



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ

**YETİŞKİNLERDE YEME TUTUMLARININ ERKEN DÖNEM
UYUMSUZ ŞEMALAR VE SAVUNMA BİÇİMLERİYLE İLİŞKİSİ**

ILGIN ARPACI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2018



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ

**YETİŞKİNLERDE YEME TUTUMLARININ ERKEN DÖNEM
UYUMSUZ ŞEMALAR VE SAVUNMA BİÇİMLERİYLE İLİŞKİSİ**

İlgın Arpacı
Yüksek Lisans Tezi

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi İrem Anlı

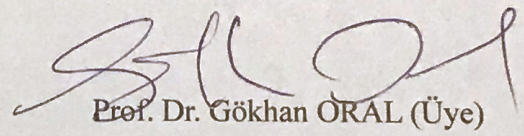
İstanbul, 2018

Kabul ve Onay

İlgin ARPACI tarafından hazırlanan Yetişkinlerde Yeme Tutumlarının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Savunma Biçimleriyle İlişkisi başlıklı bu çalışma, 25.04.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.


Dr. Öğr. Üyesi İrem ANLI (Danışman)


Prof. Dr. Nursel TELMAN (Üye)


Prof. Dr. Gökhan ÖRAL (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.


Dr. Öğr. Üyesi İrem ANLI

Enstitü Müdürü

Bildirim

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.
- Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

25.04.2018



İlgın Arpacı

Teşekkür

Bu tezin ortaya çıkmasında birçok kişinin katkısı bulunmaktadır. Öncelikle tez konumda beni özgür bırakan ve bu süreç boyunca yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi İrem Anlı'ya, yüksek lisans boyunca bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Nazlı Ayşe Şahan, Doç. Dr. Sevda Bulduk, Prof. Dr. Öget Öktem Tanör, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Otrar ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bayhan Üge'ye ve sabırla tüm sorularımı cevaplayan Aslı Açıcı'ya teşekkürlerimi sunarım.

Hayatım boyunca beni her zaman destekleyen ve her ihtiyacım olduğunda yanımda olan anne ve babama bana inandıkları için teşekkür ederim. Bu süreçte bana eşlik ettiğiniz ve beni motive ettiğiniz için teşekkürler.

Son olarak da tüm aileme ve arkadaşlarıma beni destekledikleri için teşekkür ederim. Karşılaştığım zorluklarda her zaman yanımda olan Özge'ye, uzakta da olsa varlıklarını her zaman hissettiren Katia ve Ece'ye, lojistik destekleri için Doman'a, tez anketimin paylaşılmasında yardımlarını esirgemeyen Deniz'e ve Aslı ablama yanımda oldukları için çok teşekkürler.

Anne ve babama...

İçindekiler

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ADAMA	iv
İÇİNDEKİLER	v
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ	5
1.1. Yeme Bozuklukları	8
1.1.1. Anoreksiya Nervoza	8
1.1.1.1. Klinik Görünüm	8
1.1.1.2. Anoreksiye Nervoza İçin DSM-V Tanı	10
Kriterleri	
1.1.1.3. Epidemiyoloji ve Prognoz	12
1.1.1.4. Patoloji ve Fizyopatoloji	13
1.1.1.5. Etiyoloji	15
1.1.1.5.1. Kalıtım	15
1.1.1.5.2. Psikolojik Risk Faktörleri	16

	Sayfa No
1.1.1.5.3. Sosyokültürel Risk Faktörleri	18
1.1.2. Bulimiya Nervoza	19
1.1.2.1. Klinik Görünüm	19
1.1.2.1.1. Komorbidite	21
1.1.2.2. Bulimiya Nervoza için DSM-V Tanı Kriter- leri	22
1.1.2.3. Epidemiyoloji ve Prognoz	24
1.1.2.4. Patoloji ve Fizyopatoloji	25
1.1.2.4.1. Peptitler	25
1.1.2.4.2. Nörotransmitterler	26
1.1.2.5. Etiyoloji	28
1.1.2.5.1. Kalıtım	28
1.1.2.5.2. Psikososyal Risk Faktörleri	28
1.1.2.5.2.1. Gelişimsel Değişimler	30
1.1.2.5.2.2. Aile Etkisi	30
1.1.2.5.2.3. Sosyal Baskılar	31
1.1.2.5.2.3. Kişilik	31
1.1.3. Tıkıncasına Yeme Bozukluğu	33
1.1.3.1. Klinik Görünüm	33
1.1.3.2. Tıkıncasına Yeme Bozukluğu için DSM-V Tanı Kriterleri	35
1.1.3.3. Epidemiyoloji ve Prognoz	36

	Sayfa No
1.1.3.4. Patoloji ve Fizyopatoloji	37
1.1.3.5. Etiyoloji	37
1.2. Şema Modeli	39
1.2.1. Şema Modelinin Gelişimi	39
1.2.2. Kuramsal Model	42
1.2.3. Şema Alanları ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar	44
1.2.3.1. Ayrılma ve Reddedilme	44
1.2.3.2. Zedelenmiş Özerklik ve Performans	45
1.2.3.3. Zedelenmiş Sınırlar	45
1.2.3.4. Başkalarına Yönelimlilik	45
1.2.3.5. Aşırı Tetikte Olma ve Baskılama/Ketleme	46
1.2.4. Şema Modları	46
1.2.5. Yeme Bozukluklarına Bilişsel Yaklaşım	52
1.2.6. İşlevsiz İnançlar ve Yeme Bozuklukları	56
1.2.6.1. Temel İnançlar ve Yeme Psikopatolojisi	56
Arasındaki İlişkiler	
1.2.6.1.1. Tıkınırcasına Yeme	57
1.2.6.1.2. Çıkarma	58
1.2.6.1.3. Kısıtlama	59
1.3. Savunma Mekanizmaları	60
1.3.1. İmmatür Savunmalar	61
1.3.1.1. Yansıtma	61

	Sayfa No
1.3.1.2. Pasif Saldırganlık	61
1.3.1.3. Dışa Vurma	61
1.3.1.4. Yalıtma	62
1.3.1.5. Değersizleştirme	62
1.3.1.6. Otistik Fantezi	62
1.3.1.7. İnkâr	62
1.3.1.8. Yer Değiştirme	63
1.3.1.9. Disosiasyon	63
1.3.1.10. Bölünme	63
1.3.1.11. Mantıksallaştırma/Rasyonalizasyon	63
1.3.1.12. Bedenselleştirme	64
1.3.2. Nevrotik Savunmalar	64
1.3.2.1. Yapma Bozma	64
1.3.2.2. Yapay Özgecilik/Psödo Altruizm	64
1.3.2.3. İdealleştirme	64
1.3.2.4. Karşıt Tepki Geliştirme	64
1.3.3. Olgun Savunmalar	65
1.3.3.1. Yüceltme	65
1.3.3.2. Mizah	65
1.3.3.3. Beklenti	65
1.3.3.4. Baskılama	65
1.3.4. Yeme Bozukluklarında Kullanılan Savunma	66

	Sayfa No
Mekanizmaları	
1.4. Araştırmanın Amacı	69
1.5. Araştırmanın Önemi	70
2. YÖNTEM	71
2.1. Evren ve Örneklem	71
2.2. Veri Toplama Amaçları	72
2.2.1. Demografik Veri Formu	72
2.2.2. Yeme Tutum Testi (YTT)	72
2.2.3. Young Şema Ölçeği - Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3)	73
2.2.4. Savunma Biçimleri Testi - 40 (SBT-40)	75
2.3. İşlem	77
2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri	77
3. BULGULAR	78
3.1. Yeme Tutumları ile Savunma Biçimleri ve Erken Dönem	78
Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkiler	
3.2. Yeme Tutumlarına Göre Savunma Biçimleri ve Erken	84
Dönem Uyumsuz Şemaların Karşılaştırılması	
4. TARTIŞMA	92
4.1. Sınırlılıklar	103
4.2. Öneriler	105
KAYNAKÇA	107
EKLER	135

	Sayfa No
EK A	135
EK B	139
EK C	141
EK D	148
EK E	152

Simge ve Kısaltmalar Listesi

AN	Anoreksiya nervoza
BN	Bulimiya nervoza
EDUŞ	Erken dönem uyumsuz şema
pro-ana	pro-anoreksiya
SBT	Savunma Biçimleri Testi
TYB	Tıkınırcasına yeme bozukluğu
YTT	Yeme Tutum Testi
YŞÖ	Young Şema Ölçeği
YŞÖ-KF3	Young Şema Ölçeği - Kısa Form 3

Tablolar Listesi

	Sayfa No
Tablo 3.1. Yeme Tutum Testi ile Savunma Biçimleri Testi Ana Boyut- ları Arasındaki Korelasyonlar	79
Tablo 3.2. Yeme Tutum Testi ile Matür Savunma Biçimi Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar	79
Tablo 3.3. Yeme Tutum Testi ile Nevrotik Savunma Biçimi Alt Boyut- ları Arasındaki Korelasyonlar	80
Tablo 3.4. Yeme Tutum Testi ile İmmatür Savunma Biçimi Alt Boyut- ları Arasındaki Korelasyonlar	81
Tablo 3.5. Yeme Tutum Testi ile Young Şema Ölçeği Şema Alanları Arasındaki Korelasyonlar	82
Tablo 3.6. Yeme Tutum Testi ile Kopukluk Alanına Ait Şemalar Arasındaki Korelasyonlar	82
Tablo 3.7. Yeme Tutum Testi ile Zedelenmiş Otonomi Alanına Ait Şe- malar Arasındaki Korelasyonlar	83
Tablo 3.8. Yeme Tutum Testi ile Yüksek Standartlar Alanına Ait Şe- malar arasındaki Korelasyonlar	83
Tablo 3.9. Yeme Tutumu Testi ile Diğer Yönelimlilik Alanına Ait Şe- malar Arasındaki Korelasyonlar	84
Tablo 3.10. Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Matür, Nevrotik ve İmmatür Savunma Biçimlerine Göre	85

	Sayfa No
Karşılaştırılması	
Tablo 3.11. Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Savunma Biçimleri Testi Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	86
Tablo 3.12. Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Young Şema Ölçeği Şema Alanlarına Göre Karşılaştırılması	89
Tablo 3.13. Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Young Şema Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	90

Özet

ARPACI, Iğın. Yetişkinlerde Yeme Tutumlarının Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Savunma Biçimleriyle İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018

Araştırmalar yeme tutumlarının erken dönem uyumsuz şemalar ve savunma biçimleriyle ilişkisini kapsamlı bir şekilde incelemiştir (Coveney ve Olver, 2017; Pugh, 2015; Steiger ve Houle, 1991; Waller, 2003). Ancak Türk popülasyonunda, uyumsuz şemaların yeme tutumlarıyla ilişkisini inceleyen araştırmalar kısıtlıyken, savunma biçimlerinin yeme tutumlarıyla ilişkisini inceleyen bir araştırma bulunmamaktadır. Bu araştırma bir Türk örneğinde yeme tutumlarının erken dönem uyumsuz şemalar ve savunma biçimleriyle ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır. Yaşları 19 ile 64 arasında değişen 371 katılımcı Yeme Tutum Testi (YTT), Young Şema Ölçeği-Kısa Form 3 (YŞÖ-KF3) ve Savunma Biçimleri Testi (SBT-40) kullanılarak değerlendirilmiştir. Yeme tutumlarının uyumsuz şemalar ve savunma biçimleriyle ilişkisini belirlemek amacıyla Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Erken dönem uyumsuz şemalar ve savunma biçimlerinin normal ve anormal yeme tutumlarına göre ne derece farklılaştığını belirlemek için ise Mann-Whitney U testinden yararlanılmıştır. Sonuçlar YTT toplam puanı ile Nevrotik ve İmmatür Savunma Biçimlerinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunduğunu ortaya koymaktadır. YTT toplam puanı ile tüm erken dönem uyumsuz şemalardan alınan puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır. Gruplar arası farklar karşılaştırıldığında

ise İmmatür Savunma Biçimlerinden alınan puanlar yeme tutumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ve anormal yeme tutumu gösteren grup normal yeme tutumu gösteren gruba göre anlamlı derecede daha fazla immatür savunmaları kullanmaktadır. Tüm şema alanları ve şemalardan alınan puanlar yeme tutumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ve anormal yeme tutumu gösteren grubun şema puanları, normal yeme tutumu gösteren gruba göre anlamlı derecede daha yüksektir. Bulgular bu alanda yapılmış önceki araştırmaları desteklemektedir (Blaase ve Elklit, 2001; Dingemans, Spinhoven ve Van Furth, 2006; Schmidt, Tiller ve Treasure, 1993; Unoka, Tölgyes, Czobor ve ark., 2010).

Anahtar Kelimeler: yeme bozuklukları, savunma biçimleri, erken dönem uyumsuz şemalar

Abstract

ARPACI, İlgin. The Relationship of Eating Attitudes to Early Maladaptive Schemas and Defense Styles in Adults, Master's Thesis, Istanbul, 2018

Research has broadly examined the relationship of eating attitudes to early maladaptive schemas and defense styles (Coveney ve Olver, 2017; Pugh, 2015; Steiger ve Houle, 1991; Waller, 2003). However research investigating the relationship between eating attitudes and maladaptive schemas in a Turkish population is scarce while research examining the relationship between eating attitudes and defense styles does not exist. This study intended to explore the relationship among eating attitudes, early maladaptive schemas and defense styles in a Turkish sample. Three hundred and seventy one participants aged between 19 and 64 were assessed using Eating Attitudes Test (EAT-40), Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-SF3) and Defense Style Questionnaire (DSQ-40). Spearman's correlation coefficient was used in order to determine the relationship among variables and to investigate the differences between normal and abnormal eating attitudes Mann-Whitney U test was utilized. The study's findings showed that there is a significant weak positive correlation between EAT-40 total score and neurotic and immature defense styles. Also a significant weak positive correlation was found between EAT-40 total score and all early maladaptive schemas. A significant difference was also found in the immature defense style and all maladaptive schemas when normal and abnormal eating attitudes groups were compared. According to the results the group showing abnormal

eating attitudes use significantly more immature defense style and have significantly higher scores on early maladaptive schemas compared to the group with normal eating attitudes. The findings of this study support previous research in this field (Blaase ve Elklit, 2001; Dingemans, Spinhoven ve Van Furth, 2006; Schmidt, Tiller ve Treasure, 1993; Unoka, Tölgyes, Czobor ve ark., 2010).

Keywords: eating attitudes, defense styles, early maladaptive schemas

1.Giriş

Yeme bozuklukları (anoreksiya nervoza [AN], bulimiya nervoza [BN], tıkınırcasına yeme bozukluğu [TYB] ve ilişkili sendromlar) oldukça karakteristik psikiyatrik bozukluklardır. Başlangıç yaşı çoğunlukla gelişimsel olarak hassas bir dönem olan 15-25 yaşları arasındadır (Schmidt ve ark., 2016). AN ve BN'lı popülasyonun büyük bir kısmını genç kadınlar oluştururken, TYB her iki cinsiyette de neredeyse eşit olarak görülmektedir (Schmidt ve ark., 2016). Özellikle obeziteyle birlikte yeme bozukluğu davranışları yüksek gelirli ülkelerde artmaktadır (Darby, Hay, Mond ve ark., 2009). Üstelik, bu hastalık insanları giderek daha küçük bir yaşta etkilemektedir (Smink, van Hoeken ve Hoek, 2013). Her altı veya yedi genç kadından birinde yeme bozukluğu görülmektedir (Hay, Girosi ve Mond, 2015) ve en az tip 1 diyabet kadar yaygın olan AN, ergenlikteki en yaygın kronik bozukluklardan biridir (Schmidt ve ark., 2016). Yeme bozukluğu olan kişiler için ölüm oranları genel popülasyona kıyasla iki kat daha fazladır ve bu oran AN hastaları için altı kat daha fazladır (Schmidt ve ark., 2016). On beş ila 24 yaş arasındaki ergenlerde AN'dan ölüm oranları astım veya tip 1 diyabet gibi diğer ciddi hastalıklara göre daha yüksektir (Zipfel, Giel, Bulik ve ark., 2015). BN ya da TYB olan her iki veya üç kişiden biri obezdir veya onları obeziteye ilişkin komplikasyonlara duyarlı hale getirerek obez olacaktır (Kessler ve ark., 2013).

Birçok AN hastası sosyal işlevsellik ve istihdam alanlarında uzun vadeli bozulmalar yaşamaktadır (Schmidt ve ark., 2016). TYB ve BN'da, hastaların yak-

laşık olarak yarısının işlerini ve sosyal ilişkilerini sürdürmede önemli sorunları vardır (Kessler ve ark., 2014). Herhangi bir yeme bozukluğu olan kadınların çocuksuz kalma, daha az çocuk sahibi olma ve infertilite tedavisi görme olasılığı yeme bozukluğu olmayan kadınlara göre daha fazladır; ayrıca çocuklarını emzirmede daha çok zorlukla karşılaşmaktadırlar (Schmidt ve ark., 2016). Bu zorluklar yeme bozukluklarının kuşaklar arası korunmasında sürdürücü etkenler olarak katkıda bulunabilirler. Yeme bozukluğuna sahip kişilerin bakımını üstlenenlerin yükü, depresyon veya şizofreni hastalarının bakıcılarından ciddi derecede daha fazla olmaktadır (Schmidt ve ark., 2016). Önemli fiziksel veya zihinsel bozuklukları olan yetişkinlerin bakımıyla karşılaştırıldığında şiddetli AN'lı hastaların bakımı için harcanan zaman neredeyse iki kat (haftada 24 saate karşılık 14 saat) daha fazladır (Raenker ve ark., 2013; Viana ve ark., 2013).

Yakın zamanda yapılan kapsamlı değerlendirmeler, Avrupa Birliği'nde yaşayan 20 000 000 kişinin yılda yaklaşık 1 000 000 000 €'ya mal olan (yaklaşık 249 000 000 € değerinde finansal maliyet ve ortalama 763 000 000 € değerinde hastalıkla ilgili genel giderler) bir yeme bozukluğu olduğunu belirtmektedir. Yeme bozukluklarının finansal maliyeti anksiyete ve depresyonunkine benzer olmakla birlikte, hastalıkla ilgili genel giderler yeme bozukluklarında daha fazladır (Schmidt ve ark., 2016).

Yeme bozukluklarında tamamen iyileşme için erken müdahale çok önemlidir ancak birçok yeme bozukluğu vakası fark edilmemekte ve tedavi edilmemektedir. Beslenme yönetimini de içeren konuşma terapileri tercih edilen bir tedavidir (Schmidt ve ark., 2016). AN'da, kısa süreli bir hastalığı olan ergenler için aile odaklı müdahaleler oldukça etkili olurken, yetişkinler için olan tedaviler yalnızca kısmen

etkili olabilmektedir (Treasure, Zipfel, Micali ve ark., 2015; akt., Schmidt ve ark., 2016; Zipfel, Giel, Bulik ve ark., 2015). BN ve TYB için öz-bakım ve çevrimiçi versiyonlarını da içeren bilişsel davranışçı müdahaleleri destekleyen bulgular mevcuttur. İlaç tedavisinin kısıtlı bir etkisi vardır ve dolayısıyla büyük ilaç firmaları yeme bozukluklarıyla pek ilgilenmemektedir (Schmidt ve ark., 2016). Genel olarak AN ve BN hastalarının yarısından daha azı tamamen iyileşme göstermektedir (Kessler, Berglund, Chiu ve ark., 2013; Treasure, Zipfel, Micali ve ark., 2015; akt., Schmidt ve ark., 2016;).

Bilişsel davranışçı terapi, yeme bozuklukları tedavisinde etkili olmakla birlikte terapi sonuçları ve kavramsallaştırmalar hala yetersiz kalmaktadır; bu yüzden şema terapiye olan ilgi giderek artmaktadır (Pugh, 2015). Young tarafından geliştirilen şema terapi modeli, bozuklukların hem gelişimsel hem de sürdürücü faktörlerine odaklandığı için yeme ve kişilik patolojilerinin her ikisini de bünyesinde barındırabilmektedir. Bu yüzden de diğer tedavi modellerinden fayda göremeyen vakalar için uygulanabilir bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında AN ve BN'lı bireylerde uyumsuz şemalar daha fazla görülmektedir (Leung, Waller ve Thomas, 2000) ve şema - mod terapinin yeme bozukluğunda etkili olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (Pugh, 2015; Simpson, Morrow, Van Vreeswijk ve ark., 2010).

Savunma mekanizmaları, egoyu tehdit etme potansiyeli olan durumlara karşı koruma stratejileridir. Savunmalar stresi azaltmak için kullanılır ve iç ve dış gerçekliği değiştirerek kişinin psikolojik bütünlüğünü ve dengesini sağlama alır (Blaase ve Elklit, 2001). Vaillant'a (1986; akt., Blaase ve Elklit, 2001) göre savunma mekaniz-

malarının spesifik tiplerinin kullanımı ve savunmaların uygulandığı genel yöntem, başka bir deyişle savunma biçimi, kişinin psikolojik olgunluğuna tekabül etmektedir. Yeme bozukluğu olan kadınların, psikiyatrik bir bozukluğa sahip olmayan kadınlara göre anlamlı bir şekilde daha immatür savunmalar kullandığı gözlenmiştir (Steiner, 1990). Savunma mekanizmaları, temel psikolojik oluşumun bir parçasıdır ve kolay kolay değişmez. Yeme bozukluğu olan kadınlarda görülen düşük öz saygı, etkisiz baş etme becerileri ve immatür savunma biçiminin çoğunlukla yeme bozukluğu gelişiminden önce de bu kadınları tanımladığına inanılmaktadır (Steiger ve Houle, 1991). Ancak bu özelliklerin değiştirilemez kişilik özellikleri olduğunun aksini gösteren çalışmalar da mevcuttur (Vitousek ve Manke, 1994; Yager, Rorty ve Rossotto, 1995). Bu çalışmaların sonuçları, akut davranışsal semptomların, psikolojik özellikler üzerinde oldukça büyük bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yüzden yeme bozukluklarında hangi savunma mekanizmalarının kullanıldığını bilmek, tedavide neye odaklanılması gerektiği konusunda büyük bir önem taşımaktadır.

1.1. Yeme Bozuklukları

1.1.1. Anoreksiya nervoza.

1.1.1.1. Klinik görünüm. AN, yeme bozuklukları arasında ölüm riski en yüksek ve tedavisi ise en zor olanıdır. En temel özelliği katı diyet ve şişmanlatıcı olduğu düşünülen yiyeceklerden kaçınma yoluyla bilinçli bir şekilde kilo kaybı yaşanmasıdır. Şiddetli açlığa rağmen yiyecek alımı kısıtlanmaktadır. Kişinin ne zaman doyduğu da dahil olmak üzere açlığın fizyolojik sinyalleri ayırt edilemez hale

gelmektedir (Australian ve New Zealand College Of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team For Anorexia Nervosa, 2016). Kendi kendini kusturma aracılığıyla çıkarma, büyük miktarlarda lifli gıda tüketimi, laksatif, iştah kapatıcı ilaçlar ve diüretik kullanımını içeren aşırıya kaçan kilo kontrolü davranışlarının yanında aşırı derecede egzersiz yapma ve kontrolsüz hiperaktivite de yaygın olarak görülmektedir (Beumont, 2002).

Sık karşılaşılan diğer bir özellik ise beden imgesindeki subjektif bozulmadır. Aşırı derecede zayıf olmalarına rağmen hastalar çok şişman oldukları, göbekleri olduğu veya kalçalarının çok geniş olduğu konusunda ısrar edeceklerdir. Öz saygıları vücut ağırlığına ve şekline son derece bağlıdır ve daha fazla kilo kaybettiklerinde bunu büyük bir başarı olarak görürler (Silverstone, 2005).

Kısıtlayıcı tür enerji kısıtlaması, artan enerji harcaması, diyet yapma ve tıknırcasına yeme davranışı görülmeksizin, çıkarmayı içermeyen telafi edici davranışlarla tanımlanmaktadır. Tıknırcasına yeme/çıkarma türü ise tıknırcasına yeme veya çıkarma davranışlarının ya da her ikisinin birden varlığına işaret etmektedir (Watson ve Bulik, 2013).

DSM-V AN'yı tanımlayan kriterlerinde üç değişiklik yapmıştır. Kilo kaybı kriteri gözden geçirilmiş, eğer kilo almanın önüne geçen davranışlar gözleniyorsa kilo alma korkusunun dile getirilme gereği kaldırılmıştır. Amenorenin varlığı ise bir kriter olmaktan çıkarılmıştır (American Psychiatric Association [APA], 2014). DSM-V'in sunduğu diğer bir yeni özellik de beden kitle indeksine bağlı olarak hastalığın şiddetinin derecelendirilmesidir.

AN hastaları sıklıkla majör depresyona kadar uzanabilecek seviyede depresif belirtiler (örn. depresif ruh hali, sosyal geri çekilme, sinirlilik ve uykusuzluk) göstermektedir. Bazıları ise yemek ve kilo düşünceleriyle o kadar meşguldür ki (her yiyeceğin kalorilerini hesaplamak gibi) obsesif kompulsif bozukluğu akla getirirler. Bu bağlamda çocukluk mükemmeliyetçiliğinin güçlü bir öncül faktör olduğu unutulmamalıdır (Silverstone, 2005). Anorektik bireylerin bazı mizaç ve karakter özelliklerine yatkın olduğu gözlenmektedir; bunlar ilk olarak çoğunlukla yeme bozukluğunun başlangıcından önce çocuklukta ortaya çıkmakta ve yeme bozukluğu gelişimi için hassasiyet yaratabilmektedir (Kaye, Wierenga, Bailer ve ark., 2013). Hastalıktan önce ortaya çıkmasının yanında bu özellikler sıklıkla tedavi sonrasında da varlıklarını sürdürmektedir (Anderluh, Tchanturia, Rabe-Hesketh ve ark., 2003). Bu özelliklerin arasında anksiyete, olumsuz duygulanım, mükemmeliyetçilik, katılık, zarardan kaçınma ve obsesif davranışlar (özellikle düzen, kesinlik ve simetriyle ilgili) yer almaktadır (Kaye, Wierenga, Bailer ve ark., 2013).

1.1.1.2. Anoreksiya nervoza için DSM-V tanı kriterleri.

“A. Gereksinimlere göre erke (enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kişinin, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümüleri tanımlar.

Tıknırcasına yeme/çıkarma türü. Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

Tam olmayan yatışma gösteren. Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak ya B tanı ölçütü (kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma) ya da C tanı ölçütü (vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili kendilik algısı bozuklukları) yine karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren. Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı ölçütü uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Ağırlığın en düşük düzeyi, erişkinler için, o sıradaki vücut kitlesi göstergesine (indeksine) (VKG) göre, çocuklar ve gençler için ise VKG yüzdebirliğine (persentiline) göre belirlenir. Aşağıdaki değer aralıkları, erişkinler için Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara karşı gelen VKG yüzdebirlikleri kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: $VKG \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Orta derecede: $VKG 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Ağır: $VKG 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Aşırı düzeyde: $VKG < 15 \text{ kg/m}^2$ ” (APA, 2014, s.173-174).

1.1.1.3. Epidemiyoloji ve prognoz. AN'nın kadınlarda yaşam boyu görülme sıklığı %0.8 olarak tahmin edilmektedir (Stice, Marti ve Rohde, 2013). AN'nın erkekler arasında görülme sıklığı giderek artıyor olsa da, kadınlar arasında daha yaygın olarak görülmektedir (erkeklerin kadınlara oranı yaklaşık olarak 1:10 ila 1:15 arasında değişmektedir; Miller ve Golden, 2010). DSM-V'le birlikte gelen AN kriterlerindeki değişikliklerin genç yetişkin kadınlarda hastalığın yaygınlığını %60 oranında arttırdığı görülmektedir (Mustelin, Silén, Raevuori ve ark., 2016). Erken başlangıçlı vakalarda daha iyi bir prognoz görülmekle birlikte (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), genellikle AN başlangıcı 19-20 yaş aralığında vuku bulmaktadır (Stice, Marti ve Rohde, 2013). Ciddi derecede yetersiz beslenme ve normal kilonun altında seyretmeden dolayı tekrarlanan hospitalizasyon normaldir (Coubasson, Shapira ve Di Fonzo, 2011). İyileşme oranı

oldukça değişkindir, genellikle bireylerin yarısından daha azı iyileşir ve bireylerin beşte biri kronik hasta olarak kalır (Steinhausen, 2002). Çoğunlukla intihar veya açlığa bağlı olarak gelişen fiziksel etkilerden dolayı AN, yeme bozuklukları arasında ölüm oranları en yüksek olan bozukluktur (Walsh, Fauci, Braunwald ve ark., 2006; akt., Courbasson, Shapira ve Di Fonzo, 2011). AN için standardize edilmiş ölüm oranı (popülasyonda görülen ölümler/demografik bilgilere dayanarak öngörülen ölümler) 5.9 (Arcelus, Mitchell, Wales ve ark., 2011) ve intihar sebebiyle gerçekleşen standardize ölüm oranı ise 4.7 olarak bulunmuştur (Crow ve ark., 2009).

En iyi prognoz kısa bir AN geçmişi olan genç hastalarda görülmektedir. Yüksek sosyoekonomik düzeyden ve iyi ebeveyn - çocuk ilişkisi olan ailelerde sonuçlar daha da iyidir. Daha yaşlı hastalarda, kilo kaybı arttıkça sonuç da daha kötü seyretmektedir. Tedavi esnasında normal kiloya erişmede başarısızlık da kötü bir prognoza işaret etmektedir. Genel olarak tıknircasına yeme/çıkarma değişkeni, kısıtlayıcı tipten daha kötü bir prognozu göstermektedir (Silverstone, 2005).

1.1.1.4. Patoloji ve fizyopatoloji. AN'nın fiziksel sonuçları kardiyovasküler, gastrointestinal, hematolojik, integumental, üreme ve endokrin sistemleri ve çocuklarda gelişim bozukluğuyla birlikte vücudun her temel organını içerebilmektedir (Watson ve Bulik, 2013).

AN'nın somatik belirtilerinin birçoğu uzun süreli kalori kısıtlamasını takiben ciddi kilo kaybı sonucunda ortaya çıkmaktadır. Amenoreye ek olarak hastalar sıklıkla kabızlık ve yemek yedikten sonra karında oluşan şişkinlikten şikayetçidir. Abdominal şişkinlik semptomu yemek yeme konusunda daha da caydırıcı olarak yetersiz beslenme problemini daha da arttırmaktadır. Bazı hastalar lanugo (ince tüylerin

gövdeye yayılması) geliştirir. Bacaklarının çok zayıf olmasının yanında, peteşi görülebilir. Ayrıca hiperkarotenemiye sekonder olarak cilt sarımsı bir görünüm alabilir (Silverstone, 2005). Genellikle çıkarma alt türünde görülen kendi kendini kusturma, özellikle kulakaltı tükürük bezleri olmak üzere, tükürük bezlerinin aşırı büyümesine neden olabilir. Bu davranış ayrıca diş minesinin aşınmasına ve kendi kendini kusturma sırasında dişlerin el ve parmaklara sürtmesinden kaynaklı el sırtında lezyonlara yol açabilir. Genel fiziksel muayenede bradikardi (düşük nabız), hipotansiyon ve periferik ödem açığa çıkabilir. Laboratuvar bulguları normokromik normasiter anemi ve bozulmuş böbrek faaliyetlerini gösterebilir. Radyolojik muayenede sıklıkla, düşük kalsiyum alımından kaynaklanan osteoporoza rastlanmaktadır (Silverstone, 2005). Gastrik boşaltım uzayabilse de (Hutson ve Wald, 1990), açlık gastrik hareketliliği genellikle normal bulunmaktadır (Diamanti ve ark., 2003; Silverstone ve Russell, 1967).

