

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ERGENLİK VE GENÇ ERİŞKİNLİK DÖNEMİNDEKİ KIZLARDA
YEME BOZUKLUĞU TANISI BULUNANLAR İLE
BULUNMAYANLARIN AİLE ORTAMI, SOSYOTROPİK-
OTONOMİK KİŞİLİK ÖZELLİĞİ, BEDEN MEMNUNİYETİ,
BENLİK SAYGISI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI.

ALİN ONAR
2501050082

TEZ DANIŞMANI: YRD. DOÇ. DR. YEŞİM KORKUT

İSTANBUL 2008

ÖZ

Bu çalışmanın amacı yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen ve genç yetişkin kızlar ile yeme bozukluğu tanısı almamış olanları, aile ortamı özellikleri, otonomi alanında yaşanan güçlükler, beden memnuniyetsizliği, depresyon ve benlik saygısı açısından karşılaştırmaktır. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı alan ergen ve genç yetişkin kızlarda yeme tutum ve davranışları ile aile ortamı özellikleri, otonomi-sosyotropi kişilik özelliği, beden memnuniyetsizliği, depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bu amaçla çalışmaya 13 ile 35 yaş arasındaki 24 yeme bozukluğu tanısı almış ve 24 sağlıklı ergen kız ile genç erişkin kadınlar katılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan 24 kişinin %29,2'si (14 kişi) Anoreksiya Nervoza, %14,6'sı (7 kişi) Bulimia Nervoza, %6,3'ü (3 kişi) Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu tanısına sahiptir. Kontrol grubu, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve medeni durum açısından eşit özellikleri karşılayan yeme bozukluğu bulunmayan üniversite ve lise öğrencilerinden oluşmaktadır. Kontrol grubu uygun örnekleme yolu ile elde edilmiştir. Araştırmada katılımcılar Yeme Tutum Testi, Aile Ortamı Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Kişisel Bilgi Formunu doldurmuştur.

Araştırmanın sonuçlarına göre, yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında yeme tutum ve davranışları, aile ortamı, beden memnuniyeti, depresyon ve benlik saygısı açısından fark bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, bulunmayanlara göre Yeme Tutum Testi'nden daha yüksek puanlar aldıkları, Aile Ortamı Ölçeği'nin Birlik-Beraberlik alt ölçeğinden, Vücut Algısı Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden daha düşük puanlar aldıkları, Beck Depresyon Envanteri'nden daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda Yeme Tutum Testi puanları ile Aile Ortamı Ölçeği'nin Denetim alt ölçeği puanlarının; Sosyotropi-Otonomi Ölçeği'nin Sosyotropi alt ölçeği puanları ile Vücut Algısı Ölçeği'nin puanlarının; Beck Depresyon Envanteri puanları ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının negatif ilişkide olduğu bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu

tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların arkadaşları tarafından kiloları ve görünüşleri ile ilişkili daha fazla olumsuz eleştiri aldıkları, eleştiriden bağımsız daha fazla zayıflama girişiminde bulundukları, toplumdaki zayıflığın güzellik için ideali olduğu görüşünü daha fazla benimsedikleri bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: yeme bozukluğu, aile ortamı, sosyotropi-otonomi kişilik özelliği, beden memnuniyeti, depresyon, benlik saygısı.

ABSTRACT

The main aim of this study is to compare adolescent girls and young adult women who have been diagnosed as eating disorder and who those haven't in terms of family environment, difficulty in autonomy area, body satisfaction, depression, self-esteem. In addition the relationships between eating attitudes, family environment, autonomy-sociotropy personality attitudes, body satisfaction, depression, self-esteem, in adolescent girls and young adult women who have eating disorder were investigated. Participants consist of 24 adolescent girls and young adult women who have eating disorder and 24 adolescent girls and young adult women who haven't this diagnosis. Participants' ages ranges are between 13 and 35. Clinical sample consist of 14 (%29,2) anorexia nervosa, 7 (%14,6) bulimia nervosa, 3 (%6,3) eating disorder not otherwise specified. The control group reached through convenience sampling has been matched with clinical group on same age, gender, educational level and marital status. Participants have given participants information form, Eating Attitudes Test (EAT-40), Family Environment Scale (FES), Sociotropy-Autonomy Scale (SAS), Body Image Scale (BIS), Beck Depression Inventory (BDE), and Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).

Significant differences were found between adolescent girls and young adult women who have eating disorder and who those haven't, in terms of eating attitudes, perceived family cohesion, body satisfaction, depression, self-esteem. Adolescent girls and young adult women who have eating disorder have higher Eating Attitudes Test-40 and Beck Depression Inventory score, lower Body Image Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale and Family Environment Scale's Organization subscale score. In adolescent girls and young adult women who have eating disorder, negative relationship between EAT-40 score and Family Environment Scale' Organization subscale; Sociotropy-Autonomy Scale' Sociotropy subscale and Body Image Scale score; Beck Depression Inventory and Rosenberg Self-Esteem Scale score were observed. Further more, it was found that adolescent girls and young adult women who have eating disorder report to receive more negative criticism about their weight from friends, they try more frequently to lose weight independent of criticism; and they seem to internalize the beauty idea of thinness of society more.

Key words: eating disorders, family environment, sociotropy-autonomy personality attitudes, body satisfaction, depression, self- esteem.

TEŞEKKÜR

Tezimin tamamlanmasında büyük emeği bulunan, tez süresince yardımlarını ve desteğini esirgemeyen ve her zaman bana yol gösteren tez danışmanım ve değerli Hocam Yrd. Doç. Dr. Yeşim Korkut'a

Tez konumun uygulamaya geçmesini sağlayan, veri toplama süresi boyunca çok yoğun çalışma tempolarına rağmen, her türlü yardımı gösteren ve cesaretlendiren Prof. Dr. Başak Yücel'e ve Uzm.Dr. Ayça Gürdal Küey'e,

Tez çalışmamın istatistik aşamasındaki yardımlarından ötürü Dr. Özlem Sertel Berk ve Doç Dr. Sevtap Cinan'a,

Tezimin uygulanması aşamasında, bana sonsuz hoşgörü ve destek gösteren patronlarım Betül Şen ve Murat Ertuğ'a,

Tez süresince desteklerini, hoşgörü ve yardımlarını esirgemeyen sevgili ailem, kuzenlerimden Burak Tulumciyan ve Lusi Güner'e,

Tezim boyunca hep yanımda olan ve hiçbir konuda yardımlarını esirgemeyen Ülkü Şimşek, Nazlı Öztaş'a, manevi desteklerinden ötürü Gülnihal Salgın, Bahar Kolbay, Daçya Gördebak, Natalin Solakoğlu, Aylin Solakoğlu'na en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Alin Onar

Haziran, 2008

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLoların LİSTESİ.....	xii
GİRİŞ	1
1.1 Yeme Bozuklukları DSM-IV Tanı Kriterleri	1
1.1.1 Anoreksiya Nervoza.....	1
1.1.2 Bulimia Nervoza	2
1.1.3 Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu	3
1.2 Yeme Bozukluklarının Tarihçesi	3
1.3 Yeme Bozukluklarının Klinik Görüngüleri	7
1.3.1 Anoreksiya Nervoza'nın Klinik Görüngüleri	7
1.3.2 Bulimia Nervoza'nın Klinik Görüngüleri	8
1.3.3 Tıkınırcasına yeme bozukluğu	9
1.3.4 Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu	10
1.4 Yeme Bozukluklarının Görölme Sıklığı ve Yaygınlığı	11
1.5 Hastalığın Seyri.....	12
2. ETİYOLOJİ.....	13
2.1 Yeme Bozukluklarının Gelişmesinde Etkili Olan Risk Faktörleri.....	14
2.2 Biyolojik sebepler	18
2.2.1 Genetik faktörler	18
2.2.2. Beyinde veya Beyincikte Doku Bozukluğu	20
2.2.3. Yeme bozukluğu ile ilgili nörobiyolojik çalışmalar	21
2.3. Psikolojik faktörler.....	22
2.3.1. Kişilik.....	22
2.4 Ailesel faktörler.....	23
2.5 Sosyo-kültürel faktörler	29
2.6 Yeme Bozukluğunu Açıklayıcı Kuramlar.....	30

2.6.1. Psikodinamik model.....	30
2.6.2. Feminist Teori	34
2.6.3 Bilişsel ve davranışçı model.....	36
3. YEME BOZUKLUĞU, AİLE ORTAMININ ÖZELLİKLERİ, OTONOMİ, BENLİK SAYGISI, BEDEN MEMNUNİYETİ İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR	37
3.1 Yeme Bozukluğuyla Aile Ortamının Özellikleri	37
3.2 Yeme Bozukluğu ile Sosyotropi-Otonomi.....	41
3.3 Yeme Bozukluğu ile Benlik Saygısı	44
3.4 Yeme Bozukluğu ile Beden Memnuniyetsizliği	47
3.5 Türkiye’de Yeme bozukluğuyla İlgili Yapılan Çalışmalar	50
3.6 Araştırmanın Amacı ve Önemi	55
Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri	58
4. YÖNTEM.....	61
4.1 Katılımcılar	61
4.2 Ölçme Araçları	63
4.2.1.Yeme Tutumu Testi (YTT)	63
4.2.2.Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ).....	64
4.2.3.Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ)	65
4.2.4.Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)	67
4.2.5 Beck Depresyon Envanteri (BDE)	67
4.2.6.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	68
4.2.7.Kişisel Bilgi Formu	69
4.3 Uygulama	70
4.4 İstatiksel Analiz.....	70
5. BULGULAR	72
5.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri	72
5.2 Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızlar ve Genç Erişkin Kadınların Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	73
5.2.1 Yeme Tutum Testi Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	73
5.2.2 Aile Ortamı Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması.....	74
5.2.3 Sosyotropi-Otonomi Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması.....	75
5.2.4 Vücut Algısı Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması	76

5.2.5 Beck Depresyon Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması	76
5.2.6 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Benlik Saygısı Alt Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması	77
5.3 Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan Ergen Kızlar ile Genç Erişkin Kadınlarda, Aile Ortamı, Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özelliği, Vücut Algısı, Depresyon ve Benlik Saygısı Değişkenlerinden Düşük ve Yüksek Alanların Diğer Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	78
5.4 Yeme Bozukluğu, Aile Ortamı, Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özelliği, Vücut Algısı, Depresyon, Benlik Saygısı Değişkenleri Arasındaki İlişkiler.....	79
5.5. Diğer Bulgular.....	80
5.5.1 Ailenin Fiziksel Görünüme Verdiği Önem Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması	80
5.5.2 Ailenin Kilo ile İlgili Yaptığı Olumsuz Eleştiri ve Ailenin, Katılımcının Kilosu ve Formunu Koruması İçin Yaptıkları Baskı Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması	83
5.5.3 Arkadaşların Fiziksel Görünüme Verdikleri Önem ile Arkadaşların ve Karşı Cinsten Yakınlık Duyulan Arkadaşın Yaptığı Kilo ile İlgili Olumsuz Eleştiri Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması	84
5.5.4 Zayıflama Girişimi Sıklığı Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması	86
5.5.5 Kitle İletişim Araçlarını Takip Etme ve Kitle İletişim Araçlarındaki Yayınlardan Etkilenme Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması	87
5.5.6 Zayıflığın Güzellik İdeali Olarak Benimsenmesinin Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması	89
TARTIŞMA.....	91
KAYNAKÇA.....	104
Ek 1. Yeme Tutum Testi (YTT).....	130

Ek 2. Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ).....	134
Ek 3. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ).....	137
Ek 4. Vücut algısı Ölçeği (VAÖ).....	142
Ek 5. Beck Depresyon Envanteri (BDE).....	145
Ek 6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	150
Ek 7. Kişisel Bilgi Formu.....	151

TABLÖLARIN LİSTESİ

Tablo 1. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların anne ve babalarının öğrenimi açısından karşılaştırılması.....	62
Tablo 2. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların anne ve babalarının çalışıp çalışmaması açısından karşılaştırılması.....	62
Tablo 3. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların yaşadıkları yer açısından karşılaştırılması.....	63
Tablo 4. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların sosyo-ekonomik seviye açısından karşılaştırılması.....	63
Tablo 5. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların demografik özellikleri.....	72
Tablo 6. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların psikiyatrik rahatsızlık geçirme ve tedavi görme, sigara, alkol, uyarıcı/yatıştırıcı madde kullanma açısından karşılaştırılması.....	73
Tablo 7. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların Yeme Tutum Testi sonuçlarının karşılaştırılması.....	74
Tablo 8. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Aile Ortamı Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 9. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Sosyotropi-Otonomi Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması.....	75
Tablo 10. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Vücut Algısı Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması.....	76
Tablo 11. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Beck Depresyon Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması.....	77
Tablo 12. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Benlik Saygısı Alt Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması.....	77
Tablo 13. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, benlik saygısından düşük ve yüksek alanların diğer değişkenler açısından karşılaştırılması.....	79

Tablo 14. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda değişkenler arasındaki korelasyonlar.....	82
Tablo 15. Ailenin fiziksel görünümüne verdiği önem açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	81
Tablo 16. Ailenin kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	83
Tablo 17. Ailenin katılımcının kilo ve formunu koruması için yaptıkları baskı açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	84
Tablo 18. Arkadaşlarının ve karşı cinsten yakınlık duyulan arkadaşın kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	85
Tablo 19. Arkadaşların fiziksel görünümüne verdiği önem açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	86
Tablo 20. Zayıflama girişimi sıklığı açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	87
Tablo 21. Düzenli olarak moda, magazin dergilerini takip etme açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	88
Tablo 22. Televizyon seyretmeye ve pembe dizi, müzik videoları ve gençlik dizilerini takip etmeye harcanan zaman açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması.....	89
Tablo 23. Kişi kitle iletişim araçlarındaki modeller gibi olursa ancak çekici olur düşüncesi açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar karşılaştırılması.....	89
Tablo 24. Zayıflığın güzellik ideali olarak içselleştirilmesinin yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında karşılaştırılması.....	90

Tablo 25. Kilolu insanların çekici olmayacakları düşüncesi açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında karşılaştırılması.....	90
--	----

GİRİŞ

Yeme bozuklukları özellikle genç kadınlarda ciddi sağlık problemlerine hatta ölüme yol açan bir bozukluktur (Birmingham ve diğer., 2005). DSM-IV sınıflandırılmasında yeme bozukluğu Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu olmak üzere üç grupta toplanmaktadır (Herzog, Jakson ve Franko, 2006).

Araştırmacılar, klinisyenler ve toplum tarafından yeme bozukluğuna olan ilgi son 10 yıldır yoğun bir biçimde artmıştır. Bireye verdiği fiziksel ve psikolojik zararlardan ötürü yeme bozukluğunun araştırılması ve yeme bozukluğu etiyoloji konusunda çalışma yapılması kritik bir öneme sahiptir (Miller ve diğer., 2006).

Yeme bozukluğunun etiyolojisinde aile ortamı özelliklerinin (Felker ve Stivers, 1994; Stern ve diğer., 1989; Vidovic ve diğer., 2005), otonomi alanında yaşanan güçlüklerin (Strauss ve Ryan, 1978), beden memnuniyetsizliğinin (Bruch, 1973; Senra ve diğer., 2007) ve benlik saygısının (Halvorsen ve Heyerdahl, 2006) önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir.

1.1 Yeme Bozuklukları DSM-IV Tanı Kriterleri

1.1.1 Anoreksiya Nervoza

A. Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme. (Örneğin beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85'inin altında vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilememe).

B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.

C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasını inkar etme.

D. Bayanlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması. (Sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örn. Östrojen uygulaması)

Kısıtlayıcı Tip: Anoreksiya Nervoza'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.

Tıknırcasına Yeme/ Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervoza'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir.

1.1.2 Bulimia Nervoza

A. Yenilenen tıknırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

(1) aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme.

(2) bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. Yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışlar; her ikisi de 3 ay süreyle ortalama en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenir.

E. Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Çıkartma Olan Tip: Bulimia Nervoza'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatifleri, diüretikleri ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

Çıkartma Olmayan Tip: Bulimia Nervoza'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatifleri, diüretikleri ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır.

1.1.3 Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu kategorisi, herhangi özgül bir Yeme Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan yeme bozuklukları içindir. Örnekleri arasında şunlar vardır.

1. Bayanlarda, bireyin düzenli menstruasyonları olması dışında Anoreksiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

2. Belirgin kilo kaybının olmasına karşın kişide kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında Anoreksiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

3. Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici mekanizmaların haftada iki kereden daha az bir sıklıkla ya da 3 aydan daha kısa süreli olarak ortaya çıkması dışında Bulimia Nervoza'nın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.

4. Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması (örn. iki parça kek yedikten sonra kendini kusturma).

5. Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme, ancak yutmama.

6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu: Düzenli olarak Bulimia Nervoza'ya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması.

1.2 Yeme Bozukluklarının Tarihçesi

Anoreksiya Nervoza Latince bir kökene sahiptir. An= eksiklik orexis= iştah anlamına gelmektedir. Anoreksiya Nervoza yeme arzusunun olmaması anlamına gelmektedir (Vandereycken ve Deth, 1994). Anoreksiya Nervoza güzellik anlayışının günümüzden çok farklı olduğu Ortaçağ'da dahi görülmekteydi. Bu çağda İtalya'da

oruç tutan aziz kızların bugünkü anoreksiya tanısı kriterlerini gösterdiği bilinmektedir. Aziz kızlar kutsaliyete ulaşmak ve temizlenmek için dini motivasyonlarla oruç tutmaktaydılar. Oysa Anoreksiya Nervozda zayıf kalmak için kişi kendini aç bırakmaktadır (Costin, 1999). 15. ve 18. y.y.'lar arasında oruç tutan azizlerin dışında kişinin kendi kendini aç bırakması onun şeytan tarafından ele geçirildiğini gösteren bir işaret olarak da görülmekteydi. Kadınların normal kilolarının altında olması cadı olduklarına bir işaret olarak değerlendirilmekteydi. 17. y.y.'da oruç tutan azizlerin sayısında bir düşüş görülürken yemeyi reddeden veya çok az bir yemekle yaşayan mucizevi bakireler Avrupa'nın pek çok bölgesinde görülmeye başlamıştır. Ortaçağda oruç tutan azizlerden farklı olarak bu kızlar aslında dini bir esinlenme ile yemeyi reddetmemekteydi (Vandereycken ve Deth, 1994). Bu kızların bazıları için bu durum ikincil kazançlar sağlamakta, ünün yanı sıra bir geçim kaynağı olmaktaydı. Çünkü bu kızları görmek için gelen ziyaretçiler para ödemek durumundaydılar. Buradan hareketle bu kızların bir aldatmacanın ürünü olup olmadığını anlamak için yapılan incelemelerde pek çoğunun aslında gizli gizli yemek yedikleri görülmüştür. Tam tersi bazı vakalarda da yemedikleri halde sağlıklı kaldıklarını iddia etseler de oruç ölümlere yol açmaktaydı (Kell ve Klump, 2003). Oruç tutan azizlerin ve şeytan tarafından ele geçirilmişlerin aslında tedaviye ihtiyaç duyan hastalar olduğunun anlaşılması aşamalı bir şekilde gerçekleşmiştir. 19.y.y. sonuna kadar bunun tıbbi olarak tedavi gerektiren bir patoloji olduğu kabul görmemiştir (Vandereycken ve Deth,1994).

İlk nozologlar tarafından Anoreksiya tıbbi bilimsel adlandırmaların içerisinde bağımsız bir klinik görünüm olarak yer almamaktaydı. Fakat 19. y.y. ile birlikte bu durum değişmeye başlamıştır. 18. ve 19. y.y.'larda yeme bozukluklarından histeri olarak bahsedilmektedir. 19. y.y. öncesinde yeme bozuklukları hastalığın önemli bir karakteristiği olarak görülmemekte, histerinin çeşitli semptomlarından biri olarak düşünülmekteydi. Histerinin dışında yeme bozukluklarının ve zayıflamanın aslında melankolinin bir semptomu olduğu da öne sürülmüştür. 18. y.y.'da sindirim sistemiyle ilgili olan şikayetler klasik melankolinin hipokandriyak biçimindeki en çok rastlanan semptomlarıydı: kabız, ishal, mide ağrısı, mide bulantısı. 19. y.y.'ın başında da zayıflık ve yeme bozuklukları melankoli ile ilişkili görülmeye devam etmiştir (Vandereycken ve Deth, 1994). Her ne kadar Anoreksiya Nervoz'a'nın

tarihçesinde oruç tutan azizlerden, mucizevi bakirelerden bahsedilse de hem bu kızların motivasyonunun kilo vermek olmaması hem de değerlendirme yapmak için yeterince bilgiye sahip olunmaması sebebiyle Anoreksiya Nervoza'nın tarihçesinin aslında birbirinden bağımsız olarak bu sendromdan bahseden Gull ve Laseque ile başladığı ifade edilebilir (Keel ve Klump, 2003).

Resmi bir şekilde Anoreksiya Nervoza'nın ayrı bir sendrom olarak tanımlanmasından önce 19.y.y. boyunca tıbbi literatürde Anoreksiya Nervoza'nın varlığıyla ilgili pek çok rapor öne sürülmüştür. Gull 1856 yılında yeni bir sendrom bulduğunu bildirmiştir. 1873 yılında ise Dr. Laseque "*De l'anorexie hysterique*" adlı bir makale yayınlamıştır. Gull 1874 yılında Laseque ile aynı hastalığı farklı biçimlerde gösterdiklerini ifade etmiştir. Kendisinin bu hastalık için "Apepsia hysterica" ismini kullandığını fakat Dr. Laseque'nun kullandığı "anorexia" teriminin daha doğru bir terim olduğunu ifade etmiştir. Gull ve Laseque'nun çalışmaları karşılaştırıldığında klinik betimleme açısından benzerlikler bulunduğu görülmektedir.

1. 15 ile 20'li yaşlardaki genç kızlarda görülmektedir.
2. Yemek yemenin azalmasının bir sonucu olarak fiziksel olarak aşırı zayıflık veya gıdasızlık bulunmaktadır, genellikle buna eşlik eden kabızlık ve menarş olamama görülmektedir.
3. Fiziksel veya zihni olarak aşırı hareketlilik ve hastalığa sahip olduğuna dair iç görüye sahip olamama, tedavi olmaya karşı direnç gösterme görülmektedir.
4. Fiziksel bir neden olmadığı için bu durumun bir nevroz olduğu veya zihinsel bir temeli bulunduğu düşünülmüştür.

Gull (1874) Anoreksiya Nervoza'nın hastalıklı zihni durumlara bağlı olduğunu veya zihni bir sapkınlık olduğunu düşünmektedir. Fakat daha sonra ego'da bir sapkınlığın hastalığa sebebiyet verdiğini düşünmeye başlamıştır. Gull (1874) histeri terimini kullanmaktan kaçınırken Laseque (1873) hastalarının histeri olduğunu düşünmekteydi (Gull, 1874; bildiren Vandereycken ve Deth 1994; Laseque, 1873; bildiren Vandereycken ve Deth 1994). Vandereycken ve Deth (1994) çalışmasında Charcot, Georges Gilles de la Tourette, Paul Sollier, Pierre Janet'nin Anoreksiya Nervoza'yı histerinin bir biçimi olarak düşündüğünü bildirmiştir. Freud ise yeme bozukluğuyla doğrudan ilgilenmemiştir. Anoreksiya terimi genellikle iştahın kaybı

veya histerini bir karakteristiği olan yemeklerden hoşlanmama anlamında kullanmıştır. Freud'un bildirdiği en bilindik örnek Frau Emmy von N. vakasıdır. Cinsel gerilimin fiziksel cinsel gruptan yolunun saptırılarak başka bir doğrultuya yöneldiğini ifade etmiştir. Bunu histerik anestezi olarak tanımlamaktadır ve tamamıyla histerik anoreksiyaya benzeştiğini ifade etmektedir. (Freud, 1989; bildiren Vandereycken ve Deth, 1994). Amerika'da ise 20. yy başında Amerikan doktorlar yavaş yavaş kendi kendini aç bırakmanın bu özel biçimini kabul etmeye başlamışlardır. 20. y.y.'a gelindiğinde tıp ve psikiyatri alanında bu sendrom yükselişe geçmiştir (Vandereycken ve Deth, 1994).

Bulimia çağımızda görülen yeme bozukluklarının bir alt grubu olarak düşünülse de aslında Bulimia teriminin tarihçesi oldukça eskiye dayanmaktadır. Fakat bununla beraber hala bu bahsedilen vakaların etiyojisiyle ilgili olarak belirsizlikler mevcuttur. Bulimia antik Yunan'da açlığın veya kendini aç bırakmanın son noktasını betimlemek için kullanılmaktaydı. Latince'deki *bous* ve *limos* kelimesinin birleşmesinden türetilmiştir. "Öküz açlığı" anlamına gelmektedir. Bir kişinin bütün bir öküzü yiyebilecek kadar aç olduğuna ya da bir öküz kadar yemek yiyebileceğine işaret etmektedir (Parry-Jones ve Parry-Jones, 1991). Romalı'ların tıknırcasına yedikleri ama sonra kustukları bilinen bir ritüeldir. Benzer bir biçimde azizlerin aşırı yiyip kustuklarından da bahsedilmektedir. Bulimia Nervoza'nın tarihi örneklerine bakıldığında oldukça seyrek örneklerle rastlandığı ve bunların büyük çoğunluğunu da ergen kızların veya kadınların oluşturmadığı ve 19. y.y.'a kadar örneklerin erkek vakalardan oluştuğu görülmektedir. Ayrıca pek çok tarihsel örnekte telafi edici davranışın olmadığı görülmüştür. Buradan hareketle Bulimia Nervoza ile ilgili verilen tarihsel örneklerin aslında tıknırcasına yeme bozukluğuyla ilgili örnekler olduğu söylenebilir (Keel ve Klump, 2003). Tıbbi bir terim olarak kullanan ilk kişi Pierre Jane'dir. 1903'te "Obsession et la Psychasthenie"de gizli zorlantılı bir biçimde yemek yiyen "Nadia" adlı bir vakadan bahsetmektedir (Jane, 1903; bildiren Costin, 1999). 13. y.y.'da Bulimia'nın midedeki rahatsızlıktan kaynaklandığı düşünülmekteydi. Bu durumun kişinin yediklerini hazmetmesini engellediği veya hazmetmeden çıkarmasına yol açtığı düşünülmekteydi. 18.y.y. sonlarına gelindiğinde ise Bulimia ile histeri arasında bir bağ kurulmuş ve Bulimia'nın histerinin bir biçimi olduğu düşünülmüştür. 19. y.y.'da ise Bulimia'nın psikolojik bileşkelerinin olduğu

kabul edilmiştir. Bulimia'nın tarihçesi incelendiğinde karşımıza iki farklı yol çıkmaktadır: 18. y.y. ve 19. y.y. nozolojisinde “nervous” bulimia diye tanımlanmakta olan Bulimik sendrom ve psikosomatik tıbbın bağlamında ele alınan Bulimia (Parry-Jones ve Parry-Jones, 1991). İlk kez 1979'da Bulimia Nervoza'yı ayrı bir sendrom olarak tanımlayan kişi Russell olmuştur. 1932 yılında Wulff, 1944-1945 yılında ise Binswanger tarafından Ellen West adlı iki bulimia vakası tanımlanmıştır (Russell, 1997). DSM-III'de (1980) bulimia yeni bir bozukluk terimi olarak yer almıştır. Fakat DSM-III'de bulimik evreleri olan hastaların Anoreksiya Nervoza özelliklerini de taşıdıkları görülmektedir. DSM-III-R ile birlikte Bulimia Nervoza bir tanı başlığı olarak yer almıştır. 1970'li yıllardan sonra ise oldukça yaygın bir biçimde görülmeye başlanmıştır. Fakat Bulimia Nervoza'nın 1970 yılından önce nadir bir biçimde görülmesi bir psikiyatrik bozukluk olarak bilinmemesine bağlanabilir (Russell, 1997).

1.3 Yeme Bozukluklarının Klinik Görüngüleri

1.3.1 Anoreksiya Nervozanın Klinik Görüngüleri

Anoreksiya Nervoza yeme bozuklukları içerisinde en iyi bilinen bozukluktur. Anoreksiya Nervoza'da isteğe bağlı kilo kaybı, bozuk bir beden imajı ve kilo almaktan yoğun korku duyma merkezi semptomlar olarak görülmektedir. Anoreksiya Nervoza hastaları normal beden ağırlıklarının %15'inin altındadır ve iskelet gibi görüntülerine rağmen hala şişman olduklarını iddia etmektedirler. Yeme tutum ve davranışlarında alışılmışın dışında davranış örüntüleri sergilerler (Vandereycken ve Van Deth, 1994). Genellikle düşük kalorili yemekleri tercih ederler. Yemekleri ufak lokmalara ayırmakta ve her bir lokmayı uzun uzun çiğnemektedirler. Yemekleri saklayabilirler, istifleyebilir, ufalayabilirler. Ailelerine yemek hazırlarlar ve daha fazla yemeleri için ısrar ederler ama kendileri çok az yemekte veya hiç yememektedirler (Herzog, Jakson ve Franko, 2006). Bazı anoreksiklerin ise gizli tıknırcasına yediği ve ardından kilo vermek amacıyla kustuğu veya laksatif kullandığı görülmektedir. Anoreksiya Nervoza tanısı alan kızlar kendi durumlarında bir terslik olduğunu, açlık hissettiklerini ve yorgun olduklarını kabul etmezler

(Vandereycken ve Van Deth, 1994). Okulda yüksek bir akademik başarı hedeflemektedirler. Yememe veya aşırı zayıflık başarı odaklı tutumları veya mükemmeliyetçiliklerinin bir parçası haline gelir. Gittikçe sosyal hayatları çölleşir. Sosyal ortamlarda yemek yemekten kaçınırlar. Anoreksiyalıların nadiren flört ettikleri ve romantik ilgilerden yoksun oldukları gözlenmiştir (Herzog, Jakson ve Franko, 2006).

Genellikle Anoreksiya Nervoza okul kampına gitmek veya yeni bir okula başlamak gibi yeni bir durumla karşılaşıldığında yapılan katı bir diyet ile başlar. Kimisinin ilk kilo kayıpları tesadüfen gerçekleşmektedir. Fakat bu durum hoşlarına gider ve kilo vermeye devam etmeye karar verirler (Bruch, 1973). Kimileri ise aile veya arkadaşları tarafından kilolarıyla dalga geçildikten sonra kilo verme amacıyla diyet yapmaya başlamaktadırlar (Lieberman, ve diğer., 2001; Young, Mcfatter ve Clopton, 2001). Diyet gittikçe katılaştır ve bu aşırı katı diyetin yanı sıra ergenler ayrıca günlerinin çoğunu kaplayan egzersizler yapmaya başlarlar. Kilometrelerce yürüme, eğilip kalkma egzersizi, oturmayı reddetme, koşma bu egzersizlere örnek olarak verilebilir. Bazıları ise gece dışarıda dolaşır, uyumaz, saatlerce ev temizleme, yemek yapma gibi işlerle uğraşırlar (Bruch, 1973).

1.3.2 Bulimia Nervoza'nın Klinik Görüngüleri

Bulimia Nervoza'da yüksek kalorili yiyeceklerin çok hızlı bir biçimde tüketilmesi ve ardından kilo alımını engellemek, kişinin kilosunu sabitlemek amacıyla telafi edici davranışlarda bulunması temel klinik özellikler olarak ifade edilebilir (Herzog, Jakson ve Franko, 2006). Bulimia Nervoza vakalarında farklılıkların olduğu bilinmektedir. Bazıları anoreksiktir bazıları obez veya normal kilodadır, bazılarının bulimia geliştirmeden önce başka bir psikiyatrik rahatsızlığı varken bazılarında ise böyle bir rahatsızlık bulunmamaktadır (Pope ve Hudson, 1988). Genellikle Bulimia Nervoza'nın başlangıcında birey başarısız bir diyet deneyimi yaşamıştır. Arkadaşlarından veya çevresinden kilo vermek için kusmanın işe yarayabileceğini öğrenmiştir. Tıkınırcasına yeme bu kişilerde çok çeşitli biçimlerde karşımıza çıkabilir. Kimileri tıkınırcasına yeme evresi için hazırlık yapar alışverişe çıkar, bazıları evde bulduklarını yer, bazıları sadece belli zamanlarda yer örneğin gece, diğerleri ise daha değişken bir alışkanlık göstermektedirler. Eğer ailesi

veya başkalarıyla yaşıyorsa birey bu evrenin oldukça gizli olmasını sağlamaya çalışır. Tıkınırcasına yeme anında kişi yemeyi durduramadığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. Tıkınırcasına yeme evresinde midesinde duyduğu şişkinlik ve ağrılar yediklerinden kurtulma veya yemeyi durdurma ihtiyacını beraberinde getirmektedir ve yediklerinden nasıl kurtulacaklarına odaklanmaya başlamaktadırlar. Genellikle kusmakta veya laksatif ve diüritik kullanmaktadırlar. Bazıları ise tıkınırcasına yediklerini telafi etmek için çok katı egzersizler yapmaktadır. Kusma da oldukça gizli bir biçimde sürdürülür. Tıkınırcasına yemenin beraberinde yeme alışkanlıkları da çok fazla değişkenlik göstermektedir. Örneğin bazıları yeme düzenlerini kusmadan sürdürebilirler. Kimileri tıkınırcasına yeme olmaksızın kusabilirler, kimileri diyet yapar ya da düzensiz yemektedirler (Herzog, Jakson ve Franko, 2006). Tıkınırcasına yeme evrelerinin arasında yemek miktarlarını azaltırlar, düşük kalorili yemekleri tercih ederler özellikle kendilerine kilo aldıracağını veya tıkınırcasına yeme evresini tetikleyeceğini düşündükleri yemeklerden uzak dururlar (Nardone, Verbitz ve Milanese, 2005).

Anoreksiya Nevroza'dan farklı olarak bu bireyler yaptıklarından utanırlar ve anormal olduklarını bilirler. Arkadaşlarıyla veya başka birileriyle yemek yiyecekleri sosyal aktiviteleri kısıtlarlar, çünkü yukarda bahsedildiği üzere bu tıkınırcasına yeme ve çıkarma döngüsü diğerlerinden saklanmaktadır (Herzog, Jakson ve Franko, 2006).

1.3.3 Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk kez uluslararası yeme bozukluğu konferansında tanıtılmış bir kavramdır. Tıkınırcasına yeme evreleri yaşayan fakat bunu telafi edecek hiçbir davranışta bulunmayan grubu tanımlamaktadır. İki alt kategorisi olduğu düşünülmektedir. Fakat kişinin aşırı kilolu olması veya obez olması bu tanıyı koymak için yeterli değildir. Obez olan kişi hiç hayatı boyunca tıkınırcasına yeme deneyimi yaşamamış olabilir.

- 1) Kısıtlamaya duyarlı tıkınırcasına yeme: kısıtlayıcı bir yemeden sonra gelişmektedir.
- 2) Bağımlı veya dağılma özellikli tıkınırcasına yeme: Bu tabloyu sergileyenler uyuşukluk, disosiyasyon ve donukluk yaşadıklarını tıkınırcasına yedikten sonra ise tekrardan içsel dengeye sahip olduklarını belirtmektedirler.

Tarihçesine bakılacak olursa “Binge” kelimesi eğlence, cümbüş anlamına gelmektedir. İçki alemi dolayısıyla çokça içmek anlamına gelmektedir, fakat aynı zamanda kısıtlanmamış uç noktalardaki zevk düşkünlüğü anlamına da gelmektedir. 1980 yılında obezite ve bulimia üzerinde sürdürülen çalışmalarda bulimianın diğer kriterlerini göstermeyen tıknırcasına yeme bulgusu gösteren vakalara rastlanmıştır. Bunlara patolojik aşırı yeme sendromu ismi verilmiştir. 1992 yılında bu Uluslararası Yeme Bozukluğu Konferansı’nda tıknırcasına yeme bozukluğu ismini almıştır (Costin, 1999). Tıknırcasına yiyenler yeme ve bedenleri ile ilgili bozuk düşüncelere sahiptirler. Verecekleri bir parça kilonun bütün hayatlarını değiştireceğini düşünürler. Diğerleri tarafından nasıl görüldüklerine büyük bir önem vermektedirler. Kendine aşırı odaklanmanın tıknırcasına yemeyi tahmin ettiği, tıknırcasına yemenin de bu kendilik farkındalığından kişiyi uzaklaştırdığı ifade edilmektedir. Ayrıca tıknırcasına yemenin aslında olumsuz duygulanımlara karşı bir savunma mekanizması da olduğu (Heatherton ve Baumesiter, 1991) ve kaygı ile depresif durumlarını yatıştırmalarını sağladığı (Bruch, 1973) ifade edilmektedir.

1.3.4 Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu

Bu grup, anoreksiya veya bulimia tanısı koymak için gerekli bütün kriterleri karşılamayan yeme bozukluğu hastalarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu, şişmanlatıcı olduğunu düşündükleri yiyecekleri kusan, kronik diyet yapan grup için kullanılır.

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu, adeti olan anoreksiyalıları, normal kiloda olan anoreksiyalıları, sıklığı ve kriterleri karşılamayan veya semptomları devamlılık göstermeyen bulimialıları, tıknırcasına yemeyen ama kusanları, yiyecekleri çiğneyip tükürenleri kapsamaktadır (Costin, 1999).

1.4 Yeme Bozukluklarının Görülme Sıklığı ve Yaygınlığı

Yeme bozukluğunun toplumda görülme sıklığı kadınlarda Anoreksiya Nervoza için %0.3, Bulimia Nervoza için %1 olarak belirtilmiştir (Hoek ve Hoeken, 2003). Avrupa’da yapılan çalışmalarda 0.02 oranında Anoreksiya Nervoza hastasına rastlandığı görülmüştür (Rooney ve diğer., 1995). 14-17 yaş arasındaki kızlarda

Anoreksiya Nervoza oranı %0.7, Bulimia Nervoza oranı %0.5 olarak bulunmuştur (Steinhausen, Winkler ve Meier, 1997). Bir yıl içinde görülen yeni vaka sayısı her 100.000 kişi için 2.7 oranındadır. 15-29 yaş arası kadınlar için ise 19.2 oranında bulunmuştur (Rooney ve diğer., 1995). Bulimia Nervoza'da ise bir artış olduğunun kanıtlanmadığı, çalışmaların birbiriyle çelişkili sonuçlar verdiği belirtilmiştir (Fombonne, 1996). Anoreksiya Nervoza'nın yerini Bulimia Nervoza ya da Atipik Yeme Bozukluğu'nun almadığı, yeme bozukluğunun gittikçe yayıldığı ve heterojen bir hal aldığı bildirilmiştir (Hoek ve Hoeken, 2003).

