’nda EMDR uygulamalarının etkinliği araştırmak ve bunu araştırmayı yaparken geliştirilen protokolün pilot çalışmasını yapmaktır. Bu amaçla yapılan çalışmaya 3 erkek ve 16 kadın olmak üzere toplam 19 kişi katılmıştır. Katılımcılara içerisinde, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Travma Sonrası Bilişler Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği’nin bulunduğu anket uygulanmıştır. Daha sonra katılımcılar “Travması olan” ve “Travması olmayan” şeklinde iki gruba ayrılmıő, ve her iki gruba da 10’ar seans EMDR uygulanmıştır. Daha sonra her iki gruba da Türkçe Duygusal yeme ölçeği tekrar uygulanmıştır. Elde edilen bulgularda, EMDR seansları sonunda katılımcıların Duygusal Yeme Ölçeği ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşüşler gözlenmiştir. Travmatik deneyimi olan ve olmayan katılımcıların Duygusal Yeme Ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Korelasyon analizi sonucunda, duygusal yeme puanları ile diğer araştırma ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler elde edilmemiştir. Sonuç olarak uygulanan EMDR seanslarının duygusal yeme davranıőında etkili olduğu görülmüştür.

Dürtüsellik, travma, mükemmeliyetçilik ve obsesif-kompulsif belirtiler duygusal yeme davranışı ile ilişkili bulunmamıştır. Elde edilen bulgular duygusal yeme davranışının doğasının anlaşılmasında ve sağaltımı noktasında literatüre güncel bilgiler sunmaktadır. Elde edilen bulgular gerek hastalara gerek uzmanlara farklı bakış açıları kazanma fırsatı sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: *yeme bozukluğu, duygusal yeme, EMDR*



DEVELOPMENT OF AN EMDR PROTOCOL FOR PATIENTS DIAGNOSED WITH EMOTIONAL EATING DISORDER AND THE EFFICACY STUDY OF THE PROTOCOL

ABSTRACT

Eating disorders are an important determinant of physical and psychological health. Eating disorders are observed in a great range of spectrum, from refusal to eat, eating inedible products or preventing weight gain after eating to excessive eating behavior. Psychotherapies are used effectively in the treatment of eating disorders. As a method used in these psychotherapies, EMDR is highlighted with its beneficial results. EMDR, which is based on the principle of bilateral stimulation of the brain and reprocessing of information using eye movements or body sensations, is also a method used for eating disorders. The main purpose of this study is to test the effectiveness of EMDR applications in Emotional Eating Disorder, to develop a manual based on an EMDR protocol for Emotional Eating Disorder and to make a pilot study using that manual. A total of 19 people, 3 men and 16 women, participated in the study conducted for this purpose. A set of questionnaire including, Turkish Emotional Eating Scale, Multidimensional Perfectionism Scale, Maudsley Obsessive-Compulsive Question List, Barratt Impulsivity Scale, Post Traumatic Cognition Scale and Childhood Trauma Scale were applied to the participants. Afterwards, the participants were divided into two groups as "Having Trauma" or "Not Having Trauma". Both groups received 10 sessions of EMDR. After the sessions the participants were given the Turkish Emotional Eating Scale. There was a statistically significant decrease in the Emotional Eating Scale. There was no significant difference between the Emotional Eating Scale and sub-dimension scores of the participants with and without traumatic experience. As a result of the correlation analysis, no significant relationships were found between emotional eating scores and other research scales. As a result, it was observed that the EMDR sessions applied were effective in emotional eating behavior. Impulsivity, trauma, perfectionism, and obsessive-compulsive symptoms were not found to be associated with emotional eating behavior. The findings provide up-to-date information to the literature at the point of understanding the nature of emotional

eating behavior and its treatment. The findings obtained offer different perspectives to both patients and specialists.

Keywords: *eating disorder, emotional eating, EMDR*



İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
ÖNSÖZ	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1 GİRİŞ	1
2 GENEL BİLGİLER	7
2.1 Yeme Bozuklukları	7
2.1.1 Duygusal Yeme	9
2.1.2 Duygusal Yeme mi Yeme Bağımlılığı Mı?	9
2.1.3 Duygusal Yemede Demografik Özellikler	10
2.1.4 Duygusal Yemeye İlişkili Diğer Yeme Bozuklukları	10
2.1.4.1 Anoreksia Nervosa.....	11
2.1.4.2 Bulimia Nervosa	12
2.1.4.3 Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu	13
2.1.5 Duygusal Yeme Eğilimi Olan Kişilerin Özellikleri.....	13
2.1.6 Duygusal Yeme ve Travma Geçmişi	14
2.1.7 Duygusal Yeme ve Stres.....	15
2.1.8 Duygusal Yeme ve Adaptif Olamayan Başa Çıkma.....	17
2.1.9 Duygusal Yeme ve Bağlanma	20
2.2 EMDR Terapisi.....	21
2.2.1 EMDR	21
2.2.2 Yeme Bozuklukları ve EMDR	23
2.2.3 Sekiz Aşamalı EMDR Terapisi	23
2.2.3.1 Birinci Aşama: Anamnez alma ve Planlama.....	23
2.2.3.2 İkinci Aşama: Hazırlık	26

2.2.3.3	Üçüncü Aşama: Değerlendirme	27
2.2.3.4	Dördüncü Aşama: Duyarsızlaştırma	28
2.2.3.5	Beşinci Aşama: Yerleştirme	28
2.2.3.6	Altıncı Aşama: Beden Tarama	29
2.2.3.7	Yedinci Aşama: Kapanış	29
2.2.3.8	Sekizinci Aşama: Yeniden Değerlendirme.....	29
2.2.4	Yeme Bozukluklarında EMDR Terapisi.....	30
3	GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1	Araştırmanın Yöntemi	35
3.2	Katılımcılar.....	35
3.3	Veri Toplama Araçları.....	35
3.3.1	Demografik Bilgi Formu.....	35
3.3.2	Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ).....	36
3.3.3	Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği	36
3.3.4	Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)	37
3.3.5	Barratt Dürtüsellik Ölçeği	37
3.3.6	Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ)	37
3.3.7	Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)	38
3.4	Yöntem	38
3.5	Verilerin Analizi	40
4	BULGULAR	41
5	TARTIŞMA.....	46
6	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	53
	EKLER.....	76
	ÖZGEÇMİŞ.....	98

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	41
Tablo 2. Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arası Farkın İncelenmesi	41
Tablo 3. Travması Olan ve Olmayan Katılımcıların Terapi Sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arası Farkın İncelenmesi.....	42
Tablo 4. Çevrimiçi ve Yüz Yüze Görüşme Yapılan Katılımcıların Terapi Sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arası Farkın İncelenmesi.....	43
Tablo 5. Katılımcıların Araştırma Ölçek ve Altboyut Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	44

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokortikotropin Hormonu
AN	: Anoreksiya Nervoza
BDÖ	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği
BN	: Bulimia Nervoza
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HPA	: Hipotalamik-Hipofiz-Adrenal
ICD	: International Classification of Diseases
MOKSL	: Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi
PK	: Pozitif Kognisyonun
TDYÖ	: Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği
TSBÖ	: Travma Sonrası Bilişler Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YB	: Yeme Bozukluğu

1 GİRİŞ

Mark Hyman “Yemeğin bizi iyileştirme gücü vardır.” sözüyle, kronik hastalıklarla savaşmak için sağlıklı beslenmenin öneminden bahsetmektedir. Ne var ki, insanlar yemeği can sıkıntılarını gidermek için de kullanma eğilimindedir (Nguyen-Rodriguez, Unger ve Spruijt-Metz, 2009). Kaç kere daha iyi hissetmek için en sevdiğiniz şeyi yediniz ya da bir “kaçamak” yaptınız? Romantik komedi filmlerinde bile en tipik sahneler, kahramanların ruhsal acılarını gidermek için veya ayrılık sonrası, aile evini ziyaret gibi zorlayıcı olayların ardından doğruca buzdolabına yönelip, bir koca kutu dondurma ya da çikolatayı tek başına yediği sahnelerdir. Bu sahneler, popüler kültürün ayrılmaz bir parçası da olmakla beraber, oldukça sağlıksız bir durumu normalmiş gibi yansıtırlar. Aşırı şeker tüketiminin fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkileri olmasının yanı sıra (Heidemann, Scheidt-Nave, Richter ve Mensink, 2011; Sonestedt, Øverby, Laaksonen ve Birgisdottir, 2012), bu sahnelerdeki asıl problem davranışın kendisidir. Bu sahnelerdeki ana karakterin yaptığı gibi, kişinin açlığını doyurmak ya da yemekten keyif almak için değil, duygularla başa çıkmak için yemesi, duygusal yemenin tipik bir örneğidir. Bu bağlamda, duygularla başa çıkmak için yemek yemek oldukça kabul görmektedir (Greeno ve Wing, 1994; Heatherton, Herman ve Polivy, 1991).

Genellikle, diğer yeme bozuklukları gibi duyguları düzenleyememe ile ilişkilendirilen (Brockmeyer Skunde, Wu, Bresslein, Rudofsky, Herzog ve Friederich, 2014) duygusal yeme (DY) sağlıksız bir başa çıkma mekanizmasıdır. Duygusal yeme, çok yaygın görülen bir olay olmasına rağmen, her zaman obeziteye yol açmadığı için ve sigara, alkol tüketimi ve uyuşturucu kullanımı gibi diğer sağlıksız başa çıkma mekanizmalarıyla karşılaştırıldığında daha az ölümcül etkileri olduğu için, gerçek bir ruh sağlığı sorunu veya davranışsal bir sorun olarak ruh sağlığı çalışanları tarafından, sıklıkla göz ardı edilmiştir (Popkess-Vawter, Brandau ve Straub, 1998). Bununla birlikte, konuyu doğrudan ele alan bilimsel literatür olmamasına rağmen, duygusal yeme olgusu, toplum tarafından bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bilimsel literatürde duygusal yeme obezitenin bir nedeni olarak listelenirken (Nguyen-Rodriguez, Unger & Spruijt-Metz, 2009), obez olmayan kişiler için ne yeme ne de aşırı yeme eylemine yol açan duygular ve müdahale stratejileri şimdiye kadar yeterince iyi

ele alınmamıştır. Beslenme ve aşırı yeme genellikle olumsuz duygular ve stresle ilişkilendirilen, olumlu duyguların da bir faktör olduğuna dair kanıtlar artmaktadır (Bongers, de Graaff ve Jansen, 2016; Bongers, Jansen, Havermans, Roefs ve Nederkoorn, 2013).

Duygusal yeme eğilimleri olan kişilerin, dürtüsellik, kompulsivite, yüksek temel kaygı, depresif belirtilerde fazlalık, ödül ve ceza algısında bozulma (Kessler, Hutson, Herman ve Potenza, 2016), düşük benlik saygısı (Heatherton, Polivy & Herman, 1990), mükemmeliyetçilik ve travma öyküsüne sahip olma gibi diğer yeme bozukluklarıyla da ilişkilendirilen bazı tipik psikolojik özellikleri vardır. Duygusal yemenin ayrıca stres seviyesinin sürekli yüksek olmasıyla bağlantılı fizyolojik bir temeli vardır. Bir stres etkeni karşısında beyin kortizol üretimini artırır. Artan kortizol seviyelerine ilk fizyolojik tepki iştahsızlıktır. Bununla birlikte, travmatik olaylar ve uzun süreli strese maruz kalma, sistemde daha yüksek bir bazal kortizol seviyesine yol açar. Uzun süreli yüksek kortizol seviyelerine maruz kalmak, bireyin algısını değiştirerek, beynin nesnel gerçeklikten bağımsız olarak çevresini tehlikeli olarak görmesine neden olur. Kendini koruma durumuna giren beyin, tüketilen kalorilerle elde edilen daha fazla enerjiye ihtiyaç duyar. Bu ihtiyaç, bireyin günlük yaşamına, özellikle karbonhidrat oranı yüksek yiyeceklerin, daha fazla tüketilmesi olarak yansır.

Duygusal eğilimleri olan kişilerin psikolojik profilleri ve altta yatan endokrin durumu ortaya çıktıkça, çoğu insanın diyet yaparken neden başarılı olamadığı ve bunun neden ruh sağlığı profesyonelleri tarafından ele alınması gereken bir konu olduğu daha iyi anlaşılmaktadır. Biyo-psiko-sosyal temelli düşünce ile var olan araştırmaların, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile ruh hali arasındaki bağlantıyı vurguladıkları görülmektedir (Beck, Guilbert, Gautier ve Lamoureux, 2007). Buradan hareketle, duygusal yemenin patolojik başa çıkma mekanizmasını düzeltmek ve bireylerin gıda ile daha sağlıklı bir ilişki kurmasına yardımcı olmak için stresin azaltılması ve olumlu ruh halinin teşvik edilmesi gerekir. (Nguyen-Rodriguez vd., 2009). Duygusal yemenin fizyolojik belirleyicileri, yüksek bazal kortizol seviyeleri ve travma öyküsü göz önüne alınınca, Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) terapisi ideal müdahale yöntemi gibi görünmektedir.

1989 yılında Francine Shapiro tarafından geliştirilen EMDR terapisinin odak noktasında travma vardır. Buna rağmen Shapiro, ilk günden beri EMDR'nin daha geniş bir çerçevede kullanılabileceğine inanmış, buna inanırken Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun olumsuz bir yaşam deneyimi olduğunu ve EMDR'nin bunun semptomlarını ortadan kaldırdığını dolayısıyla başka olumsuz yaşam deneyimlerinin tedavisinde de işe yaracağını öngören basit bir mantık kurmuştur. Bununla beraber, hasta güvenliği açısından tutucu olan Shapiro, klinisyenleri EMDR'nin potansiyelini keşfetmeye teşvik etmiş fakat bunun araştırmalara dayanmasının gerekliliğine inanmıştır. Klinisyenlerin yeniye duyduğu coşkun, gerekli disiplini ve araştırmayı yapmadan tedaviye geçme ile sonuçlanması ihtimali Shapiro'yu endişlendirmiştir. Bu nedenle eğittiği kişilerden gerekli araştırmayı yapmadan EMDR'yi öğretmeyeceklerine dair söz almıştır.

Araştırmalar devam etse dahi, alandaki asıl ilerleme klinisyenlerin kritik bir kütleye ulaşması ve diğer psikoterapilerin tarihinde olduğu gibi, EMDR protokollerini kendi varyasyonları ile uygulamalarıdır.

Bazıları başka popülasyonlara hitap etmek için kendi yaptıkları değişikliklerin gerekli olduğunu iddia etmiş, bazıları ise EMDR'nin kendilerinin yaptıkları değişikliklerle daha etkili olduğunu söylemiştir.

EMDR alanındaki problemlerden biri çoğu yeni yazılan protokolün hakemli dergilerde yayınlanmamasıdır. Buna karşın, TSSB dışındaki alanlarda çalışan bireyler ve küçük gruplar, EMDR'yi bu popülasyonlarda en etkin şekilde nasıl kullanacaklarını keşfetmeye çalışmışlardır.

Bu girişimler başladıktan yaklaşık 20 yıl sonra EMDR birçok alanda kullanılır olmuştur. Dr. Marilyn Luber bu yeni yaklaşımların gelişimini yakından takip etmiş ve bunların en umut verici olanlarını toparlamıştır.

Bu protokollerin ortak özellikleri, Shapiro'nun orijinal protokolü üzerine kurulu ona benzemesi, böylece klinisyenler tarafından kolayca uygulanabilir olması, klinisyenlere danışanın belirgin ihtiyaçlarına dair yaklaşımlar sunması, danışanın tedaviye hazır olup olmadığına karar verecek bilgiler içermesi ve bunları geliştiren klinisyenlerin, geliştirdikleri konu üzerinde, EMDR üzerinde olduğu gibi uzmanlığı olmasıdır (Silver, 2019).

Yeme bozukluğunun geniş spektrumu bu alanda da yeni protokollere ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur.

Odak noktasında travma olan EMDR terapisi, kortizol düzeylerinin düşmesine de neden olur (Coubard, 2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğu yaşayan askeri personelde beşinci seanstan itibaren kortizol düzeylerini düşürmede etkili olduğu kanıtlanmış olan EMDR'nin (Pagani, Di Lorenzo, Verardo, Nicolais, Monaco, Lauretti ve Siracusano, 2012), özellikle duygusal yeme eğilimleri travma kaynaklı olan bireylerde, bu eğilimlerin gidermede etkili olması beklenir.

Bu çalışmada, kullanılan çeşitli ölçekler ile duygusal yeme eğilimi olan bireylerin karakter özelliklerinin daha iyi anlaşılması da hedeflenmiştir. Bu testlerden üçü, obsesiflik, kompulsivite, mükemmeliyetçilik, dürtüsellik gibi kişilik özelliklerini ölçmeye hizmet ederken, geri kalan ikisi, erişilebilir en eski anılardan başlayarak, bireyin travmatik olay geçmişini araştırmayı amaçlar. Bu özelliklerin ve travma geçmişinin, çağdaş literatürün önerdiği gibi, duygusal yeme eğilimi olan kişilerin çoğunda mevcut olması beklenmektedir (Nevanperä, Hopsu, Kuosma, Ukkola, Uitti ve Laitinen, 2012; Kontinen, van Strien, Männistö, Jousilahti ve Haukkala, 2019; Lilienfeld, 2010; Talbot, Maguen, Epel, Metzler ve Neylan, 2013).

Yeme bozuklukları için halihazırda var olan protokolün ampirik geçerlik çalışması henüz yapılmamıştır. Hollanda'da tıkanırcasına yeme, beden imajı ve benlik saygısına odaklanan daha eski versyon bir protokol (Beer & Hornsveld, 2012) kullanılmasına rağmen, bu versyonun etkinliğine dair de hiçbir kanıt yoktur.

2014 yılında, standart EMDR protokolünün etkilini araştıran bir pilot çalışmada, ortalama 5.4 seansta, 13 katılımcının hepsinin beden imajında olumlu bir değişiklik olmasına rağmen, bu değişikliğin yeme bozuklukları üzerindeki etkisi ve tedavideki ilerleme net değildir ve ölçülmemiştir (Pepers & Swart, 2014).

DYB'nin EMDR ile tedavisinin altında yatan rasyonel ise olumsuz beden algısı ve düşük benlik saygısı gibi DYB semptomlarının sürmesinde geçmiş deneyimlerin ya da gelecekte olacağı varsayılan deneyimlerin olumsuz görüntülerinin intrusif ve stres verici şekilde danışanın aklına rucü ederek günlük hayatını etkilemesidir. Eğer bir yeme bozukluğu intrusif ve stres verici imajlar ile başa çıkma mekanizması olarak kullanılıyorsa, EMDR uygun bir tedavi seçeneğidir (Beer, 2018).

Bunun yanısıra EMDR tedavisi neticesinde kognitif, fiziksel ve duygusal değişimlerin anında ve aynı anda olması ve iyileşmenin öz-denetim kazanma ve motivasyon üzerinden olmaması da EMDR'yi DYB'de uygun bir tedavi seçeneği haline getirir.

Yeme bozukluklarına baktığımız zaman, her birinin dinamiğinde farklı yeme stilleri yatmaktadır. Bu stiller; kısıtlayıcı yeme, dışsal yeme ve duygusal yeme olarak 3'e ayrılmaktadır. (Van Strien, Frijters, Bergers ve Defares, 1986). Yeme bozukluğu olan bir kişi, bedenine alınan besinin bedene girişı ve bedenden çıkışı ile ilgili aşırı bir uğraş verir ve beden görünümü ve ağırlığı ile ilgili yoğun kaygı ile birlikte belirgin yeme davranış örüntüleri oluşturur. Duygusal yeme bozukluğunda ise ana mercek duygulardır ve duygularla baş edilemediği takdirde besin alımı gerçekleşir. Duygusal yeme eğilimi olan bir kişinin beden algısında çarpıklıklar görülmeyebilir ve kontrolü bedeni üzerinden sağlamaya çalışmaz. Yeme bozukluğu olan bir kişinin, ne kadar yediği veya yemediğine dair algılarında bazı çarpıklıklar mevcuttur (Vitousek ve ark., 1998).

Literatüre bakıldığı zaman, duygusal yemenin tıkanırmasına yeme ile bağlantılı ve duygusal yemenin tıkanırmasına yemeye doğrudan etkisi olabileceğine dair görüşler sunulmuştur ve test edildiğinde bu hipotezi destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (Chesler, 2012). Duygusal yeme bozukluğunun ayrı bir yeme bozukluğu alt başlığında olmaması, duygusal yeme bozukluğu olan bir kişinin tedavi planında daha kısıtlı kalınmasına da sebep olabilecek bir etken olarak öne çıkabilir. Yeme bozuklukları ana başlığı, duygusal yeme bozukluğunu tam olarak kapsamamaktadır ve karşılayamamaktadır. Bu sebeple literatürde var olan yeme bozukluğu protokollerinin yanısıra, duygusal yeme bozukluğunu hedef alan bir protoklün işlevsel olacağı öngörülmektedir.

1.1 Amaç

Bu çalışmanın amaçları,

- Duygusal yeme eğilimi olan kişilerin kişilik özelliklerine dair kanıt bulmak,
- Duygusal yeme eğilimi olan, travması olan ve olmayan bireyler için EMDR terapisinin etkinliğine dair kanıt sağlamak ve EMDR'yi duygusal yemeyi ele almak için güvenilir bir terapi tekniği olduğunu kanıtlamak,
- Literatürde eksik olan, Duygusal Yeme Bozukluğu'nun tedavisinde kullanılacak bir EMDR protokolü geliştirmek, bu protokolün el kitabını oluşturmak ve bu el kitabına bağlı pilot bir tedavi çalışması yapmaktır. Bu protokolün varlığının, duygusal yeme bozukluğundan bahsetmekten utanan ve bu konuda nereden çalışmaya başlayacağını bilemeyen kişilerin tedaviye başvurmasını kolaylaştıran bir şey olması ve hedef anıyı bulmak üzere konuşmanın, utarılan anıları, olayları, sahneleri konuşurken bir kolaylaştırıcı olacağı öngörülmektedir.

1.2 Hipotezler

Bu çalışmanın hipotezi şudur:

H₁: EMDR terapisinin etkisi, travma geçmişi olan ve olmayan duygusal yeme eğilimli kişiler arasında farklılık gösterecektir.

Çalışmamızda ele alınacak araştırma sorusu ise, “duygusal yeme eğilimi olan kişilerin, duygusal yeme eğilimi olmayan kişilere kıyasla belirgin kişilik özellikleri nedir?” olacaktır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Yeme Bozuklukları

Dünya nüfusunun %9'unu etkileyen yeme bozuklukları (YB), DSM-5'teki tanımına göre "gıdanın tüketilmesinde veya emiliminde değişikliğe neden olan ve fiziksel sağlığı veya psikososyal işlevi önemli ölçüde bozan, yeme veya yeme ile ilgili davranışlarda kalıcı bir rahatsızlıktır" (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). YB alternatif olarak anormal yeme alışkanlıkları ve/veya yiyecek, vücut ağırlığı ve şekli ile aşırı meşgul olma olarak tanımlanabilir (ICD-11, 6B8).

Yemek yemeyi reddetmekten (anoreksiya nervoza), yenilmeyen maddeleri yemeye (pika), aşırı miktarda yiyecek tüketmekten sonra kilo alımını önlemeye yönelik telafi edici davranışlara (bulimia nervoza) ve aşırı gıda tüketimine (tıkınırcasına yeme bozukluğu) kadar değişen yeme bozuklukları, opioid kötüye kullanımından sonra ikinci en yüksek ölüm oranına sahip ruh sağlığı bozukluğudur (Arcelus, Mitchell, Galler ve Nielsen, 2011). Pratikte bu, yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 10.200 ölüme denk gelir (Deloitte Access Economics, 2020).

Gıda tüketimi açısından yeme bozukluğu spektrumunun bir ucunda, anoreksiya nervoza ve bulimia bulunur. İki durum da genellikle medyanın ideal bedene yaptığı aşırı vurgu ve sağlıksız kilo yönetimi uygulamalarının teşvik edilmesiyle beslenen beden imajı sorunlarıyla artmaktadır (Morris ve Katzman, 2003). Ancak foto-shop programları ile ulaşılabilen ve gerçekte sahip olunması neredeyse imkânsız olan ideal beden algısı, bireylerin "ideal beden"i elde etmek veya sürdürmek için gıda tüketiminden tamamen kaçınmasına veya müshilleri kötüye kullanmasına neden olmaktadır. Yel pazenin diğer ucu aşırı yemedir ve genellikle zayıf dürtü kontrolü ve kompulsiviteden kaynaklanır (Kessler vd., 2016). Farklılıklar olsa da kaçınan veya aşırı yiyen bireylerin psikolojik profilleri örtüşmektedir. Nevrotizm, sorumluluk (Garrido, Funes, Peñaloza Merlo ve Cupani, 2018), mükemmeliyetçilik (Cassin ve von Ranson, 2005), obsesif kompulsif özellikler (Anderluh, Tchaturia, Rabe-Hesketh ve Treasure, 2003; Cassin ve von Ranson, 2005), bozulmuş duygusal düzenleme

(Lattimore, Mead, Irwin, Grice, Carson ve Malinowski, 2017), bozulmuş ödül ve ceza algısı (Kessler vd., 2016) ve düşük benlik saygısı (Heatherton vd., 1990) yeme bozuklukları olan bireyler arasındaki ortak özelliklerdir. Bu özellikler, popülasyona heterojen bir şekilde yayılmış olsa da ve hepsi yeme bozukluğundan muzdarip her bireyde olmasa da yeme bozukluklarının salt fizyolojik bir sorun olarak değil, bir zihinsel sağlık sorunu olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Duygusal yeme, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-11. Revizyon (International Classification of Diseases, ICD-11) veya DSM-5'te tek başına bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmamakla birlikte, tıknırcasına yeme bozukluğu gibi diğer yeme bozukluklarının altında yatan nedenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Nguyen- Rodriguez vd., 2009). Bireyin fiziksel sağlığı ve sosyal hayatı, mesleki yaşamı ve yaşamın diğer önemli alanları üzerindeki olumsuz etkisinin boyutuna bağlı olarak yeme bozuklukları, DSM-5 tarafından “belirtilmemiş yeme veya beslenme bozukluğu”, “tanımlanmamış” veya “diğer” yeme bozuklukları olarak teşhis edilebilir.