Beyin yapısında ve fonksiyonunda anormallikler, ergenlerde hastalık sürecinin erken dönemlerinde görülmeye başlanır (Silverstone, 2005). Beyin görüntüleme çalışmalarında ak maddede azalmayla birlikte büyümüş ventriküller açığa çıkmaktadır (Swayze, Andersen, Andreasen ve ark., 2003). Bu yapısal değişimler normal kilonun sağlanmasıyla ancak kısmi bir şekilde eski haline dönebilmektedir (Stamatakis ve Hetherington, 2003). İşlevsel olarak, bölgesel serebral kan akışı azalır, ağırlıklı olarak temporal lopta olmakla birlikte daha düşük düzeylerde parietal ve orbitofrontal loplarda da görülür (Chowdhury, Gordon, Lask ve ark., 2003). Yine, bu anormallikler kilo alımıyla yalnızca kısmen eski haline dönmektedir (Råstam ve ark., 2001).

Yukarıda bahsi geçen gonadotropik hormonlardaki değişmelere ilaveten, kortikotropin salgılatıcı hormondaki yükselmeye sekonder olarak hastalarda artmış plazma kortizolü gözlenmektedir (Putignano ve ark., 2001). Bu durum AN'da görülen kemik yoğunluğundaki azalmaya ve artan kırık oluşumuna yatkınlığa etki etmektedir. Artan kortikotropin salgılatıcı hormon, oreksijenik Y nöropeptit aktivitesini engeller ve böylece yeme isteğini daha da azaltır (Silverstone, 2005).

Serotonerjik yollar da, AN fizyopatolojisini önemli bir derecede etkilemektedir (Steiger ve ark., 2001). Azalmış 5-HT₂ bağlanmasıyla birlikte değişmiş serotonin aktivitesi, kilonun, yeme davranışının ve menstrüal fonksiyonun normalleşmesinden sonra da sürmektedir. Bu durumun, sendromun obsesif kompulsif bileşeninin altında yattığı öne sürülmektedir (Silverstone, 2005).

1.1.1.5. Etiyoloji. AN biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin hepsinin rol oynadığı bir bozukluktur (Silverstone, 2005). Hastalığın nörogelişimsel modeline göre genetik yatkınlık, erken dönem yaşam deneyimleriyle etkileşime girerek hipotalamik-pituiter-adrenal (HPA) aksında hayat boyu sürebilen değişiklikler yaratmaktadır (Connan, Campbell, Katzman ve ark., 2003). Bu değişimler sonucunda kortikotropin salgılatıcı hormonun uzun süre yüksek seviyelerde seyretmesi, yaklaşık olarak ergenlik döneminde açığa çıkan iştah düzeninin ve enerji dengesinin bozulmasına yol açmaktadır. Model, AN'nin etiyolojisinin mantıklı bir açıklamasını sağlıyor olsa da esasında hastalığın biyolojik bileşenleri hakkında çok azı bilinmektedir (Collier ve Treasure, 2004).

1.1.1.5.1. Kalıtım. AN'nin etiyolojisinde kalıtsal bir unsurun açıkça payı vardır. Genel popülasyonla kıyaslandığında hastaların birinci dereceden akrabaların-

da yaygınlığı daha yüksektir ve birinci dereceden üçüncü derece akrabalara doğru ilerledikçe yaygınlık oranı düşmektedir (Woodside, Field, Garfinkel ve ark., 1998). Hastalığın aile içinde kümelenmesinin sadece ortak çevre ve ebeveyn tutumundan kaynaklanmadığı, tek yumurta ikizlerindeki uyum oranının çift yumurta ikizlerinininkinden anlamlı bir şekilde yüksek olmasıyla gösterilmiştir. Anorektik hastalar ve ikizleriyle yapılan bir çalışma, 25 monozigot ikiz kadın çiftinin %56'sının, 20 dizigot ikiz kadın çiftinin ise %5'inin AN için uyumlu olduğunu göstermektedir (Holland, Sicotte ve Treasure, 1988).

1.1.1.5.2. Psikolojik risk faktörleri. Polivy ve Herman (2002), yeme bozukluklarının etiolojisinin dikkatli ve bilimsel analizlerinde, AN'nin etiolojisindeki ana unsurun kişinin bedeninden duyduğu memnuniyetsizlik olduğu fikrine varmaktadır. Buna ek olarak vücut ağırlığı ve şekliyle ilgili obsesif meşguliyetle sonuçlanan bilişsel bozulmalar önemli bileşenler olabilmektedir (Silverstone, 2005). Bunun gibi meşguliyetler günde birkaç saate kadar çıkabilmektedir. Diğer önemli faktörler ise negatif bir duygudurumunda bulunmayı ya da düşük öz saygıya sahip olmayı içermektedir. Anorektik kadınlar diğer psikiyatrik bozukluklara sahip olan kadınlara göre daha yüksek oranlarda ve daha yoğun bir şekilde negatif duygulanım ve mükemmeliyetçilik göstermekte, daha fazla ailede geçimsizliğe işaret etmekte ve daha talepkar ebeveynlere sahip olduklarını belirtmektedir (Pike ve ark., 2008). Kadın olmak, çocuklukta yaşanan beslenme problemleri, annede görülen depresif semptomlar ve yetersiz beslenme geçmişine sahip olmak AN için risk faktörlerini oluştururken, yüksek öz saygı ve annenin yüksek bir beden kitle endeksine sahip olması AN'ya karşı koruyucu faktörler olarak işlev görmektedir (Nicholls ve Viner, 2009). Bunun

yanı sıra nevroitiklik, AN gelişimiyle anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmaktadır (Bullik, Sullivan, Tozzi ve ark., 2006).

Zayıf olma konusunda akran baskısı gibi aile baskısı da önemli bir rol oynayabilir (Silverstone, 2005). Başkaları tarafından alay edilme, okul veya iş stresi, dış görünüş konusundaki endişeler ve romantik ilişkilerde yaşanan problemler AN gelişimi için tetikleyici olabilmektedir (Kuek, Utpala ve Lee, 2015). Buna rağmen bu gibi etkiler yalnızca başka sebeplerden ötürü hassas olan kişilerin yeme bozukluğu geliştirmesine neden olmaktadır (Silverstone, 2005). Cinsel taciz gibi çocuklukta travmatik deneyimler, sonradan anoreksiya geliştiren hastaların gelişim geçmişinde yaygın bir şekilde anlatılmaktadır. Cinsel travma düşük öz saygı hislerine neden olup kişinin hayatı üzerindeki kontrolünü geri alma çabalarının bir yansıması olarak kişinin kendini aç bırakmasını tetikleyebilmektedir (Smolak ve Murnen, 2002). Ancak cinsel tacize uğramış çoğu kadın anoreksiya geliştirmedeği gibi bu deneyimler özgül risk faktörleri olarak görülemez (Silverstone, 2005).

Anorektik hastalarda görülen şişmanlık korkusunun ne derece gerçek bir fobi teşkil ettiğı tartışma konusudur. Birçok hasta kilo almak istemese de gerçek bir şişmanlık fobisine sahip değildir (Ngai, Lee ve Lee, 2000). Buna uygun olarak, AN hastalarında gıda ile ilgili işaretlere karşılık deri iletkenliğindeki değişim, başka fobileri olan hastalarla kıyaslandığında çok daha az bulunmuştur (Salkind, Fincham, ve Silverstone, 1980).

Diğer bir fenomenolojik soru ise anorektik hastalarda sıklıkla karşılaşılan, vücut algısının bozulmasıdır (Silverstone, 2005). Tüm nesnel kanıtlara karşılık düşük kilodaki birçok hastanın sahip olduğu şişman olduklarına dair inanç gerçek bir sanrı

mıdır? Bu konuya ilişkin bir pozitron emisyon tomografisi (PET) taraması sonucuna göre AN hastalarında, psikotik bozukluğa sahip hastalarda görülen örüntüye benzer bir şekilde orta temporal loblarda iki taraflı olarak yükselmiş kan akışı gözlenmektedir (Gordon ve ark., 2001). Anorektik hastaların başka insanların görüntülerini, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, benzer şekilde işlediği görülmektedir; ancak kendi imgelerinin işlenişi, farklı serebral aktivasyon örüntüleriyle birlikte farklılaşmakta ve bu durumun anorektik bireylerin bozulmuş beden imgelerinin altında yatığı düşünülmektedir (Castellini ve ark., 2013).

1.1.1.5.3. Sosyokültürel risk faktörleri. Çok yakın zamana kadar, AN çoğunlukla beyazların baskın olduğu toplumların varlıkları arasında görülen bir hastalığı (Silverstone, 2005). Şimdi ise gelişmiş dünyanın diğer etnik grupları arasında da yaygınlaşmakta olup ırksal ya da kültürel özelliklerden ziyade sosyoekonomik statüyle daha çok ilişkili olduğu görülmektedir. Bununla birlikte batı dışı toplumlarda da AN'nın yaygınlığı artış göstermektedir (Simpson, 2002). Son yıllarda yapılan araştırmalar ise toplumların batılılaşmasının (globalleşme ve batılı olmayan ülkelerin batı medyasına maruziyeti), batı dışı kültürlerde AN'nın gelişimine katkıda bulunduğunu öne sürmektedir (Eddy, Hennessey ve Thompson-Brenner, 2007). Buna karşılık kolektivist değerlerin AN hastalarında görülen, zayıflama dürtüsü gibi yeme bozukluğu semptomlarının dışavurumunu minimize edebildiğine dikkat çekilmektedir (Agüera, Brewin, Chen ve ark., 2017).

Diğer taraftan güzelliğin sosyokültürel algısı kitle iletişim araçları tarafından kadın dergilerinde yer alan güzellik ve diyet üzerine yazılan makalelerde, açlığı baskılayıcı ilaçların ve düşük kalorili yiyeceklerin reklamlarında ve de kilo almaya

ve kilolu insanlara yönelik bilinçli alınan olumsuz tavırlarda sürekli olarak vurgulanmaktadır. Bu sayede kadınlar her yönden güzellik, başarı ve kendilik değerinin zayıf bir bedene bağlı olduğu mitiyle kuşatılmaktadır (Boniel-Nissim ve Latzer, 2016). İnternet kullanımının yaygınlaşması, pro-anoreksiya (“pro-ana”) internet siteleri gibi aktif bir şekilde zararlı davranışları destekleyen çevrimiçi topluluklarla ilgili endişelere neden olmaktadır (Brotsky ve Giles, 2007). Bu tür internet siteleri aç kalabilmek için ipuçları ve tüyolar vererek yeme bozukluğu edinimi ve sürdürülmesi için tavsiyeler yayınlamaktadır (Dias, 2013). Pro-ana üyeleri, aç kalmayı destekleyen ve bozuk davranışlara özendirilen bir sosyal çevre yaratarak birbirlerine kilo vermede destek olan hedef odaklı sanal bir topluluğun içinde yer almaktadır (Boniel-Nissim ve Latzer, 2016). Kilo verme baskısı, bilginin internet üzerinden ulaşılabilirliği ve hızlı sonuçlarla teoriyi pratiğe dönüştürme becerisinin bir araya gelmesi, özellikle düşük öz saygıya yatkın olanlar ve çabuk sonuç almak isteyenler için tehlikeli olabilmektedir (Norris, Boydell, Pinhas ve ark., 2006).

1.1.2. Bulimiya nervoza.

1.1.2.1. Klinik görünüm. Yunanca “öküz” ve “açlık” kelimelerinden türemiş olan bulimiya; kusarak çıkarma, uzun süreli diyetler veya laksatif, lavman, diüretik ve amfetaminlerin kötüye kullanımının takip ettiği tekrarlanan tıknırcasına yeme epizotlarıyla karakterize olmuş bir yemek obsesyonudur (Merriam-Webster’s Medical Desk Dictionary, 1993). BN, ayrı bir klinik tablo olarak ilk kez 1979’da Russell tarafından tanımlanmıştır. Bu anormal yeme davranışı bir süreliğine anoreksiya veya obezite bağlamında ortaya çıkan bir semptom olarak görülmüş olsa da (Vandereycken, 1994), Russell (1979) AN’nın bir varyantı olarak ifade etmektedir. Başlangıçta

tanı koymak için iki kritere gereksinim duyulmuştur: (i) kendi kendini kusturmanın veya çıkarmanın takip ettiği tıknırcasına yemek için duyulan dayanılmaz dürtü; (ii) marazi bir şişmanlama korkusu. Russell'ın (1979) tanımından yaklaşık bir yıl sonra, BN Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Teşhis ve İstatistik Kılavuzu'nun üçüncü versiyonunda yer almıştır (3rd ed.; DSM-III; American Psychiatric Association, 1980).

BN başlangıçta AN'nın bir türevi olarak tanımlanmış olsa da, iki durum DSM IV'te ayrı ayrı sınıflandırılmıştır (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). AN'nın tıknırcasına yeme/çıkarma türü ve BN arasındaki ayırım hastanın vücut ağırlığına göre yapılmaktadır (Silverstone, 2005).

BN, kişi konfor, rahatlama ve kaçış yerine yiyeceğe yöneldiği zaman başlamaktadır (Chassler, 1998). Korku, hüsrana, öfke ve duygusal acı gibi problemler karşısında geçici bir rahatlama sağlamaktadır. Tıkınma, kişi, kendini kötü ve çoğunlukla reddedilmiş hissettiği için başlamakta, ve bir bağımlı gibi yiyeceğe koşmaktadır. Konsantrasyon bozukluğuyla sonuçlanacak şekilde aklı sürekli yemekle ilgili düşüncelerle dolmaktadır. Bulimik hastalar tıkınma sonrası yaşadıkları bunaltıcı suçluluk duygusu ile çıkarma (kusma, diyet, laksatif kullanımı vs.) yoluyla baş etmektedir. Çıkarma, normal kilolarını koruyabildikleri anlamına gelmektedir. Birçok hasta aşırı yeme isteğini açlıktan daha farklı olarak tanımlamaktadır.

Aşırı yeme sıklığı, 20000'e ulaşabilen kalori alımıyla birlikte, günde 2-3 defadan 10-14'e kadar çıkabilmektedir (Chassler, 1998). Bulimik hasta yiyecekleri iki kategoriye ayırmaktadır: (1) kilo aldırmayan ve tutulabilenler (örn. meyve ve sebzeler) ve (2) çıkarılması gereken yiyecekler (örn. şeker, nişasta, yağlar, kek, ekmek, makarna, pirinç, et, tereyağı ve peynirler). Tipik bir tıkınma yüksek kalorili yiyecek-

lerin tüketilmesini içermekte ve kusma, rahatsızlık duyumsal ve bağımlılık yapan müsküler kasılmaya ulaştığında gerekli görülmektedir.

Tedavi edilmediğinde, BN, ciddi medikal ve dental problemlere neden olabilmektedir (Chassler, 1998). Kronik ıkarma; kalp durması ve böbrek yetmezliği gibi tehlikeli durumlara sebep olabilen sıvı ve elektrolit dengesizliğine yol açan potasyum eksikliğiyle sonuçlanmaktadır. Diğer tıbbi komplikasyonlar idrar yolları enfeksiyonu, epilepsi nöbetleri, tükürük bezlerinin Őiřmesi ve gastrointestinal problemleri içermektedir. Dental komplikasyonlar çürüklerde artış, diş eti çekilmesi, diş minesinde aşınma ve hidroklorik asite aşırı hassasiyetten kaynaklı genel dental bozulmaları kapsamaktadır.

Bulimiya çoğunlukla ergenlikte ve 20'li yaşlarda başlasa da, her yaşta grlebilir. Bulimiklerin çoğunluğu kadın olmakla birlikte, bulimiklerin kadın popülasyonundaki görülme oranı %10 - %20'dir (Gordon, 1990).

1.1.2.1.1. Komorbidite. Sınırdurum kişilik bozukluğu ile paranoid kişilik bozukluğu BN hastalarında yaygın bir Şekilde görülmektedir; dolayısıyla BN'nın yüksek düzeylerde duygusal düzensizlik, dürtüsellik ve başkalarından kuşkulanmayla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Cassin ve von Ranson, 2005).

Yeme bozukluğu olan 1165 yetişkinle yapılan bir çalışma, hastaların yaklaşık üçte birinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip olduğunu göstermektedir (Svedlund, Norring, Ginsberg ve ark., 2017). En yüksek prevalans oranı ise BN ve AN'nın tıkınırcasına yeme/çıkarma alt türünde gözlenmektedir. Tıkınırcasına yeme, çıkarma, yeme üzerindeki kontrol kaybı ve anorektik olmayan VKG olası bir

dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna işaret eden sonuçlarla ilişkili bulunmaktadır.

BN hastalarında, majör depresyon bozukluğu ve bipolar bozukluklar yüksek bir düzeyde görölmektedir (Tseng, Chang, Chen ve ark., 2016). Yalnızca yeme bozukluğu olan hastalarla kıyaslandığında eş zamanlı bipolar bozukluğa veya majör depresif bozukluğa sahip olan hastalar daha yüksek intihar eğilimi ve fonksiyonel bozulmalar göstermektedir. Bununla birlikte eş zamanlı bipolar bozukluğu olan hastalarda daha yüksek oranlarda kilo düzensizliği, daha dürtüsel davranışlar ve yüksek oranlarda psikiyatrik komorbidite gözlenmektedir.

BN hastalarında madde kullanım bozukluklarına da yüksek oranlarda rastlanmaktadır (Carbaugh ve Sias, 2010). Bulimiya ile madde kullanımı ve bağımlılığı ilişkisinin kesin bir açıklaması bulunmamakla birlikte, görüldüğü kadarıyla her iki bozukluk da bağımlı kişilik yapısı, aile geçmişinde madde kullanımının olması, ebeveynlerin karakter özellikleri, gelişimsel sorunlar ve biyolojik hassasiyet gibi benzer risk faktörleri sebebiyle ortaya çıkmaktadır (Baker, Mazzero ve Kendler, 2007). Ayrıca BN ve madde kullanımının birbiri için nedensel faktörler olabileceğine dair de kanıtlar bulunmaktadır; bulimik bireyler hastalıklarıyla ilgili endişelerini alkol ve diğer uyuşturucularla tedavi ediyor olabilmektedir (Grilo, Sinha ve O'Malley, 2002).

1.1.2.2. Bulimiya nervoza için DSM-V tanı kriterleri.

“A.Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumu- nun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları 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.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tam olmayan yatışma gösterme: Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin, hepsi olmasa da, bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.” (APA, 2014, s. 175-176).

1.1.2.3. Epidemiyoloji ve prognoz. Diğer yeme bozukluklarında da görüldüğü gibi, BN kadınlar arasında erkeklere oranla 10 kat daha fazla görülmektedir (Silverstone, 2005). DSM-V kriterlerine göre kadınlarda BN'nın yaşam boyu görülme sıklığı %2.6 olarak bulunmuştur (Stice, Marti ve Rohde, 2013). BN başlangıcının en sık görüldüğü dönem 16-20 yaş aralığıdır (Stice, Marti ve Rohde, 2013).

Uygun tedaviyle hastaların yaklaşık %50'si semptomlarından tamamen kurtulmakta ve arada sırada tıknırcasına yeme davranışına başvursalar da %25'i iyileşme göstermektedir. Başlangıçta başarılı olan tedavi sonrası nüks oranları %30'dur (Keel ve Mitchell, 1997). Genel olarak 10 yıldan sonra, %33-50'si kısmi iyileşme göstermekte, büyük bir çoğunluğu ise yaşam boyu bulimik olarak kalmaktadır (Quadflieg ve Fichter, 2003). Beklendiği gibi sonuç hastalığın şiddetine bağlıdır; hastalığın şiddeti arttıkça iyileşme olasılığı da düşmektedir (Silverstone, 2005). BN

için standardize edilmiş ölüm oranı 1.9 (Arcelus, Mitchell, Wales ve ark., 2011), intihar kaynaklı standardize ölüm oranı ise 6.5'tir (Crow ve ark., 2009).

1.1.2.4. Patoloji ve fizyopatoloji. AN'dan daha az zararlı olmasına rağmen BN, büyük ölçüde elektrolit bozulmasından kaynaklanan, sağlık açısından kayda değer bir risk taşımaktadır (Silverstone, 2005). Ölüm oranı, teşhis konduktan sonraki 10 yıl içinde %1-2 olarak değerlendirilmektedir ancak çok az sayıdaki ölüm doğrudan bozulmuş yemeyle ilişkilendirilebilir (Quadflieg ve Fichter, 2003).

1.1.2.4.1. Peptitler: Leptin ve grelin gibi beslenme ve vücut kütlelerinin düzenlenmesinde görevli gastrointestinal peptitlerin BN'nın patojenezindeki olası rolü birçok araştırmaya konu olmuştur. Başlangıçta BN hastalarında leptinin plazma seviyesinin etkilenmediği düşünülmüştür (Silverstone, 2005). Ancak daha güncel bulgular vücut kütleindeki değişimlerle orantılı olarak azalabileceğini göstermiştir (Brewerton, Lesem, Kennedy ve ark., 2000; Monteleone, Martiadis, Colurcio ve ark., 2002). Leptinin plazma seviyesindeki azalma derecesi, bu çalışmalardan ilkinde ortalama tıknırcasına yeme sıklığıyla hiçbir şekilde ilişkili bulunmamışken ikincisinde tam tersi söz konusudur. Plazma leptini, plazma kortizolü seviyesiyle negatif, l-triptofan tarafından tetiklenen prolaktin yükselişiyle ise pozitif bir şekilde ilişkili olduğu için leptinin düşük plazma düzeyinin HPA'deki serotonin düzensizliğiyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Böylece, bu durum BN'da görülen kısıtlanmamış yeme davranışına katkıda bulunabilmektedir.

Anormal yeme davranışına katkı sağlayabilen başka bir faktör ise bazı hastalarda gözlenen, yiyeceğe olan grelin tepkisinin körelmesidir (Monteleone, Martiadis, Fabrazzo ve ark., 2003). Grelın merkezi ve periferik etkisi olan güçlü bir hormondur.

Bu hormonun, iştahın düzenlenmesi, yemek tüketimi ve enerjinin dengelenmesinde önemli bir rolü bulunmaktadır (Fabbri, Deram, Kerr ve ark., 2015). İnsanlarda grelin konsantrasyonu diyet sırasında ve öğün öncesinde yüksektir ve yiyecek tüketiminden bir süre sonra düşmeye başlamaktadır (Cummings, Purnell, Frayo ve ark., 2001). BN'da diyet sırasındaki grelin düzeyiyle tıknırcasına yeme/çıkarma epizotlarının sıklığı arasında pozitif bir korelasyon olduğu ortaya konmuştur (Fabbri, Deram, Kerr ve ark., 2015).

Başka bir gastrointestinal peptit olan ve merkezi bir anoreksijenik aktivite gösteren gastrin salgılayıcı peptit, normal kontrol deneklerine göre iyileşmiş bulimiklerin omurilik sıvısında daha düşük bulunmuştur (Frank, Kaye, Ladenheim ve ark., 2001). Bu da BN'daki epizodik hiperfajiye katkıda bulunuyor olabilir.

Bulimik kadınların yüksek seviyelerde serum kolesterolüne sahip olmaya eğilimli olduğu görülmektedir (Silverstone, 2005). Bunun mekanizması ve sonuçları belirsizdir (Pauporte ve Walsh, 2001), yüksek ölüm oranlarını ise kısmen açıklayabilmektedir. Yukarı mide-bağırsak kanalının çalışmasındaki bozukluklar BN'da bildirilmektedir. Bu bozuklukların içerisinde artmış gastrik kapasite, azalmış gastrik gevşeme, gecikmiş gastrik boşaltım ve azalmış kolesistokinin (CCK) salınımı yer almaktadır (Hadley ve Walsh, 2003). Bu gibi bozuklukların bozulmuş yeme davranışının sürdürülmesinde bir rol oynuyor olması mümkün görünmektedir.

1.1.2.4.2. Nörotransmitterler: BN fizyopatolojisinde serotoninin merkezi bir rolü bulunmaktadır (Kuikka ve ark., 2001). Uyarım testleri, 5-HT alıcı agonistleri metaklorofenilpiperazin (mCPP) (Levitan, Kaplan, Joffe ve ark., 1997) ve d1-fenfluraminin (Jimerson, Wolfe, Metzger ve ark., 1997) sistemik uygulamasına küntleşmiş

bir prolaktin tepkisini ortaya koymuştur. Tıkınırcasına yeme sıklığı arttıkça prolaktin tepkisinin daha da küntleştiği gözlenmektedir (Monteleone, Brambilla, Bortolotti ve ark., 2000). İyileşme sonrası, mCPP'ye yönelik endokrin tepkisi normale dönmektedir; dolayısıyla bu durumun anormal yeme ve çıkarma davranışına yatkınlığın birincil göstergesi olmasından ziyade ikincil bir tıkınırcasına yeme ve çıkarmaya durumsal tepki olması daha muhtemeldir (Kaye ve ark., 1998; Wolfe, Metzger, Levine ve ark., 2000). BN'da görülen serotonerjik fonksiyon bozukluğuna dair diğer kanıtlar, yükselmiş 5-HT_{2A} reseptör bağlanmasını ortaya çıkaran trombosit araştırmalarından gelmektedir (Spigset, Andersen, Hägg ve ark., 1999). Söz konusu durumun bulimik hastalarda gözlenen artmış dürtüsellikle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Steiger ve ark., 2001).

BN'nın fizyopatolojisinde serotoninin varsayılan önemine uygun olarak, triptofandan yoksun bir diyetten dolayı meydana gelen beyindeki serotonin sentezindeki azalmanın, iyileşmiş bulimik hastalarda yeme kontrolünün kaybına ve beden algısına yönelik artan bir endişeye zemin hazırladığı bulunmuştur (Smith, Fairburn ve Cowen, 1999). Plazma triptofanının kronik bir şekilde azalması, diyet yapmanın dayanıksız kişilerde BN gelişimine sebep olan mekanizmalardan biri olabileceği sanılmaktadır (Silverstone, 2005).

Tek foton emisyonlu bilgisayarlı tomografi (SPECT) kullanılarak yapılan beyin araştırmaları, bulimik hastaların hipotalamus ve talamusunda serotonin taşıyıcısının uygunluğunun azaldığını göstermektedir (Silverstone, 2005). Hastalığın süresi uzadıkça bu azalma daha belirgin hale gelmektedir (Tauscher ve ark., 2001).

1.1.2.5. Etiyoloji. BN'da, ailede belirgin bir kümelenme göze çarpmaktadır (Silverstone, 2005). Bunun çevresel faktörlerin genetik yatkınlıkla etkileşimi sonucu olduğu düşünülmektedir.

1.1.2.5.1. Kalıtım. Giderek büyüyen ikiz çalışmaları, diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi BN'da da güçlü genetik belirleyici faktörler olduğunu göstermektedir. İkiz çalışmaları BN'nın ailevi olduğunu doğrulamakta ve genetik etkilerin BN'ya olan yatkınlığa önemli katkıları olduğunu açığa çıkarmaktadır. BN'da tek yumurta ikizi kızların uyumu %22.9 iken çift yumurta ikizi kızların uyumu %8'de kalmaktadır (Kendler ve MacLean,1991).

Paylaşılan çevrenin katkısının büyüklüğü daha belirsiz olmakla birlikte, istatistiksel gücü yüksek çalışmalara göre varyansın %54-83'ünü açıklayan genetik faktörlere kıyasla daha önemsiz görünmektedir (Kaye ve ark., 2004). Buna ek olarak, BN'nın tıknırcasına yeme ve çıkarma gibi davranışsal unsurlarının kalıtsal olduğu belirtilmektedir. Bir bağlantı araştırması (linkage study), BN için 10p kromozomunda yatkınlık konumuna (susceptibility locus) dair kanıt sunmaktadır (Bulik ve ark., 2003). BN'nın etiyojisinde genetik katkıya dair daha fazla kanıt ise serotonin-1B reseptör geninin genetik polimorfizminin, BN'lı bazı kadınların beden kitlesiyle ilişkili olduğunu bulan bir araştırmadan gelmektedir (Levitan ve ark., 2001).

1.1.2.5.2. Psikososyal risk faktörleri. Kişinin vücut ağırlığı ve şekliyle ilgili kaygısı, diğer yeme bozukluklarında da olduğu gibi BN'nın daimi bir yordayıcısıdır. Bu tip endişeler gerekli görülmele birlikte hastalığın oluşumu için yeterli bir faktör değildir. Neticede gelişmiş dünyada yaşayan ergen ve yetişkin kadınların büyük çoğunluğu bir dereceye kadar kilosunu konusunda endişelenmektedir. BN hastaları

tarafından benimsenen tıknırcasına yeme ve çıkarma örüntüsünü geliştirenleri diğerlerinden ayıran nedir? Sunulan birçok açıklama arasında gösterilenler: (i) menarşa eşlik eden fizyolojik ve psikolojik stres; (ii) ailevi işlevsizlik; (iii) sosyokültürel baskılar; (iv) kişilik değişkenleri olmaktadır (Silverstone, 2005).

Kilo vermek için diyet yapmak bir dereceye kadar yemenin kısıtlanması anlamına gelmektedir. Böyle bir kısıtlama şiddetli olduğunda, sağlıklı ve iyi uyum sağlamış bireylerde bile, çeşitli psikolojik sonuçlara yol açabilmektedir (Silverstone, 2005). Bu durum İkinci Dünya Savaşı sırasında vicdani retçilerle yapılan bir araştırmada açıkça gösterilmiştir (Keys, Brozek, Henschel ve ark., 1950; akt., Silverstone, 2005). Bu çalışmada, normal kilodaki sağlıklı erkeklerin kalori alımı, altı ay boyunca normal kalori alımlarının %75'ine düşürülmüştür. Bu uzun süreli yarı açlık dönemi boyunca denekler neredeyse diğer ilgi alanlarının tamamını dışlayacak şekilde giderek yemekle daha meşgul olmaya başlamıştır (Franklin, Schiele, Brozek ve ark., 1948; akt., Silverstone, 2005). Tıknırcasına yeme patojeneziyle ilgili olarak, kalori alımıyla ilgili tüm kısıtlamalar kaldırıldıktan ve denekler normal kilolarına döndükten sonra, önceden normal bir şekilde yiyen bu insanların, çekici yiyeceklerin varlığında tıka basa yemeye başladığı gözlenmiştir. BN hastalarıyla benzer şekilde bu gibi zamanlarda yemelerinin kontrolden çıktığını belirtmişlerdir.

Kilo vermek için sürekli olarak kalori alımını kısıtlayan insanlar (kısıtlayıcılar), Keys, Brozek, Henschel ve ark.'larının (1950; akt., Silverstone, 2005) deneyindeki denekler tarafından gösterilen özelliklerin birçoğunu sergilemektedir (Silverstone, 2005) ve yemekle ilişkili konularla fazlaca ilgilidir (Polivy, 1996). Buna ek olarak, kısıtlayıcılar diyetlerini bir kez olsun bozduklarında, otokontrolleri

kaybolmakta ve yemeleri, enerji ihtiyaçlarından bağımsız hale gelmektedir. Yatkın kişilerde ise tıkmırcasına yemeyi takiben duygusal sıkıntı görülebilmektedir (Silverstone, 2005).

