

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ

Danışman  
Prof. Dr. M. Levent Kayaalp

**YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ BAĞLANMA  
PATERNLERİNİN DEPRESYON VE İNTİHAR  
DAVRANIŞI İLE KORELÂSYONU**

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

UZMAN PSİKOLOG ENGİN EKER

İSTANBUL 2014

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

Danışman  
Prof. Dr. M. Levent Kayaalp

**YEME BOZUKLUĞU HASTALARININ BAĞLANMA  
PATERNLERİNİN DEPRESYON VE İNTİHAR  
DAVRANIŞI İLE KORELÂSYONU**

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

UZMAN PSİKOLOG ENGİN EKER

İSTANBUL 2014

İstanbul, 26 Eylül 2014

**İ.Ü.ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 50.maddesi uyarınca Enstitünüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nın doktora öğrencisi Engin EKER'in,

**“Yatan Yeme Bozukluğu Hastalarının Bağlanma Paternlerinin Depresyon ve İntihar Davranışlarıyla Olan Kolerasyonu”**

Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

Yukarıda adı geçen tez başlığının **“Yeme Bozukluğu Hastalarının Bağlanma Paternlerinin Depresyon ve İntihar Davranışı ile Kolerasyonu”** şeklinde değiştirilerek tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Tefrika TUNABOYLU İKİZ  
Jüri Başkanı

Prof. Dr. M. Levent KAYAALP  
Danışmanı

Prof. Dr. Gökhan ORAL  
Üye

Yard. Doç. Dr. Neylan ZİYALAR  
Üye

Yard. Doç. Dr. Erol YILDIRIM  
Üye

## ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı, yatan Anoreksiya Nervoza hastalarının bağlanma stillerini incelemektir. Bunun yanında bağlanma stillerine paralel olarak bu hastalardaki depresyon, anksiyete düzeyleri ve intihar davranışını araştırmak ve korelasyonunu ortaya çıkarmaktır.

Çalışmanın başlangıç, yürütme ve sonuçlanma aşamalarında, bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren tez danışmanım Prof. Dr. M. Levent KAYAALP'e; yine bilgilerini ve zamanını benden esirgemeyen Adli Tıp Enstitüsü'ndeki hocam Yrd. Doç. Dr. Neylan ZİYALAR'a en derin teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tezin oluşum sürecinde akademik bilgilerinden faydalanmama olanak tanıyan Doç. Dr. Günay Can'a, araştırmanın deneklerine ulaşmamı sağlayan İstanbul Tıp Fakültesi Yeme Bozuklukları Biriminden Prof. Dr. Başak Yücel'e ve Alman Hastanesi Psikiyatri Kliniğinden Uz. Dr. Ayça Gürdal'a, tez çalışmamın uygulama döneminde yardımını ve gönüllülüğünü gösteren Psikoloji stajyerim Burcu Özmen'e, yoğun takviminin içerisinde akademik desteğini hep hissettiğim ablam Uzm. Psk. Danışman Halime Eker'e ve en stresli zamanlarımda kuvvetli fikirleriyle bana destek olan *Kuzi*'m Psikolog Hakan Serdar Şengül'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu yoğun ve uzun çalışma döneminde, çeşitli vesilelerle yardımlarını aldığım değerli dostlarım, sevdiklerim; Hülya Kaya, Kenan Kaya, Nahide Kartal ve Yard. Doç. Dr. Erol Yıldırım'a da teşekkürlerimi iletmeyi bir borç bilirim.

Tez çalışmamda benimle aynı yoğunluğu paylaşan, fikri çıkmazlarıma tünel kazan, sevgili eşim Psikolog Sema Eker'e ayrıca hayatımıza kattığı cennetimiz, oğlumuz Aden Eker'e ve eğitim hayatımın ufkunu çok küçük yaşlarımdan itibaren çizen,

elimden tutan, maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen annem Meryem Eker ve babam Ali Eker'e sonsuz teŖekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	I
İÇİNDEKİLER .....	III
TABLOLAR ve ŞEKİLLER DİZİNİ .....	VIII
KISALTMALAR.....	XI
ÖZET.....	1
ABSTRACT .....	3
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	5
2. GENEL BİLGİLER .....	8
2.1. Yeme Bozuklukları Dsm-IV Tanı Kriterleri .....	8
2.1.1. Anoreksiya Nervoza .....	8
2.1.2. Bulimia Nervoza .....	9
2.1.3. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu.....	10
2.2. Anoreksiya Nervoza'nın Tarihçesi.....	11
2.3. Anoreksiya Nervoza'nın Epidemiyolojisi .....	12
2.4. Anoreksiya Nervoza'nın Etiyolojisi .....	14
2.4.1. Biyolojik Yaklaşım.....	14
2.4.2. Bilişsel Yaklaşım .....	15
2.4.3. Psikodinamik Yaklaşım.....	16

<b>2.5. AnoreksiyaNervoza Komorbitide .....</b>	<b>18</b>
<b>2.6. Anoreksiya Nervoza İle İlişkili Diğer Özellikler.....</b>	<b>19</b>
<b>2.6.1. Kişilik Özellikleri.....</b>	<b>19</b>
<b>2.6.2. Kendine Zarar Verme Davranışı .....</b>	<b>20</b>
<b>2.6.3. Aile İçi İlişkiler ve Yeme Düzenleri.....</b>	<b>23</b>
<b>2.7. Bağlanma .....</b>	<b>26</b>
<b>2.7.1. Bağlanma Kuramı.....</b>	<b>26</b>
<b>2.7.2. Bağlanma Şekilleri .....</b>	<b>28</b>
<b>2.7.3. İçsel Çalışma Modelleri .....</b>	<b>29</b>
<b>2.7.4. Bartholomew'un Dörtlü Bağlanma Modeli .....</b>	<b>30</b>
<b>2.7.5. Anoreksiya Nervoza'da Nesne İlişkileri .....</b>	<b>32</b>
<b>2.7.6. Bağlanma ve Psikopatoloji .....</b>	<b>34</b>
<b>2.7.7. Bağlanma ve Depresyon.....</b>	<b>36</b>
<b>2.8. İntihar.....</b>	<b>38</b>
<b>2.8.1. İntiharin Epidemiyolojisi.....</b>	<b>38</b>
<b>2.8.2. İntiharin Risk Faktörleri.....</b>	<b>40</b>
<b>2.8.2.1. Demografik Faktörler .....</b>	<b>40</b>
<b>2.8.2.2. Akut ve Kronik Yaşam Olayları.....</b>	<b>42</b>
<b>2.8.2.3. Beden Sağlığı .....</b>	<b>42</b>
<b>2.8.2.4. Psikiyatrik Hastalıklar.....</b>	<b>42</b>
<b>2.8.2.5. Önceki İntihar Girişimleri ve İntihar Düşüncelerinin</b>	

İfadesi .....	44
2.8.2.6. Çocukluk Travmaları.....	44
2.8.2.7. İntihar ve Yeme Bozuklukları .....	44
2.9. Depresyon.....	46
2.9.1. Depresyonun Tarihçesi.....	47
2.9.2. Depresyonun Sınıflandırılması.....	48
2.9.2.1. Majör Depresyon Tanı Ölçütleri.....	49
2.9.3. Epidemiyoloji.....	51
2.9.4. Depresyonun Risk Faktörleri.....	52
2.9.4.1. Cinsiyet.....	52
2.9.4.2. Evlilik Durumu.....	53
2.9.4.3. Sosyo-Ekonomik Durum .....	54
2.9.4.4. Sosyal Çevre.....	54
2.9.4.5. Yeme Bozukluğu ve Depresyon .....	54
2.9.4.5.1. Anorekisyas Nervosa ve Depresyon .....	55
2.10. Anksiyete .....	57
2.10.1. Anksiyetenin Tarihçesi ve Tanımı .....	57
2.10.2. Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri .....	58
2.10.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu .....	59
2.10.2.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk .....	61
2.10.2.3. Panik Bozukluğu .....	64



2.10.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....	66
2.10.2.5. Fobik Bozukluk .....	69
2.10.2.6. Sosyal Fobi .....	71
2.10.3. Anksiyete ve Depresyon İlişkisi Üzerine Kuramsal	
Açıklamalar .....	73
2.10.3.1. Anksiyete ve Depresyonda Epidemiyoloji .....	73
2.10.3.2. Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında	
Tanısal Birliktelik .....	74
2.10.4. Anksiyete ve Yeme Bozuklukları.....	75
2.11. Ülkemizde Yeme Bozukluğu ile İlgili yapılan Çalışmalar.....	76
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	80
3.1. Katılımcılar.....	80
3.2. Ölçme Araçları.....	80
3.2.1. Yeme Tutumu Testi(YTT-40).....	80
3.2.2. Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ) .....	81
3.2.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) .....	82
3.2.3.1 Ölçeğin Puanlanması ve Değerlendirilmesi .....	83
3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ).....	85
3.2.5. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) .....	86
3.2.6. Demografik Soru Formu .....	86

3.3. Uygulama .....	87
3.4. İstatiksel Analiz .....	88
3.5. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri.....	88
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	92
4. BULGULAR.....	93
5. TARTIŞMA.....	119
6. SONUÇ.....	132
7. KAYNAKLAR.....	134

## **EKLER**

**EK1. YEME TUTUMU TESTİ (YYT 40)**

**EK 2. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇEMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ)**

**EK 3. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)**

**EK 4. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME**

**ÖLÇEĞİ (HDDÖ)**

**EK 5. HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME**

**ÖLÇEĞİ (HADÖ)**

**EK 6. DEMOGRAFİ SORU FORMU**

## **ÖZGEÇMİŞ**

## TABLO ve ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil I.</b> Barthelomev'un 4'lü Bağlanma Modeli.....	31
<b>Tablo I.</b> Hasta Grubu Bağlanma Biçimlerinin Çocukluk ve Yetişkinlik Çağına Göre Ki-Kare Testi Sonuçları.....	94
<b>Tablo II.</b> Kontrol Grubu Bağlanma Biçimlerinin Çocukluk ve Yetişkinlik Çağına Göre Ki-Kare Testi Sonuçları.....	95
<b>Tablo III.</b> Çocukluk Dönemi Bağlanma Biçimlerinin Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Ki-Kare Testi Sonuçları.....	95
<b>Tablo IV.</b> Yetişkinlik Dönemi Bağlanma Biçimlerinin Hasta ve Kontrol Gruplarına Göre Ki-Kare Testi Sonuçları.....	96
<b>Tablo V.</b> Aile Değerlendirme Ölçeği Alt Kategorilerinin Hasta ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılması.....	97
<b>Tablo VI.</b> Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Ortalamalarının Hasta ve Kontrol Grubu Açısından Karşılaştırılması.....	98
<b>Tablo VII.</b> Hamilton Anksiyete Ölçeğinden Alınan Puanlara Hasta ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması.....	98
<b>Tablo VIII.</b> Psişik ve Somatik Anksiyete Puanlarına göre Hasta ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması.....	99
<b>Tablo IX.</b> Hamilton Depresyon Ölçeğinden Alınan Puanlara Hasta ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması.....	100
<b>Tablo X.</b> Kendine Fiziksel Olarak Zarar Verme Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....	100
<b>Tablo XI.</b> Kendine Fiziksel Olarak Zarar Verme Sıklığı Açısından Hasta ve Kontrol Grubunun Karşılaştırılması.....	101
<b>Tablo XII.</b> İntihar Düşüncesi Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	

Karşılaştırılması.....	102
<b>Tablo XIII.</b> İntihar Etmeyi Planlama Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	
Karşılaştırılması.....	102
<b>Tablo XIV.</b> İntihar Girişiminde Bulunma Açısından Hasta ve	
Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....	103
<b>Tablo XV.</b> Yeme Tutum Testi-40'tan Alınan Puanların Hasta ve Kontrol	
Grubu Açısından Karşılaştırılması.....	104
<b>Tablo XVI.</b> Ailesinde Diyet Yapan Bir Bireyin Varlığı Açısından Hasta ve	
Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....	105
<b>Tablo XVII.</b> Diyet Yapan Arkadaşının Olması Açısından Hasta ve Kontrol	
Gruplarının Karşılaştırılması.....	105
<b>Tablo XVIII.</b> Grup Halinde Diyet Yapma Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	
Karşılaştırılması.....	106
<b>Tablo XIX.</b> Ailesinde Kronik Bir Hastalığı Olan Birey Bulunması Açısından	
Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....	107
<b>Tablo XX.</b> Fastfood Yeme Oranları Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	
Karşılaştırılması.....	107
<b>Tablo XXI.</b> Fastfood Yeme Sıklığı Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	
Karşılaştırılması.....	108
<b>Tablo XXII.</b> Cips vs. Yeme Oranları Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	
Karşılaştırılması.....	108
<b>Tablo XXIII.</b> Aburcubur Yeme Sıklığı Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	
Karşılaştırılması.....	109
<b>Tablo XXIV.</b> Eğitim Düzeyleri Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının	
Karşılaştırılması.....	110

<b>Tablo XXV. Anne-baba Durumları Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>110</b>
<b>Tablo XXVI. Annelerin Eğitim Düzeyleri Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>111</b>
<b>Tablo XXVII. Babaların Eğitim Düzeyleri Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>112</b>
<b>Tablo XXVIII. Kardeşi Olma Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>112</b>
<b>Tablo XXIX. Aylık Gelir Durumu Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>113</b>
<b>Tablo XXX. Günlük Yemek Öğünlerinin Yenme Biçimi Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>114</b>
<b>Tablo XXXI. Arkadaş İlişkilerini Tanımlama Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>115</b>
<b>Tablo XXXII. Arkadaşlarla Birlikte Yapılan Etkinlikler Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>116</b>
<b>Tablo XXXIII. Yoğun Aktivite Gerektiren Uğraşlarla İlgilenme Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>117</b>
<b>Tablo XXXIV. Enerji İçeceği İçme Oranları Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması.....</b>	<b>118</b>

## KISALTMALAR

ADÖ:	Aile Değerlendirme Ölçeği
AN:	Anoreksiya Nervoza
AN-R:	Anoreksiya Nervosa Restrictive(kısıtlayıcı) tip
AN-BP:	Anoreksiya Nervosa Binge-eating/Purging(abur-cubur yeme/müşille bağırsakları temizleme) tip
APA:	American Psychiatric Association
BN:	Bulimiya Nervoza
BN-P:	Bulimiya Nervosa Purging tip
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manuel
EBBÖ:	Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği
HDDÖ:	Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği
HADÖ:	Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği
ICD-10:	International Classification of Diseases
MDB:	Major Depresif Bozukluk
OKB:	Obsesif-Kompulsif Bozukluk
PB:	Panik Bozukluk
TSSB:	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu
YB:	Yeme Bozukluğu
YTT-40:	Yeme Tutum Testi-40

### ÖZET

Bu araştırmanın amacı, Anoreksiya Nervoza hastalarının bağlanma stillerini incelemektir. Bunun yanında bağlanma stillerine paralel olarak bu hastalardaki depresyon ve intihar davranışını araştırmak ve korelasyonunu ortaya çıkarmaktır.

Anoreksiya Nervoza tanısı almış, bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların yakın ilişkilerinde kurdukları bağlanma biçemlerinin ve depresyon-anksiyeteye bağlantısının incelenmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak yaşanan depresyonun-anksiyetenin düzeyine ve derinliğine bağlı olarak da intihar düşünceleri, planları ve girişimlerinin derecesi belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla Anoreksiya Nervoza tanısı almış ve tedavisi devam etmekte olan 20 kadın hasta ile herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış 30 kadın denek bahsedilen değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Kontrol grubu uygun örnekleme yolu ile elde edilmiştir. Karşılaştırma için kullanılan ölçekler Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) ve Yeme Tutumu Testi 40 (YTT-40) ve Demografik Bilgi Formudur.

Araştırmanın sonuçlarına göre Anoreksiya Nervoza hastaları ile herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış Kontrol Grubu denekleri arasında bağlanma biçemleri açısından farklılık tespit edilmiştir. Hasta Grubundaki deneklerin bağlanma biçemleri Kaçınan Bağlanma şeklinde iken Kontrol Grubu deneklerinde Güvenli Bağlanma Biçemi tespit edilmiştir. Benzer şekilde Hasta Grubu deneklerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin Kontrol Grubu deneklerine göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Ancak kendine zarar verme davranışı, intihar düşüncesi, planı ve girişiminde

## **Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri**

bulunma açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** yeme bozukluğu, bağlanma biçemi, depresyon, anksiyete, intihar, aile işlevselliği.



### **ABSTRACT**

The purpose of this study is to examine attachment style of hospitalized patients with Anorexia Nervosa. As well as, it aims to investigate depression and suicidal behavior in these patients and reveal correlations parallel to the attachment style.

This study also intend to examine depression and anxiety characteristics of patients who were hospitalized at a psychiatric clinic with a diagnosis of Anorexia Nervosa, besides their attachment style that they have established in close relationships. In addition, it aims to detirmine depression-anxiety experienced level also suicidal thoughts, plans and attempts degree depending on depth. To this end, 20 female patients who were diagnosed with Anorexia Nervosa and 30 women that were not diagnosed with any psychiatric disorder subjects were compared with each other in terms of the above-mentioned variables. The control group was obtained by appropriate sampling path. The scales used to comparison; Adult Attachment Scale(AAS)Family Assessment Scale(FAS), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) and Eating Attitudes Test 40 (EAT-40) and Demographic Information Form.

According to the results of the study, it has been determined differences in attachment styles between hospitalized patients with Anorexia Nervosa and the control subjects without any psychiatric diagnosis. While attachment style of subjects in the patients group were Avoidant Attachment, in the control group subjects were Secure Attachment Style. It has been also found high levels of depression and anxiety in the patients group in spite of control group. However, in terms of self-harm behavior, suicidal thoughts, plans and attempts, it hasnot ben found a significant difference between patient and control groups.

## **Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri**

**Key words:** eating disorders, attachment style, depression, anxiety, suicide, family functioning.

### 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yeme bozuklukları, yeme davranışındaki ciddi bozulmayla ve psiko-sosyal işlevselliği ve fiziksel sağlığı önemli derecede bozacak şekilde kilo alımını kontrolle karakterize olan ve genel bir tıbbi durum veya bir başka psikiyatrik bozukluk nedeniyle ortaya çıkmamış olan bir davranıştır (Fairburn ve ark., 2002). İki klinik tabloyu içermektedir. *Anoreksiya Nervosa* (AN) ve *Bulimia Nervosa* (BN). AN'nin en çarpıcı özelliği minimum normal vücut kilosunu korumayı reddetmektir; aşırı kilo kaybı ve zayıflık söz konusu olmasına rağmen hasta, beden imgesindeki bozulmaya bağlı olarak yine de kendisini şişman olarak algılar. BN ise nöbetler halinde tekrarlayan abartılı yeme epizotlarıyla kendini gösterir ve hasta beden imgesiyle sürekli zihinsel bir uğraş içinde olduğundan aşırı yeme ve kilo alımını telafi etmeye yönelik uygunsuz davranışlar sergiler: İstemli istemsiz kusma, diüretik ve laksatif kötüye kullanımı, aşırı bedensel hareketler gibi (Güleç ve ark., 1998).

Bu bozukluklar DSM-III-R'de "bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar" başlığı altında yer alırken, DSM-IV'te bu grup içinden çıkartılmış ve "yeme bozuklukları" başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır (APA, 1994).

Her iki bozukluk da özellikle AN, genellikle ergenlik döneminde başlayan bozukluklardır. Bununla birlikte BN daha fazla olmak üzere genç erişkinlikte de ortaya çıkabilmektedir (Klein ve ark., 2004). Her iki bozukluk da daha çok kadınları etkilemektedir, tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı % 5-15 civarındadır (Carlat ve ark., 1991), özellikle endüstrileşmiş batı toplumlarında, beyazlarda, üst ve orta sosyo-ekonomik gruplarda daha sık görülmekle birlikte diğer etnik ve sosyo-

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

ekonomik gruplarda da son yıllarda yapılan araştırmalara göre, artış grlmektedir (Crago ve ark., 1996).

Yapılan epidemiolojik çalışmalar son on yılda batılı ülkelerde yeme bozukluğu sıklığının hızla yükseldiğini göstermektedir (Lucas,1993). Doğu ülkelerinden de bildirilen çalışmalar ve olgu sunumları artmaktadır. Ülkemizde de yeme bozukluklarının daha çok tanınması ve tartışılması, tanı konulan olgu sayısını arttırmaktadır. Subaşı ve arkadaşlarının (1999) Ankara'da yaptıkları lise 1. sınıf taramasında yeme bozukluğu gösteren öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve aralarındaki ilişkiler ele alınmıştır. Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise 253 kız niversite ğrencisi yeme tutumları açısından değerlendirilmiş ve bozukluk gösterme oranı % 7,9 çıkmıştır. Ancak deneklerin sosyo-ekonomik olarak farklılaşmadığı, yeme tutum ve davranışında bozukluk gösterme oranının artmakta olduğu bulunmuştur (Altuğ ve ark., 2000).

Sosyokültürel değişimlerin ve kültürel çatışmaların yeme bozukluğu sıklığını arttırdığı ne sürülmektedir (Vandereycken ve ark., 1992). Özellikle hızlı sosyal değişim gösteren ülkelerde beden imgesine ilişkin kültürel değerlerin de hızlı değişmesi risk faktörü oluşturmaktadır (Cathebras ve ark., 1991). Bu açıdan bakıldığında ülkemizde de giderek daha çok yeme bozukluğuna rastlanacağı düşünülebilir

Yapılan alışmalar göstermiştir ki Anoreksiya Nervoza %20 oranında kroniktir ve AN'ye bağlı komplikasyonlar sonucu hastaların % 5-10 'u hayatını kaybetmektedir (Steinhausen, 2002). Favaro ve Santonastaso (1999), İtalya'da 175 bulimik hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların % 70 oranında kendine zarar verme davranışında (sa çekme, deri kesme ve yakma vb.) , % 16.6 oranında da intihar teşebbüsünde bulduklarını bildirmişlerdir. Bu oranlar yeme bozukluklarının adli bilimler başlığı altında ele alınmasının kuvvetli bir gerekçesi olarak düşünülebilir.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Bilindiği gibi yeme bozukluklarının genelinde ve bu çalışma özelinde Anoreksiya Nervoza hastalığında yapılan araştırmaların çoğunluğu anne-kız arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Anne-kız ilişkisindeki hangi komponentlerin kişide anoreksik tutumların gelişmesine zemin hazırladığı hala araştırılmaktadır. Bağlanma kuramı açısından da anne, çocuğun bağ kurmada ihtiyaç duyduğu ilk ve temel nesnedir. Bu açıdan önemli yakınlarla ya da ilk bakım verenle kurulan ilişkinin niteliği yaşamımızda birincil öneme sahiptir (LeCroy, 1988). Bu ilişkinin yeterince iyi ve doyurucu kurulamamasının sonuçlarının birçok çeşidinden biri olarak da yeme tutumlarında bozulmaların grldğ, örneğin aşırı kontrolü anne figürlerine karşı kız çocukların kendi özerkliklerini koruyabilmek için bu tip savunma içerikli davranışları tercih etmek zorunda kaldıkları bildirilmiştir (Bruch 1982, Bruch 1978).

Yeme tutularında bozulma olan bireylerin depresif kişilik zellerine sahip olduklarına dair birçok bildirim söz konusudur (Viesselman ve ark., 1985). Anneyle kurulamayan sağlıklı bağların kişinin i dünyasında sağlam bir temel oluşmasını engellediği, yaşama, varoluşa, arzuya dair yapılan duygusal yatırımın eksik kaldığı, i dünyada büyük ve doldurulması zor boşlukların tahribata yol açtığı bu sebeple de depresif semptomların hatta karakteristiğin yerleştiği bildirilmiştir (Gilman, 1999). Yaşanan depresyonun ve suçluluk duygularının kişide hayata tutunma ve yaşamı sürdürme isteğini azalttığı buna ek olarak tedavi girişimlerinin reddedildiği gibi, intihar düşüncesi, planı ve davranışlarının da ortaya çıkabildiği grlmektedir.

Tüm bu değişkenlerin nasıl bir seyir izlediği, aralarındaki nedensel bağların dizini ve korelasyonu hiç kuşku yok ki ciddi önem arz etmektedir. Araştırmada bu değişkenlerin birbirleriyle olan bağlantılarını incelemek amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Yeme Bozuklukları Dsm-IV Tanı Kriterleri

#### 2.1.1. Anoreksiya Nervosa

Kesin tanı için aşağıdaki ölçütlerin tümü bulunmalıdır:

- a. Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (Örneğin, beklenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde belenen kilo alımını gerçekleştirilmeme).
  - b. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.
  - c. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkâr etme.
  - d. Kadınlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması (Sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örneğin, östrojen uygulanması).
- Kısıtlayıcı Tip: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu(bölüm) sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.

Tıknırcasına Yeme/ Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (kendisinin yol açtığı kusma ya da

laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir.

### 2.1.2. Bulimia Nervoza

**a.** Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir.

1- Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda yiyeceğın belirli bir zaman diliminde (Örneğın, herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yenmesi.

2- Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (Örneğın, yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

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

**c.** Tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

**d.** Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun biçimi ve ağırlığından etkilenir.

**e.** Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza epizodları arasında ortaya çıkmamaktadır.

*Çıkartma Olan Tip:* Bulimiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi, düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

*Çıkartma Olmayan Tip:* Bulimiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır.

### 2.1.3. Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

Başka türli adlandırılmayan yeme bozukluğu kategorisi, herhangi özgül bir Yeme Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan yeme bozuklukları içindir.

Örnekleri arasında şunlar vardır.

1. Bayanlarda, bireyin düzenli menstruasyonları olması dışında Anoreksiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
2. Belirgin kilo kaybının olmasına karşın kişide kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında Anoreksiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır
3. Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici mekanizmaların haftada iki kereden daha az bir sıklıkla ya da 3 aydan daha kısa süreli olarak ortaya çıkması dışında Bulimia Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
4. Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması (Örn. iki parça kek yedikten sonra kendini kusturma).
5. Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme, ancak yutmama.



6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu: Düzenli olarak Bulimia Nervoza'ya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması (APA, (1994).

Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza, genç kadınların ve ergenlerin yüzde 1-5'ini etkilemekte ve distres ve psikopatolojinin hayatı tehdit eden formlarıyla kendini göstermektedir. AN, normal vücut kilosunu korumayı reddetme, beden algısında bozulma ve amenore ile karakterizedir. Buna karşın BN, yoğun yeme ataklarını takip eden telafi edici davranışların çeşitli formlarıyla tanımlanır. Her iki bozuklukta da öz-değerlendirme, kilo ve ağırlık algısı tarafından büyük ölçüde etkilenmektedir. Bozuklukların bu ortak özelliklerine rağmen farklılıkları da mevcuttur. AN'da beden algısı bozulmuşken BN'de vücut ölçüleri daha gerçekçidir. AN'li bireyler, semptomları ego-sintonik deneyimlerler ve tedaviye ihtiyaç görmezler, BN'liler ise sıklıkla yoğun yeme ataklarının ve anormal çıkarma davranışlarının farkındadırlar (O'Brien ve ark.,2003).

### 2.2. Anoreksiya Nervoza'nın Tarihçesi

Anoreksiya Nervoza yani emosyonel iştah kaybı, Yunanca "orexis" (iştah) kelimesinden gelmektedir. İlk olarak 1500'lü yıllarda An Simone Porto O. Porto tarafından tanımlanmıştır. Açlık ve çileciliğin (asetizm) kutsal ve özendirilen bir davranış olduğu bu dönemde din uğruna dünya zevklerinden vazgeçme adına anoreksiyaya benzer davranışlar sergilenmekteydi (Özdel ve ark., 2003).

Bu sendrom(hastalık tablosu) tıbbi literatürde ilk olarak 1870'li yıllarda neredeyse eşzamanlı olarak İngiltere'de William Gull, Fransa'da Laseque tarafından tanımlanmıştır (Klein ve ark., 2004). 20. yüzyılın ortalarına kadar hakkında fazla araştırma yapılmamış olan yeme bozuklukları, son 30 yıl içinde birçok araştırmaya

konu olmuş ve etiyolojisi aydınlatılmaya çalışılmıştır. AN; şiddetli kilo kaybı, iştahsızlık, amenore, kabızlık, psikolojik rahatsızlık ve aşırı artmış aktiviteyle karakterize bir bozukluktur.

Hastaların kilo kayıplarının yoğun olduğu dönemlerde saptanan bulguların genellikle kilo alımının ardından ortadan kalktığı kaydedilmektedir. Bu da nöropeptidlerle ilgili değişikliklerin hastalığın bir nedeni olmaktan çok aşırı kilo kaybına bağlı olarak gelişen bir yanıt sonucunda ortaya çıktığını düşündürmektedir (APA, 1994).

Bu alanda çalışmış en önemli yazarlardan biri olan Bruch'a göre bir anoreksik için, zayıflık arzusu her türlü fiziksel ya da psikolojik ihtiyaçtan daha önde gelmektedir ve kişi kilo kaybettikçe, bu kilo kaybı zaferin, kontrolün ve kısıtlamanın bir çeşit sembolü haline gelmektedir. Kilo vermeye yönelik tüm çabalar, hastaların kendi dünyalarında hissettikleri aşırı çaresizlik duygusundan kaynaklanmaktadır. Anoreksik hastalar bu çaresizlik duygularından kurtulmak isterken yön değiştirmiş bir girişim olarak kilo vermeye yönelik katı kararlar alarak kaybettikleri otonomi hissisini tekrar kazanmaya çalışmaktadırlar (APA, 1994). Zayıflıkla duyulan gurur, sonrasında iştahın yok sayılmasına ya da baskı altına alınmasına yardımcı olmaktadır.

### 2.3. Anoreksiya Nervozanın Epidemiyolojisi

Son yıllarda epidemiyolojik yöntemler yeme bozukluklarına da uygulanmaktadır. Yeme bozuklukları, günümüzde gelişmiş batı toplumlarında önemli birer sağlık sorunu olarak görülmektedir. Zira yeme bozuklukları için uzun dönemde ciddi fiziksel ve psikolojik morbiditeden(hastalık) söz etmek mümkündür. Bu bozukluklardan Anoreksiya Nervozaya uzun zamandır bilinmekle birlikte, son dönemlerdeki bazı tartışmalarda Bulimiya Nervozanın yeni ortaya çıkan bir bozukluğu

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

mu yansıttığı yoksa yeni yeni tanınmaya başlayan eski bir hastalık mı olduğu ya da AN'nin değişim göstermiş bir biçimi mi olduğu tartışılmaktadır. Bir başka tartışılan konu ise AN'nin belirgin bir biçimde artış gösteren sıklığı ve batılı olmayan toplumlarda ortaya çıkmaya başlamasıyla ilgidir (Cinemre, 1999).