Son 30 yılda yeme bozukluklarının görülme oranında artış olduğu bildirilmektedir (Ash ve Piazza, 1995). Fakat sonraki çalışmalarda yeme bozukluğu görülme sıklığında bir değişikliğin olmadığı bulunmuştur (Milos ve diğer., 2004; Van Son ve diğer., 2006). Hatta Anoreksiya Nervoza'nın görülme oranında düşüş olduğu belirtilmiştir (Shinkwin ve Standen, 2001). Amerika kıtasında yürütülen çalışmalarda ise Anoreksiya Nervoza'nın (Lucas ve diğer., 1999), Bulimia Nervoza'nın ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu'nun toplumda görülme sıklığında artış olduğu belirtilmiştir (Mancilla-Diaz ve diğer., 2007).

Yeme bozukluğunun farklı kültürlerde görülme oranını araştıran çalışmalar Batı toplumlarında görülme oranı ile kıyaslanabilir sonuçlar elde etmiştir. İran'da yapılan çalışmada Anoreksiya Nervoza'nın görülme sıklığı %0.9, Bulimia Nervozanın %3.2 olarak bulunmuştur. İran bir Batı toplumu olmamasına karşın görülme oranlarının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (Nobakht ve Dezhkam, 2000). Japonya'daki yürütülen çalışmada ise her 100.000 kadından 4.79'unda Anoreksiya Nervoza, 1.02'sinde ise Bulimia Nervoza'ya rastlanmıştır (Nakamura ve diğer., 2000).

Yeme bozukluğunun erkeklerde oldukça nadir görüldüğü ifade edilmektedir (Götestam ve diğer., 1998; Nakamura ve diğer., 2000). Kadınlarda 100.000 kişide 18.46 erkeklerde ise 2.25 oranında yeme bozukluğu görüldüğü ifade edilmiştir (Pawluck ve Gorey, 1998). Kilo verme isteği ve bozuk yeme davranışları açısından cinsiyet farkının etkisini araştıran bir çalışmada cinsiyet değişkeninden çok kilo verme isteğinin bu konuda etkili olduğu ifade edilmektedir (Kashubeck-West, Mintz ve Weigold, 2005).

Ergenlik dönemi, yeme bozukluklarının gelişimi için riskli grup olarak kabul edilmektedir (Hoek ve Hoeken, 2003). 14-15 yaşları arasındaki ergen kızlarda ve erkeklerde hayat boyu Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza görülme sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur. Kız ergenlerde yeme bozukluğunun hayat boyu görülme oranı %17.9'dur. Erkek ergenlerde hayat boyu görülme oranı ise %6.5 olarak bulunmuştur (Kjelsas, Björnström ve Götestam, 2004). Öğrenci örnekleminde anoreksik semptomlar gösterenlerin altı kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Szumska ve diğer., 2005). Anoreksiya Nervoza genellikle ergenlikte görülmekle beraber aynı zamanda yetişkinlerde de rastlanılmaktadır. Son 40 yıllık dönem ele alındığında 20'li ve 30'lu yaşlardaki kadınlarda görülme sıklığının 3 kat artmış olduğu ortaya konmuştur (Pawluck ve Gorey, 1998).

1.5 Hastalığın Seyri

Yeme bozukluğunun seyrine bakıldığında aslında birbirinden çok farklı tablolarla karşılaşılmaktadır. Yapılan 6 yıllık bir boylamsal çalışmada 53 yeme bozukluğu hastasının %39'unda hastalığın devam ettiği, %61'nin iyileşme gösterdiği bulunmuştur. Bir hasta hayatını kaybetmiş, hastaların %8'i ise klinik düzeyde bozuk yeme tutumları ve davranışları göstermiştir. Hastaların takip edildiği süre içerisinde de %25'nin teşhisi değişmiş özellikle Anoreksiya Nervoza'dan Bulimia Nervoza'ya bir değişim görülmüştür (Herzog ve diğer., 2000).

Yapılan boylamsal çalışmalarda yeme bozukluğu hastalarının büyük çoğunluğunda belirtilerin devam ettiği görülmüştür (Bulik ve diğer., 2000; Grilo ve diğer., 2003). Yeme bozukluğunun seyrinin kişilik bozukluğu veya diğer hastalıkların bulunmasından, genel işlevsellik düzeyinden etkilenmediği görülmüştür. Bulimia Nervoza'nın Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu'na göre daha kötü bir seyir gösterdiği, diğer bir ifade ile iyileşmesi için daha uzun bir süreye ihtiyaç duyulduğu ve daha az iyileşme oranı sergilediği bulunmuştur (Grilo ve diğer., 2003).

Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza yüksek ölüm riski ile ilişkili psikiyatrik rahatsızlıklardır. İngiltere'de yapılan çalışmada 52 milyon kişilik toplumda 20 kişinin yeme bozukluğu sebebiyle öldüğü belirtilmiştir (Muir ve

Palmer, 2004). Özellikle Anoreksiya Nervoza'da ölüm oranının Bulimia'ya göre oldukça yüksek olduğu (Crow, Praus ve Thuras, 1999; Muir ve Palmer, 2004), en sık rastlanan ölüm sebebinin ise intihar olduğu belirtilmiştir (Birmingham ve diğer., 2005; Emborg, 1999). Anoreksiya Nervoza tanısı olan kadınlarda ölüm oranı 100.000 kişide 9.01, erkeklerde ise 3.94 olarak tespit edilmiştir (Reas ve diğer., 2005). Ölüm için riskli etkenler; hastalığın uzun dönem devam etmesi sonucunda gelişen ölümcül sonuçlar, tıknırcasına yeme ve kusma, madde kullanımı, eş zamanlı olarak duygu-durum bozukluğu bulunması olarak tanımlanmıştır (Herzog ve diğer., 2000).

Hastalığın gelecekteki seyrini belirleyen faktörler arasında Anoreksiya Nervoza için özellikle büyüme korkusu ve cinsiyete sahip bir varlık olma kötü bir hastalık seyrini tahmin eden faktörlerken, Bulimia Nervoza için hastalığın süresi, içsel duyguları tanımada zorluk, yüksek düzeyde nörotizmin bulunması, etkisizlik, sosyal kaygılar, düşük okul başarısı kötü bir hastalık seyrini belirleyen faktörlerdir (Ham, Strein ve Engeland, 1998). Klinik olmayan örneklemde hem kızlarda hem de erkeklerde olumsuz duygu ve tutumlar (yüksek düzeyde depresyon, nörotizm ve etkisizlik, düşük seviyede içsel farkındalık, düşük seviyede beden memnuniyetsizliği) bozuk yeme tutumları ve davranışlarının seyrini belirlemektedir. Yeme bozukluğu açısından yüksek risk grubunda yaşam boyu duygulanım ve anksiyete bozukluğu görülme oranının daha yüksek olduğu (Leon ve diğer., 1999), daha fazla duygusal ve davranışsal problem yaşadığı, düşük benlik saygısına sahip olduğu, sosyal destek ağının düşük olduğu, ailede yakınlığın bulunmadığı ve yüksek kendilik farkındalığı olduğu bulunmuştur. Sonuçlardan hareketle risk grubunu oluşturan ergenlerin hiçbirinin yeme bozukluğu geliştirmedeği, dolayısıyla geçici bozuk yeme davranışları deneyimledikleri ifade edilmektedir (Steinhausen, Gavez ve Metzke, 2005).

2. ETİYOLOJİ

Yeme bozukluklarının oluş sebebi çok etkenli bir bakış açısıyla ele alınmaktadır. Çok etkenli bakış açısı dikkate alındığında psikolojik, biyolojik, sosyo-kültürel, ailesel sebepler mutlaka bir arada göz önünde bulundurulmalıdır (Russell, 2006).

2.1 Yeme Bozukluklarının Gelişmesinde Etkili Olan Risk Faktörleri

1. Beden kitle indeksinin yüksek olması: Ergenlik dönemi boyunca kilo alma veya mevcut kiloları ile ilgili kaygılar yeme bozukluğunu geliştirme (Killen ve diğer., 1996) ve beden memnuniyetsizliği deneyimlenmesi riskini tahmin etme gücüne sahiptir (Sim ve Zeman, 2006). Yüksek beden kitle indeksine sahip olan kızlar daha olumsuz beden imgesine sahip olmakta ve daha fazla diyet yapma davranışı ve bulimik davranış göstermektedir (Byely ve diğer., 2000; Graber ve Brooks-Gunn, 2001; Lieberman ve diğer., 2001; Young, McFatter ve Clopton, 2001). Fakat beden kitle indeksinin daha sonraki bozuk yeme davranışlarını tahmin etme gücü olmadığı bulunmuştur (Byely ve diğer., 2000). Beden kitle indeksinin yüksek olmasının daha çok diyet gibi normal kilo verme davranışlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür (McCabe ve Vincent, 2003).

2. Gelişimsel düzey: Erken yaşta menarş gören kızların ergenlikte alınan kiloları kontrol edebilmek için sağlıksız yeme alışkanlıkları geliştirdikleri ifade edilmektedir (Lieberman ve diğer., 2001). Çalışmalar erenlikte yeme problemi ile erken menarşın ilişkili olduğunu (Graber ve Brooks-Gunn, 2001) fakat gelişimsel düzeyin bozuk yeme davranışının geliştirmesini tahmin etme gücü olmadığını göstermiştir (Attie ve Brooks-Gunn, 1989; McCabe ve Vincent, 2003; Leon ve diğer., 1999).

3. Güzellik ideali olarak zayıflığın içselleştirilmesi: İdeal güzelliğin zayıf olma ile eş tutulduğu günümüz görüşünün içselleştirilmesinin bozuk yeme davranışları için bir risk etkeni olduğu düşünülmektedir (Thompson ve Stice, 2001). Görünümle ilgili standartlara uymada zorluk yaşandığında kişi kendi görünümünü değersiz bulmakta ve bu standartlara uyum sağlayabilmek için bozuk yeme davranışları geliştirmektedir (Kiang ve Harter, 2006).

4. Bedenden duyulan memnuniyetsizlik: Bedenden duyulan memnuniyetsizliğin diyet yapma davranışını ve bozuk yeme davranışlarını (tıknırcasına yeme ve çıkarma v.b.) tahmin etme gücünün yüksek olduğu bulunmuştur (Byely ve diğer., 2000; Ghaderi, 2003; Graber ve Brooks-Gunn, 2001; Sim ve Zeman, 2006; Young, McFatter ve Clopton, 2001).

5. Sosyal çevreden algılanan zayıf olmaya dair baskı: Ergenlik bedensel değişimlerin çok hızlı yaşandığı bir dönemdir. Erişkinliğin eşiğindeki ergen, cinsel

kimliği kazanan ve cinsiyeti belirginleşen bedenine uyum sağlamaya ve onu kabullenmeye çalışmaktadır. Bu dönemde ergen hem kimliğine hem de değişen bedenine onay aramaktadır. Arkadaş çevresinden gelebilecek her türlü eleştiriye karşı çok duyarlıdır (Gürdal, 2003). Ergen kızlarda arkadaşlarının kilosu ile ilgili dalga geçmesi bulimik davranışlar üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca bulimik davranışlar arkadaşlar tarafından doğrudan destek görmektedir. Diyet yapma davranışı için model alma değişkeninin daha etkili olduğu görülmüştür (Liberman ve diğer., 2001; Young, McFatter ve Clopton, 2001). Fakat bunun sonradan geliştirilen bozuk yeme davranışlarını (diyet v.b.) tahmin etme gücünün bulunmadığı görülmüştür (Byely ve diğer., 2000).

6. Diyet yapma: Yeme bozuklukları geliştirme açısından önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Byely ve diğer., 2000; Leon ve diğer., 1995). Bruch normal diyet yapan kişilerle Anoreksiya Nervosa’da deneyimlenen diyet arasında farklılıklar bulunduğunu ifade etmektedir. Anoreksiya Nervosa’nın da genellikle diyet yapma ile başladığını fakat diyet sırasında bu hastaların yemeye ihtiyaçları olmadığı konusunda ısrar ettikleri ve aç olmadıklarını ifade ettiklerini belirtmektedir. Buna karşın normal diyet yapan kişiler ise fedakarlıkta bulunduklarını, buna dayanmanın çok zor olduğunu ve kendi iradeleri ile yaptıkları egzersizler sebebiyle acı çektiklerini belirtirler (Bruch, 1973).

7. Olumsuz duygulanım: Yapılan çalışmalar birbirleriyle çelişkili sonuçlar belirtmektedir. Olumsuz duygulanımın (Dobmeyer ve Stein, 2003; Leon ve diğer., 1999; Zonneville-Bender ve diğer., 2004) ve olumsuz duygularla başa çıkmada yaşanan zorlukların (Sim ve Zeman, 2006) bozuk yeme davranışlarını belirleyen etkenler olduğu bildirilmektedir. İyileşmemiş olan hastalarda bile anksiyete, depresyon ve obsesif semptomların yüksek çıktığı görülmüştür (Holtkamp ve diğer., 2005). Bu çalışmalara zıt olarak erken yetişkinlik dönemindeki bozuk yeme davranışlarını depresyon ile olumsuz duygulanımın tahmin etmediği bildirilmiştir. Depresyonun yeme bozukluğuna ikincil olarak geliştiği düşünülmektedir (Leon ve diğer., 1995).

8. Mükemmeliyetçilik: Mükemmeliyetçiliğin doğrudan değil dolaylı yoldan bir yaralanabilirlik faktörü olarak bozuk yeme davranışları üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Geller, Cockell ve Goldner, 2000; McGee ve diğer., 2005). Hatta

mükemmeliyetçiliğin bozuk yeme davranışları üzerinde tahmin edici bir gücü olmadığı bildirilmiştir (Attie ve Brooks-Gunn, 1989; Calam ve Waller, 1998). Mükemmeliyetçilik çok boyutlu olarak ele alındığında, nörotik mükemmeliyetçilik ile beden memnuniyetsizliği, benlik saygısında düşüklük ve bulimik davranışın yüksek ilişki gösterdiği bulunmuştur (Pearson ve Gleaves, 2006). Mükemmeliyetçilik ile bozuk yeme davranışları arasındaki ilişkinin olumsuz kendini eleştirme (Dunkley ve diğer., 2003) ve kaygı (Davis ve diğer., 2000) değişkeninin aracı olduğu durumlarda gözlemlendiği bildirilmiştir.

9. Obsesif kompulsif bozukluğunun veya obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun eş zamanlı olarak bulunması: Yeme bozukluğu ile obsesif-kompulsif bozukluğun bir arada görülme oranının oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir. Özellikle Anoreksiya Nervoza kısıtlayıcı tipte eş zamanlı olarak obsesif-kompulsif bozukluğun görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Albert ve diğer., 2001; Speranza ve diğer., 2001). Bunun yanı sıra bulimik olup aynı zamanda obsesif kompulsif bozukluğu eş tanısı alan kadınların yeme tutumu testi puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Albert ve diğer., 2001). Fakat yeme bozukluklarının alt gruplarında obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu sıklığı açısından bir fark bulunamamıştır (Halmi ve diğer., 2005).

10. Yeme bozukluğu ile eş olarak bir başka psikiyatrik bozukluğun (komorbidite) bulunması: Yeme bozukluğuyla komorbidite gösteren kişilik bozuklukları, duygulanım, kaygı bozuklukları ve madde bağımlılığın yeme bozukluğunun gelişmesinde ve sürdürülmesinde önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Ekeröth, Broberg ve Nevenon 2004; Johnson ve diğer., 2002). Genel psikiyatrik semptomların psikiyatrik bir hastalığın bulunmasından çok yeme bozukluğunun varlığıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yeme bozukluklarına en fazla atipik kişilik bozukluğu (Caroll, Touyz ve Beumont, 1996) ile borderline ve narsistik kişilik bozukluklarının (Ash ve Piazza, 1995) ve C kümesi kişilik bozukluklarının eşlik ettiği belirtilmektedir (Wagner ve diğer., 2006; Westen ve Harnden-Fischer, 2001). Bir başka çalışma ise kişilik bozuklukları içerisinde yeme bozukluklarının yaygın olmadığını bildirmiştir (Grilo ve diğer., 2003).

11. Bağlanma biçimleri: Yeme bozukluklarının gelişmesinde bağlanma biçimlerinin de risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. Çalışmalar hem bulimik

hastaların hem de anoreksiyası bulunan hastaların anksiyeteli, kaçınan ve güvensiz bağlanma biçimlerine sahip oldukları, diğer bir ifade ile yakın ilişkilerinde terk edilme, reddedilme kaygısı yaşadıkları ve ilişkideki yakınlıktan rahatsız oldukları görülmektedir (Broberg, Hjalms, Nevonen, 2001; Evans ve Wertheim, 2005; Kenny ve Hart, 1992; Latzer ve diğer., 2002). Bağlanma biçimlerinin ayrıca beden memnuniyetsizliği ve olumsuz duygulanım arasındaki ilişkide aracı rol oynadığı ve yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına sebep olduğu belirtilmiştir (Tasca ve diğer., 2006). Yeme bozukluğunda görülen semptomların bir tür “yakınlık arama davranışları” olduğu ifade edilmektedir. Yemeyi kısıtlanması, tıknırcasına yeme ve çıkarma döngüsü, veya çıkarmak için laksatif kullanma erginin annesiyle arasındaki fiziksel yakınlığı yeniden harekete geçiren bir rol oynamaktadır. Anneler kızlarının yeme bozukluğu olduğunu öğrendikten sonra kızların içsel dünyaları örneğin fantezileri, kaygıları, beğenileri v.b hakkında daha fazla bilgi keşfettiklerini ifade etmektedirler (Orzolek-Kronner, 2002).

12. Stres ve stresle başa çıkmama: Yeme bozukluğunun yaşanan stres (Fryer, Waller ve Kroese, 1997) ve stresli durumlarla başarılı bir şekilde başa çıkmamıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yeme bozukluğu bulunan kadınların stresli durumlarla başa çıkmada daha kaçınan ve duygusal yollar kullandıkları, savunma mekanizmaları açısından ise daha olgunlaşmamış savunma mekanizmaları kullandıkları görülmüştür (Blasse ve Elklit, 2001; Steiger ve diğer., 1990).

13. Fiziksel, cinsel ve psikolojik kötüye kullanım deneyimleme: Yeme bozukluğu gösteren kadınlarda daha fazla cinsel tacizin deneyimlendiği görülmüştür. Özellikle Bulimia Nervosa olan ve eş zamanlı madde bağımlılığı bulunan kadınlarda genç erişkinlik döneminde cinsel tacize uğrama sıklığı daha fazla bulunmuştur (Deep ve diğer., 1999; Wonderlich ve diğer., 2001). Enstest ile yeme bozukluğu arasında ise doğrudan bir ilişki bulunmasa da işlevsiz aile ortamı, duyguların ifade edilmemesi, aşırı koruyucu aile ortamı ve sosyal yeterlilik üzerindeki etkisi vasıtasıyla bozuk yeme davranış ve tutumları geliştirilmesinde bir yaralanabilirlik faktörü olmaktadır (Mallinckrodt, McCreary ve Robertson, 1995). Çocukluk çağı duygusal istismarının da bozuk yeme tutum ve davranışlarına kişiyi yaralanabilir kıldığı fakat bunun özgün semptomların ortaya çıkmasına yol açmadığı belirtilmektedir (Kent ve Waller, 2000).

Yukarda yeme bozukluğu açısından risk gruplarını tanımlama amacıyla sıralanan ve yeme bozukluğunun gelişmesinde rol oynadığı düşünölen değışkenlerle yürütölen çalışmalar yeme bozukluğunun etiyolojisini tam olarak açıklayamamaktadır.

2.2 Biyolojik sebepler

2.2.1 Genetik faktörler

Yeme bozukluğunda genetik faktörlerin rol oynayıp oynamadığını anlamak için aile ve ikiz çalışmaları yürütölmüştür. Yeme bozukluğu hastalarının akrabalarında yeme bozukluğu görölme oranının yüksek olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla yeme bozukluklarının aileden iletildiği belirtilmektedir (Kaye ve diğer., 2004). 504 yeme bozukluğu hastası üzerinde yürütölen çalışmada Anoreksiya Nervoza'sı hastalarının akrabalarında anoreksiya görölme oranının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında 11.4 kat, Bulimia Nervoza hastalarının akrabalarında Bulimia Nervoza görölme oranının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında 3.7 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Çevre ve genetiğin oynadığı rolö anlamak için çalışmanın sonucunun yeterli olmadığı ifade edilmektedir (Strober ve diğer., 2000). Benzer bir biçimde bir başka çalışmada Anoreksiya Nervoza hastalarının akrabalarında yeme bozukluğu görölme oranının duygulanım bozukluğu görölme oranından 10 kat ve (şizofreni, kişilik bozuklukları, anne-çocuk çatışması, davranış bozukluklarını içeren karışık psikiyatrik rahatsızlıkların bulunduğu karşılaştırma grubu) diğer psikiyatrik rahatsızlıklardan 5 kat fazla olduğu bulunmuştur. Anoreksiya Nervoza olmayan hastaların akrabalarında ise yeme bozukluğu görölme oranının genel toplumda görölme riskinden farklı olmadığı görölmüştür. Anoreksiya Nervoza'nın nesiller arası geçiş gösterdiği belirtilmiştir. Anoreksiya Nervoza teşhisi almış birinin akrabalarında Anoreksiya Nervoza görölme sıklığı toplumda görölme sıklığından 8 kat fazladır. Fakat bu çalışmada duygulanım bozukluğu ile yeme bozukluğunun nesiller arası karşılıklı geçişliliği saptanamamıştır (Strober ve diğer., 1990). Ancak aile çalışmaları yeme bozukluklarında çevresel faktörlerin mi yoksa genetik faktörlerin mi etkili olduğunu ortaya koyamamaktadır.

İkizler üzerine yürütülen genetik çalışmalarda monozigotlarda dizigotlara göre eş zamanlı olarak yeme bozukluğu görülme oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Buradan hareketle monozigot bulimiklerin ruh sağlığı bozuklukları ve yeme bozuklukları açısından yüksek biyolojik yaralanabilirlik riski taşıdıkları ifade edilmektedir (Crips, Hall ve Holland, 1985; Hsu, Chesler ve Santhouse, 1990). Fichter'in (1990) çalışmasında sadece yeme bozuklukları ele alındığında monozigot ikizlerde eş zamanlı tanı alma oranı %83 iken depresyon, fobi veya obsesif-kompulsif bozukluk görülme oranı ele alındığında eş zamanlı tanı alma oranının %100 olduğu görülmüştür. Dizigotlarda ise sadece bulimia ele alındığında eş zamanlı tanı alma oranı %33 iken, depresyon, fobi veya obsesif-kompulsif bozukluk görülme oranı ele alındığında eş zamanlı tanı alma oranının %53 olduğu görülmüştür. Fakat bu sonuç genetik bir yatkınlık olduğuna dair hipotezleri kesin bir biçimde kanıtlamamaktadır. Yeme bozukluklarında genetiğin rol oynadığı belirtilmekle beraber bu etkinin erken çocukluk dönemindeki fiziksel ve duygusal bakımın sağladığı gelişimsel deneyimlerle güçlendirilmekte veya kısıtlanmakta olduğu ifade edilmektedir. Bozuk yeme davranışları üzerinde yürütülen çalışmada bozuk yeme davranışını belirleyen genetik bir faktör tespit edilememiş ve paylaşılan çevresel etmenler (bütün aile üyeleri tarafından paylaşılan sosyo-ekonomik statü veya genel çocuk yetiştirme tutumları v.b. gibi etkenler) tarafından bu davranışların açıklandığı görülmüştür (Wade ve diğer., 2000). Genetik ve çevresel etkenlerin yeme bozukluğu üzerindeki etkisini farklı yaş gruplarında araştırmak amacıyla 11 ve 17 yaşında toplam 1282 ikiz ele alınmıştır. 11 yaş grubunda yeme veya kilo ve görünümle ilişkili aile tutumları gibi çevresel faktörlerin ergenlik öncesi dönemde yeme alışkanlıklarını ve tutumlarını etkilediği bildirilmiştir. 17 yaş grubunda ise ortak genetik etki daha baskın olarak bulunmuştur (Klump, McGue ve Iacono, 2000).

Genetik ve çevresel etkenlerin Anoreksiya Nervosa üzerindeki katkısını kesin bir biçimde ortaya koymanın mümkün olmadığı ifade edilmektedir. Bulimia nervozaya istidadın ise eklemeli genetik etkenler ile eşsiz çevresel etkenlerin katkısı sonucu geliştiği belirtilmiştir. Çevresel etkenlerin etkisinin boyutunun henüz kesinlik kazanmadığı görülmektedir. Fakat bu, çevresel etkenlerin önemsiz olduğunu düşündürmemelidir. Genetik etkenlerin istatistiki olarak güçlü bir etkisi bulunduğu

düşünülmektedir fakat bu genetik haritanın çıkarıldığı anlamına gelmemektedir (Bulik ve diğer., 2000).

2.2.2. Beyinde veya Beyincikte Doku Bozukluğu

Henüz beyin ve beyincik atrofisi ile yeme bozukluğu arasında bir ilişki kurmak mümkün olmamakla beraber bazı vakalarda yeme bozukluğunda görülen beslenme yetersizliğine bağlı olarak ikincil beyin ve beyincik atrofisi geliştiği görülmektedir.

20 yaşında, 7 yıldır Anoreksiya Nervoza kısıtlayıcı tip olan bir vakada ventriküllerde genişleme ve öz doku bozukluğu olmaksızın beyinde şekil değişikliği olduğu saptanmıştır. CCT ile yapılan ölçümlerde ise özellikle beyincik kesesinde dış beyin ve omurilik sıvısında bir artışın olduğu görülmüştür. MRI ölçümleri ise beyinde körelme saptamıştır. Spect ise sol beyin lobunda azalmış sıvı içitimi görüntülemiştir (Addolorato ve diğer., 1998). Benzer bir biçimde 7 yıldır Anoreksiya Nervoza hastası olan 28 yaşında beyinciğinde körelme olan bir vaka tanımlanmıştır. Dizarti, beyincikte ataksi ve nistagmus semptomları, kasları çok zayıf olduğu için tek başına yürüyememe, ayakta duramama ve yürürken sallanma şikayetleri bulunmaktaymış. MRI ölçümleri orta lobda atrofi tespit etmiştir. ICBF ve SPECT her iki beyin lobunda düşük sıvı içitimi olduğunu sergilemiştir. Yürüyüşteki koordinasyon bozukluğu ve beyindeki körelme hayati tehlike atlatıldıktan sonra da görülmüştür. Bu durum bu vakanın hem beyin ve omurilikte bulunan dejenerasyondan hem de Anoreksiya Nervoza'dan şikayetçi olduğunu göstermektedir. Diğer nörolojik semptomlarının kötüleşme göstermemesi, beyincikte görülen atrofinin aslında beslenme yetersizliğine bağlı olarak ikincil bir biçimde geliştiğini düşündürmektedir (Miwa, 2004).

Weller ve Weller (1982) 6 yaşında sol bacağına tümör olan ve tedavi edilen, 12 yaşında ise Anoreksiya Nervoza geliştiren ve hipotalamik tümör saptanan bir vakadan bahsetmiştir. Tümör ile Anoreksiya Nervoza arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Tümör tedavi edilmeye başlandığında yeme bozukluğu semptomlarında bir azalma saptanmıştır.

Bir başka çalışmada 17 Anoreksiya Nervoza hastası ve 1 başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu hastası kontrolle beyin doku hacmi bölünmesi

(segmentasyonu) açısından karşılaştırılmıştır. Anoreksiya Nervoza hastalarında her iki beyin lobunda, beyincikte, beyin sapında toplam, dış ve ventriküllerde görülen beyin ve omurilik sıvısının hacminde artış bulunmuştur. Frontal, temporal, parietal alanda beyaz maddede azalma görülmüştür. İlk başvuru anında mevcut beden kitle indeksi ile beyin ve omurilik sıvısındaki toplam hacim ölçümleri ilişkili bulunmuştur. Takip edilen 13 hastada normal kiloya dönüş yaşandıktan sonra bütün gri ve beyaz maddede artış görülmüştür. Toplam, dış ve ventriküllerde bulunan beyin omurilik sıvısının hacminde de bir artışa rastlanmıştır. Frontal, temporal ve parietal alanda olduğu gibi bütün beyinde beyaz maddede, frontal lobda ise gri maddede artış mevcuttur. Sonuç olarak beden kitle indeksindeki değişim ile ventriküler, toplam ve dış beyin omurilik sıvısının hacmindeki değişimler arasında bir ilişki bulunmuştur. Anoreksiya Nervoza'da insülin benzeri büyüme hormonu olan IGF'nin bu beyin doku hacminde gözlenen değişikliklerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Her ne kadar IGF-1 ve IGF-2 kendi kendini aç bırakma ve yeniden beslenme döneminde gözlenen beyin doku hacmindeki değişimleri kontrol eden faktör olarak düşünülse de henüz kesin bir ilişki saptanmamıştır (Swayze ve diğer., 2003).

2.2.3. Yeme bozukluğu ile ilgili nörobiyolojik çalışmalar

Anoreksiya Nervoza'da görülen disfori, ketlenme ve obsesyonların değişmiş serotonin aktivasyonu ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Frank ve arkadaşlarının (2001) yürüttükleri çalışmada Meta-chlorophenylpiperazine (m-CPP) adlı, serotonin aktivasyonu ile ilişkili ilacın yeme bozukluğu üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışma sonucunda kilosu eski haline döndürülen yeme bozukluğu bulunan kadınlarda serotonin aktivasyonundaki değişkinliğin devam ettiği görülmüştür. M-CPP'nin duygulanım bozukluklarını düzelttiği ve beden imajı bozukluğunu azalttığı görülmüştür. Fakat beden imajı bozukluğunda görülen azalmanın duygulanım bozukluklarının azalmasıyla ilişkili olup olmadığı sorusu yanıtlanmamıştır. Buradan hareketle yeme bozukluğunun patofizyolojisine serotonin aktivasyonunda görülen değişikliklerin katkısı bulunduğu ifade edilmektedir.

2.3. Psikolojik faktörler

2.3.1. Kişilik

Yeme bozukluğu ile kişilik özelliklerinin veya kişilik bozukluklarının arasındaki ilişkiyi incelenmeye ilişkin son zamanlarda büyük bir dikkat vardır (Lilenfeld ve diğer., 2006). Anoreksik semptomlar gösterenlerde duygulanımlarda kısıtlılık, kendilik farkındalığında düşüklük, kişiler arası ilişkilerinde de kısıtlılık veya kaçınanlık gösterme, ketlenme, pasif kişilik özelliklerine daha fazla rastlanmıştır. Bu grubun kendini boş hissettiği, daha disforik duygulanım deneyimlediği, umutsuzluk, depresif duygulanım, anhedoni, kaygı, yetersizlik, utanç yaşadığı belirtilmiştir. Bulimik semptomlar gösterenlerin ise daha dürtüsel, düzensiz, kontrolsüz, öfkesini kontrol edemeyen, duygularını yoğun yaşayan, kendilerini yatıştırmada zorluk yaşayan ve umutsuzca ilişki gereksinimi duyan kişilik özelliklerine sahip olduğu belirtilmektedir (Westen ve Harnden-Fischer, 2001).

Colininger'in, kişilik yapısının gelişimini tanımlamak için ortaya koyduğu psikobiyolojik kuramdan hareketle oluşturulmuş Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılarak Bulimia Nervosa ile Anoreksiya Nervosa'nın davranışsal ve kişilik ile ilgili karakteristik açısından farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Anoreksiya Nervosa düşük yenilik arayışı, yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendini yönetme ile karakterizedir. Diğer bir ifade ile katı, yüksek kontrol ihtiyacı duyan, obsesif, utangaç, çabuk bıkan, karamsar, belirsizliğe tahammülü olmayan, yeni durumlardan kaçınan, değişime dirençli, düzenli ve dürtüsel olmayan bir karaktere sahiptirler. Anoreksiklerin olgunlaşmamış bir karaktere sahip olduğu bildirilmiştir (Fassiono ve diğer., 2002). Anoreksiya Nervosa'nın alt tiplerine bakıldığında kısıtlayıcı tipin savurganlık ve sebat etme puanının daha yüksek, kendini kabullenme puanının ise daha düşük olduğu görülmüştür. Bulimik Anoreksiya Nervosa hastaları ise daha yüksek savurganlık, düşük iş birliği yapma, kendilik kaybı göstermektedir. Bulimikler daha fazla yenilik arayışı, yüksek kaçınanlık, daha düşük kendini yönetme, yardımseverlik ve vicdan, kişiler ötesi özdeşim göstermektedir (Fassiono ve diğer., 2003; Vervaeke, Van Heeringen ve Auderaert, 2004). Bir başka çalışmada da bulimiklerin diyet

yapan ve diyetin yanı sıra olumsuz duygulanıma sahip olan olmak üzere ikiye ayrıldığı bulunmuştur. İkinci grubun kendine zarar veren, zevk veren deneyimlerden kaçınan, ıstırap çekeceği durumlara girmeye eğilim gösteren kişiler olduğu aynı zamanda diğerlerinin davranışlarını kasıtlı olarak zarar verici ve tehdit edici olarak yorumlayan bir kişilik yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Diyet ile depresif duygulanımın bir arada görüldüğü grubun ise duygulanım ve kaygı bozuklukları, kilo ve görünümle ilgili kaygılar, kişiler arası ilişkilerde bozukluk, düşük sosyal işlevsellik ile karakterize olduğu görülmüştür (Stice ve Agras, 1999). Ayrıca iyileşmiş yeme bozukluğu hastalarında da depresyon, anksiyete, obsesyon, yüksek zarardan kaçınma, sebat etme kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde çıkmıştır (Wagner ve diğer., 2006).

Bunların dışında yüksek nörotizm ve düşük dışadönüklük birleşiminin (Brookings ve Wilson, 1994; Miller ve diğer., 2006), Tip A kişilik özelliğinin bozuk yeme davranışları açısından yüksek risk taşıdığı belirtilmiştir (Watkins, Cartiglia ve Champion, 1998). Steiger ve diğerlerinin (1991) yaptığı çalışmada ise yeme bozukluğu semptomlarının şiddeti ile eş zamanlı kişilik bozukluğu gösterme arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir.

2.4 Ailesel faktörler

Yeme bozukluğunun gelişmesinde aile ortamı ve diğer aile üyeleriyle ilişkilerin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Yeme bozukluğunun kendine has bozuk bir aile etkileşimi örüntüsü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu ailelerin kızlarına karşı daha karmaşık ve çelişkili bir iletişim kurduğu bildirilmiştir. Yeme bozukluğu hastalarının her iki ebeveyninden de yüksek düzeyde koruyucu tutum ve düşük bakım algıladıkları görülmüştür (Callam ve diğer., 1990). Özellikle bulimikler ve bulimik anoreksiyalılarda aile daha az besleyici-bakım veren, onaylayıcı ve yardım eden olarak algılanmaktadır. Ailelerini daha fazla küçümseyici ve suçlayıcı, ihmal eden olarak algılamaktadırlar. Anoreksiya Nervoza hastalarının ailelerindeki ilişkilerin ise daha düşmanca olduğu belirtilmektedir. Ailelerini kendilerini daha az anlayan, duygularını ifade eden, daha fazla içine kapanık ve saldırgan olarak görmektedirler (Humphrey, 1986). Özellikle Anoreksiya Nervoza

kısıtlayıcı tip olan kızların, ebeveynleri kızlarını düşmanca bir tavırla kontrol etmeye yönelmekte, kızlar da düşmanca bir itaat göstermektedirler. Anoreksiyalıların aileleri bir taraftan kızlarına otonomi tanırken bir yandan da kontrolü ele almaya çalışarak çifte açmaza neden olmaktadır. Bu aşırı bakım kızların farklılaşmasını engellemekte ve ailesine bağımlı kılmaktadır. Bunun yanı sıra sergilenen görmezden gelen tavırda kızların ailelerin düşünce ve beklentilerine itaat etmeksizin gerçek duyguları ve gelişimsel ihtiyaçlarını ortaya koymasını engellemektedir. Bu aşırı bakım veren ve ihmal eden tutum kızlarda sahte benliğin gelişmesine sebep olmakta ve bedenlerine yönelik kısıtlayıcı ve zarar verici davranışlar sergilenmesine yol açmaktadır. Normal ailelerde ise kızlar ailelerine güvenmekte ve onları kendilerine yakın hissetmektedirler (Humphrey, 1987; Humphrey, 1989). Yeme bozukluğu hastası bulunan ailelerde, ailenin ebeveyn ve çocuk ilişkisinde yaşanan sorunları inkar ettiği, sevgi dolu ve mutlu bir aile tablosu çizdikleri görülmüştür. Bu, anoreksik ailelerin topluma mükemmel bir imaj sunma gereksinimleriyle ilişkilidir (Humphrey, 1989). Ayrıca yeme bozukluğu hastalarının ailelerinde bakım verme ebeveyn rolünün tersine döndüğü görülmüştür. Kızlarının kendilerine bakım vermesini beklemektedirler (Rowa, Kerig ve Geller, 2001).