Duygusal yemeyi normal yemekten ayıran temel noktalar şunlardır:

- Fiziksel açlık kademeli olarak ortaya çıkar ve doymadıkça zamanla artarken, duygusal açlık aniden ortaya çıkar.
- Fizyolojik açlık duygulardan bağımsızdır, duygusal açlık ise olumsuz duygular tarafından tetiklenir.
- Duyguların tetiklediği açlık, çoğu zaman karbonhidrat yönünden zengin hazır, ambalajlı gıdaların tüketilmesine yol açar ve diğer besin türlerinin tüketimi ile doymayabilir, oysa fizyolojik açlık tüketilen gıdanın türü ne olursa olsun doyurulabilir.
- Fizyolojik açlık makul bir porsiyon büyüklüğü ile doyurulabilirken, duygusal açlık genellikle doyumusuzdur.
- Fizyolojik açlık nedeniyle yemek yemek, ihtiyacın doyurulması nedeniyle rahatlık sağlarken, duygusal açlık nedeniyle yemek yemek genellikle suçluluk, pişmanlık ve rahatsızlığa yol açar.

2.1.1 Duygusal Yeme

Duygusal yeme bir modern çağ patolojisi olarak tanımlansa da (Davis, 2013) ve son yıllarda odak belirli yeme bozukluklarından duygusal yemeye kaymaya başlasa da “duygusal yeme” kavramı yeni değildir. Yeme araştırmalarının ilk yıllarında, kişiler ölçülü yiyiciler ve kısıtlamasız yiyiciler olarak sınıflandırılırdı. Ölçülü yiyenler, ideal vücuda ulaşmak ve/veya onu korumak için gıda alımlarını kasıtlı olarak sınırlayanlardı (Herman ve Mack, 1975). Kısıtlamasız yiyenler ise onların aksine, diyetlerini tekrar tekrar bozan kişilerdi (Stunkard ve Messick, 1985; de Graaff ve Jansen, 2016). Mevcut ortamın obeziteye elverişliliği (Swinburn, Egger ve Raza, 1999) yeme konusunda kendini durdurmakta zorlanma yaratırken, bunlar sadece dış etkenlerdir ve yalnızca “dışsal yiyenler” (van Strien, Frijters, Bergers ve Defares, 1986) adı verilen, kısıtlamasız yiyen bir grubu etkiler. “Dışsal Yiyenler”in aşırı yeme epizodları, yemeğin kokusu veya görüntüsü gibi dış kaynaklar tarafından tetiklenirken, duygusal yiyenlerin aşırı yeme atakları olumsuz duygular tarafından tetiklenir (van Strien, Frijters, Bergers ve Defares, 1986).

Duygusal yeme, olumsuz duygulara tepki olarak yeme eylemidir (Kandiah, Yake, Jones ve Meyer, 2006; Kontinen vd., 2019; Macht ve Simons, 2000; Nguyen-Rodriguez vd., 2009; Thayer, 2003) ve amacı bu nahoş duyguları yatıştırmaktır (Popkess-Vawter vd., 1998). Duygusal yeme eğilimleri olan lisans öğrencilerinden veri toplayan çevrimiçi bir ankette elde edilen veriler de yeme alışkanlıklarını etkileyen önde gelen faktörlerin olumsuz duygular ve ağırlıklı olarak stres olduğunu göstermektedir (Bennett, Greene ve Schwartz-Barcott, 2013). Duygusal yeme bir psikopatoloji olarak, ICD-10-R’de (F50.4), “duygusal stresörler nedeniyle aşırı miktarda gıda tüketimi” olarak tanımlanır ve “Diğer psikolojik rahatsızlıklarla ilişkili aşırı yeme” başlığı altında yer alır (Dünya Sağlık Örgütü, 2019).

2.1.2 Duygusal Yeme mi Yeme Bağımlılığı Mı?

Fransa’da duygusal yeme üzerine yapılan çağdaş araştırmaların çoğu, duygusal yemeyi "yiyecek bağımlılığı" olarak tanımlamaktadır. Bu algı, altta yatan mekanizmalar açısından YB ile bağımlılık arasındaki benzerlikten kaynaklanmaktadır ve yemek, hoş olmayan bir deneyim karşısında kendi kendine ilaç verme (Khantzian,

2003) ve zevk hissetme (Goodman, 1990) olarak düşünmüştür. Gıda bağımlılığı kavramı ilk olarak Gearhardt, Corbin ve Brownell (2009) tarafından şeker, yağ ve tuz içeriği bakımından zengin bazı gıdaların bağımlılık yapabileceği iddiasıyla ortaya atılmıştır. Bu nedenle, yiyecek bağımlılığının ilk tanımı, tüketilen malzemenin bağımlılık yapıcı doğasını vurgulama bakımından diğer madde kötüye kullanımlarına çok benzemektedir. Ancak daha sonraki araştırmalar, yemek bağımlılığının besinlere değil, yeme eylemine bağımlılık olabileceğini öne sürmüştür; bu nedenle “yeme bağımlılığı” olarak yeni bir isim önerilmiştir (Hebebrand vd., 2014). Fransız psikologlar, hem "yiyecek bağımlılığı" hem de "yeme bağımlılığı" olarak tercüme edilen "addiction à l'alimentation" terimini kullanırlar ve her iki duruma da yer verirler.

2.1.3 Duygusal Yemede Demografik Özellikler

Duygusal yeme eğilimi olanların, beden kitle indeksi, yeme alışkanlıkları ve cinsiyet gibi demografik özelliklerini araştırmak için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Thompson ve Romeo (2015) tarafından lisans öğrencileri arasında duygusal yeme eğilimi olanlarda cinsiyet ve ırk farklılıklarını araştıran bir çalışma, kadınların depresyon, anksiyete ve stres tarafından tetiklenen aşırı yeme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğer çalışmalar da (Camilleri, Méjean, Kesse-Guyot, Andreeva, Bellisle, Hercberg ve Péneau, 2014; Gibson, 2012) olumsuz duygu veya olaylara karşılık olarak duygusal yeme yapmanın, kadın popülasyonları arasında daha sık görüldüğünü belirtmektedir. Ancak, Nguyen-Rodriguez ve diğerleri (2009), duygusal yiycilerin oranında hiçbir farklılık bildirmemiştir. Sonuçlar arasındaki bu farklılık, duygusal yeme davranışını değerlendirmek için kullanılan anketlerin tanı araçları ve psikometrik özelliklerinden de kaynaklanabilir (Gregorich, 2006).

2.1.4 Duygusal Yemeyle İlişkili Diğer Yeme Bozuklukları

Spoor, Bekker, Van Strien ve van Heck (2007), olumsuz duygulara tepki olarak duygusal yemenin gözlemlenebildiği üç farklı şekilde yiyen grup üzerinde üç farklı çalışmaya atıfta bulunur: Van Strien ve Ouwens (2003) çalışmasında, olumsuz duyguların, obez bireylerde aşırı yemeye yol açtığı; Agras ve Tech araştırmasında

(1998) yeme bozukluğu olan kadınlarda, aşırı yeme eğilimi de olduğu ve Polivy, Herman ve McFarlane'in (1994) araştırmasında normal kilolu olup, diyet yapanlarda da aşırı yeme olduğu gözlemlenmiştir. Buradan hareketle, farklı beden kitle indeksi (BKİ) kategorilerindeki bireylerde ve farklı yeme bozukluğu olan bireylerde duygusal yeme gözlemlenebilir. Duygusal yeme ile ilişkili olduğuna inanılan yeme bozuklukları şunlardır:

2.1.4.1 Anoreksia Nervosa

Anoreksiya Nervosa (AN), kilo, vücut imajı ve kilo alımı ile ilgili yoğun bir endişe ile karakterize bir yeme bozukluğudur. AN'de çarpık bir vücut imajı, gerekenden daha az besin almayla sonuçlanan aşırı bir perhize yol açar ve buna kompulsif egzersiz de eşlik eder. Bu eğilimler, bireyin yaşı, cinsiyeti ve gelişimsel projeksiyonu için düşük bir vücut ağırlığına sebep olur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Gümmer, Giel, Schag, Resmark, Junne, Becker ve Teufel, 2015; Yager ve Andersen, 2005; Zipfel, Giel, Bulik, Hay ve Schmidt, 2015; Zipfel, Mack, Baur, Hebebrand, Touyz, Herzog ve Russell, 2013). Anoreksiya nervosa, amenore, lökopeni, sinüs bradikardisi, düşük kemik mineral yoğunluğu, kadınlarda düşük östrojen seviyeleri ve erkeklerde düşük testosteron seviyeleri, aritmi, metabolik ensefalopati gibi ciddi tıbbi sorunlara yol açabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Bu yeme bozukluğu ağırlıklı olarak ergen kızlar ve genç kadınlar arasında görülmektedir (Becker, Grinspoon, Klibanski ve Herzog, 1999; Walsh ve Devlin, 1998). Anoreksiya nervozanın yaygınlık oranları kadın popülasyonunda %0,4, erkek popülasyonunda ise %0,1'dir (Keski-Rahkonen, Hoek, Susser, Linna, Sihvola, Raevuori ve Rissanen, 2007). Erkekler anoreksiya nervosa teşhisi konan nüfusun 1/4'ünü temsil etse de geç teşhis alma yüzünden ve erkeklerin yeme bozukluğu geliştirmedine dair genel algı nedeniyle, ölüm oranı daha yüksektir (Mond, Mitchison ve Hay, 2014). Klinik popülasyonda, erkek/kadın oranı 1'e 10'dur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), bu da erkeklerin anoreksiya teşhisi konma olasılığının daha düşük olduğuna dair ekstra kanıt sağlar.

Anoreksiklerin genel kişilik özellikleri, duygusal kısıtlılık, mükemmeliyetçilik, depresif belirtiler, obsesiflik, endişeli olma hali, esnek olamama, dürtüsellik (çoğunlukla tıknırcasına yeme/kusma tipi), kompulsivite, kendinden şüphe duyma, yenilikten kaçınma ve ödül almayan şeyleri sebatla sürdürmedir. (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013; Shapiro, 2009). Duygusal yeme, genellikle duygusal tetikleyiciler nedeniyle “aşırı yeme” olarak tanımlanırken, tam tersi, daha az yemek de duygusal yeme ile ilişkilidir (Ricca, Castellini, Fioravanti, Sauro, Rotella, Ravaldi ve Faravelli, 2012; Ricca, Castellini, Sauro, Ravaldi, Lapi, Mannucci ve Faravelli, 2009).

2.1.4.2 Bulimia Nervosa

Bulimia nervozanın (BN) en belirgin semptomu, “karşı konulmaz bir aşırı yeme dürtüsü”dür ve ardından, kusma, müshillerin kötüye kullanılması, kasıtlı regürjitasyon, aşırı egzersiz gibi kilo alımını önlemek için telafi edici bir dizi eylem izler ve bireyin öz-değerlendirmesi temel olarak vücut şekline ve ağırlığına göre oluşur. BN, potasyum kaybı (Russell, 1979), aşırı kilo kaybı, beslenme yetersizlikleri, sıvı ve elektrolit bozuklukları ve kardiyak aritmiler gibi fiziksel komplikasyonlara yol açar. Vücut kitle indeksinin 6'nın altına düştüğü durumlarda, alopesi, kseroz, hipertrikoz lanuginoz, keliosis, karotenoderma, kaşıntı ve tırnak kırılabilirliği gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Tekrarlayan kusma eylemi, asit reflü, tekrarlayan boğaz ağrısı, gastroözofageal reflü (Mehler ve Rylander, 2015), özofagus yırtıkları ve mide rüptürü gibi gastrointestinal sorunlara neden olur. Müshil kötüye kullanımı, rektal sarkmaya ve bağırsak hareketlerini uyarmak için müshillere bağımlılığa yol açabilir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Kadınların yaklaşık %1'i ve erkeklerin %0,1'i herhangi bir zamanda bulimia nervozadan muzdarip olmuştur (Hoek ve van Hoeken, 2003). Daha yakın tarihli araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kadınların %5'inin hayatlarının bir noktasında bulimia nervozadan muzdarip olduğunu göstermektedir (Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler, 2007). Madde kötüye kullanımı, duygudurum bozuklukları ve duygusal bozukluklar, BN ile komorbid görülür. (Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl ve von Hausswolff-Juhlin, 2015). Bulimiklerin tipik özellikleri arasında

duygusal düzensizlik, heyecan arama davranışları, reddedilme ve ödüllendirilmemeye karşı rahatsızlık yer alır (Shapiro, 2009). Bunların yanında düşük benlik saygısı, depresif semptomalar, sosyal kaygı (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), kompulsivite ve dürtüsellik (Vitousek ve Manke, 1994) görülebilir.

2.1.4.3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Obezite ile doğrudan bağlantılı olduğu çok sayıda çalışmayla kanıtlanan (Ünal, 2016), tıkınırcasına yeme bozukluğu, kusma, müshil kötüye kullanımı ve oruç tutma gibi telafi edici davranışların yokluğuyla birlikte sıkıntı duygularının eşlik ettiği tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları olarak tanımlanır (de Zwaan, 2001). Sıklıkla obezite ile ilişkili olmasına rağmen, tıkınırcasına yeme bozukluğu normal kilolu ve fazla kilolu bireylerde de görülür ve tüm obez kişilerde tıkınırcasına yeme görülmez. Düzenli obezitesi olan bireylerle karşılaştırıldığında, tıkınırcasına yiyen obez bireylerde işlevsellikte daha fazla bozulma, daha düşük yaşam kalitesi ve daha fazla psikiyatrik komorbidite göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma, kadınların %3,5'inin ve erkeklerin %2'sinin yaşamlarının bir noktasında tıkınırcasına yeme bozukluğu yaşadığını göstermiştir.

2.1.5 Duygusal Yeme Eğilimi Olan Kişilerin Özellikleri

Başta çıkma zorlukları ve adaptif olmayan stres tepkisi, duygusal yeme eğilimleri olan kişilerin arasında ortak özellikleri olduğu gibi, bu kişilerin sık rastlanan başka bilişsel ve davranışsal özellikleri de vardır. Aşırı eleştirel değerlendirme eğilimleriyle birlikte kusursuzluk için çabalama ve performans için aşırı yüksek standartlar belirleme (Stoeber, 2011) olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik, yeme bozukluğu ile pozitif korelasyon gösteren bir kişilik özelliğidir (Brouwers ve Wiggum, 1993; Wade, O'Shea ve Shafran, 2016). Mükemmeliyetçilik genellikle uyumlu ve uyumsuz mükemmeliyetçilik şeklinde ayrılan iki faktörlü bir model olarak kabul edilir. Enns, Cox ve Clara'nın (2002) tanımlandığı gibi, uyarlanabilir mükemmeliyetçilik yüksek hedefler ve kişisel standartlar belirleme ve performansından tatmin olduğu

halde başarının getireceği ödüller için çabalamadır. Wang ve Li (2017) tarafından yürütülen bir çalışmada, stres ve duygusal yemenin pozitif mükemmeliyetçilik olarak da adlandırılan uyarlanabilir mükemmeliyetçilik ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Öte yandan, uyumsuz mükemmeliyetçilik, kişinin değişmez ve/veya ulaşılamaz derecede yüksek hedefler ve standartlar belirlemesi, yaptıklarından zevk alamaması ve performansına ve yeteneklerine dair emin olamama hali yaşaması ve endişe duymasındır (Enns vd., 2002). Bu tür olumsuz mükemmeliyetçiliğin, duygusal yeme ve stres ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (Wang ve Li, 2017). Başka bir deyişle, olumlu mükemmeliyetçilik niteliklere sahip bireyler daha kontrollü bir şekilde yemek yeme eğilimindeyken, olumsuz mükemmeliyetçilik yeme bozukluklarını tetikler.

Duygusal yiyciler arasında gözlemlenen bir diğer kişilik özelliği de nevrotiklik (Cassin ve von Ranson, 2005; Lilienfeld, 2010). Stres karşısında kontrol edilemezlik duygusuyla (yetersiz başa çıkmanın mükemmelliği) ilişkili sık, yoğun olumsuz duygular yaşama eğilimi olarak tanımlanan (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis ve Carl, 2014), nevrotiklik, mükemmeliyetçilikle birleştiğinde sıklıkla obsesif-kompulsif davranışlar ve yeme bozuklukları olarak ortaya çıkar. Strese karşı artmış duyarlılık, duygusal yemesi olan kişilerin sıklıkla görülen bir başka özelliğidir. Çalışan kadınlarda stresin etkileri ve yeme davranışları üzerine yapılan bir araştırma, mesleki tükenmişlik puanları yüksek olan kadınların, duygusal yeme eğilimlerinin de dahil olduğu özelliklerini değerlendiren Üç Faktörlü Yeme Davranışı Anketi-18'de, tükenmişlik düzeyleri düşük olan kadınlara kıyasla belirgin derecede daha yüksek puanlara sahip olduklarını göstermiştir (Nevanperä vd., 2012).

2.1.6 Duygusal Yeme ve Travma Geçmişi

Bütün duygusal yeme yapan kişilerde travma öyküsü olmasa da travma duygusal yemeyi çalışırken ele alınması gereken önemli bir başlıktır. Travma öyküsü, özellikle çocukluk çağı travması, bireylerin stres ve kaygı duyarlılığını değiştirmekte ve çeşitli psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Çocukluk çağı travma öyküsü olan ve olmayan polis memurlarının kendilerini içinde bulabilecekleri stresli durumları gösteren bir videoya maruz kaldıkları bir çalışmada, travma öyküsü olan polis memurlarında 3-metoksi-4-hidroksi-fenglikolde önemli ölçüde daha yüksek bir artış görülmüştür (Otte, Neylan, Pole, Metzler, Best, Henn-Haase ve Marmar, 2005). Bu

aynı zamanda strese karşı artan fizyolojik tepki olarak da yorumlanabilir. Çocukluk çağı travması ile psikopatoloji arasında bir bağlantı olarak stres duyarlılığını araştıran başka bir çalışmada, 99 ergen ve genç yetişkin arasında, çocukluk çağı travması öyküsü olanlar, kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde daha yüksek düzeyde stres duyarlılığı göstermiştir (Rauschenberg, van Os, Cremers, Goedhart, Schievelde ve Reininghaus, 2017).

Ayrıca, duygusal yeme ile travma öyküsü arasındaki bağlantıyı doğrudan ortaya koyan çalışmalar da vardır. 93 yetişkin arasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile duygusal yeme alışkanlıkları arasındaki bağlantıyı araştıran bir araştırma, TSSB'den muzdarip bireylerin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek düzeyde duygusal yeme bildirdiğini göstermiştir (Talbot, Maguen, Epel, Metzler ve Neylan, 2013). Çocukluk ve ergenlikteki travmatik deneyimler, özellikle de duygusal istismar yetişkinlikte duygusal yeme eğilimleriyle güçlü bir şekilde ilişkilidir (Michopoulos, Powers, Moore, Villarreal, Ressler ve Bradley, 2015). Sonuç olarak, duygusal yiyen bireylerin özellikleri, özellikle kaygı ve strese duyarlılıkla ilgili olumsuz duygulanıma karşı aşırı duyarlılık olarak özetlenebilir. Ayrıca yeme bozukluğu olan bireylerin genel özellikleri duygusal yeme eğilimi olan bireyler için de geçerlidir.

2.1.7 Duygusal Yeme ve Stres

Duygusal yeme eğilimleri üzerine yapılan araştırmaların çoğu, stresi aşırı yeme ile en ilişkili motivasyonlardan biri olarak tanımlamıştır. Choo ve Chan'ın (2013) yaptığı, olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik rollerini araştıran bir çalışma, olumsuz, stresli durumlarda hem erkeklerin hem de kadınların duygusal yeme eğilimlerinin arttığını göstermiştir. Psikolojik stresin temeli, homeostaziye yönelik, soğuk hava, gıda kıtlığı, düşük kan şekeri veya bir avcının olması gibi gerçek veya algılanan herhangi bir tehdit olarak tanımlanan fiziksel stresten kaynaklanır (Chrousos ve Gold, 1992; Maniam, Antoniadis ve Morris, 2014; Olson, Marc, Grude, McManus ve Kellermann, 2012). Homeostaz kavramı, Cannon (1929,1939) tarafından ortaya atılmış ve hayatta kalmaya devam etmek için çeşitli fiziksel değişkenlerin (vücut sıcaklığı, kan basıncı gibi) kabul edilebilir aralıklarda korunması olarak tanımlanmıştır.

Laboratuvar hayvanlarının adrenalin salgılamasına dayanan bir çalışmada, aversif uyarılarla karşılaşan ve onun muhtemel olarak zararlı (stres etkeni) olduğunu düşünen bir organizmanın, homeostazı sürdürmek veya eski haline getirmek için vücudun karmaşık bir endokrin, nöral ve immünolojik aktivite döngüsünü (stres tepkisini) başlattığı sonucuna varılmıştır. Altta yatan endokrin süreçlere ilişkin anlayışı yeterince kapsamlı olmasa dahi, bunlar çağdaş stres anlayışının yapı taşlarıdır (McCarty, 2016). Cannon'a göre, homeostaziye yönelik herhangi bir tehdit, adrenal medulla ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna neden olmuştur (Goldstein ve Kopin, 2007). İki yapı, strese tepki olarak üretilen hormon olan adrenalin olan homeostazı yeniden sağlamak için birlikte bir birim (sematoadrenal sistem) olarak işlev görür. Cannon, psikososyal tehditleri homeostaziye yönelik tehditler olarak dahil etmesine rağmen, bunların fiziksel tehditlerle aynı şekilde işlendiğini varsaymıştır.

Bir organizmanın tehdidi nasıl işlediğine dair mevcut anlayışımız, savaş ya da kaç tepkisinin hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aktivasyonu yoluyla ortaya çıktığı yönündedir (Blundell vd., 2005; de Kloet, Joëls ve Holsboer, 2005; Greeno ve Wing, 1994). HPA eksenini, kan dolaşımında glukokortikoidler, adrenalin ve noradrenalin salınımı yoluyla strese verilen biyolojik yanıtı düzenleyen, sempatik sinir sistemindeki adaptif bir sistemdir (de Kloet vd., 2005; Maniam vd., 2014). Bu sinir devresi, paraventricüler çekirdeğin hipofiz bezini uyarmak için kortikotropin salgılatıcı hormon kullandığı hipotalamusta başlar. Hipotalamik paraventricüler çekirdeğin aktivitesi merkezi sinir sistemi tarafından tetiklenir. Ayrıca, beyin sapı çekirdeklerinden gelen uyarıcı projeksiyonlar, limbik merkezler, bazal ön beyin ve çevresel organlar tarafından da tetiklenebilir (Olson vd., 2012). Uyarılan hipofiz bezi, özellikle ön hipofiz, adrenal bezlere ulaşan adrenokortikotropin hormonu (ACTH) salgılar. Buna karşılık, adrenal bezler hızla kortizol sentezler ve kan dolaşımında salınımını yapar. Bu sistemde, limbik merkezlerden, özellikle amigdala ve hipokampustan gelen girdiler, güçlü duygular veya duygusal anılarla ilişkili olanlardır ve bunlar daha sonra paraventricüler nükleusu uyarak kan dolaşımında kortizol artışına yol açar (Olson vd., 2012). Bu bağlamda, Cannon psikososyal tehditlerin fiziksel tehditlerle aynı stres tepkisini ortaya çıkardığı konusunda haklıyken, HPA eksenini harekete geçiren yollar fizyolojik tehditlerden farklıdır.

Stres, yeme regülasyonunu, yani açlığın ve tokluğun içsel ipuçlarını okuma becerisini bozarak kişinin duygusal yeme yapmasına sebep olur (Tan ve Chong, 2011). Bununla beraber aleksitimisi olan kişilerin de duygusal dalgalanmalarını birer açlık sinyali gibi okuyarak duygusal yeme sergiliyor olabilecekleri düşünülmüştür. Kronik stres, iştah azaltan leptin ve insülin hormonunu düşürerek ve ghrelin gibi iştah açıcı hormonları yükselterek enerji alımı ve homeostatik ihtiyaçlar arasındaki dengeyi bozar. Bu şekilde duygusal yemeye sebebiyet verir. Bu bozulmuş hormon dengesi strese bağlı aşırı yemeyi tetikler (Lingve Zahry, 2021).

Duygusal yeme yapanların akut psikososyal stresörlere yanıtı kortisol seviyesinde ve kaygı seviyesinde artış olmuştur. Psikososyal stresör ile karşılaşınca, bu stresle başa çıkmak için akut HPA eksenini hiperaktivitesi tetiklenir ve bu da duygusal yeme davranışının sürmesine katkıda bulunabilir. Strese yanıt olarak gıda ödülüne karşı azalmış striatal aktivasyon, bu işlevi normalleştirmek için duygusal yeme yapmak gibi telafi edici davranışları tetikleyebilir. Duygusal yeme yapanlar, ödül mekanizmalarının azalan aktivasyonunu dengelemek için yeme davranışını kullanıyor olabilirler (Chang vd., 2022). Latin kökenli ergenlerle yapılan bir başka çalışmada, algılanan stresin artması, bir başa çıkma stratejisi olarak duygusal yemedeki artışa sebep olmuştur (Bell vd., 2021).

