



# SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GAZİANTEP

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DUYGUSAL YEMENİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES BELİRTİLERİ İLE  
OLAN İLİŞKİSİ**

GÜL SENEM ÖZDEMİR

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul, 2015

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**DUYGUSAL YEMENİN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES BELİRTİLERİ İLE  
OLAN İLİŞKİSİ**

GÜL SENEM ÖZDEMİR

Danışman: Yrd. Doç. Dr. İtir Tarı CÖMERT

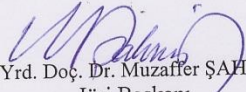
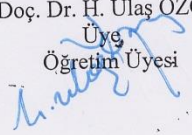
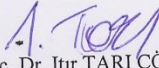
Yüksek Lisans Tez

İstanbul, 2011



T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEKLİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



Öğrencinin				
Adı-soyadı	Gül Senem Özdemir			
Numarası	122204032			
Anabilim/ Bilim Dalı	Psikoloji ABD / Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı			
Tez Savunma Bilgileri				
İlgi : Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ..... sayılı oturumunda karar verilen,				
Sınav Tarihi	16.06.2015			
Sınav Saati	11 <sup>00</sup> - 12 <sup>00</sup>			
Sınav Yeri	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi			
Karar				
Sınav Süresi				
<u>Oybirliği</u>	<u>Oyçokluğu</u>	<u>Kabul</u>	<u>Düzeltilme</u>	<u>Red</u>
X		X		
oybirliği ile kabul				
Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca "Yapılan Tez Savunma Sınavı Jürimiz tarafından gerçekleştirilmiş ve adayın durumu bu tutanakla tespit edilmiştir."				
				16/06/2015
 Yrd. Doç. Dr. Muzaffer ŞAHİN Jüri Başkanı Öğretim Üyesi				
 Yrd. Doç. Dr. H. Ulaş ÖZCAN Üye Öğretim Üyesi		 Yrd. Doç. Dr. İtir TARI CÖMERT Üye Öğretim Üyesi		
Not: Bu Form, 2 Adet ciltlenmiş Tez, 2 Adet PDF formatında Tezin kaydedildiği CD, 1 Adet Ulusal Tez Merkezi Veri Giriş Formuyla Sosyal Bilimler Enstitüsüne teslim edilmelidir.				

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Duygusal Yememin Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirtileri İle Olan İlişkisi” başlıklı çalışmanın tarafımca, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını, yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve doğrularım.

01.06.2015

Gül Senem ÖZDEMİR



## ÖZ

Bu çalışmada, duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda yaş, cinsiyet, medeni durum ve kilo ile ilgili değişkenlerin duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri üzerindeki etkisinin de incelenmesi hedeflenmektedir.

Çalışmaya, İstanbul'un çeşitli ilçelerinde oturan 18-68 yaş arası 785 yetişkin gönüllü olarak katılmıştır. Araştırmada, duygusal yemeyi ölçmek için 1986 yılında Van Strein, Frijters, Bergers ve Defares tarafından geliştirilen ve 1988 yılında Tekok tarafından Türkçeye uyarlanan Hollanda Yeme Davranışı Anketi, depresyon anksiyete ve stres belirtilerini ölçmek için 1995 yılında Lovibond ve Lovibond (Lovibond ve Lovibond, 1995) tarafından geliştirilen, Türkçeye standardizasyonu Çetin, Abacı ve Akın (2006) tarafından yapılan depresyon, anksiyete ve stres ölçeği (DASO) kullanılmıştır.

Duygusal yeme puanları yüksek olan kişilerin depresyon ( $9,95\pm 8,61$ ), anksiyete ( $11,25\pm 8,34$ ) ve stres ( $16,53\pm 12,68$ ) puanları duygusal yeme puanları düşük olan kişilerin depresyon ( $6,97\pm 7,55$ ), anksiyete ( $8,34\pm 6,70$ ) ve stres ( $12,68\pm 8,36$ ) anlamlı ölçüde daha yüksektir. Ayrıca, cinsiyet, yaş, medeni durum ile kilo memnuniyeti ve kilo algısı; duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinde anlamlı derecede değişiklik oluşturmaktadır. Bu bulguların önemi önceki araştırmaların ışığında tartışılmış ve gelecek araştırmalar için önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** duygusal yeme, kilo algısı, depresyon, stres, anksiyete.

## ABSTRACT

The main purpose of the study is to evaluate the association between emotional eating and depression, anxiety and stress levels. The effect of age, gender, marital status and the variables related to weight on emotional eating and depression, anxiety and stress levels is investigated.

785 volunteer participants whose ages between 18 and 68 were included in the study. To assess the level of emotional eating Dutch Eating Behavior Test which was developed by Van Strein, Frijters, Bergers ve Defares in 1986 and standardized by Tekok in 1988 was used. To assess the levels of depression, anxiety and stress Depression Anxiety Stress Scale (DASS) which was developed by Lovibond and Lovibond in 1995, and standardized by Çetin, Abacı and Akın (2006) were used.

According to research results, participants who showed higher emotional eating have higher depression ( $9,95\pm 8,61$ ), anxiety ( $11,25\pm 8,34$ ) and stress ( $16,53\pm 12,68$ ) scores compared to participants who have lower emotional eating scores. In addition, age, gender, marital status and the variables related to weight has an significant effect on emotional eating, depression, anxiety and stress levels. Results and limitations of the study, suggestion for future studies were discussed in the light of the literature.

**Key Words:** emotional eating, depression, stress, anxiety.

## ÖNSÖZ

Depresyon, kaygı ve stres gibi kavramlar günümüzde modern hayatın dair sıradan temaları haline gelmiştir. Günlük hayatta psikopatoloji olarak tanımlanacak düzeyde yaşanmasa da, hafif ancak kronik olarak yaşanan stres ve kaygı kişilerin yaşam kalitesini düşürmektedir. Duygusal yeme yeni bir kavram olarak literatüre daha çok fazla kilolu ve obez kişiler için bir risk faktörü olarak girse de, araştırmalar duygusal yemenin normal kilolu kişiler için de gündeme gelebileceğini söylemektedir. Bu sebeple bu araştırmada, duygusal yemenin depresyon, anksiyete ve stres belirtileriyle ilişkisi incelenecektir.

Tez çalışmamın daha ilk planlarından itibaren bilgi birikimiyle yanımda olan, tıkanıp her noktada bitmez tükenmez enerjisiyle beni yeniden motive eden, vaktini, yardımlarını ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım sevgili Yrd. Doç. Dr. İtir Tari Cömert'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte görüşlerine başvurduğumda bana rehberlik eden, yardımlarını esirgemeyen ve tecrübeleriyle bana destek olan hocam Yrd. Doç. Dr. Ulaş Özcan'a çok teşekkür ederim.

Bugüne kadar eğitimim için her türlü desteği sağlayan, hep yanımda olan kıymetli babama; bana inanan ve güç veren anneme; paylaştığımız hayatın her döneminde bana maddi manevi destek olan, oldukça yoğun geçen bu tez döneminde anlayışını esirgemeyen sevgili eşime ve geniş ailemize teşekkür ederim.

Son olarak, hayatımın dönüm noktalarında yanımda olan, artık aynı mekanları paylaşmasak da online olarak desteklerini eksik etmeyen ve 'tez teşvikleri' grubuyla bu süreçte beni yalnız bırakmayan sevgili arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Gül Senem ÖZDEMİR



## İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ .....	1
1.1.Duygusal yeme .....	2
1.1.1. Tanım.....	2
1.1.2. Yeme Bozuklukları ve Duygusal Yeme .....	3
1.1.3. Sıklık .....	4
1.1.4. Etiolojik Faktörler .....	4
1.1.5. Duygusal Yemeyi Açıklayan Teoriler .....	5
1.1.5.1. Psikosomatik Teori .....	5
1.1.5.2. Dışsal Teori .....	6
1.1.5.3. Kısıtlama Teorisi .....	7
1.1.5.4. Kaçış Teorisi.....	7
1.1.6. Duygusal Yeme Mekanizmaları .....	8
1.1.6.1. Fizyolojik Mekanizmalar .....	8
1.1.6.2. Psikolojik Mekanizmalar .....	9
1.1.6.3. Macht'ın Üç Aşama Modeli .....	9
1.2.Depresyon.....	10
1.2.1. Genel Bilgiler .....	10
1.2.2. Depresyonun Kuramsal Açıklamaları.....	11
1.2.2.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	11
1.2.2.2. Davranışçı Yaklaşım .....	12
1.2.2.3. Bilişsel Yaklaşım.....	14
1.2.3. Depresyon Tanı Ölçütleri .....	16
1.3.Anksiyete .....	17
1.3.1. Genel Bilgiler .....	17
1.3.2. Anksiyetenin Kuramsal Açıklamaları.....	18
1.3.2.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	18
1.3.2.2. Varoluşçu Yaklaşım .....	19
1.3.2.3. Davranışçı Yaklaşım .....	19
1.3.2.4. Bilişsel Yaklaşım .....	20
1.3.3. Anksiyete Tanı Ölçütleri .....	21
1.4.Stres .....	22
1.4.1. Tanım.....	23
1.4.2. Stresi Açıklayan Modeller .....	23
1.4.2.1. Fizyolojik Stres Modeli .....	23
1.4.2.2. Psikolojik Stres Modeli .....	24

1.5. Depresyon, Anksiyete, Stres ve Duygusal Yeme İlişkisini Gösteren Çalışmalar.....	25
1.5.1. Duygusal Yeme ve Depresyon .....	26
1.5.2. Duygusal Yeme ve Anksiyete .....	26
1.5.3. Duygusal Yeme ve Stres .....	27
<b>2. YÖNTEM .....</b>	<b>28</b>
2.1. Araştırmanın Modeli.....	28
2.2. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler .....	28
2.3. Örneklem .....	29
2.4. Veri Toplama Araçları.....	29
2.4.1. Demografik Bilgi Formu .....	29
2.4.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi.....	29
2.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASO) .....	30
2.5. Verilerin Analizi .....	31
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>32</b>
3.1. Demografik Bilgiler.....	32
3.2. Demografik Bilgilerin Kullanılan Ölçeklerle İlişkisi .....	34
3.3. Depresyon, Anksiyete ve Stresin (DASO) duygusal yeme ile ilişkisi .....	45
<b>4. TARTIŞMA .....</b>	<b>50</b>
4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler.....	55
<b>5. KAYNAKLAR .....</b>	<b>57</b>
<b>6. EKLER.....</b>	<b>71</b>

## TABLOLAR

1. Tablo 1: Örneklemin demografik özellikleri .....	32
2. Tablo 2: Örneklemin Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları puanların dağılımları .....	33
3. Tablo 3: Örneklemin Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeğinden (DASO) aldıkları puanların dağılımları .....	34
4. Tablo 4: Katılımcıların DASO alt testlerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyonuna göre analizi (N=785) .....	34
5. Tablo 5: Cinsiyet ve duygusal yeme arasındaki ilişkinin Mann-Withney U testine göre sonuçları .....	35
6. Tablo 6: Cinsiyet ile depresyon anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre sonuçları .....	35
7. Tablo 7: Yaşın duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları .....	36
8. Tablo 8: Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yaş gruplarına göre ortalamaları .....	37
9. Tablo 9: Beden kütle indeksine (BKI) göre duygusal yeme düzeylerini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları .....	38
10. Tablo 10: Kilo memnuniyetinin duygusal yeme ile depresyon anksiyete ve stres puanlarına etkisini değerlendirmek için yapılan Mann-Withney U testi sonuçları .....	39
11. Tablo 11: Kişilerin kilo algılarının duygusal yeme puanlarına etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları .....	40
12. Tablo 12: Kişilerin kilo algılarına göre duygusal yeme puan ortalamalarındaki değişim .....	40
13. Tablo 13: Kişilerin kilo algısının depresyon anksiyete ve stres puanlarına olan etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları .....	41
14. Tablo 14: Medeni durumun duygusal yeme puanları ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarına olan etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları .....	42
15. Tablo 15: Eğitim durumunun duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarına etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları .....	43
16. Tablo 16: Psikolojik destek alan ve almayanların duygusal yeme puanları ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ortalamaları .....	44
17. Tablo 17: Psikolojik destek alanların duygusal yeme, depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisinin Mann-Withney U testine göre sonuçları .....	45
18. Tablo 18: Depresyon, Anksiyete ve Stres (DASO) puanları ile duygusal yeme puanları arasındaki ilişkinin Pearson Korelasyonuna göre sonuçları .....	45

- 19.** Tablo 19: Duygusal yeme puanları yüksek ve düşük kişilerin depresyon, anksiyete ve stres puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız t-testi sonuçları .....48
- 20.** Tablo 20: DASO puanının duygusal yemeye etkisinin değerlendirilmesi için yapılan bağımsız t-testi sonuçları.....49

## ŞEKİLLER

1. Şekil 1: Macht'ın üç aşama modeli.....	9
2. Şekil 2: Örneklemin BKI dağılımı .....	33
3. Şekil 3: Depresyon anksiyete ve stres ile duygusal yeme arasındaki ilişkinin modeli .....	46
4. Şekil 4: Duygusal yeme ile depresyon puanlarının noktasal dağılımı .....	47
5. Şekil 5: Duygusal yeme ile anksiyete puanlarının noktasal dağılımı .....	47
6. Şekil 6: Duygusal yeme ile stres puanlarının noktasal dağılımı .....	48

## 1. GİRİŞ

Duygular kişilerin pek çok kararını, seçimini, davranışını etkilediği gibi yeme davranışlarını da etkiler. Macht (1999) öfke, korku, üzüntü ve mutluluğun yeme davranışı üzerindeki etkilerini araştırmıştır. Örneğin, öfke sırasında kişiler, ne yediğini önemsemeden, hızlı ve düzensiz bir dürtüsel yeme davranışı sergilediklerini; mutluluk hissettiklerinde ise, yiyeceklerden zevk almak için yedikleri hazcı (hedonik) bir yeme davranışı sergilediklerini söylemektedir. Bunun yanı sıra, özellikle öfke gibi yoğun olumsuz duygulanım sırasında ise duygusal durumlarını düzenlemek için yediklerini ve bu atıştırmalar ile dikkatlerini dağıtmaya çalıştıklarını vurgulamıştır (Macht, 1999).

Duygusal yeme kavramının son yıllarda dikkat çekici bir araştırma alanı olarak ortaya çıkışındaki en önemli etken, günümüzde oldukça artış gösteren obeziteyle olan yakından ilişkisidir. Fazla kilolu olmanın kalp hastalıklarından diyabete, yüksek tansiyondan kansere kadar pek çok sağlık problemi için ciddi bir risk faktörü olması Dünya Sağlık Örgütü'nün (2014) dikkatini obezite konusuna çekmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (2014) tüm dünyadaki yetişkin nüfusun %13'ünde, obezite görüldüğünü söylemektedir (WHO, 2014). 18 yaş altında ise bu oran % 39'a çıkmaktadır. Türkiye'de ise bu oran %30 civarındadır (Sağlık Bakanlığı, 2010).

Duygusal yeme olumsuz duygulara karşı baş etmek için ortaya çıkan bir yeme davranışı olarak tanımlanmıştır (Ganley, 1989). Buna bağlı olarak bu bireyler obezite riskiyle karşı karşıyadır. Bu yüzden duygusal yeme alanındaki araştırmaların pek çoğu yeme problemi olan obez bireylerle yapılmıştır. Obez bireylerle yapılan bu çalışmalarda görülmektedir ki, obez bireyler duygularını düzenleme becerisi kazandıkça yeme bozuklukları iyileşme göstermektedir (Telch, Agras ve Linehan, 2001; Wiser ve Telch, 1999). Ancak duygu düzenleme ile ilgili araştırmalar, duygularıyla başa çıkabilmek için yemenin klinik popülasyona özgü bir davranış olmadığını göstermektedir (Macht ve Simons, 2011). Çalışmalar, bazı sağlıklı ve normal kilolu bireylerin de duygularını düzenlemek için yediklerini ortaya koymuştur (Macht,1999; Macht ve ark., 2005, Macht ve Simons, 2000). Örneğin, Finlanda'da toplum genelinde yapılan bir araştırmada kadınların %30'u ve erkeklerin %25'i stresli durumlarla başa çıkmak için yediklerini bildirmişlerdir (Konttinen ve ark., 2010).

Literatürde olumsuz duygulanım duygusal yemeyi tetikleyen temel faktör olarak anılsa da olumsuz duygulanımı ölçen pek az araştırma yapılmıştır. Ouwens, van Strien ve Leeuwe (2009) depresif semptomlar ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi incelemiş ve aralarında pozitif bir korelasyon olduğunu bulmuşlardır. Aynı şekilde, Konttinen ve arkadaşları (2010) de depresif belirtiler arttıkça duygusal yemenin arttığını ortaya koymuştur. Schneider ve arkadaşları (2010) duygusal yemenin anksiyete ve öfke ile ilişkisini obez ve zayıf iki grupta incelemiştir (Schneider ve ark., 2010). Buna göre, yüksek anksiyetenin obez kişilerde daha fazla duygusal yemeyle ilişkili

olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra, Hearon ve arkadaşları (2013) anksiyeteye karşı duyarlılığın (anxiety sensitivity) duygusal yeme, baş etme stratejisi olarak yeme ve kontrol kaybıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Stresin duygusal yeme üzerindeki etkilerini inceleyen Bennet ve arkadaşları (2013) stresin hem kadın hem erkeklerin yeme davranışlarını etkilediğini ortaya koymuştur. Stres ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada, Tan ve Chow (2014) yeme düzensizliğinin (eating dysregulation), stres ve duygusal yeme arasındaki ilişkiye katkısını ortaya koymuştur.

Bu araştırmanın amacı duygusal yemenin depresif duygulanım, anksiyete ve stres ile olan ilişkisini incelemektir. Literatürde obez kişilerde duygusal yemenin normal kilolu kişilerden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (de Lauzon-Guillain ve ark., 2006; Konttinen ve ark., 2010). Aynı zamanda bu çalışmada, BKİ'nin duygusal yeme, depresyon, anksiyete ve stres arasındaki ilişkisine de bakmak amaçlanmıştır.

## **1.1. Duygusal yeme**

### **1.1.1. Tanım**

Duygusal yeme, bazı bireylerin stres, öfke, kaygı, depresif duygudurum ve benzeri olumsuz duygularla baş etmek için yemek yemeleri olarak tanımlanır (Bruch, 1964; Kaplan ve Kaplan, 1957; Slochower, 1983). Bu tarz yeme davranışı, açlık hissi, öğün zamanı ya da sosyal gereklilik olduğu için değil, sadece duygulanıma karşılık olarak ortaya çıktığı için duygusal yeme olarak adlandırılmaktadır (Bekker ve ark., 2004).

Duygusal yemede, ruh halindeki değişimleri kontrol etmek için yemek yeme davranışı bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Konttinen ve ark., 2010). Macht (2008) duygusal uyarıların iştah üzerinde ortalama %30 oranında bir artma ve %48 oranında bir azalmaya sebep olduğunu bildirmiştir. Ancak duygulanımın yeme davranışı üzerindeki bu etkisinin nasıl olduğunu açıklamak oldukça zordur (Macht, 2008).

Duygusal yeme teorisinin duygulanım ve yeme davranışıyla ilgili iki temel varsayımı vardır (Bruch, 1964). Bunlardan ilki, olumsuz duyguların yeme motivasyonunu arttırmasıdır. İkincisi ise, yemenin olumsuz duyguların yoğunluğunu azaltmasıdır (Macht ve Simons, 2011). Booth (1994) bu döngüyü öğrenme teorisinin kavramlarıyla açıklamıştır. Buna göre, olumsuz duyguya bir koşullu tepki olarak yeme motivasyonu oluşur. Bunu takip eden yeme davranışı olumsuz duygunun yoğunluğunu azaltır. Böylece olumsuz duygu karşısında yemenin o duygunun şiddetinin azaltacağı inancı öğrenilmiş ve pekiştirilmiş olur (Macht, 2008).

Araştırmalar farklı duygu durumlarının yeme davranışı üzerindeki etkilerini incelemiştir. Depresyon, stres, kaygı, kızgınlık gibi olumsuz duyguların tüketilen yiyecek miktarını arttırdığı gösterilmiştir (Greeno ve Wing, 1994; Macht, 2008, Ouwens ve ark., 2009).

### 1.1.2. Yeme Bozuklukları ve Duygusal Yeme

Araştırmalar duygusal yemenin bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu ile ilişkisi olduğunu göstermektedir (Eldredge ve Agras, 1996; Pinaquy ve ark., 2003). Bulimiya nervoza yaşayan kişiler incelendiğinde bu kişilerin atakları başlamadan önce kısıtlayıcı yeme davranışı içinde oldukları gözlemlenmektedir (Sevinçer ve Konuk, 2003). Bu kısıtlayıcı yeme davranışını bölüp aşırı yeme ataklarını başlatan ise çoğu zaman depresyon, anksiyete, yoğun bir gerginlik gini duygusal etkenlerdir. Araştırmalar bulimiya nervozada görülen yineleyici tıknırcasına yeme dönemlerinin bu olumsuz duyguları azalttığını savunmaktadır (Pyle ve ark., 1981). DSM-5'te bulimiya nervoza için tanı kriterleri şu şekilde tanımlanmıştır:

- A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri.
  1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde yeme.
  2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması.
- B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.
- C. Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur.
- D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir (APA, 2013).

Duygusal yeme ve tıknırcasına yeme bozukluğu arasında yüksek bir ilişki olduğu ve çoğu zaman birlikte görüldükleri gözlenmektedir. Tıknırcasına yeme bozukluğunda da duygusal yemede olduğu gibi duygular hem ne kadar gıda tüketileceğinin hem de yeme üzerinde kontrol kaybının belirleyicisidir (Sevinçer ve Konuk, 2013). Tıknırcasına yeme bozukluğu daha önce bir yeme bozukluğu olarak değerlendirilmeyip bulimiya nervozada görülen bir belirti olarak kabul görmüştü. Ancak DSM-5'te yeme bozukluklarından biri olarak tanımlanmıştır. Tanı kriterleri şu şekildedir:

- A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri.
  1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla yiyeceği ayrı bir zaman biriminde yeme.
  2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması.
- B. Tıknırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:
  1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
  2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme.
  3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.



4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
  5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.
- C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.
- D. Bu tıkınırcasına yeme davranışı ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur.
- E. Tıkınırcasına yemeye bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme yalnızca bulimiya nervoza ta da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır (APA, 2013).

Literatürde duygusal yemenin tıkınırcasına yeme ile pek çok ortak özelliği olmasına rağmen, duygusal yeme, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve bulimiyadan farklı bir bağımsız bir olgu olarak tanımlanmaktadır.

### 1.1.3. Sıklık

Duygusal yemenin obez bireylerde (Ouwens ve ark., 2003), yeme bozukluğu olan kadınlarda (Telch ve Agras, 1996) ve normal kilolu olup da diyet yapan kişilerde (Bekker ve ark., 2004) daha sık görüldüğü gözlemlenmiştir (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Obez bireylerle yapılan araştırmalar olumsuz duygular karşısında obez bireylerin yediklerini arttırdıklarını göstermiştir (Ganley, 1989). Duygu düzenleme teorisine göre bu kişiler olumsuz duygularını azaltmak için yerler (Macht ve Simons, 2000). Yanovski ve arkadaşları (1993) obez bireylerde depresif belirtilerin daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (Yanovski ve ark., 1993). Obez bireyler, kilo memnuniyeti, görünüm, sürekli diyet yapmaya çalışma gibi sebeplerle daha fazla olumsuz duygu yaşar; bu olumsuz duygular ise obez bireylerde duygusal yeme için tetikleyici faktör olarak görev alır (Müller ve ark., 2008).

Duygusal yemenin, obezitenin yanı sıra bulimia nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu ile ilişkisi vardır (Eldredge ve Agras, 1996; Pinaquy ve ark., 2003). Hem yeme bozukluğu olan klinik popülasyonda hem de klinik dışı örnekleme duygusal yeme ile tıkınırcasına yeme arasında kuvvetli bir ilişki olduğu ortaya konmaktadır (Telch ve Agras, 1996). Stice ve arkadaşları (2002) duygusal yemenin tıkınırcasına yeme atakları için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Stice ve ark., 2002). Arnov ve arkadaşları (1995) da duygusal yemenin tıkınırcasına yeme ile kuvvetli bir ilişkisi olduğunu ve duygusal yeme puanlarındaki değişimin tıkınırcasına yeme ataklarında da azalmayı sağladığını ortaya koymuşlardır (Arnow ve ark., 1995). Duygusal yemede de tıkınırcasına yemede olduğu gibi kontrol duygusunun kaybı yeme davranışını belirler. Duygusal yemede kontrol kaybının belirleyicisi ise yoğun duygulardır (Sevinçer ve Konuk, 2013).