Erken dönemdeki çalışmalar aile işlevselliği ile yeme bozukluğunun ilişkisi üzerinde durmuştur. Aile işlevsizliğinin yeme bozukluğunun gelişmesinde ve sürmesinde etkili olduğunu görülmüştür (Calam ve Waller, 1998; Dermott ve diğer., 2002; Neumark-Sztainer, 2000; Strober ve Humphrey, 1987; Waller, Calam ve Slade, 1989). Ayrıca olumsuz aile ilişkisinin erken ergenlik döneminde beden imajı bozukluğu (Benninghoven ve diğer., 2007) ve diyetle ilgili problemler geliştirilmesinde etkisi bulunduğu görülmüştür (Byely ve diğer., 2000). Yeme bozukluğu hastalarının ailelerinde özellikle duyguların ifade edilmesi, problem çözümü, roller alanında daha fazla işlevsizliğin bulunduğu belirtilmiştir (Casper ve Troiani, 2001; Fornari ve diğer, 1999; McGreane ve Carr, 2002; Waller, Calam ve Slade, 1989). Bulimiklerin ailelerinin Anoreksia Nervoza hastalarının ailelerine göre daha işlevsiz olduğu bildirilmektedir (Benninghoven ve diğer., 2003; McNamara ve Loveman, 1990; Waller, Calam ve Slade, 1989). Bulimikler ailelerinden daha az ilgi gördüklerini, aileleri ile anlamlı bir ilişki kuramadıklarını ve aile üyelerinin kendilerine daha az duygusal yakınlık gösterdiğini belirtmiştir (Dolan ve diğer.,

1990). Bulimik Anoreksiya Nervoza hastaları aile aktivitelerinin planlaması ve birbirlerine güven duymaları açısından aile işlevselliğini yetersiz görürken, aile ise karar alma ve birbirleriyle iyi geçinme açısından güçlük yaşadıklarını belirtmiştir (McDermott ve diğer., 2002). Aile işlevselliğinin dışında çocuk yetiştirme tutumlarının da yeme alışkanlıkları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yeme bozukluğu hastaları ailelerini destekleyici ve onaylayıcı görmemektedir. Bulimikler annelerinin kural koymada başarısız olduğunu, babalarının ise destekleyici olmadığını bildirmektedir. Anoreksiya Nervoza hastaları ise annenin yüksek ilkeler belirlediğini, babanın ise onaylayıcı olmadığını bildirmiştir (Waller ve Hartley, 1994).

Fakat daha sonra yapılan çalışmalar aile işlevselliği ile yeme bozukluklarının ilişkili olmadığını göstermiştir (Fornari ve diğer, 1999). Genç ergenlerde aile ilişkileri ile bozuk yeme davranışları arasında doğrudan bir ilişki bulunurken, geç ergenlik ve yetişkinlik döneminde aile ilişkilerinin bozuk yeme davranışı üzerinde hiç etkisi bulunmadığı belirtilmiştir. Buradan hareketle erken ergenlik döneminde başlayan diyetin zayıf bir aile ilişkisinin bulunduğu ortamda ergeni daha ciddi yeme bozukluklarına doğru ittiği belirtilmektedir (Archibald ve diğer., 2002). Yeme bozukluğu hastaları ile aile üyelerinin aile işlevselliğini algılamaları açısından aralarında farklılıklar bulunduğu görülmüştür. Yeme bozukluğu hastalarının anormal aile işlevselliğine odaklandığı, ailelerin ise hastalığın çocuğun kendisine ve çocukla ilişkisine olan etkisi üzerinde durduğu, fakat kendi aralarındaki ilişkinin, ailedeki işlevselliğin normal olduğunu düşündükleri görülmüştür (Woodside ve diğer., 1995). Aile üyelerinin depresyon puanları arttıkça aileyi daha işlevsiz gördükleri bulunmuştur. Depresyonun aile işlevselliği ile ilgili algılama üzerinde önemli bir etkisi olduğu bulunmuştur (Dancyger ve diğer., 2005; Fornari ve diğer, 1999). Ailedeki işlevsizliğin aslında yeme bozukluğu bulunan bir çocuğa sahip olmakla ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Aile işlevselliğinin sebep değil sonuç olabileceği belirtilmektedir.

Aile işlevselliğinin dışında ebeveynlerin karakterinin yeme bozukluğunun gelişimi açısından önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Annenin olgunlaşmamış bir karakter profiline sahip olduğu görülmüştür. Fakat henüz kızlarda yeme bozukluğuna yol açtığını söylemenin mümkün olmadığı sadece zayıf bir karakter gelişimine sebep olabileceği bildirilmiştir (Fassino ve diğer., 2002). Benzer bir

biçimde Bulimia Nervosa'sı bulunan kızların babalarının stres durumlarında mizacının değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. Bu durum baba ile kız arasında sabit bir ilişkinin kurulmasını engelliyor olabilir. Bulimia hastalarında görülen yüksek yenilik arayışının babanın düşük kontrolü ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü güçlü bir baba kız ilişkisi yerinde ve uygun bir biçimde haz aranmasını cesaretlendirmektedir (Fassino ve diğer., 2003). Bir başka çalışmada Bulimia Nervosa hastalarının annelerinin kızlarının özeline saygı göstermediği, kıskanç davrandığı ve kızlarının kilosu, görünümü ile aşırı uğraş gösterdiği görülmüştür. Babaların ise kızlara karşı baştan çıkarıcı davrandığı ve anneler gibi kızlarının kilo ve görünümü ile aşırı uğraş gösterdiği bildirilmiştir (Rorty, ve diğer., 2000).

Daha sonra yapılan çalışmalar ailenin benimsediği sosyo-kültürel normların çocukta ortaya çıkan yeme bozukluğuna doğrudan etkisini araştırmıştır. Ailede görünüme ve başarıya verilen önemin bozuk yeme davranışlarını genel aile işlevsizliğinden daha iyi tahmin ettiği belirtilmektedir (Davis ve diğer., 2004; Laliberte, Boland ve Leichner, 1999). Bunun dışında annenin kızlarının kilosu ve görünümü ile ilişkili yaptığı olumsuz eleştirilerinin de bozuk yeme davranışları ve kilo verme uğraşı üzerinde etkisi olduğu ifade edilmektedir (Baker, Whisman ve Brownell, 2000; Crowther ve diğer., 2002). Ailenin görünüme verdiği değer kendilik tasarımı üzerinde olumsuz etkisinin olduğu görülmüştür. Fakat hastalık ortaya çıktıktan sonra ailenin görünüme verdiği değer ve görünümle ilgili kaygılarının kendilik tasarımı üzerinde bir etkisinin olmadığı ve hastalığın özünde yer alan özellikler tarafından belirlendiği ifade edilmektedir (Senra ve diğer., 2007).

Aile terapisinin Anoreksiya Nervosa hastalarında yararlı olacağı düşüncesi ilk kez Salvador Minuchin ve Philadelphia Çocuk Rehberlik Kliniği'nde çalışan meslektaşları ve Milan Okulundan Mara Selvini Pallozoli tarafından öne sürülmüştür (Dare ve Eisler, 1997).

Yapısal aile modeli: Minuchin'e (1975) göre Anoreksiya Nervosa hastalarının ailelerinde görülen temel özellikler şunlardır: Ağ gibi sarıcılık, aşırı koruyuculuk, katılık, çatışmanın çözümünde eksiklik. Ağ gibi sarıcılık, aile etkileşiminde yakınlığın ve samimiyetin bir uç biçimi olarak değerlendirilmektedir. Aile üyeleri birbirlerinin sözel olarak karşı taraf ifade etmemiş olsa da ne hissettiklerini bildiklerini öne sürerler. Nesiller arası sınırlarda bir bulanıklık söz

konusudur. Ebeveyn ve çocuk arasında çok yoğun bir yakınlık vardır ve birbirinden çok az farklılaşma görülür. Aşırı koruyuculuk, aile üyelerinin birbirinin refahı için duyduğu yüksek kaygıyı tanımlamaktadır. Aile üyelerinin birbirilerinin beslenmesi ve bakımı açısından aşırı bir uğraş gösterdikleri görülmektedir. Üçüncü olarak Anoreksiya Nervoza hastalarının ailelerinde dengein korunması için katı bir tutum sürdürmeye eğilim görülmektedir. Ergenin otonomisi yok sayıldığında değişimin gerektiği durumlarda bu değişikliklerle başa çıkacak yetenekten yoksun kalırlar. Bu katı aile sistemi keşfetme ve değişikliklere uyum sağlama yollarını tıkar. Ayrıca bu ailelerde çatışmanın çözümünde eksiklik görülmektedir. Bu, iki biçimde görülür. Birincisinde çatışmadan kaçılır ve çözüm atlanır. İkinci biçiminde ise süregelen bir çatışma görülür (Minuchin ve diğer., 1975).

Minuchin ve meslektaşlarının ortaya koyduğu psikosomatik aile modelini test etmek amacıyla yürütülen çalışmalarda birbiriyle tutarlı ve yeme bozukluğuna özgün bir aile profiline rastlanmamıştır (Kog, Vandereycken ve Vertommen, 1985). Minuchin'in bahsettiği ağ gibi sarıcılık, aşırı koruyuculuk, katı bir aile sistemi özelliklerine rastlanmamıştır. Aile üyeleri birbirleri arasında sıcak bir ilişkinin olduğunu ifade etmiştir. Fakat bunun kendilerine gösterilen yakınlık düzeyinden şikayetçi olmalarıyla ilişkisi olduğu görülmüştür. Bunun da birbirlerine dile getirdikleri olumlu duyguları azalttığı görülmüştür. Benzer bir biçimde ailede katı bir sistemin bulunmadığı görülmüştür fakat aile üyeleri daha esnek bir sisteme sahip olmak istediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada Minuchin'in psikosomatik teorisini destekler bir biçimde çatışmadan kaçınıldığı görülmüştür (Dare ve diğer., 1994).

Milan'ın Sistem Teorisi: Selvini-Palazzoli ve Viaro (1988) Anoreksiya Nervoza'nın içinde geliştiği bir aile yapısı tanımlamışlardır. Bu yapının altı evreyi kapsayan bir modelden oluştuğu bildirilmiştir. Aile içerisinde gizli bir oyun oynandığı ve bu oyunda "imbriglio"nun en önemli araç olduğu belirtilmektedir. "İmbriglio" nesiller arası ilişkilerdeki ayrıcalıklı konumu tekrar kazanılması amacıyla ilgi çekmek için kullanılan taktikleri bildiren bir terimdir. İlk evrede anne özellikle bir baba olarak görevlerini yerine getirmediğini düşündüğü eşini eleştirmektedir. Baba ise aile için çok çalışıp yorulduğu halde, eşinin şikayetlerine karşılık vermeyerek evdeki huzuru koruduğuna inanmaktadır. İkinci evrede gelecek anoreksikler ebeveynleri arasındaki ilişkiye karışmaya başlarlar. Bu evrede iki tip

durum söz konusudur. Birincisinde kızları annelerine tamamen sadıktır. Annelerin sırdaşı ve yardımcısı olurlar. İkinci durumda kızlar babaya hayrandır ve anneye göre babayı daha üstün tutarlar. Üçüncü evrede anneye karşı tutum değişmektedir. Annenin diğer kardeşe ilgisini fark eden gelecekteki anoreksikler babaya yaklaşmaya başlarlar. Hem babasının hem de kendinin annesinin hor görmesine maruz kaldığını düşünmeye başlarlar. Babalarını favori olarak tutan kızların babayla ilişkisi bu evrede daha baştan çıkarıcı bir hal alır. Dördüncü evreye gelindiğinde kızlar anneye ayrılmak ve farklılaşmak için diyet yapmaya başlarlar. Anne ise kızlarının bu yeni yeme alışkanlıklarını kontrol etmeye çalışmaktadır. Baba ise bu durumda annenin müdahalesini durdurmaya çalışır. Beşinci evrede ise babalar açıkça anneye karşı kızlarının tarafını tutmadığı için hayal kırıklığı yaratırlar. Babaya karşı tutumu kinci, küçümseyici bir hal alır. Altıncı evreye gelindiğinde ise semptom görülmeye başlanır. Aile oyunu içerisinde semptom temelli stratejiler kullanılmaya başlanır. Kızlar anoreksik semptomların kendilerine güç kazandırdığını fark ederler. Bu semptomlar ile çocukluk dönemindeki ayrıcalıklı statülerine kavuşacaklardır. Diğer aile üyeleri de kızların bu hastalığı vasıtasıyla birbirlerini etkileyebildiklerini fark ederler.

Ayrıca yeme bozukluğunun gelişmesinde ailede bulunan patolojilerin rol oynayacağı düşünülmektedir. Yeme bozukluğu bulunan kızların annelerinde somatizasyon, kişiler arası ilişkilerde hassasiyet, depresyon, anksiyete, düşmanlık ve paranoid fikirler daha fazla bulunmuştur. Babalarda ise depresyon, düşmanlık puanları daha fazla bulunmuştur (McGrane ve Carr, 2002).

Ailenin daha doğrudan etkisi ise annenin Anoreksiya Nervoza olması ve kendi çocuklarında kilo kaybı ve bazı anoreksik alışkanlıklar geçirmesidir (Byely ve diğer., 2000). Benzer biçimde Anoreksiya Nervoza olan kızların annelerinin daha yüksek düzeyde mükemmeliyetçilik ve yeme bozukluğuyla ilişkili özellikler ve davranışlar gösterdikleri bulunmuştur (Woodside ve diğer., 2002). Yeme bozukluğu olan hastaların ebeveynlik kapasitesi ve çocuklarının gelişimi üzerindeki rollerine bakıldığında bu annelerin aslında çocuklarını doktor tavsiyesine göre besledikleri, çocuğun ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmadıkları görülmüştür. Yeme bozukluğu bulunan anneler çocuklarını beslerken duygusal problemler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çocukları yemediğinde kendilerini suçlu hissettiklerini, tıknırcasına

yeme evrelerini tetikleyeceğinden korktukları için çocuklarıyla beraber yemediklerini, yemek hazırlama konusunda huzursuzluk yaşadıklarını bildirmişlerdir (Evans ve Grange, 1995). Fakat başka bir çalışmada bozuk yeme davranışlarının anneden kıza iletim mekanizması ile etkide bulunmakta olduğu hipotezi desteklenmemiştir (Hill ve Franklin, 1998).

2.5 Sosyo-kültürel faktörler

Günümüz kültüründe zayıflık sadece çekicilikle eş anlamlı değildir, üstünlük ve başarı anlamını da taşımaktadır. Kadınlar için belirlenmiş güzellik ilkelerinin tarihçesine bakıldığında 17. y.y.'a kadar dolgun kadınların tercih gördüğü bilinmektedir. Fakat bu dönemin ardından kum saat gibi belin çok ince olduğu göğüs ve kalça kısmının ise daha dolgun olduğu bir güzellik ideali yerleşmiştir. 19. y.y.'ın sonlarından itibaren bu ideal değişime uğramış ve sıksa bir beden biçimi tercih edilir olmuştur. Bu bedenleriyle verimliliği ve anaçlığı sembolize eden görünümlelerinden ayrılan “yeni kadınların” zayıflığı, cinsel özgürlüğü ve geleneksel kadın rollerinin reddedilmesini temsil etmektedir (Vandereycken ve Van Deth, 1994). Görünümle ilgili sosyokültürel değerler hakkında farkındalık geliştiren kızların diğer bir ifade ile sosyal kabul, mutluluk ve başarı için zayıf olmanın gerekli olduğunu düşünen kızların, bu katı standartlara ulaşmadıkları için kendi beden görünümlelerini değersizleştirdikleri ifade edilmektedir. Bu olumsuz değerlendirme ise yeme bozukluğu davranışlarına yol açmaktadır. Bu yolla kültürün bize sunduğu ideallere ulaşabileceklerini düşünmektedirler (Kiang ve Harter, 2006). Kadınlar için dergi okuma ile medya yayınlarını takip etme ve buradaki mesajların içselleştirilmesi, kendini nesneleştirme ve yeme problemleri arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişkide güzellik ideali olarak zayıflığın içselleştirmesinin aracı bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Morry ve Staska, 2001). Fakat medya etkisinin tek başına bulimik davranışları veya bozuk yeme davranışlarını tahmin etmediği ve bedenlerinden memnuniyetsiz olan ve beden kitle indeksi daha yüksek olan (Young, Mcfatter ve Clopton, 2001) ve düşük benlik saygısı bulunan kadınlar açısından risk faktörü olduğu görülmüştür (Tiggemann, 2003). Ayrıca televizyon seyretmenin ve dergi okumanın etkisinin birbirinden farklı olduğu bildirilmiştir. Dergi okuma daha ince bir beden idealinin içselleştirilmesine etkide bulunmaktadır, televizyon ise beden

memnuniyetsizliği üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir. Ne kadar fazla televizyon seyredilir ise kişi o kadar fazla sosyokültürel beden idealinin farkına varmaktadır. Kişi bunları sürekli gördüğünde normalin bu olduğunu düşünmeye başlamakta ve televizyon seyretmenin birikimli bir etkisi olmaktadır. Yüksek kiloda olanların ve yüksek içselleştirme puanları alanların medya etkisine karşı daha yaralanabilir olduğu görülmüştür (Tiggemann, 2003). Benzer biçimde medya etkisi üzerine yürütülen deneysel bir çalışmada zayıflığın ideal olduğunu vurgulayan reklamlar izletilen grubun 2 yıl sonraki beden memnuniyetsizliğini ve zayıflama isteğini medya etkisinin tahmin ettiği görülmüştür. Reklamların kişilerin beden memnuniyetsizliğinde üzerinde düşük de olsa bir etkisi olduğu bulunmuştur. Fakat bu değişim uzun dönemde birikimli bir etki göstererek beden imajı bozukluğuna yol açabilmektedir. Medyanın beden memnuniyetsizliğini belirlemede bir aracı rolü olduğu söylenmektedir (Hargreaves ve Tiggemann, 2003).

Dolayısıyla yeme bozukluklarını kültürün zayıflıkla ilgili standartlarına bağlamak çok basitçe olur. Yeme bozukluğunun oldukça karmaşık, aile, kişilik, genetik gibi pek çok faktörün bir arada rol oynadığı bir bozukluk olduğu düşünülmektedir (Costin,1999).

2.6 Yeme Bozukluğunu Açıklayıcı Kuramlar

2.6.1. Psikodinamik model

Psikodinamik model yeme bozukluklarını açıklamak için birbirinden farklı teoriler öne sürmüştür. Bunlar dürtü-çatışma modeli ve benlik psikolojisi modelidir (Goodsitt, 1997).

Freud'un yeme bozukluğu hakkında görüşleri beslenmeyle ilişkili dürtülerde meydana gelen bir bozukluğun cinsel uyarımların idaresinde yaşanan başarısızlıkla ilişkilendirildiği yönündedir. Freud genital arzular ile oral arzuların yer değiştirdiğinden ve bilinçdışında ağız-vajinanın eşit olarak tasarmlandığından bahsetmektedir. Erken dönem psikodinamik yaklaşımda yeme bozukluğunda görülen semptomlar içsel cinsel çatışmaların ifadesi olarak görülmekteydi (Freud, 1989; bildiren Bruch, 1973). 19. y.y. boyunca Anoreksiya Nervoza hamilelik arzusuna karşı geliştirilmiş bir savunma olarak

düşünülmekteydi. Anoreksiya Nervoza cinselliğin reddedilmesi, özellikle de “oral dölleme” fantezilerinin bir dışavurumu olarak ve cinsel kimlik tercihinin ertelenme çabası olarak görülmekteydi fakat modern psikanalitik yaklaşımda bu tutum bir tarafa bırakılmış ebeveyn-çocuk ilişkisi üzerinde durulmaya başlanmıştır. Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza Ödipal dönemdeki cinsel ve agresif dürtülerin bastırılmasının bir dışavurumu olarak görülmekten çıkmıştır. Ödip öncesi anne-çocuk ilişkisi üzerinde durulmaya başlanmıştır. Ayrışma-bireyleşme alanında yaşanan başarısızlık yeme bozukluklarının temel nedeni olarak görülmeye başlanmıştır (Bruch, 1973).

Bruch da (1973) yeme bozukluklarının çözümlenmemiş Ödipal çatışmalardan değil ayrışma-bireyleşme alanında yaşanan güçlüklerden kaynaklandığını belirtmiştir. Erken dönem veya daha geç dönemde deneyimlenen yeme yaşantılarının hem Anoreksiya Nervoza’da hem de obezitede temel olduğunu belirtmektedir. Bruch Anoreksiya Nervoza’da 3 temel psikolojik işlevsizlikten bahsetmektedir. Bunlardan ilki beden imajı ve beden kavramında sanrısız düzeyde bozukluk görülmesidir. Anoreksiya Nervoza’yı ayırt eden durum iskelet gibi görünmelerine rağmen aşırı zayıflık durumunun normal olduğunu savunarak gösterdikleri inatçılıktır. Bruch’a (1973) göre yeme bozukluğu hastalarında görülen merkezi bozukluk açlık duyumunun tanımlanmasında görülmektedir. Açlık duyumunu tanımlamakta güçlük çekerler veya diğer bedensel duyumlardan ayırt etmede zorluk çekerler. Genellikle yemeye ihtiyaçları olmadığını öne sürerler. Çok az miktarda yeseler bile kendileri çok rahatsız ve doygun hissettiklerine dair bitmez tükenmez şikayetleri vardır. Üçüncü karakteristik özellikleri ise felç edici bir etkisizlik duygusu yaşamalarıdır. Bruch (1973) bu hastaların kendilerine ait bir kimlikleri olmadığı duygusunu yaşadıklarını ifade etmektedir. Diğer insanların ihtiyaçlarını karşılamak için eylemde bulunmaktadırlar. Kendi istedikleri gibi davranmadıklarını düşünmektedirler. Anoreksiya nervoza kontrol, kimlik duyumu, yeterlilik, ve etkililik için verilen çabadır. Kilo verme uğraşı kendilerine saygı duymak veya diğerlerinin ona saygı duymasını sağlama çabası haline gelmektedir.

Crips'e (1997) göre anoreksiya normal gelişime karşı yapılan ve erinlik öncesi gelişim döneminin devamlılığını sağlamaya yönelik çabadan kaynaklanmaktadır. Ergen, ayrışma veya bunu reddetme gibi gelişimsel zorluklar karşısında duyulan bilinçli tiksinti veya panik karşısında alınan kilonun kontrol edilebilmesi için diyet yapmaya yönelir. Ergen kızlar için yetişkin beden ölçümünün cinsellikle bağdaştırılan bir yönü olduğunu ve kilonun kontrolünün bedenine ve dürtülerine sahip olma anlamına geldiğini belirtmektedir. Bu sayede benlik değerini de güçlendirmektedir.

Kendilik psikolojisi açısından yeme bozukluğu erken çocukluk döneminden kaynaklanmaktadır. Çocuk, bakım verenin neden olduğu hayal kırıklığı, engellenme veya ihmal dolayısıyla ihtiyaçlarını karşılamak için bozuk yeme davranışlarının içinde yer aldığı bir sistem geliştirmektedir. Fakat erken dönem ihtiyaçları varlığını sürdürmektedir ve bunları yetişkin benliği içerisine bütünlemek mümkün olmamaktadır. Bu ihtiyaçlar bilinçdışında varlıklarını sürdürmektedirler (Costin, 1999). Ergenlikle beraber ayrışma bireyleşme alanında anneyle olan bu simbiyotik bağı koparma ihtiyacı gündeme gelecektir. Kendi kendini aç bırakma annenin her şeye karışan tutumu karşısında otonomi kazanmak için bir çaba, kırılgan benliğin annenin bu tutumuna karşı savunulması, yetişkinliğin gereklerine karşı kırılgan benliğin korunması olarak nitelendirilebilir. Bulimik anneler ise pasif, reddedici, ilgisiz bir tutum sergilerler. Bu duygusal olarak ulaşılmaz tutum karşısında kendi kendini yatıştırmak için çocuk, anne çocuk birliği dışında dışsal bir kaynak bulmaya çalışır. Yemek burada bir tür geçiş nesnesi olarak kullanılır. Çocuğun hem kendini yatıştırmasını sağlar hem de kontrol edebildiği bir nesnedir (Johnson, 1991). Yeme bozukluğu hastalarında kişiliğin gelişiminde görülen bozukluk dolayısıyla Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza geliştikten ve süreğen hale geldikten sonra hastaya patolojik, telafi edici bir kimlik sağlar veya yapmacık olarak hayatta anlamlı ve önemli bir varlık olduğu hissini yaratır. Anoreksikler için bedenleri mükemmel, değişmez ve tamamıyla kontrolleri altında olmalıdır (Goodsitt, 1997, sayfa 210).

Yeme bozukluklarında görülen kendilik gelişimi bozukluğuna bağlı belirtiler:

a) Etkisizlik, kendilerini belirli bir çerçevede tanımlayamama, bütünlük içinde bağımsız kimlik geliştirememeye görülmektedir (Çuhadaroglu, 1997). Ayrışma-bireyleşme sürecinde meydana gelen bozukluğun yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Barth, 2003; Friedlander ve Siegel, 1990; Huprich ve diğer., 2004; Rhodes ve Kroger, 1992). Anneden çatışmalı bağımsızlıkta yaşanan eksikliğin yeme bozukluğu semptomları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Meyer ve Russel, 1998). Yeme bozukluğu olan kadınlarda ayrışma aksiyetesi, yutulma anksiyetesi, bağımlılığın inkarı ve sağlıksız ayrışma görülmüştür. Diğer bir ifade ile yakınlık ve otonominin yanı sıra bağımlılık ve bağımsızlık ihtiyacında çatışma yaşanmaktadır (Rhodes ve Kroger, 1992).

b) Öz değer duygusunu sürdürememe, boşluk hissi, kendilerine verdikleri değerlerin başkalarına bağımlı olması ve dışarıdan kendilerine verilen değere göre çok değişkenlik göstermesi (Çuhadaroglu, 1997). Kendilerinin diğerleri tarafından nasıl algılandığına verdikleri önem fiziksel görünümünü de kapsamaktadır. Dış görünümüne odaklanır ve diğerlerinin bakış açısını değerlendirmeye çalışırlar ve bu değerlendirmelere uyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda diğerlerinin beklentilerine bağlı kalmaktadırlar. Kabul edilebilir bir görünüm yaratmaktadırlar. Kendi ihtiyaçlarının farkında olmalarına karşın diğerlerinin ihtiyaçları daha fazla önem kazanır ve sabit bir benlik yaratamadıkları için kendilerini sahte hissederler (Striegel-Moore, Silberstein ve Rodin, 1993).

c) Duyguların düzenlenmesinde bozulma: Yeme bozukluğu tanısı almış hastalarda aleksitiminin daha yüksek düzeyde olduğu ifade edilmektedir (Sexton ve diğer, 1998). Ayrıca anoreksiya tanısı almış olan kızların ailelerinde de aleksitimik özelliklerin var olduğu ifade edilmektedir (Espina, 2003). Fakat diğer çalışmalar bu bulguları desteklememiştir. Anksiyete ve depresyon kontrol edildiğinde aleksitimi ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin ortadan kalktığı (Eizaquirre, ve diğer., 2004) ve depresyon, kaygı bozukluğu gibi diğer hasta grubuna göre Anoreksiya Nervosa'nın daha fazla aleksitimi ile yakın ilişkide bulunmadığı ifade edilmiştir (Zonneville-Bender ve diğer., 2004). Tıkınırcasına

yeme bozukluğu hastalarının daha fazla aleksitimik özellik gösterdiği belirtilmiştir (Wheeler, Greine ve Boulton, 2005).

d) Olumsuz kendilik imgesi: Yeme bozuklukları hastalarının daha fazla olumsuz kendilik tasarımına sahip olduğu görülmüştür. Anoreksiya Nervoza ile Bulimia Nervoza karşılaştırıldığında Bulimia Nervoza'nın daha kötü bir benlik imgesine sahip olduğu görülmüştür (Erkolahti ve diğer., 2002).

e) Kişiler arası ilişkilerde kaygı, utangaçlık ve terk edilme korkusu ve yalnızlık korkusu yaşamaktadırlar (Heesacker ve Neimeyer, 1990). Yeme bozukluğu olan kişiler sosyal olarak onaylanma ihtiyacından ötürü yoğun bir zayıf olma itkisi taşımaktadırlar. Fakat yeme bozukluğunda bu zayıflamaya yönelik uygunsuz davranışlara her zaman utanç, yalıtma, sosyal çevresindeki kişiler tarafından onaylanmama eşlik eder. Yeme bozukluğu hastaları bu davranışlarını sürdürebilmek için kendilerini yakın çevrelerinden uzaklaştırırlar. Kişiler arası uzaklığa karşın, hastalar aşırı derecede zayıf olduklarında sosyal çevreleri tarafından onaylanacakları gibi bir yanlış inanışı devam ettirirler (Green ve diğer., 2006). Sosyal anksiyetinin kısıtlayıcı yeme, diğerleri ile kendini karşılaştırmanın ise bulimik davranışlarla ilişkisi olduğu görülmüştür (Gilbert ve Meyer, 2003).

2.6.2. Feminist Teori

Yeme bozukluğunun etiyolojisini açıklayan kuramlardan biri de feminist kuramdır. Stice'a (2001) göre toplum tarafından ortaya konan güzellik ideali hemen hemen ulaşılmazdır. Zayıflık idealinin içselleştirilmesi bu sebepten ötürü beden memnuniyetsizliğine yol açacaktır. Bunun yanı sıra yeterince zayıf olunmadığına yönelik aileden, arkadaşlardan ve medyadan gelen tekrarlayıcı mesajlar da bu beden memnuniyetsizliğini arttıracaktır. Bu artan beden memnuniyetsizliği ise diyet davranışını daha fazla deneyimlemeye sebep olacak ve olumsuz duygulanımı güçlendirecektir. Bunun da sonuç olarak bulimik davranışların ortaya çıkmasına neden olacağı belirtilmektedir. Stice'ın (2001) boylamsal çalışmasında beden memnuniyetsizliğinin aracı rolü çok küçük olduğu için zayıf olmaya yönelik algılanan baskının doğrudan veya dolaylı olarak diyet

yol açtığı, beden memnuniyetsizliğinin etkisi olmadan da diyet ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Aynı zamanda diyetin bulimik davranışların geliştirilmesi açısından risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Çünkü tıknırcasına yemek yeme kalorik mahrumiyette karşı telafi edici bir davranış olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra diyetin bulimik davranışlara yol açmasının bir sebebi de katı diyet kurallarının yıkılmasıdır. Bu, yeme üzerindeki ketlenmeyi ortadan kaldırmaktadır. Yemek yeme hem olumsuz duygulanımdan uzaklaşma saptadığı hem de olumsuz duygulanımları yatıştırdığı için olumsuz duygulanımın bulimik davranışların üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Stice (2001) bu hipotezin Bulimia Nervosa'yı daha iyi açıkladığını belirtmektedir. Anoreksiya Nervosa ile Bulimia Nervosa'da algılanan zayıf olmaya dair baskı ile zayıflığın ideal olduğu görüşünün içselleştirilmesi ortak etkenlerdir. Fakat anoreksiyalılar kalorik mahrumiyet ile olumlu duyguları (güç, irade, ahlaki üstünlük v.b.) birleştiren ve yeme ile olumsuz duyguları (ahlaki güçsüzlük, oburluk, tiksinti v.b.) birleştiren zihinlerinde güçlü bir bilişsel sisteme sahiptirler. Bu bilişsel sistem anoreksiyalı bireylerin uzun dönem ve çok katı kalorik mahrumiyette devam etmelerine yol açmaktadır. Ayrıca anoreksik bireyler için bulimiklerin tam tersi olarak zayıf olmak yemek yemekten daha değerli olabilir. Yemek yeme ve zayıf olmadan beklenen fayda veya motivasyonlardaki farklılık anoreksiya ile bulimianın farklı yollar takip etmesine yol açmaktadır.

Ayrıca geleneksel kadınlık rolünün yeme bozukluğunun gelişmesi için bir risk faktörü olabileceğini belirtmiştir. Bulimik ve anoreksik hastaların belirttikleri psikolojik özelliklerin güvensiz davranış, bağımlılık gibi geleneksel kadınsı role benzediği belirtilmiştir. Fakat çalışmalarında yeme bozukluğuyla kadınsı cinsiyet rolüne ait olan stresin değil genel stres düzeyinin ilişkili olduğu görülmüştür (Bekker ve Boselie, 2002). Benzer bir biçimde kadınsı cinsiyet rolünün yeme bozukluğu için bir risk faktörü olmadığı ortaya konmuştur. Fakat androjen cinsiyet rollerine sahip olanlarda daha düşük seviye yeme bozukluğu semptomları görülmüştür. Kişi kadınlık veya erkeklik cinsiyet rollerine katı bir biçimde sahip ise o zaman davranışları kısıtlanacaktır. Çünkü içselleştirilmiş cinsiyet ilkeleri ile uyuşmuyorsa bu davranışlar bastırılacaktır (Hepp, Spindler ve Milos, 2005).

2.6.3 Bilişsel ve davranışçı model

Bilişsel davranışçı modelde Anoreksiya Nervoza'da görülen semptomların kilo ve görünümle ilgili hatalı inanç ve tutumlarından doğru geliştiği belirtilmektedir. Bu bilişsel kusurlar iki uçlu düşünce biçimi (yemekler ya kötüdür ya da iyidir gibi), algısal seçicilik, keyfi sonuç çıkarma, aşırı genelleme, büyütme (catastrophizing), -meli -mali kelimelere aşırı bir itimat, batıl itikatlı düşünme (zayıf olmak çekicilik, mutluluk ve başarı getirirken, şişmanlık başarısızlık, iticilik ve mutsuzluk getirir gibi) olarak sayılabilir. Bu tip bilişsel kusurların acımasız bir diyetin sürdürülmesi veya kilo almaktan yoğun bir şekilde korku duymaya sebep olduğu düşünülmektedir (McCrea, 1991). Bilişsel davranışçı modeli destekler biçimde bulimiklerin daha fazla mantık dışı düşünme biçimi gösterdikleri bulunmuştur (Mizes, 1988, Steiger ve diğer., 1990). Benzer bir biçimde yüksek düzeyde duygusal sorumsuzluk, aşırı kaygılı düşünceler ve problemlerden kaçınma (Mizes, 1988), kendi kendini eleştirme (Steiger ve diğer., 1990) ve umutsuzluk gösterdikleri görülmüştür.

Kilo ve görünümle ilgili aşırı kaygılar ile düşük benlik saygısının birleşimi, bazı kişilerin katı ve sert diyet kurallarını benimsemesine ve gerçekçi olmayan bir biçimde yemeyi kısıtlamasına sebep olmaktadır. Esnek olmayan bu diyet kurallarından ufak bir sapma ya hep ya hiç düşünme biçiminin harekete geçmesine sebep olabilir. Bu da kişinin kilo kontrolü çabalarını bir tarafa bırakıp tıknırcasına yemenin gelişmesine sebebiyet verir. Tıknırcasına yeme zayıf bir kendilik kontrolünün işaretidir. Kontrolü kaybettiği duygusuyla başa çıkabilmek için ve kilo alma korkusuyla kişi kendi kendine kusma, laksatif veya diüretik kullanma gibi çıkarıcı davranışlar, aşırı egzersiz veya oruç tutma geliştirir. Tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışları ise stres ve düşük benlik saygısına yol açmaktadır (Wilson, Fairburn ve Agras, 1997).

Bu teoriyi test etmek için yapılan çalışmada zayıf olma itkisinin çıkarma davranışını tahmin ettiği, çıkarma davranışının da tıknırcasına yeme evrelerini tahmin ettiği ve bu durumun tıknırcasına yeme ve çıkarma döngüsünü belirlediği ortaya konmuştur. Fakat beden memnuniyetsizliği, benlik saygının, diyet ile

yemenin kısıtlanmasının, tıknırcasına yeme evresinin artmasına ve çıkarma davranışlarına sebep olmadığı görülmüştür (Byrne ve McLean; 2002).

Cooper, Wells ve Todd (2004) günümüz bilişsel teoriden hareketle Bulimia Nervosa'yı açıklamak amacıyla yeni bir teori geliştirmişlerdir. Bu teoriye göre tıknırcasına yeme kabul edilebilir bir kişi olmadığına dair olumsuz inançlar tarafından tetiklenmektedir. Bu tetikleyiciler kişinin benlikleriyle ilişkili olumsuz inanışlarını harekete geçirirler. Yeme bozukluğu bulunan bireyler kendilerine yönelik olan bu olumsuz duygularla baş etmek için yemeyi, yemekle ilgili aşırı uğraşmayı öğreniyor olabilirler. Yemediğinde düşünce ve duygular üzerindeki kontrolünü kaybedeceğini ve bunun sonucunda da stresle başa çıkamayacağını düşünmektedir. Fakat olumsuz duygulanımlar aynı zamanda şişmanlama ve kilo almayla da ilişkilidir. Bu durumda bu iki inanış birbiriyle çatışmaya başlamaktadır. Kişi yemeye izin vererek bu çatışmayı çözmeye çalışmaktadır. Fakat bunu olumsuz kendini değerlendirme ve olumsuz duygulanımlar takip etmektedir. Bu bir döngü haline gelmektedir. Fakat bu döngüde yemek kişinin bu duygulardan uzaklaşmasını, dikkatinin dağılmasını sağlamaktadır. Çıkarma davranışı tıknırcasına yemeyi takip eden bilişsel ve psikolojik bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır.

3. YEME BOZUKLUĞU, AİLE ORTAMININ ÖZELLİKLERİ, OTONOMİ, BENLİK SAYGISI, BEDEN MEMNUNİYETİ İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

3.1 Yeme Bozukluğuyla Aile Ortamının Özellikleri

Yeme bozukluğu hastalarının aileleri kendine özgü aile ortamının yeme bozukluğunun gelişmesindeki rolünü araştırma açısından ele alınmıştır. Aile ortamı ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyle ilgili araştırma bulguları aşağıdaki boyutlar doğrultusunda ele alınacaktır.

Birlik Beraberlik ve Denetim

Birlik-Beraberlik değişkeni aile üyelerinin birbirleriyle olan uyum, dürüstlük ve adama düzeylerini yansıtmaktadır. Denetim değişkeni ise ailedeki kuralları, ailedeki düzen ve aile yapısı içerisindeki organizasyonların düzenlenmesindeki katılımı

yansıtmaktadır. Aile ortamındaki düşük bağıllığın (Ackard ve Neumark-Sztainer, 2001) ve yüksek çatışmanın yeme bozukluğuyla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Felker ve Stivers, 1994; Stern ve diğer., 1989; Vidovic ve diğer., 2005). Özellikle Bulimia Nervosa hastalarının Anoreksiya Nervosa hastalarına göre ailelerinde daha düşük bir bağıllık olduğunu bildirdikleri görülmektedir (Blouin, Zuro ve Blouin, 1990; Kog ve Vandereycken, 1989). Yeme bozukluğu hastaları ailelerinde yüksek düzeyde kontrol bulunduğunu belirtmişlerdir (Blouin, Zuro ve Blouin, 1990; Felker ve Stivers, 1994; Kog ve Vandereycken, 1989). Fakat Kent ve Clopton'un çalışması (1988) bu sonucu desteklememiş yeme bozukluğu hastalarının Denetim alt ölçeğinde daha düşük puanlar aldığı görülmüştür.