AN asıl olarak bir ergenlik dönemi hastalığıdır. Hastalığın başlangıcı için riskli yaş grubu 14-18 yaşlar arasındır. Hastalık 12-25 yaş arası genç kadınları çoğunlukla etkilemektedir. AN bu yaşlarda daha yüksek sıklıkla görülürken ileri yaşlarda kadın ya da erkeklerdeki görülme sıklığı artmamaktadır. AN'li hastaların % 84'ü 25 yaşından küçüktür (Hoek, 1991).

Hayat boyu yaygınlığı kadınlar arasında % 0,5-2 arasında olan AN ile ilgili olarak son yapılan çalışmalar bu oranın arttığını göstermektedir. Kadınlarda erkeklere göre 10-20 kat fazla görülen bir bozukluktur (Crago ve ark., 1996). Tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı % 5-15 civarındadır (Carlat ve ark., 1997; Steiger, 1989; Margo, 1987; Olivardia ve ark., 1995).

Tarihsel olarak tipik hasta profili Kuzey Amerika'da orta-üst sosyo-ekonomik seviyedeki kız adolesanlardır (Hamli ve ark., 2000). Ama bu kanaat yapılan son araştırmalarda düşük sosyoekonomik seviyeli popülasyonlarda da sıkça görülmeye başlandığının ve sadece Batılı kültürlerde değil, bu kültürle temasa geçmiş her kültürde görülme sıklığının arttığının gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiştir (Pope ve ark., 1987; Rogers ve ark., 1997).

Dünyada bu konuyu ele alan çalışmalara bakıldığında, Uzakdoğu'da yapılan bazı çalışmalarda, bu toplumlarda değişen değer yargıları ve kentleşmenin YB (Yeme Bozukluğu) riskini arttırdığına işaret edilmektedir. Örneğin Kriike ve arkadaşları

(1988), Japon toplumunda son 35 yılda ergen kızların ve yetişkin kadınların "daha ince" bir beden yapısı kazandıklarını; zayıflamak için diyet yapanların yaygınlığında bir artış olduğunu ve bu bulguların YB riskini arttırdığını ileri sürmektedirler, Çin'de de aynı durum söz konusudur. Öte yandan batı normlarından etkilenmemiş Afrika, Hindistan, Papua Yeni Gine gibi bölgelerde YB nadir görülen bozukluklar olarak kabul edilmektedir.

Yeme bozukluklarının beyaz ırktan olmayanlarda daha ender olarak görüldüğü görüşü yaygın olmasına rağmen, bu gruplar üzerindeki çalışmalar son zamanlarda yeme bozukluğu sıklığının arttığına işaret etmektedir (VanThorre ve ark., 1985; Szabo ve ark., 1997; Pemberton ve ark., 1996; Akan ve ark., 1995). Bununla birlikte yeme bozukluklarının beyaz ırktan olmayanlarda daha ender görüldüğünü destekleyen araştırmalar çoğunluktadır (Soomro ve ark., 1995).

### **2.4. Anoreksiya Nervozanın Etiyolojisi**

Bozukluğun etiyolojisinde birçok faktör olduğu düşünülse de direkt etkisi olan neden bilinmemektedir. Patolojinin biyolojik, psikolojik ve çevresel risk faktörlerinin etkisiyle ve etkileşimiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (Özdel, 2003).

#### **2.4.1. Biyolojik Yaklaşım**

Yeme bozukluklarının oluşumunda kültürel değişkenlerin ya da yetiştirme özelliklerinin bir rolü olduğu açıktır ancak bozukluğun birçok patolojik durumla ortak kökeni olduğunu öneren çalışmalar, kültürel, çevresel, genetik, fiziksel ve psikolojik risk faktörleriyle bağlantı kurmuştur (Tresure ve ark., 1991).

AN ve BN'ye hazırlayıcı genetik faktörler ikiz ve aile çalışmalarıyla araştırılmıştır. İkiz çalışmaları AN için tek yumurta ikizlerinde % 48,5- 71'lik; çift

yumurta ikizlerinde % 0-10'luk bir aynı anda olma oranı bulmuşlardır (Nowlin, 1983; Holland ve ark., 1988). BN için ise tek yumurta ikizleri % 22,9-83, çift yumurta ikizleri ise % 0-27'lik bir aynı anda olma oranı bulmuştur (Fichter ve ark., 1990; Kendler ve ark., 1991).

Aile çalışmaları göstermiştir ki AN için 1. derece akrabalarından % 2- 8'inde AN, % 1- 4,7'sinde BN görülme riski vardır (Theader, 1970; Strober ve ark., 1990)

### 2.4.2. Bilişsel Yaklaşım

Anoreksiya ve Bulimiya Nervozada görüntü (biçim) ve ağırlık ile aşırı ilgilenme söz konusudur. Bu bilgi anoreksiya ve bulimiya için tanı açısından büyük önem taşır. Anoreksiya Nervozada sonuç aşırı zayıflıktır. Temel psikopatolojide bu hastalar kendilik değerlerini biçimleri ve ağırlıkları açısından değerlendirirler. Sonuç olarak biçim ve ağırlıklarına ilişkin düşüncelerle aşırı uğraşırlar. Sürekli şişmanlık ve kilo almaktan sakınırlar. Ağırlığı kontrol etmeye yönelik davranışlar anoreksiya ve bulimiya için tipiktir (aşırı diyet, zorlayarak kusma, purgatif diüretik kullanma, aşırı egzersizler). Bozukluğun psikopatolojisine ilişkin tedavi gidişini belirleyen üç önemli nokta vardır.

1- Anoreksiya ve bulimiyada birçok özellik, hastanın biçime ve ağırlığına ilişkin aşırı anlam yüklenmesine ikincil olarak gelişme eğilimindedir.

2- Anoreksiyada bazı özellikler açlığa bağlıdır (yiyecek ve yeme ile aşırı uğraş, aşırı yeme epizodu, depresif mizaç ve irritabilite, obsesyon belirtileri, konsantrasyon bozukluğu, ilgi azalması, cinsel istek kaybı, sosyal geri çekilme). Bir hasta bu alt grubunda ise ağırlık restorasyonuna rağmen depresif özellikler devam etmekte olabilir, bunlarda depresif bozukluk beraber bulunmaktadır.

3- Bulimiya ve bulimiya epizodları olan anoreksiyada birçok özellik yemek yemedeki kontrol kaybına karşı ikincil gelişen psikolojik yanıttır. Bu özellikler depresyon ve anksiyete belirtileri, sosyal geri çekilme ve konsantrasyon bozukluğudur (Fairburn ve ark., 1989; Maner, 1997).

### 2.4.3. Psikodinamik Yaklaşım

Yeme bozuklukları psikanalitik olarak değerlendirilmeye 1930'larda başlanmıştır. O yıllarda açıklamalar, bozulmuş yeme fonksiyonu ve kusma üzerine odaklanmıştır. Bu konuda Freud'un geliştirdiği açıklamalar temel alınıyordu, bozulmuş yeme dürtüsü, organizmanın cinselliği kontrol etmede yetersizliği ile ilişkili bulunuyordu.

Önce yemekten tikslenme ve aşırı kusma davranışının, yoğun baba fiksasyonunu ve babadan çocuk sahibi olma isteğini işaret ettiği belirtilmiş, bununla birlikte gıda reddi erkek olma ve penise sahip olma isteği olarak yorumlanmıştır (Obelholzer, 1930).

Daha sonra ise zaman zaman kompulsif yeme ile sonlanan, yemek yiyerek hamile kalma fantezileri ve bunun getirdiği suçluluk sonucu gıda reddi olarak açıklanmıştır. Kabızlık, batındaki çocuğu sembolize ederken, amenore de hamileliğin en tipik göstergesi olduğundan bu tip fantezileri işaret etmekteydi (Waller ve ark., 1940).

Modern psikanalitik çalışmalar ise çocuk ebeveyn ilişkileri üzerine eğilmiştir. Son 20 yılda bu konuda ciddi araştırmalar yapmış Hilde Bruch'a göre düşüncelerin sürekli beden ağırlığı ve yiyeceklerle ilgili tutulması aslında derinlerde bir "benlik kavramı" bozukluğunun olduğunun geç kalmış bir işaretidir. Anoreksik bireyler güçsüz, etkisiz olduklarına yönelik kesin bir inanç taşırlar. Daha çok kusursuz bir küçük kız imgesiyle kendilerini korumak isterler. Beden, benlikten ayrı ve ebeveyne ait bir parça gibi

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

yaşanır. Özerklik duyguları gelişmemiştir. Beden işlevlerinin denetimi kendilerinde değil"miş gibi" yaşarlar.

Anoreksiya Nervozalı kişinin çocukluğu da genellikle ebeveynini sürekli hoşnut etmeye çalışan "iyi kız çocuğu" şeklinde geçmiştir. Ergenlik dönemine geldiklerinde, birden inatçı ve olumsuz tavırlar edinmeye başlarlar. Bruch' a göre bunun nedeni bedeniyle yaşadığı kopukluktan kurtularak bedeninin denetimi ele geçirmeye yönelik kendini tedavi etme girişimidir. Böylece anksiyetesini beden ağırlığının ve yiyeceklerinin denetimine dönüştürmüş olur.

Bruch, hem anoreksik hem de bulimik hastalarda gıdanın sembolik anlamı doğru olmasına rağmen, bu hastaların gıdayı anksiyete ve psikolojik sorunları çözmede hatalı kullandıklarını belirtmiştir. Anne-çocuk ilişkisinde, çocuğun ihtiyaçları ile çevresel yanıtlar birbiriyle uyumadığında algısal farkındalığın şaşkınlıkla sonlandığını ve böyle bireylerin aç mı, tok mu olduklarını anlayamadıklarını ve yemeye olan ihtiyaçlarını da diğer rahatsız edici duyumlardan ayırt edemediklerini vurgulamıştır (Bruch, 1982; Bruch, 1978). Zayıflıkla duyulan gurur, sonrasında iştahın yok sayılmasına ya da baskı altına alınmasına yardımcı olmaktadır (Harvil, 1984; Hendrick, 1984).

Bruch'a göre Anoreksiya Nervozaya bozuk anne - kız ilişkilerinden ve bu ilişkide, çocuğunkinden çok, annenin kendi ihtiyaçlarının ön planda olmasından kaynaklanır. Çocuk anneden kendisine değer veren ve kendi varlığını hissedebileceği karşılıkları alamadığında sağlıklı bir benlik duygusu geliştiremez. Kendisini annenin uzantısı olarak algılar.

Anoreksiya Nervozaya ilişkin çalışmaların çoğu anne - kız ilişkisi üzerine yapılmıştır. Raley ve Bemporad (1985), bazı anoreksik durumların baba - kız

ilişkindeki aksaklıklardan da oluşabileceğini gözlemlemişlerdir. Anoreksiyalı kızların babaları ilgili ve destekleyici görünmekle birlikte kızları kendilerine ihtiyaç duyduğunda onları duygusal yönden yalnız bırakırlar ve kendi veremediklerini kızlarından beklerler. Çoğunlukla mutsuz bir beraberlik yaşayan anne ve baba birbirlerinde bulamadıklarını kızlarından bekleyebilirler. Kızlarını kendi ihtiyaçlarını sağlayan bir self-object(kendilik nesnesi) yerine koydukları için çocuğa kendisi olabilme şansını tanımadıklarını söylemiştir (Bemporad, 1985).

### 2.5. Anoreksiya Nervozada Komorbidite

YB ile eş zamanlı ve yaygın olarak görülen bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve bazı kişilik bozuklukları olarak üç ana grupta toplanabilirler. Yapılan çalışmalara göre, AN hastalarının % 84'ünde majör depresyon ilk sırada görülmektedir. Bu hastalar arasında ise yaşam boyu bir anksiyete tanısı almış olanların oranı % 62' dir. Anksiyete bozuklukları arasında en sık olarak obsesif-kompulsif bozukluk, ikinci olarak sosyal fobi, % 6.4 oranında şizofreni ve % 17.7 oranında ise madde kötüye kullanımı yer almaktadır. Rastlanmayan bozukluklar ise, antisosyal kişilik, kumar ve homoseksüelliktir (Hamli ve ark., 1991).

AN hastalarının 2/3'ü ve hem bulimik hem de anoreksiklerin toplamının 3/4'ü, en az bir duygudurum bozukluğu tanısı da almaktadır (Herzog, 1992). AN hastalarının % 20'sinde fobik bozukluk, panik bozukluk ya da obsesif-kompulsif bozukluktan birine rastlanmaktadır (Goldman, 1995).

Buna karşılık tedavisi tamamlanmış ve tamamen iyileşmiş AN hastalarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında, kilonun düzenlenmesiyle beraber, OKB (Obsesif-kompulsif bozukluk) semptomlarında ciddi biçimde azalma görölse de, obsesif-kompulsif kişilik özelliklerinin kendini göstermeye devam ettiği dikkat çekmektedir. Bu



da AN'nin OKB değil de obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ile olan bağlantısını güçlendirir gözükmemektedir. Şizofreni ile ilgili olarak ise bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ancak yeme bozuklukları hastalarındaki, özellikle de Anoreksiya Nervoza olgularındaki, algının bozulması ve kişinin kendi bedenine yönelik tasarımlarındaki bozulma, psikotik bir işleyişi de düşündürebilir (Casper, 1990).

### 2.6. Anoreksiya Nervoza ile İlişkili Diğer Özellikler

Anoreksiya Nervoza hastalığının ortaya çıkmasıyla ilgili olarak araştırmamızda önceliği olan değişkenlerden aşağıda bahsedilmektedir.

#### 2.6.1. Kişilik Özellikleri

AN'de kişilik özellikleri toplum geneline göre aşırı kaçınanlık, aşırı özenlilik, inatçılık ve mükemmeliyetçilik olarak tanımlanır (Hamli ve ark., 2000). Ek olarak iyileşmiş AN'li kadın hastalar arasında yüksek oranda mükemmeliyetçilik ve obsesif belirtiler gözlemlenmiştir (Hamli ve ark., 2000; Srinivasagam ve ark., 1995), bu bulgular Temperament And Character Inventory(Cloninger ve ark., 1994), Multidimensional Perfectionism Scale(Frost ve ark., 1990) ve Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman ve ark., 1989; Goodman ve ark., 1989) gibi değerlendirme ölçekleriyle de kuvvetlendirilmiştir.

Çalışmalar anoreksiya (bulimik semptomları olmayan hastalarda) ve kişilik özellikleriyle ilgili olarak içedönüklük, konformizm (uyumculuk), mükemmeliyetçilik, zihinsel katılık ve obsesif-kompulsif olmayı saymıştır (Tresure ve ark., 1991).

Bulimiya için bu durum biraz daha karışıktır. Araştırmalar, bulimik hastaların dışadönük, histrionik ve affektif olarak dengesiz olduklarını göstermesine rağmen,

anoreksik ve bulimiklerde yapılan çalışmalar da mükemmeliyetçilik, utangaçlık ve tolerans gibi özellikler bulmuştur (Nowlin, 1983).

Ayrıca mizala ilgili çalışmalarda BN’li kişilerde dürtüsellik, yenilik arayışı (Diaz-Marsa, 2000) ve şiddetli kaınganlık düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (Fassino ve ark., 2002; Kleifield, 1994; Brewerton ve ark., 1993). Yüksek oranlı kişilik bozuklukları gibi aşırı negatif duygulanım ve stres reaksiyonu (Pryor ve ark., 1996) da BN’li kişiler arasında çok çıkmıştır (Bulik ve ark., 1995). Negatif duygulanım, mükemmeliyetçilik, sosyal güvensizlik, stres reaksiyonu ve etkisiz hissetme oranları, iyileştikten bir yıl sonra bile BN’li kadınlarda yüksek bulunmuştur (Stein ve ark., 2002).

Yeme bozukluğu hastalarında, belirtiler ortaya çıkmadan önceki kişilik özelliklerinin değerlendirilmesine ilişkin araştırmaların planlanması oldukça güçtür. Ancak belirtiler düzeldikten sonraki kişilik özelliklerine bakıldığında, hastaların obsesyonel ve esnek olmayan düşünce biçimlerini ve sosyal izolasyonu sürdürdükleri, kişiler arası ilişkilerde daha güvensiz oldukları, mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip oldukları bildirilmiştir (Kristin ve ark., 1999).

### 2.6.2. Kendine Zarar Verme Davranışı

Kendine zarar verme davranışı (self-mutilation, self-injury, self-harm), bilinçli bir intihar amacı olmaksızın, tasarlanmış bir şekilde beden dokularına zarar verici, karmaşık bir grup davranışı içermektedir (Canat, 1992). İntihardan farklı olarak bu davranışlar ölümlü amaçlamaz ve hastalara bir rahatlama ve anlamlılık verir. Bu tür davranışları gerçekleştirirken artan gerilim eşliğinde dürtüsellik ve eylemin bitişini takip eden rahatlama görölmektedir (Pattison ve ark., 1983; Herpertz, 1995). Simeon ve

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

arkadaşları, kendine zarar verici davranışı, bir ölüm niyeti olmaksızın kişinin kendi bedenine kasten direkt fiziksel zarar vermesidir, diye tanımlamışlardır (Simeon ve ark., 1995). Bu davranışlar genel olarak dört grupta görölmektedir.

1. Borderline kişilik bozukluğu olanlar
2. Mental retardasyonu ve diğer organik bozukluğu olanlar
3. Yeme bozukluğu olanlar
4. Antisosyal kişilik bozukluğu olanlar (Pies ve ark., 1995).

Psikiyatrik popülasyonda kendine zarar verme oranları, normal popülasyondan çok daha fazladır. Kendine zarar verme davranışının varlığı, genel popülasyonun % 4'ünde, klinik popülasyonun % 21'inde rapor edilmiştir (Briere ve ark., 1998).

Eğer değerlendirilen popülasyon ergenlerle sınırlandırılırsa, vaka oranı dramatik olarak artmakta, % 40'lara yaklaşmaktadır (Darche, 1990).

Kendine zarar verme davranışı, hayatın erken dönemlerinde travma yaşamış kişilerde görölmekte ve sıklıkla, stres yaşanan dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Pek çok vakada tetikleyici olay, kişinin anne-babası ya da sevgilisi tarafından reddedildiğini algılamasıdır. Bu kişiler sıklıkla mükemmeliyetçidirler. Fiziksel görünüşlerinden memnun değildirler ve duygularını kontrol ve ifade etmede güçlük yaşamaktadırlar (Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence., 2001). Kendilerini ifade edememelerinin yanı sıra çarpıtılmış bir benlik algısına sahiptirler (Kemperman ve ark., 1997). Kendine zarar veren kişiler, duygusal uzaklık ve kararsız ebeveyn uzaklığı-yakınlığı sebebiyle kısmi yokluk yaşamaktadırlar (Suyemato, 1998). Bahsedilen bu duygusal sebeplerin yeme bozukluklarının da ortaya çıkmasında rastlanılan özelliklerden olduğu düşünölmektedir. Nitekim Favazza ve arkadaşları, kendine zarar vermenin yeme bozuklukları gibi bir dürtü bozukluğu olduğunu ifade ederler ve

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

eşliğinde diğer dürtü bozukluklarının; yeme bozuklukları ve kleptomani gibi, bulunabileceğini belirtirler (Favazza ve ark., 1989). Claes ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmaya göre 185 yeme bozukluğu hastasının % 45'i bir veya birden fazla olarak kendine zarar verme davranışında bulunmuştur (Claes ve ark., 2005).

Kendine zarar verme davranışı (tırnak yeme, saç çekme-koparma, deri kesme-yakma vb.) ve yeme bozukluğu alt tipleri (Anoreksiya Nervosa Restrictive(kısıtlayıcı) tip (AN-R), Anoreksiya Nervosa Binge-eating/Purging (abur-cubur yeme/müşhille bağırsakları temizleme) tip (AN-BP) ve Bulimiya Nervosa Purging tip (BN-P)] birbiriyle ilişkisi hakkında çok fazla sayıda araştırma yoktur. Claes ve arkadaşları yine aynı çalışmada kendine zarar verme davranış tipleriyle arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır (Claes ve ark., 2005). Ancak Nagata ve arkadaşlarının 2000 yılında Japon yeme bozukluğu olan hastalarla yaptıkları çalışmada, 60 hasta (AN-R) tip, 62 hasta (AN-BP) tip ve 114 hasta da (BN) tip ve 66 hasta da kontrol grubudur ve bu çalışmada AN-R tip hastaların % 2'sinin, AN-BP tip hastaların % 11'inin, BN hastalarının % 18'inin ve kontrol grubunun % 2'sinin kendine zarar verici davranışta bulunduğu bulunmuştur (Nagata ve ark., 2000).

Bulimiklerin ilk nesne kayıplarından ve bu kaybı simgeleştirebilmedeki başarısızlıklarından bahsedilmiştir. Bu başarısızlık sonucu zevk ilkesi gerçeklik ilkesinin yerine geçiyor ve nesneyle kurulan ilk ilişkinin yasını tutmak mümkün olmuyordu. Ortaya çıkan kaygı durumu nesne kaybıyla ilgili oluyor ve ortaya çıkan gerginlik iç nesne yaratılmadığından bir felaket duygusu gibi yaşıyordu. Bu mekanizma bulimiyada çokça görülen kendine zarar verme ve intihar davranışlarının altındaki potansiyeli gösterir niteliktedir (Suyemato, 1998).

Bulimik için kendine zarar verme sadece bir gerilimi boşaltma yöntemi değil aynı zamanda bedenini deneyimleme, kimlik ve gerçeklik hissini arama yöntemidir. Yeme bozukluğu olan kişilerin sadece beden imajlarıyla değil, bedenlerini deneyimlemeyle de ilgili özel bir problematikleri vardır (Keel ve ark., 1997; Romans ve ark., 1987). Davranış kontrolündeki ve beden duyum-duygulanımını yönetmedeki başarısızlığa tepki olarak obsesiflik ve kompulsif tarzda eylemler(saç çekme, deri kazıma) gerçekleştirilir (Cathelbras ve ark., 1991).

Favaro ve Santonastaso (1998), 175 yatan BN'li hastayla yaptıkları araştırmada hastaların % 70 oranında kendine zarar verme davranışında (saç çekme, deri kesme ve yakma vb.) bulduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca dürtüsel olarak kendine zarar veren hastaların anlamlı derecede depresif ve çoğunun intihar girişiminde bulunmuş olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca dürtüsel kendine zarar verme eyleminde bulunan hastaların daha kısa bir hastalık süresi ve bilinçliliğinde büyük bir eksiklik olduğunu da bildirmişlerdir.

### 2.6.3. Aile İçi İlişkiler ve Yeme Düzenleri

Ataerkil toplumlarda kız çocuklardan edilgen, bağımlı, itaatkâr, uyumlu olmaları, erkek çocuklardan ise aktif, bağımsız, başarılı, iddiacı hatta saldırgan olmaları beklenir. AN'li kızlarda bu beklentilere aşırı uyum gösterme eğilimi olduğu belirtilmektedir. Preanoreksik model, bağımlı, kendini ifade etme güçlüğü olan, söylenileni yapan genç kız modelidir (Leon ve ark., 1984). Anoreksiyalı hastaların anne babaları kızlarını hastalık öncesinde iyi, mutlu, bekleneni yapan, öfkeye kapılmayan, isyan etmeyen, kendilerine yardımcı çocuklar olarak tanımlarlar. Bu çocuklar “doğru olanı yapmak” ve başkalarını memnun etmek için öylesine uğraşırlar ki, kendi duygu ve isteklerinin farkında değildirler. Kendileri için istekleri olduğunda kendilerinin suçlu ve bencil hissederler (Edwards, 1987). Bu bakımdan anneleriyle özdeşim kurarlar. Bu

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

ailelerdeki model anneler, itaatkar, kendini feda eden, kendiden önce diğerlerini düşünen, bağımlı, tutucu, evde belirli kuralların uygulanmasını önemseyen ve benlik saygısı düşük olan kadınlardır. Bütün bu özellikler hastalık öncesi dönemde genç kızın özerklik duygusunu ve benlik saygısının zedeler.

Minuchin'e göre (1974) bu ailelerin özellikleri:

1- Aile içinde oldukça sıkı ve değişime izin vermeyen karmaşık bir iletişim tarzı(ailede bireysel sınırlar yoktur)

2- Aşırı koruyuculuk

3- Esnemeyen kurallar

4- Çatışmadan sakınma ve çatışmayı saptırma

Aile tamamen uyumlu ve mutlu aile oldukları inancındadır. Aile bütünlüğü, aile üyelerinden daha önemlidir. Yine Minuchin'in gözlemlerine göre, kızın bedeni kendine değil, tüm aileye aitmiş gibi algılanır (Edwards, 1987). Bu nedenle, böyle bir ailede yemeğin reddi bireysel kimlik ve özerklik için bir karşı çıkma çabası olabilir.

Kültüre bağlı olarak, kadının öfkesini göstermesi veya kendini açıkça ifade etmesi onaylanan bir davranış olmadığından, YB görülen aileler, kızlarına da öfkeyi açıkça ifade etme ve tartışma izni vermezler. Yiyecek, geçici olarak bu onaylanmayan öfke, kaygı ve duygusal tepkilerin yerini alır. Böylece kadınlar, gerginlik yaratan durumlarda duygularını açıkça ifade edeceklerine yemeyi tercih edebilirler (Leon ve ark., 1984). Benzer mekanizma BN'de de işlemekte ve bulimiya, duygulanımın düzenlenmesi ve bireysel olarak kendini yatıştırma özelliğinde yetersizlikle açıklanabilmektedir (Esplen ve ark., 1998).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Bulimik hastaların ailelerinde normal ailelere kıyasla, ebeveynle kız çocukların birbirine karşı daha düşmanca, daha az sevgi dolu, ilişkilerde daha suçlayıcı, reddedici ve ihmal edici olduğu bildirilmiştir. Bir yanıla çatışmalı, diğer taraftan çatışmanın açıkça ifade edilmesine izin verilmeyen zorlayıcı bir ilişki yaşanır (Johnson ve ark., 1985; Humprey, 1989).

Bulimik aile ilişki özellikleri anoreksik aileye göre, daha değişken ve çatışmalıdır (Scwartz, 1987). Humphrey, bulimik aile etkileşimini aşırı yeme-kusma şeklindeki bulimik metaforla açıklamıştır. Bu modele göre, bulimik hastanın ailesi ile ilişkisinde ilgi, empati ve desteğe karşı doyurulmamış gelişimsel bir açlık vardır. Aynı şekilde, “kusma” birbirlerine karşı hissettikleri düşmanlık, red ve engellenmenin açıkça dışarı çıkarılmasının sonucudur (Humprey, 1989).

Humprey’i destekler şekilde, Rupp ve Jurkovic’in çalışmasında bulimik kızların anneleriyle ilişkilerinde birbirlerine güven ve yakınlaşma güçlükleri olduğunu, annelerine az açılabildiklerini bildirmişlerdir. Bulimik ergen kızlar ve anneleri, kontrol grubuna göre, bir diğerinin verecekleri yanıtları önceden tahmin edememektedirler (Rupp, 1996).

Daha önce de belirtildiği gibi adolesanlar arasında özellikle de kız adolesanlarda sağlıksız kilo kontrol yöntemleri ve yeme bozuklukları yaygın olarak görülmektedir (Story ve ark., 1995; Neumark-Sztainer ve ark., 2002). Düzenli aile yemekleri yani aileyle birlikte yenen yemekler, yeme bozukluğundan korumada, erkenden fark edilmesinde ve tedavide önemli role sahiptir. Ayrıca düzenli aile yemekleri, aile içi sosyal etkileşimin ve yeme tutumlarının rol modeli olarak alınabilmesi için önemli bir fırsat sunmaktadır ve adolesanların yiyecek alımlarına ve olumlu psiko-sosyal gelişimlerine katkıda bulunmaktadır. Neumark-Sztainer ve arkadaşları yaptıkları

çalışma sonucunda, aile yemeklerinin gençleri sağlıklı kilo kontrol yöntemlerinden koruduğunu bildirmişlerdir (Neumark-Sztainer ve ark., 2003).

Daha sık aileyle yemek yediğini, aile yemeğine daha çok öncelik verildiğini, yemekte pozitif bir atmosfer olduğunu ve daha yapılandırılmış bir yemek çerçevesi olduğunu söyleyen adolesan kızların, sağlıklı kilo kontrol davranışlarına ve kronik diyete maruz kalma riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca aile yemeklerinin atmosferini olumsuz algılayan kız adolesanların tıknırcasına yeme davranışına kaydıkları ya da alternatif olarak tıknırcasına yeme davranışında bulunan kız adolesanların aile yemeklerinin atmosferini olumsuz algıladıkları bulunmuş, erkek adolesanlarda ise bu yönde anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (Neumark-Sztainer ve ark., 2003).

Miller ve arkadaşları da 128 kolejli kız öğrenciyle yaptıkları retrospektif (geçmişe yönelik) bir çalışmada bulimik öğrencilerin bulimik olmayanlara göre erken aile yemeklerini ve yemekle ilgili deneyimleri daha olumsuz algıladıklarını ve yemek zamanını yoğun stresli ve çatışmalı bulduklarını ve besin alımını kendini cezalandırma- ödüllendirmede ve diyete ve kiloya vurgu yapmada bir araç olarak kullandıklarını bildirmişlerdir (Miller ve ark., 1993).

### **2.7. Bağlanma**

#### **2.7.1. Bağlanma Kuramı**

Konunun öncülerinden Bowlby, bağlanmayı (attachment) insanların kendileri için önemli gördükleri kişilere karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlamıştır (Bowlby, 1969; Bowlby, 1980; Bowlby, 1980; Waters ve ark., 1994). Bağlanma kuramı, anne ve bebek arasındaki bağın işlevini, bağın zarar görmesinin



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

çocuğun gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerinin sonuçlarını inceler. Bu kavram, bireyin diğerleriyle daha sağlam duygusal bağlar kurma eğilimini (Waters ve ark., 1994) ve istenmeyen ayrılıklarla kayıp durumlarında gelişen kaygı, kızgınlık, depresyon gibi duygusal sıkıntıları açıklar. Kuramın temeli 1950'lerin sonlarında ebeveyninden ayrılan çocukların çektiği yoğun sıkıntıyı anlamaya çalışan İngiliz psikanalist John Bowlby tarafından atılmıştır (Ward ve ark., 2000).