### 1.1.4. Etiolojik faktörler

Zayıf olmak günümüz toplumunda neredeyse tüm bireyler için ve özellikle de kadınlar için idealleştirilmiştir. Bunun sonucu olarak bazen aile, sosyal çevre ve genellikle de medyadan yoğun

olarak gelen zayıflık ideali yeme patolojilerinin ortaya çıkmasını tetiklemektedir (Stice, 2002). Bu sosyokültürel etki zayıflık idealinin içselleştirilmesi, kendi bedenine karşı memnuniyetsizlik, kilo sorunları, diyet yapma ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan duygusal rahatsızlıklar ile yeme patolojilerine katkıda bulunur. Stice ve Shaw (1994) medyadaki ideal zayıflık imajına deneysel olarak maruz kalan kişilerin beden algılarında memnuniyetsizlik ve olumsuz duygulanım (Negative Affectivity [NA]) sergilediklerini ortaya koymuşlardır (Stice ve Shaw, 1994). Aynı şekilde, Stice ve arkadaşları (2001) bir moda dergisine 15 ay abone olan genç kızlarda bedenlerine karşı memnuniyetsizliğin, diyet yapmanın, olumsuz duygulanım (NA) ve bulimik belirtilerin arttığı gözlemlenmiştir. Ancak bu belirgin etkiyi yaşayan genç kızların öncesinde de risk grubunda oldukları gösterilmiştir. Bu risk grubundaki kızlar deney öncesinde de bedeniyle ilgili memnuniyetsizlik yaşayan ve sosyal destekleri az olan kişilerdir (Stice ve ark., 2001).

Bedenine karşı memnuniyetsizlik ve kilo sorunları kişileri diyet yapmaya zorlarken duygu durumlarında ciddi bir düşüşe sebep olur (Heatherton ve ark., 1991). Olumsuz duygulanım (NA), yeme bozuklukları için ciddi bir risk faktörü olarak görülmektedir. Çünkü olumsuz duyguları fark etmeye karşı daha fazla eğilimi olan kişilerin aşırı yeme davranışı ile rahatlayıp dikkatlerini duygularından farklı bir yöne aktarabildikleri savunulmaktadır (Stice, 2002).

Özetle, beden imajıyla ilgili sosyal ve kültürel etkiler ile bunların yarattığı olumsuz duygular ve yemeyi kısıtlayan davranışların yeme bozuklukları için risk faktörü olarak ele alınmaktadır.

### **1.1.5. Duygusal yemeyi açıklayan teoriler**

Olumsuz duygulanım ile aşırı yeme arasındaki ilişkinin hangi mekanizma ile işlediği tam olarak bilinemese de, bir çeşit yeme bozukluğu olarak aşırı yemeyi açıklayan çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Psikosomatik teori aşırı yemede psikolojik faktörlerin rolüne dikkat çekmiştir. Buna göre bu kişiler gergin olduklarında bununla başa çıkmak için yemektedir (Kaplan ve Kaplan, 1957). Psikosomatik yaklaşım doğrultusunda Schachter'in (1968) geliştirdiği dışsal teoriye göre erken yaşlarda öğrenilmiş içsel uyarılara karşı duyarsızlık yüzünden kişiler yemek için açlık hissini fark etmek yerine yemeklerin dış görünüşlerindeki işaretleri takip ederler. Herman ve Polivy (1975) metabolik faktörlerin etkisini de önemsemişler ve öne sürdükleri kısıtlama teorisi ile aşırı yemenin kısıtlayıcı yemenin etkilerine karşı geliştirilmiş bir davranış olduğunu öne sürmüşlerdir (Herman ve Polivy, 1975). Duygusal yemeyi açıklayan bir diğer model ise, Heatherton ve Baumeister'in (1991) kaçış teorisidir. Kaçış teorisine göre yeme, olumsuz farkındalık oluşturan durumlardan kaçmak için bir yol olarak kullanılmaktadır. Aşağıda her bir teori kısaca açıklanacaktır.

#### **1.1.5.1. Psikosomatik teori**

Duygusal yeme kavramı ilk olarak 1957 yılında Kaplan ve Kaplan tarafından ortaya konmuştur (Ganley, 1989). Kaplan ve Kaplan'ın (1957) obezite teorisine göre, kişiler gergin ve

kaygılı olduklarında bu kaygıyı azaltmak için aşırı yemektirler. Yemenin kaygıya olan etkisi tam olarak açıklanamasa da protein ve karbonhidrat alımının beyinde serotonin sentezi üzerinde etkili olabileceği öne sürülmüştür (Sevinçer ve Konuk, 2013). Psikosomatik teoriye göre beslenme ile sakinleşme erken yaşta öğrenilmiştir. Böylelikle kişiler açlık hissini yatıştırmak için yedikleri gibi kaygılarını yatıştırmak için de yemeyi öğrenmişlerdir.

Carlson (1916) stres, korku, anksiyete gibi duygusal uyarılmalar karşısında midedeki kasılmaların azaldığını ve bunun da genellikle iştahı kapattığını öne sürmüştür (Heatherton, Polivy ve Herman, 1991). Ancak araştırmalar bazı kişilerin stres karşısında daha az yerken bazılarının aynı durumda daha fazla yediğini ortaya koymuştur (Oliver ve Wardle, 1999). Bruch (1961, 1964) duygusal stres karşısında aşırı yeme davranışı sergileyen kişilerin içsel farkındalıklarının eksik olduğunu öne sürmektedir (Van Strein ve Ouwens, 2003). Dolayısıyla yemek yeme isteğini tetikleyen hissin açlık ya da herhangi bir olumsuz duygulanım olduğunu ayırt edemezler. Bruch'a (1996) göre bu kişiler erken yaşantılarında anneleri tarafından ihtiyaçları olduğu şekilde beslenmemiştir. Bu anneler her türlü huzursuzluk karşısında çocuklarını sakinleştirmek için yiyecekleri tek çözüm aracı olarak sunmuştur (Ainsworth ve Bell, 1969). Birçok obez ve yeme bozukluğu olan hastanın bebeklik ve erken çocukluklarındaki beslenme hikâyeleri sorulduğunda benzer ayrıntılar ortaya çıkmaktadır. Bu çocuklar, önüne yemesi için ne konursa o kadarını yer daha fazlasını talep etmez ya da yemeğin fazla geldiğini söylemez, annelerine yemek konusunda hiçbir zorluk çıkarmazlar. Sorun çıkarmamaları için bütün ihtiyaçları daha istemeden sunulduğundan hiçbir zaman açlık hissetmelerine fırsat verilmemiştir (Bruch, 1996). Beslenme ve ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili bu hatalı erken deneyimler ile kişi içsel uyarılarını (açlık, tokluk gibi) tanımlama becerisi geliştiremezler. Dolayısıyla erken yaşantılarında olduğu gibi rahatsızlık veren herhangi bir his olduğunda aşırı yemeye yönelirler (Sevinçer ve Konuk, 2013).

Sonuç olarak hem Kaplan'ın hem Bruch'ın psikosomatik teorileri, duygusal yemenin kaygıyı azalttığı ve böylelikle kilo almaya ve obezite riskine rağmen pekişerek sürdürüldüğü savunulmaktadır (Ganley, 1989).

#### **1.1.5.2. Dışsal teori**

Dışsal teori, dışarıdan tetiklenen yemeye odaklanır. Buna göre bazı bireyler yiyeceklerin görünümü, kokusu gibi dışsal özelliklere karşı daha hassastır ve bu uyarılar yeme davranışları üzerinde açlık hissinden daha büyük bir etkiye sahiptir (Ouwens ve ark., 2003). Bruch'ın (1996) öne sürdüğü psikosomatik teori gibi dışsal teori de, aşırı kilolu kişilerin açlık hissi gibi içsel fizyolojik uyarılara karşı farkındalıklarının çok düşük olduğunu söylemektedir. Bu teoriye göre kişiler açlık gibi içsel uyarılara karşı duyarsız olduklarından açlık hislerini fark etmeyip; yemek

zamanı, sosyal ortamlar, yiyeceğin görüntüsü, kokusu, tadı gibi dışsal özelliklerine göre hareket ederler (Schachter ve ark., 1968).

Duygusal stres karşısında normal olan bedensel tepkinin iştahın azalması olduğu savunulsa da, Schachter ve arkadaşları (1968) özellikle fazla kilolu bireylerde stres ve duygusal uyarılmanın aşırı yemeye sebep olduğunu savunmaktadır (Schachter ve ark., 1968). Ancak bazı araştırmalar, dışsal uyaranlara bağlı aşırı yemenin yalnızca fazla kilolu kişilere ait olmadığını her kilodan kişide görülebileceğini öne sürmüştür (Rodin, 1981).

### **1.1.5.3. Kısıtlama teorisi**

Kısıtlama teorisi, aşırı yeme ve kilo almayı gıda alımını kısıtlayarak diyet yapmakla ilişkilendirmektedir. Nisbett (1972) bireylerin ideal kilolarının biyolojik olarak belirlenmiş olduğunu öne sürmüştür. (Nisbett, 1972). Buna göre yeme alışkanlıkları hem obez hem normal kilolu bireylerde bu biyolojik dengeye göre düzenlenmektedir. Herman ve Mack (1975) yeme kısıtlamasından bahsetmiş ve kişilerin sosyal ve kültürel olarak “ideal” olan kiloya ulaşmak için biyolojik olarak belirlenmiş kilo dengelerinin altında kaldıklarını, dolayısıyla yeme davranışlarını kısıtladıklarını öne sürmüştür (Herman ve Mack, 1975). Daha sonra Herman ve Polivy (1975) tarafından geliştirilen yeme kısıtlama teorisi, sosyal normların sunduğu ideal kiloya ulaşmak için yapılan sıkı diyetlerde vücudun ihtiyacı olan besinlerden yoksun kaldığını ve aşırı yemenin bu yoksunluğu telafi mekanizması olarak ortaya çıktığını savunmaktadır (Herman ve Polivy, 1975). Bu teoriye göre yeme davranışlarını kısıtlayarak ve sıkı diyetler yaparak kilolarını şekilde kontrol etmeye çalışan kişilerde, diyetle geçen bir dönemden sonra bazı olayların etkisiyle yeme davranışları üzerindeki kontrolleri geçici olarak bozulabilir. Aşırı yediğine dair inanç, alkol tüketimi ya da anksiyete ve depresyon gibi güçlü duygudurumları kişilerin yeme davranışları üzerinde kontrolü bozabilecek faktörlerdir (Herman ve Polivy, 1975).

Waller ve Osman (1998) duygusal yeme ve kısıtlayıcı yeme davranışı arasında güçlü bir ilişki olmadığını ortaya koymuştur. Daha sonraki araştırmalarda da olumsuz duygulanım karşısında aşırı yemenin hem duygusal yeme skorları yüksek olan hem de kısıtlayıcı tarzda yeme davranışı gösteren kişilerde ortaya çıktığı gösterilmiştir. Duygusal yeme skorları düşük olan fakat kısıtlayıcı yeme davranışı gösteren kişilerin olumsuz duygulanım karşısında aşırı yeme davranışı sergilemedikleri görülmektedir (Van Strien, 1999; Williams ve ark., 2002).

### **1.1.5.4. Kaçış teorisi**

Aşırı yemeyi açıklamak için geliştirilmiş bir diğer teori kaçış teorisidir (Heatherton ve Baumeister, 1991). Bu teori, duygusal yemenin olumsuz farkındalık yaratan ortamlardan bir kaçış mekanizması olduğunu öne sürer. Kaçış teorisine göre, aşırı yeme, benliği tehdit eden uyaranlardan kaçma veya dikkati bu uyaranlardan dağıtma için ortaya çıkar (Heatherton ve Baumeister, 1991). Buna göre, kendilikle ilgili olumsuz bir farkındalık yaratacak bilgiler benlik

için bir tehdit unsuru oluştur. Böylece, benlik bu farkındalığın olumsuz etkilerinden kaçmak için kişiyi yemeye yöneltir (Spoor ve ark., 2007). Wallis ve Hetherington (2004) benliği tehdit eden olumsuz duygulanım ve yüksek düzeyde farkındalığın duygusal yeme davranışı sergileyen kişilerde aşırı yemeyi daha da arttırdığını ortaya koymuşlardır.

Özetle, duygusal yemeyi açıklayan teoriler ortak olarak duygulara bağlı olarak aşırı yeme davranışının stresle ve olumsuz duygulanımla baş etmek için kullanılan bir mekanizma olduğunu savunmaktadır. Bu baş etme mekanizması ilerleyen dönemde problemleri bir hale gelip kişinin sağlığına karşı bir tehdit unsuru olarak ortaya çıkmaktadır.

### **1.1.6. Duygusal yeme mekanizmaları**

Duygusal yemede besinlerin duygularla baş etmek için kullanıldığı açık olsa da, bunun hangi mekanizmalar ile gerçekleştiğini söylemek oldukça güçtür. Bu bölümde bazı fizyolojik ve psikolojik mekanizmaların duygusal yemeyi nasıl etkilediği açıklanacaktır.

#### **1.1.6.1. Fizyolojik Mekanizmalar**

Besin alımıyla metabolizmada gerçekleşen enerji artışı, hormon seviyelerindeki ve nörotransmitter sistemindeki değişikliklerin duygusal durumu değiştirmeye aracılık eden süreçler olduğu savunulmaktadır.

Araştırmalar, karbonhidrat yönünden zengin protein yönünden düşük besinlerin kandaki triptofan seviyesini yükselterek beynin serotonerjik sistemlerindeki hareketliliği arttırdığını ortaya koymaktadır (Macht ve Simons, 2011). Böylelikle yemek yemenin ardından beyinde serotonin seviyesi artmakta, bu da kişinin duygudurumunda iyileşmeye yardımcı olmaktadır (Wurtman, 1982). Markus ve arkadaşları (1998) şiddetli ve rahatsız edici bir ses verdikleri ortamda katılımcıların matematik problemi çözmelerini isteyerek stres seviyelerini arttırmayı amaçlamışlardır. Katılımcılardan karbonhidrat yönünden zengin beslenen katılımcıların proteince zengin beslenen katılımcılara göre daha az stresli olduklarını ortaya koymuştur (Macht ve Simons, 2011).

Duygudurumunun düzenlenmesine aynı şekilde etki ettiği düşünülen bir diğer mekanizma endokrin hormonundaki değişimlerdir (Macht ve Simons, 2011). Yüksek yağ içeren besinler hipotalamik pitüiter adrenal aksını etkileyerek stres seviyesini düşürürler. Oliver ve arkadaşları (2000) araştırmalarında stres oluşturan bir görevden sonra duygusal yeme skoru yüksek olan bireylerin rahatlamak için daha fazla yağlı ve tatlı yiyecek tercih ettiklerini ortaya koymuştur (Oliver ve ark., 2000).

Çalışma sonuçları duygusal yemeye dâhil olan pek çok fizyolojik mekanizmayı göstermektedir. Ancak bu açıklamalarla ilgili önemli bir problem vardır. Besine bağlı duygusal değişimler, besinin sindirilip kana karışacağı ve beyne ulaşarak beyni etkileyebileceği bir zaman

aralığına ihtiyaç duyar (Macht ve Simons, 2011). Hâlbuki duygusal yeme davranışı sergileyen kişiler yemek yemenin hemen ardından ortaya çıkan bir iyilik halinden bahsederler.

### 1.1.6.2. Psikolojik Mekanizmalar

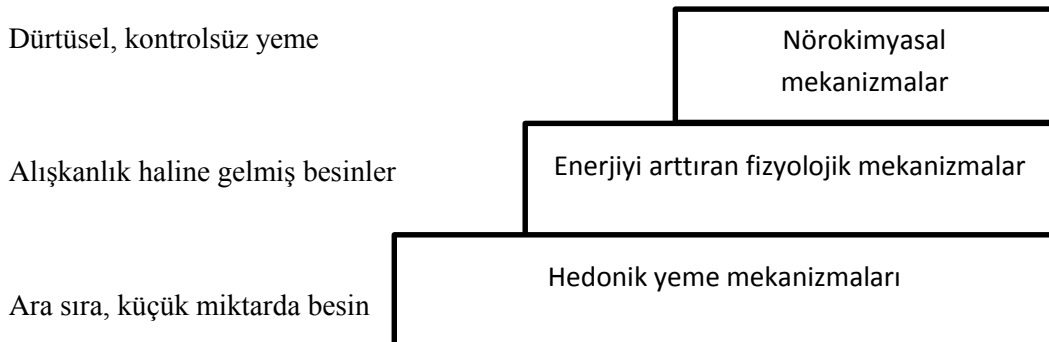
Yenidoğan bebeklerle yapılan çalışmalar şekerli tatların duygusal olarak olumlu tepkiler ortaya çıkardığını göstermektedir (Steiner, 1977). Bebekler şekerli tatlar karşısında dudaklarını yalar, yüzleri rahatlar ve oldukça hoşnut görürlür (Macht ve Simons, 2011). Macht ve Müller (2007) şekerli tatların etkisini yetişkinlerde araştırmışlardır. Buna göre hüzünlü bir film izledikten sonra katılımcıların çoğu su içmek yerine çikolata yemeyi tercih etmişlerdir. Aynı deney, lezzet yönünden birbirinden farklı iki çikolatayla tekrarlandığında, daha lezzetli olan çikolatanın duygu durumunu düzelttiği görülmüştür. Duygusal yeme davranışı olanların duygusal durumlarındaki değişim ise diğerlerine göre çok daha fazladır (Macht ve Müller, 2007). Macht ve Simons (2011) şekerli tatların bu olumlu etkisini duygusal yemede görülen hedonik yeme varsayımı ile açıklamaktadır. Buna göre keyifli veren yiyecekler duygu durumu üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Macht ve Simons, 2011).

### 1.1.6.3. Macht'ın üç aşama modeli

Macht ve Simons (2011) duygusal yeme davranışında fizyolojik ve psikolojik faktörleri birlikte incelemiştir. Daha önce de açıklandığı gibi yüksek enerjili besinler, metabolizmayı çeşitli fizyolojik yollardan etkiler, hormonal ve nörotransmitter sistemleri üzerinden duygu durumunu etkiler. Bunun yanı sıra, besinlerin lezzeti de hoş hisler uyandırarak duygusal durum üzerinde olumlu etkilerde bulunur.

Duygusal yeme, normal kişilerde duygu durumunu düzenlemek için ufak atıştırmalar şeklinde gözlemlenebileceği gibi, bulimia nevroza ve tıknırcasına yeme bozukluğunda gibi klinik durumlarda tıknırcasına yeme epizodları olarak da birbirinden oldukça farklı şiddette görülebilir (Macht ve Simons, 2011). Macht ve Simons (2011) duygusal yemenin üç farklı seviyesi olduğunu savunmaktadır (Şekil 1). Bu üç farklı grup duygusal yemenin yoğunluğuna göre sınıflandırılmaktadır.

Şekil 1. Macht'ın üç aşama modeli



Birinci basamak olarak da tanımlanabilecek ilk aşamada, kişi kendini neşelendirmek ve duygu durumunu yükseltmek için az miktarda yemek yer. Bu atıştırma genellikle yüksek enerjili ve lezzetli besinlerden (çikolata, şeker gibi) oluşur. Bu aşamada hedonik mekanizma etkili olmaktadır ve ara sıra gerçekleşmektedir. Macht ve Müller (2007) beş gram gibi az miktarda bir çikolatanın kişilerin olumsuz duygu durumlarını değiştirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur (Macht ve Müller, 2007). İkinci aşamada, kişiler duygularını düzenlemek yemek yemeyi alışkanlık haline getirmişlerdir. Bu aşamada hedonik yeme mekanizmasının yanı sıra fizyolojik mekanizmalar da etkili olmaya başlamaktadır. Yenilen yemeyin ardından enerji düzeyi artar ve gerginlik azalar (Macht ve Dettmer, 2006). Son olarak üçüncü aşamada, kişiler dürtüsel bir yeme davranışı (emotional binge eating) geliştirirler. Bu aşamada sakinleşmek için yüksek miktarda besin tüketilir. Psikolojik olarak etki eden hedonik mekanizmanın yanında fizyolojik mekanizmalar yine etkilidir.

## **1.2. Depresyon**

### **1.2.1. Genel Bilgiler**

Klinik olarak depresyon, uzun süre devam eden ve kişinin hayatını bir bütün olarak olumsuz şekilde etkileyen mutsuzluk, hayattan keyif almama halidir. Buna göre kişinin duyguları, düşünceleri, davranışları ve bedensel fonksiyonları aynı anda olumsuz yönde etkilenir (Nolen Hoeksema, 2009). Depresyon, yalnızlık, üzüntü ve ümitsizlik duyguları ile karakterize edilir. Buna sıklıkla kendini suçlama ve değersizlik düşünceleri eşlik eder. Kişi daha önce keyifle yaptığı işlere karşı ilgi kaybı yaşarken; uyku ve iştah artma veya azalma ile cinsel istekte azalmanın olduğu fizyolojik boyutlar da depresif duruma eşlik eder.

Depresyon, en sık görülen ruhsal problemlerden biridir. Yaşam boyu prevalansı % 10 ile % 21 arasında değişmektedir (Noble, 2005). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı bir yılda % 4 olarak belirlenmiştir (Kılıç, 1998).

Depresyonun nedenlerini anlamaya çalışırken farklı perspektiflerden farklı teoriler ortaya atılmıştır. Biyolojik yaklaşımlar depresyonun genetik bozukluklardan ya da bazı nörobiyolojik sistemlerdeki fonksiyon bozukluklarından kaynaklandığını öne sürmektedir (Nolen-Hoeksema, 2009). Genetik araştırmalar özellikle aile çalışmalarına dayanmaktadır. Buna göre birinci dereceden yakınlarında depresyon olan kişilerin depresyona yakalanma ihtimali iki üç kat daha fazladır (Klein ve ark., 2001). Nörobiyolojik sistemlerle ilgili çalışmalar ise nörotransmitterler ve reseptörlerdeki işleyişleri incelemektedir. Buna göre depresyonda nöroepinefrin ve seratonin seviyeleri ile bu nörotransmitterlerin reseptörlerinde çeşitli işleyiş bozukluklar görülmektedir (Nolen-Hoeksema, 2009).

Biyolojik nedenlerin yanı sıra, depresyonu anlamaya çalışırken sosyal etkiler de oldukça önemlidir. Son yıllarda yakın sosyal ilişkilerin azalması depresyona yol açan nedenler arasında

görülmektedir (Comer, 2013). Bunun yanı sıra düşük sosyal statü, yüksek depresyon oranlarıyla ilişkilidir (Nolen-Hoeksema, 2009). Bu sebeple depresyonu daha kapsamlı anlamak için hem biyolojik hem sosyal hem de psikolojik nedenleri birlikte değerlendirmek daha uygun olacaktır.

### **1.2.2. Depresyonun kuramsal açıklamaları**

Bu bölümde depresyonu psikolojik açıdan inceleyen üç temel yaklaşımdan (psikodinamik, davranışçı, bilişsel) bahsedilecektir.