Vidovic ve diğerlerinin (2005) yaptığı çalışmada ailedeki bağıllık, uyum ve iletişimin yeme bozukluğu ile ilişkisi araştırılmıştır. 76 hasta ve 29 anne, 50 kontrol ve anneleri ve 79 tıp öğrencisi çalışmaya katılmıştır. Çalışmanın sonucunda yeme bozukluğu hastalarının ve ailelerinin daha düşük düzeyde bağıllık bildirdiği görülmüştür. Kısıtlayıcı tip Anoreksiya Nervosa'nın Bulimik Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa hastalarına göre ailelerinde daha yüksek düzeyde bağıllık olduğunu bildirdikleri görülmüştür.

Kog ve Vandereycken'in (1989) çalışmasında yaş ve yeme bozukluğu semptomlarının (kısıtlayıcı tip anoreksiya, bulimik anoreksik, normal kiloda olan bulimia) bağıllık, uyum ve çatışma alanlarında aile etkileşimi üzerindeki etkisini araştırmıştır. Çalışmada 19 Anoreksiya Nervosa kısıtlayıcı tip, 6 Bulimik Anoreksiya Nervosa, 5 Bulimia Nervosa hastası ve 30 kişiden oluşan kontrol grubu yer almıştır. Çalışmanın sonucunda kısıtlayıcı tip Anoreksiya Nervosa'nın Bulimia Nervosa ve kontrole göre daha yüksek düzeyde bağıllık belirttiği görülmüştür. Ayrıca Bulimia Nervosa'nın ailelerini düşük düzeyde organize olarak algıladığı bildirilmiştir.

Felker ve Stivers'in (1994) çalışmasında cinsiyet ve aile ortamı bozuk yeme davranışı arasındaki ilişki incelenmiştir. 393 ergen öğrenci çalışmaya katılmıştır. Çalışmanın sonucunda düşük bağıllığın ve yüksek düzeyde kontrolün yeme bozukluğu gelişimi için risk olduğu belirtilmiştir.

Stern ve arkadaşları (1989) yeme bozukluğunun üç grubu arasında aile faktörleri açısından bir farklılık olup olmadığını araştırmıştır. Çalışmalarına 20 Anoreksiya Nervosa, 13 Bulimik Anoreksiya Nervosa, 24 normal kiloda Bulimia

Nervoza hastası ve aileleri ile 57 kişiden oluşan kontrol grubu ve aileleri katılmıştır. Çalışmanın sonucunda Bulimik Anoreksiya Nervoza hastaları ve aileleri yüksek düzeyde çatışma ve düşük düzeyde bağlılık bildirmiştir. Bulimia Nervoza hastalarının ailelerinde düşük düzeyde bağlılık gözlenmiştir. Yeme bozukluğu hastalarının aileleri birbirlerini destekleyici bulmamakta ve daha fazla çatışmalı görmektedirler. Fakat ebeveynler çocuklarına göre ailelerini daha olumlu görmektedir.

Hill ve Franklin (1998) çalışmasında 20 yüksek düzeyde diyet yapan ve 20 düşük düzeyde diyet yapan kızı karşılaştırmıştır. Çalışmanın sonucunda daha fazla diyet yapan kızların ailelerinde düşük bağlılık algıladıkları bildirilmiştir. Kızlarının ve annelerinin yanıtları karşılaştırıldığında ise anneler kızlarına göre ailede daha yüksek bağlılık olduğunu bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra daha fazla diyet yapan kızların ailelerinde düşük organizasyon algıladıkları bildirilmiştir.

Blouin, Zuro ve Blouin (1990) major depresyon hikayesi olan bulimikler, depresyonu bulunmayan bulimikler ve normal kontrol grubunu aile ortamı açısından incelemişlerdir. Bu çalışmada 81 major depresyon hikayesi olan bulimik, 18 depresyonu bulunmayan bulimik ve 37 kişiden oluşan kontrol grubu ele alınmıştır. Çalışmanın sonucunda bulimiklerin (hem depresyonu olan hem de olmayan bulimikler) kontrole göre düşük bağlılık bildirdiği görülmüştür. Bulimikler kendi içlerinde karşılaştırıldığında ise depresyonu bulunan bulimiklerin daha düşük seviyede bağlılık bildirdiği görülmüştür. Bulimiklerin kontrole göre daha yüksek düzeyde kontrol bildirdiği görülmüştür. Kendi içlerinde kıyaslandığında depresyonu olan bulimiklerin olmayanlara göre daha yüksek düzeyde kontrol bildirdikleri görülmüştür. Buradan hareketle bulimiklerin aile ortamını olumsuz algılamasının depresif semptomlarla ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Başka çalışmalar ise aile ortamındaki bağlılık ve çatışma özelliklerinin yeme bozukluklarıyla ilişkili olmadığını ortaya koymuştur (Brooking ve Wilson, 1994). Waller, Slade ve Calam (1990) çalışmasında algılanan aile bağlılığı ve uyumu ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 12 Anoreksiya Nervoza, 21 Anoreksiya Nervoza geçmişi olan Bulimia Nervoza, 8 Bulimia Nervoza olan ama Anoreksiya Nervoza geçmişi olmayan hasta, 27 kişide kontrol grubu olarak çalışmaya katılmıştır. Çalışmanın sonucunda yeme bozukluğu hastalarının ailelerinde

düşük bir bağlılık olduğunu bildirdiği görülmüştür. Fakat Aile Uyum ve Bağlılık Ölçeğinden alınan puanların EAT-40 puanlarını tahmin etmediği görülmüştür.

Thienemann ve Steiner'in (1993) çalışmasında Anoreksiya Nervoza kısıtlayıcı tip, bulimik tip, normal kiloda Bulimia Nervoza ve major depresyonu bulunan hasta grupları aile ortamı açısından karşılaştırılmıştır. 118 ergen kızın katıldığı çalışmanın sonucunda alınan tanımlar ile aile ortamı arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır. Fakat depresyon düzeyi ile aile ortamı arasında olumsuz bir ilişki olduğu görülmüştür.

Crowther ve diğerlerinin (2002) yürüttüğü çalışmada genel aile işlevsizliği (çatışma, bağlılık, organizasyonun olmaması ve zayıf duygusal dışavurum), ailenin yeme ile ilgili alışkanlıkları ve davranışları (yemeğin dışsal kontrolü, ailede yemek yemeye ilgili kurallar, yemeğin teşvik olarak kullanılması), dış görünümle ilgili ailenin olumsuz iletişimi ve diyetle teşvik etmeleri ile bulimik semptomlar arasındaki ilişki incelenmiştir. 345 öğrenci kadın çalışmaya katılmıştır. Araştırmanın sonucunda çatışmanın yüksek olduğu ailelerde duyguların düşük ifadesi, yemede daha az kontrol, görünümle ilgili daha fazla eleştiri ve diyetle teşvik ile ilişkili çıkmıştır.

Kent ve Clopton'un (1988) çalışmasında ise Bulimia Nervoza hastaları, klinik düzeyde tanı almayan bulimik davranış gösterenler ve bulimia olmayanlar psikolojik uyum ve aile dinamikleri açısından incelenmiştir. Çalışmaya öncelikle 500 kişi katılmıştır. Bu 500 kişiden 27'sinin Bulimia Nervoza tanısı aldığı görülmüştür. 21 kişi ise bulimik semptomlar göstermekle beraber Bulimia Nervoza tanısı almadığı görülmüştür. Kontrol grubu da 35 kişiden oluşturulmuştur. Çalışmanın sonucunda bulimik davranışlar gösteren fakat Bulimia Nervoza tanısı almayan grubun kontrole göre denetim alt ölçeğinden daha düşük puan aldıkları görülmüştür.

Head ve Williamson (1990) çalışmasında da bulimik hastaların aile ortamı ile bulimia nervoza semptomları ve ikincil psikopatolojiler arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmaya 58 Bulimia Nervoza hastası katılmıştır. Yüksek düzeyde çatışmalı ve kısıtlayıcı Anoreksiya Nervoza hastalarının ailelerinde yüksek düzeyde kontrol ile bulimik/anoreksik davranışlar ve bilişler arasında ters bir ilişki bulunmuştur. İşlevsiz aile ortamı bulimik semptomlardan daha çok bulimiya bağlı olarak ikincil gelişmiş olan nörotizm gibi özelliklerle ilişkili bulunmuştur.

Dolayısıyla işlevsiz aile ortamının genel bir nörotik kişilik yapısı veya kişilik bozukluğuyla ilişkili olduğu belirtilmektedir.

3.2 Yeme Bozukluğu ile Sosyotropi-Otonomi

Otonomi ve sosyotropi kişilik özelliklerinin yeme bozukluğunu etkileyen faktörler olduğu belirtilmektedir. Bruch inisiyatif alma ve otonomi alanında yaşanan eksikliği anoreksiya nervozanın temel özelliklerinden biri olarak görmektedir. (Bruch, 1973). Sosyotropi ve otonomi Beck tarafından depresyonu açıklamak için ortaya konmuş olan iki kişilik özelliğidir. Sosyotropi kişinin diğer insanlarla olumlu ilişkilerde olma ihtiyacını betimlemektedir. Yüksek sosyotropik insanlar açısından diğer insanlar tarafından onaylanmak çok önemlidir. Sosyotropik kişilik özelliğine sahip kişilerin yaşam kalitesi diğer insanlarla olan ilişkilerine bağlıdır. Otonomi ise kişinin bağımsızlık ve hedeflediği amaçlara ulaşma ihtiyacını betimlemektedir. Yüksek otonomiye sahip kişiler, kişisel başarı ve başarısızlıklara, bireysel üstünlüğe büyük önem verirler (Blatt ve Zuroff, 1992; Robins ve diğer., 1989). Yeme bozukluğu hastalarının ailelerinde yüksek bağlılık algıladıkları, özellikle anneleriyle olan ilişkilerinde kendilerini otonom algılamadıkları görülmüştür (Karwautz ve diğer., 2003).

Otonomi ve sosyotropi kişilik özellikleri ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarının büyük çoğunluğunun katılımcılarının öğrencilerden oluştuğu görülmektedir. Yeme bozukluğu hastalarıyla yapılan çalışmaların oldukça az sayıda olduğu görülmektedir (Hayaki ve diğer., 2003; Narduzzi ve Jakson, 2000; Strauss ve Ryan, 1978).

Strauss ve Ryan'ın (1978) çalışmasında 19 Anoreksiya Nervoz a kısıtlayıcı tip, 14 Anoreksiya Nervoz a bulimik tip ve 17 kişiden oluşan kontrol grubu ele alınmış ve Anoreksiya Nervoz a hastalarında otonominin daha düşük olduğu görülmüştür. Özellikle Anoreksiya Nervoz a kısıtlayıcı tipte etkisizlik duygusunun daha fazla deneyimlendiği görülmüştür.

Narduzzi ve Jakson (2000) otonomi ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmasında 21 Bulimia Nervoz a, 16 Anoreksiya Nervoz a, 25 Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu'ndan oluşan 62 yeme bozukluğu hastası ve

kontrol grubunu karşılaştırmıştır. Yeme bozukluğu hastalarının yüksek otonomi ve sosyotropi-bağımlılık ihtiyacını bir arada gösterdiği bulunmuştur. Diğerlerinden bağımsız olma diğer taraftan da benlik saygısı için kaynak olarak kişiler arası ilişkileri kullanma ihtiyacı birleşeni yeme bozukluğu geliştirmek için büyük bir risk faktörü olarak ortaya konmuştur. Sosyotropi özelliğinin özellikle bulimik semptomlarla ilişkili olduğu görülmüştür. Kontrol grubu ile yeme bozukluklarını en iyi ayıran etkenin ise otonomi olduğu bulunmuştur.

Frederick ve Grow'un (2002) 71 kolej öğrencisi üzerine yürüttüğü çalışmada otonomi ile yeme bozukluğu arasında bir ilişki bulunduğu ve bu ilişkide benlik saygısının aracı olduğu ifade edilmiştir. Otonomi alanında yetersizlik yaşayan kadınların benlik saygısı geliştirmede başarısız olacakları belirtilmiştir. Sonuç olarak bu kadınların kontrol ve benlik değeri kazanmak anlamına gelecek olan yeme bozuklukları geliştirme açısından risk taşıyacakları belirtilmiştir.

Narduzzi ve Jakson (2002) otonominin ve sosyotropi kişilik özelliklerinin özgün bir biçimde yeme bozuklukları üzerinde etkisi bulunup bulunmadığı incelemiştir. Çalışmasına 286 kolej öğrencisi katılmıştır. Bunların içinde 2 Anoreksiya Nervoza kısıtlayıcı tip ile 7 Bulimik Anoreksiya Nervoza, 10 Bulimia Nervoza, 19 Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu hastası olduğu bulunmuştur. Otonomi ve sosyotropi bu çalışmada hem projektif testle hem de kendi kendine bildirilen testlerle incelenmiştir. Hem projektif ölçümlerde hem de kendi kendine bildirilen testlerle bağımlılık yeme bozukluğuyla doğrudan ilişkili çıkmamıştır. Otonomi ve depresyon bu ilişkide aracı olarak bulunmuştur. Otonomi ise hem depresyon hem de bulimik semptomlarla doğrudan ilişkili çıkmıştır. Otonomi ihtiyacı bir savunma mekanizması işlevi görmektedir. Fakat otonominin bu işlevi bağımlılık ihtiyaçlarını bilinçten uzak tutmayı başaramamaktadır.

Sosyotropi ile ilişkili çalışmaların büyük çoğunluğunun kolej öğrencileri üzerinde yürütüldüğü görülmektedir. Çalışmaların sonuçlarının çelişkili olduğu görülmektedir. Sosyotropinin doğrudan yeme bozuklukları üzerinde etkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Duemm, Adams ve Keating, 2003; Hayaki ve diğer., 2003; Friedman ve Whisman, 1998). Bunun yanı sıra sosyotropinin doğrudan bir etkisi olmadığı depresyon, duyguların ifade edilmesinde ikilem yaşama gibi

etkenlerin yeme bozukluklarıyla ilişkisinde aracı olduğu görülmüştür (Krause, Robins ve Lynch, 2000).

Duemm, Adams ve Keating (2003) Stice'in iki yönlü modelini sosyotropi değişkenini ekleyerek tekrar test etmiştir. Stice modelinde toplumdaki güzellik idealinin içselleştirilmesinin, beden memnuniyetsizliğine, beden memnuniyetsizliğinin de kısıtlayıcı yeme davranışlarına ve olumsuz duygulanıma yol açacağını belirtmiştir. Bunların da bulimik davranışlarla bağlantılı olduğunu ifade etmektedir. Çalışmada 184 kız öğrenci ele alınmıştır. Sonuç olarak Stice'in modeli desteklenmemiştir. Beden memnuniyetsizliği ile olumsuz duygulanımın hiçbir aracı etken olmaksızın bulimik davranışları tahmin ettiği görülmüştür. Sosyotropi ile bulimik davranışlar arasındaki ilişkide ise olumsuz duygulanımın aracı olduğu görülmüştür. Bununla beraber sosyotropinin bulimik davranışlar üzerinde doğrudan da etkisi bulunduğu görülmüştür. Diğerlerinin onaylamasına yüksek düzeyde ihtiyaç duyan kızların bulimik davranışlar geliştirmek için risk altında olduğu belirtilmiştir. Bu durum toplumun güzellik idealinin içselleştirmemiş veya olumsuz duygulanım deneyimlemeyenlerde de sosyotropinin bulimik davranışlar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Tıkınırcasına yeme bu kişiler için psikolojik açlığın giderilmesi için bir çaba olarak değerlendirilebilir.

62 Bulimia Nervosa hastası ve 139 öğrencinin ele alındığı çalışmada sosyotropi kişilik özelliğinin bulimik semptomları tahmin ettiği görülmüştür. Sosyotropi kişilik özelliği ile bulimik semptomlar arasındaki ilişkinin depresyondan bağımsız olduğu görülmüştür (Hayaki ve diğer., 2003). Sadece kolej öğrencileri ile yürütülen bir başka çalışmada da benzer biçimde depresyon kontrol edildiğinde bulimik semptomlar ile sosyotropi ilişkili çıkmıştır (Friedman ve Whisman, 1998).

Krause, Robins ve Lynch (2000) sosyotropi ile bozuk yeme davranışları arasındaki ilişkide duyguların ifade edilmesinde yaşanan ikilemin aracı olup olmadığını araştırmıştır. Çalışmaya 115 kadın kolej öğrencisi katılmıştır. Çalışmanın sonucunda sosyotropinin duyguların ifadesinde ikilem yaşanmasına sebep olduğu bunun da yeme bozukluğu semptomlarının gelişmesinde rol oynadığı bulunmuştur.

Todd ve diğerlerinin (2005) çalışması da iki aşamalı olarak gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada 118 kadın kolej öğrencisi çalışmaya katılmıştır. Katılımcılara 6 hafta sonra tekrar bir ölçüm yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda ilk

ölçümde elde edilen sosyotropi ve algılanan sosyal destek puanlarının ikinci ölçümdeki bozuk yeme davranışlarındaki değişimlerden sorumlu olduğu fakat bu değişkenlerinin etkisinin pek de yüksek olmadığı bulunmuştur. Çalışmanın ikinci aşamasında 138 kadın öğrenci alınmış ve sosyotropi, kişiler arası çatışma ile bozuk yeme alışkanlıkları ve davranışları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. 10 hafta sonra katılımcılara tekrar bir ölçüm yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda kişiler arası çatışmaların bozuk yeme davranışı ile ilişkili olduğu ve sosyotropinin ise tahmin etme gücünün olmadığı görülmüştür.

3.3 Yeme Bozukluğu ile Benlik Saygısı

Düşük benlik saygısının bozuk yeme davranışlarını tahmin etme gücünün yüksek olduğu ifade edilmektedir (Ghader, 2003). 15-16 yaşlarındaki, 609 kız öğrenci üzerinde çalışma yürütülmüştür. Yeme Tutum Testi'nden yüksek puan alan 16 ve düşük puan alan 15 kız ile daha sonra görüşme yapılmıştır. Yüksek yeme testi puanı alan kızların benlik saygısı puanlarının da düşük olduğu ve kendilerinden daha memnuniyetsiz olduğu görülmüştür. Bedenlerine dair daha olumsuz bir bakış açılarının olduğu belirtilmiştir (Button ve diğer., 1997). Gual ve diğerlerinin (2002) çalışmasında da düşük benlik saygısı ve yüksek nörotizmi bulunan kızlarda yeme bozukluğunun 14 kat fazla görüldüğü bulunmuştur. Bu çalışma 12-21 yaş arası 2,682 kız üzerinde yürütülmüştür. Çalışmada Benlik Saygısı ve Eysenck Kişilik Envanteri'nin üç alt boyutundan ele alınmıştır.

Yeme bozukluğu bulunan kadınlarda düşük benlik saygısı ve yüksek depresyonun beden ölçümü ve beden algısı üzerinde olumsuz bir etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Çalışmada 42 kolej öğrencisi yer almıştır. Çalışmanın sonucunda benlik saygısının kişinin kendini çekici bulmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Kendini çekici bulmayan kadınların benlik saygısı düşük bulunmuştur fakat bu durum depresyonun varlığından bağımsızdır (Grubb, Sellers ve Waligroski, 1993).

Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza, obez olup diyet yapanlar, diyet yapan ama obez olmayan ve normal kontrol grubu ile algılanan kontrol, güvenli davranış, benlik saygısı ve kendine yöneltilmiş düşmanlık açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 32 Anoreksiya Nervoza, 30 Bulimia Nervoza, 31 obez olup diyet yapan, 29 obez olmayan diyet yapan kişi ile 35 kişilik kontrol grubu

katılmıştır. Yeme bozukluğu grubunda yüksek dışsal kontrol odağı ve kendine yöneltilmiş saldırganlık, düşük güvenli davranış ve benlik saygısı bulunmuştur (Williams ve diğer., 1993).

Anoreksiya Nervosa hastalarında benlik imajını araştıran bir çalışmada 36 Anoreksiya Nervosa hastası ilk görüşmenin ardından 7.5 yıl takip edilmiştir. 7.5 yıl sonra alınan ölçümlerde benlik saygısının ilk ölçümlerden farklı olmadığı görülmüştür. Düşük benlik saygısı Yeme Bozukluğu Envanteri'nin alt ölçeklerinden zayıf olma itkisi, beden memnuniyetsizliği, etkisizlik, kişiler arası ilişkilerde güvensizlik hissetme, büyüme korkusu ve beden duyumlarından gelen uyarıların farkındalığında yaşanan güçlük ile ilişkili çıkmıştır (Button ve Warren, 2002).

Düşük benlik saygısı Anoreksiya Nervosa ve Bulimia Nervosa hastaları açısından önemli bir tedavi konusu olduğu bildirilmektedir (Baird ve Sights, 1986). İyileşmiş yeme bozukluğu hastalarında kontrol ile karşılaştırıldığında daha düşük benlik saygısı olduğu görülmüştür. Buradan hareketle düşük benlik saygısının yeme bozuklukları için geçici bir kişilik özelliği olmadığı ifade edilmektedir (Blasse ve Elklit, 2001). Troop ve diğerlerinin (2000) çalışmasında bulimia nervosa olan 53 kadın 16 Kognitif Davranışçı Terapi seansı gördükten sonra benlik saygıları ölçülmüştür. Benlik saygısında tedavi sonrasında genel bir artış olduğu görülmüştür.

İyileşmiş, hala yeme ile ilgili bazı zorluklar yaşayan ve yeme bozukluğu süren 44 Anoreksiya Nervosa hastası kişilik özellikleri, benlik saygısı, hayattan aldıkları memnuniyet açısından incelenmiştir. Benlik saygısının hastalığı iyi seyreden ve iyileşmiş hastalarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yeme bozukluğunun depresyonla kıyaslandığında benlik saygısı üzerinde daha olumsuz bir etkisi olduğu görülmüştür (Halvorsen ve Heyerdahl, 2006).

Yeme bozukluğu hastalarında hastalık döneminde ve iyileştikten sonra benlik saygısı, nörotizm ve yeme bozukluğu arasındaki ilişki araştırılmıştır. 2743 kişiye YTT-40 uygulanmış 30 kesme puanının üzerinde alanlarla yapılan klinik görüşme sonucunda 119 tanesinde yeme bozukluğu saptanmıştır. Bu kişilerin 2509'u 18 ay sonra tekrar çalışmaya çağırılmış, çalışmanın sonucunda sonradan yeme bozukluğu geliştiren 90 kişinin daha düşük benlik saygısı gösterdiği bulunmuştur. Nörotizmi yüksek olan ve benlik saygısı düşük olanlarda yeme bozukluğu geliştirme riskinin

daha fazla olduğu görülmüştür. Fakat çalışmanın sonucunda nörotizmin daha yüksek tahmin gücünün olduğu bulunmuştur (Cervera ve diğer., 2003).

Benlik saygısını araştıran diğer çalışmalar ise benlik saygısının aracı etkisi üzerinde durmuştur (Dunkley ve Grilo, 2007; Ross ve Wade, 2004). Diyet davranışını ve kontrolsüz yemeyi hangi faktörlerin bir arada etkilediğini araştıran bir çalışma 111 kadın kolej öğrencisi üzerinde yürütülmüştür. Çalışmanın sonucunda kişinin dışsal standartlara göre benliğini yargılamasının beden ve kilo ile aşırı uğraşla ilişkili olduğu ve bu ilişkide benlik saygısının aracı bir değişken olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra benlik saygısı ile hem diyet davranışı hem de kontrolsüz yeme arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu ilişkide beden ve kilo ile ilgili kaygıların aracı olduğu görülmüştür (Ross ve Wade, 2004).

Daha sonraki çalışmalar benlik saygısı ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırırken benlik saygısını iki boyutlu olarak ele almışlardır. Kendini bağlama, sosyal geri bildirimlere ve sosyal onaya bağlı olan benlik saygısı boyutudur. İkinci boyut ise kendilik yeterliliği olarak adlandırılmaktadır ve kontrol ve etkililik ile ilişkilidir. Benlik saygısının kendine yeterlilik boyutunun yeme bozukluğunun en iyi tahmin eden değişken olduğu bildirilmiştir (Gordon ve diğer., 2005; Paterson ve diğer., 2007). Kendini bağlamanın ise kusma ve laksatif kullanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Surgenor ve diğer., 2007). Bulimia Nervosa'da yaşanan yetersizlik duygusu sebebiyle, kişi sağlıklı egzersiz yoluyla kilo verebileceğine inanmamaktadır ve kusma, diüritik v.b. kullanma yoluyla kilo vermeyi hedeflemektedir (Gordon ve diğer., 2005).

Diğer çalışmalar ise benlik saygısı ile yeme bozuklukları arasında bir ilişkiye rastlamamıştır (Jacobi ve diğer., 2004; Joiner, Schmidt ve Wonderlich, 1997). Benlik tasarımıındaki bozukluk ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki incelenmiştir. 33 Anoreksiya Nervosa, 38 Bulimia Nervosa, 28 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu hastası, 37 Anksiyete, 37 Depresyon hastası ve 153 kişiden oluşan kontrol grubu çalışmaya katılmıştır. Çalışmanın sonucunda depresyon kontrol edildiğinde bulimikler ve tıkınırcasına yeme bozukluğu gösterenlerin daha düşük benlik saygısı gösterdikleri bulunmuştur. Benzer bir biçimde klinik kontrol gruplarının tamamında olumsuz bir kendilik tasarımı ve yüksek düzeyde etkisizliğe rastlandığı için düşük

benlik saygısının ve yüksek etkisizliğin sadece yeme bozukluğuna özgü olmadığı düşünülmektedir (Jacobi ve diğer., 2004).

Kilo ve görünümle ilişkili kaygılar, benlik saygısı, diyet ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada 19 Anoreksiye Nervoza hastası, 20 diyet yapan ve 21 diyet yapmayan kişi ele alınmıştır. Çalışmanın sonucunda depresyon kontrol edildiğinde Anoreksiye Nervoza hastalarının düşük benlik saygısı ve kilo ve görünümle ilgili kaygılar açısından kontrol grubundan farklılaşmadığı görülmüştür (Wilksch ve Wade, 2004).

Bedene bağlı bir benlik saygısının bulimia nervozaya özgü olup olmadığını araştıran çalışmaya 22 Bulimia Nervoza, 21 Depresyon hastası ile 24 kişiden oluşan kontrol grubu katılmıştır. Bulimia Nervoza hastaları ile depresyon hastaları benlik saygısı açısından farklı bulunmamıştır. Bulimiklerin depresyon hastalarına göre bedenlerinden daha fazla memnuniyetsiz olduğu görülmüştür. Bu çalışmada fakat bulimikler ile depresyon hastaları Yeme bozukluğu Envanteri ile ölçümlenen bulimia puanları açısından birbirinden farklı çıkmamıştır. Bulimik hastalarla depresyon hastaları karşılaştırıldığında bedenden duyulan memnuniyetsizlik ile benlik saygısı arasında ilişki açısından bir farklılık bulunamamıştır. Çalışmanın sonucunda bedene bağlı bir benlik saygısının sadece Bulimia Nervoza'ya özgü olmadığı belirtilmiştir. Çalışmacılar depresyon hastalarının bulimik puanlarının yüksek olmasının bu sonucu neden olabileceğini belirtilmişlerdir (Joiner, Schmidt ve Wonderlich, 1997).

3.4 Yeme Bozukluğu ile Beden Memnuniyetsizliği

Yeme bozukluğunu en iyi tahmin eden değişkenin beden memnuniyetsizliği olduğu belirtilmektedir (Senra ve diğer., 2007). Teorik olarak bedenden duyulan memnuniyetsizliğin diyet ve olumsuz duygulanıma yol açacağı düşünülmektedir (Bruch, 1973). Zayıf olmanın ideal olduğuna dair inanç içselleştirildiğinde bu durum beden memnuniyetsizliğine yol açacaktır. Bedenden duyulan memnuniyetsizlik ise diyet davranışına yol açacaktır çünkü kilo vermenin en etkili yöntemi olarak görülmektedir. Aynı zamanda olumsuz duygulanıma yol açacaktır çünkü kadınlar için görünüm merkezi bir kendini değerlendirme boyutudur (Stice, 2002). Yeme bozukluğu hastalarının benlik saygısının, bedenlerini bir araç olarak kullanmalarına

ve bedenlerinin sosyal önemine bağılı olduğu bulunmuştur (Mendelson ve diğ., 2002). Erinlik dönemindeki kızların bedenlerinde meydana gelen değişimlerle beraber beden memnuniyetinin düştüğü görülmüştür. Bu erinlik döneminde meydana gelen değişimler tetikleyici etken olarak düşünülmektedir. Fiziksel değişim bireysel beden imajını etkilemekte ve bedenlerinden memnun olmayan kızların yeme tutumu testlerinden aldıkları puanlar daha yüksek olmaktadır. Diyetle yaşanan başarısızlıklar ve kiloda yaşanan dalgalanmalar kişinin bütünleşmiş ve erinlik sonrasında varlığını sürdürecektir bir beden imajını engellemektedir. Beden imajı bozukluğu bir yaralanabilirlik faktörü olarak karşımıza çıkan bu durumda kilo vermek için yenilenen çabalar ile kendini gösterecektir (Attie ve Brooks-Gunn, 1989).

Sands ve diğ. (1997) ergenlik öncesi döneminde bulunan 10-11 yaşlarındaki 61 çocuğu 9 ay izlemiştir. 3 ölçüm uygulanmıştır. Beden memnuniyetsizliğinin zayıf olma arzusuyla ilişkili olduğu görülmüştür. Düşük benlik saygısında beden memnuniyetsizliğiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir.

McGee ve diğ. (2005) yürüttükleri çalışmada mükemmeliyetçi beden temsili ile bozuk yeme davranışları arasında beden imajının değerlendirmesinin aracı rol oynayıp oynamadığı incelenmiştir. 145 öğrenci üzerinde yürütülen çalışmanın sonucunda beden imajının değerlendirilmesinin aracı bir değişken olmasının dışında doğrudan yeme bozukluğu semptomları üzerinde etkisi olduğu görülmüştür.

Friestad ve Rise (2004) 10 yıllık boylamsal bir çalışmada 487 katılımcıdan 15, 18, 21 yaşlarında ölçüm almıştır. Kız ergenlerde beden imajının diyet davranışını tahmin ettiği görülmüştür.

Kilo ile ilgili kaygıların bozuk yeme davranışlarının gelişmesinde etkisini araştıran bir çalışmada 877 9. sınıf öğrencisi 4 yıl boyunca izlenmiştir. Çalışmanın sonucunda kilo ile yüksek kaygılar taşıyanların 4 yıl sonra daha fazla tıknırcasına yeme, tıknırcasına yerken kontrol kaybettiği hissi yaşadığı ve telafi edici davranış gösterdiği bulunmuştur (Killen ve diğ., 1996).

Anoreksiya Nervoza ve Bulimia Nervoza hastalarının bedenlerinden memnun olmadıkları, kiloları, görünümeleri ile aşırı uğraş gösterdikleri bilinmektedir. Fakat başka çalışmalar beden memnuniyetsizliği ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi destekler sonuçlar bulmamıştır. Leon ve arkadaşlarının (1995) yürüttüğü boylamsal

çalışmada ise bedenden duyulan memnuniyetsizlik 2 yıl sonra yapılan bozuk yeme davranışlarıyla ilgili ölçümleri tahmin etmemiştir. Benzer bir biçimde beden memnuniyetsizliğinin sadece bulimiya özgün olmadığı depresyon hastaları ile kıyaslandığında beden memnuniyetsizliği açısından farklı çıkmadıkları görülmüştür (Joiner, Schmidt ve Wonderlich, 1997).

Benzer bir biçimde Graber ve Brooks-Gunn (2001) yeme bozukluğu ile depresif problemlerinin eş zamanlı görülmesini 105 öğrenci üzerinde incelemiştir. 7., 8., 9., 10. sınıflarda okuyan bu kızlara 2 yıl sonra ve bir de genç erişkinliklerinde ölçüm yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda beden imajı bozukluğunun ergenlikte bozuk yeme davranışları ile ilişkili iken yetişkinlikte ilişkili olmadığı belirtilmiştir.

234 öğrencinin çalışmaya katıldığı bir başka çalışmada da beden memnuniyetsizliğinin bozuk yeme davranışlarını belirlediği görülmüştür. Beden memnuniyetsizliği ise yaş, beden kitle indeksi ve olumsuz duygulanım tarafından etkilenmektedir. Fakat kilo alımı ve beden memnuniyetsizliğinin sadece tek başına yeme bozukluğunun ortaya çıkmasına yol açmadığını, başka faktörlerin devreye girdiğini belirtmiştir. Beden memnuniyetsizliğinin olumsuz duygulanım ile ilişkili olduğu görülmüştür. Ailesi, arkadaşları, sevgilileri tarafından benimsenmiş güzellik idealine ulaşamadıkları için olumsuz bir duygulanım deneyimlemektedirler. Aynı zamanda bu kızların duygularını tanımlamada güçlük yaşamaları işlevsiz yeme tutumu ve davranışlarını açıklayabilir. Özellikle diyet yapma, tıknırcasına yeme ve çıkarma bu duygularla başa çıkmak için bir araç olarak kullanılıyor olabilir. Olumsuz duygulanımın beden memnuniyetsizliği ile ilişkili hale gelmesi ve yeme bozukluklarının gelişmesi tanımlamakta güçlük çekilen olumsuz duygulanımların hafifletilmesini sağlayacaktır (Sim ve Zeman, 2006).

Sassaroli ve Ruggiero (2005) çalışmalarında stresli durumlarda mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, kaygı, beden kitle indeksi ve bozuk yeme davranışları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Önemli bir yazılı öncesi ve bu yazılının sonuçlarını alacakları gün ve sıradan bir okul gününde 145 kız öğrenciden ölçüm alınmıştır. Bu grupta yüksek düzeyde beden memnuniyetsizliği bulunmuştur. Fakat sadece stresli durumlarda bu beden memnuniyetsizliğinin diyet yapma, tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışlara sebep olduğu görülmüştür. Kişinin bedeniyle ilgili yaşadığı güvensizlik stresli durumlarda kilo verme arzusunu tetiklemektedir.

Bu çalışmaların dışında yeme bozukluklarını önleme için yapılan çalışmalarda beden imgesini olumlu yönde geliştirme üzerinde durulmuştur (McVey ve diğer., 2004; Wade, Davidson ve O'Dea, 2003). Fakat çalışmaların sonunda beklenen yönde sonuçlar elde edilememiştir. Beden memnuniyetinde görülen değişimlerin kalıcı olmadığı (McVey ve diğer., 2004) hatta bozuk yeme davranışlarının gelişimini önlemede etkisi bulunmadığı görülmüştür (Wade, Davidson ve O'Dea, 2003).

3.5 Türkiye’de Yeme bozukluğuyla İlgili Yapılan Çalışmalar

Türkiye’de yeme bozukluğuyla ilişkili yapılan çalışmalara bakıldığında üniversite veya lise öğrencilerinde anormal yeme tutum ve davranışlarının sıklığını araştıran (Baş ve diğer., 2004; Çelikel ve diğer., 2008; Demir ve diğer., 1998; İlhan ve diğer., 2006; Kızıltan ve diğer., 2006; Polat ve diğer., 2005; Uzun ve diğer., 2006) çalışmalara rastlanmaktadır. Anormal yeme tutum ve davranışlarıyla sosyo demografik değişkenler, cinsel istismar, aile işlevselliği, ebeveyn çocuk yetiştirme tutumları, kimlik statüsü, mükemmeliyetçilik, öz güven arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar yapılmıştır (Altuğ, 1999; Çakırlı, 2005; Erol ve diğer., 2000; Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002; Gürmeriç, 2003; Kuğu ve diğer., 2006; Siyez ve Uzbaş, 2006; Uzun, 1999). Yeme bozukluğu tanısı alan hastalar üzerinde yürütülen çalışmaların ise oldukça nadir olduğu görülmektedir (Erol ve diğer., 2000; Erol ve diğer., 2000; Maner, Erkıran ve Hantaş, 2004). Ayrıca yeme bozukluğu geliştirme açısından riskli grup olarak düşünülen atletler ve diyet yapan ergenler üzerinde yürütülen çalışmalar da bulunmaktadır (Örsel ve diğer., 2004; Vardar ve diğer., 2005; Vardar, Vardar ve Kurt, 2007).