Kurama göre yeni doğan bebekler, yalnızca onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkinin varlığında yaşamlarını sürdürebilirler (Meyer ve ark., 2004; Bachar ve ark., 2002; Stein ve ark., 2002). Bebekler bakım veren kişi ile etkileşimi sağlamaya yardımcı davranışlar (emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma) ile donanımlı olarak dünyaya gelirler. Bebeğin doğuştan getirdiği bu özellikleri, bakım veren ile düzenli ve tutarlı bir etkileşim sonucu giderek gelişir. Bağlanma sürecini dönemlere ayırdığımızda; doğumdan 8-12 haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde bebek annenin uyarılarıyla hareketlenir (Bowlby, 1958). Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bağlanmanın ilk işaretleri 8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği üçüncü dönem 6-24 ay arasındadır (Bowlby, 1979). Bağlanma davranışı yakınlık arayışı ile kendini gösterir ve küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile belirginleşir. Annenin yokluğunda gerginlik, huzursuzluk, varlığında ise rahatlık duygusu olur. Bowlby'e göre, dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünülen bir kişi ile yakınlığı koruma (yakınlarda kalma ve ayrılıklara direnme) bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir. Bağlanmanın temel işlevi ise tehlikelerden korunmadır (Bowlby, 1979).

Bağlanma davranışı ile keşfetme, araştırma davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır (Bowlby, 1969). Bağlanma kuramının üç temel ilkesi:

- i) insan yavrusu bağlanmayı kolaylaştıracak bir davranış repertuarı ile doğar.
- ii) yakınlığın sürdürülmesi, diğerinin de yakınlaşma gereksinimini karşılar.
- iii) yaşanan deneyimler sonucu çocuk kendine ve dış dünyaya bir anlam verir. Bunu yeni ilişkilere genelleyerek bütünleştirir ve bir zihin modeli şeklinde içselleştirir.

Bowlby'e göre, erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan anne ve babaların tekrarlayan davranış örüntüleri çocukların zihinsel şemalarını değerlendirir (Bowlby, 1979; Bowlby, 1969). Bu şemalar çocuk üzerinde yaşam boyu süren etkiler göstermektedir.

### 2.7.2. Bağlanma Şekilleri

Bağlanma şekillerini ilk kez Ainsworth tanımlamıştır. Ainsworth laboratuvar ortamında annesinden ayrılan ve sonradan annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerini incelemiştir. Bunları güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan-dirençli olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Son yıllarda bu sınıflandırmaya dezorganize-dezoryante bağlanma da eklenmiştir (Ward ve ark., 2003). Ainsworth'e göre güvenli bebek, annenin gereksinmelerini karşıladığını bilir, bu deneyim sürekli yinelenir (Tosone ve ark., 1999). Kaygılı-kararsız bebek ise, anneden ayrılırken ağlamaya ve sıkıntı duymaya çok yatkındır. Bu bebekler gereksinme duyduklarında anne-babalarının karşılık verebileceklerinden, yardımcı olabileceklerinden emin değildir. Bu belirsizlik yüzünden ayrılık anksiyetesi duymaya yatkındırlar. Kaçınan bebek ise, annenin reddedici davranışını aynalamakta, kendisini korumak için anneden kopmaktadır. Hayatını, annesinin sevgisi ya da desteği olmadan sürdürmeye çalışır (Bowlby, 1988).

### 2.7.3. İçsel Çalışma Modelleri

Bağlanma kuramına göre, ebeveyn davranışları ve etkileşim biçimi daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren “içsel çalışma modellerinin” içeriğini oluşturur. İçsel çalışma modelinde, kişinin zihninde, kendisi ile bağlandığı nesnelere arasındaki etkileşim örüntülerini taşıyan bir harita üzerinde yol bulunur. Kurama göre anne ve çocuk etkileşimi sürecinde zihin modelinin iki temel şeması, birbirini doğrulayıcı ve tamamlayıcı biçimde gelişir: “Değerli ben” ve “güvenilir o”. Bu iki şema yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ve mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir.

Normal gelişmekte olan çocuğun bağlanma davranışı iki çeşit gözlem ile yapılmaktadır (Bowlby, 1969; Bowlby, 1980).

Bunlardan birincisi, bebeğin sosyal tepkilerini diğer kişilerden çok bakım veren kişiye yönlendirmeyi tercih etmesi, ikinci bebeğin bakım veren kişiden ayrılma ve yeniden birleşmeye anlamlı tepki göstermesidir. Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır (Bowlby, 1979).

Anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması önemlidir. Kaygılı/ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olmayan çocuklardır (Bowlby, 1979). Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırmacı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehdidinde bulunan annelerdir.

Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır (Bowlby, 1958). Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakın durmazlar. Güvenli, kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından dağınık bağlanma örüntüsü (dezorganize/desoryante bağlanma örüntüsü) eklenmiştir (Lamb ve ark., 2002). Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dağınık bağlanma ölçütü sayılmaktadır. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesnelere ile olan sorunlarını çözmemiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dağınık bağlanma örüntüsünün altında yatan nedenin bakım verenden korkma olduğu belirtilmektedir (Barnett ve ark., 1999).

### 2.7.4. Bartholomew'un Dörtlü Bağlanma Modeli

Bartholomew ve Horowitz (1991) ise çocukluk bağlanma stillerinden yola çıkarak yetişkinler için dörtlü bağlanma modelini oluşturmuşlardır. Bu modele göre insanların diğerleri ile çalışma modeli olduğu gibi kendisi ile ilgili de çalışma modeli vardır. Kişinin kendisi ile ilişkili benlik modeli hakkındaki olumlu ve olumsuz düşüncesi ile diğer insanlara ilişkin çalışma modeli olumlu ve olumsuz olarak ele alınarak dörtlü bir model oluşturulmuştur. Bartholomew ve Horowitz'in (1991) oluşturmuş olduğu benlik modeli Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil I. Bartholomev'un Dörtlü Bağlanma Modeli

	(Olumlu)	Benlik Modeli	(Olumsuz)
(Olumlu)	<b>Hücre 1</b> Güvenli Yakınlık kurma konusunda rahat ve bağımsız		<b>Hücre 2</b> Saplantılı İlişkilere takıntılı, sürekli ilişkilerini düşünme
Diğerleri Modeli			
(Olumsuz)	<b>Hücre 3</b> Korkulu Yakınlıktan korkan ve sosyal ilişkilerden kaçınan		<b>Hücre 4</b> Kayıtsız Yakınlığa karşı kayıtsız ve Karşıt-bağımlı

Hücre 1’de güvenli bağlanma gösterilmektedir. Bu hücrede, kişi kendini de diğer insanları da olumlu olarak algılar. Kendini değerli ve sevilmeye layık duyumsadığı gibi diğer insanları da değerli ve sevmeye layık bulur. Hücre 2’de saplantılı bağlanma tarif edilmiştir. Burada kişinin kendine dair algısı olumsuzdur ve sevilmeyi hak etmediğini düşünür. Diğer insanlar ise aşırı olumlu ve sevgiyi fazlasıyla hak eder şeklinde kodlanmıştır. Hücre 3’te ise kişi kendini olumlu, değerli algıarken, diğerleri güvenilmez, reddedici olarak algılanır. Bu hücre korkulu bağlanmayı gösterir. Son olarak hücre 4’te, kişinin kendine dair de diğer insanlara dair de algısı olumsuz, değersizdir ve güveni ne kendisi ne diğerleri hak etmektedir.

Güvenli bağlanan kişi, kendisine ve diğerlerine dair algısı olumlu olduğu için kendini ilişkilerin içine rahatlıkla bırakabilir. Karşısındakine güvenmekte tereddüt etmez ve yaklaşmak onda korku uyandırmaz. Saplantılı bağlanan kişi ise kendinde

hissettiği değersizliği ve kendine karşı beslediği olumsuz duyguları aşırı değerli algıladığı diğerleriyle telafi etmeye çalışır. Bu durumda ilişkide yakınlaştıkça karşısındakinden gelen sevgiyi hak etmediğini düşünür ve karşısındakini aşırı yüceltir. Korkulu bağlanan kişi için ise diğerleri güvenilmezdir ve her an bir saldırı söz konusu olabilir. Kendini olumlu algıladığı için de ilişkide yakınlaştıkça kendi değerini koruyamayacağını hisseder ve uzaklaşmaya, kaçınmaya başlar. Kayıtsız bağlanmada ise kişi için bağlanma kavramının anlamı yeterince güçlü değildir. Ne kendisi ne diğerleri değerli ve güvenilir olduğu için sevmek de sevilme de önemini kaybetmiştir. İlişkide yakınlaşmak hem kendi değersizliğini hem de karşıdan gelebilecek saldırıları ihtimal dahiline çıkardığı için tercih edilmez. Bağ kurmak reddedilir.

### 2.7.5. Anoreksiya Nervosa'da Nesne İlişkileri

Nesne İlişkileri teorisinde Klein, bebeğin psişik çatışmalarının etkili olduğunu bildirmiştir. Yeni nesil Nesne İlişkileri teorisyneleri ile Klein arasındaki fark ise Klein'ın bebeğin kuvvetli fantezilerinin onun zihninde ortaya çıktığını savunmasıdır. Yeni nesil teraoisyoncuları ise bebeğin dış çevresinin daha önemli olduğunu söylerler. Bebeğin psişik gerçekliğinin onun çevresi ve annesiyle kurduğu etkileşimle yavaş yavaş inşa edildiğinin bildirirler (Grosskurth, 1986; J. Mitchell, 1986; Wyess, 1973).

Nesne ilişkilerinde bebeğin sübjektif deneyiminin ve iç gerçekliğinin annesi ve çevresiyle kurduğu bağ tarafından şekil aldığını bildiren Winnicott (1957, 1989), sağlıklı bir annenin bebeği için baştan çıkarıcı olacağını bildirir. Hevesli bir anne, bebeğine sevgi, bakım ve ilgi tepkileri gösterir. Bebeğin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına çevresini uydurmak için çaba harcar. Annenin bu uyum sağlama çabası bebeğe onun duyguları, arzuları, ihtiyaçları ve deneyimleriyle değerli bir varoluşu olduğunu hissettirir. Böylelikle bebeğin gerçek kendiliğini güvenli bir şekilde

biçimlendirmesinin yolu açılmış olur. Kendini duygusal deneyimlerinin ifade ve onay bulduğu, olumlu bir insan gibi hisseder (Winnicott, 1957, 1989; Wyess, 1973).

Deneyimleri uyumlanmayan bir bebek, yalancı-kendilik geliştirir. Etrafını saran çevreyi kendine uydurmaktansa, kendini çevresine uydurmaya zorlar. Onun ihtiyaçları, bakım verenin gözünde ikincildir. Acımasız algıladığı çevreye uyum sağlamaya ve kendi deneyimlerini bastırmaya çalışır. Kendi duygu ve ihtiyaçlarını ifade etmede ve özdeşimde zorluk yaşar. Bakım veren, çevre ve çocuk arasındaki uyumlama eksik olduğunda bebeğin iç gerçekliğinin gelişimi de engellenmiş olur (Winnicott, 1957; Winnicott, 1989).

Ergenlikte ve yetişkinlikte de kendin ve bireyselliğini deneyimleyemez. Duygularını ifade etmek ve onlarla özdeşim kurmak imkânsızlaşır. Öfkesini kabul edilemez algılar ve izole eder. Duygusal deneyimlerine ve gerçek kendiliğine defansif yollarla ulaşmaya çalışır. Psikosomatik semptomlar, yalancı-kendiliğin defansif göstergelerindedir (S.Mitchell & Black, 1995; Winnicott, 1957; Winnicott, 1989; Wyess, 1973).

Bruch'a göre (1978;1988) anne-babanın ilgisi, anoreksik hastanın bireysel ihtiyaçları karşılanmadan verilmektedir. Anoreksik hasta, ihtiyaçları uygun şekilde karşılanmadığında rahatsızlık hisseder ve ihtiyaçlarını olumsuz olarak kaydeder. Bakım vereniyle temas kurabilmek amacıyla bireysel ihtiyaçlarını reddeder ce kendiliğinden ayrı bir parça olarak tutar. Bakım ve ilginin devam etmesi için ebeveynlerinden onay almaya ve minnettar gözükmeye ihtiyaç duyar (Bruch, 1978, 1988; S. Mitchell & Black,1995; Winnicott, 1957; Winnicott, 1989; Wyess, 1973).

Bruch'un tanımladığı anoreksik hasta, duygularını ve ihtiyaçlarını reddetmektedir. Daha olgun ve kibar davranmak için kendini zorlar, üzüntü ve öfkesini reddeder. Winnicott'ın da deyimiyle çevreyi kendine uydurmaktansa kendini çevreye uydurur. Kendini hayatta kalmak için duygularını bastırmaya zorlar. Bakım vereniyle

bağlantı kurabilmek için yalancı-kendilik geliştirir. Ebeveynleri tarafından verilen bakımın iyiliğini ifade etmesi ve ne kadar mutlu bir hayatı olduğunu aktarması bakımından sık sık teşvik edilir. Bireysel ihtiyaçları ve duyguları bakım veren tarafından dikkate alınmaz ve kendisi tarafından da bastırılır. Uyumlama eksikliğinden kaynaklanan öfkeli duygular, hatalı şekilde besine yönlendirilir. Kendini beslemek zor ve yanlıştır çünkü ihtiyaçlarını karşılamak olumsuzdur ve ebeveynleriyle beraber hissettiği güvenlik duygusuna zarar verecektir (Bruch, 1978, 1988; S. Mitchell & Black, 1995; Winnicott, 1957; Winnicott, 1989; Wyess, 1973).

### 2.7.6. Bağlanma ve Psikopatoloji

Bağlanma çift yönlü bir süreçtir. Bağlanma araştırmalarında her iki nesil de hesaba katılmaktadır. Anne/baba ve çocuk arasındaki ilişki yoğun olarak incelenmektedir. Anne-çocuk arasındaki ilişkinin sürekliliğinin yaşam boyunca kurulacak diğer yakın ilişkilerin temelini oluşturmaktadır (Pearson ve ark., 1993). Değil mi ki kişinin yaşamındaki en önemli kişiler anne-babasıdır ve onlarla kurulan iyi ilişkilerin kişinin ruhsallığında belirleyici olduğu bildirilmiştir (LeCroy, 1988). Buna karşın güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (Nakash-Eisikovits ve ark., 2000). Doğanın özgün modeli güvenli bağlanmadır. Güvensiz bağlanma biçimleri olan kaygılı/ikircikli bağlanma anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarla ilişkilendirilirken, kaçınan bağlanma davranış bozukluğu ve diğer dışa vuruk patolojilerle ilişkilendirilmiştir. Dağınık bağlanmanın (dezorganize/dezoryante) ise dissosiyatif bozukluklarla birlikteliğinden söz edilmiştir.

Bağlanma için önemli olan bir diğer konu, kuşaktan kuşağa aktarılıyor oluşudur. On yıllık bir izlem çalışmasında 60 anne ve bu annelerin 69 kız çocuğu ayrı ayrı değerlendirilmiş ve depresyon, mizaç ve sosyoekonomik düzeyden bağımsız olarak



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

ebeveyn tutumunun kuşaktan kuşağa aktarıldığı saptanmıştır(Miller ve ark., 1997).

Özellikle duygusuz bakım verme (düşük ilgi- yüksek kontrol) diye adlandırılan tutumda anneler ve kızları arasında yüzde yüze yaklaşan oranda paralellik tespit edilmiştir.

Konuyla ilgili ilk çalışmalarda, psikiyatrik bozukluğu olan olgular sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve psikiyatrik bozukluğu olan deneklerin duygusuz bakım verme şeklindeki ebeveyn tutumunu daha çok gösterdikleri ortaya konmuştur (Scinto ve ark., 1999). Ortalama yaşları 15 olan ergenlerde duygusuz kontrolü olan (affectionless control) ebeveyn davranışının özkıyım düşüncelerini predikte ettiği ve kendine zarar verici davranışı 3 kat, depresyonu 5 kat arttırdığı gösterilmiştir (Martin ve ark., 1994). İleriye dönük bir çalışmada ise kaygılı bağlanma biçimine sahip küçük çocukların çocukluk çağı ve ergenlik dönemi boyunca anksiyete bozukluğu geliştirme açısından yüksek risk altında oldukları gösterilmiştir (Warren ve ark., 1997). Başka bir ileriye dönük çalışmada (Collins ve ark., 2002), ergenlik dönemindeki güvenli olmayan bağlanmanın (kaçıngan bağlanma özellikle) erişkinlikte olumsuz ilişkiler açısından bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.

Bağlanma, sevgi ilişkilerinin ve yakınlık kurabilme özelliklerinin gelişimini belirlemede başlıca önem taşıyan bir süreçtir. Örneğin kaçıngan bağlanmaya sahip çocuklar diğerleri tarafından reddedilmeyi beklediklerinden, diğerlerini kendilerinden uzaklaştırırlar ve bu ilişki kurma biçimleri gerçekten de bekledikleri reddedilmeye yol açabilir. Bu anlamda çocuğun, ergenin ya da erişkinin duygusal yakınlık kurma davranışı, erken bağlanma örüntüleri tarafından belirlenir (Von ve ark., 1995).

Olağanüstü kötü koşullarda gelişen bağlanma örüntüsünü güvensiz olarak nitelemenin yeterli olmadığı görülmüş ve tanımlanamayan bu durumlar için “dezorganize bağlanma” kavramı geliştirilmiştir. Koruma altına alınmış ve devlete bağlı

kurumlarda yetişen çocuklarda, sonradan evlat edinilseler bile tümüyle düzelmeyen bağlanma bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Çetin, 2008).

Eng (2001), Myhr ve arkadaşları (2004), travma sonrası stres bozukluğu, panik bozukluk, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk ve kronik ağrı bozukluğunun güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkilerini yaptıkları araştırmalarda göstermişlerdir. Güvenli olmayan bağlanma biçimlerinin ergenlerde ve erişkinlerde kişilik patolojisi ile; kaygılı/ikircikli bağlanmanın geri çekilme ve içe vuruk patolojilerle; kaçınan bağlanmanın ise içe vuruk ve dışa vuruk patolojilerin bir karışımını yansıtan çeşitli kişilik bozuklukları ile birliktelik gösterdiği belirtilmiştir (Fonagy ve ark., 1996; Fonagy ve ark., 2000).

### 2.7.7. Bağlanma ve Depresyon

Bağlanma biçimleri, depresyon etiolojisinde önemli yer tutan öfke ve özeleştirinin, yüklü yaşam olaylarının, çocukluk çağı ihmal ve kötüye kullanımlarının izlerini taşır (Gilbert ve ark., 2007). Güvensiz bağlanma biçiminin unipolar depresyonun yatkınlıkla ilişkili olduğu ileriye dönük olarak gösterilmiştir (Bifulco ve ark., 2006).

Morriss ve arkadaşları (2009), Bartholomew ve Horowitz İlişki Anketi ile saptadıkları bağlanma biçimlerini sağlıklı bireylerle karşılaştırmış ve anksiyöz bağlanma biçimi puanlarını duygudurumdan bağımsız olarak iki uçlu olgularda sağlıklı kontrollerden yüksek bulmuşlardır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Kökçü ve Kesebir, bipolar bozukluğu olan olgularda güvensiz bağlanma görülme sıklığının özellikle kaçınan bağlanma biçimi puanlarının sağlıklı bireylerinkinden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Kökçü ve ark., 2010).

Ayrıca Rastam ve Gillberg (1992), daha önceki çalışmalarda tanımlanan parçalanmış aile paternlerinin sadece AN'li hastalı alt gruplarda olduğunu bulmuşlardır.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Aynı çalışmada, annesel depresyon ve birinci dereceden bir yakının kaybının ikisinin de anorektik üyesi olan ailelerde aşırı düzeyde temsil edildiği görülmüştür. Ayrıca Nevenon ve arkadaşları (2000), bağlanma figürünü kaybetme ya da eksik bir bağlanmanın ardından yeme bozukluğunun gelmesinin birbirleriyle bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir.

Bipolar bozuklukta bağlanma ile ilgili yapılan çalışmalarda (Gilbert ve ark., 2007) iyilik ve depresyon dönemlerinde iki uçlu olguların sağlıklı kontrollerden daha bağımlı olmadıklarını ileri sürülmüştür. Yakın tarihli bir çalışmada bipolar bozukluğu olan olgularda anksiyöz bağlanma biçimi, iyilik, manik ve depresif tüm dönemlerde kararlılığını koruyarak sağlıklı olgulardan farklılaşmıştır (Morriss ve ark., 2009).

Güvensiz bağlanma genel olarak ve özelde dezorganise bağlanma çocuklukta, psikopatoloji gelişmesi için risk faktörleridir (Greenberg, 1999). Çocukluk çağı dezorganizasyonu ile ergenlikteki dissosiyatif semptomlar arasında (Carlson, 1998) ve çocuklukta dirençli bağlanma ve ergenlikteki anksiyete bozuklukları arasında (Warren, 1997) yüksek korelasyon bulunmuştur.

Hazan ve Shaver (1987), öz değerlendirme ölçümünü ilk geliştirenlerdir ve Ainsworth'un üç parçalı sisteminin yetişkinlerle de kullanılabileceğini göstermişlerdir. Ana ve yardımcı çalışanlar, yetişkin bağlanma görüşmelerini yetişkinlerin bağlanmayla bağlantılı ruh durumlarını çalışabilmek için geliştirmişlerdir. Bu ve diğer ölçümleri kullanan bazı araştırmacılar, yeme bozukluklarıyla bağlanmanın güvensiz içsel çalışan modellerinin arasındaki bağlantıyı kanıtlamışlardır (Kenny ve ark., 1992; Brennan ve ark., 1995; Cole –Detke ve ark., 1996). Bununla birlikte ulaşılabilir bilgiler güvensiz bağlanma ve yeme bozukluklarının ortak özellikleri olduğunu önermektedir.

### 2.8. İntihar

İnsanlık tarihi boyunca farklı toplumlarda, farklı sıklıklarla görülen intihar, ekonomik, kültürel, toplumsal yönleri de bulunan bir olgudur. İlkel toplumlarda da intihar eyleminin olduğu bilinmektedir. İntihar düşüncesi, eğilimi ve girişimi, yaşama dürtüsüne karşıdır. Bu nedenle ruhsal açıdan bir bozukluk belirtisi olarak kabul edilir.

İntihar dilimize Arapça kurban anlamına gelen “narh” kelimesinden gelmiştir. Sözcük anlamı itibariyle kendini öldürme, kendi yaşamına son verme, kendi aktivitesini bitirme, yok etme anlamları taşımaktadır (Dede, 1999; Sırma, 1997; Arkun, 1978; Oral, 1999).

İntihar girişiminde yaşamsal sorunlar, travmalar ve kişilerarası ilişkilerde bozukluğa ve sosyal çerçevede oluşturdukları izolasyona bağlı olarak tetikleyici rol oynamaktadır. Yapısal, ruhsal ve genetik faktörlerin de tetiklemede etkili olduğu vurgulanmıştır (Sırma, 1997; Arkun, 1978; Oral, 1999).

#### 2.8.1. İntiharın Epidemiyolojisi

İntihar, Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde ölüm olgularının en önde gelen on nedeninden biridir. Ölüm nedenleri arasında kalp hastalıkları, kanser, serebrovasküler hastalıklar, kazalar, pnömoni, diabet ve sirozdan sonra sekizinci sırada yer almaktadır. Özellikle genç yaşlardaki ölüm nedenlerinin en sıklarından biridir. Tüm ölümlerin yaklaşık 0.9'u intihar sonucudur. Dünyada, her gün yaklaşık 1000 kişinin intihar ettiği tahmin edilmektedir (Roy, 2000). Dünya Sağlık Örgütünün verileri göz önünde bulundurulduğunda, her yıl 800.000'den fazla insan intihar yolu ile yaşamını yitirmektedir (Comtois ve ark., 2006). Tüm dünyada 15-44 yaş arasındaki başlıca ölüm nedenlerine cinsiyet farklılıkları bağlamında bakıldığında ise; ölüm nedenleri arasında intihar, kadınlarda %7,1'lik oranla ikinci; erkeklerde ise %6,6'lık bir oranla dördüncü

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

sıradadır (Jamison ve ark., 2004). Sadece ülkemizde değil bütün dünyada intihar olguları giderek artmakta bu da intiharı öncelikli sağlık sorunu haline getirmektedir. Bu artış ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile ters orantılı bir tablo çizmektedir (Atay ve ark., 2003). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre tüm dünyada 40 saniyede bir intihara bağlı ölüm gerçekleşmektedir ve tüm dünya genelinde son 50 yıl boyunca intihar hızı %60 oranında artmıştır (Mohanty ve ark., 2007).

Genel toplumda intihar sıklığı yıllık 100.000'de 10-20 kadardır (Demirel ve ark. 2003; Sayıl, 2002a). Değişik ülkelerde bu oran 100.000'de 10-40 arasında değişmektedir (Demirel ve ark., 2003; Kaplan ve Sadock, 2004). Genel toplumda intihar sıklığı yıllık yüz binde 10-20 kadardır. Değişik ülkelerde bu oran yüz binde 10-40 arasında değişmektedir. İntihar girişimi oranı ise, bunun 15 katı kadardır. Bu oran ABD'de yıllık yüz binde 12,5'tir. Baltık ülkelerinde yüz binde 35'in üzerine çıkabilmekte, İrlanda ve Mısır gibi ülkelerde ise yüz binde 10'un altına düşebilmektedir (Roy, 2000). İntihar girişim oranları ülkelerin çoğunda daha tutarlı bir benzerlik göstermekte olup yaşam boyu intihar girişimi yaygınlık oranları %0.72-5.93 arasında değişmektedir (Weissmann, 1999).

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK), 2012 verilerine göre kaba intihar hızı yüz binde 4,29'dur. Ölümle sonuçlanan intihar sayısı, 2012 yılında 3225'tir. İntihar edenlerin %72'sini erkekler, %28'ini kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2012). 2012 yılında intihar eden kişilerin %53,1'inin intihar nedeni bilinmemektedir. İntihar eden kişilerin %17,3'ü "hastalık", %7,8'i "aile geçimsizliği", %7,6'sı "geçim zorluğu", %4'ü "hissi ilişki ve istediği ile evlenememe", %2,1'i "ticari başarısızlık" ve %0,6'sı ise "öğrenim başarısızlığı" nedeniyle intihar etmiştir (TÜİK, 2012).

### 2.8.2. İntiharın Risk Faktörleri

#### 2.8.2.1. Demografik Faktörler

Cinsiyete göre erkeklerde intihar, kadınlarda ise intihar girişimleri daha sık görülmektedir. Tamamlanmış intihar istatistikleri ele alındığında, erkeklerin kadınlara göre 2-3 kat daha fazla intihar ettikleri belirtilmektedir (Beautrais, 2006). Toplam 34 ülke kapsamında yapılan bir çalışmanın sonuçları, intihar edenlerin %80,1'inin erkek, %19,9'unun ise kadın olduğunu göstermiştir (Johnson ve ark. 2000). Genel olarak intihar girişimleri ise kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir (Devrimci, 2008). İntihar hızı erkeklerde tüm yaşlarda kadınlara göre ABD'de üç kat (Kaplan, Sadock & Sadock, 2005), Avrupa'da ve Türkiye'de ise yaklaşık iki kat fazladır (DİE, 1993; Devrimci, 2008; TÜİK, 2008). İntihar girişimlerinde ise, kadın/erkek oranının ABD'de 4/1.5, Avrupa'da 1.5/1.13 ve Türkiye'de 2/1 olduğu bildirilmektedir (Devrimci, 2008).

İntihar oranı yaşla birlikte artmaktadır. Erkeklerde intihar 45 yaşından sonra artmakta, kadınlarda ise tamamlanmış intiharların çoğunluğu 55 yaşından sonra olmaktadır. İntiharlar yaşlılarda daha sık görülürken, intihar girişimleri genç yaşlarda daha sık olmaktadır. Yaşlılar toplam popülasyonun %10'unu oluşturmalarına rağmen, intiharların %25'i bu yaş grubunda olmaktadır. Yetmiş beş yaşın üzerinde intihar oranı üç kat artmaktadır (Roy, 2000). Türkiye'de tamamlanmış intiharlar Avrupa ülkeleri ve ABD'den farklı olarak 15-24 yaşlar arasında en yüksek oranlarına ulaşmaktadır (DİE, 2012).

Evli kişilerde intihar oranı daha düşüktür. İntihar, evlilere oranla bekarlarda iki kat, boşanmış ya da ayrı yaşayanlarda dört-beş kat daha sık görülmektedir. Erkeklerde bu fark daha belirgindir (Roy, 2000). Sayıl ve arkadaşlarının Ankara ilinde yaptığı çalışmada intihar girişiminde bulunanların %30'unun evli, %65'inin bekâr olduğu bulunmuştur (Sayıl ve ark., 2000).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Ailesinde intihar eden ya da intihar girişiminde bulunmuş biri olan kişilerde intihar oranı yükselmektedir. İntihar eden ve intihar girişiminde bulunan ergenlerin anne-babalarında psikopatoloji sıklığı da yüksektir (Dilsiz, 1996).

Düşük eğitim intihar davranışı için dünya genelinde bir risk olarak bildirilmektedir (Kaplan ve ark., 2005). Avrupa’da intihar girişimlerinin çoğu eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmiş olup, intihar girişiminde bulunan kadınların ve erkeklerin yarısından fazlası yalnız ilköğretim düzeyinde eğitim görmüşlerdir (Devrimci, 2008).

Hem intiharlarda, hem de intihar girişimlerinde işsizlik ve ekonomik sorun sıklığı yüksektir (Sayıl ve Devrimci, 2002). Bir işte çalışıyor olma genel olarak intihara karşı koruyucu bir etkidir. Ekonomik kriz ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharların arttığı, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ise azaldığı belirtilmektedir (Devrimci, 2002). İşsizlerde intihar oranı, bir işi olan gruba göre daha yüksektir. Ekonomik kriz dönemlerinde ve işsizliğin arttığı dönemlerde intiharlar da artmakta, ekonominin iyi olduğu dönemlerde ve savaş zamanlarında azalmaktadır (Roy, 2000).

İntihar için özellikle riskli meslekler arasında doktorlar, müzisyenler, diş hekimleri, avukatlar ve sigortacılar başta gelmektedir. Doktorlar arasında psikiyatristler başta gelmekte, onları göz doktorları ve anesteziistler izlemektedir (Roy, 2000). Avrupa’da intihar girişimlerinin çoğunluğu eğitim düzeyi düşük olan kişiler tarafından gerçekleştirilmektedir. Avrupa’da intihar girişiminde bulunan kişiler arasında kadınların %12’si, erkeklerin ise %20’si işsizdir (Schmidtke ve ark., 1996).