1.1.2.5.2.1. Gelişimsel değişimler. Ergenlik boyunca kadınlarda yağ dokusu oranı, vücut kütlelerinin %8'inden %22'sine çıkmaktadır. Yağ birikiminin en çok göze çarptığı alanlar ergenlerin özellikle hassas olduğu karın ve kalçalar olmaktadır (Silverstone, 2005). Yağ dokusundaki bu artış en çok erken olgunlaşan kızlarda görüldüğü gibi buna en çok hassasiyet gösterenler de onlar olmaktadır (Gowers ve Shore, 2001).

1.1.2.5.2.2. Aile etkisi. Gelişimsel değişimlerle ilişkili olarak kendinin farkında olmanın getirdiği anksiyete, ebeveynlerin, özellikle annelerin, aşırı endişesiyle şiddetlenebilmektedir. Bu aşırı endişe daha çok bir yeme bozukluğu olan ya da olmuş veya obez annelerde ortaya çıkmaktadır (Silverstone, 2005). Çoğu aile araştırması korelasyonel olduğu için, aile işlevsizliğinin mi yeme bozukluğuna katkıda bulunduğu, kız çocuğun yeme davranışındaki bozulmanın mı ailenin işlevini kaybetmesine sebep olduğu, yoksa ikisinde de başka ortak etkenlerin mi payı olduğu bilinmemektedir (Polivy ve Herman, 2002).

Ailenin dinamikleri, kız çocuğu ve annesi tarafından farklı şekillerde görülebilmektedir. Bulimik kızlar annelerine göre aile fonksiyonunu daha negatif bir perspektiften görme eğilimi taşımaktadır (Bonne, Lahat, Kfir ve ark., 2003). Özellikle erkek kardeşler olmak üzere kardeşler tarafından alay edilme de aile içi gerginliğe eklenerek yeme bozukluğunu daha da ilerletebilmektedir (Silverstone, 2005).

1.1.2.5.2.3. Sosyal baskılar. Son 50 yılda batı dünyasında kadınlar için ideal beden ölçüsü ve şekli giderek daha zayıf bir figür haline gelmektedir. Toplumun zayıflık arzusuna bakışı gayretli bir biçimde medya tarafından desteklenmektedir ve kadınları hedef alan her dergi ve televizyon programında tekrarlanan zayıflama teşviklerinden genç kadınlara kaçma şansı bırakmamaktadır. ABD’de yaşayan afro-karayip kökenli kadınların bu baskılardan korunmayı bir dereceye kadar başarmış olduğu görülmekteyse de günümüzde sosyoekonomik statünün tüm etnik gruplarda daha güçlü bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu durum varyansın üçte birini açıkladığı düşünülen çevre baskısına da yansımaktadır (Silverstone, 2005).

1.1.2.5.2.4. Kişilik. BN hastalarının mükemmeliyetçilik, verimsizlik ve kişiler-arası güvensizlik özellikleri gösterme olasılığı daha yüksektir (Lilenfeld ve ark., 2000). Bu özellikler birinci dereceden kadın akrabalarında da daha yaygındır. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (Frost MPS) kullanılarak yapılan değerlendirmeler, bulimik hastaların hataları hakkında aşırı endişe ve davranışlarının niteliği konusunda şüphe duyduklarını ve algıladıkları ebeveynsel eleştirilerin de yüksek olduğunu göstermektedir (Boisseau, Thompson-Brenner, Pratt ve ark., 2013). BN’nın başka bir karakteristiği ise dürtüselliktir (Polivy ve Herman, 2002). Belki de diğerlerinden daha dürtüsel olan kişiler diyet yaparken, kendi diyetlerine karşı ayaklanarak kendilerine tıknırcasına yeme izni vermektedir (Polivy, 1996). Bu diyet taşkınlığı, kilo almakla ilgili endişelerine aykırı düşmekte ve onları sebep oldukları zararı karşılamaya yönelik kendi kendini kusturma veya laksatif kullanma gibi etkili adımlar atmaya yöneltmektedir. Dolayısıyla verimsiz oldukları görüşü pekişmektedir. Bunun sonucunda mutsuz olmakta ve böylece ruh hallerini düzeltmek ve iyi hisset-

mek için boş bir çabayla başka bir tıknırcasına yeme atağını tetiklemektedirler (Silverstone, 2005).

Dürtüsellik en az beş farklı yüzü olan çok yönlü bir yapı olarak tanımlanmaktadır: negatif aciliyet (güçlü negatif duyguların deneyimlendiği durumlarda dürtüsel davranışlarda bulunma eğilimi), pozitif aciliyet (güçlü pozitif duyguların deneyimlendiği durumlarda dürtüsel davranışlarda bulunma eğilimi), planlama eksikliği (kişinin davranışlarının sonuçlarını değerlendirme yetersizliği), heyecan arama (heyecan ve coşku arama arzusu) ve görevleri sürdürme güçlüğü (sıkıldığında ve/ya yorulduğunda görevlere devam etme yetersizliği) (Cyders ve ark., 2007).

Negatif aciliyet, yeme bozukluğu hastalarında, yeme bozukluğu göstermeyen kişilere göre daha yüksek olma eğilimindedir (Boisseau, Thompson-Brenner, Caldwell-Harris ve ark., 2012). Negatif aciliyet, istikrarlı bir şekilde artan tıknırcasına yeme ve çıkarmayla birlikte yeme üzerindeki kontrol kaybıyla ilişkili bulunmaktadır (Forney, Haedt-Matt ve Keel, 2014) ve dolayısıyla BN hastalarında yüksek bir şekilde görülmektedir (Le Grange ve ark., 2013). Bunun yanında bulimikler planlama eksikliği (Rosval, Steiger, Bruce ve ark., 2006), görevleri sürdürme güçlüğü (Miettunen ve Raevuori, 2012) ve heyecan arama (Atiye, Miettunen ve Raevuori-Helkamaa, 2015) alanlarında anorektik hastalara göre daha yüksek skorlar almaktadır.

Diğer taraftan, dürtüsellik ve zorlantılılığın pozitif bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Engel ve ark., 2005). Engel ve ark. (2005) tarafından yapılan analizler BN hastaları arasında dört dürtüsellik-zorlantılılık grubunun (düşük-düşük, düşük-yüksek, yüksek-düşük ve yüksek-yüksek) görüldüğünü ortaya çıkarmıştır. Düşük dürtüsellik ve zorlantılığa sahip olan grup en düşük düzeylerde kişilik ve yeme pa-

tolojisi ile depresyon gösterirken; yüksek dürtüsellik ve zorlantılığa sahip olan grubun en yüksek düzeylerde kişilik ve yeme patolojisi ile depresyon gösterdiği ortaya konmuştur.

Yaklaşma ve kaçınma motivasyonunun kişiliği oluşturan bileşenlerden biri olduğu varsayılmaktadır. Yaklaşma motivasyonu ödüllendirici durumlara doğru ilerleme eğilimi olarak tanımlanırken, kaçınma motivasyonu ise cezalandırmayla ilişkilendirilen durumlardan kaçınma eğilimi anlamına gelmektedir (Elliot, 2006). Kaçınma motivasyonunun bulimik hastalarda yüksek olduğu gözlenmektedir (Atiye, Miettunen ve Raevuori-Helkamaa, 2015). Ayrıca kaçınma motivasyonu, tıknırcasına yeme epizotları, laksatif istismarı, diyet hapi kullanımı, gıda kısıtlaması ve duygusal yeme ile pozitif bir şekilde ilişkili bulunmaktadır (Baños ve ark., 2014).

Beş faktör modeline göre değerlendirildiğinde bulimik hastaların yeme bozukluğu göstermeyen kontrol grubuna göre daha yüksek düzeylerde nevrotiklik, daha düşük düzeylerde dışadönüklük, daha düşük düzeylerde uyumluluk ve daha düşük düzeylerde öz-disiplin gösterdiği gözlenmektedir (Tasca ve ark., 2009).

1.1.3. Tıknırcasına yeme bozukluğu.

1.1.3.1. Klinik görünüm. TYB ilk olarak 1959 yılında Stunkard tarafından bir obez hasta popülasyonunda tanımlanmıştır. TYB tekrarlanan aşırı yemek tüketimi veya tıknırcasına yeme krizleriyle nitelendirilmektedir. Tıknırcasına yeme, BN'nin ve bazı AN türlerinin belirleyici bir özelliği olsa da TYB birçok açıdan bunlardan farklılaşmaktadır. AN'nin tersine, hastalar genellikle aşırı kilolu, birçoğu ise obezdir ve yeme konusunda kendilerini ya çok az kısıtlamakta ya da hiç kısıtlamamaktadırlar. TYB'nun BN'dan farkı, tıknırcasına yeme sonrasında çıkarma veya kusma gibi

telafi edici davranışlara nadiren başvurulmasıdır. TYB olan hastalar, diğer yeme bozukluklarında da olduğu gibi, beden ölçüsü ve şekliyle ilgili abartılı bir endişe taşımaktadır (Silverstone, 2005).

DSM-V tıkınırcasına yemeyi, “Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.” olarak tanımlamaktadır (APA, 2014). Dolayısıyla kesin bir süre verilmemekte ve büyük ölçüde toplumsal normlara dayanmaktadır ve herhangi bir nesnel kriter üzerinde genel bir uzlaşma yoktur (Stunkard ve Allison, 2003). Öne çıkan diğer bir özellik ise “Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması”dır. Tıkınırcasına yemenin hem dürtüsel hem de kompulsif davranış unsurlarını içerdiği söylenmektedir. Tıkınırcasına yeme, fizyolojik olarak belirlenmiş bir davranış olmaktan ziyade psikolojik bir şekilde belirlenmiş bir davranıştır çünkü hastalar genellikle aç olmadıkları zaman tıkınırcasına yemekte ve rahatsız olacak kadar şiş hissetmelerine rağmen yemeye devam etmektedirler (Silverstone, 2005). Bozuk yeme örüntülerinden dolayı kendilerini rahatsız hissetmeye eğilimli olmakta ve BN’da olduğu gibi sadece yalnızken tıkınırcasına yemekte-dirler.

TYB’nda ilgili psikopatolojinin düzeyi BN veya AN’dan genellikle daha az olarak kabul edilse de çoğunlukla depresyon ve anksiyete mevcuttur (Silverstone, 2005).

TYB olan hastalar obez hastalara göre beden imajından dolayı daha büyük hoşnutsuzluk yaşamaktadır ve benlik saygıları daha düşüktür (Silverstone, 2005).

Bulimik hastalara göre beslenme konusunda daha az kısıtlayıcı olup yeme davranışları daha kaotik olarak tanımlanmaktadır (Grilo, 2002).

1.1.3.2. Tıkınırcasına yeme bozukluğu için DSM-V tanı kriterleri.

“A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duygunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.

4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.

5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, 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 ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tam olmayan yatışma gösteren. Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır.

Tam yatışma gösteren. Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

En düşük ağırlık düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez tıkınırcasına yemenin olması.

Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması.” (APA, 2014, s. 176-177).

1.1.3.3. Epidemiyoloji ve prognoz. TYB'nun ABD ve Batı Avrupa'da yaşayan kadınlarda %2-3 oranında görüldüğü (Grilo, 2002); yaygınlığının, toplumda diyet yapanların yaygınlığıyla ilişkili bulunduğu belirtilmektedir. DSM-V kriterlerine göre TYB'nun kadınlarda yaşam boyu görülme sıklığı %3 olarak tespit edilmiştir (Stice,

Marti ve Rohde, 2013). Kadınlar arasında vücut ağırlığıyla ilgili meşguliyetin artmasına paralel olarak yükselmektedir (Silverstone, 2005). Aktif bir şekilde obezite tedavisi arayan kadınlar arasında daha yaygın olarak görülmektedir (de Zwaan, 2001). Erkekler arasındaki yaygınlığı yaklaşık olarak kadınlar arasında gözlenenin yarısı kadardır (Silverstone, 2005). TYB’nda başlangıç yaşı çoğunlukla 18-20 olmaktadır (Stice, Marti ve Rohde, 2013), ancak tüm belirtiler yetişkinliğe kadar çoğunlukla görülmemektedir (Silverstone, 2005). Aşırı kilolu TYB hastaları, sıklıkla kırklı yaşlarına geldiklerinde tedavi arayışına girmektedir.

1.1.3.4. Patoloji ve fizyopatoloji. Tıkınırcasına yemenin altında yatan fizyopatolojik mekanizmalar tam olarak anlaşılammakla birlikte monoaminerjik sistemlerdeki değişimlerin birtakım rolü olası görülmektedir (Silverstone, 2005). Tıkınırcasına yiyen obez kadınlarda, tıkınırcasına yeme davranışı göstermeyen obez kadınlara kıyasla, ortabeyinde serotoninin taşıyıcıya bağlanmasında azalma kaydedilmiştir (Kuikka ve ark., 2001). Başarılı tedaviyle serotoninin taşıyıcıya bağlanmasının normale döndüğü görülmektedir (Tammela ve ark., 2003).

TYB olan obez hastaların serum leptin konsantrasyonları, tıkınırcasına yeme davranışı göstermeyen obez hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (Adami, Campostano, Cella ve ark., 2002). Dolayısıyla tıkınırcasına yeme davranışının düşük plazma leptin seviyesi tarafından tetiklenmediği düşünülmektedir (Silverstone, 2005).

1.1.3.5. Etiyoloji. Tıkınırcasına yeme, obeziteyle son derece ilişkili bulunmaktadır ve de obeziteyi kolaylaştıran unsurların, tıkınırcasına yemeyle bağlantılı olduğu görülebilir (Silverstone, 2005).

Kalıtımsallık, TYB'nun etiyojisinde önemli bir faktör olduğu halde obezitede olduğu kadar belirgin değildir ve her iki duruma da yatkınlığı arttıran genetik risk faktörlerinde yalnızca küçük bir miktar örtüşme görülmektedir (Bulik, Sullivan ve Kendler, 2003). Norveç'te yapılan büyük ölçekli bir ikiz çalışmasına göre, tıknırcasına yeme kadın ve erkeklerde eşit derecede kalıtsal bulunmuştur (Reichborn-Kjennerud ve ark., 2003).

Tıknırcasına yeme, diyetle ilgili kısıtlama bağlamında genellikle olumsuz duygusal durumlarla tetiklenmektedir (Polivy ve Herman, 1985). Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nden (Eating Disorder Examination) alınan skorların karşılaştırılması sonucunda tıknırcasına yiyen obez hastaların, tıknırcasına yeme davranışı göstermeyen obez hastalara göre anlamlı bir şekilde daha kilolu olduğu ve daha yüksek seviyede yemeyle ilişkili psikopatolojiye sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Wilfley, Friedman, Douchis ve ark., 2000). Vücut şekli ve kilosuyla ilgili endişeleri, AN ve BN gibi diğer yeme bozukluklarına sahip hastalarınki ile eşit düzeyde veya onlardan daha fazla bulunmuştur. TYB örneklemini, birleştirilmiş AN ve BN örneklemine kıyasla Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'ndeki birçok maddede anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Bu maddelerin içerisinde gizli bir şekilde yemek (yeme kaygısı), mevcut kilosundan hoşnutsuzluk ve kilo verme arzusu (kilo kaygısı), dış görünüşten duyulan hoşnutsuzluk, bir başkasının vücudunu görmekten rahatsızlık duyma ve şişmanlık hissiyle birlikte vücudunu göstermekten kaçınma (dış görünüş kaygısı) yer almaktadır. Alt ölçek maddelerinin yedisinde, TYB örneklemini birleştirilmiş AN/BN örneklemine yakın puanlar alırken, kontrol grubundan anlamlı bir şekilde daha yüksek puanlar almıştır. Bu maddeler

yemekten kaçınma (kısıtlama); kontrolü kaybetme, aşırı yeme ve sosyal yeme korkusu (yeme kaygısı); kiloya atfedilen önem ve kilo veya dış görünüşle meşgul olma (kilo kaygısı) ile kilo alma korkusu ve dış görünüş veya kiloyla meşgul olmayı (dış görünüş kaygısı) içermektedir. Bu bulgular doğrultusunda kilo ve dış görünüşle ilgili aşırı endişenin, diğer TYB unsurlarıyla da kümелendiği ve fazla kilo düzeyinden bağımsız bir şekilde etkilenmediği için TYB'nun önemli bir tanısal unsuru olabileceği sonucuna varılabilmektedir.

1.2. Şema Modeli

1.2.1. Şema modelinin gelişimi. Yaklaşık 50 yıl kadar önce, Beck (1967) bilişsel şemaların işleyişinin, duygusal bozukluklarla ilgili teorilerindeki en temel faktör olduğunu vurgulamıştır. Ona göre şemalar, psikolojik bozuklukların gelişiminde ve sürdürülmesinde baş rolü oynamaktadır, aynı şekilde epizotların tekrarlaması ve nükssetmesinde de olduğu gibi.

Bilişsel şemaların, bilişsel terapinin erken dönem yazılarındaki merkezi konumuna rağmen, daha sonra ortaya çıkan bilişsel teknikler ve terapötik yaklaşımlar, bilişi, otomatik negatif düşünceler, ara inançlar ve bilgi işleme süreçleri bazında ele almaktadır (Riso ve American Psychological Association, 2007). Benzer bir şekilde, geliştirilen psikoterapi protokolleri de kısa süreli olma eğilimi göstermektedir. Diğerlerine kıyasla, şema düzeyi süreçlerine daha az önem verilmektedir.

Klinik bilişsel teori açıklamalarının çoğunda, biliş farklı düzeydeki genellemelere ayrılabilir (Clark ve Beck, 1999). Otomatik düşünceler, en spesifik ve

yüzeysel düzeydir. Otomatik düşünceler, özgül durumlara yanıt olarak çabasız veya spontane olarak ortaya çıkan anlık bilişlerdir. Kolaylıkla ulaşılabilirler ve bilinçli bilişleri temsil etmekteLERdir. Otomatik düşünceler, “Sınavda başarısız olacağım.”, “Benim sıkıcı olduğumu düşünüyor.” veya “Asla bir işim olmayacak.” gibi örnekleri içerir. Genellikle negatif bir şekilde çarpıtılmışlardır ve felaketleştirme, kişiselleştirme veya küçümseme barındırabilirler. Kişinin hem ruh hali hem de duruma göre değişen davranışsal tepkileriyle sıkı sıkıya ilişkili olduğu için çok önemlidirler.

Ara inançlar orta seviyede bulunur ve “eğer ... öyleyse” şeklinde önermelerden oluşur. “İnsanların istediklerini yaparsam, beni severler.” ve “Başkalarına güvenirsem bana zarar verebilirler.” gibi önermeler ara inançlar için örnek olabilir.

Genellemenin en üst basamağında temel inançlar ya da bilişsel şemalar bulunmaktadır. Negatif otomatik düşünceler ve ara inançlar büyük ölçüde altta yatan bilişsel şemalardan etkilenirler, özellikle de şemalar aktive olduğunda.

Son yıllarda birtakım yazarlar, hastaları bilişsel şemaları bakımından kavramsallaştırma ihtiyacından dolayı Beck’in orijinal kavramlarına geri döndüler (Safran, Vallis, Segal ve ark., 1986; Young, 1994). Jeffrey Young (1994; Young, Klosko, ve Weishaar, 2003) şema odaklı bir klinik yaklaşımın en nüfuzlu taraftarlarından biri olmuştur. Geleneksel bilişsel terapinin kısıtlılıklarını göz önünde bulundurarak, Young (1994), bazı hastaların duygulanımdaki anlık değişimlere erişimi zayıf olduğu için öncelikli olarak otomatik düşüncelere konsantre olmanın verimsiz olduğunu, bu yüzden de şemalara odaklanmanın çoğunlukla gerekli olduğunu öne sürmüştür. Diğer hastalar, terapideyken düşüncelerinin mantıksızlığını kolaylıkla fark edebilmektedir

ancak yine de kendilerini kötü hissettiklerini belirtmektedir. Kimileri ise semptom odaklı çalışma için gerekli, verimli ve işbirliğine dayalı bir terapötik ittifak kurmada yetersizdir. Son olarak, Young (1994) toplumda görülen hastaların, üç aylık bilişsel terapi protokolleriyle klinik çalışmalara katılanlardan genellikle çok daha kompleks ve kronik olduklarını belirtmektedir. Bu nedenle altta yatan şemalara odaklanma ihtiyacı, bilişsel terapi uygulamalarını etkilemeye başlamıştır.

Bilişsel şemalara olan ilginin artışı, psikopatolojiye olan hassasiyetin temelindeki boyutların arayışıyla paralellik göstermektedir (Riso ve American Psychological Association, 2007). Altta yatan bu süreçlerin arayışı, mizaç, kişilik ve kişilik bozukluklarını içermektedir. Ayrıca şema odaklı yaklaşımlar, psikopatolojinin gelişimsel öncüllerine olan merakı bir geri dönüşü de temsil etmektedir.

Şema konseptinin, bilişsel psikoloji, bilişsel gelişim, kendilik psikolojisi ve bağlanma kuramından türemiş psikolojide zengin bir soyu vardır. Bilişsel terapi alanyazınında bilişsel şema teriminin birden çok anlamı vardır (James, Southam, ve Blackburn, 2004; Segal, 1988; Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu tanımlar, şemaların ulaşılabilirlik veya ulaşılamazlık düzeylerine göre değişmektedir. Ancak, neredeyse tüm tanımlar, bilişsel şemaların son derece genelleştirilmiş, üst düzey bilişleri temsil ettiği, şemaların değişime dirençli olduğu ve biliş ve duygulanım üzerinde çok güçlü bir etkisi olduğu görüşlerini paylaşmaktadır (Riso ve American Psychological Association, 2007). Psikanalitik teoride olduğu gibi, bilişsel şema kavramı da düşünce, duygulanım ve davranışı etkilemede bilinçaltı süreçlerin gücünü vurgulamaktadır. Fakat psikodinamik bilinçaltının tersine şemalar etkilerini, bilinçdışı istek ve içgüdüsel dürtüler yerine bilinçdışı bilgi işlemeyle göstermektedir.

1.2.2. Kuramsal model. Şema terapi, kişilik bozukluklarını ve geleneksel bilişsel terapiye cevap vermeyen ya da hastalığı nükseden hastaları daha etkili bir biçimde tedavi etmek amacıyla Young, Klosko ve Weishaar'ın (2003) çabalarıyla geliştirilmiştir. Şema terapi birleştirici bir teori üzerine kuruludur; ayrıca yapılandırılmış ve sistematik bir yaklaşımdır. Şema terapi bütüncü bir tedavi olduğu için bilişsel ve psikodinamik psikoterapi, nesne ilişkileri teorisi ve Gestalt psikoterapisi gibi başka psikoterapi modelleriyle de kısmen örtüşmektedir.

Çocukluğun normal, sağlıklı gelişimsel ihtiyaçları karşılanmadığı zaman uyumsuz şemalar gelişmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Uyumsuz şemalar, karşılanmamış çekirdek çocukluk ihtiyaçları, mizaç ve erken dönem çevrenin etkileşimi sonucu oluşan kendimiz, dünya ve diğer insanlar hakkındaki inançlarımızı içeren psikolojik yapılardır. Şema terapi bu etkileşimi, plastisite ve ayrımsal duyarlılık modeli (differential susceptibility model) açısından ele almaktadır. Şemalar, çocuklukta başlayan ve kişinin hayatı boyunca karmaşıklaşarak gelişen anılar, bedensel duyumlar, duygular ve bilişlerden oluşmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu şemalar, genellikle çocuklukta, çocuğun yaşam koşullarına adapte olmasını sağlar. Örneğin suistimal söz konusu olduğunda hayatta kalma açısından düşünülürse, ebeveyni yerine kendisinin kusurlu olduğuna inanması çocuk için daha fazla umut vaat edecektir. Yetişkinlikte ise yaygın olmasına ve sıklıkla kişinin bilinçli farkındalığının dışında kalmasına rağmen uyumsuz şemalar, hatalı, işlevsiz ve kısıtlayıcıdır. Young (1994; Young, Klosko ve Weishaar, 2003) kişilik bozukluğu olan hastalarda 18 erken dönem uyumsuz şema (EDUŞ) tespit etmiştir.

Şemalar çocukluk ve ergenlik dönemlerinde gelişen ve kişinin hayatı boyunca tekrar tekrar aktive olabilen örüntülerdir. Şemalar zaman içinde daha katı hale geldiği için kişinin tepkileri de giderek esnekliğini kaybetmektedir. Bunun bir sonucu, şemaların baz alındığı tepkilerin, mevcut durumun gerekliliklerine tam olarak uymayıdır. Uyumlu ve uyumsuz olmak üzere iki tür şema vardır. Uyumsuz şemalar kişiye zarar verir ve kökenini daha önce kişiye yapılmış bir şeyden (örn., eleştiri, ihmâl, onaylamama, suistimal, aşırı koruyuculuk) almaktadır. Uyumsuz şemalar, kişinin hayatını domine ederek onun zararlı durumları tekrar tekrar yaşamasına sebep olmaktadır (örn., sağlıksız bir ilişkide kalmayı sürdürme). Uyumsuz şemalar, gelişimi sırasında çocuğa zarar vermiş olan durumların benzerleriyle karşılaştığında, onun kendi kendini engelleyici ve katı bir şekilde davranmasına neden olmaktadır. Ayrıca, kişinin erişkinlik yaşantısında bazı önemli durumların gerekliliklerini başarılı bir şekilde yerine getirmesini zorlaştırmaktadır. Şema terapide bunlar Erken Dönem Uyumsuz Şemalar olarak adlandırılmaktadır.

EDUŞ'lar mizaç ve karşılanmamış çocukluk ihtiyaçlarının etkileşimi sonucu gelişmektedir. Mizaç kalıtımsaldır ve kişinin, dünyaya kendine has bir biçimde tepki verme şeklidir. Mizaç, kişinin doğuştan getirdiği kendisiyle bütünleşmiş nörobiyolojik bir yönüdür. Karşılanmamış ihtiyaçlar, ebeveynlerin ve çevrenin çocuğun normal ihtiyaçlarını ne kadar iyi karşıladığıyla ilişkilidir. Araştırmalar, çocuk gelişiminde beş temel ihtiyacın karşılanmasında hemfikirdir. Bunlardan birincisi güvenlik, istikrar, beslenme, kabul görme, aidiyet duygusundan oluşan güvenli bağlanmadır. İkincisi özerklik, yeterlilik ve kimlik duygusundan oluşmaktadır ve çocuğun yaşına uygun görevleri kendi başına yapmasını ve kendisiyle ilgili uygun geribildirim verilmesini

içerir. Üçüncüsü çocuğun kendi duygu ve ihtiyaçlarını özgürce ifade edebilmesidir. Dördüncüsü kendini ifadeyi ve hayattan zevk alma becerisini içeren spontanelik ve oyundur. Son olarak beşincisi ise yaşına uygun özdenetimi öğrenmesi için gerekli gerçekçi sınırlardır. Temel ihtiyaçların çok az ya da çok fazla karşılanması uyumsuz şemaların gelişimine neden olmaktadır.

1.2.3. Şema alanları ve erken dönem uyumsuz şemalar.

1.2.3.1. Ayrılma ve reddedilme. Terk Edilme/İstikrarsızlık şemasına sahip birinin, çocukluğunda güven, koruma ve öngörülebilirlik ihtiyacı ebeveynleri tarafından giderilmemiştir. Yetişkinliğindeyse bu şema tetiklendiğinde kişi kendini tehlikede, ona ümitsizce ihtiyaç duyduğu güveni, duygusal desteği, yakınlığı, gücü ve korumayı verebilecek kimsesi yokmuş gibi yapayalnız ve kendi kendine bunları sağlayabilecek hiçbir imkanı yokmuş gibi hissedebilmektedir.

Güvensizlik/Suistimal Edilme şemasına sahip olan kişinin başkalarının ona yalan söyleyeceğine, onu kandıracağına, canını yakacağına ya da suistimal edeceğine, manipüle edeceğine, utandıracağına veya kullanacağına dair beklentileri vardır.

Duygusal Yoksunluk şemasına sahip birinin, ihtiyaç duyduğu duygusal desteğin, ilginin, anlayışın, empatinin ve yardımın başkaları tarafından asla yeteri kadar giderilemeyeceğine dair beklentileri vardır.

Kusurluluk/Utanç şemasına sahip biri, hayatının önemli alanlarında kusurlu, değersiz, kötü, beceriksiz veya gereksiz hissettiği duygusuna sahiptir.

Sosyal İzolasyon/Yabancılaşma şeması olan kişi, kendini dünyanın geri kalanından izole, diğer insanlardan farklı veya grubun bir parçası değilmiş gibi hissetmektedir.

1.2.3.2. Zedelenmiş özerklik ve performans. Bağımlılık/Yetersizlik şemasında kişi, başkalarının desteği olmadan günlük hayatını yönetemeyeceğine kendini ikna etmiştir.

Hastalıklar ve Zarar Görme Karşısında Dayanıksızlık şemasında kişi sürekli olarak engelleyemeyeceği felaketlerin olmasından korkmaktadır.

Yapışıklık/Gelişmemiş Benlik şemasına sahip biri, hayatındaki bir ya da daha fazla kişiye çok güçlü bir şekilde bağlanmıştır ve kendine ait ilgileri ve sosyal hayatı pahasına onlara yakın olmaya çalışmaktadır.

Başarısızlık şeması olan bir kişi, performansın geçerli olduğu spor, okul veya iş gibi alanlarda başarısız olduğuna veya olacağına kendini inandırmıştır.

1.2.3.3. Zedelenmiş sınırlar. Hak Görme/Büyüklenmecilik şemasında kişi, başkalarından daha iyi ya da özel olduğuna veya başkalarından daha fazla hakkı olduğuna inanmaktadır.

Yetersiz Öz-Denetim/Öz-Disiplin şemasına sahip biri kendini kontrol etme konusunda zorluklar yaşamaktadır. Örneğin, duygularını ve dürtülerini aşırı şekillerde ifade edebilir veya hedeflerine ulaşmada engellenme toleransı düşük olabilir ve uzun süreli çaba sarf edemeyebilir.

1.2.3.4. Başkalarına yönelimlilik. Boyun Eğicilik şemasındaki kişi, öyle yapması gerektiğini hissettiği için kontrolü kolayca başkalarına vermektedir.

Kendini Feda şemasında kişi, kendi mutluluğu pahasına aşırı bir şekilde başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır.

Onay Arayıcılık/Tanınma Arayıcılık şemasına sahip olan biri aşırı bir biçimde başkalarının onay, övgü ya da dikkatini elde etmeye çalışmaktadır veya kendi gerçek duygularının gelişimi pahasına uyum sağlamaya çalışmaktadır.

1.2.3.5. Aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme. Olumsuzluk/Karamsarlık şemasında, kişi hayatı boyunca her şeyin negatif yönüne odaklanmaktadır.

Duygusal Baskılama/Ketleme şemasına sahip biri, genellikle hoş gitmeme, utanç gibi duygulardan kaçınmak için ya da dürtüleri üzerindeki kontrolü kaybetmekten korktuğu için abartılı bir şekilde spontane duygu, eylem veya iletişimini baskılamaktadır.

Yüksek Standartlar/Aşırı Eleştiricilik şemasında kişi davranışı ve başarısı için kendi yüksek standartlarını karşılamak ve kendisinin veya başkalarının eleştirilerinden kaçınmak amacıyla sürekli olarak çalışması gerektiğine inanmaktadır.

Cezalandırıcılık/Acımasızlık şemasına sahip olan kişi, hata yaptıklarında insanların acımasızca cezalandırılması gerektiğine ikna olmuştur.

