

**T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**YEME BOZUKLUKLARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI  
TRAVMALARININ BENLİK SAYGISI VE BEDEN  
ALGISI DEĞİŞKENLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Zerrin OĞLAĞU**

**Tez danışmanı: Prof. Dr. Başak YÜCEL**

**İSTANBUL**

**2012**

*Teşekkür*

*Toplamda 12 yılımı geçirdiğim, içinde büyüdüğüm; tıbbi da, psikiyatriyi de içinde öğrendiğim bu kampiüsten ayrılmak benim için çok zor olsa da...*

*Kliniğe başladığım ilk aylardan itibaren yanında olmaktan, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım; kendisinden çok şey öğrendiğim; ilk perşembe sunumumdan itibaren bu tezi kendisiyle birlikte yapmaya karar verdiğim; bu süreçte beni hep destekleyen, hiç örselemeyen, sadece hocam değil artık ailemden biri gibi olan tez danışmanım, Sayın Başak Yücel'e;*

*Asistanlığım boyunca hem bilimsel hem de sosyal ve politik alanda yaptıklarından çok şey öğrendiğim, birlikte çalışmaktan kıvanç duyduğum Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Raşit Tükel'e;*

*Başta Sayın Doğan Şahin, Sayın Şahika Yüksel, Sayın Arşaluys Kayır ve Sayın Alp Üçok olmak üzere, "iyi ki bu klinikteyim" deme sebeplerimden olan değerli öğretim üyelerimize;*

*Kilometrelerce uzakta olmasına rağmen en yakınımdaykilerden daha yakınımday hissettiğim, o olmasa bu tezi nasıl bitirirdim dediğim, kardeşim olsa ancak bu kadar sevebileceğim, en çok birlikte güldüğüm, kafasının nasıl çalıştığını bir türlü keşfedemediğim için hala beni şaşırtabilen can arkadaşım-yol arkadaşım, Neşe Direk'e;*

*Asistanlığımın son dönemlerini benim için daha özel ve güzel kılan, tezin yazım süreci boyunca elini hep üzerimde, desteğini hep arkamday hissettiğim arkadaşım Bilge Tunçelli'ye;*

*Birlikte başladığımız tez yazımı sürecinde çalışkanlığı ile beni kendine hayran bırakan, sırtlarımızdaki yükü üleştirdiğimiz tez arkadaşım Nalan Öztürk'e;*

*Hastalara ulaşmamızday yardımlarını esirgemeyen Sayın Ayça Gürdal Küey'e; kontrol grubumday olmayı kabul eden İTF Tiyatro Topluluğu'ndan kadın arkadaşlarıma;*

*Yaptıklarından da yazdıklarından da çok şey öğrendiğim, sevgili kıdemlim Banu Aslantaş Ertekin'e;*

*Asistanlığa birlikte başladığım için kendimi her zaman çok şanslı hissettiğim, hepsi benden önce bitirip gittiği için hala başlarının etini yediğim dönemdaşlarıma Seda Şahin, Çağrı Yüksel ve Cavid Guliyev'e;*

*Bendeki emeklerini hep hatırlayacağım kıdemlilerim Aysu, manevi abim Cem, Mine, Ömer ve keşke daha çok çalışacak zamanımız olsaydı dediğim Berna, Evrim, Atike, Amber ile tüm asistan arkadaşlarıma;*

*Asistanlık hayatımı kolaylaştıran tüm kliniğimiz sekreterlerine, ama en çok da Serap, Esengül ve Meliha'ya;*

*Serviste geçirdiğim tüm zamanları verimli ve keyifli kılan, deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, başta Filiz olmak üzere tüm servis hemşirelerimize, personelimize ve kliniğimizin tüm psikologlarına;*

*Her zaman yanımda olan sevgili anneme, kız kardeşime ve beni hep destekleyen ev arkadaşım Erenç'e;*

*Ve elbette ki bu tezi yazmamın da, bu klinikte var olmamın da sebebi olan tüm hastalarımıza*

*Teşekkür ederim...*

*Zerrin Oğlağı*

|                                    |      |
|------------------------------------|------|
| KISALTMALAR.....                   | VII  |
| TABLolar LİSTESİ.....              | VIII |
| ŞEKİLLER ve GRAFİKLER LİSTESİ..... | IX   |
| ÖZET.....                          | X    |
| ABSTRACT.....                      | XI   |

## **BÖLÜM I- GİRİŞ VE AMAÇ**

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| GENEL BİLGİLER.....                                        | 3  |
| I.A. YEME BOZUKLUKLARI.....                                | 4  |
| I.A.1. ANOREKSİYA NERVOZA.....                             | 4  |
| I.A.1.a. TARİHSEL GELİŞİM.....                             | 4  |
| Etimoloji.....                                             | 4  |
| Tarihte Anoreksiya Nervoza.....                            | 5  |
| I.A.1.b. TANI ÖLÇÜTLERİ.....                               | 7  |
| I.A.1.c. EPİDEMİYOLOJİ.....                                | 8  |
| I.A.1.d. KLİNİK GÖRÜNÜM.....                               | 9  |
| I.A.1.e. ETYOLOJİ.....                                     | 12 |
| I.A.1.f. PROGNOZ.....                                      | 16 |
| I.A.1.g. TEDAVİ.....                                       | 17 |
| I.A.2 BULİMİYA NERVOZA.....                                | 19 |
| I.A.2.a. TARİHSEL GELİŞİM.....                             | 19 |
| Etimoloji.....                                             | 20 |
| I.A.2.b. TANI ÖLÇÜTLERİ.....                               | 20 |
| I.A.2.c. EPİDEMİYOLOJİ.....                                | 21 |
| I.A.2.d. KLİNİK GÖRÜNÜM.....                               | 22 |
| I.A.2.e. ETYOLOJİ.....                                     | 24 |
| I.A.2.f. PROGNOZ.....                                      | 26 |
| I.A.2.g. TEDAVİ.....                                       | 27 |
| I.A.3. BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN YEME BOZUKLUKLARI..... | 28 |
| I.B. YEME BOZUKLUKLARINDA BEDEN ALGISI.....                | 30 |
| I.C. YEME BOZUKLUKLARINDA BENLİK SAYGISI.....              | 31 |
| I.D. YEME BOZUKLUKLARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....    | 32 |
| I.D.1. CİNSEL İSTİSMAR.....                                | 34 |

|                               |    |
|-------------------------------|----|
| I.D.2. FİZİKSEL İSTİSMAR..... | 37 |
| I.D.3. DUYGUSAL İSTİSMAR..... | 38 |

## **BÖLÜM II- GEREÇ VE YÖNTEM**

|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| II.A. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEK, FORM VE ÖLÇÜMLER.....                                        | 41 |
| II.A.1. DSM-IV-TR, I. Eksen Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I)..... | 41 |
| II.A.2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU.....                                                          | 42 |
| II.A.3. TRAVMA DEĞERLENDİRME FORMU.....                                                          | 42 |
| II.A.4. TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ.....                                                    | 42 |
| II.A.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ-KISA FORMU (CTQ-28)....                                  | 42 |
| II.A.6. BEDEN BÖLGELERİNDEN VE ÖZELLİKLERİNDEN HOŞNUT OLMA ANKETİ (BBÖHOA).....                  | 43 |
| II.A.7. COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ (CBSÖ).....                                            | 44 |
| II.A.8. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....                                                               | 44 |
| II.A.9. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE).....                                                      | 44 |
| II.A.10. BEDEN KİTLE İNDEKSİ (BKİ).....                                                          | 45 |
| II.B. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....                                                                  | 45 |

## **BÖLÜM III-BULGULAR**

|                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| III.A. HASTA GRUBUNDA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER.....                                | 46 |
| III.B. KONTROL GRUBUNDA SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER.....                              | 49 |
| III.C. HASTA VE KONTROL GRUBUNDA TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....            | 50 |
| III.C.1. DUYGUSAL ŞİDDET.....                                                                  | 50 |
| III.C.2. FİZİKSEL ŞİDDET.....                                                                  | 52 |
| III.C.3. CİNSEL ŞİDDET.....                                                                    | 54 |
| III.C.4. ANOREKSİYA NERVOZA ALT GRUPLARINDA TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARININ KARŞILAŞTIRILMASI..... | 57 |
| III.D. HASTA VE KONTROL GRUBUNDA UYGULANAN ÖLÇEKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI.....                   | 57 |
| III.D.1. BEDEN KİTLE İNDEKSİ.....                                                              | 57 |

|                                                                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| III.D.2. TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ.....                                                                       | 58         |
| III.D.3. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ.....                                                                        | 60         |
| III.D.3.a. DUYGUSAL İSTİSMAR.....                                                                                    | 60         |
| III.D.3.b. FİZİKSEL İSTİSMAR.....                                                                                    | 60         |
| III.D.3.c. CİNSEL İSTİSMAR.....                                                                                      | 60         |
| III.D.3.d. DUYGUSAL İHMAL.....                                                                                       | 61         |
| III.D.3.e. FİZİKSEL İHMAL.....                                                                                       | 61         |
| III.D.4. COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ (CBSÖ).....                                                               | 62         |
| III.D.5. BEDEN BÖLGELERİ VE ÖZELLİKLERİNDEN HOŞNUT OLMA ANKETİ.....                                                  | 62         |
| III.D.6. BECK DEPRESYON ENVANTERİ.....                                                                               | 64         |
| III.D.7. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....                                                                                  | 65         |
| III.E. DEĞİŞKENLER ARASI KORELASYONLAR.....                                                                          | 65         |
| III.E.1. HASTA GRUBUNDA CTQ-28 SKORLARI İLE COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ SKORLARI ARASINDAKİ KORELASYONLAR..... | 65         |
| III.E.2. HASTA GRUBUNDA CTQ-28 SKORLARI İLE BBÖHOA SKORLARI ARASINDAKİ KORELASYONLAR.....                            | 66         |
| III.F. TRAVMATİK YAŞAM OLAYLARININ BENLİK SAYGISI VE BEDEN ALGISI İLE İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....             | 67         |
| III.G. EK BULGULAR.....                                                                                              | 70         |
| III.G.1. İNTİHAR GİRİŞİMİ VE KENDİNE ZARAR VERİCİ DAVRANIŞLAR İLE CİNSEL İSTİSMAR ÖYKÜSÜNÜN İLİŞKİSİ.....            | 70         |
| III.G.2. TRAVMA YAŞANTILARI İLE PSİKİYATRİK EK TANILARIN KARŞILAŞTIRILMASI.....                                      | 70         |
| <b>BÖLÜM IV- TARTIŞMA.....</b>                                                                                       | <b>71</b>  |
| <b>BÖLÜM V- SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                                                               | <b>81</b>  |
| <b>BÖLÜM VI- YARARLANILAN KAYNAKLAR.....</b>                                                                         | <b>83</b>  |
| <b>EKLER.....</b>                                                                                                    | <b>110</b> |
| GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÖRNEĞİ.....                                                                      | 110        |
| SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU ÖRNEĞİ.....                                                                               | 113        |

|                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|
| TRAVMA DEĞERLENDİRME FORMU ÖRNEĞİ.....                                   | 115 |
| TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ ÖRNEĞİ.....                             | 122 |
| ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ-KISA FORMU ÖRNEĞİ.....                   | 126 |
| BEDEN BÖLGELERİNDEN VE ÖZELLİKLERİNDEN HOŞNUT OLMA ANKETİ<br>ÖRNEĞİ..... | 127 |
| COOPERSMİTH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ ÖRNEĞİ.....                            | 128 |
| BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ ÖRNEĞİ.....                                        | 129 |
| BECK DEPRESYON ENVANTERİ ÖRNEĞİ.....                                     | 130 |
| ÖZGEÇMİŞ.....                                                            | 133 |

## KISALTMALAR LİSTESİ

- AN = Anoreksiya Nervoza  
BBÖHOA = Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi  
BAÖ= Beck Anksiyete Ölçeği  
BB= Bipolar Bozukluk  
BDE= Beck Depresyon Envanteri  
BN = Bulimiya Nervoza  
BOS= Beyin Omurilik Sıvısı  
BTAYB = Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu  
CBSÖ = Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği  
Cis= Cinsel istismar  
CTQ-28= Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği- Kısa formu  
DEHB= Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu  
Dih= Duygusal İhmal  
Dis= Duygusal İstismar  
DSM-IV = Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, 4. Baskı  
Fih= Fiziksel İhmal  
Fis= Fiziksel İstismar  
HIAA= Hidroksi-İndol-Asetik-Asit  
HPA Aksı= Hipotalamo-Pitüiter-Adrenal aks  
IGF= İnslin Benzeri Büyüme Faktörü  
MDB= Major Depresif Bozukluk  
OKB = Obsesif Kompulsif Bozukluk  
PET= Pozitron Emisyon Tomografisi  
SCID-I = I. Eksen Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme  
sd= Serbestlik Derecesi  
SS = Standart Sapma  
SSRI= Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü  
TSSB= Travma Sonrası Stres Bozukluğu  
TYB = Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu  
WHO= Dünya Sağlık Örgütü  
YB = Yeme Bozukluğu/Bozuklukları

## **TABLÖLAR LİSTESİ**

Tablo 1: DSM-IV'e Göre AN Tanı Ölçütleri

Tablo 2: AN'de Fiziksel Komplikasyonlar

Tablo 3: DSM-IV'e Göre BN Tanı Ölçütleri

Tablo 4: BN'de Fiziksel Komplikasyonlar

Tablo 5: AN ve BN Alt Grupları Dağılımı

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 7: AN ve BN Gruplarında 1. Eksen Ek Tanılarının Dağılımı

Tablo 8: AN ve BN Gruplarına Göre BKB ve TSSB Ek Tanısı Farkı Ki-Kare Testi

Tablo 9: Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Duygusal Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

Tablo 10: AN ve BN Gruplarına Göre Duygusal Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

Tablo 11: Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Fiziksel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

Tablo 12: AN ve BN Gruplarına Göre Fiziksel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

Tablo 13: Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Cinsel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

Tablo 14: AN ve BN Gruplarına Göre Cinsel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

Tablo 15: Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Beden Kitle İndeksi Farkı T-Testi

Tablo 16: AN ve BN Gruplarına Göre Beden Kitle İndeksi Farkı Mann-Whitney U Testi

Tablo 17: Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Travma Türleri Oranları Dağılımı

Tablo 18: Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre TSSB Şiddet Skoru Farkı T-Testi

Tablo 19: AN ve BN Gruplarına Göre TSSB Şiddet Skoru Farkı Mann-Whitney U Testi

Tablo 20: Hasta ve Kontrol Gruplarının CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 21: AN ve BN Gruplarının CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 22: Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Skorları Farkı T-Testi

Tablo 23: AN ve BN Gruplarına Göre Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Skorları Farkı Mann-Whitney U Testi

Tablo 24: Hasta ve Kontrol Gruplarının BBÖHOA Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 25: AN ve BN Gruplarının BBÖHOA Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 26: Hasta ve Kontrol Gruplarının Beck Depresyon ve Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 27: AN ve BN Gruplarının Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 28: Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Analizi Tablosu

Tablo 29: Travma Gruplarına Göre Ölçek Puanları Farkları Kruskal-Wallis Testi Tablosu

## **ŞEKİLLER ve GRAFİKLER LİSTESİ**

Şekil 1: Çocukluk Çağı Duygusal İstismarının Yeme Bozuklukları ile İlişkisi

Grafik 1: Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Grafiği

## ÖZET

Biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan yeme bozuklukları; başlangıç yaşının yıllar içinde düşmesi, sıklığının zaman içinde artış gösteriyor olması ve tedavisiz durumlarda ölümcül olabilme riski nedeniyle önem arz eden bir hastalık grubudur. Yeme bozukluklarının çocukluk çağı fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı ile olan ilişkisi son yıllarda önemli bir araştırma konusu haline gelmiştir.

Bu çalışmada geçmişte maruz kalınan istismar ve ihmal durumlarının yeme bozukluğu hastalarındaki benlik saygısı ve beden algısı değişkenlerini nasıl etkilediği araştırılmıştır. Çalışmaya 16'sı anoreksiya nervoza ve 18'i bulimiya nervoza tanılı olmak üzere 34 hasta alınmış ve 35 sağlıklı kontrol ile karşılaştırılmıştır. Katılımcıları değerlendirmek üzere sosyodemografik veri formu ve yarı yapılandırılmış travma değerlendirme formu, Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Kısa Formu (CTQ-28), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ), Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA), Beck Depresyon ve Anksiyete Envanterleri ile SCID-I uygulanmıştır.

Çalışma sonucunda; hasta grubunda duygusal ve fiziksel şiddet görmüş olma öyküsü sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak yüksek bulunmuş, BN grubunda travmatik yaşam olaylarının AN grubundan daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) toplam puanı ile duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ve duygusal ihmal alt ölçek skorları hasta grubunda sağlıklı kontrollerden, BN grubunda AN grubundakilerden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Yine aynı ölçeğin fiziksel ihmal alt ölçeği dışında kalan tüm puanları ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ) puanları arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. CTQ-28 ölçeği toplam puanı ile Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi toplam puanları ve alt ölçek puanları arasında negatif yönde korelasyonlar saptanmıştır.

Sonuç olarak; yeme bozukluklarında çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantılarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, geçmiş travmatik deneyimler ile benlik saygısı ve beden algısı arasında belirgin bir ilişki olduğu, yeme bozukluğu hastaları ile çalışırken travma yaşantılarını sorgulamanın oldukça önemli olduğu düşünülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** yeme bozuklukları, çocukluk çağı travmaları, benlik saygısı, beden algısı

## **ABSTRACT**

### **The relationship between childhood trauma and self-esteem and body image in patients with eating disorders**

Eating disorders which occur as a result of the combination of biological, psychological and sociological risk factors are important because of its decreased age-onset and increased prevalence in last decades and high mortality rates when remains untreated. The association between childhood trauma and eating disorders is of importance in terms of explaining the etiology and planning the treatment and has not been studied systematically in Turkish patients.

In the current study, the effects of neglect and abuse in younger ages on self-esteem and body image of patients with eating disorders were explored. In total, 34 patients (16 with anorexia nervosa [AN] and 18 with bulimia nervosa [BN]) and 35 healthy participants were included in this study. A socio-demographic data form and a semi-structured trauma evaluation form, Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), Childhood Trauma Questionnaire –Short Form (CTQ-28), Coopersmith Self-Esteem Inventory, Turkish version of Body Image Questionnaire, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Inventory and Structured Clinical Interview for DSM-IV TR (SCID-I) were used to evaluate the participants.

Emotional and physical violence were more prevalent in patients when compared to healthy controls. In patients with BN, traumatic life events were more common than in patients with AN. Total scores and emotional, physical and sexual abuse and emotional neglect domain scores were higher in patients than in healthy controls. BN group had higher scores than AN group and the difference was statistically significant.

Further, we detected inverse correlations between all domain scores of CTQ-28 (except the physical abuse domain score) and Coopersmith Self-esteem Inventory scores. Additionally, total CTQ-28 score and Body Image Questionnaire total scores and the some of domain scores were negatively correlated.

In conclusion, childhood abuse and neglect history were more common in patients with eating disorders than the healthy controls and that traumatic experiences might have an effect on self-esteem and body image. Therefore, it is important to evaluate patients with eating disorders in terms of traumatic experiences.

**Keywords:** Eating disorders, childhood trauma, self-esteem and body image

## BÖLÜM I

### GiRiŞ ve AMAÇ

Psikiyatrik hastalıkların gelişiminde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının etkisi uzun yıllardır incelenmektedir. Yeme bozuklukları genellikle ergenlik ve genç erişkinlik yıllarında başlayan psikiyatrik hastalıklardır ve bu nedenle çocukluk çağı travmalarının varlığı bu konudaki çalışmaların ilgi odağı olmaktadır (1).

Bir ruhsal travma türü olarak çocukluk çağı istismar ve ihmalinin yaşam boyu psikiyatrik bozukluk oluşumundaki etkisini ortaya koyan bulgular giderek artmaktadır (2, 3, 4). Çocukluk çağı istismarı ve ihmal yalnız psikiyatrik hastalıkları değil, genel beden sağlığını da etkilemektedir (5). Bu etkileşimler arasında otoimmün hastalıklar, sigara bağımlılığı, istenmeyen ve erken yaşlarda gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, intihar girişimi, alkolizm, obezite, madde bağımlılığı, karaciğer hastalığı, anne karnında bebek ölümü, iskemik kalp hastalığı ve aile bireylerinde erken ölüm yer almaktadır (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Yeme bozuklukları etyolojisinin multifaktöriyel oluşu ve etyopatogenezin halen net olarak anlaşılamamış olması nedeniyle çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları ilişkisini araştıran çok sayıda çalışma mevcuttur. Ayrıca Brewerton'a göre; "yeme bozuklukları ile çalışan klinisyenler için travmatik yaşantı öyküsü yahut psikiyatrik komorbiditeden kaçınmak olanaksızdır, yeme bozukluğu hastalarının "sadece" yeme bozukluğu olduğu durumlar oldukça nadirdir" (13).

Tahminlere göre tüm bireylerin yaklaşık %50'si yaşam boyu en az bir kez herhangi bir travma türüne maruz kalmaktadır (14, 15). Felitti ve arkadaşları travma öyküsü olan bireylerin alkol ve madde kötüye kullanımı, riskli cinsel davranışlar, obezite, depresyon ve intihar girişimleri için yüksek riskli grupta olduklarını bildirmişlerdir (16). Travma mağdurlarının aynı zamanda TSSB, davranış ve duygulanım sorunları, daha düşük akademik performans ve daha düşük genel sağlık skorları gösterdikleri bulunmuştur. (17).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, 838 lise öğrencisi, 572 üniversite öğrencisi, psikiyatri polikliniğine başvuran 152 hasta ve psikiyatri servisinde yatan 166 hasta çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantıları açısından değerlendirilmiştir. İhmal yaşantısının ilk grupta %16,5, ikinci grupta %8, üçüncü grupta %33,3 ve son grupta %33,2 olduğu; duygusal istismar oranlarının gruplar arasında sırasıyla %15,8- 9,1- 26- 34,3 olduğu; fiziksel istismar

oranlarının sırasıyla %13,5- 11,8- 30- 35,5 olduğu; ensest dahil olmak üzere cinsel istismarın %10,7- 10,0- 16- 21,1 sıklıklarında olduğu saptanmıştır (18).

Farklı dizayn ve örneklemelerle yapılan, yeme bozukluğu gelişimi riskini araştıran bir çok çalışmada çocukluk çağı travmaları üzerine odaklanılmıştır (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26). Travma yaşantısının tanımlanmasında gözlenen farklılıklar, derecelendirmede kullanılan araçların ve seçilen örneklem gruplarının çeşitliliği göz önüne alındığında dahi, çalışmaların sonuçlarının; travma-yeme bozukluğu ilişkisini göstermede yeterli kanıt sunduğu söylenebilir.

Bizim çalışmamızda İstanbul Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yeme Bozuklukları Programı'na başvuran Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimiya Nervoza (BN) hastaları değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın yapılma amacı; iki temel yeme bozukluğu hasta grubunun (AN ve BN) olası çocukluk çağı travmalarını saptamak, travma türünü tespit etmek (fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal), travmaya maruz kalınan zamanı saptamak ve bu değişkenler ile hastalık alt grupları, ek tanı, beden algısı ve benlik saygısı değişkenlerini karşılaştırmaktır. Ayrıca çocukluk çağı travmalarının psikiyatri pratiğı içindeki önemine dikkat çekmek, bu hasta grubu ile çalışırken travma öyküsünü sorgulamanın ve bu yaşantılar ile ilgili çalışmanın gerekliliğine vurgu yapabilmek de amaçlanmaktadır. Ülkemizde sadece yeme bozukluğu tanılı hastalar ile yapılan, çocukluk çağı istismar ve ihmalinin araştırıldığı çalışma yoktur.

Çalışma ile ilgili hipotezlerimiz:

1. Yeme bozukluğu hastalarının çocukluk çağı travma ve ihmal yaşantılarının sağlıklı kontrollerden yüksek olacağı,
2. Bulimiya Nervoza hastaları grubunun travma ve ihmal yaşantılarının Anoreksiya Nervoza grubundan daha fazla olacağı,
3. Travma ve ihmal yaşantısı olanların, olmayanlar ve sağlıklı kontrollere göre benlik saygısı düzeylerinin daha düşük, beden algılarının daha bozuk olacağıdır.

## GENEL BİLGİLER

### I.A. YEME BOZUKLUKLARI

Biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkan yeme bozukluklarının toplumda görülme sıklığı giderek artmakta ve başlangıç yaşı giderek düşmektedir (27, 28). Özellikle anoreksiya nervoza, diğer yeme bozukluklarına göre daha erken yaşlarda başlamaktadır. Anoreksiya nervoza için başlangıç yaşı 14–16 olarak bildirilmektedir. Bulimiya nervoza biraz daha geç başlangıçlı (16–20 yaş arası) olmakla birlikte, yine ergenlik çağı içindeki kişilerin bu hastalık için riskli grubu oluşturduğu kabul edilmektedir (29, 30). Görülme sıklığındaki bu artış pek çok nedene bağlı olabilir. Bu nedenler arasında tanı koyma ve değerlendirme araçlarındaki gelişmeler, hastalığa karşı toplumsal farkındalığın ve bu nedenle tedavi başvurularının giderek artmış olması, tedavi seçeneklerindeki ilerlemeler ile kadınların ince ve zayıf bir bedene sahip olmaları yönündeki toplumsal baskılar sayılabilir (31). Beden imajının bozulmuş ve benlik saygısının düşük olması, şişmanlama korkusu, kronik biçimde diyet yapma ve zayıf olmaya yönelten sosyal baskılar, yeme bozuklukları için belirlenmiş risk faktörlerinden bazılarıdır (32,33, 34).

Yeme bozukluklarının görülme sıklığının yıllar içinde artışı, başlangıç yaşının düşüşü ve tedavisiz olgularda ciddi tıbbi sorunların görülebilirliği bu hastalık grubunun önemini arttırmakta ve bu nedenle yeme bozuklukları hakkında yapılan çalışmaların sayısı giderek çoğalmaktadır. Yeme bozukluklarında duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı ve intihar gibi ek psikiyatrik tabloların varlığı siktir (35, 36, 37). Bu nedenle yeme bozukluklarının etyolojisini aydınlatacak ve tedavide yeni stratejiler sunacak çalışmalar önem kazanmaktadır.

Yeme bozuklukları DSM-IV-TR’de anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTAYB) olarak sınıflandırılmıştır. AN’nin kısıtlı tip ve tıknırcasına yeme/çıkartma tipi, BN’nin çıkartma olan tip/çıkartma olmayan tip olmak üzere iki tipi tanımlanmıştır. BTAYB ise tıknırcasına yeme bozukluğu dahil olmak üzere, AN veya BN için tanı ölçütlerini karşılamayan diğer yeme bozukluklarını kapsamaktadır.

Ülkemizde 2011 yılında yapılan ergenlerde yeme bozukluğu sıklığının araştırıldığı toplum temelli bir araştırmada 2907 öğrenci ile görüşülmüş ve yeme bozukluğu görülme yaygınlığı %2,33 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada YB olan olgular içinde fiziksel istismar öyküsü %16,2, cinsel istismar %2,9 olarak bildirilirken kontrol grubunda fiziksel

istismar %2,9 oranında görülmüş; kontrol grubunda ise cinsel istismar bildirilmemiştir (38). Yine ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların %17,1'inde yeme davranışında bozulma ve %1'inde yeme bozukluğu saptanmış (39), aynı yıl yapılan bir başka çalışmaya göre ise kadın ve erkek üniversite öğrencilerinin %2,2'sinde yeme bozukluğu olduğu bulunmuştur (40).

### **I.A.1. ANOREKSİYA NERVOZA**

Yeme bozuklukları içerisinde en uzun süredir bilinen ve klinisyenlerin üzerinde büyük oranda fikir birliği taşıdığı tablo anoreksiya nervozadır. Anoreksiya nervoza, şişmanlama korkusu ve zayıf bir bedene sahip olma arzusunun özgün davranış ve yeme tutumlarına yol açtığı klinik bir tablodur. Hastalıktaki temel patoloji ise beden imgesi bozukluğudur.

#### **I.A.1.a. TARİHSEL GELİŞİM**

##### **Etimoloji:**

AN terimi ilk kez Viktorya kraliçesinin de hekimi olan Sir William Gull tarafından 1873 yılında kullanılmıştır. Anorexia; Yunanca kökenli bir kelime olup *an-* (ἀν- “olumsuzluk ön eki”) ve *orexis* (ὀρεξις, “iştah”) kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur ve “sinirsel iştahsızlık” anlamında kullanılmıştır (41).

19. yüzyılın ikinci yarısından itibaren tıbbi literatürde yer almaya başlayan Anoreksiya Nervoz, görece yeni bir hastalık grubu olarak tanımlanmakla birlikte; istemli açlığın asıl tarihinin Helenistik dönemdeki azize diyetlerinde başladığı düşünülmektedir (42). Siena’lı Catherine ve İskoçya Kraliçesi Mary gibi iyi bilinen bazı tarihi figürlerin de bu hastalıktan muzdarip olduğu sanılmaktadır.

İstemli açlığın birçok dinde, ruh ve bedenin dünyevi uğraşlardan uzaklaştırılarak saflaştırılması amacıyla özendirilmesi, anoreksiya nervozanın tarihsel gelişiminde sıkça ele alınmaktadır. Karanlık çağlardan sonraki açlık ve yoksulluk döneminde istemli kilo kaybı çok seyrek olduğu halde, orta çağların sonunda ve erken Rönesans döneminde yeniden ortaya çıkmıştır. Bu dönemde özendirilen bir davranış olan çilecilik (asetizm), bu dünyada gerçek yanlışların olduğu düşüncesini sembolize eder. 13. yüzyıldan itibaren kadınların dini hayata katılımları ve Katolik kilisesi tarafından azize olarak tanımlanmaları artmaya başlamıştır. Bu süreçte kadınların dini inanışlar ve dini saflık uğruna kendilerini aç bıraktıkları bilinmektedir. Başlangıçta sıkı oruçlar, ruhsallığın ve dini saflığın simgesi olarak görülmekle birlikte bu durum zaman içinde katolik kilisesini dahi kaygılandırarak boyutlara varmıştır.

### **Tarihte Anoreksiya Nervosa:**

13. yüzyılda yaşamış olan İskoç kraliçesi *Mary Stewart*'ın tıbbi hastalık geçmişi, tutulan kayıtlar nedeniyle ayrıntılı olarak bilinmektedir. 5 yaşında iken kızamık, 7 yaşında iken kızamıkçık, 13 yaşında iken dizanteri ve 15 yaşında iken çiçek hastalığı geçirdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca ergenlik yaşlarında iken o yıllarda adı konulamayan ancak bugünkü bilgilerimizle anoreksiya nervosa olduğu anlaşılan bir dönemi olmuştur. Bu dönem, kilo kaybı, iştahsızlık, kusma ve ishal, solukluk, bayılma ve solunum zorluğu olarak tanımlanmaktadır. Tüm bu hastalık semptomlarına rağmen fiziksel aktivitesini sürdürdüğü, at binmeye ve geceleri dans etmeye devam ettiği bilinmektedir.

Fransız *Jane Balans* olgusu 1613 yılında Pedro Mexio tarafından tanımlanmıştır. Jane Balans'ın 3 yıl boyunca et ve sıvı almadan yaşadığı kayıtlara geçmiştir. Hastalık 1599 yılında, Jane 10 yaşında iken ateş ve kusmalar ardından başlamış, sonrasında tüm yiyeceklerle karşı red tablosu oluşmuştur.

İştahsızlık ve bilinen fiziksel hastalık olmamasına rağmen süren kilo kaybı tablosu ile giden iki olguyu 1689 yılında tanımlayan İngiliz hekim Richard Morton, olgularından birinin iki yıllık hastalık sürecinde her türlü tedaviyi reddettiğini ve 3 ay sonra da hayatını kaybettiğini bildirmiştir. Diğer olgu Dr. Morton'un tavsiyelerine daha çok uyum göstermiş ve zaman içinde eski sağlığına kavuşmuştur. Morton bu vakaları “*nervous consumption*”-sinirsel tükenme olarak tanımlamıştır.

Aslen dermatolog olan İngiliz hekim Robert William, 1790 yılında ilk kez erkeklerdeki aşırı kilo kaybı durumlarını tanımlamıştır. 1786 yılında, 78 günlük yememe epizodu sonrası hayatını kaybeden erkek hastasının diyet kısıtlamasını, o güne kadarki en uzun açlık olarak belirtmiştir.

Bir Fransız hekim olan Louis-Victor Marcé (1828–1864), hamilelik sırasında ve sonrasında psikiyatrik yakınmaları olan bir grup kadın hastanın verilerinden oluşan vaka serisini yayınlamıştır. Bu serideki olgularından biri anoreksiya nervosa belirtileri göstermektedir.

1868 yılında, William Gull bir grup genç İngiliz kadında zayıflamanın yaygınlaştığını gözlemlemiştir. Bu durumun henüz tanımlanmadığını, ancak olguların çok büyük kısmının kadın olduğunu, sıklıkla 16- 23 yaşlarında olduğunu bildirmiştir.

1868 yılında Sir William Gull, hastalığı önce “*apepsia histerica*”, hemen ardından “*anoreksia histerica*” ve sonrasında “*anoreksia nervosa*” olarak tanımlamıştır (43). Gull, bu

makalede Bayan A, Bayan B ve isimsiz olmak üzere 3 olgusunu ve 1887 yılında da Bayan K isimli dördüncü olgusunu tanımlamıştır.

*Bayan A*, kendisine 1866 yılında refere edilmiş, zayıflamadan muzdarip 17 yaşında bir kadındır ve hastalığı sürecinde 22,5 kilogram (49 pound) kaybetmiştir. Solunumu, kalp ritmi ve sesleri normaldir, ishal ya da kusma bulunmamaktadır, üriner sistem bulgusu yoktur. Bu durumun temel nedeni olarak zaman zaman tüm hayvansal gıdaların reddi; bazen de yemenin tamamen reddine bağlı uzun süreli açlık dönemleri sorumlu tutulmuştur. Gull tedavide birçok farklı ilaç (kınakına özü, civa, demir iyodür, demir fosfat, kinin) ve farklı diyet rejimleri denemiş ancak başlangıçta belirgin başarı sağlayamamıştır. 2 yıllık tedavi sonrasında kilosu normale gelen hastanın tedavi öncesi ve sonrası fotoğrafları bahsi geçen makalede yayınlanmıştır.

*Bayan B*, 18 yaşında iken 1868 yılında Dr. Gull'a tüberküloz şüphesi ile refere edilmiştir. Gull hastasının aşırı zayıflamış görünümünün standart bir tüberküloz olgusundan daha farklı olduğunu düşünmüştür. Fizik muayenesinde göğüs ve karında herhangi bir anormal bulguya rastlamamış, "tuhaf" ve durdurulamaz bir huzursuzluk dışında bulgu saptamamıştır. Hastanın annesi kızının hiçbir zaman "yorulmadığını" bildirmiştir. Gull, Bayan B'nin durumunun Bayan A ile birebir uyum gösterdiğini düşünmüştür. 1872 yılına kadar tedavisi süren hasta tamamen iyileşmiştir.

Bayan A ve Bayan B tamamen iyileşmiş olsa bile Gull, en az bir olgunun ölümle sonuçlandığına tanıklık ettiğini, postmortem incelemelerde femoral venlerde tromboz dışında anormal bulgu saptanmadığını, dolayısıyla ölümün birebir uzun süren açlıkla ilişkili olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

1873 yılında Charles Lasègue, *Archives Générales de Médecine* isimli dergide "*De l'Anorexie Histerique*" isimli makalesini yayınlamıştır. Lasègue makalesine "histerik anoreksiya"nın bir tanı antitesi olarak tanınması gerektiğini belirterek başlamış ve ardından hastalığın gidişini betimlemiştir. Lasègue, hastalığın başlangıcında görülen iştah kaybının acıdan kaçınmaya hizmet ettiğini öne sürmüştür, hastalığın "kayıtsızlık, iğrenme, aversiyon ve istemli açlık ardından olası ölüm" aşamalarından oluştuğunu düşünmüştür. Lasègue'in makalesinin Gull'ın çalışmasından en temel farkı hastalığın psikolojik kökenine gönderme yapması, ebeveynlerin etkileri ve aile içi dinamiklere önem vermesidir.

19. y.y. sonlarına dek hastalık Gull'un açıklamaları ile paralel bir şekilde ele alınmış olmakla birlikte 20. yy' ın başlarına gelindiğinde AN hipofizer bir hastalık olarak

değerlendirilmeye başlanmıştır. 1930 yılında Berkman tartışmayı yeniden fizyolojik sorunların psikolojik sorunlara ikincil olduğu yönüne evrilmiştir.

20 yüzyılda AN hakkındaki bilgilerimizin artmasında büyük katkıları bulunan Hilde Bruch, 1904 – 1984 yılları arasında yaşamış Amerikan kökenli bir Alman vatandaşıdır. Kariyerinin ilk dönemlerinde obezite ile ilgili çalışmalar yapmış olmakla birlikte 1960’lardan itibaren anoreksiya nervoza ve altında yatan patolojiler hakkında çalışmıştır. Bruch’un 1973 yılındaki yayını “*Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*” bu alanda yapılmış ufuk açıcı çalışmalardan biridir (44).

Daha çok bilinen yayını “*The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa*”, 1978 yılında yayınlanmış, 150.000’den fazla sayıda kopyası basılmış ve yeme bozuklukları alanında tıp profesyonelleri arasında en çok bilinen kaynaklardan biri olmuştur (45). Bruch “kendini aç bırakma sendromu”nu otonomi, yeterlilik ve kontrol duygularını sürdürebilmek için yapılan bir girişim olarak tartışmıştır.

Aynı dönemde çalışmalarını sürdüren Gerard Russell ise AN oluşum nedenlerinin, bir ergenin kilo alarak çocukluktan erişkinliğe doğru olgunlaşma sürecinde geçirdiği biyolojik ve psikolojik deneyimlere bağlı olduğunu öne sürmüş ve teorisine aşırı şişmanlama korkusu kavramını katmıştır (46).

Sonuç olarak AN, yeni ortaya çıkmış bir sendrom değil, tarih boyunca gözlenmiş ve bildirilmiş bir fenomendir. Modern klinisyenler ve teorisyenler AN’nin kaynağı ve nedenleri üzerine çeşitli görüşler ortaya sürmüşler ve tüm bu görüşlerle bugünkü değerlendirme ve müdahale yöntemlerine katkıda bulunmuşlardır.

### **I.A.1.b. TANI ÖLÇÜTLERİ**

Anoreksiya nervoza, vücut ağırlığının sağlıklı normların %85’inin altına düşmesine yol açacak kilo kaybı, büyüme devam ederken uygun ağırlığa erişmeyi reddetme, kilo almaktan ve zayıf olmasına rağmen şişmanlamaktan aşırı korkma, beden imgesinde ve beden biçimini algılamakta bozukluk ve kadınlarda üç ardışık menstruel siklusun kaybı ile belirlidir. Hastaların beden kitle indeksleri genelde 17,5’in altındadır.

Yeme bozuklukları DSM II’de “Başka Yerde Sınıflandırılmayan Özel Belirtiler” başlığı altında “Beslenme Bozuklukları” olarak, DSM III’te “Çocukluk ve Adölesan Dönemde Ortaya Çıkan Bozukluklar” başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM IV’te yeme bozuklukları, ayrı bir kategori altında tanımlanmış ve Anoreksiya Nervoza ile Bulimiya Nervoza’ nın tanı kriterleri ayrı ayrı belirtilmiştir (47). Düşük vücut ağırlığı tanımı DSM-IV’

te belirsiz olmakla birlikte, ICD-10'da beden kitle indeksinin 17,5 kg/m<sup>2</sup>'nin altında olması şeklinde tanımlanmıştır (48). Tablo 1'de DSM-IV'e göre AN tanı ölçütleri özetlenmiştir.

**Tablo 1:** DSM IV'e Göre AN Tanı Ölçütleri

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda olma 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 bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilmeme).</p> <p>B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişmanlamaktan aşırı korku duyma.</p> <p>C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılamasında bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.</p> <p>D. Kadınlarda menarş sonrası en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması, amenore (Sadece hormon verilmesi sonrası menstrüasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenore olduğu düşünülür).</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DSM-IV'te Anoreksiya Nervoza, kısıtlı tip ve tıkınırcasına yeme/çıkartma tipi olmak üzere iki ana alt gruba ayrılmıştır. Kısıtlı tip, kilo kaybının birincil olarak diyet yapma, aç kalma ya da aşırı egzersiz yapma ile sağlandığı klinik görünümünü kapsar. Güncel epizod sırasında bu bireyler tıkınırcasına yeme ve çıkartma davranışı göstermezler. Epizod sırasında tıkınırcasına yeme ve ardından kusma, laksatif ya da diüretik kullanımı yoluyla çıkartma davranışı gösteren olgular, tıkınırcasına yeme/çıkartma alt tipi içerisinde sınıflandırılırlar. Bu alt tip içindeki olguların çoğunda tıkınırcasına yeme ve çıkartma davranışı en az haftada bir sıklığında gözlenmektedir (47). Hastalık süreci içerisinde alt tipler arasında geçiş görülmesi nadir değildir (49).

### **I.A.1.c. EPİDEMİYOLOJİ**

Yeme bozukluklarında epidemiyolojik çalışma yapmanın en önemli güçlüğü genel toplumda görece az rastlanıyor olması ve hastaların bunu gizleme eğilimi göstermeleridir. Ayrıca epidemiyolojik araştırmalarda sıklıkla genç kadınlara odaklanması ve kullanılan değerlendirme araçlarının birbirinden farklı olması da bu çalışmaların kıyaslanmasında güçlükler yaratmaktadır. Toplumun yeme bozuklukları hakkında bilgilendirilmesi ile tedavi

arayışı içine giren hasta sayısı arttığından yeme bozukluğu görülme sıklığında yükselme saptandığı bilinmektedir (50, 51, 52).

Yeme bozukluklarının sıklığı ile ilgili çalışmaların büyük çoğunluğu Batı ülkelerinden gelmekle birlikte, yakın zamanlı Doğu ülkeleri çalışmalarının sonuçları da bu hastalık grubunun tüm dünya ülkelerini etkilediğini göstermektedir (53, 54, 55, 56, 57, 58, 59).