2.1.8 Duygusal Yeme ve Adaptif Olamayan Başa Çıkma

Bu bölümde, stresin bir savaş ya da kaç tepkisini nasıl ortaya çıkardığı ele alınmıştır. Artan HPA eksenini aktivasyonu, bireyi mevcut durumla savaşmaya veya ondan kaçmaya hazırlayarak açlığın bastırılmasına yol açar (Koenders ve van Strien, 2011). Buradan hareketle strese verilen normal tepki iştahsızlık olmalıdır. Bu nedenle, duygusal yeme, yani bir birey sıkıntı içindeyken artan gıda alımı, atipik ve adaptif olamayan bir tepkidir (Greeno ve Wing, 1994; Heatherton, Herman ve Polivy 1991).

Fizyolojik sağlık sorunları gibi, psikolojik farklılıklar da genellikle çocuklukta ortaya çıkar ve stresle ilgili sistemlerin tepkilerini değiştiren olumsuz erken yaşam olaylarından kaynaklanır. Bu gerçek, etnik azınlıkların ve daha az kaynağa sahip grupların incelenmesiyle kolaylıkla gözlemlenebilir: Bu iki gruba ait bireyler daha yüksek düzeyde psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar geliştirirler (Reiss, 2013;

Williams, 2012). Bu tür farklılıkların genellikle sosyo-ekonomik açıdan zor durumda olan gruplarda gözlenmesinin önde gelen nedenlerinden birinin, strese kronik ve kontrol edilemeyen şekilde maruz kalma olduğuna inanılmaktadır (Evans ve Kim, 2013). Stres, çocuklukta başlayan doğal ve normal bir durumdur. Doğum anından itibaren başlar, bebekken açlık ve rahatsızlık anlarında tekrarlar ve bir ömür boyu değişmeye ve kendini göstermeye devam eder. Stres bağlamında düşünersek, duygusal yeme sorunları, stresin var olmasından değil, kişilerin stresle başa çıkma becerilerinden ve stres karşısında duygularını düzenleyemeyişinden kaynaklanır.

Stresle başa çıkma stratejileri, bebeklikten itibaren gelişir. Stres Tepkileri Modeli'ne göre (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen ve Saltzman, 2000), bu tepkiler, çocuğun başparmak emmek (yatıştırıcı) veya uzağa bakmak (düzenleyici) gibi kendini yatıştırıcı ve düzenleyici davranışlar geliştirdiği, anne ile olan simbiotik evrede ilk defa ortaya çıkar (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen ve Wadsworth, 2001). Çocuk giderek daha bağımsız hale geldikçe, kendi kendini yatıştırma ve düzenleme repertuarı de genişler ve hafif veya orta düzeyde stresle başa çıkmak için bir sürü strateji geliştirir. Stresle başa çıkma stratejileri repertuarı, ergenliğe doğru, çocuğun duygusal farkındalığı, metakognisyonu ve yürütücü işlevleri geliştikçe genişlemeye ve daha kompleks hale gelmeye devam eder (Wadsworth, 2015).

Lakin çocukluklarında travma, ebeveyn ihmali veya istismarı, aşırı yoksulluk, erken yaşta sağlık sorunları gibi çeşitli stresler yaşamış bireylerin başa çıkma repertuarları genellikle sağlıksızdır veya uyumsuzdur. Bu, Compas, Hinden ve Gerhardt (1995) tarafından “ergen gelişimi için üç olası yol” açıklamasında da tanımlanmıştır. Bu yollardan biri, istikrarlı bir şekilde maladaptif işlevselliğe sahip ergenlerinkidir. Bu yol, ergenlikte ekonomik, fiziksel veya psikososyal sorunlar yaşamış, psikososyal bozukluklara ve kronik stres ve zorluklara maruz kalmış ve en önemlisi, bu olumsuzlukların üstesinden gelmek için sosyal veya kişisel kaynakları olmayan bir ergenlik döneminden geçmiş bireylerinkidir. Bu uygun olmayan başa çıkma sistemleri, tek bir stratejiye çok sıkı bir şekilde dayalı olabilir, esnek değildir, katı bir şekilde uygulanır ve genellikle olumsuz sağlık sonuçları doğurur (Wadsworth, 2015). Duygusal yeme eğilimleri, olumsuz sağlık sonuçları doğurabilecek adaptif olmayan başa çıkma stratejilerinden biri olarak görülebilir. Buradan hareketle,

duygusal yeme, duygusal düzenlemedeki bir bozukluğun ve adaptif olmayan bir stres tepkinin sonucu olarak düşünülebilir.

Sağlıksız bir başa çıkma mekanizması olmasına rağmen, yeme bozukluğu semptomlarının nasıl bir amaca hizmet ettiğini göz ardı etmek, hastalığı kronikleştirmek suretiyle daha da kötüleştirebilir. Yeme bozukluğu tedavisinin sadece düzensiz yeme semptomlarını başarılı bir şekilde ele alınması yetmez; tedavi aynı zamanda hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre de düzenlenmelidir (Wagener ve Much, 2010).

Duygusal yemeyi açıklayan güncel modeller genellikle duygusal yemenin adaptif olmayan bir duygu düzenleme stratejisi olduğunu varsayar ve bu nedenle olumsuz bir duygu hissedildiğinde, insanların bunu kendi içinde oldukça maladaptif olan aşırı yeme ile regüle ettiklerini düşünür (Wiser ve Telch, 1999). Fakat Eves ve diğerlerinin (2010) araştırması, yemedeki artışın, olumsuz duygu deneyimlendiğinde bunun maladaptif bir şekilde regüle edilmesinin sonucu olduğunu söylemiştir. Yani yemek yeme bir regüle etme stratejisi değil, maladaptif regülasyonun bir sonucudur. Bu bulguların duygusal yemenin kavramsallaştırılmasında önemli etkileri vardır. Eğer insanlar olumsuz duyguları düzenleyecek adaptif duygu regülasyonu becerilerinden yoksunsa ve olumsuz duygularla başa çıkmak için yemek yiyorlarsa, duygusal yeme sonrası, bu olumsuz duyguların hafiflemesi beklenirdi fakat hemen hemen hiçbir çalışma bunu desteklememektedir (Evers vd., 2010). Buradan hareketle duygusal yeme kavramının sadece olumsuz duygular hissedildiğinde yapılan yeme değil, olumsuz duyguların sağlıksız şekilde regüle edilmesi sonucu yapılan yeme olduğu söylenmelidir.

Yeme bozukluğu olan kadınların duygusal başa çıkmayı yeme bozukluğu olmayan kadınlardan daha fazla kullandığı gösterilmiştir (Bekker ve Boselie, 2002). Bir başka çalışmada ise pasif bir reaksiyon paterninin yokluğunun, normal bir yeme düzenine doğru iyileşmenin bir göstergesi olduğu bulunmuştur (Bloks vd., 2004). Yeme bozukluğu olan kadınların, yeme bozukluğu olmayan kadınlara göre daha az etkili başa çıkma stratejileri kullandıkları (Troop, Holbrey ve Treasure, 1998) ve yeme bozukluğu olan kişilerin daha kaçınmacı davrandıkları ve yeme bozukluğu olmayan kişiler kadar hızlı sosyal destek aramadıkları (Ghaderi ve Scott, 2000) da benzer bulgular arasındadır. Buradan hareketle aktif başa çıkma stratejilerini kullanan yeme

bozukluğu hastalarının, daha kaçınmacı ve pasif reaksiyon gösterenlere nazaran daha başarılı bir tedavi sonucu elde edebilecekleri söylenebilir.

Davies, Belker ve Roosen'ın (2011) çalışmasında ise bulimia ve duygusal yeme bozukluğu olan hastaların aktif başa çıkma stratejisi kullananlarının, Bilişsel Davranışçı Terapi odaklı bir tedaviden, pasif başa çıkma stratejisi kullananlardan daha çok faydalandığı gösterilmiştir. Bir başka deyişle bu kişiler duygusal yeme dışında alternatif yollar geliştirebilmişlerdir. Bu da bize aktif başa çıkma becerilerinin duygusal yemedeki önemini göstermektedir. Bir başka araştırmada ise duygusal yeme yatkınlığı olan hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma becerilerinin, böyle bir yatkınlığı olmayan kişilere göre daha zayıf olduğu bulunmuştur (Ertem ve Karakaş, 2021). Heatherton ve Baumeister'ın (1991) ortaya koyduğu kaçış teorisine göre ise kişiler egoyu tehdit eden bir uyarının yarattığı farkındalıktan kaçmak için yeme eğilimi gösterirler.

2.1.9 Duygusal Yeme ve Bağlanma

Bağlanma kuramı, yaşamın ilk yıllarında temel bakım verenle geliştirilen ilişkilerin ve yakınlığın ergenlik ve yetişkinlik yıllarındaki deneyimlerde belirleyici olduğunu düşünmektedir. Bu kapsamda çocukluk dönemindeki ilk deneyimler ilerleyen süreçlerdeki ilişki ve yaklaşımlarda kullanılmak üzere bir kalıp görevi görmektedir (Holmes ve Farnfiel, 2014). Bağlanma kavramı güvenli ve güvensiz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Güvensiz bağlanma ise içerisinde kaygılı-kaçınan, kaygılı-kararsız ve kaygılı-dezorganize (dağınık) olmak üzere üç alt boyutta incelenmektedir (Main ve Solomon, 1990). Güvenli bağlanma temel bakım verenle kurulan pozitif ve sağlıklı iletişim sonucu oluşmaktadır. Güvenilmez ve uzak bir ilişki sonucu kaygılı-kaçınan bağlanma ortaya çıkmaktadır (Erözkan, 2004). Temel bakım verenin tutarsız ve tepkisiz davranışları ise kaygılı-kararsız bağlanmanın temellerini atar (Brown ve Wright, 2003). Bu iki stilin karşımı olarak ise kaygılı-dezorganize bağlanma görülmektedir.

Güvenli olmayan bağlanma, alt tipi ne olursa olsun, yeme bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur ve güvenli bağlanma ise bütün yeme bozuklukları ile ters ilişkili bulunmuştur. Duygu regülasyonu ve başa çıkma becerileri de yeme bozuklukları ile

ilişkilidir. Bebeklikte sağlıklı yeme alışkanlıkları kazanılamamışsa dahi, güvenlik ve duyarlılık geliştirmeye yönelik girişimler, yemekle sağlıklı ilişkiler geliştirmeye ve var olan sağlıksız davranışları yok etmeye yardımcı olabilir (Bakermans-Kranenburg, van Ijendoor ve Juffer, 2003). Duygu regülasyonundaki zorlanmalar, bağlanmanın duygusal yeme davranışı üzerindeki etkilerini her zaman tam olarak açıklamayabilir. Özellikle kaygılı bağlanmanın, öfkeyle ilişkili olarak, duygusal yeme üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkileri bulunur. Kaçınan bağlanmanın ise, duygusal yeme üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri kaygı ile ilişkilidir (Taube-Schiff, Van Exan, Tanaka, Wnuk, Hawa ve Sockalingam, 2015).

2.2 EMDR Terapisi

2.2.1 EMDR

Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme, öncelikle travma tedavisi için oluşturulmuş psikoterapötik bir tekniktir (Shapiro, 2012). Shapiro (2001) tarafından “Yeniden İşleme Terapisi” olarak da adlandırılan bu sekiz aşamalı tedavi, psikodinamik, bilişsel-davranışçı, beden temelli, kişi merkezli ve etkileşimsel terapiler gibi farklı terapötik yaklaşımlardan unsurları bütünleştirir (Shapiro, 1999; Shapiro ve Maxfield, 2002). EMDR, kişide psikolojik rahatsızlıklara neden olan, bugüne kadar ele alınmamış travmatik veya benzeri stresli bir deneyimin tanımlanmasıyla başlar (Shapiro, 1989). Esasen, EMDR terapisi öğrenmeyi hızlandırmaya hizmet eder; bireyin geçmişteki rahatsız edici anılarından gerekli ve faydalı olanı öğrenmesini, olayın hafızada adaptif, rahatsız edici olmayan ve sağlıklı bir şekilde yeniden depolanmasını sağlar (Shapiro, 2001). EMDR prosedürünün birincil bileşeni, ritmik, gözün kısa ve hızlı hareketlerine dayanan veya alternatif bilateral uyarımlardır. (Shapiro ve Maxfield, 2002).

Göz hareketleri, travmatik bellekle ilişkili olumsuz duygulanımı ve sıkıntıyı gidermek için bir araç olarak kullanılmaktadır (Shapiro, 2012). EMDR terapisi, travmatik deneyimlerin yeniden işlenmesi yoluyla, hastaların olumsuz deneyimlerinden öğrenmelerine rehberlik etmeyi, orantısız şekilde rahatsız edici olan tetikleyicileri (örneğin aşırı duyarlılık) duyarsızlaştırmayı ve hastaların gelecekte karşılaşacakları rahatsız edici olaylar için düşünce kalıpları ve eylem planları

oluşturmasına yardımcı olmayı amaçlar (Shapiro, 2001). Travma, ya da doğru terimlerle, psikolojik travma, DSM-IV-TR’de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000) şu şekilde tanımlanır: “Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir. Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler.”

Travmalar iki kategoride sınıflandırılır: “büyük T” ve “küçük t”. “Büyük T” tipi travmatik olaylar, ciddi fiziksel yaralanma, cinsel şiddet veya yaşamı tehdit eden deneyimler gibi TSSB ile ilişkili olaylara karşılık gelir. Bu deneyimler aynı zamanda bu tür olaylara yönelik tehditleri ve tanıklığı da içermektedir. “Küçük t” tipi travmalar, hayatı tehdit etmeyen yaralanmalar, evcil hayvanın vefatı, duygusal istismar, zorbalık, önemli ilişkilerin kaybı gibi “Büyük T” kategorisine girmeyen, oldukça stresli olaylardır. “Büyük T” tipi travmatik deneyimler genel geçer deneyimler iken, “küçük t” tipi travmalar kişinin stresle başa çıkma becerisine ve algısına bağlı olduğu için daha çok o kişiye bağlıdır, dolayısıyla “küçük t” travmaları kişinin o olayı nasıl yaşadığıyla alakalıdır. “Küçük t” tipi travmalar TSSB kriterlerini karşılamasa da “küçük t” tipi travmaya tekrar tekrar maruz kalmanın, tek bir “büyük T”ye eşit veya hatta daha fazla duygusal sıkıntıya neden olduğu ve kalıcı olumsuz etkilere yol açtığı kabul edilmektedir (Shapiro, 2001).

Bilgi işleme açısından travma, işlevsiz bir şekilde depolanmış bir olay hafızasıdır (Van der Kolk, 1994). Buradaki bellek formunun bozulması, anının açık-öyküsel bellek yerine örtülü-motor bellekte saklanmasıdır ki bu geçmişin şu anda yaşanıyor muşçasına deneyimlenmesine yol açar (Shapiro, 2001). Geçmişin şimdi olarak yaşanması, olay anında mevcut olan bazı duyuşsal algıların ve düşüncelerin hala aktif olduğu anlamına gelir. EMDR terapisinin ilk odak noktası, geçmiş travmatik anıları yeniden işleyerek, uygun bellekte uygun duygularla saklanmasına vesile olmak ve böylece kişinin geçmişi bırakarak, şimdiyi deneyimlemesine olanak vermektir (Shapiro, 2001; Shapiro ve Maxfield, 2002).

EMDR terapisinin odağı geçmişteki travmatik deneyimlerle sınırlı kalmaz; şimdiyi ve geleceği de hedef alır. Geçmişe hitap etmek, rahatsız edici ve/veya stresli olan geçmiş anıların ve olayların farkına varılmasına ve keşfedilmesine fırsat verir.

Şimdiki zamana odaklanmak da bireyin halihazırda yaşadığı ve sıkıntı nedeni olan stresli durumları konuşma imkanı sağlar. EMDR terapisi, bu durumlara değinmenin yanı sıra, bireylerin sağlıklı başa çıkma stratejileri ve sağlıklı tutumlar geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlar. Bu tür tutumların geliştirilebilmesi, gelecekteki eylemler için esastır.

2.2.2 Yeme Bozuklukları ve EMDR

Yemek yemenin en önemli iki psikolojik bileşeni arzu etmek ve bu arzuya yönelik hareket geliştirip, doyuma ulaşabilmektir. Arzular hayatın erken döneminden itibaren var oldukları için, biliş öncesi anılar bedensel duyumların içinde olabilir (Shapiro, Kaslow ve Maxfield, 2007). Arzulama deneyimlerini sağaltmak için EMDR standart protokol kullanılabilir. Adaptif bilgi işleme modeline göre, eğer erken dönem arzu deneyimleri belirgin bir stres ile eşleştiyse, işlevsiz bir şekilde hafızaya alınmış olmaları kuvvetle muhtemeldir. Bu nedenle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme bu anılarla, danışanın tolere edebileceği ve öğrenmeye dayanabileceği ve hatta öğrenmek isteyebileceği mevcut bilgiler arasında bağlantı kurarak yapılır. Nihayetinde bu süreç, yemeyi bozan tetikleyicileri etkili bir şekilde yeniden işleme becerilerinin artmasına ve arzu ve hayal kırıklıklarına yemede bozulma olmadan tepki verecek yeni kalıpların oluşmasına yol açar.

2.2.3 Sekiz Aşamalı EMDR Terapisi

2.2.3.1 Birinci Aşama: Anamnez Alma ve Planlama

EMDR bir psikoterapötik ekol iken, adaptif bilgi işleme (Shapiro 1993, 1994) EMDR'nin çalışma mekanizmasını anlamak için geliştirilmiş olup, tedavi çerçevesini ve ilkelerini, psikopatolojinin temelini ve kişilik gelişimini açıklar. Öykü alınırken dikkatini bu yöne veren bir klinisyen öykünün içindeki negatif bilişleri de yakalayacaktır. Sinir sisteminde işlevsel olmayarak depolanmış anılar doğru yöntemle çalışıldığında psikopatolojiler iyileşebilir. Kişi psikolojik travma yaşadığında sinir sisteminde bir dengesizlik oluşmakta ve bilgi işleme sistemi sekteye uğramaktadır. Bu duruma ile beraber, olay esnasında beş duyu ile algılanan bilgiler işlenemediği için,

tıpkı çiğnenmemiş bir yemek gibi rahatsız edici bir hal alır. Daha sonra ise çiğnenmeyen bir yemeğin rahatsız ettiği gibi, iç ve dış uyanlarla tetiklendikleri zaman kendilerini tıpkı birer TSSB semptomu gibi, kabuslar, sahneleri rahatsız edici tekrar hatırlamalar gibi gösterirler.

EMDR'nin bu işlenmemiş bilgileri işlemeyi kolaylaştıran bir fizyolojik durumu başlattığı düşünülmektedir. Bu bağlamda EMDR'nin kişinin bilinci ve hipokampusu arasında bir bağlantı kurduğu söylenebilir. Beynin doğal sistemi sağlık haline doğru olan bir psikolojik büyümedir. Travma, beynin bu iyiye gitme özelliğini sekteye uğratar. Adaptif bilgi işleme ile travmalar çözüldükçe, tıpkı fiziksel bir yaranın kendini iyileştirmesi gibi, sistem kendini iyileştirecektir. Adaptif bilgi işleme ile yapılan bu terapötik müdahalenin adı her ne kadar EMDR de olsa, göz hareketleri dışında uyarın da verilebilir. Her iki dize sırayla ritmik şekilde dokunmak ya da danışanın kendine sarılarak çift yönlü şekilde uyarılması kullanılan yöntemler arasındadır. Buradaki temel unsur, uyarının ritmik ve bilateral olmasıdır.

Shapiro (1989) tarafından geliştirilen EMDR birçok ekolden birçok terapist tarafından kullanılan temel bir yöntem haline gelmiştir. EMDR, çalışma prensibini adaptif bilgi işleme modelini dayandırır. Bu model patolojiyi geçmişte yaşanan rahatsız edici deneyimlerin hafızada işlevsel olmayan bir şekilde saklanması sonucu, işlevsel olmayan duygu, düşünce ve davranış örüntülerini tetikleme ile açıklar (Shapiro, 2001). Bu nedenle danışanın bugünkü zorlukları ve semptomları ile alakalı önemli deneyimleri içeren anılar çalışılır. EMDR diğer terapi yöntemleri ile entegre edildiğinde terapi etkinliğini arttırabilir (Balbo, 2019). Olumsuz çocukluk, ergenlik ve erişkinlik deneyimleri, bağlanma zorlukları, travmatik deneyimler olarak düşünülebilir.

Her danışan EMDR için uygun değildir. Terapistin ilk görüşmede, seans içerisinde ve seans aralarında oluşabilecek zorlanmaları duyarak, karar vermesi gerekir. Terapistin uyanık olması ve danışanı bilgilendirmesi gereken bir diğer konu da bilgi işlemenin, daha yavaş da olsa seans sonrasında da sürebileceği yani anıların ve ilişkili beden duyularının danışana akmasının devam edebileceğidir. Bu

devamlılık hastayı rahatsız edebileceği gibi, uygun bilgilendirme yapılmaz ve başa çıkma mekanizmaları kullanılmazsa, tedavi uyumu bozulabilir.

Her danışan her olayı farklı işler. Bu aralık hafif bir etkilenmeden, dört başı mamur bir abreaksyona varan bir ranj içerisinde. Abreaksyonda, danışan adeta olay o anda yeniden yaşanıyor muşçasına tepki verebilir ve bu yoğunluk danışan için korkutucu hale gelebilir. Bu yüzden her seans sonu danışanın, hangi halde odadan çıktığı kontrol edilmeli, danışan tek başına idaresi nâmümkün bir halde diğer seansı bekliyor olmamalıdır. Bütün bunlara önlem olarak danışan, EMDR başlamadan evvel terapötik ilişki düzeyi, duygusal rahatsızlık, stabilite, sosyal ve ailevi destek ağı, genel tıbbi durum, EMDR'ye engel bir nörolojik durumunun olup olmaması, madde kullanımı, ikincil kazançlar, psikotrop ilaç gereksinimi ve dissosiasyon açısından etraflıca değerlendirilip, tedaviye başlama kararı buna göre verilmelidir.

Öykü alındıktan ve danışanın tedaviye uygunluğu değerlendirildikten sonra tedavi planlama safhasına geçilir. Danışan tek travması varsa farklı, erken dönemde başlayan, devam eden ve süregelen travması varsa farklı ele alınmalıdır. Özetle, güvenli bir terapötik ilişki kurulduğunda, süreç ve olası etkileri danışana anlatılıp, danışanın endişe ve ihtiyaçları ele alındığında hazırlık aşaması tamamlanmış olur.

EMDR terapisinin ilk aşaması öykü almaktır. Terapistin, hastanın EMDR tedavisine uygunluğunu değerlendirmesi ve bir tedavi planı geliştirmesi için hastanın ayrıntılı bir anamnezi alınır. Böylece, terapist terapi sırasında ve sonrasında hastanın psikolojik ihtiyaçlarının belirlenmesine yardımcı da olur. Bu aşama, terapötik süreçteki en önemli yerlerden biridir, çünkü her hasta farklıdır ve daha önce dissosiyasyon olmuş belleği ortaya çıkarmaya ve onunla yüzleşmeye hazır oluşları da farklılık gösterir. Bu aşamanın temel amacı, hastanın bastırılmış travmatik deneyimleri yeniden yüzeye çıkarmaya ve yeni sunulan bilgilere dayanmaya hazır olup olmadığını belirlemektir.

Bazı diğer terapötik yöntemlerden farklı olarak, EMDR'de bir terapi seansının sonu, bilgi işlemenin bittiği anlamına gelmez. Daha yavaş bir hızda olsa da seansın sonu yeni bilgiler yeniden ortaya çıkabilir. Seanslar arasında çözülmemiş, dissosiyasyon olmuş malzemenin akmaya devam etmesi hastada büyük bir strese neden olabilir. Bu nedenle klinisyenlerin EMDR tedavisinin kullanımı konusunda seçici olmaları

önemlidir. EMDR, yalnızca psikolojik olarak bu tür bir sıkıntıyla başa çıkabilecek kadar stabil olan ve yaşam koşulları bu sıkıntılı işlemenin neden olabileceği kesintilerle başa çıkmaya müsait olan hastalarda kullanılmalıdır. Bu aşamada, hasta ve terapist EMDR işleme için hedefler belirler. Bu hedefler, sıkıntı veren anılar ve sıkıntıya neden olan mevcut durumlardır. İlk EMDR işlemi genellikle çocukluktan gelen olayları ele alır. Travmatik olayların yanı sıra gelecekteki stresli durumları ele almak için önemli olan beceri ve davranışlar da terapiye konu edilir.

2.2.3.2 İkinci Aşama: Hazırlık

EMDR terapisinin ikinci aşaması hazırlıktır. Bu aşama, danışanın, terapötik sürecin neden olabileceği sıkıntıyla başa çıkmaya hazırlanmasını, teorik arka planın açıklanmasını ve bağ kurmayı gerektirir. EMDR belirli bir çerçevesi ve teorisi olmakla beraber klinisyen için oldukça esneklik de gerektirmektedir. Tedavi seyrinde klinisyen danışanın ihtiyaçlarını ve kişilik örgütlenmesini de göz önünde bulundurarak hedeflerini revize etmeye açık olmalıdır.

Diğer terapilerde olduğu gibi, EMDR terapisi de hasta ile terapist arasındaki güvene bağlıdır. Güven inşa etmek için profesyonel bir ilişki kurulmalıdır. Bu ilişki, terapötik ittifak, ortak hedefler, doğru ve açık iletişim üzerine temellenmelidir. Emniyetli ve güvenli bir atmosfer yaratan terapötik ortam, danışanların yeniden işleme sırasında korunacaklarını ve kontrolün kendilerinde olacağını hissetmelerini sağlar. Kontrolde olma hissi, travma mağdurları için özellikle önemlidir, çünkü travma çoğu zaman çaresizlik ve kontrol sahibi olamama duygusuna yol açar. Bu güven bağının oluşturulması hastaya da bağlıdır. Kimilerine bu bağı oluşturmak için iki-üç seans yeterli olurken, kimileri terapistlerine daha uzun sürede güvenir. Güvenin oluşması ne kadar uzun sürerse sürsün, EMDR terapisi bu ittifak oluşmadan denenmemelidir. Bu ortam sağlanması bile danışanın kendini iyileştirme sürecini başlamış olacaktır.