1.2.4. Şema modları. Şemalar kişinin mücadele ettiği sorunlar veya problemler alanlar gibidir. Şemalar her zaman aktif değildir ve bir şey tarafından, genellikle bu, kişinin içinde bulunduğu bir durum ya da birisiyle etkileşimi olabilir, aktive edilmiş ya da tetiklenmiş olması gerekmektedir.

Uyumsuz şemalar aktive olduğunda şema modları olarak adlandırılan yoğun durumlar yaşanmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bir şema modu, kişinin an itibarıyla içinde bulunduğu duygusal, bilişsel ve davranışsal durum olarak tanım-

lanmaktadır. İşlevsiz modlar büyük çoğunlukla birden çok uyumsuz şema aktive olduğunda ortaya çıkmaktadır. Dört temel mod kategorisi tanımlanmıştır.

Birincil veya doğuştan gelen çocuk modları (İncinebilir Çocuk, Öfkeli Çocuk, Dürtüsel Çocuk), güvenlik, beslenme veya özerklik gibi çocuklukta temel duygusal ihtiyaçlar yeterli derecede karşılanmadığında gelişmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu çocuk modları korku, çaresizlik veya öfke gibi yoğun duygularla karakterize olmaktadır ve bir çocuğun doğuştan gelen tepkilerini içermektedir.

İncinebilir Çocuk Modu, bağlanma ve güven ihtiyaçlarının en güçlü olduğu moddur. Bu mod kişiyi en çok etkileyen şemaları içermektedir ve Baş Etme Modlarını tetikleyebilmektedir. İncinebilir Çocuk Modunda, insanlar yalnız, izole edilmiş, üzgün, yanlış anlaşılmalı, desteksiz, kusurlu, mahrum, bunalmış, yeteneksiz, muhtaç, çaresiz, umutsuz, korkmuş, endişeli, gergin, sömürülmüş, değersiz, sevilmemiş, sevimsiz, kayıp, rotasız, kırılmalı, zayıf, yenik, bastırılmış, güçsüz, dışlanmış, pesimist hissedebilirler (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014).

Öfkeli/Dürtüsel Çocuk Modunda insanlar yoğun bir şekilde kızgın, öfkeli, sinirli, bıkkın veya sabırsız hissedebilmektedir çünkü incinebilir çocuğun çekirdek duygusal veya fiziksel ihtiyaçları karşılanmamaktadır. Öfkeli Çocuk modunda kişi uzun zamandır içinde tuttuğu ancak içinde bulunduğu mevcut durumla ilgili olmayan güçlü duyguları açığa vurabilmektedir. Dürtüsel Çocuk Modunda kişi Öfkeli Çocuk Modunda hissettiklerini hissedebilmekte ve ayrıca ihtiyaçlarını karşılamak için ben-cil ya da kontrolsüz bir şekilde hareket edebilmektedir; bu yüzden şımarık görünebilmektedir (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Öfkeli/Dürtüsel Çocuk davranışı çoğunlukla diğer insanlarla sorunlara yol açmaktadır.

İşlevsiz ebeveynlik modları (Cezalandırıcı Ebeveyn veya Talepkar Ebeveyn) ikinci kategorideki modları oluşturmaktadır (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). İşlevsiz Ebeveynlik Modları çocukluk ve ergenlik süresince, bağlanma figürlerinin (ebeveynler, öğretmenler, akranlar vs.) negatif yönlerinin seçici içselleştirilmesini yansıtmaktadır. Bu modlar çocuklukta yaşanmış tüm içsel öfke, nefret veya reddedilmeyi içermektedir. Cezalandırıcı Ebeveyn Modunda kişi ceza ya da suçlamayı hak ettiğini hissetmekte ve çoğunlukla kendini suçlayarak, cezalandırarak veya kendine kötü davranarak bu duygulara göre hareket etmektedir. Talepkar Ebeveyn Modunda, kişi mükemmel olması, yüksek seviyede başarılar elde etmesi, düzenli olması, yüksek statü için çabalaması, başkalarının ihtiyaçlarını kendininkilerin önüne koyması, verimli olması ve boşa zaman harcamaması gerektiğini düşünmektedir. Aynı zamanda kişi duygularını ifade etmenin ve spontane davranmanın yanlış olduğunu hissetmektedir. İki versiyon arasındaki fark, Cezalandırıcı Ebeveynin kuralların nasıl uygulandığına odaklanması, Talepkar Ebeveynin ise standart ve kuralların kendisine odaklanmasıdır.

İşlevsiz Baş Etme Modları, üçüncü kategorideki modlar, sağlıksız baş etme biçimlerinin aşırı kullanımı (savaş - aşırı telafi; kaç - kaçınma; veya don - teslim olma) olarak tanımlanmaktadır. Hepsinin görevi kişiyi acı, endişe ve korku duymaktan korumaktır. Bir baş etme modunda, kişi kendini bütün duygulardan uzaklaştırabilir (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Bu durum, hayatta kalma veya suistimal edilme durumlarında yardımcı olabilir, ancak çok fazla kullanıldığında kronik boşluk duygularına sebebiyet verebilmektedir. Bu modu çok fazla kullanmanın bir diğer dezavantajı da kişinin baş etme modundayken, terapi seanslarında dahi, iyi veya kötü hiçbir

duyguya erişimi olmayışıdır. Bir baş etme modundayken, kişi, ihtiyaçlarını ve duygularını kesebilir; duygusal olarak insanlardan uzaklaşabilir ve onların yardımlarını reddedebilir; içine kapanık, kafası karışık, kopuk, kişiliksiz, boş veya sıkılmış hissedebilir; aşırı bir biçimde dikkatini dağıtıcı, kendini yatıştırıcı veya uyarıcı aktivitelerle ilgilenebilir; insanlara veya etkinliklere yatırım yapmaktan kaçınmak için alaycı, soğuk ya da kötümser bir tavır takınabilir. İşlevsiz Baş Etme Modları, insanların hayatı tehlikede olduğunda verdikleri otomatik acil durum tepkileridir (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Bunlar çocuklukta hayatta kalma amacına yönelik olarak gelişirler, acil durumlar için vardır ancak insanlar bunları gereksiz bir şekilde kullanmaktadır. Günümüzde bu acil durum tepkilerinin kullanımı, diğerlerini uzakta tutmakta, kişiler arası problemlere sebep olmakta, tüm duyguları uzaklaştırmakta ve kişinin hayatının gerekliliklerinin üstesinden başarıyla gelmesini kısıtlamaktadır. Baş Etme Modları, Çocuk Modlarını, özellikle de İncinebilir Çocuğu acı çekmekten korumaktadır. İşlevsiz Baş Etme Modları bilinçli farkındalığın dışında faaliyet göstermektedir ve şema terapinin amacı hastalara baş etme biçimleri konusunda farkındalık kazandırmak, daha sağlıklı ve uyumlu baş etme stratejileri öğretmektir. İşlevsiz Baş Etme Modları, bilişsel terapide eksik olan savunma mekanizmaları konseptini entegre ederek kişilik bozukluklarının hastalar ve klinisyenler tarafından daha iyi anlaşılmasına olanak sağlamaktadır.

Aşırı telafi baş etme biçimi savaşıma reaksiyonuyla ilişkilidir ve kişinin tetiklenmiş şema ya da şemalarına zıt bir şekilde hareket ettiği modları içerir (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Bu baş etme biçimi diğerlerine karşı soğuk ve düşmanca yaklaşarak kişiyi korumaktadır ve böylece zarar görmekten korunmak için diğerlerini

uzaklaştırmaktadır. Sarkastik ya da alaycı olabilmekte, ve bazen pasif agresif bir şekilde kara mizah kullanabilmektedir. Örneğin Zorbalık - Saldırı Modunda, kişinin bir şemadan kaynaklanan acı deneyimlemesi sonucunda başkalarına acı vererek intikam alması gibi.

Kaçınma baş etme biçimi kaçma reaksiyonu ile ilişkilidir ve fiziksel, psikolojik ve sosyal çekilme ile kaçınmayı içerir (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Bu koruyucunun kullandığı stratejiler uyku, çevrimiçi sohbet veya sadece boy göstermemektir. Bu koruyucunun ortaya çıktığı yerlerden biri başarı durumlarıdır. Kopuk Korungan Mod, kaçınma modları arasında yer alır ve bu mod kişinin dalgın olduğu ya da kısa bir süreliğine etkileşimden uzaklaştığı durumlarla şiddetli disosiasyonların görüldüğü durumlar arasında değişkenlik gösterir. Bu mod, sıklıkla hastalar terapiye başladığında, İncinebilir Çocuk Modunu bunaltıcı korku veya acı verici hislerden korumak için mevcuttur.

Şemaya teslim olma üçüncü baş etme biçimidir, donma reaksiyonu ile ilişkilidir ve mevcut şemaya teslim olma ya da kendini adamayı temsil eder (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Örneğin, tetiklenen şema Kusurluluk ise teslim olma tepkisi kişinin kusurlu olduğunu kabul etmesi ve ona göre davranmasıdır yani asla zorlukların üstesinden gelmemesi ya da beceriksizliğinin ortaya çıkmaması için çalışmasıdır. Bir tür vazgeçişir.

Dördüncü kategori olan Sağlıklı ve İşlevsel Modlarda, Sağlıklı Erişkin Modu ve Mutlu Çocuk Modu bulunur (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Sağlıklı Erişkin Modu, işlevsel düşünce ve davranışlar ile erişkin yaşantısında işlev görebilmek için gerekli becerileri içerir. Bu modda kişi içindeki İncinebilir Çocuğa bakım sağlar, onu

onaylar ve kabul eder; Mutlu Çocuğu destekler ve teşvik eder; İşlevsiz Baş Etme Modlarıyla mücadele eder ve onları daha işlevsel davranışlarla değiştirir; İşlevsiz Ebeveyn kısımlarını ise etkisiz hale getirir ve yatıştırır. Sağlıklı Erişkin, kişinin görev ve sorumlulukları aracılığıyla ihtiyaçlarını karşılama ve hayattan zevk alma arasında denge kurduğu moddur. Mutlu Çocuk Modu, özellikle sosyal çevrede oyunlar ve eğlenceli aktiviteler için bir kaynaktır. Bu modda kişi sevildiğini, korunduğunu, övüldüğünü, anlaşıldığını, bağ kurabildiğini, onaylandığını, tatmin olduğunu, değerli olduğunu hisseder ve özgüvenli, yetkin, özerk, dayanıklı, güçlü, uyumlu, optimist ve spontanedir. Kişi bu modda ise çekirdek duygusal ihtiyaçları karşılanmaktadır. Bir çok hasta çocukluğunda oynaması için ne izin alabilmiş ne de bunun için desteklenmiştir; bu yüzden nelerden hoşlanıp hoşlanmadıklarını keşfetme ve yaşlılarıyla erken dönem sosyal etkileşimlerde yer alma şanslarını kaçırmışlardır. Sağlıklı modlar, kişilik bozuklukları ya da belirtileri olan hastalarda ciddi derecede az gelişme eğilimi göstermektedir.

Modlar çoğunlukla hastaların oldukça duygusal olarak deneyimlediği olaylarla tetiklenmektedir (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Şiddetli kişilik bozuklukları olan hastalarda modlar arası geçiş çok hızlı bir şekilde olabilmektedir ve sonucunda davranışta ani değişimler ya da orantısız tepkiler görülebilmektedir. Bu durum ise hastaların kişilerarası sorunlarının ve duygusal ve davranışsal dengesizliklerinin kaynağı olabilmektedir. Modlar aynı zamanda, kaçınan hastaların durumunda da olduğu gibi katı bir biçimde yerleşik de olabilir. Yaygın baş etme tepkileri (saldırganlık, düşmanlık, manipülasyon, suistimal, üstünlük, tanınma arayıcılık, uyarım arayıcılık (stimulation-seeking), dürtüsellik, madde kötüye kullanımı, boyun eğme,

bağımlılık, aşırı özgüven, zorlayıcılık, ketlenme, psikolojik geri çekilme, sosyal izolasyon ve durumsal ve duygusal kaçınma) mod bazında düşünülebilir.

Kişilik bozukluklarının semptomları, modların işleyişine dayanarak açıklanabilir, sınır durum kişilik bozukluğunun şema terapi kavramsallaştırılmasında olduğu gibi (Farrell, Reiss ve Shaw, 2014). Terk edilme korkuları İncinebilir Çocuk Modunun duygusal durumunu tanımlamaktadır. Ara sıra kontrolsüz öfke ifadelerinin eşlik ettiği yoğun öfke, Öfkeli Çocuk ve Dürtüsel Çocuk Modlarında meydana gelir. Dürtüsel Çocuk Modu, kendine zarar veren davranışın kaynağı olmakla birlikte zarar verme potansiyeline sahip eylemleri teşvik etmektedir. İşlevsiz Ebeveynlik Modları, çocuğun cezalandırılmayı hak ettiğini ya da bir fiyasko olduğunu dikte ederek kendine zarar veren davranışın başka bir kaynağını oluşturmaktadır. Ebeveyn modları, tüm umudu yok ettiği ve yargılarıyla hastayı sefilliğe ve değersizlik hislerine mahkum ettiği için intihar girişimlerinin de kaynağı olabilmektedir. Kopuk Korungan Mod, kendine zarar veren davranışın bir nedeni olabilir, özellikle de bir şey hissetmek amacıyla cildi kesme ya da yakma söz konusu olduğunda. Eğer kişi duygularından uzaklaşmışsa, kim olduğunun temel bir parçası, kişiliği sabit olmayacaktır. Mod değişimi, sınır durum kişilik bozukluğu hastalarının duygusal tepkiselliğini ve bunun sonucunda görülen dengesiz ilişkilerini kısmen açıklamaktadır.

1.2.5. Yeme bozukluklarına bilişsel yaklaşım. Yeme bozuklukları semptomları yakın bir zamana kadar beden ölçüleri, vücut şekli ve kilo hakkında uyumsuz düşünme örüntüleriyle ilişkilendirilmişse de, güncel araştırmalar ve klinik gözlemler yeme psikopatolojisinin bilişsel organizasyonunda daha kapsamlı düşünme örüntüleri olduğunu öne sürmektedir (Jones, Leung ve Harris, 2007). Bilişsel organizasyon

yapıları olarak temel inançların önemi Beck (1967; 1979; Beck, Brown, Berchick ve ark., 1990) tarafından 40 yılı aşkın bir süredir tartışılmaktadır. Sonraki yıllarda Young (1994), temel inançların daha detaylı bir tanımını ve sınıflandırmasını yapmıştır. Bu inançların, kişilik bozuklukları, depresyon, anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik problemlerin gelişimi ve sürdürülmesinde büyük bir öneme sahip olduğu varsayılmıştır.

Hem AN hem de BN'nın özünde bilişsel bozukluklar olduğu ve asıl bilişsel bozulmanın vücut ağırlığı ve biçimiyle ilgili düşünce ve değerlerden oluşan karakteristik bir dizi şeklinde ortaya çıktığı tartışılmaktadır (Fairburn, 1997). Yeme bozukluğu olan bireyler kendilerini özellikle yeme düzeni, vücut şekli veya ağırlığı ve bu unsurlar üzerindeki kontrollerini sürdürebilme becerileri açısından değerlendirirler (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Kilo, vücut şekli, yemek ve yeme düzeni hakkındaki alışılmadık inançlarla nitelendirilen bilişsel bozukluklar AN'da da, BN'da da tespit edilmiştir (Cooper, 1997). Birçok bilişsel-davranışçı model (Fairburn, Cooper ve Cooper, 1986; Garner ve Bemis, 1982) yeme bozukluklarına Beck'e ait depresyonun bilişsel teorisini (Beck, 1979) uygulamaktadır. Bu teoriler, yeme bozuklukları semptomlarının beden ölçüleri, vücut şekli ve ağırlığıyla ilgili uyumsuz düşünme örüntülerinden (olumsuz otomatik düşünceler ve işlevsiz varsayımlar) dolayı oluştuğunu ve bu sayede sürdürüldüğünü savunmaktadır.

Beck'in (1967; 1979) tanımıyla şemalar, aktive olduklarında kişinin algısını ve yakın çevresindeki olayları yorumlayışını doğrudan etkileyen bozulmuş düşünme örüntüleridir. Beck, inanç sistemlerinin yaşam deneyimi sonucu ortaya çıktığını ve bu deneyimler olumsuz olduğunda (bir ebeveynin kaybı, akranlar tarafından dışlan-

ma, eleştirilme gibi) dünya hakkında işlevsiz varsayımların geliştiğini iddia etmektedir. Temelinde yatan bu varsayımların, kişinin üzerinde çok az kontrolü olduğu olumsuz otomatik düşünceleri aktive ettiği belirtilmektedir. Bu düşünceler, güncel durumların yorumlanışını, geçmiş deneyimlerle ilgili anıları veya gelecek hakkındaki inançları içerebilir. Yeme bozukluklarında, “Zayıflık çok güzeldir” ya da “Kilo almam kontrolden çıktığım anlamına gelir” gibi altta yatan işlevsiz varsayımlar, otomatik düşüncelere “Zayıfsam özel biriyimdir” ve “Suçluluk duygularımdan yemeyerek kurtulabilirim” şeklinde yansır (Garner ve Bemis, 1982). Bunun gibi tipik bir şekilde işlevsiz öz-değerlendirme örüntüleri, davranışsal ve tutumsal özellikler yeme bozukluklarında yaygın olarak görülmektedir (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

Doksanlı yılların başlarında, yeme bozukluklarındaki temel inançların araştırılmasını etkileyen iki önemli gelişme oldu. Birincisi, yiyecek, vücut şekli ve ağırlığı etrafında dönen bilislere ek olarak yeme bozukluğuna sahip birçok kadının dünyayla olan ilişkilerinde genel bir benlik şeması gösterdiği iddia edildi (Vitousek ve Hollon, 1990). İkincisi ise Jeffrey Young’ın (1994) kişilik bozukluğu gösteren bireylerle olan klinik çalışmalarından yola çıkarak Beck’in temel inançlar konseptinin daha ayrıntılı bir kavramsallaştırmasını önermesiydi. Bunun sonucunda, olumsuz otomatik düşüncelerin ve işlevsiz varsayımların, yeme bozuklukları psikopatolojisinin bilişsel altyapısını açıklamak için yeterli olamayacağı (Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000) ve bir yeme bozukluğunun gelişebilmesi için hem altta yatan varsayımların (yeme düzeni, vücut şekli ve ağırlığı hakkında) hem de kişinin kendisi

hakkındaki olumsuz temel inançların aynı anda varolması gerektiği öne sürüldü (Cooper, Todd ve Wells, 1998).

Young'ın şema odaklı terapisi Beck'in geliştirdiği bilişsel modeli daha detaylı ele alır ve EDUŞ'ları öne sürer. EDUŞ'lar, kişiye ve onun diğerleriyle olan ilişkilerine dair yaygın temalardır (Young, 1994) ve kişinin farkındalığı dışında faaliyet gösterir (Young ve Gluhoski, 1996). Beck'in yaptığı gibi Young (1994) da uyumsuz şemaların çocuklukta önemli başkalarıyla olan olumsuz etkileşimler veya deneyimler sonucunda ortaya çıktığını ve daha sonraki davranışları, düşünceleri, duyguları ve ilişkileri işlemede ve tanımlamada bir şablon görevi gördüğünü farz etmektedir.

Şema, temel inanç, olumsuz otomatik düşünce ve işlevsiz varsayım kavramları alanyazında sıklıkla kullanılmaktadır fakat bu bilişsel ifadeler arasında hassas ayrımlar vardır. İlk olarak, otomatik düşünceler ve işlevsiz varsayımlar koşula bağlı olurken (örn. "Tam bir fiyaskoyum çünkü şişmanım"), temel inançlar kişinin kendisi hakkında koşulsuz inançlardır (örn. "Tam bir fiyaskoyum"). İkincisi, aktive olduklarında temel inançlar, olumsuz otomatik düşüncelerden ya da altta yatan varsayımlardan daha yüksek duygu düzeyleriyle ilişkilidir. Son olarak temel inançlar, değişime oldukça dirençli olan ve geleneksel bilişsel davranışçı terapinin nüfuz edemediği kararlı yapılardır. Young'ın (1994) modeline göre şemalar biliş ve duygunun en derin düzeyini temsil eder. Yeme bozuklukları açısından bakıldığında, uyumsuz temel inançlar, şema telafisi aracılığıyla vücut ağırlığı ve şekli konusunda işlevsiz varsayımların gelişmesine neden olurlar (Young, 1994); bu hususların kontrolü, kişinin kendisine ilişkin olumsuz inançlarının telafi edilmesini sağlar (Sarin ve Abela, 2003). Öyle ki olumsuz temel inançların yeme, vücut ağırlığı ve şekliyle ilgili

işlevsiz varsayımlarla birleşmesi, yeme bozukluğu etiyojisinin temelini oluşturabilir (Sarin ve Abela, 2003).

1.2.6. İşlevsiz inançlar ve yeme bozuklukları. Anorektik kadınlarla bulimik kadınların normal kontrol gruplarına kıyasla, dünyaya ilişkin daha çok negatif ve daha az pozitif inançlara sahip olma eğiliminde oldukları görülmüştür (Cooper, Todd ve Cohen-Tovée, 1996). Dolayısıyla yeme bozukluğu olan kadınların inançları, sadece kendilerine dair olumsuz bir bakış açısını yansıtmamakla beraber genel olarak negatif bir değerlendirme tarzına işaret etmektedir. Yeme bozukluklarında benlik şemasına dair yapılan ilk çalışmalar (Vitousek ve Hollon, 1990), altta yatan işlevsiz inançlar yerine yüzeysel otomatik düşüncelere odaklandığı için eleştirilmiştir (Cooper, 1997). Buradan hareketle, yeme bozukluklarının bilişsel temeline ilişkin araştırmalar, temel inançlar formundaki şemaların spesifik bilişsel içeriğine odaklanmaya başlamıştır.

1.2.6.1. Temel inançlar ve yeme psikopatolojisi arasındaki ilişkiler. Çeşitli ölçeklerin kullanıldığı araştırmalar, yeme bozukluğu olan kadınların istikrarlı bir şekilde kontrol grubunu oluşturan kadınlardan daha fazla işlevsiz inançlara sahip olduğunu göstermektedir (Cooper, Cohen-Tovée, Todd ve ark., 1997; Leung, Waller ve Thomas, 2000; Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000). Büyüklenmecilik şeması haricinde, kontrol grubundaki kadınların kısıtlayıcı anorektik, bulimik anorektik ve bulimik kadınlardan tüm temel inanç alt ölçeklerinde daha düşük puanlar aldıkları gözlenmiştir (Leung, Waller ve Thomas, 2000). Üstelik olumsuz temel inanç düzeyleri, yeme bozukluğu semptomlarının varlığı ve sıklığıyla ilişkilendirilmiştir (Leung, Waller ve Thomas, 2000; Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000; Waller ve ark.,

2003). Davranışlar genellikle değerli bir işleve hizmet ettiği için temel inançların, yeme bozukluğu semptomatolojisi seçimiyle ilişkilendirilebileceği öne sürülmüştür (Vitousek ve Hollon, 1990; Vitousek, Watson ve Wilson, 1998).

1.2.6.1.1. Tıkınırcasına yeme. Bulimik tutum ve davranışlar, yüksek seviyede duygusal yoksunluk (Waller, Dickson ve Ohanian, 2002), sosyal izolasyon (Waller, Dickson ve Ohanian, 2002), bağımlılık/yetersizlik (Gongora, Derksen ve van Der Staak, 2004) ve yetersiz öz-denetim/öz-disiplin (Gongora, Derksen ve van Der Staak, 2004; Waller, Dickson ve Ohanian, 2002) inançları belirten bireylerde daha fazla görülmektedir. Daha fazla bulimik tutum ve davranış bildiren kadınlarda, daha fazla patolojik terk edilme ve hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık inançları bulunmaktadır (Jones, Harris ve Leung, 2005). Bulimik tutumlarda gelişme göstermedeki başarısızlık, Young Şema Ölçeği uzun formu ile ölçülen 16 temel inancın 10'uyla negatif bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Leung, Waller ve Thomas, 2000). Bulimik tutumlarda iyileşme göstermedeki başarısızlığın en güçlü göstergesi ise bağımlılık/yetersizlik inançlarıdır (Leung, Waller ve Thomas, 2000).

Özellikle tıkınırcasına yeme davranışıyla ilgili olarak literatüre bakıldığında sosyal istenmeme (Leung Waller ve Thomas, 1999a), duygusal baskılama/ketleme (Waller ve ark., 2001; Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000), yetersiz öz-denetim ve sosyal izolasyon (Waller ve ark., 2001) şemaları ilişkili bulunmaktadır. Ayrıca terk edilme, duygusal baskılama/ketleme ve güvensizlik/suistimal edilme inançlarının, bulimik kadınlarda tıkınırcasına yeme sıklığı ile çocuklukta cinsel istismar ilişkisine dolaylı etkisi olduğu bulunmuştur (Waller ve ark., 2001).

Duygusal ketleme, bağımlılık/yetersizlik, terk edilme ve kendini feda inançları BN ve TYB hastalarını birbirinden ayırmaktadır (Waller, 2003). Ayrıca yalnızca TYB’nda, tıknırcasına yeme davranışının sosyal izolasyon, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık ve yüksek standartlar şemalarıyla pozitif bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Waller, 2003). Başka bir deyişle bu şemalar yalnızca TYB’ndaki bulimik davranışlarla ilişkili olabilir. Bu çalışmaya göre her iki grupta da benzer seviyede temel inançlar tespit edilmiştir (TYB’na sahip olan kadınların başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik ve büyüklenmecilik şemalarında daha patolojik skorlar elde etmesi dışında). Ancak TYB’nda, daha şiddetli tıknırcasına yeme davranışı daha sağlıklı temel inanç düzeyleriyle ilişkilirken BN’lı kadınların, bozukluklarının şiddetine bakılmaksızın yüksek seviyelerde temel inançları olduğu görülmektedir.

Leung, Waller ve Thomas’a göre (1999a), kısıtlayıcı türde anoreksiyaya sahip olan kadınlar, yalnızca bir temel inanç, büyüklenmecilik hususunda bulimik anorektik veya BN’lı kadınlardan ayrılmaktadır. Kısıtlayıcı türdeki anorektikler, diğer iki klinik gruptan daha düşük skorlar elde etmektedir.

1.2.6.1.2. Çıkarım. Bulimik bireylerde, daha sağlıklı kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon ve sosyal istenmeme inanç seviyelerinin bilişsel davranışçı terapi süreci sonrasında kusma sıklığını azaltmada başarısızlığı öngördüğü bulunmuştur (Leung, Waller ve Thomas, 2000). Yine de kusma sıklığındaki değişimin yordayıcıları değerlendirildiğinde yalnızca kusurluluk/utanç şeması anlamlı bulunmuştur (Leung, Waller ve Thomas, 2000). Bununla birlikte, duygusal ketleme, terk edilme ve bağımlılık/yetersizlik şemalarıyla birlikte kusurluluk/utanç şeması, cinsel istismar

geçmiş olan bulimik kadınların kusma sıklığıyla da ilişkili bulunmuştur (Waller ve ark., 2001).

Bulimik anorektiklerle yapılan araştırmalar kusma sıklığının başarısızlık şemasıyla pozitif bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir (Leung, Waller ve Thomas, 1999a). Waller (2003) BN'da kusma sıklığı ile temel inançlar arasında bir ilişki bulunamamış olsa da, bulimik hastaların yüksek terk edilme ve düşük kendi feda şemaları açısından TYB hastalarından ayrıldığını görmüştür. Düşük seviyedeki terk edilme şemasının, çıkarma davranışlarına karşı koruyucu olduğunu öne sürmüştür.

1.2.6.1.3. Kısıtlama. Temel inançların kısıtlayıcı bozuklukların etiolojisindeki rolü üzerinde çok fazla durulmamış olsa da, kısıtlayıcı anorektiklerin büyüklenmecilik şemasında bulimik kadınlara kıyasla daha düşük puanlar alması dışında diğer şemalarda anorektik bulimik veya bulimik kadınlardan bir farkı olmadığı görülmüştür (Leung, Waller ve Thomas, 1999a). Ayrıca büyüklenmecilik şeması, anorektik davranışlardaki değişimlerle ilişkili bulunan tek temel inançtır (Leung, Waller ve Thomas, 1999a). Bağımlılık/yetersizlik ve duygusal ketleme şeklindeki benlik algıları da bulimik kadınlar arasında kısıtlayıcı yeme tutumlarıyla ilişkili bulunmuştur (Waller, Dickson ve Ohanian, 2002).

Sağlıksız yeme davranışlarının duygusal sıkıntıların üstesinden gelmede bir baş etme mekanizmasını temsil ettiği literatürde gösterilmiştir (Heatherton ve Baumeister, 1991; Meyer, Waller ve Waters, 1998). Temel inançlarla şiddetli olumsuz duygulanım arasındaki kuramsal bağ dikkate alındığında (Young, 1994), temel inançların bu mekanizmada bir rolü olabilir (Jones, Leung, ve Harris, 2007). Örneğin, kusurluluk/utanç şeması çoğunlukla kusmayla ilişkilendirildiği için bu davranışın, rahatsız

edici duyguların farkındalığını azaltarak (Pitts ve Waller, 1993) yabancılaşma ve aşağılık duygularını ortadan kaldırma amacı taşıdığı düşünülebilir (Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000). Aynı şekilde bağımlılık/yetersizlik şemasının, bulimik tutumların sürdürülmesinde önemli olduğu görülmektedir (Fairburn, Kirk, O'Connor ve ark., 1987).

1.3. Savunma Mekanizmaları

Savunma mekanizması kavramı, psikanalitik teorinin bir sonucu olarak ortaya çıkmış ve ilk kez Sigmund Freud tarafından tanımlanmış ve Anna Freud (1946) tarafından da genişletilmiştir. Savunma mekanizmaları, intrapsişik çatışmalar ve onların nahoş duygulanımlarından insanları koruma amacı taşıyan bilinçdışı zihinsel süreçler olarak betimlenmektedir (Chabrol ve Callahan, 2004; akt., Walburg ve Chiaramello, 2015). Cramer'a (1998) göre, savunma mekanizmaları bilinçdışı olarak kullanılır, insanları içsel ve dışsal stresli durumlardan korur ve duygusal düzenleme ve uyumu sağlayarak bu durumların üstesinden gelmelerine yardımcı olurlar. Ancak bunu yaparken gerçeklik algısını da bozabilirler.

Savunma mekanizmaları altı hiyerarşik düzeye ayrılabilir (Cramer, 2000): çok uyumlu (diğergamlık, mizah, yüceltme, baskılama); zihinsel ketleme (yer değiştirme, disosiasyon, entellektüalizasyon, yalıtma, yapma-bozma); minör görüntü bozulması (değersizleştirme, idealleştirme, tümgüçlülük); reddetme (inkar, yansıtma, mantıksallaştırma); majör görüntü bozulması (otistik fantezi, yansıtmacı özdeşleşme, bölünme); eylem (dışa-vurum, kayıtsız geriçekilme, pasif saldırganlık); ve savun-

macı bozulma (delüzyonel yansıtma, psikotik inkar, psikotik distorsiyon). Bununla birlikte bu savunma mekanizmaları olgun, nevrotik ve immatür olmak üzere üç düzeyde de sınıflandırılabilir (Chabrol ve Callahan, 2004; akt., Walburg ve Chiaramello, 2015). Bu çalışmada üç düzeyli sınıflandırma kullanılmıştır.