Yeme bozukluğuyla görülme sıklığıyla ilgili çalışmalar üniversite ve lise öğrencileri üzerinde yürütülmüştür. Lise öğrencisi 944 ergen öğrenci üzerinde yürütülen çalışmada 17 Bulimia Nervoza, 8 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olgusuna rastlanmıştır. Yeme bozukluğu tanısı alan erkek öğrencilerin hepsinin tıkınırcasına yeme bozukluğu gösterdiği bulunmuştur. Olgu grubundaki ergenler kontrole göre aile içinde daha fazla eleştirildiklerini ve suçlandıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca olgu grubundakiler daha fazla okula gitme isteksizliği, kendine zarar verici davranışlar ve

evden kaçma davranışı sergilemişlerdir (Demir ve diğer., 1998). Bir başka çalışmada 457 üniversite öğrencisinden %11,5'inde bozuk yeme davranışlarına rastlanmıştır. Cinsiyetler açısından bozuk yeme davranışı bakımından bir fark bulunamamıştır. Hem kız öğrencilerde hem de erkek öğrencilerde bozuk yeme davranışı gösterenlerde düşük benlik saygısına, yüksek kaygı düzeyine ve yüksek sosyal fiziksel kaygıya rastlanmıştır (Baş ve diğer., 2004). 416 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen çalışmada yeme tutum ve davranışlarına ilişkin özellikler araştırılmış ve çalışmanın sonucunda öğrencilerde yeme davranışlarındaki belirgin sapmalar, anorektik ve bulimik özellikler düşük oranlarda gözlenmiştir. Ayrıca kız öğrencilerin daha fazla diyet yaptıkları bulunmuştur (Polat ve diğer., 2005). 414 kolej öğrencisi üzerinde yürütülen çalışmada örneklemin %1'inde yeme bozukluğuna rastlanmıştır. %17,1'inde bozuk yeme davranışlarına rastlanmıştır. Bu oranın Batı toplumlarıyla benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Bulimia nervoza oranı ise Batı toplumlarına göre daha düşük çıkmıştır (Uzun ve diğer., 2006). Ankara Gazi Tıp Fakültesi'nde okuyan 1144 öğrenciden %13,7'sinde bozuk yeme davranışlarına rastlanmıştır (İlhan ve diğer., 2006). 300 üniversite öğrencisi üzerinde bulimik davranışlar ve sağlıksız yeme alışkanlıkları araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda 4 kişide BITE (Edinburgh Bulimia Araştırma Testi) puanlarının kesme puanı üzerinde olduğu görülmüştür. Kadın ve erkekler için görülme sıklığı farklılık göstermemiştir (Kızıltan ve diğer., 2006). Çelikel ve diğerlerinin (2008) 267 üniversite öğrencisi üzerinde yürüttükleri çalışmada ise öğrencilerin %12,4'ünde anormal yeme tutum ve davranışları bulunmuştur. Bozuk yeme tutum ve davranışları ile depresyon, obsesif-kompulsif belirtiler, fobik anksiyete ve annenin obsesif-kompulsif belirtileri, fobik anksiyetesi, genel psikopatolojisi ile ailedeki duygusal katılım ilişkili çıkmıştır.

Ayrıca anormal yeme tutum ve davranışlarıyla sosyodemografik, kişisel, aile etkenleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. 202 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen çalışmada sağlıksız yeme tutumları ile aile yapısı arasında bir ilişki saptanmadığı belirtilmiştir (Siyez ve Uzbaş, 2006). Kırsal alandaki üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen çalışmada 951 öğrencide 15 Bulimia Nervosa kadın hasta, 3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu kadın hasta, 3 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu erkek hasta saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısı daha düşük bulunmuştur. Benzer olarak yeme bozukluğunda

çocukluk döneminde duygusal ve cinsel istismara maruz kalmaya daha fazla rastlanmaktadır. Yeme bozukluğu grubu ailelerini daha problematik görmektedir. Aile içerisinde özgürce duygularını ifade edemediklerini, aşağılandıklarını düşünmektedirler. Aile içerisinde sevgi, empati, huzur ve ilgiden mahrum olduklarını belirtmişlerdir (Kuğu ve diğer., 2006). Yeme tutumu testi puanlarını en tahmin eden değişkenin benlik saygısı olduğu görülmüştür (Erol ve diğer., 2000). Daha sonraki yapılan bir çalışmada ise Yeme Tutum Testi puanı en iyi tahmin eden değişkenin obsesif belirtiler alt ölçeği olduğunu bulmuştur. İkinci olarak da BKİ tahmin etmiştir (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002).

Yeme bozukluğu tanısı almış hastalar üzerinde yürütülen çalışmalarda anoreksiya nervoza ile düşük benlik saygısı, aile işlevselliği ve kişilerarası şemalar arasındaki ilişkinin incelendiği görülmektedir. 14 Anoreksiya Nervoza tanısı almış kadın ile 19 sağlıklı kadın karşılaştırılmıştır. Anoreksiya Nervoza hastalarında düşük benlik saygısı bulunmuştur. Ayrıca aile üyelerinin birbirlerine olan ilgisi ve genel işlevlerde problem yaşandığı görülmüştür. Benlik saygının aile işlevselliğine göre yeme bozukluğu belirtilerini tahmin etme gücünün daha fazla olduğu görülmüştür (Erol ve diğer., 2000). 17 Obsesif-Kompulsif Bozukluk hastası, 15 Anoreksiya Nervoza ve 13 Bulimia Nervoza hastası aile işlevselliği açısından karşılaştırılmış ve gruplar arasında bir fark bulunamamıştır. Algılanan aile işlevselliğinin genel bir psikopatolojiye sahip olunmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Erol, Yazıcı ve Toprak, 2007). Ayrıca 14 Anoreksiya Nervoza tanısı almış olan kadın hasta ile 19 kişiden oluşan kontrol grubu kişilerarası şemalar açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda anoreksik hastaların güçsüz ve pasif hissettiği ve karşı tarafın (baba) devreye girmesini istediği durumda babadan beklediği tepki kontrol grubuna göre farklılık göstermediği halde kendisinin bu tepkiden hoşlanmadığı görülmüştür. Anoreksik hastalar için babanın verdiği her iki tepki de pasiflik veya baskınlık, istenir değildir. Anoreksik hastalar arkadaşlarla ilişkilerinde belirleyici olmak istediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca anoreksik hastaların arkadaşlarından baskınlık beklentisi daha düşük bulunmuştur. Baskınlık beklentisi düşük olmasına rağmen kontrolü kaybetme korkusu nedeniyle bundan memnun değildir. Bu bulgular hastaların abartılı ve yüzeysel özerklik kurma çabasıyla ilişkilidir (Erol ve diğer., 2000).

Maner, Erkıran ve Hantaş (2004) alışmasında alkol ve madde bağımlılığı olan 56 kadın hasta ve 41 kişiden oluşan kontrol grubu eş zamanlı olarak yeme bozukluğu gösterme açısından incelenmiştir. Alkol ve madde bağımlısı olanların %16,1'inde yeme bozukluğuna rastlanmıştır.

Atletler üzerinde yeme bozukluklarını araştıran çalışmada 224 kadın atletin %16'sının bozuk yeme davranışına sahip olduğu görülmüştür. Kadın atletlerin bozuk yeme davranışı açısından risk altında bulunduğu bildirilmiştir (Vardar ve diğer., 2005). Ayrıca bozuk yeme davranışları gösteren atletlerin göstermeyenlere oranla kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Vardar, Vardar ve Kurt, 2007). Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin beden imajı, kendilik algısı ve beden kitle indeksi ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. 15-17 yaş arasında 531 lise ğrencisi üzerinde yrtlen çalışmanın sonucunda kız ergenler daha zayıf beden ideali için diyet yaparken, erkekler daha zayıf ya da daha kilolu beden ideali için diyet yapmaktadırlar. Diyet yapan gruplarda daha düşük beden imajı ve kendilik algısı saptanmıştır. Kız ve erkeklerde beden imajı doyumunu yordayan ortak değişkenler, fiziksel görünüm ve genel kendilik değeri alanları olarak bulunmuştur (rsel ve diğer., 2004). Estetik cerrahi için başvuran hastalarda beden algısı bozukluğu ve eşlik eden yeme bozukluklarını belirlemek için 98 estetik cerrahi için başvuran hasta çalışmaya katılmıştır. Bu hastaların %10'unda yeme bozukluğu saptanmıştır (Başterzi ve diğer., 2003).

253 Üniversite kız öğrencisinde anormal yeme tutum ve davranışları ile sosyodemografik, çevresel ve bireysel risk faktörleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda katılımcıların %7.9'unun Yeme Tutumu Testi'nden 30 kesme puanının üzerinde aldığı diğer bir ifade ile anormal yeme tutum ve davranışlarına sahip olduğu görülmüştür. Altuğ (1999) geleneksel bir anneye sahip olmanın, niversite döneminde aile veya arkadaşları tarafından müdahaleye uğramanın, aile, erkek arkadaş veya arkadaşları tarafından kilonun olumsuz bir biçimde eleştirilmesinin, bu eleştiriye kişinin diyet ile karşılık vermesinin, kilo kaybı ile ilişkili olan medya yayınlarını takip etmenin yeme bozukluğu geliştirilmesi için birer hazırlayıcı etken olduğunu belirtmektedir. Bireysel risk etkenleri olarak genel memnuniyetsizlik ve olumsuz mkemmeliyetiliğinde bulunduğu durumlarda stresli

bir yaşam olayıyla karşılaşmanın yeme bozukluğunun geliştirilme olasılığını güçlendirdiği belirtilmektedir.

Üniversite öğrencilerinde cinsel istismar ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada anormal yeme tutum ve davranışları olanların içerisinde %37'sinin cinsel istismara uğradığı görülmüştür. Özellikle ergenlik döneminde istismara uğrayanların daha fazla bulimik yeme tutum ve davranışları sergilediği bulunmuştur. Ayrıca cinsel istismar ile anormal yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişkide aile ve mükemmeliyetçiliğin aracı rol oynadığı fakat cinsel istismarın bu değişkenlerden bağımsız olarak doğrudan da anormal yeme tutum ve davranışlarla ilişkisi olduğu bulunmuştur (Uzun, 1999).

223 üniversite öğrencisi üzerinde yürütülen çalışmada çocuk yetiştirme tutumları, kimlik gelişimi ile bozuk yeme örüntüleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca bireycilik-topluculuk etkenleri de araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların %10'u anormal yeme tutum ve davranışları göstermektedir. Sosyo demografik değişkenler ile anormal yeme tutum ve davranışları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmanın sonucunda arkadaşların eleştirisi ve medyanın etkisinin bozuk yeme davranışları üzerinde erken dönem aile çevresi ve kimlik gelişiminden daha önemli bir rol oynadığı görülmüştür. Aile değişkenleri içerisinde sadece annenin sergilediği sıcak sevgi dolu tutum ile yeme tutum testi puanlarının olumlu ilişki gösterdiği bulunmuştur. Annenin ve babanın sergilediği kontrol ile ise ilişkili bulunmamıştır. Kimlik gelişimi açısından ise sadece erken bağlanmış enjekte kimliğin (foreclosure) anormal yeme tutum ve davranışlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Buradan hareketle erken dönem aile ilişkileri ve kimlik problemlerinin bozuk yeme tutum ve davranışlarıyla ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Bireycilik-topluculuk açısından ele alındığında ise bireycilik ile Yeme Tutumu Testi puanlarının olumlu bir ilişki gösterdiği bulunmuştur (Gürmeriç, 2003).

298 lise kız öğrencisinde aile ortamı, özgüven ve mükemmeliyetçilik değişkenleri ile anormal yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda anormal yeme tutum ve davranışları olan öğrencilerin ailelerinin daha işlevsiz olduğu, özgüvenlerinin ise daha düşük olduğu görülmüştür. Anormal yeme tutum ve davranışlar gösterenlerin yakın çevrelerinden kilolarına ilişkin daha fazla eleştiri aldıkları, daha sık zayıflama girişiminde bulundukları, kitle

iletişim araçlarındaki zayıflıkla ilgili yayınları daha sıklıkla izledikleri bildirilmiştir (akırlı, 2005).

Anormal yeme tutum ve davranışları gösteren niversite ğrencisi kadınlarda yemek, kilo ve görünümle ilgili bilginin hatırlanmasında seçici bir yanlılığın olup olmadığı araştırılmıştır. Fakat çalışmanın sonucunda yemek, kilo ve görünümle ilişkili kelimelerin hatırlanması veya tanınmasında kontrol grubuyla arasında bir fark bulunamadığı belirtilmiştir (Tokdemir, 2001).

Bu çalışmaların dışında yeme bozukluğunu projektif testlerle inceleyen Pirim'in (2002) alışmasında yeme bozukluğu ile öfke ifade biçimi arasındaki ilişki araştırılmıştır. 25 yeme bozukluğu hastası ile 25 kişiden oluşan kontrol grubu Sürekli fke-fke Tarzı lği ve Rorschach testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda hastalarının öfkelerini ifade etmek yerine kontrol ederek, bastırmayı tercih ettiği görülmüştür.

3.6 Araştırmanın Amacı ve nemi

Yeme bozuklukları kilo almaktan ya da şışman biri olmaktan aşırı korku duyma, bozuk bir beden imgesi, yemek yeme tutum ve davranışlarında görülen bozukluk ile karakterize bir rahatsızlıktır. DSM-IV sınıflandırılmasında yeme bozukluğu Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza ve Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Yeme bozuklukları özellikle ergenlik döneminde sıklıkla görülmektedir (Hoek ve Hoeken, 2003; Kjelsas, Bjrnstrm ve Götestam, 2004; Szumska ve diğer., 2005). Kadınlarda erkeklerle kıyaslandığında daha fazla rastlanıldığı belirtilmektedir (Götestam ve diğer., 1998; Nakamura ve diğer., 2000, Pawluck ve Gorey, 1998). Yeme bozukluğunun etiyolojisinin açıklanması için çok etkenli bir modelden hareket edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Russell, 2006).

Yeme bozukluğunun gelişiminde aile ortamının özelliklerinin önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir. Ailede ebeveynler ile ergen arasında yoğun bir ilişki bulunmaktadır. Ailedeki bu yakın ilişkinin yanı sıra ebeveynlerin ergene karşı aşırı kontrolcü bir tutum sergilediği görülmektedir (Minuchin ve diğer., 1975). Görünümde ebeveynle ocuk arasındaki bu yakın ilişki bakım verenin yoğun sevgisini yansıtır olarak görülse de aslında ergenlik öncesinde ebeveynlerin

kızlarının kendilerinden ayrılmasından duydukları korkudan ya da kızlarının yetişkin hayatına ait gereklilikleri yerine getiremeyeceğine inanmalarından kaynaklanmaktadır (Garner, 1985). Yeme bozuklukları hastaları ise ebeveynlerinden farklı olarak ailede düşük bir bağıllık ve yüksek çatışma bildirmektedir (Felker ve Stivers, 1994; Hill ve Franklin, 1998; Stern ve diğer., 1989; Vidovic ve diğer., 2005). Ailede denetim ve kontrolün yüksek olduğu (Blouin, Zuro ve Blouin, 1990; Felker ve Stivers, 1994; Kog ve Vandereycken, 1989) ve kişinin otonomi gelişimi açısından uygun bir ortam sağlamadığı bildirilmiştir (Bruch, 1973).

Yeme bozukluklarının otonomi, bağımsızlık ve bireyleşme için bir çaba olduğu bildirilmektedir. Yeme bozukluğu hastalarının yüksek otonomi ve sosyotropi-bağımlılık ihtiyacını bir arada gösterdiği bulunmuştur. Diğerlerinden bağımsız olma diğer taraftan da benlik saygısı için kaynak olarak kişiler arası ilişkileri kullanma ihtiyacı duymaktadırlar (Narduzzi ve Jakson, 2000). Otonomi alanında yetersizlik yaşayan kadınların benlik saygısı geliştirmede de başarısız olacakları ve yeme bozuklukları geliştirme açısından risk taşıyacakları belirtilmiştir (Frederick ve Grow, 1996).

Beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğu hastalığının gelişimi için önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir (Attie ve Brooks-Gunn, 1989; Senra ve diğer., 2007). Ergenler aslında yeni sosyal hayatlarını bütünleştirmek için pek çok kaynağı kullanırlar: okul başarısı, spor faaliyetlerine katılma veya okul faaliyetleri gibi. Fakat yeme bozukluğunda uygun bir fiziki görünüme ulaşılmaya çalışılır ve tek kaynak olarak bu ele alınır. Gerçekte yeme bozuklukları kişinin benliğinin işte bu kilo düzenlemesiyle ilişkilendirilmesinden kaynaklanmaktadır (Ewell ve diğer., 1996).

Yeme bozukluğu hastalarında düşük benlik saygısının bulunduğu ve benlik saygılarının beden saygıları üzerine kurulmuş olduğu belirtilmektedir (Mendelson ve diğer., 2002). Kendilerine ait bir kimliklerinin bulunmadığını hissetmektedirler. Kilo verme uğraşı kendilerine saygı duymak veya diğerlerinin kendisine saygı duymasını sağlama çabası haline gelmektedir (Bruch, 1973). Kendilerini aç bırakarak kendini güçlü hissetmekte ve diğerlerinden üstün görmektedirler. Yeme bozuklukları zayıflık, yetersizlik ve etkisizlik duygusu için bir panzehir olmaktadır (Goodsitt, 1997). Düşük benlik saygısının ayrıca yeme bozukluklarının sürmesinden de sorumlu

olduğu bildirilmektedir. Düşük benlik saygısı zayıf olma arzusuna sürüklerken, bu durum da düşük benlik saygısına yol açmakta ve bir zincir yaratmaktadır. Benlik saygısını artırmak bu zincirin kırılmasını sağlamaktadır (Newns, Bell ve Thomas, 2003).

Bunun dışında çeşitli sosyo-kültürel faktörlerin yeme bozukluklarının gelişiminde etkisi olduğu düşünülmektedir. Kitle iletişim yayınlarındaki, örneğin dergilerdeki, zayıflığın ideal güzellik için şart olduğu mesajlarına maruz kalan ve buradaki mesajları içselleştiren kadınların yeme problemleri geliştirme açısından riskli grupta oldukları bildirilmektedir (Morry ve Staska, 2001). Medyanın beden memnuniyetsizliğini belirlemede bir aracı rolü olduğu ifade edilmektedir (Hargreaves ve Tiggemann, 2003). Bununla beraber ergen kızlarda arkadaşlarının kiloları ile ilgili dalga geçmesi bulimik davranışlar üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Lieberman ve diğer., 2001; Young, McFatter ve Clopton, 2001). Dolayısıyla yeme bozukluğuyla ilişkili olduğu düşünülen tüm bu sosyokültürel değişkenler de araştırmaya dahil edilmiştir.

Bu çalışmanın kapsamını yeme bozuklukları hastaları oluşturacaktır. Yeme bozukluğu tanısı almış hastaları kapsayan bir çalışmanın yeme bozukluğu etiyolojisiyle ilgili daha doğru bir bilgi sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen ve genç yetişkin kızlar ile yeme bozukluğu tanısı almamış olanları aile ortamı özellikleri, otonomi alanında yaşanan güçlükler, beden memnuniyetsizliği, depresyon ve benlik saygısı açısından karşılaştırmaktır. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı alan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda yeme tutum ve davranışları ile aile ortamı özellikleri, otonomi-sosyotropi kişilik özelliği, beden memnuniyetsizliği, depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Bu çalışmada bunların dışında demografik değişkenler de değerlendirilecektir.

Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

A) Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Yeme Tutum Testi (YTT) puanları açısından bir farklılık var mıdır?

A.1 Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında YTT puanları açısından anlamlı bir fark olacaktır. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kontrol grubuna göre YTT'den daha yüksek puan alması beklenmektedir.

B) Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Aile Ortamı Ölçeği'nin (AOÖ) alt ölçeklerinin puanları açısından bir farklılık var mıdır?

B.1. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında AOÖ'nün alt ölçeklerinin puanları açısından anlamlı bir fark olacaktır. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kontrol grubuna göre AOÖ'nün Denetim ve Birlik-Beraberlik alt ölçeğinden daha yüksek puan alması beklenmektedir.

C) Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Sosyotropi-Otonomi Ölçeği'nin (SOSOTÖ) alt ölçeklerinin puanları açısından bir farklılık var mıdır?

C.1. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kontrol grubuna göre SOSOTÖ'nün Sosyotropi alt ölçeğinden daha yüksek puan alması beklenmektedir.

C.2. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kontrol grubuna göre SOSOTÖ'nün Otonomi alt ölçeğinden daha düşük puan alması beklenmektedir.

C.3. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda SOSOTÖ'nün Sosyotropi alt ölçeği ve Otonomi alt ölçeği arasında anlamlı bir korelasyon beklenmektedir.

D) Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Vücut Algısı Ölçeği(VAÖ)'nin puanları açısından bir farklılık var mıdır?

D.1. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kontrol grubuna göre VAÖ'dan daha düşük puan alacağı beklenmektedir.

E) Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)'nin benlik saygısı alt ölçeğinden alınan puan açısından bir farklılık var mıdır?

E.1. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kontrol grubuna göre RBSÖ'nün benlik saygısı alt ölçeğinden daha düşük puan alacağı beklenmektedir.

F) Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Beck Depresyon Envanteri(BDE)'nin puanları açısından bir farklılık var mıdır?

F.1. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kontrol grubuna göre BDE'den daha yüksek puan alacağı beklenmektedir.

G) Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi (YTT), Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ), Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ), Vücut Algısı Ölçeği(VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)'den aldığı puanlar arasında bir ilişki var mıdır?

G.1. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi (YTT), Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ), Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ), Vücut Algısı Ölçeği(VAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)'den aldığı puanlar arasında bir ilişki beklenmektedir.

G.2. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi ile Aile Ortamı Ölçeğinin Birlik-Beraberlik alt ölçeğinden aldığı puanlar arasında anlamlı derecede pozitif ilişki olacaktır.

G.3. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi ile Aile Ortamı Ölçeğinin Denetim alt ölçeğinden aldığı puanlar arasında anlamlı derecede pozitif ilişki olacaktır.

G.4. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi ile Sosyotropi-Otonomi Ölçeğinin Sosyotropi alt ölçeğinden aldığı puanlar arasında anlamlı derecede pozitif ilişki olacaktır.

G.5. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi ile Sosyotropi-Otonomi Ölçeğinin Otonomi alt ölçeğinden aldığı puanlar arasında anlamlı derecede negatif ilişki olacaktır.

G.6. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi ile Vücut Algısı Ölçeği'nden aldığı puanlar arasında anlamlı derecede negatif ilişki olacaktır.

G.7. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutumu Testi ile Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldığı puanlar arasında anlamlı derecede negatif ilişki olacaktır.

4. YÖNTEM

4.1 Katılımcılar

Bu çalışmaya 13 ile 35 yaş arasındaki 24 yeme bozukluğu tanısı almış ve 24 sağlıklı ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar katılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan 24 kişinin %29,2'si (14 kişi) Anoreksiya Nervoza, %14,6'sı (7 kişi) Bulimia Nervoza, %6,3'ü (3 kişi) Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu tanısına sahiptir. Kontrol grubu, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar ile yaş, cinsiyet, eğitim yılı ve medeni durum açısından eşit özellikleri karşılayan yeme bozukluğu bulunmayan üniversite ve lise öğrencilerinden oluşmaktadır. Kontrol grubu uygun örnekleme yolu ile elde edilmiştir.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanların anne ve babanın öğrenim durumu açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 1'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanların anne ve babanın çalışıp çalışmaması açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 2'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanların yaşadıkları yer açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 3'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanlar arasında annenin öğrenim durumu, annenin ve babanın çalışıp çalışmaması, yaşanan yer açısından farklılık bulunmadığı görülmüştür. Babanın öğrenim durumu açısından ise fark olduğu bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların babalarının öğrenim durumunun daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanların sosyo ekonomik seviye açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 4'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanların sosyo ekonomik seviye açısından farklılık gösterdiği görülmüştür. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların daha yüksek sosyo ekonomik seviyeden geldiği görülmüştür.

Tablo 1. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların anne ve babalarının öğrenimi açısından karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Annenin Öğrenim Durumu	İlkokul	8	33.3	7	29.2	2.54
	Ortaokul	4	16.7	4	16.7	
	Lise	6	25	7	29.2	
	Üniversite	4	16.7	6	25	
	Yüksek lisans	1	4.2	0	0	
	Doktora	1	4.2	0	0	
		24		24		
Babanın Öğrenim Durumu	İlkokul	7	29.2	5	21.7	16.35**
	Ortaokul	1	4.2	5	21.7	
	Lise	4	16.7	12	52.2	
	Üniversite	10	41.7	1	4.3	
	Doktora	2	8.3	0	0	
		24		23		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tablo 2. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların anne ve babalarının çalışıp çalışmaması açısından karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Anne Çalışıyor	Evet	13	54.2	11	45.8	.667
	Hayır	8	33.3	8	33.3	
	Emekli	3	12.5	3	20.8	
		24		24		
Baba Çalışıyor	Evet	2	8.3	0	0	2.18
	Hayır	15	62.5	17	73.9	
	Emekli	7	29.2	6	26.1	
		24		23		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tablo 3. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların yaşadıkları yer açısından karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Yaşanılan yer	Aileyle	16	66.7	19	79.2	5.05
	Kardeşiyle	1	4.2	0	0	
	Yalnız	4	16.7	1	4.2	
	Yurtta	1	4.2	3	12.5	
	Eşiyle	1	4.2	1	4.2	
	Arkadaşlarla	1	4.2	0	0	
		24		24		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tablo 4. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların sosyo-ekonomik seviye açısından karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Sosyo	Orta	7	29.2	14	58.3	6*
Ekonomik	İyi	14	58.3	10	41.7	
Seviye	Çok iyi	3	12.5	0	0	
		24		24		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

4.2 Ölçme Araçları

4.2.1.Yeme Tutumu Testi (YTT)

Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) Garner ve Garfinkel (1979) tarafından anoreksiya nervoza semptomlarını ölçmek için geliştirmiştir. Eating Attitudes Test-40 ayrıca normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozukluklarının belirtilerini ölçmek amacıyla da kullanılmaktadır (Edwards-Hewitt ve Gray, 1993; Mancilla-Diaz ve diğer., 2007). EAT-40'ın içsel geçerlilik çalışmasında, anoreksik hastalar için .79 alfa değeri, anoreksik hastalar ve kontrol grubu için toplam alfa

değeri .94'dür. Ölçeğin geçerlik çalışmasında iki grup anoreksik hasta ve iki kontrol grubu kullanılmıştır ve katılımcıların toplam EAT-40 puanları ile ait oldukları gruplar arasında anlamlı ve yüksek bir korelasyon bulunmuştur, $r=.87$, $p<.001$ (Garner ve Garfinkel, 1979). EAT-40'ın bulimikleri normal gruptan ayırt ettiği ama bulimikleri kendi içinde ayırtmadığı belirtilmiştir (Gross ve diğer., 1986).

EAT-40'ın Türkçe'ye ilk çevirisi Doğan (1985) tarafından yapılmıştır. Savaşır ve Erol (1988) ikinci kez çevirisini yapmıştır. 44 üniversite öğrencisine bir ay ara ile yapılan uygulamada test tekrar güvenirliği .65 düzeyinde bulunmuştur. Kuder Richardson güvenirliği .70 alfa değerinde bulunmuştur. Yapı geçerliliğinde 4 faktör elde edilmiştir. Şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme faktörleri bulunmuştur. Ölçeğin 40 maddesinin 23'ünün hiç bir faktörle ilişki göstermediği bulunmuştur.

Yeme Tutumu Testinde 40 madde bulunmaktadır. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği bir ölçektir. Katılımcılar, her bir madde için "her zaman", "çok sık", "sıkça", "zaman zaman", "nadiren", veya "hiçbir zaman" cevaplarından birini işaretlemektedirler. Anorektik yönde verilen her cevap (1., 18., 19., 23., ve 39. maddelerde hiçbir zaman cevabı ve geriye kalan sorularda verilen her zaman cevabı) "3" puan olarak hesaplanmakta, bitişindeki seçenekler ise sırayla "2" puan ve "1" puan olarak hesaplanmaktadır. Anoreksi davranışlarına ilişkin olmayan yanıtlar puanlanmaz. Olası puan aralığı 0-120 arasındadır. Anoreksi tanısı için kesim puanı 30 olarak belirlenmiştir.

4.2.2.Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ)

Aile Ortamı Ölçeği ilk kez Most (1974) tarafından yapılandırılmıştır. Kendine ait olan Sosyal Ortam Teorisini (Social Climate Theory) temel alarak bu ölçeği geliştirmiştir. Fowler (1980), Moos'un (1974) 90 maddelik orijinal Aile Ortamı Ölçeğinin 30 maddelik kısa bir versiyonunu geliştirmiştir. Aile Ortamı Ölçeği aileyi iki boyutta incelemektedir: Birlik-Beraberlik ve Denetim. Her bir alt ölçekte 15 madde yer almaktadır. Birlik-Beraberlik boyutu aile üyelerinin birbirine karşı gösterdikleri ilgi ve desteğin düzeyini ölçümlemektedir. Bu alt ölçek kendini adama, açıklık ve aile üyeleri arasındaki uyumun düzeyini araştırmaktadır. Denetim boyutu ise aile kuralları, ailede mevcut düzenin katılığı ve aile yapısı içerisindeki

organizasyon planların katılığını ölçümlemektedir. Öner ve Usluer (1990) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerliği ve güvenirliği yapılmış bir ölçektir. İçsel tutarlılığı 535 kız ve erkek öğrenciden oluşan örneklem üzerinde yapılmıştır. Madde-toplam puan korelasyonları 30 maddelik asıl form için hesaplandığında 4 maddenin (6, 10, 27, 30) .15 korelasyon katsayısının altında kaldığı görülmüştür. Bu maddeler testten dışlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı ise Kuder Richardson 20 formülü ile hesaplanmıştır ve alpha katsayısı Birlik-Beraberlik ve Denetim alt testlerinin için sırasıyla .82 ve .74 olarak bulunmuştur. Aile Ortamı Ölçeğinin son biçimi 26 maddeden oluşmaktadır. Yapı geçerliliği için faktör analizi ve hipotez sınanması teknikleri kullanmıştır. Ölçekteki 26 maddenin 16'sı Faktör I, 10 maddesi ise Faktör II olarak betimlenmiştir. Faktör I çoğunlukla “birlik-beraberlik” i ve kısmi düzeni yansıtan ifadelerden oluştuğu için bu faktöre Birlik-Beraberlik ismi verilmiştir. 10 maddeden oluşan Faktör II'nin 9 maddesinin denetim ifadelerinden oluştuğu görülmüş ve Denetim ismi verilmiştir. Ayrıca ölçeğin yapı geçerliliğini destekleyen hipotez sınanmasında “Birlik-Beraberlik” alt ölçeği ile Öz Kavramı Ölçeği arasında; “Denetim” alt ölçeği ile Çocuk Yetiştirme Envanteri'nin (PARI) “Disiplin” alt ölçeği arasında olumlu ilişki; “Birlik-Beraberlik” alt ölçeğiyle Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ve Sürekli Kaygı Ölçeği'yle belirlenen kaygı ve Beck Depresyon Envanteri ile belirlenen depresyon düzeyi arasında olumsuz ilişki bulunmuştur.

1- Birlik-Beraberlik Alt Ölçeği: 16 maddeden oluşmaktadır. 1, 2, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26. maddeler. Bu alt ölçek için en yüksek puan 64 puandır. Bu alt ölçekten düşük alınması birlik beraberliğin az olduğuna işaret eder.

2-Denetim Alt Ölçeği: 10 maddeden oluşmaktadır. 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 22. maddeler. Bu alt ölçek için en yüksek puan 40 puandır. Bu alt ölçekten düşük puan alınması ailede denetimin az olduğunu gösterir.

Ölçeğin puanlanmasında “Çok uygun buluyorum” yanıtına 4 puan, “ Oldukça uygun buluyorum” yanıtına 3 puan, “ Biraz uygun buluyorum” yanıtına 2 puan, ve “ Hiç uygun bulmuyorum” yanıtına ise 1 puan verilerek yapılır (Usluer, 1989).

4.2.3. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ)

Sosyotropi-Otonomi Ölçeği Beck ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, insanlara bağımlı ve insanlardan özerk kişilik özelliğini

ölçmeye yönelik olarak oluşturulmuştur. Altmış maddeden oluşan bir ölçektir. Otuz madde sosyotropi alt ölçeğine, 30 madde otonomi alt ölçeğine aittir. Maddelere verilen yanıtlara “ Hiç tanımlamıyor” için 0, “Biraz tanımlıyor” için 1, “ Oldukça tanımlıyor” için 2, “İyi tanımlıyor” için 3 ve “ Çok iyi tanımlıyor” için 4 puan verilir. İki alt testten 2 ayrı puan elde edilir. Sosyotropi puanı için 1, 4, 5, 7, 8, 11, 15, 17, 18, 19, 24, 26, 27, 29, 31, 33, 34, 35, 38, 40, 44, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 56, 58, 59. maddeler toplanır. Otonomi puanı için de 2, 3, 6, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 30, 32, 39, 37, 39, 41, 42, 43, 45, 48, 51, 54, 55, 57, 60. maddeler toplanır. Bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 120 puandır. Yüksek puanlar Sosyotropi alt ölçeğinden yüksek sosyotropik kişilik özelliklerine işaret eder. Diğer bir ifade ile diğer insanların onay ve bakımına ihtiyaç duyma, kişilerarası ilişkilerde duyarlı olma, diğer insanları memnun etmeye ve ilişkilerde sorun yaşamamaya gayret etme gibi özellikleri içeren sosyotropik özelliklerin fazlalığını gösterir. Otonomi alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar yüksek düzeydeki otonomi özellikleri göstermektedir. Diğer bir ifade ile kişisel başarıya, bağımsızlığa, bireysel üstünlüğe ve özgürlüğe önem verme gibi özellikleri içeren otonomik özelliklerin fazlalığına işaret eder. Şahin, Ulusoy ve Şahin (1993) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında hasta grubu verileri üzerinden elde edilmiş sosyotropi alt ölçeği için Cronbach Alfa katsayısı .70, otonomi alt ölçeği için ise Cronbach Alfa katsayısı .81 bulunmuştur. Geçerlilik çalışmasında ise Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Beck Depresyon Envateri (BDE) ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ) kullanılmıştır. 189 üniversite öğrencisi ve 70 yatan hastaya uygulanmıştır. BDE ile Sosyotropi alt ölçeği arasındaki korelasyon .5 ve .16 arasında, Otonomi alt ölçeği ile ise -.05 ve .03 arasında bulunmuştur. Bu ölçekler arasındaki korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir. FOTÖ ile Sosyotropi-Otonomi Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında Sosyotropi alt ölçeği ile FOTÖ puanları arasındaki korelasyon .37 olarak bulunmuştur. Otonomi alt ölçeği ile FOTÖ arasındaki korelasyon ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapı geçerliliğini araştırmak için hasta ve öğrenci grupları Sosyotropi-Otonomi Ölçeği’nden aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Sosyotropi Alt Ölçeği hasta ve normal grupları birbirinden ayırt ederken, Otonomi alt ölçeğinin ayırt etmediği görülmüştür.

4.2.4.Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)

Secord ve Jourard (1953) tarafından geliştirilen vücut algısı ölçeği, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar. Ölçekte 40 madde yer almaktadır. Bütün maddeler 1-5 arasında puanlanmaktadır (1: Hiç beğenmiyorum; 5: Çok beğeniyorum). Kesme noktası yoktur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 40, en yüksek puan da 200'dür ve puan artışı, olumlu değerlendirmedeki artış anlamına gelmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenirlik çalışması Hovardaroğlu (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir.

4.2.5 Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri Beck (1961) tarafından geliştirilmiştir. Amacı depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektir. Hisli (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişir. Kesme puanı 17 olarak kabul edilmektedir. 17 ve üstü puan alanların tedavi gerektiren depresyonu olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. Güvenirlik çalışmasında, 259 üniversite öğrencisi ile yapılan araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.74 olarak bulunmuştur. Birlikte geçerlilik yönteminde, BDI ile MMPI depresyon alt ölçeği uygulanmıştır ve aralarındaki korelasyon $r=0.50$ olarak elde edilmiştir. Yapı geçerliliğinde altı faktör bulunduğu belirtilmiştir. Bunlardan dört tanesinin yorumlanabilir olduğu belirtilmiştir. Birinci faktörde umutsuzluk (1, 2, 4, 9, 11, 12, 13, 15, ve 17. maddeler), ikinci faktörde kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları (3 ve 7. maddeler), üçüncü faktörde bedensel kaygılar (14 ve 20. maddeler)ve dördüncü faktörde suçluluk duygulanımları (5, 6, 8 ve 13. maddeler) yer almaktadır. (Hisli, 1989)

4.2.6.Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Morris Rosenberg (1963) tarafından geliştirilen bu ölçeğin, ABD’de yine Rosenberg (1965) tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

Fusün Çuhadaroğlu (1968) tarafından İngilizceden Türkçe’ye uyarlanan ve geçerlilik-güvenirlik çalışması yapılan ölçek özellikle ergen yaş grubu için geliştirilmiştir.

Ölçeğin amacı, ergenlerde benlik saygısını değerlendirmektir.

Çoktan seçmeli 63 maddeden yapılmış ölçeğin 12 alt ölçeği vardır. Bunlar,

1-Benlik saygısı

2-Kendilik kavramının sürekliliği

3-İnsanlara güvenme

4-Eleştiriye duyarlılık

5-Depresif duygulanım

6-Hayalperestlik

7-Psikosomatik belirtiler

8-Kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme

9-Tartışmalara katılabilme derecesi

10-Ana-baba ilişkisi

11-Babayla ilişki

12-Psişik izolasyon’dur.

Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir ölçektir.

Çalışmada sadece benlik saygısı alt ölçeği kullanılmıştır.

Benlik Saygısı Alt Ölçeği: On madde yer almaktadır. Olumlu ve olumsuz yüklü maddeler ardışık olarak sıralanmıştır. Puanlamada Madde I için, birey 3 sorudan 2’sinde işaretli cevaplardan birini seçerse “1” puan almaktadır. Madde II ve Madde VI için 2 sorudan birinde işaretli cevabı seçmesi “1” puan alması için yeterli olmaktadır. Diğer maddelerde ise cevaplarında işaretli cevabı seçmesi puan aldırılmaktadır. 0-1 puan alanlar “yüksek”, 2-4 puan alanlar “orta”, 5-6 puan alanlar ise “düşük” benlik saygısına sahip oldukları kabul edilmektedir.

Çuhadaroğlu (1986) çalışmasında Rosenberg Benlik Saygısı ölçeğinin güvenilirliğinin 15-18 yaş arasındaki lise öğrencilerine bir ay ara ile iki kez uygulanması sonucu, .46 ile .89 arasında bulunduğunu belirtmiştir. Benlik saygısı alt ölçeğinin geçerliliği ölçmek için bir lisenin 5 ayrı sınıfından seçkisiz yolla seçilmiş beşer öğrencisi psikiyatrik görüşmeye alınmıştır. Bu görüşmelerin değerlendirilmesinde öğrencilerin benlik saygıları, kendilerine ilişkin görüşlerine göre yüksek, orta ve düşük olarak derecelendirilmiştir. Öğrencilerin benlik saygısı alt ölçeğinden aldıkları puanlar da yüksek, orta ve düşük olarak gruplandırılmıştır. Görüşme ve ölçek arasındaki uygunluk %71 olarak bulunmuştur. Depresif duygulanım alt ölçeği, psikosomatik belirtiler alt ölçeği, kişilerarası ilişkilerde tehdit hissetme alt ölçeği için geçerlilik çalışması için “Belirti Tarama Listesi”nin aynı isimli alt ölçekleri kullanılmıştır. Geçerlilik katsayıları sırasıyla .66, .70, .45 olarak saptanmıştır. Diğer alt ölçeklerin karşılaştırılacağı ülkemizde kullanılan uygun başka ölçekler olmadığı için geçerlilik araştırması yapılmamıştır. Yapı geçerliliğini belirlemek için nörotik, psikotik ve kontrol grubu ölçekten alınan puanlar açısından karşılaştırılmıştır. Psikotik grubun benlik saygısının nörotik grubu göre daha düşük olduğu görülmüştür. Her iki hasta grubunun kontrol grubuna göre benlik saygısının daha düşük olduğu görülmüştür. Benlik saygısının hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur (Çuhadaroğlu, 1986).