Anoreksiya nervozanın başlangıç yaşı 13- 20 arasındadır. Son yıllarda yapılan araştırmalarda başlangıç yaşının giderek düştüğü gözlenmektedir. Hastalık tipik olarak %85-90 oranında kadınlarda görülür, ancak zaman içinde erkeklerde görülme sıklığı da artmaktadır (60). 2003 yılında 1960 adölesan ile yapılan bir araştırmada yaşamboyu AN prevalansı kadınlarda %0,7, erkeklerde %0,2 olarak saptanmıştır (61).

Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda Anoreksiya Nervoz'a'nın yaygınlığı %0,3-1 olarak bildirilmektedir (1, 62, 63, 64, 65). Ülkemizde Yeşilbursa ve arkadaşlarının 1990 yılında yaptıkları bir çalışmada lise öğrencileri arasında AN prevalansı %0,2 olarak saptanmıştır (66). 2006 yılında yapılan iki ayrı araştırmada, Uzun ve arkadaşları (38) üniversite öğrencisi kadınların %1'inde yeme bozukluğu, %17,1'inde bozulmuş yeme davranışı saptamış; Kuğu ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadın ve erkek üniversite öğrencilerinin %2,20'sinde bir yeme bozukluğunun varlığı gösterilmiştir (39). Klinik olarak yeme bozukluğu tanısı konulmamakla birlikte genç kadınlarda bozulmuş yeme davranışının sık gözleendiği hem bu iki çalışma ile hem de 2008 yılında Çelikel ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile gösterilmiştir. 267 üniversite öğrencisi kadının incelendiği bu araştırmada katılımcıların %12,4'ünün bozulmuş yeme davranışı gösterdiği bulunmuştur (67).

#### **I.A.1.d. KLİNİK GÖRÜNÜM**

AN, klinik görünümü açısından tanınması kolay ve klinisyenlerin yüksek düzeyde tanı ortaklığı gösterdikleri bir hastalık tablosudur. Anoreksiya nervoz'a beden görünümü ile ilgili aşırı uğraşlar, kilo kaybı ve amenore ile seyreden, hem zihni hem de bedeni etkileyen bir hastalıktır. Hastaların, zayıf ve ince olmalarına hatta kimi zaman ölümcül komplikasyonlar göstermelerine rağmen beden görünümü ile ilgili doyumsuzlukları olabilir ve kilo ile ilgili uğraşları obsesyonel düzeye ulaşabilir. Bu kişilerdeki beden algı bozukluğu, zayıflıklarını kabul etmeme ile zayıf olduklarını kabul etmelerine rağmen bedenin bazı bölgelerinin büyük olduğuna inanma arasında değişebilir. Hastalığın ciddiyetini inkar etme eğilimi çoğu hastada önemli bir bulgu olup kilo vermeyi sürdürmek ya da kilo almayı önlemeye yönelik çeşitli davranışlar geliştirirler. Aşırı yavaş ve az yeme, düşük kalorili yiyecekler tercih etme, kalori hesaplama, yiyeceklerini küçük parçalar halinde bölerek tüketme, yiyecekleri daha sonra

yemek üzere biriktirme, başkaları için yemek pişirme ancak genelde yalnız iken yemeyi tercih etme, aşırı egzersiz yapma, kusma, laksatif-diüretik kullanma bu davranışlardan bazılarıdır (68). Hastaların sık aralıklarla tartıldığı ve gün içinde tekrarlayan kereler ayna karşısında görünümelerini kontrol ettikleri bilinmektedir.

Anoreksiya nervozadaki fizik muayene bulguları sıklıkla açlığa ikincildir. Aşırı zayıflık, ortostatik hipotansiyon, bradikardi, hipotermi, lanugo ya da gövde ile ekstremitelerde tüylenme, periferik ödem, parotid bezi başta olmak üzere tükürük bezlerinde hipertrofi, dişlerin enema tabakasında kayıplar, Russell belirtisi (el sırtında yara ve skar dokusu) görülebilir (69). Amenore, aşırı kilo kaybından önce başlayabilir ve zayıflıktan çok yağ depolarındaki azalma ile ilgilidir (70).

AN'de fiziksel komplikasyonlar sık görülür. Kısa süreli amenore periyotları dahi ciddi osteoporoz, osteopeni ve patolojik kırıklara yol açabilir(71). AN'nin akut komplikasyonları arasında dehidratasyon, elektrolit bozuklukları (kusmaya bağlı), çeşitli aritmilerle seyreden kardiyak sorunlar (ileti defektleri ve ventriküler aritmiler dahil), gastrointestinal motilite bozuklukları, renal problemler, infertilite, prematüre doğumlar, diğer perinatal komplikasyonlar, hipotermi, vasküler bozukluklar (72) ve metabolizmadaki yavaşlamaya dair diğer bulgular yer alır (73). AN'den ölümler büyük oranda fiziksel komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır. Tablo 2'de AN'nin fiziksel komplikasyonları ve laboratuvar sonuçları özetlenmiştir (74).

Aç kalmanın erken evrelerinde pek çok laboratuvar bulgusu normal sınırlarda olabilirken serum kompleman 3 ve 4 (C3, C4) ile serum transferrin düzeyleri düşük olabilir ve bu belirteçler beslenme durumunun işaretçileri olarak kullanılabilirler (75). Tıbbi komplikasyon oranının yüksek oluşu nedeniyle anorektik hastaların takibi sırasında bazı fiziksel bulguların ve laboratuvar incelemelerin takibinin yapılması önerilmektedir. Bu parametreler arasında vital bulgular, serum glukozu, tam kan sayımı, serum elektrolitleri, tiroid ve karaciğer fonksiyon testleri, tam idrar incelemesi, serum üre ve kreatinin düzeyleri, elektrokardiyografi ve kemik dansitometrisi sayılabilir.

Bu amaçla yapılan incelemeler sırasında kilo kaybına yol açabilecek tıbbi hastalıklar (gastrointestinal sistem hastalıkları, tüberküloz, malignite, HIV) (76) ile kilo kaybının eşlik ettiği psikiyatrik hastalıklar (major depresyon, zehirlenme hezeyanlarının eşlik ettiği psikotik durumlar) ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

**Tablo 2: AN’da Fiziksel Komplikasyonlar**

| Organ sistemleri                             | Belirtiler                                                                           | Bulgular                                                                                                  | Laboratuar sonuçları                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Genel                                        | Güçsüzlük, yorgunluk                                                                 | Düşük kilo, kaşeksi, dehidratasyon, hipotermi                                                             | Düşük kilo/beden kitle indeksi                                                                                                                                            |
| Kardiyovasküler ve periferik dolaşım sistemi | Palpitasyon, sersemlik hissi, nefes darlığı, göğüs ağrısı, ekstremitelerde soğukluğu | Bradikardi, düzensiz zayıf nabız, ortostatik hipotansiyon, akrosiyanoz                                    | EKG: bradikardi, aritmi, PR ve Q-Tc aralığında uzama, 1. derece kalp bloğu<br>EKO: Mitral valv prolapsusu, perikardiyal effüzyon                                          |
| Santral sinir sistemi                        | Apati, konsantrasyon güçlüğü                                                         | Bilişsel bozulma, depresyon, irritabilite, periferik nöropati                                             | BT: Ventrikül genişlemesi MR: gri/beyaz cevher oranında azalma EEG: Özgün olmayan değişiklikler, nöbet                                                                    |
| Endokrin, metabolik                          | Yorgunluk, soğuk intoleransı, diürez                                                 | Düşük beden ısı (hipotermi)                                                                               | Hipopotasemi, hipomagnazemi, hipofosfatemide (beslenme sırasında), hipoglisemi, hiperkortizolemi, folat-B12-niasin ve tiamin eksikliği T3’te düşme, osteoporoz, osteopeni |
| Gastrointestinal sistem                      | Kusma, karın ağrısı, şişkinlik, kabızlık                                             | Yemeklerden sonra karında şişkinlik, barsak seslerinde anormallik, parotid hiperplazisi                   | Karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma, mide boşalma süresinde gecikme, superior mesenterik arter sendromu ve pankreatit (nadiren)                                       |
| Genitoüriner sistem                          | İdrar volümünde azalma ya da artma                                                   |                                                                                                           | BUN’da yükselme, glomeruler filtrasyon süresinde kısalma, kreatininde düşme, nadiren böbrek yetmezliği                                                                    |
| Hematolojik                                  | Halsizlik, diş etlerinde kanama, vücutta morluklar                                   | Nadiren pıhtılaşma anormallikleri                                                                         | Anemi, trombositopeni, lenfositoz, nötropeni, sedimentasyonda düşme, pıhtılaşma faktörü anormallikleri                                                                    |
| Cilt                                         | Saç dökülmesi, tüylenme                                                              | Lanugo, kserozis, karotenoderma, akne                                                                     | Serum karoten düzeyinde yükselme                                                                                                                                          |
| Kaslar                                       | Güçsüzlük, kas ağrıları                                                              | Kas atrofisi                                                                                              | Kas enzimlerinde anormallikler                                                                                                                                            |
| Pulmoner sistem                              | Solunum güçlüğü                                                                      | Solunum kaslarında atrofi                                                                                 | Pulmoner kapasitede azalma                                                                                                                                                |
| Endokrin sistemi                             | İkincil seks karakterleri ve psikoseksüel gelişimin durması, libido kaybı            | Birincil/ikincil amenore, fertilite sorunları, gebelik dönemi ve neonatal dönem komplikasyonlarında artış | Kadınlarda östrojen seviyesinde-erkeklerde testosteron seviyesinde düşme, prepubertal LH-FSH düzeyleri                                                                    |
| İskelet sistemi                              | Egzersiz sırasında ağrı                                                              | İskelet gelişiminin durması                                                                               | Osteoporoz, osteopeni, patolojik stres kırıkları, kemik yaşında gecikme                                                                                                   |

### **I.A.1.e. ETYOLOJİ**

Günümüzde yeme bozukluklarının etyolojisi ile ilgili birçok farklı alandan fazla sayıda varsayım olmakla birlikte, henüz bu varsayımların herhangi birinin diğerinden üstün olduğu kanıtlanamamıştır. Genetik, nörokimyasal ve sosyal etkenler ile bilişsel ve psikodinamik faktörlerin bir arada değerlendirilmeleri en uygun yaklaşım olacaktır.

Uzun yıllar boyunca yeme bozukluklarının nedenleri daha çok psikodinamik, bilişsel ve sosyokültürel etkenler aracılığıyla açıklanmış olsa da son dönemde etyolojinin aydınlatılmasına yönelik genetik çalışmalar yoğunlaşmaktadır. Genetik alanındaki ilk bulgular aile çalışmalarından elde edilmiş olup AN'nin, ailesinde yeme bozukluğu olanlarda daha sık görüldüğü, bu sıklığın 10 kata kadar ulaşabildiği saptanmıştır (77, 78, 79). İkiz çalışmaları verileri de aile çalışmalarını destekler niteliktedir. Bu çalışmalarda AN için eş hastalanma hızı tek yumurta ikizlerinde %10- 66, çift yumurta ikizlerinde ise %0- 10 arasında değişmektedir (77). AN ile ilgili moleküler genetik çalışmalarında serotonin 2A reseptör geninin 1438/A aleli ve AA genotipi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (80). Yine serotonin 2C reseptör geni ile ilişkiyi destekleyen çalışmalar da vardır. Bağlantı çalışmalarında ise AN'nin kısıtlayıcı alt tipi ile kromozom 1p arasındaki bağlantı için kanıt bulunmuştur. Bu çalışmalara delta opioid reseptör (OPRD1) ve serotonin 1D reseptör genleri dahil edildiğinde, bu ilişki daha güçlü olmuştur. 1, 4, 11, 13 ve 15. kromozomlar ile tüm yeme bozuklukları arasında ise ılımlı bir bağlantı vardır (81).

Anoreksiya nervoza etyolojisinde hipotalamik anomalilere odaklanılmış, hayvan deneylerinde lateral hipotalamus lezyonlarının yemede baskılanma; ventromedial hipotalamus lezyonlarının ise aşırı yeme ile sonuçlanması bu görüşe kanıt olarak görülmüştür (82). Ancak hipotalamus anomalilerinin birincil olarak yeme bozukluğuna yol açmadığı, yeme bozukluğunun ikincil olarak hipotalamik sorunlara yol açtığı açlık deneylerinde gösterilmiştir (83). Schweiger ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptıkları açlık deneyinde katılımcılarda kortizol yüksekliği, T3 düzeyinde düşme, gonadal işlev bozukluğu, yemeye aşırı uğraşlar, tıknırcasına yeme, depresif ya da disforik duygudurum, obsesyon ya da kompulsiyonlar ortaya çıkmıştır (84).

AN'li bireylerde kilo kaybı ile birlikte hipotalamo-pitüiter-gonadal ekseninde (HPA aksı) infantil döneme gerileme (hipogonadotropik hipogonadizm) görülür. Ancak bu gonadal gelişim çizgisinin yalnızca anoreksiya nervozaya özgü olmayıp, başka nedenlerle aşırı kilo veren ve sonra tekrar kilo alan kişilerde de görülmesi, bu değişikliklerin nedensel değil durumsal olduğunu göstermektedir (69).

Yeme ve beden ağırlığı üzerinde düzenleyici rolü olan nörotransmitterler ve

nöropeptidler üzerine yapılan çalışmalarda, AN hastalarında gıda alımını inhibe eden nörokimyasalların (serotonin, leptin, melanokortin stimulan hormon, beyin kaynaklı nörotrofik faktör) düzeylerinin düşük; gıda alımını artıran maddelerin (ghrelin ve nöropeptid-Y) düzeylerinin ise yüksek bulunduğu bildirilmektedir (85). Yağ dokusundan salgılanan leptin düzeyleri, vücuttaki yağ kütlesiyle doğru orantılıdır ve enerji dengesinde rol oynar. Yapılan çalışmalarda, düşük leptin düzeyinin üreme ve tiroid fonksiyonları ve insülin benzeri büyüme faktörü (IGF) düzeyleri gibi açlığa bağlı oluşan değişikliklerden sorumlu olduğu ve leptinin, hipotalamik amenorede bu değişiklikleri düzelttiği gösterilmiştir. Egzersize bağlı hipotalamik amenore gibi anoreksiya nervoza da düşük leptin düzeyi ile ilişkili bulunmuştur (86). Ayrıca leptin ve serotoninerjik sistem arasındaki etkileşime ilişkin güçlü kanıtlar elde edilmiştir. Hayvan deneylerinde leptin, serotoninerjik aktiviteyi artırmakta ve leptine bağlı anoreksiya ve süt tüketimi, serotonin antagonistleri ile azalmaktadır. Leptin yollarında serotonin 2C reseptörlerinin etkili olabileceği ileri sürülmüştür (87). Anoreksiya nervozanın akut döneminde sağlıklı kontrollere göre düşük olan beyin omurilik sıvısı 5-hidroksi-indol-asetik-asit (BOS-5HIAA) düzeyi, kilo restorasyonundan sonra normalden yüksek bulunmuştur. Zarardan kaçınma davranışı, AN'nin akut ve iyileşme döneminde görülebilen, yüksek serotonin seviyesi ile ilişkili bir bulgudur ve bu durum serotonin işlev bozukluğunun hastalık öncesi de var olduğunu, dolayısıyla hastalık patogenezinde rolü olduğunu düşündürmektedir. Zarardan kaçınma dışında, obsesyonel mükemmeliyetçilik ve anksiyetenin de iyileşme sonrasında devam etmesi bu görüşü desteklemektedir (88).

AN'nin etyolojisini araştıran nörogörüntüleme çalışmalarında düşük kilodaki hastalarda sıvı retansiyonu ve protein eksikliğine bağlı serebral atrofi olduğu, ancak bu tablonun kilo restorasyonu ile düzeldiği (psödoatrofi) gösterilmiştir (89). Bu erken dönem çalışma sonuçları sonraki yıllarda yapılan çalışmalarla tekrar gözden geçirilmiş ve tamamen iyileşmiş hastalarla sağlıklı kontroller arasında beyin omurilik sıvısı (BOS), beyaz ve gri cevher hacmi arasında fark olmadığı gösterilmiştir (90, 91). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında da hastalık döneminde gözlenen frontal, frontoparyetal, frontotemporal ve paryetal hipoperfüzyonun, kilo alımı sonrasında normale döndüğü gösterilmiştir (92).

Diğer nörogörüntüleme çalışmalarında genellikle frontal, singulat, temporal ve paryetal kortekslerde aktivite bozukluğu saptanmıştır. Kortikal yapılar ve limbik sistemdeki serotonerjik disregülasyonun anksiyete, beden algısı bozukluğu ve davranışsal inhibisyona yol açtığı belirtilmektedir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmaları ise duygudurum ve dürtü kontrolü ile ilişkili olan serotonin 1A ve 2A reseptörleri ile serotonin taşıyıcısı değişiklikleri olduğunu göstermektedir (88).

Yeme bozukluklarının “kültüre özgü” olduğu düşüncesinin kökeni, bu hastalık grubuyla ilgili ilk verilerin daha çok Batı toplumlarından geliyor oluşudur. Batı toplumlarında kadın bedeninin ince ve uzun olmasına dair var olan toplumsal ön kabul, kadın zayıflığının çekicilik ve sosyal prestij sağlıyor olduğu düşüncesi AN’nin gelişiminde önemli bir faktör olarak düşünülmektedir. Bu görüşe göre güzel kadına atfedilen değerler değiştikçe toplumdaki kadınlarda bedenlerinden hoşnutsuzluk başlamakta ve bu ideale ulaşma baskısını hissetmektedirler. Yine yeme bozukluklarındaki kültürel etkileri destekleyen bir başka bulgu da, balerinler ve modeller gibi fiziksel görünümün önemli olduğu meslek gruplarında yeme bozukluklarının daha fazla görülmesidir (69). AN literatürünün büyük kısmı Batı kaynaklı olmasına rağmen yakın zamanlı çalışmalar Doğu toplumlarındaki yaygınlığının da benzer nitelikte olduğunu göstermiştir (31, 32, 33, 34, 35, 36, 37).

Yeme bozukluklarının etyolojisini anlama çabaları içinde biyolojik nedenler kadar psikodinamik açıklamalar da oldukça geniş yer tutmaktadır. Yeme bozukluklarının ilk kez fark edildiği dönemlerde açıklamalar biyolojik temelli olmakla birlikte hastalığın psikopatolojik kökenine dair açıklamalar da yıllar içinde önem kazanmıştır.

AN’nin psikopatolojik kökenlerini açıklayan modelleri 3 ana başlık altında toplamak mümkündür (93):

- 1-Erken dönem anne-çocuk ilişkisindeki beslenme ile ilgili karşılıklı etkileşimler ve sonrasında ortaya çıkan aile-çocuk arasındaki etkileşimler ile patolojiyi açıklayan model,
- 2-Beden imgesini ve cinselliğin yerini sorgulayan model,
- 3-Anoreksiya nervozadaki bilinçdışı yapılanmanın temel alındığı model.

Yeme bozukluklarındaki klasik psikodinamik açıklamalar; yeme reddi, kusma ve kilo kaybı gibi belirtilerin bilinçdışı ve sembolik anlamlarına odaklanarak AN’yi dürtü-çatışma-savunma modeli çerçevesinde ele almıştır. Freud’a göre yeme semptomları genital düzeyde yaşanan bir çatışmanın oral düzeye gerilerek daha kolay baş edilmesini sağlama çabasından köken almaktadır ve bu haliyle bir savunma mekanizmasıdır (94). Freud “Kadın Cinselliği Üzerine” adlı çalışmasında kız çocuğunda preödipal dönemin önemini ve kız çocuğunun anneye olan preödipal bağının ruhsal gelişimindeki temel rolünü vurgular (93). Bu dönemin sonunda nesne değişimi ve babaya yönelmek için anneden vazgeçme/vazgeçebilme kapasitesi ödipal süreci belirleyen unsurdur. Kız çocuğu babaya bağlanabilmek için annesiyle oluşan güçlü bağından vazgececektir. Bu süreçte ayrıca kız çocuğunda kadınsılığın gelişimi de önemli yollar kat edecektir. Yine bu nesne değişikliği aşaması, pasiflik/aktifliğin kabulünü de belirleyecektir. Bu dönemde oluşabilecek çatışmalar kadınsılığın inkârına ve aktiflik/pasiflik

çatışmasına zemin hazırlayabilir. Bu ise beden ve bedenin ihtiyaçları ile ilişkinin altüst oluşuna yol açar. Anneyle preödipal ilişkinin özellikleri ve bu ilişkinin taşıdığı ambivalans bu patolojinin neden kadınlarda daha çok görüldüğü sorusunun da yanıtını hazırlar (95). Freud'un bu görüşlerini takiben anoreksiya nervozadaki açlığın, oral gebelik fantezilerinin reddi ya da ambivalan nitelikte olan oral sadistik fantezilere direnci temsil ettiği düşünülmüştür. Bu bilinçdışı çatışma düşüncesi Anna Freud'un görüşlerinde de hakimdir. Çocuğun yemeğe karşı çatışmalı tutumunun iştahsızlık ya da yeme ihtiyacının azlığından çok anneyle yaşanan çatışmanın sembolik olarak yemeğe aktarılmasından kaynaklandığını söyleyen Anna Freud'a göre; anneyle kurulan ambivalan ilişki kendini aşırı yeme ya da yememe dönemleriyle göstermektedir (96).

AN'nin psikopatolojisi konusundaki görüşlerde zamanla nesne ilişkilerine odaklanılmıştır. Bu kurama göre ayrılma-bireyselleşme döneminde yaşanan sıkıntılar nedeniyle bireyin dış dünya ile kurduğu ilişkilerden doyum sağlaması engellenerek narsistik bedene saplanma yaşanır. Bu dönemde anne ile bebek arasında kurulan ilişki sağlıklı bir kendilik ve nesne tasarımının oluşması için gereklidir. Yeme bozukluklarında erken dönem seperasyon anksiyetesi ve güvensiz bağlanmanın varlığını gösteren çalışmalar mevcuttur (97). Beattie, yeme bozukluklarının neden kadınlarda daha sık görüldüğünü annenin kız çocuğuyla kurduğu ilişkiyle açıklar (98). Erkek çocuklarla kıyaslandığında annenin kız çocuğuna daha fazla narsistik yatırım yaptığını, kız çocuğunu kendi uzantısı gibi gördüğünü ve kendi korkularını, umutlarını ya da kadınlıkla ilgili fantezilerini ona yansıttığını ileri sürer. Anneden ayrışmanın daha zor olması, bireyselleşmenin de sekteye uğraması anlamına gelir. Ayrılma-bireyselleşme döneminde aksamalar meydana geldiğinde, ergenlik döneminde yeniden özdeşim yapılacak olan içsel anne daha korkutucu ya da defektif görülebilir ve bu durumda ortaya çıkan anksiyete çeşitli savunmalarla kontrol edilmeye çalışılır. Ergenlik gibi beden değişimlerinin yoğun olarak yaşandığı dönem bu nedenle kaygı ve korku uyandırır. Ergen erişkin bedenine kavuşabilmek için çocuksu bedenine veda etmek zorundadır, bu ise enstiyöz fantezilerinin savunma mekanizmalarını zorlaması anlamına gelir. Bastırma mekanizmasıyla özellikle enstisel tasarımların bilinç düzeyine çıkması engellenir. Ergen bütünlüğünü ve kimliğini koruyabilmek için gelişmekte olan değişimleri ortadan kaldırmaya çalışırken değişimi kontrol edebildiğini ve kendisini erişkin hale getirecek tüm değişimleri durdurabileceğini düşler. Anoreksiya nervoza olgularında bu değişimleri durdurabilmek için beden tahrip edilmesi söz konusudur (99). Kendi bedenine dönük bu çaba başarılı olursa çocukluğunda olduğu gibi cinsiyetsizleşecektir. AN'li genç kadın, bedenini kontrol altında tutmak için yememeyi seçerken belki de bebekliğinde olduğu gibi ilk nesnesini-

içselleştirilmiş-sahiplenici anneyi de kontrol altında tutmaya çalışmaktadır. Bir anlamda hasar verilen beden hem kendisinin hem de persekütör nesne olan annesinin bedenidir (100). Williams ise, annenin anorektik bireyi kendi anksiyetesini taşımak üzere taşıyıcı olarak kullandığını ileri sürer. Psikanalitik açıdan ebeveyn kendi anksiyetesini ya da psişik acılarını bebeğe yansıttığında bebek hem kendi anksiyetesini, hem de anneninkini yaşayacaktır (101). Bernard Brusset de; "Anoreksiya nervozada nesnenin gölgesi bedenin üzerine düşer" derken annenin bu hastalık üzerine olan etkisini tanımlamaktadır. Anne ile kurulan ilk ilişkide ortaya çıkan ve genellikle ergenlik döneminde tekrar alevlenen bu çatışma nedeniyle AN'li birey, kendini edilgenleşme, ele geçirilme, işgal edilme tehdidi altında hissetmektedir (100). Selvini-Palazzoli'ye göre ise anorektik birey, içine aldığı kötü nesneyi yani aşırı sahiplenici anneyi somut biçimde bedeniyle özdeşleştirdiği için kendi bedenini kontrol altına almak için zayıflar. Bu anlamda anoreksiya nervoza, kabul edilmesi güç olan tüm dürtülerin bedene yansıtıldığı ve daha sonra rijid olarak kontrol edildiği bir savunma olarak görülmektedir (102).

Kendilik kuramına göre ise erken gelişimsel dönemlerden itibaren empatik aynalama ve idealizasyon eksikliği, anneden sağlıklı ayrılma sürecini etkiler. Bu da kimlik duygusunda ve duyguların regülasyonunda yetersizlikler yaratır. Herhangi bir gerilim durumunda bedeni kontrol etme güçlüğü ve kontrol kaybı yaşantıları olur. Bağımsızlaşma yolunda girilen ergenlik dönemi ise bu kişiler için tehdit oluşturur ve prepubertal bedene dönülerek bu ayrılma süreci durdurulmaya çalışılır (96).

#### **1.A.1.f. PROGNOZ**

Kronik bir hastalık olan AN'nin seyir ve sonlanımı değişkendir. Psikiyatrik hastalıklar içinde en yüksek ölüm riskinin yeme ve madde kullanım bozukluklarında olduğu bildirilmektedir (74). AN nedeniyle ölüm riski %5-10 dolayındadır. Bu ölümlerin bir kısmı AN'ye bağlı tıbbi komplikasyonlar, %2-5 kadarı intihar nedeniyledir (70, 103). Anorektik kadınlarda ölüm riski yıl başına %0,59'dur ve bu durum genel toplum rakamlarından 12 kat fazladır (104).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2006 yılı verilerine göre AN'li hastaların %40'ı tam, %30'u orta düzeyde iyileşirken, %20 kadarında kötü sonlanım görülmektedir (74). Kilo alma korkusu ya da beden algısı bozukluğu olmayan durumlarda sonlanımın daha iyi olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır (105).

Remisyon ve relaps dönemlerine ek olarak anorektik bireyler zamanla bulimik bir evreye geçebilirler. Bu geçişlerin çoğu genelde hastalığın ilk beş yıllık döneminde olmakla birlikte %8- 62 oranındadır (106).

#### **I.A.1.g. TEDAVİ**

AN'nin etyolojisini açıklayan kuramlardaki çeşitlilik ve işlevselliğin farklı alanlarda etkileniyor oluşu nedeniyle birçok tedavi modalitesi kombine halde ve multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmalıdır. Anorektik hastalarla tedaviye başlamadan önce tıbbi incelemelerin yapılması hayati önem taşır. Çoğu olguda belirgin fiziksel yakınma olmamasına rağmen tıbbi-biyokimyasal anormallikler saptanabilir. Bu nedenle yeme bozukluğu olan tüm hastalarda özellikle ilaç tedavisi başlanmadan önce serum elektrolit düzeyleri, tam kan sayımı, idrar analizi, tiroid fonksiyon testleri ve EKG incelemesi yapılmalıdır. En az 6 ay amenoresi olan hastalarda osteopeni ve osteoporoz yönünden kemik mineral yoğunluğu ölçümü de tıbbi incelemelere eklenmelidir.

Psikoterapi, farmakoterapi ve beslenme danışmanlığının tek başına ya da kombine kullanımındaki etkinliği halen araştırılmakla birlikte bugüne kadar herhangi bir tedavinin diğerine üstünlüğü geniş örneklem üzerinde yapılan çalışmalarla kanıtlanmış değildir (69). Gıda alımında hızlı ve ısrarlı bir düşüş olduğunda, ayaktan tedaviye rağmen kilo kaybı devam ettiğinde, ek psikiyatrik tanılar ve intihar eğilimi ile yaşamı tehdit eden tıbbi komplikasyonların varlığında tedavinin yataklı kurumlarda sürdürülmesi daha uygun bir seçenek olabilir (107).

AN tedavileri içinde sadece “Maudsley Modeli”ne dayalı bir aile terapisi türünün, hastalık süresi 3 yıldan daha kısa olan çocuk ve ergenlerde bireysel terapilere kıyasla daha etkin olduğu gösterilmiştir; bunun dışında erişkin anorektiklerin tedavisi için kanıtlanmış bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır (108, 109, 110).

AN tedavisinde ilk hedef beslenmenin düzenlenmesi ve kilonun normal sınırlara getirilmesi olduğundan, tedavi ekibi içinde bu konuda deneyimli diyetisyenlerin de bulunması önemlidir. Optimal kilo alma hızının ne olması gerektiği üzerinde uzlaşma olmamakla birlikte genelde yatan hastalarda 0,75-1 kg/hafta, ayaktan takiplerde ise 0,5 kg/hafta olması önerilmektedir (111). Yeniden besleme tedavisi sırasında günlük 30-40 kcal/kg olarak başlanan kalori gereksinimi bazı hastalarda zamanla 70-100 kcal/kg düzeyine çıkabilir (74).

Yeme bozuklukları içinde farmakoterapiye cevabı en kötü olan grup anoreksiya nervozadır (112, 113). Ayrıca, beden kitle indeksinin çok düşük olması ve tıbbi sorunların varlığı da AN'de ilaç kullanımını güçleştirmektedir (114). Anoreksiya nervoza tedavisinde

ilaç seçimi bireysel özelliklere göre değerlendirilmelidir. Klinisyenlerin genel tercihi ilaç tedavisi ile psikoterapinin birlikte kullanımı olduğu halde, halen akut dönemdeki hastalarda herhangi bir ilacın net pozitif etkisi gösterilememiştir (74).

Antidepresanların tedavide kullanımı ile ilgili ilk çalışmalarda trisiklik antidepresanların etkileri araştırılmış, AN'de görülen kimi depresif belirtilerin tedavisi hedeflenirken trisikliklerin iştah arttırıcı etkilerinden de faydalanılacağı düşünülmüş; ancak bu alanda olumlu sonuç alınamamakla birlikte beden kitle indeksi düşük hastalarda kardiyak yan etkiler ve ritm sorunlarının da ortaya çıktığı görülmüştür (115).

Obsesif kişilik yapısı özellikleri, içe dönüklük, mükemmeliyetçilik, azalmış spontanlık ve stereotipik davranışlar gibi kimi AN'ye ait özelliklerin (88, 116), AN ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) arasındaki yakın ilişkinin (117) ve AN'de serotonerjik aktivitedeki değişikliklerin fark edilmesi (118) ile seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) de ilgi odağı olmuş ve bu alanda en çok çalışma fluoksetin ile yapılmıştır. Fluoksetinin küçük örneklerde kilo alımını sağladığına dair yayınlar bulunmakla birlikte, beden kitle indeksi normale dönmüş hastalarda alevlenmeyi azalttığını söyleyen yayınlar (115, 119) ve yatan hastaların tedavisinde etkisiz olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (120, 121, 122). Fluoksetine ek olarak fluvoksamin, paroksetin, sitalopram, venlafaksin, mirtazapin ve bupropion da tedavide denenmeye başlanmıştır (123). Ancak AN tedavisinde, Bupropion gibi QT aralığını genişleten ya da epileptik nöbet eşiğini düşüren ilaçlardan kaçınılması önerilmektedir (124).

Anoreksiya nervozanın tedavisinde antipsikotik kullanımı ile ilgili çalışmalar 1960'lı yıllardan beri yapılmaktadır. İlk kuşak antipsikotiklerin pozitif etkinliği saptanamamış olmakla birlikte hem kardiyak yan etkilerinin gözlenmesi hem de bazı hastalarda hızlı kilo artışının bulimik atakların ortaya çıkışını hızlandırması nedeniyle rutin tedavi protokollerinde yer bulamamışlardır (125, 126). 2003 yılında Cassano ve arkadaşları kısıtlayıcı tipte AN'de düşük doz haloperidol kullanımını araştırmış ancak daha geniş örneklem ve kontrol grubu gereksinimini vurgulamışlardır (127).

2000'li yıllarda AN tedavisinde, ikinci kuşak antipsikotikler denenmeye başlanmıştır. Olanzapin ile yapılan çalışma protokollerini tamamlayabilen hastalarda; kilo alımının yanı sıra anksiyete düzeyinde düşüş ve yeme bozukluğu temel semptomlarında azalma bildirilmiştir (128, 129, 130, 131). Bissada ve arkadaşlarının 2008'de yayınlanan çalışmalarında, olanzapin ile AN hastalarında obsesif belirtilerde azalma (132); Dunican ve DelDotto'nun 2007'de yayınlanan çalışmalarında, AN hastalarında olanzapin ile hezeyanlı

düşüncelerde azalma görülmüştür (133). Ancak çalışmalarda, kontrol grubu olmayışı bir eksiklik olarak belirtilmiştir. Ayrıca olanzapin kullanılan olgu sunumlarında antipsikotik tedavinin diğer tedavilere ek olarak kullanıldığı gözlenmektedir (134).

Hezeyan düzeyinde beden imgesi bozukluğu, ciddi hiperaktivite, anksiyete ve kilo alma korkusunun öne çıktığı; ağır seyirli AN olgularının tedavisinde antipsikotik kullanımının yararlı olabileceği akla gelse de (135); yapılan çalışmalar AN tedavisinde antipsikotiklerin ender olarak kimi olgularda başarılı olabileceğini ve genel durumu bozuk olan AN'li hastalarda yan etkileri açısından kullanımlarının sınırlı olacağını göstermektedir. Atipik antipsikotikler son yıllarda ümit verici görünmekle birlikte; araştırmalar ve konu ile ilgili gözden geçirme çalışmaları, AN tedavisinde antipsikotik kullanımı konusunda yeterli kanıt sunamamaktadır (115, 136).

Tedavinin akut döneminde özgül psikoterapötik girişimlerin kilo alımını hızlandırma açısından etkinlikleri belirsizliğini korumaktadır. Pratikte klinisyenler sıklıkla farklı yaklaşımlara (psikodinamik, bilişsel davranışçı, kişiler arası, diyalektik davranışçı gibi) birlikte yer verilen bir tür eklektik tedavi yaklaşımını benimsemektedir (137). Bununla birlikte bu tip entegre yaklaşımların bir terapi yaklaşımının tek başına uygulanmasından daha etkili olduğunu gösteren sistemik veriler mevcut değildir (138).

Multifaktöriyel etyolojisi nedeniyle AN tedavisi konusunda deneyimli klinisyenler, tedavide en etkili yolun multidisipliner yaklaşım ile gerçekleştirilebileceği sonucuna varmışlardır (139).

## **I.A.2. BULİMİYA NERVOZA**

Bulimiya nervoza, yineleyen tıknırcasına yeme epizotları, bu epizotlar sırasında yemeyi durduramama korkusu, tıknıma sonrası kilo almayı engelleyecek uygunsuz dengeleyici davranışlar (kusma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi) sergileme ve tıknıma epizotlarının son 3 ayda en az haftada iki kez ortaya çıkması ile karakterize bir yeme bozukluğudur.

### **I.A.2.a. TARİHSEL GELİŞİM**

Yeme bozukluklarının tarihçesine yönelik bilgilerin çoğunda anoreksiya nervoza üzerine odaklanıldığından, “bulimiya nervoza” teriminin ortaya çıkışı ancak 30 yıl kadar geriye gitmektedir (140). Bununla birlikte bulimiyanın tarihine yönelik bir gözden geçirmede

aslında bir semptom ve sendrom olarak bulimiyanın birkaç yüzyıl öncesine kadar uzandığı görülmektedir (141).

### **Etimoloji:**

Bous (*βουlimία*) (öküz) ve limos (*limós*) (açlık) sözcüklerinden türetilen bulimiya terimi, “bir öküzü yiyebilecek kadar büyük bir açlık” ya da “bir öküz kadar yiyebilmek” anlamına gelen patolojik iştahı tanımlar (142). Terime “nervoza” sözcüğünün eklenmesi ise AN ile olan klinik ve etiyolojik ilişkisine vurgu yapmak amacıyla gerçekleşmiştir (140).

Aşırı yeme ve kusma tarihte var olan davranışlardır ve çilecilikten (asetizm) farklı olarak eski Mısır, Yunan, Roma ve Arap kültürlerinde bulimiyaya benzeyen hedonistik davranışlara rastlanmaktadır. Eski Mısır’da kusma davranışlarının olması ve yine Roma’nın ilk döneminde daha çok zamanın elit tabakasında görülen aşırı yeme periyotlarının ardından kusmak için “vomitorium” ların kullanılması bulimiya nervozanın tarihsel temelini çok eskilere dayanıyor olabileceğini düşündürmektedir (143). Eski Mısır’da insanların sağlıklarını korumak amacıyla her ay 3 ardışık gün boyunca çıkartma davranışlarında bulunduğu bilinmektedir (144). Yine Eski Roma’da Seneca’nın “çıkartmak için yiyen ve yemek için çıkartan” insanlardan söz ettiği bildirilmiştir (145). Crichton’a göre Roma imparatorları Claudius ve Vitellius’un yeme davranışları “bulimiya nervozanın tarihsel varyantı” olarak görülebilir (146).

20. yüzyılın başından itibaren literatürde bulimiya belirtileri sergileyen ve bugünkü anlamda BN’ye daha yakın olgular bildirilmeye başlanmıştır. Bunlara örnek olarak Janet’nin 1903, Wulff’un 1932 ve Binswanger’in 1944- 1945 tarihli olgu bildirimleri verilebilir (145). 1962’den itibaren Hilde Bruch’un bulimiya ile ilgili yazıları literatürde yerini almaya başlamıştır. 1979’da Russell, bulimiya nervozayı ayrı bir durum olarak tanımlamıştır. Russell BN hastalarına dair başlıca üç özellikten söz etmiştir. Bunlar:

- 1) güçlü ve karşı konulamaz bir yeme arzusu,
- 2) kusarak ve/veya müshil kullanarak gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kaçınmak,
- 3) şişmanlamaktan aşırı korku duymak şeklindedir (140).

### **1.A.2.b. TANI ÖLÇÜTLERİ**

DSM-III ve DSM-III-R’de “Çocukluk ve Adolesans Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar” ana başlığı altındaki “Yeme Bozuklukları” alt başlığında yer alan bulimiya nervoza, DSM-IV’de artık ayrı bir ana başlık oluşturan “Yeme Bozuklukları” içinde anoreksiya nervoza ile birlikte yer almaktadır.

DSM-IV tanı kriterlerinde, DSM-III-R' de de uygulanan "yeme kontrolünün kalktığına ilişkin duyum" ölçüt olarak yer almayı sürdürmektedir. DSM-IV'te çıkartma olan ve çıkartma olmayan tip olmak üzere BN'nin iki alt tipi bulunmaktadır. Çıkartma olan tipte kişi, tıkinma epizodu sonrası kendini kusturma, laksatif ya da diüretik gibi ilaçlardan yüksek dozlarda kullanma gibi belirtiler gösterirken, çıkartma olmayan tipte ilaç kötüye kullanımı görülmemekle birlikte aşırı egzersiz yapma görülür (47). Tablo 3'te DSM-IV'e göre BN tanı ölçütleri gösterilmektedir.

**Tablo 3: DSM IV'e Göre BN Tanı Ölçütleri**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Yineleyen tıkinırcasına yeme epizotlarının olması. Bir tıkinırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:</p> <p>1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme.</p> <p>2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).</p> <p>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.</p> <p>C. Tıkinırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de üç ay süreyle, ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.</p> <p>D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir.</p> <p>E. Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza epizotları sırasında ortaya çıkmamaktadır.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **I.A.2.c. EPİDEMİYOLOJİ**

Anoreksiya nervoza gibi, Bulimiya nervoza da kadınlarda daha sıktır. Ayrıntılı tanı yöntemlerinin ve kişilerle doğrudan görüşmelerin kullanıldığı çalışmalardan elde edilen veriler; BN'nin yaşam boyu yaygınlığının kadınlarda %1 ile %2,8 arasında olduğunu göstermektedir (61, 147). Ancak, klinik tanı boyutuna ulaşmamış eşik altı durumlar da katıldığında, bu oranlar 2-5 katına çıkabilir.

2000 yılında birinci basamak sağlık hizmetlerinde BN insidansı 100.000'de 6,6, kadınlarda 100.000'de 12,4, erkeklerde 0,7 olarak saptanmıştır (148).

Hoek ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 1988 ile 1993 yılları arasında BN insidansının üç katına çıktığı bulunmuştur (1). Finlandiya’da ergenlerle yapılan bir çalışmada BN; kızlarda %1,8, erkeklerde %0,3 oranındayken, katılımcıların %14,4’ünde herhangi bir bulimik yeme davranışı olduğu saptanmıştır (149). ABD’de 3000 ergenle yapılan bir çalışmada kızların %42,6’sının diyet yapmış olduğu, %5,6’sının kilo verme amacıyla kustuğu, %2,2’sinin laksatif, %2,3’ünün diüretik, %3,6’sının zayıflama hapları kullandığı saptanmıştır (150). Ülkemizde yapılan yeme bozukluğu tarama çalışmalarında da üniversite öğrencilerinde saptanan BN oranları %0,5 ile 1,57 arasında değişmektedir (38, 39).

#### **I.A.2.d. KLİNİK GÖRÜNÜM**

Bulimiya nervozanın kliniğini tıknırcasına yeme atakları ve ardından gelen uygunsuz dengeleyici davranışlar belirler. Tıknırcasına yeme aşırı miktarlarda yiyeceğin kısa süre içerisinde tüketilmesini tanımlamaktadır ve bu miktarlar normal bir erişkin öğününün çok üstündedir. Sıklıkla tüketilen besinler yağlı, şekerli ve yüksek kalorilidir. Yeme sırasında kontrol kaybı ile birlikte tıknırcanın başlaması sık görülmekle birlikte bulimikler genelde tıknırmalar sırasında yalnız olmayı tercih eder ve öğünlerini buna göre planlarlar. Sıklıkla tıknıma atağı öncesinde stresli bir yaşam olayı, kaygı hissi ve depresif duygudurum bulunurken (151), sonrasında yoğun suçluluk duygusu ve kendini eleştirme başlar. Hastalığın ilk dönemlerinde kusmalar için parmakla provokasyon gerekse bile uzun süreli hastalıkta spontan yahut öğürerek kusma sağlanabilir. Tıknımayı durdurmak amacıyla psikostimulan yahut iştah kesici preparatların kullanımı nadir değildir. Hastaların yaklaşık 1/3’ünde laksatif kötüye kullanımı mevcuttur. DSM-IV’de bulimiya nervoza tanısı için tıknırcasına yeme ataklarının varlığı gerekli olduğu halde, tıknırcasına yeme atakları olmaksızın yalnızca kusma ile seyreden atipik görünümle ilgili yayınlar artmaktadır. Halen başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları grubuna dahil edilen bu alt grupta kendine güven duygusu tipik bulimiya nervoza hastalarındaki kadar az değildir ancak diğer psikopatoloji alanları ve kilo açısından her iki grupta fark bulunmamıştır (152).