EMDR terapisinin teorik arka planını basit terimlerle açıklamak genellikle hastaların terapistlerine güvenmelerine yardımcı olur. EMDR'yi anlatırken terapistin "sinir sistemi"nde kilitli olan ve her zaman kolay ulaşılamayan bilgilerin olduğunu anlatması son derece önemlidir. Suçu hasta yerine sinir sistemine yüklemek, bu anıların "kilitlenmesine" ilişkin olası suçluluk duygularının önüne geçer.

Güvenli yer oluşturmak danışanın işleme esnasında yorulduğunda dinlenme alanına sahip olması için, seansı bitirirken rahatlama maksatlı kullanım için ve seans esnasında, o anda işleyebileceğinden daha yoğun malzeme gelmesi durumunda, hızla rahatlayabilmesi için çok önemlidir ve bu güvenli yerin kullanım alanları danışana ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır. Güvenli yer, iki seans arası gelen olumsuz anıların yarattığı gerginliği azaltmak için de danışan tarafından kullanılabilir.

2.2.3.3 Üçüncü Aşama: Değerlendirme

EMDR terapisinin üçüncü aşaması, terapistin çalışılacak anıyı belirlediği ve danışanın süreçteki tepkileri için temel ölçütler oluşturduğu aşamadır. Temel ölçütler, danışanın travmatik deneyimi hatırladığında verdiği tepkiler araştırılarak oluşturulur. Danışan anıyı hatırladığında ve daha sonrasında neler olduğu da bu ölçütlere dahildir. Tedavi devam ederken danışanın daha fazla detayı hatırlaması beklenirken, terapist tüm detayları açıklamaları gerekli değildir.

Terapideki ikinci adım Negatif Kognisyonun (NK) tanımlanmasıdır. Bu, danışanın olaya bakınca kendisiyle ilgili düşündüğü olumsuz ifade ya da bilişin tanımlanması demektir. Travmatik olay hatırladığında ortaya çıkan duygular, hastanın kendisi hakkındaki mevcut algısını değiştirerek olumsuz bir benlik imajına yol açabilir. Bunlar, hastanın en kötü anlarında kendisiyle ilgili düşüncelerine yönelik sorularla araştırılabilir. Gerekli bir adım olmasa da NK'nın belirlenmesi önemlidir ve bunu Pozitif Kognisyonun (PK) gelişmesi takip etmelidir. PK, terapi sonunda, özellikle travmatik olaya bakarken, düşünülmesi umulan düşünce ve inançlardır ve genellikle olumsuz kognisyonun 180 derece tersidir.

EMDR terapisinin üçüncü aşamasında, terapist danışanın travmatik olayla ilişkili bedensel duyuları tanımlamasına yardımcı olmalıdır. Duyumun kendisinin tanımlanmasına gerek yoktur, ancak travmatik olayın fiziksel rezonansının vücuttaki yeri belirlenmelidir. Danışanların bu yeri kendilerinin belirleyemediği durumlarda, terapist bu olumsuz anının vücudunun hangi bölümünü etkilendiğini belirlemede onlara rehberlik edebilir.

2.2.3.4 Dördüncü Aşama: Duyarsızlaştırma

Değerlendirme aşamasını, travmatik hafızanın hızlandırılmış yeniden işlenmesi izler. Travmatik olayın neden olduğu rahatsızlığı azaltmayı amaçlayan dördüncü aşama, duyarsızlaştırma aşaması olarak adlandırılır. Rahatsızlığın ortadan kaldırılması yeni fikirlerin, düşüncelerin, imgelerin ve duyumların ortaya çıkmasına izin verir. Travmatik belleğe bağlı rahatsızlığın giderilmesi, ancak hedef belleğe giden tüm çağrışım kanallarının yeniden işlenmesiyle sağlanabilir. Duyarsızlaştırma süreci, hasta hedef anıya odaklanırken göz hareketleri, dokunmalar gibi bilatereal uyarımların yapılmasıdır. Bilateral uyarım, hastaları hem iç deneyimlerine hem de dış deneyime (fiziksel stimülasyon) odaklanan çift yönlü bir dikkat odağını sürdürmeye teşvik eder. Bu işlem, hedef anının hatırlanması artık rahatsızlık vermeyene kadar tekrarlanır.

Bu aşamada hasta tarafından önemsiz veya alakasız olarak değerlendirilebilecek diğer anılar ortaya çıkabilir. Bu yeni anıların duygusal olarak ne kadar ilişkili olduğunu değerlendirmek ve gerekirse bilateral uyarım kullanarak bunları yeniden işlemek de aynı derecede önemlidir. Terapinin bu aşaması, olumsuz anıyı hatırlamanın artık acı vermemesine ve anıların daha az canlı ve yoğun hissedilmesine hizmet eder; böylece bu anılar güncel olaylar gibi değil, geçmişe ait olaylar olarak algılanır.

2.2.3.5 Beşinci Aşama: Yerleştirme

EMDR terapisinin beşinci aşaması, hastanın hedef anı ile ilgili olumlu bir inancı, tamamen doğru olduğuna inanıncaya kadar ilişkilendirmeye ve güçlendirmeye başladığı aşamadır. Bu yeni PK, değerlendirme aşamasında belirlenenle aynıdır ve NK'nın yerini almalıdır. Bu, travmatik anıyla ilgili geçmiş olumsuz duyguları "bırakmak" ve bir anlamda o anıyla barışmak olarak da tanımlanabilir. Bu nedenle, EMDR terapisi sadece geçmişteki travmatik olayın canlılığını köreltmeye ve bulanıklaştırmaya hizmet etmez, aynı zamanda kişinin kendisi hakkında yeni, olumlu ve işlevsel inançlar yerleştirmesine de aracı olur.

2.2.3.6 Altıncı Aşama: Beden Tarama

Hedef anıya ilişkin PK pekiştirildikten sonra, bellekle ilişkili fiziksel duyular da yeniden ele alınmalıdır. Hedef anıya ilişkin olumsuz bilişler donuklaşırken, bu anıyla ilişkili fiziksel duyular hala mevcut olabilir. Adaptif Bilgi İşleme modeline göre, işlevsel olmayan bilişler ve travmatik anılar, yeniden işlenmesi gereken fiziksel duyulara bizzat neden olabilir. Süregelen fiziksel duyular varsa, bunlar da bilateral uyurum kullanılarak ele alınmalıdır. Bedensel duyular da işlenince, hedef anıyla ilgili fiziksel rahatsızlıkların da işlendiğinden emin olunabilir. Duyarsızlaştırma aşaması gibi, vücut tarama aşaması da durağan olan diğer duyguların, uzun vadede patolojiye yol açmasını engeller. Bu uyumlarla ilgili ortaya çıkan ilişkili ağlar da işlenmelidir.

2.2.3.7 Yedinci Aşama: Kapanış

90 dakikalık bir seans, tek bir travmatik anıyı işlemek için yeterli olsa da bazen zaman sınırlamaları süreci kesintiye uğratabilir. Bu nedenle danışana rahatlayacağı bir zaman ayırarak seansı planlamak son derece önemlidir. Bu aynı zamanda terapistin, işlemeyi tamamlamak için yeterli zamanı yoksa yeni bir kanala yönelmeye veya vücut taraması yapmaya çalışmaması gerektiği anlamına gelir. Danışana, tamamlanmamış işlemlerin sonucunda seansa başladığından daha fazla sıkıntı hissetmemesi ve daha sakin şekilde seanstan ayrılması için, yönlendirilmiş hayal tekniği içeren önceden planlanmış bir bilinçli farkındalık çalışması uygulanmalıdır. Bu sakinleştirme, günlük yaşamlarına devam edebilmeleri için (günlük sorumluluklarını yerine getirmek, işe gitmek vb.) yeterli olmalıdır.

2.2.3.8 Sekizinci Aşama: Yeniden Değerlendirme

Yeniden değerlendirme, travmatik anı işlendikten bir sonraki seansta yapılır. Yeniden değerlendirme yapan terapist, bu sayede tüm olumsuz duygularının ve NK'nın orijinal rahatsız edici anıdan ayrıştığına emin olur. Ayrıca, bu aşamada PK'nın da danışanın bütünlüğüne dahil olduğundan emin olunur. EMDR sürecinin başarısı, stresli tepkilerin başarılı bir şekilde azaltılması ve PK'ların başarılı bir şekilde hayata geçirilmesi ile değerlendirilir. EMDR terapisinin sonunda hastanın olaya olumlu ya da

nötr bir şekilde bakıyor olması gerekir. Olaydan söz edilirken stres yaşanması veya hedef anıya dair olumsuz benlik algılarının yeniden ortaya çıkması daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu göstergesidir. Bu durumda, PK başarılı bir şekilde yerleştirilene kadar önceki adımlar tekrarlanmalıdır.

2.2.4 Yeme Bozukluklarında EMDR Terapisi

Kontrollü çalışmaların çoğu TSSB'de, EMDR Terapisinin etkinliğini araştırırken, EMDR terapisi diğer anksiyete bozukluklarını tedavi etmek için de uygulanmıştır. Davidson ve Parker (2001), EMDR'nin kullanıldığı diğer kaygı bozukluklarında, travma sonrası stres bozukluğunu (Rothbaum, 1997), travmatik anıları (Shapiro, 1989; Wilson, Becker ve Tinker, 1995), panik bozukluğu (Feske ve Goldstein, 1997), klostrofobiyi (Lohr, Tolin ve Kleinknecht, 1996), kan ve enjeksiyon fobilerini (Kleinknecht, 1993) ve araknofobiyi (Muris, Merckelbach, Van Haften ve Mayer, 1997) belirtmiştir. Bunlara ek olarak EMDR terapisi, depresif belirtilerin (Hase vd., 2015), PTSD'ye bağlı alkol bağımlılığının (Abel ve O'Brien, 2010), kumar bağımlılığının (Bae, Han ve Kim, 2015), internet bağımlılığının (Bae ve Kim, 2012) ve cinsel istismar geçmişi olan ama TSSB olmayan kişilerdeki seks bağımlılığın (Cox ve Howard, 2007) tedavisinde de başarılı olmuştur. EMDR'nin çeşitli anksiyete bozukluklarını ve bağımlılıklar gibi sağlıksız başa çıkma mekanizmalarını tedavi etmedeki başarısı, bu psikopatolojilerin genellikle olumsuz erken yaşam deneyimleriyle bağlantılı olmasından kaynaklanmaktadır (Shapiro, 2012).

Yeme bozukluğu olan danışanlarda, nadiren tam anlamıyla bir TSSB teşhis edilir, çünkü genellikle bu danışanlar yeme bozukluğunu bir tür ilaç olarak ya da travma semptomlarıyla baş etmek için kullanır. Bu popülasyonda saldırıya uğramış olmak, ihmal edilmek gibi küçük “t” travmaları, her zaman olarak olumsuz benlik saygısı ile beraber görülür ve bedensel görünüm hakkında olumsuz inançlara ve beslenme sorunlarına yol açar (Ferreira, Pinto-Gouveia ve Duarte, 2013).

Farklı yeme bozukluğu olan hastaların, alt tiplerine göre farklı özellikleri olsa da ortak paydaları da vardır. Ayrıca, hastalar zamanla bir bozukluktan diğerine geçebilirler. Bu nedenle Fairburn, Cooper ve Shafran (2003) “transdiagnostik bakış açısı” isimli, yeme bozukluklarının nasıl sürdürüldüğünü açıklayan, teorik bir bilişsel

davranışçı model oluşturmuşlardır. Bu model hastaların kısır döngülerini sürdüren mekanizmaları anlatır ve farklı yeme bozukluklarına uygulanabilir.

Bu model, yeme bozukluklarının, yemeyi, kiloyu ve vücut şeklini aşırı değerlendirme ve kontrol etme gibi temel psikopatolojiyi paylaştığını ve birkaç farklı faktörün (klinik mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, duygudurumun yoğunluğu ile ilgili sorunlar ve kişilerarası sorunlar) daha bu hastalarda mevcut olduğunu ve bu farklı faktörlerin hem söz konusu temel semptomlarla hem de birbirleriyle etkileşime girebileceği üzerinedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Bu model AN, BN ve TYB için geçerlidir ve terapötik programlara çevrilip, ampirik olarak test edilmiştir (Dalle Grave, Calugi, Doll ve Fairburn, 2013; Fairburn, Cooper, Doll, O'Connor, Palmer ve Dalle Grave, 2013).

Daha önce, duygusal yemeyi sağlıksız bir başa çıkma mekanizması veya yemek bağımlılığı olarak tanımlamıştık (Berthoz, 2015). Her iki durumda da çözülmemiş travma veya belirgin stres, duygusal yeme eğilimlerinin birincil kaynakları olabilir. Duygusal yemenin bu özellikleri, EMDR kullanılarak başarılı bir şekilde tedavi edilebilen bozukluklarla paralel olduğu için EMDR terapisi, duygusal yeme eğilimlerinden muzdarip hastaların tedavisinde kullanıldığında da başarılı olmalıdır. EMDR terapisinin aşamalarına genel bir bakış, duygusal yeme eğilimlerinin nasıl tedavi edilebileceğini ve bu işlevsiz davranışın altında yatan kaynakların nasıl ele alınacağını anlamak için faydalı olacaktır.

Duygusal yeme bozukluğu olan danışanlarla çalışırken dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Duygusal yeme bozukluğu olan danışanların ortak noktaları şunlardır:

- Öz bakım becerilerinde zayıflık
- Stresi ya da stresle ilgili semptomları fark edememe, bu nedenle sebebini anlayamadığı ani kaygı atakları yaşama
- İçsel ve dışsal deneyimlere oryantasyon güçlükleri çekme
- Sürekli travma semptomları yaşama
- Yoğun duygulanımlarla baş edememe
- Bedenin hareketine izin vermeme (Cooke ve Grand 2009)

Eğer danışandaki bu semptomlar, EMDR çalışmasını engelleyecek kadar kuvvetliyse, terapistin önce psikoeğitim, bilinçli farkındalık ya da kendi uzmanlığı olan diğer becerilerle danışanı EMDR çalışabilecek kadar stabilize etmesi gerekir. Eğer danışanın travması çok ağırsa ya da stabilizasyon becerileri veya içsel kaynakları zayıfsa ya da hayatında hala devam eden travmalar varsa (işsizlik, yoksulluk, hukuksal süreçler gibi), haftada bir olan 50’şer dakikalık seanslar 25’er dakikalık iki kısma bölünebilir. 25 dakikalık ilk seanstan sonra diğer 25 dakikalık seans yapılır ve iki haftada 50 dakikalık seansa denk gelecek kadar çalışılmış olur. Bu şekilde danışan “standart” bir seans saati kadar çalışmamış olmaktan dolayı yetersiz hissedip, bu yetersizlik hisleri ile kendini tekrar travmatize etmemiş olur.

Bütün bu çalışma yapılırken danışanın “tolerans penceresi” içerisinde kaldığından emin olmak gerekir. Aksi halde, limbik aktivasyon, frontal korteksin gözlemlene kapasitesini kapatacak ve danışan travmanın içine dahil olamayıp, çağrışımları travma ile alakalı olmayan sahnelere kayacaktır. Bu çalışma 90 dakikalık bir ilk görüşme seansı ve 50 dakikalık 10 seanstan oluşmaktaydı. Bu sebeple çoğu zaman seanslar sahneler “0” olmadan sona erdi. Danışanların çoğunda şöyle bir akış görüldü.

Çalışmamıza katılan danışanların gerek ardından duygusal yeme yapmaya başladığı olayı, gerek duygusal yeme yaptığı sahneyi çalışırken, ilk fark ettikleri şey, yeme anındaki dissosiasyonları oldu. Sahneyi çalıştıkça danışanlar yedikleri miktarı “fark ettiler”. Daha sonra seans aralarında duygusal yeme yaparken, “şu anda yemek yemeye gidiyorum, ama aslında aç değilim” farkındalığı gelişmeye başladı. Çalışmamız bu aşamaya “otomatik pilottan çıkma” aşaması adı vermiştir. Sonraki aşamada danışanlar duygusal yeme yaparken, yani eylemin içindeyken, miktarları fark etmeye başladılar. Bu noktadan sonra ise miktarlar azalmaya başladı ve duygusal yeme yapsalar dahi, bu “normal porsiyonlar” içerisinde oldu ve sıklığı azaldı.

Çalışmamızda hiçbir danışan için aynı NK’yı çağrıştıran bütün sahneleri bitirecek süre olmamıştır. Fakat sair zamandaki klinik uygulamalarda NK ile ilgili bütün sahneler çalışıldıktan sonra yeniden entegrasyon çalışmaları yapılmalıdır çünkü yeme bozukluğunun tedavisi sadece hastanın bedeninde değil, ilişkilerinde, konsantrasyonunda ve başa çıkma döngülerinde yeniliklere sebep olacaktır. Her

sahneden sonra PK yerleştirmek ve aynı NK etrafındaki çalışma listesini kapatırken gelecek şablonu çalışmak entegrasyon için uygun yöntemlerdir.

EMDR'nin ilk aşaması, öykü alma ve planlamayı içerir. yk, patolojik reaksiyonu tetikleyen altta yatan mekanizmaların keşfi olarak da tanımlanabilir (Shapiro, 2012). Duygusal yeme eğilimlerinin tedavisi için bu aşama, çözülmemiş sorunu veya travmayı, başka bir deyişle duygusal yeme davranışına yol açan dissosiyasyonu tespit etmeye hizmet edecektir. Duygusal yemeye sıklıkla yüksek düzeyde kaygı eşlik ettiğinden, geçmiş ve şimdiki stres kaynakları da araştırmak gerekir.

Anoreksiya, bulimia ve tikanırcasına yeme bozukluğunda bulunan ortak risk faktörleri cinsiyet, etnik köken, erken çocukluk döneminde yeme problemleri ve gastrointestinal problemler, kilo ve görüntüyle ilgili kaygıların yüksek ve olumsuz olması, olumsuz öz-değerlendirme, cinsel taciz ve diğer olumsuz deneyimler ve genel psikiyatrik morbiditedir (Jacobi vd., 2004). Bu nedenle ilk görüşmede bu konuların hepsine değinilen sorular sorulduğundan emin olunmalıdır. Bir başka araştırma ise çocuklukta istismar, ihmal, aile içi olumsuz yaşantılar ve sosyoekonomik durumu da yeme bozuklukları ile ilişkili bulmuştur (Johnson vd., 2002).

Katılımcıların “sevilen bir kişinin kaybı, anne-baba ayrılığı, cinsel istismar, şiddet görme, kişisel olmayan bir travmaya maruz kalma ve diğer travmatik olayları sınıflandırdığı bir çalışmada her travma başlığının şiddeti ve genel travma şiddeti yeme bozukluğu geliştirme ile bağlantılı bulunmuştur. Arkasından duygusal yeme atağı geçirme ihtimalini arttıran kısıtlanmış yeme, travma sayısı, toplam travmaların ciddiyeti ve her bir travmanın ciddiyeti ile bağlantılı bulunmuştur. Buradan hareketle, terapistin öykü alma aşamasında hem “t”lere hem de “T”lere kulağının açık olması önemlidir (Smyth vd., 2008).

Anıların çalışılmaya başlanmasıyla beraber geçmişten sahnelerin hatırlanabileceği ile ilgili ve duygusal yemenin artabileceği ile ilgili danışanları bilgilendirmek önemlidir. Terapistin aklında tutması gereken bir diğer konu da yeme bozukluğunu çalışarak, danışanın en sık kullandığı savunma mekanizmasını elinden alıyor olduğudur. Hastada oluşan bu boşluk “besleyici” bir terapötik ilişki ile ikame edilmelidir. Hastaya iyileşmenin fazları açıkça anlatılmalıdır. Yeme bozukluğunun bıçakla kesilir gibi kesilmeyeceği, önce otomatik pilottan çıkılacağı, daha sonra

miktarın farkına varılacağı, bir sonraki aşamada eğer kişi zevk almak ya da durumla başa çıkmayı kolaylaştırmak için yiyorsa bunun bir seçim haline geleceği anlatılmalıdır. Göz hareketleri uyarım vermede ilk seçenek olup, bunun mümkün olmadığı hastalarda diğer çift yönlü uyarım yöntemleri kullanılmalıdır. Setler 24-42 aralığında olabilir. Danışan tolerans penceresi dışına çıkıyor ve dissosiyasyon oluyorsa setler 16-22 arasında tutulabilir. Anıları çağırırken zorlanıyorsa ise uyarım verme hızı artırılıp setler 46-52'ye kadar çıkarılabilir.

EMDR terapisinin üçüncü aşaması olan değerlendirme, terapistin hastanın travmasının işlevsiz davranışlara yol açan temel bileşenlerini belirlemesine yardımcı olacaktır. Bu aşama, bellekle ilişkili duyu ve düşünceleri ele aldığından (Shapiro, 1989), hastanın sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geçmişiyle bağlantılı olduğu gerçeğini ortaya çıkardığı ve farkına vardığı andır. Duygusal yeme yapanlar için olumsuz benlik algısının yalnızca geçmişin çözülmemiş sorunlarından değil, aynı zamanda duygusal yeme yapıyor olma yüzünden de gelebileceğini belirtmek önemlidir.

Altıncı aşama olan vücut taraması, duygusal yeme eğilimlerini tedavi etmek için bir başka önemli noktadır. Bu, bazı hastaların yeme alışkanlıkları ile duyguları arasındaki bağlantıyı ilk kez fark ettikleri an olabilir. Açlık gibi, çiğneme, yemek yeme, yutma veya tok hissetme ihtiyaçlarının tümü fiziksel duyumlar olduğundan, bunların vücut tarama aşamasında kendilerini göstermeleri beklenir.

Genel olarak, EMDR terapisi geçmişin ve şimdinin bastırılmış veya çözülmemiş olaylarını yeniden işlemeye ve bu anılarla başa çıkmak için olumlu inanç ve alışkanlıkların yerleştirilmesine hizmet eder. Duygusal yeme alışkanlıklarının tedavisi açısından, EMDR terapisinin hastaların duygularının tetiklediği bu işlevsiz alışkanlıktan vazgeçmelerine yardımcı olması ve olumsuz etkilere neden olabilecek yeni durumlar karşısında kullanılacak daha sağlıklı baş etme mekanizmalarına yönlendirmesi beklenmektedir. Bu nedenle EMDR terapisi sadece duygusal yeme alışkanlıklarını durdurmakla kalmaz, aynı zamanda bireyin relapsı önleyen araçları benimsemesini de sağlar.

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yöntemi

Yapılan çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir. Bu model kapsamında kavramlar arasındaki ilişkilerin doğası ve etki eden değişkenlerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla ölçek puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesi noktasında korelasyonel desen kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile analiz edilmiştir. Bunun yanında etkisi olduğu düşünülen değişkenler için grup içi karşılaştırma deseni kullanılmıştır. Etkilerin varlığı ve istatistiksel anlamlılık düzeyi hipotez testleri ile analiz edilmiştir.

3.2 Katılımcılar

Araştırmanın evrenini Türkiye oluştururken örneklemin belirlenmesinde kolay örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu amaçla araştırmacıya başvuran danışanlar özelinde örneklem grubu belirlenmiştir. Yapılan çalışmaya 3 erkek ve 16 kadın olmak üzere toplam 19 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına uygun olarak yürütülmüştür.

3.3 Veri Toplama Araçları

Yapılan çalışmada sosyal bilimlerde sıklıkla kullanılan anket veri toplama tekniği tercih edilmiştir. Kullanılan anket içinde yer alan form ve ölçekler aşağıda verilmiştir.

3.3.1 Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, kilo, boy, beden kitle endeksi, yaş ve eğitim durumu gibi demografik bilgilerinin sorulduğu bilgi formudur.

3.3.2 Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)

Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği, Bilgen (2018) tarafından geliştirilen kişinin yeme eğilimlerini değerlendiren 35 maddeden oluşan ve beşli Likert tipi (*1 = Kesinlikle Katılmıyorum; 5 = Kesinlikle Katılıyorum*) bir ölçektir. Ölçek toplam puan aralığı 35-175'tir ve 75 üzeri puan alanların duygusal yeme yaptığı kabul edilir. Ölçek, duygusal yeme eğilimlerini, gerginlik durumlarında yeme, kendini kontrol edebilme, olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme ve uyaran karşısında kontrol olmak üzere dört ilişkili faktör altında değerlendirir.

3.3.3 Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Hewitt, Flett, Turnbull-Donovan ve Mikail (1991) tarafından geliştirilmiş olan, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, bireylerde mükemmeliyetçilik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan yedili Likert tipi (*1 = Kesinlikle Katılıyorum, 7 = Kesinlikle Katılmıyorum*) bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Oral (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçek her birinde on beş madde bulunan "kendine yönelik mükemmeliyetçilik", "diğerlerine yönelik mükemmeliyetçilik" ve "toplum tarafından dayatılan mükemmeliyetçilik" olmak üzere üç alt boyutu kapsamaktadır. Ölçeğin Türkçe formundaki alt ölçekleri oluşturan maddeler orjinalinden farklıdır. Orjinalde, her alt ölçek 15 maddeden oluşurken; Türkçe versiyonunda Kendi Odaklı Mükemmeliyetçilik alt ölçeğinde 19 madde; Başkası Odaklı Mükemmeliyetçilik alt ölçeğinde 10 madde ve Sosyal Odaklı Mükemmeliyetçilik alt ölçeğinde 15 madde bulunmaktadır. 44 Likert tipi sorudan oluşan ölçekten alınabilecek en düşük puan 44 en yüksek puan 308 olup, yüksek puanlar, daha yüksek mükemmeliyetçi düşünce ve davranışla ilişkilidir.