Türkiye’de intihar girişimlerinin ekonomik olarak daha bağımlı olan ev hanımı, öğrenci gibi kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Sayıl, 1993; Sayıl, 1997; Çayköylü, 1997).

Kişinin sosyal statüsünde değişiklik olması (yükselmesi ya da düşmesi) intihar davranışı riskini artırmaktadır. Ancak genel olarak düşük sosyal sınıfta intihar girişimi riski fazladır (Schmidtke, 1996). Genel olarak kentte, özellikle gecekondu kesiminde yaşayan kişilerde intihar riski yüksektir

### 2.8.2.2. Akut ve Kronik Yaşam Olayları

Birey için önemli olan kişilerle ilişki sorunları, intihara neden olan durumların başında gelir. Eşle yaşanan kavgalar en sık rastlananlardandır. Ailede birinin ölümü de akut sorunlar arasında yer almaktadır. Yas sürecinde intihar riski yüksektir. En çok etkileyen de eş kaybıdır (Roy, 2000).

### 2.8.2.3. Beden Sağlığı

Postmortem çalışmalar intihar kurbanlarının %25-75'inde bir fiziksel hastalık olduğunu göstermiştir. Bunlarda fiziksel hastalığın, intiharların %11-51'inde katkıda bulunan önemli bir faktör olduğu tahmin edilmektedir. Yaşla da bu oran artmaktadır. İntihar eden kanserli kadınların %70'inde meme veya genital kanser olduğu bulunmuştur (Roy, 2000).

### 2.8.2.4. Psikiyatrik Hastalıklar

Psikiyatrik hastalığı olanlarda intihar riskinin, psikiyatrik hastalığı olmayanlara göre 3-12 kat arttığı bildirilmektedir. İntihar eden veya intihar girişiminde bulunan kişilerin %94'ünde en az bir ruhsal hastalık bildirilmektedir (Roy, 2000).

Depresyon tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Her yaşta görülebilir ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha sık izlenen bir hastalıktır (Cimilli, 2001). İntihar eden kişilerde saptanan ruhsal hastalıkların başında %35-80 oranında depresif bozukluklar gelmekte, onu %10 oranında şizofreni ve %5 oranında demans ya da deliryum izlemektedir. Bu hastaların %25'inde aynı zamanda alkol bağımlılığı bulunmaktadır (Roy, 2000; Çayköylü, 1997; Shafii, 1988).



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Affektif bozukluklar intihar riskinin en yüksek olduğu psikiyatrik hastalıklardır (Shafii, 1988). Özellikle depresif dönemlerde intiharlar 30 kat daha sık saptanmıştır. Ancak manik dönemlerde de intiharlar olasıdır. Distimik bozukluklar ve uyum bozuklukları da intihar nedenleri arasında önemli yer tutar.

İntihar riskinin yüksek olduğu diğer bir bozukluk alkol bağımlılığıdır. Alkol bağımlılığı için yaşam boyu risk %2,2-3,4 arasındadır. Ağır içicilik, major depresif hastalık varlığı, intihar düşüncesi, zayıf sosyal destek, yalnız yaşama ve işsizlik gibi faktörlerin de bulunduğu alkol bağımlılarında intihar oranı çok daha yüksek bulunmuştur. Madde bağımlılığında da (özellikle eroin bağımlılığı) risk 20 kat artar. İntihara yönelik davranışlar doğrudan maddenin etkisi ile entoksikasyon durumlarında veya yoksunluğa bağlı olarak ortaya çıkabilir. Yüksek dozda madde alımı, intravenöz uygulama, antisosyal kişilik bozukluğu, kaotik yaşam tarzı ve impulsivite gibi faktörler madde bağımlısı kişilerde intihar davranışını artırır (Roy, 2000).

Şizofrenide de risk yüksektir. Hastalığın şiddeti ile intihar riski arasında ilişki vardır. Genelde intiharlar hezeyanlar ve halüsinasyonlarla bağlantılıdır.

Anksiyete bozuklukları da tamamlanmış intihar ve intihar girişimleri ile ilişkili bulunmuştur. Bazı çalışmalarda duygudurum bozuklukları ve diğer durumlar dışlandıktan sonra anksiyete bozukluklarının tek başına intihar davranışına etkisi olmadığı bulunmuşsa da (Shaffer ve ark., 1996), Panik Bozukluğun ve Travma Sonrası Stres Bozukluğunun duygudurum bozukluklarından bağımsız olarak intihar davranışı riskini artırdığını gösteren birçok çalışma vardır (Beautrais ve ark., 1998; Pilowsky ve ark., 1999; Mazza, 2000; Giaconia ve ark., 1995). Sonuç olarak; panik bozukluğu ve diğer anksiyete bozukluklarında intihar olasılığı yüksektir (Yüksel,2001).

### 2.8.2.5. Önceki İntihar Girişimleri ve İntihar Düşüncelerinin İfadesi

## **Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri**

Daha önceki intihar girişimleri de, bir kişide intihar riskinin yüksek olduğunun göstergesidir. Tüm intiharların %19-24'ünde daha önce yapılmış intihar girişimleri bulunmakta, girişimlerin %10'u 10 yıl içinde tamamlanmış intihar ile sonlanmaktadır. Bir intihar girişiminden sonraki 3-6 ay intihar riskinin en yüksek olduğu dönemdir. Ayrıca daha önce intihar girişiminde bulunmuş kişilerde sonraki girişimlerin mortalitesi daha yüksektir (Roy, 2000).

İntihar düşüncelerini dile getiren kişilerin %20'si intihar girişiminde bulunmakta, ayrıca intihar eden kişilerin de %80'i bu düşüncelerini önceden dile getirmiş olmaktadır. Bu kişilerin önemli bir bölümü girişimden önce profesyonel yardım aramaktadırlar. Diekstra ve arkadaşlarının (1981) yaptıkları çalışmaya göre, intihar girişiminden önceki iki ay içinde hastaların %47'si pratisyen hekimlere başvurmuştur.

### **2.8.2.6. Çocukluk Travmaları**

Erken çocuklukta fiziksel ve cinsel istismara uğrama, anne-baba ihmali gibi travmatik yaşantıların erişkinlikte intihara eğilime neden olduğu bildirilmektedir. Bu faktörlerin depresyon, anksiyete bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, somatoform bozukluklar, cinsel disfonksiyon gibi birçok hastalığın riskini artırdığı bilinmektedir. Ancak erken çocukluk travmalarının bu hastalıklara eğilim oluşturmalarından bağımsız olarak da intihar riskini artırdıkları ileri sürülmektedir (Brodsky, 2001). Ancak bu erken travmaların hangi yolları kullanarak intihar riskini artırdığı açık değildir. Bu travmaların sadece intihar davranışına değil, genel olarak saldırganlık ve impulsiviteye eğilim oluşturduğu düşünülebilir (Brodsky, 2001; Oquendo, 2000).

### **2.8.2.7. İntihar ve Yeme Bozuklukları**

Guntrip'in "şizoid çıkmaz" kavramı, yeme bozukluğu hastasının iç dünyasında yaşadığı boşluk duygusuna uygun düşmektedir. Bebeğin sağlıklı bir bağlanma

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

ilişkisinde annesiyle oluşturmaya çalıştığı “bir ve birlik olma duygusu” yeme bozukluğunun dinamiğinde benlik sınırlarını tehdit etmektedir. Ancak benlik sınırlarını korumak için anneye araya konan mesafe de bebek için güven nesnesinin kaybedilmesi gibi bir ihtimali doğurmaktadır. Bu iki eksen arasındaki gidiş geliş tahammül edebilmek için bireyin, alkol ve madde kullanımı, aşırıya kaçmış cinsel eylem gibi başvurduğu dürtüsel yöntemlerden biri de yeme bozukluğu olabilir (Barth, 2003). Güvensiz bağlanmanın sonucu olarak çocuk bireyselleşmesi gerektiğinin farkına varamaz ve kendi kişisel değerini ve sevilebilirliğini sorgular. Kişisel yetersizlik hissi, yeme davranışıyla ilgili katı bir tutuma dönüşmekte, gücü ve kontrolü yeniden kazanmak için kişi dış görünüşü üzerinden kendini yeniden tanımlamaya çabasına girmektedir (Heesacker ve ark., 1990).

Böylece yeme bozukluğu gerçek olmayan bir otonomi ve kontrol duygusu oluşturmaktadır. Kontrol edilemeyen yeme davranışıyla ilgili meşguliyet, anneye kurulamayan güvenli bağın ıstırabını gizlemektedir. Ayrıca iç dünyadaki ilkel saldırganlık dürtüsü de elde edilemeyen tüm güvenli bağ ihtiyaçlarının yarattığı öfkenin de temsili olmaktadır (Dede, 1999).

Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu alt tiplerinde görülen bağlanma şekilleri birbirinden farklı bulunmamış, Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza hastalarının benzer bağlanma zorlukları olabileceği düşünülmüştür. Yeme bozukluğu hastaları güvensiz, kaygılı, kararsız ve kaçınan bağlanma şekilleri göstermektedir (Sırma, 1997).

Mikulincer ve ark., kararsız bağlanan bireylerin güvenli ve kaçınan bağlanan bireylerle karşılaştırıldıklarında daha fazla ölüm korkusu yaşadıklarını, güvenli bağlanan bireylere göre daha az farkındalık içerisinde olduklarını belirtmektedir

(Hochdorf ve ark., 2005). Bachar ve ark., yeme bozukluğu hastalarının kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yaşama daha az bağlı olduklarını, yaşamdan daha çok nefret ettiklerini göstermiştir (Arkun, 1978).

Literatürde yeme bozukluğu hastaları ile intihar girişiminde bulunan hastaların birbirleriyle olan benzerliklerine sıkça rastlanmaktadır. Oral (1999), Anoreksiya Nervoza ve intihar girişiminde bulunan hastaların kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bedenlerine karşı olumsuz davrandıkları, beden gereksinmelerine duyarsız kaldıkları, daha depresif ve kaygılı oldukları bildirmiştir. Stein ve ark. Anoreksiya Nervoza hastaları ve intihar girişiminde bulunan hastaların yaşama daha az bağlı olduklarını, yaşamdan daha çok nefret ettiklerini, bu hastaların ölüme daha yatkın olduklarını, ölümden daha az nefret ettiklerini göstermiştir.

### 2.9. Depresyon

Depresyon, oluşma nedenleri, gidisi ve tedavisi açısından oldukça karmaşık olan ruhsal bir bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntüden ibaret değildir. Genel anlamda depresyon derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve harekette yavaşlama, durgunluk, yorgunluk, dikkat ve konsantrasyonun azalması, isteksizlik ve motivasyonun düşmesi, değersizlik, suçluluk, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Preskorn, 1999).

Mutsuzluk, olumsuz gelişmelere karşı insanların verdiği olağan tepkilerin bir parçasıdır. Mutsuzluk beklenenden uzun sürerse, koşulların zorluğuyla orantısızsa ya da kişinin kontrolünün ötesindeyse, çökkün duyguduruma ilişkin bir semptom olabilir.

Çeşitli beden hastalıklarında ve farklı psikiyatrik sendromların seyri esnasında çökkün duygudurum ve duygulanım ortaya çıkabilir. Depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve ilginin ya da alınan zevkin kaybı çekirdek özelliklerdir. Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen belirtilerdir.

Sosyal ve mesleki işlev bozulur. Depresyon tanısı koyulması için tablo en az iki hafta sürmelidir. Her depresyon atağı farklı şiddette olabilir. Semptomların sayısı, tipi ve yoğunluğu, depresyonun şiddetini belirler. DSM-IV-TR depresyonun şiddetini hafif, orta ve şiddetli olarak üç gruba ayırmıştır (APA, 2000).

### 2.9.1. Depresyonun Tarihçesi

Depresyon, antik çağdan bu yana bilinen bir ruhsal rahatsızlıktır. Tıp literatüründe M.Ö. 400 yıllarında depresyonu ilk olarak tanımlayan Hipokrat olmuştur. Hipokrat bu tabloyu kara safra fazlalığıyla açıklamış ve melankoli olarak tanımlamıştır (Georgotas, 1988).

19.yy'da Pinel'den başlayarak depresyon ve mani kavramları bugünküne benzer şekilde formüle edilmiştir. 19.yy'da Delasiave "depresyon" terimini hastalık tanımlamada kullanan ilk kişilerdendir (Berrios, 1988).

J.Pierre Falret 1854'de "folie circulaire" terimini kullanarak depresyon ve maninin birbiri ile ilişkili iki rahatsızlık olduğunu belirtmiştir. Emil Kraepelin, mani ve depresyonun tek bir hastalığın farklı aşamaları olduğunu söyleyerek bu rahatsızlığa manik depresif psikoz adını vermiştir. 1962 yılında Leonhard ve arkadaşları tarafından

depresyonun tekrarlayan biçimleri, monopolar depresyon ve bipolar depresyon olarak ikiye bölünmüştür (Klerman, 1980).

1966 yılında monopolar deyimini yerini unipolara bırakmıştır. Bu adlandırmalar tanı sistemleri olan “Diagnostical and Statistical Manual” (DSM)-IV ve “International Classification of Diseases” (ICD)-10’da da benzer şekilde yer alarak güncelliklerini sürdürmektedir (Hamilton, 1980).

### 2.9.2. Depresyonun Sınıflandırılması

"Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (The Diagnostic and Statistical Manual, fourth edition, DSM-IV-TR) (APA, 2000) depresif bozukluklar; major depresif bozukluk (MDB), distimik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk olmak üzere üçe ayrılmıştır. Başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk; major depresif bozukluk, distimik bozukluk ya da depresif duygudurum ve/veya anksiyete ile giden uyum bozukluğu ölçütlerini karşılamayan ama depresif özellikler gösteren bozuklukları kapsar.

Depresyonun alt tipleri tanımlanmıştır. Major depresyonun tanı ölçütlerinin 2 yıl ya da daha uzun süre tam olarak karşılanması halinde kronik depresyondan söz edilir. Depresif belirtilerin belirli bir mevsimde düzenli olarak başlaması ve düzelmesi şeklindeki örüntü mevsimsel affektif bozukluk olarak isimlendirilir.

Depresif atak doğumdan sonraki 4 hafta içinde başlarsa post partum depresyon olarak isimlendirilir. Depresyon atağında varsanı ve sanrılar şeklinde psikoz belirtileri görülürse, psikotik özellikli depresyon olarak isimlendirilir. Katalepsi, katatonik eksitasyon, negativizm ve stereotipiler gibi katatonik özellikler varlığında katatonik depresyon olarak isimlendirilir.

Duygudurumun tepkisel oluşu, aşırı uyuma, aşırı yeme, insanlar arası ilişkilerde reddedilme duyarlılığı, atipik özellikli depresyon olarak adlandırılır. Tepkisel olmayan duygudurum, anhedoni, kilo kaybı, suçluluk, psikomotor retardasyon ve ajitasyon, duygudurumun sabah kötüleşmesi, sabah çok erken uyanıp yeniden uyuyamama gibi belirtilerle seyreden alt tip ise melankolik depresyon olarak isimlendirilir (APA, 2000).

Major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olarak bulunmuştur. Major depresyon insidansı, birinci basamakta %10, yatan hastalarda ise %15'tir. Depresyon altı aylıktan yaşamın son noktasına kadar yaşamın herhangi bir döneminde başlayabilir (Rihmer ve ark., 2005).

### 2.9.2.1. Majör Depresyon Tanı Ölçütleri (DSM-IV, 1994)

Günümüzde, majör depresyonun en geçerli ve yaygın olarak kullanılan tanı ölçütleri, DSM-IV sınıflama sisteminde yer almaktadır.

#### Majör Depresif Epizod

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

(1) Hastanın kendi bildirmesi (Örn. üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum olması.

Not: çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygu durum bulunabilir.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden zevk alamıyor olma (ya hastanın kendi bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlenir).

(3) Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (Ör. Bir ayda beden ağırlığında %5'den fazla değişim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması. Not: çocuklarda beklenen kilo artışının olmaması

(4) Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma olması

(5) Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuzluk ya da yavaşlama olduğu duygularının hasta tarafından belirtilmesi değil, bunların başkaları tarafından gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı olması

(7) Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) olması (sadece hasta olmaktan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil)

(8) Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hastanın söylemesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi gerekir)

(9) Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil), özgül bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri, özkıyım girişimi ya da özkıyım etmek üzere özgül bir tasarının olması.

B. Bu belirtiler bir karışık atak belirtilerini karşılamamaktadır.



C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir maddenin (örn. ilaç kötüye kullanımı, tedavi edici bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (Örn. hipotiroidizm) bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybından sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşma, özkıyım düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir.

### 2.9.3. Epidemiyoloji

Depresif bozukluklar içinde en fazla araştırılan majör depresif bozukluk olmuştur. Majör depresif bozukluk için yaşam boyu risk erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 olarak bulunmuştur. Bu oran distimik bozukluk için yaklaşık %6, bipolar bozukluk için ise %1 olarak bulunmuştur. Erişkinlerde majör depresif bozukluğun toplum örneklemlerindeki nokta prevalansı kadınlar için %5-9 arasında, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir. Depresif bozuklukların insidens hızı da yüksektir. Depresyon insidensi birincibasamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda yaklaşık %10, hastanede yatan hastalarda yaklaşık %15 olarak bulunmuştur.

Türkiye’de de bu konu ile ilgili yapılmış araştırmalar vardır. Türkiye’deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç’in (1993) tespit ettiği sonuçlara göre: a) Toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 dolayındadır; b) Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık %20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık %10) nokta prevalans hızlarına sahiptir; c)

Kronik fizik hastalığa sekonder depresyonlar dikkat çekici düzeydedir (%4-8,8); d) hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir.

### 2.9.4. Depresyonun Risk Faktörleri

#### 2.9.4.1. Cinsiyet

Dünyanın neresinde yapılsa yapılsın, bütün araştırmalarda depresyonun kadınlarda erkeklere göre iki kez daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Cinsiyetler arası farklar her yaş grubunda mevcut olmakla birlikte gençlerde ve orta yaş grubunda bu farklılık çocuklar ve yaşlılar grubundan daha belirgindir.

Cinsiyetler arasındaki bu farklılığın sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte bu konuda çeşitli görüşler vardır. Muhtemel sebepler arasında ilk akla gelen endokrin sistemdir. Ancak sadece postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresyon riskinin arttığı, menapoz dönemi için böyle bir riskin söz konusu olmadığı ortaya konmuştur. Bu konuda yapılan araştırmalar şimdilik cinsiyetler arasındaki farklılığın endokrin sistem kanalıyla izah edilemeyeceği yönündedir.

Depresif erkekler kadınlara göre alkol ve uyuşturucu kullanmaya daha eğilimlidirler. Bu nedenle alan araştırmalarında depresyona sekonder olarak alkol ve madde bağımlısı erkeklerin depresyon değil de alkol ve madde bağımlısı teşhisi almalarının cinsler arasındaki bu farklılığı meydana getirdiği iddia edilmiştir.

Cinsiyetler arasındaki farklılığın akla yatkın sebeplerinden biri de psikososyal faktörlerdir. Özellikle günümüz koşullarında kadınlar maddi manevi büyük yük altındadırlar. Endüstrileşmiş memleketlerde kadın hem anne, hem iş kadını, hem eş hem de ev hanımı rollerinin hepsini birden yüklenmek zorunda kalmıştır. Bir de buna depresif kadınların profesyonel yardım alma konusunda erkeklerden daha istekli olduğu göz önüne alındığında, cinsler arasındaki farklılık bu şekilde kısmen izah edilebilir. Bu durum özellikle ülkemiz için oldukça açıklayıcıdır. Kadınlar depresyonun bütün

şiddetlerinde ve formlarında hekime gelirken erkekler daha çok ağır depresyonlarda -o da çoğu zaman ailenin zoru ile yardım aramaktadır (Blazer, 1995; Charney ve ark., 1995).

Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu ileri sürmüştür. Depresyon için 65 yaş üzerinde %1,7; 75 yaş üzerinde %3.2; 79 yaş üzerinde %0.5; primer depresyon için %1.8; sekonder depresyon için %1.9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır (Charney ve ark., 1995).

### 2.9.4.2. Evlilik Durumu

Kişiler arası ilişkiler depresyonun ortaya çıkmasında veya tetiklenmesinde önemli bir role sahiptir. Keza depresyon da kişiler arası ilişkileri bozabilir. Depresyon en çok boşanmış ya da ayrılmış kişilerde görülür. Depresyonun mu boşanmaya sebep olduğu yoksa yalnız yaşamının mı depresyonu ortaya çıkardığı tartışmalıdır. Evli erkekler en düşük risk grubunu oluştururlar. Sırasıyla, evli kadınlar; yalnız yaşayan ve dul kadınlar; yalnız, dul, boşanmış erkekler; ayrılmış veya boşanmış kadınlar artan oranda risk içersindedirler. Fakat bir başka araştırma yalnız erkeklerin ve evli kadınların en büyük risk grubunu oluşturduğunu ileri sürmüştür (Charney ve ark., 1995).

Ülkemizdeki araştırmalarda 65 yaşın üzerindeki yaşlılarda, kadın olmanın; dul olmanın; günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmanın depresyon riskini arttırdığı bulunmuştur (Küey ve ark., 1993).

### 2.9.4.3. Sosyo-Ekonomik Durum

Kesin bir bulgu olmamakla birlikte düşük sosyoekonomik durum ile depresyon arasında bir bağlantı kurulmuştur. Özellikle düşük sosyoekonomik sınıftan çalışan kadınlardaki depresyon oranı, daha yüksek sosyoekonomik sınıfta olan hemcinslerine göre daha yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde şehirlere göre depresyonun daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür. Bu konuda ülkemizdeki araştırmalar kesin bir sonuç vermemekle birlikte, ampirik gözlemler bu görüşü desteklemektedir.

### 2.9.4.4. Sosyal Çevre

Sosyal çevreye ait faktörler hem fiziksel hem de ruhsal rahatsızlıklara ait epidemiyolojik araştırmalarda önem kazanmıştır. Çevresinden tutarlı, anlamlı ve uygun destekler alan bireyler kendilerini yıkıcı çevresel streslere karşı daha iyi korurlar. Sosyal desteğin psikiyatrik durumlardaki önemini ilk kavrayanlardan biri Emile Durkheim'dir. Durkheim "Toplum ile bütünleşemeyen bireyler intihar için büyük risk altındadırlar" demiştir. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik rahatsızlıkların görülme ihtimali azalmaktadır (Blazer, 1995). Depresyonun sık görüldüğü bir başka durum da işsizliktir. İşsizlerde depresyonun işi olanlara göre üç kez daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Burada işin anlamı ekonomik olmaktan ziyade kişinin bir işe yaradığı duygusunu hissetmesidir.

### 2.9.4.5. Yeme Bozukluğu ve Depresyon

YB hastalarının önemli bir bölümünde major depresyon (MD) olup, MD oranları, YB alt gruplarına göre farklılık göstermekte, özellikle de bulimiyanın eklendiği durumlarda artmaktadır (Cooper, 1995; Halmi ve ark., 1991). Geriye dönük

anorektiklerin öyküsünde bu oran % 15 bildirilmişken, bulimik semptomlar gösteren anorektik ve bulimiklerin öykülerinde % 46 olarak bildirilmiştir. YB ve depresif bozukluk arasındaki zamansal ilişkiye bakıldığında, vakaların yalnızca küçük bir bölümünde YB öncesinde mood bozukluğu bildirilmiştir. Bu durum, depresyonun AN'da psikofizyolojik, BN'da kontrol yitimine bağlı olarak geliştiğini destekler niteliktedir. Bununla birlikte YB'nın bir duygudurum bozukluğu varyantı olabileceği, duygudurum bozukluğunun diğer birçok etkenle birlikte YB'na neden olabileceği ya da açığa çıkarabileceği şekilde hipotezler de mevcuttur (Cooper, 1995; Kuruoğlu, 2000). MD bozukluğun varlığı YB'nun prognozuyla genellikle ilişkili değildir.

Bu genel bulgulara rağmen hastaların küçük bir bölümünde, YB'dan bağımsız olarak depresyon görülebilir. Bu durumda YB tedavisinde, öncelikle duygudurum bozukluğunun düzeltilmesi gerekli ve etkili olabilir (Cooper, 1995).

### 2.9.4.5.1. Anoreksiya Nervoza ve Depresyon

Genel olarak literatürde AN tablosuna depresyonun öncülük ettiği vurgulanmıştır (Cooper, 1995). Katz, AN'nin atipik bir depresyon olduğunu iddia etmiştir (Katz, 1987). Altshuler ve arkadaşları (1985), açlık durumunun depresyon benzeri bir tabloya neden olduğunu ve AN'nin depresyonu kapsadığını bildirmişlerdir. Depresyonun yeme bozukluğuna ikincil olarak geliştiğini ya da yeme bozukluğunun depresyon olmadan da gelişebileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Laessle ve ark., 1987; Silverstone, 1990).

Genetik ve ekhastalık çalışmaları, yeme bozuklukları ile mizaç bozuklukları arasında yakın ilişkinin olduğunu göstermiştir (Devlin ve ark., 1989). Aynı yazarlar depresyon ve AN'nin altta yatan aynı psikopatolojinin farklı görünümleri olabileceğini

öne sürmüşlerdir. İkiz çalışmalarında AN için %58-76; BN için %54-83 oranlarında konkordans saptanmıştır.

AN'li hastalarda ilerlemiş depresyon tablosunun besin alımını kısıtlayıcı perhiz uygulamalarıyla olan bağlantısı dikkatlice incelenmeli ve birbirinden ayrıştırılmalıdır. Klinisyenin bilişsel muhakemedeki bozulmanın kaynaklık ettiği yeme davranışını, tedavi devam ederken alınan kilolarla ne ölçüde değiştiğine dikkat temsi elzemdir. Kilo değişikliğine tepki kişiye göre değişebilmektedir; fakat aşırı zayıflık sadece vücut ağırlığının azalmasından ibaret bir durum değildir, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanda dramatik değişiklikler yaşanmaktadır. AN'de temel belirti aşırı kilo kaybı ile sonuçlanan ağır perhiz yapmaktır.

AN'de gelişen tıbbi komplikasyonlar AN'nin sistemik bir hastalık gibi tüm bedeni etkilediğini ve her sisteme etkisinin ayrıntılı ve sistemik bir hastalığın parçası olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir. Nitekim hastaların osteoporoz için ortopedi, amenore için kadın doğum, hormonal düzensizlikler için endokrin bölümlerine başvurup hepsi için ayrı tedavi başlatılıp hastanın kilo kaybına yönelik önlem alınmadığında tedavide başarı sağlanmadığı gibi durum daha karmaşık hale gelmektedir.

### **2.10. Anksiyete**

#### **2.10.1. Anksiyetenin Tarihçesi ve Tanımı**

Anksiyete latince kökenli bir kelimedir ve boğulma ya da tıkanma anlamına gelen "angre" kelimesinden türetilmiştir (Berkson, 2003). Anksiyete, Türkçede kaygı,

bunaltı, iç sıkıntısı, can sıkıntısı veya hoş olmayan heyecansal bir endişe hali gibi sözcüklerle eş anlamlıdır (Eşel, 2003). Türk Dil Kurumu sözlüğünde “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” anlamında verilmiştir (TDK, 1998).

Anksiyete, kişide bir çeşit “alarm durumu” oluşturur ve kişinin “sanki kötü bir şey olacakmış gibi” bir duygu hissetmesine neden olur (Işık, 1996). Anksiyete kısaca yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe duygusu olarak tanımlanabilir. Anksiyete ya da kaygı bir tehlike ya da nesne eksikliğine bağlı olan nedeni belli olmayan gerginlik, huzursuz ve sıkıntı hali olup içgüdüsel bir tepkidir (Tomb, 1994).

Anksiyete ile korku kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır. Fakat anksiyeteyle korku aynı kavram değildir. Korku, bir nesneye yöneliktir, anksiyetenin ise nesnesi yoktur. Anksiyetede korkudan farklı olarak yalnızca iç tehlikeler ile oluşan bir emosyon söz konusudur (Alkın ve ark., 2007).

Organizmayı harekete geçiren ve dış dünyadaki değişikliklere karşı kişiyi hazırlayan anksiyete, hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (Eşel, 2003). Anksiyete, organizmanın biyolojik olarak hayatta kalmasını sağlayan bir iç kurulum sistemidir ve tehlikeli bir durum ortaya çıktığında alarm durumuna geçerek kaç-savaş tepkisini üretir (Stanley, 2000). Ancak anksiyete ortada tehlike oluşturacak bir durumu olmadığında da ortaya çıkabilir ve kişinin hayat kalitesini düşürebilir, bu gibi durumlarda bu tip bir anksiyetenin artık patolojik nitelikler taşıdığı düşünölmelidir (Uzbay, 2002).

## **Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri**

Bedensel Belirtiler: Çarpıntı, nefes alamama, boğulma hissi, terleme, kusma, titreme, ishal, baş dönmesi, sersemlik, göğüste sıkışma, hiperventilasyon, epigastrik rahatsızlık, kas gerilimi-ağrıları, hipertansiyon, pupil dilatasyonu ve yutma güçlüğü.

Duygusal Belirtiler: Konuşmada zorluk, sinirlilik, çaresizlik, yetersizlik, dikkatte azalma, yaratıcılığın azalması, karar vermede güçlük, göz temasından kaçınma, depersonalizasyon, derealizasyon.

Bilişsel Belirtiler: Katastrofik düşünceler, endişeler, intrusif düşünceler, imgeler, obsesyonlar, flashbackler, en kötüyü bekleme, felaket tellallığı.

Davranışsal Belirtiler: Motor huzursuzluk, dona kalma, kaçınma, güvenlik davranışları, kompulsiyonlar, yardım arama, çabuk sinirlenme.

### **2.10.2. Anksiyete Bozukluğunun Alt Tipleri**

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozukluklar için Tanı ve İstatistik kitabının Türkçe çevirisinde (DSM-IV TR) Kategorik Anksiyete Bozuklukları olarak yer alan sınıflamada panik bozukluğu (PB), agorafobi, özgül fobi, sosyal fobi, yaygın anksiyete ve aşırı anksiyete duyma bozukluğu, ayrılma anksiyetesi, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve akut stres bozukluğu yer alır. DSM-IV-TR' de tanımlanan şekli ile anksiyete bozukluklarının ana özellikleri şöyledir (Sadock, 2000).