#### **1.2.2.1. Psikodinamik yaklaşım**

Psikodinamik yaklaşıma göre depresyon erken çocukluk dönemi yaşantılarına bağlıdır. Özellikle bu çağda meydana gelen sevgi objesinin kaybı, depresyonun en temel açıklayıcı sebebi olarak görülür (Morgan ve Taylor, 2005). Sevgi objesinin desteğinden yoksun kalmanın yanı sıra, sevgi objesiyle geliştirilen patolojik ilişkinin benlik saygısını düzenlemekteki önemi de depresyonun açıklayıcılarından görülmektedir. (Kernberg, 2009)

Psikodinamik kuramda, depresyondan ilk kez Freud tarafından 1917 yılında yazdığı ünlü makalesi Mourning and Melancholia'da söz edilmiştir. Freud yas sürecini depresif durumlar (melancholia) ile karşılaştırmış ve ikisi arasındaki temel farkı ortaya koymuştur. Buna göre, yas sürecinde üzüntü veren dış dünyada yaşanan bir kayıp (örn., sevdiği birinin ölümü) iken depresif durumda kaybedilmiş olarak hissedilen şey kendilikle ilgilidir (McWilliams, 2013). Bir kısım vakada bu kaybın tıpkı yastaki gibi gerçek bir yitirme olabileceğini söyleyen Freud (1917) bazı vakalarda kendilerinin bile tanımlayamadığı somut bir şey olmaktan öte bilinçdışı bir kaybın varlığından söz eder. Bu yüzden yas içindeki kişiye dünya boş ve anlamsız gelirken, depresif durumda boş ve anlamsız olan egodur. Depresif durumlarda, kendini beceriksiz, yetersiz ve kötü biri olarak sunan ve aynı zamanda eleştiren, kötüleyen ve cezalandırılmayı bekleyen bir ego ile karşılaşılır. Egonun bu durumda görülmesinde sadece yitirilen nesne değil, yitirilen bu sevgi nesnesine karşı hissedilen ambivalent duyguların da etkisinden bahsedilmiştir. Bu sevgi nesnesine karşı hissedilen bastırılmış öfke ve nefret duygularının nesnenin yitirilmesinden ya da egoyu hayal kırıklığına uğratmasından sonra bireyin kendisine döndürülür. Özetle, Freud'a (1917) göre depresyonda görülen bu ego durumu, kişinin bir sevgi nesnesine olan kınamalarının kendine döndürülmüş olmasıdır.

Melanie Klein depresyonu, çocuğun gelişim sürecinde "depresif pozisyon" olarak tanımladığı büyük bir ambivalans dönemiyle ilişkilendirmiştir (Özmen, 2001). Klein'a (1940) göre çocuk doğumundan itibaren ilk birkaç ayı paranoid-şizoid pozisyonda, sonraki birkaç ayı ise depresif pozisyonda geçirir. Depresif pozisyon, çocuğun paranoid-şizoid pozisyonda ayrıştırdığı kötü ve iyi nesne imgelerini tek nesne halinde bütünleştirdiği zaman ortaya çıkar. Çünkü bu noktada çocuk, artık bir bütün nesne olarak gördüğü annesine karşı olan sadist ve yıkıcı fantezilerinin ona zarar vereceğinden endişe duymaya başlar (Gabbard, 2005). Klein (1940) bu



kaygıyı, depresif anksiyete olarak adlandırır. Depresif pozisyonun ise bu kaygıya bağlı olarak oluştuğunu savunur (Gabbard, 2005). Depresif pozisyondaki belirgin kaygı başkalarına zarar verme korkusudur. Bu çatışma çözümlenmezse ileride çocuk depresyona yatkın hale gelir. Bir başka deyişle çocuklukta bir gelişim dönemi olan depresif pozisyondan hiç çıkamamıştır (Özmen, 2001). Depresyonun açıklamasında Klein (1940) depresif kişilerin çocuklukta bu depresif pozisyonu aşamadıklarını ve "iyi" içsel objeler oluşturamadıklarını savunur.

Depresyonu açıklarken agresyonu temel bir etken olarak gören Freud ve Klein gibi ilk dönem psikanalistlerinin ardından gelenler depresyona ilişkin agresyonu merkeze yerleştirmeyen farklı açıklamalar getirmişlerdir.

Kohut (1971) depresif durumun, erken çocuklukta duyguları yansıtmayan ve empatik olmayan bir ebeveyn tutumuyla karşılaşan çocuklarda ortaya çıkan kronik bir boşluk hissiyle ilişkili olduğunu savunur. Bu durumda, duygusal tecrübesi ebeveynleri tarafından hassas bir şekilde yansıtılmayan çocuk, duygusal deneyimiyle birlikte yalnız bırakılmıştır (Busch ve ark., 2004). Buna göre depresyon, kendilik nesnelere tarafından aynalama (mirroring), ikizlik etme (twinship) ya da yüceleştirme gereksinimleri karşılanmayan bireylerin umutsuzluk halidir (Özmen, 2001).

Bowlby (1969) bağlanmayı hayatta kalmak için gerekli bir mekanizma olarak sunar. Bowlby'ye göre bağlanma, anksiyete ve depresif bozuklukların etyolojisinde çok büyük rol oynamaktadır. Ebeveynlerin kaybı ya da güvenli bağlanmayı zedeleyecek dengesiz bir ebeveyn ilişkisi bağlanmaya zarar verecektir. Ebeveynlerin reddedici ya da eleştirel yaklaşımları ile ilgisiz ve cezalandırıcı olmaları güvenli bağlanmanın doğasını bozacak ve depresyona karşı bir yatkınlık oluşturacaktır (Busch ve ark., 2004).

Şimdiye kadar bahsedilen tüm teoriler bebeklik döneminin hayati önemine vurgu yapmaktadır. Özetle söylemek gerekirse, erken çocuklukta yaşanmış çeşitli problemler kişiyi yetişkinlik çağında depresyona yatkın hale getirebilmektedir (Morgan ve Taylor, 2005).

#### **1.2.2.2. Davranışçı Yaklaşım**

Davranışçı yaklaşım depresyonu açıklarken birey çevre ilişkisine odaklanır. Depresyona sebep olan psikodinamik kuramdaki gibi herhangi bir içsel süreç değil, tamamen bireyin çevresiyle olan etkileşimi sırasında tecrübe ettikleridir (Lewinsohn ve ark., 2009). Skinner (1953) ilk kez depresyonu koşullanma üzerinden açıklamayı savunmuştur. Bunun üzerine gelişen davranışçı yaklaşımda, bireyin çevresinde davranışlarını yeterli ölçüde olumlu pekiştirecek sosyal ortamın olmaması depresyonun en önemli açıklayıcısı olarak yer almaktadır (Mathews, 1977). Daha sonra Seligman'ın (1973) *öğrenilmiş çaresizlik modeli* davranışçı gelenek içinde farklı bir bakış açısı sunmuştur.

Ferster depresyonu davranışla ilgili bir eksiklik olduğunu ileri sürer ve depresyondaki kaçınmaya vurgu yapar (Mathews, 1977). Ferster'a (1974) göre depresif kişilerin en temel özelliği davranışlarındaki azalma ile birlikte görülen kaçınmadır. Depresyonu açıklarken depresyondaki kişilerin davranışlarında azalmaya sebep olacak en temel ortak özelliğin olumlu pekiştirilen davranışlarında görülen azalma olduğunu savunmaktadır (Ferster, 1974). Bu yüzden depresyonun sebebi tek bir psikolojik süreçten öte, birçok davranışla ilgili birçok psikolojik süreçtir. Depresyonun ortaya çıktığı durumda sorun, kişinin ödüllendirildiği davranışların güncel pozisyonda ödüllendirilmesi için yeterli gelmemesidir (Ferster, 1974).

Ferster'ın ilk modelini geliştiren Lewinsohn da depresyonun mekanizmasını pekiştirme süreçleri ile açıklamaktadır. Ona göre, tepkiye yönelik olumlu pekiştirmenin düşük oranda olması depresyona neden olmaktadır (Dygdon ve Dienes, 2013). Lewinsohn (1974) pekiştirmedeki bu azalmanın üç durumda ortaya çıkacağını savunur. Bunlardan ilki, çevrenin yeterince olumlu pekiştiren sunmamasıdır. Bu durum düzenli bir barınma imkânı olmayan bireylerdeki gibi sosyal bir değişken olabileceği gibi depresyonlu ebeveynler tarafından yetiştirilen bir bebeğin durumundaki gibi kişilerarası ilişkilerdeki değişkene de bağlı olabilir. Pekiştireni azaltan ikincisi durum, olumlu pekiştireni ulaşılmaz kılan ani bir değişiktir. Sevdiği birinin ölümü ya da okuldan mezun olmak buna örnek verilebilir. Son olarak, daha önceki cezalandırıcı tecrübelerinden dolayı kaçınmayı tercih eden bir bireyin olumlu pekiştirenlerle etkileşime geçememesidir. Örneğin, sürekli eleştirilerek büyütülen bir ergenin arkadaşlarının dışarı çıkma davetini reddetmesi gibi (Lewinsohn ve ark., 2009).

Özetle, Ferster ve Lewinsohn depresyonun pekiştirecin kaybedilmesi ya da yeterli olmamasıyla ve buna bağlı olarak kişinin davranışlarında azalma olması ve kaçınmaların görülmesiyle açıklamışlardır. Sosyal ve kişisel hayatın pek çok boyutunu içeren davranışlardaki bu azalma yeni pekiştirmelerin de oluşmasını sağlayacak yeni bir ortam oluşmasına da imkân tanımayarak depresif süreci ilerletir (Lewinsohn ve ark., 2009).

Öğrenilmiş çaresizlik, ilk olarak hayvanlarla yapılan öğrenme araştırmalarında tanımlanmıştır (Overmier ve Seligman, 1967; Seligman ve Maier, 1967). Bu çalışmalarda "öğrenilmiş çaresizlik" kavramı, laboratuvarında elektrik şokuna maruz bırakılan köpekler tarafından sergilenen zayıflamış kaçma-kaçınma tepkisini açıklamak için ortaya atılmıştır. Buna göre, elektrik şokuna maruz bırakılan köpeklerin kaçmak, kendilerini korumak ya da bunu sonlandırmak için herhangi bir tepki vermemeleri çaresizliği öğrendiklerini göstermektedir (Seligman, 1974). Seligman depresyonun bu modelle paralellik taşıdığını savunmaktadır. Depresyonu tetikleyen olay (bir kayıp, ekonomik problemler, hastalık gibi) pekiştireçleri etkilediği için değil, kişiye çaresiz olduğunu öğrettiği için depresyona sebep olur (Mathew, 1977). Zorlayıcı bir olayla karşı karşıya kalan bir birey, eğer bu olay kontrol edemiyorsa, kontrol etme çabaları yerini belirgin bir çaresizlik duygusuna bırakmaktadır. Tıpkı hayvanlar gibi insanlar da

kontrolü kaybettiklerini hissettikleri durumların tekrarlamasıyla çaresizliği öğrenirler. Seligman (1974) öğrenilmiş çaresizlik modeli ile depresyonu açıklarken, depresyonun üç temel görünümüyle ilişkilendirmiştir: pasiflik, olumsuz beklentiler, çaresizlik, umutsuzluk ve güçsüzlük hisleri. Laboratuvar ortamında travma ile karşılaşan hayvanların, durumu kontrol etmek için tepki vermelerinin oldukça azaldığı görülmüştür. Benzer şekilde depresyondaki bireyler de tepkilerinde ve davranışlarındaki azalma ile pasif bir karakter ortaya koymaktadırlar. Yine, hayvanlarda elektrik şoku sırasında atlayıp kurtulmak yerine yere uzanıp şoku kabullenerek ve geçmesini bekleyerek kendin gösteren bir çaresizlik hissi görülmektedir. Depresif kişilerde bu çaresizlik, umutsuzluk ve bir şey yapmak adına taşıdıkları güçsüzlük depresyonun en temel belirtilerindendir (Seligman, 1974).

### 1.2.2.3. Bilişsel Yaklaşım

Bilişsel yaklaşımların tamamı depresyonu açıklarken belirli bilişsel süreçlerin önemine vurgu yapar. Bilişsel modeller, uyumsuz inançlar, olumsuz atıf tarzı, dikkatin kendine yönelmesi, problem çözmede başarısızlıklar, sosyal beceri eksiklikleri gibi bilişsel faktörlerin depresyonun oluşmasında ve sürmesinde etkili olduğunu savunmaktadır (Reinecke, 2006).

Bilişsel yaklaşımı temel alan modeller içerisinde depresyonun oluşumu ve tedavisi konusunda günümüzde en çok kabul gören modeller, Ellis'in bilişsel hatalar modeli (Ellis, 1962), Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli (Abramson ve ark., 1978) ve Beck'in bilişsel bozukluk modelidir (Beck, 1976). Ayrıca son dönemlerde üçüncü dalga denilen kabul ve kararlılık terapisi (Hayes, 2004) ve farkındalık temelli bilişsel terapi (Segal ve ark., 2002) yeni açıklamalar getirmiştir.

Akılcı duygusal terapinin kurucusu Ellis, depresyonu düşünce hataları ve olumsuz duygular arasındaki doğrusal ilişkiyle açıklar. Ellis'in (1962) savunduğu A-B-C modeline göre, A olayı B inancına, bu inanç da sonuç olarak C duygusuna sebep olur. Dolayısıyla var olan durumun depresyondaki gibi olumsuz bir duyguyu ortaya çıkarması kişinin düşünceleri ve inançlarıyla ilgilidir. Ellis'e göre depresyona sebep olan bu doğrusal ilişkide düşüncelerin ve inançların hatalı olmasıdır (Ingram, 2009).

Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modeli ilk kez hayvanlarla yapılan deneyler üzerinde ortaya atıldığı ve davranışçı bir yaklaşım üzerine temellendiği için daha önce depresyonun davranışçı yaklaşımı başlığında açıklanmıştır. Öğrenilmiş çaresizliğin ilk modelinin ardından depresif duygu durumunu daha iyi anlamak için modeli revize eden Abramsan ve arkadaşları (1978) depresif bireylerdeki öğrenilmiş çaresizliğin olayları olumsuz olarak değerlendirmeye zemin hazırladığını savunmuştur. Revize edilen depresif model depresyona algı ve değerlendirme gibi bilişsel süreçlerle açıklamaktadır. Buna göre depresyondaki bireyler olayları olumsuz

değerlendirmekle birlikte, olumsuz olayları kalıcı ve içsel etkenlerle açıklamaktadır (Türkçapar, 2009).

Beck (1964) de depresyonun başlıca nedeni olarak bilişleri olarak ele almaktadır. Beck'e (1964) göre biliş; hem düşünce süreçlerine hem de düşüncenin içeriğine işaret etmektedir. Kişinin duygu, dürtü ve düşünceleri ile birlikte dış dünyayı tanıması, belirli bir durum karşısında düşünmesi, algılama biçimleri, sorun çözme becerileri yine bilişlerin geniş tanımının içine girer. Beck bilişlerin, duygusal yaşantılarımız da belirleyicileri olduğu öne sürülmektedir (Clark ve Beck, 1999). Buna göre depresyonun bedensel, motivasyonel ve duygusal belirtileri somut ya da soyut bir kayıpla başlar ve bilişsel çarpıtmalarla ortaya çıkar (Leahy ve Holland, 2009). Beck (1967) depresyonu açıklarken üç temel bilişsel çarpıtmadan bahseder:

### 1. *Bilişsel üçlü*

Bilişsel üçlü depresif kişinin kendini, çevrelerini ve geleceği olumsuz olarak görme eğilimini anlatır (Beck, 1967). Üçlünün ilk bileşeni kişinin kendisiyle ilgili olumsuz düşünceleridir. Bunlar yetersizlik, kendini suçlama ve kendini eleştirme olarak görülebilir (Leahy ve Holland, 2009). Üçlünün ikinci bileşeni kişinin çevresi ve yaşamına ilişkin olumsuz düşünceleridir. "Hayatım berbat durumda, kimse bana yardımcı olamaz" gibi sayılılar buna örnek gösterilebilir (Türkçapar, 2009). Bilişsel üçlünün son bileşeni ise kişinin geleceğe yönelik olumsuz düşünceleridir. İçinde bulunduğu durumun hiç düzelmeyeceğine yönelik inanç ve umutsuzluk duyguları içerir (Beck, 1967). Bu yaygın olumsuzluk kişinin depresif hale gelmesine ve ödüllendirici davranışlarda bulunma motivasyonunu da azaltır (Leahy ve Holland, 2009).

### 2. *Bilişsel şemalar*

Şema kavramı, kişinin daha önceki yaşantılarının ve öğrenmelerinin sonucu olarak belirlenen en derin inanışlardır (Leahy ve Holland, 2009). Şemaların en önemli özelliği kişinin yeni bilgiyi algılamak, anlamlandırırken ve yorumlarken bunu eski tecrübelerine dayalı şemalara uygun olarak yapmasıdır (Beck, 1967). Özetle şemalar kişiye bir şeyin ne anlama geldiğini söyler (Clark ve Beck, 1999). Depresyonla birlikte kişinin kendisi ve başkalarıyla ilgili aktif hale geçen şemaları, gerçeğin çarpıtılmasına ve bireyin yaşamında olumlu öğeler olmasına rağmen, acı verici tutumları korumasına yol açmaktadır.

### 3. *Bilişsel hatalar*

Kişinin kendisini ve çevresini anlama ve yorumlama sürecindeki bilişsel aktivite, önceki tecrübelerden oluşan şemalara dayanması ve duygusal bir bileşeni olması dolayısıyla bir ölçüde tutarsızlık ve belirsizlik taşır. Ancak yoğun bir duygusal durumda ya da depresyon gibi klinik bir tabloda bilişsel hatalar daha sistematik bir hale gelir (Clark ve Beck, 1999). Keyfi çıkarsama, aşırı genelleme, abartma veya küçümseme, kişiselleştirme, ya hep ya hiç düşüncesi depresyonda

sistematik bir biçimde görülebilecek bilişsel hatalardandır (Burns, 2014). Bilişsel hataların depresyondaki en önemli rolü kişinin seçici olarak olumsuz odaklanmasını sağlamasıdır.

Özetle, Beck'in bilişsel modelinde depresyona neden olan, kişinin olaylara verdiği tepkilerin altında bilişsel içerik ve düşünce akışıdır (Türkçapar, 2009).

İlk dalga olarak kabul edilen davranışçı yaklaşım ve ikinci dalga bilişsel yaklaşımın ikisi de patoloji olarak tanımlanan anormal davranışın sıklığını ve içeriğini hedefleyen birinci dereceden bir değişimi savunurlar (Zettle, 2007). Bunu yaparken birinci dalga ödül ve cezalara; ikinci dalga ise bilişlere, inançlara ve şemalara odaklanır. Buna karşın üçüncü dalga, anormal davranışın içeriğinden çok oluştuğu bağlamla ilgilenmektedir. Hayes'e (2004) göre problem devam eden süreç içinde yer alan bir davranıştır. Dolayısıyla davranışı değiştirmeye odaklanan birinci dereceden bir yaklaşımı savunmaz; davranışın oluştuğu bağlamı değiştirmeye yönelik müdahalelerde bulunur (Rector, 2013).

Segal ve arkadaşlarının (1996) ayırıcı aktivasyon (differential activation) teorisine göre, depresif dönem boyunca düşük duygu durum ile diğer olumsuz duygular, bilişler ve davranışlar arasında bir ilişki kurulur. Bu ilişki zaman içinde her bir yapının birbirini daha da uyarmasıyla güçlenir. Dolayısıyla bu süreç hem depresyonu güçlendirmesi hem de sonrasında yeni depresif dönemleri tetiklemesinden dolayı bir risk faktörü olarak ortaya çıkar (Barnhofer ve Crane, 2009). Bu doğrultuda depresyon, kaçınılmaya çalışılan olumsuz duygulanımların sürekli hale gelmesidir. Çünkü üzüntü, hoşnutsuzluk gibi depresif duygular bir noktaya kadar günlük hayata uyum sağlayıcıdır.

### 1.2.3. Depresyon Tanı Ölçütleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün (2012) tanımına göre depresyon; üzüntü, keder, daha önce ilgi duyulan aktivitelere karşı ilgi kaybı ve azalmış enerji ile bunlara eşlik eden bazı belirtilerle tanımlanmaktadır. Bu belirtilere ek olarak haz alma ile ilgi ve konsantrasyon kapasitesinde azalma ve çabuk yorulma depresyonun semptomlarındandır. Genellikle uyku ve iştah düzensizliği görülür. Bu fiziksel belirtilere ek olarak düşük kendilik saygısı ve kendine güvende azalma izlenir. Buna suçluluk ve değersizlik düşünceleri eşlik eder. Belirtilerin sayısına ve şiddetine göre depresyon hafif, orta ya da ağır olarak tanımlanabilir (Dünya Sağlık Örgütü, 2012).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) psikiyatrik bozukluklar için kullandığı temel tanılama sistemi olan DSM-5'e (2013) göre major depresyon, depresyon bozuklukları başlığı altında tanımlanmıştır. Buna göre major depresyon tanısı için belirtilerin en az beşi iki haftalık dönem boyunca görülmeli, bu belirtilerden en az biri (1) çökkün duygudurum veya (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır. Ayrıca daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişikliğe sebep olmalıdır. Bu belirtiler;

1. *Çökkün duygudurum*: neredeyse her gün ve günün büyük bir bölümünde bulunan; bu durumu kendi bildirir ya da başkalarınca gözlenir.
2. *İlgide azalma ve zevk almama*: bütün ya da neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide azalma ya da bunlardan zevk almama durumu.
3. *Kilo kaybı ya da artışı*: kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma; yeme isteğinde artma ya da azalma.
4. *Uykusuzluk ya da aşırı uyuma*: neredeyse her gün gözlemlenen uyku değişikliği.
5. *Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon*: hareketlerde dışarıdan görülebilir bir yavaşlama ya da hızlanma.
6. *Yorgunluk, bitkinlik, enerji kaybı*: neredeyse her gün içsel gücün kalmaması durumu yaşanır.
7. *Değersizlik ya da suçluluk duyguları*: neredeyse her gün uygunsuz suçluluk duyguları ya da yoğun değersizlik hissi.
8. *Odaklanmada güçlük çekme*: düşünmede ya da düşüncelerini odaklamada zorlanma ile kararsızlık.
9. *Yineleyen ölüm düşünceleri*: plansız ölüm düşünceleri ya da planlanan kendini öldürme girişimleri.

Bu belirtiler klinik açıdan belirli bir sıkıntıya sebep olurken, toplumsal ve işle ilgili alanlarda da işlevselliğin yitimine sebep olur (APA, 2013).Belirtilerin ortaya çıkması genellikle üzücü bir olay sonrasına denk gelir ve çoğu zaman çeşitli bedensel belirtilerle ilk şikâyetler başlar. Ağır izleyen tablolarda ise intihar planları sıklıkla görülür (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

### **1.3. Anksiyete**

#### **1.3.1. Genel Bilgiler**

Anksiyete; nedeni bilinmeyen, içten gelen, belirsiz, korku, kaygı, sıkıntı, kötü bir şey olacaktıymış duygusudur. Bu duygu kısa süreli ya da anlık olmaktan çok; içten ya da dıştan gelen tehlike veya tehlike beklentilerine karşı oluşan ve süregiden bir tepkidir ve çoğu zaman kişinin işlevselliğini bozar (Nolen-Hoeksema, 2009). Çok hafif gerginlik ve tedirginlikten panik derecesine varan değişik yoğunluklarda gözlemlenebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Anksiyete; kas gerginliği, mide ağrısı, kalp atışının hızlanması gibi fiziksel; yoğun bir korku ve gerginlik hissi olarak ortaya çıkabilir. Bu duruma, kötü bir şey olacağına dair gerçekdışı inançlar ve abartılmış tehlike algısı eşlik eder. Sonuç olarak kişi bu belirtileri ortaya çıkaran durumlardan kaçınmaya başlar.

Anksiyete bozuklukları toplumda en sık görülen ruhsal hastalıklardan biridir. Araştırmalar anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranının %29 olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark., 2010). Türkiye Ruh Sağlığı Profiline ise anksiyete bozukluklarının 12 aylık yaygınlığı %6,7 olarak bildirilmiştir (Kılıç, 1998). Anksiyete bozukluklarının genellikle erken yaşlarda başladığı görülmektedir. Ortaya çıkma açısından en

riskli dönemin 10-25 yaş arası olduğu söylenebilir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kadınlarda ve düşük gelir düzeyine sahip kişilerde görülme sıklığı çok daha yüksektir (Sareen ve ark., 2011; Kessler ve ark., 2005). Bunun yanı sıra yaşam boyu anksiyete bozukluğu tanısı almış hastaların %75’inde en az bir başka ruhsal bozukluk daha görülmektedir (Michael ve ark., 2007).