3.3.4 Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi, obsesif-kompulsif bozukluğun varlığını ve şiddetini değerlendirmek için kullanılan, Hodgson ve Rachman (1977) tarafından geliştirilmiş, doğru-yanlış şeklinde cevap verilen 30 sorudan oluşan bir ölçektir. Obsesif kompulsif eğilimleri kontrol etme, yavaşlık, temizlik ve kuşku olmak üzere dört alttestte inceler. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Erol ve Savaşır (1988) tarafından yapılmıştır. Ölçeğe, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'nden alınan 7 madde ile ruminasyon kategorisi eklenerek toplam 37 soru elde edilmiştir. Doğru yanıtı "1", yanlış yanıtı "0" alır ve alınabilecek maksimum puan 37'dir. Normal popülasyon için ortalama puan 12, obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan bireylerin ortalama puanı 21'dir. 18 ve üzeri puan alan bireylerin OKB teşhisi almaya yatkın oldukları varsayılır.

3.3.5 Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Türkçe uyarlaması Güleç, Tamam, Turhan ve Karakuş (2008) tarafından yapılan Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11. Versiyonu hem klinik hem de klinik olmayan örnekleme dürtüsellik yönünden değerlendirir. Ölçek, kendini kontrol, bilişsel esneklik, sabretme, dikkat ve bilişsel istikrar olan beş alt faktörü tanımlayan 30 maddeden oluşmuştur. Dörtlü Likert Tipi ölçüm özelliğini kullanan ölçeği, katılımcılar kendileri doldurur. Ölçek için kesme puanı belirtilmemiş olup, karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılabilir. Ölçek için kesme puanı belirtilmemiş olup, karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılabilir.

3.3.6 Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ)

Foa, Ehlers, Clark, Tolin ve Orsillo (1999) tarafından geliştirilen TSBÖ 36 maddeden oluşan bir öz-bildirim aracıdır. Türkçe uyarlaması Didem Yağcı Yetkiner (2010) tarafından yapılmıştır. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun ortaya çıkmasında ve sürmesinde etken olduğu düşünülen, travmayla ilişkili bilişleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 36 maddelik kendini değerlendirme türü bu ölçek yedili Likert (*1 = Kesinlikle Katılmıyorum; 7 = Kesinlikle Katılıyorum*) üzerinden puanlanmaktadır. Ölçeğin orijinalinde toplam 33 ölçek maddesini içeren, "Kişinin

kendisiyle ilgili olumsuz bilişleri”, “Dünyayla ilgili olumsuz bilişler” ve “Kendini suçlama” olmak üzere 3 alt ölçek bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 36 ile 252 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar travmatik yaşantıya ilişkin hatalı bilişlerin yoğunluğunu göstermektedir.

3.3.7 Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Pennebaker ve Susman (1988) tarafından geliştirilen Çocukluk Çağı Travma Ölçeği 28 madde içeren bir öz bildirim aracıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel istismar ve ihmal ve cinsel istismar oranlarını ölçmeye yarar. Ölçekten alınan yüksek puan istismar veya ihmalden etkilenme düzeyinin de arttığını göstermektedir. Çalışmamızda 35 puan üstü alan kişiler, çocukluk çağı travması var olarak kabul edilmiştir.

3.4 Yöntem

Araştırma, sosyal medya platformları üzerinden duyurulmuş olup, araştırma hakkında bilgi edinmek isteyen katılımcılar aranarak sürece dair bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilere Duygusal Yeme Anketi yollanmıştır. Anket 51 kişi tarafından bilgisayar üzerinden tamamlanmıştır ve anket değerlendirmesi sonucu toplam 32 kişide duygusal yeme eğilimi tespit edilmiştir. Duygusal Yeme Anketi sonuçlarına göre duygusal yeme eğilimi tespit edilen kişiler sonuçlarına dair bilgilendirilmiş olup ölçek değerlendirmeleri alınmak üzere kuruma davet edilmiştir.

Kliniğe davet edilen kişilere; Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Testi, Maudsley Obsesif Kompulsif Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği, Travmatik Bilişler Ölçeği ve Yaşam Olayları Kontrol Listesi verilmiştir ve 10 haftalık süreç planlaması yapılmıştır. Kliniğe gelip ölçekleri tamamlayan 11 kişi ile terapi sürecine başlanmıştır ve 7 kişi ile ilk 5 seans tamamlanmıştır fakar pandeminin ilk başladığı dönem ile birlikte 2 aylık bir duraklama gerçekleşmiştir.

Duygusal yeme eğilimi tespit edilen 51 kişinin 20'si araştırmaya katılabileceklerini belirtmişlerdir ancak COVID-19'un etkileri ile 14 kişi devam etmekten vazgeçmiştir. Olağandışı bir durumun tüm dünyayı etkilemesi üzerine araştırma sürecine birkaç ay ara verilmiş olup bu süreçte yukarıda bahsedilen ölçekleri tamamlamış olan ve terapi süreci başlamış ama yarım kalmış olan 11 kişi ile iletişime geçilmiştir. Ölçekleri tamamlayan ve terapi süreci başlamış 7 kişiden 3 kişi, süreci devam ettiremeyeceğini belirtmiştir. Yalnızca Duygusal Yeme Anketini tamamlamış ve duygusal yeme eğilimi belirlenmiş diğer 12 kişi de pandeminin oluşturduğu belirsizlik ve zorluklardan ötürü süreci devam ettiremeyeceklerini belirtmişlerdir.

Pandeminin devam ediyor oluşundan ötürü, terapi sürecinde online opsiyon da katılımcılara sunulmuştur. Bu esnada araştırma sosyal medya platformlarından tekrar duyurulmuştur ve katılım göstermek isteyen kişilere Duygusal Yeme Anketi yollanmıştır. Duygusal yeme eğilimi tespit edilen kişilere akabinde Çocukluk Çağı Travma Ölçeği yollanmıştır. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ölçeğinin sonuçlarına göre geçmiş travması olan 10 kişi ve geçmiş travması olmayan 10 kişinin araştırmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Bu süreçte ise 48 kişi Duygusal Yeme Anketini tamamlamış olup 32 kişide duygusal yeme eğilimi tespit edilmiştir. 32 kişiye Çocukluk Çağı travma ölçeği yollanmıştır ve sonuçlara göre araştırmaya 15 kişi dahil edilmiştir. Diğer 5 kişi ise pandemi öncesinde sürece başlamış olup, yarım kalan süreçleri tamamlanmış kişilerdir. Araştırma sürecinin sonuna doğru 1 tedaviyi bırakma yaşanmış olup 19 kişi ile süreç tamamlanmıştır. 19 katılımcının 3'ü erkek, 16'sı ise kadın katılımcılardan oluşmuştur. 19 katılımcının 9'u online olarak sürece katılmış olup 10 kişiyle ise yüz yüze olarak katılım sağlamıştır. Süreci tamamlanan katılımcılara Duygusal Yeme Anketi tekrar yollanmıştır ve müdahale öncesi sonuçları ile kıyaslanmıştır.

3.5 Verilerin Analizi

Verilerin analizinde frekans analizi kullanılmıştır. Obsesif-kompulsif davranış, mükemmeliyetçilik, dürtüsellik, TSSB ve travma sonrası bilişler ile duygusal yeme davranışı arasındaki ilişkiyi araştırmak için katılımcıların ilk Duygusal Yeme Ölçeği puanları ile ilişkisine Spearman Korelasyon Analizi ile bakılmıştır. Tekrarlanan ölçümler arasındaki fark Wilcoxon İşaretili Sıralar testi ile incelenmiştir. İki kategori arasındaki puan farkının incelenmesinde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ göz önüne alınmıştır.



4 BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Görüşme biçimi	Çevrimiçi	9	47,4
	Yüz yüze	10	52,6
Cinsiyet	Erkek	3	15,8
	Kadın	16	84,2
Medeni durum	Evli	11	57,9
	Bekar	8	42,1

Yapılan çalışmaya 21-50 yaş aralığında ($33,11\pm 10,33$) 3 erkek ve 16 kadın olmak üzere toplam 19 kişi katılmıştır. Katılımcıların 9'u ile çevrimiçi ortamda seanslar yapılırken 10'u ile yüz yüze görüşülmüştür. Katılımcıların 11'i evli, 8'i bekarıdır.

Tablo 2. Katılımcıların Terapi Öncesi ve Sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Sıralar	n	Sıralar ortalaması	z	p
Duygusal Yeme Ölçeği	Negatif sıra	18	10,44	-3,743	0,000
	Pozitif sıra	1	2,00		
	Eşit sıra	0			
Gerginlik durumlarında yeme	Negatif sıra	14	10,32	-3,221	0,001
	Pozitif sıra	3	2,83		
	Eşit sıra	2			
Olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme	Negatif sıra	17	10,97	-3,683	0,000
	Pozitif sıra	2	1,75		
	Eşit sıra	0			
Kendini kontrol edebilme	Negatif sıra	17	9,85	-3,577	0,000
	Pozitif sıra	1	3,50		
	Eşit sıra	1			
Uyaran karşısında kontrol	Negatif sıra	15	8,00	-3,423	0,001
	Pozitif sıra	0	0,00		
	Eşit sıra	4			

Katılımcıların terapi öncesi ve sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve alt boyut puanları arası farkın incelenmesinde Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda terapi öncesi ve sonrasında katılımcıların Duygusal Yeme Ölçeği ($z=-3,743$; $p<0,001$), gerginlik durumlarında yeme boyutu ($z=-3,221$; $p<0,01$), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme boyutu ($z=-3,683$; $p<0,001$), kendini kontrol edebilme boyutu ($z=-3,577$; $p<0,001$) ve uyaran karşısında kontrol boyutu ($z=-3,423$; $p<0,01$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Katılımcıların terapi öncesindeki Duygusal Yeme Ölçeği puanları ($M=118$) terapi sonrasında anlamlı şekilde düşmüştür ($M=83$). Aynı şekilde gerginlik durumlarında yeme boyutu ortalamaları 39'dan 30'a anlamlı şekilde düşmüştür. Olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme boyutu terapi öncesi 40 iken terapi sonrasında 30'a düşmüştür. Kendini kontrol edebilme boyutu için 24 olan ortalama puanı terapi sonrasında 19'a gerilemiştir. Son olarak uyaran karşısında kontrol boyutu ortalaması 13'ten 9'a düşüş göstermiştir. Tablo incelendiğinde 19 katılımcıdan 18'inin Duygusal Yeme Ölçeği, 14'ünün gerginlik durumlarında yeme boyutu, 17'sinin olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme, 17'sinin kendini kontrol edebilme ve 15'inin uyaran karşısında kontrol puanları anlamlı şekilde düşüş gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3. Travması Olan ve Olmayan Katılımcıların Terapi Sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Travma	n	Sıralar ortalaması	z	p
Duygusal Yeme Ölçeği	Yok	9	10,72	-0,531	0,595
	Var	10	9,35		
Gerginlik durumlarında yeme	Yok	9	10,61	-0,450	0,653
	Var	10	9,45		
Olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme	Yok	9	10,89	-0,654	0,513
	Var	10	9,20		
Kendini kontrol edebilme	Yok	9	9,33	-0,493	0,622
	Var	10	10,60		
Uyaran karşısında kontrol	Yok	9	11,50	-1,118	0,264
	Var	10	8,68		

Travması olan ve olmayan katılımcıların terapi sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve alt boyut puanları arası farkın incelenmesinde Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda travması olan ve olmayan katılımcıların terapi sonrasındaki Duygusal Yeme Ölçeği ($z=-0,531$; $p>0,05$), gerginlik durumlarında yeme boyutu ($z=-0,450$; $p>0,05$), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme boyutu ($z=-0,654$; $p>0,05$), kendini kontrol edebilme boyutu ($z=-0,493$; $p>0,05$) ve uyarın karşısında kontrol boyutu ($z=-1,118$; $p>0,05$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4. Çevrimiçi ve Yüz Yüze Görüşme Yapılan Katılımcıların Terapi Sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve Alt Boyut Puanları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Görüşme	n	Sıralar ortalaması	z	p
Duygusal Yeme Ölçeği	Çevrimiçi	9	11,06	-0,776	0,438
	Yüz yüze	10	9,05		
Gerginlik durumlarında yeme	Çevrimiçi	9	11,67	-1,227	0,220
	Yüz yüze	10	8,50		
Olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme	Çevrimiçi	9	10,89	-0,654	0,513
	Yüz yüze	10	9,20		
Kendini kontrol edebilme	Çevrimiçi	9	9,83	-0,123	0,902
	Yüz yüze	10	10,15		
Uyarın karşısında kontrol	Çevrimiçi	9	11,44	-1,077	0,282
	Yüz yüze	10	8,70		

Çevrimiçi ve yüz yüze görüşme yapılan katılımcıların terapi sonrası Duygusal Yeme Ölçeği ve alt boyut puanları arası farkın incelenmesinde Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda çevrimiçi ve yüz yüze görüşme yapılan katılımcıların terapi sonrasındaki Duygusal Yeme Ölçeği ($z=-0,776$; $p>0,05$), gerginlik durumlarında yeme boyutu ($z=-1,227$; $p>0,05$), olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme boyutu ($z=-0,654$; $p>0,05$), kendini kontrol edebilme boyutu ($z=-0,123$; $p>0,05$) ve uyarın karşısında kontrol boyutu ($z=-1,077$; $p>0,05$) ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Tablo 5. Katılımcıların Araştırma Ölçek ve Altboyut Puanları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	Duygusal Yeme Ölçeği	Gerginlik durumlarında yeme	Olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme	Kendini kontrol edebilme	Uyaran karşısında kontrol
Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi	0,195	0,156	0,160	-0,040	0,130
Kontrol Etme	0,058	0,058	0,013	-0,010	-0,121
Temizlik	0,254	0,292	0,227	-0,036	0,180
Yavaşlık	0,344	0,224	0,363	-0,018	0,365
Kuşku	0,064	0,018	0,100	-0,179	0,025
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	0,223	0,268	0,286	-0,014	-0,049
Duygusal İstismar	0,128	0,208	0,170	0,048	-0,167
Fiziksel İstismar	0,538*	0,514*	0,629**	0,100	0,193
Fiziksel İhmal	0,209	0,285	0,275	0,088	-0,147
Duygusal İhmal	0,161	0,224	0,250	-0,124	-0,142
Cinsel İstismar	0,271	0,210	0,058	0,471*	0,257
Travma Sonrası Bilişler Ölçeği	0,293	0,333	0,364	-0,004	-0,032
Kişinin Kendisiyle İlgili Olumsuz Bilişleri	0,271	0,326	0,363	-0,071	-0,053
Dünyayla İlgili Olumsuz Bilişler	0,457*	0,485*	0,508*	0,017	0,122
Kendini Suçlama	0,241	0,249	0,271	0,094	-0,005
Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği	-0,102	-0,133	0,002	-0,323	-0,070
Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik	-0,022	-0,052	-0,058	-0,045	0,125
Diğerlerine Yönelik Mükemmeliyetçilik	-0,003	-0,007	0,198	-0,349	-0,061
Toplum Tarafından Dayatılan Mükemmeliyetçilik	-0,308	-0,290	-0,187	-0,529*	-0,302
Barratt Dürtüsellik Ölçeği	0,117	0,039	0,145	0,007	-0,015
Kendini Kontrol	0,090	0,076	0,176	-0,216	-0,035
Bilişsel Esneklik	-0,044	-0,040	0,043	0,071	-0,371
Sabretme	-0,168	-0,133	-0,180	-0,070	-0,341
Dikkat	0,228	0,156	0,189	0,086	0,225
Bilişsel İstikrar	0,132	0,068	0,179	-0,014	0,026

Katılımcıların araştırma ölçek ve altboyut puanları arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Yapılan analiz sonucunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği fiziksel istismar boyutu puanı ile Duygusal Yeme Ölçeği ($r=0,538$; $p<0,05$), gerginlik durumlarında yeme boyutu ($r=0,514$; $p<0,05$) ve olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme boyutu ($r=0,629$; $p<0,01$) puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Travma Sonrası Bilişler Ölçeği dünyayla ilgili olumsuz bilişler boyutu puanı ile Duygusal Yeme Ölçeği ($r=0,457$; $p<0,05$), gerginlik durumlarında yeme boyutu ($r=0,485$; $p<0,05$) ve olumsuz duygularla başa çıkabilmek için yeme boyutu ($r=0,508$; $p<0,01$) puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Duygusal Yeme Ölçeği kendini kontrol edebilme boyutu puanı ile Çocukluk Çağı Travma Ölçeği cinsel istismar boyutu puanı ($r=0,471$; $p<0,05$) arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunurken Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği toplum tarafından dayatılan mükemmeliyetçilik boyutu puanı ($r=-0,529$; $p<0,05$) arasında orta düzeyde, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

5 TARTIŞMA

Bu kısımda araştırma sonucunda elde edilen bulguların literatürde yer alan araştırma bulguları ile paralellik gösteren veya ayrışan yönlerine yer verilmiştir. Çalışmada uygulanan 10 seanslık EMDR protokolünün Duygusal Yeme puanlarında anlamlı düşümlere neden olduğu görülmüştür. Bu sonuç EMDR uygulamalarının duygusal yeme bozukluğunda etkili bir araç olarak kullanılabilceğini göstermiştir.

Literatür çalışmalarında EMDR'nin farklı yeme bozuklukları üzerindeki etkisi gösterilmiştir. Zaccagnino, Cussino, Callerame, Civilotti ve Fernandez'in (2017) çalışmasında 17 yaşında bir kadın danışanın, 3 yıl süren dinamik ve CBT tedavisine cevap vermemesine rağmen, 6 ay süren EMDR uygulamaları ile anoreksiya nervosa semptomları iyileşmiştir. Danışanın bağlanma stili güvenli bağlanma olmuş, NC'leri çalışılmış ve duygu regülasyonları artmıştır. Seubert (2018) ise yeme bozukluğu olan danışanlarda multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamış, EMDR'nin yanında ego durumu terapisinin, Gestalt tekniklerinin ve boş sandalye tekniğinin kullanılmasını önermiştir. Beer (2018), ise Kognitif Davranışçı Terapi ve EMDR'nin beraber kullanılmasının etkinliği arttırdığını fakat, Kognitif Davranışçı Terapi kullanmayan terapistlerin, endikasyon durumunda sadece EMDR'den faydalanmalarının yeterli ve uygun olduğunu söylemiştir.

Halvgaard (2015), duygusal yeme semptomları gösteren 55 yaşında bir kadın danışanda, Tetikleyicilerin Duyarsızlaştırılması ve Dürtü Yeniden İşleme (Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing, DeTUR) protokolünü uygulamıştır. Uygulamaya kaynak yerleştirme, duygu yönetimi, ego durumu çalışmaları ve standart EMDR protokolü dahil edilmiştir. Tedavi 6 hafta boyunca 1.5 saatlik seanslarla uygulanmış ve 3 ve 6.ayda 2 tane takip seansı eklenmiştir. Tedavi sonunda danışanın yiyerek kendini sakinleştirme ihtiyacı ve limbik uyarılması azalmış, duygularını daha rahat kontrol edebilir hale gelmiş, yeme davranışının genelinde iyileşme deneyimlemiş ve bu tedavi kilo vermede de etkili bulunmuştur.

Bu çalışmada ise ,duygusal yeme bozukluğu olan hastalarla çalışılırken EK 8'de yer alan Duygusal Yeme Bozukluğu İçin EMDR kitapçığında yer alan adımlar takip edilerek müdahale yapılmıştır. Bu kitapçıktaki değerlendirmeye göre duygusal yeme eğilimi tespit edilen kişilere, sözkonusu aşamalar sırasıyla uygulanmıştır.

Duygusal yeme eğilimi tespit etmek için Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği'nden istifade edilmiştir. Bu kitapçık EMDR nin standart protokolüne göre hazırlanmış olup, 8 aşamadan ve bu aşamaların alt adımlarından oluşmaktadır. Bu kitapçığı uygulayacak olan terapistin en az 1. Düzey EMDR uygulayıcısı olma zorunluluğu vardır. Duygusal yeme bozukluğuna odaklanılarak düzenlenmiş olan kitapçık uygulanmadan önce hastanın duygusal yeme eğilimi ve çocukluk çağı travma düzeyi ölçekler yardımı ile belirlenmiş olup akabinde 10 haftalık EMDR sürecine başlanmıştır.

Duygusal yemenin temelinde sosyal biliş ve kendilik düzenlenmesi kuramlarının etkili olduğu bilinmektedir (Annesi, 2021). Sosyal biliş kavramı, sosyal durumlara atıfta bulunan ve sosyal etkileşimlerde kişiye yol gösteren kural, hedef, beklenti ve rollerin farkında olma durumudur (Yıldırım ve Alptekin, 2012). Kendilik düzenlenmesi ise bireyin önemli yaşam evrelerinde ve günlük sosyalliğinde farklı durum ve olaylar karşısında uyum gösterebilme becerisidir (McClelland, Geldhof, Morrison, Gestsdóttir, Cameron, Bowers ve Grammer, 2018). Bireyin sosyal algılar (sosyal bağlamda fiziksel görünümün önemi, beden algısında bozulmalar vb.) ve kendilik düzenlenmesi (olumsuz durumlarla başa çıkamayacağını düşünme, yetersizlik hissi vb.) üzerinden yürüttüğü çarpık bilişler ve yanlış inançlar duygu ve davranışlarda olumsuz çıktılara neden olabilmektedir (Annesi, 2021). Bu bağlamda EMDR uygulamaları bu bilişsel yapıların işlenerek daha pozitif bir şekilde yeniden yapılandırılmasına imkan sunabilmektedir. He, Chen, Wu, Niu ve Fan (2020) ise duygusal yeme bozukluğunda, olumsuz duyguların etkisini vurgulamıştır. Bu olumsuz duyguların kaynağı değişkenlik göstermekle birlikte temelinde yanlış düşünce ve inançların yer aldığı aktarılmıştır. EMDR uygulamaları bu bilişsel yapılara müdahale ederek duyguların daha pozitif ve işlevsel olmasını sağlar ve bu şekilde danışana yardımcı olur. Beden algısı ve kendilik imajındaki bilişsel bozulmalar beraberinde yeme bozukluklarını getirebilir. Bu bilişsel bozulmalar EMDR ile yeniden yapılandırılmakta ve yeme bozukluğu semptomlarında azalma görülmektedir (Bloomgarden ve Calogero, 2008).

Fiziksel bir ihtiyaç açlık olmöadığı halde, duygusal dürtülerle tetiklenen duygusal yeme, duygu düzenleme becerilerindeki eksiklerden ya da yanlış fonksiyonlarından da ortaya çıkabilmektedir (Barnhart, Braden ve Price, 2021). EMDR seansları danışanların farkındalık kazanmasına da yardımcı olmaktadır.

Düşünce, duygu ve davranışlarında farkındalık kazanan birey duygu düzenleme becerilerindeki otokontrolü de yeniden sağlamış olabilir. Negatif ruh hali duygusal yemenin bir yordayıcısı olarak tanımlanır ve bunun tersi de geçerlidir (Annesi, 2021). EMDR seansları bu negatif duyguların yeniden ortaya çıkarıldığı ve bireyin bunları işlenmesine olanak tanıyan süreçlerdir. Anıların çalışılması sonucu, yeniden yapılandırılan duygular ve düşünceler, yeme farkındalığını da beraberinde getirir. Bu çalışmada da, duygularında ve bunların yeme davranışı üzerindeki etkisini fark eden danışanların, yeme davranışlarındaki değişiklikler seans seans gözlemlenmiştir.

Olumsuz duyguların oluşmasında ve bireyin başa çıkma düzeyinin değişkenlik göstermesinde, stres seviyesi belirleyicidir. Stres düzeyinin artmasında, özellikle son yıllarda tüm dünyada yıkıcı etkilerini göstermiş olan yeni tip koronavirüs (Covid-19) pandemisi de etkilidir. Özellikle pandemi önlemleri kapsamındaki kapanmalar ve kısıtlamalar bireylerin daha çok ev içinde zaman geçirmelerine ve stres ile mücadele etme imkanlarının sınırlı olmasına neden olmuştur (McAtamney, Mantzios, Egan ve Wallis, 2021). Cecchetto, Aiello, Gentili, Ionta ve Osimo (2021) da çalışmalarında sosyal izolasyon, kapanma süreçleri ve karantina durumlarının bireyin psikolojik sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini aktarmıştır. Madalı, Alkan, Örs, Ayrancı, Taşkın ve Kara (2021) ise çalışmalarında belirsizlik hali, değişen normaller, artarak ve sürekli bir şekilde maruz kalınan stresin bireylerde oluşturduğu olumsuz duygulanıma işaret etmiştir. Bu olumsuz duygulanım beraberinde yeme davranışlarında bozulmalarını getirmesi beklenir. Bu çalışma, Covid 19 pandemisi sırasında yapılmış olup, kısmi kısıtlamalar çalışma sürecinde de devam etmiştir. Katılımcıların, duygusal yeme davranışlarının sürme sebeplerinden birinin de bu olabileceği düşünülmüştür.