1.3.1. İmmatür savunmalar. Bu savunma mekanizmaları yetişkinlerde genellikle mevcuttur ve tehditkar kişiler veya rahatsızlık verici gerçekliklerden dolayı oluşmuş sıkıntı ve kaygıyı azaltmaktadır. Bu savunmaların aşırı kullanımı olgunlaşmamış, baş etmesi zor ve gerçeklikten kopuk oldukları için toplum tarafından fazla kabul görmemektedir (Vaillant, Bond ve Vaillant, 1986).

1.3.1.1. Yansıtma. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, haksız yere bir diğerine kendi kabul edilemeyen duygu, dürtü ve düşüncelerini atfederek baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.2. Pasif saldırganlık. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, başkalarına yönelik saldırganlığını dolaylı ve çekingen bir şekilde ifade ederek baş eder. Örtük direnç, içerleme ve düşmanlığı maskeleyen açık bir boyun eğme yönü vardır. Pasif saldırganlık çoğunlukla bağımsız eylem veya performans taleplerine ya da bağımlı isteklerin tatmin edilmeyişine yanıt olarak ortaya çıkar ancak alt pozisyonlarda olan ve açık bir şekilde girişkenlik gösterme şansı olmayan kişiler için uygun olabilir (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.3. Dışa vurma. Kişi duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, düşünce ve duygular yerine eylemlerle baş eder. Bu tanım, psikoterapi

sirasındaki aktarım duygu ve düşüncelerinin dışa vurulması anlamına gelen orijinal dışa vurma kavramından daha geniştir ve aktarım ilişkisinin hem içinde hem dışında meydana gelen davranışları içerir. Savunmacı dışa vurma “kötü davranış”la aynı anlama gelmemektedir çünkü davranışın duygusal çatışmalardan kaynaklandığına dair kanıt olması gerekir (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.4. Yalıtma. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, düşünceleri başlangıçta ona eşlik eden duygulardan ayırarak baş eder. Kişi, söz konusu düşünceyle (örn. travmatik bir olay) ilgili duygularla olan bağlantısını yitirirken, bilişsel unsurlarının (örn. tanımlayıcı detaylar) bilincindedir (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.5. Değersizleştirme. Kişi kendi öz saygısını korumak adına diğerini değersizleştirir. Narsisistik kişilerde oldukça açık olmasına rağmen, değersizleştirme daha üstü kapalı bir şekilde de ortaya çıkabilir. Genellikle tedavi sırasında, dikkate değer terapötik aktiviteye rağmen terapinin yardımcı olmadığına dair şikayette bulunanlarda klinik bir görünüm alabilir (Blackman, 2004).

1.3.1.6. Otistik fantezi. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, insan ilişkileri, daha etkili eylemler veya problem çözme yerine aşırı gündüz düşü kurarak baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.7. İnkâr. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, dış gerçekliğin acı verici yönlerini veya başkalarına aşık olan öznel deneyimini kabul etmeyi reddederek baş eder. Psikotik inkar terimi, gerçeği değerlendirme

yetisinde önemli derecede bozulma olduğunda kullanılmaktadır (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.8. Yer değiştirme. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, bir nesneyle ilgili duyguyu veya bir nesneye verilen tepkiyi, o nesnenin ikamesi olan (çoğunlukla daha az tehditkar) başka bir nesneye aktararak baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.9. Disosiasyon. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, çoğunlukla bütünleşmiş olan bilinç, hafıza, kendilik ve çevre algısı veya sensorimotor davranışta bir bozulmayla baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.10. Bölünme. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, birbirine zıt duygu durumlarını ayırarak ve kendilik ve diğerlerine ait olumlu ve olumsuz özellikleri tek bir imgede birleştirmeyi başaramayarak baş eder. İkircikli duygular aynı anda deneyimlenemediği için, kendiliğe ve diğerlerine yönelik daha dengeli görüş ve beklentiler duygusal farkındalıktan dışlanır. Kendilik ve nesne imgeleri zıt kutuplar arasında gidip gelmektedir: özellikle sevecen, güçlü, değerli, korumacı veya nazik ile kötü, nefret dolu, öfkeli, yıkıcı, reddedici veya değersiz (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.11. Mantıksallaştırma/rasyonalizasyon. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, yanlış ama güven verici veya kendine hizmet eden açıklamalarını ayrıntılandırma aracılığıyla kendi düşünce, eylem ve duygularının altında yatan gerçek motivasyonlarını saklayarak baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.1.12. Bedenselleştirme. Tıbbi bulgular olmadığı halde kişinin bedeni ve bedeninin işlevleriyle ilgili bilinçli sembolik korkuları mevcuttur. Kişi depresyon, yalnızlık, tatminsizlik ve yoksunluktan (genellikle oral) kaynaklanan acı verici duygulardan kaçınmak için dikkatini bedenine verir (Blackman, 2004).

1.3.2. Nevrotik savunmalar. Bu savunma mekanizmaları nevrotik olarak görülmektedir ve yetişkinlerde oldukça yaygındır. Bu savunmaların baş etmede yalnızca kısa vadeli avantajları bulunmaktadır ve kişinin temel savunma biçimi haline geldiğinde ilişkilerde, iş hayatında ve hayattan keyif almada uzun vadeli problemlere sebep olabilmektedir (Vaillant, Bond ve Vaillant, 1986).

1.3.2.1. Yapma bozma. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, kabul edilemeyen düşünce, duygu veya eylemleri hükümsüz kılması ya da sembolik bir şekilde telafi etmesi için tasarlanmış sözcük veya davranışlarla baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.2.2. Yapay özgecilik/psödo altruizm. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, başkalarının ihtiyaçlarını karşılamaya kendini adayarak baş eder. Bazen karşıt tepki geliştirmenin özelliği olan fedakarlığın aksine, kişi ya diğerleri adına ya da diğerlerinin tepkisinden tatmin alır (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.2.3. İdealleştirme. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, diğerlerine abartılı olumlu nitelikler atfederek baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.2.4. Karşıt tepki geliştirme. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, kendi kabul edilemeyen düşünce ve duygularını, bunlarla taban

tabana zıt davranış, düşünce ve duygularla ikame ederek baş eder. Bu durum çoğunlukla kabul edilemeyen duygu ve düşüncelerin bastırılmasıyla birlikte gerçekleşir (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.3. Olgun savunmalar. Bu savunmalar genellikle duygusal olarak sağlıklı yetişkinlerde bulunmaktadır. Yıllar içinde insan toplumunda ve ilişkilerinde başarıyı optimize etmek amacıyla adapte edilmiştir. Bu savunmaların kullanımı memnuniyeti ve kontrol hislerini arttırmaktadır. Bu savunmalar etkililiğini korurken çelişkili duygu ve düşüncelerin birleştirilmesine yardımcı olmaktadır (Vaillant, Bond ve Vaillant, 1986).

1.3.3.1. Yüceltme. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, uyumsuz duygu ve dürtüleri sosyal açıdan kabul edilebilir davranışlara (örn. saldırgan dürtüleri kanalize etmek için temas sporları) kanalize ederek baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.3.2. Mizah. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, çatışma ya da stres faktörünün eğlenceli veya ironik yönlerini vurgulayarak baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.3.3. Beklenti. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal faktörlerle, gelecekteki olası olayların duygusal tepkilerini önceden deneyimleyerek veya sonuçlarını tahmin ederek ve gerçekçi, alternatif tepkiler ya da çözümleri düşünerek baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.3.4. Baskılama. Kişi, duygusal çatışma ve içsel ya da dışsal stres faktörleriyle, bilinçli olarak rahatsız edici sorunlar, istekler, duygular veya deneyimler

hakkında düşünmekten kaçınarak baş eder (4th ed., text rev.; DSM–IV–TR; American Psychiatric Association, 2000).

1.3.4. Yeme bozukluklarında kullanılan savunma mekanizmaları. AN ve BN'nın gelişimi ve sürdürülmesinde savunma mekanizmalarının rolü üzerine geniş bir psikodinamik ve klinik literatür bulunmaktadır. İnkâr (Bruch, 1973; Sours, 1980, akt.; Stein, Bronstein ve Weizman, 2003), AN hastalarında merkezi bir savunma mekanizması olarak değerlendirilmektedir. Zayıflığın, hastalığın ve tedavi ihtiyacının inkârında kendini gösterir ve hastanın yaygın yetersizlik hisleriyle baş etmesine yardımcı olur (Stein, Bronstein ve Weizman, 2003). Yatılı tedavi gören AN hastalarının, yatılı tedavi gören diğer psikiyatrik hastalara ve sağlıklı kontrollere göre entellektüalizasyonu, yatılı tedavi gören diğer psikiyatrik hastalara göre ise yüceltmeyi daha sık kullandıkları tespit edilmiştir (Gothelf ve ark., 1995).

Freud (1905; akt., Schwartz, 1986), ağızdan içe alma mekanizmalarının aktif ödipal-genital arzularla karışmasının, çocuğun yeme arzusu aracılığıyla babanın bebeğini doğurmasını yansıttığını belirtmektedir. Freudyen perspektif BN'yı, yer değiştirmenin ve genital arzulardan gerilemenin temsili olarak görür. Dışarı atıcı kusma eylemi, mideye alınmış fallus-bebeği sembolik bir şekilde reddederek ve babayı kastre edip ona sahip olmaktan duyulan suçluluğu mazoşistik biçimde dindirerek içe alma arzusunu deseksüalize eder (Leonard, 1944). Sachs (1929) babayla sürdürülen bu oral ilişkinin, ödipal bağıın ideal hüsrânına, vazgeçişine ve yüceltmesine engel olduğunu, bu durumun özerk bir süperego oluşumunu engellendiğini ve sadistik özeleştirii ile dürtüsel dışı vurmaya katkıda bulunduğunu öne sürmektedir.

Johnson ve Connors (1987; akt., Chassler, 1998) yeme bozuklukları hastalarının sınır durum, narsisistik ve nevrotik özellikler taşımaları açısından birbirlerinden ayrıştıklarını belirtmektedir. Buna göre sınır durum bulimik hastalarda en belirgin durum, ebeveynlerin ilgi eksikliğinin art niyetli bir ihmal olarak deneyimlenmesidir ve ebeveynin mesafeliliğinin sevilmediklerinin, değersiz olduklarının ve cezalandırılmayı hak ettiklerinin bir göstergesi olarak içselleştirmektedirler. Kendi için somut temsili olan beden vasıtasıyla kendilerine zarar verme ve kendilerini cezalandırma eğilimi taşımaktadırlar. Kendine zarar verme aynı zamanda depersonalizasyonu engelleme işlevi de görmektedir. Bu tipteki bulimik hastalar paranoid savunmayı kullanırlar ancak kaosu yatıştırmak için yiyecek gibi bazı şeyleri dışarıdan içeriye almaları gerekir.

Sınır durum grubun aksine narsisistik bulimik hastalar ebeveynlerin mesafeliliğini kasıtlı veya kötücül olarak deneyimlememektedir. Ego kaynakları daha sofistikedir, bu yüzden gerilemeler açıkça görülmez ve kaçınma, inkar, yalıtma ve entellektüalizasyon savunmalarını kullanırlar. İnfantil ihtiyaçlarını ayırır ve izole ederler. Sorumluluk sahibi biri gibi görünürken bir taraftan da kendilerini muhtaç hissederler ve bu arzularının tanınmasını isterken bir yandan da muhtaçlıklarını göstermekten korkarlar.

Nevrotik grup yeterli intrapsişik yapıya sahiptir ve yeme bozukluğu başlangıcı gelişimsel bir uyum tepkisi olarak görülür. Bulimiyanın varlığı, cinsellik ve agresyon gibi çelişkili dürtülerin telafi edici bir alternatifi ya da diyet yapma konusunda yanlış bilgilendirilme sonucu ortaya çıkmış uyumsuz bir davranış olabilir.

Yapılan araştırmalar, yeme bozukluğu olan kişilerin, olmayanlara göre immatür savunmaları daha fazla kullandığını göstermektedir (Schmidt, Tiller ve Treasure, 1993; Steiger, Feen, Goldstein ve ark., 1989; Steiger ve Houle, 1991). Blaase ve Elklit (2001), yeme bozukluğu gösteren, geçmişte yeme bozukluğu olan iyileşmiş ve daha önce hiç yeme bozukluğu yaşamamış sağlıklı kişiler arasında savunma mekanizmalarının kullanımını araştırmıştır. Buna göre yeme bozukluğu gösteren grup matür bir savunma biçimi olan mizah savunmasında, iyileşmiş gruba göre anlamlı bir şekilde daha düşük puan alırken; karşıt tepki oluşturma (nevrotik savunma biçimi), otistik fantezi, yer değiştirme ve bedenselleştirme (immatür savunma biçimleri) savunmalarında daha yüksek bir puan almıştır. Bununla birlikte sağlıklı grubun, yeme bozukluğu gösteren gruptan anlamlı bir şekilde daha fazla mizah, daha az yapma-bozma (nevrotik savunma biçimi), daha az yansıtma, otistik fantezi, yer değiştirme ve bedenselleştirme (immatür savunma biçimleri) kullandığı görülmüştür.

Birçok vaka raporu, yeme bozukluklarında disosiyatif durumların ilişkisini vurgulamaktadır (Torem, 1986). Bununla birlikte birçok çalışma klinik yeme bozukluğu örnekleminde, sağlıklı kontrollere kıyasla daha yüksek seviyelerde disosiyatif psikopatoloji olduğunu göstermiştir (Demitrack, Putnam, Brewerton ve ark., 1990; La Mela, Maglietta, Castellini ve ark., 2010; Waller ve ark., 2003). Bulimik bozukluklara sahip kadınlarda, disosiasyonun tıkınırcasına yeme şiddetinde önemli bir rolü olduğu bulunmuştur (Everill, Waller ve Macdonald, 1995; McCallum, Lock, Kulla ve ark., 1992); ayrıca depersonalizasyon ve derealizasyon (Abraham ve Beumont, 1982) hisleri gibi istemsizlik, amnezi ve zamansızlığın disosiyatif nitelikleri tıkınırcasına yeme deneyiminin genel özellikleri olarak kabul edilmektedir (Demitrack, Putnam,

Brewerton ve ark., 1990; Torem, 1986). Klinik olmayan örnekleme de sağlıklı yeme tutumları disosiasyonla ilişkili bulunmuştur (Meyer ve Waller, 1998; Rosen ve Petty, 1994). Reto, Dalenberg ve Coe (1993) disosiasyonun bulimiya için bir risk faktörü olduğunu bulmuştur.

1.4. Araştırmanın Amacı

Yeme bozukluklarının klinik ve teorik önemi baz alındığında, farklı yönlerinin araştırılması ve çalışılması gerekmektedir. Bu yüzden, bu çalışma yeme tutumlarının EDUŞ'lar ve savunma biçimleriyle ilişkisini araştırmaktadır. Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

- Kişilerin yeme tutumlarındaki bozulmalar arttıkça, EDUŞ'lardan alınan puanlar da artmaktadır.
- Kişilerin yeme tutumlarındaki bozulmalar arttıkça, immatür savunmaların kullanımını da artmaktadır.
- EDUŞ'lar, kişilerin yeme tutumlarına göre (normal ve anormal yeme tutumları) farklılık göstermektedir.
- Savunma biçimleri, kişilerin yeme tutumlarına göre (normal ve anormal yeme tutumları) farklılık göstermektedir.
- Anormal yeme tutumuna sahip kişiler, normal yeme tutumuna sahip kişilere göre daha fazla immatür savunma biçimini kullanmaktadır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Yeme tutumları ve yeme bozuklukları konusunda literatürde çok fazla araştırma mevcuttur. Ancak ülkemizde yeme tutumlarını inceleyen araştırmalar sınırlıdır. Yeme bozukluklarının dünya çapında giderek artmakta olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla ülkemizde de bu konudaki çalışmaların artması ölüm oranlarının oldukça yüksek olduğu bu patolojilerin açıklanmasına katkıda bulunacaktır.

Yeme bozukluklarında en sık kullanılan tedavi yöntemi bilişsel davranışçı terapidir ancak etkili olmakla birlikte başarı oranı sınırlıdır ve bu yüzden de şema terapi, yeme bozuklukları tedavisinde gün geçtikçe daha fazla ilgi görmektedir (Pugh, 2015). Bu sebeple, yeme bozukluklarında hastaların sahip olduğu EDUŞ'ları tespit etmek tedavi açısından ayrı bir önem taşımaktadır.

Yeme bozukluğu olan kişilerin sağlıklı kişilere göre daha fazla immatür savunma kullandığı bilinmektedir (Steiner, 1990). Savunma mekanizmaları kişiliğin bir parçasıdır ve değişime çok açık yapılar değildir. Yeme bozukluğuna sahip kişilerde görülen immatür savunma biçimlerinin, bu kişileri yeme bozukluğu gelişiminden önce de tanımladığı düşünülmektedir (Steiger ve Houle, 1991). Ancak savunma biçimlerinin yeme bozukluğunun tedavi edilmesiyle değişebildiğini gösteren çalışmalar da vardır (Vitousek ve Manke, 1994; Yager, Rorty ve Rossotto, 1995). Bu çalışmalar yeme bozukluğu semptomlarının kendilik üzerinde ne kadar büyük bir etkisi olduğunu göstermektedir. Eğer tedavi sonrası savunma biçimlerinde bir değişim meydana geliyorsa, yeme bozukluklarıyla birlikte görülen savunma

mekanizmalarını belirlemenin terapide çalışılması gereken konular açısından büyük bir öneme sahip olduğu da su götürmezdir. Yeme bozukluklarında kullanılan savunma biçimlerini Türk popülasyonunda inceleyen bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Bu çalışma, literatürdeki bu açığı kapatmayı hedeflemektedir.

2. Yöntem

2.1. Evren ve Örneklem

Örneklem, kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak internet üzerinden çevrim-içi bir anket platformu kullanılarak ulaşılan katılımcılardan ve İstanbul Bilim Üniversitesi 2. ve 3. sınıf psikoloji öğrencilerinden oluşmaktadır. Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya 371 kişi katılmıştır. Araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunu %79.2 ($N = 294$) ile kadınlar oluşturuyorken erkekler %20.8'ini ($N = 77$) oluşturmaktadır. Katılımcıların yaşları 19-64 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 30.5$, $SD = 9.65$). Katılımcıların %66.3'ü ($N = 246$) bekar, %30.5'i ($N = 113$) evli ve %3.3'ü ($N = 12$) boşanmış veya duldur. Eğitim düzeyleri incelendiğindeyse örneklem %41.8'i ($N = 155$) üniversite, %29.4'ü ($N = 109$) lise ve altı, %23.2'si ($N = 86$) lisansüstü ve %5.7'si ($N = 21$) önlisans diplomasına sahiptir. Sosyoekonomik açıdan bakıldığında katılımcıların %82.7'si ($N = 306$) ailesini orta, %14.1'i ($N = 52$) üst ve %3.2'si ($N = 12$) ise alt sınıf olarak tanımlanmaktadır.

2.2. Veri Toplama Araçları

2.2.1. Demografik veri formu. *Ek A'* da görülebileceği üzere araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcılara ait demografik bilgileri, ailevi özellikleri, fiziksel özellikleri, arzu edilen boy/kilo oranını, kilo değerlendirmelerini, spor ve diyet davranışlarını araştıran soruları içeren bir bilgi formudur.

2.2.2. Yeme Tutum Testi (YTT). Yeme Tutum Testi (YTT), Garner ve Garfinkel (1979) tarafından yeme tutumlarındaki anormallikleri incelemek için geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Başlangıçta yalnızca AN'yı tespit etmeyi amaçlamış olsa da, araştırmalar klinik olmayan örnekleme bozuk yeme tutumlarına olan eğilimi de ölçebildiğini göstermiştir (Mintz & O'Halloran, 2000). Kırk sorudan oluşan 6'lı likert tipinde bir ölçektir ve cevaplar "Asla" ile "Daima" arasında değişmektedir. 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 numaralı sorularda "Asla" 3, "Nadiren" 2, "Bazen" 1 ve diğer cevaplar "0" olarak puanlanır. Diğer itemler için "Daima" 3, "Çok sık" 2, "Sık sık" 1 ve diğer cevaplar "0" olarak puanlanır (Garner ve Garfinkel, 1979). Ölçekten alınan puanlar arttıkça yeme tutumlarındaki bozulmalar da artmaktadır. Ölçekte 30 ve üstü puanlar bozuk yeme tutumları için bir eğilime işaret etmektedir (Garner ve Garfinkel, 1979). Yiyeceklerle aşırı uğraş, zayıflıkla ilgili beden imgesi, laksatif kullanımı ve kusma, diyet, yavaş yeme örüntüleri, başkalarının önünde yemekten kaçınma ve kilo alımına yönelik sosyal baskılar olmak üzere 7 faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin anorektik denekler için güvenilirlik kat-

sayısı .79, anorektik ve kontrol grubunun toplam güvenilirlik katsayısı ise .94'tür (Garner ve Garfinkel, 1979).

YTT, Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Yapılan analizler Türkçe versiyonunun oldukça güvenilir ve geçerli olduğunu göstermiştir. Test-tekrar test korelasyonu $r = .65$ ve Cronbach Alpha katsayısı .70 olarak bulunmuştur. Bu versiyonda kilo alma endişesi, diyet yapma, sosyal stres ve zayıflıkla aşırı meşguliyet olmak üzere dört faktör bulunmaktadır. Yeme Tutum Testi'nin bu versiyonunda herhangi bir kesme puanı bulunmamaktadır. Bu yüzden mevcut araştırmada kesme puanı orijinal ölçekte olduğu gibi 30 olarak alınmıştır. YTT'nin Türkçe versiyonu *Ek B*'de görülebilir.

2.2.3. Young Şema Ölçeği – Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3). Young Şema Ölçeği (YŞÖ), 16 şemayı tespit etmek için 1990 yılında Young (akt., Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, Young şema ölçekleri arasında en uzun olanıdır ve 205 sorudan oluşmaktadır, daha sonra 15 şemayı tespit etmek amacıyla 1998 yılında sorular Young tarafından 75'e indirilmiştir. YŞÖ'nin üçüncü versiyonu, erken dönem uyumsuz şemaları değerlendiren 90 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü versiyon, ikinci versiyona eklenen onay arayıcılık, cezalandırıcılık ve kötümserlik şemaları ile toplam 18 şemayı ölçmektedir ve bu şemalar, ayrılma ve reddedilme, zedelenmiş özerklik ve performans, zedelenmiş sınırlar, başkalarına yönelimlilik ve aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme olmak üzere beş alana ayrılmaktadır (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Bu alanlar; terk edilme/istikrarsızlık, güvensizlik/suistimal edilme, duygusal yoksunluk, kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon/yabancılaşma, bağımlılık/yetersizlik, hastalıklar ve zarar görme karşısında

dayanıksızlık, yapışıklık/gelişmemiş benlik, başarısızlık, hak görme/büyüklenmecilik, yetersiz özdenetim/özdisiplin, boyun eğicilik, kendini feda, onay arayıcılık/tanınma arayıcılık, olumsuzluk/karamsarlık, duygusal baskılama/ketleme, yüksek standartlar/aşırı eleştiricilik ve cezalandırıcılık/acımasızlık şemalarını içermektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Sorular 6'lı likert tipi ölçek üzerinden yanıtlanmaktadır; 1 "Benim için tamamıyla yanlış, 2 "Benim için büyük ölçüde yanlış, 3 "Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla, 4 "Benim için orta derecede doğru", 5 "Benim için çoğunlukla doğru" ve son olarak 6 "Beni mükemmel şekilde tanımlıyor" anlamına gelmektedir. Şemalardan alınan puanlar yüksek olduğunda, kişinin o şemalara sahip olma olasılığı da yükselmektedir (Ayrancı, 2015).

YŞÖ-KF3'ün Türkçe uyarlaması Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır (2009) tarafından bir üniversite popülasyonu üzerinde yapılmıştır. Analizler 14 faktörün meydana getirdiği beş şema alanı göstermektedir. Zedelenmiş Otonomi alanı iç içe geçme/bağımlılık, terk edilme, başarısızlık, karamsarlık, tehditler karşısında dayanıksızlık; Kopukluk alanı duygusal yoksunluk, duyguları bastırma, sosyal izolasyon/güvensizlik, kusurluluk; Yüksek Standartlar alanı yüksek standartlar, onay arayıcılık; Zedelenmiş Sınırlar alanı ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim ve Diğeri Yönelimlilik alanı kendini feda ve cezalandırılma şemalarını içermektedir (Soygüt, Karaosmanoğlu ve Çakır, 2009). YŞÖ-KF3'ün Türkçe'ye uyarlanmış versiyonu güvenilir ve geçerli bulunmuştur. Şema boyutları için iç tutarlık katsayıları $\alpha = .63 - .80$ arasında bulunurken, şema alanları için $\alpha = .53 - .81$ arasında bulunmuştur (Soygüt, Karaosmanoğlu, & Çakır, 2009). Ölçeğin Türkçe adaptasyonu *Ek C*'de görülebilir.

Bu çalışmada değerlendirme YŞÖ-KF3'ün Türkçe adaptasyonuna göre Duygusal Yoksunluk (1, 19, 37, 55, 73), Başarısızlık (6, 24, 33, 42, 60, 78), Karamsarlık (8, 17, 26, 35, 80), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik (3, 4, 40, 57, 58, 75, 76), Duyguları Bastırma (12, 30, 48, 66, 84), Onay Arayıcılık (16, 34, 52, 56, 70, 88), İç içe Geçme/Bağımlılık (7, 9, 10, 25, 63, 64, 79, 81, 82), Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim (15, 22, 32, 50, 51, 68, 69), Kendin Feda (11, 29, 47, 65, 83), Terk Edilme (2, 20, 28, 38, 74), Cezalandırılma (18, 49, 53, 54, 72, 89), Kusurluluk (23, 41, 43, 59, 77, 90), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık (21, 39, 44, 62, 71), Yüksek Standartlar (13, 14, 31) olmak üzere yapılmıştır.

2.2.4. Savunma Biçimleri Testi – 40 (SBT-40). Savunma mekanizmaları, kişinin benlik saygısını sürdürmesi için onu anksiyete ve aşırı negatif duygulanımdan koruyan baş etme stratejileridir (Zeigler-Hill ve Pratt, 2007). Ancak olgun savunmaların aksine, nevrotik ve immatür savunmaların bu görevi, kişiler arası ilişkiler ve gerçeklik duygusu pahasına yaptığı düşünülmektedir (Hay ve Williams, 2013). Bond, Gardner, Christian ve ark., (1983) Savunma Biçimleri Testi'ni (SBT) olgundan nevrotiğe ve nevrotikten immatür savunma biçimlerine doğru giden bir hiyerarşi mantığıyla oluşturmuştur. SBT-40, 40 maddeden oluşan ve 1'den (Bana hiç uygun değil) 9'a (Bana çok uygun) kadar oylanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her bir savunmaya 2 madde düşecek şekilde 20 savunma mekanizması ölçülmektedir. Üç belirli savunma biçimi olgun, nevrotik ve immatür savunmalardır ve farklı savunma mekanizmaları bu kategoriler altında organize olmaktadır. Olgun savunma biçimi mizah, baskılama, yüceltme ve beklenti savunma mekanizmalarını içermektedir. Nevrotik biçim karşıt tepki geliştirme, idealleştirme, yapay özgecilik

(psödo altruizm) ve yapma bozma savunmalarını içermektedir. Ölçülen immatür savunma mekanizmaları ise mantıksallaştırma (rasyonalizasyon), otistik fantezi (örn., “Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.”), yer değiştirme, yalıtma, disosiasyon, değersizleştirme, bölünme, inkar, pasif saldırganlık, somatizasyon, dışavurma, yansıtmadır (örn., “Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim.”; Zeigler-Hill ve Prat, 2007). Dolayısıyla SBT sonuçları farklı patolojik baş etme mekanizmalarını ayırabilir ve klinik ortamlarla birlikte klinik olmayanlarda da uygulanabilir (Sammallahti, Holi, Komulainen ve ark., 1996). SBT-40 iyi bir güvenilirliğe, iç tutarlılığa, test-tekrar test güvenilirliğine ve makul bir geçerliliğe sahiptir. Güvenirlik katsayıları matür savunma biçimi için .68, nevrotik savunma biçimi için .58, immatür savunma biçimi için ise .80 olarak verilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği matür savunma biçimi için .75, nevrotik savunma biçimi için .78 ve immatür savunma biçimi için .85’tir (Andrews, Singh ve Bond, 1993). Yüksek bir skor, savunma biçiminin yüksek bir düzeyde var olduğuna işaret eder.

SBT’nin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Yılmaz, Gençöz ve Ak (2007) tarafından yapılmıştır. Testin Türkçe versiyonunda da olgun, nevrotik ve immatür savunma biçimleri olmak üzere orijinaliyle aynı faktör yapısı gözlenmektedir. Kırk sorudan oluşan 9’lu likert tipi bir ölçektir. Olgun, nevrotik ve immatür savunma biçimlerinin iç tutarlılıkları sırasıyla .70, .61 ve .83’tür. Bununla birlikte, olgun, nevrotik ve immatür savunma biçimleri için madde toplam test korelasyon katsayıları sırasıyla .49 - .66, .42 - .63 ve .23 - .70 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu *Ek D*’de görülebilir.

2.3. İşlem

Bu araştırmada katılımcılara ulaşmak için kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çevrimiçi bir anket platformu olan Google Formlar üzerinden bir anket hazırlanmış ve Facebook hesapları, Facebook sayfa ve grupları, WhatsApp grupları ve çeşitli e-posta grupları üzerinden paylaşılmıştır. Ankete başlarken, katılımcılar araştırma hakkında ve araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı konusunda *Ek E*'de görülebilen Bilgilendirilmiş Onam Formu ile kısaca bilgilendirilmiştir. Örneklemin diğeri bir kısmını ise İstanbul Bilim Üniversitesi 2. ve 3. sınıf psikoloji öğrencileri oluşturmaktadır. Uygulama İstanbul Bilim Üniversitesi'nde ders saati içerisinde gerçekleştirilmiştir. Öğrenciler yazılı ve sözlü olarak araştırma hakkında ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı konusunda bilgilendirilmiştir. Anket süresi yaklaşık olarak 25-30 dakika sürmektedir.

2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri

Çalışmanın analizleri SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences, 2017) programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilks testleri ile incelenmiştir. Araştırmanın temel grupları olan normal yeme tutumu ve bozulmuş yeme tutumu olan gruplarda ölçek puanları normal dağılımı sağlamadığı için bağımsız ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ilişkilerin ortaya çıkarılması amacıyla Spearman korelasyon kat-

sayısı kullanılmıştır. p değerinin .05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar olarak değerlendirilmiştir.

3. Bulgular

Bu kısımda, araştırmanın amacı olan soruları cevaplamak için yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları yer almaktadır.

3.1. Yeme Tutumları ile Savunma Biçimleri ve Erken Dönem Uyumsuz Şemalar Arasındaki İlişkiler

Çalışma kapsamında YTT ile diğer ölçekler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda tüm ana ve alt boyutlara ait toplam puanlar hesaplanarak ilderlenmiştir. Tablo 3.1.'de görüldüğü üzere YTT toplam puanı ile SBT ana boyutlarından Matür Savunma Biçimleri toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmezken ($r_s = .05, p > .05$); Nevrotik ve İmmatür Savunma Biçimlerinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır ($r_s = .11, p < .05$; $r_s = .27, p < .01$). Bu sonuca göre nevrotik veya immatür savunma biçimlerini kullanma eğilimi artarken yeme tutumu da bozulmaktadır veya tam tersi meydana gelmektedir.