Anksiyetenin pek çok fiziksel belirtisinin ortaya çıkmasından sorumlu olan iki sistem hipotalamus tarafından kontrol edilen otonomik sinir sistemi ve adrenokortikal sistemdir. Buna göre bu iki sistem tehlike anında aktive olduklarında bedeni tehlikeden kurtulmaya hazırlamak için uyarırlar. Bedenin tehdit karşısındaki bu mekanizmasına “kaç veya savaş tepkisi” denir (Nolen-Hoeksema, 2009). Tehlike gerçek olduğunda bu mekanizma uyumlu bir süreç işletir. Ancak tehlike algısı bozulup tehlikeye gerçektışı bir büyüklük atfedildiğinde beden tehlike olmadığı halde uyarılmış olur, böylece uyumsuz bir anksiyete tepkisi oluşur. Araştırmalar bazı kişilerde erken yaşlarda anksiyeteye karşı bir hassasiyet bulunduğunu ortaya koymuştur. Bu eğilim Eysenck (1967) tarafından nevrotilik, Watson ve Clark (1984) tarafından olumsuz duygulanım, Gray (1987) tarafından ise davranışsal ketlenme olarak tanımlanmıştır. Farklı isimlerle tanımlansa da kişilerde bu eğilim yüksek olduğunda, kişilerin stres faktörleri karşısında olumsuz duygulara daha eğilimli oldukları ve daha kolay kaygılandıkları görülmektedir (Craske ve Barlow, 2008). Çocukluk döneminde bu karakteristik özelliklerin yüksek olması ergenlik ve yetişkinlikte anksiyete bozuklukları için ciddi bir yatkınlık ve risk faktörü oluşturmaktadır (Craske ve Waters, 2005).

### **1.3.2. Anksiyetenin Kuramsal Açıklamaları**

Bu bölümde anksiyeteyi psikolojik açıdan inceleyen temel yaklaşımlar (Psikodinamik, varoluşçu, davranışçı ve bilişsel) anlatılacaktır.

#### **1.3.2.1. Psikodinamik Yaklaşım**

Psikodinamik yaklaşımda anksiyete, amacı doyum olan dürtüler ve bunların doyum araması sırasında, süperegö tarafından baskı altına alınmaya ve engellenmeye çalışılmasından kaynaklanan bir iç çatışma olarak tanımlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Freud’un (1936) yapısal modeline göre bu iç çatışma, id tarafından ortaya konan bilinçdışı cinsel ve saldırgan isteklerin süperegö tarafından sosyal ve ahlaki normlara uygun hale getirilmeye çalışılması veya bu isteklerden dolayı cezalandırılma tehdidi ile ortaya çıkmaktadır (Freud, 1936). Dolayısıyla anksiyete, bilinçdışında oluşan ve egonun bilinç düzeyine ulaşmasını engellemeye çalıştığı bir tehlike sinyalıdır. Freud (1917) kaygının üçe ayrıldığını ifade etmiştir:

1. Gerçek Anksiyete (Realistic Anxiety): Dış dünyada gerçek bir tehlike ile karşılaşılması sonucunda oluşur. Korku duygusuna benzerdir.
2. Nevrotik Anksiyete (Neurotic Anxiety): Bastırılmış cinsel ve saldırgan duyguların sonucu olarak oluşur.

3. Ahlaki Anksiyete (Moral Anxiety): Kişinin dürtülerini kontrol edememekten dolayı yaşadığı suçluluk, vicdan azabı, utanma gibi duyguların yarattığı sıkıntıdır.

Bu üç tür anksiyeteden gerçek anksiyete hemen hemen herkes tarafından belli durumlarda yaşanmaktadır ve kişinin hayatta kalmasını sağlayacak işlevsel bir boyutu vardır. Ancak nevrotik ve ahlaki anksiyete, egoya karşı oluşturdukları tehlike algısı yüzünden baskı altında tutulmaya çalışılır. Bu süreçte ego, tehdit olarak algılanan bu çatışma karşısında, uygun olmayan dürtü ve isteklere karşı savunma mekanizmalarını harekete geçirir (Busch ve Shapio, 1995). Freud (1909) fobileri açıklarken, yer değiştirme mekanizması kullanılarak baş edilmeye çalışılan biliçdışı anksiyetenin bir nesneye ya da bir duruma aktarılmasıyla oluştuğunu savunur. Böylece daha öncesinde etkisiz olan bir nesneye ya da duruma karşı fobi geliştirilir (Freud, 1909). Dolayısıyla, fobi yaşanan durumlarda bu, o nesneye karşı gerçek bir korku değil, biliçdışı çatışmanın o nesneye aktarılmasıdır. Eğer savunma mekanizmaları dürtüleri ya da nevrotik ve ahlaki anksiyeteyi baskı altında tutmayı başaramazsa kişi, tıpkı yaygın anksiyete bozukluğunda görüldüğü gibi sürekli bir anksiyete hali içine girer (Nolen-Hoeksema, 2009).

Özetle, psikodinamik yaklaşıma göre anksiyete, bilinçdışı öğeleri olan bir iç çatışmanın yansıyan belirtisidir (Gabbard, 2005).

### **1.3.2.2. Varoluşçu Yaklaşım**

Varoluşçu kurama göre anksiyete, insanın varolmasıyla birlikte ortaya çıkar. Çünkü anksiyete varoluşa karşı yokoluş gerçeğinin algılanmasıdır (Öztürk ve Uluşahin, 2011). May (1977) anksiyeteyi kişinin varlığı için temel saydığı değerlere yönelik bir tehdit olarak tanımlar. Kendi olmanın sınırları ve sorumluluklarını farketmenin yarattığı bu endişe yaşam boyu devam eder. Tillich'e (1952) göre bu anksiyetenin öğretici bir işlevi vardır. Kişiyi sahtelikten kurtararak, sahici bir hayat yaşamasına, otantik kendiliği yakalamasına olanak sunar (Tillich, 1952). Varoluş anksiyetesini tektikleyen en önemli kaynak ise kişinin bu hayatta varoluşunu tehdit eden ölümdür (Yalom ve Josselson, 2011). Ölümle yüzleşmenin uyandırdığı anksiyeteden kaçınmak için kişi çoğu zaman kayıtsızlığa düşer, sorumluluklarını erteler, kendini duyarsızlaştırır (Sayar, 2011). Bu durum anksiyeteyi sustursa da kişiyi sahici kendiliğinden uzaklaştığı, otantikliğini yitirmiş bir hayata sürükler (Nolen-Hoeksema, 2009).

Özetle varoluşçu kurama göre anksiyete, varolmanın imkânları ve sorumlulukları ile bu varlığın sınırlarını farketmenin bir sonucu olarak oluşur. Kuram, hayat boyu süregiden bu anksiyeteyle başa çıkma yolu olarak onu kabullenmek ve öğreticiliğini kullanmayı sunmaktadır (Yalom ve Josselson, 2011).

### **1.3.2.3. Davranışçı Yaklaşım**

Davranışçı yaklaşım anksiyeteyi öğrenilmiş bir korku olarak değerlendirir ve klasik koşullanma ile açıklar. Buna göre kişi, korku uyandıran ya da tehdit oluşturan bir durumla,



tehlikesiz herhangi bir nesne ya da durumu eşleştirerek bu nesne ya da duruma karşı anksiyete oluşturur (Thorpe ve Olson, 1997). Bu açıklama Watson ve Reynor'ın (1920) ünlü 'Little Albert' deneyine dayanmaktadır. Buna göre daha önce fare korkusu olmayan küçük bir bebek klasik koşullanma ile fareye karşı bir korku geliştirmiştir (Watson ve Reynor, 1920). Watson ve Reynor'ın deneyi daha önce var olmayan bir korkunun laboratuvar ortamında oluşturulmasından dolayı oldukça ses getircidir. Bazı teoristler ise korku edinmede sosyal öğrenme, model alma ve taklidin önemli bir rolü olduğunu savunurlar (Bandura, 1969). Bununla birlikte, korku ya da daha genel anlamda anksiyete bir kez oluştuğunda kaçınma ile sürdürülür. Mowrer'ın (1960) iki-faktör modeline göre anksiyetenin oluşmasında klasik koşullanma, sürdürülmesinde ise edimsel koşullanma rol oynar (Mowrer, 1960). Korkulan nesneden ya da durumdan kaçma veya kaçınma ile bu kaçınmanın sonucu olarak korkuda yaşanan azalmanın olumsuz pekiştirme yoluyla kaçınmayı arttırdığı gözlemlenir (Mowrer, 1947).

Anksiyetenin davranışçı açıklamasına getirilen en büyük eleştiri insanların neden bazı özel durum (uçak korkusu, yükseklik gibi) ve nesnelere (yılan, örümcek, fare gibi) karşı anksiyete geliştirip diğerlerine karşı geliştirmemesidir (Nolen-Hoeksema, 2009). Seligman'ın (1971) 'hazırlanmış' kavramına göre türler genetik olarak yaşamsal tehditler ortaya çıkaran Pyaranlara karşı korku geliştirmeye eğilimlidir. Dolayısıyla bu hazırlanmış korkular çabuk edinilme, çabuk ortadan kalkmama ve akılcı olmama özelliklerine sahiptir (Leahy ve Holland, 2009).

Özetle, davranışçı yaklaşım anksiyeteyi açıklarken koşullanma temelli modelleri savunur. Buna göre koşullanma ve pekiştireçler hem anksiyetenin edinilmesinde hem de sürdürülmesinde işlev sahibidir.

#### **1.3.2.4. Bilişsel Yaklaşım**

Bilişsel yaklaşıma göre, anksiyete, öfke ve umutsuzluk gibi olumsuz duygular yaşayan kişilerin bunları olayların kendisine karşı değil, bu olaylarla ilgili kendi beklentileri ve yorumlarına karşı yaşadıkları öne sürülür (Beck ve ark., 1985). Beck ve arkadaşları (1985) anksiyete hisseden kişilerin zihinsel olarak sürekli tehlike teması ile meşgul olduklarını ortaya koymuştur (Beck ve ark., 1985). Dolayısıyla bu zihinsel saplantı hali, var olan tehlikeyi abartılı olarak, olduğundan daha fazla hissederler. Bu durum, hem otomatik düşüncelerde hem de şemalarında tehlike temasının sürekli gündemde kalmasını sağlar. Bilişsel model anksiyetede, bilgi işleme süreçlerinde çeşitli çarpıtmaların önemini vurgular (Leahy ve Holland, 2009). Anksiyete en sık karşılaşılan bilişsel çarpıtmalar şunlardır (Wells, 1997):

- *Keyfi çıkarsama*: yeterli kanıt olmamasına rağmen olumsuz değerlendirmede bulunma.
- *Seçici soyutlama*: durumun tamamen bir yönüne odaklanarak, diğer özellikleri gözden kaçırma.

- *Aşırı genelleme*: tek bir olayı temel olarak genel bir olumsuzluk algılama.
- *Felaketleştirme*: olacak şeylerin dayanılamayacak kadar kötü olduğuna inanma.
- *Kişiselleştirme*: kişinin olumsuz olaylar için kendisini orantısız biçimde suçlaması.
- *Akıl okuma*: insanların düşünceleri hakkında yeterli kanıtı sahip olmadan, onların düşüncelerini bildiğine inanma ve hareketlerine bir anlam yükleme (Leahy ve Holland, 2009).

Bunun yanı sıra, Wells ve Butler (1997) anksiyetenin ortaya çıkışı ve sürdürülüşünü, tehlike algısına saplanılmasının yanı sıra, kişinin kendi başa edebilme becerilerini küçümsemesinin de önemli bir etkisi olduğunu savunur. Kişilerin kendi baş edebilme becerilerini hafife almaları sonucu tehlike algısı daha da yükselmektedir (Wells, 1997). Bu abartılı değerlendirme sonucunda da otomatik olarak anksiyete aktive edilir (Beck ve ark., 1985).

Farkındalık temelli yaklaşımlar, ruh ve bedenin bir bütün olarak sağlıklı olabilmesi için farkındalık ve kabullenmenin temel rolüne dikkat çeker. Bu nedenle anksiyete gibi fiziksel bileşenleri oldukça yoğun bir kavram için, bu yaklaşım kendisinden önceki birinci dalga olarak tanımlanan davranışçı ve ikinci dalga olarak tanımlanan bilişsel yaklaşımlardan oldukça farklılaşır. Farkındalık temelli yaklaşımlara göre anksiyete doğal bir tepkidir ve kişinin hayatında ya da o an içinde bulunduğu durumda birşeylerin yolunda gitmediğine işaret eder (Hayes, Strosahl ve Wilson, 1999). Anksiyete ile ilişkili bozukluklara tüm yaklaşımlar ise yaşanan korku ya da anksiyete duygusunu azaltmak hedefiyle yaklaşır (Hayes, 2004). Ancak farkındalık temelli yaklaşımlarda anksiyetenin kendisi 'kötü' kabul edilmez. Bu sebeple hedef, anksiyete hissedilen anlarda oluşan duygusal, bilişsel ve fiziksel tüm duyularını olduğu gibi kabullenen ustaca bir ilişki kurmaktır. Bu kabullenme ile anksiyete yaşayan kişinin psikolojik bir özgürlük elde etmesi beklenmektedir (Greenson ve Brantley, 2009).

### 1.3.3. Anksiyete Tanı Ölçütleri

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) (APA)'nin tanımına göre anksiyete; kişiliğin bilinçli bölümünde hissedilen ve ortaya çıkan tehlike sinyalidir. Bu tehdit, kişiliğin içinde, dış ortamda bağımsız veya bağımlı olarak üretilir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) psikiyatrik bozukluklar için kullandığı temel tanılama sistemi olan DSM-5'te (2013) anksiyete bozuklukları olarak tanımlanan genel başlığın altında;

- Ayrılma kaygısı bozukluğu
- Seçici konuşmazlık
- Özgül fobi
- Sosyal fobi
- Panik bozukluğu

- Agorafobi
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Maddenin yol açtığı kaygı bozukluğu

yer alır. Daha önce anksiyete bozuklukları başlığı altında incelenen travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk, DSM-V ile anksiyete bozukluğu olarak değerlendirilmemektedir (APA, 2013). Anksiyete bozuklukları olarak gruplandırılan bu bozuklukların ortak özelliği farkedilebilir herhangi bir stres olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkan anksiyetenin fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal belirtilerinin olmasıdır (Nolen-Hoeksema, 2009). Bu belirtiler:

1. *Bilişsel belirtiler*: fiziksel olarak zarar görme endişesi, tehlikeyi büyütme, gerçeklik duygusunu kaybetme, dikkat dağınıklığı, yoğunlaşma güçlüğü, kontrolünü yitirme kaygısı, ölme korkusu, aşırı uyarılma.
2. *Duygusal belirtiler*: Korku, huzursuzluk, endişe, çaresizlik, alarm duygusu, panik.
3. *Davranışsal belirtiler*: Anksiyete yaratan durumlardan kaçma ya da kaçınma davranışı, donakalma, öfke.
4. *Fizyolojik belirtiler*:
  - *Kardiovasküler sistem*: Çarpıntı, kan basıncı değişiklikleri, soluk renk ya da yüzde kızarma.
  - *Solunum sistemi*: Nefes darlığı, hava açlığı, boğazda düğümlenme, boğulma hissi.
  - *Gastrointestinal sistem*: Yutma güçlüğü, bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı.
  - *Genitoüriner sistem*: Sık idrara çıkma, cinsel isteksizlik.
  - *Cilt belirtileri*: Terleme, kızarma, sıcak basması.
  - *Nörolojik*: Tremor, bas dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği, motor huzursuzluk (Nolen-Hoeksema, 2009).

Bu belirtiler ortak olmakla birlikte, seyri ve klinik tablosu anksiyete bozukluğunun sınıflandırılmasına göre değişmektedir.

#### 1.4. Stres

Stres konusu sadece psikoloji alanında değil fizyoloji, sosyoloji, antropoloji, sağlık gibi daha pek çok farklı alanı da kapsayan geniş bir çalışma alanında incelenmektedir. Stres çalışmalarının pek çoğu fizyolojik bir model ile psikobiyolojik bir yaklaşım sergilese de, stres kişileri sadece fiziksel değil aynı zamanda sosyal, bilişsel ve duygusal olarak da etkilemektedir. Bu sebeple, stresle başa çıkma, stresin etkilerini azaltma gibi konular da bu alandaki çalışmalara dahil olmaktadır (Steinberg ve Ritzman, 1990).

### 1.4.1. Tanım

Stres herkes tarafından bilinen bir kelime olmasına rağmen, kullanımı ve ifade ettiği anlam çoğu zaman kişiden kişiye ciddi ölçüde değiştiği için tanımlaması oldukça güç bir kavramdır. Buna rağmen, stres, en genel manada, kişinin iyilik halini tehdit eden ve ilerlemesini engelleyen ya da kişiyi ilerlemeye zorlayan kötü durum olarak tanımlanmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Stresör olarak tanımlanan ve hedefleri karşısında bir engel olarak ortaya çıkan bu gerçek ya da imgesel duruma karşı kişiler fizyolojik, davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkiler verirler (Carlson ve ark., 2007). Stresör olarak tanımlanan durum çok çeşitli olabileceği gibi her zaman kötü olacağı anlamına da gelmez. Büyük bir doğal afetten tutun, gün içinde trafikte kalmanın gerginliğine kadar geniş bir aralıkta veya kişiyi olumlu yönde motive eden bir yarış ya da sınav stresi olabilir. Yine de stres her ne kadar ilk aşamada kişinin davranışını olumlu yönde etkilese de, uzun süreli strese maruz kalmanın hem psikolojik hem de fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkileri vardır (Selye, 1991).

Stres kavramı ilk kez 17. yüzyılda tamamen mekanik bir terim olarak Hooke tarafından kullanılmıştır. Hooke ortaya koyduğu elastikiyet kanununda insan eliyle üretilmiş yapıların nasıl olup da yüksek gerilim yaratan ağırlıklar karşısında ayakta kaldığını açıklamıştır (Harrington, 2013). Daha sonra bu model insan bedeni için de bir örnek teşkil etmiş ve günümüzdeki stres teorilerinin ortaya çıkmasında etkili olmuştur.

### 1.4.2. Stresi açıklayan modeller

Stresi açıklayan erken dönem çalışmalar (Cannon, 1932; Selye, 1956) stresin bedende oluşturduğu değişikliklere odaklanarak fizyolojik bir açıklama getirmişlerdir. Ardından Holmes ve Rahe (1967) stresi açıklarken stres yaratan durumların özelliklerine odaklanmışlar ve yaşam olaylarının ne derece stresli olduğunu belirlemeye yönelik çalışmalar yürütmüşlerdir (Glanz ve Scwartz, 2008). Buldukları sonuçlarla bazı yaşam olaylarını stres yüklerine göre sıralamışlar ve depresyon, sel, savaş, kazalar, yaralanmalar, sevilen birinin kaybı gibi durumları evrensel stres kaynakları olarak tanımlamışlardır. Ancak Lazarus (1966) evrensel olarak tanımlanan aynı stres kaynakları karşısında dahi bireylerin aynı ölçüde etkilenmediklerini savunarak bireysel farklılıklara dikkat çekmiştir (Lazarus, 1966). Bilişsel süreçlerin stres üzerindeki etkisini göz önüne alan psikolojik yaklaşıma göre, stresin etkisi kişinin bunu nasıl algıladığıyla orantılıdır. Bu bölümde sırasıyla stresi açıklayan fizyolojik ve psikolojik yaklaşımlar anlatılacaktır.

#### 1.4.2.1. Fizyolojik Stres Modeli

Stres karşısında bedende oluşan fizyolojik tepkiler otonomik sinir sistemi tarafından kontrol edilir. Stresörle karşılaşmanın hemen ardından otonomik sinir sistemi vücut organlarına uyarılar göndererek normal çalışma düzenlerini değiştirir. Bu değişimleri şu şekilde özetleyebiliriz:

1. Kalp atışları hızlanır, kan basıncı artar, kan damarları daralır, kan şekeri yükselir ve kan akışı el ve ayaklardan çekilerek vücudun ortasındaki organlara yönelir.
2. Nefes alıp verişler hızlanır ve akciğerlere daha fazla hava ulaşması için hava yolu genişler
3. Sindirim durur ve terleme artar.
4. Kalbi ve diğer organları uyararak adrenalin salgısı artar (Carlson ve ark., 2007).

Vücuttaki tüm bu değişimler kişiyi harekete geçmek için hazırlar. Cannon (1932) bu vücutta oluşan bu kapsamlı tepkileri kaç-veya-savaş tepkileri olarak adlandırmıştır. Cannon'a (1932) göre bu fiziksel tepkiler vücudu tehlike olarak tanımladığı bir durum karşısında kaçmak için ya da kalıp savaşmak için hazırlamaktadır (Carlson ve ark., 2007). Tehdit ortadan kalktığında tüm bedensel tepkiler yavaş yavaş kaybolur ve beden tehdit ortaya çıkmadan önceki normal çalışma sistemine geri döner. Ancak eğer stres kaynağı kronik ise, beden uyarılmış hali normal dengesine dönemez ve beden kronik bir uyarılmışlık hali yaşar. Sonuç olarak yüksek tansiyon, kronik baş ağrıları, cinsel fonksiyon bozuklukları gibi stresle ilişkili çok sayıda sağlık problemi ortaya çıkar (Harrington, 2013).

Kronik stresin etkilerini daha sistemli bir şekilde laboratuvar hayvanlarıyla inceleyen Selye (1976) elde ettiği sonuçlar üzerinden, Genel Uyum Sendromu adı verilen üç aşamalı bir model sunmuştur (Selye, 1976). Stres karşısında oluşan bu aşamalar sırasıyla alarm, direnç ve tükenmedir. Selye'ye (1976) göre strese verilen ilk tepki alarm tepkisidir. Bu ilk aşamada otonomik sinir sistemi uyarılır, beden hemostatik dengesi bozulur ve savaş-veya-kaç tepkisi aktive olur. Stresle ilk karşılaşmada organizma fiziksel fonksiyonlarını etkileyen bir şok yaşayabilir. Stresöre daha uzun süre maruz kalan organizmanın bedeni hemostatik dengeye geri döner, stresöre karşı direnç geliştirilmiştir. Bu aşama direnç aşaması olarak tanımlanmaktadır ve organizmanın çevresel stresörlere uyumunu gösterir. Ancak stresöre maruziyetin bu aşamadan sonra devam etmesiyle organizma uyum sağlamaya becerisini kaybettiği tükenme aşamasına girer. Organizmanın direnci normal seviyenin altına düşer ve bedeni hastalıklara açık hale gelir (Carlson ve ark., 2007)

#### **1.4.2.2. Psikolojik Stres Modeli**

Selye'nin modeli stresin biyolojik bileşenlerini açıklamaya katkı sunarken, psikolojik bileşenleri göz ardı etmektedir. Lazarus ve Folkman (1984) stres oluşturan çevre koşullarının ve kişide yarattığı fizyolojik değişikliklerin kişinin bilişsel değerlendirmelerine bağlı olduğunu savunmaktadır (Lazarus ve Folkman, 1984). Buna göre bir durumun kişide ne kadar stres oluşturacağı, kişinin stres yaratan durum ve kendisiyle ilgili değerlendirmelerine bağlıdır. Bu modele göre, stres karşısındaki bilişsel değerlendirme iki aşamadan oluşur. Birincil değerlendirme adı verilen ilk aşamada, kişi tehdit yaratan durumun ciddiyetiyle ilgili bir değerlendirme yapar. Eğer tehdidin ciddi olduğuna karar verilirse ikinci aşamaya geçilir. İkincil değerlendirmeleri içeren bu süreçte kişi tehdit yaratan durumla baş edebilmek için sahip olduğu

kaynakları gözden geçirir (Carlson ve ark., 2007). Bu değerlendirmeler sonucunda stresin ciddiyetine ve kişinin sahip olduğu baş etme kaynaklarının miktarına olan inancı stresi ne denli yaşayacağını belirler. Eğer kişi stres yaratan durumu oldukça tehlikeli görüyor ve bununla baş etmek için yeterli kaynağı olmadığına inanıyorsa, daha şiddetli düzeyde stres yaşayacaktır.

Başa çıkma, kişinin çevresinde ortaya çıkan ve stres yaratan içsel ya da dışsal taleplerin, kendi kaynaklarını aşırıp aşmadığını değerlendirdikten sonra ortaya koyduğu davranışsal ve bilişsel çabalarıdır (Folkman ve Lazarus, 1985). Endler ve Parker (1994) üç farklı baş etme stratejisi olduğunu öne sürmektedir: problem odaklı, duygu odaklı ve kaçınma. Problem odaklı başa çıkma, stres yaratan problemin çözümü için çaba sarf etmeyi içermektedir. Duygu odaklı başa çıkma, stres oluşturan problemle ilgili ortaya çıkan olumsuz duyguları iyileştirmek için gösterilen duyguları düzenleme çabalarıdır. Son olarak, kaçınma ise başka bir işle dikkatini dağıtarak stres oluşturan durumun etkilerinden kurtulma çabasıdır (Spoon ve ark., 2007). Araştırmalar duygu odaklı baş etme ve kaçınmanın diyet yapma, tıknırcasına yeme ve bozulmuş yeme tutumlarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Ball ve Lee, 2002; Denisoff ve Endler, 2000; Freeman ve Gil, 2004).