Güncel ve akut stres kaynaklarının duygusal yeme üzerinde etkisi olduğu gibi, geçmiş stresli yaşantıların da duygusal yeme üzerinde etkisi vardır. Echeverri-Alvarado, Pickett ve Gildner (2020) çalışmalarında TSSB'nin olumsuz çıktılarında biri olarak yeme bozukluklarını göstermiştir. Travmanın neden olduğu duygusal gerginlik ve baskı ile uygun şekilde başa çıkamayan bireyler olumsuz başa çıkma biçimi olarak yeme bozukluğu geliştirmektedir. Duygusal yeme bozukluğu da bunlardan biri olarak görülmektedir. Bu çalışmada çocukluk çağı travması olan ve olmayan bireyler arasında EMDR terapisi sonrası, duygusal yeme eğilimlerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Buradan hareketle EMDR terapisinin sadece travmatik

anılar üzerinden değil, başka gizil, örtük veya görünür bilişlerin yeniden yapılandırılmasına sunduğu katkılar ile duygusal yeme davranışını azalttığı düşünülebilir. Başka çalışmalarda ise duygusal yemenin travmatik anılarla ilişkisi ve EMDR'nin bu bağlamda terapidaki etkinliği gösterilmiştir. Gaziler ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların önemli bir kısmında aşırı kilo alımı gözlenmiş ve travmatik deneyimlerin yarattığı gerilimden kurtulmak için gazilerin aşırı yeme davranışı yaptığı gözlemlenmiştir. Savaş travması yaşamış gaziler bu rahatsız edici travmatik girdilerle başa çıkmada duygusal yeme bozukluğu geliştirmeyi çözüm olarak görmüştür (Dorflinger ve Masheb, 2018). Hudson, Chase ve Pope (1998) da çalışmalarında yeme bozukluğu olan hastalarda travmatik anıların çalışılmasının yeme bozukluğu davranışlarında anlamlı azalmalara neden olduğunu aktarmıştır. Cameron (2013), cinsel istismar öyküsüne bağlı olarak gelişen yeme bozukluğu vakalarında, istismar öykülerinin EMDR ile yeniden işlenmesinin olumlu sonuçlarını aktarmıştır.

Temel bakım verenle kurulan olumsuz ilişkiler ve olumsuz anılar da küçük “t” olarak düşünülebilir. Stone, Haycraft, Blissett ve Farrow (2022) çalışmalarında annenin duygusal yeme davranışının çocuklar için rol model olabileceğini ve annelerin çocukların yeme alışkanlıkları üzerindeki farklı tutumlarının duygusal yeme üzerinde etkili olabileceğini aktarmıştır. Annelerin duygusal yeme alışkanlıkları ile çocukların duygusal yeme paternleri arasında ilişki bulunurken, duygusal yeme yapan annelerin yemeği bir ödül olarak çocuklarına sunduğu gösterilmiştir. EMDR bunun gibi küçük “t” anılarını da çalışarak duygusal yeme davranışlarında anlamlı değişime yol açabilir.

Bu çalışmada geliştirilen Duygusal Yeme Bozukluğu için EMDR kitapçığına en yakın iki kitapçık, EMDR Scripted Protocols Eating – Disorders kitabında vardır. Bu kitabın ilk bölümünde EMDR'nin yeme bozuklukları ve beden algısındaki bozukluklar ile çalışılırken uygulanişından bahsetmektedir (Luber, 2019). Bu bölüm, Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu tedavi protokollerini kapsamaktadır fakat duygusal yemeyi kapsamamaktadır. Bu bağlamda bu çalışmada geliştirilen manuelin alanda bir ilk olduğu söylenilebilir. Yeme bozukluğunun belirlenebilmesi ve EMDR aşamasında yararlanabilmek için tavsiye edilen ölçekler ise; ‘Yeme Bozukluğu Envanteri – 3 (Eating Disorder Inventory -3), Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi (Eating Disorder Examination) , Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire), Beden İmajı

Ölçeğinden (Body Shape Questionnaire) oluşmaktadır. Kitapçığın bu kısmında, yeme bozukluklarında uygulanan protokol ve standart 8 aşamanın entegrasyonundan bahsedilmiştir. Duygusal Yeme Bozukluğu İçin EMDR kitapçığı ve EMDR Scripted Protocols Eating-Disorders kitapçığının ilk bölümü, aşama sayısı ve içeriği bakımından benzerlik göstermektedir fakat uygulanan popülasyon, müdahale öncesi uygulanması önerilen ölçekler ve süreç bakımından farklılık göstermektedir. Bahsedilen ikinci kitapçıkta müdahalenin uygulanması için belirlenmiş olan herhangi bir zaman aralığı belirlenmemiştir. Duygusal Yeme için EMDR kitapçığına göre, üzerine çalışılacak hedef anı (hedef sahne) seçerken en son yeme atağı alınabilir veya yeme atağını tetikleyen belirgin bir anı ile çalışılabilir. Bahsedilen ikinci kitapçığa göre ise hedef anıyı seçmenin altı farklı yolu bulunmaktadır; 1.araya girme yolu (intrusion path), 2.tarih şeridi yolu (timeline path), 3.işlevsiz inançlar yolu (dysfunctional belief path), 4.zamanda ileriye gitme yolu (flash-forward path), 5.işlevsiz pozitif hedef yolu (dysfunctional positive targets path), 6.duygu yolu (emotion path) (Luber, 2019). Bu yollar, çalışılan hastaya göre seçilmektedir. Takip edilen prosedürlere yani yollara sırasıyla bakacak olursak; 1. Stres veren ve rahatsız edici anılardan yola çıkar, 2. Zaman içerisinde gitgide oluşan semptomlardan yola çıkar, 3. Çekirdek inanç temelli ortaya çıkan semptomlar üzerinden ilerler, 4. Negatif gelecek perspektifinin oluşturmuş olduğu semptomlardan yola çıkar, 5. Dürtü güdümlü semptomlardan çağrıştıran dürtü semptomlarına doğru ilerler. Bunu gerçekleştirirken olumlu anılardan, güncel olumlu veya olumsuz tetikleyici durumlardan ve gelecek odaklı olumlu imgelemlerden yararlanır, 6. Problematik duyguları hedef anıyı seçerken kullanır (Luber, 2019).

Her iki kitapçıkta da EMDR' nin standart protokolü temel alınarak ilerlenmiştir ve her aşama sırası ile uygulanmaktadır. Bahsedilen ikinci kitapçığa göre EMDR uygulayıcısının yeme bozukluğu ile daha önceden çalışmış olması, hedef seçimi için prosedürleri kavramış olması ve vaka kavramsallaştırması konusunda yetkin olması beklenmektedir. Bahsedilen ve araştırmada kullanılmış olan kitapçıkta ise terapistin 1. Düzey EMDR uygulayıcısı olması beklenmektedir. Bahsedilen 2. Kitapçıkta duygusal yemeye ilişkin bir kısım bulunmaması, duygusal yemeyi temel alarak geliştirilmiş olan kitapçığın öneminin oldukça yüksek olduğunu bir kez daha ön plana çıkarmaktadır.

Bir diğ er yeme bozukluğ u protkolü yine aynı kitapta bulunmakta olup, bahsedilen ilk kitapç ıkla benzer bir şekilde standart protoklün 8 aş aması üzerinden çalış maktadır. Bu sekiz aş amanın odakland ığı üç nokta, danış anın iç dünyasının tanımlanması ve organize edilmesi, defansların nötrlenmesi ve hem büyük T hem de küçük t'lerin çalış ılmasıdır. Her iki çalış mada da EMDR, DYB üzerinde etkili bulunmuşt ur. Söz konusu çalış mada yeme bozukluklarının tespiti için Yeme Bozukluğ u Envanteri (Eating Disorder Inventory -3), Beden Tutumu Testi (Body Attitude Test ve Olumsuz Değerlendirme Kokusu Ölçeğ i (Fear of Negative Evaluation Scale) kullanılmışt ır. DYB üzerine yapılmış olan bu araştırmada ise müdahale öncesinde; Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğ i, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeğ i, Maudsley Obsesif-Kompülsif Soru Listesi, Barratt Dürtüsellik Ölçeğ i, Travma Sonrası Bilişler Ölçeğ i ve Çocukluk Çağ ı Travma Ölçeğ i uygulanmıştır. Her iki protokole de bakıld ığında, aş ama sayısı ve aş ama kapsamaları bakımından benzerlikler görölse bile bahsedilen ilk kitapç ıktaki yeme bozuklukları için düzenlenmiş olan protokol, duygusal yeme bozukluğ u temele alınarak oluşturulmamış olup, bu araştırma içerisinde oluşturulmuş olan manuel duygusal yeme bozukluğ unu temel alarak aş amalarda yer alan detayları yalnızca duygusal yeme odaklı sunmuşt ur. İki kitapç ık duygusal yeme bozukluğ u kapsamında kıyasland ığı zaman, bahsedilen ilk kitaptaki 3. Kısım duygusal yeme bozukluğ unu kısmi olarak kapsamaktadır.

Bu iki protokol arasındaki bir diğ er fark ise 8 aş amanın içeriğ i ile ilgilidir. Diğ er protokolda öykü alınırken danış anın psikiyatrik teşhisleri ve comorbidite, yeme bozukluğ u öyküsü, yıllar içerisindeki kilosu, şimdiki yeme bozukluğ u epizodu, tıkanırcasına yeme ve kusma atakları, muhsil kullanımı, bu durumların mevcut tetikleyicileri, hospitalizasyonlar, yemek zamanları, yemeğ in başında geçirilen zaman, aş ırı besleyen bağ lanma figürleri, bağ lanma travması, küçük düş me travması, ihanet hissettiren travmalar, diyet öyküsü, örtük travmalar ve beden öyküsü alınmıştır. Bu çalış madaki protokolda ise travma öyküleri alınırken bunlar konularına göre ayrıştırılarak sorulmamıştır.

Diğ er protokolda hazır aş aması olan ikinci safhada danış anın iç dünyasını anlama ve defansları yumuşatma üzerine çalış ılmıştır. Üçüncü aş ama olan değerlendirmede ise büyük T ve küçük t'lere bakılır. Bunlar bulunurken ise yemek, halihazırdaki tetikleyiciler, hospitalizasyon travması, diyet yapma travması ve

olumsuz hayat olayları göz öünde bulundurulur. Bu çalışmadaki protokolde ise standart protokolün bir ögesi olan geriye akış tekniği uygulanır.

Her iki protokolün de dördüncü ila sekizinci evresi ortak prensiplerle çalışır.

Diğer iki protokol ile bu çalışmada geliştirilen protokolün en temel farkı ise diğer protokllerin AN,BN gibi yeme bozukluklarını odaklanması ve DYB üzerinde özel olarak bir odak geliştirmemesi, bu protokolün ise sadece DYB'ye odaklanması ve DYB semptomlarını giderme üzerine geliştirilmiş olmasıdır.

Yeme bozuklukları günden güne daha dikkat çeken ve daha çok insanı etkileyen bir alan olarak yerini almıştır. Bu yüzden yeni ve hatta daha spesifik protokollere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu protokoller çalışıldıkça, hangisi en verimli çalıştığı ya da hangi öğelerinin ne şekilde entegre edilmesi gerektiği sorusu ancak yıllar içerisinde alanda kazanılacak olan tecrübelerle ve araştırmalar derinleştirilerek yanıtlanabilir .

6 SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen bulgular EMDR terapisinin 10 seanslık bir uygulama sonunda, Duygusal Yeme eğilimini düşürdüğünü göstermiştir. Bu sonuçlar EMDR'nin duygusal yeme bozukluğu olan kişilerde kullanılması açısından umut vericidir. Yeme bozukluklarının tedavisi uzun sürerken, sonuçları ise hem hayat kalitesini düşürücü hem de danışanın sağlığını tehdit edici olabilmektedir. Bu nedenle tedavi süresini kısaltma ihtimali olan yeni seçenekler, yeme bozukluklarında önemli olmaktadır. Çalışmada senasların 10 seans içerisinde dahi görünür olması bu anlamda önemlidir.

Bu çalışmanın diğer bir güçlü noktası Duygusal Yeme Bozukluğu'nu EMDR ile çalışmaya imkan tanıyan bir el kitabının geliştirilmiş ve kullanılmış olmasıdır. Bu el kitabında klinisyenin, her bir aşamada yapması gerekenler adım adım anlatılmış, bunları yaparken danışana sorması ve söylemesi gerekenler örneklendirilmiştir. Yapılandırılmış görüşmeler süreçlerin takibi ve iyileşme halinin sağlanmasındaki faydaları nedeni ile sıklıkla tercih edilmektedir. Görüşmelerin yapılandırılmış olması, EMDR eğitimi olan ama yeterli deneyimi olmayan klinisyenlerin, duygusal yeme bozukluğu olan danışanları kabul etme konusundaki gönüllülüklerini arttırabilir.

Bunun yanında, geliştirilen el kitabı ile uygulama yapılan çalışmamızdaki duygusal yeme puanlarındaki düşüşler, duygusal yeme bozukluğu terapisinde sadece EMDR uygulanmasının da etkin olabileceği gösterilmiştir. Beer (2019), yeme bozukluklarında EMDR uygulamalarının yanında mindfulness veya bilişsel davranışçı yaklaşım gibi farklı kuramsal ekollerinde sürece dahil edilmesi gerekliliğini ancak klinisyen bu ekollere hâkim değilse ve EMDR endikasyonu varsa EMDR yapılabileceğini söylemiştir. Çalışmamız bu bağlamda sadece EMDR ile de olumlu sonuçlar alınabileceğini göstermiştir. Diyetisyenlerin de dahil olması düşünülebilir.

Çalışmamız süresinde Covid 19 pandemisi başlamış olup, sürecin getirdiği tam ve kısmi kısıtlamalar, çalışmamız boyunca devam etmiştir. Bu nedenle danışanlarımızın bir kısmı yüzyüze görülürken, bir kısmı da tedavilerine online devam etmek zorunda kalmışlardır. Elde edilen bir diğer bulgu da yüz yüze ve çevrimiçi yapılan EMDR uygulamaları sonuçları arasında anlamlı farklılığın olmamasıdır. Her iki gruba dahil olan katılımcıların puanlarında da düşüş olmuştur. Bu bulguların iki

yönden önemi büyüktür. Birincisi, danışanlar çevrimiçi görüşmenin, yüzyüze görüşme kadar etkili olmayacaklarını düşündükleri için, bu konuda isteksiz olabilmektedirler. İkincisi ise gerek ülkemizde gerekse dünyanın başka ülke ve şehirlerinde, her yerde, her konuda, ehliyet sahibi terapistin ulaşımın mümkün olmayabilmesidir. Çevrimiçi, çalışmanın da yüzyüze çalışma kadar etkili olması bu endişeleri boşa çıkarır niteliktedir. Çalışmanın bir diğer önemi de EMDR'nin çevrimiçi çalışılması konusunda henüz "bebek" sayılabilecek literatüre bir katkı yapmış olmasıdır. Klinisyen, yapılan EMDR seanslarını, süreci standardize edebilmek için, hiçbir bilişsel müdahale kullanmadan yürütmüştür. Bu çalışma tekrar edilirken veya yazılan el kitabı kullanılırken, literatür taramamızda duygusal yeme ile ilişkilerine baktığımız konular olan bağlanma, duygu regülasyonu gibi konularda bilişsel müdahalelerden faydalanılabilir.

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle bu çalışma, tek bir klinisyen tarafından yürütüldüğü için seans sayısı ve süresi ve danışan sayısı kısıtlı tutulmak zorunda kalmıştır. Bu da örneklem sayısının istatistiksel olarak daha anlamlı bir sonuç elde etmek fazla küçük olmasına sebep olmuştur. Bununla beraber, çalışma var olan literatürün darlığı nedeniyle EMDR yöntemi ya da başka ekoller kullanan çalışmalarla karşılaştırılmamıştır. Araştırmamızın bir diğer kısıtlılığı da, sonuçların uzun dönem takibinin yapılmamış olmasıdır.

Çalışma, bir üniversite bünyesinde, birden fazla klinisyenle, seans süresi uzatılarak ve seans sayısı artırılarak tekrar edilip, travması olan ve olmayan gruplar arasındaki fark gözden geçirilebilir. Araştırma ekibine mindfulness, kognitif terapi gibi başka ekollerden uzmanlıkları olan klinisyenler de katılıp sadece EMDR veya birden fazla ekolle çalışılıp bu sonuçlar karşılaştırılabilir. Danışanların yıllar içerisinde takibi yapılarak, tedavinin uzun vadeli etkisi araştırılabilir.

KAYNAKLAR

- Abel, N. J. ve O'Brien, J. M. (2010). EMDR treatment of comorbid PTSD and alcohol dependence: A case example. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 50-59.
- Agras, W. S. ve Telch, C. F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29(3), 491-503.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders (5th Ed.)*. Arlington, VA.
- 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. doi:10.1176/appi.ajp.160.2.242
- Annesi, J. J. (2021). Effects of Increased Exercise on Propensity for Emotional Eating Through Associated Psychological Changes. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 53(11), 944-950.
- Annesi, J. J. (2021). Reciprocal relationship of mood and emotional eating changes through self-regulation of weight-loss behaviors. *Eating behaviors*, 43, 101559.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. ve Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.74
- Backholm, K., Isomaa, R. ve Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 22482.

- Bae, H. ve Kim, D. (2012). Desensitization of triggers and urge reprocessing for an adolescent with internet addiction disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 73-81.
- Bae, H., Han, C. ve Kim, D. (2015). Desensitization of triggers and urge reprocessing for pathological gambling: a case series. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 331-342.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., ve Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin*, 129(2), 195.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. R. ve Carl, J. R. (2014). The Origins of Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9(5), 481-496. doi:10.1177/1745691614544528
- Barnhart, W. R., Braden, A. L., & Price, E. (2021). Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study. *Appetite*, 158, 105038.
- Beck, F., Guilbert, P., Gautier, A. ve Lamoureux, P. (2007). *Baromètre santé 2005*. Paris, INPES.
- Becker, A., Grinspoon, S., Klibanski, A., ve Herzog, D. (1999). Eating disorders-Reply. *New England Journal of Medicine*, 341(8), 615-616.
- Beer, R. (2018). Protocol For Emdr Therapy In The Treatment Of Eating Disorders. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating Eating Disorders, Chronic Pain and Maladaptive Self-Care Behaviors*, 11.
- Beer, R., & Hornsveld, H. (2012). EMDR in de behandeling van eetstoornissen [EMDR in the treatment of eating disorders]. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H. J. Oppenheim (Eds.), *Praktijkboek EMDR [Book for Clinical Practice]* (pp. 225–265).. Amsterdam, the Netherlands: Harcourt.

- Bekker, M. H., & Boselie, K. A. (2002). Gender and stress: is gender role stress? A re-examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 18(3), 141-149.
- Bell, B. M., Spruijt-Metz, D., Naya, C. H., Lane, C. J., Wen, C. K. F., Davis, J. N., & Weigensberg, M. J. (2021). The mediating role of emotional eating in the relationship between perceived stress and dietary intake quality in Hispanic/Latino adolescents. *Eating behaviors*, 42, 101537.
- Bennett, J., Greene, G. ve Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior. A qualitative study of college students. *Appetite*, 60, 187-192. doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.09.023>
- Berthoud, H.R. ve Neuhuber, W. L. (2000). Functional and chemical anatomy of the afferent vagal system. *Autonomic Neuroscience*, 85(1-3), 1-17.
- Berthoz, S. (2015). Concept d'alimentation émotionnelle: mesure et données expérimentales. *European Psychiatry*, 30(2), 29-30.
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K. ve Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28(6), 489-498. doi:<https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bloks, H., FURTH, E. F., Callewaert, I., & Hoek, H. W. (2004). Coping strategies and recovery in patients with a severe eating disorder. *Eating Disorders*, 12(2), 157-169.
- Bloomgarden, A., & Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating disorders*, 16(5), 418-427.
- 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(19), 25-25. doi:10.3389/fpsyg.2016.01932

- Bongers, P., de Graaff, A. ve Jansen, A. (2016). 'Emotional' does not even start to cover it: Generalization of overeating in emotional eaters. *Appetite*, *96*, 611-616. doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.11.004>
- Bongers, P., Jansen, A., Havermans, R., Roefs, A. ve Nederkoorn, C. (2013). Happy eating. The underestimated role of overeating in a positive mood. *Appetite*, *67*, 74-80.
- Bourdier, L.N. (2017). *Affectivité et alimentation: étude de leurs liens au travers des concepts d'alimentation émotionnelle et d'addiction à l'alimentation*. Paris 10.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. ve Friederich, H.-C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(3), 565-571. doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>
- Brouwers, M. ve Wiggum, C. D. (1993). *Bulimia and perfectionism: Developing the courage to be imperfect*. Journal of Mental Health Counseling.
- Cameron, V. L. (2013). EMDR: Promising Treatment for Co-Occurring Eating Disorders and Childhood Sexual Abuse. Master of Social Work Clinical Research Papers, St. Catherine University.
- Camilleri, G. M., Méjean, C., Kesse-Guyot, E., Andreeva, V. A., Bellisle, F., Hercberg, S. ve Péneau, S. (2014). The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *The Journal of nutrition*, *144*(8), 1264-1273.
- Cassin, S. E. ve von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895-916. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.012>
- Cecchetto, C., Aiello, M., Gentili, C., Ionta, S., & Osimo, S. A. (2021). Increased emotional eating during COVID-19 associated with lockdown, psychological and social distress. *Appetite*, *160*, 105122.

- Chang, R. S., Cerit, H., Hye, T., Durham, E. L., Aizley, H., Boukezzi, S., ... & Holsen, L. M. (2022). Stress-induced alterations in HPA-axis reactivity and mesolimbic reward activation in individuals with emotional eating. *Appetite*, *168*, 105707.
- Chesler, B. E. (2012). Emotional eating: a virtually untreated risk factor for outcome following bariatric surgery. *The Scientific World Journal*, *2012*, 1-6. doi: 10.1100/2012/365961
- Choo, S. Y. ve Chan, C. K. (2013). Predicting eating problems among Malaysian Chinese: Differential roles of positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, *54*(6), 744-749.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. ve Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychol Bull*, *127*(1), 87-127.
- Compas, B. E., Hinden, B. R. ve Gerhardt, C. A. (1995). Adolescent development: Pathways and processes of risk and resilience. *Annual review of psychology*, *46*(1), 265-293.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H. ve Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *J Consult Clin Psychol*, *68*(6), 976-992.
- Coubard, O. A. (2016). An integrative model for the neural mechanism of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *10*(52). doi:10.3389/fnbeh.2016.00052
- Cox, R. P. ve Howard, M. D. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction ve Compulsivity*, *14*(1), 1-20.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A. ve Fairburn, C. (2013) Enhanced cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behavior Research and Therapy*, *51*(1), 9–12. doi:10.1016/j.brat.2012.09.008

- Dana, D. (2018). *The Polyvagal theory in therapy: engaging the rhythm of regulation (Norton series on interpersonal neurobiology)*. London: WW Norton ve Company.
- Davidson, P. R. ve Parker, K. C. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 305.
- Davis, C. (2013). *From passive overeating to "food addiction": a spectrum of compulsion and severity*. International Scholarly Research Notices, 2013.
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity, 25*(1), 51-55. doi:10.1038/sj.ijo.0801699
- Debeuf, T., Verbeken, S., Van Beveren, M.L., Michels, N. ve Braet, C. (2018). Stress and eating behavior: a daily diary study in youngsters. *Front Psychol., 9*, 2657.
- Dorflinger, L. M., & Masheb, R. M. (2018). PTSD is associated with emotional eating among veterans seeking treatment for overweight/obesity. *Eating behaviors, 31*, 8-11.
- Echeverri-Alvarado, B., Pickett, S., & Gildner, D. (2020). A model of post-traumatic stress symptoms on binge eating through emotion regulation difficulties and emotional eating. *Appetite, 150*, 104659.
- Economics, D. A. (2020). The social and economic cost of eating disorders in the united states of america: a report for the strategic training initiative for the prevention of eating disorders and the academy for eating disorders. <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>
- Enns, M. W., Cox, B. J. ve Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences, 33*(6), 921-935. doi:https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00202-1

- Erol N. ve Savaşır I. (1988). *Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi*. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı, Ankara, s. 107-114.
- Erözkan, A. (2004). Lise öğrencilerinin bağlanma stilleri ve yalnızlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Journal of Graduate School of Social Sciences*, 4(2), 42-55.
- Evans, G. W. ve Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43-48.
- Evers, C., Marijn, Stok. F. ve de Ridder, D.T. (2010). Feeding your feelings: emotion regulation strategies and emotional eating. *Pers Soc Psychol Bull.*, 36(6),792-804. doi: 10.1177/0146167210371383. Epub 2010 May 11. PMID: 20460650.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509–528. doi:10.1016/ S0005-7967(02)00088-8
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., . . . Palmer, R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two site trial with 60 weeks follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311–319. doi:10.1176/appi .ajp.2008.08040608
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., ve Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study. *Behavior Research and Therapy*, 51, 2–8. doi:10.1016/j.brat.2012.09.010
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. ve Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating Behaviors*, 14(2), 207-210.
- Feske, U., & Goldstein, A. J. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1026.

- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., ve Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI). *Development and validation. Psychological assessment, 11*(3), 303-309.
- Garrido, S. J., Funes, P. N., Peñaloza Merlo, M. E. ve Cupani, M. (2018). Personality traits associated with eating disorders and obesity in young Argentines. *Eat Weight Disord, 23*(5), 571-579. doi:10.1007/s40519-018-0546-6
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R. ve Brownell, K. D. (2009). Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of Addiction Medicine, 3*(1), 1-7.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2000). Coping in dieting and eating disorders: A population-based study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*(5), 273-279.
- Goodman, A. (1990). Addiction: definition and implications. *British Journal of Addiction, 85*(11), 1403-1408.
- Greeno, C. G. ve Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin, 115*(3), 444-464. doi:10.1037/0033-2909.115.3.444
- Gregorich, S. E. (2006). Do self-report instruments allow meaningful comparisons across diverse population groups? Testing measurement invariance using the confirmatory factor analysis framework. *Medical Care, 44*(11), 78-90.
- Güleç, H., Tamam, L., Yazıcı-Güleç, M., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M. ve Stanford, M.S. (2008). Psychometric properties of the Turkish version of The Barratt Impulsiveness Scale-11. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 18*(4), 251-258.
- Gümmer, R., Giel, K. E., Schag, K., Resmark, G., Junne, F. P., Becker, S., . . . Teufel, M. (2015). High Levels of Physical Activity in Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review, 23*(5), 333-344. doi:https://doi.org/10.1002/erv.2377
- Halvgaard, K. (2015). Single case study: Does EMDR psychotherapy work on emotional eating? *Journal of EMDR Practice and Research, 9*(4), 188-197.