Tablo 3.1.

Yeme Tutum Testi ile Savunma Biçimleri Testi Ana Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

	Matür Savunma Biçimleri Toplam Puanı	Nevrotik Savunma Biçim- leri Toplam Puanı	İmmatür Savunma Biçim- leri Toplam Puanı
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.047	.113*	.272**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 3.2.'de görülebileceği gibi YTT toplam puanı ile Matür Savunma Biçimi ana boyutunu oluşturan tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > .05$).

Tablo 3.2.

Yeme Tutum Testi ile Matür Savunma Biçimi Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

	Yüceltme	Mizah	Beklenti	Baskılama
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.034	.047	.084	-.033

Tablo 3.3.'te görülebileceği gibi YTT toplam puanı ile Nevrotik Savunma Biçimi ana boyutunun Yapma - Bozma alt boyutu arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır ($r_s = .11$, $p < .05$).

Tablo 3.3.

Yeme Tutum Testi ile Nevrotik Savunma Biçimi Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

	Yapma - Bozma	Psödo Altru- izm	İdealleştirme	Karşıt Tepki Geliştirme (Reak- siyon Formasyon)
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.112*	.026	.061	.092

* $p < .05$

Tablo 3.4.'te görüldüğü üzere YTT toplam puanı ile İmmatür Savunma Biçimi alt boyutlarından Yansıtma ($r_s = .23, p < .01$), Pasif Saldırganlık ($r_s = .15, p < .01$), Dışa Vurma ($r_s = .11, p < .05$), Yalıtma ($r_s = .15, p < .01$), Değersizleştirme ($r_s = .14, p < .01$), Bölünme ($r_s = .22, p < .01$), Bedenselleştirme ($r_s = .17, p < .01$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon; Yer Değiştirme ($r_s = .31, p < .01$) arasında ise pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı orta derecede bir korelasyon bulunmaktadır. En yüksek korelasyon “Yer Değiştirme” boyutunda elde edilmiştir.

Tablo 3.4.

Yeme Tutum Testi ile İmmatür Savunma Biçimi Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

	Yansıtma	Pasif Saldırganlık	Dışa Vurma	Yalıtma	Değersizleştirme	Otistik Fantezi	İnkar	Yer Değiştirme	Disosiyasyon	Bölitme	Rasyonalizasyon	Bedenselleştirme
Yeme Tutum Testi	.228**	.151**	.114*	.152**	.142**	.091	.010	.308**	-.018	.218**	.063	.167**
Toplam Puanı												

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 3.5.'te görüldüğü üzere YTT toplam puanı ile YŞÖ'nin şema alanları olan Kopukluk ($r_s = .30$, $p < .01$), Zedelenmiş Otonomi ($r_s = .20$, $p < .01$), Yüksek Standartlar ($r_s = .23$, $p < .01$), Zedelenmiş Sınırlar ($r_s = .26$, $p < .01$) ve Diğeri Yönelimlilik ($r_s = .26$, $p < .01$) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır. YTT ile Kopukluk şema alanı arasındaki korelasyon diğer şema alanlarıyla karşılaştırıldığında en yüksek olarak bulunmuştur. YTT ile en düşük korelasyon ise zedelenmiş otonomi alanı arasındadır. Bu sonuca göre kopukluk, zedelenmiş otonomi, yüksek standartlar, zedelenmiş sınırlar veya diğeri yönelimlilik şema alanlarına eğilim artarken yeme tutumu da bozulmaktadır veya tam tersi meydana gelmektedir.

Tablo 3.5.

Yeme Tutum Testi ile Young Şema Ölçeği Şema Alanları Arasındaki Korelasyonlar

	Kopuk- luk	Zedelenmiş Otonomi	Yüksek Standartlar	Zedelenmiş Sınırlar ***	Diğeri Yöne- limlilik
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.295**	.196**	.232**	.256**	.264**

* $p < .05$, ** $p < .01$

*** Bu boyutta “Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim” olarak tek alt boyut yer almaktadır.

Tablo 3.6.’da görüldüğü üzere YTT toplam puanı ile Kopukluk şema alanını oluşturan Duygusal Yoksunluk ($r_s = .28, p < .01$), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik ($r_s = .29, p < .01$), Duyguları Bastırma ($r_s = .17, p < .01$) ve Kusurluluk ($r_s = .17, p < .01$) şemaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır. En yüksek korelasyon “Sosyal İzolasyon/Güvensizlik” şemasında elde edilmiştir.

Tablo 3.6.

Yeme Tutum Testi ile Kopukluk Alanına Ait Şemalar Arasındaki Korelasyonlar

	Duygusal Yoksunluk	Sosyal İzol- asyon/Güven- sizlik	Duyguları Bastırma	Kusurluluk
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.279**	.294**	.166**	.169**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 3.7.’de görüldüğü üzere YTT toplam puanı ile Zedelenmiş Otonomi şema alanını oluşturan Başarısızlık ($r_s = .13, p < .05$), Karamsarlık ($r_s = .19, p < .01$), İç İç Geçme/Bağımlılık ($r_s = .12, p < .05$), Terk Edilme ($r_s = .13, p < .05$) ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($r_s = .24, p < .01$) şemaları arasında pozitif yönlü

istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır. En yüksek korelasyon “Tehditler Karşısında Dayanıksızlık” şemasında elde edilmiştir.

Tablo 3.7.

Yeme Tutum Testi ile Zedelenmiş Otonomi Alanına Ait Şemalar Arasındaki Korelasyonlar

	Başarısızlık	Karamsarlık	İç içe Geçme/Bağımlılık	Terk Edilme	Tehditler Karşısında Dayanıksızlık
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.133*	.188**	.116*	.130*	.236**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 3.8.’de görüldüğü üzere YTT toplam puanı ile Yüksek Standartlar şema alanını oluşturan Onay Arayıcılık ($r_s = .20, p < .01$) ve Yüksek Standartlar ($r_s = .21, p < .01$) şemaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır. En yüksek korelasyon “Yüksek Standartlar” şemasında elde edilmiştir.

Tablo 3.8.

Yeme Tutum Testi ile Yüksek Standartlar Alanına Ait Şemalar arasındaki Korelasyonlar

	Onay Arayıcılık	Yüksek Standartlar
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.203**	.212**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 3.9.’da görüldüğü üzere YTT toplam puanı ile Diğer Yönelimlilik şema alanını oluşturan Kendini Feda ($r_s = .18, p < .01$) ve Cezalandırılma ($r_s = .26, p < .$

01) şemaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf bir korelasyon bulunmaktadır. En yüksek korelasyon “Cezalandırılma” şemasında elde edilmiştir.

Tablo 3.9.

Yeme Tutumu Testi ile Diğer Yönelimlilik Alanına Ait Şemalar Arasındaki Korelasyonlar

	Kendini Feda	Cezalandırılma
Yeme Tutum Testi Toplam Puanı	.180**	.263**

** $p < .01$

3.2. Yeme Tutumlarına Göre Savunma Biçimleri ve Erken Dönem Uyumsuz

Şemaların Karşılaştırılması

YTT’nden alınan puanlar 30 altı ile 30 ve üstü olarak gruplanarak yeme tutumu bozuk ve normal gruplar tespit edilmiştir. Buna göre tüm görüşülen kişilerin %8’i ($N = 28$) bozuk yeme tutumu göstermektedir. Yeme tutumuna göre grupların SBT ile YŞÖ’nden aldıkları puanların karşılaştırılması Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

Tablo 3.10.’da görüldüğü üzere savunma biçimleri ana boyutlarından Matür ve Nevrotik Savunma Biçimlerinden alınan puanlar yeme tutumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır ($z = -0.50, p > .05$; $z = -1.07, p > .05$). İmmatür Savunma Biçimlerinden alınan puanlar ise yeme tutumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($z = -4.15, p < .001$). Bozuk yeme tutumu gösteren grubun sıra ortalaması, normal yeme tutumu gösteren gruba göre anlamlı derecede yüksektir.

Buna göre bozulmuş yeme tutumu olan grup, immatür savunmalar kullanmaya daha yatkındır.

Tablo 3.10.

Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Matür, Nevrotik ve İmmatür Savunma Biçimlerine Göre Karşılaştırılması

	Yeme Tutumu	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p																				
Matür Savunma Biçimleri	Normal Yeme Tutumu	343	185.2 1	63527.5 0	4531.50 0	-0.49 6	.620																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	195.6 6	5478.50				Nevrotik Savunma Biçimleri	Normal Yeme Tutumu	339	182.3 0	61798.5 0	4168.50 0	-1.07 1	.284	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	204.6 3	5729.50	İmmatür Savunma Biçimleri	Normal Yeme Tutumu	341	178.4 0	60836.0 0	2525.00 0	-4.14 5	.000** *
Nevrotik Savunma Biçimleri	Normal Yeme Tutumu	339	182.3 0	61798.5 0	4168.50 0	-1.07 1	.284																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	204.6 3	5729.50				İmmatür Savunma Biçimleri	Normal Yeme Tutumu	341	178.4 0	60836.0 0	2525.00 0	-4.14 5	.000** *	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	265.3 2	7429.00								
İmmatür Savunma Biçimleri	Normal Yeme Tutumu	341	178.4 0	60836.0 0	2525.00 0	-4.14 5	.000** *																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	265.3 2	7429.00																							

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

Tablo 3.11.'de görüldüğü üzere savunma biçimleri alt boyutlarından alınan puanların yeme tutumu değişkenine göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda grupların sıra ortalamaları arasındaki farklılık Yapma - Bozma ($z = -2.49, p < .05$), Yansıtma ($z = -2.40, p < .05$), Pasif Saldırganlık ($z = -2.70, p < .01$), Yalıtma ($z = -2.17, p < .05$), Yer Değiştirme ($z = -3.82, p < .001$), Bölünme ($z = -2.37, p < .05$), Rasyonalizasyon ($z = -4.28, p < .001$) ve Bedenselleştirme ($z = -2.28, p < .05$) savunmaları için anlamlı bulunurken; Yüceltme ($z = -0.86, p > .05$), Mizah ($z = -0.51, p > .05$), Beklenti ($z = -0.97, p > .05$), Baskılama ($z = -0.28, p > .05$), Psödo Altruizm ($z = -1.13, p > .05$),

İdealleştirme ($z = -0.58, p > .05$), Karşıt Tepki Geliştirme ($z = -0.85, p > .05$), Dışa Vurma ($z = -1.87, p > .05$), Değersizleştirme ($z = -0.06, p > .05$), Otistik Fantezi ($z = -1.81, p > .05$), İnkâr ($z = -1.06, p > .05$) ve Disosiasyon ($z = -0.57, p > .05$) savunmaları için anlamlı bulunmamıştır. Buna göre bozulmuş yeme tutumu olan grup tüm anlamlı alt boyutlar bazında ilgili savunma mekanizmasını kullanmaya daha meyillidir.

Tablo 3.11.

Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Savunma Biçimleri Testi Alt

Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

	Yeme Tutumu	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
Yüceltme	Normal Yeme Tutumu	343	184.64	63330.00	4334.000	-0.861	.389
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	202.71	5676.00			
Mizah	Normal Yeme Tutumu	343	186.80	64072.50	4527.500	-0.505	.614
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	176.20	4933.50			
Beklenti	Normal Yeme Tutumu	343	184.47	63273.00	4277.000	-0.967	.334
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	204.75	5733.00			
Baskılama	Normal Yeme Tutumu	343	185.55	63645.00	4649.000	-0.281	.778
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	191.46	5361.00			
Yapma- Bozma	Normal Yeme Tutumu	339	180.06	61039.00	3409.000	-2.486	.013*
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	231.75	6489.00			
Psödo Altruizm	Normal Yeme Tutumu	343	187.79	64412.50	4187.500	-1.131	.258
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	164.05	4593.50			
İdealleştirme	Normal Yeme Tutumu	343	185.08	63482.50	4486.500	-0.580	.562
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.27	5523.50			

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

Tablo 3.11. (devam)

*Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Savunma Biçimleri Testi Alt**Boyutlarına Göre Karşılaştırılması*

	Yeme Tutumu	N	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p																																																																																																																				
Karşıt Tepki Geliştirme (Reaksiyon Formasyon)	Normal Yeme Tutumu	343	184.65	63335.50	4339.500	-0.851	.395																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	202.52	5670.50				Yansıtma	Normal Yeme Tutumu	343	182.20	62495.00	3499.000	-2.397	.017*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.54	6511.00	Pasif Saldırganlık	Normal Yeme Tutumu	343	181.73	62333.00	3337.000	-2.695	.007**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	238.32	6673.00	Dışa Vurma	Normal Yeme Tutumu	343	183.03	62779.50	3783.500	-1.871	.061	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	222.38	6226.50	Yalıtma	Normal Yeme Tutumu	342	182.07	62267.00	3614.000	-2.165	.030*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	227.43	6368.00	Değersizleştirme	Normal Yeme Tutumu	342	185.40	63408.00	4755.000	-0.061	.951	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	186.68	5227.00	Otistik Fantezi	Normal Yeme Tutumu	343	183.14	62816.50	3820.500	-1.806	.071	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	221.05	6189.50	İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50	Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*
Yansıtma	Normal Yeme Tutumu	343	182.20	62495.00	3499.000	-2.397	.017*																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.54	6511.00				Pasif Saldırganlık	Normal Yeme Tutumu	343	181.73	62333.00	3337.000	-2.695	.007**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	238.32	6673.00	Dışa Vurma	Normal Yeme Tutumu	343	183.03	62779.50	3783.500	-1.871	.061	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	222.38	6226.50	Yalıtma	Normal Yeme Tutumu	342	182.07	62267.00	3614.000	-2.165	.030*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	227.43	6368.00	Değersizleştirme	Normal Yeme Tutumu	342	185.40	63408.00	4755.000	-0.061	.951	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	186.68	5227.00	Otistik Fantezi	Normal Yeme Tutumu	343	183.14	62816.50	3820.500	-1.806	.071	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	221.05	6189.50	İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50	Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50								
Pasif Saldırganlık	Normal Yeme Tutumu	343	181.73	62333.00	3337.000	-2.695	.007**																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	238.32	6673.00				Dışa Vurma	Normal Yeme Tutumu	343	183.03	62779.50	3783.500	-1.871	.061	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	222.38	6226.50	Yalıtma	Normal Yeme Tutumu	342	182.07	62267.00	3614.000	-2.165	.030*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	227.43	6368.00	Değersizleştirme	Normal Yeme Tutumu	342	185.40	63408.00	4755.000	-0.061	.951	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	186.68	5227.00	Otistik Fantezi	Normal Yeme Tutumu	343	183.14	62816.50	3820.500	-1.806	.071	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	221.05	6189.50	İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50	Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																				
Dışa Vurma	Normal Yeme Tutumu	343	183.03	62779.50	3783.500	-1.871	.061																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	222.38	6226.50				Yalıtma	Normal Yeme Tutumu	342	182.07	62267.00	3614.000	-2.165	.030*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	227.43	6368.00	Değersizleştirme	Normal Yeme Tutumu	342	185.40	63408.00	4755.000	-0.061	.951	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	186.68	5227.00	Otistik Fantezi	Normal Yeme Tutumu	343	183.14	62816.50	3820.500	-1.806	.071	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	221.05	6189.50	İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50	Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																
Yalıtma	Normal Yeme Tutumu	342	182.07	62267.00	3614.000	-2.165	.030*																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	227.43	6368.00				Değersizleştirme	Normal Yeme Tutumu	342	185.40	63408.00	4755.000	-0.061	.951	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	186.68	5227.00	Otistik Fantezi	Normal Yeme Tutumu	343	183.14	62816.50	3820.500	-1.806	.071	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	221.05	6189.50	İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50	Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																												
Değersizleştirme	Normal Yeme Tutumu	342	185.40	63408.00	4755.000	-0.061	.951																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	186.68	5227.00				Otistik Fantezi	Normal Yeme Tutumu	343	183.14	62816.50	3820.500	-1.806	.071	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	221.05	6189.50	İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50	Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																																								
Otistik Fantezi	Normal Yeme Tutumu	343	183.14	62816.50	3820.500	-1.806	.071																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	221.05	6189.50				İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50	Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																																																				
İnkâr	Normal Yeme Tutumu	343	184.32	63220.50	4224.500	-1.064	.287																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	206.63	5785.50				Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50	Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																																																																
Yer Değiştirme	Normal Yeme Tutumu	343	179.96	61725.50	2729.500	-3.817	.000***																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	260.02	7280.50				Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00	Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																																																																												
Disosiasyon	Normal Yeme Tutumu	343	185.09	63487.00	4491.000	-0.573	.567																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	197.11	5519.00				Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																																																																																								
Bölünme	Normal Yeme Tutumu	343	182.24	62508.50	3512.500	-2.372	.018*																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	232.05	6497.50																																																																																																																							

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

Tablo 3.11. (devam)

Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Savunma Biçimleri Testi Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

	Yeme Tutumu	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	$\sum sıra$	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Rasyonalizasyon	Normal Yeme Tutumu	343	179.23	61474.50	2478.500	-4.282	.000***
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.98	7531.50			
Bedenselleştirme	Normal Yeme Tutumu	343	182.38	62556.00	3560.000	-2.282	.022*
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	230.36	6450.00			

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

Tablo 3.12.'de görüldüğü üzere YŞÖ ana boyutları olan Kopukluk ($z = -4.14$, $p < .001$), Zedelenmiş Otonomi ($z = -3.45$, $p < .01$), Yüksek Standartlar ($z = -3.96$, $p < .001$), Zedelenmiş Sınırlar ($z = -3.60$, $p < .001$) ve Diğeri Yönelimlilik ($z = -3.34$, $p < .01$) şema alanları normal yeme tutumu ile bozulmuş yeme tutumu gösteren gruplara göre farklılaşmaktadır. Bozulmuş yeme tutumu olan grubun sıra ortalaması, normal yeme tutumu olan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. İki grup arasında sıra ortalamaları arasındaki farkların en yüksekten en düşüğe doğru sıralaması ise şöyledir; Kopukluk, Yüksek Standartlar, Zedelenmiş Sınırlar, Zedelenmiş Otonomi, Diğeri Yönelimlilik. Buna göre bozulmuş yeme tutumu olan grup daha fazla erken dönem uyumsuz şemaya sahip olmaya eğilimlidir.

Tablo 3.12.

Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Young Şema Ölçeği Şema Alanlarına Göre Karşılaştırılması

	Yeme Tutumu	N	$\bar{X}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p																																												
Kopukluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.41	61539.00	2543.000	-4,141	.000***																																												
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	266.68	7467.00				Zedelenmiş Otonomi	Normal Yeme Tutumu	343	180.02	61566.50	2913.500	-3,446	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	252.45	7068.50	Yüksek Standartlar	Normal Yeme Tutumu	343	179.71	61639.50	2643.500	-3,959	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	263.09	7366.50	Zedelenmiş Sınırlar	Normal Yeme Tutumu	343	179.77	61480.50	2827.500	-3,607	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50	Diğeri Yönelimlilik	Normal Yeme Tutumu	343	180.69	61977.00	2981.000	-3,339	.001**
Zedelenmiş Otonomi	Normal Yeme Tutumu	343	180.02	61566.50	2913.500	-3,446	.001**																																												
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	252.45	7068.50				Yüksek Standartlar	Normal Yeme Tutumu	343	179.71	61639.50	2643.500	-3,959	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	263.09	7366.50	Zedelenmiş Sınırlar	Normal Yeme Tutumu	343	179.77	61480.50	2827.500	-3,607	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50	Diğeri Yönelimlilik	Normal Yeme Tutumu	343	180.69	61977.00	2981.000	-3,339	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.04	7029.00								
Yüksek Standartlar	Normal Yeme Tutumu	343	179.71	61639.50	2643.500	-3,959	.000***																																												
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	263.09	7366.50				Zedelenmiş Sınırlar	Normal Yeme Tutumu	343	179.77	61480.50	2827.500	-3,607	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50	Diğeri Yönelimlilik	Normal Yeme Tutumu	343	180.69	61977.00	2981.000	-3,339	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.04	7029.00																				
Zedelenmiş Sınırlar	Normal Yeme Tutumu	343	179.77	61480.50	2827.500	-3,607	.000***																																												
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50				Diğeri Yönelimlilik	Normal Yeme Tutumu	343	180.69	61977.00	2981.000	-3,339	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.04	7029.00																																
Diğeri Yönelimlilik	Normal Yeme Tutumu	343	180.69	61977.00	2981.000	-3,339	.001**																																												
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.04	7029.00																																															

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tablo 3.13.'te görüldüğü üzere YŞÖ'nin tüm alt boyutlarından alınan puanların yeme tutumlarına göre anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda grupların sıralama ortalamaları arasındaki

farklılık Duygusal Yoksunluk ($z = -2.97, p < .01$), Başarısızlık ($z = -3.90, p < .001$), Karamsarlık ($z = -3.19, p < .01$), Sosyal İzolasyon/Güvensizlik ($z = -3.51, p < .001$), Duyguları Bastırma ($z = -3.36, p < .01$), Onay Arayıcılık ($z = -3.71, p < .001$), İç İç Geçme/Bağımlılık ($z = -2.98, p < .01$), Ayrıcalıklılık/Yetersiz Özdenetim ($z = -3.61, p < .001$), Kendini Feda ($z = -3.27, p < .01$), Terk Edilme ($z = -2.56, p < .05$), Cezalandırılma ($z = -2.51, p < .05$), Kusurluluk ($z = -4.31, p < .001$), Tehditler Karşısında Dayanıksızlık ($z = -3.36, p < .01$) ve Yüksek Standartlar ($z = -3.87, p < .001$) şemaları için anlamlı bulunmuştur. Bozulmuş yeme tutumu olan grubun sıra ortalaması, normal yeme tutumu olan gruba göre anlamlı derecede yüksektir. Buna göre bozulmuş yeme tutumu olan grup daha fazla erken dönem uyumsuz şemaya sahip olmaya eğilimlidir.

Tablo 3.13.

Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Young Şema Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Yeme Tutumu		N	$\bar{X}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p
Duygusal Yoksunluk	Normal Yeme Tutumu	343	181.33	62196.5	3200.500	-2.973	.003**
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	243.20	6809.50			
Başarısızlık	Normal Yeme Tutumu	343	179.82	61677.5	2681.500	-3.900	.000***
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.73	7328.50			
Karamsarlık	Normal Yeme Tutumu	343	180.94	62063.0	3067.000	-3.188	.001**
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	247.96	6943.00			

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

Tablo 3.13. (devam)

Normal ve Bozuk Yeme Tutumu Gösteren Bireylerin Young Şema Ölçeği Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

	Yeme Tutumu	N	$\bar{X}_{sıra}$	$\sum sıra$	U	z	p																																																																																																																				
Sosyal İzolasyon/ Güvensizlik	Normal Yeme Tutumu	343	180.42	61883.0	2887.000	-3.513	.000***																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	254.39	7123.00				Duyguları Bastırma	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61970.5	2974.500	-3.359	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.27	7035.50	Onay Arayıcılık	Normal Yeme Tutumu	343	180.11	61778.0	2782.000	-3.707	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	258.14	7228.00	İç içe Geçme /Bağımlılık	Normal Yeme Tutumu	342	180.78	61827.0	3174.000	-2.979	.003**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	243.14	6808.00	Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdene- tim***	Normal Yeme Tutumu	342	179.77	61480.5	2827.500	-3.607	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50	Kendini Feda	Normal Yeme Tutumu	343	180.80	62014.5	3018.500	-3.274	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	249.70	6991.50	Terk Edilme	Normal Yeme Tutumu	343	181.97	62415.5	3419.500	-2.564	.010*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	235.38	6590.50	Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50	Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***
Duyguları Bastırma	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61970.5	2974.500	-3.359	.001**																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.27	7035.50				Onay Arayıcılık	Normal Yeme Tutumu	343	180.11	61778.0	2782.000	-3.707	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	258.14	7228.00	İç içe Geçme /Bağımlılık	Normal Yeme Tutumu	342	180.78	61827.0	3174.000	-2.979	.003**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	243.14	6808.00	Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdene- tim***	Normal Yeme Tutumu	342	179.77	61480.5	2827.500	-3.607	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50	Kendini Feda	Normal Yeme Tutumu	343	180.80	62014.5	3018.500	-3.274	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	249.70	6991.50	Terk Edilme	Normal Yeme Tutumu	343	181.97	62415.5	3419.500	-2.564	.010*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	235.38	6590.50	Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50	Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00								
Onay Arayıcılık	Normal Yeme Tutumu	343	180.11	61778.0	2782.000	-3.707	.000***																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	258.14	7228.00				İç içe Geçme /Bağımlılık	Normal Yeme Tutumu	342	180.78	61827.0	3174.000	-2.979	.003**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	243.14	6808.00	Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdene- tim***	Normal Yeme Tutumu	342	179.77	61480.5	2827.500	-3.607	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50	Kendini Feda	Normal Yeme Tutumu	343	180.80	62014.5	3018.500	-3.274	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	249.70	6991.50	Terk Edilme	Normal Yeme Tutumu	343	181.97	62415.5	3419.500	-2.564	.010*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	235.38	6590.50	Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50	Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																				
İç içe Geçme /Bağımlılık	Normal Yeme Tutumu	342	180.78	61827.0	3174.000	-2.979	.003**																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	243.14	6808.00				Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdene- tim***	Normal Yeme Tutumu	342	179.77	61480.5	2827.500	-3.607	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50	Kendini Feda	Normal Yeme Tutumu	343	180.80	62014.5	3018.500	-3.274	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	249.70	6991.50	Terk Edilme	Normal Yeme Tutumu	343	181.97	62415.5	3419.500	-2.564	.010*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	235.38	6590.50	Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50	Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																
Ayrıcalıklılık/ Yetersiz Özdene- tim***	Normal Yeme Tutumu	342	179.77	61480.5	2827.500	-3.607	.000***																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	255.52	7154.50				Kendini Feda	Normal Yeme Tutumu	343	180.80	62014.5	3018.500	-3.274	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	249.70	6991.50	Terk Edilme	Normal Yeme Tutumu	343	181.97	62415.5	3419.500	-2.564	.010*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	235.38	6590.50	Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50	Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																												
Kendini Feda	Normal Yeme Tutumu	343	180.80	62014.5	3018.500	-3.274	.001**																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	249.70	6991.50				Terk Edilme	Normal Yeme Tutumu	343	181.97	62415.5	3419.500	-2.564	.010*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	235.38	6590.50	Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50	Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																																								
Terk Edilme	Normal Yeme Tutumu	343	181.97	62415.5	3419.500	-2.564	.010*																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	235.38	6590.50				Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50	Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																																																				
Cezalandırılma	Normal Yeme Tutumu	343	182.02	62432.5	3436.500	-2.506	.012*																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	234.77	6573.50				Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00	Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																																																																
Kusurluluk	Normal Yeme Tutumu	343	179.27	61488.0	2492.000	-4.313	.000***																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	268.50	7518.00				Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00	Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																																																																												
Tehditler Karşısında	Normal Yeme Tutumu	343	180.67	61971.0	2975.000	-3.356	.001**																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	251.25	7035.00				Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																																																																																								
Yüksek Standart- lar	Normal Yeme Tutumu	343	179.86	61692.0	2696.000	-3.872	.000***																																																																																																																				
	Bozulmuş Yeme Tutumu	28	261.21	7314.00																																																																																																																							

4. Tartışma

Süperego ve dış gerçeklik tarafından kabul görmeyen idden gelen dürtülere, duygulanımlara ve içgüdülere karşı egonun kendini savunduğu bilinçdışı araçlar olarak savunma mekanizmalarının rolünü ilk saptayan Sigmund Freud'tür (Freud, 1926; akt., Stein, Bronstein ve Weizman, 2003). Vaillant'ın ego savunma mekanizmaları hiyerarşisine göre, savunmaların olgunluk seviyesi, intrapsişik ve kişilerarası çatışmalardaki adaptif işlevselliğini yansıtmaktadır (1971; akt., Stein, Bronstein ve Weizman, 2003). Bu doğrultuda, kişinin matür-immatür sürekliliğindeki konumu, yetişkin hayatına adaptasyonunda bir öngösterge niteliğindedir (Bond ve Vaillant, 1986; akt., Stein, Bronstein ve Weizman, 2003). Beklenti veya yüceltme gibi matür savunmaların sürekli kullanımı, yansıtma veya regresyon gibi immatür savunmaların aksine olumlu bir adaptasyona katkıda bulunabilir (Andrews, Pollock ve Stewart, 1989; akt., Stein, Bronstein ve Weizman, 2003). Offer, Lavie, Gothelf ve ark. (2000), farklı psikiyatrik hastalıklıklara sahip yatılı tedavi gören ergenlerde, sağlıklı kontrollere göre yüksek seviyelerde işlevsiz immatür savunmaların kullanıldığını bulmuştur. Diğer taraftan, işlevsiz savunma biçimleri çocuklarda, uzun süre travmaya maruz kalma gibi olumsuz yaşam olaylarına karşılık gelişiyor olabilir (Wilbur, 1985; akt., Stein, Bronstein ve Weizman, 2003).

AN ve BN'nın gelişimi ve sürdürülmesinde savunma mekanizmalarının rolüne dair oldukça zengin bir psikodinamik ve klinik literatür mevcuttur. İnkâr (Bruch, 1973), AN hastalarında merkezi bir savunma mekanizması olarak görülmektedir ve

zayıflığın, hastalığın, tedavi ihtiyacının inkarı olarak kendini gösterir ve hastanın yetersizlik hisleriyle baş etmesine yardımcı olmaktadır. Ancak mevcut araştırmada inkar savunma mekanizmasının yeme tutumlarıyla bir ilişkisi saptanmamıştır. Bununla birlikte normal ve anormal yeme tutumlarına göre inkar savunma mekanizmasının kullanımında bir farklılık görülmemiştir. Bu durum anormal yeme tutumlarının, anormal yeme davranışlarını ayırt etmiyor oluşundan ve anorektik tutumların örneklemede anlamlı derecede yer bulamayışından kaynaklanmış olabilir veya inkar, yeme bozukluklarının yalnızca daha şiddetli formlarıyla ilgili olabilir. Klinik olmayan bir örnekleme çalışıldığı için anormal yeme tutumları gösteren grup, AN tanısı almış kişiler gibi durumlarının inkarını gerektirecek düzeyde kendilerini yetersiz hissetmiyor olabilir (Bruch, 1973).

Diğer savunmacı işleyişler, AN tanısı almış ergenlerin başarılı bir şekilde ayrılma-bireyleşme sürecini tamamlamadaki ve libidinal ve agresif dürtülerdeki artışı kontrol etmede ve düzenlemedeki yetersizliğini yansıtmaktadır (Sours, 1980; akt., Stein, Bronstein ve Weizman, 2003). Daha olgun hastalarda, ayrılma arzusu ve artan dürtüler bastırılır veya hastanın kendi bedenine doğru yer değiştirir (Sours, 1980; akt., Stein, Bronstein ve Weizman, 2003). Mevcut araştırma, yeme tutumlarında bozulmaların artışıyla yer değiştirme savunmasının kullanımının arttığını ve anormal yeme tutumları gösteren grubun, normal yeme tutumları gösteren gruba göre yer değiştirmeyi anlamlı bir şekilde daha fazla kullandığını göstermektedir. Bireysel farklılaşmada daha çok zorluk yaşayan diğer AN tanılı ergenler artan dürtülerini önemli başkalarına yansıtma eğilimi gösterirler (Bruch, 1973), ya da önemli başkalarının düşmanca tutumlarını içe yansıtırlar (Strober ve Humphrey, 1987).