### **1.5. Depresyon, anksiyete, stres ve duygusal yeme ilişkisini gösteren çalışmalar**

Duygusal yeme pek çok fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarıyla yakından ilişkilidir (Tan ve Chow, 2014). Aşırı kilo ve kiloya bağlı problemler (Gelibter ve Aversa, 2003), bulimia nervosa ve tıknırcasına yeme bozukluğu (Allen, Byren, La Puma, McLean ve Davis, 2008) ve depresyonun (Ouwens ve ark., 2009) duygusal yeme ile sıkça birlikte görüldüğü araştırmalar tarafından gösterilmiştir.

Duygusal yemeye dair çalışmalar ilk olarak fazla kilolu ve obez bireylerle yürütülmüştür. Pek çok araştırma obez bireylerin olumsuz duygular karşısında normal kilolu ve zayıf bireylere göre daha fazla yediğini ortaya koymuştur (Geliebter ve Aversa, 2003; Allison ve Heshka, 1993). Ancak Nyugen- Rodrigez ve arkadaşları (2008) duygusal yemenin yalnızca fazla kilolu ve obez bireylerle ilgili olmadığını ortaya koymuştur. Buna göre, normal kilolu ve fazla kilolu bireylerin duygusal yeme skorları arasında belirgin bir fark görülmemektedir. Ayrıca bireylerin yaşadığı stresin kilolarından bağımsız olarak duygusal yeme puanlarıyla ilişkilidir (Nyugen-Rodriguez, Chou, Unger ve Spruijt-Metz, 2008). Buna göre, yeme davranışı her kilodan insanın kullandığı bir baş etme stratejisi olarak değerlendirilebilir.

Macht ve Simon (2000) günlük hayatta yaşanan duyguların yoğunluğu ve bunların yeme motivasyonuna etkisini araştırmışlardır. Katılımcılar günde beş kez nasıl hissettiklerini ve yeme isteklerini derecelendirmişlerdir. Sonuç olarak, öfke, gerginlik, keyif ve nötr olarak tanımlanan dört duygu durumu ortaya çıkmıştır. Katılımcılar, olumsuz duyguların aktif olduğu durumlarda

hem olumlu duygulara göre hem de nötr durumlara göre daha fazla yeme isteği içinde olduklarını bildirmişlerdir (Macht ve Simon, 2000).

### **1.5.1. Duygusal yeme ve depresyon**

Duygusal yemenin olumsuz duygularla baş etmek için ortaya çıktığı savunulmuş olsa da, depresif belirtileri de içine alan olumsuz duygular ve yeme davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda araştırma yapılmıştır. Kontinen ve arkadaşları (2010) duygusal yeme ve depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi toplum genelinde incelemişlerdir. Sonuç olarak, depresif belirtiler ve duygusal yeme arasında pozitif bir ilişki ortaya koymuşlardır. Buna göre depresif belirtiler arttıkça duygusal yeme de artmaktadır.

Bir diğer çalışmada Ouwens ve arkadaşları (2009) yine duygusal yeme ve depresyon arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. Ayrıca duygularını tanımlamakta günlük çekmenin ve dürtüsellik, depresyon ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirdiğini savunmaktadır (Ouwens ve ark., 2009).

Goldschmidt ve arkadaşları (2014) obez bireylerde depresyonun duygusal yemeye etkisini incelemişlerdir. Katılımcıların depresif belirtileri Beck depresyon envanteriyle belirlenmiştir. Buna göre depresif belirtileri yüksek olan kişiler daha fazla duygusal yeme göstermektedir (Goldschmidt ve ark., 2014).

### **1.5.2. Duygusal yeme ve anksiyete**

Anksiyete, öfke ve duygusal yeme ilişkisini inceleyen Schneider ve arkadaşları (2010) obez bireylerde öfkenin değil anksiyetenin ve duygusal yemenin anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur.

60 obez kadınla yaptıkları önleme çalışmasında, Manzoni ve arkadaşları (2009) yapılandırılmış gevşeme egzersizleri ile duygusal yeme, depresyon ve anksiyete seviyelerinde anlamlı bir düşüş tespit etmişlerdir. Buna göre anksiyete ve depresyon seviyelerindeki azalma, duygusal yemenin de azalmasına aracılık etmiştir (Manzoni ve ark., 2009).

Anksiyete ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi duygu odaklı başa çıkma stratejisi üzerinden inceleyen Alexander ve Siegel (2014) güvenli bağlanamamış kişilerin daha fazla duygu odaklı baş etme kullandığını savunmuştur. Çalışmada duygusal yeme duygu odaklı bir baş etme stratejisi olarak değerlendirilmiş ve bağlanma anksiyetesi ile duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya konmuştur (Alexander ve Siegel, 2014).

Bunun yanı sıra, Hearon ve arkadaşları (2013) anksiyeteye karşı duyarlılığın (anxiety sensitivity) duygusal yeme, baş etme stratejisi olarak yeme ve kontrol kaybıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Hearon ve ark., 2013).

### 1.5.3. Duygusal yeme ve stres

Duygusal yemenin nedenlerini araştıran çalışmaların bazıları strese odaklanmıştır. Bennett, Greene ve Schwartz-Barcott (2013) üniversite öğrencileriyle yürüttükleri araştırmalarında, yüksek seviyede stresin öğrencilerin duygusal yeme davranışını tetiklediğini ortaya koymuştur. Bennet ve arkadaşları (2013) stresin hem kadın hem erkeklerin yeme davranışlarını etkilediğini ortaya koymuştur. Ancak bu etki aynı yönde değildir. Kadınlar stres karşısında daha çok yerken, erkeklerin daha az yediği görölmüştür (Bennet ve ark., 2013).

Stres ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi inceleyen bir diğer çalışmada, Tan ve Chow (2014) yeme düzensizliğinin (eating dysregulation), stres ve duygusal yeme arasındaki ilişkiye katkısını ortaya koymuştur. Araştırma, yüksek seviyede stres yaşayan bireylerin yeme davranışlarını düzenleme becerilerinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Yeme davranışını düzenlemedeki bu beceri eksikliği de doğrudan duygusal yeme ile ilişkilendirilmektedir (Tan ve Chow, 2014).

Wallis ve Hetherington benlik tehditi oluşturan bir stresör karşısında hem duygusal yeme skoru yüksek bireylerin hem de kısıtlayıcı yeme skorları yüksek bireylerin daha çok yediklerini göstermiştir (Wallis ve Hetherington, 2004; 2009).

Türkiye’de duygusal yemeyi inceleyen araştırmalar daha çok beslenme bölümlerinde yapılmıştır. Işgın ve arkadaşları (2014) ergenlerde duygusal yeme, kontrolsüz yeme ve bilişsel yeme kısıtlaması davranışları ile vücut bileşimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Buna göre duygusal yeme ile beden kütle indeksi arasında herhangi anlamlı bir ilişki bulamamış, bilişsel yeme kısıtlamasının ergenlerin yeme davranışlarındaki etkisine dikkat çekmiştir (Işgın ve ark., 2014). Bir diğer alışma, Seven (2013) yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisini incelemektedir. Araştırmada, kadınların, obez kişilerin ve diyet yapanların duygusal yeme puanlarının diğerlerinden anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Seven, 2013). Son olarak psikoloji alanında yapılan tek çalışmada, Evirgen (2010) farklı kilo gruplarında duygusal sebeplere bağlı yeme ve tıkanırcasına yeme davranışının sıklığı ve duygu düzenlemesi ile bağlantılarını incelenmiştir. Araştırmada, duygulanıma bağlı yeme ve tıkanırcasına yeme davranışının kilolu ve obez kişilerde normal kilolu kişilere göre anlamlı ölçüde daha fazla olduğu ortaya konmuştur (Evirgen, 2010).



## 2. YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, verilerin elde edildiği örneklem, kullanılan veri toplama araçları ve elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler hakkında bilgi verilmiştir.

### 2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, tarama modellerinden ilişkisel tarama modeline uygun olarak düzenlenmiştir. Bu kapsamda duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

### 2.2. Araştırmanın Amacı ve Hipotezler

Bu araştırmada duygusal yeme ve depresyon, anksiyete, stres arasındaki ilişki incelenmesi hedeflenmektedir. Ayrıca yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, kilo durumu gibi değişkenlerin duygusal yeme üzerindeki etkisinin de incelenmesi amaçlanmaktadır.

Hipotezler:

H 1: Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında pozitif bir ilişki vardır.

H 2: Duygusal yeme puanları yüksek olan kişilerin depresyon, anksiyete ve stres puanları da yüksektir.

H 3: Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları kadınlar ve erkekler arasında farklılık göstermektedir.

H 4: Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları yaşa göre farklılık göstermektedir.

H 5: Duygusal yeme ve depresyon, anksiyete, stres (DASO) puanları ile beden kütle indeksine (BKI) göre farklılık göstermektedir. Fazla kilolu ve obez kişilerin duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarının zayıf ve normal kilolulardan daha yüksektir.

H 6: Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları kişilerin kilo memnuniyetine göre farklılık göstermektedir. Kilo memnuniyeti olmayan kişilerin duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları kilosundan memnun olan kişilere göre daha yüksektir. .

H 7: Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları kişilerin kilo algılarına göre farklılık göstermektedir. Kendini şişman gören kişilerin duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları kendini normal kilolu ve zayıf görenlere göre daha yüksektir.

H 8: Duygusal yeme ve depresyon anksiyete stres (DASO) puanları medeni duruma göre farklılık göstermektedir

H 9: Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları daha önce psikiyatrik destek alan kişilerde daha yüksektir.

### 2.3. Örneklem

Bu araştırma 2014-2015 yılları arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini İstanbul'un çeşitli ilçelerinde oturan 18-68 yaş arası yetişkin kişiler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan gönüllülere iki yoldan ulaşılmıştır. İlk olarak, rastgele örnekleme yoluyla 370 gönüllüye yüz yüze ulaşılmış ve anketleri doldurmaları sağlanmıştır. Bir diğer yöntem ise, anketlerin gönüllülere internet üzerinden ulaştırılması olmuştur. Gönüllüler tarafından online olarak doldurulan anketler araştırmacıya ulaşmıştır. Bu şekilde 415 gönüllünün araştırmaya katılması sağlanmıştır. Böylelikle toplamda 785 katılımcı araştırmaya gönüllü olarak katkıda bulunmuşlardır. Katılımcılardan %67'si kadın ( $n=524$ ), %33'ü erkektir ( $n= 261$ ). Yaş ortalaması 29,29'dur.

Katılımcıların 439'u bekar, 330'u evli, 8'i boşanmış, 8'i ise duldur. Katılımcılardan 44'ü ilköğretim ve altı, 312'si lise, 297'si üniversite, 132'si ise yüksek lisans ve üstü eğitime sahiptir.

Araştırmaya katılan katılımcılara kabul edilmiş onam formu imzalatılmıştır (EK 1). Bu çalışma, yerel etik kurul tarafından onaylanmıştır ve Helsinki Deklarasyon prensiplerine göre düzenlenmiştir.

### 2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların yeme davranışları Hollanda Yeme Davranışı Anketi ( DEBQ: Dutch Eating Behavior Questionnaire) ile ölçülmüş; depresyon, kaygı ve stres puanları ise Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS: Depression Anxiety Stress Scale) ile elde edilmiştir. Bunların yanı sıra katılımcılar kişisel bilgilerinin içeren bir demografik bilgi formu doldurmuşlardır.

#### 2.4.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu formda yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, medeni durum gibi kişisel bilgiler ile boy ve kilo bilgileri ve kilo memnuniyeti ile ilgili sorular bulunmaktadır. Araştırmanın güvenilirliğini arttırmak amacıyla katılımcılardan herhangi bir kimlik bilgisi alınmamıştır (EK 2).

#### 2.4.2. Hollanda Yeme Davranışı Anketi

Katılımcıların yeme davranışlarını ölçmek için kullanılan Hollanda Yeme Davranışı Anketi (Dutch Eating Behavior Test ([DEBQ]) Van Strein ve arkadaşları (1986) tarafından

geliştirilmiştir. 33 maddeden oluşan anket, kısıtlayıcı yeme (örneğin, şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz?) duygusal yeme (örneğin, mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?) ve dışsal yeme (örneğin, yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse normalde yediğinizden daha fazla yer misiniz?) alt testlerinden oluşmaktadır. 33 maddeden 13'ü duygusal yeme davranışını ölçerken, 10'u kısıtlayıcı yemeyi, 10'u dışsal yemeyi ölçmektedir. Ankette yer alan maddeler, beşli likert skalası ile değerlendirilmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık). Cronbach Alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayıları, kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme için sırasıyla .95, .94 ve .80 olarak bildirilmiştir (Van Strein ve ark., 1986).

Anketin Türkçeye uyarlanması Tekok (1988) tarafından yapılmıştır. Ankette yer alan 33 maddenin orijinal anketteki gibi 3 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Elde edilen 3 faktör yapısı orijinal anketteki gibi kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yemedir. Cronbach Alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayıları kısıtlayıcı yeme, duygusal yeme ve dışsal yeme alt testleri için sırasıyla .91, .92, .72 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları anketin tamamı için  $\alpha = .91$  olarak; kısıtlayıcı yeme için  $\alpha = .90$  duygusal yeme için  $\alpha = .95$  dışsal yeme için  $\alpha = .82$  olarak bulunmuştur.

#### **2.4.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASO)**

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puanlarını ölçmek amacıyla kullanılan Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (Depression Anxiety Stress Scale ([DASS]) Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilmiştir. 14'ü depresyon (örneğin, olumlu herhangi bir şey düşünemiyorum), 14'ü anksiyete (örneğin, dudaklarımın kurduğunu hissediyorum) ve 14'ü stres (örneğin, çevremdeki olaylar gerginleşmeme neden oluyor) boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0 bana hiç uygun değil, 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, şeklinde dördümlük likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Ters madde bulunmayan ölçekte depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Her alt boyut için toplam puanlar 0 ile 42 arasında değişmektedir.

Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Çetin, Abacı ve Akın (2006) tarafından yapılmıştır. DASO için yapılan Cronbach Alpha ( $\alpha$ ), iç tutarlılık katsayıları ölçeğin bütünü için .89, depresyon, anksiyete ve stres alt boyutları için sırasıyla .90, .92 ve .92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik bulgularının ölçeğin bütünü için .99 olduğunu gösterilmiştir.

Bu çalışmada Cronbach Alpha ( $\alpha$ ), iç tutarlılık katsayıları ölçeğin bütünü için  $\alpha = .95$ ; depresyon alt testi için  $\alpha = .92$  anksiyete alt testi için  $\alpha = .86$  stres alt testi için  $\alpha = .91$  olarak bulunmuştur.

## 2.5. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17,0 programı kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, ortanca, sayı, yzde ) kullanılmıştır. Sosyodemografik zellikler ile duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres (DASO) puanları arasındaki ilişkileri değerlendirirken değişkenler normal dağılım hipotezini karşılamadıkları için non-parametrik analiz yöntemleri (Mann Withney U Testi ve Kruskal Wallis Testi) tercih edilmiştir. Aynı şekilde veriler arasındaki ilişki düzeyini incelemek için de Spearman Korelasyonu kullanılmıştır. Duygusal yeme ve depresyon, anksiyete, stres puanlarının gruplar arası karşılaştırılması için T-Testi tercih edilmiştir. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık ise  $p < 0,05$  altında değerlendirilmiştir.

### 3.BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel sonuçlarına yer verilecektir. Bulguların elde edilmesi sürecinde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, duygusal yeme davranışları ve depresyon, anksiyete, stres düzeyleri kullanılmış; tüm değerlendirmeler SPSS 17,0 programı kullanılarak yapılmıştır.

#### 3.1. Demografik Bilgiler

Çalışmaya katılan 785 katılımcının yaş ortalaması  $29,29 \pm 9,43$ 'dir (yaş aralığı: 18-68). Bu katılımcılardan %67'si kadın ( $n=524$ ), %33'ü erkektir ( $n= 261$ ). Katılımcıların %6'sı ilköğretim ve altı ( $n=44$ ), %40'ı lise ( $n=312$ ), %38'i üniversite ( $n=297$ ) ve %16'sı yüksek lisans ve üzeri ( $n=132$ ) eğitim durumuna sahiptir. Medeni durumları incelendiğinde katılımcıların %56'sının bekar ( $n=439$ ), %42'sinin evli ( $n=330$ ) ve %2'sinin boşanmış veya dul ( $n=16$ ) olduğu görülmektedir. Katılımcıların verdiği boy ve kilo bilgilerine göre beden kütle indeksleri (BKI) hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nin BKI sınıflandırmasına göre katılımcıların %7'si zayıf ( $n=53$ ), %58'i normal kilolu ( $n=455$ ), %24'ü fazla kilolu ( $n=185$ ) ve %11'i obezdir ( $n=86$ ) (Tablo 1).

Tablo 1. Örneklemin demografik özellikleri

Özellikler	N	%	Ortalama	Ss
Yaş	785	100	29,29	9,43
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	524	67		
Erkek	261	33		
<b>Medeni Durum</b>				
Bekar	439	56		
Evli	330	42		
Boşanmış	16	2		
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim	44	6		
Lise	312	40		
Üniversite	297	38		
Yüksek lisans üzeri	132	16		

Katılımcıların kilo ve boy bilgileri ile beden kütle indeksleri (BKI) hesaplanmış, Sağlık Bakanlığı'nın verilerine uygun olacak şekilde beden kütle indeksleri sınıflandırılmıştır. Katılımcılardan BKI 18,5'in altında olanlar zayıf, 18,5-25 arasında olanlar normal kilolu, 25-30 arasında olanlar fazla kilolu, 30 ve üzerinde olanlar ise obez olarak isimlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Buna göre katılımcıların %7'si zayıf ( $n=55$ ), %58'i normal kilolu ( $n=458$ ), %24'ü fazla kilolu ( $n=186$ ), %11 ( $n=86$ ) obezdır (Tablo 2).

Şekil 2. Örneklemin BKI dağılımı



Katılımcıların Hollanda yeme davranışı anketi “duygusal yeme” alt testinden aldıkları ortalama puan  $2,14 \pm 0,99$ ; “kısıtlayıcı yeme” alt testinden aldıkları ortalama puan  $2,59 \pm 0,86$ ; dışsal yeme alt testinden aldıkları ortalama puan  $3,02 \pm 0,71$ 'dir (Tablo 2).

Tablo 2. Örneklemin Hollanda Yeme Davranışı Anketinden aldıkları puanların dağılımları

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maximum
<b>Duygusal Yeme</b>	2,14	0,99	2	0	5
<b>Kısıtlayıcı Yeme</b>	2,59	0,86	2,7	0	4,90
<b>Dışsal Yeme</b>	3,02	0,71	3	0	5

Katılımcıların Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeği'nin (DASO) "depresyon" alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan  $8,47 \pm 8,23$ ; "anksiyete" alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan  $9,81 \pm 7,29$ ; "stres" alt ölçeğinden aldıkları ortalama puan  $14,62 \pm 8,92$ 'dir (Tablo 3).

Tablo 3. Örneklemin Depresyon Anksiyete ve Stres Ölçeğinden (DASO) aldıkları puanların dağılımları

	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	Minimum	Maximum
<b>DASO</b>					
Depresyon	8,47	8,23	6	0	41
Anksiyete	9,81	7,29	8	0	38
Stres	14,62	8,92	13	0	41

Katılımcıların depresyon anksiyete ve stres puanları arasında pozitif yönlü ( $r = 0,728$ ;  $r = 0,743$ ;  $r = 0,800$ ) anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0,01$ ). Buna göre katılımcıların depresif belirtileri, anksiyete düzeyleri ve stres düzeyleri aynı doğrultuda artış göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların DASO alt testlerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki düzeyinin Spearman Korelasyonuna göre analizi ( $N=785$ )

DASO	Anksiyete			Stres		
	N	Rho	P	N	Rho	P
Depresyon	785	0,728	0,01	785	0,743	0,01
Anksiyete				785	0,800	0,01
Stres				785	1	

### 3.2. Demografik Bilgilerin Kullanılan Ölçeklerle İlişkisi

Duygusal yeme puanlarının cinsiyetle olan ilişkisi incelendiğinde, kadınların duygusal yeme puanlarının ( $2,31 \pm 1,01$ ) erkeklerin duygusal yeme puanlarından ( $1,78 \pm 0,84$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hem kadınların ( $D(524)=0,95$ ,  $p=0,00$ ) hem erkeklerin ( $D(260)=0,17$ ,  $p=0,00$ ) duygusal yeme puanları normal dağılıma uygun olmadığı için Mann-Withney U testi uygulanmıştır. Uygulanan Mann-Withney U testine göre, katılımcıların duygusal yeme puanlarının cinsiyete göre anlamlı ölçüde farklılık göstermektedir ( $p < 0,01$ ) (Tablo 5).

Tablo 5. Cinsiyet ve duygusal yeme arasındaki ilişkinin Mann-Withney U testine göre sonuçları

	N	Sıralamalar ortalaması	Sıralamalar toplamı	Mann-U	Z	P
<b>Cinsiyet</b>						
<b>Kadın</b>	524	436,34	228641,50	45148,50	-7,702	0,000
<b>Erkek</b>	260	304,15	79078,50			

Aynı şekilde depresyon, anksiyete ve stres puanları da kadınlar ve erkekler için farklılık göstermektedir. Kadınların anksiyete puanları ( $10,23 \pm 7,08$ ) ile stres puanları ( $15,14 \pm 8,77$ ) erkeklerin anksiyete puanlarından ( $8,95 \pm 7,62$ ) ve stres puanlarından ( $13,57 \pm 9,15$ ) anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Depresyon puanlarında kadınlar ( $8,45 \pm 8,04$ ) ve erkekler ( $8,51 \pm 8,61$ ) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p = 0,36$ ). Kadınların ve erkeklerin depresyon, anksiyete ve stres puanları normal dağılıma uygun olmadığı için Mann-Withney U testi uygulanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Cinsiyet ile depresyon anksiyete ve stres puanları arasındaki ilişkinin Mann-Whitney U testine göre sonuçları

DASO	Cinsiyet	N	Sıralamalar ortalaması	Sıralamalar toplamı	Mann-U	z	P
<b>Depresyon</b>	Kadın	524	398,12	208616,00	65698,00	-0,899	0,369
	Erkek	261	382,72	99889,00			
<b>Anksiyete</b>	Kadın	524	411,50	215625,00	58689,00	-3,243	0,001
	Erkek	261	355,86	92880,00			
<b>Stres</b>	Kadın	524	406,94	213238,50	61075,50	-2,443	0,015
	Erkek	261	365,01	95266,50			

Örneklemin yaş aralığı 18-68 arasında değişmektedir. Yaşın duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarına etkisini incelemek amacıyla örneklem, yaş aralıklarına göre genç (18-24), orta yaşlı (25-49) ve yaşlı (50-68) olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Hem genç ( $D(511)=0,10$ ,  $p=0,00$ ) hem orta yaşlı ( $D(200)=0,156$ ,  $p=0,00$ ) hem de yaşlılar ( $D(73)=0,192$ ,  $p=0,00$ ) duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları normal dağılıma uygun olmadığı için gruplar arası farkları incelemede Kruskal-Wallis H testi tercih edilmiştir. Buna göre, örneklemin duygusal yeme ( $p < 0,01$ ) ile anksiyete ( $p < 0,05$ ) ve stres ( $p < 0,05$ ) puanlarında yaşın



anlamlı ölçüde etkisi vardır (Tablo 7). Depresyon ile yaş arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır ( $p=0,442$ )

*Tablo 7. Yaşın duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları üzerindeki etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları*

	Yaş grubu	N	Sıralamalar ortalaması	X <sup>2</sup>	Sd	P
<b>Duygusal yeme</b>				39,060	2	0,000
	Genç	511	427,45			
	Orta yaşlı	200	343,68			
	Yaşlı	73	281,56			
<b>Depresyon</b>				1,632	2	0,442
	Genç	512	400,39			
	Orta yaşlı	200	377,08			
	Yaşlı	73	384,80			
<b>Anksiyete</b>				6,837	2	0,033
	Genç	512	408,35			
	Orta yaşlı	200	362,02			
	Yaşlı	73	370,18			
<b>Stres</b>				5,987	2	0,050
	Genç	512	407,29			
	Orta yaşlı	200	363,20			
	Yaşlı	73	374,42			

Duygusal yeme, anksiyete ve stres için yaşın hangi gruplar arasında farklılık gösterdiğini bulmak amacıyla ikili gruplar halinde Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre, gençlerin duygusal yeme puanları ( $2,28\pm0,99$ ) hem orta yaşlıların duygusal yeme puanlarından ( $1,95\pm0,96$ ) hem de yaşlıların duygusal yeme puanlarından ( $1,68\pm0,83$ ) anlamlı derecede daha yüksektir. Buna ek olarak, gençlerin anksiyete puanları ( $10,25\pm7,32$ ) orta yaşlıların anksiyete puanlarından ( $8,88\pm7,07$ ) anlamlı ölçüde daha yüksektir. Aynı şekilde gençlerin stres puanları ( $15,21\pm9,01$ ) orta yaşlıların stres puanlarından ( $13,47\pm8,92$ ) anlamlı ölçüde daha yüksektir (Tablo 8).