Bulimiya nervozaya diğer psikiyatrik tanılarının eşlik etmesi sıktır. Birinci eksen tanılarında en sık ek tanı major depresyondur. Anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, alkol-madde kötüye kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal fobi diğer sık rastlanılan tanılardır. İkinci eksen tanılarında B kümesi kişilik bozukluklarının BN’ye diğerlerinden daha çok eşlik ettiği bildirilmektedir (35, 64, 154, 155, 156). AN’de olduğu gibi BN’de de tıbbi komplikasyonlar sıkça görülür. Elektrolit bozuklukları sık karşılaşılan komplikasyonlar

olup, çıkartma davranışının hangi yolla yapıldığına göre farklı elektrolit bozuklukları gözlemlenebilir. Hipopotasemi; kardiyak aritmi, rabdomiyoliz, kas güçsüzlüğü, hipopotasemik kardiyomiopati ve tetaniye neden olması nedeniyle en ciddi komplikasyonlardan biri olup (157), çıkartma davranışlarının bir göstergesi olarak klinisyenlerin karşısına çıkabilir (158). Tablo 4’te BN’de görülen fiziksel komplikasyonlar özetlenmiştir (74).

**Tablo4: BN’de Fiziksel Komplikasyonlar**

| Organ sistemleri        | Belirtiler                                                                                                                                           | Bulgular                                                                                                                                             | Laboratuvar sonuçları                                                                                                                                        |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kardiyovasküler sistem  | Güçsüzlük, çarpıntı                                                                                                                                  | Aritmiler                                                                                                                                            | EKG: ST çökmesi, QT-QRS ve PR aralığında uzama, supraventriküler ve ventriküler ektopik atımlar, otonomik işlev bozukluğu, ipeka kullanımında kardiyomyopati |
| Santral sinir sistemi   | Apati, konsantrasyon güçlüğü                                                                                                                         | Bilişsel bozulma, depresyon, irritabilite, periferik nöropati                                                                                        | BT: Kortikal atrofi, ventrikül genişlemesi. PET, fMRI: Serebral kan akımı ve metabolizma bozulması. MR: Gri/beyaz cevher küçülmesi                           |
| Gastrointestinal sistem | Kusanlarda mide yanması, reflü, kanama; laksatif kullananlarda nadir istemsiz kusma, kabızlık, akut gastrik ve özofageal rüptür, perforasyon, nekroz | Tükrük bezlerinde büyüme, kusanlarda özofajit, gastrit, özofageal motilite bozuklukları, pankreatit; laksatif kullananlarda kolon motilite bozukluğu | Serum amilazı ve pankreatik amilaz düzeylerinde artış (nadiren)                                                                                              |
| Cilt                    |                                                                                                                                                      | El sırtında yara (Russell belirtisi), peteşi, kusmadan hemen sonra konjunktival kanama                                                               |                                                                                                                                                              |
| Metabolik               | Kilo değişkenliği, proksimal güçsüzlük, irritabilite, kas krampları                                                                                  | Deri turgor değişikliği, gode bırakan ödem, Chvostek ve Trousseau bulguları                                                                          | İdrar analizi: dehidratasyon<br>Elektrolitler: kusanlarda hipokalemik hipokloremik alkaloz, kusan ve laksatif kullananlarda Mg ve fosfat düşüklüğü           |
| Kaslar                  | İpeka kullananlarda zayıflık                                                                                                                         | Kas güçsüzlüğü, periferik myopati                                                                                                                    | EMG: özgün olmayan anormallikler                                                                                                                             |
| Orofarenks              | Diş çürümesi, farenks ağrısı, yanaklarda ve boyunda şişme                                                                                            | Enema erozyonu, kesici dişlerde lingular çürükler, tükrük bezlerinde genişleme                                                                       | Enema kaybı, parotid hiperplazisine bağlı olarak serum amilazında artış                                                                                      |
| Üreme sistemi           | Fertilite sorunları                                                                                                                                  | Oligomenore, amenore                                                                                                                                 | Östrojen düzeyinde azalma                                                                                                                                    |
| İskelet sistemi         | Egzersiz sırasında kemik ağrısı                                                                                                                      | İskelet gelişiminin durması, boy kısalığı                                                                                                            | Patolojik stres kırıkları, kemik yaşında gecikme                                                                                                             |

### **1.A.2.e. ETYOLOJİ**

Günümüze kadar yeme bozukluklarının etyolojisini aydınlatmaya çalışan kuramlar daha çok sosyokültürel açıklamalar üzerine oturtulmuş ancak bu etkenlere maruz kalan tüm kadınlarda neden yeme bozukluğu görülmediği açıklanamamıştır. Bunun üzerine etyolojiye yönelik araştırmalar yapısal yatkınlığı destekleyen biyolojik etkenler üzerine yoğunlaşmıştır. Bu anlamda genetik araştırmalar ve beyin görüntüleme araştırmaları önem kazanmaktadır.

BN'nin ailesel bir durum olduğuna dair kanıtlar gösterilmiştir. Ailesinde yeme bozukluğu olan kadınlarda BN gelişme riski genel toplumdan 4 kat daha yüksek bulunmuştur (159). İkiz çalışmaları da aile çalışmalarını destekler niteliktedir. BN için eş hastalanma hızı tek yumurta ikizlerinde %23-83, çift yumurta ikizlerinde %0-29 arasında bildirilmektedir (77).

Yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında bulimiya nervozada ventriküler genişleme ve hipofiz boyutlarında küçülme saptanmış olup, bunun uzun süreli yetersiz ve dengesiz beslenmeden kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür (160).

Goethals ve arkadaşları, AN ve BN'de SPECT kullanarak; zayıflık için aşırı çabalama, doymama, bedenden hoşnut olmama, kişiler arası güvensizlik gibi semptomlar ile beyin perfüzyonu arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Bedenden hoşnut olmama ile prefrontal ve pariyetal korteks perfüzyonu arasında pozitif ilişki gözlenirken; diğer semptomlar ve perfüzyon arasında ilişki gösterilememiştir (161). Nozoe ve arkadaşları tarafından BN'de yapılan SPECT çalışmasında ise, yemek öncesi hastaların sol temporal ve sağ inferior frontal bölgelerde kan akımının arttığı ve yemek sonrasında bilateral inferior frontal, sol temporal ve sağ pariyetal bölgelerde artışın gerilediği bulunmuştur. Bu çalışma ile bulimik hastalarda temporal lob hipermetabolizması olabileceği ve aynı zamanda frontal alan değişikliklerinin beslenme kontrolünü etkileyebileceği ileri sürülmüştür. Frontal lob hasarı olan kişilerde hiperfaji görülmesi bu bölgenin beslenmeyi baskılayan bir işlevi olduğunu düşündürmüştür ve bu çalışmada beslenme sonrası görülen aktivite azalmasının BN'de hiperfaji ile sonuçlanabileceği ileri sürülmüştür (162, 163). Frank ve arkadaşları tarafından glukoz yüklemesi ile yapılan fonksiyonel MR görüntüleme çalışmasında, iyileşmiş bulimik hastalar kontrollerle kıyaslandığında anterior singulat korteks aktivitesinde azalma bulmuşlardır. Anterior singulat korteks aktivitesinin, bulimiya nervoza hastalarında kontrollerden daha yüksek ödül beklentisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (164).

Bu çalışmalara ek olarak serotonin reseptörlerinin bulimiya nervozada davranış değişiklikleri ile ilgili olabileceği düşünülmüş ve konu üzerinde çalışılmıştır. Kaye ve arkadaşları, remisyonadaki BN hastalarında orbitofrontal 5-HT<sub>2A</sub> reseptör bağlanmasında

azalma saptamışlardır. Orbitofrontal bölgede görülen serotonerjik değişikliklerin dürtüsellik ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu bulgulara ek olarak sağlıklı kadınlarda 5-HT<sub>2A</sub> bağlanması sırasında görülen yaygın korelasyonun bulimik kadınlarda görülmemesi serotonin sisteminin gelişimsel düzeneklerinde değişiklik olma olasılığını arttırmaktadır. Bu hastalarda iyileşme sonrasında da devam eden azalmış 5-HT<sub>2A</sub> reseptör aktivitesi; duygudurum, anksiyete ve dürtü kontrolündeki değişimi yansıtan bir özellik olabileceğini göstermektedir (165).

BN’de pozitron emisyon tomografisi ile yapılan çalışmalarda prefrontal, singulat ve pariyetal korteks alanlarında daha baskın olmak üzere 5-HT<sub>1A</sub> reseptör bağlanmasının tüm beyin bölgelerinde artmış olduğu bulunmuştur. Bu bulgunun, BN’de serotonin işlevlerinin azalması ile ilişkili olduğu ve depresyon hastalarına kıyasla daha yüksek doz SSRI ihtiyacını açıkladığı düşünülmektedir (164).

Hastalık öncesi dönem beslenme bozukluklarının BN gelişiminde risk oluşturup oluşturmadığını araştıran çalışmalarda Marchi ve arkadaşları, 800 çocuğu prospektif olarak değerlendirmiş ve geç ergenlik döneminde bulimik semptomları olanlarda erken çocukluk döneminde sindirim sorunları ve pikanın daha çok görüldüğünü belirtmişlerdir (166). Yine hastalık öncesi dönemde obezite öyküsü bildiren BN’ler ile sık karşılaşılmaktadır (167) ancak toplum tabanlı araştırmalarda obezitenin bir risk faktörü olduğuna dair veriler çelişkilidir. Bir kısım çalışmada geçmiş vücut ağırlığı ile BN arasında ilişki bulunamamışken (168), bazı çalışmalarda anlamlı ilişkinin varlığı gösterilmiştir (169).

Tıpkı AN’de olduğu gibi BN gelişiminde de kültürel etkilerin, batılı beden algısının önemi araştırılmış ve kültürel değişimlerin yeme bozuklukları gelişimini etkilediği gösterilmiştir. Günümüz tüketim toplumlarında “bedenin” odak noktada yer alması; kapitalist sistemin çıkarlarına uygun olarak, kitlesel tüketimin sürekli büyümenin temel taşı olarak sunulmasına ve tüketimin, sürekli kişisel mutluluk ve haz, toplumsal statü, ulusal/kişisel başarıya giden yol olarak gösterilmesine bağlıdır. Tüketim toplumunda tüketilen bir nesne olarak beden, bakımlı, güzel, ince, seksi ve temiz olmalıdır (170). Bu yargıların yaygınlaşmasında kitle iletişim araçlarının öneminin araştırıldığı bir çalışmada Becker ve arkadaşları Fiji’de Batı kaynaklı TV kanallarının yayına başlamasından önce ve sonra yeme tutumlarını değerlendirmiştir. Batılı TV yayınlarından önce yeme davranışı bozukluklarının çok düşük düzeyde olduğu, Batı medyası ile tanışmanın ardından sadece birkaç yıl geçtikten sonra Batı kültürlerinde rastlanan kilo ve vücut biçimine ilişkin tutumların hızla geliştiği saptanmıştır (171).

BN etyolojisinde psikodinamik açıklamalara bakıldığında; bulimiya nervozadaki psikopatolojik süreç de tıpkı AN'de olduğu gibi erken dönem çatışmalarla ilişkilendirilmiştir. BN olgularında ruhsal bir boşluk hissi mevcuttur ve bulimik davranış bu boşluk duygusuna katlanabilmek için gösterilen davranışlardan biridir. Bulimik patolojide haz ilkesinden gerçeklik ilkesine geçiş aşaması gerçekleştirilememiştir. Yani daha önce gerçek bir doyum sağlayan nesne –anne memesi- yitirildiğinde bu kayıp simgeleştirilememiştir. Bu açıdan bulimiya, sağlıklı nesne kaybının başarısız olduğu bir patolojidir (172). Bulimik kişiler tüm besinleri yok etmek istercesine büyük bir hızla yutar; aynı şiddet ve öfkeyle yuttuklarını kusarak dışarı çıkarır. Bulimik nöbet şiddet, öfke ve saldırganlık içerir. BN hastasının kendine bakışı da saldırganlık içerir. Bulimikler kendilerini, özellikle de bedenlerini sevmezler. Kendilerinde var olan olumlu bir niteliği de olumsuzlaştırırlar. Burada fantezide içselleştirilmiş nesneye-anneye yönelik bir saldırganlık söz konusudur. Anne ile aralarındaki ilişkide göze çarpan haset duygusudur. Hasetin kaynağı yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan, bir kardeşin doğumu ya da anneden ayrılma gibi ani ve yoğun engellenmelerdir. Burada yaşadığı travma çocuğun nesneye karşı duyduğu öfkeyi artırır ve nesneyi içselleştirme düzeneklerini bozar. İçselleştirmedeki bu başarısızlık özdeşleşmenin yeniden hareketlendiği ergenlik çağında ortaya çıkan çatışmaları belirginleştirir (138). Özellikle cinsel özdeşleşmeler düzeyinde, kadınsı olmak, arzulamak, arzulanmak nesnenin zarar görmesi fantezilerini ortaya çıkaracaktır. İçselleştirmedeki başarısızlığa bağlı özne/nesne ayrımının yetersizliği, özdeşleşmeyi “öteki gibi olmak” yerine “ötekinin yerine geçmek” anlamına getirecektir. Böyle bir ortamda arzularını başarısızlığa sürüklemek ve bedenine saldırmak bir gereksinim olarak ortaya çıkar. Bu noktada hem ödipal arzuların gerçekleşmesi önlenir, hem de ensestsel bir anlam taşıyan ve nesne tarafından değer verilen yatırımlara karşı saldırıya geçilir (172).

#### **I.A.2.f. PROGNOZ**

Bulimiya nervozanın uzunlamasına gidişi tıpkı AN'de olduğu gibi değişkendir, kronik ve tekrarlayıcı nitelikte olabilmektedir (173). Beden algısındaki bozukluk ve beden imajı ile ilgili aşırı uğraşı sonucu kısıtlama davranışının varlığı uzun vadede tıknırcasına yemeye; bu da yarattığı suçluluk ve vicdan azabı nedeniyle kusma ve ilaç kullanımı gibi uygunsuz dengeleyici davranışların geliştirilmesine neden olmaktadır. BN'nin bilişsel belirtilerinin davranışsal belirtilere yol açtığı, davranışsal belirtilerin de bilişsel belirtileri pekiştirdiği söylenebilir (174).

AN'de hastaların yaklaşık %50'sinde bulimik semptomatoloji görülebilmekle birlikte;

BN'den AN'ye geçiş çok daha nadirdir (49). BN'nin prognozu toplum ve klinik rneklemelerinde AN'nin prognozundan daha olumlu görünmektedir (175, 176), ancak tedavisiz olgularda klinik gidişin kötü olduğu bilinmektedir. Uzunlamasına alışmalar hastaların yaklaşık yarısının beş yıldıan 12 yıla kadar olan zaman aralığında tam iyileşmeyi başardıklarını, yaklaşık üçte birinin relaps olduğunu ileri sürer (177). Bilişsel davranışçı terapisinin tedavide kullanıldığı hastaların yaklaşık üçte biri tam iyileşmeyi, çoğu semptomatik iyileşmeyi başarmıştır. Beş yıllık bir izlem çalışmasında bulimik hastaların %74'ünün bu süre içinde remisyona girdiği, bununla birlikte remisyona giren hastaların %47'sinde hastalığın depreştiği bildirilmiştir. Bu çalışmada eşlik eden kişilik bozukluğunun hastalığın seyrini etkilemediği bildirilmiş olmakla birlikte (178); uzun hastalık süresi, başarısız tedavi girişimleri, komorbid madde kullanımı ve B kümesi kişilik bozukluklarının BN için kötü gidiş belirleyicisi olduğu söylenmektedir (179).

AN'deki yüksek mortalite oranına karşın bulimiya nervoza hastalarında mortalite artmış gözükmemektedir (180). 88 çalışmanın gözden geçirildiği bir araştırmada kaba mortalite oranının %0,3 olduğu gösterilmiştir. Diğer BN izlem çalışmalarında mortalite oranlarının %0,5-1 arasında değiştiği bildirilmektedir.

### **I.A.2.g. TEDAVİ**

BN'de ana tedavi hedefi, diyetin düzenlenmesi ve uygunsuz dengeleyici davranışların sonlandırılmasıdır. Sıklıkla ayaktan tedavi ile olumlu sonuçlar alınabilmekle birlikte, intihar düşüncesi ve alkol-madde bağımlılığı gibi ek tanılar varlığında yatarak tedavi dşnlmelidir.

Erişkinlerde bulimiya nervoza tedavisinde bilişsel davranışçı terapilerin üstünlüğü gösterilmiştir ve tedavide ilk seçilecek yöntem olarak kabul edilmektedir. İlaç tedavileri ve psikoterapilerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, bilişsel davranışçı terapilerin tek başına ilaç tedavilerinden daha etkin olduğu; kombine tedavilerin etkiyi arttırdığı gösterilmiştir (69).

Tıpkı AN'de olduğu gibi BN tedavisinde de başta "Maudsley modeli" olmak üzere aile terapilerinin özellikle ergen hastalarda kullanımının olumlu sonuçlar verdiğine dair yayınlar mevcuttur (181).

BN ve depresyon arasındaki ilişki ve açlık ile doyma fizyolojisinde aminerjik etkilerin gösterilmesi, bu hastalıkta antidepresanların kullanımının temellerini oluşturur. Antidepresanların etkinlikleri plasebodan fazla olmakla birlikte psikoterapilerden üstün olduklarına dair kanıt bulunmamaktadır. Etkinliği en belirgin olarak gösterilmiş antidepresan tedavi, fluoksetin 60 mg/g'dr (182).

### **1.A.3. BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN YEME BOZUKLUĞU**

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu (BTAYB) kategorisi, herhangi özgül bir yeme bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları içindir. DSM-IV-TR'ye göre bu bozukluğun örnekleri şunlardır (47):

- 1- Düzenli menstruasyonların olması dışında anoreksiya nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
- 2- Belirgin bir kilo kaybının olmasına karşın kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarda olması dışında AN'nin bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
- 3- Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici davranışların haftada iki defadan daha az sıklıkta ya da 3 aydan daha kısa süreli ortaya çıkması dışında BN'nin 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 (TYB): Düzenli olarak BN'ye özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması.

Bu tanı kategorisi birbirinden oldukça farklı klinik görünimleri içerdiğinden bir takım eleştirilere kaynaklık etmektedir. Örneğin AN ile ilgili çalışmaların sonuçları, amenorenin sendromun çekirdek belirtisi değil de; tıpkı kan basıncı, vücut ısısı ya da kemik mineral yoğunluğu gibi, uzun süreli açlığın bir sonucu olduğunu göstermektedir. Üstelik bu kriter erkek hastalarda, östrojen preparatı kullanan kadınlarda ve menarş öncesi ile postmenopozal kadınlarda zaten karşılanmamaktadır (183).

BTAYB kategorisi içinde TYB dışındaki patolojiler hakkındaki bilgilerimiz kısıtlıdır. TYB'nun DSM-IV ekler bölümündeki araştırma ölçütleri şöyle sıralanmıştır;

Tıkınırcasına yeme nöbetlerinin belirgin sıkıntıya neden olması ve aşağıdaki özelliklerden en az üçünün bulunması gerekmektedir:

- 1) Normalden çok daha hızlı yemek,
- 2) Rahatsız edici derecede doyana dek yemek,
- 3) Aç olmadığı halde yemek,
- 4) Yenen miktardan utanma nedeniyle yalnız yemek,
- 5) Fazla yemenin ardından tikslenme, depresyon ya da suçluluk duyguları.

Son olarak DSM-IV, TYB'li bireylerde tıknırcasına yemenin 6 aylık bir süre içerisinde haftada ortalama en az 2 gün olmasını şart koşturmaktadır. Ancak bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları 6 aylık süre ve haftada en az iki sıklık gerekliliğini göstermemektedir. 2013'te yayınlanması beklenen DSM-V'te, TYB için tanı ölçütleri şöyle önerilmektedir:

A. Aşağıdakilerin ikisi ile karakterize tıknırcasına yeme epizodlarının varlığı

1. Kısa bir süre içinde (örneğin 2 saat) bir çok insanın yiyebileceğinden daha fazla miktarlarda yemek
2. Tıkınma esnasında kontrol kaybı yaşamak

B. Tıknırcasına yeme epizodları sırasında aşağıdakilerin en az üç tanesinin varlığı

1. Olağandan hızlı yemek
2. Aşırı derecede rahatsız hissedene kadar yemek
3. Açlık hissi olmamasına rağmen rahatsızlık duyana kadar yemek
4. Yeme şeklinden ve miktarından duyulan utanç nedeniyle yalnız iken yemek
5. Tıkınma epizodu sonrasında tiksiniş, depresif ya da suçlu hissetmek

C. Tıknırcasına yeme epizodlarına bağlı belirgin sıkıntı hissi

D. Tıknırcasına yeme epizodlarının en az haftada bir kez, en az 3 ay boyunca varlığı

E. Tıknırcasına yeme epizodlarının ardından uygunsuz dengeleyici davranışların sergilenmemesi ve bu epizodların herhangi bir AN ya da BN seyri içinde ortaya çıkmaması (184).

TYB'nin yaşam boyu prevalansı, kadınlarda %3,5 ve erkeklerde %2 olarak saptanmıştır (64). Çocukluk çağında obezite, ailede aşırı yeme davranışının varlığı, beklentisi fazla ancak teması az ebeveynlerin varlığı, beden ağırlığı ve biçimi hakkında sürekli eleştirilmenin varlığı TYB için risk faktörleri olarak belirlenmiştir (185). TYB en az BN kadar kronisite, mortalite ve psikiyatrik eş tanı oranları gösterdiğinden uzun süreli tedavi gereksinimi mevcuttur (186).

TYB tedavisinde BDT'nin etkin olduğu gösterilmiştir (187). İlaç tedavileri içinde ise fluoksetin, topiramet ve sibutramin ile yapılan çalışmalarda bu ilaçların tıknırcasına yeme epizodlarını azalttığı ve kilo verilmesini sağladığı bulunmuştur (188). Kombinasyon tedavileri içinde; BDT'ye fluoksetin eklenmesi ek yarar sağlamazken (189), bilişsel davranışçı grup psikoterapisine topiramet eklenmesinin plasebo eklenmesine kıyasla daha yüksek oranda remisyon sağladığı bulunmuştur (190).

## **I.B. YEME BOZUKLUKLARINDA BEDEN ALGISI**

Beden imajı kişilerin kendi fiziksel görünüşleri hakkında ne düşündüklerini, ne hissettiklerini ve nasıl davrandıklarını temsil eden; algısal, afektif ve kognitif komponentleri olan çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanır (191). Beden imajının kavramsal açıdan farklı iki bileşeni mevcuttur. Birincisi, bireylerin fiziksel görünüşleri hakkındaki değerlendirmelerine dair düşüncelerini ve inançlarını tanımlar. İkincisi ise bireyin görünüşü hakkında giriştiği davranışları tanımlar (192).

Beden görünümünden hoşnutsuz olmak, kişinin bedeni ile ilgili bir öz-değerlendirmedir ve özellikle kadınlarda yaygın görülen bir durumdur. Bazı araştırmalarda kadınların %50'sinin görünüşlerinden memnun olmadığı (193), bu memnuniyetsizliğin sadece genç kadınlarda değil, yaşlı kadınlarda da mevcut olduğu gösterilmiştir (194, 195, 196, 197). Ancak beden görünüşü memnuniyetsizliğinin sadece kadınları etkilemediği, her iki cinsiyette de var olduğu bilinmektedir. Kadınlardaki beden memnuniyetsizliğinin yaştan bağımsız olarak bir takım olumsuz sonuçları dikkati çekmektedir. Yapılan çalışmalarda olumsuz beden algısının düşük kendilik saygısı ile ilişkili olduğu (198, 199), olumsuz beden algısı ve bedenden memnuniyetsizliğin depresyon, anksiyete ve bozulmuş yeme gibi birçok farklı alandan psikopatoloji için risk faktörü olduğu (200) gösterilmiştir.

Güzellik idealleri ve “ideal beden” kavramı zaman içinde ve kültürler arasında değişiklik göstermiştir. Geçmişte zenginliğin, asaletin ve doğurganlığın sembolü şişman kadın, zamanın algısında “güzel” olarak nitelenirken; 20. yüzyılda güzellik kaybedilen kilolarla orantılı olarak değerlendirilmektedir. Günümüz için yeni olan, inceliğin büyüleyiciliğinin tüketim toplumlarında baş tacı edilmesi, bunun bir değere dönüştürülmesidir. Postmodern dönem ile birlikte tüketim olgusunun içeriği de değişmiştir. Maddi nesnelerin tüketimi yerini imajların ve markaların tüketimi şeklindeki seyirlik tüketime bırakmıştır. Tüketilen şey maddi varlıkların simgeleri ve imajlarıdır. Reklamlarla yayılan imajlar insanların tüketme arzularını harekete geçirmektedir. Tüketim toplumlarında “beden” bir proje haline getirilmiştir. “İdeal beden” söylemleriyle kuşatılan kadınlar, kendilerinde eksik gördükleri yanları gidermeye ve fazla gördükleri kilolarından kurtulmak için çeşitli yollar aramaya koyulmuştur. Kapitalist sistemin devamlılığını sağlama araçları olan moda, medya, sinema ve müzik endüstrileri bireylerin bedenleri üzerinde çalışmaya devam etmektedir (170). “Zayıflık ideali”ne yönelik sosyokültürel baskıların özellikle bu tür mesajlar konusunda hassas olan ergenlerde beden imajı üzerine ciddi etkileri olduğu bildirilmiştir (201). Kadınların stereotipik biçimde feminen olma olarak tanımlanan rolleri benimsemeye toplum tarafından teşvik edilmesi yeme bozukluklarının gelişmesine ve ilerlemesine katkıda

bulunmaktadır (202). Beden algısındaki değişimler, kitle iletişim araçlarının artışı ve küreselleşme ile birlikte artık sadece Batı ülkelerinin sorunu olmaktan çıkmış, dünya genelinde ortak özellikler gösterir olmuştur (203).

Beden görünümü memnuniyetsizliği, ailenin zayıf olmaya verdiği önem nedeniyle yeme bozukluklarına yol açabilecek bir diğer mekanizma olabilir. Görünüme odaklı ve nasıl görüldüğü ile fazla ilgili olan ailelerde yetişen kızlar, görünümleri ve bu görünümün toplumsal ve ailesel standartlara yeterince uyup uymadığı konularıyla daha ilgili ve bu yönden daha kaygılı olabilirler. Bu ailelerde ebeveynler kendi beden imajı memnuniyetsizliklerine bağlı olarak görünümüne daha fazla odaklanıyor ve kızlarına da zayıf görünmeye önem verdikleri mesajını iletiyor olabilirler (138). Araştırmalar annelerde beden imajı memnuniyetsizliği ve bozulmuş yeme davranışlarının kızlarında beden imajı memnuniyetsizliği artışı ile ilişkisini göstermektedir (204).

Çocukluk ve ergenlik yıllarında aile üyelerinin beden görünümü ile ilgili dalga geçme ya da eleştirme davranışlarının, erişkinlikte beden imajı hoşnutsuzluğunu arttırdığı gösterilmiştir (205). Ebeveynler tarafından böyle bir tutuma maruz kalmanın bedenden memnun olmama, kendini başkalarıyla karşılaştırma, zayıflık idealini içselleştirme, gıda alımını kısıtlama, bulimik davranışlar, kendilik saygısında azalma ve depresyon için anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (206).

### **I.C. YEME BOZUKLUKLARINDA BENLİK SAYGISI**

Benlik saygısı kişinin kendisini “bir birey olarak ne ölçüde sevdiği, kabul ettiği ve kendisine ne ölçüde saygı duyduğu” olarak tanımlanır (207). Bu tanıma göre benlik saygısı, kişinin kendi hakkında yaptığı ve alışılmış biçimde sürdürdüğü değerlendirmedir; bir onaylama-onaylamama tutumunu ifade eder ve bireyin kendisinin becerikli, önemli, başarılı ve değerli olduğuna ne derecede inandığına işaret eder (208). Erken adolesan dönem boyunca benlik saygısı, fiziksel gelişimin de içinde olduğu birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Ergenlik süreci, bedensel değişimlere neden olup beden algısını ve kişinin kendi bedeninden memnun olmasını etkilemektedir. Yakın dönemde ergenlerle yapılan çalışmalarda ergenlik sürecinin hem beden imajı hem de benlik saygısı ile ilişkili olduğu saptanmıştır (209). Çeşitli araştırmalar, benlik saygısının baş etme stratejisinin de önemli bir değişkeni olduğunu ortaya koymuştur, bu çalışmalarda yüksek benlik saygısına sahip adolesanların düşük benlik saygısına sahip olanlara kıyasla daha iyi sorun çözdüğü görülmüştür (210).

Benlik saygısının cinsiyet ve yaş değişkenleri ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda kadın ve erkekler arasında önemli farklar olduğu ancak yaş değişkeninin farklılık yaratmadığı, benlik saygısının yıllar içinde değişmediği gösterilmiştir (211, 212).

Diyet yapmak, yeme bozuklukları ve düşük benlik saygısı arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Prospektif çalışmalarda düşük benlik saygısının yeme bozuklukları gelişimi için risk oluşturduğu bildirilmiştir (213). Ülkemizde yapılan bir araştırmada yeme tutumları bozulmuş olan katılımcıların, normal yeme tutumları olanlara göre benlik saygılarının daha düşük olduğu saptanmıştır (214). Benlik saygısının düşük olması psikiyatrik bozuklukların gelişimine yatkınlık yaratırken bir psikiyatrik bozukluğun varlığı da benlik saygısını azaltmaktadır (215).

Yeme bozuklukları ve benlik saygısı ilişkisini araştıran çalışmalarda (216) yeme bozukluklarında gözlenen düşük benlik saygısının depresyondan bağımsız olduğu bildirilmiştir. Bu kuramda kronik düşük benlik saygısının yeme bozukluğu gelişiminde bir ön koşul ve yeme bozuklukları etiolojisinde rol oynayan pek çok faktörün ortak nihai yolu olduğu öne sürülmüştür (217). Yeme bozukluğu olan kadınların benlik saygılarını beden şekilleri ve kiloları ile ilişkilendirdiği gözlenmiştir. Yeme bozukluklarının bilişsel modeli benlik saygısı, beden biçimi ve ağırlığı üzerine kaygılar ve aşırı diyet kısıtlaması arasında güçlü ilişkiler olduğunu öne sürer (169). AN'ye katkıda bulunan bedenden memnun olmama, olumsuz duygulanım, duygusal kontrol, reddedilme ve mükemmeliyetçilik gibi çoğu özelliğin, benlik saygısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (169).

Yeme bozukluğu olan hastaların benlik saygılarında tedavi ile artış olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. 51 BN hastasında tedaviden 18 ay sonra yapılan değerlendirmede benlik saygısı düzeyinin tedavi öncesindeki düzeyden anlamlı şekilde yüksek olduğu bildirilmiştir (218). İsveç'te yapılan bir başka çalışmada ise 38 AN tanılı kadın hastada tedaviden 3 ay sonra benlik saygısı düzeyinin tedavi öncesindeki düzeyden anlamlı oranda yüksek olduğu saptanmıştır (219).

#### **I.D. YEME BOZUKLUKLARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI**

Dünya Sağlık Örgütü, çocuk istismarı ve çocuğa karşı kötü muameleyi; “sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumunda çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışlar olarak tanımlamaktadır (WHO, 1999).

Çocuk istismarı yüzyıllardır bilinen, ortaya çıkan rakamlardan çok daha yüksek oranda olduğu düşünülen, tekrarlayabilir nitelikte, fiziksel ve ruhsal yaralanmaya neden olan, dolayısıyla tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de bulunan bir halk sağlığı sorunudur.

Yeme bozukluklarının etyopatogenezi oldukça karmaşık olmakla birlikte tek bir neden tespit edilememektedir. Biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerin biraradalığına inanılmaktadır. Çevresel etkenler içinde travmatik yaşam olaylarının yeme bozukluğu üzerine etkilerini inceleyen çok sayıda çalışma mevcuttur.

2007 yılında Brewerton tarafından yapılan gözden geçirmede, travma ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin ana hatları şu şekilde özetlenmiştir (13):

1. Çocukluk çağı cinsel istismarı yeme bozuklukları için nonspesifik bir risk faktörüdür (220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227).
2. Yeme bozukluğu ile ilişkili travmatik olaylar cinsel istismar kadar diğer istismar ve ihmal türlerini de kapsar (228, 229).
3. Bulimik hastalarda travmatik yaşam olayları non-bulimiklerden daha fazladır (221, 222, 223, 230, 231, 232).
4. Tekrarlayan travmatik yaşantılar ile yeme bozuklukları arasında bağlantı mevcuttur (22, 26, 233).
5. Travmatik yaşantı varlığında yeme bozukluğu belirtilerinin daha şiddetli olması şart değildir (234, 235, 236).
6. Travmatik yaşantı varlığında ek tanılar (özelikle TSSB) daha sıktır (237, 238, 239, 240).
7. Kısmi TSSB varlığı bulimik semptomlar için bir risk faktörü olabilir (241,242, 243).
8. YB belirtilerinde tam düzelme sağlanabilmesi için travma öyküsünün çalışılması gereklidir (244, 245).

Etyopatogenezi aydınlatma çabaları içerisinde son yıllarda stres-hipotalamopituitaradrenal aks (HPA)- yeme bozuklukları ilişkisi üzerinde de çalışılmakta, akut ya da kronik olarak gelişen yaşam olaylarının yeme bozukluklarını başlatma ya da sürdürme etkilerine odaklanılmaktadır.

Stres sisteminin ana kontrol merkezi hipotalamus ve beyin sapındadır. Kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salgılayan parvosellüler nöronlar, arginin vazopressin (AVP) salgılayan nöronlar (hipotalamusun paraventriküler nükleusunda yer alır) ile lokus cereleus ve norepinefrin sistemi bu yapının bileşenleridir.

HPA aksının ana düzenleyicisi akut ya da kronik olarak meydana gelen stresli yaşam olayları ardından salınan CRH'dır. CRH, anterior hipofizden adrenokortikotropin hormon (ACTH) salınımını uyarır, ACTH ise surrenal korteksten başlıca kortizol olmak üzere glukokortikoid hormonların salınımını uyarır. CRH ile birlikte AVP de, ACTH salınımında sinerjistik etki gösterir. ACTH'nın ana hedef yeri surrenal kortektir. Gerek surrenal medulladan salınan, gerekse sistemik dolaşımında bulunan diğer hormon ve sitokinler ile, surrenal korteksin otonomik innervasyonu da kortizol salınımının düzenlenmesinde görev alırlar (246).

HPA aksındaki fonksiyon bozuklukları; depresyon (247), anksiyete (248), OKB (249), TSSB (250) ve şizofreni gibi birçok psikiyatrik hastalıkta bildirilmiştir (251).

Travmatik yaşam olaylarına cevapta ve AN'de HPA aksında hiperaktivite olduğu gösterilmiştir (246, 252, 253). Ayrıca TSSB'de amygdalada aktivite artışı olduğu gösterilmiş, bu durum anormal korku koşullanması ve emosyon disregülasyonu ile ilişkili bulunmuştur. YB'da amygdala aktivitesi direk olarak araştırılmamış olmakla birlikte Javanovic ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada AN'de "atipik amygdala hiperaktivitesi" tespit edilmiştir (254).

Bu bulgular, erken dönemde stres maruziyetinin HPA aksında hiperaktivite ile sonuçlandığını, uzun dönem stres maruziyetinin ise anormal korku cevabı ve emosyon regülasyonunda görev alan amygdalada yapısal yahut işlevsel değişiklikler olabileceğini düşündürmektedir (255).

İnsanlarda yeme davranışının emosyonel değişimlerden etkilendiği ve farklı psikolojik yapılanma gösteren bireylerde değişiklik gösterdiği düşüncesi yaygın olarak kabul görmektedir. Yeme bozukluğu hastalarına bakıldığında hastalık başlangıcından önce, kontrollere kıyasla daha fazla travmatik yaşam olayı tarif ettikleri görülmektedir. Hem erken dönem, hem de hastalık öncesi süreçte yaşanan travmatik deneyimlerin YB ve obezitenin başlangıcı için risk faktörü olduğu düşünülmektedir (224).

Bu bölümde çocukluk çağı istismarları ve yeme bozuklukları ile ilişkisi; cinsel, fiziksel ve duygusal istismar başlıkları altında tartışılacaktır.

#### **IV.D.1. CİNSEL İSTİSMAR**

Çocukluk çağı cinsel istismarı; çocuğun bir yetişkin tarafından cinsel uyarı ve doyum için kullanılması, fuhuşa zorlanması, pornografi gibi suçlarda cinsel obje olarak kullanılması olarak tanımlanır. Bu istismar şekli oldukça eski olmakla birlikte son yıllarda görülme sıklığı giderek artan bir olgudur. Kadın hareketinin gelişimi, çocukluğunda cinsel istismara maruz

kalan kadınların açıklamaları ve toplumsal olarak cinsellikle ilgili açıklığın artması bildirimlerin ve dolayısıyla saptanma oranlarının artışıyla ilişkili bulunmuştur (256). Bir araştırmada ABD’de çocukların binde 1,6’sının cinsel istismara maruz kaldığı, bir çok ülkede de benzer oranlar saptandığı (257), ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre ise aile içi cinsel istismarının %1,4 oranında olduğu bildirilmiştir (258). Kız çocuklarının erkek çocuklardan daha sık olarak cinsel istismara uğradığı, istismarcının sıklıkla aileden ya da mağdurun tanıdığı biri olduğu, istismarcıların cinsiyetinin yüksek oranda erkek olduğu bilinmektedir (259, 260). Ülkemizde ergen istismar mağdurları ile yapılan bir araştırmada; istismarcıların %33,3’ünün akran, %7,4’ünün erkek akraba, %14,8’inin öz baba, %25,9’unun yabancı olduğu bulunmuştur (261).

Çocukluk çağı cinsel istismarı sadece cinsel birleşmeyi tanımlamaz. “Dokunma, öpme, okşama, soyunmaya zorlama, istismarcıya bakmaya ve dokunmaya zorlama, sürtünme ve cinsel içerikli sözler sarfetme” durumu da cinsel istismar olarak tanımlanır.

Cinsel istismarın uzun dönemde ciddi fiziksel ve ruhsal etkileri mevcuttur. İstismarın klinik özellikleri ve birey üzerine etkileri; çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekli ve süresine, şiddet kullanımına, çocuğun yaşı ve gelişim basamağına, ruhsal özelliklerine ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişebilmektedir (262). Anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, disosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu, intihar eğilimi, kişiler arası ilişki sorunları ve yeme bozuklukları ile çocukluk çağı cinsel istismarı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (263).

Hem çocuklarda hem de erişkinlerde yapılmış artan sayıda ampirik çalışma, çocukluk çağı cinsel istismarı ile yeme bozuklukları ya da yeme semptomları arasında ilişki olduğunu göstermiştir (19, 21, 264, 265, 266, 267, 268). Bununla birlikte diğer istismar türleri ile yeme bozuklukları arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (269). 1997 yılında Wonderlich ve arkadaşlarının yaptığı derlemede özellikle yüksek oranda ek tanının var olduğu BN olgularında çocukluk çağı cinsel istismarının araştırılması gerektiği belirtilmiştir (227). Kısıtlı sayıda çalışmada istismar ve yeme bozukluğu arasında ilişki gösterilememekle birlikte, istismarın tanımının net olarak yapılmayışı, küçük örneklem grupları, kontrol grubunun yokluğu gibi bazı metodolojik kısıtlılıkların sonuçları yorumlamada zorluklara neden olabileceği düşünülmektedir. 2000’li yıllara kadar bu alanda yapılan çalışmalarda, istismar zamanı ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki değerlendirilmemiştir. Örneğin “Daha erken dönemde maruz kalınan cinsel istismarın beden algısı ve benlik saygısını etkileme düzeyleri ile erişkinlikte maruz kalınan istismarın etki düzeyleri birbirine benzer midir? Tekrarlayan travma maruziyetinin etkisi nedir?” sorularına yanıt aranmamıştır. Depresyon çalışmalarında,

tekrarlayan travmaya maruz kalan çocukların ileride daha sık oranda endokrin disregölasyon özellikleri gösterdikleri, buna karşılık travma sonrası daha güvenli bir çevrede yaşayan çocuklarda aynı bozukluğun görülmediğı saptanmıştır (270).

Bu soruların cevabını aramak üzere Wonderlich ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (271); katılımcıların 26'sı çocukluk çağı cinsel istismarı (1.grup), 21'i erişkinlikte tecavüz (2.grup), 25'i hem çocukluk çağı cinsel istismarı hem de erişkinlikte tecavüz mağduru (3.grup), 25'i de sağlıklı kontrol (4.grup) olacak şekilde gruplandırılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, çocukluk çağı kötüye kullanımı olgularının genellikle bir kezden daha fazla sayıda travmaya maruz kaldığı, istismarcıların genellikle aile bireyleri olduğu; erişkinlik tecavüzü olgularının ise sıklıkla tanıdıkları birinin şiddetine maruz kaldığı; 3.gruptaki katılımcıların diyet kısıtlaması, beden görünümü ve beden ağırlığı kaygısı skorlarının diğer tüm gruplardan yüksek olduğu gösterilmiştir. Gruplar arasındaki yeme bozukluğu tanılarının dağılımına bakıldığında; AN tanısının 3.gruptaki; tıknırcasına yeme bozukluğunun 1 ve 3.gruptaki katılımcılarda anlamlı oranda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir.

Çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismarın mağdurun bedeniyle ilişkili utanç duygusunu arttırdığı, bu nedenle yeme bozukluklarının gelişimine zemin hazırladığını iddia eden çalışmalar mevcuttur (272). Bu çalışmalar yeme davranışında bozulmayı, istismarla baş edebilmek için bedenin kullanılmasına ve bu durumun yeme bozukluklarında görülen karakteristik beden değişimleriyle sonuçlanmasına bağlamaktadır. Bu alandaki bir diğer açıklama ise; erken çocukluk çağı travmalarının birden fazla psikopatolojik süreçle sonuçlandığı ve bunun yeme bozukluklarına yatkınlığı arttırdığı şeklindedir (227). Cinsel istismar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların büyük çoğunluğunda; impulsif davranışlar, borderline kişilik bozukluğu, madde kullanımı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), disosiyasyon ve kendine zarar verme davranışı arasında anlamlı bir birliktelikten bahsetmişlerdir (267, 274). Bazı araştırmalar ise yeme bozukluğu ve kendine zarar verme davranışı birlikteliğinin çocukluk çağı istismarı ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (275, 276).

Yeme bozukluklarında cinsel istismar varlığını saptayan çok sayıda çalışmaya ek olarak cinsel istismar öyküsü olan ve yeme bozukluğu bulunmayan hastaların katıldığı araştırmalarda; yoğun utanç duygusu, benlik saygısı düşüklüğü, beden algısı bozukluğu gibi birçok ortak özellik saptanmıştır.

Rorty ve arkadaşları (269), BN tanılı hastalarla yaptıkları bir çalışmada çocukluk çağı cinsel istismarı ile kişilik bozuklukları arasında yakın bir ilişki saptamış; Favaro ve arkadaşları ile Nagata ve arkadaşları da yeme bozukluğu hastalarında cinsel istismar öyküsü

varlığının kendine zarar verme davranışını öngördüğünü bulmuşlardır (276, 277). Anderson ve arkadaşlarının çalışmasında da cinsel istismar öyküsü olan yeme bozukluğu hastalarının olmayan hastalara kıyasla anksiyete ve depresyon skorlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (278). Lockwood ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise istismar öyküsü olan yeme bozukluklarında özellikle törensel temizlenme kompülsiyonlarının eşlik ettiği OKB'nin daha sık olduğu gösterilmiştir (279).

Carter ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada ise, 2000- 2005 yılları arasında yataklı serviste tedavi edilen ve DSM-IV'e göre AN tanısı alan 77 katılımcının %48'inin yeme bozukluğu başlamadan önce gerçekleşen bir cinsel travmasının olduğu, travma öyküsü pozitif olanların daha fazla ek tanısının olduğu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu, benlik saygılarının daha düşük olduğu, daha fazla kişiler arası ilişki sorunları yaşadığı, daha fazla obsesif kompulsif semptom gösterdiği bulunmuştur (232).

Yine de araştırmacılar cinsel istismarın yeme bozuklukları için spesifik bir risk faktörü olmamakla birlikte ilişkili olduklarında hem fikirdir.

## **I.D.2. FİZİKSEL İSTİSMAR**

Fiziksel istismar, istismarın en iyi tanınan şeklidir ve 'bir kaza olmaksızın, fiziksel travma ya da yaralanmalarla sonuçlanan herhangi bir davranış biçimi' olarak tanımlanır. Fiziksel istismar, çimdikleme, ısırma, vurma, tekmeleme, yakma, ağız kapatarak boğmaya teşebbüs etme, bir alet kullanarak dövme, kapalı bir yerde tutma, şiddetli bir şekilde sarsma ya da herhangi bir başka şekilde çocuğun bedenine zarar verme hallerini kapsar.

Her yıl binlerce çocuğun ebeveynleri ya da yakın akrabaları tarafından fiziksel olarak istismar edildiği tahmin edilmektedir. Bu çocukların arasında ciddi şekilde yaralananlar ve hatta yaşamını yitirenler olduğu söylenmektedir (280).

Çocukluk çağı fiziksel istismarı ve özellikle aile içi şiddet maruziyeti, TSSB, depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (281, 282).

Dansky ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaşam boyu fiziksel şiddet maruziyetinin kadınlarda TSSB ve BN ile ilişkili olduğu, bunu da aile içi şiddet-afekt regülasyonu ve bozulmuş yeme davranışı arasındaki bağlantıyı gösterdiği ifade edilmiştir (21).

Brady ve arkadaşlarının fiziksel şiddet ve yeme davranışı bozukluğunu inceleyen 2008 tarihli araştırmasında %56'sı erkeklerden oluşan, 18- 20 yaş arasındaki 319 kişinin çocukluk çağı yaşantıları, depresyon ve anksiyete skorları ile yeme davranışları araştırılmış; fiziksel

şiddete maruziyet açısından kadınlarla erkekler arasında fark bulunmamasına rağmen; kadınlarda yeme semptomları, anksiyete ve depresyon skorları daha yüksek tespit edilmiştir. Direk şiddete maruz kalmak kadar aile içi şiddete tanık olmanın da afektif semptomlar ve yeme semptomlarını etkilediği, şiddet-YB ilişkisinin cinsiyet farkı gözetmediği belirtilmiştir (283).

Grilo ve arkadaşlarının, TYB’da çocukluk çağı travmalarının, cinsiyet ve klinik görünüm üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, DSM-IV’e göre TYB tanısı konulan 145 hastaya çocukluk çağı travmaları ölçeği (CTQ-28), Beck Depresyon Envanteri, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Beden Bölgelerinden Memnuniyet Ölçeği uygulanmış; katılımcıların %83’ünde çocukluk çağı kötüye kullanımının, %59’unda duygusal istismarın, %36’sında fiziksel istismarın, %30’unda cinsel istismarın %69’unda duygusal ihmalin ve %49’unda fiziksel ihmalin olduğu saptanmıştır. Fiziksel ihmal öyküsü olan kadınlarda diyet kısıtlamasının daha belirgin olduğu; duygusal istismar öyküsü olan kadın ve erkeklerde daha fazla depresyon, daha düşük benlik saygısı ve daha fazla beden memnuniyetsizliği olduğu; cinsel istismar öyküsü olan erkeklerde daha fazla beden memnuniyetsizliği olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada farklı istismar türleri ile kilo alımının, diyet yapmanın ya da tıknırcasına yemenin başlangıç zamanı arasında bağlantı bulunamamıştır (284).

### **I.D.3. DUYGUSAL İSTİSMAR**

Duygusal istismar; azarlama, hakaret etme, küçümseme, tehdit etme, suçlama, çocuğa küsme, yokmuş gibi davranma, çocukla alay etme, sevdiği ve ihtiyaç duyduğu faaliyetlerden yoksun bırakma, sürekli eleştirme gibi davranışları kapsar.

1990’lı yılların sonuna kadar yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları ilişkisini inceleyen çalışmalarda fiziksel ve cinsel istismar öncelikli olarak incelenmekle birlikte, son dönemde duygusal istismar ve ihmalin etkileri üzerine yoğunlaşan çalışmalar da artmaktadır. Duygusal istismar üzerine çalışılmasındaki gecikmelerin bir nedeni kavramın içeriğini belirlemedeki zorluklar olmakla birlikte; bir diğer neden de duygusal istismarın çocuk istismarının temel-ana bileşenlerinden biri olduğu ve diğer istismar türleri ile sıklıkla birlikte olduğu düşüncesidir.

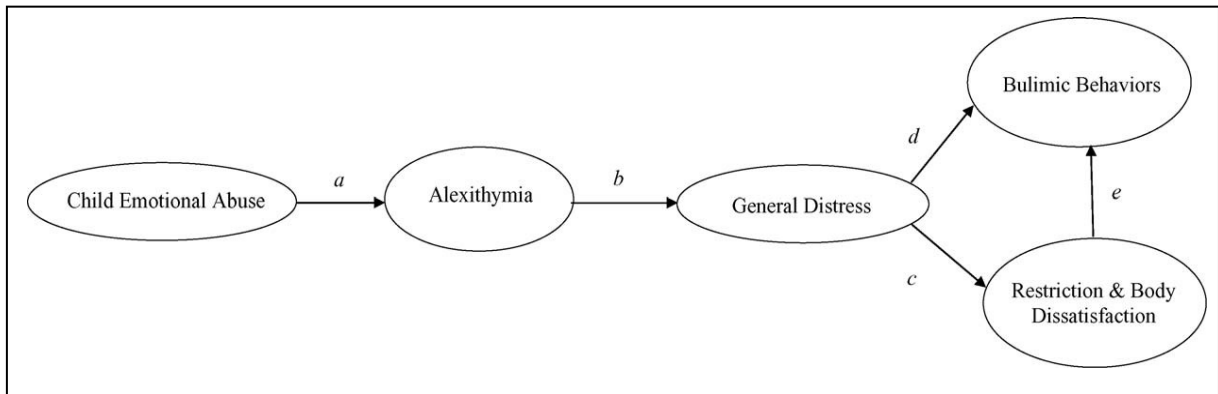
Erken dönem araştırmalarda, yeme bozukluğu olgularının aileleri ve aile ortamları; AN’li bireyler için “intruzif, aşırı korumacı, aşırı kontrolcü”, BN’li bireyler için “kaotik ve emosyonel olarak soğuk-uzak” nitelikte olarak tanımlanmıştır (44). Kent ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptıkları araştırmada ise, diğer istismar türleri kontrol edildikten sonra bozulmuş yeme davranışının birincil prediktörünün çocukluk çağı duygusal istismarı olduğu

bulunmuştur (274). Bu bulguların varlığı çocukluk çağı duygusal istismarının daha derinden araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bozulmuş yeme davranışı ve travma teorisinin stres-yatkınlık modeline göre, her tür çocukluk çağı istismarının bireyde sınır ihlali olarak yaşandığı ve güven sorunu yarattığı; istismarın devamlı ve tekrarlayıcı olduğu durumlarda çocuğun benlik kavramı ve benlik saygısında azalmaya neden olduğu düşünülmektedir. Bu teoriye göre, azalmış benlik saygısı güçlü afektlerle baş etmede zorluğa neden olmakta, genel anlamda stres maruziyetine yatkınlık sağlamak ve örneğin yeme davranışlarında bozulma gibi uygunsuz baş etme stratejileri gelişimine yol açmaktadır (285).

Mazzeo ve arkadaşları (286) ile Heatherton ve arkadaşları (287), çocukluk çağı duygusal istismarı ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi “aleksitimi” açısından değerlendirmişler ve aleksitiminin, kişilerin aile içinden kaynaklanan sözel şiddet ve aşağılayıcı davranışlar ile ilişkili kırılganlıkla baş etmede aleksitimiden yararlanıyor olabileceklerini öne sürmüşlerdir. Hund ve arkadaşları bu teoriyi şöyle özetlemişlerdir (288):

**Şekil 1: Çocukluk Çağı Duygusal İstismarının YB'ları ile İlişkisi**



Bu araştırmada (288) 588 üniversite öğrencisi kadın; yeme semptomları, aleksitimi, depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı duygusal istismarı açısından değerlendirilmiş; istismar ile bozulmuş yeme davranışı arasındaki ilişkinin en çok aleksitimi ve genel stres (depresyon ve anksiyetenin bir komponenti olarak) ile ilgili olduğu bulunmuştur.

Tüm bu bulgular, aslında yeme bozukluğunun başlaması ve sürmesinde emosyon regülasyonundaki aksamaların önemine işaret etmektedir. YB olan kadınların duygusal yükü fazla olan durumlar karşısında kaçınan bir afekt gösterdikleri ve YB olmayan kadınlara kıyasla bu duygu yükünü kabul etmek ve onunla baş etmekte daha kötü oldukları

gösterilmiştir (289). Bir başka çalışmada ise, duygusal istismarın BN'li kadınlarda emosyonel dalgalanma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (271).

Sassaroli ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise aile içi yoğun eleştiri ile bulimik kadınların günlük semptomlarında belirgin değişiklik gözlenmediği ancak akademik başarı ile alakalı stres koşulları altında bulimik semptomların arttığı gösterilmiştir (290).

Özetle araştırmalar göstermektedir ki, çocukluk çağı istismarı ile yeme bozuklukları arasında yakın bir ilişki mevcuttur. Bu alanda çalışan klinisyenlerin değerlendirdikleri ve tedavilerini üstlendikleri yeme bozuklukları olgularında istismar yaşantılarının varlığını sorgulaması ve tedavi sürecinde üzerinde çalışması oldukça önemlidir.

## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Mayıs 2011- Şubat 2012 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yeme Bozuklukları Programı'na başvuran Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa tanılı 34 kadın alındı. Olguların 16 tanesi AN, 18 tanesi BN tanısını karşılamaktaydı. Kontrol grubu yaş, eğitim düzeyi ve medeni durumları açısından hasta grubuyla eşleştirilmiş, yeme bozukluğu ya da sorunları olmayan, daha önce psikiyatrik başvurusu ve bilinen bir psikiyatrik hastalığı olmayan, normal vücut ağırlığında 35 kadın tarafından oluşturuldu. Çalışma için hastalardan ve sağlıklı kontrollerden yazılı bilgilendirilmiş onam alındı. Çalışma İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı. AN, BN ve diğer I. eksen tanıları DSM-IV ölçütlerine göre düzenlenmiş, yapılandırılmış bir görüşme formu olan SCID-I kullanılarak konuldu. Hastalara ve kontrollere Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-Kısa Formu (CTQ-28), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi ile Beck Depresyon ve Anksiyete Envanterleri uygulandı. Hastalar yaş, medeni durum, çalışma durumu, aile özellikleri gibi sosyodemografik bilgilerin yanı sıra hastalık süresi, intihar düşüncesi ya da girişimi olup olmadığı gibi hastalıkla ilişkili soruları içeren yarı yapılandırılmış Sosyodemografik Veri Formu ile klinisyen tarafından değerlendirildi. Hastaların geçmiş travmatik yaşam olayları tarafımızdan hazırlanmış olan, duygusal-fiziksel ve cinsel şiddet maruziyetini sorgulayan "Travma Değerlendirme Formu" ile değerlendirildi.

#### II.A. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEK, FORM VE ÖLÇÜMLER

##### II.A.1. DSM-IV TR, I. Eksen Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV TR/ SCID-I):

SCID-I Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından 1987'de geliştirilen (291) ve 2000'de First ve arkadaşları tarafından DSM-IV-TR için uyarlanan tanılal görüşme formudur (292). Bu çalışmada SCID-I, hastalarda I. eksen tanıları olup olmadığını araştırmak amacıyla kullanılmıştır. SCID-I'in Türkiye için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır (293).

### **II.A.2. Sosyodemografik Veri Formu:**

Katılımcılara, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yeme Bozuklukları Programı'na başvuran olguların ilk değerlendirmesi yapılırken kullanılan Sosyodemografik Veri Formu uygulandı. Bu form içinde olgunun yaşı, doğum yeri, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, aile bütünlüğü, yaşadığı yer gibi demografik veriler ile; hastalık süresi, geçmiş ve güncel tedaviler, özgeçmiş ve soygeçmiş verileri, menstruasyon durumu, tıbbi komplikasyonlar, intihar düşüncesi ve self-mutilasyon davranışları gibi klinik özellikler sorgulanmakta, veriler klinisyen tarafından kaydedilmektedir.

### **II.A.3. Travma Değerlendirme Formu:**

Katılımcıların yaşam boyu maruz kaldığı olası travmatik yaşam olaylarının varlığını saptamak üzere tarafımızdan içeriği belirlenen yarı yapılandırılmış Travma Değerlendirme Formu uygulandı. Bu form öz-bildirime dayalı bir form olmakla birlikte; duygusal-fiziksel-cinsel şiddet varlığını, bu şiddetin sıklığını, maruziyet süresini, kim tarafından uygulandığını ve sonrasında tıbbi-psikiyatrik yardım alınıp alınmadığını sorgulamaktadır.

### **II.A.4. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği:**

Foa tarafından 1995 yılında DSM-IV, TSSB tanı ölçütlerine göre yapılandırıp TSSB tanısını belirlemeye yardımcı olmak üzere geliştirilmiş bir ölçektir (294). 49 maddeden oluşur ve katılımcıların kendilerinin doldurduğu bir araçtır. Sonuçları; TSSB tanılama, travmatik olayları tanımlama, belirtileri tanımlama, belirtilerin şiddetini ölçme ve işlev kaybının düzeyini belirlemeyi sağlar. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması henüz yapılmamış olmakla birlikte travma mağdurları ile yapılan çalışmalarda kullanılmaktadır (295, 296).

### **II.A.5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği- Kısa Form (CTQ-28):**

CTQ çocukluk ve adolesans döneminde istismar ve ihmal yaşantılarını niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, öz-bildirime dayalı bir araçtır. 1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, aynı araştırmacı tarafından 28 maddeye indirilmiştir (297, 298).

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, ölçeğin iç tutarlılığı ve test-yeniden test güvenilirliği yüksek bulunmuştur (299). Daha önce yapılmış çalışmalardan, sınır kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı hastalarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin

yüksek olduğu belirtilmiştir (300). Başka bir araştırmada ise test-yeniden test değerleri yüksek tutarlılık göstermiştir (301). Ölçek Türkiye’de konversiyon bozukluklarında (302), sınırda kişilik bozukluklarında (303), disosiyatif bozukluklarda ve şizofrenide (304) kullanılmıştır.

Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukluktaki duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve sözlü şiddeti değerlendiren sorular içeren ölçeğin fiziksel, duygusal, cinsel istismar, fiziksel, duygusal ihmal ve toplam puan olmak üzere altı alt kategorisi bulunmaktadır. Beş alanda toplam puan veren ölçeğin kategorik değerlendirmesi Walker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (305). Bu ölçekte katılımcılardan ‘Hiçbir zaman, nadiren, zaman zaman, sıklıkla, çok sık olarak’ yanıtlarından birini seçmeleri istenmiş ve puanlar kodlanarak hastalar kötüye kullanım/ ihmal gruplarına alınmışlardır.

#### **II.A.6. Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi:**

Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi; Berscheid, Walster ve Bohrnstedt’in beden imajına dair memnuniyet derecesinin ölçülmesinde kullandıkları “Beden İmajı Anketi” (Body Image Questionnaire) (306) temel alınarak, Çok (Gökdoğan) tarafından geliştirilmiştir (307). Ancak maddelerin seçimi sırasında, toplumumuzun bazı özellikleri dikkate alınarak özgün araç üzerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Örneğin, cinsel organlara ilişkin olarak; Berscheid, Walster ve Bohrnstedt’in anketinde, cinsel organların ölçüsü ve görünümü olmak üzere iki ayrı maddeye yer verilmiştir. Çok tarafından geliştirilen anket formunda ise, “cinsel organlar” tek bir madde olarak alınmıştır. Berscheid ve arkadaşları kalçalar konusunda da kalçanın üst ve alt bölgesi olmak üzere iki ayrı maddeye yer vermişken, Çok geliştirdiği ankette kalçaları da tek bir madde olarak almıştır. Sonuç olarak Çok’un ülkemize uyarladığı şekliyle, bedenin genel görünümü başlığı altında 7, yüz genel başlığı altında kadınlar için 9, erkekler için “yüzdeki kıl miktarı” maddesi de eklenerek 10, beden üyeleri genel başlığı altında 4, gövde genel başlığı altında 5 maddeye yer verilmiştir. Ankette kadınlar için toplam 25, erkekler için 26 madde mevcuttur. Çalışmamızda sadece kadın hastalar bulunduğundan 25 maddelik form kullanılmıştır.

Çok’un uyarladığı anketin orijinalinden bir farkı da değerlendirmededir. Orijinal ankette, “son derece doyumluyum” ile “hiç doyumlu değilim” ifadeleri arasında değişen 6 aşamalı ölçek kullanılmıştır. Çok’un uyarladığı şekilde ise, beşli bir dereceleme mevcuttur. “Son derece hoşnutum”, “oldukça hoşnutum”, “kararsızım”, “pek hoşnut değilim”, “hiç hoşnut değilim” ifadeleri kullanılmış ve puana dönüştürüldüğünde “son derece hoşnutum” 5,

“oldukça hoşnutum” 4, “kararsızım” 3, “pek hoşnut değilim” 2, “hiç hoşnut değilim” 1 olarak puanlanmıştır. Bu durumda, ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar erkeklerde 26-130, kadınlarda ise 25-125’tir. Yüksek puan bedeninden hoşnut olmayı, düşük puan ise bedeninden hoşnut olmamayı ifade etmektedir.

Çok tarafından yapılan güvenirlik çalışmasında bu anket, 32 erkek ve 34 kadın olmak üzere toplam 66 kişilik bir örneklem grubuna 3 hafta arayla uygulanmıştır. İlk ve ikinci uygulama arasında toplam puanların korelasyonu, Pearson çarpım momentler korelasyon katsayısı ile hesaplanmış ve iki uygulama arasındaki korelasyonun 0,88 olduğu ( $p < 0,001$ ), yani anketin iki uygulama arasında yüksek bir korelasyon gösterdiği ortaya konmuştur. Böylelikle, aracın güvenilir olduğuna karar verilmiştir.

#### **II.A.7. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği:**

1967’de Coopersmith tarafından geliştirilen CBSÖ’nün kısa formunda toplam 25 madde bulunmaktadır (308). Ölçek genel benlik değeri ya da kendini kabullenme duygularını belirleyerek genel benlik saygısını ölçmek üzere düzenlenmiştir. Çeşitli yaş gruplarına, özellikle yetişkinlere uygulanabilecek şekilde geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek “benim gibi” ve “benim gibi değil” şeklinde yanıt seçenekleri bulunan 25 ifadeden oluşmakta, bir maddeden 0 ya da 4 puan alınmakta ve toplam puan 0 ila 100 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan daha yüksek bir skor daha fazla genel benlik saygısı duygumuna işaret eder. Güvenirlik çalışmasında Coopersmith aracın test-tekrar test güvenirlik katsayısını beş hafta arayla uygulaması sonucunda ,88; üç yıl arayla uygulaması sonucunda ise ,70 bulmuştur. Ölçeğin ülkemizde güvenirlik ve geçerlik çalışması Tufan ve Turan tarafından yapılmıştır (309).

#### **II.A.8. Beck Anksiyete Ölçeği:**

Beck ve arkadaşları tarafından bilişsel kurama göre geliştirilmiştir (310). Kişideki anksiyetenin derecelendirilmesi için kullanılan öz-bildirime dayalı bir ölçektir. Toplam 21 bedensel ve bilişsel anksiyete yakınması içerir. Sıfırdan (hiç), 3’e (şiddetli) uzanan dört puanlık bir aralıkta derecelendirilir. Toplam puan aralığı 0-63’tür. Türkçe geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları (311) tarafından yapılmıştır.

#### **II.A.9. Beck Depresyon Envanteri:**

Depresyon çalışmalarında çok sık olarak kullanılan 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Her madde depresyonla ilgili davranışsal bir özelliği belirlemektedir. Maddeler, depresyonun ciddiyetine göre sıfırdan 3’e kadar değişen dereceli

bir ölçek üzerinden değerlendirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (312, 313). Tegin tarafından üniversite öğrencileri üzerinde iki yarım test ve test-tekrar test yöntemi ile yapılan çalışmada güvenilirlik katsayıları sırasıyla  $r = ,78$  ve  $r = ,65$  olarak belirlenmiştir (314). Hisli'nin psikiyatrik örneklem üzerinde yapmış olduğu çalışmada MMPI-D skalası birlikte geçerlik kriteri olarak kullanılmış, iki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı  $r = ,63$  olarak bulunmuştur (312). Aynı araştırmacı tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir başka çalışmada da, tek ve çift maddelerden oluşan iki yarım test korelasyonu  $r = ,74$ , iç tutarlılık katsayısı da  $a = ,80$  olarak verilmektedir (313).

#### **II.A.10. Beden Kitle İndeksi (BKİ) (Body Mass Index):**

Deneklerin boy ve kiloları ölçülmüş,  $\text{kilo/boy(m)}^2$  formülü ile beden kitle indeksi hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflaması şöyledir:

18,5'un altında düşük kilolu, 18,5-24,5 arası normal kilolu, 25-29,5 arası fazla kilolu, 30-34,5 arası I. derece obez, 35-39,9 arası II. derece obez, 40'ın üstü 3. derece obez (315).

#### **II.B. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları için Student-t testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırmalarında Ki-Kare testi ve hücre içinde beklenen değer %20'nin altında olduğunda Fisher Kesin testi kullanılmıştır.

Hasta grubunda AN ve BN gruplarının sayısal değişkenlerinin karşılaştırmaları için Student-t testinin non-parametrik karşılığı olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için hasta ve kontrol grubu karşılaştırmalarında olduğu gibi Ki-Kare testi ve hücre içinde beklenen değer %20'nin altında olduğunda Fisher Kesin testi kullanılmıştır.

Ölçekler arası korelasyonun incelenmesi için Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır ve korelasyon  $r$  katsayısıyla belirtilmiştir.

Travmanın yeme bozukluklarında ölçek puanlarına etkisini incelemek için, yeme bozukluğu grubu üç alt gruba ayrılarak, ölçeklerin farkı incelenmiştir. Gruplardaki katılımcı sayısı 30'un altında olduğundan, Kovaryans Analizinin non-parametrik karşılığı olan Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Tüm hipotez testi sonuçlarında iki uçlu  $p$  değeri rapor edilmiş, anlamlılık ise  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir. Analizler SPSS 16 programı kullanılarak yapılmıştır.

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### III.A. Hasta grubunda sosyodemografik ve klinik özellikler

Çalışmamıza 16'sı AN (%47,1), 18'i BN (%52,9) olmak üzere toplam 34 hasta alınmıştır. AN hastalarının 9'u (%26,5) kısıtlı tip AN, 7'si (%20,6) çıkartma tipi AN ve BN hastalarının tamamı (%52,9) kusma alt tipindedir. Hasta grubu 14-43 yaş aralığındadır ve yaş ortalaması 23,88'dir (SS=6,63). Tablo 5'te AN ve BN alt gruplarının dağılımı görülmektedir.

**Tablo 5:** AN ve BN Alt Grupları Dağılımı

|             | Sayı | Yüzde |
|-------------|------|-------|
| AN-Kısıtlı  | 9    | 26,5  |
| AN-Çıkartma | 7    | 20,6  |
| BN-Kusma    | 18   | 52,9  |
| Toplam      | 34   | 100,0 |

Hasta grubundaki 34 kişinin 29'u bekâr (%85,2), 5'i (%14,8) evlidir. Eğitim durumu açısından 19 kişi üniversite (%55,9), 8 kişi lise (%23,5), 4 kişi ortaokul (%11,8), 3 kişi ilkokul (%8,8) mezunudur. Meslek durumu açısından 16 kişi (%47,1) halen öğrenimine ve 9 kişi (%26,5) çeşitli iş kollarında çalışmaya devam etmektedir, 9 kişi işsizdir (%26,5). İkamet yerlerine göre sadece 1 kişi (%2,9) köyde ikamet etmekle birlikte, 3 kişi (%8,8) ilçede, kalan katılımcılar şehirlerde yaşamaktadır.

Hasta grubunun aile bütünlüğü incelendiğinde 26 hastada (%76,5) aile bütünlüğü tam iken, 5 hastanın (%14,7) ebeveynleri boşanmış, 3 hastanın ebeveynlerinden biri yaşamını yitirmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%61,8) anne ve babası ile birlikte yaşarken, %14,7'si eş ve çocukları ile, %14,7'si ise yalnız yaşamaktadır. Tablo 6'da hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması görülmektedir.

**Tablo 6.** Hasta ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

|                      | Tanımlayıcı analizler |                 | istatistik parametreler          |       |
|----------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------------|-------|
|                      | Hasta<br>N=34         | Kontrol<br>N=35 | t (sd)/ $\chi^2$ (sd)            | p     |
| Yaş, ortalama (SS)   | 23,88 (6,64)          | 24,94 (6,98)    | t (66) = 0,64                    | ,524  |
| Medeni durum, n (%)  |                       |                 | $\chi^2$ (1)= 2,708              | ,153  |
| Bekâr                | 29 (% 85,3)           | 24 (% 68,6)     |                                  |       |
| Evli                 | 5 (% 14,7)            | 11 (%31,4)      |                                  |       |
| Eğitim durumu, n (%) |                       |                 | $\chi^2$ (1)= 0,018              | 1,000 |
| üniversite Altı      | 15 (%44,1)            | 16 (%45,7)      |                                  |       |
| üniversite           | 19 (%55,9)            | 19 (%54,3)      |                                  |       |
| İkamet Yeri, n (%)   |                       |                 | $\chi^2$ (1)= 4,371 <sup>†</sup> |       |
| Şehir                | 30 (%88,2)            | 35 (%100,0)     |                                  |       |
| ilçe-Kasaba-Köy      | 4 (%11,8)             | 0 (%0,0)        |                                  |       |
| Gelir Düzeyi, n (%)  |                       |                 | $\chi^2$ (1)= 3,742              | ,053  |
| Düşük/Orta           | 26 (%76,5)            | 19 (%54,3)      |                                  |       |
| İyi                  | 8 (%23,5)             | 16 (%45,7)      |                                  |       |

<sup>†</sup> Hücrelerdeki beklenen değer 5'in altında olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

Değerlendirme öncesi yeme bozukluğu tanısına bakıldığında 25 hasta (%73,5) daha önce yeme bozukluğu tanısı almış iken, kalan hastalar ilk kez yeme bozukluğu tanısı ile değerlendirilmişlerdir. AN hastalarının 11'i (%68,8), BN hastalarının 14'ü (%77,8) başvuru öncesi bir yeme bozukluğu tanısı aldığını belirtmiştir. Her iki hastalık alt grubu arasında daha önce yeme bozukluğu tanısı almış olmak açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2(1)=0,126$ ;  $p=0,703$ ). Hastaların %50'si daha önce bir psikiyatrik tedavi aldığını belirtmiştir.

Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 18,26 (SS=4,64) ve ortalama hastalık süresi 5,85 yıl (SS=4,84) olarak tespit edilmiştir.

Halen 22 hasta (%64,7) monoterapi, 8 hasta (%23,5) polifarmasi olmak üzere ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçlar incelendiğinde, 26 kişi (%76) SSRI, 4 kişi NASSA (%11,7), 11 kişi antipsikotik (%32,3), 3 kişi duygudurum düzenleyicisi (%8,8) ve 2 kişi (%5,8) oral kontraseptif kullanmaktadır.

Hastaların birinci ve ikinci eksen ek tanıları değerlendirmesine göre, 15 olguda (%58,8) birinci veya ikinci eksen ek tanısı mevcuttur. Tüm hasta grubunda birinci eksen ek tanıların dağılımı, %8,8 Major Depresif Bozukluk (MD), %5,9 Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), %5,9 Davranım Bozukluğu, %5,9 Anksiyete Bozukluğu, %2,9 Bipolar Bozukluk (BB) ve %2,9 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) şeklindedir. Hasta grubu içinde 9 hasta Travma Sonrası Stres Bozukluğu (%26,5) ve 4 hasta (%11,8) Borderline Kişilik Bozukluğu (BKB) tanısı almıştır. Tablo 7’de AN ve BN gruplarında 1. eksen ek tanıların dağılımı özetlenmiştir.

**Tablo 7:** AN ve BN Gruplarında 1. Eksen Ek Tanılarının Dağılımı

|                          | Tanımlayıcı analizler |            |
|--------------------------|-----------------------|------------|
|                          | AN<br>N=16            | BN<br>N=18 |
| Eksen 1 Ek Tanısı, n (%) |                       |            |
| MDB                      | 3 (%18,8)             | 0 (%0,0)   |
| Bipolar bozukluk         | 0 (%0,0)              | 1 (%5,6)   |
| DEHB                     | 0 (%0,0)              | 1 (%5,6)   |
| Anksiyete bzk            | 0 (%0,0)              | 2 (%11,1)  |
| Davranım bzk             | 0 (%0,0)              | 2 (%11,1)  |
| OKB                      | 2 (%12,5)             | 0 (%0,0)   |
| TSSB                     | 3 (%18,7)             | 6 (%33,3)  |

MDB: Major Depresif Bozukluk, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

BKB ve davranım bozukluğu ek tanısı olan olguların tamamı BN alt grubunda yer almaktadır. TSSB ek tanısı alan 9 kişinin 3’ü AN (%18,8), 6’sı BN (%33,3) alt grubunda yer almaktadır, her iki grubun TSSB ek tanısı sıklığında anlamlı fark mevcuttur ( $\chi^2(1)=0.926$ ;  $p<0.001$ ). Tablo 8’de AN ve BN gruplarına göre BKB ve TSSB ek tanısı farkı Ki-Kare testi sonuçları gösterilmiştir.

**Tablo 8:** AN ve BN Gruplarına Göre BKB ve TSSB Ek Tanısı Farkı Ki-Kare Testi

|                          | Tanımlayıcı analizler |             | İstatistik parametreler           |      |
|--------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------------------|------|
|                          | AN<br>N=16            | BN<br>N=18  | $\chi^2$ (sd)                     | P    |
| Eksen 2 Ek Tanısı, n (%) |                       |             | $\chi^2$ (1) = 4,030 <sup>†</sup> | ,105 |
| Yok                      | 16 (%100,0)           | 14 (% 77,8) |                                   |      |
| Var                      | 0 (%0,0)              | 4 (%22,2)   |                                   |      |
| TSSB Ek Tanısı, n(%)     |                       |             | $\chi^2$ (1) = 0,926              | ,000 |
| Yok                      | 13(%81,3)             | 12(%66,7)   |                                   |      |
| Var                      | 3(%18,8)              | 6(%33,3)    |                                   |      |

<sup>†</sup> Hücrelerdeki beklenen değer 5'in altında olduğundan Fisher Kesin testi yapılmıştır.

Olguların 15'i (%44,1) hastalık sürecinin başında bir psikososyal stres faktörü tanımlamaktadır. AN grubunda 4 kişi (%25), BN grubunda 11 kişi (%61,1) hastalık öncesi bir stres faktörünün var olduğunu bildirmiştir. Her iki grubun hastalık öncesi stresör tanımlama sıklığında anlamlı fark mevcuttur ( $\chi^2(1)=4.480$ ;  $p<0.001$ ).

4'ü AN, 9'u BN olmak üzere 13 kişi (%38,2) geçmişte intihar girişimi; 1'i AN, 5'i BN olmak üzere 6 kişi (%17,6) kendine zarar verici davranış öyküsü betimlemiştir.

5 kişinin (%14,7) ailesinde yeme bozukluğu öyküsü, 17 kişide (%50) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur.

Hasta grubunda 11 kişide (%32,4) amenore, 9 kişide (%26,5) menstruasyon düzensizliği bulunmaktadır. 5 kişi (%14,7) premenstruel sendrom yakınmaları betimlemiştir. Hastaların 23'ünde (%67,6) hastalığa bağlı tıbbi komplikasyon (gastrointestinal sistem, elektrolit dengesizliği, osteoporoz, diş-dişeti hastalıkları, anemi, saç-tırnak değişiklikleri) mevcuttur.

### III.B. Kontrol grubunda sosyodemografik ve klinik özellikler

Daha önce ve halen psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan 15-44 yaş aralığındaki 35 sağlıklı kadın hastanın yaş ortalaması 24,94'dür (SS=6,98). Hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasında yaş açısından anlamlı fark yoktur ( $t(66)=0,641$ ,  $p=0,524$ ).

Kontrol grubunda 24 kişi (%68,6) bekâr, 11 kişi (%31,4) evlidir. İki grup medeni durumları açısından fark göstermemiştir ( $\chi^2(1)=2,708$ ;  $p=0,153$ ).

Sağlıklı kontrollerin 3'ü (%8,6) ilkokul, 3'ü ortaokul (%8,6), 10'u lise (%28,6), 19'u üniversite (%54,3) mezunudur. Her iki grubun eğitim düzeyleri yüksek olduğundan ve

ilkokul/ortaokul mezunu kişi sayısı oldukça kısıtlı olduğundan, eğitim itemi yeniden gruplandırılmış; tüm örneklem üniversite ve üniversite altı olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Bu şekilde yapılan hesaplama sonrası her iki grubun eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2(1)=0,018$ ;  $p=1,00$ ).

Sağlıklı kontrollerin %40'ının halen eğitime ettiği, %2,9'unun çalışmadığı, %57,1'inin ise farklı iş kollarında çalışmaya devam ettiği bulunmuştur. Her iki grubun çalışma durumu arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2(2)=10,694$ ;  $p=1,00$ ).

28 katılımcının (%80) aile bütünlüğü tam iken, 4 kişinin (%11,4) ebeveynleri boşanmış, 3 kişinin (%8,6) ebeveynlerinden biri hayatını kaybetmiştir. %37,1'i ailesiyle, %31,4'ü eş ve çocuklarıyla, %31,5'i yalnız yaşamaktadır. Her iki grubun aile bütünlüğü açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2(1)=0,126$ ;  $p=0,722$ ).

Hasta grubu ve sağlıklı kontrollerin gelir durumu arasında anlamlı fark yoktur ( $\chi^2(1)=3,742$ ;  $p=0,053$ ). Tablo 6'da hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Kontrol grubunda bir katılımcıda (%2,9) ailede yeme bozukluğu, 10 katılımcıda (%28,6) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü mevcuttur.

### **III.C. Hasta ve kontrol grubunda travmatik yaşam olaylarının karşılaştırılması**

#### **III.C.1. Duygusal şiddet**

Travmatik yaşam olaylarını değerlendirmek üzere uygulanan yarı yapılandırılmış görüşme formu içerisinde, öncelikle duygusal-fiziksel ve cinsel şiddet tanımlamaları yapılmış; hasta ve kontrol grubuna yaşam boyu duygusal-fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalıp kalmadıkları sorulmuş ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Hasta grubu içerisinde yaşam boyu duygusal şiddete maruz kaldığını bildiren kişi sayısı 32'dir (%94,1). BN grubundaki hastaların tamamı yaşam boyu duygusal şiddet tanımlamıştır. 12 kişi (%35,3) alay edilme, hakarete uğrama ve aşağılanmanın olduğunu; 11 kişi (%32,4) sürekli azarlanma ve yoğun eleştiriyeye maruz kaldığını; 4 kişi (%11,8) sevdiği, ihtiyaç duyduğu faaliyetlerden yoksun bırakıldığını, 4 kişi (%11,8) tehdide, aşırı kontrol edilmeye ve korkutulmaya maruz kaldığını, 1 kişi ise bu sayılan durumların birden fazlasına maruz kaldığını bildirmiştir. Kontrol grubunda ise yaşam boyu duygusal şiddet gördüğünü söyleyenlerin sayısı 8'dir (%22,9). Bu kişilerden 2'si (%5,7) sevdiği-ihtiyaç duyduğu faaliyetlerden yoksun bırakıldığını; 3 kişi (%8,6) alay-hakaret ve aşağılanmaya maruz kaldığını; 3 kişi (%8,6) ise tehdide ve aşırı kontrole maruz kaldığını bildirmiştir. Her iki grup arasında yaşam boyu duygusal şiddete maruz kalma açısından anlamlı fark mevcuttur

( $\chi^2(1)=35,945$ ;  $p<0,001$ ). Tablo 9’da hasta ve kontrol gruplarına göre duygusal şiddet oranları farkı Ki-Kare testi sonuçları ve duygusal şiddet türleri ile duygusal şiddet uygulayıcıları özetlenmiştir.

**Tablo 9:** Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Duygusal Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

|                                                          | Tanımlayıcı analizler |                 | İstatistik parametreler |       |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|-------|
|                                                          | Hasta<br>N=34         | Kontrol<br>N=35 | $\chi^2$ (sd)           | p     |
| Yaşam Boyu Duygusal Şiddet, n (%)                        |                       |                 | $\chi^2$ (1)= 35.945    | 0.000 |
| Yok                                                      | 2 (% 5,9)             | 27 (%77,1)      |                         |       |
| Var                                                      | 32 (%94,1)            | 8 (%22,9)       |                         |       |
| Yaşam Boyu Duygusal Şiddet Türleri, n (%)                |                       |                 |                         |       |
| Yok                                                      | 2 (%5,9)              | 27 (%77,1)      |                         |       |
| Sevdiği, İhtiyaç Duyduğu Faaliyetlerden Mahrum Bırakılma | 4 (%11,8)             | 2 (%5,7)        |                         |       |
| Alay-Hakaret-Aşağılanma                                  | 12 (%35,3)            | 3 (%8,6)        |                         |       |
| Tehdit-Korku-Aşırı Kontrol                               | 4 (%11,8)             | 3 (%8,6)        |                         |       |
| Azarlanma-Eleştirilme                                    | 11 (%32,4)            | -               |                         |       |
| Çoklu                                                    | 1 (%2,9)              | -               |                         |       |
| 18 Yaşından Sonra Duygusal Şiddet Türleri, n (%)         |                       |                 | $\chi^2$ (1)= 16.556    | 0.000 |
| Yok                                                      | 13 (%38,2)            | 30 (%85,7)      |                         |       |
| Var                                                      | 21 (%61,8)            | 5 (%14,3)       |                         |       |
| 18 Yaşından Sonra Duygusal Şiddet Türleri, n (%)         |                       |                 |                         |       |
| Yok                                                      | 13 (%38,2)            | 30 (%85,7)      |                         |       |
| Sevdiği, İhtiyaç Duyduğu Faaliyetlerden Mahrum Bırakılma | 2 (%5,9)              | 1 (%2,9)        |                         |       |
| Alay-Hakaret-Aşağılanma                                  | 6 (%17,6)             | 1 (%2,9)        |                         |       |
| Tehdit-Korku-Aşırı Kontrol                               | 5 (%14,7)             | 2 (%5,7)        |                         |       |
| Azarlanma-Eleştirilme                                    | 5 (%14,7)             | 1 (%2,9)        |                         |       |
| Birden Fazla                                             | 3 (%8,8)              | -               |                         |       |
| Duygusal Şiddet Uygulayıcıları, n (%)                    |                       |                 |                         |       |
| Yok                                                      | 2 (%5,9)              | 27 (%77,1)      |                         |       |
| Baba                                                     | 5 (%14,7)             | 2 (%5,7)        |                         |       |
| Anne                                                     | 12 (%35,3)            | 1 (%2,9)        |                         |       |
| Diğer Aile Üyesi                                         | 7 (%20,6)             | -               |                         |       |
| Aile Dışı                                                | 7 (%20,6)             | 5 (%14,3)       |                         |       |
| Birden Fazla Kişi                                        | 1 (%2,9)              | -               |                         |       |

18 yaşından sonra duygusal şiddete uğradığını bildiren kişi sayısı hasta grubunda 21 (%61,8), kontrol grubunda 5'tir (%14,3). Her iki grup arasında 18 yaşından sonra duygusal şiddet görme hikayesi açısından anlamlı fark mevcuttur ( $\chi^2(1)=16,556$ ;  $p<0,001$ ). AN ve BN alt grupları arasında bu alanda anlamlı fark yoktur ( $\chi^2(1)=0,389$ ;  $p=0,533$ ). Tablo 10'da AN ve BN gruplarına göre 18 yaşından sonraki duygusal şiddet oranları farkı Ki-Kare testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 10:** AN ve BN Gruplarına Göre Duygusal Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

|                                          | Tanımlayıcı analizler |            | İstatistik parametreler |      |
|------------------------------------------|-----------------------|------------|-------------------------|------|
|                                          | AN<br>N=16            | BN<br>N=18 | $\chi^2$ (sd)           | P    |
| 18 Yaşından Sonra Duygusal Şiddet, n (%) |                       |            | $\chi^2 (1)= 0,389$     | ,533 |
| Yok                                      | 7 (%43,8)             | 6 (%33,3)  |                         |      |
| Var                                      | 9 (%56,3)             | 12 (%66,7) |                         |      |

Hasta grubunda duygusal şiddeti uygulayan kişilerin oranları; anne için %35,3; baba için %14,7; bir başka aile üyesi ve aile dışından birileri için %20,6 ve birden fazla istismarcı için %2,9'dur. Kontrol grubunda duygusal şiddet uygulayan kişiler 2 kişi için (%5,7) baba; 1 kişi için (%2,9) anne ve 5 kişi için (%14,3) aile dışından biri olarak listelenmiştir.