Araştırma bulguları, yansıtmanın yeme tutumlarındaki bozulmalarla birlikte arttığını ve anormal yeme tutumları gösteren kişiler tarafından normal yeme tutumları gösteren kişilere kıyasla daha fazla kullanıldığını göstermektedir.

Bedenselleştirme, stres karşısında, aslında çözülmemiş bir çatışmayı yansıtan bedensel tepkiler verme anlamına gelmektedir, fiziksel bir hastalık ya da semptomlar geliştirmek gibi (Coveney ve Olver, 2017). Yeme patolojisi, psikolojik çatışmalara ve duygusal rahatsızlıklara verilen; kısıtlama, çıkarma davranışları ve kiloda dalgalanmalarla ifade bulan, somatik bir tepki olarak yorumlanabilir. Yeme bozukluğu hastalarına ait klinik belgeler, çok az şeyi kontrol etme imkanının bulunduğu kaotik bir dünya bağlamında kısıtlayıcı davranışların, kişinin bedeni üzerinde bir çeşit kontrol sağlama amacı taşıdığını kanıtlamaktadır. Mevcut araştırma, bedenselleştirme savunmasının kullanımının yeme tutumlarında bozulmalarla artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, anormal yeme tutumları gösteren grup, normal yeme tutumları gösteren gruba göre anlamlı bir şekilde daha fazla bedenselleştirme savunmasını kullanmaktadır.

Albert Rothenberg (1986), yeme bozukluklarını modern zamanın obsesif kompulsif sendromu olarak görmüştür. Bu bağlamda, yeme bozukluğu hastasının kalori hesaplama meşgalesini, bu uzun uzadıya düşünmenin istemsiz doğasını, duygulanım ve düşüncenin yalıtılmasını, yeme ve çıkarmaya ilişkin ritüelleri, katı bir şekilde duygulanımı kontrol etme girişimini ve kontrolü kaybetme dehşetini obsesif kompulsif karakter yapısının göstergesi olarak değerlendirmiştir. Obsesif kompulsif bozukluğun bir özelliği olan yapma bozma savunması, bulimiyada tıknırcasına yeme/çıkarma formunda yer almaktadır. Rothenberg mükemmeliyetçilik, aşırı düzenlilik ve

temizlik, detaylara gereğinden çok dikkat etme, karamsarlık, isyankarlık ve fiziksel aktiviteye aşırı düşkünlük açısından da örtüşüklerini düşünmektedir. Yeme bozukluklarının altında, obsesif kompulsif savunmalarla düzenlenen ve kontrol altında tutulan, psikotik dekompanasyon potansiyeliyle birlikte sınır durum patolojisinin yatığı düşünerek Rothenberg dikkatini bölünme ve kendine yönelik saldırıya yöneltmiştir. Yeme bozukluğu hastasında beden, kontrol edilmesi gereken, ayrı ve nefret edilen bir varlık olarak deneyimlenmektedir. Bedensel hisler ve dürtüler, dizginlenmesi ve en sonunda cezalandırılması gereken baştan çıkmaya yol açmaktadır. Bedeni suistimal etme ve kendi kendini aç bırakma, psişik olarak ayrı bir şekilde deneyimlenen nesneye yönelik bir sadizm biçimini oluşturmaktadır. Burada, kendi kendini kusturmakla birlikte açlık ve güçsüzlükten kaynaklanan rahatsızlık ve acı içinde deneyimlenen doyum ve hazzın sapkın bir biçimi bulunmaktadır. Bölünme savunmasının kullanımı aynı zamanda narsisistik öfke ve incinmeye karşı koruyucu tutum veya tepkiler olan idealleştirme ve değersizleştirme savunmalarının da kullanımı anlamına gelmektedir (Siegel, 2006). Mevcut araştırma, yeme tutumlarında bozulmalardaki artışla birlikte yalıtma, yapma bozma, bölünme ve değersizleştirme savunmalarının kullanımının arttığını ve yalıtma, yapma bozma ve bölünme savunmalarının anormal yeme tutumları gösteren grupta, normal yeme tutumları gösteren gruba göre anlamlı bir şekilde daha fazla kullanıldığını ortaya koymuştur.

Pasif saldırganlık, Fenichel'in (1945, s. 360; akt., Oldham, 1996, s. 197) "kişinin kendi egosuna yönelik düşmanlık" olarak mazoşizmde bulunan bir dinamiği tanımlayışıyla tutarlıdır. Aynı zamanda "yardımı reddedici sızlanma"yı içeren mazoşizmin başka bir tanımında da görülebilir:

“Mazoşistik kişilikler genellikle acılarını göstermekten zevk alırlar. ‘Bak ne kadar mutsuzum’ sıklıkla ‘Bak beni ne kadar mutsuz ettin’ anlamına gelmektedir. Mazoşistik davranışın suçlayıcı, tehdit edici bir tonu vardır. Mazoşizmde egonun aleyhine dönen sadizm, hastaların nesnelere sevgi ve ilgi vermeye zorlamaları şeklinde geri dönmektedir” (Fenichel, 1945, s. 363; akt., Oldham, 1996, s. 197).

Lane (2002), yeme bozukluklarının ayrılma-bireyleşme aşamasında yaşanan problemlerden kaynaklandığını; kişinin kendini cezalandırıcı ve kontrol edici biri haline geldiğini; sembolik anlamda veya gerilimi boşaltmak, kendini rahatlatmak, zihinsel acıyı bedene yöneltmek, kendini bedensel dürtülerden arındırmak veya pasif saldırgan bir şekilde ebeveynlerinden intikam almak amacıyla duygu ve iç çatışmalarını bedeni aracılığıyla ifade ettiğini belirtmektedir. Fenichel’in (1945, s. 363; akt., Oldham, 1996, s. 197) nesneye yönelik sadizmin mazoşistik bir biçimde vuku bulmasına dair açıklaması, Lane’in (2002) ebeveynlerinden pasif agresif bir şekilde intikam alma amacıyla hastanın kendi bedenine zarar verdiği görüşüyle tutarlılık göstermektedir. Mevcut araştırma pasif saldırganlığın yeme tutumlarındaki bozulmalarla arttığını ve anormal yeme tutumları gösteren grup tarafından normal yeme tutumları gösteren gruba göre daha fazla kullanıldığını ortaya koyarak pasif saldırganlık savunmasının yeme bozukluklarında kullanılan bir savunma mekanizması olduğunu desteklemektedir.

Yeme bozukluklarında mantıksallaştırma savunmasının kullanımı aktivite, tutum, düşünce ve duyguların gerçek nedenlerinin bilinçdışı tutulduğu, mantıksal veya toplum tarafından kabul gören açıklamalarına başvurma eğilimini yansıtmaktadır

(Mirucka, 2013). Bu savunmanın mevcut araştırmada, anormal yeme tutumları gösteren grup tarafından, normal yeme tutumları gösteren grupla karşılaştırıldığında anlamlı bir Şekilde daha fazla kullanıldığı görülmektedir.

Dışa vurma savunması, duygusal ifadenin, arzu ve dürtülerin sonuğlarını hesaba katmadan kontrolsüz davranışlar Őeklinde ifade bulmasıdır. Özellikle bulimik kadınlar duygu ve ćatıřmalarıyla tıknırcasına yeme veya ćıkarma gibi dürtüsel eylemler aracılığıyla bařa ćıkmaktadır (Mirucka, 2013). Mevcut araştırma dışa vurma savunmasının kullanımının, yeme tutumlarındaki bozulmalarla orantılı bir Őekilde arttığını göstermektedir. Ancak normal ve anormal yeme tutumları gösteren gruplar arasında bu savunmanın kullanımında bir fark bulunmamıştır. Bu durum örneklemin normal popülasyondan sećilmesinden veya anormal yeme tutumları gösteren grupta bulimik tutumların bir fark yaratacak kadar görülmemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu ćalıřmada, anormal yeme tutumları gösterenlerin normal yeme tutumu gösterenlere göre anlamlı bir Őekilde daha fazla immatür savunma kullandıklarını gösteren diğer araştırmalarla benzer sonuğlara ulaşılmıştır (Blaase ve Elklit, 2001; Schmidt, Tiller ve Treasure, 1993; Steiger, Feen, Goldstein ve ark., 1989; Steiger ve Houle, 1991). Araştırma sonucunda elde edilen immatür savunma bićiminin, toplam yeme tutum puanıyla anlamlı bir Őekilde ilişkili olduğu bulgusu, Hay ve Williams'a (2013) ait boylamsal bir araştırmada ortaya konan, immatür savunma bićiminin genel yeme bozukluğu puanıyla anlamlı ve pozitif bir ilişkisi olduğu bulgusunu desteklemektedir. Ancak immatür savunmaların fazla kullanımı yalnızca anormal yeme tutumu gösteren kişilere özgü değildir ve başka hasta gruplarında da bulunabilmektedir (Leary, Schreindorfer ve Haupt, 1995; McNaughton Patterson ve Irwin, 1992).

Araştırma sonuçları, EDUŞ'ların, yeme tutumlarının bozulmasıyla anlamlı ve pozitif bir ilişkisi olduğu hipotezini doğrulamıştır. Yeme tutumlarındaki bozulmaların artışı, EDUŞ'ların tümüyle pozitif bir ilişki içindedir. Bu sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (Dingemans, Spinhoven ve Van Furth, 2006; Unoka, Tölgyes, Czobor ve ark., 2010). Normal ve anormal yeme tutumlarına sahip gruplar karşılaştırıldığında ise, anormal yeme tutumları gösteren grubun tüm şema alanlarından ve boyutlarından, normal yeme tutumu gösteren gruba göre anlamlı bir şekilde daha yüksek skorlar elde ettiği görülmektedir. Bu sonuçlar, diğer araştırmaların bulgularıyla da oldukça benzerdir (Cooper, Cohen-Tovée, Todd ve ark., 1997; Cooper ve Hunt, 1998; Cooper ve Turner, 2000; Sines, Waller, Meyer ve ark., 2008; Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000).

Unoka, Tolgyes ve Czobor (2007), BN ile karşılaştırıldığında, kısıtlayıcı ve tıknırcasına yeme/çıkarma türündeki AN'da yüksek düzeylerde kendini feda, yüksek standartlar ve cezalandırıcılık şemalarını teşhis etmiştir; bu bulgular BN'da, AN'ya göre daha düşük seviyelerde mükemmeliyetçilik görüldüğünü belirten çalışmalarla tutarlılık göstermektedir (Lampard, Tasca, Balfour ve ark., 2013). BN ve kısıtlayıcı tür AN ile karşılaştırıldığında, AN'nın tıknırcasına yeme/çıkarma türünde yüksek düzeyde başarısızlık şeması gözlenmiştir (Leung, Waller ve Thomas, 1999a). Buna ek olarak, AN'nın tıknırcasına yeme/çıkarma alt türü, BN ve kısıtlayıcı türde AN ile kıyaslandığında daha fazla şema telafisi ve şemadan kaçınma ile ilişkili bulunmuştur (Luck, Waller, Meyer ve ark., 2005). Buradan AN'nın tıknırcasına yeme/çıkarma alt türünde, şema telafisi ve şemadan kaçınma aracılığıyla duygulanımdan kaçınmanın özellikle belirleyici olduğu sonucuna varılabilir.

Yalnızca kısıtlayıcı bozukluklara kıyasla tıknırcasına yeme bileşenini içeren yeme bozukluklarında en çok hak görme/büyüklenmecilik ve yetersiz özdenetim/özdisiplin şemaları belirleyici görünmektedir (Leung, Waller ve Thomas, 1999b; Unoka, Tolgyes ve Czobor, 2007). Diğer araştırmalar yalnızca kısıtlayıcı türdeki yeme bozukluklarına kıyasla tıknırcasına yeme davranışı gösteren bireylerde daha yüksek düzeylerde terk edilme ile hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık şemalarını saptamıştır (Jones, Harris ve Leung, 2005). Pugh (2015), TYB’nda tıknırcasına yeme sıklığını hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık, sosyal izolasyon, bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık/gelişmemiş benlik ve yüksek standartlar şemalarıyla ilişkili bulmuştur. Ancak BN hastalarında tıknırcasına yeme sıklığı ile şemalar arasında herhangi bir ilişki gözlememiştir. Pugh’un (2015) bulgularına göre TYB, BN’dan daha yüksek düzeylerde duygusal ketleme, bağımlılık/yetersizlik ve daha düşük düzeylerde terk edilme şemaları açısından farklılaşmaktadır. Buradan hareketle, terk edilme korkularının, TYB’nda çıkarma davranışında bulunma riskini arttırabileceği sonucuna varılabilir. Tıknırcasına yeme terk edilme, hastalıklar ve zarar görme karşısında dayanıksızlık (Jones, Harris ve Leung, 2005), bağımlılık/yetersizlik, duygusal ketleme (Waller, 2003), duygusal yoksunluk (Hughes, Hamill, van Gerko ve ark., 2006), kusurluluk/utanç, başarısızlık, yetersiz özdenetim, güvensizlik/suistimal edilme ve sosyal izolasyon (Waller, Meyer ve Ohanian, 2001; Waller, Shah, Ohanian ve ark., 2001) şemalarıyla pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Belirgin sosyal istenmeme şeması (daha sonra kusurluluk şemasıyla birleştirilmiştir) da yüksek düzeyde tıknırcasına yeme ile ilişkili bulunmuştur (Leung, Waller ve Thomas, 1999a).

Bu şemalar arasında duygusal ketleme şeması, tıknırcasına yeme sıklığının en güçlü yordayıcısı gibi görünmektedir ve AN tıknırcasına yeme/çıkarma alt türü, TYB ve BN'da görülen tıknırcasına yeme davranışına ait varyansın yaklaşık %30'unu açıklamaktadır (Waller, Dickson ve Ohanian, 2002; Waller, Meyer ve Ohanian, 2001; Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000). İstatistiksel modelleme çalışmaları uyumsuz yeme tutumları ile birlikte duygusal yoksunluğun, tıknırcasına yeme sıklığının güçlü bir yordayıcısı olduğunu göstermiştir (Hughes, Hamill, van Gerko ve ark., 2006). Bu bulgular, yeme bozukluklarını, erken dönem yoksunluktan kaynaklanabilen duygulanım bozukluklarıyla ilişkilendiren şema odaklı modellerle uyumludur.

Çıkarma davranışları şema alanının şiddetiyle (Dingemans, Spinhoven ve Van Furth, 2006) ve bireysel şema düzeyleriyle (Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000) pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. BN hastalarında, kusma sıklığını azaltmadaki başarısızlık, daha fazla tedavi öncesi kusurluluk/utanç, sosyal izolasyon ve sosyal istenmeme şemalarıyla ilişkili bulunmuştur (Leung, Waller ve Thomas, 2000). Diğer araştırmalar kusma sıklığını, başarısızlık şemasıyla ilişkilendirmiştir (Leung, Waller ve Thomas, 1999a; Waller, Ohanian, Meyer ve ark., 2000).

Yüksek seviyede kusurluluk/utanç şeması, BN'da kusmanın en güvenilir yordayıcısı gibi görünmektedir (Leung, Waller ve Thomas, 2000). Kusurluluk/utanç şeması, AN'nin tıknırcasına yeme/çıkarma türünü de içeren (Waller, Meyer ve Ohanian, 2001) diğer yeme bozukluklarında çıkarma davranışının yordayıcısı olarak tanımlanmıştır ve BN ile AN'nin tıknırcasına yeme/çıkarma alt türünde görülen kusma davranışında varyansın yaklaşık %30'unu açıklamaktadır (Waller, Ohanian,

Meyer ve ark., 2000). İstatistiksel modelleme çalışmaları duygusal yoksunluğun, kusma sıklığı ve yeme konusunda aşırı değer verilen inançlar arasındaki etkileşimin güvenilir bir düzenleyicisi olduğunu göstermiştir (Hughes, Hamill, van Gerko ve ark., 2006). Yeme bozukluklarının şema odaklı açıklamalarıyla tutarlı bir şekilde, kusmanın kusurluluk ve duygusal yoksunlukla ilişkili olumsuz duygulanımının farkındalığını azaltabileceğine dair bir çıkarımda bulunulabilir (Pugh, 2015).

Kısıtlayıcı yeme tutumları ise şema alanlarında daha yüksek düzeyde şemalarla ilişkili bulunmaktadır (Dingemans, Spinhoven ve Van Furth, 2006). AN'nın tıknır-casına yeme/çıkarma alt türü, TYB ve BN'da, kısıtlama daha fazla bağımlılık/yetersizlik ve duygusal ketleme şemalarıyla ilişkilidir (Waller, Dickson ve Ohanian, 2002). Ancak bu ilişki, anorektik alt türleri içermeyen karışık bir yeme bozuklukları örnekleminde tekrarlanmamıştır (Gongora, Derksen ve van Der Staak, 2004). Şema değişimi açısından, hak görme/büyüklenmecilik şemasındaki yükselme, AN'da yeme kontrolünü azaltmayı kolaylaştırmaktadır (Leung, Waller ve Thomas, 1999b).

Kısıtlamaya bağlı kilo değişimi ve EDUŞ ilişkisini inceleyen araştırmalar, yeme bozukluklarında düşük VKG'yi kopukluk ve zedelenmiş otonomi alanlarıyla ilişkili bulmuştur (Dingemans, Spinhoven ve Van Furth, 2006). Düzenleyici etki analizleri VKG değişimlerinin kısmen sağlıklı vücut biçimi/ağırlığı inançları bağlamında faaliyet gösteren terk edilme, duygusal yoksunluk ve kendini feda şemalarına dayandırılabilirliğini göstermektedir (Hughes, Hamill, van Gerko ve ark., 2006). BN'da daha düşük VKG, daha fazla kusurluluk/utanç, başarısızlık, bağımlılık/yetersizlik, yapışıklık/gelişmemiş benlik, boyun eğicilik ve onay arayıcılık şemalarıyla ilişkili bulunmuştur (Unoka, Tolgyes ve Czobor, 2007). Ancak anorektik-

lerde VKG ve erken dönem uyumsuz şemalar arasında bir etkileşim gözlenmemiştir. Bu bulgular, bilişsel ve şema odaklı müdahalelerin özellikle BN'da kilo restorasyonunda faydalı olabileceğini göstermektedir.

Savunma mekanizmaları ve EDUŞ'lar, gerçeklik algısını bozan iki ayrı konsepttir. Walburg ve Chiaramello (2015), diğeri yönelimlilik ile aşırı tetikte olma ve baskılama/ketleme şema alanlarının, nevrotik savunmaların kullanım sıklığını; ayrılma ve reddedilme, zedelenmiş özerklik ve performans ile zedelenmiş sınırlar şema alanlarının ise immatür savunmaların kullanım sıklığını yordadığını belirtmektedir. Ayrılma ve reddedilme alanı kişinin güvenlik, güven, istikrar, bakım, empati, duyguların paylaşımı, onaylanma ve saygı ihtiyacının öngörülebilirliğinin eksikliğine ait şemaları içermektedir. Zedelenmiş özerklik ve performans alanı günlük yaşam sorunlarıyla başkalarının yardımı olmadan baş etmede yetersizlikle ilgilidir. Zedelenmiş sınırlar alanı ise abartılı kişisel haklarla ilgili inançlar ve yetersiz özdenetimle ilişkili şemaları içermektedir. Mevcut araştırma genel yeme tutum puanlarıyla en yüksek ilişkinin kopukluk şema alanında olduğunu göstermiştir. Yeme tutumlarındaki bozulmalarla en yüksek korelasyonlar sırasıyla sosyal izolasyon/güvensizlik, duygusal yoksunluk (kopukluk), cezalandırılma (diğeri yönelimlilik), ayrıcalıklılık/yetersiz özdenetim (zedelenmiş sınırlar) ve tehditler karşısında dayanıksızlık (zedelenmiş otonomi) şemalarında görülürken, en sık başvurulan savunma biçimi ise immatür savunmalar olmuştur. Bu açıdan mevcut araştırmaya ait bulgular, Walburg ve Chiaramello'nun (2015) bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak iki farklı kuramsal modele dayanan iki psikolojik konseptin, şema terapi gibi bütüncül terapilerin kullanımını haklı çıkaran önemli bir ilişkiye sahip oldukları görülmektedir.

Psikodinamik kuramlar, yeme bozukluğu geliştirenlerin ebeveynlerinin talep- kar, aşırı kontrolcü ve duygusal açıdan kayıtsız olduklarını öne sürmektedir (Tetley, Moghaddam, Dawson ve ark., 2014). Bu durumun, terk edilmeden kaçınma amacıyla ergenin çocuk gibi kalma ihtiyacı, içselleştirilmiş kontrolcü ebeveyni zapt etmek amacıyla yemek yemeyi reddetme veya ebeveynle yakınlığı sürdürmek amacıyla kilo kontrolü davranışları ile sonuçlandığı kabul edilmektedir (Sugarman ve Kurash, 1982; akt., Tetley, Moghaddam, Dawson ve ark., 2014; Swift ve Stern, 1982; Tetley, Moghaddam, Dawson ve ark., 2014). Yeme bozukluklarının bilişsel modelleri ise ebeveynlerin çocuğa karşı ihmalkar veya kayıtsız davranışlarının yeme bozukluk- larının gelişiminde belirleyici olduğunu ileri sürmektedir (Cooper, Wells ve Todd, 2004). Yeme bozukluklarında EDUŞ'lar ve immatür savunma mekanizmalarının kul- lanımının normal popülasyona göre çokluğu birlikte düşünöldüğünde anormal yeme tutumları gösteren kişilerin çocuklukta ebeveynleriyle olan çatışmalardan kay- naklanan travmatik yaşantılardan dolayı EDUŞ'lar geliştirmiş olabilecekleri ve bu uyumsuz şemalardan kaynaklanan kaygıyla başa çıkabilmek için de immatür savun- ma mekanizmalarına başvurdukları düşünölebilir.

4.1. Sınırlılıklar

Katılımcıların klinik popülasyondan seçilmemesi ve olası psikopatolojik bozuklukların varlığının ölçölmemesi araştırmanın ilk sınırlılığı olarak görölebilir. Araştırmanın bir diğer zayıf noktası nevrotik ve matür savunma mekanizmalarının Cronbach Alpha katsayılarının göreceli olarak düşük olmasıdır. Chabrol ve ark.

(2005) tarafından yapılan bir geçerlilik çalışmasında da vurgulandığı gibi bu durum SBT'ndeki bir zayıflıktan kaynaklanıyor olabilir. Bu zayıflığa rağmen SBT savunma mekanizmalarını tarama amacıyla sıklıkla kullanılan bir ölçme aracı olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte immatür savunma mekanizmaları ve EDUŞ'lara ait Cronbach Alpha katsayıları oldukça yüksektir.

Araştırmanın sınırlılıklardan biri, yeme bozuklukları tiplerini ayırt edemiyor olmasıdır. Birçok araştırma farklı tipteki yeme bozuklukları arasında anlamlı psikolojik farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır (Steiger ve Houle, 1991; Vitousek ve Manke, 1994). Farklı tipteki yeme bozuklukları arasındaki bu ayrımın eksikliğinin araştırma sonuçları üzerinde önemli bir etkisi olabilir.

Araştırmanın kesitsel olması ise anormal yeme tutumlarının başlangıcı ve gelişiminde, savunma biçimleri ile erken dönem uyumsuz şemaların rolünü belirlemeyi zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla nedensel açıklamalar yalnızca spekülatif nitelikte olabilir.

Araştırmanın sınırlılıkları göz önünde bulundurulduğunda, genelleme yapmanın zor olacağı dikkate alınmalıdır. Görece heterojen bir örneklemden dolayı sonuçların başka gruplara genellenmesi çok uygun değildir. Buna ek olarak, bu çalışmada odaklanılmayan kişilerarası ve sosyal etkenler ile genetik ve biyolojik faktörlerin de yeme bozukluklarına yatkınlık oluşturması olasıdır.

4.2. Öneriler

Gelecek araştırmaların klinik örnekleme çalışması ve farklı yeme bozuklukları gruplarını karşılaştırması daha açıklayıcı sonuçlar edinilmesini sağlayacaktır. Yeme bozukluklarının başlangıç yaşı genellikle 15-25 yaşları arasındadır (Schmidt ve ark., 2016). Daha genç bir popülasyon kullanılarak boylamsal bir çalışma gerçekleştirilmesi neden sonuç ilişkisi açısından daha güçlü veriler sağlayacaktır. Sonuç olarak farklı popülasyonlarda yeme bozukluklarının oluşumunda etkili diğer risk faktörleri açısından benzer araştırmaların yapılması önerilmektedir. Yeme bozukluğu olan kişilerin büyük bir çoğunluğunun problem çözüme ve baş etme becerilerinde eksiklikleri olduğu göz önüne alınırsa, insanları bilgilendirme konusunda gerekli önlemler alınmalı ve daha uyumlu baş etme stratejilerinin kazandırılması amaçlanmalıdır.

Bulgular anormal yeme tutumlarında, immatür savunma mekanizmalarının ve EDUŞ'ların önemli bir yeri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda, şema terapinin, yeme bozukluklarında kullanılan savunma mekanizmalarında değişim veya iyileşmeye etkisi araştırılabilir. Bu sayede yeme bozukluğu gösteren bireylerin günlük hayatın zorluklarıyla baş etme kapasitesini geliştirebilecek terapötik perspektiflerin önü açılabilir.

Son olarak unutulmaması gereken bir nokta, savunma mekanizmalarının uyum sağlayıcı özellikleridir. Nevrotik ve immatür savunma mekanizmaları çoğunlukla psikopatolojiyle ilişkilendiriliyor olsa da, uyum sağlayıcı yönleri hangi bağlamda

kullanıldığına göre değişmektedir. Örneğin yas sürecinde, inkar savunmasının kullanımı tamamen adaptiftir (Chabrol ve Callahan, 2004; akt., Walburg ve Chiaramello, 2015). Bu yüzden hastaların yalnızca matür savunma mekanizmalarını kullanmaları çok da faydalı olmayabilir. Bunun yerine hastaların baş edilmesi gereken stres verici duruma uygun olacak şekilde savunma sistemlerinde psikolojik esneklik kazanmalarını sağlamak daha faydalı olabilir (Walburg ve Chiaramello, 2015).

Kaynakça

- Abraham, S. F., & Beumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine, 12*(3), 625-635.
- Adami, G. F., Campostano, A., Cella, F., & Scopinaro, N. (2002). Serum leptin concentration in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Obesity, 26*(8), 1125.
- Agüera, Z., Brewin, N., Chen, J., Granero, R., Kang, Q., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2017). Eating symptomatology and general psychopathology in patients with anorexia nervosa from China, UK and Spain: A cross-cultural study examining the role of social attitudes. *PLoS ONE, 12*(3), e0173781.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *Ruhsal Bozukluklarının Tanısal ve Sayımsal Elkitabı* (5. Baskı). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal baskı tarihi 2013.)
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., & Treasure, J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits in adult women with eating disorders: defin-

ing a broader eating disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 242-247.

Andrews, G., Singh, M., & Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 246-256.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731.

Arusoğlu G., Kabakçı E., Köksal G., & Merdol T.K. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3).

Atiye, M., Miettunen, J., & Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A meta-analysis of temperament in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 89-99.

Australian, R., & New Zealand College Of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team For Anorexia Nervosa. (2016). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Focus*, 3(4), 618-628.

Ayrancı, E. (2015). *The predictive roles of perceived social support, early maladaptive schemas, parenting styles, and schema coping processes in wellbeing and burnout levels of primary caregivers of dementia patients*. Master Thesis, Middle East Technical University.

Baker, J. H., Mazzeo, S. E., & Kendler, K. S. (2007). Association between broadly defined bulimia nervosa and drug use disorders: Common genetic and environmental influences. *International Journal of Eating Disorders*, 40(8), 673-678.

Baños, R. M., Cebolla, A., Moragrega, I., Van Strien, T., Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., et al. (2014). Relationship between eating styles and temperament in an

Anorexia Nervosa, Healthy Control, and Morbid Obesity female sample. *Appetite*, 76, 76-83.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford press.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 190.

Beumont, P. J. V. (2002). Clinical presentation of anorexia and bulimia nervosa. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook* (2nd ed.). New York: Guilford.

Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: Permanent or transient features?. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(5), 467-478.

Blackman, J. S. (2004). *101 defenses: How the mind shields itself*. New York: Brunner-Routledge.

Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Caldwell-Harris, C., Pratt, E., Farchione, T., & Barlow, D. H. (2012). Behavioral and cognitive impulsivity in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Psychiatry Research*, 200(2), 1062-1066.

Boisseau, C. L., Thompson-Brenner, H., Pratt, E. M., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The relationship between decision-making and perfectionism in obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(3), 316-321.

- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 333-338.
- Boniell-Nissim, M., & Latzer, Y. (2016). The characteristics of pro-ana community. In *Bio-Psycho-Social Contributions to Understanding Eating Disorders* (pp. 155-167). Springer International Publishing.
- Bonne, O., Lahat, S., Kfir, R., Berry, E. M., Katz, M., & Bachar, E. (2003). Parent-daughter discrepancies in perception of family function in bulimia nervosa. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 66(3), 244-254.
- Brewerton, T. D., Lesem, M. D., Kennedy, A., & Garvey, W. T. (2000). Reduced plasma leptin concentrations in bulimia nervosa. *Psychoneuroendocrinology*, 25(7), 649-658.
- Brotsky, S. R., & Giles, D. (2007). Inside the "pro-ana" community: A covert online participant observation. *Eating Disorders*, 15(2), 93-109.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders; obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bulik, C. M., Devlin, B., Bacanu, S. A., Thornton, L., Klump, K. L., Fichter, M. M., et al. (2003). Significant linkage on chromosome 10p in families with bulimia nervosa. *The American Journal of Human Genetics*, 72(1), 200-207.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2003). Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders* 33(3), 293-8.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *63*(3), 305-312.
- Carbaugh, R., & Sias, S. (2010). Comorbidity of bulimia nervosa and substance abuse: Etiologies, treatment issues, and treatment approaches. *Journal of Mental Health Counseling*, *32*(2), 125-138.
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, *25*(7), 895-916.
- Castellini, G., Polito, C., Bolognesi, E., D'Argenio, A., Ginestroni, A., Mascalchi, M., et al. (2013). Looking at my body. Similarities and differences between anorexia nervosa patients and controls in body image visual processing. *European Psychiatry*, *28*(7), 427-435.
- Chabrol, H., Callahan, S., Pirlot, G., Sztulman, H., Peresson, G., Teissedre, F., et al. (2005). Étude de validité de façade du DSQ-40 [Defense Style Questionnaire, version à 40 items]. *L'Encéphale*, *31*(3), 385-386.
- Chassler, L. (1998). "Ox Hunger": Psychoanalytic Explorations of Bulimia Nervosa. *Clinical Social Work Journal*, *26*(4), 397-412.
- Chowdhury, U., Gordon, I., Lask, B., Watkins, B., Watt, H., & Christie, D. (2003). Early-onset anorexia nervosa: Is there evidence of limbic system imbalance?. *International Journal of Eating Disorders*, *33*(4), 388-396.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. John Wiley & Sons.

- Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(5), 363-365.
- Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, *79*(1), 13-24.
- Cooper, M. (1997). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *25*, 113-145.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Cohen-Tovée, E. (1996). Core beliefs in eating disorders. *International Cognitive Therapy Newsletter*, *10*(2), 2-3.
- Cooper, M. J., Todd, G., & Wells, A. (1998). Content, origins, and consequences of dysfunctional beliefs in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *12*(3), 213.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 1-16.
- Cooper, M., & Hunt, J. (1998). Core beliefs and underlying assumptions in bulimia nervosa and depression. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(9), 895-898.
- Cooper, M., & Turner, H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(2), 215-218.
- Cooper, M., Cohen-Tovée, E., Todd, G., Wells, A., & Tovée, M. (1997). The eating disorder belief questionnaire: Preliminary development. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(4), 381-388.