Tablo 8. Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yaş gruplarına göre ortalamaları

	Yaş grupları	N	Ortalama	Standart sapma
<b>Duygusal yeme</b>	Genç	511	2,28	0,99
	Orta yaşlı	200	1,95	0,96
	Yaşlı	73	1,68	0,83
<b>DASO</b>				
<b>Depreyon</b>	Genç	512	8,76	8,50
	Orta yaşlı	200	7,97	7,87
	Yaşlı	73	7,81	7,18
<b>Anksiyete</b>	Genç	512	10,25	7,32
	Orta yaşlı	200	8,88	7,07
	Yaşlı	73	9,22	7,44
<b>Stres</b>	Genç	512	15,21	9,01
	Orta yaşlı	200	13,47	8,92
	Yaşlı	73	13,66	8,05

Beden kütle indeksi (BKI) Dünya Sağlık Örgütü'nün obezite sınıflandırmasında yaygın olarak kullandığı ölçümdür. Beden kütle indeksi (BKI), bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine ( $BKI=kg/m^2$ ) bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. Böylelikle, boy uzunluğuna göre sağlıklı vücut ağırlığının tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Uygulanan Spearman Korelasyon testi ile beden kütle indeksi (BKI) ve duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $r=0,005$ ,  $p=0,888$ ). Aynı şekilde beden kütle indeksi (BKI) ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r_d=0,008$ ,  $p=0,825$ ;  $r_a=-0,045$ ,  $p=0,211$ ;  $r_s=-0,21$ ,  $p=0,563$ ). Katılımcılar Sağlık Bakanlığı'nın verileri baz alınarak beden kütle indeksine göre zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olarak gruplandırılmıştır. Grupların hiçbiri normal dağılım göstermediğinden karşılaştırmalar için Kruskal-Wallis H testi tercih edilmiştir. Sonuç olarak örneklemin duygusal yeme puanları ( $p<0,05$ ) ve anksiyete puanlarının ( $p<0,05$ ) kilo grupları arasında anlamlı ölçüde farklılık gösterdiği saptanmıştır. Depresyon ve stres puanları ise kilo grupları arasında anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 9).

Tablo 9. Beden kütle indeksine (BKI) göre duygusal yeme düzeylerini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları

BKI	N	Sıralamalar ortalaması	X <sup>2</sup>	Sd	P
<b>Duygusal yeme</b>			9,781	3	0,021
Zayıf	53	334,00			
Normal Kilolu	454	405,09			
Fazla kilolu	185	357,86			
Obez	86	409,47			
<b>Depresyon</b>			0,442	3	0,932
Zayıf	53	394,59			
Normal kilolu	455	389,11			
Fazla kilolu	185	384,63			
Obez	86	403,41			
<b>Anksiyete</b>			11,449	3	0,010
Zayıf	53	452,71			
Normal kilolu	455	384,16			
Fazla kilolu	185	362,95			
Obez	86	440,45			
<b>Stres</b>			3,813	3	0,282
Zayıf	53	423,28			
Normal kilolu	455	389,78			
Fazla kilolu	185	369,29			
Obez	86	415,22			

Gruplar arasındaki farkları bulmak için Mann-Withney U testi uygulanmıştır. Sonuçlar, normal kiloluların kişilerin duygusal yeme puanlarının ( $2,19 \pm 0,98$ ), zayıf kişilerin duygusal yeme puanlarından ( $1,83 \pm 0,78$ ) ve fazla kilolu kişilerin duygusal yeme puanlarından ( $2,02 \pm 1,01$ ) anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermektedir. Gruplar arasındaki farklılıklar benzer

şekilde anksiyete puanları için de değerlendirilmiştir. Buna göre, zayıf kişilerin anksiyete puanları ( $11,32\pm 6,80$ ) normal kilolu kişilerin anksiyete puanlarından ( $9,61\pm 7,13$ ) ve fazla kilolu kişilerin anksiyete puanlarından ( $9,06\pm 7,21$ ) daha yüksektir. Ayrıca obez kişilerin anksiyete puanları ( $11,71\pm 8,30$ ) normal kilolu ( $9,61\pm 7,13$ ) ve fazla kilolu ( $9,06\pm 7,21$ ) kişilerin anksiyete puanlarından anlamlı derecede daha yüksektir.

Kilo memnuniyetinin duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarına etkisini değerlendirmek için Mann-Withney U testi uygulanmıştır. Buna göre kilo memnuniyeti tüm değişkenler için anlamlı ölçüde farklılık oluşturmaktadır (Tablo 10). Kilo memnuniyeti olmayan kişilerin ( $2,30\pm 1,06$ ) duygusal yeme puanları kilo memnuniyeti olanlardan ( $1,95\pm 0,87$ ) anlamlı ölçüde daha yüksektir ( $p < 0,01$ ). Aynı şekilde kilo memnuniyeti olmayan kişilerin depresyon puanları ( $8,95\pm 8,25$ ) anksiyete puanları ( $10,38\pm 7,34$ ) ve stres puanları ( $15,61\pm 8,96$ ) kilosundan memnun olan kişilerin depresyon puanlarından ( $7,94\pm 8,19$ ) anksiyete puanlarından ( $9,17\pm 7,19$ ) ve stres puanlarından ( $13,52\pm 8,77$ ) anlamlı ölçüde daha yüksektir ( $p < 0,05$ ).

*Tablo 10. Kilo memnuniyetinin duygusal yeme ile depresyon anksiyete ve stres puanlarına etkisini değerlendirmek için yapılan Mann-Withney U testi sonuçları*

	<b>Kilo memnun.</b>	<b>N</b>	<b>Sıralamalar ortalaması</b>	<b>Sıralamalar toplamı</b>	<b>Mann-U</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>Duygusal yeme</b>	Evet	372	353,10	131352,50	61974,50	- 4,634	0,000
	Hayır	412	428,08	176367,50			
<b>DASO</b>							
<b>Depresyon</b>	Evet	372	373,32	138874,00	69496,00	- 2,313	0,021
	Hayır	413	410,73	169631,00			
<b>Anksiyete</b>	Evet	372	369,78	137556,50	68178,50	- 2,727	0,006
	Hayır	413	413,92	170948,50			
<b>Stres</b>	Evet	371	363,54	135236,50	65858,50	- 3,457	0,001
	Hayır	413	419,54	173268,50			

Kişilerin kendi kilolarını nasıl değerlendirdikleri ile duygusal yeme puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $H(4)=33,870$ ,  $p<0,01$ ) (Tablo 11). Buna göre kendisini çok kilolu görenlerin duygusal yeme puanları ( $3,04\pm1,02$ ) kendisini kilolu ( $2,23\pm1,08$ ), normal kilolu ( $2,03\pm0,91$ ), zayıf ( $2,00\pm0,80$ ) ve çok zayıf ( $1,64\pm0,95$ ) görenlerden anlamlı ölçüde daha yüksektir (Tablo 12).

Tablo 11. Kişilerin kilo algılarının duygusal yeme puanlarına etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları

Kilo algısı	N	Sıralamalar ortalaması	X <sup>2</sup>	Sd	P
<b>Duygusal yeme</b>			33,870	4	0,000
Çok kilolu	36	585,06			
Kilolu	256	407,56			
Normal	421	371,38			
Zayıf	64	378,35			
Çok zayıf	7	250,93			

Tablo 12. Kişilerin kilo algılarına göre duygusal yeme puan ortalamalarındaki değişim

Kilo algısı	N	Ortalama	Standart sapma
<b>Çok kilolu</b>	36	3,04	1,01
<b>Kilolu</b>	256	2,23	1,08
<b>Normal</b>	421	2,03	0,91
<b>Zayıf</b>	64	2,00	0,80
<b>Çok zayıf</b>	7	1,64	0,95

Benzer şekilde, kişilerin kendi kilolarını değerlendirmeleri ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında da anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre kendisini çok kilolu görenlerin depresyon ( $13,06\pm10,69$ ), anksiyete ( $15,19\pm8,52$ ) ve stres ( $20,31\pm10,00$ ) puanları kendisini kilolu, normal kilolu ve zayıf görenlerin puanlarından anlamlı ölçüde daha büyüktür (Tablo 13).

Tablo 13. Kişilerin kilo algısının depresyon anksiyete ve stres puanlarına olan etkisi değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları

	Kilo algısı	n	Sıralamalar ortalaması	X <sup>2</sup>	Sd	P
<b>Depresyon</b>				13,987	4	0,007
	Çok kilolu	36	494,81			
	Kilolu	256	408,82			
	Normal	421	370,36			
	Zayıf	65	413,10			
	Çok zayıf	7	465,71			
<b>Anksiyete</b>				30,586	4	0,000
	Çok kilolu	36	545,36			
	Kilolu	256	394,72			
	Normal	421	366,28			
	Zayıf	65	459,45			
	Çok zayıf	7	536,71			
<b>Stres</b>				28,038	4	0,000
	Çok kilolu	36	527,96			
	Kilolu	256	411,34			
	Normal	421	360,89			
	Zayıf	65	439,82			
	Çok zayıf	7	524,64			

Medeni durumun kişilerin duygusal yeme puanları ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarına etkisini değerlendirmek için Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır (Tablo 14). Buna göre medeni durum tüm değişkenler için anlamlı ölçüde bir farklılık oluşturmaktadır ( $p<0,01$ ).

Tablo 14. Medeni durumun duygusal yeme puanları ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarına olan etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları

	Medeni durum	n	Sıralamalar ortalaması	X <sup>2</sup>	Sd	P
<b>Duygusal yeme</b>				38,796	3	0,000
	Bekar	439	435,13			
	Evli	329	339,03			
	Boşanmış	8	424,75			
	Dul	8	219,63			
<b>Depresyon</b>				14,376	3	0,002
	Bekar	439	419,10			
	Evli	330	357,09			
	Boşanmış	8	406,94			
	Dul	8	428,00			
<b>Anksiyete</b>				15,981	3	0,001
	Bekar	439	420,15			
	Evli	330	357,32			
	Boşanmış	8	315,75			
	Dul	8	452,31			
<b>Stres</b>				17,920	3	0,000
	Bekar	439	422,90			
	Evli	330	353,27			
	Boşanmış	8	371,38			
	Dul	8	412,94			

Gruplar arası farklılıkları değerlendirmek için yapılan Mann-Withney U testine göre bekarların duygusal yeme ( $2,31 \pm 1,00$ ) ile depresyon ( $9,44 \pm 8,73$ ), anksiyete ( $10,64 \pm 7,48$ ) ve stres ( $15,79 \pm 9,02$ ) puanları evlilerin duygusal yeme ( $1,93 \pm 0,95$ ) ile depresyon ( $7,17 \pm 7,35$ ), anksiyete ( $8,71 \pm 6,87$ ) ve stres ( $13,08 \pm 8,64$ ) puanlarından anlamlı ölçüde daha yüksektir ( $p < 0,05$ ). Bekarlar ile boşanmış ve dul kişilerin puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Eğitim durumunun duygusal yeme ile ilişkili olmadığı bulunmuştur ( $p=0,36$ ). Ancak yapılan Kruskal-Wallis H testine gore, depresyon ( $p<0,05$ ) ve anksiyete ( $p<0,05$ ) puanları kişilerin eğitim durumuna gore anlamlı olude farklılık gostermektedir (Tablo 15).

*Tablo 15. Eğitim durumunun duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarına etkisini değerlendirmek için yapılan Kruskal-Wallis H testi sonuçları*

	<b>Eğitim durumu</b>	<b>n</b>	<b>Sıralamalar ortalaması</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>Sd</b>	<b>P</b>
<b>Duygusal yeme</b>				3,211	3	0,360
	İlkokul	44	345,06			
	Lise	311	403,92			
	niversite	297	384,56			
	Yükseklisans	132	399,26			
<b>Depresyon</b>				10,766	3	0,013
	İlkokul	44	472,32			
	Lise	312	406,79			
	niversite	297	383,57			
	Yükseklisans	132	355,19			
<b>Anksiyete</b>				21,267	3	0,000
	İlkokul	44	471,07			
	Lise	312	426,60			
	niversite	297	365,00			
	Yükseklisans	132	350,57			
<b>Stres</b>				6,962	3	0,073
	İlkokul	44	426,85			
	Lise	312	414,63			
	niversite	297	375,52			
	Yükseklisans	132	369,92			



Yapılan Mann-Withney U testi ilkökul mezunlarının depresyon ( $10,91\pm 8,21$ ) ve anksiyete puanlarının ( $12,30\pm 7,89$ ) hem üniversite mezunlarının depresyon ( $8,37\pm 8,59$ ) ve anksiyete puanlarından ( $8,91\pm 6,86$ ) hem de yüksek lisans mezunlarının depresyon ( $7,04\pm 7,45$ ) ve anksiyete puanlarından ( $8,55\pm 7,02$ ) anlamlı derecede daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Daha önce psikolojik destek alan katılımcıların duygusal yeme düzeyleri ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarının, daha önce psikolojik destek almayanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 16).

*Tablo 16. Psikolojik destek alan ve almayanların duygusal yeme puanları ile depresyon, anksiyete ve stres puanlarının ortalamaları*

	<b>Psikolojik yardım</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart sapma</b>
<b>Duygusal yeme</b>	Evet	190	2,38	1,058
	Hayır	594	2,06	0,962
<b>DASO</b>				
<b>Depresyon</b>	Evet	190	10,49	9,008
	Hayır	595	7,83	7,872
<b>Anksiyete</b>	Evet	190	11,67	7,534
	Hayır	595	9,21	7,115
<b>Stres</b>	Evet	190	17,37	9,416
	Hayır	595	13,74	8,593

Mann-Withney U testi psikoloji destek alan ve almayan kişilerin puanları arasındaki farkın anlamlı derecede olduğunu göstermektedir ( $p<0,01$ ). Buna göre daha önce psikolojik yardım almış kişilerin duygusal yeme puanları ile depresyon, anksiyete ve stres puanları daha önce psikolojik yardım almamış kişilerden anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 17).

Tablo 17. Psikolojik destek alanların duygusal yeme, depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisinin Mann-Withney U testine göre sonuçları

	Psikolojik destek	N	Sıralamalar ortalaması	Sıralamalar toplamı	Mann-U	Z	P
<b>Duygusal yeme</b>	Evet	190	444,12	84383,00	46622,00	-3,613	0,00
	Hayır	594	375,99	223337,00			
<b>DASO</b>							
<b>Depresyon</b>	Evet	190	450,22	85542,00	45653,00	-4,004	0,00
	Hayır	595	374,73	222963,00			
<b>Anksiyete</b>	Evet	190	455,46	86538,00	44657,00	-4,367	0,00
	Hayır	595	373,05	221967,00			
<b>Stres</b>	Evet	190	460,13	87425,50	43769,50	-4,691	0,00
	Hayır	595	371,56	221079,50			

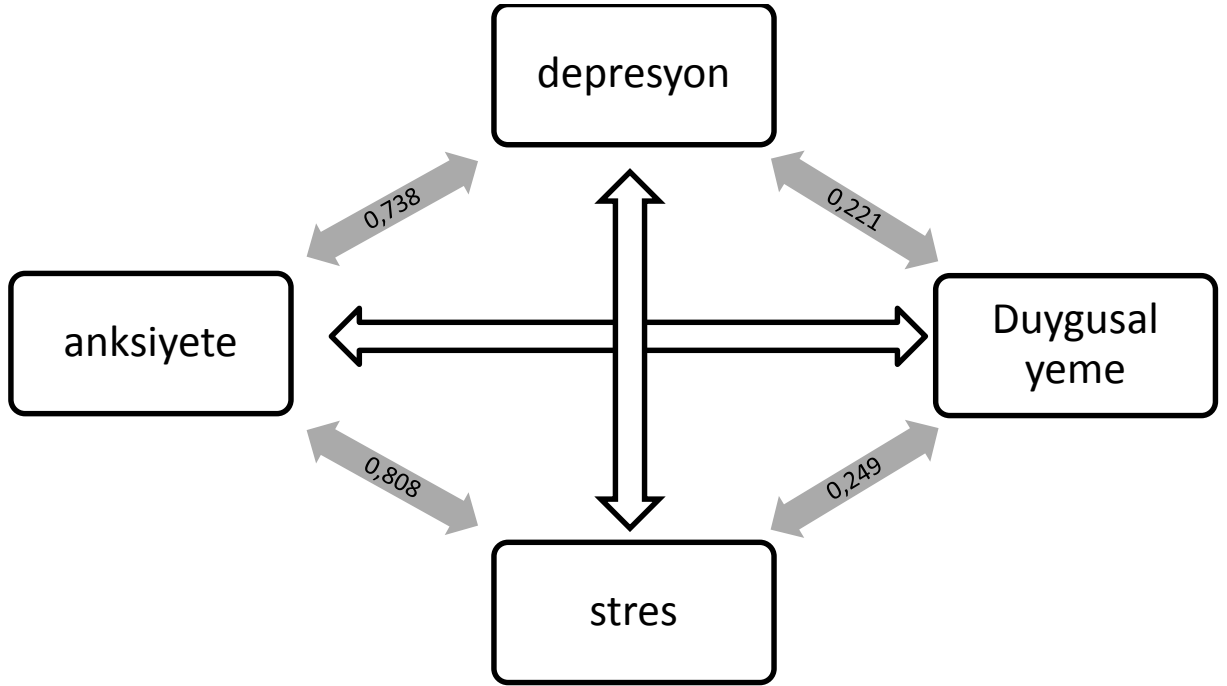
### 3.3. Depresyon, Anksiyete ve Stresin (DASO) duygusal yeme ile ilişkisi

Depresyon anksiyete ve stres puanlarının duygusal yeme puanlarına etkisini incelemek amacıyla Pearson korelasyonu uygulanmıştır. Buna göre, depresyon ( $r=0,221$ ) anksiyete ( $r=0,218$ ) ve stres ( $r=0,249$ ) puanları ile duygusal yeme arasında zayıf ancak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0,01$ ). Aynı zamanda, depresyon puanları anksiyete puanları ve stres puanları arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Depresyon, Anksiyete ve Stres (DASO) puanları ile duygusal yeme puanları arasındaki ilişkinin Pearson Korelasyonuna göre sonuçları

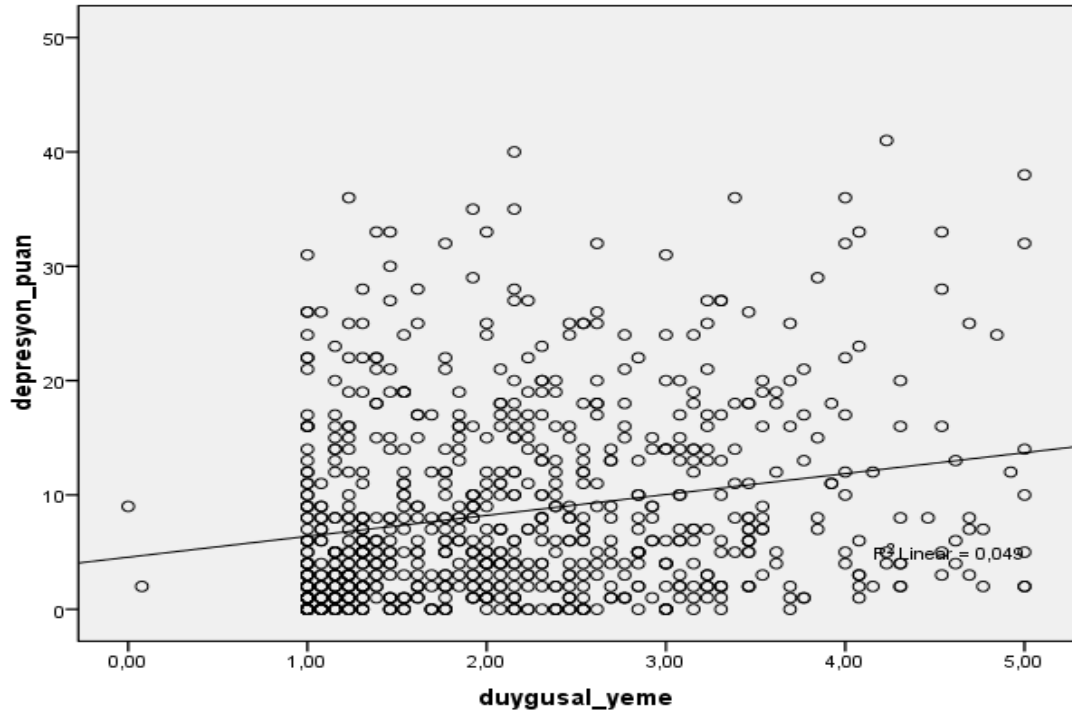
DASO	Anksiyete			Stres			Duygusal yeme		
	N	R	P	N	R	P	N	r	P
<b>Depresyon</b>	785	0,738	0,00	785	0,757	0,00	784	0,221	0,00
<b>Anksiyete</b>				785	0,808	0,00	784	0,218	0,00
<b>Stres</b>							784	0,249	0,00

Şekil 3. Depresyon anksiyete ve stres ile duygusal yeme arasındaki ilişkinin modeli

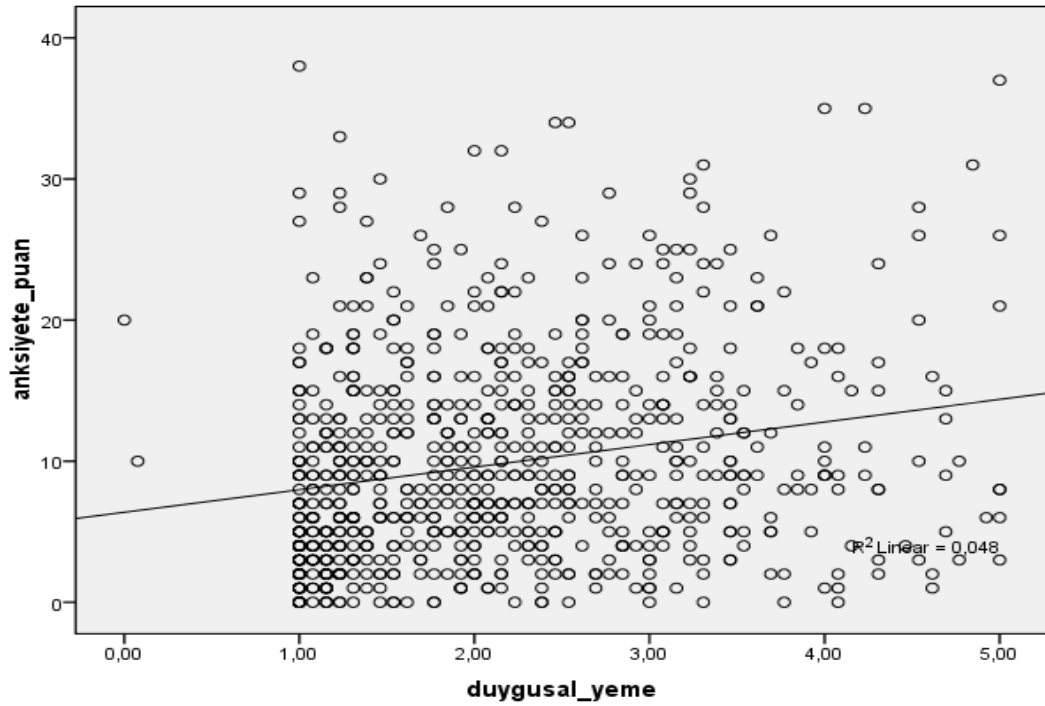


Şekil 4, Şekil 5 ve Şekil 6, depresyon, anksiyete ve stres puanları ile duygusal yeme arasındaki korelatif ilişkiyi göstermektedir. Grafiklerden de görüldüğü gibi, değişkenler arasında doğrusal bir ilişkiden söz edilememektedir. Örneklemin, tanı almış popülasyon değil de normal popülasyondan oluşması puan dağılımlarının düşük seviyelerde kalmasına sebep olmuştur. Bu nedenle yapılan korelasyon analizi yeterince açıklayıcı değildir.