- Hase, M., Balmaceda, U. M., Hase, A., Lehnung, M., Tumani, V., Huchzermeier, C., ve Hofmann, A. (2015). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy in the treatment of depression: a matched pairs study in an inpatient setting. *Brain and Behavior*, 5(6), e00342. doi:<https://doi.org/10.1002/brb3.342>
- He, J., Chen, G., Wu, S., Niu, R., & Fan, X. (2020). Patterns of negative emotional eating among Chinese young adults: A latent class analysis. *Appetite*, 155, 104808.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P. ve Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), 138-143. doi:10.1037/0022-3514.60.1.138
- Heatherton, T. F., Polivy, J. ve Herman, C. P. (1990). Dietary restraint: Some current findings and speculations. *Psychology of Addictive Behaviors*, 4(2), 100-106. doi:10.1037/h0080580
- Heatherton, T.F. ve Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from selfawareness. *Psychol Bull.*, 7(4), 110, 86-108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hebebrand, J., Albayrak, Ö., Adan, R., Antel, J., Dieguez, C., De Jong, J., . . . Murphy, M. (2014). “Eating addiction”, rather than “food addiction”, better captures addictive-like eating behavior. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 47, 295-306.
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Richter, A. ve Mensink, G. B. M. (2011). Dietary patterns are associated with cardiometabolic risk factors in a representative study population of German adults. *British Journal of Nutrition*, 106(8), 1253-1262. doi:10.1017/S0007114511001504
- Herman, C. P. ve Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating1. *Journal of Personality*, 43(4), 647-660. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1975.tb00727.x>

- Hewitt, P., Flett, G., Turnbull-Donovan, W. ve Mikail, S. (1991). The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 464-468. doi:10.1037/1040-3590.3.3.464
- Hodgson, R. J. ve Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15(5), 389-395. doi:https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0
- 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. doi:https://doi.org/10.1002/eat.10222
- Holmes, P., & Farnfield, S. (2014). *The Routledge handbook of attachment: Implications and interventions*. London: Routledge.
- Hudson, J. I., Chase, E. A., & Pope Jr, H. G. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing in eating disorders: Caution against premature acceptance. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 1-5.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr. ve Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159(3), 394-400.
- Kandiah, J., Yake, M., Jones, J. ve Meyer, M. (2006). Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. *Nutrition Research*, 26(3), 118-123. doi:https://doi.org/10.1016/j.nutres.2005.11.010
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A. ve Rissanen, A. (2007). Epidemiology and Course of Anorexia Nervosa in the Community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259-1265. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06081388

- Kessler, R. M., Hutson, P. H., Herman, B. K. ve Potenza, M. N. (2016). The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev*, 63, 223-238. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.01.013
- Khantzian, E. J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 10(9), 47-54.
- Kluft, R. P. (1987a). Çoklu kişilik bozukluğuna diagnostik ipucu olabilecek birinci derece semptomlar. *American Journal of Psychiatry*, 144, 293-298.
- Kluft, R. P. (1987b). Çoklu kişilik bozukluğu tanısı koyma. P Flach (ed.), *Diagnostics and psychopathology*. New York: Norton.
- Koenders, P. G., & van Strien, T. (2011). Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 53(11), 1287-1293.
- Kontinen, H., van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P. ve Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 28-36. doi:10.1186/s12966-019-0791-8
- Lattimore, P., Mead, B. R., Irwin, L., Grice, L., Carson, R. ve Malinowski, P. (2017). 'I can't accept that feeling': Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder. *Psychiatry Research*, 247, 163-171. doi:https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.022
- Lilenfeld, L. R. R. (2010). Personality and temperament. *Behavioral Neurobiology of Eating Disorders*, 15, 3-16.
- Ling, J. ve Zahry, N. R. (2021). Relationships among perceived stress, emotional eating, and dietary intake in college students: Eating self-regulation as a mediator. *Appetite*, 163, 105215. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105215>

- Lohr, J. M., Tolin, D. F., & Kleinknecht, R. A. (1996). An intensive design investigation of eye movement desensitization and reprocessing of claustrophobia. *Journal of Anxiety disorders*, *10*(1), 73-88.
- Luber, M. E. (2019). *Eye movement desensitization and reprocessing: EMDR therapy scripted protocols and summary sheets: Treating eating disorders, chronic pain and maladaptive self-care behaviors*. Springer Publishing Company.
- Macht, M. ve Simons, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, *35*(1), 65-71. doi:10.1006/appe.2000.0325
- Madalı, B., Alkan, Ş. B., Örs, E. D., Ayrancı, M., Taşkın, H., & Kara, H. H. (2021). Emotional eating behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Clinical nutrition ESPEN*, *46*, 264-270.
- Main, M., ve Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. Chicago: University of Chicago Press.
- McAtamney, K., Mantzios, M., Egan, H., & Wallis, D. J. (2021). Emotional eating during COVID-19 in the United Kingdom: Exploring the roles of alexithymia and emotion dysregulation. *Appetite*, *161*, 105120.
- McClelland, M., Geldhof, J., Morrison, F., Gestsdóttir, S., Cameron, C., Bowers, E., & Grammer, J. (2018). Self-regulation. *Handbook of life course health development*. Philadelphia: Springer. 275-298.
- Mehler, P. S. ve Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, *3*(1), 12. doi:10.1186/s40337-015-0044-4
- Michelle M. Davies, Marrie H. J. Bekker ve Maries A. Roosen (2011) The role of coping and general psychopathology in the prediction of treatment outcome in eating disorders. *Eating Disorders*, *19*(3), 246-258. doi: 10.1080/10640266.2011.566147
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J. ve Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the

relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129-136.

Mond, J., Mitchison, D. ve Hay, P. (2014). *Prevalence and implications of eating disordered behavior in men. Current findings on males with eating disorders*. Philadelphia, PA: Routledge.

Morris, A. M. ve Katzman, D. K. (2003). The impact of the media on eating disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 8(5), 287-289. doi:10.1093/pch/8.5.287

Muris, P., Merckelbach, H., Van Haaften, H., & Mayer, B. (1997). Eye movement desensitisation and reprocessing versus exposure in vivo: A single-session crossover study of spider-phobic children. *The British Journal of Psychiatry*, 171(1), 82-86.

Nevanperä, N. J., Hopsu, L., Kuosma, E., Ukkola, O., Uitti, J. ve Laitinen, J. H. (2012). Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *The American journal of clinical nutrition*, 95(4), 934-943.

Nguyen-Rodriguez, S. T., Unger, J. B. ve Spruijt-Metz, D. (2009). Psychological determinants of emotional eating in adolescence. *Eating Disorders*, 17(3), 211-224. doi:10.1080/10640260902848543

Oral, M. (1999). *The relationship between dimensions of perfectionism, stressful life events and depressive symptoms in university students'a test of diathesis-stress model of depression'*. Middle East Technical University,

Organization, W. H. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. In Overeating associated with other psychological disturbances*. Ref Type: Online Source.

Otte, C., Neylan, T. C., Pole, N., Metzler, T., Best, S., Henn-Haase, C. ve Marmar, C. R. (2005). Association between childhood trauma and catecholamine response to psychological stress in police academy recruits. *Biol Psychiatry*, 57(1), 27-32. doi:10.1016/j.biopsych.2004.10.009

- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G. ve Siracusano, A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring - an EEG study. *Plos One*, 7(9), e45753. doi:10.1371/journal.pone.0045753
- Patton, J. H., Stanford, M. S. ve Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. doi:https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1
- Pennebaker, J. W. ve Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science ve Medicine*, 26(3), 327-332. doi:10.1016/0277-9536(88)90397-8
- Pepers, A., & Swart, M. (2014). Welke bijdrage kan EMDR leveren aan de behandeling van eetstoornissen. *GGzet wetenschappelijk*, 18(2), 79–91.
- Phillips, A., Gibson, E. ve Slade, L. (2012). Anxious attachment predicts uncontrolled eating independently of emotional eating. *Appetite*, 59(2), 633-644.
- Polivy, J., Herman, C. P. ve McFarlane, T. (1994). Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 505-614.
- Popkess-Vawter, S., Brandau, C. ve Straub, J. (1998). Triggers of overeating and related intervention strategies for women who weight cycle. *Appl Nurs Res*, 11(2), 69-76. doi:10.1016/s0897-1897(98)80207-3
- Porges, S. (2013). Beyond the brain: How the vagal system holds the secret to treating trauma. National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine. <http://www.nicabm.com>
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146.
- Porges, S. W. ve Buczynski, R. (2011). *The polyvagal theory for treating trauma*. Webinar, June 15.

- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Rauschenberg, C., van Os, J., Cremers, D., Goedhart, M., Schieveld, J. N. M. ve Reininghaus, U. (2017). Stress sensitivity as a putative mechanism linking childhood trauma and psychopathology in youth's daily life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(4), 373-388. doi:<https://doi.org/10.1111/acps.12775>
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science ve Medicine*, 90, 24-31.
- Ricca, V., Castellini, G., Fioravanti, G., Sauro, C. L., Rotella, F., Ravaldi, C. ve Faravelli, C. (2012). Emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 53(3), 245-251.
- Ricca, V., Castellini, G., Sauro, C. L., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E. ve Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53(3), 418-421.
- Rosenberg, S. (2017). *Accessing the healing power of the vagus nerve: Self-help exercises for anxiety, depression, trauma, and autism*. California: North Atlantic Books.
- Ross, C. (1991). Çoklu kişilik bozukluğu ve bölünmenin epidemiyolojisi. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 503-517.
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(3), 317-325.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448. doi:10.1017/S0033291700031974
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Olceğinin Turkiye Uyarlamasının Gecerlilik ve Guvenilirliği. *Turkiye Klinikleri*, 32(4), 42-55.

- Seubert, A. (2018). Becoming known: A relational model utilizing Gestalt and ego state-assisted EMDR in treating eating disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(2), 71-85.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2(2), 199-223. doi:<https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1), 35-67. doi:[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(98\)00038-3](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00038-3)
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedure*. United States of America: The Guilford Press.
- Shapiro, F. (2009). *EMDR Solutions II: For Depression, Eating Disorders, Performance and More*. W.W. Norton ve Company.
- Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 193-195. doi:<https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.09.005>
- Shapiro, F., ve Maxfield, L. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. San Diego, CA, US: Academic Press.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. ve Meyer, C. (2009). Do schema processes mediate links between parenting and eating pathology? *Eur Eat Disord Rev*, 17, 290–300.
- Silver, S. (2019). *Eye movement desensitization and reprocessing: EMDR therapy scripted protocols and summary sheets: Treating eating disorders, chronic pain and maladaptive self-care behaviors*. Springer Publishing Company.
- Smyth, J.M., Heron, K.E., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D. and Thompson, K.M. (2008), The influence of reported trauma and adverse events on eating

- disturbance in young adults. *Int. J. Eat. Disord.*, 41: 195-202. <https://doi.org/10.1002/eat.20490>
- Sonestedt, E., Øverby, N., Laaksonen, D. E. ve Birgisdottir, B. E. (2012). Does high sugar consumption exacerbate cardiometabolic risk factors and increase the risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease? *Food ve Nutrition Research*, 56(1), 19104. doi:10.3402/fnr.v56i0.19104
- Spoor, S. T., Bekker, M. H., Van Strien, T. ve van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376. doi:10.1016/j.appet.2006.10.005
- Stoeber, J. (2011). The dual nature of perfectionism in sports: relationships with emotion, motivation, and performance. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 4(2), 128-145. doi:10.1080/1750984X.2011.604789
- Stone, R.A., Haycraft, E., Blissett, J., & Farrow, C. (2022). Preschool children's food approach tendencies interact with food parenting practices and maternal emotional eating to predict children's emotional eating in a cross-sectional analysis. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2022.02.001>
- Swinburn, B., Egger, G. ve Raza, F. (1999). Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med*, 29(6), 563-570. doi:10.1006/pmed.1999.0585
- Talbot, L. S., Maguen, S., Epel, E. S., Metzler, T. J. ve Neylan, T. C. (2013). Posttraumatic stress disorder is associated with emotional eating. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 521-525.
- Tan, C.C. ve Chong, M.C. (2014). Stress and emotional eating: the mediating role of eating dysregulation. *Pers Individ Dif.*, 66, 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.033>
- Taube-Schiff, M., Van Exan, J., Tanaka, R., Wnuk, S., Hawa, R. ve Sockalingam, S. (2015). Attachment style and emotional eating in bariatric surgery candidates:

The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Eating behaviors*, 18, 36-40. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.03.011>

Thayer, R. (2003). *Calm Energy: How People Regulate Mood with Food and Exercise*. Oxford: Oxford University Press.

Thompson, S. H., ve Romeo, S. (2015). Gender and racial differences in emotional eating, food addiction symptoms, and body weight satisfaction among undergraduates. *Journal of Diabetes and Obesity*, 8, 93-98. doi:<https://doi.org/10.15436/2376-0494.15.035>

Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), 157-166.

Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L. ve von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Res*, 230(2), 294-299. doi:[10.1016/j.psychres.2015.09.008](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008)

Ünal, Ş., Sevinçer, G. M. ve Maner, A. F. (2019). Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alınımın; Gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(10), 31-41

Van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7-19.

Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. UK: Penguin.

van der Kolk, B. A. (1994). The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(5), 253-265. doi:[10.3109/10673229409017088](https://doi.org/10.3109/10673229409017088)

Van Strien, T. ve Ouwens, M. A. (2003). Counterregulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eating Behaviors*, 3(4), 329-340.

- van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. ve Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315. doi:[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198602\)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198602)5:2<295::AID-EAT2260050209>3.0.CO;2-T)
- van Strien, T., Konttinen, H., Homberg, J. R., Engels, R. C. M. E. ve Winkens, L. H. H. (2016). Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite*, 100, 216-224. doi:<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.02.034>
- Vitousek, K. ve Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-150.
- Vitousek, K., Watson, S., ve Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420.
- Wade, T. D., O'Shea, A., ve Shafran, R. (2016). *Perfectionism and Eating Disorders*. In F. M. Sirois ve D. S. Molnar (Eds.), *Perfectionism, Health, and Well-Being* (pp. 205-222). Cham: Springer International Publishing.
- Wadsworth, M. E. (2015). Development of Maladaptive Coping: A Functional Adaptation to Chronic, Uncontrollable Stress. *Child Development Perspectives*, 9(2), 96-100. doi:10.1111/cdep.12112
- Wagener, A. M., ve Much, K. (2010). Eating disorders as coping mechanisms. *Journal of College Student Psychotherapy*, 24(3), 203-212.
- Walsh, B. T., ve Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science*, 280(5368), 1387-1390.
- Wang, H., ve Li, J. (2017). Positive perfectionism, negative perfectionism, and emotional eating: The mediating role of stress. *Eating Behaviors*, 26, 45-49. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.12.012>

- Williams, D. R. (2012). Miles to go before we sleep: Racial inequities in health. *Journal of Health And Social Behavior*, 53(3), 279-295.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(6), 928.
- Yağcı Yetkiner, D. (2010). *Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (Posttraumatic Cognitions Inventory) Türkçe uyarlama ve üniversite öğrencileri üzerinde geçerlik güvenirlik çalışması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Yager, J. ve Andersen, A. E. (2005). Anorexia Nervosa. *New England Journal of Medicine*, 353(14), 1481-1488. doi:10.1056/NEJMcp050187
- Yıldırım, E., & Alptekin, K. (2012). Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences*, 25(4), 368-375.
- Yönder Ertem, M. ve Karakaş, M. (2021). Relationship between emotional eating and coping with stress of nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 433-442.
- Zaccagnino, M., Civilotti, C., Cussino, M., Callerame, C., & Fernandez, I. (2017). EMDR in anorexia Nervosa: From a theoretical framework to the treatment guidelines. *Eating disorders—a paradigm of the biopsychosocial model of illness*, 193-213.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Callerame, C., Civilotti, C., & Fernandez, I. (2017). Anorexia nervosa and EMDR: A clinical case. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(1), 43-53.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. ve Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111. doi:https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9

Zipfel, S., Mack, I., Baur, L., Hebebrand, J., Touyz, S., Herzog, W. ve Russell, J. (2013). Impact of exercise on energy metabolism in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 1(37), 55-70. doi:10.1186/2050-2974-1-37



EKLER

Ek 1 - Demografik Bilgi Formu

1	Cinsiyetiniz	Kadın	Erkek			
2	Medeni Durumunuz	Evli	Bekar			
3	Fiziksel Bilgiler	Kilo	Boy	BKİ		
4	Yaşınız	18-24	25-30	31-35	36-40	40 ve üstü
5	Eğitim Durumu	İlkokul	Lise	Üniversite	Yüksek lisans	Doktora

Ek 2 - Türkçe Duygusal Yeme Ölçeği (TDYÖ)

		Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Neredeyse Her Zaman
1	Zor zamanlarda, sağlıksız davranışlara daha eğilimli oluyorum					
2	Kendimi baskı altında hissedersen daha çok yerim					
3	Stresli olduğum zamanlarda daha çok yerim					
4	Kendimi çaresiz hissedersen yemek yemek isterim					
5	İş tempom yoğunlaşırsa daha çok yerim					
6	Yemeği abarttığımda suçlu hissedirim					
7	Yiyecekleri, ödül ve zevk kaynağı olarak kullanırım					
8	Aç olmadığında yerim.					
9	Bir şeyler beklediğim gibi gitmezse yemek yemek isterim					
10	Bir şeylerden rahatsız olduğumda daha fazla yemek isterim					
11	Bir konuda depresif ya da üzgünsem yemek yemek isterim					
12	Bir konuda endişeli ya da kaygılı hissediyorsam yemek yemek isterim					
13	Canımın sıkkin olduğu zamanlarda yemek yemek isterim					
14	Yalnız hissettiğimde yemek yemek isterim					
15	Biri beni üzdüğünde yemek yemek isterim					
16	Bana acı veren bir deneyimimi hatırlatan benzer durumlarda yemek yemek isterim					
17	Korktuğum zaman yemek yemek isterim					
18	Sinirlerimin bozuk olduğu zamanlarda yemek yemek isterim					
19	Yaptığım bir şeyden dolayı kötü ya da suçlu hissedersen yemek yemek isterim					
20	Kendimi incinmiş hissedersen yemek yemek isterim					
21	Heyecanlı olduğum zamanlarda yemek yemek isterim					
22	Sorunlarımla baş edebilmek için yemek yerim					
23	Yememin kontrolümün dışında olduğunu hissediyorum					
24	Lezzetli bir şey görüp kokusunu alırsam onu yemek isterim					
25	Başkalarını yemek yerken görürsem ben de yemek yemek isterim					
26	Diyet söz konusu olduğunda irademe hakimim					
27	Kilo kontrolünde diyetle istikrarı sağlayamıyorum.					
28	Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilirim					
29	Yemek için ısrar edilirse hayır diyebilirim					
30	Yiyecekler duygularıyla baş etmede bana yardım ediyor.					

Ek 3 - Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Aşağıda kişilik özellik ve davranışlarına ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra o maddede belirtilen fikre katılma derecenizi işaretleyerek belirtiniz.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bir Miktarda Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Bir iş üzerinde çalışırken kusursuz olana kadar çalışmaya çalışırım.							
2. Genelde kişileri kolay pes ettikleri için oluşturmamın hata yapmasını görmeye başlamakla beni başarılı olmaları gerekmez.							
3. Her işimde en iyi şekilde çalışmaya çalışırım. Arkadaşlarımdan daha iyi oldukları için onları kıskanırım.							
4. Başkalarının beni de kendileri gibi düşünmelerine uğraşmamı istemem.							
5. Başkalarının beni de kendileri gibi düşünmelerine uğraşmamı istemem.							
6. Başkalarının beni de kendileri gibi düşünmelerine uğraşmamı istemem.							
7. Başkalarının beni de kendileri gibi düşünmelerine uğraşmamı istemem.							
8. Başkalarının beni de kendileri gibi düşünmelerine uğraşmamı istemem.							
9. Başkalarının beni de kendileri gibi düşünmelerine uğraşmamı istemem.							
10. Bir yakınıma yapabileceğimin en iyisini yapmamış olmasının önemli görmek zorunda değilim. Her şeyde en iyi olmak zorunda değilim. İş ne kadar iyi yaparsam çevremdekiler daha iyisini yapmamı bekler.							
11. Başkalarının beni de kendileri gibi düşünmelerine uğraşmamı istemem.							
12. Nadiren mükemmel olma ihtiyacı duyarım.							
13. Yaptığım bir şey kusursuz değilse çevremdekiler yetersiz bulur.							
14. Olabildiğim kadar mükemmel olmaya çalışırım.							
15. Giriştiğim her işte mükemmel olmam çok önemli.							
16. Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim yüksektir.							
17. Yaptığım her şeyde en iyi olmaya çalışırım.							
18. Çevremdekiler yaptığım her şeyde başarılı olmamı beklerler.							
19. Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.							
20. Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.							
21. Her konuda üstün başarı göstermesem de başkaları benden hoşlanacaktır.							
22. Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilerle ilgilenmem.							
23. Yaptığım işte hata bulmak beni huzursuz eder.							
24. Arkadaşımdan çok şey beklemem.							
25. Başarı, başkalarını memnun etmek için daha çok çalışmam anlamına gelir.							



Ek 4 - Maudsley Obsesif-Kompulsif Soru Listesi (MOKSL)

	Evet	Hayır
1-Bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.		
2-Çoğunlukla hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.		
3-Dürüstlüğe herkesten çok önem veririm.		
4-İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım.		
5-Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım.		
6- Normalden fazla bir şekilde doğalgazı, su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.		
7-Değişmez kurallarım vardır.		
8-Aklıma gelen hoş olmayan düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.		
9-Kaza ile birisiyle çarpışırsam rahatsız olurum.		
10-Her gün yaptığım basit günlük işlerden bile emin olamam.		
11-Çocukken annem de babam da beni fazla zorlamazlardı.		
12-Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için isimde geri kaldığım oluyor.		
13-Çok fazla sabun kullanırım.		
14-Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.		
15-Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.		
16-Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.		
17-Temizliğe aşırı düşkünüm.		
18-Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.		
19-Pis tuvaletlere giremem.		
20-Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir.		
21-Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.		
22-Bazı şeyleri birden fazla kez kontrol ederim.		
23-Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.		
24-Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissedirim.		
25-Alıştığım bir ismi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım.		
26-Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.		
27-Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım		
28-Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir.		
29-Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.		
30-Dikkatle yaptığım bir isin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.		
31-Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.		
32-En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.		
33-Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.		
34-Çoğunlukla kendime bir şeyleri dert edinirim.		
35-Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip ise girişmeden önce durup düşünürüm.		
36-Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.		
37-Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.		



Ek 5 - Barratt Dürtüsellik Ölçeği

	Nadiren / Hiçbir Zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman / Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım.				
2. Düşünmeden iş yaparım.				
3. Hızla karar veririm.				
4. Hiçbir şeyi dert etmem.				
5. Dikkat etmem.				
6. Uçuşan düşüncelerim var.				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım.				
8. Kendimi kontrol edebilirim.				
9. Kolayca konsantre olurum.				
10. Düzenli para biriktiririm.				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam.				
12. Dikkatli düşünen birisiyim.				
13. İş güvenliğine dikkat ederim.				
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim.				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.				
16. Sık sık iş değiştiririm.				
17. Düşünmeden harekete geçerim.				
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
20. Düşünerek hareket ederim.				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm.				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım.				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.				
24. Hobilerimi değiştiririm.				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.				
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim.				
30. Geleceğini düşünen birisiyim.				

Ek 6 - Travma Sonrası Bilişler Ölçeği (TSBÖ)

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılmıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Bu olay benim davranışım yüzünden oldu.							
2. Doğru şeyi yapacağım konusunda kendime güvenemiyorum.							
3. Güçsüz biriyim.							
4. Öfkemi kontrol edemeyip korkunç bir şey yapabilirim.							
5. En ufak bir hayal kırıklığıyla bile baş edemiyorum.							
6. Eskiden mutlu bir insandım şimdiyse hep mutsuzum.							
7. İnsanlara güven olmaz.							
8. Her zaman tetikte olmalıyım.							
9. İçimde bir şeylerin öldüğünü hissediyorum.							
10. Kimden zarar geleceği hiçbir zaman bilinemez.							
11. Çok dikkatli olmalıyım çünkü bundan sonra ne olacağı hiç belli olmaz.							
12. Yetersiz bir insanım.							
13. Duygularımı kontrol edemeyeceğim ve korkunç bir şey olacak.							
14. Eğer olayı düşünürsem, bununla başa çıkamayabilirim.							
15. Böyle bir insan olduğum için bu olay benim başıma geldi.							
16. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim aklımı kaçırmakta olduğumu gösteriyor.							
17. Bir daha asla normal duygular hissedemeyeceğim.							
18. Dünya tehlikeli bir yer.							
19. Bir başkası olsa bu olayın olmasını engelleyebilirdi.							
20. Kalıcı bir biçimde kötü yönde değiştim.							
21. Kendimi insan değil, eşya gibi hissediyorum.							
22. Benim yerimde başkası olsa bu duruma düşmezdi.							
23. İnsanlara güvenemem.							
24. Kendimi insanlardan kopmuş ve yalnız hissediyorum.							