Anksiyete bozukluklarının alt tipleri

1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu
2. Panik Bozukluk (a- Agorafobi ile birlikte. b-Agorafobi ile birlikte olmayan)
3. Özgül Fobi
4. Sosyal Fobi



5. 5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk
6. 6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu
7. Akut Stres Bozukluğu
8. Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
9. Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu
10. Bağka Türlü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu

### 2.10.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Yaygın Anksiyete Bozukluğu hem fizik hem de ruhsal belirtilerle karakterizedir. Ruhsal belirtiler, çoğu zaman klinik tabloya hakim olan belirtilerdir. Kaygılı beklenti (antisipatuvar anksiyete), tekrar eden ve endişe verici düşünceler, irritabilite, konsantrasyonda azalma ve huzursuzluk bu bozukluğun ruhsal belirtilerini oluşturur.

DSM-IV ölçütlerine göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun en önemli özelliği rahatsızlık yaratan, birçok olay ve aktivite ile ilgili, diğer bir deyişle yaygın (örn. iş, sağlık, okul) kontrol edilemez kaygıdır.

DSM-IV Yaygın anksiyete bozukluğu ölçütleri:

- A. En az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında (işte ya da okulda başarı gibi) aşırı anksiyete ve kaygı (endişeli beklentiler-evham) duyulur
- B. Kişi, kaygısını kontrol etmeyi zor bulur

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

C. Anksiyete ve kaygı, aşağıdaki altı belirtilerden üçüne ( ya da daha fazlasına) eşlik eder (son 6 ay boyunca hemen her zaman en azından bazı belirtiler bulunur) **Not:**

Çocuklarda sadece bir maddenin bulunması yeterlidir.

- (1) huzursuzluk, aşırı heyecan duyma ya da endişe
- (2) kolay yorulma
- (3) düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk çekme ya da zihnin durmuş gibi olması
- (4) irritabilite
- (5) kas gerginliği
- (6) uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da sürdürmekte güçlük çekme ya da huzursuz ve dinlendirmeyen uyku)

D. Anksiyete ve kaygı odağı bir Eksen-I bozukluğunun özellikleri ile sınırlı değildir, örn. Anksiyete ya da kaygı bir panik atağı olacağı (panik bozukluğunda olduğu gibi), genel bir yerde utanç duyacağı (sosyal fobide olduğu gibi), hastalık bulaşmış olma (obsesif kompulsif bozuklukta olduğu gibi), evden ya da yakın akrabalarından uzak kalma (ayrılma anksiyetesi bozukluğunda olduğu gibi), kilo alma (anoreksiya nervozada olduğu gibi) birçok fizik yakınmanın olması (somatizasyon bozukluğunda olduğu gibi) ya da ciddi bir hastalığın olması (hipokondriazisde olduğu gibi) ile ilgili değildir ve anksiyete ve üzüntü sadece travma sonrası stres bozukluğu sırasında ortaya çıkmaktadır.

E. Anksiyete, kaygı ya da fizik yakınmalar klinik açıdan belirgin bir strese ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlev alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) yada genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve sadece bir duygudurum bozukluğu, psikotik bir bozukluk ya da yaygın bir gelişimsel bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

### 2.10.2.2. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif Kompulsif Bozukluk tekrarlayıcı ve kontrol edilemeyen düşüncelerle ve tekrarlayıcı ritüellerle karakterize bir bozukluktur. Obsesyonlar ve kompülsiyonlar DSM-IV’de şöyle tanımlanmaktadır.

- a. Tekrar edici ve dirençli düşünceler, impulslar veya imajlardır. Bilince dalıcı bir biçimde girerler, uygunsuz ve yersizdirler. Anksiyete ve huzursuzluğa neden olurlar.
- b. Düşünceler, impulslar veya imajlar basit bir biçimde gündelik hayatın sorunlarına bağlı kaygılardan kaynaklanmaz.
- c. Hastalar bu düşünce, impuls ve imajları başka düşünce ve aktivitelerle bastırmaya, görmezden gelmeye veya nötralize etmeye çalışırlar.
- d. Obsesyonel düşünce, impuls ve imajlar hastanın kendi aklından kaynaklanır, düşünce sokulması hezeyanında olduğu gibi hastalar tarafından dışardan empoze edildikleri iddia edilmez.

Kompülsiyonlar ise

- a. Ya obsesyonlara tepki ya da katı kurallara bağlı olarak tekrar edici davranışlar olarak (örn. El yıkama, düzenlilik, kontrolcülük gibi) veya zihinsel aktiviteler olarak(örn. sayı sayma, sessizce birşeyler tekrarlama gibi) ortaya çıkarlar
- b. Huzursuzluğu önlemek veya azaltmak veya korkulan bir olayı veya durumu önlemek üzere yapılırlar (tahtaya 3 kez vurmak ve kulak memesine

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

dokunmak gibi). Yapılan şey ile olay ve durum arasında gerçekçi bir bağ kurulamaz veya çok açık biçimde bir aşırılık vardır şeklinde tanımlanmaktadır.

Obsesyonu olan hastalar bu tekrarlayıcı nitelikteki takıntı haline gelen düşünceleri, imajları anlamlı bulmasalar da kontrol edilemez ve durdurulamaz oluşlarından dolayı son derece büyük rahatsızlık yaşarlar. Bu rahatsızlık duygusuyla baş edebilmek için de çeşitli davranış kalıpları geliştirerek sürekli olarak bunlara başvurular.

DSM-IV Obsesif-kompulsif bozukluk ölçütleri:

A. Obsesyonlar ya da kompulsiyonlar vardır:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1), (2), (3) ve (4) ile tanımlanır:

(1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman istenmeden gelen ve uygunsuz olarak yaşanan ve belirgin anksiyete ya da sıkıntıya neden olan yineleyici ve sürekli düşünceler dürtüler ya da düşlemler

(2) Düşünceler, dürtüler ya da düşlemler sadece gerçek yaşam sorunları hakkında duyulan aşırı üzüntüler değildir

(3) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle bunları etkisizleştirmeye çalışır

(4) Kişi, obsesyon düşüncelerini, dürtülerini ya da düşlemlerini kendi zihninin bir ürünü olarak görür (düşünce sokulmasından olduğu gibi değildir)

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

(1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak yada katı bir biçimde uygulanması gereken kurallarına göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. El yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. Dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

(2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Bu bozukluğun gidişi sırasında bir zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul eder. Not: Bu çocuklar için geçerli değildir.

C. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha uzun zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

D. Başka bir Eksen I bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle aşırı ilgilenme; bir Madde kullanım Bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fantaziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

F. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

### **Varsa Belirtiniz:**

**İçgörüsü Az Olan:** O sıradaki epizodda çoğu zaman kişi obsesyon ya da kompulsiyonlarının aşırı ya da anlamsız olduğunu kabul etmiyorsa

### 2.10.2.3. Panik Bozukluğu

Ani bunalıtı, kısa süreli (birkaç dakikadan en fazla bir saate kadar sürebilen) korku nöbetleri ve bu nöbetleri takiben ortaya çıkan antisipatuvar anksiyete (beklentisel kaygı-bu nöbetlerin tekrar olacağına dair korku, kaygı, sıkıntı) ile karakterize bir bozukluktur. Hastalar temel üç tip korkudan bahsederler. Ölüm korkusu, düşüp bayılma korkusu-kontrol kaybı korkusu, çıldırma korkusu. Bu üç korkudan biri veya birkaçı nöbetler ile ortaya çıkan pek çok bedensel belirtiyeye eşlik eder. Bedensel belirtiler arasında en sık rastlananları hava açlığı, çarpıntı, baş dönmesidir.

DSM-IV Panik nöbeti ölçütleri:

Aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve 10 dakika içinde en yüksek düzeye ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

- (1) Çarpıntı, kalp atımlarını duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- (2) Terleme
- (3) Titreme ya da sarsılma
- (4) Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma
- (5) Soluğun kesilmesi
- (6) Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- (7) Bulantı ya da karın ağrısı
- (8) Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- (9) Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (kendi bedenine yabancılaşma)
- (10) Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- (11) Ölüm korkusu

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

(12) Parasteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyumları)

(13) Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

DSM-IV Agorafobisiz ve agorafobili panik bozukluğu ölçütleri:

A. Aşağıdakilerden hem (1), hem de (2) vardır.

(1)Yineleyen beklenmedik panik nöbetleri

(2)Nöbetlerden en az birini, 1 ay süreyle (ya da daha uzun süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlasını) izler:

(a) Başka nöbetlerin de olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

(b) Nöbetin yol açabilecekleri ve sonuçlarıyla (örn. kontrolünü kaybetme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak üzüntü duyma

(c) Nöbetlerle ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B. Agorafobinin olmaması (agorafobili panik bozukluk için sadece bu ölçüt agorafobinin olması şeklinde değişecektir)

C. Panik nöbetleri bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidi) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Panik Nöbetleri, Sosyal Fobi (örn. korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan), özgül fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma üzerine takıntısı olan birinin kir ve pislikle karşılaşması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlara tepki olarak) ya da ayrılma anksiyetesi bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalarından uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

### 2.10.2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu terimi yoğun stres yaratan bir olaya karşı ortaya çıkan şiddetli uzamış (birkaç aydan daha uzun) ve bazan gecikmiş türde bir reaksiyonu anlatır. Bu bozukluğun üç temel özelliği vardır. Birincisi ruhsal olarak aşırı uyarılmışlık hali (hyperarousal-hyperalertness), ikincisi stres verici olayın tekrar tekrar hatırlanması (intrusions) ve üçüncüsü bu olayı hatırlatan şeylerden kaçınma davranışıdır (avoidance).

Akut stres bozukluğu için DSM-IV ölçütleri:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır

(1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanmaya ya da kendisinin ya da

başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit durumunu yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da

böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

(1) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır

B. Sıkıntı doğuran olayı yaşarken ya da bu olayı yaşadktan sonra kişide aşağıdaki dissosiyatif

belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) bulunur.

(1) öznel uyuşukluk, dalgınlık duyumları yada duygusal tepkisizlik

(2) çevrede olup bitenlerin farkına varma düzeyinde azalma (örn. afallama)

(3) derealizasyon

(4) depersonalizasyon

(5) dissosiyatif amnezi (yani, travmanın önemli bir yanını anımsayamama)



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

- C. Travmatik olay şunlardan en az biri yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır. Gözönüne tekrar tekrar gelen görüntüler, tekrarlayıcı düşünceler, rüyalar, illüzyonlar, “flashback” epizodları, olayı yeniden yaşar gib olma ya da travmatik olayı anımsatan şeylerle karşılaşınca sıkıntı duyma.
- D. Travma ile ilgili anıları uyaran şeylerden belirgin biçimde kaçınma (örn. düşünceler, duygular, konuşmalar, etkinlikler, yerler, insanlar).
- E. Belirgin anksiyete ya da artmış uyarılmışlık belirtileri (örn. uyumakta zorluk çekme, irritabilite, düşünceleri yağunlaştırma güçlüğü, aşırı uyarılmışlık hali (hipervigilance), aşırı irkilme tepkisi gösterme, motor huzursuzluk hali (agitation)).
- F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da diğer işlev alanlarında bozulmaya neden olur ya da bireyin travmatik yaşantısını aile bireyelerine anlatarak kişisel destek kaynaklarını harekete geçirmek ya da yardım almak gibi gerekeni yapmasının peşinde koşma yetisini bozar.
- G. Bu bozukluk en az 2 gün, en fazla 4 hafta sürer ve travmatik olaydan sonraki 4 hafta içinden ortaya çıkar. Bu bozukluk bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir. Kısa psikotik bozukluk olarak açıklanamaz ve daha önceden var olan bir eksen I ya da Eksen II bozukluğunun sadece bir alevlenmesi değildir.

Travma sonrası stres bozukluğu için DSM-IV ölçütleri:

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır.

(1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit durumunu yaşamış, böyle bir alaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. **Not:**

Çocuklar bunların yerine dezorganize ya da ajite davranışla tepkilerini dışavurabilirler.

B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.

(1) olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: Küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.

(2) sık sık, sıkıntı veren bir biçimde olayın rüyasını görme. Not: Çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.

(3) Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, yanılısamaları, varsanıları ve dissosiyatif “flashback” epizodlarını kapsar)

(4) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış etmenlerle karşılaşıldığında yoğun ruhsal sıkıntı duyma

(5) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış etmenlerle karşılaşıldığında fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan)

(1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabası

(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları

(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama

(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması

(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları

(6) duygulanımda kısıtlılık (örn. sevme duygusunu yaşayamama)

(7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağanbir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması:

(1) uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

(2) iritabilite ya da öfke patlamaları

(3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme

(4) hipervijilans

(5) aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B, C, ve D tanı ölçütlerindeki belirtiler) 1 aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

G. Varsa belirtiniz:

Akut belirtiler 3 aydan daha kısa sürer

Kronik belirtiler 3 aydan daha uzun sürerse

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli başlangıçlı: belirtiler, stres etkeninden en az 5 ay sonra başlamışsa

### 2.10.2.5. Fobik Bozukluk

Belirli nesne ve durum karşısında veya belirli eylem (örneğin yemek yeme sırasında yutma eylemi) sırasında hissedilen mantıksız, dirençli, aşırı korkunun hakim olduğu bir tablo olarak tanımlanabilir. Fobik Bozukluğu oluşturan iki bileşenden biri korku iken diğeri kaçınma davranışdır. Hastalar özgül uyaranlardan kaçınma davranışı

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

sergilerler. Korku, yoğun anksiyetenin tüm belirtilerini sergiler, bu korku hali panik nöbet şeklindedir. Özgül (spesifik) fobiler aşağıda sıralanan üç temel özelliğe sahiptirler.

(1) Durumlar, canlı, cansız nesnelere karşısında veya belli eylemler sırasında dirençli, tekrarlayıcı, aşırı ve anlamsız korku hali

(2) Bu durum ve nesnelere kaçınma davranışı

(3) Hasta tarafından korkunun mantıksız olduğunun kabulü

Özgül fobi için DSM-IV ölçütleri:

A. Özgül bir nesne ya da durumun (örn. uçakla seyahat etme, yüksek yerler, hayvanlar, enjeksiyon yapılması, kan görme) varlığı ya da böyle bir durumla karşılaşacak olma beklentisi ile başlayan, aşırı ya da anlamsız, belirgin ve sürekli korku.

B. Fobik uyarılarla karşılaşma hemen her zaman birden başlayan bir anksiyete tepkisi doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösteren bir panik nöbeti biçimini alabilir.

**Not:** Çocuklarda anksiyete, ağlama, huzursuzluk gösterme, donakalma, sıkıca sarılma olarak dışa vurulabilir.

C. Kişi korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir. **Not:** Çocuklarda bu özellik bulunmayabilir.

D. Fobik durum(lar) dan kaçınılır ya da yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla buna(lara) katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan durum(lar) da sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal

etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşın altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Özgül bir nesne ya da duruma eşlik eden anksiyete, panik nöbetleri ya da fobik kaçınma, obsesif-kompulsif bozukluk (örn. bulaşma ile ilgili saplantısı olan birinin kir ve pislikten kaçınması), travma sonrası stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılardan kaçınma), agorafobi ile birlikte panik bozukluğu ya da panik bozukluğu öyküsü olmaksızın agorafobi gibi başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Tipini belirtiniz:

Hayvan tipi

Doğal çevre tipi (örn. yükseklikler, fırtınalar, su)

Kan-enjeksiyon-yara tipi

Durumsal tip (örn. uçaklar, asansörler, kapalı yerler)

Diğer tip (örn. soluğun kesilmesine, kusmaya ya da bir hastalığa yakalanmaya yol açabilecek durumlardan fobik kaçınma; çocukların yüksek seslerden ya da özel giysili masal kahramanlarından korkması)

### 2.10.2.6. Sosyal Fobi

Sosyal fobi veya sosyal anksiyete bozukluğu topluluk içindeyken veya performans gerektiren durumlarda başkaları tarafından gözleendiği, değerlendirildiğine dair hissiyatla birlikte insanın küçük düşeceği korkusu ve buna paralel olarak çok yoğun anksiyete yaşaması ile karakterize bir bozukluktur. Topluluk içindeyken tüm dikkatlerin üzerinde olduğunu hissetme, eleştirilme, küçük düşme, rezil olma korkuları o kadar yoğun olarak ortaya çıkar ki kişi bulunduğu yerde uzun süre kalamaz. Oradan veya o

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

durumdan bir an önce kurtulmak ister. Bu sıkıntı ve korkuyu yaşamamak için performans gerektiren ve topluluk içine girmesi gereken durumlardan kaçınır.

Sosyal fobi için DSM-IV tanı ölçütleri:

A. Tanımadık insanlarla karşılaştığı ya da başkalarının gözünün üzerinde olabileceği, bir yadabirden fazla toplumsal ya da bir eylemi gerçekleştirdiği durumdan belirgin ve sürekli bir korku duyma. Kişi küçük duruma düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde davranacağından korkar (ya da anksiyete belirtileri gösterir).

B. Korkulan toplumsal durumla karşılaşma hemen her zaman anksiyete doğurur, bu da duruma bağlı ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir panik atağı biçimini alabilir.

C. Kişi, korkusunun aşırı ya da anlamsız olduğunu bilir.

D. Korkulan toplumsal durumdan ya da toplumsal bir eylemin gerçekleştirildiği durumlardan kaçınılır yada yoğun anksiyete ya da sıkıntıyla bunlara katlanılır.

E. Kaçınma, anksiyöz beklenti ya da korkulan toplumsal ya da bir eylemin gerçekleştirildiği durumlarda sıkıntı duyma, kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini, toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini bozar ya da fobi olacağına ilişkin belirgin bir sıkıntı vardır.

F. 18 yaşının altındaki kişilerde süresi en az 6 aydır.

G. Korku ya da kaçınma bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir ve başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. agorafobi ile birlikte ya da olmadan panik bozukluğu, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, yaygın bir gelişimsel bozukluk ya da şizoid kişilik bozukluğu).

H. Genel bir tıbbi durum ya da başka bir mental bozukluk varsa bile A tanı ölçütünde sözü edilen korku bununla ilişkisizdir, (örn. korku, kekemelik, Parkinson hastalığındaki

titreme ya da Anoreksiya Nervoza ya da bulimia nervozadaki yemek yeme davranışı ile ilişkili değildir.

*Varsa belirtiniz Yaygın tip (korkular çoğu toplumsal durumu kapsıyorsa)*

### 2.10.3. Anksiyete ve Depresyon İlişkisi Üzerine Kuramsal Açıklamalar

Anksiyete ve depresyon konusunda yapılan betimleyici, uzunlamasına, genetik, biyolojik ve tedaviye yanıt çalışmalarından elde edilen bulgularla ikisi arasındaki ilişki konusunda çeşitli açıklayıcı modeller ileri sürülmüştür.

1) Klasik görüşe göre anksiyete ve depresyon bir spektrum içinde yer alan, birbirinden az ya da çok farklı ve bazen birlikte olan sendromlardır,

2) depresyon ve anksiyete belirtileri, temelde ortak bir nedene bağlı olan farklı dışavurumlardır,

3) birisi diğerinin ortaya çıkışını kolaylaştırabilir,

4) anksiyete ve depresyonu ölçen araçlar aslında ortak birçok belirti içerdiklerinden ortaya çıkan sonuç artefakt etkisidir (Frances ve ark., 1992; Rouillon, 1999; Seligman, 1998).

#### 2.10.3.1. Anksiyete ve Depresyonda Epidemiyoloji

Anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan hastalarda eştanı görülme sıklığı konusunda yapılan bir çalışmada, duygudurum kliniklerinde anksiyete, anksiyete kliniklerinde duygudurum bozukluğu görülme oranının yakın olduğu ve oranların %11-78 arasında değiştii bildirilmiştir (Tucker ve ark., 1994). Major depresif bozuklukta eş hastalanma en sık olarak anksiyete bozuklukları ile olmaktadır ve yaşam boyu görülme oranı %50-60'tır (Kaufman, 2000). Anksiyete ve depresyonun yaşam boyu görülme

sıklıkları sırası ile %15 ve %8 olarak bildirilmektedir. Her iki bozuklukta da yüksek oranda yineleme riski ve kronikleşme eğilimi söz konusudur. Depresif bozukluğu olan hastalarda anksiyetenin bulunması özkıyımı öngörücü olarak önem taşır, ayrıca tedavi seçiminde de önemlidir (Keller ve ark., 1995).

### 2.10.3.2. Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Tanısal Birliktelik

Bir küme olarak depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında görülen belirtileri incelediğimizde 3 gruba ayırabiliriz: 1) Sadece depresif bozuklukta görülen belirtiler (depresif duygudurum, zevk alamama gibi) 2) Sadece anksiyete bozukluklarında görülen belirtiler (aşırı tedirginlik hali gibi) 3) Her iki bozuklukta da görülen belirtiler (uyku iştah bozukluğu gibi) Bu ilişkiyi matematikteki kümeler kuramına benzetebiliriz.

Depresyon kümesi ve anksiyete bozuklukları kümesi iki ayrı küme olmakla birlikte oldukça geniş bir kesişim göstermektedirler. Bu durumdan anlaşılacağı gibi tanı olarak birbirinden ayrı iki tanı olmakla birlikte birbirine benzer belirtiler gösterebilen iki rahatsızlıkla karşı karşıyayız. Belirtilerdeki bu benzerliklerin ötesinde anksiyete veya depresyon yakınmasıyla başvuran hastalarda çoğu kere her iki rahatsızlığın belirtileri bir arada bulunur. Tanısal ilişkiler açısından klinikte bu iki grup rahatsızlığın belirtilerini gösteren hastaları 4 grup halinde görebiliriz:

Depresyon ve anksiyete belirtileri:

Sadece Depresyon Belirtileri: Deprese duygudurum, ilgi kaybı, zevk almama kilo kaybı ya da alımı

Ortak Belirtiler: korku, halsizlik, kaygı panik ataklar, ağrı, uyku bozukluğu, gastrointestinal yakınmalar, aşırı endişe, ajitasyon, konsantrasyon güçlüğü, kolay yorulma, intihar düşünceleri.



Sadece Anksiyete Belirtiler: Aşırı uyarılma hali, agorafobi, kompulsif ritüeller

1. grup depresyon tanısını alan yanı sıra tam olarak bir anksiyete bozukluğu tanısını alacak boyutta olmayan anksiyete belirtileri bulunan hastalardan oluşur.

2. grup bunun tam tersi bir anksiyete bozukluğu olan ama yanı sıra tam bir depresif bozukluk tanısı almayacak yoğunlukta depresif belirtileri olan hastalardır.

3. grup hem depresyon hem de yanı sıra bir anksiyete bozukluğu tanısı alabilecek yoğunlukta belirtiler gösteren yani iki tanılı hastalarıdır.

4. ve son grup hasta ise hem depresyon hem anksiyete belirtilerini karışık olarak göstermekle birlikte tek başına her ikisinin de tanısız açısından eşği geçemediği olgulardır (Hirschfeld, 2001). Günümüz psikiyatrisinde henüz ayrı bir tanı grubu tanınması tartışmalı olmakla birlikte bu grup hastalara karışık anksiyete depresyon bozukluğu adıyla yeni bir tanı grubu altında sınıflandırılması savunulmaktadır (Lydiard ve ark., 1998).

### 2.10.4. Anksiyete ve Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarının anksiyete bozuklukları yelpazesindeki bir kısım bozuklukla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yeme bozukluğu nedeniyle tedavi gören kadın hastaların %64'ü ek olarak bir anksiyete bozukluğu göstermektedirler. Bu hastaların çoğunda, anksiyete bozukluklarının yeme bozuklukları sonrasında başladıkları bilinir. Yeme bozukluklarından birisi olan anoreksiya nervoza, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluğu taklit edebilir. Anorektik olan hastalar toplum içinde yemek yerken aşağılanacak veya aşağılanıyor gibi hissedebilirler. Ek olarak başkaları tarafından negatif değerlendirileceklerine ilişkin korkuları, yemek ve yiyeceklerle ilgili birtakım obsesyonları, kompulsyonları ve ritüelleri olabilir. Anoreksiya Nervoza için tanı kriterleri arasında insanın çok zayıf olsa bile kilo alınacağına veya şişmanlayacağına ilişkin yoğun anksiyete ve korku yaşaması en önemli anoreksi ölçütü

olarak göze çarpar. Bulimiadaki durdurulamaz bir biçimde yemek yeme ve ardından kusmalar kompulsif ritüellere benzerler. Görüldüğü gibi yeme bozukluklarındaki belirtiler anksiyete bozukluklarındaki belirtilerin en azından bir kısmı ile benzerlik göstermektedirler. Burada dikkat edilmesi gereken nokta yeme kişinin uğraşları/korkuları/ritüellerinin yeme ile sınırlı olmasıdır (Güleç ve ark., 1998; Vandereycken ve ark., 1992; APA, 1994; Berrios, 1997).

### 2.11. Ülkemizde Yeme Bozukluğu ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde yeme bozukluklarıyla ilgili yapılan çalışmalar son yıllarda giderek artmaktadır. Yüksek lisans tezlerine bakıldığında öncelikli olarak yeme tutum ve davranışlarındaki bozulmanın ergenlerde yaygınlığını araştıran çalışmalar dikkat çekmektedir:

Altuğ ve arkadaşları (2000), 253 kız öğrencide %7,9 oranında yeme tutum ve davranışlarında bozulma olduğunu tespit etmişlerdir. Erzenin (2005), 2907 lise öğrencisinde yeme tutum ve davranışlarında bozulma oranını % 2,33 olarak bildirmiştir. Demir ve arkadaşları (1998) ise 944 ergenle yaptıkları çalışmada bu oranı % 0,026, Baş ve arkadaşları (2004), % 11,5, Uzun ve arkadaşları, % 17,1, İlhan ve arkadaşları (2006) ise yeme tutum ve davranışlarında bozulma oranını % 13,7, Çelikel ve arkadaşları (2008) da 267 üniversite öğrencisinde %12,4 oranında yeme tutum ve davranışlarında bozulma olduğunu bildirmiştir.

Yeme bozukluğunun kişilik ve aile özellikleri, cinsel istismar, kendine zarar verme ve intihar davranışı, bilişsel özellikler, mükemmeliyetçilik, özgüven ve ebeveyn çocuk yetiştirme tutumlarıyla bağlantısını konu alan çalışmalar ise şöyledir:

Alpargun (1995), 918 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada 41 kişilik hasta grubunu kontrol grubuyla karşılaştırmıştır. Kişilik özellikleri açısından karşılaştırılan iki

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

grupta MMPI(Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)'da kız öğrencilerde hasta grubu Depresyon, Paranoya, Psikasteni, Şizofreni ve Sosyal İçedönüklük alt testlerinde, erkek öğrencilerde ise hasta grubu Şizofreni alt testinde kontrol grubuna göre daha yüksek puanlar almışlardır.

Onar (2008), yeme bozukluğu tanısı bulunan ergen kızlar ile genç erişkin kadınların, bulunmayanlara göre aile ortamında daha az birlik ve beraberlik algıladığını, beden algılarının ve benlik saygılarının daha düşük olduğunu bildirmiştir.

Karaköse'nin (2012) bildirdiğine göre “kaçınmacı” başetme stratejisi, “kendini kabul” ve “ yeme üzerindeki kontrol” temel inançları yeme bozukluğu semptomatolojisini yordamaktadır.

Eker (2006) ise yeme tutum ve davranışlarındaki bozulmanın ergenlerin kendine zarar verme ve intihar davranışı gösterme oranlarını anlamlı derecede arttırdığını bildirmiştir.

Kuğu ve ark (2006), 951 üniversite öğrencisi içinden belirlediği yeme bozukluğu olan grupta çocukluk çağı duygusal ve cinsel istismara maruz kalmanın daha fazla olduğunu, yeme bozukluğu ailelerinde sağlıklı bir iletişim ortamının olmadığını, sevgi, empati ve ilgiden uzak ve kısıtlayıcı bir yapı olduğunu bildirmiştir.

Ortaçgil (2009) yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile ilgili yaptığı çalışmada borderline kişilik ile sağlıksız yeme tutum ve davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir.

Yeme bozukluğu tanısı almış hastalar üzerinde yapılan çalışmalar ise şöyledir:

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Keçeli (2006), çalışmasında Yeme bozukluğu olan grupta kişilik bozukluğu oranları yüksek bulmuştur. Bulimiya Nervoza, B kümesi özellikle de histrionik kişilik bozukluğu ile ilişkili bulunurken; Anoreksiya Nervoza, özgül bir kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilememiştir. Ayrıca Bulimiya Nervoza; dürtü kontrol güçlüğüne düşündüren intihar girişimi, psikoaktif madde kullanımı ve kendine zarar verici davranışlarla ilişkilendirilmiştir.

Erol, Yazıcı ve Toprak (2007) ise 17 Obsesif-Kompulsif Bozukluk hastası, 15 Anoreksiya Nervoza ve 13 Bulimia Nervoza hastası aile işlevselliği açısından karşılaştırılmış ve gruplar arasında bir fark bulunamadığını bildirmiştir.

Yeme bozukluğunun bağlanma paternleriyle bağlantısını konu alan çalışmalarda ise Keskingöz (2002), farklı bağlanma biçimleri ve sağlıksız yeme örüntüleri arasında anlamlı farklılıklar gözlemiştir. Çalışmada Kayıtsız bağlanan kişilerin korkulu ve güvenli bağlananlara göre; saplantılı bağlananların ise korkulu bağlananlara göre daha fazla işlevsel olmayan yeme örüntüleri sergiledikleri belirlenmiştir. Yaka (2011), ise psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin normal bireylere daha fazla güvensiz bağlanma paterni gösterdiklerini bildirmiştir.

Dergilerde yayınlanan makalelerde ise Gürdal (1999), yeme bozukluklarının tedavisinde farmakolojik programları ve psikoterapi desteğini incelemiştir. Bunun dışında Maner ve Alantar (2008), yeme bozukluğunu bağlanma kuramına göre değerlendirmiş, güvensiz bağlanan bireylerle yeme bozukluğu olan bireyler de düşük benlik saygısı olduğunu ve ölümlle aşırı zihinsel uğraşının yeme bozukluğunun gelişmesi ve sürmesinde büyük rol oynadığını belirtmiştir. Ayrıca Maner (1997), yeme bozukluklarında kognitif davranışçı terapinin etkilerini de tartışmıştır.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Özdel, Ateşçi ve Oğuzhanoğlu (2003), bir anoreksiya nervoza vakasına uygulanan farmakolojik ve psikodramatik teknikleri ve etkilerini incelemişlerdir.

Yabancı yayınlarda ise Yücel ve arkadaşları (2004) diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı beden imajı gibi değişkenler açısından karşılaştırmış ve daha zayıf olma idealinin beden imajı doyumunu belirlediğini aktarmıştır.