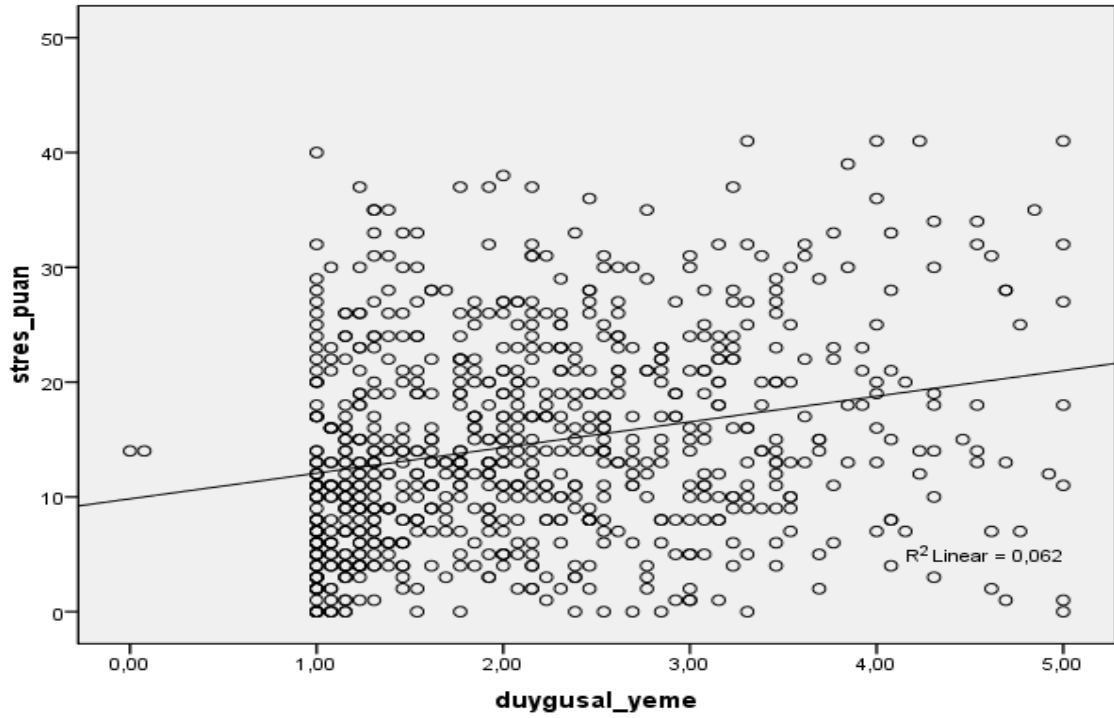
Şekil 4. Duygusal yeme ile depresyon puanlarının noktasal dağılımı



Şekil 5. Duygusal yeme ile anksiyete puanlarının noktasal dağılımı



Şekil 6. Duygusal yeme ile stres puanlarının noktasal dağılımı



Örneklem duygusal yeme puanlarına göre median split yöntemiyle iki gruba ayrılmıştır. Buna göre, duygusal yeme puanları yüksek olan kişilerin depresyon ( $9,95 \pm 8,61$ ), anksiyete ( $11,25 \pm 8,34$ ) ve stres ( $16,53 \pm 12,68$ ) puanları duygusal yeme puanları düşük olan kişilerin depresyon ( $6,97 \pm 7,55$ ), anksiyete ( $8,34 \pm 6,70$ ) ve stres ( $12,68 \pm 8,36$ ) anlamlı ölçüde daha yüksektir (Tablo 19).

Tablo 19. Duygusal yeme puanları yüksek ve düşük kişilerin depresyon, anksiyete ve stres puanlarının karşılaştırılması için yapılan bağımsız t-testi sonuçları

	Duygusal yeme	n	$\bar{x}$	Ss	T	sd	p
<b>Depresyon</b>	Düşük	388	6,97	7,55	5,148	782	0,00
	Yüksek	396	9,95	8,61			
<b>Anksiyete</b>	Düşük	388	8,34	6,70	5,697	782	0,00
	Yüksek	396	11,25	8,34			
<b>Stres</b>	Düşük	388	12,68	8,36	6,175	782	0,00
	Yüksek	396	16,53	12,68			

Son olarak, depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında kuvvetli derecede olan çoklu korelasyon sebebiyle, bu üç değişken tek bir değişken olarak (DASO) işleme sokulmuş ve duygusal yeme üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla t testi uygulanmıştır. Buna göre, duygusal yeme puanı yüksek olan kişilerin DASO puanı ( $37,72 \pm 23,08$ ), duygusal yeme puanı düşük olan kişilerin DASO puanından ( $27,99 \pm 20,79$ ) anlamlı ölçüde daha yüksektir (Tablo 20).

*Tablo 20. DASO puanının duygusal yemeye etkisinin değerlendirilmesi için yapılan bağımsız t-testi sonuçları*

	<b>Duygusal yeme</b>	<b>N</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Ss</b>	<b>T</b>	<b>sd</b>	<b>P</b>
<b>DASO</b>	Düşük	378	27,99	20,79	6,204	782	0,00
	Yüksek	396	37,72	23,08			

#### 4.TARTIŞMA

Bu bölümde analizler sonucu elde edilen bulgular, literatürdeki diğer araştırmaların bulgularıyla karşılaştırılacak, ayrıca araştırmanın sınırlılıkları ile yeni araştırmalar için önerilere yer verilecektir.

Araştırma sonucunda Hipotez 1 (Duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında pozitif bir ilişki vardır.) ve Hipotez 2’de (Duygusal yeme puanları yüksek olan kişilerin depresyon, anksiyete ve stres puanları da yüksektir.) öngörülen şekilde, duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Daha yüksek duygusal yeme puanı olan kişiler daha fazla depresif belirti yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Konttinen ve arkadaşları (2010) depresyon ve duygusal yeme arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmaları bu araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu çalışmada, yüksek depresif belirtilerin daha fazla duygusal yeme ile ilişkili olduğunu ortaya konmuştur (Konttinen ve ark., 2010). Bir diğer çalışmada, Ouwens ve arkadaşları (2009) geliştirdikleri yapısal eşitlik modeline göre, depresyon ile duygusal yeme arasında doğrudan ve anlamlı bir ilişki bulmuştur (Ouwens ve ark., 2009). Depresif kişilerin içinde buldukları olumsuz duygularla baş etmek için yeme davranışı geliştirmeleri, etkili baş etme stratejilerinin olmamasından, duygu düzenleme becerilerinin düşük olmasından veya olumsuz duygular karşısında çözüm odaklı değil, duygu odaklı baş etme yolları kullanmaya daha yatkın olmalarından kaynaklanmaktadır. Spoor ve ark. (2007) duygu odaklı baş etme stratejilerinin olumsuz duygulanım ve duygusal yeme arasındaki ilişkiye katkı sağladığını ortaya koymuştur (Spoor ve ark., 2007). Bir diğer etken, duygusal yeme sergileyen bu kişilerin duyguları tanımakla ilgili sorun yaşamalarıdır. Hem duygularını hem de diğer içsel uyarılarını fark etmede güçlük çeken kişiler, olumsuz bir duygulanım karşısında yemeye yönelmektedir. Bu olumsuz içsel uyarılarıyla açlık, susuzluk gibi ihtiyaçlarını ayırt edememelerinden gerçekleşmektedir. Psikosomatik teori (Bruch, 1961) de kişilerin olumsuz duygularını düzenlemek için yediklerini ve duygusal yeme sergileyen kişilerin içsel farkındalıklarının eksik olduğunu öne sürmektedir (Van Strien ve Ouwens, 2003). Tüm bunların yanı sıra, iştahta meydana gelen değişiklikler depresyonun belirtilerinden biridir. Bu noktada, önemli olan sadece bir psikopatoloji olarak tanı almış depresyonun değil, günlük hayatta işlevselliği bozulmamış ancak depresif belirtileri yüksek kişilerin de duygusal yeme göstermesidir.

Bulgularımız duygusal yeme puanları yüksek olan kişilerin anksiyete seviyelerinin de anlamlı ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Schneider ve arkadaşları (2010) obez bireylerle sürekli öfke (trait anger) ve sürekli kaygının (trait anxiety) etkilerini karşılaştırmış ve sürekli kaygının etkisinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Schneider ve ark., 2010). Bizim araştırmamızın da kaygının duygusal yeme üzerindeki anlamlı etkisini gösteren bulgularıyla örtüşmektedir. Ayrıca Hearon ve arkadaşları (2013) anksiyeteye karşı hassasiyetin

duygusal yemeyle ve yeme davranışını bir baş etme stratejisi olarak kullanmakla ilişkili olduğunu savunmaktadır (Hearon ve ark., 2013). Depresyonda olduğu gibi anksiyete karşısında da bireyler olumsuz duyguyla baş etme stratejisi olarak aşırı yeme davranışı göstermektedir. Bu kişilerin duygu düzenleme becerisinin daha düşük olması ve kaygıyla baş etmek için yemeyi erken yaşlarda öğrenmiş olmaları, yemeyi bir baş etme olarak kullanmalarında etkili olduğu düşünülmektedir. Psikosomatik teori, kaygıyı azaltmak için yemenin erken yaşlarda öğrenilmiş olduğunu savunmaktadır (Bruch, 1996). Böylelikle kişiler açlık hissini yatıştırmak için yedikleri gibi kaygılarını yatıştırmak için de yemeyi öğrenmişlerdir. Ainsworth ve Bell (1969) her türlü olumsuzluk karşısında anneleri tarafından sakinleştirilmek için yiyecek sunulan çocukların yeme davranışını bu şekilde tüm olumsuz durumlara genellediğini savunmaktadır (Ainsworth ve Bell, 1969). Bunun yanı sıra anne ile güvenli bir bağlanma kuramamış çocukların depresyon ve anksiyete için ciddi bir risk altında olduğu bilinmektedir (Bowlby, 1969). Araştırmalar bağlanma anksiyetesi ve duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Alexander ve Siegel, 2014). Bu sebeple anksiyete ve duygusal yeme arasındaki ilişki değerlendirilirken, erken çocukluk yaşantılarının da göz önüne alınması önem taşımaktadır.

Bulgularımız daha fazla duygusal yeme gösteren kişilerin daha yüksek stres taşıdıklarını göstermektedir. Daha önce stres ve duygusal yeme arasındaki ilişkiye dair yürüttükleri çalışmalarında Bennet ve arkadaşları (2013), yüksek stres karşısında kadın üniversite öğrencilerinin daha çok yediğini ortaya koymuştur. Aynı şekilde, Tan ve Chow (2014) yüksek seviyede stres yaşayan kişilerin yeme düzenlemede sorun yaşadıkları ve bu durumun da doğrudan duygusal yemeyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Stres karşısında yemenin depresyon ve anksiyetede olduğu gibi olumsuz duygularla başa çıkmak için yemenin yanı sıra akut stres karşısında dikkat dağıtma gibi bir etkisinin de olduğu düşünülmektedir. Kaçış teorisinin (Heatherton ve Baumeister, 1991) de öne sürdüğü gibi, kişiler benliği tehdit eden uyarıların yarattığı farkındalıktan kaçmak için yemeye yönelir. Wallis ve Hetherington (2004) benliği tehdit eden olumsuz duygulanım ve yüksek düzeyde farkındalığın duygusal yeme davranışı sergileyen kişilerde aşırı yemeyi daha da arttırdığını ortaya koymuşlardır (Wallis ve Hetherington, 2004). Bunun yanı sıra, stresli durumlarda küçük atıştırmalıklarla dikkatini dağıtmaya, rahatlamaya çalışmak da duygusal yemenin bir seviyesi olarak değerlendirilebilir. Macht'ın (2008) üç basamaklı duygusal yeme modeline göre, ilk aşamada kişiler aşırı yeme göstermeseler de ufak atıştırmalıklarla ruh hallerini değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu sebeple stresli durumlarda bir baş etme yolu olarak yeme davranışı, aşırı yeme olmasa da duygusal yemenin ileri aşamaları için bir başlangıç oluşturduğundan dikkatle değerlendirilmelidir. Araştırmamızın temel hipotezleri literatürdeki çalışmalarla örtüşmektedir. Bundan sonraki kısımda duygusal yemenin demografik değişkenlerle olan ilişkisine dair bulgular tartışılacaktır.



Bulgular duygusal yemenin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. McCrone, Dennis, Tomoyasu ve Carroll (2010) olumsuz duygulanım karşısında yemenin ve açlık hissetmediği halde duygusal uyarılma sebebiyle yemenin kadınlarda daha sık görüldüğünü göstermişlerdir (McCrone ve ark., 2010). Aynı şekilde Agras ve Telch'in (1998) yeme bozukluğu olan kadınlarda olumsuz duygulanım karşısında aşırı yeme tepkisinin ortaya konduğunu gösterdikleri çalışmaları bulgularımızı desteklemektedir. Duygusal yemenin kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmesinde birkaç farklı sebebin etkili olabileceği düşünülmektedir. İlk olarak kadınlar üzerindeki ideal kilo ile ilgili sosyal baskı ve zayıf kadın ideali, kadınların pek çoğunu bedenleri hakkında endişeye düşürmektedir. Bunun sonucu olarak bazen aile, sosyal çevre ve genellikle de medyadan yoğun olarak gelen zayıflık ideali yeme patolojilerinin ortaya çıkmasını tetiklemektedir (Stice, 2002). Bir diğer sebep ise, kadınların erkeklere göre daha fazla duygu odaklı baş etme stratejilerine yönelmeleridir (Lazarus ve Folkman, 1980; Tamres, Janicki ve Helgeson, 2002). Pek çok araştırma, duygu odaklı baş etme stratejilerinin diyet yapma, tıknırcasına yeme ve bozulmuş yeme tutumlarına sebep olduğunu göstermektedir (Ball ve Lee, 2002; Denisoff ve Endler, 2000; Freeman ve Gil, 2004, Spoor ve ark., 2007). Sonuç olarak, kadınlar üzerindeki toplumsal zayıflık idealinin etkisi ve erkekler ile kadınlar arasında stres karşısında baş etme mekanizmalarındaki bireysel farklılıkların da etkisi kadınların erkeklere göre daha fazla duygusal yeme göstermelerine sebep olmaktadır.

Bu araştırma 18-68 yaş arasındaki kişileri kapsamaktadır. Duygusal yemenin yaşa göre dağılımını incelemek amacıyla katılımcılar genç (18-24) orta yaşlı (25-49) ve yaşlı (50-68) olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Buna göre gençlerin duygusal yeme puanlarının hem orta yaşlıların hem de yaşlıların duygusal yeme puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçlarıyla örtüşecek şekilde, Konttinen ve arkadaşları (2010) toplum temelli araştırmalarında yaş ve duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuş, ancak gruplar arası farklılıklarda hangi grubunda daha fazla risk taşıdığından bahsetmemiştir (Konttinen ve ark., 2010). Bizim araştırmamızda gençlerin anlamlı ölçüde daha fazla duygusal yeme puanı aldığı görülmüştür. Bu farkın bir sebebi, gençlerin anksiyete ve stres puanlarının orta yaşlı ve yaşlıların anksiyete ve stres puanlarından daha yüksek olmasıdır. Anksiyete ve stres, modern günlük hayatın ayrılmaz bir parçası olsa da, araştırmalar üniversite öğrencilerinin toplum geneline göre daha fazla stres yaşadığını göstermektedir (Blanco ve ark., 2008; Gallagher, 2008; Beiter, Nash, McCrady, Rhoades, Linscomb, Clarahan ve Sammut, 2015). Yaptıkları mülakatların sonucunda Bennett ve arkadaşları (2013) üniversite öğrencilerinin yaşadıkları en kuvvetli iki duygunun mutluluk ve stres olduğunu ortaya koymuşlardır. Beiter ve arkadaşları (2015) 18-24 yaş arası gençler için anksiyete ve stres yaratan en önemli endişe kaynaklarının akademik performans, başarılı olma baskısı ve mezuniyet sonrası ile ilgili kaygılar olduğunu ortaya koymuştur (Beiter ve ark., 2015). Duygusal yemenin bir baş etme stratejisi olarak kullanıldığı göz

önüne alındığında öğrencilerin stresle baş etmek için daha fazla yedikleri savunulabilir. 517 öğrenci ile yaptıkları çalışmalarında, Nguyen-Rodriguez ve arkadaşları (2008) gençlerde stresin duygusal yeme ile kuvvetli bir ilişkisi olduğunu göstermektedir. Yaşadıkları daha yoğun stres ve anksiyetenin yanı sıra, gençlerin daha fazla duygusal yeme sergilemesinde yeme alışkanlıklarının etkisinin de olabileceği düşünülmektedir. Araştırmalar, stres karşısında üniversite öğrencilerinin daha fazla sağlıksız yiyecek yediklerini göstermektedir (Kandiah ve ark., 2006; Laitinen ve ark., 2002). Macht'ın (2008) üç basamaklı duygusal yeme modeline göre ilk aşamada, kişiler kendini neşelendirmek ve duygu durumunu yükseltmek için az miktarda yemek yer. Bu atıştırma genellikle yüksek enerjili ve lezzetli besinlerden (çikolata, şeker gibi) oluşur. Bu sebeple, gençlerin günlük diyetlerinde fast food ve yüksek enerjili besinlerin orta yaşlılara göre daha fazla yer tuttuğu göz önüne alınırsa, yeme alışkanlıklarının da daha fazla duygusal yeme sergilemelerine katkıda bulunduğu söylenebilir.

Araştırmamızda duygusal yeme ve beden kütle indeksi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda ise normal kilolu kişilerin zayıf ve fazla kilolulara göre daha fazla duygusal yeme rapor ettiği ancak obez kişilerle anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Literatürde duygusal yemeye ilgili pek çok çalışma obez kişilerle yürütülmüştür (Ozier, Kendrick, Leeper, Knol, Perko ve Burnham, 2008; Ouwens ve ark., 2003; Ganley, 1989). Çünkü olumsuz duygulara bağlı olarak aşırı yemenin fazla kilolularda ortaya çıktığı, normal kilolularda tam tersine yemeyi azalttığı görüşü hakim olmuştur (Sevinçer ve Konuk, 2013). Burada dikkat çeken önemli bir nokta, kilolu olmanın duygusal yeme için risk faktörü oluşturmasıdır. Araştırmalar obez bireylerde depresif belirtilerin ve kaygının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Yanovski ve ark., 1993). Bu sürekli diyet yapmaya çalışmak ve yeme kısıtlaması içinde bulunmaktan, bedenine karşı olan memnuniyetsizlikten ya da düşük benlik saygısından kaynaklanıyor olabilir. Ancak duygu düzenleme ile ilgili araştırmalar, duygularıyla başa çıkabilmek için yemenin obez kişilere özgü bir davranış olmadığını göstermektedir (Macht ve Simons, 2011). Çalışmalar, bazı sağlıklı ve normal kilolu bireylerin de duygularını düzenlemek için yediklerini ortaya koymuştur (Macht, 1999; Macht ve ark., 2005, Macht ve Simons, 2000). Örneğin, Finlandiya'da toplum genelinde yapılan bir araştırmada kadınların %30'u ve erkeklerin %25'i stresli durumlarla başa çıkmak için yediklerini bildirmişlerdir (Konttinen ve ark., 2010). Aynı şekilde Nguyen-Rodriguez ve arkadaşları (2008) da normal kilolu ve obez kişilerin duygusal yemeleri arasında herhangi bir fark olmadığını ortaya koymuş ve duygusal yemenin sadece obez ve fazla kilolu kişiler için sorun olmayıp normal kilolu kişiler için de risk oluşturduğunu savunmuştur (Nguyen-Rodriguez ve ark., 2008). Normal kilolu kişilerin zayıflardan daha fazla duygusal yeme göstermeleri daha önceki bulgularla örtüşmektedir. Geliebter ve Aversa (2003) zayıf kişilerin olumsuz duygular karşısında normal ve fazla kilolu kişilere göre daha az yediğini ortaya koymuştur. Ancak araştırmamızda

anksiyetenin sadece obezler ve fazla kilolular için değil, normal kilolu kişiler için de duygusal yemeye olan etkisi ortaya konmuştur.

Beden kütle indeksi dışında kişilerin kilo memnuniyetleri ve kilolarını nasıl değerlendirdikleri de yeme davranışlarını etkilemektedir. Bulgular, kilosundan memnun olmayan kişilerin daha çok duygusal yeme sergilediklerini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, kısıtlama teorisinin (Herman ve Polivy, 1975) öne sürdüğü gibi yemesini kısıtlamaya çalışan ve diyet yapan kişilerin daha fazla aşırı yeme gösterdikleri bilgisiyle örtüşmektedir. Buna göre kilosundan memnun olmayan kişilerin kilo verme ve diyet çabaları daha fazladır. Yeme davranışlarını kısıtlayarak ve sıkı diyetler yaparak kilolarını şekilde kontrol etmeye çalışan bu kişilerde, diyetle geçen bir dönemden sonra aşırı yediğine inanma ya da depresyon, anksiyete gibi yoğun duygularıyla yeme üzerindeki kontrolleri bozulur (Herman ve Polivy, 1975). Araştırmamızda kilo memnuniyeti olmayan kişilerin depresyon, anksiyete ve stres belirtilerinin de kilosundan memnun olan kişilere göre daha yüksek olması kısıtlama teorisini destekleyerek hipotezimizi doğrulamaktadır.

Kilo memnuniyetinin olmaması kişilerin gerçek kilolarından çok bedenlerini nasıl değerlendirdikleriyle alakalıdır. Bu noktada kişilerin kilo algısı yeme davranışlarını etkileyen önemli bir değişken olarak değerlendirilmektedir. Literatürde “kilo problemi algısı (weight problem perception)”, “beden algısı (self body perception)”, “algılanan kilo (perceived weight)”, “şişman beden şeması (fat body weight schema) olarak pek çok farklı kavram ile anılmasına rağmen kişinin kendini aşırı kilolu olarak değerlendirdiği algı düzeyini tanımlamak için kullanılmaktadır (Wiedeman ve Saules, 2013). Araştırmalar kilo problemi algısının diyet yapmakla (Strauss, 1999), tıknırcasına yemeye (Nicoli ve Junior, 2011), bulimiya (Bardone-Cone ve ark., 2006) ve psikolojik endişeyle (Atlantis ve Ball, 2008) ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Beden kütle indeksi ve duygusal yeme arasında doğrudan bir ilişki olmaması (Masheb ve Grilo, 2006) ve duygusal yemenin normal kilolu kişilerde de görülmesinden (Kontinen ve ark., 2010; Nguyen-Rodrigues ve ark., 2008) dolayı kilo problemi algısı duygusal yemeye ilişkili bulunmuştur. Araştırmamızın bulguları da bu sonuçlarla örtüşmektedir. Buna göre, kendini çok kilolu görenler, kendini kilolu, normal kilolu, zayıf ya da çok zayıf görenlere göre daha fazla duygusal yeme göstermektedir. Wiederman ve Saules (2013) duygusal yemenin beden kütle indeksiyle değil kişilerin kendilerini çok kilolu olarak değerlendirmeleriyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Beden kütle indeksi normal sınırlar içinde olmasına rağmen kendini çok kilolu olarak değerlendirme daha çok kadınlarda aile, sosyal çevre ve medyanın ideal beden imajını içselleştirmeleriyle ortaya çıkmaktadır. Schvey ve White (2015) kilo ile ilgili önyargıların içselleştirilmesi sonucu sağlıklı kiloda olan kişilerin de diyet yapmaya başladıklarını göstermiştir. Stice ve Shaw (1994) medyadaki ideal zayıflık imajına deneysel olarak maruz kalan kişilerin beden algılarında memnuniyetsizlik ve olumsuz duygulanım (Negative Affectivity [NA])

sergilediklerini ortaya koymuşlardır (Stice ve Shaw, 1994). Aynı şekilde, Stice, Spangler ve Agras (2001) bir moda dergisine 15 ay abone olan genç kızlarda bedenlerine karşı memnuniyetsizliğin, diyet yapmanın, olumsuz duygulanım (NA) ve bulimik belirtilerin arttığını göstermişlerdir. Ancak bu belirgin etkiyi yaşayan genç kızların öncesinde de risk grubunda oldukları gösterilmiştir. Bu risk grubundaki kızlar deney öncesinde de bedeniyle ilgili memnuniyetsizlik yaşayan ve sosyal destekleri az olan kişilerdir (Stice ve ark., 2001).