Duygusal şiddeti rapor eden hastalar, şiddetin süresini; %26,5'i 1 yıldan kısa, %44,1'i 1-5 yıl arasında, %23,5'i 5 yıldan uzun olarak bildirmişlerdir. Kontrol grubunda şiddet süresi 4 kişi için (%11,4) 1 yıldan kısa, 4 kişi için (%11,4) 1-5 yıl arasında bulunmuştur.

Hasta grubunun %38,2'si (5'i AN, 13'ü BN), kontrol grubunun %14,3'ü babalarının annelerine duygusal şiddet uyguladığını bildirmişlerdir. Sağlıklı kontrollerle kıyaslandığında hasta grubunun annelerinde duygusal şiddete maruz kalma sıklığı anlamlı derecede farklıdır ( $\chi^2(1)=5,13$ ;  $p<0,001$ ). AN ve BN grubu arasında annelerin duygusal şiddet maruziyeti açısından anlamlı fark yoktur ( $\chi^2(1)=2,242$ ;  $p=0,134$ ).

### III.C.2. Fiziksel Şiddet

Hasta grubu içerisinde 22 kişi (%64,7) 18 yaşından önce fiziksel şiddete uğradığını bildirmiştir. 12 kişi (%35,3) 15 yaşından önce, 2 kişi (%5,9) 15-18 yaş aralığında, 8 kişi ise (%23,5) her iki yaş aralığında da fiziksel şiddet gördüklerini söylemiştir. Kontrol grubu içerisinde 10 kişi (%28,6) 18 yaşından önce fiziksel şiddete uğradığını bildirmiştir. Bunların 9'u 15 yaşından önce, 1'i 15-18 yaşları arasında fiziksel şiddet görmüştür. 18 yaşından önce fiziksel şiddet görme açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark mevcut olmakla

birlikte ( $\chi^2(1)=9,055$ ;  $p=0,003$ ); AN ve BN alt grupları arasında anlamlı fark yoktur ( $\chi^2(1)=2,862$ ;  $p=0,091$ ).

Fiziksel şiddetin türünü, hastaların %44,1'i dayak-tokat yemek, %5,9'u bir alet kullanılarak dövülmek, %14,7'si ısırılmak-yumruklanmak-tekmelenmek, %2,9'u bir yere kilitlenmek olarak; kontrollerin ise %25,7'si dayak-tokat yemek, %2,9'u ise ısırılmak-yumruklanmak-tekmelenmek olarak bildirmişlerdir. Hastaların %32,4'ü ve kontrollerin %11,4'ü babaları; hastaların %23,5'i ve kontrollerin %11,4'ü anneleri; hastaların %5,9'u ve kontrollerin %2,9'u öğretmenleri; hastaların ve kontrollerin %2,9'u kardeşleri ve hastaların %2,9'u eşleri tarafından fiziksel şiddet gördüklerini bildirmişlerdir. Tablo 11'de hasta ve kontrol gruplarına göre fiziksel şiddet oranları farkı Ki-Kare testi sonuçları ve fiziksel şiddet türleri ile fiziksel şiddet uygulayıcıları özetlenmiştir.

**Tablo 11:** Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Fiziksel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

|                                              | Tanımlayıcı analizler |                 | İstatistik parametreler |      |
|----------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|------|
|                                              | Hasta<br>N=34         | Kontrol<br>N=35 | $\chi^2$ (sd)           | p    |
| 18 Yaş Öncesi Fiziksel Şiddet, n (%)         |                       |                 | $\chi^2 (1)= 9,055$     | ,003 |
| Yok                                          | 12 (%35,3)            | 25 (%71,4)      |                         |      |
| Var                                          | 22 (%64,7)            | 10 (%28,6)      |                         |      |
| 18 Yaş öncesi Fiziksel Şiddet Türleri, n (%) |                       |                 | -                       | -    |
| Yok                                          | 11 (%32,4)            | 25 (%71,4)      |                         |      |
| Dayak-Tokat                                  | 15 (%44,1)            | 9 (%25,7)       |                         |      |
| Bir Alet Kullanılarak                        | 2 (%5,9)              | -               |                         |      |
| Isırılmak-Yumruklanmak-Tekmelenmek           | 5 (%14,7)             | 1 (%2,9)        |                         |      |
| Bağlanmak-Kilitlenmek                        | 1 (%2,9)              | -               |                         |      |
| 18 Yaş Sonrası Fiziksel Şiddet, n (%)        |                       |                 | $\chi^2 (1)= 12,177$    | ,001 |
| Yok                                          | 20 (%58,8)            | 33 (%94,3)      |                         |      |
| Var                                          | 14 (%41,2)            | 2 (%5,7)        |                         |      |
| Fiziksel Şiddet Uygulayıcıları, n (%)        |                       |                 |                         |      |
| Yok                                          | 11 (%32,4)            | 25 (%71,4)      |                         |      |
| Baba                                         | 11 (%32,4)            | 4 (%11,4)       |                         |      |
| Anne                                         | 8 (%23,5)             | 4 (%11,4)       |                         |      |
| Kardeş                                       | 1(%2,9)               | 1 (%2,9)        |                         |      |
| Öğretmen                                     | 2 (%5,9)              | 1 (%2,9)        |                         |      |
| Eş                                           | 1(%2,9)               | -               |                         |      |

Hasta grubunda fiziksel şiddet süresi, %35,3'ünde 1 yıldan kısa, %11,8'inde 1-5 yıl arasında, %20,6'sında 5 yıldan uzun olarak bildirilmiştir. Kontrol grubunun %20'si 1 yıldan kısa, %8,6'sı 1-5 yıl arasında fiziksel şiddet görmüşlerdir.

18 yaşından sonra fiziksel şiddet gördüğünü söyleyenler, hasta grubunda 14 (%41,2), kontrol grubunda 2 (%5,7) kişidir ve her iki grup arasında anlamlı fark mevcuttur ( $\chi^2(1)=12,177$ ;  $p=0,001$ ) ancak AN ve BN alt grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2(1)=0,621$ ;  $p=0,431$ ). Tablo 12'de AN ve BN gruplarına göre fiziksel şiddet oranları farkı Ki-Kare testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 12:** AN ve BN Gruplarına Göre Fiziksel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

|                                         | Tanımlayıcı analizler |            | İstatistik parametreler |      |
|-----------------------------------------|-----------------------|------------|-------------------------|------|
|                                         | AN<br>N=16            | BN<br>N=18 | $\chi^2$ (sd)           | P    |
| 18 Yaş Öncesi Fiziksel Şiddet,<br>n (%) |                       |            | $\chi^2$ (sd)= 2.862    | ,091 |
| Yok                                     | 8 (%50,0)             | 4 (%22,2)  |                         |      |
| Var                                     | 8 (%50,0)             | 14 (%77,8) |                         |      |
| 18 Yaş Sonra Fiziksel Şiddet,<br>n (%)  |                       |            | $\chi^2$ (sd)= 0,621    | ,431 |
| Yok                                     | 8 (%61,5)             | 8 (%47,1)  |                         |      |
| Var                                     | 5 (%38,5)             | 9 (%52,9)  |                         |      |

Hasta grubu içinde 11 kişi (%32,3), kontrol grubunda 2 kişi (%5,7) babalarının annelerine fiziksel şiddet uyguladığını söylemiş, her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $\chi^2(1)=8,004$ ;  $p=0,005$ ). AN ve BN alt grupları arasında annelerin fiziksel şiddete uğrama sıklıkları açısından fark bulunmamıştır ( $\chi^2(1)=0,747$ ;  $p=0,388$ ).

### III.C.3. Cinsel şiddet

Hasta grubu içerisinde 11 kişi (%32,4) 18 yaşından önce cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Bu 11 kişiden 5'i (%14,7) cinsel amaçlı dokunma ve okşamanın; 2 kişi (%5,9) rızası olmadan cinsel organların gösterilmesinin, 1 kişi(%2,9) zorla cinsel ilişkiye girmenin, 1 kişi (%2,9) başkalarıyla cinsel ilişkiye girmeye zorlanmanın, 2 kişi (%5,9) ise birden fazla cinsel şiddet türünün olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubunda 8 kişi (%22,9) 18 yaş öncesi cinsel istismar bildirmiştir. Cinsel istismar türünü, bu kişilerin ikisi (%5,7) rızası olmadan cinsel organların gösterilmesi, 6'sı (%17,1) cinsel amaçlı dokunma ve okşama olarak

tanımlamaktadır. Hasta ve kontrol grubu arasında ( $\chi^2(1)=0,779$ ;  $p=0,540$ ) ve AN ile BN alt grupları arasında ( $\chi^2(1)=2,55$ ;  $p=0,110$ ) 18 yaşından önce cinsel istismar maruziyeti açısından fark saptanmamıştır.

Hasta grubunda 6 kişi (%17,6) cinsel istismarı uygulayanın bir aile üyesi (sıklıkla akrabası) olduğunu, 1 kişi (%2,9) öğretmeninin olduğunu, 4 kişi ise (%11,8) birden fazla kişi tarafından istismar edildiğini ifade etmiştir. Kontrol grubunda istismarcılar 1 kişi için (%2,9) baba, 1 kişi için (%2,9) kardeş, 1 kişi için (%2,9) öğretmen ve 5 kişi için (%14,3) birden fazla kişi olarak sıralanmıştır.

Hasta grubu içinde 6 kişi (%17,6), kontrol grubunda 5 kişi (%14,3) tek bir kez; hasta grubunda 2 kişi (%5,9), kontrollerde 3 kişi (%8,6) yılda 1-2 kez sıklığında, hasta grubunda 3 kişi (%8,8) ise toplamda 5-10 kez sıklığında cinsel istismara uğramıştır. Hasta grubunda 8 kişi (%23,5) cinsel istismarın bir yıldan kısa, 3 kişi (%8,8) 1-5 yıl arasında sürdüğünü bildirmiştir, kontrol grubunda tüm istismarlar bir yıldan kısa olarak saptanmıştır. Tablo 13'de hasta ve kontrol gruplarına göre cinsel şiddet oranları farkı Ki-Kare testi sonuçları ve cinsel şiddet türleri ile cinsel şiddet uygulayıcıları özetlenmiştir.

**Tablo 13:** Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Cinsel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

|                                            | Tanımlayıcı analizler |                 | İstatistik parametreler |      |
|--------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|------|
|                                            | Hasta<br>N=34         | Kontrol<br>N=35 | $\chi^2$ (sd)           | p    |
| 18 Yaş Öncesi Cinsel Şiddet, n (%)         |                       |                 | $\chi^2$ (1)= ,779      | ,540 |
| Yok                                        | 23(%67,6)             | 27(%77,1)       |                         |      |
| Var                                        | 11 (%32,4)            | 8(%22,9)        |                         |      |
| 18 Yaş öncesi Cinsel Şiddet Türleri, n (%) |                       |                 |                         |      |
| Yok                                        | 23(%67,6)             | 27(%77,1)       |                         |      |
| Dokunma-Okşanma                            | 5(%14,7)              | 6(%17,1)        |                         |      |
| Cinsel Organların Gösterilmesi             | 2(%5,9)               | 2(%5,7)         |                         |      |
| Zorla Cinsel ilişkiye Girme                | 1(%2,9)               | -               |                         |      |
| Başkaları ile İlişkiye Zorlanma            | 1(%2,9)               | -               |                         |      |
| Çoklu                                      | 2(%5,9)               | -               |                         |      |
| 18 Yaş Sonrası Cinsel Şiddet, n (%)        |                       |                 | $\chi^2$ (1)= 2,880     | ,090 |
| Yok                                        | 26(%76,5)             | 32(91,4)        |                         |      |
| Var                                        | 8(%23,5)              | 3(%8,6)         |                         |      |
| Cinsel Şiddet Uygulayıcıları, n (%)        |                       |                 |                         |      |
| Yok                                        |                       |                 |                         |      |
| Baba                                       | -                     | 1(%2,9)         |                         |      |
| Kardeş                                     | -                     | 1(%2,9)         |                         |      |
| Akraba                                     | 6(%17,6)              | -               |                         |      |
| Öğretmen                                   | 1(%2,9)               | 1(%2,9)         |                         |      |
| Çoklu                                      | 4(%11,8)              | 5(%14,3)        |                         |      |

Hasta grubunda 8 kişinin (%23,5), kontrol grubunda 3 kişinin (%8,6) 18 yaşından sonra bir cinsel istismara uğradığı, hasta grubunda bu istismarın 1 kişide kardeş, 1 kişide akraba, 6 kişide ise birden fazla kişi tarafından uygulandığı; kontrol grubunda ise 1(%2,9) kişide öğretmen, 2 kişide (%5,7) birden fazla kişi tarafından uygulandığı saptanmıştır. 18 yaşından sonra cinsel istismara uğrama açısından hastalar ve sağlıklı kontroller arasında fark saptanmamıştır ( $\chi^2(1)=2,880$ ;  $p=0,090$ ). AN grubunda 1 kişi (%7,7), BN grubunda 7 kişi (%41,2) 18 yaşından sonra cinsel istismara uğradığını bildirmiş, bu değişken iki grup arasında anlamlı düzeyde farklı olarak saptanmıştır ( $\chi^2(1)=4,224$ ;  $p=0,040$ ). Tablo 14’de AN ve BN gruplarına göre cinsel şiddet oranları farkı Ki-Kare testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 14:** AN ve BN Gruplarına Göre Cinsel Şiddet Oranları Farkı Ki-Kare Testi

|                                    | Tanımlayıcı analizler |            | İstatistik parametreler |      |
|------------------------------------|-----------------------|------------|-------------------------|------|
|                                    | AN<br>N=16            | BN<br>N=18 | $\chi^2$ (sd)           | P    |
| 18 Yaş Öncesi Cinsel Şiddet, n (%) |                       |            | $\chi^2$ (1)= 2,555     | ,110 |
| Yok                                | 13(%81,3)             | 10(%55,6)  |                         |      |
| Var                                | 3(%18,7)              | 8(44,4)    |                         |      |
| 18 Yaş Sonra Cinsel Şiddet, n (%)  |                       |            | $\chi^2$ (1)= 4,224     | ,040 |
| Yok                                | 12(%92,3)             | 10(%58,8)  |                         |      |
| Var                                | 4(7,7)                | 8(%41,2)   |                         |      |

Hasta grubunda 18 yaş sonrası maruz kalınan cinsel istismar türü 3 kişide dokunma-okşanma, 3 kişide cinsel ilişkiye zorlanma, 1 kişide soyunmaya zorlanma ve 1 kişide başkaları ile birlikte olmaya zorlanma olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise 2 kişi için (%5,7) dokunma-okşanma, 1 kişi (%2,9) için başkalarıyla birlikte olmaya zorlanma olarak bulunmuştur.

Hasta grubunda 3 kişi tek bir kez istismara uğradığını, bir kişi istismarın yılda 1-2 sıklığında olduğunu, 4 kişi ise toplamda 5-10 kez istismara uğradığını ifade etmiştir. Kontrol grubunda 18 yaşından sonra cinsel istismar olduğunu söyleyenlerin tamamı bu durumu tek bir kez yaşadığını bildirmiştir.

#### III.C.4. AN alt gruplarının travmatik yaşam olayları açısından karşılaştırılması

AN alt gruplarının (kısıtlayıcı tip/çıkartma tipi) travma yaşantısı açısından değerlendirilmesinde; 4'ü kısıtlı tip AN, 6'sı çıkartma tipi AN olmak üzere toplamda 10 AN tanılı hasta herhangi bir travmatik yaşam olayı tarif etmektedir. İki alt grup arasında travmatik yaşam olayı öyküsü açısından anlamlı fark saptanmamıştır ( $\chi^2(2)=5,334$ ;  $p=0,069$ ).

#### III.D. Hasta ve kontrol grubunda uygulanan ölçeklerin karşılaştırılması

##### III.D.1. Beden kitle indeksi

Hastaların beden kitle indeksi (BKİ) 11 ile 37 kg/m<sup>2</sup> arasında değişmektedir. Hastaların BKİ ortalaması 18,75 kg/m<sup>2</sup> (SS=5,17) iken; kontrollerin BKİ ortalaması 21,65 kg/m<sup>2</sup>'dir (SS=3,041) ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ( $t(67)=2,841$ ;  $p=0,006$ ). Tablo 15'de hasta ve kontrol grubunun BKİ'leri farkı Ki-Kare testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 15:** Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Beden Kitle İndeksi Farkı T-Testi

|     | Grup    | N  | Ortalama | SS   | t     | sd | P     |
|-----|---------|----|----------|------|-------|----|-------|
| BKİ | Kontrol | 35 | 21,65    | 3,04 | 2,841 | 67 | 0,006 |
|     | Hasta   | 34 | 18,75    | 5,18 |       |    |       |

AN grubunun BKİ'leri ortalaması 15,55 kg/m<sup>2</sup> (SS=2,052) iken; BN grubunun BKİ ortalaması 21,6 kg/m<sup>2</sup>'dir (SS=5,487). Hasta grubu içinde AN ve BN hastalarının BKİ'leri arasında anlamlı fark mevcuttur (U=23, p<0,001). Hastalarda hastalığın başlamasından önceki BKİ ortalaması 23,47 kg/m<sup>2</sup> (SS=4,42) olarak saptanmıştır. Tablo 16'de AN ve BN grubu BKİ'leri farkının Mann-Whitney U testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 16:** AN ve BN Gruplarına Göre Beden Kitle İndeksi Farkı Mann-Whitney U Testi

|     | Grup | N  | X Sırası | Sıralar Toplamı | U      | p     |
|-----|------|----|----------|-----------------|--------|-------|
| BKİ | AN   | 16 | 9,94     | 159,00          | 23,000 | 0,000 |
|     | BN   | 18 | 24,22    | 436,00          |        |       |

### III.D.2. Travma Sonrası Stres Tanı Ölçeği

Travma sonrası stres tanı ölçeğinin ilk 12 itemlik kısmı kişinin hayatı boyunca sayılan travmatik deneyimlerden herhangi birine maruz kalıp kalmadığını sorgulamaktadır.

Örneklelimizde; hasta grubunda kazaya uğradığını belirtenler 5 kişi (%14,7), doğal afet yaşadığını söyleyenler 5 kişi (%14,7), aileden cinsel olmayan saldırıya maruz kaldığını bildirenler 7 kişi (%20,6), yabancından cinsel olmayan saldırıya maruz kaldıklarını bildirenler 3 kişi (%8,8), aileden cinsel saldırı tanımlayanlar 6 kişi (%17,6), yabancından cinsel saldırıya maruz kaldıklarını bildirenler 5 kişi (%14,7), 18 yaşından önce kendilerinden en az 5 yaş büyük biri ile kurulan cinsel yakınlığı tarif edenler 6 kişi (%17,6), yaşamı tehdit eden bir hastalık geçirdiğini ifade edenler 5 kişi (%14,7), bu bildirilenler dışında bir travma öyküsü olduğunu söyleyenler 3 kişidir (%8,8).

Kontrol grubunda ise kazaya uğradığını belirtenler 4 kişi (%11,4), doğal afet yaşadığını söyleyenler 13 kişi (%37,1), aileden cinsel olmayan saldırıya maruz kaldığını bildirenler 3 kişi (%8,6), yabancından cinsel olmayan saldırıya maruz kaldıklarını bildirenler 2 kişi (%5,7), aileden cinsel saldırı tanımlayanlar 2 kişi (%5,7), yabancından cinsel saldırıya maruz kaldıklarını bildirenler 5 kişi (%14,3), yaşamı tehdit eden bir hastalık geçirdiğini ifade edenler 1 kişidir (%2,9). Tablo 17'de kontrol ve hasta gruplarının yaşam boyu maruz kaldıkları travmatik yaşam olayı türleri ve sıklıkları özetlenmiştir.

**Tablo 17:** Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Travma Türleri Oranları Dağılımı

|                                   | Kontrol |       | Hasta |       |
|-----------------------------------|---------|-------|-------|-------|
|                                   | Sayı    | Yüzde | Sayı  | Yüzde |
| Kaza                              | 4       | 11,4  | 5     | 14,7  |
| Doğal Afet                        | 13      | 37,1  | 5     | 14,7  |
| Aileden Cinsel Olmayan Saldırı    | 3       | 8,6   | 7     | 20,6  |
| Yabancıdan Cinsel Olmayan Saldırı | 2       | 5,7   | 3     | 8,8   |
| Aileden Cinsel Saldırı            | 2       | 5,7   | 6     | 17,6  |
| Yabancıdan Cinsel Saldırı         | 5       | 14,3  | 5     | 14,7  |
| <18 Yaşında Cinsel Yakınlık       | -       | -     | 6     | 17,6  |
| Hastalık                          | 1       | 2,9   | 5     | 14,7  |
| Diğer                             | -       | -     | 3     | 8,8   |

Ölçeğin 13. itemi, daha önce sayılan travmatik deneyimlerde birden fazla yaşantısı olanların içinde kendilerini en çok etkileyen olayı sorgulamaktadır.

Hasta grubunda aktüel travma olduğunu bildiren kişiler travmatik olayın oluş zamanını; %20,6'sı 6 ay-3 yıl önce, %2,9'u 3-5 yıl önce, %38,2'si ise 5 yıldan daha uzun bir süre önce olarak bildirmektedir. 3 kişi (%8,8) fiziksel olarak yaralandığını, 2 kişi (%5,9) yaşamının tehdit altında olduğunu, 20 kişi (%58,8) travmatik olay karşısında çaresizlik hissettiğini, 18 kişi (%52,9) dehşete düştüğünü ifade etmiştir.

Hasta grubunda TSSB tanı ölçeği şiddet puanları ortalaması 11,85 (SS=15,73), kontrol grubunda 1,69'dur (SS=3,68). Her iki grubun TSSB şiddeti puanları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(36,51)=-3,67$ ;  $p<0,001$ ). TSSB tanı ölçeği şiddet puanı ortanca değeri AN için ,00 (0-39), BN için 11.5 (0-45) olarak bulunmuştur. AN ve BN hastalarının TSSB tanı ölçeği TSSB şiddeti skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $U=86,00$ ;  $p=0,036$ ). Tablo 18 ve 19'da kontrol ve hasta grupları ile AN ve BN grupları arasındaki TSSB şiddet puanı skorları farkı test sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 18:** Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre TSSB Şiddet Skoru Farkı T-Testi

|            | Grup    | N  | Ortalama | SS     | t     | sd    | P    |
|------------|---------|----|----------|--------|-------|-------|------|
| TSSB skoru | Kontrol | 35 | 1,69     | 3,684  | -3,67 | 36,51 | ,000 |
|            | Hasta   | 34 | 11,85    | 15,731 |       |       |      |

**Tablo 19:** AN ve BN Gruplarına Göre TSSB Şiddet Skoru Farkı Mann-Whitney U Testi

|            | Grup | N  | X Sırası | Sıralar Toplamı | U      | p     |
|------------|------|----|----------|-----------------|--------|-------|
| TSSB skoru | AN   | 16 | 13,88    | 222,00          | 86,000 | 0,036 |
|            | BN   | 18 | 20,72    | 373,00          |        |       |

### **III.D.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kısa Formu (CTQ-28)**

CTQ-28 toplam puanları ortalaması hasta grubu için 7,64 (SS=2,29), kontrol grubu için 6 (SS=1,01) olarak saptanmıştır. Her iki grubun CTQ-28 toplam puanları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(45,09)=-3,82$ ,  $p<0,001$ ).

AN alt grubunda CTQ-28 toplam puanı ortanca puanı 5,75 (5-11) , BN alt grubunda 9,05 (5-12) olarak saptanmıştır. AN ve BN grupları arasında CTQ-28 toplam puanı açısından anlamlı fark mevcuttur ( $U=62,50$ ;  $p=0,005$ ).

#### **III.D.3.a. Duygusal İstismar**

CTQ-28 ölçeğinin duygusal istismar alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 9,21 (SS=3,64), kontrol grubu için 6 (SS=1,73) olarak saptanmıştır. Her iki grubun duygusal istismar skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(67)=-4,64$ ;  $p<0,001$ ).

Duygusal istismar ortanca değeri AN için 7 (5-17), BN için 10,5'dir (6-17) ve her iki grup arasında anlamlı fark mevcuttur ( $U=67,00$ ;  $p=0,007$ ).

#### **III.D.3.b. Fiziksel İstismar**

CTQ-28 ölçeğinin fiziksel istismar alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 6,29 (SS=2,48), kontrol grubu için 5,11 (SS=0,67) olarak saptanmıştır. Her iki grubun fiziksel istismar skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(67)=-2,71$ ;  $p=0,008$ ).

Fiziksel istismar ortanca puanı AN için 5 (5-12), BN için 5,5'dur (5-15). AN ve BN grubunun CTQ-28 ölçeği fiziksel istismar alt itemi skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $U=96,50$ ;  $p=0,048$ ).

#### **III.D.3.c. Cinsel İstismar**

CTQ-28 ölçeğinin cinsel istismar alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 6,62 (SS=2,81), kontrol grubu için 5,69 (SS=1,77) olarak saptanmıştır. Her iki grubun cinsel istismar skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(67)=-1,65$ ;  $p=0,002$ ).

Cinsel istismar ortanca puanı AN için 5 (5-7), BN için 6'dır (5-14). AN ve BN grubunun CTQ-28 ölçeği cinsel istismar alt itemi skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $U=77,00$ ;  $p=0,004$ ).

### III.D.3.d. Duygusal İhmal

CTQ-28 ölçeğinin duygusal ihmal alt ölçeği ortalaması hasta grubu için 13,03 (SS=6,18), kontrol grubu için 9,74 (SS=2,84) olarak saptanmıştır. Her iki grubun duygusal ihmal skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(67) = -2,85$ ;  $p=0,006$ ).

Duygusal ihmal ortanca puanı AN için 10 (6-17), BN için 18,5'dir (6-26). AN ve BN grubunun CTQ-28 ölçeği duygusal ihmal alt itemi skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $U=84,00$ ;  $p= 0,037$ ).

### III.D.3.e. Fiziksel İhmal

CTQ-28 ölçeğinin fiziksel ihmal alt ölçeği puanları ortalaması hasta grubu için 3,38 (SS=0,888), kontrol grubu için 3,20 (SS=0,632) olarak saptanmıştır. Her iki grubun fiziksel ihmal skorları arasında anlamlı fark yoktur ( $t(67)=-0,985$ ;  $p=0,328$ ).

Fiziksel ihmal ortanca puanı AN için 3 (3-5), BN için 3'dür (3-7). AN ve BN grubunun CTQ-28 ölçeği fiziksel ihmal alt itemi skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ( $U=139,00$ ;  $p= 0,807$ ). Tablo 20'de hasta ve kontrol gruplarının, Tablo 21'de AN ve BN gruplarını CTQ-28 skorlarının karşılaştırılması özetlenmiştir.

**Tablo 20:** Hasta ve Kontrol Gruplarının CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

|                                         | Tanımlayıcı analizler |                 | İstatistik parametreler  |       |
|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------------|-------|
|                                         | Hasta<br>N=34         | Kontrol<br>N=35 | <i>t</i> (sd)            | p     |
| CTQ-28 Toplam, ortalama (SS)            | 7,64 (2,29)           | 6,00 (1,01)     | <i>t</i> (45,09) = -3,82 | 0,000 |
| CTQ-28 Duygusal İstismar, ortalama (SS) | 9,21 (3,64)           | 6,00 (1,73)     | <i>t</i> (67) = -4,64    | 0,000 |
| CTQ-28 Fiziksel İstismar, ortalama (SS) | 6,29 (2,48)           | 5,11 (0,68)     | <i>t</i> (67) = -2,71    | 0,008 |
| CTQ-28 Cinsel İstismar, ortalama (SS)   | 6,62 (2,82)           | 5,69 (1,78)     | <i>t</i> (67) = -1,65    | 0,002 |
| CTQ-28 Duygusal İhmal, ortalama (SS)    | 13,03 (6,18)          | 9,74 (2,84)     | <i>t</i> (67) = -2,85    | 0,006 |
| CTQ-28 Fiziksel İhmal, ortalama (SS)    | 3,38 (0,89)           | 3,20 (0,63)     | <i>t</i> (67) = -0,985   | 0,328 |

**Tablo 21:** AN ve BN Gruplarının CTQ-28 Puanlarının Karşılaştırılması

|                          | Tanımlayıcı analizler |            | İstatistik parametreler |       |
|--------------------------|-----------------------|------------|-------------------------|-------|
|                          | AN<br>N=16            | BN<br>N=18 | U                       | p     |
|                          | Ortalama Sırası       |            |                         |       |
| CTQ-28 Toplam            | 12,41                 | 22,03      | U = 62,50               | 0,005 |
| CTQ-28 Duygusal İstismar | 12,69                 | 21,78      | U = 67,00               | 0,007 |
| CTQ-28 Fiziksel İstismar | 14,53                 | 20,14      | U = 96,50               | 0,048 |
| CTQ-28 Cinsel İstismar   | 13,31                 | 21,22      | U = 77,00               | 0,004 |
| CTQ-28 Duygusal İhmal    | 13,75                 | 20,83      | U = 84,00               | 0,037 |
| CTQ-28 Fiziksel İhmal    | 17,19                 | 17,78      | U= 139,00               | 0,807 |

#### III.D.4. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği

Coopersmith benlik saygısı ölçeği puanları ortalaması kontrol grubu için 78,51 (SS=14,36), hasta grubu için 56 (SS=24,435) olarak saptanmıştır. Her iki grubun Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(67)= 4,682$ ;  $p<0,001$ ). Tablo 22’de kontrol ve hasta gruplarının CBSÖ puanları ölçeği skorları farkı T-Testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 22:** Kontrol ve Hasta Gruplarına Göre Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Skorları Farkı T-Testi

|      | Grup    | N  | Ortalama | SS     | t     | sd | p    |
|------|---------|----|----------|--------|-------|----|------|
| CBSÖ | Kontrol | 35 | 78,51    | 14,360 | 4,682 | 67 | ,000 |
|      | Hasta   | 34 | 56,00    | 24,435 |       |    |      |

AN alt grubunda CBSÖ ortanca puanı 70 (20-92), BN alt grubunda 60’dır (12-80). Her iki grubun ölçek puanları arasında anlamlı fark yoktur ( $U= 92,00$ ;  $p=0,072$ ). Tablo 23’de AN ve BN gruplarının CBSÖ puanları farkı Mann-Whitney U testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 23:** AN ve BN Gruplarına Göre Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Skorları Farkı Mann-Whitney U Testi

|      | Grup | N  | X Sırası | Sıralar Toplamı | U      | p     |
|------|------|----|----------|-----------------|--------|-------|
| CBSÖ | AN   | 16 | 20,75    | 332,00          | 92,000 | 0,072 |
|      | BN   | 18 | 14,61    | 263,00          |        |       |

#### III.D.5. Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (BBÖHOA)

Beden bölgeleri ve özelliklerinden hoşnut olma anketinin değerlendirilmesinde beden genel görünümü alt ölçek skorları ortalaması hastalar için 3,15 (SS=1,14), kontroller için 3,64 (SS=0,702) olarak saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(67)=2,155$ ;

p=0,003). Beden genel görünümü skorları ortanca puanı AN hastaları için 3,85 (2-5), BN hastaları için 2,82'dir (1-5). AN ve BN alt grupları arasında beden genel görünümü alt ölçek skorları açısından anlamlı fark mevcuttur (U=74; p=0,016).

Hastaların yüz görünümü alt ölçek skorları ortalaması 3,86 (SS=0,885), kontrollerin 4,29 (SS=0,46) olarak saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark mevcuttur (t(67)=2,55; p=0,008). Yüz görünümü skorları ortanca puanı AN için 4,15 (1-5), BN için 3,73'dür (3-5). AN ve BN grupları arasında yüz görünümü alt ölçek skorları açısından anlamlı fark mevcuttur (U= 78,50; p=0,023).

Hastaların beden üyeleri alt ölçek skorları ortalaması 3,91 (SS=0,969), kontrollerin 4,31 (SS=0,653) olarak saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark mevcuttur (t(67)=2,02; p=0,047). Beden üyeleri skorları ortanca puanı AN için 4,38 (3-6), BN için 3,63'dür (2-5). AN ve BN grupları arasında beden üyeleri skorları açısından anlamlı fark mevcuttur (U=82,00; p=0,03).

Hastaların beden gövde alt ölçek skorları ortalaması 3,20 (SS=1,26), kontrollerin 3,86 (SS=0,656) olarak saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark mevcuttur (t(67)=2,75; p=0,008). Beden gövde skorları ortanca puanı AN için 4 (2-5), BN için 2,5'dir (1-4). AN ve BN grupları arasında beden gövde skorları açısından anlamlı fark mevcuttur (U=58,00; p=0,008).

Beden bölgeleri ve özelliklerinden hoşnut olma anketinde alt ölçeklerin toplam skorlarının ortalaması hasta grubunda 14,08 (SS=3,74), kontrol grubunda 16,13 (SS=2,007) olarak saptanmıştır ve iki grup arasında anlamlı fark mevcuttur (t(67)=2,84; p=0,006). BBÖHOA toplam skoru ortanca değeri AN için 16,10 (10-20), BN için 13,15'dir (7-17). İki grup arasında anlamlı fark mevcuttur (U=68,50; p=0,009).

Tablo 24'de hasta ve kontrol grubunun, Tablo 25'de AN ve BN gruplarının BBÖHOA skorları karşılaştırmaları özetlenmiştir.

**Tablo 24:** Hasta ve Kontrol Gruplarının BBÖHOA Puanlarının Karşılaştırılması

|                             | Tanımlayıcı analizler |                 | İstatistik parametreler |       |
|-----------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|-------|
|                             | Hasta<br>N=34         | Kontrol<br>N=35 | t (sd)                  | p     |
| Beden Genel, ortalama (SS)  | 3,15 (1,14)           | 3,64 (0,70)     | t (67) = 2,155          | 0,003 |
| Beden Yüz, ortalama (SS)    | 3,86 (0,89)           | 4,29 (0,46)     | t (67) = 2,55           | 0,008 |
| Beden Üye, ortalama (SS)    | 3,91 (0,97)           | 4,31 (0,65)     | t (67) = 2,02           | 0,047 |
| Beden Gövde, ortalama (SS)  | 3,20 (1,26)           | 3,86 (,66)      | t (67) = 2,75           | 0,008 |
| Beden Toplam, ortalama (SS) | 14,08 (3,75)          | 16,13 (2,01)    | t (67) = 2,84           | 0,006 |

BBÖHA=Beden Bölgesi ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi

**Tablo 2** AN ve BN Gruplarının BBÖHOA Puanlarının Karşılaştırılması

|              | Tanımlayıcı analizler |            | İstatistik parametreler |       |
|--------------|-----------------------|------------|-------------------------|-------|
|              | AN<br>N=16            | BN<br>N=18 | U                       | p     |
|              | Ortalama Sırası       |            |                         |       |
| Beden Genel  | 21,88                 | 13,61      | U =74,00                | 0,016 |
| Beden Yüz    | 21,59                 | 13,86      | U =78,50                | 0,023 |
| Beden Üye    | 21,38                 | 14,06      | U =82,00                | 0,030 |
| Beden Gövde  | 22,88                 | 12,72      | U =58,00                | 0,008 |
| Beden Toplam | 22,22                 | 13,31      | U =68,50                | 0,009 |

### III.D.6. Beck Depresyon Envanteri

Beck Depresyon Envanteri puanları ortalaması kontrol grubu için 6,11 (SS=6,957), hasta grubu için 17,21 (SS=14,299) olarak saptanmıştır. İki grubun depresyon ölçek skorları arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(47,48)=-4,08$ ;  $p<0,001$ ).

AN alt grubunda Beck Depresyon Envanteri ortanca puanı 9,5 (0-6), BN alt grubunda 17,5'dir (4-47). İki grup arasındaki fark anlamlıdır ( $U=63,50$ ;  $p=0,045$ ).

### III.D.7. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği puanları ortalaması kontrol grubu için 7,37 (SS=5,991), hasta grubu için 18,12 (SS=16,795) olarak saptanmıştır. İki grubun anksiyete puanı düzeyleri arasında anlamlı fark mevcuttur ( $t(40,88)=-3,48$ ;  $p=0,001$ ).

AN alt grubunda Beck Anksiyete Ölçeği ortanca puanı 5 (0-42), BN alt grubunda 18,5'dir (3-56). İki grup arasındaki fark anlamlıdır ( $U=86,00$ ,  $p=0,045$ ). Tablo 26'da kontrol ve hasta gruplarının, Tablo 27'de AN ve BN gruplarının Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri skorlarının karşılaştırılması özetlenmiştir.

**Tablo 26:** Hasta ve Kontrol Gruplarının Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri Puanlarının Karşılaştırılması

|                               | Tanımlayıcı analizler |                 | İstatistik parametreler |          |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------|-------------------------|----------|
|                               | Hasta<br>N=34         | Kontrol<br>N=35 | <i>t</i> (sd)           | <i>p</i> |
| Beck Depresyon, ortalama (SS) | 17,21 (14,30)         | 6,11 (6,96)     | $t(47,48)=-4,08$        | 0,000    |
| Beck Anksiyete, ortalama (SS) | 18,12 (16,98)         | 7,37 (5,99)     | $t(40,88)=-3,48$        | 0,001    |

**Tablo 27:** AN ve BN Gruplarının Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri Puanlarının Karşılaştırılması

|                | Tanımlayıcı analizler |            | İstatistik parametreler |          |
|----------------|-----------------------|------------|-------------------------|----------|
|                | AN<br>N=16            | BN<br>N=18 | <i>U</i>                | <i>p</i> |
|                | Ortalama Sırası       |            |                         |          |
| Beck Depresyon | 13,88                 | 20,72      | $U=63,50$               | 0,045    |
| Beck Anksiyete | 12,47                 | 21,97      | $U=86,00$               | 0,045    |

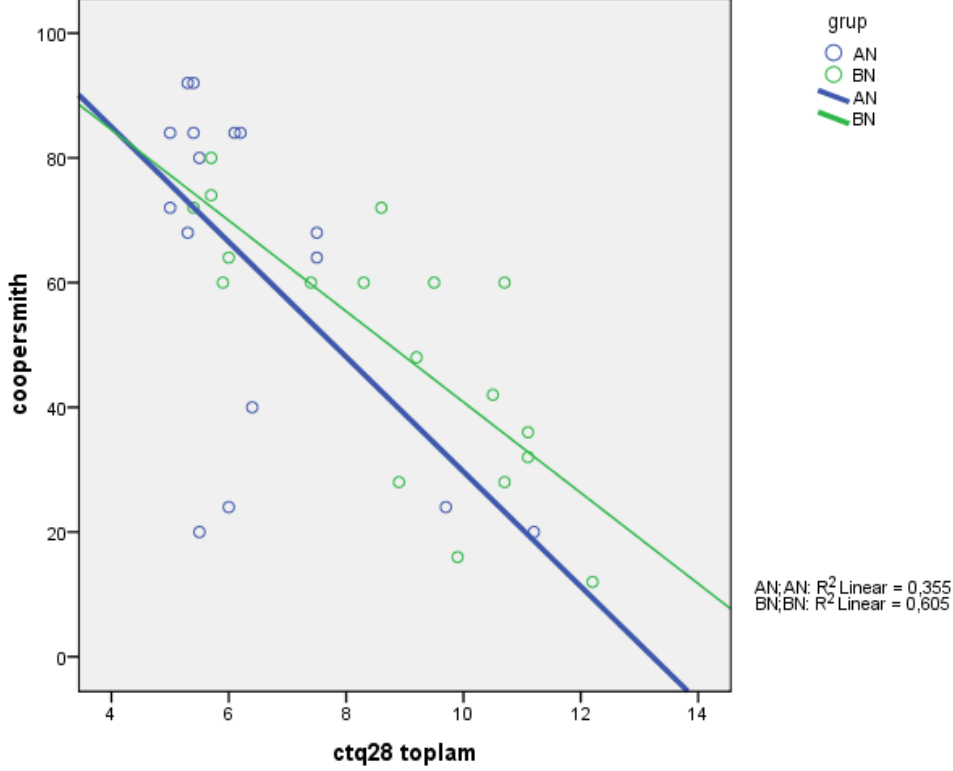
### III.E. Değişkenler Arası Korelasyonlar

#### III.E.1. Hasta grubunda CTQ-28 skorları ile CBSÖ skorları arasındaki korelasyonlar

CTQ-28 toplam puanı ( $r = -0,687$ ;  $p < 0,01$ ), duygusal istismar (dis) alt ölçek puanı ( $r = -0,543$ ;  $p < 0,01$ ), fiziksel istismar (fis) alt ölçek puanı ( $r = -0,349$ ;  $p < 0,05$ ), cinsel istismar (cis) alt ölçek puanı ( $r = -0,498$ ;  $p < 0,01$ ) ve duygusal ihmal (dih) alt ölçek puanı ( $r = -0,659$ ;  $p < 0,01$ ) ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği (CBSÖ) puanı arasında negatif yönde korelasyonlar saptanmış, CTQ-28 fiziksel ihmal (fih) alt ölçek puanı ile CBSÖ puanı arasında korelasyon bulunmamıştır ( $r = -0,173$ ;  $p = 0,327$ ).