4.2.7.Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda kişinin demografik bilgilerini elde edebilmek için doğum yılı, boyu, kilosu, anne-babanın eğitim durumu, çalışıp çalışmadığı, ailenin ekonomik durumu ile ilişkili sorular yer almaktadır. Formda ayrıca kişinin yeme bozukluğu dışında başka bir psikiyatrik rahatsızlığı bulunup bulunmadığı, ilaç ve madde kullanıp kullanmadığı, daha önce yeme tanısı olup olmadığı ile ilişkili sorular bulunmaktadır. Demografik bilgileri elde etmek amacıyla geliştirilmiş olan sorular açık uçlu sorular olarak hazırlanmıştır. Bunun yanı sıra Kişisel Bilgi Formunda ailenin kişinin yeme tutum ve davranışları üzerindeki etkisini değerlendiren sorular bulunmaktadır. Bu sorular, ailenin ve arkadaşların görünümüne verdiği önem, anne-babanın yemek yeme konusunda baskısı, ailenin ve arkadaşların kişinin kilosuna dair olumsuz eleştirileri, bu duruma bağlı

olarak veya bağımsız olarak kişinin zayıflama girişiminde bulunma sıklığı ile ilişkilidir. Sorular 5’li likert tip ölçek üzerinden değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra formda, toplumdaki zayıf olmanın güzellik için şart olduğu görüşünün benimsenip benimsenmediği ile ilişkili, evet veya hayır olarak yanıtlanabilecek sorular bulunmaktadır. Son olarak formda kişinin kitle iletişim araçlarındaki zayıflamaya yönelik yayınları ne sıklıkla takip ettiği ilişkili sorular bulunmaktadır. Moda ve magazin dergilerin takip sıklığı ile ilişkili soru, evet veya hayır olarak yanıtlanabilecek şekilde sorulmuştur. Televizyon ve pembe dizi v.b. gibi programların takip sıklığı ise 5’li likert tip ölçek üzerinden değerlendirilmiştir. Son olarak kitle iletişim araçlarındaki modellerden etkilenip etkilenmediği anlamak için evet veya hayır şeklinde cevaplandırılacak biçimde bir soru sorulmuştur.

4.3 Uygulama

İstanbul Alman Hastanesi Psikiyatri Servisi Yeme Bozukluğu Birimine, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Yeme Bozukluğu Birimine ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Bölümüne başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre yeme bozukluğu tanısını karşılayan kişiler çalışmaya alınmıştır. Katılımcılara, uygulamadan önce çalışmanın amacını anlatan genel bir bilgilendirme yapılmıştır. Katılımcılardan çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğine dair onay alınmıştır. Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Yeme Tutumu Testi (YTT), Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ), Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ), Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanmıştır. Katılımcılar yaklaşık 50 dakika içinde uygulamayı tamamlamışlardır.

4.4 İstatiksel Analiz

Bu araştırmada, yeme bozukluğu hastaları ile kontrol grubunun karşılaştırılmasında, sayısal değişkenler için bağımsız örneklem t-test, kategorik değişkenler için χ^2 testi kullanılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergenlik dönemindeki kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında aile ortamı, sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri, vücut algısı, depresyon ve benlik saygısı puanlarını karşılaştırmak için bağımsız örneklem t-test kullanılmıştır. Yeme

bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda, düşük ve yüksek benlik saygısı olanların, aile ortamı, sosyotropi-otonomi kişilik özelliği, depresyon ve beden memnuniyeti açısından karşılaştırılmasında Mann-Whitnet U testi kullanılmıştır.

Yeme bozukluğu, aile ortamı, sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri, vücut algısı, depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile hesaplanmıştır.

İstatistiksel değlendirmeler için SPSS 11.0 for Windows kullanılmıştır.

5. BULGULAR

5.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların boy, kilo, BKİ bakımından dağılımı Tablo 5’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında, boy, $t(46)=0,147$, $p>.05$ bakımından anlamlı bir fark yoktur. Bununla beraber yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve erişkin kadınların kiloları, normal gruptakilere oranla anlamlı derecede daha düşüktür, $t(46)=-4,292$, $p<.001$. Aynı şekilde gruplar, kg/m^2 şeklinde hesaplanan beden kitle indeksi (BKİ) açısından karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların BKİ’si, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanlara oranla anlamlı şekilde daha düşük çıkmıştır, $t(46)=-5,194$, $p<.001$.

Tablo 5. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların demografik özellikleri

	Hasta grup(n=24)		Normal grup(n=24)			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	sd	t
Kilo	46.14kg	8.38kg	56.70kg	8.66kg	46	-4.292***
Boy	163.83cm	.071cm	163.54cm	.066cm	46	.147
BKİ	17.15	2.76	21.14	2.54	46	-5.194***

Not: BKİ=Beden Kitle İndeksi

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların psikiyatrik bir tanı alıp almama (yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve erişkin kadınlar için yeme bozukluğu dışında bir psikiyatrik rahatsızlık yaşanıp yaşanmadığı) ve psikiyatrik tedavi görme, sigara, alkol, uyarıcı/yatıştırıcı madde kullanma açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 6’da verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların arasında, psikiyatrik bir rahatsızlık yaşama, $\chi^2=3,048$, $sd=1$, $p>.05$, tedavi görme, $\chi^2=3,048$, $sd=1$, $p>.05$, sigara kullanma, $\chi^2=.000$, $sd=1$, $p>.05$, alkol

kullanma, $\chi^2=3,375$, $sd=1$, $p>.05$, uyarıcı/yatıştırıcı madde kullanma, $\chi^2=1,021$, $sd=1$, $p>.05$ bakımından anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 6. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların psikiyatrik rahatsızlık geçirme ve tedavi görme, sigara, alkol, uyarıcı/yatıştırıcı madde kullanma açısından karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Psikiyatrik rahatsızlık	Var	5	20.8	1	4.1	3.048
	Yok	19	79.1	23	95.8	
		24		24		
Tedavi	Var	5	20.8	1	4.1	3.048
	Yok	19	79.1	23	95.8	
		24		24		
Sigara	Var	7	29.1	7	29.1	.000
	Yok	17	70.8	17	70.8	
		24		24		
Alkol	Var	5	20.8	11	45.8	3.375
	Yok	19	79.1	13	54.1	
		24		24		
Uyarıcı/yatıştırıcı	Var	1	4.1	0	0	1.021
	Yok	23	95.8	24	24	
		24		24		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

5.2 Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızlar ve Genç Erişkin Kadınların Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

5.2.1 Yeme Tutum Testi Sonuçlarının Karşılaştırılması

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, anormal yeme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesini sağlayan YTT'e göre dağılımı, ortalama, standart sapma ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 7'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin

kadınların YTT puanları, bulunmayanların YTT puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir, $t(46)=5,368$, $p<.001$.

Tablo 7. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların Yeme Tutum Testi sonuçlarının karşılaştırılması

Hasta grup(n=24)			Normal grup(n=24)			t
Ortalama	SS		Ortalama	SS	sd	
YTT 66.70	25.96		35.91	10.73	46	5.368***

Not: YTT=Yeme Tutum Testi

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

5.2.2 Aile Ortamı Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, aile ortamının psiko-sosyal algılanışı hakkında değerlendirme yapılmasını sağlayan AOÖ'nün alt ölçeklerine göre dağılımı, ortalama, standart sapma ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 8'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların AOÖ'nün Birlik-Beraberlik alt ölçeğinden aldıkları puanlar, $t(46)=-2,647$, $p<.05$, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanların puanlarından anlamlı derecede daha düşüktür. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, bulunmayanlara göre AOÖ'nün Birlik-Beraberlik alt ölçeğinden daha yüksek puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmamıştır. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların AOÖ'nün Denetim alt ölçeğinden aldıkları puanlar, $t(46)=-1,203$, $p>.05$ arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanlara göre AOÖ'nün Denetim alt ölçeğinden de yüksek puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 8. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Aile Ortamı Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

	Hasta grup(n=24)		Normal grup(n=24)			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	sd	t
BBAT	41.87	4.98	46.33	6.57	46	-2.647*
DAT	22.95	4.61	24.66	5.20	46	-1.203

Not: BBAT=Birlik-Beraberlik Alt Testi; DAT=Denetim Alt Testi

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.2.3 Sosyotropi-Otonomi Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, insanlara bağımlı ve insanlardan özerk kişilik özelliklerini ölçmemizi sağlayan SOSOTÖ'nün alt ölçeklerine göre dağılımı, ortalama, standart sapma ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 9'da verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, SOSOTÖ'nün Sosyotropi alt ölçeğinden aldıkları puanlar, $t(46)=0,659$, $p>.05$ ve Otonomi alt ölçeğinden aldıkları puanlar, $t(46)=-0,118$, $p>.05$ arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanlara göre SOSOTÖ'nün Sosyotropi alt ölçeğinden daha yüksek puan alacağı ve Otonomi alt ölçeğinden daha düşük puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 9. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Sosyotropi-Otonomi Ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması

	Hasta grup(n=24)		Normal grup(n=24)			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	sd	t
Sosyotropi	70	20.90	66.54	14.93	46	0.659
Otonomi	72.54	20.17	73.12	13.29	46	-0.118

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.2.4 Vücut Algısı Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi sağlayan VAÖ'ne göre dağılımı, ortalama, standart sapma ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 10'da verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların VAÖ puanları, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanların VAÖ puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür, $t(46)=-4,977$, $p<.001$. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızların ve genç erişkin kadınların, bulunmayanlara göre VAÖ'dan daha düşük puan alacağı yönündeki hipotez desteklenmiştir.

Tablo 10. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Vücut Algısı Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması

	Hasta grup(n=24)		Normal grup(n=24)			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	sd	t
VAÖ	119.91	26.72	151.75	16.36	46	-4.977***

Not: VAÖ= Vücut Algısı Ölçeği

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

5.2.5 Beck Depresyon Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, depresyon yönünde riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeyi sağlayan BDE'ne göre dağılımı, ortalama, standart sapma ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 11'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların BDE puanları, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanların BDE puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir, $t(46)=3,456$, $p<.01$. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızların ve genç yetişkin kadınların, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanlara göre BDE'den daha yüksek puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmıştır.

Tablo 11. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Beck Depresyon Envanteri sonuçlarının karşılaştırılması

	Hasta grup(n=24)		Normal grup(n=24)			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	sd	t
BDE	16.25	9.33	8.54	5.7	46	3.453**

Not: BDE= Beck Depresyon Envanteri

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.2.6 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Benlik Saygısı Alt Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, kişinin kendisine duyduğu benlik saygısını değerlendirmemizi sağlayan RBSÖ'nün BS alt ölçeğine göre dağılımı, ortalama, standart sapma ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 12'de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların BS puanları, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanların BS puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür, $t(46)=3,627$, $p<.01$. Yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızların ve genç yetişkin kadınların, yeme bozukluğu tanısı bulunmayanlara göre RBSÖ'nün Benlik Saygısı alt ölçeğinden daha düşük puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmıştır.

Tablo 12. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin Benlik Saygısı Alt Ölçeğinin sonuçlarının karşılaştırılması

	Hasta grup(n=24)		Normal grup(n=24)			
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	sd	t
BS	2.79	2.08	1.12	0.85	46	3.627**

Not: BS= Benlik Saygısı

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.3 Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan Ergen Kızlar ile Genç Erişkin Kadınlarda, Aile Ortamı, Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özelliği, Vücut Algısı, Depresyon ve Benlik Saygısı Değişkenlerinden Düşük ve Yüksek Alanların Diğer Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar, Aile Ortamı Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Envateri, Benlik Saygısı Ölçeğinden düşük ve yüksek alanlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu işlem Aile Ortamı Ölçeğinin Birlik-Beraberlik ve Denetim alt ölçekleri, Sosyotropi-Otonomi Ölçeğinin Sosyotropi ve Otonomi alt ölçekleri için ayrı ayrı uygulanmıştır. Gruplar ortalamadan bir standart sapma aşağı alanlar ile ortalamadan bir standart sapma üstünde alanlar hesaplanarak oluşturulmuştur. Ortalamadan bir standart sapma aşağı alanlar düşük puan alan grup, ortalamadan bir standart sapma üstte olanlar ise yüksek puan alan grup olarak ele alınmıştır. Aile Ortamı Ölçeği, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği, Vücut Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanterinden alınan puanlara göre düşük ve yüksek puan alan gruplardaki katılımcı sayısı oldukça düşük bulunmuştur. Bu yüzden bu ölçeklerin düşük ve yüksek puan alan grupları arasında karşılaştırma yapılamamıştır. Benlik Saygısı ölçeğinden alınan puanlara göre düşük ve yüksek grupta bulunanlar arasında ise karşılaştırma yapılmıştır.

BS'den düşük ve yüksek alan grupların, AOÖ'nün Birlik-Beraberlik ve Denetim alt ölçeği, SOSOTÖ'nün Sosyotropi-Otonomi alt ölçeği, VAÖ ve BDE'ye göre dağılımı, ortalama, standart sapma ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 13'de verilmiştir. Buna göre BS'den düşük ve yüksek alan grup arasında, aile ortamı özelliklerinden birlik-beraberlik değişkeni, $U=5.5$, $p<.05$ ve depresyon, $U=.000$, $p<.01$ açısından anlamlı fark bulunmuştur. BS'den düşük ve yüksek alan grup arasında, yeme tutum ve davranışları, $U=10$, $p>.05$, aile ortamı özelliklerinden denetim değişkeni, $U=20$, $p>.05$, sosyotropi kişilik özelliği, $U=12.5$, $p>.05$, otonomi kişilik özelliği, $U=20$, $p>.05$, vücut algısı, $U=14.5$, $p>.05$ açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 13. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, benlik saygısından düşük ve yüksek alanların diğer değişkenler açısından karşılaştırılması

	BS'den Düşük Alanlar (n=6)		BS'den Yüksek Alanlar (n=7)		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	U
YTT	50.3	25.22	68.14	17.25	10
BBAT	45.83	4.66	39.71	3.54	5.5*
DAT	23.16	4.53	23.42	4.35	20
Otonomi	69.5	18.44	69.42	24.99	20
Sosyotropi	61.5	21.19	73.14	20.30	12.5
VAÖ	123.33	29.67	114.42	22.64	14.5
BDE	4.33	4.03	24.71	7.04	.000**

Not: YTT= BS= Benlik Saygısı; Yeme Tutum Testi; BBAT= Birlik-Beraberlik Alt Testi; DAT= Denetim Alt Testi; VAÖ= Vücut Algısı Ölçeği; BDE= Beck Depresyon Envanteri;

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.4 Yeme Bozukluğu, Aile Ortamı, Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özelliği, Vücut Algısı, Depresyon, Benlik Saygısı Değişkenleri Arasındaki İlişkiler

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, değişkenler arasındaki korelasyonlar Tablo 14'de verilmiştir.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, yeme tutum ve davranışları ile aile ortamı ölçeğinin denetim değişkeninin ilişkili olduğu saptanmıştır, $r=-.55$, $p<.01$. Yeme tutum ve davranışları ile denetim değişkeni negatif bir korelasyon göstermektedir, diğer bir ifade ile ailede denetim azaldıkça yeme tutum ve davranışlarındaki bozukluk artmaktadır. Yeme tutum ve davranışları ile birlik-beraberlik değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r=.173$, $p>.05$.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, yeme tutum ve davranışları ile sosyotropik kişilik özelliği değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır, $r=.245$, $p>.05$. Yeme tutum ve davranışları ile otonomi kişilik özelliği değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır, $r=.087$, $p>.05$.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, yeme tutum ve davranışları ile vücut algısı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r=-.287$, $p>.05$.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlik dönemindeki kızlar ile genç erişkin kadınlarda, yeme tutum ve davranışları ile depresyon değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, $r=.332$, $p>.05$.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, yeme tutum ve davranışları ile benlik saygısı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır, $r=.231$, $p>.05$.

Ayrıca yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, aile ortamı, sosyotropi-otonomi kişilik özelliği, vücut algısı, depresyon ve benlik saygısı değişkenleri arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, aile ortamı ölçeğinin birlik-beraberlik değişkeni ile otonomi değişkeni, $r=-.50$, $p<.05$, birlik-beraberlik değişkeni ile benlik saygısı değişkeni, $r=-.51$, $p<.05$ arasında anlamlı derecede negatif ilişki bulunmuştur. Diğer bir ifade ile ailede algılanan birlik-beraberlik artıkça kişinin otonomi düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur. Benzer biçimde ailede algılanan birlik-beraberlik artıkça kişinin benlik saygısında azalma olduğu saptanmıştır.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, sosyotropi değişkeni ile vücut algısı değişkeni, $r=-.49$, $p<.05$ arasında anlamlı derecede negatif ilişkili bulunmuştur. İnsanlara duyulan bağımlılık ve onay alma ihtiyacı artıkça kişinin bedeninden duyduğu memnuniyetin azaldığı görülmüştür. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda, depresyon değişkeni ile benlik saygısı değişkeni, $r=.84$, $p<.01$ arasında anlamlı derecede pozitif ilişki bulunmuştur.

5.5. Diğer Bulgular

5.5.1 Ailenin Fiziksel Görünüme Verdiği Önem Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması

Ailenin fiziksel görünüme verdiği önem, anne, baba ve katılımcının kendi cinsinden olan kardeşi için ayrı ayrı 5’li likert tipi ölçek üzerinden (1= hiç, 5=çok fazla) değerlendirilmiştir. Fakat katılımcı sayısının oldukça düşük olması sebebiyle 5’li likert tipi değerlendirmeyi kullanmak mümkün olmamıştır. Bu yüzden “hiç ve

biraz” kategorileri birleştirilerek “hiç”; “önemli, “oldukça” ve “çok fazla” kategorileri birleştirilerek “önemli” olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızların ve genç erişkin kadınların ailelerin fiziksel görünümüne verdiği önem açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 15’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında annenin, $\chi^2=.087$, $sd=1$, $p>.05$, babanın, $\chi^2=.009$, $sd=1$, $p>.05$, katılımcının kendi cinsinden kardeşinin, $\chi^2=1.99$, $sd=1$, $p>.05$ fiziksel görünümüne verdiği önem açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 15. Ailenin fiziksel görünümüne verdiği önem açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Annenin fiziksel görünümüne verdiği önem	Hiç	14	58.3	15	62.5	.087
	Önemli	10	41.7	9	37.5	
		24		24		
Babanın fiziksel görünümüne verdiği önem	Hiç	17	70.8	16	69.6	.009
	Önemli	7	29.2	7	30.4	
		24		23		
Kardeşin fiziksel görünümüne verdiği önem	Hiç	10	52.6	5	29.4	1.99
	Önemli	9	47.4	12	70.6	
		19		17		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tablo 14. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlarda değişkenler arasındaki korelasyonlar

	1	2	3	4	5	6	7	8
YTT	-	.163	-.546**	.253	.089	-.292	.334	.237
BBAT	-	-	.199	-.107	-.499*	.030	-.272	-.513*
DAT	-	-	-	-.036	-.224	.084	-.058	-.051
Sosyotropi	-	-	-	-	.285	-.481*	.386	.355
Otonomi	-	-	-	-	-	-.012	.011	.046
VAÖ	-	-	-	-	-	-	-.263	-.249
BDE	-	-	-	-	-	-	-	.839**
BS	-	-	-	-	-	-	-	-

Not: YTT=Yeme Tutum Testi; BBAT=Birlik-Beraberlik Alt Testi; DAT=Denetim Alt Testi VAÖ= Vücut Algısı Ölçeği; BDE= Beck Depresyon Envanteri; BS= Benlik Saygısı

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.5.2 Ailenin Kilo ile İlgili Yaptığı Olumsuz Eleştiri ve Ailenin, Katılımcının Kilosu ve Formunu Koruması İçin Yaptıkları Baskı Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması

Ailelerinin kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri, anne ve baba için ayrı ayrı 5’li likert tipi ölçek üzerinden (1= hiç, 5=çok sık) değerlendirilmiştir. Fakat katılımcı sayısının oldukça düşük olması sebebiyle 5’li likert tipi değerlendirmeyi kullanmak mümkün olmamıştır. Bu yüzden “hiç” ve “nadiren” kategorileri birleştirilerek “hiç”; “bazen”, “sık sık” ve “çok sık” kategorileri birleştirilerek “sık sık” olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların ailelerinin kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 16’da verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında annenin, $\chi^2=2.277$, $sd=1$, $p>.05$, babanın, $\chi^2=1.823$, $sd=1$, $p>.05$, kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 16. Ailenin kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Annenin olumsuz eleştirileri	Hiç	13	54.2	18	75	2.277
	Sık sık	11	45.8	6	25	
		24		24		
Babanın olumsuz eleştirileri	Hiç	17	70.8	20	87	1.823
	Sık sık	7	29.2	3	13	
		24		23		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Bunun dışında ailenin katılımcının kilosu ve formunu koruması için yaptıkları baskı da benzer bir biçimde değerlendirilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar, ailenin katılımcının kilosu ve formunu koruması için yaptıkları baskı açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 17’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında ailenin baskısı, $\chi^2=.762$, $sd=1$, $p>.05$, açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 17. Ailenin katılımcının kilo ve formunu koruması için yaptıkları baskı açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Ailenin kilo ve formunu koruması için baskısı	Hiç	20	83.3	22	91.7	.762
	Sık sık	4	16.7	2	8.3	
		24		24		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.5.3 Arkadaşların Fiziksel Görünüme Verdikleri Önem ile Arkadaşların ve Karşı Cinsten Yakınlık Duyulan Arkadaşın Yaptığı Kilo ile İlgili Olumsuz Eleştiri Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması

Arkadaşların ve karşı cinsten yakınlık duyulan arkadaşın kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri 5’li likert tipi ölçek üzerinden (1= hiç, 5=çok sık) değerlendirilmiştir. Fakat katılımcı sayısının oldukça düşük olması sebebiyle 5’li likert tipi değerlendirmeyi kullanmak mümkün olmamıştır. Bu yüzden “hiç” ve “nadiren” kategorileri birleştirilerek “hiç”; “bazen”, “sık sık” ve “çok sık” kategorileri birleştirilerek “sık sık” olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, arkadaşlarının ve karşı cinsten yakınlık duyulan arkadaşın kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo

18’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında arkadaşların kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından, $\chi^2=5.400$, $sd=1$, $p<.05$ anlamlı bir fark bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların arkadaşları tarafından kiloları açısından olumsuz eleştiriye daha fazla maruz kaldığı görülmüştür. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında karşı cinsten yakınlık duyulan arkadaşın kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından, $\chi^2=3.706$, $sd=1$, $p<.05$ anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 18. Arkadaşlarının ve karşı cinsten yakınlık duyulan arkadaşın kilo ile ilgili yaptığı olumsuz eleştiri açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Arkadaşların olumsuz eleştirileri	Hiç	17	70.8	23	95.8	5.400*
	Sık sık	7	29.2	1	4.2	
		24		24		
Karşı cinsten arkadaşların olumsuz eleştirileri	Hiç	16	69.6	22	91.7	3.706
	Sık sık	7	30.4	2	8.3	
		23		24		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Benzer biçimde arkadaşların fiziksel görünümüne verdiği önem 5’li likert tipi ölçek üzerinden (1= hiç, 5=çok fazla) değerlendirilmiştir. Fakat katılımcı sayısının oldukça düşük olması sebebiyle 5’li likert tipi değerlendirmeyi kullanmak mümkün olmamıştır. Bu yüzden “hiç ve biraz” kategorileri birleştirilerek “hiç”; “önemli, “oldukça” ve “çok fazla” kategorileri birleştirilerek “önemli” olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların arkadaşların fiziksel görünümüne verdiği önem açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 19’da verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç

erişkin kadınlar arasında arkadaşların fiziksel görünümüne verdiği değer, $\chi^2=.784$, $sd=1$, $p>.05$ açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 19. Arkadaşların fiziksel görünümüne verdiği önem açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Arkadaşların fiziksel görünümüne verdiği önem	Hiç	8	33.3	11	45.8	.784
	Önemli	16	66.7	13	54.2	
		24		24		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

5.5.4 Zayıflama Girişimi Sıklığı Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması

Kişinin kilosuyla ilişkili olumsuz eleştirisi nedeniyle veya eleştiriden bağımsız olarak ne sıklıkla zayıflama girişiminde bulunduğu 5’li likert tipi ölçek üzerinden (1=hiç, 5=çok sık) değerlendirilmiştir. Fakat katılımcı sayısının oldukça düşük olması sebebiyle 5’li likert tipi değerlendirmeyi kullanmak mümkün olmamıştır. Bu yüzden “hiç” ve “nadiren” kategorileri birleştirilerek “hiç”; “bazen”, “sık sık” ve “çok sık” kategorileri birleştirilerek “sık sık” olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, zayıflama girişimi sıklığı açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları, Tablo 20’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında eleştirisi nedeniyle zayıflama girişimi sıklığı açısından, $\chi^2=.820$, $sd=1$, $p>.05$ açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eleştiriden bağımsız olarak zayıflama girişimi sıklığı açısından ise, $\chi^2=8.33$, $sd=1$, $p<.01$ anlamlı fark bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile

genç erişkin kadınların eleştiriden bağımsız olarak daha fazla zayıflama girişiminde bulunduğu görülmüştür.

Tablo 20. Zayıflama girişimi sıklığı açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Olumsuz eleştirilere bağlı zayıflama girişimi	Hiç	14	58.3	17	70.8	.820
	Sık sık	10	41.7	7	29.2	
		24		24		
Olumsuz eleştiriden bağımsız zayıflama girişimi	Hiç	7	29.2	17	70.8	8.33**
	Sık sık	17	70.8	7	29.2	
		24		24		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.5.5 Kitle İletişim Araçlarını Takip Etme ve Kitle İletişim Araçlarındaki Yayınlardan Etkilenme Açısından Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması

Kitle iletişim araçlarının takip edilmesi dergi gibi sürekli yayınlar ve televizyon gibi görsel yayınlar olmak üzere iki ayrı kategoride değerlendirilmiştir. Moda, magazin dergilerinin düzenli takip edilip edilmediği “evet” ve “hayır” olmak üzere iki kategoride değerlendirilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, moda ve magazin dergilerini düzenli takip etme açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 21’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında, dergileri düzenli takip etme açısından, $\chi^2=.223$, $sd=1$, $p>.05$ anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Bunun dışında televizyon seyretmeye harcanan zaman ve pembe dizi, müzik videoları ve gençlik dizilerini takip etmeye harcanan zaman ise ayrı ayrı 5’li likert tipi ölçek üzerinden (1= hiç, 5=çok sık) değerlendirilmiştir. Fakat katılımcı sayısının

oldukça düşük olması sebebiyle 5’li likert tipi değerlendirmeyi kullanmak mümkün olmamıştır.

Tablo 21. Düzenli olarak moda, magazin dergilerini takip etme açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		X ²
		N	%	N	%	
Dergi takip	Evet	3	12.5	2	8.3	.223
	Hayır	21	87.5	22	91.7	
		24		24		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Bu yüzden “hiç” ve “nadiren” kategorileri birleştirilerek “hiç”; “bazen”, “sık sık” ve “çok sık” kategorileri birleştirilerek “sık sık” olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergenlik kızlar ile genç erişkin kadınların, televizyon seyretmeye harcanan zaman ve pembe dizi, müzik videolarını, gençlik dizilerini takip etmeye harcadığı zaman açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 22’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında televizyon izlemeye harcanan zaman açısından, $\chi^2=.403$, $sd=1$, $p>.05$ anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aynı zamanda yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında pembe dizi, müzik videoları ve gençlik dizileri izlemeye harcanan zaman açısından, $\chi^2=.762$, $sd=1$, $p>.05$ anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Ayrıca kişinin kendini çekici hissetmesi için kitle iletişim araçlarındaki modellere benzemesi gerektiğini düşünme açısından iki grup karşılaştırılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar, kişi kitle iletişim araçlarındaki modeller gibi olursa kişi ancak çekici olur düşüncesi açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 23’de verilmiştir. Buna göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında, $\chi^2=.569$, $sd=1$, $p>.05$ anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 22. Televizyon seyretmeye ve pembe dizi, müzik videoları ve gençlik dizilerini takip etmeye harcanan zaman açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		
		N	%	N	%	X ²
Televizyon seyretmeye harcanan zaman	Hiç	8	33.3	6	25	.403
	Sık sık	16	66.7	18	75	
		24		24		
Pembe dizi, müzik videoları, gençlik dizileri seyretmeye harcanan zaman	Hiç	15	62.5	12	50	.762
	Sık sık	9	37.5	12	50	
		24		24		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

Tablo 23. Kişi kitle iletişim araçlarındaki modeller gibi olursa ancak çekici olur düşüncesi açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		
		N	%	N	%	X ²
Modellere benzenirse çekici olunur	Evet	7	30.4	5	20.8	.569
	Hayır	16	69.6	19	79.2	
		23		24		

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

5.5.6 Zayıflığın Güzellik İdeali Olarak Benimsenmesinin Yeme Bozukluğu Tanısı Bulunan ve Bulunmayan Ergen Kızların ve Genç Erişkin Kadınların Karşılaştırılması

Katılımcılara güzellik ideali olarak inceliğin (34-36 beden) önemli bir ölçüt olduğu düşüncesine katılıp katılmadıkları sorulmuştur. Buradan hareketle zayıflığın güzellik ideali olarak kabul edilip edilmediği ölçülmüştür. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, zayıflığın güzellik ideali olarak ele alınıp alınmadığı açısından dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel

anlamlılıkları Tablo 24’de verilmiştir. Zayıflığın güzellik ideali olarak ele alınması açısından iki grup karşılaştırıldığında, $\chi^2=20,44$, $sd=1$, $p<.001$ istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, güzellik ideali olarak inceliği (34-36 beden) daha fazla benimsediği görülmektedir.

Tablo 24. Zayıflığın güzellik ideali olarak içselleştirilmesinin yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		
		N	%	N	%	X ²
Zayıflığın güzellik ideali olarak benimsenmesi	Evet	19	82.6	4	16.7	20.44***
	Hayır	4	17.4	20	83.3	
		23		24		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

Kilolu insanların çekici olmayacakları düşüncesi açısından da yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların dağılımı, yüzdeleri ve istatistiksel anlamlılıkları Tablo 25’de verilmiştir. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında kilolu insanların çekici olmayacakları düşüncesi açısından, $\chi^2=4,46$, $sd=1$, $p>.05$ anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 25. Kilolu insanların çekici olmayacakları düşüncesi açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ile genç erişkin kadınlar arasında karşılaştırılması

		Hasta grup		Normal grup		
		N	%	N	%	X ²
Kilolu insanlar çekici midir	Evet	12	50	5	20.8	4,46
	Hayır	12	50	19	79.2	
		24		24		

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile yeme bozukluğu tanısı almamış olanları aile ortamı özellikleri, otonomi alanında yaşanan güçlükler, beden memnuniyetsizliği, depresyon ve benlik saygısı açısından karşılaştırmaktır. Bu amaçla yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile yeme bozukluğu tanısı bulunmayanlar, yeme tutum ve davranışları, aile ortamı özelliklerinden birlik-beraberlik ve denetim özellikleri, sosyotropi-otonomi kişilik özelliği, vücut algısı, depresyon ve benlik saygısı açısından karşılaştırılmıştır. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda yeme tutum ve davranışları ile aile ortamı özellikleri, otonomi-sosyotropi kişilik özelliği, beden memnuniyetsizliği, depresyon ve benlik saygısı arasındaki ilişkiler araştırılmıştır.

Elde edilen bulgular ışığında, yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında Yeme Tutum Testi, Vücut Algısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları açısından fark olacağı yönündeki hipotezler doğrulanmıştır. Aile Ortamı Ölçeği'nin Birlik-Beraberlik alt ölçeği açısından iki grup arasında fark bulunmuş; bu bulgu hipotezde beklenen yönün tersi yönde olmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında Sosyotropi-Otonomi Ölçeği açısından fark bulunacağı yönündeki hipotez ise doğrulanmamıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda aile ortamı, sosyotropi-otonomi kişilik özelliği, beden memnuniyeti, depresyon ve benlik saygısı değişkenlerinin ilişkili olacağı yönündeki hipotezler ise kısmen doğrulanmıştır. Yeme tutum ve davranışları ile denetim değişkeninin; sosyotropi kişilik özelliği ile beden memnuniyetinin; depresyon ile benlik saygısının negatif ilişkili olduğu bulunmuştur.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında Yeme Tutum Testi puanları açısından anlamlı fark bulunması beklenmekteydi ve çalışmanın bu hipotezi doğrulamıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutum Testi puanlarının daha

yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu literatürde bu yönde yapılmış çalışmalarla paralellik göstermektedir (Erol ve diğer., 2000, Paterson ve diğer., 2007; Senra ve diğer., 2007; Strauss ve Rayn, 1987; Waller, Slade ve Calam, 1990).

Katılımcıların demografik özellikleri ile ilişkili olan bulgularda yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların kilosunun ve BKİ'sinin yeme bozukluğu tanısı bulunmayanlardan daha düşük olduğu görülmüştür. Araştırmada elde edilen bulgular literatürdeki diğer bulguları destekler niteliktedir. Özellikle Anoreksiya Nervoza tanısı almış olanların, Bulimia Nervoza ve Başka Türü adlandırılmayan Yeme Bozukluğu tanısı almış olanlardan daha fazla olması bu sonuca neden olmuş olabilir. Türkiye'de yapılmış olan diğer çalışmalarda yeme bozukluğu tanısı bulunan grubun kilo ve BKİ'sinin normal gruptan daha düşük olduğu görülmüştür (Erol ve diğer., 2000; Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002; Demir ve diğer., 1998).

Çalışmada, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile yeme bozukluğu tanısı bulunmayan grup arasında AOÖ'nün alt ölçeklerinin puanları açısından anlamlı bir fark olacağı ve yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların bulunmayanlara göre AOÖ'nün Denetim ve Birlik-Berberlik alt ölçeğinden daha yüksek puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmamıştır.

Minuchin (1975) Anoreksiya Nervoza hastalarının ailelerinde, aile etkileşiminde yakınlığın ve samimiyetin bir uç biçimi olarak değerlendirilen, ağ gibi sarıcı bir tutumun temel özelliklerden biri olduğunu belirtmektedir. Buradan hareketle yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar Birlik-Berberlik alt ölçeğinden yüksek puan alması beklenmekteydi. Birlik-Berberlik alt ölçeği açısından anlamlı bir fark bulunmuş; fakat bu fark hipotezde beklenilenin tam tersi yönde olmuştur. Diğer bir ifade ile yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar Birlik-Berberlik alt ölçeğinden daha düşük puanlar elde etmiştir. Bu bulguya göre yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç yetişkin kadınlar, bulunmayanlara göre ailelerinde daha düşük bağlılık, kendini adama ve birbirleri arasında daha düşük uyum algılamaktadırlar. Humphrey (1989) araştırmasında Bulimik Anoreksiyalılar ve Bulimia Nervoza hastalarının ailelerini daha az besleyici, bakım veren, onaylayan ve uyumlu algılandığını bulmuştur.

Humphrey'in (1989) ortaya koyduğu bu bulgular, Vidovic ve diğerlerinin (2005) yaptığı çalışmaya paraleldir. Vidovic ve diğerlerinin (2005) yaptığı çalışma sonucunda yeme bozukluğu hastalarının ve ailelerinin daha düşük düzeyde bağlılık bildirdiği görülmüştür. Felker ve Stivers'in (1994) ergen öğrenciler üzerinde yürüttüğü çalışmada da düşük bağlılığın ve yüksek düzeyde kontrolün yeme bozukluğu gelişimi için risk olduğu belirtilmiştir. Kuğu ve diğerlerinin (2006) yaptığı çalışmada da yeme bozukluğu grubu aile içerisinde sevgi, empati, huzur ve ilgiden mahrum olduklarını belirtmişlerdir. Blouin, Zuro ve Blouin (1990) yaptıkları çalışmada depresyonun Bulimia Nervoza hastalarının ailelerinde daha düşük bağlılık algılamalarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada da yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda kontrole göre daha yüksek düzeyde depresyon bulunmuştur. Dolayısıyla depresyonun Birlik-Beraberlik üzerinde etkisi bulunup bulunmadığını ayırtmak mümkün olmamıştır. Buradan hareketle ailede düşük Birlik-Beraberliğin yeme bozukluğu hastalarına özgü olup olmadığı bilinmemektedir.