Bozukluğun psikanalitik olarak incelendiği ve tartışıldığı tez çalışmalarında ise Pirim (2002, 2007), yüksek lisans tezinde anoreksiklerin öfke dinamiklerini daha sonra doktora çalışmasında babalık işlevlerini Rorschach Kişilik Testi üzerinden incelemiştir.

Bozukluğun psikanalitik kurama göre değerlendirildiği yayınlarda ise Parman (1999), Bulimiya Nervozayı nesne yitiminin başarısızlık olarak yaşandığı bir patoloji olarak tanımlar. İkiz (1999), yeme bozukluklarının Rorschach Kişilik Testindeki yansımalarını protokol özellikleri üzerinden incelemiştir.

### 3.GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Katılımcılar

Bu çalışma, 2010-2012 yılları arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Yeme Bozukluğu Biriminde ve Alman Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde tedavisi süren 15-25 yaş arası 20 Anoreksiya Nervoza hastası kadın ile başka bir polikliniğe başvurmuş, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış 15-25 yaş arası 30 kadın katılmıştır. Herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış kadınlar, araştırmada kontrol grubu oluşturmaktadır ve yaş, cinsiyet açısından hasta grubuyla eşit özellikleri taşımaktadır.

#### 3.2. Ölçme Araçları

##### 3.2.1. Yeme Tutumu Testi(YTT-40)

Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) Garner ve Garfinkel (1979) tarafından Anoreksiya Nervoza semptomlarını ölçmek için geliştirmiştir. Eating Attitudes Test-40 ayrıca normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozukluklarının belirtilerini ölçmek amacıyla da kullanılmaktadır (Mancilla-Diaz ve ark., 2007). EAT-40'ın içsel geçerlilik çalışmasında, anoreksik hastalar için .79 alfa değeri, anoreksik hastalar ve kontrol grubu için toplam alfa değeri .94'dur. Ölçeğin geçerlik çalışmasında iki grup anoreksik hasta ve iki kontrol grubu kullanılmıştır ve katılımcıların toplam EAT-40 puanları ile ait oldukları gruplar arasında anlamlı ve yüksek bir korelasyon bulunmuştur,  $r=.87$ ,  $p<.001$ (Garner ve Garfinkel, 1979). EAT-40'ın bulimikleri normal gruptan ayırt ettiği ama bulimikleri kendi içinde ayırtmadığı belirtilmiştir (Gross ve ark., 1986).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

EAT-40'ın Türkçe'ye ilk çevirisi 1985 yılında Doğan tarafından yapılırken, Savaşır ve Erol (1989) ikinci kez çevirisini yapmıştır. 44 üniversite öğrencisine bir ay ara ile yapılan uygulamada test tekrar güvenilirliği .65 düzeyinde bulunmuştur. Kuder Richardson güvenilirliği .70 alfa değerinde bulunmuştur. Yapı geçerliliğinde 4 faktör elde edilmiştir. Şişmanlama kaygısı, diyet yapma, sosyal baskı ve zayıf olmaya aşırı önem verme faktörleri bulunmuştur. Ölçeğin 40 maddesinin 23'ünün hiç bir faktörle ilişki göstermediği bulunmuştur.

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

### 3.2.2. Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ)

EBBÖ iki bölümden oluşmaktadır. Hazan ve Shaver (1987) tarafından geliştirilen ilk bölüm her biri erişkinleri güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır.

Ölçeğin Mikulincer ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilen ikinci bölümü katılımcıdan her birini 1-7 arasında puanlanması istenen 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir bağlanma biçemi 5 madde ile temsil edilmektedir ve en yüksek puan hangisin-

den alındıysa ölçeği dolduran bireyin bağlanma biçimini belirlemektedir. Ölçeğin İngilizce özgün formu bir uzman çocuk psikiyatristinin başkanlık ettiği (Dr. O.S.) İngilizce tıp eğitimi gören öğrenciler ve bir psikolog tarafından Türkçe'ye çevrildi. Daha sonra geri-çeviri yapıldı ve son Türkçe metin başka bir psikiyatrist tarafından denetlendi. Ölçeğin ikinci bölümünün iç tutarlılığı kaçınan ve kaygılı/ikircikli bağlanma için kabul edilebilir bulunurken (Cronbach  $\alpha$ , sırasıyla= 0.61 ve 0.66) yazında daha önce vurgulanan bir sınırlılık olarak (Garbarino, 1998), güvenli bağlanma biçimi için zayıf bulundu (Cronbach  $\alpha$ = 0.42) (Sabuncuoğlu ve ark., 2006). Kesebir ve Kökçü (2012), ölçeğin ikinci bölümünün kategorik olarak işaretlendiğinde ilk bölümle olan tutarlılığı %55 olduğunu bildirmişlerdir. Ancak Kaçınan-Kaygılı ve İkircikli Bağlanma “Güvensiz Bağlanma” olarak birlikte alındığında birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlılık %82 artmaktadır. Bununla birlikte yapılacak değerlendirmelerde özellikle karşılaştırmalarda puan ortalamalarının kullanımının daha uygun olacağı düşünülmektedir (Bkz.Ek 2).

### 3.2.3. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Özgün adı “Family Assessment Device” (FAD) olan Aile Değerlendirme ölçeği, Amerika Birleşik Devletleri’nde Brown Üniversitesi ve Buttlar Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş ve ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirip getirmediğini ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmıştır. Epstein, Baldwin ve Bishop tarafından 1983 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Ölçek, Türkiye’de Bulut (1990), tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak dilimize kazandırılmıştır.

Ölçek, Problem Çözme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü, Genel İşlevler olmak üzere 7 alt ölçek ve 60 madde



içermekte ve aile üyelerinin kendi aileleriyle ilgili algılarını değerlendirmektedir. Her madde aile yaşamına ilişkin olumlu ve olumsuz ifadelerin yer aldığı bir cümleden meydana gelmiştir ve her biri yedi alt ölçekten bir tanesine aittir. Maddelerin bazıları, sağlıklı işlevleri bazıları da sağlıklı işlevleri tanımlamaktadır. ADÖ’de bu yedi alt ölçeğin yanı sıra ayrıca toplam puan üzerinden bir değerlendirme yapılmaktadır. On iki yaş üzerindeki tüm aile bireyelerine uygulanabilen bu ölçekte puanlar 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişmektedir. 2.00’nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidiş olduğunu göstermektedir. Özgün formuyla yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .78 olarak bulunmuştur. ADÖ ’nün alt testleri için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise Problem Çözme için .74; İletişim için .75; Roller için .72; Duygusal Tepki Verebilme için .83; Gereken İlgiyi Gösterme için .78; Davranış Kontrolü için .72; Genel İşlevler için ise .92 olarak bildirilmektedir (Epstein ve ark., 1983).

McMaster Aile İşlevleri Modeline göre 53 olan soru sayısı, üç alt boyutun (iletişim, problem çözme ve roller) geçerliliğini artırmak amacıyla boyutlar arası korelasyonu etkilemeyecek biçimde 60 soruya çıkarılmıştır (Bkz. Ek 3).

### 3.2.3.1. Ölçeğin Puanlanması ve Değerlendirilmesi

Ölçeği oluşturan maddelerde iki tür ifade bulunmaktadır. Bunlar sağlıklılık ve sağlıksızlık gösteren ifadelerdir. Bazı maddelerde “Aynen Katılıyorum” seçeneği sağlıklı aile işlevini gösterdiği halde, diğerlerinde “Hiç Katılmıyorum” seçeneği sağlıksızlık göstergesi olmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde hesaplamada kolaylık sağlamak amacıyla sağlıksızlık gösteren maddelere verilen puanlar 5’den çıkarılarak her maddede “Aynen Katılıyorum” seçeneğinin en sağlıklı aile işlevini, “Hiç Katılmıyorum” seçeneğinin ise en sağlıksız aile işlevini göstermesi sağlanmaktadır.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tüm maddelerde 1 puan sağlıklı cevabı, 4 puan ise sağlıklısız cevabı simgelemektedir. Bu şekilde elde edilen puanlar her alt boyut için toplanılarak ortalaması alınır. Her bir boyutta o boyutun içerdiği maddelerin %40'ından fazlası cevapsız bırakılmışsa ortalama puan hesaplanmaz ve o kişi fire olarak kabul edilir. Her kişi için 7 alt ölçek puanı elde edilir. Aile puanları ise bir ailedeki 12 yaşın üzerinde bulunan ve ölçeği cevaplayan aile üyelerinin her alt ölçekten aldıkları puanların ortalaması alınarak bulunur. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişir. 2.00'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesidir. 2.00 ayırt edici bir sayı olarak kabul edilmiştir (Bulut, 1990).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Işıl Bulut tarafından yapılmıştır (Bulut, 1990). Ölçeğin İngilizce orijinali üç yabancı dil uzmanı tarafından birbirinden bağımsız olarak dilimize çevrilmiştir. Daha sonra aile terapisi konusunda uzmanlaşmış bir öğretim üyesinin önerileri doğrultusunda, her bir madde için o maddeyi en iyi açıklayan çeviri benimsenmiştir. Daha sonra Türkçe'ye çevrilmiş olan bu form Amerika'da uzun yıllar kalmış bir psikolog tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiş ve ifadeler daha düzgün ve anlaşılır hale getirilmiştir.

Ölçeğin yapı geçerliğinde (Construct Validity) ADÖ boşanma sürecinde olan 25 kadın veya erkeğe, 25'de normal evlilik sürdüren çiftlerden birine uygulanmıştır. Her iki grupta elde edilen puan ortalamaları arasındaki fark tüm alt boyutlar için ayrı ayrı t-testi ile test edilmiştir.

Ölçeğin uyum geçerliliğini (Concurrent Validity) incelemek amacıyla ADÖ ölçeği, halen evli bulunan 25 kişiye 10 sorudan oluşan Evlilik Yaşam Ölçeği, kişinin evlilikteki doyumunu ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçek olduğundan, ADÖ'nin sadece "Genel İşlevler" alt ölçeği ile karşılaştırılmıştır. Deneklerin her iki ölçekten

aldığı puanlar üzerinden hesaplanan Pearson Momentler Çarpımı korelasyon kat sayısı 0.66'dır. Bu değer  $p < 0.001$  düzeyinde anlamlıdır.

### 3.2.4. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D), Hamilton (1960) tarafından geliştirilmiş ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Orijinal ölçek 21 madde içermesine karşın, Hamilton ilk 17 maddenin kullanılmasını önermiştir. Geriye kalan 4 madde ya seyrek (depersonalizasyon) olarak görülür ya da şiddet yerine hastalığın boyutunu (günlük değişimler) tanımlar.

HAM-D ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir. Hamilton bazı semptomları ölçmenin ise oldukça zor olduğunu düşünür 0-2 arasında derecelendirmiştir. En yüksek 53 puan alınır (Bkz. Ek 4).

HAM-D psikiyatrik hastalıklar konusunda deneyimi olan hekim, psikolog, sosyal çalışmacılar tarafından kolaylıkla uygulanabilir. Klinik araştırmalarda test kullanımı konusunda eğitim almış klinisyen olmayan kişiler tarafından da uygulanabilir. Uygulanması ortalama 15 dakika sürer. İlk yayınlandığında herhangi bir rehber içermeyen ölçek, daha sonra her maddeyi ölçmek için önerilerle birlikte yayınlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması HAM-D adıyla Akdemir ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır.

Kesme noktaları  $23 <$ ; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve  $7 \geq$  normal olarak saptanmıştır (Akdemir ve ark., 1996). HAM-D iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0.75, güvenilirlik katsayısı ise 0.76 olarak

bulunmuştur. HAM-D Research Diagnostic Criteria veya DSMIII'ten önce geliştirildiği için bu tanısal sınıflamalarda depresyonun kriterleri arasında bulunanan hedoni gibi bazı semptomları kapsamamaktadır. Ölçek somatik semptom belirti ve bulgulara (yorgunluk ve iştah azalması vb.) daha fazla ağırlık vermektedir ve iştah artışı, aşırı uyku gibi norovejetatif semptomları içermemektedir. Ayrıca, kriterler arasında olmayan anksiyete ile ilgili bazı maddeleri içerdigi için depresif semptomları ölçme anlamında spesifisitesi azalmaktadır.

### 3.2.5. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ)

Hamilton (1959), tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. HADÖ'de anksiyetenin bedensel ve psişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 madde bulunmaktadır. Değerlendirme, belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Yazıcı ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır. HADÖ'de psişik yakınmalar 1,2,3,5,6. Maddelerde, somatik yakınmalar ise 4,7,8,9,10,11,12,13 ve 14. Maddelerde sorgulanmaktadır. 0-5 puan arası anksiyete olmadığını, 6-14 arası minör anksiyeteyi tanımlar (Bkz. Ek 5).

### 3.2.6. Demografik Soru Formu

Demografik Soru Formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda kişinin demografik bilgilerini elde edebilmek için doğum yılı, anne-baba durumu, anne-babanın eğitim durumu ailenin aylık gelir durumu, kardeş sayısı gibi sorular bulunmaktadır. Ayrıca kişilerin beslenme ve diyet alışkanlıklarını anlayabilmek için, günlük öğünlerin nerede ve nasıl tüketildiği, fast-food ve abur cubur yeme alışkanlıkları, ailede diyet yapan birinin varlığı, arkadaşlarla ve grup halinde diyet yapılıp yapılmadığı konularında

sorulara da yer verilmiştir. Bunun dışında kişilerin sosyal ilişkilerini ve aktivitelerini anlayabilmek için de arkadaş ilişkilerini nasıl değerlendirdikleri, arkadaşlarıyla birlikte yaptıkları aktiviteleri inceleyen sorular da bulunmaktadır (Bkz.Ek 6).

### 3.3. Uygulama

Araştırmanın uygulamalarında Hasta Grubu için İstanbul Alman Hastanesi Psikiyatri Servisi Yeme Bozukluğu Birimine ve İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Bolumu Yeme Bozukluğu Birimine başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre yeme bozukluğu tanısını karşılayan 15-25 yaş arası genç kadınlar ve kadınlar çalışmaya alınmıştır. Denek Grubu içinse aynı hastanenin herhangi bir polklineğine başvurmuş ve ruhsal bozukluk tanısı almamış 15-25 yaş arası genç kadın ve kadınlar seçilmiştir. Katılımcılara, uygulamadan önce çalışmanın amacını anlatan genel bir bilgilendirme yapılmıştır. Katılımcılardan çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğine dair onay alınmıştır. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HADÖ) ve Yeme Tutumu Testi 40 (YTT-40) uygulanmıştır. Katılımcılarla ölçeklerin uygulanmasından önce güven ilişkisini kurabilmek ve işbirliği düzeylerini arttırabilmek amacıyla öngörüşme yapılmış ve hastalık ve tedavi öyküleri alınmıştır. Katılımcıların onayları alındıktan sonra ise uygulamalara geçilmiştir. Her bir görüşme, yaklaşık olarak 90 ila 120 dakika arasında sürmüştür.

### 3.4. İstatistiksel Analiz

Bu araştırmada, Anoreksisya Nervoza hastaları ile kontrol grubunun karşılaştırılmasında, niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ( $\chi^2$ ) Testi,

niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi ve Student's T Test kullanılmıştır. Anoreksiya Nervosa hastaları ile herhangi bir ruhsal hastalık bozukluğu tanısı almamış denekler arasında yeme tutumları, bağlanma biçemleri, aile işlevleri, depresyon ve anksiyete puanları açısından karşılaştırılmak için Mann Whitney U Testi ve Student's T Testleri kullanılmıştır. Ayrıca Anoreksiya Nervosa hastaları ile kontrol grubu denekleri, depresyonun düzeyi ve anksiyetenin türü, kendine zarar verme davranışı, intihar davranışı, diyet yapma özellikleri, fast-food, aburcubur, enerji içeceği tüketme, beslenme, arkadaş ilişkileri ve aile özellikleri açısından karşılaştırılırken Ki-kare ( $\chi^2$ ) Testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizde SPSS For Windows 10.0 İstatistik Paket Programı kullanılmıştır.  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

### 3.5. Araştırmanın Soruları ve Hipotezleri

Ülkemizde yeme bozukluklarının doğasını araştıran çalışmalar giderek artmaktadır. Bu araştırmanın bu konuda geliştirdiği sorular ve hipotezler şöyledir:

1- Anoreksiya Nervosa hastaları hangi bağlanma paternini sıklıkla göstermektedir(Güvenli, Kaçınan, Kaygılı-İkircikli)? Anorektikler, sıklıkla gösterdikleri bağlanma paterni açısından herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan kontrol grubu deneklerinden farklılaşmakta mıdır?

Beklenti, Anorektik hastaların güvenli bağlanma dışındaki bağlanma paternlerini daha çok gösterdikleri üzerinedir. Kaygılı- İkircikli ve Kaçınan bağlanma paternleri açısından herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan kontrol grubu deneklerine göre de anlamlı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da Erişkin Bağlanma Biçemi ölçeğinde anoreksik hastaların, ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubu deneklerinden anlamlı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

2- Anoreksiya Nervoza hastalarının aile algısı ve değerlendirmesi sağlıklı aile işlevleri açısından ne durumdadır?

Sağlıklı işlev görebilen aile algısının anoreksik hastalarda kontrol grubu deneklerine göre anlamlı düzeyde az çıkacağı düşünölmektedir. Bu da ADÖ (Aile Değerlendirme Ölçeğinde) alınacak puanların denek ve kontrol grubu arasında anlamlı düzeyde farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

3- Anoreksiya Nervoza hastalarının depresyon ve anksiyete belirtileri gösterme oranı nedir? Bu oran herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan kontrol grubu deneklerine göre farklılık arz etmekte midir?

Beklenti anoreksik hastaların Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinde herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubu deneklerine göre anlamlı düzeyde farklı sonuçları olacağı üzerinedir.

4- Anoreksiya Nervoza hastalarının intihar düşüncesi, planı ve davranışı gösterme eğilimi ne düzeydedir? Bu eğilim herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılık arz etmekte midir?

Beklenti anoreksik hastaların intihar düşüncesi, planı ve davranışı gösterme eğilimlerinin kontrol grubu deneklerinden anlamlı düzeyde farklı olacağı yönündedir.

5- Anoreksiya Nervoza hastalarının kendine zarar verme davranışı gösterme eğilimi ne düzeydedir? Bu eğilim herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılık arz etmekte midir?

6- Anoreksiya Nervoza hastalarının ve anne-babalarının eğitim, ekonomik özellikleri gibi sosyo-kültürel düzeyleri nedir? Bu düzeyler herhangi bir ruhsal

bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı bir farklılık arz etmekte midir?

Beklenti, geçmiş dönemki araştırmalarda batılı, orta-üst sosyo-kültürel seviyedeki popülasyonlarda görülen bu rahatsızlığın günümüzde toplumun tüm tabakalarında rastlanan bir niteliğe büründüğü şeklindedir. Bu açıdan Hasta ve Kontrol Grupları arasında sosyo-kültürel açıdan farklılık beklenmemektedir.

7- Anoreksiya Nervoza hastalarının günlük yemek öğünlerini ailece yeme eğilimleri nasıldır? Bu eğilim herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık arz etmekte midir?

Beklenti bu konuda literatürde anoreksik hastaların ailecek yenen yemeklerden kaçındıkları yönündedir. Ancak yeme bozukluklarının toplum her tabakasını etkilediği göz önüne alınırsa, hipotezin iki şekilde de çıkması söz konusu olabilir.

8- Anoreksiya Nervoza hastalarının diyet yapma, ailede diyet yapan biri olma, arkadaşlarla grup halinde diyet yapma konularında eğilimleri nasıldır? Bu eğilim herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık arz etmekte midir?

Beklenti bu konuda anoreksik grubun kontrol grubu deneklerine göre bu eğilimleri daha fazlagösterme yönünde farklılaşmasıdır.

9- Anoreksiya Nervoza hastalarının günlük arkadaş ilişkilerini nasıl değerlendirdikleri konusunda kanaatleri nasıldır? Bu konuda herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla Anorektik hastalar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık arz etmekte midir?



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Beklenti, anoreksik grubun bağlanma paternlerindeki bozukluk sebebiyle olumsuz yönde Kontrol Grubu deneklerinden farklılık göstermesidir.

10- Anoreksiya Nervoza hastalarının abur-cubur, fast-food yeme eğilimleri nasıldır? Bu eğilim herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık arz etmekte midir?

Beklenti, kısıtlayıcı beslenme rejimini uygulayan anoreksik hastaların Kontrol Grubu deneklerinden anlamlı şekilde farklılaşmasıdır.

11- Anoreksiya Nervoza hastalarının yoğun aktivite gerektiren uğraşlarla ilgili ve bunlar için destekleyici enerji içeceği alma eğilimleri nasıldır? Bu eğilim herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık arz etmekte midir?

Beklenti bu konuda daha fazla kullanım ve ilgi yönünde anoreksik grubun Kontrol Grubundan anlamlı şekilde farklılaşmasıdır.

12- Anoreksiya Nervoza hastalarının anne-babalarının durumları, ailelerinde kronik bir rahatsızlığı olan bir birey olup olmaması, sahip olunan kardeş sayısı gibi konulardane gibi özellikleri vardır? Bu özellikler, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde bir farklılık arz etmekte midir?

Beklenti bu özelliklerin bağlanma süreçlerine olumsuz etki etme olasılığı yüksek olduğu için anoreksik grubun kontrol grubuna göre olumsuz yönde farklılaşacağı yönündedir.

### 3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada Anoreksiya Nervoza hastalarına ulaşmak ve ölçekleri uygulamak konusunda sıkıntı yaşanmıştır. Öngörülen çalışma süresinde Hasta Grubu ve Kontrol Grubu için 30'ar deneğe ulaşılacak amaçlanmış ancak Kontrol Grubunda 30 denek çalışmaya katılırken Hasta Grubunda 20 denek çalışmaya dahil olabilmıştır. Bunun sebebi, anoreksik hastaların gösterdikleri semptomları bütüncül olarak değil parça parça değerlendirerek tıbbi yardım aramalarıdır. Bu durum, onların farklı disiplinlerde belli semptomların tedavisiyle ilgilenmelerine sebep olduğundan psikiyatri kliniklerine ulaşmaları zaman almaktadır. Ayrıca Anoreksiya Nervozanın psikiyatrik bir bozukluk olduğu bilincinde olanların da tedavi programlarına dahil olmakta ve programın içinde işbirliği göstermekte yaşadıkları direnç, kliniğe ulaşmalarına ya da tekrar tedavi arayışlarına engel olmaktadır.

Bu sebeplerden ötürü araştırmada anoreksik hastalara ulaşmak konusunda ciddi sıkıntı yaşanmıştır. Hasta ve Kontrol gruplarında istatistiki olarak değerlendirme yapılacak düzeye ulaşılabilmesi, araştırmanın süresi de hesaba katılarak düzenlenmiş ve bazı değerlendirmelerde grup sayıları açısından yeterlilik sağlanabilmesi için birleştirmeler yapılmak zorunda kalınmıştır. İstatistiki açıdan dar gruplu karşılaştırmalarda niceliksel farklılıkların daha fazla ortaya çıkacağı düşünöldüğünden sonuçların kesinliği bu sebeple etkilenmiş olma ihtimalini taşımaktadır.

### 4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümü, 15-25 yaş arasındaki Anoreksiya Nervosa hastalığı olan ve herhangi bir ruhsal rahatsızlığı tespit edilmemiş olan hasta ve kontrol grubu deneklerinin; Yeme Tutumu Testi-40 (YTT-40), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği, Hamilton Anksiyete Ölçeği ve intihar ve kendine zarar verme ile ilgili yaklaşımlarını araştıran Demografik Soru Formuna verdikleri yanıtlar sonucu ortaya çıkan verilerin istatistiksel analizlerini ve bu analizler sonucu ortaya çıkan sonuçları içermektedir.

Araştırma bulgularının sunumu, AN hastalarının kontrol grubuyla bağlanma stilleri ve puanları açısından karşılaştırılması ile başlamakta (Bkz. Tablo I) ve aile değerlendirme ölçeğindeki özelliklerin karşılaştırılmasıyla devam etmektedir. Daha sonra ise AN hastaları, depresyon ve anksiyetenin görülmesi ve alt özellikleri, kendine zarar verme ve intihar ile ilgili değişkenler açısından kontrol grubuyla karşılaştırılmasını gösteren tablolar gelmektedir. Son olarak da hasta ve kontrol grubunun, sosyo-demografik ve yeme tutumlarına dair özellikler (eğitim, kronik hastalık, diyet, aktivite, fast-food-aburcubur yeme, anne-baba durumu vs.) açısından karşılaştırılmasını gösteren tabloların sunulmasıyla bulgular bölümü son bulacaktır.

Araştırmada, hasta grubunda 20 AN hastası kadın ve kontrol grubunda ise 30 ruhsal hastalık tanı almamış kadın olmak üzere toplam 50 denek kullanılmıştır. Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeğinin ilk bölümünde, çocukluk çağı ilişkilerine bakılmaktadır. Anne-baba ile kurulan yakın ilişkilerin ve genel davranış özelliklerinin bağlanma stilleri üzerinden nasıl tanımlandığının sorulduğu seçenek bölümüne A=Güvenli Bağlanma, B=Kaygılı-Kaçınan Bağlanma, C=İkircikli Bağlanma yanıtları verilmiştir. Ölçeğin ikinci bölümde ise yetişkinlik çağı bağlanma biçemlerini tanımlayan sorulara verilen

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

cevaplar, en yüksek puana göre bağlanma biçimini belirlemiştir. Bu açıdan ölçeğin Hasta Grubunda çocukluk ve yetişkinlik çağı bağlanma biçimlerinin karşılaştırılması sağlanmıştır. Buna göre Hasta Grubunda Güvenli bağlananların oranı, çocukluk çağında %45, yetişkinlik çağında %40'tır. Kaçınan bağlananların oranı ise çocukluk çağında %35, yetişkinlik çağında %40'tır. Kaygılı-İkircikli bağlananların oranı da çocukluk çağında %20, yetişkinlik çağında %20 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre Hasta Grubu denekleri, çocukluk ve yetişkinlik çağı bağlanma stilleri açısından farklılaşmamaktadır ( $p < .05$ ).

**Tablo I.** Hasta grubu bağlanma biçimlerinin çocukluk ve yetişkinlik çağına göre ki-kare testi sonuçları

Hasta Grubu Bağlanma Biçimleri	Çocukluk		Yetişkinlik		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
A-Güvenli Bağlanma	9	45	8	40	6,042	,196
B-Kaçınan Bağlanma	7	35	8	40		
C-Kaygılı-İkir Bağlanma	4	20	4	20		
Toplam	20	100	20	100		

Tablo II'de ise Kontrol Grubu deneklerinin ölçeğin çocukluk ve yetişkinlik çağı bölümlerine verdikleri cevaplara göre belirlenen bağlanma biçimleri karşılaştırılmıştır. Buna göre Kontrol Grubunda Güvenli bağlananların oranı, çocukluk çağında %70, yetişkinlik çağında %63.3'tür. Kaçınan bağlananların oranı ise çocukluk çağında %6,7, yetişkinlik çağında %16,7'dir. Kaygılı-İkircikli bağlananların oranı da çocukluk çağında %23,3, yetişkinlik çağında %20 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre Kontrol Grubu denekleri, çocukluk ve yetişkinlik çağı bağlanma stilleri açısından farklılaşmamaktadır ( $p > .05$ ).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

**Tablo II.** Kontrol grubu bağlanma biçimlerinin çocukluk ve yetişkinlik çağına göre ki-kare testi sonuçları

Kontrol Grubu Bağlanma Biçimleri	Çocukluk		Yetişkinlik		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
A-Güvenli Bağlanma	21	70	19	63,3	1,49	,481
B-Kaçıngan Bağlanma	2	6,7	5	16,7		
C-Kaygı-İkir Bağlanma	7	23,3	6	20		
Toplam	30	100	30	100		

Tablo III'te Hasta ve Kontrol Grubu deneklerinin ölçeğin çocukluk çağındaki bağlanma biçimleri açısından değerlendirilmesi görülmektedir. Buna göre çocukluk çağında Hasta Grubunun Güvenli bağlanma oranı (sıra içerisinde) % 30, Kontrol Grubunun ise % 70'tir. Hasta Grubunun Kaçıngan bağlanma oranı % 77,8 iken Kontrol Grubunun % 22,2'dir. Hasta Grubunun Kaygılı-İkircikli bağlanma oranı ise % 36,4 ve Kontrol Grubunun ise % 63,6'dır. Sonuç olarak Hasta ve Kontrol Grupları çocuklukta bağlanma biçimleri açısından anlamlı derecede farklılaşmaktadır ( $p < .05$ ).

**Tablo III.** Çocukluk dönemi bağlanma biçimlerinin hasta ve kontrol gruplarına göre ki-kare testi sonuçları

Bağlanma Biçimleri	Hasta Grubu Çocukluk		Kontrol Grubu Çocukluk		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
A-Güvenli Bağlanma	9	30	21	70	30	100	6,662	,036
B-Kaçıngan Bağlanma	7	77,8	2	22,2	9	100		
C-Kaygı-İkir Bağlanma	4	36,4	7	63,6	11	100		
Toplam	20	40	30	60	50	100		

Tablo IV'te ise Hasta ve Kontrol Grubu deneklerinin ölçeğin yetişkinlik çağındaki bağlanma biçimleri açısından değerlendirilmesi görülmektedir. Buna göre

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

yetişkinlik çağında Hasta Grubunun Güvenli bağlanma oranı (sattır içerisinde) % 29,6, Kontrol Grubunun ise % 70,4'tür. Hasta Grubunun Kaçingın bağlanma oranı % 61,5 iken Kontrol Grubunun % 38,5'tir. Hasta Grubunun Kaygılı-İkircikli bağlanma oranı ise % 40 ve Kontrol Grubunun ise % 60'tır. Sonuç olarak Hasta ve Kontrol Grupları yetişkinlikteki bağlanma biçimleri açısından anlamlı derecede farklılaşmamaktadır (p>.05).