Courbasson, C., Shapira L., & Di Fonzo, M. (2011). Eating Disorders: Causes, Diagnosis and Treatments. In C. M. Shapiro (Ed.), *Eating Disorders: Causes, Diagnosis and Treatment* (pp. 1-38). New York: Nova Science Publishers, Inc.

Coveney, A., & Olver, M. (2017). Defence mechanism and coping strategy use associated with self-reported eating pathology in a non-clinical sample. *Psychreg Journal of Psychology*, 1(2), 18-39.

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms: What's the difference?. *Journal of Personality*, 66(6), 919-946.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in psychology today: Further processes for adaptation. *American Psychologist*, 55(6), 637.

Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., et al. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1342-1346.

Cummings, D. E., Purnell, J. Q., Frayo, R. S., Schmidova, K., Wisse, B. E., & Weigle, D. S. (2001). A preprandial rise in plasma ghrelin levels suggests a role in meal initiation in humans. *Diabetes*, 50(8), 1714-1719.

Cyders, M. A., Smith, G. T., Spillane, N. S., Fischer, S., Annus, A. M., & Peterson, C. (2007). Integration of impulsivity and positive mood to predict risky behavior: Development and validation of a measure of positive urgency. *Psychological Assessment*, 19(1), 107.

Darby, A., Hay, P., Mond, J., Quirk, F., Buttner, P., & Kennedy, L. (2009). The rising prevalence of comorbid obesity and eating disorder behaviors from 1995 to 2005. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 104-108.

- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25(S1), S51-S55.
- Demitrack, M. A., Putnam, F. W., Brewerton, T. D., Brandt, H. A., & Gold, P. W. (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1184-1188.
- Diamanti, A., Bracci, F., Gambarara, M., Ciofetta, G. C., Sabbi, T., Ponticelli, A., et al. (2003). Gastric electric activity assessed by electrogastrography and gastric emptying scintigraphy in adolescents with eating disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37(1), 35-41.
- Dias, K. (2013). The ana sanctuary: Women's pro-anorexia narratives in cyberspace. *Journal of International Women's Studies*, 4(2), 31-45.
- Dingemans, A. E., Spinhoven, P., & Van Furth, E. F. (2006). Maladaptive core beliefs and eating disorder symptoms. *Eating Behaviors*, 7(3), 258-265.
- Donini L. M., Marsili D., Graziani M. P., Imbriale M., & Cannella C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10(2), 28-32.
- Eddy, K. T., Hennessey, M., & Thompson-Brenner, H. (2007). Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 196-202.
- Eissler, K.R. (1943). Some psychiatric aspects of anorexia nervosa. *Psychoanalytic Review (1913-1957)*, 30, 121-145.
- Elliot, A. J. (2006). The hierarchical model of approach-avoidance motivation. *Motivation and Emotion*, 30(2), 111-116.

- Engel, S. G., Corneliusen, S. J., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Le Grange, D., Crow, S., et al. (2005). Impulsivity and compulsivity in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38(3), 244-251.
- Everill, J., & Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 1-11.
- Everill, J., Waller, G., & Macdonald, W. (1995). Dissociation in bulimic and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 17(2), 127-134.
- Fabbri, A. D., Deram, S., Kerr, D. S., & Cordás, T. A. (2015). Ghrelin and eating disorders. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 42(2), 52-62.
- Fairburn, C. G. (1997). Eating disorders. In: D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Cooper, P. J. (1986). The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. *Handbook of eating disorders: Physiology, psychology and treatment of obesity, anorexia and bulimia*, 389-404.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., Anastasiades, P., & Cooper, P. J. (1987). Prognostic factors in bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(3), 223-224.

- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs* (1st ed.). Hoboken: Wiley-VCH.
- Forney, K. J., Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2014). The role of loss of control eating in purging disorder. *International Journal of Eating Disorders, 47*(3), 244-251.
- Frank, G. K., Kaye, W. H., Ladenheim, E. E., & McConaha, C. (2001). Reduced gastrin releasing peptide in cerebrospinal fluid after recovery from bulimia nervosa. *Appetite, 37*(1), 9-14.
- Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defence*. (C. Baines, trans.) New York, N.Y: International Universities Press, inc.
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioural approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research, 6*, 123 –150.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(2), 273-279.
- Gongora, V. C., Derksen, J. J., & van Der Staak, C. P. (2004). The role of core beliefs in the specific cognitions of bulimic patients. *The Journal of nervous and mental disease, 192*(4), 297-303.
- Gordon, C. M., Dougherty, D. D., Fischman, A. J., Emans, S. J., Grace, E., Lamm, R., et al. (2001). Neural substrates of anorexia nervosa: a behavioral challenge study with positron emission tomography. *The Journal of Pediatrics, 139*(1), 51-57.
- Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and bulimia: Anatomy of a social epidemic*. Basil Blackwell.

- Gothelf, D., Apter, A., Ratzoni, G., Orbach, I., Weizman, R., Tyano, S., et al. (1995). Defense mechanisms in severe adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(12), 1648-1654.
- Gowers, S. G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 179(3), 236-242.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. In C. F. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Grilo, C. M., Sinha, R., & O Malley, S. S. (2002). Eating disorders and alcohol use disorders. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 151-157.
- Hadley, S., & Walsh, B. (2003). Gastrointestinal disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders*, 2(1), 1-9.
- Hay, P., & Williams, S. E. (2013). Exploring relationships over time between psychological distress, perceived stress, life events and immature defense style on disordered eating pathology. *BMC psychology*, 1(1), 27.
- Hay, P., Girosi, F., & Mond, J. (2015). Prevalence and sociodemographic correlates of DSM-5 eating disorders in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 19.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86.
- Holland, A. J., Sicotte, N., & Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(6), 561-571.

- Hughes, M. L., Hamill, M., van Gerko, K., Lockwood, R., & Waller, G. (2006). The relationship between different levels of cognition and behavioural symptoms in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 7(2), 125-133.
- Hutson, W. R., & Wald, A. (1990). Gastric emptying in patients with bulimia nervosa and anorexia nervosa. *American Journal of Gastroenterology*, 85(1).
- James, I. A., Southam, L., & Blackburn, I. M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 369-377.
- Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Metzger, E. D., Finkelstein, D. M., Cooper, T. B., & Levine, J. M. (1997). Decreased serotonin function in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 529-534.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 237-244.
- Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 156.
- Kaye, W. H., Devlin, B., Barbarich, N., Bulik, C. M., Thornton, L., Bacanu, S. A., et al. (2004). Genetic analysis of bulimia nervosa: methods and sample description. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4), 556-570.
- Kaye, W. H., Greeno, C. G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, L. R., et al. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 927-935.
- Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences*, 36(2), 110-120.

- Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, *154*(3), 313.
- Kendler, K. S., & MacLean, C. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1627.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, *73*(9), 904-914.
- Kessler, R. C., Shahly, V., Hudson, J. I., Supina, D., Berglund, P. A., Chiu, W. T., et al. (2014). A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *23*(01), 27-41.
- Kuek, A., Utpala, R., & Lee, H. Y. (2015). The clinical profile of patients with anorexia nervosa in Singapore: a follow-up descriptive study. *Singapore Medical Journal*, *56*(6), 324-328.
- Kuikka, J. T., Tammela, L., Karhunen, L., Rissanen, A., Bergstrom, K. A., Naukkari-
nen, H., et al. (2001). Reduced serotonin transporter binding in binge eating women. *Psychopharmacology*, *155*(3), 310-314.
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(4), 393-400.

- Lampard, A. M., Tasca, G. A., Balfour, L., & Bissada, H. (2013). An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review, 21*(2), 99-107.
- Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation and autoeroticism: The spider mother. *The Psychoanalytic Review, 89*(1), 101-123.
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Engel, S. G., Cao, L., Ndungu, A., Crow, S. J., et al. (2013). DSM-IV-defined anorexia nervosa versus subthreshold anorexia nervosa (EDNOS-AN). *European Eating Disorders Review, 21*(1), 1-7.
- Leary, M. R., Schreindorfer, L. S., & Haupt, A. L. (1995). The role of low self-esteem in emotional and behavioral problems: Why is low self-esteem dysfunctional?. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(3), 297-314.
- Leonard, C. E. (1944). An analysis of a case of functional vomiting and bulimia. *Psychoanalytic Review, 31*(1), 1-18.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999a). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(12), 736-741.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999b). Group cognitive-behavioural therapy for anorexia nervosa: a case for treatment?. *European Eating Disorders Review, 7*(5), 351-361.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (2000). Outcome of group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: The role of core beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 38*(2), 145-156.

- Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Joffe, R. T., Levitt, A. J., & Brown, G. M. (1997). Hormonal and subjective responses to intravenous meta-chlorophenylpiperazine in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *54*(6), 521-527.
- Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Masellis, M., Basile, V. S., Walker, M. L., Lipson, N., et al. (2001). Polymorphism of the serotonin 5-HT_{1B} receptor gene (HTR1B) associated with minimum lifetime body mass index in women with bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, *50*(8), 640-643.
- Lilenfeld, L. R. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, *30*(06), 1399-1410.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(6), 717-732.
- McCallum, K. E., Lock, J., Kulla, M., Rorty, M., & Wetzel, R. D. (1992). Dissociative symptoms and disorders in patients with eating disorders. *Dissociation* *5*(4), 227-235.
- McNaughton, M. E., Patterson, T. L., Irwin, M. R., & Grant, I. (1992). The relationship of life adversity, social support, and coping to hospitalization with major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *180*(8), 491-497.
- Merriam-Webster, Inc (Ed.). (1993). *Merriam-Webster's medical desk dictionary*. Merriam-Webster.
- Meyer, B.C. & Weinroth, L.A. (1957), Observations on psychological aspects of anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, *19*, 389-398.

- Meyer, C., & Waller, G. (1998). Dissociation and eating psychopathology: Gender differences in a nonclinical population. *International Journal of Eating Disorders*, 23(2), 217-221.
- Meyer, C., Waller, G., & Waters, A. (1998). Emotional states and bulimic psychopathology. *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, 271-289.
- Miettunen, J., & Raevuori, A. (2012). A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 152-166.
- Miller, C. A., & Golden, N. H. (2010). An introduction to eating disorders: clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 110-115.
- Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 489-503.
- Mirucka, B. (2013). Exploring the relationship between the body self and personality defence mechanisms in women with bulimia nervosa. *Polish Psychological Bulletin*, 44(1), 118-126.
- Monteleone, P., Brambilla, F., Bortolotti, F., & Maj, M. (2000). Serotonergic dysfunction across the eating disorders: relationship to eating behaviour, purging behaviour, nutritional status and general psychopathology. *Psychological Medicine*, 30(05), 1099-1110.
- Monteleone, P., Martiadis, V., Colurcio, B., & Maj, M. (2002). Leptin secretion is related to chronicity and severity of the illness in bulimia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 64(6), 874-879.

- Monteleone, P., Martiadis, V., Fabrazzo, M., Serritella, C., & Maj, M. (2003). Ghrelin and leptin responses to food ingestion in bulimia nervosa: implications for binge-eating and compensatory behaviours. *Psychological Medicine*, *33*(08), 1387-1394.
- Mustelin, L., Silén, Y., Raevuori, A., Hoek, H. W., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2016). The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *Journal of psychiatric research*, *77*, 85-91.
- Ngai, E. S., Lee, S., & Lee, A. M. (2000). The variability of phenomenology in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(4), 314-317.
- Nicholls, D. E., & Viner, R. M. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*(8), 791-799.
- Norris, M. L., Boydell, K. M., Pinhas, L., & Katzman, D. K. (2006). Ana and the Internet: A review of pro-anorexia websites. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(6), 443-447.
- Offer, R., Lavie, R., Gothelf, D., & Apter, A. (2000). Defense mechanisms, negative emotions, and psychopathology in adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, *41*(1), 35-41.
- Oldham, J. M. (1996). *Impulsivity and compulsivity*. American Psychiatric Pub.
- Pauporte, J., & Walsh, B. T. (2001). Serum cholesterol in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *30*(3), 294-298.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., et al. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychological Medicine*, *38*(10), 1443-1453.

- Pitts, C., & Waller, G. (1993). Self-denigratory beliefs following sexual abuse: Association with the symptomatology of bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders, 13*(4), 407-410.
- Polivy, J. (1996). Psychological consequences of food restriction. *Journal of the American dietetic association, 96*(6), 589-592.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist, 40*(2), 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 187-213.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review, 39*, 30-41.
- Putignano, P., Dubini, A., Toja, P., Invitti, C., Bonfanti, S., Redaelli, G., et al. (2001). Salivary cortisol measurement in normal-weight, obese and anorexic women: comparison with plasma cortisol. *European Journal of Endocrinology, 145*(2), 165-171.
- Quadflieg, N., & Fichter, M. M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*(1), i99-i109.
- Raenker, S., Hibbs, R., Goddard, E., Naumann, U., Arcelus, J., Ayton, A., et al. (2013). Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care. *International Journal of Eating Disorders, 46*(4), 346-354.
- Råstam, M., Bjure, J., Vestergren, E., Uvebrant, P., Gillberg, I. C., Wentz, E., et al. (2001). Regional cerebral blood flow in weight-restored anorexia nervosa: a preliminary study. *Developmental Medicine & Child Neurology, 43*(4), 239-242.

Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Kendler, K. S., Røysamb, E., Maes, H., Tambs, K., & Harris, J. R. (2003). Gender differences in binge-eating: a population-based twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(3), 196-202.

Reto, C. S., Dalenberg, C. J., & Coe, M. T. (1993). Dissociation and physical abuse as predictors of bulimic symptomatology and impulse dysregulation. *Eating Disorders*, *1*(3-4), 226-239.

Riso, L. P., & American Psychological Association. (2007). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Rosen, E. F., & Petty, L. C. (1994). Dissociative states and disordered eating. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *36*(4), 266-275.

Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israël, M., Richardson, J., & Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention?. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(7), 590-593.

Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, *49*(1), 45-53.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, *9*(03), 429-448.

Sachs, H. (1929). One of the Motive Factors in the Formation of the Super-Ego in Women. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *10*, 39.

Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V., & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, *10*(5), 509-526.

- Salkind, M. R., Fincham, J., & Silverstone, T. (1980). Is anorexia nervosa a phobic disorder? a psychophysiological enquiry. *Biological Psychiatry, 15*(5), 803-808
- Sammallahti, P. R., Holi, M. J., Komulainen, E. J., & Aalberg, V. A. (1996). Comparing two self-report measures of coping—the Sense of Coherence Scale and the Defense Style Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 52*(5), 517-524.
- Sarin, S., & Abela, J. R. (2003). The relationship between core beliefs and a history of eating disorders: An examination of the life stories of university students. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*(4), 359-374.
- Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi, 7*(23), 19-25.
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., et al. (2016). Eating disorders: the big issue. *The Lancet Psychiatry, 3*(4), 313-315.
- Schmidt, U., Tiller, J., & Treasure, J. (1993). Psychosocial factors in the origins of bulimia nervosa. *International Review of Psychiatry, 5*(1), 51-60.
- Schwartz, H. J. (1986). Bulimia: psychoanalytic perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*(2), 439-462.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin, 103*(2), 147.
- Siegel, J. P. (2006). Dyadic splitting in partner relational disorders. *Journal of Family Psychology, 20*(3), 418-422.
- Silverstone, J. T., & Russell, G. F. M. (1967). Gastric "hunger" contractions in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry, 113*(496), 257-263.

- Silverstone, T. (2005). *Eating disorders and obesity : How drugs can help*. Amsterdam: IOS Press.
- Simpson, K. J. (2002). Anorexia nervosa and culture. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 65-71.
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 182.
- Sines, J., Waller, G., Meyer, C., & Wigley, L. (2008). Core beliefs and narcissistic characteristics among eating-disordered and non-clinical women. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(2), 121-129.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548.
- Smith, K. A., Fairburn, C. G., & Cowen, P. J. (1999). Symptomatic relapse in bulimia nervosa following acute tryptophan depletion. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 171-176.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150.
- Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., & Çakır, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Şemaların Değerlendirilmesi: Young Şema Ölçeği Kısa Form-3'ün Psikometrik Özelliklerine İlişkin Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 75-84.
- Spigset, O., Andersen, T., Hägg, S., & Mjörndal, T. (1999). Enhanced platelet serotonin 5-HT 2A receptor binding in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *European Neuropsychopharmacology*, 9(6), 469-473.

- Stamatakis, E. A., & Hetherington, M. M. (2003). Neuroimaging in eating disorders. *Nutritional Neuroscience, 6*(6), 325-334.
- Steiger, H., & Houle, L. (1991). Defense styles and object-relations disturbances among university women displaying varying degrees of “symptomatic” eating. *International Journal of Eating Disorders, 10*(2), 145-153.
- Steiger, H., Feen, J. V. D., Goldstein, C., & Leichner, P. (1989). Defense styles and parental bonding in eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders, 8*(2), 131-140.
- Steiger, H., Young, S. N., Kin, N. N. Y., Koerner, N., Israel, M., Lageix, P., et al. (2001). Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa. *Psychological Medicine, 31*(01), 85-95.
- Stein, D., Bronstein, Y., & Weizman, A. (2003). Defense mechanisms in a community-based sample of female adolescents with partial eating disorders. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 33*(4), 343-355.
- Steiner, H. (1990). Defense styles in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 9*(2), 141-151.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry, 159*(8), 1284-1293.
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(2), 445-457.

- Strober, M., & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(5), 654-659.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly, 33*(2), 284-295.
- Stunkard, A. J., & Allison, K. C. (2003). Binge eating disorder: disorder or marker?. *International Journal of Eating Disorders, 34*(S1), S107-S116.
- Svedlund, N. E., Norring, C., Ginsberg, Y., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2017). Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among adult eating disorder patients. *BMC Psychiatry, 17*(1), 19.
- Swayze, V. W., Andersen, A. E., Andreasen, N. C., Arndt, S., Sato, Y., & Ziebell, S. (2003). Brain tissue volume segmentation in patients with anorexia nervosa before and after weight normalization. *International Journal of Eating Disorders, 33*(1), 33-44.
- Swift, W. J., & Stern, S. (1982). The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 2*(1), 17-35.
- Tammela, L. I., Rissanen, A., Kuikka, J. T., Karhunen, L. J., Bergström, K. A., Repo-Tiihonen, E., et al. (2003). Treatment improves serotonin transporter binding and reduces binge eating. *Psychopharmacology, 170*(1), 89-93.
- Tasca, G. A., Demidenko, N., Krysanski, V., Bissada, H., Illing, V., Gick, M., et al. (2009). Personality dimensions among women with an eating disorder: Towards reconceptualizing DSM. *European Eating Disorders Review, 17*(4), 281-289.

- Tauscher, J., Pirker, W., Willeit, M., de Zwaan, M., Bailer, U., Neumeister, A., et al. (2001). [123 I] β -CIT and single photon emission computed tomography reveal reduced brain serotonin transporter availability in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49(4), 326-332.
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, D. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49-59.
- Torem, M. S. (1986). Dissociative states presenting as an eating disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(2), 137-142.
- Tseng, M. C. M., Chang, C. H., Chen, K. Y., Liao, S. C., & Chen, H. C. (2016). Prevalence and correlates of bipolar disorders in patients with eating disorders. *Journal of Affective Disorders*, 190, 599-606.
- Unoka, Z., Tölgyes, T., & Czobor, P. (2007). Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 199-204.
- Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., & Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 425-431.
- Vaillant, G. E., Bond, M., & Vaillant, C. O. (1986). An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 43(8), 786-794.
- Valdiserri, S., & Kihlstrom, J. F. (1995). Abnormal eating and dissociative experiences: A further study of college women. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 145-150.

- Vandereycken, W. (1994). Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: review of the literature from 1960 to 1979. *International Journal of Eating Disorders, 16*(2), 105-116.
- Viana, M. C., Gruber, M. J., Shahly, V., Alhamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., et al. (2013). Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 35*(2), 115-125.
- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 191-214.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 137-147.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review, 18*(4), 391-420.
- Walburg, V., & Chiaramello, S. (2015). Link between early maladaptive schemas and defense mechanisms. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, 65*(5), 221-226.
- Waller, G. (2003). Schema-level cognitions in patients with binge eating disorder: A case control study. *International Journal of Eating Disorders, 33*(4), 458-464.
- Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C., & Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating-disordered patients. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 619-627.
- Waller, G., Dickson, C., & Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors, 3*(2), 171-178.

Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research, 25*(2), 137-147.

Waller, G., Meyer, C., Ohanian, V., Elliott, P., Dickson, C., & Sellings, J. (2001). The psychopathology of bulimic women who report childhood sexual abuse: The mediating role of core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental disease, 189*(10), 700-708.

Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders, 28*(2), 235-241.

Waller, G., Shah, R., Ohanian, V., & Elliott, P. (2001). Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young's Schema Questionnaire. *Behavior Therapy, 32*(1), 139-153.

Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological Medicine, 43*(12), 2477-2500.

Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Dounchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A. (2000). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 641-649.

Wolfe, B. E., Metzger, E. D., Levine, J. M., Finkelstein, D. M., Cooper, T. B., & Jimerson, D. C. (2000). Serotonin function following remission from bulimia nervosa. *Neuropsychopharmacology, 22*(3), 257-263.

- Woodside, D. B., Field, L. L., Garfinkel, P. E., & Heinmaa, M. (1998). Specificity of eating disorders diagnoses in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 261-264.
- Yager, J., Rorty, M., & Rossotto, E. (1995). Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating-disordered control subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 86-94.
- Yılmaz, N., Gençöz, T., & Ak, M. (2007). Savunma Biçimleri Testinin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 244-253.
- Young, J. E. (1994). *Practitioner's resource series. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Rev. ed.). Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., & Gluhoski, V. L. (1996). Schema-focused diagnosis for personality disorders. In F. W. Kaslow (Ed.), *Wiley series in couples and family dynamics and treatment. Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns* (pp. 300-321). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Publications Inc. M.U.A.
- Zeigler-Hill, V., & Pratt, D. W. (2007). Defense styles and the interpersonal circumplex: the interpersonal nature of psychological defense. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 1(2), 1-15.

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.

Ek A

DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Uygulama Tarihi:..../...../.....

Cinsiyet: () Kadın () Erkek**Doğum Tarihi:****Medeni Durum:** () Evli () Bekar () Diğer Belirtiniz:**En son mezun olduğunuz okul:**

() İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü

Mesleğiniz:**Anneniz:** () Hayatta () Hayatta değil**Babanız:** () Hayatta () Hayatta değil**Anneniz ve babanız:**

() Evli () Boşanmış () Ayrı yaşıyor () Birinin işi nedeniyle

ayrı yaşıyor () Vefat nedeniyle ayrılır

Şu anda kimlerle yaşıyorsunuz?

() Ailemle yaşıyorum.

() Kardeş(ler)imle yaşıyorum.

() Eşim/partnerimle yaşıyorum.

() Yalnız yaşıyorum.

() Arkadaş(lar)ımla yaşıyorum.

() Akrabalarım ile yaşıyorum.

() Diğer:

Ailenizin sosyoekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

Alt Orta Üst

Ailenizi nasıl tanımlarsınız?

Geleneksel

Modern

1	2	3	4
---	---	---	---

Boyunuz:

Kilonuz:

Boyunuzun kaç olmasını isterdiniz?

Kilonuzun kaç olmasını isterdiniz?

Kilonuzdan ne kadar memnunsunuz?

Çok memnunum Memnunum Ne memnunum ne değilim
 Memnun değilim Hiç memnun değilim

Kilonuzdan memnun değilseniz:

Kilo almak istiyorum Kilo vermek istiyorum

Son 6 ay içerisinde kilonuzda bir değişiklik oldu mu? Evet Hayır

Cevabınız evet ise:

Bu değişiklik hangi yönde oldu? Kilo aldım Kilo verdim

Bu değişiklik isteyerek mi oldu? Evet Hayır

Önümüzdeki 6 ay içerisinde kilo vermeyi planlıyor musunuz? Evet Hayır

Şu an diyet yapıyor musunuz? Evet Hayır

Diyet yapmakla ilgili aşağıdaki cümlelerden size en uygun olanını işaretleyiniz.

Devamlı diyet yaparım. Sık sık diyet yaparım.

- Nadiren diyet yaparım. Bugüne kadar hemen hemen hiç diyet yapmadım.

Düzenli spor yapıyor musunuz?

- Evet, yapıyorum. Hayır, yapmıyorum.

Yanıtınız evet ise:

- Her gün/Neredeyse her gün. Haftada birkaç kez.
 Haftada bir kez. Ayda birkaç kez.

Son beş yıl içinde en düşük kilonuz ile en yüksek kilonuz arasında ne kadar fark vardı?

- 1-3 kg 4-6 kg 7-9 kg 10 kg ve üzeri

Şu anki kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Zayıf Normal Şişman

Yeme ile ilgili bir sorununuz olduğunu düşünüyor musunuz?

- Hiç Biraz Orta Derecede Oldukça Çok Fazla

Yeme davranışı ile ilgili aşağıdaki cümlelerden size uygun olan şık(lar)ı işaretleyiniz.

- Yemek seçerim.
 Dengesiz beslenirim.
 Az yemek yerim.
 Çok fazla yemek yerim.
 Bazen tıkanırcasına, bazen çok kısıtlı yemek yerim.
 Kendim için kötü/yasak olduğunu düşündüğüm besinleri yemem.
 Yemek yedikten sonra kusarım.

Yemek yedikten sonra suçluluk duyarım.

Diğer:

Herhangi bir psikolojik/psikiyatrik hastalığınız var mı?

Evet, var. Hayır, yok.

Yanıtınız evet ise hastalığınızın ne olduğunu belirtiniz:

Şimdi ya da da daha önceki yıllarda herhangi bir ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gördünüz mü?

Evet, gördüm. Hayır, görmedim.

Herhangi bir fiziksel hastalığınız var mı?

Evet, var. Hayır, yok.

Yanıtınız evet ise hastalığınızın ne olduğunu belirtiniz:

Ek B

YEME TUTUM TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen, her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen şıkkı işaretleyiniz.

1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	a	b	c	d	e	f
2. Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği yemem.	a	b	c	d	e	f
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	a	b	c	d	e	f
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	a	b	c	d	e	f
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	a	b	c	d	e	f
6. Aklım fikrim yemektedir.	a	b	c	d	e	f
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	a	b	c	d	e	f
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	a	b	c	d	e	f
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	a	b	c	d	e	f
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	a	b	c	d	e	f
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	a	b	c	d	e	f
12. Ailem fazla yememi bekler.	a	b	c	d	e	f
13. Yemek yedikten sonra kusarım.	a	b	c	d	e	f
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	a	b	c	d	e	f
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	a	b	c	d	e	f
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	a	b	c	d	e	f
17. Günde birkaç kere tartılırım.	a	b	c	d	e	f
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	a	b	c	d	e	f
19. Et yemekten hoşlanırım.	a	b	c	d	e	f
20. Sabahları erken uyanırım.	a	b	c	d	e	f
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	a	b	c	d	e	f

22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	a	b	c	d	e	f
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kadınlar cevaplandırarak)	a	b	c	d	e	f
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	a	b	c	d	e	f
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	a	b	c	d	e	f
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden uzun sürer.	a	b	c	d	e	f
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	a	b	c	d	e	f
28. Müshil kullanırım.	a	b	c	d	e	f
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	a	b	c	d	e	f
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	a	b	c	d	e	f
31. Yaşamımı, yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	a	b	c	d	e	f
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	a	b	c	d	e	f
33. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	a	b	c	d	e	f
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	a	b	c	d	e	f
35. Kabızlıktan yakınırım.	a	b	c	d	e	f
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	a	b	c	d	e	f
37. Perhiz yaparım.	a	b	c	d	e	f
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	a	b	c	d	e	f
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	a	b	c	d	e	f
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	a	b	c	d	e	f

a. Daima Zaman **b. Çok Sık** **c. Sık Sık** **d. Bazen** **e. Nadiren** **f. Hiçbir**

Ek C

Young Şema Ölçeği - Kısa Form 3

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin.

Bir kaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi ş anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın.

1 den 6'ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1- Benim için tamamıyla yanlış | 4- Benim için orta derecede doğru |
| 2- Benim için büyük ölçüde yanlış | 5- Benim için çoğunlukla doğru |
| 3- Bana uyan tarafı uymayan taraftan biraz fazla | 6- Beni mükemmel şekilde tanımlıyor |

1. _____ Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. _____ Beni terkedeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. _____ İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum
4. _____ Uyumsuzum.
5. _____ Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. _____ İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum
7. _____ Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.

8. _____ Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. _____ Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlılarım kadar, başaramadım.
10. _____ Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. _____ Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. _____ Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. _____ Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. _____ Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. _____ Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. _____ Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. _____ Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. _____ Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. _____ Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. _____ Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. _____ İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. _____ Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. _____ Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.

24. _____ İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. _____ Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. _____ Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. _____ Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.
28. _____ Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. _____ Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. _____ Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. _____ En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. _____ Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. _____ Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. _____ Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. _____ İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. _____ Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. _____ Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. _____ Yakınlarımla beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım
39. _____ Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.

40. _____ Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. _____ Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. _____ İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. _____ Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. _____ Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. _____ Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız
46. _____ İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. _____ Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. _____ İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. _____ Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. _____ İsteddiğimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. _____ Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım
52. _____ Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. _____ Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. _____ Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. _____ Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarım ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.

56. _____ Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. _____ Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheliyimdir.
58. _____ Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. _____ Kendimi sevilebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. _____ Gündelik işler için benim kararlarım güvenilemez.
62. _____ Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. _____ Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum- Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. _____ Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. _____ Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. _____ Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. _____ Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. _____ Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.
69. _____ Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. _____ Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.

71. _____ Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. _____ Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. _____ Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. _____ İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. _____ Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. _____ Kendimi hep grupların dışında hissederim.
77. _____ Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. _____ İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. _____ Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. _____ Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. _____ Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. _____ Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. _____ Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. _____ Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.

85. _____ Kendimi sorumluluktan kolayca sıyıramıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. _____ Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. _____ Kararlarım nadiren sadık kalabilirim.
88. _____ Bir dolu övgü ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemi sağlar.
89. _____ Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. _____ Ben cezalandırılmayı hakeden kötü bir insanım.

Ek D

Savunma Biçimleri Testi

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (X) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 ~~5~~ 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen' mişim gibi tehlikelere aldırmam.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

Ek E

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma İstanbul Bilim Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans programı bünyesinde Dr. Öğr. Üyesi İrem Anlı danışmanlığında, Ilgın Arpacı tarafından yürütülmektedir. Çalışmanın amacı yetişkinlerde yeme tutumlarının bilişsel şemalar ve savunma biçimleriyle ilişkisini anlamaktır. Bu çalışmanın sonuçlarının psikoterapi ve sosyal destek çalışmalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın amacına ulaşılması için sizden beklenen, rahat hissettiğiniz sürece, bütün sorulara eksiksiz ve içtenlikle cevap vermenizdir.

Bu araştırmanın hiçbir aşamasında kimlik bilgileriniz sorulmayacaktır. Araştırma verileri güvenli bir şekilde saklanacaktır. Veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmada demografik bilgi formu ve 4 ölçek bulunmaktadır. Tüm soruları yanıtlamak yaklaşık 25 dakika kadar sürmektedir. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak veya tazminat talebi kabul edilmeyecektir. Araştırmadan herhangi bir nedenden ötürü herhangi bir aşamasında çekilebilirsiniz.

Araştırmayla ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda Psk. Ilgın Arpacı'ya ilginarpaci@gmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz...