Bulgular duygusal yemenin bekarlarda ve boşanmış kişilerde evlilere göre daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır. Sosyal desteğin az olduğu gruplarda riskin çok daha yüksek olduğu daha önceki araştırmalarda gösterilmiştir (Stive ve ark., 2001). Bu doğrultuda evlilik bir çeşit sosyal destek olarak değerlendirilmektedir. Bekarların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının da evlilere göre daha fazla bulunması bu görüşü desteklemektedir. Bu bulgular nedensel bir açıklama yapmak için yeterli değildir. Ancak evli olmanın kişinin sosyal desteğini arttırdığı ve böylelikle hem depresyon, anksiyete ve stres belirtileri için hem de duygusal yeme için koruyucu bir faktör olarak rol oynadığı söylenebilir.

Tüm bu bilgiler ışığında, duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres belirtileri arasında kuvvetli bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Duygusal yeme puanları yüksek olan kişilerin depresyon, anksiyete ve stres puanları duygusal yeme puanları düşük olan kişilerden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Ayrıca, cinsiyet, yaş, medeni durum ile kilo memnuniyeti ve kilo algısı; duygusal yeme ile depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinde anlamlı derecede değişiklik oluşturmaktadır. Buna göre kadınlar, gençler, bekarlar, kilo memnuniyetine olmayan kişiler ve kendisini kilolu olarak değerlendiren kişiler daha fazla duygusal yeme davranışı sergilemektedir.

#### **4.1. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler**

Araştırmanın sınırlılıklarından biri tanı almış bir kontrol grubunun olmamasıdır. Araştırma toplum genelinde yapıldığından dolayı tanı almış depresyon, anksiyete hastaları ile yeme bozukluğu hastaları içermemektedir. Ayrıca, kullanılan ölçeklerin özelliklerinden dolayı kişiler depresyonda ve depresyonda değil gibi tanı gruplarına ayrılmak yerine belirtilerinin şiddetine göre sıralanmıştır. Bu sebeple tanı almış ve almamış kişiler arasında bir karşılaştırma yapmaktan çok, bir spektrumda belirtilerin duygusal yemeye etkisi incelenmiştir.

Araştırmanın bir diğer sınırlılığı, depresyon, anksiyete ve stres arasında çok yüksek bir komorbidite olmasıdır. Etkileri tek tek incelenmek istenen bu değişkenlerin arasında kuvvetli bir ilişkinin olması etkilerinin tek tek incelenmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle analizlerde değişkenlerin hem tek etkileri hem de birleştirilmiş bir depresyon, anksiyete, stres (DASO) puanı ile etkileri değerlendirilmiştir.

Araştırmanın katılımcıların kendi beyanına dayalı olması da sınırlılıklarından biridir. Katılımcıların doğru bilgi verdiği düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular kullanılan ölçeklerle (Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği ve Hollanda Yeme Davranışı Testi) ile sınırlıdır.

Daha sonraki çalışmalar için duygusal yemenin hem obezite hem de diğer yeme bozukluklarıyla olan kuvvetli ilişkisi düşünöldüğünde, duygusal yemeye eşlik eden diğer psikopatolojilerin tanımlanması da önem kazanmaktadır. Bu komorbid ilişkinin ortaya konması hem tedaviler hem de önleyici çalışmalar için gereklidir.

Duygusal yemenin bir baş etme stratejisi olarak kullanıldığı hipotezini doğrulamak için, sonraki çalışmalarda katılımcıların baş etme stratejilerini de değerlendirmeye katmak, duygusal yeme kavramının daha kapsamlı anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Amerika kaynaklı yayınların pek çoğunda obezite ile duygusal yeme arasında yakın ilişki bulunması, ancak araştırmamızın bunu desteklemiyor olması kültürel değişkenlerin etkisini düşöndürmektedir. Bu sebeple duygusal yeme ve beden kütle indeksi arasındaki ilişkiyi anlamak için yeme tutumlarının incelenmesi ve karşılaştırılmasının faydası olacaktır.

Araştırmamızda kilo memnuniyeti ve beden algısının duygusal yeme üzerindeki etkisi ortaya konmuştur. Sonraki araştırmada beden algısı, ideal kadın imajı, bedene yönelik mükemmellik beklentileri ve beden üzerinden tanımlanan kendilik değeri gibi değişkenlerin de incelenmesi, özellikle yeme davranışı üzerinde sosyal etkinin anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Duygusal yemenin normal kilolu kişilerde göröldüğü hem bizim araştırmamızda hem de önceki birkaç araştırmada gösterilmiştir. Bu nedenle, duygusal yemeye ilişkin araştırmalar yalnızca obezite ve yeme bozuklukları olan kişilerle sınırlı kalmayıp normal kilolu kişilerde de incelenmelidir.

Son olarak, ‘duygusal yeme’nin kavramsallaştırılarak günlük hayatta kendine yer bulması, hem yeme bozuklukları, obezite, diyet ve kilo verdirici tedavi konularının hem de normal kilolu kişilerde duygusal yemeyi tetikleyen dinamiklerin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKLAR

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Ainsworth, M. D. S. & Bell, S. M. (1969) Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation. In A. Ambrose (Ed.), *Stimulation in early infancy*. London: Academic Press.
- Agras, W. S., & Telch, C. F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy, 29*(3), 491-503.
- Akın, A. ve Çetin, B. (2007). Depression, anxiety and stres scale (DASS): The study of validity and reliability. *Educational Science. Theory and Practice, 7*(1):241-268.
- Alexander, K. E., & Siegel, H. I. (2013). Perceived hunger mediates the relationship between attachment anxiety and emotional eating. *Eating behaviors, 14*(3), 374-377.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., La Puma, M., McLean, N., & Davis, E. A. (2008). The onset and course of binge eating in 8-to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eating Behaviors, 9*(4), 438-446.
- Allison, D. B., & Heshka, S. (1993). Emotion and eating in obesity? A critical analysis. *International Journal of Eating Disorders, 13*(3), 289-295.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) (2013). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (çev.E.Köroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anestis, M. D., Holm-Denoma, J. M., Gordon, K. H., Schmidt, N. B., & Joiner, T. E. (2008). The role of anxiety sensitivity in eating pathology. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 370-385.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995) The emotional eating scale : The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders, 18*, 79-90.
- Atlantis, E., & Ball, K. (2008). Association between weight perception and psychological distress. *International Journal of Obesity, 32*(4), 715–721.
- Ball, K., & Lee, C. (2002). Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 71–81.
- Bandura, A. (1969). *Principals of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Bardone-Cone, A.M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E., Jr. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(1), 27–42.
- Barnhofer, T. & Crane, C. (2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression and Suicidality. In F. Didonna (Ed), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp.221-243). New York: Springer.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, *10*(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of affective disorders*, *173*, 90-96.
- Bekker, M. H., van de Meerendonk, C. & Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorders*, *36*, 461-469.
- Bennett, J., Greene, G., & Schwartz-Barcott, D. (2013). Perceptions of emotional eating behavior: A qualitative study of college students. *Appetite*, *60*, 187–192.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In P. Greenacre (Ed), *Affective Disorders*, (pp.13-48). New York: International University Press.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D. S., Grant, B. F., Liu, S. M., & Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the national epidemiologic study on alcohol and related Conditions. *Archives of general psychiatry*, *65*(12), 1429-1437.
- Booth, D. A. (1994). *Psychology of nutrition*. London: Taylor & Francis.

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders: a conceptual approach. *Psychiatric Quarterly*, 35, 458 – 481.
- Bruch, H. (1964). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics*, 5, 269 – 274.
- Bruch, H. (1996). *Eating disorders*. New York: Basic Books
- Burns, D. (2014). *İyi Hissetmek*. İstanbul: Psikonet.
- Busch, F. N., Rudden, M., & Shapiro, T. (2004). *Psychodynamic treatment of depression*. American Psychiatric Pub.
- Busch, F. N. & Shapio, T. (1995). The panic patient. In H. J. Schwartz, E. Bleiberg, & S. H. Weissman (Eds), *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*, (pp. 249-161). Washington: American Psychiatry Press.
- Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: W. W. Simon.
- Carlson, R. (1916). *The control of hunger in health and disease*. Chicago: University of Chicago Press
- Carlson, L. E., Specia, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 1038-1049.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.
- Comer, R. J. (2013). *Abnormal Psychology*. New York. Worth Publishers.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (2008). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, (pp. 1-65). New York: Guilford Publications.
- Craske, M. G. & Waters, A. M. (2005). Panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 197-226.
- DeBoer, L. B., & Smits, J. A. (2013). Anxiety and disordered eating. *Cognitive therapy and research*, 37(5), 887-889.



- De Lauzon-Guillain, B., Basdevant, A., Romon, M., Karlsson, J., Borys, J. M. & Charles, M. A. (2006). Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83, 132-138.
- Denisoff, E., & Endler, N. S. (2000). Life experiences, coping, and weight preoccupation in young adult women. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 32, 97–103.
- Dygdon, J. A., & Dienes, K. A. (2013). Behavioral excesses in depression: A learning theory hypothesis. *Depression and anxiety*, 30(6), 598-605.
- Eldredge, K. L. and Agras, W. S. (1996), Weight and shape overconcern and emotional eating in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 73–82.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50–60.
- Evirgen, N. (2010). The Prevalence of Emotional Eating and Its Relation to Affect Regulation in a Turkish Sample of Obese, Overweight and Normal Weighted Women. (Tez). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.
- Eysenck, H. J. (Ed). (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Ferster, C. B. (1974). Behavioral approaches to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington: Winston & Sons.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150.
- Freeman, L. M. Y., & Gil, K. M. (2004). Daily stress, coping, and dietary restraint in binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 204–212.
- Freud, S. (1909/2001). *Two case histories: 'Little Hans' and 'Rat Man'*. London: Vintage.
- Freud, S. (1936). Inhibitions, Symptoms and Anxiety. *Psychoanalytic Quarterly*, 5, 415-443.
- Freud, S. (1917/2001). *Introductory lectures on psychoanalysis*. London: Vintage.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard edition*, 14(19), 17.

- Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatry Press.
- Ganley, R. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of literature. *International Journal of eating disorders*, 8, 343-361.
- Geliebter, A., & Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating behaviors*, 3(4), 341-347.
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. In K. Glanz (Ed.) *Health behavior and health education: theory, research, and practice*, (pp. 211-236). San Francisco (CA): John Wiley and Sons.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Greeson, J. & Brantley, J. (2009). Mindfulness and anxiety disorders: Developing a wise relationship with the inner experience of fear. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*, (pp. 171-189). New York: Springer.
- Greeno, G. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115, 444-464.
- Goldschmidt, A. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Crow, S. J., Cao, L., Peterson, C. B., & Durkin, N. (2014). Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 281-286.
- Harrington, R. (2013). *Stress Health and Well-Being*. US: Wadsworth.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory and the third wave of behavioral cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hearon, B. A., Utschig, A. C., Smits, J. A. J., Moshier, S. J., & Otto, M. W. (2013). The role of anxiety sensitivity and eating expectancy in maladaptive eating behavior. *Cognitive Therapy and Research*. 37, 923-933.
- Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from selfawareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.

- Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effect of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*, 138–143.
- Herman C.P., & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, *143*, 647–660.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1975). Anxiety, restraint, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, *84*, 666-672.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, *11(2)*, 213-218.
- Ingram, R. (2009). Cognitive theories of depression. In *The international encyclopedia of depression*. Retrieved from [http://search.credoreference.com/content/entry/spiedep/cognitive\\_theories\\_of\\_depression/0](http://search.credoreference.com/content/entry/spiedep/cognitive_theories_of_depression/0)
- Işgın, K., Pekmez, C. T., Çetin, C., Kabasakal, A., Demirel, Z. B. & Besler, H. T. (2014). Adölesanlarda Duygusal Yeme, Kontrolsüz Yeme ve Bilişsel Yeme Kısıtlaması Davranışları ile Vücut Bileşimi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, *42*, 125-131.
- Kandiah, J., Yake, M., Jones, J., & Meyer, M. (2006). Stress influences appetite and comfort food preferences in college women. *Nutrition Research*, *26(3)*, 118-123.
- Kaplan, H.I. & Kaplan, H.S. (1957) The psychosomatic concept of obesity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *125*, 181-201.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K. & Wittchen, H-U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. In M. B. Stein & T. Steckler (Eds.), *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment. Current topics in behavioral neurosciences* (pp. 21-35). New York: Springer Science.
- Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

- Klein, M. (1940/1975). Mourning and its relation to manic depressive states. *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*. New York: Free Press.
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Rohde, P. (2001). A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 13-20.
- Kohut H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Konttinen, H., Mannisto, S., Lahteenkorva, S. S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54, 473-479.
- Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive medicine*, 34(1), 29-39.
- Latner, J. D. & Clyne, C. (2008). The diagnostic validity of the criteria for binge eating disorder. *International Journal of eating disorders*, 41, 1-14.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- Leahy, R. L. & Holland, S. J. (2009). *Depresyon ve anksiyete bozukluklarında tedavi planları ve girişimleri*. (çev. S. Aslan, H. Türkçapar ve E. Koroğlu). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington: Winston & Sons.
- Lewinsohn, P., Dimidjian, S., and Martell, C. (2009). Behavioral models of depression. In *The international encyclopedia of depression*. Retrieved from [http://search.credoreference.com/content/entry/spiedep/behavioral\\_models\\_of\\_depression/0](http://search.credoreference.com/content/entry/spiedep/behavioral_models_of_depression/0)
- Lindeman, M., Stark, K., & Keski-Vaara, P. (2001). Continuum and linearity hypotheses on the relationship between psychopathology and eating disorder symptomatology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(4), 181-187.

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Macht, M. (1999). Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*, 33, 129-139.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50, 1–11.
- Macht, M., & Dettmer, D. (2006). Everyday mood and emotions after eating a chocolate bar or an apple. *Appetite*, 46(3), 332-336.
- Macht, M., Haupt, C. & Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: A field study. *Eating Behaviors*, 6, 109-112.
- Macht, M., & Müller, J. (2007). Increased negative emotional responses in PROP supertasters. *Physiology and Behavior*, 90, 466–472.
- Macht, M. & Simon, G. (2000). Emotions and eating in everyday life. *Appetite*, 35, 65-71.
- Macht, M. & Simons, G. (2011). Emotional eating. In I. Nyklíček, A. Vingerhoets, & M. Zeelenberg (Eds.), *Emotion Regulation and Well-Being* (pp. 281-295). New York: Springer.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E., & Riva, G. (2009). Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(8), 1427-1432.
- Markus, C. R., Panhuysen, G., & Tuiten, A. (1998). Does carbohydrate-rich, protein-poor food prevent a deterioration of mood and cognitive performance of stress-prone subjects when subjected to a stressful task? *Appetite*, 31, 49–65.
- Masheb, R. M., & Grilo, C.M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141–146.
- Mathews, C. O. (1977). A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 14(1), 79.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety* (rev. ed.). New York: Norton.

- McCrone, S., Dennis, K., Tomoyasu, N., & Carroll, J. (2000). A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9(9), 1007-1013.
- McWilliams, N. (2013). *Psikanalitik Tanı*. İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Michael, T., Zetsche, U. & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6, 136-142
- Morgan, N., & Taylor, D. (2005). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of depression. *Psychiatry*, 4(5), 6-9.
- Mowrer, O. (1947). On the dual nature of learning –A reinterpretation of “conditioning” and “problem-solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Müller, J., Dettmer, D., & Macht, M. (2008) The attitudes to chocolate questionnaire: psychometric properties and relationship to dimensions of eating. *Appetite*, 50, 499-505.
- Nicoli, M. G., & Junior, R. D. (2011). Binge Eating Disorder and body image perception among university students. *Eating Behaviors*, 12(4), 284–288.
- Nisbett, R. E. (1972). Hunger, obesity, and the ventromedial hypothalamus. *Psychological Review*, 79, 433-453.
- Noble, R.E. (2005). Depression in women. *Metabolism*; 54, 49-52.
- Nolen-Hoeksema, S. (2002). Gender differences in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 492-509). New York: Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S (2009). *Abnormal Psychology*. New York: McGraw Hill Higher Education.
- Nguyen-Rodriguez, S. T., Chou, C. P., Unger, J. B., & Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating behaviors*, 9(2), 238-246.
- Oliver, G., & Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Physiology & Behavior*, 66, 511–515.
- Oliver, G., Wardle, J. et al. (2000). Stress and food choice: a laboratory study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 853–865.

- Ouwens, M. A., van Strien, T., & van Leeuwe, J. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, *53*, 245–248.
- Ouwens M. A., van Strien T., & van der Staak C.P. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, *40*, 291-8.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance learning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, *63*, 28- 33.
- Ozier, A. D., Kendrick, O. W., Leeper, J. D., Knol, L. L., Perko, M., & Burnham, J. (2008). Overweight and obesity are associated with emotion-and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association*, *108*(1), 49-56.
- Özmen, M. (2001). Depresyonda Dinamik Nedenler. *Duygudurum Dizisi*, *6*, 283-287.
- Öztürk, M. O. & Uluşahin, A.(2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Pinaquy, S., Chabrol, H., Simon, C., Louvet, J.-P. and Barbe, P. (2003), Emotional Eating, Alexithymia, and Binge-Eating Disorder in Obese Women. *Obesity Research*, *11*, 195–201.
- Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED. (1981). Bulimia: a report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, *42*, 60-4.
- Rector, N. A. (2013). Acceptance and commitment therapy: Empirical considerations. *Behavior therapy*, *44*(2), 213-217.
- Rodin, J. J. (1981). Current status of the internal-external hypothesis for obesity: What went wrong? *The American Psychologist*, *36*, 361-372.
- Sağlık Bakanlığı (2010). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması.  
<http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. G. (2011). Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 419-426.

- Sayar, K. (2011). Varoluş ve Endişe. <http://www.kemalsayar.com/KategoriDetay-VAROLUS-VE-ENDiSE-12.html>
- Schachter S. (1968). Obesity and eating: Internal and external cues differentially affect the eating behavior of obese and normal subjects. *Science*, *161*, 751-756.
- Schachter S., Goldman, R., & Gordon, A. (1968). Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, *1968*, *10*, 91-97.
- Schneider, K. L., Appelhans, B. M., Whited, M. C., Oleski, C. & Pagoto, S. L. (2010). Trait anxiety but not trait anger predisposes obese individuals to emotional eating. *Appetite*, *55*, 701-706.
- Schvey, N. A., & White, M. A. (2015). The internalization of weight bias is associated with severe eating pathology among lean individuals. *Eating behaviors*, *17*, 1-5.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, *26*, 371-380.
- Seligman, M. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, *2*, 307-320.
- Seligman, M. (1973). Fall into helplessness. *Psychology Today*, *7*, 43-48.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, *74*, 1-9.
- Selye, H. (1956/1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill
- Selye, H. (1991). History and present status of the stress concept. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping*. New York: Columbia University Press.
- Seven, H. (2013). Yetişkinlerde duygusal yeme davranışının beslenme durumuna etkisi. (Tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Sevinçer, G. M. & Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, *3*, 171-178.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Simon and Schuster.
- Slochow, J. (1983). *Excessive eating: the role of emotions and environment*. New York: Human Sciences Press.



- Spoor, S. T., Bekker, M. H., Van Strien, T., & van Heck, G. L. (2007). Relations between negative affect, coping, and emotional eating. *Appetite*, 48(3), 368-376.
- Steinberg, A. ve Ritzmann, R. A. (1990). A living system approach to understanding the concept of stress. *Behavioral Science*. 35(2), 138-146. 10 Mayıs 2013, Psychology and Behavioral Sciences Collection.
- Steiner, J. E. (1977). Facial expressions of the neonate infant indicating the hedonics of food related chemical stimuli. In J. M. Weiffenbach (Ed.), *Taste and Development*. Bethesda: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 125, 825-848.
- Stice, E., & Shaw, H. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women, and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 288-308.
- Stice, E., Spangler, D. & Agras, W. S. (2001). Exposure to Media-Portrayed Thin-Ideal Images Adversely Affects Vulnerable Girls: A Longitudinal Experiment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 270-288.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health Psychology*, 21, 131-138.
- Strauss, R. S. (1999). Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents: National Health and Nutrition Examination Survey III. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 153(7), 741-747.
- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2-30.
- Tan, C. C. & Chong, M. C. (2014). Stress and emotional eating: The mediating role of eating dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 66, 1-4.
- Tekok, A. K. (1988). *An analysis of the Dutch eating behavior questionnaire and its correlation with neurotic personality traits*. Basılmamış yüksek lisans tezi. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, Türkiye.
- Telch, C. F. & Agras, W. S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese?. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 271-279.

- Telch, C. F., Agras, W. S. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69, 1061-1065.
- Thorpe, G. L. & Olson, S. L. (1997). *Behavior Therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Tillich, P. (1952). Anxiety, religion and medicine. *Pastoral Psychology*, 3, 11-17.
- Türkçapar, H. (2009). *Depresyon*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Van Strien, T. (1999). Success and failure in the measurement of restraint: Notes and data. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 441-449.
- Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 295-315.
- Van Strien, T., & Ouwens, M. A. (2003). Counterregulation in female obese emotional eaters: Schachter, Goldman, and Gordon's (1968) test of psychosomatic theory revisited. *Eating Behaviors*, 3(4), 329-340.
- Waller, G., & Osman, S. (1998). Emotional eating and eating psychopathology among non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4), 419-424.
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters. *Appetite*, 43(1), 39-46.
- Wallis, D. J., & Hetherington, M. M. (2009). Emotions and eating. Self-reported and experimentally induced changes in food intake under stress. *Appetite*, 52(2), 355-362.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, J. B. & Reynor, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorder: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: John Wiley.
- Wells, A. & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 155-178). Oxford, England: Oxford University Press.

- Wiedemann, A. A., & Saules, K. K. (2013). The relationship between emotional eating and weight problem perception is not a function of body mass index or depression. *Eating behaviors, 14*(4), 525-528.
- Williams, J. M. G., Healy, H., Eade, J., Windle, G., Cowen, P. J., Green, M. W., & Durlach, P. (2002). Mood, eating behaviour and attention. *Psychological Medicine, 32*(03), 469-481.
- Wiser, S. & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 755-768.
- World Health Organisation (2014) Obesity and overweight 2014. Retrieved 26.02.15  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- WHO (Dünya Sağlık Örgütü)., (2012). Depression: A global Public Health Concern  
[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wf\\_mh\\_2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wf_mh_2012.pdf?ua=1)
- Wurtman, R. J. (1982). Nutrients that modify brain function. *Scientific American, 246*, 50–59.
- Yalom, I. D. & Josselson, R. (2011). Existential psychotherapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*, (pp. 288-318). Canada: Brooks /Cole.
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R. L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1472-9.

## EK 1

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Bu araştırma Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında Psk. Gül Senem Özdemir tarafından yürütülmektedir. Yüksek lisans tezi olacak bu araştırmada kişilerin yeme davranışı ve ruhsal durumları arasındaki ilişki incelenecektir.

Araştırma kapsamında katılımcılardan yaklaşık 15 dakika sürmesi öngörülen bir bilgi formu ve iki anket doldurmaları beklenmektedir. Elde edilen bilgiler gizlilik esasına göre katılımcıların isimlerini içermeyecek ve kişisel bilgiler çalışmada yer alan araştırmacılar dışında kimseyle paylaşılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almayı kabul ediyorum.

Ad-Soyad

## EK 2

## DEMOGRAFIK BILGI FORMU

1. Yaşınız: .....
2. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
3. En son bitirdiğiniz okul: İlkokul Orta/Lise Üniversite Yüksek lisans
4. Mesleğiniz nedir? .....
5. Medeni durumunuz: Bekar Evli Boşanmış Dul
6. Çocuklarınız var mı? Evet Hayır. Varsa kaç tane?.....
7. Boyunuzu ve kilonuzu lütfen belirtiniz. Boyunuz ..... cm Kilonuz .....kg
8. Kilonuzdan memnun musunuz? Evet Hayır
9. Kendinizi nasıl kabul ediyorsunuz?  
Çok kilolu Kilolu Normal Zayıf Çok zayıf
10. Herhangi bir sağlık sorununuz var mı? Evet Hayır Lütfen belirtiniz.....
11. Kilo almanıza sebep olabileceğini düşündüğünüz bir sağlık sorununuz var mı?  
Evet Hayır Lütfen belirtiniz.....
12. Daha önce bir psikiyatristten ya da bir psikologdan yardım aldınız mı? Evet Hayır