Aile Ortamı Ölçeği'nin Denetim alt ölçeği açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında fark bulunamamıştır. Bu bulgu literatürde rastlanan araştırma bulguları ile uyum göstermemektedir. Yapılan diğer çalışmalar yeme bozukluğu hastalarının ailelerinde yüksek düzeyde kontrol ve düşük düzeyde organizasyon bulunduğunu göstermektedir (Blouin, Zuro ve Blouin, 1990; Felker ve Stivers, 1994; Kog ve Vandereycken, 1989). Bizim çalışmamızda, ailedeki kurallar, düzen ve aile yapısı içerisindeki organizasyonların düzenlenmesindeki katılık açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç yetişkin kadınların farklılaşmadığı görülmektedir. Literatürdeki bulgular ile araştırma sonucunun birbiriyle paralel olmaması uygulanan yöntem ile ilişkili olabilir. Minuchin (1975) ve Bruch'un teorileri hasta gözlemlerine dayanmaktadır. Humphrey (1987) ise araştırmalarında sosyal davranışların yapısal analizi yöntemini kullanmıştır. Minuchin (1975) teorisini araştıran çalışmalarda da yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile çalışmalar yürütülmüştür (Kog, Vandereycken ve Vertommen, 1985). Bu çalışmada ise objektif bir test olan Aile Ortamı Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmada yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)'nin puanları açısından bir farklılık olacağı ve yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların VAÖ'den daha düşük puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmıştır. Bu sonuç literatürde beden memnuniyeti ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran birçok çalışmayı desteklemektedir (Friestad ve Rise, 2004; Killen ve diğer., 1996; McGee ve diğer., 2005; Sands ve diğer., 1997; Senra ve diğer., 2007; Stice, 2002). Yeme bozukluklarında kişinin benliğinin kilo düzenlemesiyle ilişkilendirildiği görülmektedir. Ergenler aslında yeni sosyal hayatlarını bütünleştirmek için pek çok kaynağı kullanırlar: okul başarısı, spor faaliyetlerine katılma veya okul faaliyetleri gibi. Fakat yeme bozukluğunda uygun bir fiziki görünüme ulaşılmaya çalışılır ve tek kaynak olarak bu ele alınır (Ewell ve diğer., 1996). Ergenlikte meydana gelen fiziksel değişimler, ergenin bedenden duyduğu memnuniyeti de değiştirmektedir. Bedenlerinden memnun olmayan kızların ise daha fazla diyet davranışı gösterdikleri belirtilmektedir. Diyet yapma ve kilodaki bu dalgalanma erenlik sonrası varlığını sürdürecektir bir beden tasarımı engelleyecektir. Bu durumda yeme bozukluğunun gelişimi için bir risk faktör olarak görülmektedir (Attie ve Brooks-Gunn, 1989).

Buna paralel olarak çalışmada sosyotropi kişilik özelliği ile beden memnuniyetinin ilişkili olduğu bulunmuştur. Sosyotropik kişilik özelliğine sahip kişilerin (onaylanma ihtiyacı duyan, ilişkilere önem veren, diğerlerine karşı memnuniyet verici olmaya ihtiyaç duyan ve reddedilmekten kaçınan), kültürel baskıya karşı daha etkilenebilir olacağı düşünülmektedir. Bunun da kültürün sunduğu fiziksel standartlara uymaya kişiyi iteceği belirtilmektedir (Duemm, Adams ve Keating, 2003). Yeme bozukluğunda kişinin kendisinin diğerleri tarafından nasıl algılandığına verdikleri önem fiziksel görünümünü de kapsamaktadır. Dış görünümüne odaklanır ve diğerlerinin bakış açısını değerlendirmeye çalışırlar ve bu değerlendirmelere uyum sağlamaya çalışırken aynı zamanda diğerlerinin beklentilerine bağlı kalarak kabul edilebilir bir görünüm yaratmaktadırlar (Striegel-Moore, Silberstein ve Rodin, 1993). Görünümle ilgili sosyokültürel değerler hakkında farkındalık geliştiren kızların ise kendi beden görünümünü değersizleştirdikleri ifade edilmektedir (Kiang ve Harter, 2006).

Çalışmada yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)'nin Benlik Saygısı alt ölçeğinden alınan puan açısından bir farklılık olacağı ve yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Benlik Saygısı alt ölçeğinden daha düşük puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmıştır. Bu sonuç literatürde yeme bozukluğu hastalarında düşük benlik saygısının bulunduğu yönünde yapılan birçok çalışmaya paraleldir (Blasse ve Elklit, 2001; Button ve diğer., 1997; Cervera ve diğer., 2003; Erol ve diğer., 2000; Halvorsen ve Heyerdahl, 2006; Kuğu ve diğer., 2006; Williams ve diğer., 1993). Bruch (1973) yeme bozukluğunda felç edici bir etkisizlik duygusunun yaşandığını ve bunun Anoreksiya Nervoza'nın en temel özelliklerinden biri olduğunu belirtmektedir. Anoreksiya Nervoza kontrol, kimlik duyumu, yeterlilik ve etkililik için verilen çaba haline gelmektedir. Kilo verme uğraşı kendilerine saygı duymak veya diğerlerinin ona saygı duymasını sağlama çabası haline gelmektedir. Surgenor ve arkadaşları (2007) yeme bozuklukları hastaları üzerinde sürdürdükleri çalışmada etkisizlik, kişiler arası güvensizlik ve benlik saygısının bir alt boyutu olan kendine yeterlilik değişkenlerinin Anoreksiya Nervoza'daki patolojiyi daha iyi açıkladığını belirtmişlerdir.

Çalışmadaki yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile kontrol grubu arasında Beck Depresyon Envanteri (BDE)'nin puanları açısından bir farklılık olacağı ve yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarının BDE'den daha yüksek puan alacağı yönündeki hipotez doğrulanmıştır. Bu sonuç literatürde yeme bozukluğu hastalarında yüksek depresyon puanlarının bulunduğu yönünde yapılan birçok çalışmaya paraleldir (Graber ve Brooks-Gunn, 2001; Holtkamp ve diğer., 2005; Leon ve diğer., 1999; Stice ve Agras, 1999; Wilksch ve Wade, 2003). Holtkamp ve diğerlerinin (2005) yürüttüğü 3 yıllık boylamsal çalışmada tam bir iyileşme döneminden sonra bile depresyonun yeme bozukluğu hastalarında yüksek çıktığı görülmüştür. Depresyonun yeme bozukluğunun merkezi bir özelliği olduğu fakat açlık ve kilo kaybı sebebiyle abartılı semptomlar halinde ortaya çıktıkları belirtilmiştir.

Bruch (1973), Anoreksiya Nervoza hastalarının ailelerinin, kızlarını kendini ifade etme açısından desteklemediklerini ve cesaretlendirmediklerini belirtmektedir. Buradan hareketle kızlar kendi içsel kaynaklarına, fikirlerine ve otonomilerine güven

duymamaktadır. Otonominin ve kendini yönetmenin gelişimindeki eksiklik ise yeme tutum ve davranışlarındaki bozukluk ile kişinin kendini yetersiz ve etkisiz hissetmesiyle ilişkili olmaktadır. Dolayısıyla çalışmada, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Sosyotropi alt ölçeğinden daha yüksek puan, Otonomi alt ölçeğinden daha düşük puan alması beklenmekteydi. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Sosyotropi alt ölçeği ve Otonomi alt ölçeği arasında anlamlı pozitif bir korelasyon beklenmekteydi. Araştırmanın bulguları bu hipotezleri doğrulamamıştır. Bazı çalışmalarda otonomi alanında yaşanan güçlüklerin yeme bozukluğu hastaları ile kontrolü birbirinden ayırdığı (Narduzzi ve Jakson, 2000) ve özellikle Anoreksiya Nervoza hastalarında otonominin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Strauss ve Ryan,1978). Sosyotropinin ise bulimik semptomlarla ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Duemm, Adams ve Keating, 2003; Hayaki ve diğer., 2003; Narduzzi ve Jakson, 2000).

Narduzzi ve Jakson (2002) otonominin ve sosyotropi kişilik özelliklerinin özgün bir biçimde yeme bozuklukları üzerinde etkisi bulunmadığını belirtmektedir. Frederick ve Grow'da (2002) otonomi ile yeme bozukluğu arasında doğrudan bir ilişki bulunmadığını, bu ilişkide benlik saygısının aracı olduğunu ifade etmiştir. Otonomi alanında yetersizlik yaşayan kadınların benlik saygısı geliştirmede başarısız olacakları belirtilmiştir. Sonuç olarak bu kadınların kontrol ve benlik değeri kazanmak anlamına gelecek olan yeme bozuklukları geliştirme açısından risk taşıyacakları belirtilmiştir. Benzer biçimde sosyotropinin de doğrudan bir etkisi olmadığı depresyon, duyguların ifade edilmesinde ikilem yaşama gibi etkenlerin yeme bozukluklarıyla ilişkisinde aracı olduğu belirtilmiştir (Krause, Robins ve Lynch, 2000).

Çalışmada, yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların Yeme Tutum Testi'nden, Aile Ortamı Ölçeği'nin Birlik-Beraberlik ve Denetim alt ölçeklerinden, Sosyotropi-Otonomi Ölçeği'nin Sosyotropi ve Otonomi alt ölçeklerinden, Vücut Algısı Ölçeği'nden, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldığı puanlar arasında bir ilişki beklenmekteydi. Ancak araştırmanın sonucunda yeme bozukluğu tanısı almış olan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda sadece Aile Ortamı Ölçeği'nin Denetim alt ölçeği ile yeme tutum ve davranışlarının arasında

anlamli bir ilişki bulunmuştur. Fakat hipotezin beklediği yönde pozitif bir ilişki değil negatif bir ilişki elde edilmiştir. Diğer bir ifade ile denetimin düşük olduğu ailelerdeki kızlarda daha fazla bozuk yeme tutum ve davranışları görülmektedir. Buradan hareketle ailede mevcut düzenin katı olmadığı, organizasyonların planlanmasında ve kurallarda değişmez ve katı bir yapının hakim olmadığı durumlarda yeme bozukluğu tanısı bulunanlarda daha fazla bozuk yeme tutum ve davranışı görülmektedir. McDermont ve diğerlerinin (2002) alışmalarında da Bulimik Anoreksiya Nervoza hastalarının ailelerini aile aktivitelerini planlama açısından yetersiz bulduklarını ifade ettikleri görülmektedir.

Bu çalışmada psikiyatrik bir tanı alma ve psikiyatrik tedavi görme, sigara, alkol, uyarıcı/yatıştırıcı madde kullanma açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında anlamli bir fark olmadığı grlmştir. Bu sonuç Demir ve diğerlerinin (1998) yaptığı çalışmada alkol kullanımı açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan grup ve kontrol grubu arasında fark bulunamamasıyla paralellik göstermektedir. Leon ve diğerlerinin (1999) yaptığı boylamsal çalışmada sigara ve alkol kullanımı yeme bozukluğu için bir risk etken olarak ele alınmış fakat çalışmanın sonucunda yeme bozukluğunu tahmin etme gücü olmadığı ortaya konmuştur. Sigara, alkol, uyarıcı madde kullanma gibi sağlığa zararlı davranışların yeme bozukluğu ile özgün bir ilişkisinin olmadığı, sağlıksız davranışların genel bir görüngüsü olarak değerlendirilebileceği belirtilebilir. Psikiyatrik tanı alma ve psikiyatrik tedavi görme açısından ise yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında anlamli bir fark bulunmaması ise literatür ile uyumlu değerildir. Yapılmış çalışmalarda yeme bozukluğu hastalarının özellikle kişilik bozuklukları, duygulanım, kaygı bozuklukları ve madde bağımlılığı ile komorbite gösterdiği ifade edilmektedir (Ekeroth, Broberg ve Nevonen 2004; Johnson ve diğer., 2002, Leon ve diğer., 1999). Bu alışmada SCID-I gibi DSM-IV Eksen I bozukluklarını değerlendirmek için uygulanan yapılandırılmış klinik bir görüşme, SCL-90 gibi bir yapılandırılmış ruhsal belirti tarama testi veya kişilik bozukluklarını ölçen nesnel bir test kullanılmadığı ve katılımcıların sadece beyanına dayanıldığından böyle bir sonuç elde edilmiş olabilir.

Yapılan çalışmalarda aile işlevselliğinden ziyade, ailenin benimsediği sosyo-kültürel normların yeme bozukluğu üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Ailede

görünümüne ve başarıya verilen önemin bozuk yeme davranışlarını genel aile işlevsizliğinden daha iyi tahmin ettiği belirtilmektedir (Davis ve diğer., 2004; Laliberte, Boland ve Leichner, 1999). Buradan hareketle bu çalışmada ailenin görünümüne verdiği önem ve yeme tutum ve davranışlarına yaptığı baskı araştırılmıştır. Ailenin fiziksel görünümüne verdiği önem, kızlarının kiloları ile ilgili yaptıkları olumsuz eleştiriler ve kızlarının kilolarını korumaları için yaptıkları baskı açısından yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanlar arasında bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu durumda, bu örneklemede ailenin görünümüne verdiği önemin ve kızların görünümleriyle ilişkili yaptıkları eleştirinin yeme bozukluğu üzerinde bir etkisinin olmadığı ifade edilebilir. Araştırmada elde edilen bulgu Senra ve diğerlerinin (2007) yaptıkları çalışma ile uyum göstermektedir. Senra ve diğerleri (2007) hastalık ortaya çıktıktan sonra ailenin görünümüne verdiği değer ve görünümle ilgili kaygılarının kendilik tasarımı üzerinde bir etkisinin olmadığını ve hastalığın özünde yer alan özellikler tarafından belirlendiğini ifade etmektedir.

Çalışmada arkadaşların görünümüne verdiği önem de araştırılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında arkadaşların ve karşı cinsten ilgi duyulan kişinin görünümüne verdiği önem açısından farklılaşmadığı bulunmuştur. Bununla beraber yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların arkadaşları tarafından kiloları açısından daha fazla olumsuz eleştiriye maruz kaldığı görülmüştür. Bu durumda ailenin görünümüne verdiği önem ve olumsuz eleştirilerinden daha çok arkadaşların yeme tutum ve davranışlarında etkisi olduğu belirtilebilir. Bu bulgu literatürde görülen çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda ergen kızlarda arkadaşlarının kiloları ile ilgili dalga geçmesinin bulimik davranışlar üzerinde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir (Lieberman ve diğer., 2001; Young, McFatter ve Clopton, 2001). Gilbert ve Meyer (2005) kız öğrenciler üzerinde boylamsal bir çalışma yürütmüş ve bu çalışmanın sonucunda, arkadaşlarının kilo ve görünümüne ilişkin olumsuz eleştirilerinden korkan kızların, anormal yeme tutum ve davranışlar gösterdiği ve arkadaşları tarafından onaylanmaya çok fazla önem verdiği görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Arkadaşları tarafından kilonun olumsuz bir biçimde eleştirilmesinin yeme bozukluğu

geliştirme olasılığını güçlendirdiği görülmüştür (Altuğ, 1999; Çakırlı, 2005; Gürmeriç, 2003).

Bu çalışmada zayıflama girişimi açısından iki grup birbiriyle karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların daha fazla eleştiriden bağımsız olarak zayıflama girişiminde bulunduğu görülmüştür. Araştırmada elde edilen bulgu, diyet yapmanın yeme bozuklukları geliştirme üzerine etkisini araştıran çalışmaları destekler niteliktedir (Byely ve diğer., 2000; Çakırlı, 2005; Leon ve diğer., 1995). Ayrıca bu çalışmada yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların daha düşük beden memnuniyeti gösterdiğini bulmuş olması; daha fazla eleştiriden bağımsız zayıflama girişimine sebebiyet vermiş olabilir. Bu yönde yapılmış olan çalışmalar bedenden duyulan memnuniyetsizliğin diyet yapma davranışını ve bozuk yeme davranışlarını tahmin etme gücünün yüksek olduğunu göstermiştir (Byely ve diğer., 2000; Ghaderi, 2003; Graber ve Brooks-Gunn, 2001; Sim ve Zeman, 2006; Young, McFatter ve Clopton, 2001).

Stice (2001) beden memnuniyetsizliğinin, aileden arkadaşlardan ve medyadan gelen yeterince zayıf olunmadığı ile ilişkili tekrarlayıcı mesajlarla artacağını ve bununla beraber diyet davranışının daha fazla deneyimleneceğini belirtmektedir. Bu çalışmanın bulguları da bu modelle paralellik göstermiş olup, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların daha düşük beden memnuniyetine sahip olduğu, daha fazla arkadaşları tarafından kiloları ile ilişkili olumsuz eleştiriye maruz kaldığı ve daha fazla eleştiriden bağımsız zayıflama girişiminde bulunduğu görülmüştür.

Araştırmada bunların dışında kitle iletişim araçlarındaki yayınları takip etme de araştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların arasında düzenli moda ve magazin dergilerini takip etme, televizyon izlemeye harcanan zaman, pembe dizi, müzik videoları ve gençlik dizilerini seyretmeye harcanan zaman açısından fark bulunamamıştır. Bu bulgular ülkemizde yapılan çalışmalarda elde edilen bulgularla uyum göstermemektedir. Anormal yeme tutum ve davranışlar gösteren grubun kitle iletişim araçlarındaki zayıflıkla ilgili yayınları daha sık takip ettiği görülmüştür (Altuğ, 1999; Çakırlı, 2005; Gürmeriç, 2003). Araştırma bulguları ile çalışmanın

bulgularının paralel olmaması bu çalışmanın yeme bozukluğu tanısı bulunanlar ile yürütülmesine bağlanabilir. Anormal yeme tutum ve davranışları üzerinde kitle iletişim yayınlarındaki zayıflık ile ilişkili mesajlar etkili olurken aynı durum yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda gözlenmemektedir.

Ayrıca araştırmada katılımcılara “kadınların kitle iletişim araçlarında görülen modellere ne kadar benzerlerse o kadar çekici hissedecekleri” düşüncesine katılıp katılmadıkları sorulmuştur. Böylece katılımcıların kitle iletişim araçlarında tekrarlanan zayıf olma ile ilişkili mesajları ne kadar benimsediği araştırılmıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında modellere benzeme isteği açısından bir fark bulunmadığı görülmüştür. Bu bulgu literatürdeki çalışmaları desteklemektedir. Yapılan araştırmalarda medya etkisinin tek başına bulimik davranışları veya bozuk yeme davranışlarını tahmin etmediği görülmektedir (Young, Mcfatter ve Clopton, 200; Tiggemann, 2003). Benzer olarak Costin de (1999) yeme bozukluklarını kültürün zayıflıkla ilgili standartlarına bağlamanın çok basitçe olacağını belirtmektedir. Yeme bozukluğunun oldukça karmaşık, aile, kişilik, genetik gibi pek çok faktörün bir arada rol oynadığı bir bozukluk olarak düşünülmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Zayıflıkla ilişkili sosyo-kültürel normların benimsenip benimsenmediğinin yeme bozukluğu ile ilişkisi de araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların daha fazla güzellik ideali olarak inceliği (34-36 beden) kabul ettiği bulunmuştur. Bu bulgu literatürde yapılmış olan önceki çalışmaları desteklemektedir. Thompson ve Stice (2001) ideal güzelliğin zayıf olma ile eş tutulduğu günümüz görüşünün içselleştirilmesinin bozuk yeme davranışları için bir risk etkeni olduğunu belirtmektedir. Ayrıca görünümle ilgili standartlara uymada zorluk yaşandığında kişi kendi görünümünü değersiz bulmakta ve bu standartlara uyum sağlayabilmek için bozuk yeme davranışları geliştirmektedir (Kiang ve Harter, 2006). Bu çalışmada katılımcılara kilolu insanların çekici olup olmayacakları sorulduğunda yeme bozukluğu tanısı bulunan ve bulunmayan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar arasında bir fark bulunamamıştır. Bu durumda yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda bir yandan 34-36 beden olmanın güzel olmakla eş tutulduğu bir yandan da kilolu olmanın çekici olabileceğinin düşünüldüğü görülmektedir. Buradan hareketle yeme

bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda görülen 34-36 beden olma arzusunun kitle iletişim araçlarındaki tekrarlayıcı mesajlardan kaynaklanmadığı, hastalığın doğasına bağlı olduğu düşünülebilir. Bruch (1973) yeme bozukluğunda görülen kilo verme uğraşısının kendilerine saygı duymak ve diğerlerinin ona saygı duymasını sağlamak için bir çaba haline geldiğini belirtmektedir. Anoreksiya Nervoza hastaları için bedenleri tamamen kontrolleri altında, mükemmel, değişmez olmalıdır (Goodsitt, 1997, sayfa 210).

Toparlarsak, yeme bozukluğunun etiyolojisini açıklamaya yönelik birçok teorik yaklaşımda ve ampirik çalışmada belirtildiği gibi, yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlar ile bulunmayanlar, aile ortamı özelliklerinden birlik-beraberlik, beden memnuniyeti, depresyon ve benlik saygısı açısından farklılık göstermişlerdir. Yeme bozukluğu tanısı bulunanlarda ailede düşük birlik-beraberlik algılanmaktadır. Bununla beraber yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda düşük beden memnuniyeti ve benlik saygısı, yüksek depresyon bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda yeme tutum ve davranışlarındaki bozukluğun aile ortamı özelliklerinden denetim değişkeni ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunun dışında yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda görülen düşük benlik saygısında yüksek depresyonla, beden memnuniyetinin ise sosyotropi kişilik özelliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlara ek olarak yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınların arkadaşları tarafından kilo ve görünüşleri ile ilişkili daha fazla olumsuz eleştiri aldıkları, eleştiriden bağımsız olarak daha fazla zayıflama girişiminde bulundukları, toplumdaki zayıflığın güzellik için ideal olduğu görüşünü daha fazla benimsedikleri görülmüştür.

Ancak bu çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Öncelikle, kişisel bilgi formundan elde edilen ailenin, arkadaşların fiziki görünümüne verdiği önem, aile ve arkadaşların kızların kiloları ile ilişkili olan eleştirileri, eleştirilere bağlı veya bağımsız zayıflama girişi sıklığı, kitle iletişim yayınlarındaki ince olmanın güzel olduğu ile ilişkili mesajların benimsenmesi ile ilgili bulgular, tek bir madde içeren sorular ile değerlendirilmiştir. Yeme bozukluğu üzerinde etkili olduğu düşünülen veya yeme bozukluğunun gelişimi açısından bir risk etkeni olarak değerlendirilen bu

değişkenlerin, bundan sonraki çalışmalarda, standardizasyonu yapılmış ölçekler aracılığıyla değerlendirilmesi tavsiye edilebilir.

Bozuk yeme tutum ve davranışları ile hastanelerin psikiyatri bölümlerine danışan kişilere yeme bozukluğu tanısının koyulması uzun klinik değerlendirmeler sonucunda mümkün olabilmektedir. Ayrıca yeme bozukluğu ile şikayeti olan danışanların psikiyatri bölümünden önce iç hastalıkları gibi diğer bölümlere başvuruyor olması, bu kişilerin psikiyatri bölümüne yönlendirilmesini geciktirmektedir. Dolayısıyla yeme bozukluğu alanında klinik bir örneklemle yapılan çalışmada yeme bozukluğu tanısı bulunan kişilere ulaşmak oldukça zordur. Bu çalışmada bu sebeplerden ötürü erişilebilen katılımcı sayısı oldukça düşüktür. Öte yandan katılımcı sayısının düşük olması çalışmanın bir diğer sınırlılığı olarak ifade edilebilir. Bu sebeple Anoreksiya Nervosa, Bulimia Nervosa ve Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu'nu değişkenler açısından karşılaştırmak mümkün olamamıştır. Yeme bozukluğu alt tiplerinin karşılaştırılamaması sonucunda ise literatür ile uyumlu bazı bulgular elde edilmemiş olabilir. Yapılmış olan çalışmalarda yeme bozukluğu alt tiplerinde aile ortamı özelliklerinin farklılaştığı (Benninghoven ve diğer., 2003; Dolan ve diğer., 1990; Humphrey, 1987; Humphrey, 1989; McNamara ve Loveman, 1990; Waller, Calam ve Slade, 1989); sosyotropi kişilik özelliği ile Bulimia Nervosa'nın (Hayaki ve diğer., 2003; Narduzzi ve Jakson, 2000); otonomi kişilik özelliği ile Anoreksia nervosa'nın ilişkili olduğu görülmüştür (Strauss ve Ryan, 1978). Dolayısıyla daha sonra yapılacak çalışmalarda, mümkünse katılımcı sayısının artırılarak araştırmanın yürütülmesi, yeme bozukluğu hastalarının aile ortamı özellikleri, otonomi-sosyotropi alanında yaşanan güçlükler açısından daha detaylı ve doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlayacaktır.

Şahin, Ulusoy ve Şahin'in (1993) Sosyotropi-Otonomi Ölçeği'nin Türkiye uyarlamasıyla ilişkili çalışmasında Otonomi alt ölçeğinin hasta grubu ile kontrol grubunu birbirinden ayırt etme gücüne sahip olmadığı görülmüştür. Her iki alt ölçek içinde geçerlilik ile ilişkili ek çalışmalar yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ölçekle ilişkili bu durum yeme tutum ve davranışları ile sosyotropi-otonomi arasındaki ilişkinin ortaya konmasını engellemiş olabilir. Beck ve arkadaşları (1983) Sosyotropi-Otonomi Ölçeği'ni geliştirirken depresyonu açıklayıcı olarak bu iki kişilik özelliğini betimlemiştir. Bu yüzden Sosyotropi-Otonomi Ölçeği'nin yeme bozukluğu hastaları

ile kontrol grubunu ayırt etmede hassas olmadığı ve bu durumun beklenen sonuçların elde edilmesini engellemiş olabileceği belirtilebilir.

Literatürdeki çalışmalar yeme bozukluğu hastalarının aile ortamı özelliklerinin, farklı aile üyeleri tarafından farklı algılanabileceğini göstermiştir (Benninghoven ve diğer., 2007; Dancyger ve diğer., 2005; Humphrey, 1989; Vidovic ve diğer., 2005, Woodside ve diğer., 1995). Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, sadece katılımcının değil aile üyelerinin de çalışmaya dahil edilmesi, yeme bozuklukları hastası bulunan ailelerin yapısı ve özellikleri hakkında bilgi sağlama açısından daha faydalı olacaktır.

Bu çalışmanın sonucunda yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ve genç erişkin kadınlarda sosyotropi, otonomi ve yeme tutum ve davranışlarının arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buradan hareketle, bundan sonra yapılacak çalışmalarda otonomi, sosyotropi ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkide, literatürde yapılmış olan çalışmalarda bahsedildiği üzere, benlik saygısı gibi muhtemel aracı değişkenlerin de ele alınması daha aydınlatıcı bulguların elde edilmesini sağlayabilir. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda ayrıca depresyonun kontrol edilmesi önerilebilir.

Liselerde ve üniversitelerin ilk yıllarında yeme bozukluğu geliştirme açısından riskli olan kızlarda, yeme bozukluğunun gelişimini önlemek amacıyla, kendi içsel kaynaklarına, fikirlerine ve otonomilerine güven duymaları cesaretlendirilerek, sosyal onay ve bağımlılıkların azaltılması aracılığıyla beden memnuniyetinin artırılmasına yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi yararlı olabilir.

KAYNAKÇA

Ackard, D. M., ve Neumark-Sztainer, D. (2001). Family mealtime while growing up: Associations with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 9, 239-249.

Addolorato, G., Taranto, C., Capristo, E., ve Gasbarrini, G. (1998). A case of marked cerebellar atrophy in a woman with anorexia nervosa and cerebral atrophy and a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 443-447.

Albert, U., Venturello, S., Maina, G., Ravizza, L., ve Bogetto F. (2001). Bulimia nervosa with and without obsessive-compulsive syndromes. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (6), 456-460.

Altuğ, A. (1999). *A way to eating disorders factors associated with: abnormal eating attitudes and behaviors*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, (DSM-IV)*. American Psychiatric Association Washington, DC (1994).

Archibald, A. B., Linver, M. R., Graber, J. A., ve Brooks-Gunn, J. (2002). Parent-adolescent relationships and girls' unhealthy eating: Testing reciprocal effects. *Journal of Research on Adolescence*, 12 (4), 451-461.

Ash, J. B., ve Piazza, E. (1995). Changing symptomatology in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (1), 27-38.

Attie, I., ve Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25 (1), 70-79.

Baird, P., Sights, J. R. (1986). Low self-esteem as a treatment issue in the psychotherapy of anorexia and bulimia. *Journal of Counseling and Development*, 64, 449-451.

Baker, C. W., Whisman, M. A., ve Brownell, K. D. (2000). Studying intergenerational transmission of eating attitudes and behaviors: Methodological and conceptual questions. *Health Psychology*, 19 (4), 376-381.

Barth, F. D. (2003). Separate but not alone: Separation-individuation issues in college students with eating disorders. *Clinical Social Work Journal*, 31 (2), 139-153.

Baş, M., Aşçı, H. F., Karabudak, E., ve Kızıltan, G. (2004). Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 39, 593-599.

Başterzi, A. D., Tüzer, V., Alagöz, M. Ş., Uysal, A. Ç., ve Göka, E. (2003). Estetik cerrahi hastalarında yeme tutumu ve beden algısı. *Yeni Sempozyum*, 41, 3-6.

Bekker, M. H., ve Boselie, K. A. H. M. (2002). Gender and stress: Is gender role stress? Are examination of the relationship between feminine gender role stress and eating disorders? *Streets and Health*, 18, 141-149.

Benninghoven, D., Schneider, H., Stract, M., Reich, G., ve Cierpka, M. (2003). Family representations in relationship episodes of patients with a diagnosis of bulimia nervosa. Psychology and psychotherapy: *Theory, Research and Practice*, 76, 323-336.

Benninghoven, D., Tetsch, N., Kunzendorf, S., ve Jantschek, G. (2007). Body image in patients with eating disorders and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 118-123.

Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M., ve Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38 (2), 143-146.

Blaase, H., ve Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: Permanent or transient features? *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 467-478.

Brookings, J. B., ve Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63, 313-326.

Blatt, S.J., ve Zuroff, D.C. (1992). Interpersonal relatedness and self definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.

Blouin, A. G., Zuro, C., ve Blouin, J. H. (1990). Family environment in bulimia nervosa: The role of depression. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (6), 649-658.

Borgberg, A. G., Hjalms, I., ve Nevonen, L. (2001). Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18 to 24-year-old patients and normal controls. *European Eating Disorders Review*, 9 (6), 381-396.

Brooking, J. B., ve Wilson, J. F. (1994). Personality and family-environment predictors of self reported eating attitudes and behaviors. *Journal of Personality Assessment*, 63 (2), 313-326.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., ve Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2), 139-147.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., ve Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.

Button, E. J., Loan, P., Davies, J., ve Sonuga-Barke, E. J. S. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1), 39-47.

Button, E. J., ve Warren, R. L. (2002). Self-image in anorexia nervosa 7.5 years after initial presentation to a specialized eating disorders service. *European Eating Disorders Review*, 10 (6), 339-412.

Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., ve Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.

Byrne, S. M., ve McLean, N. J. (2002). The cognitive-behavioral model of bulimia nervosa: A direct evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 17-31.

Calam, R., ve Waller, G. (1998). Are eating and psychological characteristics in early teenage year useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7-year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 24 (), 351_362.

Calam, R., Waller, G., Slade, P., ve Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parent. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (5), 479-485.

Carroll, J. M., Touyz, S. W., ve Beumont, P. J. V. (1996). Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2), 159-170.

Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-Gonzalez, M. A., Gual, P., De Irala-Estevez, J., ve Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 271-280.

Cooper, M. J., Wells, A., ve Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Psychology*, 43, 1-16.

Costin, C. (1999). *The Eating Disorder Sourcebook. A comprehensive guide to the causes, treatments, and prevention of eating disorders* (2.nd ed.). Los Angeles: Lowel House.

Crips, A. H. (1997). Anorexia nervosa as flight from growth: Assessment and treatment based on the model. İçinde D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Ed.). *Handbook of treatment for eating disorders*. (s. 248-268). New York: The Guildford Press.

Crips, A. H., Hall, A., ve Holland, A. J. (1985). Nature and nurture in anorexia nervosa: A study of 34 pairs of twins, one pair of triplets, and an adoptive family. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (1), 5-27.

Crow, S., Praus, B., ve Thuras, P. (1999). Mortality from eating disorders- A 5-to 10-year record linkage study. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 97-101.

Crowther, J. H., Kichler, J. C., Sherwood, N. E., ve Kuhnert, M. E. (2002). The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 10, 141-151.

Çakırlı, Z. (2005). *Anormal yeme tutum ve davranışlarının aile ortamı, öz güven ve mükemmeliyetçilikle ilişkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.

Çelikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koç, M., Etikan, İ., Yücel, B. (2008). Psychological correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 188-194.

Çuhadaroğlu, F. (1997). Yeme bozukluklarında kendilik gelişimi özellikleri. Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme bozuklukları, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları*, 1, 48-53.

Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adölesanlarda benlik saygısı*. Uzmanlık Tezi. Ankara.

Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., ve Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 135-139.

Dare, C., ve Eisler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. İçinde D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Ed.). *Handbook of treatment for eating disorders* (s. 307-324). New York: The Guildford Press.

Dare, C., Le Grange, D., Eisler, I., ve Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disorders families. *International Journal of Eating Disorders*, 16 (3), 211-226

Davis, C., Claridge, G., ve Fox, J. (2000). Not just a pretty face: Physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 67-73.

Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., ve Fox, J. (2004). Looking good-family focus on appearance and risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 136-144.

Deep, A. L., Lilenfeld, L. R., Plotnicov, K. H., Pollice, C., ve Kaye, W. H. (1999). Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: The role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 1-10.

Demir, T., Demir, D. E., Kayaalp, M. L., ve Büyükkal, B. (1998). Yeme bozukluğu olan ergenlerin sosyodemografik, ailesel ve kişisel özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9 (4), 257-264.

Dobmeyer, A., ve Stein, D. M. (2003). A prospective analysis of eating disorder risk factors: drive for thinness, depressed mood, maladaptive cognitions, and ineffectiveness. *Eating Behaviors*, 4, 135-147.

Dolan, B. M., Lieberman, S., Evans, C., ve Lacey, J. H. (1990). Family features associated with normal body weight bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (6), 639-647.

Duemm, I., Adams, G., ve Keating, L. (2003). The addition of sociotropy to the dual pathway model of bulimia. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 35 (4), 281-291.

Dunkey, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., ve Grilo C. M. (2003). Personal standards and evaluative concerns dimensions of “clinical” perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behavior Research and Therapy*, 44, 63-84.

Dunkley, D. M., ve Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behavior Research and Therapy*, 45, 139-149.

Eizaguirre, A. E., Cabezón, A. O. S., Alda, I. O., Olariaga, L. J., ve Juaniz M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36, 321-331.

Ekeröth, K., Broberg, A. G., ve Nevonen, L. (2004). Eating disorders and general psychopathology: A comparison between young adult patients and normal controls with and without self-reported eating problems. *European Eating Disorders Review*, 12, 208-216.

Emborg, C. (1999). Mortality and causes of death in eating disorders in Denmark 1970-1993: A case register study. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 243-251.

Erkolahti, R. K., Saarijärvi, S., Ilonen, T., ve Hagman, H. (2002). Self-image of anorexic and bulimic female adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56 (6), 447-450.

Erol, A., Toprak, G., ve Yazıcı, F.(2002). Üniversite öğrencilerinde kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 48-57.

Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F., ve Erol, S. (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 147-152.

Erol, A., Yazıcı, F., Boyacıoğlu, G., Erol, S., ve Kaptanoğlu, C. (2000). Anoreksiya nervozada kişilerarası şemalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11 (1), 23-28.

Erol, A., Yazıcı, F., Erol, S., ve Kaptanoğlu, C. (2000). Anoreksiya nervozada belirti Şiddetini yordayıcı olarak aile işlevselliği ve benlik saygısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11 (1), 17-22.

Erol, A., Yazıcı, F., ve Toprak, G. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 48 (1), 47-50.

Espina, A. (2003). Alexithymia in parents of daughters with eating disorders. Its relationships with psychopathological and personality variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 553-560.

Evans, J., ve Le Grange, D. (1995). Body size and parenting in eating disorders: A comparative study of the attitudes of mothers towards their children. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (1), 39-48.

Evans, L., ve Wertheim, E. (2005). Attachment style in adult intimate relationships: Comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review*, 13, 285-293.

Ewell, F., Smith, S., Karmel, M. P., ve Hart, D. (1996). The sense of self and its development: A framework for understanding eating disorders. İçinde L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Ed.). *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment* (s. 107-133). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Farell, E. (2000). *Lost for word: The psychoanalysis of anorexia and bulimia*. Other Press.

Fassino, S., Amianto, Daga, G. A., Leombruni, P., Garzaro, L., Levi, M., ve Rovera, G. G. (2003). Bulimic family dynamics: Role of parents' personality- A controlled study with the temperament and character inventory. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (1), 70-77.

Fassino, S., Svrakic, D., Abbate-Daga, G., Leombruni, P., Amianto, F., Stanic, S. ve Rovera, G. G. (2002). Anorectic family dynamics: Temperament and character data. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (2), 114-120.

Felker, K. R., ve Stivers, C. (1994). The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence*, 29, 821-835.

Fichter, M., ve Noegel, R. (1990). Concordance for bulimia nervosa in twins. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (3), 255-263.

Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. S., ve Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 40 (6), 434-441.

Frank, G. K., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Perel, J., Moss, H., McConaha, C., ve Pollice, C. (2001). Altered response to meta-chlorophenylpiperazine in anorexia nervosa: Support for a persistent alteration of serotonin activity after short-term weight restoration. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 50-68.

Frederick, C. M., ve Grow, V. M. (1996). A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, 20, 217-228.

Freidman, M. A., ve Whisman, M. A. (1998). Sociotropy, autonomy, and bulimic symptomatology. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 439-442.

Friedlander, M. L., ve Siegel, S. M. (1990). Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (1), 74-78.

Friestad, C., ve Rise, J. (2004). A longitudinal study of the relationship between body image, self-esteem and dieting among 12-21 year olds in Norway. *European Eating Disorders Review*, 12, 247-255.

Fryer, S., Waller, G., ve Kroese, B. S. (1997). Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 427-436.

Garner, D. M. (1985). Individual psychotherapy for anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19 (2/3), 423-433.

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

Geller, J., Cockell, S. J., ve Goldner, E. M. (2000). Inhibited expressions of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 8-19.

Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, 3, 387-396.

Gilbert, N., ve Meyer, C. (2003). Social anxiety and social comparison: differential links with restrictive and bulimic attitudes among nonclinical women. *Eating Behaviors*, 4, 257-264.

Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. İçinde D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Ed.). *Handbook of treatment for eating disorders* (s. 205-228). New York: The Guildford Press.

Gordon, K.H., Denoma, J.M., Bardone, A.M., Abramson, L.Y., Joiner, T.E. (2005). Self competence and the prediction of bulimic symptoms in older women. *Behavior Therapy*, 36, 169-175.