**Tablo IV.** Yetişkinlik dönemi bağlanma biçimlerinin hasta ve kontrol gruplarına göre ki-kare testi sonuçları

Bağlanma Biçimleri	Hasta Grubu Yetişkinlik		Kontrol Grubu Yetişkinlik		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
A-Güvenli Bağlanma	8	29,6	19	70,4	27	100	3,723	,155
B-Kaçingın Bağlanma	8	61,5	5	38,5	13	100		
C-Kaygılı-İkir Bağlanma	4	40	6	60	10	100		
Toplam	20	40	30	60	50	100		

Tablo V'te Hasta ve Kontrol Grupları Aile Değerlendirme Ölçeğindeki aile işlevselliğini gösteren alt kategoriler açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Problem Çözme dışında, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi Gösterme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler alt kategorilerinde alınan puan ortalamaları açısından Problem Çözme kategorisi dışındaki tüm kategorilerde Hasta Grubu ve Kontrol Grubu açısından anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir (İletişim: p>.05; Roller: p>.05; Duygusal Tepki Verebilme: p>.05; Gereken İlgiyi Gösterme: p>.05; Davranış Kontrolü: p>.05; Genel İşlevler: p>.05). Hasta Grubu ve Kontrol Grubu arasında Problem Çözme kategorisi açısından yapılan karşılaştırmaya göre, ruhsal bozukluk tanısı almamış Kontrol Grubu denekleri, AN hastası deneklerden

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Problem Çözme puanları açısından anlamlı derecede fazla puan almıştır(Problem Çözme:,  $p<.05$ ).

**Tablo V.** Aile değerlendirme ölçeği alt kategorilerinin hasta ve kontrol grubu açısından karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
PROBLEM	2,06	,61	2,39	,56	-2,014	,050
İLETİŞİM	2,07	,52	2,22	,62	-,901	,372
ROLLER	2,19	,43	2,27	,33	-,800	,428
DUYGU	2,07	,65	2,21	,64	-,753	,455
İLGİ	2,39	,49	2,21	,31	1,561	,125
DAVRAN	2,33	,38	2,20	,33	1,279	,207
GENEL	2,04	,62	2,03	,66	,045	,965

Tablo VI'da görüldüğü üzere, Hasta ve Kontrol Grupları, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Ölçeklerinden aldıkları toplam puanların ortalamaları üzerinden karşılaştırılmıştır. Buna göre, AN hastası deneklerin, Depresyon puanları ortalaması 19,10 iken Kontrol Grubu deneklerinin ortalaması 6,63'tür. Ayrıca AN hastası deneklerin Anksiyete puanlarının ortalaması 19,70 iken Kontrol Grubu deneklerinin ortalaması 6,73'tür. Görüldüğü gibi Hasta Grubu deneklerinin Depresyon ( $p<.05$ ) ve Anksiyete Ölçeklerinden aldığı puanların ortalamaları, istatistiki olarak anlamlı düzeyde Kontrol Grubu deneklerinin puanlarının ortalamalarından daha fazla bulunmuştur ( $p<.05$ ).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

**Tablo VI.** Depresyon ve anksiyete ölçeklerinin toplam puan ortalamalarının hasta ve kontrol grubu açısından karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
H-Dep. Top.	19,10	11,92	6,63	3,70	5,378	,000***
H-Ank.Top.	19,70	11,52	6,73	5,09	5,440	,000***

Tablo VII’de görüldüğü gibi Hasta Grubu denekleri ve Kontrol Grubu denekleri Anksiyete Ölçeğinden aldıkları puanlara göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmanın istatistiki olarak anlamlılık sağlayabilmesi için uygun olan ayırım Hafif ve Orta-Ağır Anksiyete düzeyi olarak yapılmıştır. Buna göre Hasta Grubu deneklerinin %40’ında hafif düzeyde anksiyete bulunmuşken, %60’ında orta-ağır düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Kontrol Grubu deneklerinde ise hafif düzeyde anksiyete tespit edilenlerin oranı %93,3 iken, orta-ağır anksiyete gösterenlerin oranı %6,7’dir. Bu açıdan Hasta Grubu deneklerinde istatistiki olarak Kontrol Grubu deneklerine göre anlamlı düzeyde daha fazla anksiyete olduğu tespit edilmiştir ( $p<.05$ ).

**Tablo VII.** Hamilton anksiyete ölçeğinden alınan puanlara hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Anksiyete</b>						
Hafif	8	40,0	28	93,3		
Orta- Ağır	12	60,0	2	6,7	16,93	0,000***



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tablo VIII’de görüldüğü gibi Hasta ve Kontrol Grupları Hamilton Anksiyete Ölçeğinin alt kategorileri olan Psişik ve Somatik Anksiyete kategorilerinden aldıkları puan ortalamalarına göre de karşılaştırılmıştır. Hasta Grubu deneklerinin psişik anksiyete ortalaması 7,90 iken Kontrol Grubunun 2,96 olmuştur. Ayrıca Hasta Grubu deneklerinin somatik anksiyete ortalaması 11,80 iken Kontrol Grubunun 3,30 olmuştur. Buna göre AN hastası denekler, hem Psişik ( $p<05$ ) hem de Somatik Anksiyete puanları açısından ruh bozukluk tanısı almamış Kontrol Grubu deneklerine göre anlamlı derecede daha fazla puan almışlardır ( $p<.05$ ).

**Tablo VIII.** Psişik ve somatik anksiyete puanlarına göre hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		t	p
	ORT	SS	ORT	SS		
PSIŞİK	7,90	4,58	3,48	2,96	4,109	,000
SOMATİK	11,80	7,63	3,30	2,61	5,646	,000

Tablo IX’da görüldüğü gibi Hasta ve Kontrol Grupları Hamilton Depresyon Ölçeğinden aldıkları puanlara göre karşılaştırılmıştır. Değerlendirmede ölçeğin ayırım kategorileri olan “yok, hafif, orta ve ağır” şeklinde istatistikteki olarak bir anlamlılık elde edilememiştir. Bu sebeple ayırım, depresyonun yokluğu ve varlığı üzerine yapılmıştır. Bu şekilde incelendiğinde Hasta Grubu deneklerinde depresyonu olanların oranı %85 iken Kontrol Grubunda bu oran % 40 olarak bulunmuştur. Bu açıdan, Hasta Grubunda depresyonun görülme oranı Kontrol Grubuna göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazladır ( $p<.05$ ).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

**Tablo IX.** Hamilton depresyon ölçeğinden alınan puanlara hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Depresyon</b>						
Yok	3	15,0	18	60,0		
Hafif	7	35,0	12	40,0		
Orta	4	20,0				
Ağır	6	30,0				-
<b>Depreyon (Var-Yok)</b>						
Yok	3	15,0	18	60,0		
Var	17	85,0	12	40,0	9,97	0,002**

Tablo X’da Hasta ve Kontrol Grupları kendine fiziksel zarar vermeleri açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubunda kendine fiziksel zarar veren deneklerin oranı %40 iken, kendine zarar vermeyenlerin oranı % 60 olmuştur. Kontrol Grubunda ise kendine zarar verenlerin oranı %23,3 iken bu soruya hayır diyenlerin oranı % 67, 7’dir.Hasta ve Kontrol Grupları arasında kendine fiziksel zarar verme açısından anlamlı derecede bir farklılaşma tespit edilememiştir (  $p>.05$ ).

**Tablo X.** Fiziksel zarar verme açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Kendinize fiziksel zarar verdiniz mi?</b>						
Evet	8	40,0	7	23,3		
Hayır	12	60,0	23	76,7	1,58	0,208

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tablo XI’de görüldüğü gibi Hasta ve Kontrol Grubunda kendine fiziksel olarak zarar veren denekler, bu eylemi ne sıklıkta gerçekleştirdikleri konusunda karşılaştırılmıştır. Buna göre “ayda bir kez”, “ayda dört beş kez” ve “haftada en az bir kez” düzeyindeki sıklık oranı karşılaştırılmalarında Hasta ve Kontrol Grubu denekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XI.** Kendine fiziksel olarak zarar verme sıklığı açısından hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Ne sıklıkta kendinize zarar verirsiniz?</b>						
Ayda bir iki kez	3	42,9	1	14,3		
Ayda dört beş kez	2	28,6	2	28,6		
Haftada en az bir kez	2	28,6	4	57,1	1,66	0,435

Tablo XII’de ise Hasta ve Kontrol Grupları intihar düşünceleri geliştirmeleri üzerinden karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubunda hayatına son vermeyi isteyecek kadar kendini kötü hissettiğini bildiren deneklerin oranı % 20 iken, bu soruya hayır diyenlerin oranı %80dir. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 23,3’ü hayatına son vermeyi isteyecek kadar kötü hissettiğini bildirirken, deneklerin % 67,7’si intiharı hiç düşünmediğini bildirmiştir. Hayatında bir kez olsun intiharı isteme düşüncesi açısından Hasta ve Kontrol Grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

**Tablo XII.** İntihar düşüncesi açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>İntiharı isteyecek kadar kendinizi kötü hissettiğiniz oldu mu?</b>						
Evet	4	20,0	7	23,3		
Hayır	16	80,0	23	76,7		-

Tablo XIII'te ise Hasta ve Kontrol Grupları intiharı planlama açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubunda deneklerin % 15'i intihar etmeyi planlamış olduğunu bildirirken deneklerin % 85'i intiharı hiç planlamadığını bildirmiştir. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 10'u intihar etmeyi planlamış olduğunu bildirirken deneklerin % 85'i intiharı hiç planlamadığını bildirmiştir. İntihar etmeyi planlama açısından Hasta ve Kontrol Grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XIII.** İntiharı Planlama Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Hiç intihar etmeyi planladınız mı?</b>						
Evet	3	15,0	3	10,0		
Hayır	17	85,0	27	90,0		0,672

Tablo XIV'te görüldüğü gibi Hasta ve Kontrol Grupları intihar girişiminde bulunma durumları açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubunda deneklerin

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

%15'i daha once intihar girişiminde bulunduğunu bildirirken deneklerin % 85'i daha once intihar girişiminde bulunmadığını bildirmiştir. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 10'u intihar girişiminde bulunduğunu bildirmişken deneklerin %90'ı daha once intihar girişiminde bulunmadığını bildirmiştir. Buna göre Hasta ve Kontrol Grupları arasında intihar girişiminde bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XIV.** İntihar girişiminde bulunma açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Hiç intihar gir.de buldunuz mu?</b>						
Evet	3	15,0	3	10,0		
Hayır	17	85,0	27	90,0		0,672

Tablo XV'te ise Hasta ve Kontrol Grubu denekleri, Yeme Tutum Testi-40(YTT-40)'tan aldıkları puanlar açısından karşılaştırılmıştır. YTT-40'ın kesme puanı 30 puandır. YTT-40, tanı amaçlı kullanılan bir testtir. Buna göre, YTT-40'tan 30 ve üstü puan alan deneklerin yeme tutumlarında bozukluk olduğu kanıtlanmış olacaktır. Yapılan istatistiki değerlendirmeye göre Hasta Grubunda deneklerin % 50'si yeme tutumlarında bozukluk gösterirken % 50'si de göstermemektedir. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 13'ü yeme tutumlarında bozukluk gösterirken %87'si göstermemektedir. Buna göre, Hasta Grubu deneklerinde yeme tutumlarında bozukluk gösterme oranı Kontrol Grubu deneklerine göre anlamlı olarak fazladır ( $p<.05$ ).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Ayrıca Tablo XV.'te Hasta ve Kontrol Grubu deneklerinin YTT-40'tan aldıkları puanların ortalamaları da karşılaştırılmıştır. Hasta Grubunun YTT-40'tan aldıkları puanların ortalaması 168,75 iken, Kontrol Grubu deneklerinin ortalaması 187,37'dir. Buna göre Hasta Grubu deneklerinin YTT-40'tan aldıkları puan ortalamaları Kontrol Grubu deneklerinin ortalamalarına göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklıdır ( $p < .05$ ).

**Tablo XV.** Yeme tutum testinden alınan puanların hasta ve kontrol grubu açısından karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Yeme Tutumu Ölçeği</b>						
30 altı	8	40,0	26	86,7		
30 üstü	12	60,0	4	13,3		,008
	ORT	SS	ORT	SS	t	p
<b>EAT40-TOP</b>	168,7	27,30	187,3	18,66	-2,735	,009

Tablo XVI'da Hasta ve Kontrol Grupları ailede diyet yapan bir bireyin varlığına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda deneklerin % 65'i ailesinde diyet yapan bir birey olduğunu, % 35'i ise ailesinde diyet yapan bir birey olmadığını bildirmiştir. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 76,7'si ailesinde diyet yapan bir birey olduğunu, % 23,3'ü de ailesinde diyet yapan bir birey olmadığını bildirmiştir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında ailelerinde diyet yapan bir bireyin varlığı açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p > .05$ ).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

**Tablo XVI.** Ailesinde diyet yapan bir bireyin varlığı açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Ailenizde diyet yapan biri var mı?</b>						
Evet	13	65,0	23	76,7		
Hayır	7	35,0	7	23,3	0,81	0,368

Tablo XVII’de Hasta ve Kontrol Grupları diyet yapan arkadaşlarının olup olmamasına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubundaki deneklerin % 45’inin diyet yapan arkadaşı bulunurken, % 55’inin diyet yapan arkadaşı bulunmamaktadır. Kontrol Grubundaki deneklerin ise % 66.7’sinin diyet yapan arkadaşı bulunurken, % 33.3’ünün diyet yapan arkadaşı bulunmamaktadır. Hasta ve Kontrol Grupları arasında diyet yapan arkadaşının olup olmaması açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XVII.** Diyet Yapan Arkadaşının Olması Açısından Hasta ve Kontrol Gruplarının Karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Diyet yapan arkadaşlarınız var mı?</b>						
Evet	9	45,0	20	66,7		
Hayır	11	55,0	10	33,3	2,31	0,128

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tablo XVIII’de Hasta ve Kontrol Grupları grup halinde diyet yapıp yapmadıklarına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubundaki deneklerin % 20’si arkadaşlarıyla grup halinde diyet yaparken, % 80’i grup halinde diyet yapmadığını bildirmiştir. Kontrol Grubundaki deneklerin ise % 6.7’si arkadaşlarıyla grup halinde diyet yaparken, % 93.3’ü grup halinde diyet yapmamaktadır. Hasta ve Kontrol Grupları grup halinde diyet yapma açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XVIII.** Grup halinde diyet yapma açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Grup halinde diyet yapar mısınız?</b>						
Evet	4	20,0	2	6,7		
Hayır	16	80,0	28	93,3		0,202

Tablo XIX’da görüldüğü gibi Hasta ve Kontrol Grupları ailelerinde kronik bir hastalığı olan birey olup olmamasına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubundaki deneklerin % 30’nun ailesinde kronik bir hastalığı olan birey bulunurken, % 70’inin ailesinde kronik bir hastalığı olan birey bulunmamaktadır. Kontrol Grubundaki deneklerin ise % 16,7’sinin ailesinde kronik bir hastalığı olan birey bulunurken, % 83,3’ünün ailesinde kronik bir hastalığı olan birey bulunmamaktadır. Hasta ve Kontrol Grupları arasında ailesinde kronik bir hastalığı olan birey bulunması açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

**Tablo XIX.** Ailesinde kronik bir hastalığı olan birey bulunması açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Ailenizde kronik ya da ağır hastalığı olan biri var mı?</b>						
Evet	6	30,0	5	16,7		
Hayır	14	70,0	25	83,3		0,311

Tablo XX’de Hasta ve Kontrol Grupları fastfood yeme oranlarına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubundaki deneklerin % 25’i fastfood yediğini bildirirken, %75’i yemediğini bildirmiştir. Kontrol Grubundaki deneklerin ise % 83.3’ü fastfood yediğini bildirirken, % 16.7’isi fastfood yemediğini bildirmiştir. Kontrol Grubundaki deneklerin fastfood yeme oranlarının Hasta Grubu deneklerinden anlamlı olarak fazla olduğu tespit edilmiştir (p<.05).

**Tablo XX.** Fastfood yeme oranları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Fast food yer misiniz?</b>						
Evet	5	25,0	25	83,3		
Hayır	15	75,0	5	16,7	17,01	0,001

Tablo XXI’de Hasta ve Kontrol Grupları fastfood yeme sıklıkları açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda fastfood yiyen deneklerin % 80’i ayda bir iki kez, %20’si ise ayda dört beş kez fastfood yediğini bildirmiştir. Kontrol Grubunda

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

ise deneklerin % 20'si ayda bir kez, % 28'i ayda dört beş kez fastfood yerken, %52'si de haftada en az bir kez fastfood yediğini bildirmiştir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında fastfood yeme sıklığı açısından olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XXI.** Fastfood yeme sıklığı açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Ne sıklıkta fast food yersiniz?</b>						
Ayda bir iki kez	4	80,0	5	20,0		
Ayda dört beş kez	1	20,0	7	28,0		
Haftada en az bir kez			13	52,0		-

Tablo XXII'de Hasta ve Kontrol Grupları aburcubur yeme oranlarına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, Hasta Grubundaki deneklerin % 40'ı aburcubur yediğini bildirirken, %60'ı yemediğini bildirmiştir. Kontrol Grubundaki deneklerin ise % 83.3'ü aburcubur yediğini bildirirken, % 16.7'isi aburcubur yemediğini bildirmiştir. Kontrol Grubundaki deneklerin aburcubur yeme oranlarının Hasta Grubu deneklerinden anlamlı olarak fazla olduğu tespit edilmiştir ( $p<.05$ ).

**Tablo XXII.** Cips vs. yeme oranları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Cips, abur cubur vs. yer misiniz?</b>						
Evet	8	40,0	25	83,3		
Hayır	12	60,0	5	16,7	10,04	0,002

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tablo XXIII’te Hasta ve Kontrol Grupları aburcubur yeme sıklıkları açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda aburcubur yiyen deneklerin % 37.5’i ayda bir iki kez, %25’i ayda dört beş kez ve %37, 5’i ise haftada en az bir kez aburcubur yediğini bildirmiştir. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 12’si ayda bir kez, % 12’si ayda dört beş kez aburcubur yerken, %76’sı da haftada en az bir kez aburcubur yediğini bildirmiştir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında aburcubur yeme sıklığı açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XXIII.** Aburcubur yeme sıklığı açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Ne sıklıkta cips, çikolata vs. yersiniz?</b>						
Ayda bir iki kez	3	37,5	3	12,0		
Ayda dört beş kez	2	25,0	3	12,0		
Haftada en az bir kez	3	37,5	19	76,0		-

Tablo XXIV’te denekler eğitim durumuna göre karşılaştırılmıştır. İstatistiki olarak karşılaştırma yapılabilmesine uygun olabilmesi için eğitim durumları, “ilk ve ortaokul” ve “lise ve üniversite” olarak kategorize edilmiştir. Buna göre Hasta Grubundaki deneklerin % 40’ının eğitim düzeyi ilk ve ortaokul iken, %60’ının lise ve üniversite düzeyindedir. Kontrol grubu deneklerinin ise %36,6’sının eğitim düzeyi ilk ve ortaokul iken, % 63,3’ünün lise ve üniversite düzeyindedir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında eğitim durumlarıyla ilgili olarak istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

**Tablo XXIV.** Eğitim düzeyleri açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Eğitim durumu</b>						
İlk ve Ortaokul	8	40,0	11	36,6		
Lise ve Üniversite	12	60,0	19	63,3	0,61	0,275

Tablo XXV’te denekler anne-babalarının durumuna göre karşılaştırılmıştır.

İstatistiki olarak karşılaştırma yapılabilmesine uygun olabilmesi için anne-baba durumları, anne-babanın her ikisinin de sağ ve birlikte olduğu şart ile diğer şartlar(ikisi de sağ-ayrı, sadece anne sağ, sadece baba sağ ve ikisi de vefat etmiş) olarak kategorize edilmiştir. Buna göre Hasta Grubundaki deneklerin % 65’inin anne-babası sağ ve birlikte iken, %35’inin anne-babası diğer şartlardadır. Kontrol Grubunda ise deneklerin %83,3’ünün anne-babası sağ ve birlikte iken, % 16,7’si diğer şartlara sahiptir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında anne-babalarının durumlarıyla ilgili olarak istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XXV.** Anne-baba durumları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Anne-babanızın durumu</b>						
İkisi de sağ, birlikte	13	65,0	25	83,3		
İkisi de sağ, ayrı sadece biri sağ, ya da ikisi de vefat etmiş	7	35,0	5	16,7		0,182

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tablo XXVI’da görüldüğü gibi denekler annelerinin eğitim durumları açısından karşılaştırılmıştır. İstatistiki karşılaştırmanın yapılabilmesi için uygun olan ayırım, ilkokul ve altı eğitim düzeyi (okur-yazarlık, hiç eğitim almamış olma) ile ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyi (yüksek okul, üniversite mezunu, master, doktora vs.) olarak yapılmıştır. Buna göre Hasta Grubu deneklerinin annelerinin % 60’ı ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahipken, % 40’ı ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyindedir. Kontrol Grubunda ise deneklerin annelerinin % 46,6’sı ilkokul ve altı eğitim düzeyindeyken, % 53,4’ü ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyindedir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında annelerin eğitim düzeyleri açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XXVI.** Annelerin eğitim düzeyleri hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Annelerin eğitim durumu</b>						
İlköğretim ve Altı	12	60,0	14	46,6		
Ortaöğretim Yüksekokul	8	40,0	16	53,4	0,85	0,355

Tablo XXVII’de görüldüğü gibi denekler babalarının eğitim durumları açısından karşılaştırılmıştır. İstatistiki karşılaştırmanın yapılabilmesi için uygun olan ayırım, ilkokul ve altı eğitim düzeyi(okur-yazarlık, hiç eğitim almamış olma) ile ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyi(yüksek okul, üniversite mezunu, master, doktora vs.) olarak yapılmıştır. Buna göre Hasta Grubu deneklerinin babalarının % 45’i ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahipken, % 55’i ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyindedir. Kontrol Grubunda ise deneklerin babalarının % 26,7’si ilkokul ve altı eğitim düzeyindeyken, % 73,3’ü ortaöğretim ve üstü eğitim düzeyindedir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

babaların eğitim düzeyleri açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir (  $p>.05$ ).

**Tablo XXVII.** Babaların eğitim düzeyleri açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Babanızın eğitim durumu:</b>						
Okur-yazar+ İlköğretim	9	45,0	8	26,7		
Ortaöğretim Yüksekokul	11	55,0	22	73,3	1,80	,180

Tablo XXVIII’de Hasta ve Kontrol Grupları kardeş sayılarına göre karşılaştırılmıştır. İstatistiki olarak anlamlı bir karşılaştırmanın yapılabilmesi için ayırım, “kardeş var” ve “kardeş yok” şeklinde yapılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda deneklerin % 20’sinin kardeşi yokken, % 80’inin kardeşi bulunmaktadır. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 10’unun kardeşi yokken, % 90’ının kardeşi bulunmaktadır. Hasta ve Kontrol Grupları arasında kardeş durumları açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir (  $p>.05$ ).

**Tablo XXVIII.** Kardeşi olma açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Kardeş</b>						
Yok	4	20,0	3	10,0		
VAR	16	80,0	27	90,0		0,416

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tablo XXIX’da Hasta ve Kontrol Grupları aylık gelir durumuna göre karşılaştırılmıştır. İstatistiki olarak anlamlı bir karşılaştırmanın yapılabilmesi için ayırım, “2000 TL’ye kadar” ve “2000 TL ve üstü” şeklinde yapılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda deneklerin % 70’i aile olarak aylık 2000 TL’ye kadar aylık gelire sahipken, % 30’u 2000 TL ve üstü gelire sahip olduğunu bildirmiştir. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 53,3’ü aile olarak 2000TL’ye kadar aylık gelire sahipken, % 46,7’isi 2000 TL ve üstü gelire sahip olduğunu bildirmiştir. Hasta ve Kontrol Grupları arasında aylık gelir açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XXIX.** Aylık gelir durumu açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Aylık gelir durumu</b>						
2000 tl’ye kadar	14	70,0	16	53,3		
2.000 tl ve üstü	6	30,0	14	46,7	1,39	0,238

Tablo XXX’da görüldüğü gibi Hasta ve Kontrol Grupları günlük yemek öğünlerin (kahvaltı, öğlen yemeği, akşam yemeği)i yeme biçimleri açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre Hasta Grubundaki deneklerin tamamı (% 100) sabah kahvaltılarını evde yediklerini bildirirken, Kontrol Grubu deneklerinin % 36,7’si evde, % 63,7’si dışarıda kahvaltı ettiğini bildirmiştir. Ek olarak Hasta Grubu deneklerinin % 75’i öğlen yemeklerini evde yediklerini belirtirken, %25’i dışarıda yediğini bildirmiştir. Kontrol Grubu denekleri nin ise % 20,7’si kahvaltılarını evde yerken, % 79,3’ü dışarıda kahvaltı ettiğini bildirmiştir. Son olarak da Hasta Grubu deneklerinin % 95’i akşam yemeklerini evde yerken, % 5’i dışarıda yemektir. Kontrol Grubu deneklerinin ise %

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

58,6'sı akşam yemeklerini evde yerken, % 41, 4'ü dışarıda yediğini bildirmiştir. Sonuç olarak tüm günlük yemek öğünlerini Hasta Grubunun, Kontrol Grubundan anlamlı olarak daha fazla evde yediği tespit edilmiştir (Kahvaltı:  $p<.05$ ; Öğlen Yemeği:  $p<.05$ ; Akşam Yemeği:  $p<.05$ ).

**Tablo XXX.** Günlük yemek öğünlerinin yenme biçimi açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Kahvaltı</b>						
Evde	20	100	11	36,7		
Dışarıda	-	-	19	63,3	20,43	0,000***
<b>Öğle yemeği</b>						
Evde	15	75,0	6	20,7		
Dışarıda	5	25,0	23	79,3	14,25	0,000***
<b>Akşam yemeği</b>						
Evde	19	95,0	17	58,6		
Dışarıda	1	5,0	12	41,4	8,03	0,005**

Tablo XXXI'de Hasta ve Kontrol Grupları arkadaş ilişkilerini nasıl değerlendirdiklerine göre karşılaştırılmıştır. İstatistiki olarak anlamlı bir karşılaştırmanın yapılabilmesi için ayırım, "Yetersiz" ve "İyi-Çok İyi" şeklinde yapılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda deneklerin % 30'u arkadaş ilişkilerini yetersiz olarak tanımlarken, % 70'i arkadaş ilişkilerini iyi olarak tanımlamıştır. Kontrol Grubunda ise deneklerin % 3,3'ü arkadaş ilişkilerini yetersiz olarak tanımlarken, %



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

96.7'isi arkadaş ilişkilerini iyi olarak tanımlamıştır. Hasta Grubu deneklerinin, arkadaş ilişkilerini Kontrol Grubu deneklerinden istatistiki olarak anlamlı derecede daha fazla yetersiz olarak tanımladığı tespit edilmiştir ( $p < .05$ ).

**Tablo XXXI.** Arkadaş ilişkilerini tanımlama açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Arkadaşlarınızla ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?</b>						
Yetersiz	6	30,0	1	3,3		
İyi-Çok iyi	14	70,0	29	96,7		0.012

Tablo XXXII'de Hasta ve Kontrol Grupları arkadaşları ile birlikte yaptıkları etkinlikler(Sinemaya gitme, gezinti yapma, sohbet etme, ders çalışma) açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda deneklerin % 20'si arkadaşlarıyla birlikte sinemaya gittiğini bildirirken, Kontrol Grubu deneklerinde bu oran % 13,3'tür. Hasta Grubu deneklerinde arkadaşlarıyla birlikte gezinti yapanların oranı % 30 iken, Kontrol Grubu deneklerinde bu oran % 43, 3'tür. Ek olarak Hasta Grubu deneklerinde arkadaşlarıyla birlikte sohbet etme oranı% 60 iken, Kontrol Grubunda deneklerinde birlikte sohbet etme oranı % 86, 7'dir. Son olarak Hasta Grubu deneklerinin % 95'i arkadaşlarıyla birlikte ders çalıştığını bildirirken, Kontrol Grubu deneklerinin birlikte ders çalışma oranı % 10'dur. Hasta Grubu denekleri ile Kontrol Grubu denekleri arasında birlikte yapılan sinemaya gitme, gezinti yapma ve ders çalışma aktiviteleri açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Sadece Hasta Grubu

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

deneklerinin Kontrol Grubu deneklerinden istatistiki olarak anlamlı derecede daha az birlikte sohbet ettikleri tespit edilmiştir ( $p<.05$ ).

**Tablo XXXII.** Arkadaşlarla birlikte yapılan etkinlikler açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Sinema</b>						
Hayır	16	80,0	26	86,7		
Evet	4	20,0	4	13,3		0,697
<b>Gezinti</b>						
Hayır	14	70,0	17	56,7		
Evet	6	30,0	13	43,3	0,90	0,341
<b>Sohbet</b>						
Hayır	8	40,0	4	13,3		
Evet	12	60,0	26	86,7		0,044
<b>Ders çalışma</b>						
Hayır	19	95,0	27	90,0		
Evet	1	5,0	3	10,0		0,641

Tablo XXXIII’te Hasta ve Kontrol Grupları yoğun aktivite gerektiren uğraşlar (Spor-egzersiz, dans, okul-eğitim ve diğer uğraşlar) açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda deneklerin % 20’si yoğun spor-egzersiz yaptığını bildirirken, Kontrol Grubu deneklerinde bu oran % 10’dur. Hasta Grubu deneklerinde dans ettiğini bildirenlerin oranı % 15 iken, Kontrol Grubu deneklerinde bu oran % 10’dur. Ek olarak

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Hasta Grubu deneklerinde okul-eğitimle ilgili uğraşları olanların oranı% 35 iken, Kontrol Grubunda deneklerinde okul-eğitim ile ilgili uğraşları olanların oranı % 46, 7'dir. Son olarak Hasta Grubu deneklerinin % 10'u diğer tür uğraşlarla ilgilendiğini bildirirken, Kontrol Grubu deneklerinde diğer tür uğraşlarla ilgilenenlerin oranı % 13,3'tür. Hasta Grubu denekleri ile Kontrol Grubu denekleri arasında yoğun aktivite gerektiren uğraşlarla(Spor-egzersiz, dans, okul-eğitim ve diğer uğraşlar) ilgilenme açısından istatistiki olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $p>.05$ ).

**Tablo XXXIII.** Yoğun aktivite gerektiren uğraşlarla ilgilenme açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Spor/ Egzersiz</b>						
Hayır	16	80,0	27	90,0		
Evet	4	20,0	3	10,0		0,416
<b>Dans</b>						
Hayır	17	85,0	27	90,0		
Evet	3	15,0	3	10,0		0,672
<b>Okul/Eğitim</b>						
Hayır	13	65,0	16	53,3		
Evet	7	35,0	14	46,7		0,560
<b>Diğer</b>						
Hayır	18	90,0	26	86,7		
Evet	2	10,0	4	13,3		-

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tablo XXXIV’te Hasta ve Kontrol Grupları enerji içeceği içme oranlarına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre Hasta Grubunda deneklerin % 100’ü enerji içeceği içmediğini bildirirken, Kontrol Grubu deneklerinin % 30’u enerji içeceği içtiğini, % 70’i de içmediğini bildirmiştir. Hasta Grubu deneklerinin, enerji içeceği içme oranlarının Kontrol Grubu deneklerinden istatistiki olarak anlamlı derecede daha az olduğu tespit edilmiştir ( $p<.05$ ).