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Pek katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25. Bir geleceğim kalmadı.								
26. Kötü şeylerin başıma gelmesini engelleyemem.								
27. İnsanlar gördükleri gibi değil.								
28. Yaşadığım olay hayatımı mahvetti.								
29. Bende yanlış giden bir şeyler var.								
30. Bu olaydan beri verdiğim tepkiler, benim olayla başa çıkmayı beceremediğimi gösteriyor.								
31. Bu olayın gerçekleşmesine neden olan, benimle ilgili bir şeyler var.								
32. Bu olayla ilgili düşüncelerime tahammül edemeyip dağılılabiliyorum.								
33. Artık kendimi tanıyamıyorum.								
34. İnsanın başına ne zaman kötü bir şey geleceği asla bilinemez.								
35. Kendime güvenemiyorum.								
36. Bundan sonra başıma iyi bir şey gelemez.								

Ek 7 - Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

<i>Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...</i>	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu/doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK 8 – Duygusal Yeme Bozukluğu İçin EMDR Kitapçığı

Bu kitapçık, duygusal yeme bozukluğu olan hastaların EMDR ile tedavisinde bir rehber olarak hazırlanmıştır. Uygulayıcı terapistin, en az 1. Düzey EMDR uygulayıcısı olması şarttır.

1. Aşama: İlk Görüşme ve Öykü Alma

İlk görüşme için 90 dakikalık bir seans ayırılmalı veya ilk görüşme iki seansa yayılmalıdır. Eğer danışan ile online görüşecekseniz ona görüşme yapacağı mekanın nasıl özellikler taşıması gerektiğini, randevulaşma safhasında anlatın.

Danışan ilk randevusuna gelmeden, Türkçe Duygusal Yeme Ölçeğini doldurabilir. Klinisyen hem buradaki puanı değerlendirirken hem de danışanın sorulara vermiş olduğu cevaplara da bakarak, danışan anı veya Negatif Kognisyon (NK) bulmakta zorlandığında ona yardımcı olabilir.

Danışanın kimlik bilgilerini öğrendiğini bir tanışmanın ardından danışana problemini kendi hızında ve kendi istediği kronolojik sıra ile anlatmasını söyleyebilirsiniz. Danışana sorabileceğiniz muhtemel sorular şunlardır:

- Doğum tarihiniz nedir?
- Nerede doğdunuz?
- Diğer kardeşlerinizin doğum tarihleri nedir?
- Sizi terapiye getiren problem nedir?
- Hangi yeme davranışlarınız size duygusal yeme probleminiz olduğunu düşündürüyor?
- Duygusal yeme yapıyor olma ile ilgili ne düşünüyorsunuz?
- Bu probleminizden haberdar olan başa bir arkadaşınız, tanıdığınız kimse var mı?
- Bu problemle ilgili yaşadığımız fiziksel sıkıntılar nelerdir?
- Bu problem romantik ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?
- Bu problem sosyal ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?
- Bu probleme neyin sebep olduğu hakkında bir tahmininiz var mı?
- Arkadaşlık ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?
- Kendinizi ifade etmekte zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
- Ailenizle ilişkilerinizi nasıl tarif edersiniz?
- Anneniz nasıl bir insandır?
- Babanız nasıl bir insandır?

- Kardeşleriniz nasıl insanlardır?
- İş/ okul hayatınız nasıldır?
- (Eğer problem var derse) Sizce bu problemin sebebi nedir?
- Sizce yeme dışında hayatınızda başka ne problemler vardır?
- Geçmişinizde travmatik olduğunu düşündüğünüz bir şey var mı?
- Duygusal yemeniz bir olayın üzerine mi başladı yoksa hep var mıydı?
- Daha önce hiç psikiyatrik/psikolojik yardım aldınız mı?
Evet ise neden?

Ne kadar sürdü?

- Alkol, madde, sigara kullanıyor musunuz?
- Nasıl bir beslenme düzeni hayal ediyorsunuz?
- Seans içerisinde bu soruların cevaplarını dinlerken dissosiyatif semptomlara var mı diye kontrol edin. Sizin dissosiyatif bir danışanla çalışmak için yeterli eğitiminiz yoksa danışanı yönlendirin (Danışan online ise ve dissosiasyon ihtimali var ise, o danışan ile EMDR yapmayın!).

Dissosiasyonun mevcudiyetini takip etmek için şunları sorabilirsiniz.

- 1) Takip edilemeyen, açıklanamayan somatik semptomlar
- 2) Uyku sorunları
- 3) Travmatik anıyı yeniden yaşama deneyimi
- 4) Derealizasyon ve depersonalizasyon
- 5) Schneidarian semptomlar (sesler, açıklanamayan duygular)
- 6) Bellek boşlukları
- 7) Hastane yatışı
- 8) Tedavide yavaş ilerleme ve komorbidite (Kluft,1987a, 1987b; Putnam, 1989; Ross, 1991)

Seansınızın sonunda, seansı şu boyutlarıyla değerlendirin:

- Danışan ile nasıl ilişki kurdunuz. Terapötik birlik gelişti mi?
- Danışanların, duygusal yemeğe dair anıları genellikle utanç dolu olacaklardır. Danışan bu utanç dolu anıları sizinle paylaşmaya istekli ve hazır mı ?
- Danışanın seans aralarında yavaş da olsa devam edecek olan bilgi işleme sürecini, ya da yarım kalmış seansları taşıma kapasitesi nasıl?

- Mindfulness teknikleri EMDR ile beraber kullanıldığında danışana destek olabilmektedir. Gerekirse (ve eğer terapistin bu konuda eğitimi varsa) danışana mindfulness teknikleri ve progresif kas gevşetme öğretilir.
- Danışanın çoklu travması varsa, öğretilen başa çıkma becerilerinin yetersiz gelmesi halinde ve seans arasında ihtiyacı olması halinde neler yapması gerektiğine dair mutabakat sağlandığından emin olun.
- Danışanların seans aralarında size ihtiyacı olması halinde size hangi çerçevede ulaşabileceklerini konuşun.
- Danışanın psikiyatrik ilaç desteğine olan ihtiyacını değerlendirin. Eğer kullanmasının gerekli olduğunu düşünüyorsanız, lazım olan yönlendirmeleri yapın.
- Danışan ya da terapist, söz konusu süreçte tatile ya da seyahate gidecekse, ne kadar ara verileceğini ve bu verilen arada danışanın terapistte ihtiyaç duyması halinde ne yapacağınızı konuşun.

İkinci Aşama: Hazırlık:

Danışanın kişilik örgütlenmesini ilk görüşmede anladığınıza emin olun ve EMDR uygulaması süresince, bu özellikleri ve danışanın ihtiyaçlarını göz önünde bulundurup, tedavinizi buna göre yönetin.

Yeme bozuklukları olan kişiler, hatırlama zorluklarına daha yatkın oldukları için hatırlayamayabilir (Vitousek ve Manke, 1994). Bu hatırlamama EMDR listesinde çalışacak sahne bulamamaya sebep olabilir. O zaman klinisyen danışanın bugünkü yaşadığı olayları ve şartlarını anlamaya çalışmalıdır. Bu muhtemelen geçmişin tekrarı olacaktır. Terapist önemli bir sahne tespit ederse eklemeli, danışan yeni sahneleri hatırladıkça eklemeli ya da mevcut olan sahnenin kanallarını çalışmalıdır.

Bu aşamada danışana EMDR'nin rasyonelini anlatın:

“EMDR, çalışmaya başlamadan önce, bu yöntemin nasıl çalıştığını anlamak önemlidir. Bu hem yöntem ile ilgili merak ve eğer varsa şüphelerinizi gidermeye yardımcı olur, hem de sizi kontrolde hissettirir.

Sinir sistemimizi bir arayüze yaşadığımız anıları bilgisayara girdiğimiz datalara, bilgisayarın hard diskini ise, bu anıları zihnimizde saklamaya benzetebiliriz. Bilgisayara birim zamanda işleyebileceğinden daha yoğun data akışı olduğunda

bilgisayarın arayüzünün donması gibi, birim zamanda işleyebileceğimizden daha fazla duygu yükü taşıyan travmatik olaylarda da sinir sistemimiz donma tepkisi verir ve olay anı ağlarında işlenmeden saklanır. Bu sebeple, olayın sol beyin tarafından işlenen anlam içerikleri ile sağ beyin tarafından işlenen 5 duyuya dair içerikleri entegre olamadan kalır. Daha sonra bu entegre olamamış anılar, zaman zaman görüntüler, zaman zaman sesler, zaman zaman rahatsızlık verici düşünceler ve ya duygular olarak yüzeye çıkıp, bizi rahatsız ederler. EMDR, travmatik anıyı düşünürken, çift yönlü uyarım vererek beynin her iki lobunu da aktive eder ve bu anının işlenerek, saklanmasını sağlar.”

Tanışma görüşmelerinde, danışan ile bağ kuramadığınızı hissediyorsanız bu bağın kurulduğuna emin olana kadar EMDR uygulamaya başlamayın. Çünkü bu, danışanın EMDR’ye resistans göstermesine ya da terapiyi bırakmasına yol açabilir.

Daha sonra danışan ile göz hareketleri ile çalışmayı prova edin. Danışana en uygun mesafeyi ve hızı bulun. Danışan göz hareketleri yapmakta zorlanıyorsa, çift yönlü uyarım (BLS) yöntemlerini tanıttın ve uygun olanı seçin. Eğer danışanla çevrimiçi çalışıyorsanız, danışana kelebek kucaklamasını gösterin.

Sonraki adımda güvenli yer oluşturun. Güvenli yerin amacı, danışan işleme sırasında yorulduğunda dinlenme alanına sahip olması, seansı bitirirken güvenli yerini kullanarak rahatlaması ve seans esnasında o anda işleyemeyeceği yoğunlukta malzeme gelirse, hızla rahatlamasını sağlamaktır.

Güvenli yer 8 adımda oluşturulur:

1. Adım: Resim

Danışanın kendini güvende hissettiği bir sahne bulun.

- “Şimdi sizden kendinizi rahat ve güvende hissettiğiniz bir yer düşünmenizi istiyorum. Burası gerçekte var olan ya da hayal ettiğiniz bir yer olabilir. Gittiğiniz bir yer, bir filmde gördüğünüz, bir kitapta okuduğunuz bir yer olabilir. Kendinizi bir dağ evinde, bir deniz kenarında hayal edebilirsiniz...”

2. Adım: Duyulara ve Duyumlara Odaklanmak:

Danışandan düşündüğü resme odaklanmasını ve çağrıştırdığı olumlu duyguları fark etmesini isteyin.

- “Bu sahneye baktığınızda neler hissediyorsunuz. Bu olumlu duygular vücudunuzda nasıl rahatlık hisleri yaratıyor?”

3. Adım: Güçlendirme

Duyguları ve resmi vurgulamak için yumuşak ve rahatlatıcı bir ses tonu kullanın.

- “Kendinizi bir sahilden denize bakarken görüyorsunuz.. ılık bir rüzgar sizi rahatlatıyor. Bu rahatlık göğsünüzden bütün vücudunuza yayılıyor”

4. Adım: Göz Hareketleri

“Güvenli yerinizi gözünüzün önünde canlandırın ve olumlu duyguları hissederek parmaklarınızı takip edin.”

Terapist ağır bir tempoda 6-12’lik bir set yapar. Her set arasında danışana “rahatlık devam ediyor mu” diye sorulur. Toplamda 3-4 set yapılır.

5. Adım: İpucu

Danışandan kendisine bu resmi ve hissettirdiği rahatlığı hatırlatacak tek bir kelime ile hatırlatacak tek bir kelime seçmesi istenir ve bedendeki hoş duyular, bu kelime ile eşlenip 3-4 set daha yapılır.

“Bu yeri ve bedeninizdeki olumlu duyguları tek bir kelime ile hatırlayacak olsanız bu ne olurdu? Şimdi bu kelimeyi düşünürken vücudunuzdaki rahatlığa odaklanarak parmaklarınızı takip edin”

Her set arasında “rahatlık devam ediyor mu?” diye sorun.

6. Adım: Kendine ipucu vermek:

Danışandan bu resmi gözünün önüne getirmesini isteyin ve seans arasında kullanabileceğini söyleyin.

“Bu güvenli yeri seans arasında burada çalıştığımız, ya da çalıştıklarımızla bağlantılı anılar geldiğinde kendinizi rahatlatmak için kullanabilirsiniz.”

7. Adım: Rahatsızlık Halinde İpucu:

Terapist danışandan, güvenli yeri pratik etmesi için aklına ufak bir rahatsızlık getirmesini ve güvenli kullanmasını isteyin. Danışanı güvenli yer kullanırken

“Şimdi aklınıza bugün içinde sizi rahatsız eden küçük bir olayı getirip, güvenli yer kullanmayı deneyebilirsiniz.”

8. Adım: Rahatsızlık halinde kendi kendine ipucu

Klinisyen danışandan bir önceki aşamayı kendi tekrar etmesini ister.

“Şimdi size rahatsızlık verici bir olayı düşünün ve biraz önceki egzersizi kendiniz yapın. Güvenli kelimenizi kullanabilirsiniz.”

Terapist danışana güvenli yer kullanımını tekrar anlatır.

“Güvenli yeri seans aralarında aklınıza sahneler geldiğinde ya da rahatlamaya ihtiyaç duyduğunuzda ya da seans içinde zorlandığınızda kullanabilirsiniz.”

Daha sonra seans beklentilerini netleştirin.

Bu tedavide kendisine hiçbirsey dayatılmadığını ve kendisi EMDR'yi yaptıkça, iyileştirme kapasitesinin kendini aktive edeceğini tekrar edin. Kontrolün onda olduğunu ve durmak istediğinde elini kaldırmasının yeterli olduğunu söyleyin.

Bütün bunları yaparken her aşamada “doğru ve tam olarak” anlaşıldığınızdan emin olun.

Danışanların EMDR tekniği hakkında hafızalarını silme, delirme, geri dönememe gibi korkuları olabilir. Böyle korkular mevcutsa bu korkuları dinleyin ve gerekli cevapları verin.

Üçüncü Aşama: Değerlendirme:

Bu aşamada hedef anının birleşenlerini belirleyin.

Burada 2 tane yöntem kullanabilirsiniz.

1. Eğer danışan belirli bir olaydan sonra duygusal yeme yapmaya veya kilo almaya başladıysa, sizin için hedef anı bu olaydır.
2. Eğer danışanın hatırladığı belirli bir olay yoksa, duygusal yeme yapıyor olmanın kendisini bizzat travmatik bir anı olarak değerlendirip, hedef olay olarak bunu koyun.

Danışana hedef olayı anlatmasını söyleyin.

“Bana en son geçirdiğiniz yeme atağını anlatır mısınız?”

Daha sonra çalışmaya başlamak için bir sahne seçin.

“Hangi sahne sizin için olayın tümünü temsil eder?” veya “Hangi sahne sizin için olayın en travmatik kısmını temsil eder?”. Böyle bir sahne yoksa olayın bütünün düşünmesini isteyin.

Danışanın Negatif Kognisyonunu (NK) tanımlayın.

“Bu sahneye baktığınızda kendinizle ilgili olumsuz neye inanıyorsunuz.”

Eğer danışan NK bulamazsa, ona önceden hazırlanmış bir NK listesi ile yardım edilebilir.

Alternatif olarak duygusal yeme ile ilgili şu listeden de faydalanılabilir:

Negatif Kognisyonlar	Pozitif Kognisyonlar
Hayal kırıklığına dayanamıyorum	İsteklerim bazen olur, bazen de olmaz ve her ikisiyle de başa çıkabilirim
Bencilim	İhtiyaçlarım önemlidir
Umrumda değil	İsteklerine önem veririm
İstediklerimi elde etmezsem çıldırırım	Zaman zaman böyle hissedebilirim
İstediklerim olmuyorsa, ben bir hata yaptığım için olmamıştır	Sevilmeyi hak ediyorum
İhtiyaçlarımın karşılanması için mükemmel olmalıyım	Sevilmek ve bakım almak için yeterince iyiyim
Denesem de olmaz	Başaramasam da deneyebilirim
İsteklerim çok büyük Ben çok büyüğüm	İstek ve ihtiyaçlarımın olması normal
Kendime güvenmiyorum	Bir şey istemeyi tolere edebilirim ve kendim için iyi seçimler yapabilirim.

Eğer danışan hiçbir şekilde NK bulamazsa, bunu bulamıyor olmaktan dolayı kötü hissetmesini engellemek için terapist ona uygun NK'yı seçip “Bu seni yeterince iyi tanımlıyor mu?” diye sorabilir. Eğer bu da yardımcı olmazsa, doğrudan çalışmaya başlanabilir.

NK'nın bir duygu olmamasına dikkat edilmelidir.

Olumsuz deneyimler birer NK olarak kabul edilmemelidir. Bunun danışandaki etkisi araştırılmalıdır. Örneğin danışan “yemek yedikçe kendimi daha pis hissediyorum” diyorsa, NK “sevilmeye layık değilim” olabilir.

Sahnenin NK'sı bulunduktan sonra, pozitif kognisyon bulunmalıdır. Pozitif kognisyon danışanın bu sahneye baktığında “inanmak istediği” durumdur ve genellikle NK'nın 180 derece tersidir. PK kişinin kendine yönelik bir kontrol ve özdeğer duygusunu içermelidir.

PK bulurken terapist danışana şöyle sorabilir:

“Bu sahneye baktığında kendinle ilgili olumlu neye inanmak istersin?”

PK bulurken “asla, her zaman” gibi kesinlik içeren ifadelerden ya da olanları reddeden, düşlemsel söylemlerden kaçınmalıdır. “Her zaman mükemmel besleneceğim” yerine “Vücudumun ihtiyaçlarını doğru anlayabilirim” ya da “Vücudum hiç yeme bozukluğu yaşamamışım gibi” yerine “Sağlıklı ve dincim” uygun PK'lardır.

PK belirlendikten sonra danışan için bunun bir hayal ürünü olmadığından emin olmak için “pozitif kognisyon değeri, (VOC- Value of Cognition) belirlenir. Bunu belirleme sebebi hakkında danışanın daha fazla açıklamaya ihtiyacı olursa şunlar söylenebilir:

“Bazen mantiken doğru olduğunu bildiğimiz bazı şeyler hakkında, duygularımız tam olarak aynı şeyleri söylemez. Seçtiğiniz PK “1- hiç inanmıyorum”, “7-tamamen inanıyorum” arası bir ölçekte size ne kadar doğru geliyor.”

Eğer PK 1'den azsa, ekolojik geçerlilik ve uygunluk açısından tekrar kontrol edilmelidir.

Bu aşamada danışanda işleme başladıysa, EMDR prosedürü hatırlatılıp işleme başlamalıdır.

Daha sonra malzemeyi çalışabilecek düzeye getirmek için sahneye alakalı duygu adlandırılır. Terapist şu soruyu sorabilir:

“Sahneyi düşündüğünüzde ve ... (NK'yı söyleyin) düşündüğünüzde ne hissediyorsunuz?”

Bu aşamada öznel rahatsızlık puanı (Subjective Unit of Disturbance-SUD) belirlenir.

“Bu sahneye baktığımızda “0” hiçbir rahatsızlık hissetmiyorum, “10” olabilecek en yoğun şekilde rahatsızlık hissediyorum” arası bir ölçekte şu an ne kadar rahatsız hissediyorsunuz” diye sorulabilir.

Anı, aynı seans içerisinde bitmese bile SUD azalır ve bu da danışana başarı duygusu verir.

Danışana NK'ya odaklanması ve duyguyu bedeninde hissetmesi söylenir. Daha sonra bunu ilk hatırladığı ânı ve bugüne kadar diğer anılar sorularak bir anı listesi hazırlanır ve her bir anı için SUD belirlenir.

“Şimdi sizden ...(NK) diye düşünmenizi ve ... duygusuna odaklanıp anılarınızı taramanızı istiyorum. Bunu ilk düşündüğünüz anı neydi. Kimimizin aklına ilk çocukluk dönemine ait anılar gelir, kimimizin de aklına gelen en eski anı ergenlik dönemine ait olabilir. Sizin aklınıza gelen en eski anı hangisi.

Bu anı bulunduktan sonra terapist tekrar sorar. “Bu anıdan bugüne kadar aynı NK'yı düşündüğünüz diğer anılar nelerdir?”

Dördüncü Aşama- Duyarsızlaştırma

Bu aşamada en önemli şey danışana çağrışan anıları, alakasız da görünse size söylemesini istemektir.

“Şimdi sizden sahneye odaklanmanızı ve elimi takip etmenizi isteyeceğim. Aklınıza alakasız olduğunu düşündüğünüz sahneler de gelebilir. Elimi indirdiğimde kaldığınız sahneyi bana söyleyin. Aklınıza gelen her sahne ilişkilidir. Durmak isterseniz elinizi kaldırın.”

İlk set sayısı 24 olmalıdır. Setin sonunda danışan anıyı söylemeden önce “derin bir nefes alın” denilebilir.

Terapist daha sonra “Ne geldi?” diye sorar ve daha sonraki setlere kalınan sahne, beden duyumu, duygu ya da düşünceden devam edilir.

İşleme olmazsa sayı ve hız arttırılır.

Çıkan materyale terapist set arasında yorum yapmamalıdır. Bu işlemlemeyi engelleyebilir.

Danışanın dissosiyeye olacağı hissedilirse set sayısı 16-20 arasına düşürülebilir.

Çağrışım kanalları tükenince orijinal sahneye dönülür. SUD 0 oluncaya kadar devam edilir. Eğer 0 olmuyorsa terapist “Bunun 0 olmasını engelleyen ne?” diye

sorabilir. Terapist klinik becerilerini kullanarak bunun ekolojik SUD olup olmadığına karar verir. Ekolojik SUD değilse beden duyumundan işlemlemeye devam etmek uygundur.

“Sahneyi düşününce bedeninde nerede rahatsızlık hissediyorsun?”

Beşinci Aşama- Yerleştirme:

Bu evrenin amacı PK'yı yerleştirmek ve bunu çalışılan sahneye bağlamaktır. PK'yı çalışmaya başlamadan önce klinisyen kognisyonun uygunluğunu teyit eder. “(PK)... bu sahne için size nasıl görünüyor. Daha uygun görünen bir ifade var mı?” PK tekrar netleştirildikten sonra danışandan orijinal sahneyi düşünmesi ve PK sözcüklerini aklında tutması istenir. Olay ve PK yavaş setlerle, VOC 7'ye ulaşıncaya kadar yerleştirilir. Eğer VOC 7'ye ulaşmıyorsa “Bunun 7 olmasını engelleyen nedir?” diye sorulur. İşlevsiz bir kognisyon çıkarsa bu çalışılır.

Altıncı Aşama- Beden Tarama:

PK'nın VOC'u, 7'ye ulaşmazsa danışandan beden tarama yapması istenir.

“Gözlerinizi kapayıp PK'yı düşünürken bedeninizi baştan aşağı tarayın ve bir rahatsızlık hissederseniz söyleyin.”

Eğer bir beden duyumu çıkarsa birkaç set ile bu beden duyumu yok olana kadar çalışın.

Yedinci Aşama- Kapanış:

Bir anıyı çalışmak için bir seans yeterli olmayabilir. Terapist saati her zaman göz önünde bulundurmalı ve seansı abreaksyonun ortasında veya danışan yüksek bir rahatsızlık düzeyinde iken bitirmemelidir. Seans sonuna doğru, yeni bir kanala girilmemelidir, beden taraması yapılmamalıdır.

Bir anı yarım kalırsa, danışan güvenli yer kullanarak sakinleştirilmeli ve yarım kalan materyal danışanın zihninde saklanmalıdır.

“Şimdi sizden bir kutu hayal etmenizi isteyeceğim. Bu öyle bir kutu olsun ki bu seansta kaldığımız sahneyi içinde saklayabilsin. (Danışan kutuyu hayal edince) sahneyi bu kutuya koyun, ağzını güzelce kapatın. Belki bir kilit yardımcı olabilir. Şimdi kutunun sağını, solunu, altını, üstünü kontrol edin. Sahne çıkıyor mu. Kutuya koyduğunuz halde sahne zaman zaman aklınıza gelip sizi rahatsız edebilir. O zaman sahneyi tekrar kutuya koyduğunuzu hayal edin ya da kendinizi güvenli yerde hayal edin.

Seans biterken danışana seans aralarında da işlemlenin devam edebileceğini hatırlatın.

“Seans aralarında aklınıza sahneler gelmeye devam edebilir. Bu sahneleri size hatırlatacak kısa notlar alırsanız, gelecek seanslarda çalışabiliriz.”

Sekizinci Aşama- Yeniden Değerlendirme:

Bu aşamada terapist anının ne kadar iyi çalışılıp çalışılmadığını değerlendirir. Terapist listedeki her bir olayın SUD puanını kontrol eder. Daha sonra terapist danışan için, şimdi yemeğe dair bütün olumsuz sahneler çalışılmışken yemekle olan ilişkisinin nasıl olmasını istediğini hayal etmesini ister. Bu danışanın bir öğünde nasıl yediği olabilir, bir sosyal ortamda yaptığı yeme davranışı olabilir, çok sevdiği bir tatlıyı veya yemeyi normal porsiyonlarda yemesi olabilir, ya da yalnız atak geçiren bir danışansa insanların içinde yemesini içeren bir sahne olabilir. Daha sonra terapist danışanın anlattığı bu sahneyi yavaş setlerle yerleştirir. Danışanın yerleştirmekte zorlandığı sıkımlar varsa kaynak yerleştirme yapılarak ilerlenir.

Gelecek Şablonu- Normal bir günde yediklerim

Listenizdeki bütün anıları çalıştıktan sonra, danışanınızla bir gelecek şablonu yapın. Bu aşamada, danışan size sıradan bir günde duygusal yeme yapmadan yemek yediği bir sahneyi detaylandırarak anlatsın. Danışan anlatırken siz not alın. Daha sonra yavaş tempoda BLS vererek bunu danışana geri okuyun. Okumanız bitince sahnenin VOC puanını sorun. VOC 7 olana kadar bu sahneyi çalışın. Eğer VOC bir noktada takılıyorsa, danışana bu sahnede inanmakta zorlandığı nereler olduğunu sorun ve o sahnelere kaynak yerleştirin.