Götestam K. G., Eriksen, L., Heggstad, T., ve Nielsen, S. (1998). Prevalence of eating disorders in Norwegian General Hospitals 1990-1994. Admissions per year and seasonality. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 57-69.

Graber, J. A., ve Brooks-Gunn, J. (2001). Co-occurring eating and depressive problems: An 8- year study of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 37-47.

Green, M. A., Scott, N. A., DeVilder, E. L., Zeiger, A., ve Darr, S. (2006). Relational-interdependent self-construal as a function of bulimic symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 943-951.

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L., Pagano, M. E., Yen, S., ve McGlashan, T. H. (2003). The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified in not influenced by personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 319-330.

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Shea, M. T., Zinarini, M. C., bender, D. S., Morey, L. C., Dyck, I. R., ve McGlashan, T. H. (2003). Do eating disorders co-occur with personality disorders? Comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 155-164.

Gross, J., Rosen, J. C., Leitenberg, H., ve Willmuth, M. E.(1986). Validity of the eating attitudes test and the eating disorders inventory in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 875-876.

Grubb, H. J., Sellers, M. I., Waligroski, K. (1993). Factors related to depression and eating disorders: Self-esteem, body image, and attractiveness. *Psychological Reports*, 72, 1003-1010.

Gual, P., Perez_Gaspar, M., Martinez_Gonzalez, M. A., Lahortiga, F., De Irala_Estevez, J., ve Cervera_Enguix, S. (2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: Baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 261-273.

Gürdal, A. (2003). İnce beden hastalığı. İçinde A. Yaraman (Ed.). *Kadın Yaşantıları*. 1. Baskı. (s. 161-169). İstanbul Bağlam Yayınlar.

Gürmeriç, A. Ş. (2003). *The relationship between parenting styles identity status and disordered eating patterns*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi.

Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L.M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., Kell, P., Klump, K., Lilenfeld, L.R., Mitchell, J. E., Plotnicov, K.H., Pollice, C., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., ve Bulik, C. M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38 (4), 371-374.

Halvorsen, I., ve Heyerdahl, S. (2006). Girl with anorexia nervosa as young adults: Personality, self-esteem, and life satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (4), 285-293.

Ham, T. van der, Strein, D. C. Van, ve Engeland, H. Van. (1998). Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: A 4-year prospective study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7, 79-84.

Hargreaves, D., ve Tiggemann, M. (2003). Longer-term implications of responsiveness to “Thin-Ideal” television: Support for A cumulative hypothesis of body image disturbance? *European Eating Disorder Review*, 11 (6), 465-477.

Hayaki, J., Freidman, M. A., Whisman, M. A., Delinsky, S. S., ve Brownell, K. D. (2003). Sociotropy and bulimic symptoms in clinical and nonclinical samples. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 172-176.

Head, S. B., ve Williamson, D. A. (1990). Association of family environment and personality disturbance in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (6), 667-674.

Heatherton, T. F., ve Baumesiter, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110 (1), 86-108.

Heesacker, R. S., ve Neimeyer, G. J. (1990). Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (4), 419-426.

Hepp, U., Spindler, A., ve Milos, G. (2005). Eating disorders symptomatology of gender Role orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (3), 227-233.

Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais M. A., ve Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 20-26.

Herzog, D. B., Jakson, S. C., ve Franko, D. L. (2006). The nature of adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa. İçinde P. J. Cooper, A. Stein (Eds). *Childhood feeding problems and adolescent eating disorders* (s. 188-212). New York: Routledge Press

Hill, A. J., ve Franklin, J. A. 1998. Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 3-13.

Hisli, N. 1989. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7, 3-13.

Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H., ve Herpetz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 106-110.

Hovardaoğlu, S. (1993). Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi*, 1, 26.

Hsu, L. K. G., Chesler, B. E., ve Santhouse, R. (1990). Bulimia nervosa in eleven sets of twins: A clinical report. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (3), 275-282.

Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95 (4), 395-402.

Humphrey, L. L. (1987). Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using structural analysis of social behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26 (2), 248-255.

Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57 (2), 206-214.

İlhan, M. N., Özkan, S., Aksakal, F. N., Aslan, S., Durukan, E., ve Maral, I. (2006). Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olan yeme bozukluğu sıklığı. *Psychiatry in Turkey*, 8, 151-155.

Jacobi, C., Paul, T., De Zwaan, M., Nutzinger D., ve Dahme, B. (2004). Specificity of self-concept disturbance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 204-210.

Johnson, C. L. (1991). Treatment of eating disordered patients with borderline and false-self/narcissistic disorders. İçinde C. L. Johnson. (Ed.). *Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia* (s. 165-193). New York: The Guildford Press.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., ve Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1119-1128.

Joiner, T. E., Schmidt, N. B., ve Wonderlich, S. A. (1997). Global self-esteem as contingent on body satisfaction among patients with on body satisfaction among patients with bulimia nervosa: Lack of diagnostic specificity? *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1), 67-76.

Karwautz, A., Nobis, G., Haidvogel, M., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, Wöber-Bingöl, C., ve Friedrich, M. H. (2003). Perception of family relationships in

adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sister. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 128-135.

Kashubeck-West, S., Mintz, L. B., ve Weigold, I. (2005). Separating the effects of gender and weight-loss desire on body satisfaction and disordered eating behavior. *Sex Roles*, 53 (7/8), 505-518.

Kawash, G., Kozeluk, L. (1990). Self-esteem in early adolescence as a function of position within Olson's circumplex model of marital and family systems. *Social Behavior and Personality*, 18 (2), 189-196.

Kaye, W. H., Devlin, B., Barbarich, N., Bulik, N. M., Thornton, L., Bacanu, S. A., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Woodside, D. B., Bergen, A. W., Crow, S., Mitchell, J., Rorondo, A., Mauri, M., Cassono, G., Kell, P., Plotnicov, K., Pollice, C., Klump, K. L., Lilenfeld, L. R., Ganjei, J. K., Quadflieg, N., ve Berrettini, W. H. (2004). Genetic analysis of bulimia nervosa: Methods and sample description. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 556-570.

Keel, P. K., ve Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 747-769.

Kenny, M. E., ve Hart, K. (1992). Relationship between parental attachment and eating disorders in a inpatient and a college sample. *Journal of Counseling Psychology*, 39 (4), 521-526.

Kent, J. S., ve Clopton, J. R. (1988). Bulimia: A comparison of psychological adjustment and familial characteristics in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (6), 964-971.

Kent, A., ve Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 20 (7), 887-903.

Kiang, L., ve Harter, S. (2006). Socio cultural values of appearance and attachment processes: An Integrated model of eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 7, 134-151.

Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A., ve Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 936-940.

Kjelsas, E., Björnström, C., ve Göstestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviors*, 5, 13-25.

Klump, K. L., McGue M., ve Iacono, W. G. (2000). Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (2), 239-251.

Kog, E., ve Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 11-23.

Kog, E., Vandereycken, W., ve Vertommen, H. (1985). Toward a verification of the psychosomatic family model: A pilot study of ten families with an anorexia/bulimia nervosa patient. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (4), 525-538.

Krause, E. D., Robins, C. J., ve Lynch, T. R. (2000). A mediational model relating sociotropy, ambivalence over emotional expression, and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 328-335.

Kuğu, N., Akyüz, G., Doğan, O., Ersan, E., ve İzgiç, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 129-135.

Laliberte, M., Boland, F. J., ve Leichner, P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (9), 1021-1040.

Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar E., ve Canneti, L. (2002). Attachment style and famialy functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24 (4), 581-599.

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., ve Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 140-149.

Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K., ve Klump K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk

factors for later disordered Eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (2), 181-196.

Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W. M., ve White, D. R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls: The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related Teasing. *Eating Behaviors*, 2, 215-236.

Lucas, A. R., Crowson, C. S., O'Fallon, W. M., ve Melton, L. J. (1999). The ups and downs of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 397-405.

Mallinckrodt, B., McCreary, B. A., ve Robertson, A. K. (1995). Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies. *Journal of Counseling Psychology*, 42 (2), 178-186.

Mancilla-Diaz, J. M., Franco_Paredes, K., Vazquez-Arevalo, R., Lopez-Aguilar, X., Alvarez-Rayon, G. L., ve Tellez-Giron, M. T. O.(2007). A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15 (6), 463-470.

Maner, F., Erkiran, M., ve Hantaş, Y. (2004). Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı olan kadınlarda yeme bozuklukları: Kontrollü bir çalışma. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 12-15.

McCabe, M. P., ve Vincet, M. A. (2003). The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review*, 11 (4), 315-328.

McCrea, C. (1991). *Eating disorders*. İçinde W. Dyrden, R. Rentoul (Ed.). Adult clinical problems: A cognitive-behavioral approach. (s. 114-134) New York: Routledge Press.

McDermott, B. M., Batik, M., Roberts, L., ve Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family Functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 509-514.

McGee, B. J., Hewitt, P. L., Sherry, S. B., Parkin, M., Flett, G. L. (2005). Perfectionist self-presentation body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2, 29-40.

McGrane, D., ve Carr, A. (2002). Young women at risk for eating disorders: Perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary Family Therapy*, 24 (2), 385-395.

McNamara, K., ve Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (4), 518-523.

McVey, G., Davis, R., Tweed, S., ve Shaw, B. F. (2004). Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 1-11.

Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., ve Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 318-323.

Meyer, D. F., ve Russell, R. K. (1998). Caretaking, separation from parents, and the development of eating disorders. *Journal of Counseling & Development*, 76, 166-173.

Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P., ve Labiberte, M. (2006). Neuroticism and introversion. A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 7, 69-78.

Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., Martz, J., Hoek, H. W., ve Willi, J. (2004). Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 250-258.

Minuchin, S., Baker, B. L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milan, L., ve Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038.

Miwa, H., Nakanishi, I., Kodama, R., ve Kondo, T. (2004). Cerebellar atrophy in a patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 238-241.

Mizes, J. S. (1988). Personality characteristics of bulimic and non-eating-disordered female controls: A cognitive behavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (4), 541-550.

Morry, M. M., ve Staska, S. L. (2001). Magazine exposure: Internalization, self-objectification, eating attitudes, and body satisfaction in male and female university student. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 33 (4), 269-279.

Muir, A., ve Palmer, R. L. (2004). An audit of a British sample of Death Certificates in which anorexia nervosa is listed as a Cause of Death. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 356-360.

Nakamura, K., Yamamoto, M., Yamazaki, O., Kawashima, Y., Muto, K., Someya, T., Sakurai, K., ve Nozoe, S. (2000). Prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in a geographically defined area in Japan. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 173-180.

Nardone, G., Verbitz, T., ve Milanese, R. (2005). *Prison of food research and treatment of eating disorders*. London: Karnac.

Narduzzi, K. J., ve Jakson, T. (2000). Personality differences between eating-disordered women and a nonclinical comparison sample: A discriminate classification analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (6), 699-710.

Narduzzi, K. J., ve Jakson, T. (2002). Sociotropy-dependency and autonomy as predictors of eating disturbance among Canadian female college students. *The Journal of Genetic Psychology*, 163 (4), 389-401.

Newns, K., Bell, L., ve Thomas, S. (2003). The impact of a self-esteem group for people with eating disorders: An Uncontrolled Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 64-68.

Nobakht, M., ve Dezhkam, M. (2000). An epidemiological study of eating disorders in Iran. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 265-271.

Orzolek-Kronner, C. (2002). The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity-seeking? *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19 (6), 421-435.

Öner, N. ve Usluer, S. (1990). Aile ortamı ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. VI. Ulusal Psikoloji Kongresi.

Örsel, S., Canpolat, B. I., Akdemir, A., ve Özbay, H.(2004). Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15 (1), 5-15.

Parry-Jones, B., ve Parry-Jones, W. L. (1991). Bulimia: An archival review of Its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (2), 129_143.

Paterson, G., Power, K., Yellowlees, A., Park, K., ve Taylor, L. (2007). The relationship between two-dimensional self-esteem and problem solving style in an anorexic inpatient sample. *European Eating Disorders Review*, 15, 70-77.

Pawluck, D. E., ve Gorey, K. M. (1998). Secular trends in the incidence of anorexia nervosa: Integrative review of population-based studies. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 347-352.

Pearson, C.A., ve Gleaves, D. H., (2006). The multiple dimensions perfectionism and their relation with eating disorder features. *Personality and Individual Differences*, 41, 225-235.

Pirim, B. (2000). *Yeme bozuklukları ile öfke tarzı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi.

Polat, A., Yücel, B., Genç, A., Metersi, H. (2005). Bir grup üniversite öğrencisinde yeme davranışı özellikleri: bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 42, 5-8

Pope, H. G., ve Hudson, J. I. (1988). Is bulimia nervosa a heterogeneous disorder? Lesson from the history of medicine. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (2), 155-166.

Reas, L. D., Kjelsas, E., Heggstad, T., Eriksen, L., Nielsen, S., Gjertsen, F., ve Götestam, K. G. (2005). Characteristics of Anorexia Nervosa-Related Deaths in Norway (1992-2000): Data from the national patient register and causes of death register. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (3), 181-187.

Rhodes, B., ve Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22 (4), 249-263.

Robins, C.J., Bloc, P., ve Peselow, E. D. (1989). Relations of sociotropy and autonomous personality characteristics of specific symptoms in depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 86-88.

Rooney, B., McClelland, L., Crips, A. H., ve Sedgwick, P. M. (1995). The incidence and prevalence of anorexia nervosa in three suburban health districts in

south West London, U. K. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (4), 299-307.

Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E., ve Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 202-208.

Ross, M., ve Wade, T. D. (2004). Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint and uncontrolled eating. *European Eating Disorders Review*, 12, 129-136.

Rowa, K., Kerig, P. K., ve Geller, J. (2001). The family and anorexia nervosa: Examining parent-child boundary problems. *European Eating Disorders Review*, 9, 97-114.

Russell, G. F. M. (2006). Anorexia nervosa of early onset and its impact on puberty. İçinde P. J. Cooper, A. Stein (Ed.). *Childhood feeding problems and adolescent eating disorders* (s. 160-187). New York: Routledge Press

Russell, F. M. (1997). The History of bulimia nervosa. İçinde D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Ed.). *Handbook of treatment for eating disorders* (s. 11-24). New York: The Guildford Press.

Sands, R., Tricker, J., sherman, C., Armatas, C., ve Maschette, W. (1997). Disordered eating patterns, body image, self-esteem, and physical activity in preadolescent school children. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (2), 159-166.

Sassaroli, S., ve Ruggiero, G. M. (2005). The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37 (2), 135-141.

Savaşır, I., ve Erol, N. (1989). Yeme tutumu testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25

Senra, C., Sanchez-Cao, E., Seoane, G., ve Leung, F. Y. K. (2007). Evolution of self-Concept deficits in patients with eating disorders: The role of family concern about weight and appearance. *European Eating Disorders Review*, 15 (2), 131-138.

Selvini-Palazzoli, M., ve Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family Process*, 27, 129-148.

Sexton, M. C., Sunday, S. R., Hurt, S., ve Halmi, K. A. (1998). The relationship between alexithymia, depression, and Axis II psychopathology in eating disorder inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 277-286.

Shinkwin, R., ve Standen, P. J. (2001). Trends in anorexia nervosa in Ireland: A Register Study. *European Eating Disorders Review*, 9 (4), 263-276.

Silverman, J. A. (1997). Charcot's comments on therapeutic role of isolation in the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 295-298.

Sim, L., ve Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), 219-228.

Siyez, D. M., ve Uzbaş, A. (2006). Bir grup üniversite öğrencisinin anoreksik yeme tutumları ile aile yapısı arasındaki ilişki. *Yeni Sempozyum*, 44, 37-43.

Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Loas, G., Guilbaud, O., Jeammet, P., ve Flament, M. (2001). Obsessive compulsive disorders in eating disorders. *Eating Behaviors*, 2, 193-207.

Steiger, H., Goldstein, C., Mongrain, M., ve Van der Feen, J. (1990). Description of eating disordered psychiatric and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2), 129-140.

Steiger, H., Jabalpurwala, S., Gauvin, L., Seguin, J. R., ve Stotland, S. (1999). Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (5), 765-775.

Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., ve Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of "Restricters" and "Bingers" to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (5), 501-512.

Steinhausen, H. C., Gavez, S., ve Metzke, C. W. (2005). Psychosocial correlates outcome, and stability of abnormal adolescent eating behavior in

community samples of young people. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 119-126.

Steinhausen, H. C., Winkler, C., ve Meier, M. (1997). Eating disorders in adolescent in a Swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 147-151.

Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., ve Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (1), 25-31.

Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology. Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (1), 124-135.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128 (5), 825-848.

Stice, E., ve Agras, W. S. (1999). Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 460-469.

Strauss, J., ve Ryan, R. M. (1978). Autonomy disturbance in subtypes of anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 96 (3), 254-258.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., ve Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, 102 (2), 297-303.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., ve Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (3), 393-401.

Strober, M., ve Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5), 654-659.

Strober, M., Lampert, C., Morell, W., Burroughs, J., ve Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239-253.

Stober, M., Lilenfeld, L. R., Kaye W., ve Bulik C. (2006). Genetic factors in anorexia nervosa and bulimia nervosa. İçinde P. J. Cooper, A. Stein (Ed.). *Childhood feeding problems and adolescent eating disorders*. (s. 213-236) New York: Routledge Press.

Surgenor, L. J., Maguire, S., Russel, J., ve Touyz, S. (2007). Self-linking and self-competence: Relationship to symptoms of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12 (2), 139-145.

Swayze, V. W., Andersen, A. E., Andreasen, N. C., Arndt, S., Sato, Y., ve Ziebell, S. (2003). Brain tissue volume segmentation in patients with anorexia nervosa before and after weight normalization. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 33-44.

Szumaska, I., Tury, F., Csoboth, C. T., Rethelyi, J., Purebl, G., ve Hajnal, A. (2005). The prevalence of eating disorders and weight-control methods among young women: A Hungarian representative study. *European Eating Disorders Review*, 13, 278-284.

Şahin, N. H., Ulusoy, M., Şahin, N. (1993). Exploring the sociotropy-autonomy dimensions in a sample of Turkish psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 751-763.

Tasca, G., Kowal, J., Balfour, L., Ritchie, K., Virley, B., ve Bissada, H. (2006). An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors*, 7 (3), 258-265.

Thienemann, M., ve Steiner, H. (1993). Family environment of eating disordered and depressed adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (1), 43-48.

Tiggeman, M. (2003). Media exposure, body dissatisfaction and disorder eating: Television and magazines are not the same! *European Eating Disorder Review*, 11 (5), 418-430.

Todd, J., Weiss, K. E., Lunquist, J. J., ve Soderlind, A. (2005). Sociotropy and perceptions of interpersonal relationships as predictors of eating disturbance among college women: Two prospective studies. *Journal of Genetic Psychology*, 166 (3), 346-359.

Thompson, J. K., ve Stice, E. (2001). Thin-ideal internalization: Mounting evidence for a new disturbance and eating pathology. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (5), 181-183.

Tokdemir, C. D. (2001). *Directed forgetting in eating disorders*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi.

Troop, N. A., Schmidt, U. H., Turnbull, S. J., ve Treasure, J. L. (2000). Self-esteem and responsibility for change in recovery from bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 8 (5), 384-393.

Usluer, S. (1989). *The reliability and validity of the Turkish family environment questionnaire*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü.

Uzun, A. E. (1999). *The relationship between sexual abuse and eating disorders: Correlational or causal?* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Boğaziçi Üniversitesi.

Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B., ve Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 123-126.

Van Son, G. E., Van Hoeken, D., Bartelds, A. I. M., Van Furth, E. F., ve Hoek, H. W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (7), 565-569.

Vardar, E., Vardar, S., A., Altun, G. D., ve Kurt, C. (2005). Prevalence of the female athlete triad in Edirne, Turkey. *Journal of Sports Science and Medicine*, 4, 550-555.

Vardar, E., Vardar, S., A., ve Kurt, C. (2007). Anxiety of young female athletes with disordered eating behaviors. *Eating Behaviors*, 8, 143-147.

Vervaet, M., van Heeringen, C., ve Auderaert, K. (2004). Personality-related characteristics in restricting versus bingeing and purging eating disordered patients. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (1), 37-43.

Vidovic, V., Juresa, V., Begovac, I., Mahnik, M., ve Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 19-28.

Wade, T. D., Davidson, S., ve O'Dea, J. A. (2003). A Preliminary controlled evaluation of a school-based media literacy program and self-esteem program for reducing eating disorder risk factors. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 371-383.

Wade, T., Martin, N. G., Tiggeman, M., Abraham, S., Treloar, S. A., ve Heath, A. C. (2000). Genetic and environmental risk factors shared between disorders eating, psychological and family variables. *Personality and Individual Differences*, 28, 729-740.

Wagner, A., Barbarich_Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Henry, S. E., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C., ve Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39 (4), 276-284.

Waller, G., Calam, R., ve Slade, P. (1989). Eating disorders and family interactions. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 258-286.

Waller, G., ve Hartley, P. (1994). Perceived parental style and eating psychopathology. *European Eating Disorders Review*, 2 (2), 76-92.

Waller, G., Slade, P., ve Calam, R. (1990). Family adaptability and cohesion. relation to eating attitudes and disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9 (2), 225-228.

Watkins, P. L., Cartiglia, M. C., ve Champion, J. (1998). Are type a tendencies in women associated with eating disorder pathology? *Journal of Gender, Culture, and Health*, 3 (2), 101-109.

Weller, R. A., ve Weller, E. B. (1982). Anorexia nervosa in a patient with an infiltrating tumor of the hypothalamus. *American Journal of Psychiatry*, 139 (6), 824-825.

Westen, D., ve Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (4), 547-562.

Wheeler, K., Greiner, P., ve Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41 (3), 114-123.

Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F., ve Jakson, M. A. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (1), 27-32.

Wilksch, S., ve Wade, T. D. (2004). Differences between women with anorexia nervosa and restrained eaters on shape and weight concerns, self-esteem, and depression. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 571-578.

Wilson, G. T., Fairburn, C. G., ve Agras, W. S. (1997). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. İçinde D. M. Garner, P. E. Garfinkel (Ed.). *Handbook of treatment for eating disorders* (s. 67-93). New York: The Guildford Press.

Wonderlich, S., Crosby, R., Mitchell, J., Thompson, K., Redlin, J., Demuth, G., ve Smyth, J. (2001). Pathways mediating sexual abuse and eating disturbance in children. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 270-279.

Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K., ve Kaye, W. H. (2002). Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 290-299.

Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L., Garfinkel, P. E., Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., ve Maddocks, S. E. (1995). Family interactions in bulimia nervosa: Study design, comparisons to established population norms, and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders*, 17 (2), 105-115.

Young, E. A., McFatter, R., ve Clopton, J.R. (2001). Family functioning, peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 2, 323-337.

Zonneville-Bender, M. J. S., Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Van Elburg, A., ve Van Engeland, H. (2004). Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 28-34.

Ek 1. Yeme Tutum Testi (YTT)

Yeme Tutum Testi

Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyun ve uygun sütunun altındaki kutucuğa (X) işareti koyun. Maddelerin çoğu yemek yeme alışkanlıklarınızla ilgili olmakla birlikte, farklı konularla ilgili maddelerde de yer almaktadır. Maddelerin hepsini yanıtladığınızdan emin olun

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkalarıyla ile yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, ama pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur						
8. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kez tartılırım.						

18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarını bana baskı yaptığını hissederim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından						

hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Ek 2. Aile Ortamı Ölçeği (AOÖ)

AİLE ORTAMI ÖLÇEĞİ

	Hiç katılmı- yorum	Biraz katılı- yorum	Katılı- yorum	Kuvvetle Katılı- yorum
1. Ailemizde faaliyetler oldukça dikkatli planlanır.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Aile üyeleri duygularını açıkca ifade ederler.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Ailemizde kurallara uymaya çok önem verilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Ailemizle ilgili kararlar daha çok büyükler tarafından verilir.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Bizim ailede bireyler, kendi meselelerini kendileri hallederler	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Bizim evde işler belirli bir düzene göre yapılır	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Evde birbirimize kişisel sorunlarımızı anlatırız.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Aile üyelerinin “doğru ve yanlışlar” hakkında kesin düşünceleri var.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Aile üyeleri gerçekten birbirlerine destek olur.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Birbirimizle konuşurken ne dediğimize dikkat ederiz.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Bizim ailede herkese verilecek bol zaman ve ilgi vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Bizim ailede canımız ne isterse yapabiliriz.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Ailemizde birlik beraberlik duygusu vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Ailemizde uyulması gereken kurallar vardır.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Ailemizde kararlaştırılma bir şeyin tam zamanında yapılması (dakiklik) çok önemlidir.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Bizim evde kurallar oldukça katıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Ailemizde üyelerin, sormadan karar değiştirmesi olumsuz karşılanır.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Aile üyeleri kızgınlıklarını açıkca gösterir.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Ailece temiz ve düzenli insanlarız.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Ailemiz bizi kendi kendimize yeterli olmaya teşvik eder	(1)	(2)	(3)	(4)

21. Ailemizde sesimizi yükselterek bir şey elde edemeyeceğimize inanırız.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Ailemizde her bireyin görevi açıkca belirlenmiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Ailemizde bir anlaşmazlık olduğunda, bunu çözümlmek ve huzur sağlamak için çaba sarfederiz.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Birbirimizle gerçekten iyi geçiniriz.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Bizim evde aradığımız bir şeyi yerinde bulmak zordur.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Aile üyeleri, karşılaştıkları sorunları kendi kendilerine hallederler.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 3. Sosyotropi-Otonomi Ölçeği (SOSOTÖ)

SOSOTÖ

Bu ölçek, insanların insanlarla olan etkileşim biçimini/tarzını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen aşağıdaki cümlelerin her birini okuduktan sonra, o cümlenin sizin kişiliğinizi ne ölçüde tanımladığını değerlendirin ve yandaki uygun yeri işaretleyin. Bu davranışların “doğru” ya da “yanlış” diye bir değerlendirmesi yoktur. Sözü edilen davranışlar tipik insan davranışlarıdır. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

0. Hiç tanımlamıyor 2. Oldukça iyi tanımlıyor. 4. Çok iyi tanımlıyor
1. Biraz tanımlıyor 3. İyi tanımlıyor

	Hiç	Sizi ne kadar tanımlıyor?			
				Çok iyi	
1. Kendimi diğer insanlara hep iyi davranmak zorundaymış gibi hissedirim	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Özgür ve bağımsız olmak benim için çok önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. İyi bir iş yaptığımda bunu benim bilmem, başkalarının bilmesinden daha önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Yaşadığım güzel olayları başka insanlarla paylaştığımda o olaylar bana daha da güzel gelir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Diğer insanların duygularını incinmekten korkarım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. İnsanlar benim davranışlarımı ya da yaptığım işleri yönetmeye kalkarlarsa rahatsız olurum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. İnsanlara hayır demek bana zor gelir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Hafta sonlarında başkalarıyla birlikte olacağım bir etkinlik planlamazsam kendimi kötü hissedirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Bir grubun üyesi olmaktansa, kendine özgü bir birey olmayı daha değerli görürüm.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi hasta hissettiğim zaman yalnız kalmayı tercih ederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
11. İnsanlar zayıf yönlerimi, hatalarımı bilirlerse, beni sevmeyecekler diye endişelenirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Bir konuda kendimi haklı görüyorsam, başkalarının hoşuna gitmese de düşünce ve duygularımı açıkça söylemekten çekinmem.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Misafirlikteyken sadece oturup konuşmaktan rahatsız olurum. Bunun yerine, kalkıp bir şeyler yapmayı isterim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

14. Bir işte insanın kendi amaçlarına ve standartlarına ulaşması, diğer insanların koyduğu standartlara ulaşmasından daha önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Diğerlerini memnun etmek için kendime ters düşen işler yapmam.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Yalnız başıma uzun yürüyüşler yapmaktan hoşlanırım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Diğer insanların beni sevmeleri, önemli başarılar elde etmemden daha önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Bir lokantada kendi başıma akşam yemeği yemek beni rahatsız eder.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Hayatımdaki bir insanın bana gerçekten ilgi duyduğunu hissetmezsem yaptığım işlerden zevk almam.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Bir şey yapmaya karar verirken başka kişilerin düşüncelerinden etkilenmem.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Kalkıp istediğim yere gidebilme özgürlüğüne sahip olmak benim için çok önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
22. İşimde başarılı olmak benim için arkadaş edinmekten daha önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Duygularımı kontrol altında tutmanın önemli olduğuna inanırım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Diğer insanların yanıdayken benden ne beklediklerinden emin olmazsam rahatsız olurum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Diğer insanlara yardım etmeyi onların bana yardım etmelerinden daha rahat kabul ederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
26. İlk defa gideceğim bir yeri tek başıma ziyaret etmek benim için eğlenceli olmaz.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Eğer bir arkadaşım beni uzun süre aramazsa beni unuttuğunu düşünerek endişelenirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Diğer insanlarla yakın ilişkiler içinde olmaktansa sürekli çalışıp iş çıkarmak benim için daha önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Beni sevmediklerini bildiğim insanların yanında rahatsız olurum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Bir amaç benim için önemli ise, diğer insanları rahatsız etse bile o amaca ulaşmaya çalışırım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Sevdiğim insanlardan ayrı kalmak benim için zordur.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Bir amaca ulaştığım zaman insanlardan gelecek övgülerden çok, o amaca					

	ulaşmaktan ötürü memnunluk duyarım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Diğer insanların hoşlanmayacağını düşünerek söyleyeceğim şeyleri dikkatlice seçerim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Geceleri evde tek başıma kaldığımda, kendimi yalnız hissedirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Sık sık ailemi ya da arkadaşlarımı düşündüğümü farkederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Kendi planlarımı kendim yapmayı tercih ederim, böylece diğerleri tarafından kontrol edilmem.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Çevrede başka insanların olmasına ihtiyaç duymadan, bütün bir gün rahatça tek başıma kalabilirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Biri benim dış görünüşümü eleştirdiğinde, diğer insanlarında beni çekici bulmayacaklarını düşünürüm.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Bir işi bitirmek insanların o konuda nasıl tepki göstereceklerini düşünüp endişelenmekten daha önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Boş zamanlarımı diğer insanlarla birlikte geçirmekten hoşlanırım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
41.	Özel hayatıma karışıldığını düşündüğüm için, özel soruları yanıtlamayı sevmem.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
42.	Bir sorunum olduğunda, başkalarının beni etkilemelerine izin vermektense sorunu kendi başıma düşünüp bir çözüm bulmayı tercih ederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
43.	İnsanlar kişilerarası ilişkilerde genellikle, birbirlerinden çok şey beklemektedirler.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
44.	Yeni tanıştığım bir kişinin beni beğendiğini ya da sevdiğini anlayamazsam rahatsız olurum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
45.	Diğer insanların hedeflerini kabul etmektense, kendi hedeflerimi ve standartlarımı kendim belirlemeyi tercih ederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
46.	Başkalarını rahatsız ettiğimi düşünmek bana kaygı verir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
47.	Diğerleri tarafından beğenilip/sevilmek ve onaylanmak benim için önemlidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
48.	Bir işi bitirmek, bana göre o iş için verilecek ödülünden daha zevklidir.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
49.	Diğer insanlarla yakın ilişkiler kurduğumda kendimi emniyette hissedirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
50.	Diğer insanlarla beraber olduğumda, onların benimle birlikte olmaktan hoşlanıp					

	hoşlanmadıklarını anlamak için ipuçları ararım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
51.	Yalnız başıma uzaklara gidip, yeni yerler keşfetmeyi, araştırmayı severim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
52.	Herhangi bir kişinin bana kızdığını düşünsemde, özür dilemek istemem.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
53.	Başıma tatsız bir olay gelirse, başvuracağım bir yakınımın olduğundan emin olmak isterim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
54.	Uzun bir toplantıda sonuna kadar oturmak zorunda kalırsam, kendimi hapsedilmiş gibi hissederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
55.	İnsanların benim özel hayatıma ait konularda soru sormalarından ya da fikir edinmelerinden hoşlanamam.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
56.	Diğerlerinden farklı olmak beni rahatsız eder.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
57.	Bence bir hapishanede bulunmanın en zor yanı, özgürce dolaşamamaktır.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
58.	Yaşlanmanın en kötü yanı yalnız kalmaktır.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
59.	Sevdiğim bir insanın öleceğini düşünerek çok endişelenirim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
60.	Diğer insanlar beni reddecek olsa bile haklarımı savunmaya devam ederim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 4. Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ)

VÜCUT ALGISİ ÖLÇEĞİ

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					
Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					

Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

Ek 5. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

YÖNERGE: Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o durumun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatli okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygulardan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlıklarım oldu sayılır.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiç bir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum..
6. a) Cezalandırılmış gibi duygular içerisinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içerisindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü bir durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskilere göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgilimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi kadar rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.

- b) Sanki yaşlanmışım ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzüldüyorum.
 - c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
 - d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
- b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
 - c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
 - d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
- b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
 - c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 - d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
- b) Eskisine göre daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
 - c) Şimdilerde nerdeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
 - d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
- b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
 - c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
 - d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
- b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
 - c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
 - d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla keybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
- b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
 - c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılar beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
 - d) Bu sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.

21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
- b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
- c) şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
- d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RSBÖ)

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

1. Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli bulurum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
2. Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
3. Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimdeyim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
4. Ben de diğer insanların pek çoğunun yapabileceği kadar birşeyler yapabilir.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
5. Kendimde gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
6. Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
7. Genel olarak kendimden memnunum.
 - a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış

8. Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.
- a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış
9. Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.
- a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış.
10. Bazen hiç de iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.
- a) Çok doğru
 - b) Doğru
 - c) Yanlış
 - d) Çok yanlış.

Ek 7. Kişisel Bilgi Formu

Ben İstanbul Üniversitesi'ni Psikoloji bölümünde yüksek lisans yapan Alin Onar'ın yürüttüğü çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

İmza

1.Doğum yılınız:

2.Eğitim durumunuz (mezun olduğunuz okul):

İlkokul () ortaokul() Lise () üniversite() Lisansüstü ()

3.Boyunuz:

4.Şimdiki kilonuz:

5.Annenizin öğrenim durumu: Yok () Var ()

İlkokul () ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

6. Annenizin iş durumu: Çalışmıyor () Çalışıyor() Emekli()

7. Annenizin mesleği:

8.Babanızın öğrenim durumu: Yok () Var ()

İlkokul () ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

9. Babanızın iş durumu: Çalışmıyor () Çalışıyor() Emekli()

10. Babanızın mesleği:

11. Ailenizin ekonomik durumunu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz:

Düşük () orta () iyi () çok iyi ()

12. Nerde kalıyorsunuz?

Ailemle () Ailemden ayrı () Açıklayınız:

13. Hiç psikiyatrik bir rahatsızlık geçirdiniz mi? Neydi?

14. Geçirdiyseniz tedavi oldunuz mu? (İlaç, terapi, v.b.)

15. Sigara kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız ne sıklıkla kullandığınızı belirtiniz?

16. Alkol kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız ne sıklıkla kullandığınızı belirtiniz ?

17. Uyarıcı veya yatıştırıcı nitelikli her hangi bir madde kullanıyor musunuz?

Kullanıyorsanız nedir? Ne sıklıkla kullandığınızı belirtiniz?

18. Daha önce hiç bir yeme bozukluğu probleminiz oldu mu ?

19. Güzellik ideali olarak inceliğin (34-36 beden) önemli bir ölçü olduğu fikrine katılıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

20. Kilolu insanların çekici olmayacakları fikrine katılıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

21. Anneniz açısından fiziksel görünüm ne kadar önemlidir?

Hiç	Biraz	Önemli	Oldukça	Çok fazla
5	4	3	2	1

22. Anneniz kilonuzla ilgili olumsuz eleştiride bulunur mu?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

23. Babanız açısından fiziksel görünüm ne kadar önemlidir?

Hiç	Biraz	Önemli	Oldukça	Çok fazla
5	4	3	2	1

24. Babanız kilonuzla ilgili olumsuz eleştiride bulunur mu?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

25. Kendi cinsinizden kardeşiniz açısından fiziksel görünüm ne kadar önemlidir?

Hiç	Biraz	Önemli	Oldukça	Çok fazla
5	4	3	2	1

26. Kilonuz ve formunuzu korumanız için aileniz tarafından baskı görüyor musunuz?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

27. Arkadaşlarınız açısından fiziksel görünüm ne kadar önemlidir?

Hiç	Biraz	Önemli	Oldukça	Çok fazla
5	4	3	2	1

28. Arkadaşlarınız kilonuzla ilgili olumsuz eleştiride bulunur mu?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

29. Arkadaşlarınız veya yakın çevrenizde diet, egzersiz v.b. gibi kilo vermeye yönelik davranışlarda bulunan var mı?

Evet () Hayır ()

30. Karşı cinsten yakınlık duyduğunuz arkadaşınız/arkadaşlarınız kilonuzla ilgili olumsuz eleştiride bulunur mu?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

31. Kilonuzla ilişkin çevreden gelen olumsuz eleştiriyi nedeniyle ne sıklıkla zayıflama girişiminde bulundunuz?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

32. Kilonuzla ilişkin çevreden gelen olumsuz eleştiriden bağımsız olarak ne sıklıkla zayıflama girişiminde bulundunuz?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

33. Moda, magazin (Elle, Şamdan, Marie Claire, Cosmopolitan, Bazaar, Vogue... v.b.) dergilerini düzenli olarak takip eder misiniz ?

Evet () Hayır ()

34. Televizyon seyretmeye ne kadar vakit harcıyorsunuz?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

35. Pembe diziler (Ally Mcbeal, Beverly Hills v.b.) , müzik videolarını (MTV yayınlar v.b.), gençlik dizileri (O.C., Dawson's Creek, Friends v.b.), magazin programları (Canlı Canlı, Paparazzi, Hey canlı, Uçan kuş, Özel Hat v.b.) seyretmeye ne kadar vakit harcıyorsunuz?

Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Çok sık
5	4	3	2	1

36. "Kadınlar kitle iletişim araçlarında (Fashion T.V. yayınları, magazin programları v.b. gibi yayınlarda) görülen modellere ne kadar benzerlerse kendilerini o kadar çok çekici hissedeceklerdir" fikrine katılıyor musunuz?

Evet () Hayır ()