CTQ-28 toplam puanı ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği puanı arasındaki korelasyon ilişkisi Grafik 1’de gösterilmektedir.

**Grafik 1** Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Grafiği



### III.E.2. Hasta grubunda CTQ-28 skorları ile Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi skorları arasındaki korelasyonlar

CTQ-28 toplam skoru ile BBÖHOA toplam skoru ve tüm alt ölçek skorları arasında negatif yönde korelasyonlar saptanmıştır.

CTQ-28, duygusal istismar alt ölçek skoru ile BBÖHOA toplam skoru ve tüm alt ölçek skorları arasında negatif yönde korelasyonlar saptanmıştır.

CTQ-28, fiziksel istismar alt ölçek skoru ile BBÖHOA yüz alt ölçek skoru arasında negatif yönde korelasyon saptanmış, BBÖHOA toplam skoru ve diğer alt ölçek skorları arasında korelasyon saptanmamıştır.

CTQ-28, cinsel istismar alt ölçek skoru ile BBÖHOA toplam skoru ve tüm alt ölçek skorları arasında negatif yönde korelasyonlar saptanmıştır.

CTQ-28, duygusal ihmal alt ölçek skoru ile BBÖHOA beden üyeleri alt ölçek skoru dışında kalan tüm ölçek skorları ile arasında negatif yönde korelasyonlar saptanmıştır.

CTQ-28, fiziksel ihmal alt ölçek skoru ile BBÖHOA toplam skoru ve diğer alt ölçek skorları arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

Hasta grubunda değişkenler arası korelasyon bulgularının özeti Tablo 28’de sunulmuştur.

**Tablo 28:** Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Analizi Tablosu

|                    | ctq28 toplam | coopersmith | rosenberg | toplam  | ctq duygusal<br>abuse | ctq fiziksel<br>abuse | ctq cinsel<br>abuse | ctq duygusal<br>ihmal | ctq fiziksel<br>ihmal | beden genel | yüz     | beden<br>uyeleri | gövde   | beck<br>anksiyete | beck<br>depresyon |
|--------------------|--------------|-------------|-----------|---------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|---------|------------------|---------|-------------------|-------------------|
| Ctq28 Toplam       | 1            | -,687**     | ,611**    | -,573** | ,870**                | ,530**                | ,717**              | ,882**                | ,351*                 | -,577**     | -,592** | -,400*           | -,479*  | ,699**            | ,713**            |
| Cooper-smith       |              | 1           | -,772**   | ,650**  | -,543*                | -,349*                | -,498*              | -,659**               | -,173                 | ,641**      | ,657**  | ,471*            | ,540**  | -,541*            | -,661**           |
| Rosenberg          |              |             | 1         | -,824** | ,546*                 | ,213                  | ,661**              | ,509*                 | ,027                  | -,775**     | -,674** | -,660**          | -,784** | ,597**            | ,755**            |
| Toplam             |              |             |           | 1       | -,525*                | -,291                 | -,601**             | -,406*                | -,087                 | ,942**      | ,809**  | ,885**           | ,905**  | -,474*            | -,626**           |
| Ctq Duygusal Abuse |              |             |           |         | 1                     | ,412*                 | ,545*               | ,712**                | ,209                  | -,527*      | -,604** | -,363*           | -,403*  | ,691**            | ,767**            |
| Ctq Fiziksel Abuse |              |             |           |         |                       | 1                     | ,342*               | ,213                  | ,044                  | -,289       | -,409*  | -,228            | -,145   | ,383*             | ,491*             |
| Ctq Cinsel Abuse   |              |             |           |         |                       |                       | 1                   | ,552*                 | -,085                 | -,589**     | -,390*  | -,415*           | -,668** | ,536*             | ,581**            |
| Ctq Duygusal İhmal |              |             |           |         |                       |                       |                     | 1                     | ,346*                 | -,433*      | -,399*  | -,257            | -,359*  | ,591**            | ,523*             |
| Ctq Fiziksel İhmal |              |             |           |         |                       |                       |                     |                       | 1                     | -,029       | -,271   | -,161            | ,070    | ,168              | ,070              |
| Beden Genel        |              |             |           |         |                       |                       |                     |                       |                       | 1           | ,676**  | ,742**           | ,881**  | -,432*            | -,577**           |
| Yüz                |              |             |           |         |                       |                       |                     |                       |                       |             | 1       | ,761**           | ,536*   | -,502*            | -,692**           |
| Beden Uyeleri      |              |             |           |         |                       |                       |                     |                       |                       |             |         | 1                | ,706**  | -,400*            | -,514*            |
| Gövde              |              |             |           |         |                       |                       |                     |                       |                       |             |         |                  | 1       | -,381*            | -,483*            |
| Beck Anksiyete     |              |             |           |         |                       |                       |                     |                       |                       |             |         |                  |         | 1                 | ,791**            |
| Beck Depresyon     |              |             |           |         |                       |                       |                     |                       |                       |             |         |                  |         |                   | 1                 |

Tabloda verilen değerler Pearson korelasyon katsayısıdır (r).

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.001$

### III.F. Travmatik yaşam olaylarının benlik saygısı ve beden algısı ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Travmatik yaşam olaylarının benlik saygısı ve beden algısı ile ilişkisinin değerlendirilmesi amacıyla tüm örneklem grubu:

1. Travmatik yaşam olayı ve YB olmayanlar (n=20),
2. YB olup travmatik yaşam olayı olmayanlar (n=9) ve
3. YB olup travmatik yaşam olayı olanlar (n=25) olmak üzere 3’e ayrıldı.

CTQ-28 ölçeğinin fiziksel ihmal dışındaki tüm alt grupları ile toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu. 3. grubun CTQ-28 puanları ortalanca değerleri diğer iki gruptan daha yüksekti.

BBÖHOA yüz alt ölçeği dışındaki tüm BBÖHOA alt ölçek skorları ve toplam skorları arasındaki fark gruplar arasında anlamlılık göstermiyordu. CBSÖ, Beck Depresyon ve

Anksiyete ölçekleri puanları ortanca değerleri de gruplar arasında anlamlı farklılık gösteriyordu.

Tablo 29’da her 3 grup arasındaki CTQ-28, CBSÖ, BBÖHOA, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri arasındaki Kruskal-Wallis testi sonuçları özetlenmiştir.

**Tablo 29:** Travma Gruplarına Göre Ölçek Puanları Farkları Kruskal-Wallis Testi Tablosu

|                       | Tanimlayici analizler         |                               |                               | Istatistik parametreler |    |      |
|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------|----|------|
|                       | Travma (-)/Yeme Bozukluğu (-) | Travma (-)/Yeme Bozukluğu (+) | Travma (+)/Yeme Bozukluğu (+) |                         |    |      |
|                       | N=20                          | N=9                           | N=25                          | H                       | sd | p    |
|                       | Ortanca                       |                               |                               |                         |    |      |
|                       | (min-max)                     |                               |                               |                         |    |      |
| ctq28 toplam          | 5,45 (5-8)                    | 5,5 (5-6)                     | 8,6 (5-12)                    | 24,46                   | 2  | ,000 |
| ctq duygusal istismar | 5 (5-11)                      | 7 (5-7)                       | 10 (5-17)                     | 28,46                   | 2  | ,000 |
| ctq fiziksel istismar | 5 (5-9)                       | 5 (5-5)                       | 5 (5-15)                      | 12,21                   | 2  | ,000 |
| ctq cinsel istismar   | 5 (5-8)                       | 5 (5-5)                       | 5 (5-14)                      | 11,23                   | 2  | ,004 |
| ctq duygusal ihmal    | 8,5 (6-15)                    | 9 (6-10)                      | 15 (6-26)                     | 11,89                   | 2  | ,003 |
| ctq fiziksel ihmal    | 3 (3-5)                       | 3 (3-3)                       | 3 (3-7)                       | 4,71                    | 2  | ,095 |
| Beck depresyon        | 3,5 (0-34)                    | 5 (0-15)                      | 19 (0-48)                     | 14,29                   | 2  | ,001 |
| Beck anksiyete        | 7,5 (0-21)                    | 5 (0-29)                      | 16 (0-56)                     | 10,91                   | 2  | ,004 |
| CBSÖ                  | 80 (52-96)                    | 72 (20-84)                    | 60 (12-92)                    | 12,1                    | 2  | ,002 |
| BBÖHOAtoplam          | 16,18 (13-20)                 | 14,6 (10-20)                  | 14 (7—20)                     | 5,557                   | 2  | ,62  |
| BBÖHOAgövde           | 4 (3-5)                       | 3,4 (2-5)                     | 3,2 (1-5)                     | 4,46                    | 2  | ,107 |
| BBÖHOAbedenüye        | 4,25 (3-6)                    | 4 (3-6)                       | 4 (2-5)                       | 1,54                    | 2  | ,462 |
| BBÖHOAyüz             | 4,3 (3-5)                     | 4,1 (3-5)                     | 3,8 (1-5)                     | 6,22                    | 2  | ,04  |
| BBÖHOAgenel           | 4 (2-5)                       | 3 (2-5)                       | 3,14 (1-5)                    | 5,43                    | 2  | ,06  |

### **III.G. Ek Bulgular**

#### **III.G.1. İntihar girişimi ve kendine zarar verici davranışların cinsel istismar öyküsü ile ilişkisi**

AN alt grubunda toplamda 4 kişi geçmişte intihar girişimi tanımlıyordu. Bu olguların 3'ünde cinsel istismar öyküsü yokken, birinde cinsel istismar yaşantısı mevcuttu. BN alt grubunda ise toplamda 9 kişide intihar girişimi öyküsü mevcut iken, bunların 3'ünde cinsel istismar öyküsü yoktu, 6'sında cinsel istismar mevcuttu. Her iki hastalık alt grubunda cinsel istismar ve intihar girişimi arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi (AN için:  $\chi^2(1)=0,137$ ;  $p=0,712$ , BN için  $\chi^2(1)=2,00$ ;  $p=0,157$ ). Tüm hasta grubuna bakıldığında; toplamda 13 olguda geçmişte intihar girişimi öyküsü olup bu grupta 7 kişinin cinsel istismar yaşantısı mevcuttu. Cinsel istismar öyküsü olan 12 kişinin ise 7'si (%58,3) intihar girişiminde bulunduğunu bildiriyordu. İntihar girişimi olan kişilerin cinsel istismar öyküsü açısından yapılan karşılaştırılmasında; her iki grup arasında sayısal olarak fark saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuyordu ( $\chi^2(1)=3,172$ ;  $p=0,75$ ).

AN alt grubunda 1 kişide self-mutilasyon öyküsü mevcut olmakla birlikte bu olguda cinsel istismar yoktu. BN alt grubunda ise 5 olgu self-mutilasyon bildirmekte ve bu olguların 3'ünde cinsel istismar öyküsü bulunmakta idi. Tüm hasta grubuna bakıldığında cinsel istismara uğrayan 12 kişiden 3'ü self-mutilasyon tarif etmekte idi. Self-mutilatif davranış öyküsü olan kişilerin cinsel istismar öyküsü açısından yapılan karşılaştırılmasında; her iki grup arasında sayısal olarak fark saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlılık bulunmuyordu ( $\chi^2(1)=0,690$ ;  $p=0,406$ ).

#### **III.G.2. Travma yaşantıları ile psikiyatrik ek tanıların karşılaştırılması**

Tüm hasta grubu, en az bir travma yaşantısı olanlar ve olmayanlar şeklinde ikiye ayrıldığında, 25 kişide en az bir travmatik yaşantı öyküsü mevcuttu. Tüm hasta grubunun içerisinde ise 15 kişide herhangi bir psikiyatrik ek tanı mevcuttu. Bu kişilerden 3'ünde herhangi bir travma yaşantısı bulunmazken, 12'sinde en az bir çocukluk ağı travması mevcuttu. Travmatik yaşam olayları ile psikiyatrik ek tanı sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık bulunmuyordu ( $\chi^2(1)=0,577$ ;  $p=0,477$ ).

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

AN ve BN tanısı almış kadın hastalar ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırılması ile gerçekleştirilen bu çalışmada, yeme bozukluğu hastalarının geçmiş travmatik yaşam olayları varlığı ve bunların beden algısı ve benlik saygısı üzerine etkisi araştırılmıştır.

Hastalarla kontroller yaş, eğitim düzeyleri ve medeni durumları açısından eşleştirilmişti. Hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 18,26 (SS=4,64) idi. Örneklemimizde saptanan bu bulgu yeme bozukluklarının ergenlik yıllarında başlayan bir hastalık olduğu bilgisini doğrular nitelikteydi (29, 30).

Hastaların %55'inden fazlası üniversite öğrencisi ya da mezunuydu. Bu bulgu yeme bozukluklarının lise ve üniversite öğrencilerinde yaygın olduğuna dair literatür verileriyle uyumluydu (74).

Ailelerinin gelir düzeyleri açısından yapılan karşılaştırmalarda hasta ve kontrol grubu arasında fark saptanmadı. Hasta ve kontrol grubunun çoğunluğunun ailesi orta ve iyi gelirli ailelerden oluşmaktaydı. Literatürde yeme bozukluğu hastalarının ailelerinin gelir düzeyinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi böyle bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (316).

Çalışmamızda hastaların %38'inde yeme bozukluğunun yanı sıra en az bir I. eksen ek tanısı bulunmaktaydı. Eş tanılar ağırlıklı duygudurum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları grubundaydı. Hastaların %11,7'sinde duygudurum bozukluğu, %26,5'inde TSSB ve %11,8'inde TSSB dışı bir anksiyete bozukluğu mevcuttu.

AN ve BN hastalarında görülen en sık psikiyatrik eş tanılı durum %50-70 oranıyla major depresif bozukluktur (36, 64). Açlık ve/veya protein malnütrisyonu ile kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) artışı ve/veya serotonin işlevinde azalma olmasının yeme bozukluklarında depresif semptomatolojiye katkı yapıyor olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda yer alan 34 hastanın 1'inde bipolar bozukluk, 3'ünde ise major depresif bozukluk olmak üzere 4'ünde bir duygudurum bozukluğu olması literatürle uyumludur.

2007 yılında yayınlanan kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında yaşam boyu en az bir anksiyete bozukluğu eş tanısı sıklığı BN grubunda %25 ile 75 arasında; AN grubunda %23 ile 75 arasında bildirilmiş; en sık eşlik eden anksiyete bozukluğunun OKB ve sosyal anksiyete bozukluğu olduğu belirtilmiştir (35).

Çalışmamızda saptanan OKB sıklığı, literatürde bildirilen oranların altında kalmakla birlikte önemli bir eş tanı grubunu teşkil ediyordu. Çalışmamızdaki eş tanı dağılımı, yeme

bozukluklarında yüksek oranlarda duygudurum ve anksiyete bozukluğu eş tanıları bulunduğunu bildiren literatür bilgileriyle uyumluydu (64, 155).

Çalışmamızda en yüksek eş tanı grubu TSSB idi. Hasta grubunda 9 olguda (%26,5) TSSB ek tanısı mevcuttu. Literatürde YB olgularında TSSB prevalansı % 1 ile 52 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir (21, 317, 318, 319). Bu geniş prevalans aralığının örneklemedeki, değerlendirme ve ölçme yöntemlerindeki farklılıklardan ve yaşam boyu TSSB tanısı ile değerlendirme anındaki TSSB tanısından kaynaklandığı düşünülmektedir. National Women's Study verilerine göre yaşam boyu TSSB prevalansı BN hastaları için %36,9, TYB hastaları için %21 ve YB olmayan kadınlar için %11,8 olarak bildirilmektedir (21). AN hastalarında yaşam boyu TSSB prevalansı % 10 (319) ile %47 (318) arasında bulunmuştur. 2011 yılında Reyes-Rodriguez ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada 753 AN hastasının 103'ünde (%13,7) TSSB tanısı saptanmış, kısıtlayıcı tip AN olgularında TSSB sıklığının çıkartma tipi AN'lere kıyasla anlamlı oranda daha az olduğu bulunmuştur. TSSB eş tanısı olan olgularda travma yaşantısının sıklıkla cinsel istismar olduğu, genellikle de hastalık ortaya çıkmadan önce cinsel istismara maruz kalındığı bildirilmiştir. Bu çalışmada yeme bozukluğu hastalarının geçmiş travmatik yaşantılarının ve TSSB belirtilerinin sorgulanmasının önemine dikkat çekilmiş, YB tedavilerinin travma varlığına göre modifiye edilmesi önerilmiştir (320). Turnbull ve arkadaşları tarafından yapılan, 164 YB olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada ise yaşam boyu TSSB prevalansı %11, değerlendirme anındaki TSSB prevalansı ise %4 olarak saptanmıştır (321).

Çalışmamızda en yüksek eş tanı oranının TSSB'de bulunmuş olması şaşırtıcı bir bulgu olmakla birlikte; literatürde travma öyküsünün ve TSSB belirtilerinin özellikle sorgulanmadığı durumlarda gözden kaçabildiği, tedavide bu alandaki çalışmaların eksik kalabildiğine dikkat çeken yayınlar mevcuttur (320). Elde ettiğimiz bu bulgu YB'ları ile çalışırken çocukluk çağı travmalarının dikkatle sorgulanması gerektiğine vurgu yapıyor olması nedeniyle önem arz etmektedir.

Çalışmamızda 16 AN hastasının 3'ünde (%18,8), 18 BN hastasının 6'sında (%33,3) TSSB tanısı mevcuttu. YB grubunda TSSB eş tanısı sıklığı literatürdeki bulgularla uyumluydu (21, 318, 319, 320). Çalışmamızda TSSB sıklığı, BN hastalarında AN hastalarından daha fazlaydı ve bu sonuç literatürde bildirilen veriler ile uyumluydu (21). Travmaya cevapta ve AN'de HPA-aksında hiperaktivite olduğu gösterilmiştir (246, 252, 253). Aynı şekilde TSSB'de emosyon regülasyonu ve korku yanıtlarından sorumlu tutulan amygdalada aktivite artışı olduğu bilinmektedir. Yeme bozukluklarında amygdala aktivitesi direk olarak araştırılmamış olmakla birlikte AN'de atipik amygdala hiperaktivitesi olduğunu

bildiren çalışmalar mevcuttur (254). Bu bulgular, erken dönemde stres maruziyetinin HPA aksında hiperaktivite ile sonuçlandığını, uzun dönem stres maruziyetinin ise anormal korku cevabı ve emosyon regülasyonunda görev alan amygdalada yapısal yahut işlevsel değişiklikler olabileceğini düşündürmektedir (255). Bu, yeme bozuklukları ile TSSB birlikteliğini açıklamada üzerinde durulan bir bulgu olmakla birlikte daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olan bir alandır.

İkinci eksen ek tanılarının dağılımına bakıldığında, hasta grubunda 4 kişide (%11,7) BKB ek tanısı bulunmaktaydı ve bu olguların tamamı BN grubunda yer almaktaydı.

YB’da kişilik bozuklukları komorbiditesinin araştırıldığı çalışmalarda BN ve BKB arasında yakın bir ilişkinin var olduğu bildirilmektedir (322). BN ve MDB tanısı olan 15 kişi ile BN tanısı olan 15 kişi ve 15 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı bir çalışmada; MDB ve BN tanısı olan hastaların %46’sında ve sadece BN tanısı olan hastaların %33’ünde en az bir ikinci eksen ek tanısı saptanmış olup en sık eşlik eden kişilik bozukluğu tanısının BKB olduğu bulunmuştur (323). Schmidt ve arkadaşları tarafından yapılan, niversite ğrencisi kadınlarda BN ve kişilik bozuklukları komorbiditesinin araştırıldığı bir çalışmada BN tanılı kişilerin %61’inde, TYB tanılı kişilerin %13’ünde ve kontrollerin %4’ünde bir kişilik bozukluğunun var olduğu; en sık eştanının BKB olduğu bulunmuştur (324). YB tanılı 210 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, hasta grubunun %27’sinde, en sık BKB olmak üzere bir kişilik bozukluğu tanısının mevcut olduğu, BKB tanısı alan olguların tamamının BN grubunda olduğu bulunmuştur (325). 28 araştırmanın gözden geçirildiği bir metaanaliz çalışmasında; yeme bozukluğu olan hastaların %58’inde bir kişilik bozukluğunun eşlik ettiği, bulimiya nervoza hastalarında B kümesi kişilik bozukluklarının (%44) ve bu kümeden sınır kişilik bozukluğunun (%31), anoreksiya nervoza hastalarındakine göre fazla olduğu saptanmıştır (322).

Özetle bugüne kadarki araştırmalarda BN’ye BKB ek tanısının eşlik etme sıklığı %27 ile %61 arasında bildirilmekte, kişilik bozukluğu komorbiditesinin BN’de AN’de olduğundan daha yüksek oranlarda bulunduğu ifade edilmekte, kişilik bozukluğu ek tanısının eşlik ettiği BN tanılı hastalarda çocukluk ağı travmasının sorgulanmasının önemine dikkat çekilmektedir. Çalışmamızda BN hastalarının %22’sinde BKB ek tanısının varlığına rağmen, AN hastalarında kişilik bozukluğu komorbiditesinin saptanmamış oluşu, kişilik bozuklukları komorbiditesinin BN hastalarında AN hastalarından daha sık olduğu şeklindeki literatür verileri ile uyumludur.

Çalışmamızda birinci hipotezimiz; yeme bozukluğu hastalarının çocukluk ağı travma ve ihmal yaşantılarının sağlıklı kontrollerden yüksek olacağı idi. Bu amaçla öncelikli olarak

travma değerlendirme formundan elde edilen veriler ve ardından Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği skorları kullanıldı.

Travma değerlendirme formu yanıtlarına göre örneklemimizde duygusal ve fiziksel istismar sıklığı, hasta grubunda sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Cinsel istismar sıklığı ise rakamsal ve oransal olarak hasta grubunda daha yüksek olmakla birlikte sağlıklı kontrollerle istatistiksel anlamlılık göstermiyordu. Bu durumun, istismarı saptamak üzere kullanmış olduğumuz formda istismar tanımlarının geniş tutulmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünüldü.

İstismar ve ihmal yaşantılarını saptamak üzere uyguladığımız Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) toplam puanları ile aynı ölçeğin fiziksel ihmal dışında kalan tüm alt ölçek puanlarında hasta grubu ile sağlıklı kontroller arasında anlamlı fark mevcuttu. Hasta grubunun duygusal-fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ihmal skorları kontrollerden belirgin olarak daha yüksekti. Travma değerlendirme formu sonuçlarında gösterilememiş olan cinsel istismara maruz kalma sıklığı farkı daha nesnel bir ölçüm yöntemi olan CTQ-28 sonuçlarında gösterilebilmiş; bu ölçekte elde edilen sonuçların öz-bildirime dayalı bir anketten elde edilen sonuçlardan daha tutarlı olduğu düşünülmüştür.

1990'lı yılların ortalarında yapılan yaygınlık çalışmalarında tüm bireylerin yarısından fazlasının en az bir travmatik deneyiminin olduğu (14, 15, 16, 17, 326); 2011 yılında yapılan ve 753 AN hastasının değerlendirildiği bir çalışmada ise katılımcıların üçte birinde en az bir travmatik yaşam olayı öyküsünün mevcut olduğu (320) bildirilmiştir. Yaygınlık rakamlarının bu denli yüksek oluşu oldukça endişe verici olmakla birlikte çalışmamızda da bu oranlara yakın sıklıklar elde edilmiştir.

İstismar alt türlerine bakıldığında; hasta grubumuzun %94'ü yaşam boyu, %62'si 18 yaşından sonra duygusal istismara maruz kaldığını bildirmiştir. CTQ-28 ölçeği duygusal istismar ve duygusal ihmal alt ölçek skorları da hasta grubunda kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek tespit edilmiştir. Duygusal şiddete uğradığını bildiren hastalar, şiddeti uygulayan kişileri %35'inde anne, %15'inde baba, %20'sinde ise bir başka aile üyesi olarak rapor etmişlerdir. Bu bulgu istismarcının sıklıkla aile içinden veya akrabalarından biri olduğu şeklindeki literatür bilgileri ile uyumludur (259, 260, 261).

Kent ve arkadaşlarının 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada, diğer istismar türleri kontrol edildikten sonra bozulmuş yeme davranışının birincil prediktörünün çocukluk çağı duygusal istismarı olduğu bulunmuştur (274). Corstorphine ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir çalışmada 102 YB hastası travmatik yaşam olayları açısından değerlendirilmiş; tüm YB hastalarının %42'sinde, AN grubunun %31'inde ve BN grubunun

%52'sinde duygusal travma öyküsünün var olduğu bulunmuştur (327). 145 TYB olgusunun değerlendirildiği bir başka çalışmada, tüm hastaların %83'ünde en az bir çocukluk çağı travması, %59'unda duygusal istismar, %69'unda duygusal ihmal olduğu bulunmuştur (284).

Hasta grubumuzdaki duygusal istismar oranları yaygın literatür verilerinden biraz daha yüksek olmakla birlikte, YB hastalarında duygusal istismar ve ihmal yaşantılarının sağlıklı kontrollerden yüksek tespit edilmiş olması literatür bulguları ile uyumludur.

Fiziksel istismar sonuçlarına bakıldığında; hasta grubumuzun %64'ü 18 yaşından önce; %41'i 18 yaşından sonra olmak üzere fiziksel şiddete maruz kaldığını ifade etmekteydi. Hasta ve kontrollerin fiziksel istismar yaşantıları sıklığı arasında ileri derecede anlamlılık mevcuttu. CTQ-28, fiziksel istismar alt ölçek skorları hasta grubunda kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte aynı ölçeğin fiziksel ihmal alt ölçek skorlarında hastalarla sağlıklı kontroller arasında fark yoktu.

Birçok çalışmada çocukluk çağı fiziksel istismarı ile kadın ve erkeklerde görülen YB semptomlarının ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (286, 328). Prospektif ve uzunlamasına bir çalışmada; cinsel istismar, fiziksel ihmal, aile içi şiddet varlığı ve yoksulluk gibi değişkenlerin, ergenlik ve erken erişkinlik yıllarında bozulmuş yeme davranışı ve kilo sorunları için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (229). Brady'e göre emosyon regülasyonu, bozulmuş yeme davranışının başlamasını ve sürmesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (283). Brady, travmatik aile ortamının bozulmuş yeme davranışındaki emosyon disregülasyonunun rolünü arttırdığını iddia etmektedir. Bu hipotezi doğrulamak adına 319 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada (283), fiziksel şiddete maruz kalmak ve tanıklık etmek ile bozulmuş yeme davranışı arasında ilişki saptanmış, bu ilişkinin cinsiyetler arasında farklı olmadığı gösterilmiş; aile içi fiziksel şiddetin bozulmuş yeme davranışlarına sebep olabileceği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da hasta grubunun %32'si aile içinde babalarının annelerine fiziksel şiddet uyguladığına tanıklık ettiğini bildirmiş, bu oran sağlıklı kontrollerden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.

Corstorphine ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir araştırmada 102 YB hastası travmatik yaşam olayları açısından değerlendirilmiş; tüm YB hastalarının %26,5'inde, AN grubunun %23'ünde ve BN grubunun %27,5'inde fiziksel travma öyküsünün var olduğu bulunmuştur (327). Grilo ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada TYB olgularının %36'sında fiziksel istismar, %49'unda fiziksel ihmal olduğu gösterilmiştir (284).

Çalışmamızda YB hastalarında fiziksel istismar yaşantılarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğu, aile içi şiddete tanıklık etme sıklıklarının sağlıklı kontrollerden fazla olduğu bulgusu yaygın literatür sonuçları ile uyumludur.

Travma Değerlendirme Formu'nda cinsel istismarın sorgulandığı sorularda; hasta grubunun %32'si 18 yaşından önce, %23'ü 18 yaşından sonra cinsel istismar yaşantısı bildirmişlerdir. Cinsel istismar açısından karşılaştırıldığında, hasta grubunda cinsel şiddet öyküsü rakamsal olarak daha fazla olmakla birlikte sağlıklı kontrollerle arasında istatistiksel anlamlılık saptanamamıştır, ancak CTQ-28 cinsel istismar alt ölçek skorlarında hastalarla kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca 18 yaşından sonra maruz kalınan cinsel istismarın maruziyet sıklığı hasta grubunda kontrol grubundan belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Kontrol grubundaki cinsel istismarların tamamı tek bir kez yaşanmış iken hasta grubunda tekrarlayan cinsel istismar öyküsü olduğu görülmüştür.

Cinsel istismar ve yeme bozuklukları ilişkisi uzun yıllardır araştırılmaktadır. Cinsel istismarın YB'ları için non-spesifik bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (13). Bu alanda yapılan ilk çalışmada 78 yeme bozukluğu hastası olumsuz cinsel deneyim açısından sorgulanmış ve hastaların yaklaşık üçte ikisinde cinsel istismar öyküsü pozitif bulunmuştur. Bu iki durum arasındaki ilişkinin mekanizması açıklanamamış olmakla birlikte çocukluktaki olumsuz cinsel yaşantıların yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (329). Wonderlich ve arkadaşları tarafından 97 kişinin değerlendirildiği bir çalışmada (271), çocukluk çağı cinsel istismarının YB ile ilişkili psikopatolojiyi predikte ettiği bulunmuştur. Çocukluğunda cinsel istismar ve erişkinlikte tecavüz yaşantısı olan katılımcıların diyetle kısıtlama davranışı ve kilo alma endişesinin diğer gruplardan belirgin derecede fazla olduğu bildirilmiştir. Bir araştırmada, yeme bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi edilen her 6 hastanın 5'inde bir cinsel travma yahut ensest öyküsü olduğu ifade edilmiş, bu hastaların yeme bozukluğu dışındaki ek psikiyatrik sorunlarının da daha fazla olduğuna dikkat çekilmiştir (330). Minovitz ve arkadaşları yeme bozuklukları, cinsel istismar ve madde bağımlılığını bir triad olarak tanımlamıştır (331). Yeme bozukluğu nedeniyle başvuran 158 hastanın değerlendirildiği bir başka araştırmada hastaların %38'inde cinsel istismar saptanmış, AN ve BN ile diğer yeme bozuklukları arasında cinsel istismar açısından anlamlı fark olduğu bildirilmiştir (332). 2003 yılında İtalya'da yapılan bir prevalans çalışmasında, 18 yaş öncesinde cinsel istismar öyküsünün AN ve BN ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (333). Corstorphine ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılan bir araştırmada 102 YB hastası travmatik yaşam olayları açısından değerlendirilmiş; tüm YB hastalarının %38'inde, AN grubunun %35'inde ve BN grubunun %37'sinde cinsel travma öyküsünün var olduğu bulunmuştur (327). 2001 yılında yapılan bir araştırmada TYB tanılı hastaların %30'unda cinsel istismar öyküsü pozitif bulunmuştur (284).

İntihar girişimi ve kendine zarar verici davranışların istismar öyküsü ile ilişkisini araştıran çalışmalarda özellikle cinsel istismar ile kendine zarar verici davranışlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (328, 334). Çalışmamızda cinsel istismar öyküsü olanlarda intihar girişimi ve self-mutilasyon öyküsü sayısal olarak daha fazla olmakla birlikte istatistiksel anlamlılık saptanamamış olup, bu durumun örneklemin küçüklüğü ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Gerek hasta grubumuzda gerekse sağlıklı kontrollerde cinsel istismara uğrama sıklıkları oldukça yüksek tespit edilmiştir. Elde edilen rakamlar çocukluk çağı cinsel istismarının yaygın bir sorun olduğunu doğrular niteliktedir ve literatürde bildirilen sonuçlar ile uyumluluk göstermektedir. YB'larında cinsel istismarın non-spesifik bir risk faktörü olduğu; mağdurun bedeninden utanç duymasını arttırdığı, bunun da bozulmuş yeme davranışına sebep olduğu düşünülmektedir. Yeme davranışındaki bozulma, bu duygusal durum ile başa çıkmayı kolaylaştırıyor olmakla birlikte kişinin bedeninin de değişimi ile sonuçlanmaktadır. Bir diğer nedensellik açıklaması, çocukluk çağı cinsel istismarının erişkinlik döneminde birçok farklı psikopatolojik değişime sebep olabileceği, bu durumun da YB'a yatkınlığı arttıracak şekildedir. Üçüncü nedensellik açıklaması ise; çocukluk çağı cinsel istismarının yaygın psikobiyolojik değişimlerle sonuçlandığı, bunun impulsif davranış kalıplarının gelişimine sebep olduğu ve özellikle impulsif özelliklerin belirgin olduğu bulimik davranış kalıpları ile sonuçlandığı şeklindedir.

İkinci hipotezimiz BN hastaları grubunun travma ve ihmal yaşantılarının AN grubundan daha fazla olacağı idi.

Travma Değerlendirme Formu'na verilen yanıtlara bakıldığında 18 yaşından sonra cinsel istismara maruz kalma sıklığı dışındaki istismar türlerinde AN ve BN grubu arasında fark gösterilememiş olmakla birlikte; CTQ-28 ölçeği toplam puanı ile duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve duygusal ihmal alt ölçek skorlarında BN grubu ile AN grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır. Sadece fiziksel ihmal alt ölçeğinde fark bulunamamış olmakla birlikte, bu alt ölçekte hastalar ve sağlıklı kontroller arasında da fark gösterilememiştir. Travma değerlendirme formunda yapılan istismar tanımlarının kapsamının oldukça geniş olarak belirlenmiş olmasının gruplar arasında fark saptanamamış olmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Ancak CTQ-28 ölçeği toplam puanı ve fiziksel ihmal dışında kalan alt ölçeklerde elde edilen bulgular literatürde var olan verilerle benzerlik göstermektedir (221, 222, 223, 241, 242, 243). BN grubunda travmatik yaşam olaylarının daha sık görülüyor olması ile uyumlu olacak şekilde örnekleminizde TSSB prevalansı BN hastalarında AN hastalarından daha fazlaydı ve bu sonuç literatürde bildirilenler ile uyumluydu (21).

Kısıtlayıcı ve çıkartma tipi AN'nin klinik görünümüleri ve eşlik eden psikiyatrik tanılar karşılaştırıldığında, çıkartma tipi AN'nin fenotipik olarak BN'ye oldukça yakın durduğu söylenmektedir. Travmatik yaşam olaylarının da çıkartma tipi AN hastalarında kısıtlı tipte AN hastalarından daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (320). Bu bulguyu kendi örneklemimiz için değerlendirdiğimizde; oransal olarak çıkartma tipi AN olgularının daha fazla travmatik deneyimi olduğu bulunmuş ancak her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. AN örneklemini büyüklüğündeki kısıtlılığın bu farkı göstermedeki yetersizliğin kaynağı olduğu düşünülmüştür.

Son hipotezimiz; travma ve ihmal yaşantısı olanların, olmayanlar ve sağlıklı kontrollere göre benlik saygısı düzeylerinin daha düşük, beden algılarının daha bozuk olacağı idi.

Hasta grubunda CTQ-28 ölçeği toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal alt ölçek skorları ile Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği skorları arasında negatif yönde korelasyon mevcuttu. Travmatik yaşantı skorları arttıkça benlik saygısı skorlarında düşme gözleniyordu. Yine hasta grubunda CTQ-28 toplam puanı, duygusal istismar ve cinsel istismar alt ölçek puanları ile BBÖHOA toplam puanı, beden genel görünümü, beden üyeleri, yüz görünümü, gövde alt ölçek skorları arasında negatif yönde korelasyon mevcuttu. Travma yaşantıları arttıkça beden bölgelerinden ve özelliklerinden memnun olma derecesi azalıyordu.

CTQ-28 fiziksel istismar alt ölçek skoru ile BBÖHOA yüz alt ölçek skoru arasında negatif yönde korelasyon saptanmakla birlikte diğer beden bölgelerinden memnuniyet düzeyleri arasında ilişki yoktu. CTQ-28 fiziksel ihmal alt ölçeği ile beden bölgelerinden memnuniyetsizlik arasında da ilişki saptanamamıştır.

Son hipotezimizi test etmek üzere; tüm örneklem grubu travmatik yaşam olayı ve YB olmayanlar, YB olup travmatik yaşam olayı olmayanlar ve YB olup travmatik yaşam olayı olanlar olmak üzere üçe ayrılmış ve bu üç grup CTQ-28 ile BBÖHOA, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği skorları açısından karşılaştırılmıştır. CTQ-28 ölçeğinde fiziksel ihmal alt ölçeği hariç olmak üzere diğer tüm alt ölçekler ve toplam skorlar; Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Beck Anksiyete Ölçeği skorları travma yaşantısı olanlarda anlamlı derecede farklı bulunmuştur. BBÖHOA'de ise yalnızca yüz alt ölçeği skorlarında istatistiksel anlamlılık elde edilmiş, diğer alt ölçek skorları ve toplam skorla ilişki bulunamamıştır.

Briere ve Runtz tarafından yapılan bir araştırmada cinsel, fiziksel ve duygusal istismarın benlik saygısı, agresyon ve cinsel fonksiyon bozuklukları ile olan ilişkisine

bakılmış ve duygusal istismar ile benlik saygısı düşüklüğü arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Çalışma sonuçları, erken çocukluk döneminde özellikle ebeveynin yoğun eleştirel ve aşağılayıcı tutumunun çocuk tarafından içselleştirildiği ve bunun ilerde benlik saygısında düşme ile sonuçlandığı şeklinde yorumlanmıştır (335). Gross ve Keller tarafından yapılan bir araştırmada düşük benlik saygısının, fiziksel istismardan daha çok olarak duygusal istismar ile ilişkili olduğu; duygusal istismarın düşük benlik saygısının prediktörü olduğu saptanmıştır (336). Mullen ve arkadaşları tarafından yapılan, 107 kadının çocukluk çağı istismarı açısından değerlendirildiği bir çalışmada; yeme bozuklukları ile özellikle cinsel ve duygusal istismarın ilişkili olduğu, düşük benlik saygısının duygusal istismar varlığında daha belirgin olduğu bildirilmiştir (337).

Araştırmalarda özellikle cinsel istismarın kişinin bedeninden duyduğu utanç arttırdığı, bunun yeme davranışında bozulma ile sonuçlandığı, bu davranış değişikliklerinin sonucu olarak da utanç duyulan bedenin görünümünün değiştiği ve mağdurun tekrar kendi bedenini kontrol edebiliyor ve geçmiş istismar yaşantısı ile başa çıkabiliyor hissi yaşadığı söylenmektedir. Bu nedenle istismar öyküsü ile YB'ları arasındaki ilişkinin mediyatörünün bedenden hoşnutsuzluk olduğu düşünülmüştür. Cinsel istismarın beden imajı, kimlik bütünlüğü, kişiler arası ilişkiler üzerine belirgin ve uzun süreli etkileri olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (273). Bozulmuş yeme davranışı ve travma teorisinin stres-yatkınlık modeline göre, her tür çocukluk çağı istismarının bireyde sınır ihlali olarak yaşandığı ve güven sorunu yarattığı; istismarın devamlı ve tekrarlayıcı olduğu durumlarda çocuğun benlik kavramı ve benlik saygısında azalmaya neden olduğu düşünülmektedir. Bu teoriye göre, azalmış benlik saygısı güçlü afektlerle baş etmede zorluğa neden olmakta, genel anlamda stres maruziyetine yatkınlık sağlamakta ve örneğin yeme davranışlarında bozulma gibi uygunsuz baş etme stratejileri gelişimine yol açmaktadır (285).

Çalışmamızda elde edilen travmatik çocukluk çağı yaşantılarının benlik saygısında azalmaya neden olduğu bulgusu literatürle uyumlu idi. CTQ-28 toplam skoru, cinsel istismar ve duygusal istismar alt ölçek skorları ile BBÖHOA'nın tüm puanları arasındaki negatif yöndeki korelasyonlar da var olan literatür verileri ile paralellik göstermekteydi. Sadece CTQ-28 fiziksel istismar alt ölçek skorları ile BBÖHOA yüz alt ölçek skorları arasında negatif yönde korelasyonların saptanması, bunun dışında fiziksel istismar ile beden memnuniyetsizliğinin diğer alanları arasında korelasyon bulunmaması literatürde daha önce olmayan ve şaşırtıcı olarak kabul edilen yeni bir bulguydu.

Yine örneklemimizin travmatik yaşam olayı varlığına göre 3 gruba ayrılması ve grupların birbirleriyle CTQ-28, BBÖHOA ve CBSÖ puanları açısından karşılaştırılmasında;

CTQ-28 fiziksel ihmal alt ölçeği dışında kalan tüm skorlarının travma yaşantısı olan ve YB tanılı grupta diğer iki gruptan daha yüksek olduğu, bu grubun CBSÖ skorlarının da diğer gruplardan daha düşük olduğu bulgusu literatür verileri ile uyumluydu. Bu 3 grup, BBÖHOA skorları açısından karşılaştırıldığında; sadece yüz görünümünden memnuniyet alt ölçeği skorları açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulgusu; tıpkı korelasyon analizlerinde elde edilene benzer şekilde şaşırtıcı bir bulguydu.

Çalışmamızın ek bulgularında; hastaların %38'inde geçmişte intihar girişimi, %17'sinde kendine zarar verici davranış öyküsü saptanmıştır. Yeme bozukluklarında intihar girişimi sık görülen bir davranıştır. Bu alanda yapılan bir gözden geçirme çalışmasında intihar sonucu ölümlerin özellikle AN hastalarında BN hastalarına göre daha sık görüldüğü, bununla birlikte AN ve BN hastalarının intihar girişimi oranlarında belirgin bir fark olmadığı bildirilmiştir (338). Bir başka çalışmada yeme bozukluğu hastalarının intihar girişimleri prospektif olarak incelenmiş ve 8 yıllık izlem süresinde hastaların %15'inin intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. Bu çalışmada anorektik hastaların çalışmanın başlamasından önceki intihar girişimlerinin izlem sürecindeki intihar girişimlerini yordadığı da bildirilmiştir (339).

Çalışmamızda yüksek oranda intihar girişimi öyküsü saptanmış olması hastaların tedavi sürecinde bu nokta üzerinde hassasiyetle durulması gerektiğini gösteren bir bulgudur.

Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi karşılaştırmalarında hastaların “beden üyelerinden memnuniyet” alt ölçek skorları dışındaki tüm alt ölçekler için ortalama skorlarının kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle hastalar bedenlerinin görünümü ile ilgili genel bir hoşnutsuzluk belirtmektedirler. Bununla birlikte AN ve BN gruplarının BBÖHOA skorlarına bakıldığında BN grubunun ölçek skorlarının AN grubundan daha düşük olduğu saptanmıştır.

Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği ile yapılan değerlendirmede hasta grubunda benlik saygısının kontrollere göre anlamlı derecede düşük düzeyde olduğu saptanmış olup, bu bulgu yeme bozuklukları ile benlik saygısı arasındaki ilişkiye işaret eden literatür verileriyle uyumludur (217, 224).

## BÖLÜM V

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda yeme bozukluğu hastalarının sağlıklı kontrollerden daha yüksek oranda duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal açıdan ihmale maruz kaldığı, bulimiya nervoza hastalarının travma ve ihmal yaşantılarının anoreksiya nervoza grubundan yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte sağlıklı kontrollerin bildirdiği istismar yaşantılarının fazlalığı da dikkat çekici bulunmuştur. Çocuk istismarı yüzyıllardır bilinen, ortaya çıkan rakamlardan çok daha yüksek oranlarda var olduğu düşünülen, tekrarlayabilir nitelikte, fiziksel ve ruhsal yaralanmaya neden olan, dolayısıyla tıbbi olduğu kadar sosyal yönü de bulunan bir halk sağlığı sorunudur. İstismar yaşantılarının yalnız yeme bozukluklarıyla değil, birçok psikiyatrik hastalıkla saptanmış olan ilişkisi koruyucu psikiyatrik önlemlerin alınmasının, bu nedenle çocuk istismarı ile ilgili olarak toplumsal farkındalığın artırılmasının gerekliliğine işaret etmesi açısından önemlidir. Ayrıca istismar yaşantılarının rutin psikiyatri pratiği içerisinde sorgulanmasının gerekliliği de bir kez daha tespit edilmiştir.

Tüm istismar türlerinde istismarı uygulayanların sıklıkla ebeveynlerden biri ya da diğer aile üyeleri olduğu, aile içi duygusal ve fiziksel şiddete tanıklık etmenin hasta grubunda daha belirgin olduğu, istismar maruziyetinin ve sıklığının hasta grubunda sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu, hasta grubunda istismarın daha ciddi düzeylerde yaşandığı saptanmıştır. Özellikle kadına yönelik şiddet sıklığının her geçen gün arttığı bilinen ülkemizde yeme bozuklukları gibi yüksek oranda kadınları etkileyen bir psikiyatrik hastalık grubu ile şiddet ilişkisi daha dikkatli sorgulanmalıdır.

Çocukluk çağında maruz kalınan duygusal, fiziksel ve cinsel istismarın bireyin benlik saygısında ileri derecede düşme ile sonuçlandığı bulgusu çalışmamızda da tekrarlanmıştır. Erken gelişim evrelerinde maruz kalınan her türlü örseleyici deneyim, eleştiri, ihmal ve saldırı yaşantısı kişinin kendine dair değerlendirmelerini bozuyor, dış dünyadan kendisine yansımış olan olumsuz algı içselleştiriliyor, bu durum benlik saygısında azalma ile sonuçlanıyor olabilir.

Çalışmamızdaki “travma yaşantısı olan bireylerde beden bölgelerinden memnuniyetsizliğin artacağı” yönündeki hipotezimiz; yapılan korelasyon analizlerinde duygusal istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal için doğrulanmış olup, fiziksel istismar ile sadece yüz görünümünden memnuniyetsizlik arasında ilişki saptanmıştır. Yine duygusal

ihmal ile beden üyelerinden memnuniyetsizlik hariç olmak üzere diğer beden bölgelerinden memnuniyetsizlik arasında ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızın ana kısıtlılıklarından birinin örneklem büyüklüğümüzün sınırlılığı olduğu; özellikle hastalık alt gruplarının arasındaki travmatik yaşantı sıklığı, TSSB ek tanısı varlığı, geçmiş intihar ve kendine zarar verici davranış öyküsü ile istismar ilişkisinin araştırıldığı durumlarda literatür verilerinden farklı olarak saptanan bulguların bu kısıtlılıkla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bir diğer kısıtlılık alanı; travmatik yaşam olaylarını değerlendirmek üzere kullanılan anket sorularında istismar tanımlarının oldukça geniş kapsamlı yapılmış olmasıdır. İleriki çalışmalarda standardize edilmiş istismar tanımlarına ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

## BÖLÜM VI

### YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorder* 2003; 34: 383-396.
2. Şar V, Ross CA. Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatric Clinics of North America* 2006; 29(1): 129-44.
3. Şar V. Developmental trauma, complex PTSD and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology* 2011; 2:5662.
4. Chapman DP, Anda RF, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Whitfield CL. Epidemiology of adverse childhood experiences and depressive disorders in a large health maintenance organization population. *Journal of Affective Disorders* 2004; 82(2): 217-25.
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14(4) :245-58.
6. Dube SR, Fairweather DL, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine* 2009; 71(2): 243-50.
7. Dietz PH, Spitz AM, Anda RF, Williamson DF, McMahon PM, Santelli JS. Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of American Medical Association* 1999; 282(14):1359-64.
8. Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics* 2000; 106(1):E11.
9. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti VJ. Body weight, obesity, and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders* 2002; 26 (8):1075-82.
10. Dong M, Dube SR, Felitti VJ, Giles WH, Anda RF. Adverse childhood experiences and self-reported liver disease: new insights into a causal pathway. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163 (16):1949-56.

11. Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: the Adverse Childhood Experiences Study. *Circulation* 2004; 110 (13):1761-6.
12. Anda RF, Dong MX, Brown DW, Felitti VJ, Giles WH, Perry GS. The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members. *BMC Public Health* 2009; 9(106):1-10.
13. Brewerton TD. Eating disorders, trauma and comorbidity: focus on ptsd. *Eating Disorders* 2007; 15: 285-304.
14. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 1048–1060.
15. Norris FH. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 409–418.
16. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14: 245–258.
17. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 1369–1380.
18. Şar V. Kötüye Kullanım ve İhmale Bağlı Sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 2008; S:823-834.
19. Bushnell JA, Wells JE, Oakley-Browne MA. Long term effects of intrafamilial sexual abuse in childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 85, 136–142.
20. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorder* 1999; 13: 1–11.
21. Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG, O'Neil PM. The national women's study: Relationship of crime victimization and PTSD to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 21, 213–228.
22. Leonard S, Steiger H, Kao A. Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalences and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 33: 397–405.

23. Murray C, Waller G. Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among nonclinical women: The mediating role of shame. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 186–191.
24. Pope HG, Hudson JI. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 455–463.
25. Putnam FW, Trickett PK. Psychobiological effects of sexual abuse. A longitudinal study. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1997; 821: 150–159.
26. Schoemaker C, Smit F, Bijl RV, Vollebergh WA. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: Support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 381–388.
27. Lucas AR. Has the incidence of anorexia nervosa increased since the 1930s? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1993; 5-6: 260-263.
28. Hoek HW. The distribution of eating disorders, *Eating Disorders and Obesity*. Brownell KD, Fairburn CG (eds.) The Guilford Press. New York, 1995; pp 207-211.
29. Kohn M, Golden NH. Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Pediatric Drugs* 2001; 3(2): 91-99.
30. Turnbull S, Ward A, Treasure A, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the general practice research database. *British Journal of Psychiatry* 1996; 165: 705-712.
31. Jarry JL. The meaning of body image for women with eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998; 43(4): 367-374.
32. Steiger H, Gauvin L, Jabalpurwala S, Seguin JR, Stotland S. Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(5): 765-775.
33. Lechky O. Epidemic of childhood obesity may cause major public health problems, doctor warns. *Canadian Medical Association Journal* 1994; 150(1):78-81.
34. Sullivan P. Course and outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In *Eating Disorders and Obesity*. Second Edition. Fairburn C. Brownell K. (eds) The Guilford Press. New York, 2nd ed. 2002; pp 57-65.
35. Swinbourne JM, Touyz SW. The Co-Morbidity of eating disorders and anxiety disorders: a review. *European Eating Disorders Review* 2007; 15: 253-274.
36. O'Brien KM, Vincent NK. Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review* 2003; 23: 57–74.

37. Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları, İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2011; 22(4): 205-12.
38. Uzun Ö, Güleç N, Özşahin A, Doruk A, Özdemir B, Çalışkan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. Comprehensive Psychiatry 2006; 47: 123-126.
39. Kuğu N, Akyüz G, Doğan O, Ersan E, İzgiç F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006; 40: 129-135.
40. Küey AG. Anoreksiya Nervosa ve Obsesif Kompulsif Bozukluk İlişkisi. 3P Dergisi 1997; Ek1.
41. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), Transactions of the Clinical Society of London 1874; 7: 22-28.
42. Bell R. Holly Anorexia. Chicago: University of Chicago Press; 1987.
43. Gull WW. Anorexia Nervosa. Lancet 1868; 516-517.
44. Bruch H. Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York: Basic Books; 1973.
45. Bruch H. The Golden Cage: the Enigma of Anorexia Nervosa, MA. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
46. Silverman JA. Anorexia Nervosa: Historical Perspective on treatment. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of Treatment for Eating Disorders. The Guilford Press; 1997: 3-10.
47. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2001.
48. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzu. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını. 1993: 167-170.
49. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Strober M, Woodside DB, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Mauri M, Cassano G, Keel P, Plotnicov KH, Pollice C, Lilenfeld LR, Berrettini WH, Bulik CM, Kaye WH. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. American Journal of Psychiatry 2005; 162: 732-740.
50. Maner F. Yeme Bozuklukları. Journal of Reviews, Cases and Hypothesis in Psychiatry 2007; 1: 1-5.

51. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating disorders. *New England Journal of Medicine* 1999; 340: 1092-8.
52. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2006; 19: 389-94.
53. Eapen V, Mabrouk AA, Bin-Othman S. Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eating Behaviour* 2006; 7: 53-60.
54. Erol A, Toprak G, Yazici F. Psychological and physical correlates of disordered eating in male and female Turkish college students. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006; 60: 551-7.
55. Miller NM, Pumariega AJ. Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry* 2001; 64: 93-110.
56. Elal G. Abnormal eating attitudes and disorders in Turkey: feminine attractiveness or liberal modernity? In: Ruggiero GM, editor. *Eating disorders in the Mediterranean area: an exploration in transcultural psychology*. New York: Nova Biomedical Books. 2003; 57-78.
57. Lee S, Katzman MA. Cross-cultural perspectives on eating disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press. 2nd ed., 2002; 260-264.
58. Akan GE, Grilo CM. Sociocultural influences on eating attitudes and behaviors, body image, and psychological functioning: a comparison of African-American, Asian-American, and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders* 1995; 18: 181-7.
59. Thomas CL, James AC, Bachmann MO. Eating attitudes in English secondary school students: influences of ethnicity, gender, mood, and social class. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31: 92-6.
60. Küey AG. İnce beden hastalığı. *Kadın Yaşantıları*. Yaraman A (ed) Bağlam yayınları. İstanbul, I. baskı. 2003; 161-169
61. E, Bjørnstrøm C, Gunnar GK. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents. *Eating Behaviors* 2004, 5: 13–25.
62. Sadock BJ, Sadock VA. *Klinik Psikiyatri*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
63. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 7: 714-23.

64. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler HC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry* 2007; 61: 348-358.
65. Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES, Linna MS, Sihvola E, Raevuori A, Bulik JM, Caprio J, Rissanen A. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 1259-1265.
66. Yeşilbursa D. Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Beden İmgesi Değerlendirmesi, Uzmanlık Tezi 1990; İstanbul.
67. Celikel FC, Cumurcu BE, Koc M, Etikan I, Yucel B. Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49: 188–194.
68. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim Dergisi* 2009; 22(4): 39-44.
69. Kuruoğlu AÇ. Yeme bozuklukları. Işık E, Taner E, Işık U, editörler. *Güncel Klinik Psikiyatri*. Ankara: Asimetrik Paralel Yayınevi; 2008: 351-368.
70. Gwirtsman HA, Ebert MH. Eating disorders In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, editors. *Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry*. USA: McGraw-Hill companies; 2000: 421-429.
71. Vestergaard P, Emborg C, Stoving RK, Hagen C, Mosekilde L, Brixen K. Fractures in patients with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and other eating disorders: a nationwide register study. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 301–308.
72. Yucel B, Uzum AK, Ozbey N, Kamali S, Yager J. Anorexia Nervosa and Raynaud's Phenomenon: A Case Report. *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40:762–765.
73. Miller KK, Grinspoon SK, Ciampa J, Hier J, Herzog D, Klibanski A. Medical findings in outpatients with anorexia nervosa. *Archives of Internal Medicine* 2005; 165: 561–566.
74. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd Edition, 2006.
75. Nova E, Lopez-Vidriero I, Varela P, Toro O, Casas JJ, Marcos AA. Indicators of nutritional status in restricting-type anorexia nervosa patients: a 1-year follow-up study. *Clinical Nutrition* 2004; 23: 1353–1359.
76. Yucel B, Ozbey N, Demir K, Polat A, Yager J. Eating Disorders and Celiac Disease: A Case Report. *International Journal of Eating Disorders* 2006; 39: 530–532.

77. Lilenfeld LR, Kaye WH, Strober M. Eating disorders. Baillière's Clinical Psychiatry International Practice and Research 1997; 3(2): 177-197.
78. Becker AE, Keel PK, Anderson-Fye EP, Thomas JJ. Genes (and/or) jeans?: Genetic and sociocultural contributions to risk for eating disorders. Journal of Addictive Diseases 2004; 23:81-103.
79. Bulik CM. Exploring the gene-environment nexus in eating disorders. Journal of Psychiatry Neuroscience 2005; 30 (5): 335-339.
80. Klump KL, Culbert KM. Molecular genetic studies of eating disorders. Current Directions in Psychological Science 2007; 16: 37-41.
81. Klump KL, Gobrogge KL. A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 2005; 37: 43-48.
82. Hirst J. Biological Causes of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa 1998; <http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro98/202s98-paper3/Hirst3.html>.
83. Uher R, Treasure J. Brain lesions and eating disorders. Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry, 2005; 76(6): 852-7.
84. Schweiger U, Fichter M. Eating disorders: clinical presentation, classification and aetiological models. Baillière's Clinical Psychiatry International Practice and Research 1997; 3(2): 199-216.
85. Favaro A, Monteleone P, Santonastaso P, Maj M. Psychobiology of eating disorders. Annual Review of Eating Disorders (Part 2). Radcliffe, Oxford, UK; 2008.
86. Chan JL, Mantzoros CS. Role of leptin in energy-deprivation states: normal human physiology and clinical implications for hypothalamic amenorrhoea and anorexia nervosa. The Lancet 2005; 366 (9479): 74-85.
87. McCarthy S, Mottagui-Tabar S, Mizuno Y, Sennblad B, Hoffstedt J, Arner P, Wahlestedt C, Andersson B. Complex HTR2C linkage disequilibrium and promoter associations with body mass index and serum leptin. Human Genetics 2005; 117 (6): 545-57.
88. Kaye WH, Frank GK, Bailer UF, Henry SE. Neurobiology of anorexia nervosa: clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. International Journal of Eating Disorders 2005; 37: 15-19.
89. Sein P, Searson S, Nicol AR, Hall K (1981) Anorexia nervosa and pseudoatrophy of the brain. British Journal of Psychiatry 1981; 139: 257-258.
90. Katzman DK, Lambe EK, Mikulis DJ, Ridgley JN, Goldbloom DS, Zipursky RB. Cerebral gray matter and white matter volume deficits in adolescent girls with anorexia nervosa. Journal of Pediatrics 1996; 129(6): 794-803.

91. Wagner A, Greer P, Bailer UF, Frank GK, Henry SE, Putnam K, Meltzer CC, Ziolko SK, Hoge J, McConaha C, Kaye WH. Normal brain tissue volumes after long-term recovery in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry* 2006; 59(3): 291-3.
92. Kuruoğlu AÇ, Kapucu Ö, Atasever T, Arıkan Z, Işık E, Ünlü M. Technetium-99m-HMPAO brain SPECT in anorexia nervosa. *Journal of Nuclear Medicine* 1998; 39: 304-306.
93. Gürdal A. Anoreksiya Nervoz: ergenlik hastalığı mı? Çetin M, Ebrinç S, editörler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2. Ulusal psikofarmakoloji Kongresi kitabı*. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2007; 283- 285.
94. Düşgör BP. Bir anoreksiya olgusunun projektif testlerle aile içinde değerlendirilmesi. *Yansıtma* 2006; 3(5-6): 87-107.
95. Küey AG. Anoreksiya nervoz: haz mı acı mı? *Psikanaliz Buluşmaları 3. İstanbul: Bağlam yayınları*; 2008: 111-117.
96. Caparrotta L, Ghaffari K. A historical overview of the psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2006; 20(3): 175–196.
97. Troisi A, Massaroni P, Cuzzolaro M. Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 2005; 44(1): 89-97.
98. Beattie HJ. Eating disorders and the mother-daughter relationship. *International Journal of Eating Disorders* 1988; 7(4): 453-460.
99. Parman T. Ergen ve bedeni: Bir beden patolojisi olarak anoreksiya nervoz. *Ergenlik ya da Merhaba Hüzün, İstanbul: Bağlam Yayınları*; 2008: 123-130.
100. Küey AG. Ergenlik ve yeme bozuklukları. *Yansıtma* 2006; 3(5-6): 79-86.
101. Williams G. *Internal Landscapes and Foreign Bodies*. London: Duckworth, 1997.
102. Newton M. Exploring the psychopathology of anorexia nervosa: A Mahlerian standpoint. *Perspectives in Psychiatric Care* 2005; 41(4):172-80.
103. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:7.
104. Nielsen S, Moller-Madsen S, Isager T, Jorgensen J, Pagsberg K, Theander S. Standardized mortality in eating disorders: a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 44: 413–434.
105. Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: Seperation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25: 135-142.

106. Bulik CM, Reba L, Siega-Riz AM, Reichborn-Kjennerud T. Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 2–9.
107. Keel PK, McCormick L. Diagnosis, assessment and treatment planning for anorexia nervosa. In: Grilo CM, Mitchell JE, editors. *The Treatment of Eating Disorders*. New York: The Guilford Press; 2010: 3-27.
108. Russell GFM, Szmulker GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 1047-1056.
109. Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008; 37: 39-61.
110. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40: 310-320.
111. Van Furth EF. The treatment of anorexia nervosa. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editors. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*. England: John Wiley & Sons Ltd.; 1998: 315-330.
112. Pike K, Attia E, Brown AJ. Treatment for anorexia nervosa. Wonderlich S, Mitchell JE, editors. *Annual Review of Eating Disorders*. 1st ed., Oxon: Radcliffe Publishing; 2008: 137-148.
113. Walsh BT. Pharmacological treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press, 2nd ed.; 2002: 325–329.
114. Yager J. Management of patients with chronic intractable eating disorders. In: Jager J, Powers PS, editors. *Clinical Manual Eating Disorders*. Washington: American Psychiatric Publishing Inc., 1st ed; 2007: 407–439.
115. Zhu AJ, Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002; 47: 227–234.
116. Kaye WH. Central nervous system neurotransmitter activity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, editors. *Eating Disorders and Obesity*. New York: The Guilford Press., 2nd ed.; 2002: 272- 277.
117. Kaye WH, Weltzin T, Hsu LKG. Anorexia nervosa. In: Hollander E, editor. *Obsessive-compulsive Related Disorders*. Washington: American Psychiatric Press.; 1993: 49–70.

118. Hammer C, Kapeller J, Ende M. Functional variants of the serotonin receptor type 3A and B gene are associated with eating disorders. *Pharmacogenetics Genomics*. 2009; 19 (10) : 790–799.
119. Gwirtsman HE, Cuze BH, Yager J. Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990; 51:378.
120. Attia E, Haiman C, Walsh BT. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *American Journal of Psychiatry* 1998; 155: 548–551.
121. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry* 2001; 49: 644–652.
122. Attia E, Schroeder L. Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: where do we go from here? *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 60-63.
123. Hrdlicka M, Beranova I, Zamecnikova R. Mirtazepine in the treatment of adolescent anorexia nervosa. Case-control study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2008; 17(3):187–189.
124. Israel M. Psychopharmacology for the Clinician. *Review of Psychiatry and Neuroscience* 2005; 30(6) : 464-472.
125. Mitchell JE, Christenson G, Jennings J. A placebo controlled, double-blind crossover study of naltrexone hydrochloride in out-patients with normal weight bulimia. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1989; 9: 94–97.
126. Walsh BT. Drug Therapy. American Psychiatric Association. *Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington: APA; 1989: 471–474.
127. Cassano GB, Miniati M, Pini S. Six-month open trial of haloperidol as an adjunctive treatment for anorexia nervosa: a preliminary report. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 33(2):172 -177.
128. Barbarich NC, McConaha CW, Gaskill J. An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65(11): 1480- 1482.
129. Bosanac P, Norman T, Burrows G. Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: a role for atypical antipsychotics? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005; 39(3): 146-153.
130. Malina A, Gaskill J, McConaha C. Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 33(2): 234-237.
131. Powers PS, Santana CA, Bannon YS Olanzapine in the treatment of anorexia nervosa: an open label trial. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32 (2):146- 154.

132. Bissada H, Tasca GA, Barber. Olanzapine in the Treatment of Low Body Weight and Obsessive Thinking in Women With Anorexia Nervosa: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry* 2008; 165 (10): 1281-1288.
133. Dunican KC, DelDotto D. The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *The Annals of Pharmacotherapy* 2007; 41 (1): 111-115.
134. Dadic-Hero E, Ruzic K, Pernar M. Olanzapine treatment in anorexia nervosa: case report. *Psychiatria Danubina* 2009; 21(1): 122-125.
135. Küey AG, Kesgin E. Yeme bozukluklarında ilaç tedavileri. *Temel Psikofarmakoloji*. Yuksel N (Ed) Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 1. Baskı, Ankara 2010.
136. Kruger S, Kennedy SH. Psychopharmacotherapy of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2000; 25(5): 497–508.
137. Johnson CL, Taylor C. Working with difficult-to-treat eating disorders using an integration of twelve-step and traditional psychotherapies. *Psychiatric Clinics of North America* 1996; 19: 829-841.
138. Ertekin BA. Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamı ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Yayınlanmamış uzmanlık tezi, 2010.
139. Halmi KA. Salient components of a comprehensive service for eating disorders. *World Psychiatry* 2009; 8: 150-155.
140. Russell GFM. Bulimia Nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 1979; 9(3): 429-448.
141. Parry-Jones B, Parry-Jones WL. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10:129-143.
142. Brenda PJ, William LI. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders* 1991; 10 (2): 129-143.
143. Boughtwood D. View to be thin: interrogating media's relationship to eating disorders through audience research. *Participations* 2005; 1(3).
144. Nasser M. A prescription of vomiting: Historical footnotes. *International Journal of Eating Disorders* 1993; 13: 129-131.
145. Russell GFM. The history of bulimia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press. 1997; 11-24.

146. Crichton P. Were the Roman emperors Claudius and Vitellius bulimic? *International Journal of Eating Disorders* 1996; 19: 203-207.
147. Rand CSW, Kuldau JM. Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: sex, age, race and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders* 1993; 11: 37-44.
148. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H. Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry* 2005; 186: 132-135.
149. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpela M, Rantanen P. Bulimia and bulimic behaviour in middle adolescents: more common than thought? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1999; 100: 33-39.
150. Childress AC, Brewerton TD, Hodges EL, Jarrell MP. The Kids' Eating Disorders Survey (KEDS): Results from a survey of middle school students. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32: 843-850.
151. Meyer C, Leung N, Waller G, Perkins S, Paice N, Mitchell J. Anger and bulimic psychopathology: Gender differences in a nonclinical group. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37(1): 69-71.
153. Binford RB, Le Grange D. Adolescents with bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified-purging only. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 38(2): 157-161.
154. Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L, Ghaemi SN, Joffe H, Kim DR, Sagduyu K, Truman CJ, Wisniewski SR, Sachs GS, Cohen LS. Gender differences in bipolar disorder: Retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar Disorders* 2005; 7:465-470.
155. Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K. Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161: 2215-2221.
156. Grilo CM. Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. *Current Psychiatry Reports* 2002; 4:18-24.
157. Lasater LM, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa. *Eating Behaviors* 2001; 2: 279-292.
158. Crow SJ, Salisbury JJ, Crosby RD, Mitchell JE. Serum electrolytes as markers of vomiting in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 21:95-98.

159. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 393-401.
160. Doraiswamy PM, Krishnan KR, Boyko OB, Husain MH, Figiel GS, Palese VJ, Escalona PR, Shah SA, McDonald WM, Rockwell WJK, Ellinwood Jr. Pituitary abnormalities in eating disorders: further evidence from MRI studies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 1991; 15(3): 351-356.
161. Goethals I, Vervaet M, Audenaert K, Jacobs F, Ham H, Van Heeringen C. Does regional brain perfusion correlate with eating disorder symptoms in anorexia and bulimia nervosa patients? *Journal of Psychiatric Research* 2007; 41(12): 1005-1011.
162. Nozoe S, Naruo T, Yonekura R. Comparison of regional cerebral blood flow in patients with eating disorders. *Brain Research Bulletin* 1995; 36(3): 251-255.
163. Ellison ZR, Foong J. Neuroimaging in eating disorders. In: Hoek WH, Treasure JL, Katman MA, editors. *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. England: John Wiley & Sons Ltd, 1998; 255-270.
164. Frank GK, Bailer UF, Henry S. Neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectrums* 2004; 9(7): 539-548.
165. Frank GK, Kaye WH. Positron emission tomography studies in eating disorders: multireceptor brain imaging, correlates with behavior and implications for pharmacotherapy. *Nuclear Medicine and Biology* 2005; 32(7):755-761.
166. Marchi M, Cohen P. Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1990; 29: 112-117.
167. Johnson-Sabine E, Wood K, Patton G, Mann A, Wakeling A. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study: Factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine* 1988; 18: 615-622.
168. Kendler KS, MacLean C, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1627-1637.
169. Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa: A community based case- control study. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 509-517.
170. Ersöz AG. Tüketim Toplumunda “Sıfır Beden” Söylemi: Neden ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme. *Edebiyat Fakültesi Dergisi* 2010; 27(2).

171. Becker AE, Burwell RA, Navara K, Gilman SE. Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: The view from Fiji. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 34: 423-431.
172. Parman T. Bulimik: Boşa dönen bir makine. *Ergenlik ya da Merhaba Hüznü*. İstanbul: Bağlam Yayınları, 2008; 131-145.
173. Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry* 1997; 154(3): 313-321.
174. Fairburn CG, Stice E, Cooper Z, Doll HA, Norman PA, O'Connor ME. Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 103-109.
175. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 63-69.
176. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 659-665.
177. Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT, Greenwood DN, Burwell RA, Keller MB. Recovery and Relapse in Anorexia and Bulimia Nervosa: A 7.5-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 1999; 38(7): 829-937.
178. Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE, Sanislow CA, McGlashan TH, Gunderson JG, Stout RL. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68: 738-746.
179. Rossiter EM, Agras WS, Telch CF, Schneider JA. Cluster B personality disorder characteristics predict outcome in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1992; 13(4): 349-357.
180. Nielsen S, Møller-Madsen S, Isager T, Jørgensen J, Pagsberg K, Theander S. Standardized mortality in eating disorders-a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research* 1998; 44(3): 413-434.
181. Lock J, Le Grange D. Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 64-67.
182. Schmidt U. Treatment of bulimia nervosa. In: Hoek HW, Treasure JL, Katzman MA, editors. *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders*. England: John Wiley & Sons Ltd, 1998; 331-361.

183. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders* 2009; 42: 581–589.
184. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J, Bodell LP. Comparison of DSM-IV Versus Proposed DSM-5 Diagnostic Criteria for Eating Disorders: Reduction of Eating Disorder Not Otherwise Specified and Validity. *International Journal of Eating Disorders* 2011; 44(6): 553–560.
185. Striegel-Moore RH, Fairburn CG, Wilfley DE, Pike KM, Dohm FA, Kraemer HC. Toward an understanding of risk factors for binge-eating in black and white women: A community-based case-control study. *Psychological Medicine* 2005; 35: 907-917.
186. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: Relevance for nosology and diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders* 2008; 41: 577-586.
187. Brownley KA, Berkman ND, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Binge eating disorder treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders* 2007; 40: 337-348.
188. Reas DL, Grilo CM. Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge eating disorder. *Obesity* 2008; 16: 2024-2038.
189. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: A randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biological Psychiatry* 2005; 57: 301-309.
190. Claudino AM, De Oliveira IR, Appolinario JC, Cordas TA, Duchesne M, Sichieri R, Bacaltchuk J. Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of topiramate plus cognitive-behavior therapy in binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68: 1324-1332.
191. Muth JL, Cash TF. Body-image attitudes: What difference does gender make? *Journal of Applied Social Psychology* 1997; 27: 1438-1452.
192. Cash TF, Szymanski ML. The development and validation of the Body-Image Ideals Questionnaire. *Journal of Personality Assessment* 1995; 64: 466-477.
193. Vartanian, LR, Giant CL, Passino, RM. Ally McBeal vs. Arnold Schwarzenegger: Comparing mass media, interpersonal feedback and gender as predictors of satisfaction with body thinness and muscularity. *Social Behavior and Personality* 2001; 29: 711–724.

194. Allaz, AF, Bernstein M, Rouget P, Archinard M, Morabia A. Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *International Journal of Eating Disorders* 1998; 23: 287–294.
195. Lewis DM, Cachelin FM. Body image, body dissatisfaction, and eating attitudes in midlife and elderly women. *Eating Disorders* 2001; 9: 29-39.
196. Pliner P, Chaiken S, Flett GL. Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1990; 16: 263-273.
197. Webster J, Tiggemann M. The relationship between women's body satisfaction and self-image across the life span: The role of cognitive control. *The Journal of Genetic Psychology* 2003; 164: 241-252.
198. Green MA, Scott A, Cross SE, Liao KYH, Hallengren JJ, Davids CM, Carter LP, Kugler DW, Read KE, Jepson AJ. Eating disorder behaviors and depression: a minimal relationship beyond social comparison, self-esteem, and body dissatisfaction. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 65(9): 989–999.
199. Green SP, Pritchard, ME. Predictors of body image dissatisfaction in adult men and women. *Social Behavior and Personality: an international journal* 2003; 31(3): 215-222.
200. Forman ME, Davis WN. Characteristics of Middle-Aged Women in Inpatient Treatment for Eating Disorders. *Eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 2005; 13(3): 231-243.
201. Cafri G, Yamamiya Y, Brannick M, Thompson JK. The influence of sociocultural factors on body image. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2005; 12: 421-433.
202. Stice E. Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical Psychology Review* 1994; 14: 633-661.
203. Becker AE. New global perspectives on eating disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2004; 28: 433–437.
204. Kichler JC, Crowther JH. The effects of maternal modeling and negative family communication on women's eating attitudes and body image. *Behavior Therapy* 2001; 32: 443-457.
205. Schwartz DJ, Phares V, Tantleff-Dunn S, Thompson JK. Body image: Psychological functioning, and parental feed back regarding physical appearance. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25: 339-343.

206. Keery H, Boutelle K, van den Berg P, Thompson JK. The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health* 2005; 37(2): 120-127.
207. Harter S. Self and identity development. Shirley S, Elliott GR, editors. *The developing adolescent*. Cambridge: Harvard University Press. Feldman, 1990: 352-387.
208. Mruk CJ. Self-esteem, research, theory and practice. New York: Springer Publishing Company Inc.; 2006.
209. Williams JM, Currie C. Self-Esteem and Physical Development in Early Adolescence: Pubertal Timing and Body Image, *The Journal of Early Adolescence* 2000; 20(2): 129-149.
210. Holahan CJ, Moos RH. Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58(5): 909-917.
211. Savin-Williams RC, Demo DH. Developmental change and stability in adolescent self-concept. *Developmental Psychology* 1984; 20(6): 1100-1110.
212. McGee R, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence* 2000; 23(5): 569-582.
213. Gual P, Pérez-Gaspar M, Martínez-González MA, Lahortiga F, de Irala-Estévez J, Cervera-Enguix S. Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31(3): 261-273.
214. Baş MF, Aşçı FH, Karabudak E, Kızıltan G. Eating attitudes and their psychological correlates among Turkish Adolescents. *Journal of Adolescence* 2004; 39: 593-599.
215. Silverstone PH, Salsali M. Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry* 2003; 2(1): 2.
216. Silverstone PH. Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychological Reports* 1990; 67(1): 276-278.
217. Silverstone PH. Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Medical Hypotheses* 1992; 39(4): 311-315.
218. Troop NA, Schmidt UH, Turnbull SJ, Treasure JL. Self-esteem and responsibility for change in recovery from bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2000; 8(5): 384-393.

219. Karpowicz E, Skärsäter I, Nevenon L. Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing* 2009; 18(5): 318-325.
220. Brewerton TD. Bulimia in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America* 2002; 11: 237–256.
221. Brewerton TD. Eating disorders, victimization and comorbidity: Principles of treatment. In: Brewerton TD, editor. *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. New York: Marcel Dekker Inc., 2004; 509–545.
222. Brewerton TD. Psychological trauma and eating disorders. *Review of Eating Disorders* 2005; 1: 137–154.
223. Brewerton TD. Comorbid anxiety and depression and the role of trauma in children and adolescents with eating disorders. In: Jaffa T, McDermott B, editors. *Eating disorders in children and adolescents* 2006; 158–168.
224. Jacobi C, Morris L, de Zwaan M. An overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In: Brewerton TD, editor. *Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach*. New York: Marcel Dekker Inc., 2004; 117–163.
225. Molinari E. Eating disorders and sexual abuse. *Eating & Weight Disorders* 2001; 6: 68-80.
226. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31: 136-150.
227. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jolic Z, Dansky BS, Abbott DW. The relationship of childhood sexual abuse and eating disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36: 1107–1115.
228. Dansky, BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG. Comorbidity of bulimia nervosa and alcohol use disorders: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 27: 180–190.
229. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Brook JS. Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 394–400.
230. Grilo CM, Masheb RM. Childhood maltreatment and personality disorders in adult patients with binge eating disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 183–188.

231. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. Abuse, bullying, and discrimination as risk factors for binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1902–1907.
232. Carter JC, Bewell C, Blackwell E, Woodside DB. The impact of childhood sexual abuse on anorexia nervosa. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30: 257–269.
233. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Date violence and date rape among adolescents: Associations with disordered eating behaviors and psychological health. *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 455–473.
234. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Roberts JA, Haseltine B, DeMuth G. Relationship of childhood sexual abuse and eating disturbance in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39: 1277–1283.
235. Matsunaga H, Kaye WH, McConaha C, Plotnicov K, Pollice C, Rao R. Psychopathological characteristics of recovered bulimics who have a history of physical or sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 1999; 187: 472–477.
236. Hartt J, Waller G. Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders. *Child Abuse & Neglect* 2002; 26: 923-938.
237. Dohm FA, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Pike KM., Hook J, Fairburn CG. Self-harm and substance use in a community sample of Black and White women with binge eating disorder or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 389-400.
238. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000; 61: 4-14.
239. Striegel-Moore RH, Garvin V, Dohm FA, Rosenheck RA. Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25: 405-414.
240. Thompson KM, Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE. Sexual victimization and adolescent weight regulation practices: A test across three community based samples. *Child Abuse & Neglect* 2001; 25: 291-305.
241. Pfefferbaum B, Stuber J, Galea S, Fairbrother G. Panic reactions to terrorist attacks and probable posttraumatic stress disorder in adolescents. *Journal of Traumatic Stress* 2006; 19: 217-228.
242. Lai TJ, Chang CM, Connor KM, Lee LC, Davidson JR. Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *Journal of Psychiatric Research* 2004; 38: 313–322.

243. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 1114-1119.
244. Persons JB. Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy* 2005; 36: 107-118.
245. Zayfert C, Becker CB. Cognitive behavioral therapy for PTSD: A case formulation approach. New York: Guilford Press, 2007.
246. Sauro CL, Ravaldi C, Cabras PL, Faravelli C. Stress, Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis and Eating Disorders. *Neuropsychobiology* 2008; 57: 95-115.
247. Carroll BJ, Cassidy F, Naftolowitz D, Tahtam NE, Wilson WH, Iranmanesh A, Liu PY, Veldhuis JD. Pathophysiology of hypercortisolism in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 90-103.
248. Risbrough VB, Stein MB. Role of corticotropin releasing factor in anxiety disorders: a translational research perspective. *Hormones and Behavior* 2006; 50: 550-561.
249. Kluge M, Schussler P, Kunzel HE, Dresler M, Steiger A. Increased nocturnal secretion of ACTH and cortisol in obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2007; 41: 928-933.
250. Otte C, Lenoci M, Metzler T, Yehuda R, Marmar CR, Neylan TC. HPA axis activity and sleep in PTSD. *Neuropsychopharmacology* 2005; 30: 1173-1180.
251. Ryan MC, Sharifi N, Condren R, Thakore JH. Evidence of basal pituitary-adrenal overactivity in first episode, drug naive patients with schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2004; 29: 1065-1070.
252. Connan F, Lightman SL, Landau S, Wheeler M, Treasure J, Campbell IC. An investigation of hypothalamic-pituitary-adrenal axis hyperactivity in anorexia nervosa: the role of CRH and AVP. *Journal of Psychiatric Research* 2007; 41: 131-43.
253. Connan F, Campbell IC, Katzman M, Lightman SL, Treasure J. A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior* 2003; 79: 13-24.
254. Jovanovic T, Ressler KJ. How the neurocircuitry and genetics of fear inhibition may inform our understanding of PTSD. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167: 648-62.
255. Nemeroff CB. Neurobiological consequences of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65(1): 18-28.
256. Glaser D. Child sexual abuse. In: Rutter M, Taylor T, editors. *Child and adolescent Psychiatry*, 4th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing Company, 2002; 340-358.

257. Putnam FW. Ten-year research update review, child sexual abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003; 42: 269-278.
258. Kote Y, Tuğlu C, Abay E. Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirimi. XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi. GATA, Ankara, 1996; 41.
259. Dubowitz H. Preventing child neglect and physical abuse. *Pediatrics in Review*, 2002; 23: 191-196.
260. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. Çocuk istismarı. *Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Dergisi*, 2004; 47(2): 140-151.
261. Şahin F, İşeri E, Paşlı F, Demiral B, Çepik A, Akar T. Adölesan ve cinsel istismar. 1. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi. Ankara, 2006; 266-267.
262. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1: 95-119.
263. Polusny MA, Follette VM. Longterm correlates of child sexual abuse: theory and review of empirical literature. *Applied and Preventive Psychology* 1995; 4: 143-166.
264. Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom DS, Kennedy S, Kaplan AS, Woodside DB. BN in Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *AJP* 1995; 152: 1052-1058.
265. Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 52-56.
266. Wonderlich S, Donaldson MA, Carson DK, Staton D, Gertz L, Leach LR, Johnson M. Eating disturbance and incest. *Journal of interpersonal violence* 1996; 11: 195-207.
267. Wonderlich SA, Wilnsack SC, Haris TR. Childhood sexual abuse and bulimic behaviour in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health* 1996; 86: 1082-1086.
268. Brewerton T, Ralson L, Hand L. Disordered eating in children with alleged maltreatment. Paper presented at the Eating Disorder Research Society Annual Meeting. Cambridge, Massachusetts 1998.
269. Rotry M, Yager J, Rotry M. Childhood sexual, physical and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1122-1126.
270. Kaufman J, Birmaher B, Perel J, Dahl RE, Moreci P, Nelson B, Wells W, Ryan ND. The CRH challenge in depressed abused, depressed nonabused, and normal control children. *Biological Psychiatry* 1997; 42: 669-679.

271. Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, Smyth J, Hassetline B. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 30: 401-412.
272. Andrews B. Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of abnormal psychology* 1995; 104(2): 277-285.
273. Kearney-Cook A, Striegel-Moore RH. Treatment of childhood sexual abuse in AN and BN, a feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders* 1994; 15: 305-319.
274. Kent A, Waller G, Dagnan D. A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 25: 161-167.
275. Welch SL, Fairburn CG. Impulsivity or comorbidity in BN: a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry* 1996; 169: 451-458.
276. Favaro A, Santonastaso P. Impulsive and compulsive self-injurious behaviour in BN: prevalence and psychological correlates. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1998; 186: 157-165.
277. Nagata T, Kiriike N, Iketani T, Kawarada Y, Tanaka H. History of childhood sexual or physical abuse in Japanese patients with eating disorders: Relationship with dissociation and impulsive behaviour. *Psychological Medicine* 1999; 29: 935-942.
278. Anderson KP, LaPorte DJ, Brandt & Crawford S. Sexual abuse and BN: response to inpatient treatment and preliminary outcome. *Journal of Psychiatric Research* 1997; 31: 621-633.
279. Lockwood R, Lawson R, Waller G. Compulsive features in eating disorders: a role for trauma? *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005; 192: 247-249.
280. MEB-UNICEF Psikososyal Okul Projesi. Zorlu Yaşam Olayları ve Etkileri, 2002.
281. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, Jaffe PG. The effects of children's exposure to domestic violence: A metaanalysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003; 6: 171-187.
282. Neumark SD, Story M, Hannan PJ, Resnick MD. Disordered eating among adolescents: Associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28: 249-258.
283. Brady SS. Lifetime family violence exposure is associated with current symptoms of ED among both men and women. *Journal of Traumatic Stress* 2008; 21: 34-351.

284. Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research* 2001; 9: 320-325.
285. Follette VM, Ruzek JI, Abueg FR. A contextual analysis of trauma: Theoretical considerations. In: Follette VM, Ruzek JI, Abueg FR, editors. *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford Press, 1998.
286. Mazzeo SE, Espelage DL. Association between childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology* 2002; 49: 86-100.
287. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as an escape from self-awareness. *Psychological Bulletin* 1991; 110: 86-108.
288. Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30: 393-407.
289. Corstophine E, Mountford V, Tomlinson S, Waller G, Meyer C. Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviours* 2006; 8: 91-97.
290. Sassaroli S, Ruggiero GM. The role of stress in associations between low self esteem, perfectionism, and worry, and ED. *International Journal of Eating Disorders* 2005; 37: 135-141.
291. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington DC: American Psychiatric Press., 1987.
292. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis Disorders (SCID-I) Clinical Version*. Washington D.C. and London: American Psychiatric Press, 1997.
293. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M. *DSM-IV Eksen 1 bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999.
294. Foa EB, Cashman L, Jaycox L, Perry K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment* 1997; 9(4): 445-451.
295. Sezgin U. *Enstestin ruhsal değerlendirilmesi ve uzman tanıklık*. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü. Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul, 1998.
296. Sezgin U. Travma yaşantısı olan kadınlarda grup psikoterapisinin etkinliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2003; 40: 53-63.

297. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K.. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151: 1132-1136.
298. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27: 169-190.
299. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin (CTQ) Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, Baskıda.
300. Aslan H, Alparslan ZN. Initial validity and reliability of the Turkish version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Annals of Medical Sciences* 2000; 9: 113-119.
301. Şar V, İslam S, Öztürk E. Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2009; 63(5): 670-677.
302. Şar V, Akyuz G, Kundakci T, Kiziltan E, Dogan O. Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(12): 2271-6.
303. Şar V, Akyüz G, Kuğu N. Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67: 1583-1590.
304. Şar V, Taycan O, Bolat N. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology* 2010; 43(1): 33-40.
305. Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, Vonkorff M. Costs of health care by woman HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 609-613.
306. Berscheid E, Walster E, Bohrnstedt G. Body Image Questionnaire. The happy American body: A survey report. *Psychology Today* 1973; 7: 119-131.
307. Gökdoğan F. Orta eğitime devam eden ergenlerde beden imajından hoşnut olma düzeyi. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1988.
308. Coopersmith S. The Antecedents of Self-Esteem. In: Freeman WH, editor. San Francisco: Freeman Pres; 1967.
309. Turan N, Tufan B. Coopersmith Benlik Saygısı Envanterinin Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması. 23.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi. İstanbul 1987; 816-817.

310. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988; 56(6): 893-897.
311. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Cognitive Psychoteraphy* 1998; 12: 163-172.
312. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1988; 6(22): 118-126.
313. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 6(23): 3-13.
314. Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış doktora tezi. Ankara; 1980.
315. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva; 2000.
316. Clopton JR, Haas HL, Kent JS. Family dynamics. In: Robert-McComb JJ, editor. *Eating disorders in women and children: Prevention, stres management, and treatment*. Boca Raton, FL: CRC Press, 2001; 165-177.
317. Hepp U, Spindler A, Schnyder U, Kraemer B, Milos G. Post-traumatic stres disorder in women with eating disorders. *Eating and Weight Disorders* 2007; 12: 24-27.
318. Gleaves DH, Eberenz KP, May MC. Scope and significance of posttraumatic symptomatology among women hospitalized for an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 1998; 24: 147-56.
319. Tagay S, Schlegl S, Senf W. Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review* 2010; 18: 124-32.
320. Reyes-Rodriguez ML, Von Holle AMS, Ulman TF, Thornton LM, Klump KL, Brandt H, Crawford S, Fichter MM, Halmi KA, Huber T, Johnson C, Jones I, Kaplan AS, Mitchell JE, Strober M, Treasure J, Woodside DB, Berrettini WH, Kaye WH, Bulik CM. Posttraumatic Stress Disorder in Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine* 2011; 73(6): 491-497.
321. Turnbull SJ, Troop NA, Treasure JL. The prevalence of post-traumatic stress disorder and its relation to childhood adversity in subjects with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 1997; 5(4): 270-277.

322. Rosenvinge JH, Martinussen M, Østensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: a meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and Weight Disorders* 2000; 5: 52–61.
323. Carroll JM, Touyz SW, Beaumont PJV. Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1996; 19: 159-170.
324. Schmidt NB, Telch MJ. Prevalence of personality disorders among bulimics, nonbulimic binge eaters, and normal controls. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1990; 12: 169–185.
325. Herzog DB, Keller MC, Lavori PW, Kenny GM, Sacks NR. The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1992; 53: 147–152.
326. Vrana S, Lauterbach D. Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress* 1994; 7: 289–302.
327. Corstorphine E, Waller G, Lawson R, Ganis C. Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviours* 2007; 8: 23-30.
328. Mitchell KS, Mazzeo SE. Mediators of the association between abuse and disordered eating in undergraduate men. *Eating Behaviors* 2005; 6: 318-327.
329. Oppenheimer R, Howells K, Palmer RL, Chaloner DA. Adverse sexual experiences in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *Journal of psychiatric Research* 1985; 19: 357-61.
330. Sloan G, Leichner P. Is there a relationship between sexual abuse or incest and eating disorders? *Canadian Journal Psychiatry* 1986; 31: 656-60.
331. Minovitz O, Driol M. The sexual abuse, eating disorder and addiction (SEA) triad. *Medicine and Law* 1989; 8: 59-61.
332. Hall RC, Tice L, Beresford TP, Wooley B, Hall AK. Sexual abuse inpatients with anorexia nervosa and bulimia. *Psychosomatics* 1989; 30: 73-79.
333. Favaro A, Ferrera S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in general population sample. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 701-708.
334. Van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behaviour. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148: 1665-1671.

335. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse and Neglect* 1990; 14: 357–364.
336. Gross AB, Keller HR. Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behavior* 1992; 18: 171–185.
337. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison P. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect* 1996; 20: 7-21.
338. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates and clinical implications. *Clinical Psychology Review* 2006; 26: 769-782.
339. Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, Herzog DB. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychological Medicine* 2004; 34: 843-853.

## **EKLER**

### **I. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU ÖRNEĞİ**

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL TIP FAKULTESİ  
ERİŞKİN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.B.D

YEME BOZUKLUĞU HASTALARINDA BENLİK SAYGISI, BEDEN İMAJI VE  
RUHSAL TRAVMA DEĞİŞKENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI  
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

**Gönüllü Bilgilendirilmiş Onay Formu (Hasta grubunun örneğidir)**

#### **1.Bölüm (AYDINLATMA)**

Yeme bozuklukları pek çok ruhsal etkenin birarada görüldüğü ruhsal hastalıklardır. Çoklu ruhsal etkenlerin bu hasta grubundaki etkilerinin ve yeme bozukluğu alt grupları arasında depresyon, anksiyete, yeme tutumu, benlik saygısı, beden imajı ve ruhsal travmalar vb. açısından farklarını inceleyen bir çalışma yapıyoruz. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yeme Bozuklukları Programında Prof. Dr. Başak Yücel'in sorumluluğunda yürütülecek olan bu çalışmanın ismi “Yeme Bozukluğu Hastalarında benlik saygısı, beden imajı ve ruhsal travma değişkenlerinin değerlendirilmesi” dir. Bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz çünkü çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızı vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra bu çalışmaya katılmayı isterseniz formu imzalayınız.

Eğer bu çalışmaya katılmak isterseniz İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak çalışmakta olan Dr. Zerrin OĞLAĞU size sizin uygun zamanınız için randevu verecektir. Bu görüşmeler için sakın ve gizliliğinizin korunacağı bir ortam sağlanacaktır. Görüşmenin yaklaşık 1,5 saat sürmesi beklenmektedir. Görüşmenin ilk kısmında yaşıınız, mesleğiniz gibi bilgiler sorulacaktır. 2. kısımda size çeşitli değerlendirme ölçekleri verilecektir. Her testi kendi başınıza doldurmanız beklenmektedir.

Görüşmeler fiziksel gayret gerektirmemektedir. Tüm bu görüşmeler süresince, görüşmeye ara vermek ya da sonlandırmakta serbestsiniz.

Bu değerlendirme sizin tedavi masraflarınızı karşılamayacaktır ancak herhangi bir ruhsal müdahale gerekli olursa bu konuda aydınlatılacaksınız. Bu değerlendirmeler esnasında size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden herhangi bir ücret de talep edilmeyecektir. Bu araştırma ile ilgili herhangi bir ücret sosyal güvenlik kurumunuzdan da talep edilmeyecektir.

Bu değerlendirmelerde elde edilen kayıtlar, isminiz belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilecektir. Talep edildiğinde bu bilgiler etik kurul ve diğer resmi makamlarla paylaşılabilecektir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar hiçbir şekilde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası riskler: Yapılacak olan değerlendirmelerin sizin için herhangi bir riski yoktur.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası yararlar: Bu değerlendirme psikiyatrik hastalıkların ayrıntılı bir incelemesini içerdiğinden, şimdiye kadar atlanmış olabilecek ve yaşam kalitenizi bozabilen ek hastalıkların belirlenmesi ve bunların tedavisine faydalı olacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

## **2. Bölüm (KATILIMCININ BEYANI)**

Dr. Zerrin OĞLAĞU tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yeme Bozuklukları Programı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Bu araştırmada elde edilecek bilgilerin resmi kurumlar ve etik kurullar tarafından gerekirse incelenebileceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum ve bu masraflar kendi sosyal güvenlik kurumumdan da talep edilmeyecek. Bu alışma için bana herhangi bir ücret ödenmeyeceği bilgisine de sahibim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte 0212 4142000-31885 numaralı telefondan Dr. Zerrin OğLAğU’yu arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir olumsuz yansıması olmayacak.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Belli bir düşünme süresi sonunda bu çalışmaya ‘katılımcı’ olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bize verilecektir.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı, nvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

Ulaşılabilecek tel. ve adres: İstanbül Tıp Fakültesi Erişkin Psikiyatri A.B.D apa/Fatih  
0-212-414 2000 (31885)

## II. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU ÖRNEĞİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI YEME BOZUKLUKLARI BİRİMİ  
YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME FORMU

Adı-Soyadı:

Protokol No:

Başvuru Tarihi:

Doğum Tarihi-Yeri:

15 yaşına kadar büyüdüğü yer: 1)büyükşehir 2)ilçe 3)kasaba-köy

Medeni Durumu: 1)Bekar 2)evli(evli ise süresi) 3)Boşanmış

Eğitim Durumu: 1)yok 2)ilkokul 3)ortaokul 4)lise 5)üniversite

Meslek: 1)çalışmıyor 2)işçi 3)memur 4)serbest 5)öğrenci

Çalışma Durumu: 1)çalışıyor 2)hastalığı nedeniyle çalışmıyor 3) başka  
nedenle çalışmıyor

Gelir Durumu: 1)düşük 2)orta 3)iyi 4)çok iyi

Şu Anda Oturduğu Yer: 1)şehir 2)ilçe-kasaba 3)köy

Baba Eğitimi: 1)yok 2)ilkokul 3)ortaokul 4)lise 5)üniversite

Baba Mesleği: 1)çalışmıyor 2)işçi 3)memur 4)serbest

Anne Eğitimi: 1)yok 2)ilkokul 3)ortaokul 4)lise 5)üniversite

Anne Mesleği: 1)çalışmıyor 2)işçi 3)memur 4)serbest

Aile Bütünlüğü: 1)A-B hayatta, birlikte 2) A-B hayatta, boşanmış 3) A ya da B'dan  
biri hayatta değil

Aile Düzeni: 1) çekirdek aile 2) geniş aile

Aile Yapısı: 1) modern-değişmiş 2) geçiş halinde 3)geleneksel

Kiminle Yaşadığı: 1)A-B 2)eş ve çocuklar 3) yalnız 4) eşinin ailesi ile 5) diğer

Kardeş Sayısı: 1)yok 2) 1-2 3)3-4 4) >5

Duygusal İlişkisi Var mı?: 1)var 2)yok

Cinsel Yönelimi: 1)heteroseksüel 2)homoseksüel

Cinsellik: 1)var-doyumlu 2)var-doyumsuz 3)yok 4)hiç olmamış

**KLİNİK ÖZELLİKLER:**

Yeme Bozukluğu Tanısı: 1) AN-kısıtlı 2) AN-çıkartma 3)BN-kusma 4)BN-laksatif  
5)BN-egzersiz 6)BTA YB

Yeme Bozukluğu Tanısı Varsa: 1)daha önce tanı konulmuş 2)ilk başvuru

Ek Tanı (varsa belirtiniz):

Klinik Olarak Anlamlı YB Belirtilerinin (DSM-IVe göre) başladığı yaş:

Hastalık Süresi (klinik olarak anlamlı YB belirtilerinin başladığı tarihten bugüne kadar geçen zaman):

Hastalık öncesi BMI:

Hastalığın Başlamasından Önce Bilinen Bir Stres Faktörü Var mı? (belirtiniz):

Yeme Bozukluğu Remisyonunda Mı?: 1)hayır 2)evet

Beden İmgesi ile İlgili İçgörü: 1)içgörüsü tam 2)içgörüsü azalmış 3)içgörüsü yok

Boy:

Kilo:

BMI:

Menarş Yaşı:

Menstruasyonları: 1)var 2)düzensiz 3)yok

Menstruasyonlarının olmadığı ya da düzensiz olarak sürdüğü süre (ay olarak):

PMS: 1)yok 2)var (başlangıç yaşı)

**PSİKIYATRİK ÖYKÜ-ÖZGEÇMİŞ-SOYGEÇMİŞ:**

Daha önce psikiyatri başvurusu var mı? (varsa yaşı):

Daha önce psikiyatrik tedavi var mı? (varsa türü):

Şimdiye kadar YB ile ilgili tedavi gördü mü? (nerede, ne süre ile): 1)hayır

2)evet(açıklayınız)

Kullanılan psikiyatrik ilaçların dozları ve süreleri:

Şu an intihar düşüncesi var mı?: 1)var 2)yok

Geçmişte intihar girişimi var mı? (varsa yaşı ve yöntemi):

Kendine zarar verici davranış var mı? (varsa yöntemi):

Fiziksel hastalıkları:

Tıbbi komplikasyon:

YB olan aile bireyleri:

Başka psikiyatrik hastalığı olan aile bireyleri:

### III. TRAVMA SORGULAMA FORMU ÖRNEĞİ

Aşağıdaki sorular başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Yanıtlarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Lütfen gerçeğe en yakın biçimiyle yanıtlayınız, teşekkürler...

*Duygusal Şiddet; aşağıdaki durumları tanımlamak için kullanılır:*

*Sevdiği, ihtiyaç duyduğu faaliyetlerden sürekli biçimde mahrum bırakılma*

*Alay edilme/hakaret/aşağılanma*

*Tehdit/korkutulma/aşırı kontrol*

*Sürekli biçimde azarlanma/eleştirilme*

1. Yaşamınızın herhangi bir döneminde yukarıda sayılan ya da benzeri bir durum yaşadınız mı?

a) evet

b) hayır

2. Yaşadığınız bunlardan hangi durumdu?

a) Sevdiği, ihtiyaç duyduğu faaliyetlerden sürekli biçimde mahrum bırakılma

b) Alay edilme/hakaret/aşağılanma

c) Tehdit/korkutulma/aşırı kontrol

d) Sürekli biçimde azarlanma/eleştirilme

3. Hangi yaş aralığında duygusal şiddet yaşadınız?

a) 15 yaş altı

b) 15-18 yaş arası

c) her ikisi de

4. Duygusal şiddet kim/kimler tarafından uygulandı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Babam

b) Annem

c) bir başka aile üyesi

d) aile dışından biri (.....)

5. Ne sıklıkta duygusal şiddet yaşadınız?
- a) çok seyrek
  - b) seyrek
  - c) bazen
  - d) sık sık
6. Yaşadığınız duygusal şiddet ne kadar sürdü?
- a) 1 yıldan az
  - b) 1-5 yıl
  - c) 5 yıldan fazla
7. Çocukken babanız annenize duygusal şiddet uygular mıydı?
- a) evet, uygulardı
  - b) hayır, uygulamazdı
8. 18 yaşından sonra aşağıdaki durumlardan birini yaşadınız mı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- a) Sevdığı, ihtiyaç duyduğu faaliyetlerden sürekli biçimde mahrum bırakılma
  - b) Alay edilme/hakaret/aşağılanma
  - c) Tehdit/korkutulma/aşırı kontrol
  - d) Sürekli biçimde azarlanma/eleştirilme
  - e) Diğer
9. 18 yaşından sonra ne sıklıkta duygusal şiddet yaşadınız?
- a) çok seyrek
  - b) seyrek
  - c) bazen
  - d) sık sık
10. 18 yaşından sonra yaşadığınız duygusal şiddet ne kadar sürdü?
- a) 1 yıldan az
  - b) 1-5 yıl
  - c) 5 yıldan fazla
11. En son ne zaman duygusal şiddet yaşadınız? .....

*Fiziksel şiddet aşağıdaki durumları tanımlamak için kullanılır:*

*Dayak/tokat yemek*

*Bir alet kullanılarak fiziksel zarar görmek*

*Isırılmak/yumruklanmak/tekmelenmek*

*Bağlanmak/cezalandırılmak amacıyla küçük bir yere kilitlenmek*

*Silahla ya da başka bir araçla tehdit edilmek*

12. 18 yaşından önce fiziksel şiddet yaşadınız mı?

a) evet, yaşadım

b) hayır, yaşamadım

13. Hangi yaş aralığında fiziksel şiddet yaşadınız?

a) 15 yaş altı

b) 15-18 yaş arası

c) her ikisi de

14. Aşağıdaki durumlardan herhangi birini yaşadınız mı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) Dayak/tokat yemek

b) Bir alet kullanılarak fiziksel zarar görmek

c) Isırılmak/yumruklanmak/tekmelenmek

d) Bağlanmak/cezalandırılmak amacıyla küçük bir yere kilitlenmek

e) Silahla ya da başka bir araçla tehdit edilmek

f) diğer.....

15. Fiziksel şiddet kim/kimler tarafından uygulandı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

a) babam

b) annem

c) kardeşim/kardeşlerim

d) akrabam/akrabalarım

e) öğretmenim

f) diğer (yazınız).....

16. Ne sıklıkta fiziksel şiddet yaşadınız?

- a) tek bir defa
- b) çok seyrek, yılda 1-2
- c) seyrek yılda 5-10
- d) bazen, ayda 1-4
- e) sık sık, haftada 1den fazla

17. Yaşadığınız fiziksel şiddet ne kadar sürdü?

- a) 1 yıldan az
- b) 1-5 yıl
- c) 5 yıldan fazla

18. Çocukken babanız annenize fiziksel şiddet uygular mıydı? Buna tanık oldunuz mu?

- a) Evet uygulardı, buna tanık oldum.
- b) Evet uygulardı, tanık olmadım.
- c) Hayır uygulamazdı.

19. 18 yaşından sonra fiziksel şiddet yaşadınız mı?

- a) evet, yaşadım.
- b) hayır, yaşamadım.

20. 18 yaşından sonra yaşadığınız fiziksel şiddet kim tarafından uygulandı?

- a) babam
- b) annem
- c) kardeşim/kardeşlerim
- d) akrabam/akrabalarım
- e) öğretmenim
- f) diğer

21. 18 yaşından sonra ne sıklıkta fiziksel şiddet yaşadınız?

- a) çok seyrek
- b) seyrek
- c) bazen
- d) sık sık

22. 18 yaşından sonra yaşadığınız fiziksel şiddet ne kadar sürdü?

- a) 1 yıldan az
- b)1-5 yıl
- c)5 yıldan fazla

23. En son ne zaman fiziksel şiddet yaşadınız?.....

24. Uğradığınız fiziksel şiddet nedeniyle psikiyatrik/psikolojik yardım aldınız mı?

- a) evet, aldım.
- b)hayır, almadım.

*Aşağıdaki durumlar, cinsel istismarı tanımlamak için kullanılır:*

*Rızanız olmadan cinsel organların gösterilmesi*

*Soyunmaya, belirli beden bölgelerini göstermeye zorlanma*

*Rızanız dışı cinsel amaçlı dokunma, okşanma*

*Cinsel ilişkiye girmeye zorlanma*

*Zorla cinsel ilişkiye girme*

*İstenmeyen biçimde cinsel ilişkiye zorlanma, başkaları ile birlikte olmaya zorlanma*

25. 18 yaşından önce cinsel istismar yaşadınız mı?

- a) evet, yaşadım.
- b)hayır, yaşamadım

26. Cevabınız evet ise bu durum ne idi? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

- a) Rızanız olmadan cinsel organların gösterilmesi
- b) Soyunmaya, belirli beden bölgelerini göstermeye zorlanma
- c) Rızanız dışı cinsel amaçlı dokunma, okşanma
- d) Cinsel ilişkiye girmeye zorlanma
- e) Zorla cinsel ilişkiye girme
- f) İstenmeyen biçimde cinsel ilişkiye zorlanma, başkaları ile birlikte olmaya zorlanma

27. Hangi yaş aralığında cinsel istismar yaşadınız? Kaç yaşında olduğunu yazınız....
- a)15 yaş altı
  - b)15-18 yaş
  - c)her ikisi de
28. Cinsel istismar kim/kimler tarafından uygulandı? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- a) Babam
  - b) Annem
  - c) Kardeşim/kardeşlerim
  - d)akrabam/akrabalarım
  - e)öğretmenim
  - f)diğer
29. Ne sıklıkta cinsel istismar yaşadınız?
- a) Tek bir defa
  - b)çok seyrek, yılda 1-2
  - c)seyrek, yılda 5-10
  - d)bazen, ayda 1-4
  - e) sık sık, haftada 1den fazla
30. Yaşadığınız cinsel istismar ne kadar sürdü?
- a)1 yıldan az
  - b)1-5 yıl
  - c)5 yıldan fazla
31. 18 yaşından sonra cinsel istismar yaşadınız mı?
- a) evet, yaşadım
  - b)hayır, yaşamadım
32. Cevabınız evet ise, bu durum ne idi? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- a) Rızanız olmadan cinsel organların gösterilmesi
  - b) Soyunmaya, belirli beden bölgelerini göstermeye zorlanma
  - c) Rızanız dışı cinsel amaçlı dokunma, okşanma
  - d) Cinsel ilişkiye girmeye zorlanma
  - e) Zorla cinsel ilişkiye girme
  - f) İstenmeyen biçimde cinsel ilişkiye zorlanma, başkaları ile birlikte olmaya zorlanma
  - g) diğer.....

33. 18 yaşından sonra cinsel istismar kim/kimler tarafından uygulandı? (birden fazla şık şaretleyebilirsiniz)

- a) Babam
- b) Annem
- c) Kardeşim/kardeşlerim
- d) akrabam/akrabalarım
- e) öğretmenim
- f) diğer

34. 18 yaşından sonra cinsel istismara maruz kaldı iseniz bu durum ne sıklıkta idi?

- a) tek bir defa
- b) çok seyrek, yılda 1-2
- c) seyrek yılda 5-10
- d) bazen, ayda 1-4
- e) sık sık, haftada 1den fazla

35. Uğradığınız cinsel istismar nedeniyle acil tıbbi müdahale amacıyla hastaneye başvurmanız gerekti mi?

- a) Hayır, gerekmedi
- b) Evet gerekti, başvurdum.
- c) Evet gerekti, başvurmadım.

36. En son ne zaman cinsel istismara uğradınız?.....

Cevaplarınız için teşekkürler.

#### IV. TRAVMA SONRASI STRES TANI ÖLÇEĞİ ÖRNEĞİ

Birçok kişi yaşamının bir noktasında çok zorlayıcı bir olaya veya travmaya tanık olur. Aşağıda travmatik yaşam olaylarının bir listesi var. Tanık olduğunuz/yaşadığınız travmatik olaylara bir işaret (X) koyunuz.

1. Ciddi bir kaza, yangın, patlama (örneğin; iş-araba-uçak-deniz kazaları)
2. Doğal bir afet (sel, büyük bir deprem, hortum, tayfun, yangın)
3. Aileden veya tanıdık birisi tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalmak (fiziksel saldırı, dayak, silahla tehdit, saldırılıp soyulma)
4. Bir yabancı tarafından cinsel olmayan bir saldırıya maruz kalmak (fiziksel saldırı, dayak, silahla tehdit, saldırılıp soyulma)
5. Aileden veya tanıdık birisi tarafından cinsel saldırıya maruz kalmak (tecavüz, tecavüz girişimi veya cinsel amaçlı dokunma)
6. Bir yabancının cinsel saldırısına maruz kalmak (tecavüz, tecavüz girişimi veya cinsel amaçlı dokunma)
7. Askeri bir çatışma veya savaş alanında bulunma
8. 18 yaşından önce kendinden en az 5 yaş veya daha büyük olan birisi ile cinsel amaçlı yakınlıkta bulunmak (cinsel organlara-göğüslere cinsel amaçlı dokunulması, cinsel birleşme)
9. Hapishanede bulunma
10. İşkence
11. Yaşamı tehdit eden bir hastalık
12. Başka bir travmatik deneyim..... (belirtiniz)

Yukarıdaki maddelerden herhangi birini işaretlediyseniz devam edin, işaretlemediyseniz burada bırakın.

13. İlk bölümde eğer birden çok seçeneği işaretlediyseniz, aralarından yalnızca sizi en çok rahatsız edeni seçin. İlk bölümde sadece bir madde işaretlediyseniz, aynı maddeyi işaretleyin.

Kaza

Felaket

Tanıdığı birinin cinsel olmayan saldırısı

Bir yabancınn cinsel olmayan saldırısı

Tanıdık birinin cinsel saldırısı

Bir yabancınn cinsel saldırısı

Çatışma

18 yaşından önce kendisinden en az 5 yaş büyük biri ile cinsel yakınlık

Hapishanede bulunma

İşkence

Yaşamı tehdit eden hastalık

Diğer

İşaretlediğiniz olayı aşağıya kısaca yazınız.

.....

Aşağıda, yukarıda belirttiğiniz travmatik olayı tanımlayan bazı sorular var, lütfen sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz.

14. Travmatik olay ne kadar zaman önce oldu?

- a. Bir aydan kısa
- b. 1-3 ay arası
- c. 3-6 ay arası
- d. 6ay-3yıl arası
- e. 3-5 yıl arası
- f. 5 yıldan fazla

15. Fiziksel olarak yaralandınız mı?

- a. Evet
- b. Hayır

16. Sizden başka yaralanan oldu mu?

- a. Evet
- b. Hayır

17. Yaşamınızı tehdit eden bir durum oldu mu?
  - a. Evet
  - b. Hayır
18. Bir başkasının yaşamını tehdit eden bir durum oldu mu?
  - a. Evet
  - b. Hayır
19. Çaresizlik hissettiniz mi?
  - a. Evet
  - b. Hayır
20. Dehşete düştünüz mü?
  - a. Evet
  - b. Hayır

Aşağıda travmatik deneyimleri olan kişilerde ortaya çıkan sorunların bir listesi bulunmaktadır. Her birini dikkatle okuyunuz ve SON BİR AY İÇİNDE problemlerinizin sıklığını en iyi yansıtan sayıyı işaretleyiniz. Her bir problemi 13. maddede tanımladığınız travmatik olayla bağlantılı olarak işaretleyiniz.

Hiç veya sadece bir kez ise 0'ı

Haftada bir veya biraz az (bazen) ise 1'i

Haftada 2-4 kez/haftanın yarısında (sık) ise 2'yi

Haftada 5 kez veya daha sık ise (nerdeyse daime) 3'ü işaretleyin.

21. 0 1 2 3 istemediğiniz halde travmatik olayla ilgili sizi rahatsız eden düşünce veya görüntülerin aklınıza gelmesi
22. 0 1 2 3 travmatik yaşantı ile ilgili rüyalar veya kabuslar görmek
23. 0 1 2 3 sanki travmatik olay yeniden oluyor gibi hissetmek veya davranmak
24. 0 1 2 3 travmatik olayı hatırlatan durumlarda birden çok duyguyu birden yaşamak (korkmak, öfkelenmek, suçluluk, hüzenlenmek)
25. 0 1 2 3 travmatik olayı hatırlatan durumlarda bedensel bazı tepkilerin olması (çarpıntı, titreme, terleme)
26. 0 1 2 3 travmatik olay hakkında düşünmemeye, konuşmamaya, hissetmemeye çabalama
27. 0 1 2 3 travmatik olayı hatırlatan aktivitelerden, insanlardan, yerlerden kaçınmaya çalışma
28. 0 1 2 3 travmatik olayın önemli bir bölümünü hatırlayamama
29. 0 1 2 3 önemli aktivitelerle ilgilenmeme veya daha seyrek katılma

30. 0 1 2 3 çevresindeki kişilerden mesafeli olmak veya uzaklaşmak
31. 0 1 2 3 duygusal donukluk yaşamak (ağlayamama, sevgi hissedememe)
32. 0 1 2 3 geleceğe ilişkin planlar hiç olmayacak hissi veya umutsuzluk
33. 0 1 2 3 uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü
34. 0 1 2 3 aşırı gerginlik veya öfke nöbetleri
35. 0 1 2 3 dikkatini toplamada güçlük
36. 0 1 2 3 sürekli tetikte olma (etrafında kim olduğunu izleme, arkanız kapıya dönük durduğunuzda tedirginlik hissetme)
37. 0 1 2 3 yerinden fırlama ve irkilme (arkanızda birisi yürüdüğünde, kapı çarptığında)
38. Yukarıda bildirdiğiniz problemleri ne kadardır yaşıyorsunuz? (sadece birini işaretleyiniz)
- a. Bir aydan kısa süredir
- b. 1-3 ay
- c. 3 aydan uzun süredir
39. Travmatik olaydan ne kadar sonra sorunlarınız başladı? (sadece birini işaretleyiniz)
- a. 6 aydan kısa süre sonra
- b. 6 ay veya daha uzun bir süre sonra
- Eğer işaret etmiş olduğunuz problemlerin yaşamınızın aşağıda sayılan alanlarından birini geçtiğimiz ay içinde etkilediğini düşünüyorsanız belirtiniz. Evet için E, hayır için H' yi işaretleyiniz.
40. E( ) H( ) İş
41. E( ) H( ) Evle ilgili sorumluluklar
42. E( ) H( ) Arkadaş, dostlarla ilişkiler
43. E( ) H( ) Hoş vakit ve eğlence yaşamı
44. E( ) H( ) Okul, eğitim
45. E( ) H( ) Aile ilişkisi
46. E( ) H( ) Cinsel yaşam
47. E( ) H( ) Yaşamdan genel doyum
48. E( ) H( ) Bunların tümü

## CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28) ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek 2002 yılında Prof.Dr.Vedat Şar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her Hakkı mahfuzdur. Basılmaz, satılmaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

### Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elimizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

|  | Hiç bir zaman | Nadiren zaman | Zaman zaman | Sıklıkla | Çok sık olarak |
|--|---------------|---------------|-------------|----------|----------------|
|--|---------------|---------------|-------------|----------|----------------|

### Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

- |                                                                                                   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 3. Yeterli yemek bulamazdım.                                                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ailedekiler bana "salak", "bceeriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuturucu alırdı.       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeime yardımcı olan birisi vardı.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Kirlı giysiler içersinde dolaşmak zorunda kaldım.                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Sevidiğimi hissediyordum.                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekiyordu.        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  | Hiç bir zaman | Nadiren zaman | Zaman zaman | Sıklıkla | Çok sık olarak |
|--|---------------|---------------|-------------|----------|----------------|
|--|---------------|---------------|-------------|----------|----------------|

### Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

- |                                                                                                                                      |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 30. Ailemden tam olarak memnundum.                                                                                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.                                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Ailedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.                                                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Ailemde birisi benden nefret ederdi.                                                                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 44. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakta ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 45. Çocukluğum mükemmeldi.                                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.                                                                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.                                                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.                                                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.                                                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.                                                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.                                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## VI. COOPERSMITH BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ ÖRNEĞİ

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı duygularını açıklayan ifadeler yer almaktadır bu cümlelerden size uygun olanlarını “Aynen benim gibi”, uygun olmayanlarını ise “Benim gibi değil” sütununa x işareti koyarak belirtiniz.

Aynen Benim Gibi /Benim Gibi Değil

- |                                                                      |     |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1. Çevremde olup bitenlerden genellikle rahatsız olmam.              | ( ) | ( ) |
| 2. Başkalarının önünde konuşmak bana zor gelir.                      | ( ) | ( ) |
| 3. Eğer elimde olsaydı kendimdeki pek çok şeyi değiştirmek isterdim. | ( ) | ( ) |
| 4. Karar vermede fazla zorluk çekmem.                                | ( ) | ( ) |
| 5. İnsanlar benimle olmaktan hoşlanırlar.                            | ( ) | ( ) |
| 6. Evde kolayca moralim bozulur.                                     | ( ) | ( ) |
| 7. Yeni şeylere kolay alışamam.                                      | ( ) | ( ) |
| 8. Yaşıtlarım arasında sevilen bir kişiyim.                          | ( ) | ( ) |
| 9. Ailem genellikle duygularıma önem verir.                          | ( ) | ( ) |
| 10. Başkalarının söylediğini kolaylıkla kabul ederim                 | ( ) | ( ) |
| 11. Ailem benden çok şey bekler.                                     | ( ) | ( ) |
| 12. Benim yerimde olmak oldukça zordur.                              | ( ) | ( ) |
| 13. Hayatımın karmakarışık olduğuna inanıyorum.                      | ( ) | ( ) |
| 14. Genellikle başkaları düşüncelerimi kabul eder.                   | ( ) | ( ) |
| 15. Kendimi yetersiz buluyorum.                                      | ( ) | ( ) |
| 16. Sık sık evden kaçmayı düşünüyorum.                               | ( ) | ( ) |
| 17. Yaptığım işten çoğunlukla memnun olmam.                          | ( ) | ( ) |
| 18. Başkaları kadar güzel değilim.                                   | ( ) | ( ) |
| 19. Söylenecek sözüm varsa onu söylemekten çekinmem.                 | ( ) | ( ) |
| 20. Ailem benim duygularımı anlar.                                   | ( ) | ( ) |
| 21. Çok sevilen bir kimse değilim.                                   | ( ) | ( ) |
| 22. Genellikle ailemin beni dışladığını hissediyorum.                | ( ) | ( ) |
| 23. Yaptığım şeyler genellikle cesaretimi kırar.                     | ( ) | ( ) |
| 24. Sık sık keşke başka biri olsam diye düşünürüm.                   | ( ) | ( ) |
| 25. Güvenilir bir kişi olmadığımı düşünüyorum.                       | ( ) | ( ) |

## VII. BEDEN BÖLGELERİNDEN VE ÖZELLİKLERİNDEN HOŞNUT OLMA ANKETİ ÖRNEĞİ

Son Derece Hoşnutum(5) Oldukça Hoşnutum(4) Kararsızım(3) Pek Hoşnut Değilim(2) Hiç Hoşnut Değilim(1)

### BEDENİN GENEL GÖRÜNÜMÜ

|                | (5) | (4) | (3) | (2) | (1) |
|----------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Beden oranları | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Bedenin duruşu | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Spor yeteneği  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Ten rengi      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Kas gücü       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Boy            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Kilo           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### YÜZ

|               |     |     |     |     |     |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Yüz güzelliği | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Saçlar        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Gözler        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Kulaklar      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Burun         | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Ağız          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Dişler        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Ses           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Çene          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### BEDEN ÜYELERİ

|         |     |     |     |     |     |
|---------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Omuzlar | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Kollar  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Eller   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Ayaklar | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### GÖVDE

|                       |     |     |     |     |     |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Karın                 | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Kalçalar              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Bacak ve bilekler     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Göğüsler ve üst bölge | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| Cinsel organ          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### VIII. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ ÖRNEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı yada endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtili **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

|                                                              | Hiç | Hafif düzeyde<br><i>Beni pek<br/>Etkilemedi</i> | Orta Düzeyde<br><i>Hoş değildi ama<br/>Katlanabildim</i> | Ciddi Düzeyde<br><i>Dayanmakta çok<br/>zorlandım</i> |
|--------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 2. Sıcak / ateş basmaları                                    |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 3. Bacaklarda halsizlik, titreme                             |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 4. Gevşeyememe                                               |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 5. Çok kötü şeyler olacak korkusu                            |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 6. Baş dönmesi veya sersemlik                                |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 7. Kalp çarpıntısı                                           |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 8. Dengeyi kaybetme duygusu                                  |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 9. Dehşete kapılma                                           |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 10. Sinirlilik                                               |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu                           |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 12. Ellerde titreme                                          |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 13. Titreklik                                                |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 14. Kontrolü kaybetme korkusu                                |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 15. Nefes almada güçlük                                      |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 16. Ölüm korkusu                                             |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 17. Korkuya kapılma                                          |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi               |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 19. Baygınlık                                                |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 20. Yüzün kızarması                                          |     |                                                 |                                                          |                                                      |
| 21. Terleme ( sıcaklığa bağlı olmayan )                      |     |                                                 |                                                          |                                                      |

## IX. BECK DEPRESYON ENVANTERİ ÖRNEĞİ

Aşağıda kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak size en uygun olan ifadeyi bulup işaretleyiniz.

1.
  - a) kendimi üzgün hissetmiyorum
  - b) kendimi üzgün hissediyorum
  - c) her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
  - d) öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
2.
  - a) gelecekte umutsuz değilim
  - b) geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
  - c) gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
  - d) benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3.
  - a) kendimi başarısız görmüyorum
  - b) çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
  - c) geriye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum
  - d) kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
4.
  - a) her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
  - b) her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
  - c) artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
  - d) bana zevk veren hiçbir şey yok, her şey çok 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) cezalandırıldığımı düşünmüyorum
  - b) bazı şeyler için cezalandırılabilceğimi hissediyorum
  - c) cezalandırılmayı bekliyorum
  - d) cezalandırılacağımı hissediyorum
7.
  - a) kendimden hoşnutum
  - b) kendimden pek hoşnut değilim
  - c) kendimden hiç hoşlanmıyorum
  - d) kendimden nefret ediyorum

8.
  - a) kendimi diğer insanlardan kötü görmüyorum
  - b) kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
  - c) kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum
  - d) her kötü olayda kendimi suçluyorum
9.
  - a) kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
  - b) bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum
  - c) kendimi öldürebilmeyi isterdim
  - d) bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm
10.
  - a) her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum
  - b) eskisine göre şu sıralar daha fazla ağlıyorum
  - c) şu sıralarda her an ağlıyorum
  - d) eskiden ağlayabilirdim ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
11.
  - a) her zamankinden daha sinirli değilim
  - b) her zamankinden daha kolayca sinirlenebiliyorum
  - c) çoğu zaman sinirliyim
  - d) eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum
12.
  - a) diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
  - b) eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
  - c) diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
  - d) diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
13.
  - a) kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum
  - b) şu sıralarda kararlarımı erteliyorum
  - c) kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum
  - d) artık hiç karar veremiyorum
14.
  - a) dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
  - b) yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum
  - c) dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum
  - d) çok çirkin olduğumu düşünüyorum
15.
  - a) eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
  - b) bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha çok zorlamam gerekiyor
  - c) hangi iş olursa olsun yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
  - d) hiçbir iş yapamıyorum

16. a) eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum  
b) şu aralar eskisi kadar rahat uyuyamıyorum  
c) eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum  
d) eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
17. a) eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum  
b) eskisinden daha çabuk yoruluyorum  
c) şu sıralar neredeyse her şey beni yoruyor  
d) öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
18. a) iştahım eskisinden pek farklı değil  
b) iştahım eskisi kadar iyi değil  
c) şu sıralar iştahım epey kötü  
d) artık hiç iştahım yok
19. a) son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum  
b) son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim  
c) son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim  
d) son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim  
daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum ..... evet/hayır
20. a) sağlığım beni pek endişelendirmiyor  
b) son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var  
c) ağrı, sızı gibi sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor  
d) bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şey düşünemiyorum
21. a) son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok  
b) eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum  
c) şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim  
d) artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

**ÖZGEÇMİŞ**  
**Dr. ZERRİN OĞLAĞU**

**Doğum tarihi:** 19.03.1982

**Doğum yeri:** Ankara

**İlkokul:** Büyükreşitpaşa İlkokulu (1988-1993)

**Ortaokul:** Kadırga İlköğretim Okulu (1993-1996)

**Lise:** Kabataş Erkek Lisesi (1996-2000)

**Üniversite:** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (2000-2006)

**Uzmanlık Eğitimi:** İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı (2006-2012)

**Yabancı Dil:** İngilizce

**YAYINLAR- KONGRE SUNUMLARI:**

“İki cinsel saldırı olgusu ve emniyetin tutumu” Uluslararası Ruhsal Travma Kongresi  
2007, İstanbul, Poster sunumu

“Gender Identity Discrepancy, Clinical Support and Suicide” 1st Eastern European  
Psychiatric Congress, Thessaloniki, Greece, 2007, Poster sunumu

“Bir erkek AN olgusu ve erkeklerde yeme bozuklukları” 44. Ulusal Psikiyatri  
Kongresi, 2008, Poster sunumu

“Suicide and clinical support of well being transgender” International Academy of Sex  
Research (IASR), Belgium, 2008, Poster sunumu

“Importance of Clinical Support for Well Being of Transgender Individuals with the History of Suicide” 9th Congress of The European Federation of Sexology, Rome, Italy, 2008, Poster sunumu

“Kan şekeri regulasyonunun psikiyatrik hastalıklar üzerine etkisi, diyabet ve psikiyatrik hastalıklar” Türk Diyabet Vakfı Mezuniyet Sonrası Eğitim Yayınları, 2009

“ Transseksüel bireylerde klinik destek ve intihar” 13. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu 2009, Poster sunumu

“Geleneksel bir ailede cinsel istismar olgusunda travma odaklı tedavi” 13. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu 2009, Sözel sunum

“Yeme bozukluğu şüphesinden işyerinde yıldırmaya giden yol” 14. Yıllık Toplantı-Bahar Sempozyumu 2010, Sözel sunum

“ Transseksüellerde hormon kullanımı” 18. Pride-İstanbul Haftası etkinlikleri, 23 Haziran 2010, Sözel sunum

“ Socio-demographic and clinical features of turkish eating disorder patients at a university hospital in İstanbul” AED International Conference on Eating Disorders, 2010 Salzburg, Austria, Poster sunumu

“Adli olgularda rapor yazımı- Olgü sunumu”, Psikiyatri Atölyeleri, 2010, İstanbul

“Yeme bozukluklarında grup psikoterapisi uygulamaları” Çalışma grubu, 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2010, İzmir

“Evlilik, Boşanma, Hayatın Düzeni, Kadınlık Halleri”, Sözel Sunum, 15. Yıllık Toplantı/Bahar Kongresi, 2011, Antalya

“Yeme Bozukluklarında Çocukluk Çağı Travmaları” Sözel Sunum, 47. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 2011, Antalya

Sociodemographic and clinical characteristics of eating disorder patients in a university hospital in İstanbul. Yucel B, Aslantaş Ertekin B, Oğlağı Z, Sertel Berk Ö, Deveci E, Kahraman F, Ersoy M, Turgut I, Yager J., Eating and Weight Disorders-studies on anorexia bulimia and obesity 2011 Vol 4 (article in press)

### **KURSLAR:**

İstanbul Psikanaliz Derneğı; Psikanalize Giriş Seminerleri 2009

Cinsel Eğitim Tedavi Araştırmaları Derneğı- Cinsellik ve Cinsel Tedaviler Eğitimi (devam ediyor)

### **ÜYE OLDUĞUM DERNEK VE KURULUŞLAR:**

Türk Tabipleri Birliğı-İstanbul Tabip Odası- Kadın Hekim ve Asistan Hekim Komisyonları

Türkiye Psikiyatri Derneğı

Sağlık Emekçileri Sendikası

Türkiye İnsan Hakları Vakfı

Dr. Mümtaz Gürsoy Eğitim Vakfı