**Tablo XXXIV.** Enerji içeceği içme oranları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması

	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Enerji içeceği içer misiniz?</b>						
Evet	-	-	9	30,0		
Hayır	20	100,0	21	70,0		0,007**

### 5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, hastanede yatarak tedavi gören, Anoreksiya Nervoza hastası 20 kadın ile herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış 30 kadın bağlanma biçemleri, anksiyete ve depresyon düzeyleri, kendine zarar verme ve intihar davranışları açısından incelenmiştir. AN hastalarından oluşan Hasta Grubu, herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış olan Kontrol Grubuyla bu değişkenler ve değişkenlerin birbirleriyle korelasyonu açısından karşılaştırılmıştır.

Tüm deneklere yeme davranışı bozuklukları için geçerli bir tarama aracı olan YTT-40 uygulanmıştır. Her ne kadar Hasta Grubu denekleri klinikte tedavi görüyor olsa da istatistiki olarak hastalık durumlarının tespiti amacıyla verilen YTT-40, toplam patolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkili, klinik düzeyde “hasta” kabul edilebilecek bireyleri saptayabilen ve kişinin yeme bozukluğuna ne kadar yatkın olduğunu gösterebilen bir ölçektir.

AN hastası Hasta Grubu ve ruhsal bozukluk tanısı almamış Kontrol Grubu denekleri, bağlanma, depresyon, anksiyete ve intihar değişkenlerinin yanısıra, bu değişkenlere etkileri olabileceği düşünülen, aile ve arkadaş ilişkileri, sosya-ekonomik düzey, ilgi alanları, beslenme özellikleri, diyet davranışları gibi yan değişkenler açısından da değerlendirmeye tabi tutulmuşlardır.

Araştırmada öncelikli olarak grupların bağlanma biçemleri incelenmiştir. EBBÖ'nün ilk bölümü, çocuklukta ebeveynle ilişki ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlamalar içerir ve denekleri Güvenli Kaygılı-İkircikli-Kaçınan bağlanma olarak sınıflar. İkinci bölümde ise deneklerin yetişkin hayattaki yakın ilişkilerini ve bu ilişkiler içerisindeki bağ kurma biçemlerini belirleyen daha ayrıntılı sorulara yer

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

verilmiştir. Değerlendirmede ilk olarak EBBÖ'nün çocukluk bölümü ve yetişkinlik bölümüne verilen cevapların uyumluluğu karşılaştırılmıştır. Böylelikle deneklerin bağlanma biçimlerinde tutarlılık gösterip göstermedikleri incelenmeye çalışılmıştır.

Hasta Grubunda çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki bağlanma biçimlerinin farklılaşmadığı görülmüştür (Bkz. Tablo I). Aynı şekilde bu uyumluluk, Kontrol Grubu deneklerinin çocukluk ve yetişkinlik dönemi cevapları arasında da bulunmuştur. Sonuçlar, Hasta ve Kontrol Grubu deneklerinin çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki bağlanma biçimlerinin sürekliliğini koruduğunu ölçeğin her iki bölümüne de verilen cevaplar arasında farklılaşma olmadığını istatistiki olarak göstermektedir (Bkz. Tablo II).

Bu veriler, bağlanma örüntülerinin çocukluk çağındaki izlerinin yetişkinlik hayatına yansımalarını değerlendirmektedir. Von ve Zendoom (1995), erişkin bireylerin duygusal bağ kurma davranışının erken bağlanma örüntülerinin izlerini taşıdığını bildirmişlerdir. Bağlanma çift yönlü bir süreçtir. Bağlanma araştırmalarında her iki nesil de hesaba katılmaktadır. Anne/baba ve çocuk arasındaki ilişki yoğun olarak incelenmektedir. Anne-çocuk arasındaki ilişkinin sürekliliği yaşam boyunca kurulacak diğer yakın ilişkilerin temelini oluşturmaktadır (Pearson ve ark., 1993). Güvenli bağlanma örüntüleri, gelecekteki sağlıklı süreçlerle ilişkiliyken, güvensiz bağlanma örüntüleri de sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olmaktadır (Nakash-Eisikovits ve ark., 2000). Bu bilgiler ışığında Hasta Grubu deneklerinin ve Kontrol Grubu deneklerinin çocukluk ve yetişkinlik dönemlerindeki bağlanma biçimlerini aynı şekilde koruduğu istatistiki olarak gösterilmiştir.

Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği'nin (EBBÖ) değerlendirmesinde kullanılan diğer yöntem ise Hasta ve Kontrol Gruplarının bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir

farklılık olup olmadığı açısından karşılaştırılmasıdır. Grupların ölçeğin çocukluk ve yetişkinlik bölümlerine verdikleri cevaplarda aralarında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ve bu farklılığın kurulan bağlanma biçimleri arasında da ortaya çıkıp çıkmadığına bakılmıştır. Buna göre EBBÖ'nün ilk bölümü olan çocukluk döneminde, Hasta Grubu denekleri, Kaçınan Bağlanma oranları açısından Kontrol Grubundan farklılaşırken, Kontrol Grubu denekleri de Güvenli Bağlanma oranları açısından Hasta Grubundan anlamlı şekilde anlamlı olarak farklılaşmaktadır (Bkz. Tablo III).

Ölçeğin ikinci bölümünde ise Hasta ve Kontrol Grubunda yetişkinlik çağı bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamasa da tablonun gözlemleri incelendiğinde ölçeğin çocukluk döneminde olduğu gibi Hasta Grubu deneklerinin Kaçınan Bağlanma oranlarının Kontrol Grubundan, Kontrol Grubu deneklerinin de Güvenli Bağlanma açısından Hasta Grubundan fazla puan aldığı görülmektedir (Bkz. Tablo IV).

Daha önce de bahsedildiği gibi bağlanma süreçlerindeki eksiklikler sonucu oluşan patolojiler arasında yeme bozuklukları da bulunmaktadır. Ayrıca Rastam ve Gillberg (1992), daha önceki çalışmalarda tanımlanan parçalanmış aile paternlerinin sadece AN'li hastalı alt gruplarda olduğunu bulmuşlardır. Genel bir kanı olarak eksik bir bağlanma süreci, yeme bozukluğunun ortaya çıkmasıyla yakından ilişkilidir (Nevonen ve Broberg, 2000). Birçok araştırmacı, yeme bozukluklarıyla bağlanmanın güvensiz içsel çalışan modellerinin arasındaki bağlantıyı kanıtlamışlardır (Kenny ve Hart, 1992; Brennan ve Shaver, 1995; Cole –Detke ve Kobak, 1996

Bu açıdan Kontrol Grubunda aile ilişkilerini ve bağlanma örüntülerini güvenli olarak tanımlayanların oranının fazla çıkmasından sonra yetişkinlikteki yakın ilişkilerin de güvenli çıkması tutarlı ve literatüre uygundur. Hasta Grubu denekleri ise çocuklukta

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

anne-baba ile kurdukları bağları Kaçınan olarak tanımlamışlardır ve bu doğrultuda yetişkinlikteki yakın ilişkilerini de aynı şekilde tanımlamaları beklenmiştir. Hasta Grubu denekleri, yetişkinlikteki yakın ilişkilerini daha fazla olarak Kaçınan Bağlanma şeklinde tanımlasalar da ölçeklerden aldıkları puanlar istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır. İstatistiki olarak anlamlılığa ulaşılamamasının sebeplerinden biri gözeneklerde 5'ten küçük bir rakamın olmasıdır. Bu durum istatistiki değerlendirmede bu gibi muğlaklıkların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Kesebir ve K k  (2012), ölçeğin ikinci bölümünün kategorik olarak işaretlendiğinde ilk bölümle olan tutarlılığı %55 olduğunu bildirmişlerdir. Ancak Kaçınan ve Kaygılı-İkircikli Bağlanma “Güvensiz Bağlanma” olarak birlikte alındığında birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlılık %82 artmaktadır. Sonuçlardaki bu farklılığın dışında Kontrol Grubu denekleri Güvenli Bağlanma gerçekleştirirken Hasta Grubu denekleri Kaçınan Bağlanma gerçekleştirmişlerdir.

Araştırmada deneklerin ailelerini, yerine getirebildikleri işlevler üzerinden değerlendirmeleri istenmiştir. Problem  zme, İletişim, Roller, Duygusal Tepki Verebilme, Gereken İlgiyi G sterebilme, Davranış Kontrolü ve Genel İşlevler açısından değerlendirme yapan denekler, Hasta ve Kontrol Grubunda sadece Problem  zme Alt Kategorisinde farklılık göstermiştir. Kontrol Grubu deneklerinin aile işlevlerini Problem  zme açısından Hasta Grubu deneklerine göre daha kötü algıladıkları tespit edilmiştir, bunun dışındaki diğer işlevlerde iki grup arasında herhangi bir farklılaşma tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo V).

AN hastaların aile işlevleri hakkında olumsuz bir kanaat bildirmemeleri nesne ilişkileri kuramı ile açıklanabilir. Bruch (1978, 1988) ve Winnicott' a göre (1957, 1989) evreyi kendisine değil de kendisini çevreye uydurmak zorunda olduğunu hisseden



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

anoreksik hasta kendi ihtiyaçlarını ve duygularını ifade etmek ve bunlarla özdeşim kurmak konusunda var oluşsal bir kaygı duyar. Çünkü kendi ihtiyaçlarını ve duygularını doyumak, örneğin beslenmek gibi, anneyle kurulan güvenli bağın tahrip olacağı hissini yaratır. Hayatta kalmak için hissettiği öfke ve depresyonu bastıran, red eden anoreksik hasta ihtiyaçlarını olumsuz olarak kodlarken annesini ve ailesini olumlu olarak algılamayı zorunlu hisseder. Bu hayatta kalabilmek için elde ki tek çıkar yoldur. Bu açıdan Kernber'in de (2004d) bildirdiği gibi saldırganlık ve depresyon anoreksik hastanın bilinçli süreçlerine dahil edilmez. ADÖ'de aile işlevleriyle ilgili olumsuz bir değerlendirme bildirilmemesi anoreksik hastanın iç gerçekliğinin coğrafyasına uygun düşmektedir. Araştırmada elde edilen sonuçlar literatürle uygundur.

Araştırmada AN hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek çıkacağına dair bir hipotez kurulmuştur. Literatürde de AN'li bireylerin depresyon semptomlarını fazlaca gösterdikleri, kaygı bozukluklarına yatkın oldukları birçok kez vurgulanmıştır. Araştırmada deneklere Hamilton Depresyon ve Anksiyete Ölçekleri uygulanmıştır. Sonuçlara göre Hamilton Depresyon ve Anksiyete toplam puanları açısından AN'li Hasta Grubunun ortalama puanlarının Kontrol Grubuna göre fazla olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo VI). Buna göre AN hastalığı bireylerin depresyon ve anksiyete bozukluğu göstermelerini yordamaktadır.

Yeme bozukluğu hastalarının önemli bir bölümünde majör depresyon bulunmaktadır ( Halmi ve ark., 1991). AN tablosuna depresyonun öncülük ettiği bildirilmiştir (Cooper, 1995). Bunun dışında genetik ve eşhastalık çalışmalarında da mizaç bozukluklarıyla yeme bozuklukları arasında yakın ilişki olduğu görülmektedir (Devlin ve ark., 1989). Bunun dışında bir çok araştırmada Yeme bozukluklarının anksiyete bozuklukları yelpazesindeki bir kısım bozuklukla ilişkili olduğu ve yeme

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

bozukluğu nedeniyle tedavi gören kadın hastaların %64'ü ek olarak bir anksiyete bozukluğu gösterdiği tespit edilmiştir (Güleç ve ark., 1998; Vandereycken ve ark., 1992; APA, 1994; Berrios, 1997). Bu açılarından Hasta Grubu deneklerinin anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların Kontrol Grubu deneklerinden anlamlı derecede fazla olması sonucu literatürle uyumluluk göstermektedir.

Tartışma bölümünün bu aşamasında kendine zarar verme ve intihar davranışıyla ilgili bulgular birlikte değerlendirilip yorumlanacaktır. Araştırmanın üzerinde durduğu konulardan biri olan kendine fiziksel zarar verme davranışında Hasta ve Kontrol Grubu denekleri arasında bir farklılaşma bulunmamıştır (Bkz. Tablo X). Buna ek olarak kendine zarar verme davranışının sıklığıyla ilgili olarak da Hasta ve Kontrol Grubu denekleri arasında herhangi bir farklılaşma tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo XI). Claes ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmaya göre 185 yeme bozukluğu hastasının % 45'i bir veya birden fazla olarak kendine zarar verme davranışında bulunmuştur. Favaro ve Santonastaso (1999), İtalya'da 175 bulimik hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların % 70 oranında kendine zarar verme davranışında (saç çekme-koparma, deri kesme ve yakma vb.) bulduklarını bildirmişlerdir. Literatürde daha çok bulimik hastaların kendine zarar verdiğine dair bilgilere rastlanmaktadır. Anoreksiya Nervoza hastalarının ise kişilik yapılanmalarında dürtüsel bir eğilim olan kendine zarar verme davranışına fazla rastlanmamaktadır. Anoreksik bireyler, içsel dürtülerini bastırma, onları yok sayma eğilimindedirler, böylelikle bedenlerinin açlık çağrılarına da kulaklarını tıkamış olurlar. Dürtüsel niteliği fazla olan kendine zarar verme davranışının AN'lı bireylerde anlamlı derecede görülmemesi, araştırmanın literatüre uyan sonuçlarındandır.

Araştırmada deneklere intihar düşüncesi, planı ve girişimiyle ilgili üç soru yöneltilmiştir: “Hiç intihar etmeyi isteyecek kadar kötü hissettiniz mi, hiç intiharı

planladınız mı ve hiç intihar girişiminde buldunuz mu?” sorularına Hasta Grubu denekleri Kontrol Grubuna göre daha fazla “evet” cevabı verse de bu istatistiki olarak anlamlı düzeyde değildir (Bkz. Tablo XII, XIII, XIV).

AN’li hastaların % 5,6’sı hayatını kaybetmektedir. Yeme bozukluklarının etkileri sonrası ortaya çıkan ağır depresif tablolar AN’li hastaları intihar davranışına yönlendirmektedir (Sullivan, 1995). Fennig ve Hadas (2010), majör depresyon ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar sonucunda anoreksik hastaların intihar teşebbüslerinin oranının diğer psikiyatrik hastaların intihar oranlarını aştığını bildirmiştir. Viesselman ve Roig, 95 yatan hastanın %46-60’ında intihar düşüncesi olduğunu ayrıca bu hastaların %20’sinin intihar girişiminde bulunup bu girişimlerin de %40’nın ciddi ölüm tehlikesi taşıdığını bildirmiştir (Lehoux, 2000). Ayrıca yeme tutumlarındaki bozulmanın depresyon ve intihar davranışıyla yüksek derecede bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Lehoux, 2000). Crisp ve Callender (1992), Anoreksiya Nervosa’lı hastaların intihar oranını yaptıkları çalışmalarda % 3-% 7 bulmuştur. Ancak bu araştırmada elde edilen sonuçlar, Hasta Grubunun intihar davranışı açısından Kontrol Grubundan anlamlı derecede ayırmadığını göstermektedir.

Anoreksik hastalarla ilgili olarak araştırmamızda çıkan sonuçlar için anoreksik hastaların ruhsal işleyişlerinin bilinçdışı yapılanması dikkate alınmalıdır. Kernberg (2004d), anoreksik hastaların saldırganlık dürtülerinin bilinçli süreçlerinden uzak tutulduğunu bildirmiştir. Anoreksik hastanın kendine zarar verici davranışlarının arkasında bölünmüşlük duygusu vardır. Sadistik ve ilkel anne imgesiyle kurduğu özdeşim, kötücül narsisizmle bağlantılı olarak tüm güçlü ve büyüklenmeci bir saldırganlığa sahiptir. Bu hastaların kendiliklerinin bir bölümü bedenlerinde yer tutmuş, sadistik ve saldırgan anne imgesinin kurbanı olarak biçimlenmiştir. Bu bölünmüşlük

içerisinde ilkel anne imgesiyle kurdukları özdeşimin gereği olarak kendi bedenlerine dönük, sadistik bir kontrol ve öz-saldırganlık geliştirirler. Bunu da bedenlerini besinsiz bırakarak gerçekleştirirler.

Anoreksik hasta, kendi duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını ifade etmekten kaçınır, bunun altında çevreyi kendine uydurmaktansa kendini çevreye uymak zorunda hissetmesi yatar. Bu bakım verenle kurulan duygusal bağı kaybetmemek ve hayatta kalabilmek için bulabildiği ve geliştirdiği bir yöntemdir. Bu açıdan kendini ve bedenini besinsiz bırakarak girdiği hayatını tehdit eden, tehlikeli tıbbi durum, zayıflama isteği gibi çeşitli yollarla reddedilir (Bruch, 1978, 1988; S. Mitchell & Black,1995; Winnicott, 1957, 1989; Wyess, 1973). Bu bedene ve kendiliğe dönük saldırganlık kabul edilmediği gibi açık kendine zarar verici eylemler(tırnak yeme, deri kesme vb.) de uygulamaya geçirilmez. Bu açıdan intihar, ölüm, ölmeyi isteme gibi zihinsel uğraşlar da reddedilir. Anoreksik hastalar, sadece güzel ve zayıf gözükmek ister. Bu isteğinin kendiliğini ve bedenini getirdiği nokta, tüm görülebilir kanıtlarına rağmen reddedilir ve bilince yaklaştırılmaz.

Araştırmada deneklerin diyet yapma davranışları da incelenmiştir. Bu davranış, “ailede diyet yapan bir birey” ki bu genelde anneleri olmakta, “diyet yapan arkadaşı olmak” ve “grup halinde diyet yapma” şeklinde sorgulanmıştır. Bu üç kategoride de istatistiki olarak Hasta ve Kontrol Grupları arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır (Bkz. Tablo XVI, XVII, XVIII). Ailelerinde diyet yapan birinin olması ve diyet yapan arkadaşının olması açısından Kontrol Grubunda Hasta Grubuna göre daha çok “evet” yanıtı alınmıştır. Batı kültürünün etkisiyle zayıf beden olgusunun yaygınlaşması, artık gelişmekte olan tüm toplumları ve kesimlerini etkilemekte olduğu için herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamış deneklerin de, hasta grubu deneklerinin

de benzer şekilde bu etki altında olduğu hatta ailelerdeki her bir bireyin de zayıflamakla ilgili benzer kaygıları taşıdığı düşünölmektedir (Crago ve ark., 1996). Farklı olarak Grup halinde diyet yapma davranışı, dışsal kontrollerin daha da arttırıldığı, birlikte yapılan bir eylem olduğu için Hasta Grubu deneklerinde istatistiki olarak anlamlı olmasa da daha fazla görölmüştür. Bunun da yeme tutumlarındaki daha derinleşmiş bir kontrol ihtiyacına denk geliyor olduğu için Hasta Grubunda daha fazla göröldüğü düşünölmektedir.

Araştırmada Hasta ve Kontrol Grubu deneklerine fastfood ve aburcubur yeme alışkanlıklarını belirlemek için de sorular sorulmuştur. Bu besinlerin kullanımları açısından Hasta ve Kontrol Grubu denekleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Bkz. Tablo XX, XXI, XXII, XXIII). Kontrol Grubu deneklerinin bu besinleri daha çok tükettiğı görölmüştür.

Fastfood, aburcubur, cips, çikolata gibi besinlerin fazlaca kullanımı artık günümüzde giderek daha fazla artmaktadır. Bu besinler toplumdaki beslenme alışkanlıklarının bozulduğuna örnek gösterilmektedir (Catherine ve ark., 1991). Bu tip hızlı tüketilen besinlerin yoğun olarak Bulimia Nervosa hastalığında göröldüğü bilinmektedir. Bu tip bulimik semptomların Kontrol Grubu deneklerinde Hasta Grubu deneklerine göre çok daha fazla tükettiğı tespit edilmiştir. Ayrıca bu besinlerin kullanım sıklıklarının Hasta ve Kontrol Grubu denekleri arasında herhangi farklılaşma yaratmadığı da tespit edilmiştir. Hasta grubunda bu semptomların farklılık yaratmayacak şekilde az görölmesinin sebebi ise Anoreksiya Nervosa semptomatolojisinde besin alımını reddeden, kısıtlayıcı davranışların karakteristik oluşudur. Hiçbir şekilde bedene besin almamak, bedenin ihtiyaç duyduğu minimum besini bile reddetmek Anoreksiya Nervosa'da tipiktir (Eker, 2006). Bu açıdan bu tip haz

verici ve hızlı tüketilen fast-food, aburcubur gibi besinlerin alınmaması beklenen bir durumdur. Hasta ve Kontrol grubu açısından bu konuda bir farklılık çıkmaması araştırmanın literatüre uyumluluk gösterdiği bir noktadır.

Araştırmada denekler, sosyo-demografik özellikleri açısından da incelenmiştir. Öncelikle deneklerin ebeveyn durumlarına bakılmıştır. İstatistiki olarak kategorizasyon anne-babaların “ikisi de sağ ve birlikte” ve “ikisi de sağ ve ayrı, anne sağ, baba sağ, ikisi de vefat etmiş” şeklinde yapılmıştır. Buna göre Kontrol Grubu deneklerinde anne-babalarının birlikte ve sağ olduğu durumla daha fazla karşılaşmıştır. Ancak bu farklılık istatistiki olarak anlamlılık arz etmemektedir (Bkz. Tablo XXV). Ebeveyn birlikteliği, ailesel ilişkilerin daha güvenli olabilmesi ve bağlanma süreçlerinin güçlenebilmesi için birincil önemde bir şarttır. Ebeveynlerin ayrılmış olması ya da vefat etmiş olmaları, sağlıklı aile işlevleri ve bağlanma süreçleri açısından olumsuz nitelikler taşımaktadır (Bowlby, 1969, 1980). Ancak bu açıdan herhangi ruhsal bozukluk tanısı almamış deneklerin aile özellikleri ve buna karşılık Hasta Grubu deneklerinin anne-baba durumlarının farklı olmaması, güvenli bağlanma nesnesinin yokluğunda telafi edici mekanizmaların ve ilişkilerin kurulabilmesiyle açıklanabilir. Ayrıca anne-baba kayıplarının güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi için uygun olan çocukluk döneminden önce olup olmadığı bilinmemektedir.

Ayrıca deneklerin kendilerinin ve anne-babalarının eğitim durumlarında; Hasta Grubu ve Kontrol Grubu denekleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Bkz. Tablo XXIV, XXVI, XXVII). Ebeveynlerin eğitim düzeylerinin yeterli düzeyde olamaması da hem yeme tutumları hem bağlanma süreçleri hem de sağlıklı aile ilişkileri açısından bir dezavantaj niteliği taşımaktadır (Bowlby, 1979).

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Sosyo-ekonomik açıdan da deneklerin ailelerinin aylık gelir düzeylerinin de değişken olarak etkisi incelenmiştir. Buna göre Hasta ve Kontrol Grubu deneklerinin aylık gelir düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo XXIX). Tarihsel olarak tipik hasta profili Kuzey Amerikalı, orta-üst sınıf sosyo-kültürel seviyedeki kız adolesanlardır. Aynı şekilde bu hastaların ebeveynlerinin de iyi eğitimli, başarı odaklı oldukları bildirilmiştir. Ancak son yıllarda yapılan araştırmalar, düşük sosyo-ekonomik-kültürel seviyedeki popülasyonlarda da Anoreksiya Nervozanın görülmeye başladığını bildirmektedir. Bu açıdan başlangıçta sadece Batılı kültürlerde görülen bu hastalık, bu kültürle temasa geçmiş her kültürde ki globalizasyondan etkilenmeyen halk kitlelerinin artık kalmadığı dünyamızda, görülmeye başlanmıştır (Crago ve ark., 1996).

Araştırmada deneklere hem yeme alışkanlıklarının hem de aile içi ilişkilerinin bir göstergesi olacağı düşünülen günlük öğünlerin evde mi dışarıda mı yendiğini araştıran sorular yöneltilmiştir (Bkz. Tablo XXX). Neumark-Sztainer ve arkadaşları, birlikte yenen aile yemeklerinin yeme tutumlarında bozulma görülme olasılığını azalttığı, aile bireylerindeki birliktelik, yakınlık ve iletişim alanlarını desteklediği ve bunun da bağlanma süreçlerine katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarda belirtilmiştir (Neumark-Sztainer ve ark., 2003). Eker (2006), risk gruplarında günlük öğünlerin aile ile birlikte yenmesinin yeme tutumları açısından ergenlerde herhangi bir farklılık yaratmadığını bildirmiştir. Araştırmada ise bu verilerin olumlu yansımaları olan günlük öğünlerin evde yenmesi oranları Hasta Grubu deneklerinde anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Bu sonuçlarda Türk kültür yapısının ve anoreksik bir bireyi olan ailelerin beslenme eylemine olan hassasiyetlerinin daha da artması açıklayıcı olacaktır. Anoreksik hastaya karşı aile içinde denetim artmakta ve kontrolcü ebeveyn tutumları

daha da etkin şekilde kullanılmaktadır. Baskıcı ve otoriter tutumları sergileyen aile modeli özellikle ülkemizde yaygın olarak görülen bir modeldir (Akça, 2012) .

Minuchin'e göre (1974) de anoreksik ailelerde aile içinde oldukça sıkı ve değişime izin vermeyen karmaşık bir iletişim tarzı, aşırı koruyuculuk ve esnemeyen kurallar vardır. Bu aile dinamiklerine Türk aile yapısının etkileri de eklendiğinde, Anoreksiya Nervoza gibi hayatı bu denli tehdit eden hastalıklarda denetim eğilimlerinin anoreksik ailelerde daha da artacağı ve ilişkisel kontrolün yeme öğünlerine bu şekilde yansıtacağı düşünülmektedir.

Araştırmada denekler, arkadaş ilişkilerini nasıl buldukları ve birlikte ne gibi etkinlikler yaptıkları açısından da incelenmiştir. Buna göre Hasta Grubunda arkadaş ilişkilerini "yetersiz" olarak değerlendirenler Kontrol Grubundakilere göre fazladır (Bkz. Tablo XXXI). Bu, Anoreksik deneklerin güvenli bağlar kurmada yaşadıkları sorunu ve ailelerinde güvenli bağ kurabilecekleri ilişki denemelerini daha az yaşama şansı bulduklarını göstermektedir (Tresure ve Holland, 1991). Ayrıca deneklerin arkadaşlarıyla birlikte yaptıkları aktiviteleri incelendiğinde Kontrol Grubu deneklerinin arkadaşlarla sohbet etmeyi Hasta Grubu deneklerine göre daha fazla tercih ettikleri görülmüştür. Diğer etkinlik alanlarında(sinemaya gitme, gezinti yapma, ders çalışma) iki grup arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo XXXII).

Son olarak denekler, Anoreksiya Nervoza'nın semptomatolojisinde görülen yoğun aktivite gerektiren uğraşlara daha yatkın olma açısından incelenmişlerdir. Buna göre Hasta Grubundaki denekler, spor-egzersiz, dans, okul-eğitim ve diğer tür aktiviteler açısından Kontrol Grubu deneklerinden farklılaşmamaktadır (Bkz. Tablo XXXIII). Bunun dışında yoğun aktivite gerektiren uğraşları desteklemesi ya da onlara



eşlik etmesi amacıyla kullanılan enerji içeceklerinin Kontrol Grubu denekleri tarafından Hasta Grubu deneklerine göre çok daha fazla tercih edildiği görülmektedir (Bkz. Tablo XXXIV).

Bu durum, Türk toplumundaki kadınların kültürel olarak spor aktivitelerine fazla düşkün olmamaları, bedenlerini ortaya koyan egzesizlerin muhafazakar toplum yapısına uygun olarak kabul edilmemesi sebebiyle bu tip aşırı enerji gerektiren aktivitelere yönelmemeleriyle açıklanabilir (Bulgu ve ark., 2007). Bu durumdaki ana ekten, toplumumuzda hangi kesimi temsil ederse etsin kadınların hala ideolojik rol kalıpyargılarının sınırlarında kalmaları gerektiğine dair hakim eğilimin altında olmaları ve ancak ataerkil sistemle üstü örtülü bir anlaşmayı vurgulayan, ev içi birincil görevlerini tamamlamak koşuluyla etkinliklere katılabilmeleri yönündeki tutumlardır (Henderson ve ark., 1995). Bu açıdan gruplar arasında farklılaşma olmaması, yoğun aktivite gerektiren uğraşların Türk kadınları tarafından kültürel hassasiyetlerin gölgesinde değerlendirilmesiyle bağlantılı bulunmuştur.

### 6. SONUÇ

Bu bilgiler ışığında bağlanma stili, depresyon ve anksiyete bozukluğu gösterme, Anoreksiya Nervoza hastası olma açısından anlamlılık gösteren bir değişken olarak bulunmuştur. Ancak intihar davranışı, kendine zarar verme davranışı ve aile işlevselliği, Anoreksiya Nervoza hastalığına sahip olma açısından anlamlılık göstermemiştir.

Anne-bebek arasında kurulması beklenen güvenli bağlar kurulamadığında bebeğin kişiliğinde ve ilişki paternlerinde ortaya çıkabilecek olumsuz nitelikler birçok şekilde ortaya çıkabilmektedir. Bu açıdan Anoreksiya Nervoza hastalarının birincil güven nesnelere olan anneleriyle güvenli bağlar kurmak konusunda yaşadıkları aksaklıkların onların yetişkinlik hayatlarına etkileri gösterilmeye çalışılmıştır. Anorektik hastalar anneleriyle kuramadıkları güvenli bağlar sonucunda kendi iç dünyalarında bu bağ eksikliklerinin yarattığı boşlukları ve ruhsal acıyı kapatabilmek ve baş edebilmek için beslenme davranışlarında bozulmuş eğilimler gerçekleştirmektedirler. Besin alınımının reddi ifade edilme şansı olmayan özerklik duygularının bir temsiline dönüşmektedir. Aynı şekilde kurulamayan güvenli bağların ilişkide yarattığı boşlukların depresyon ve anksiyete semptomlarının oluşmasında etkili olduğu görülmektedir. Ancak yine de Anorektik hastaların kendi benliklerine yönelik yoğun öfkelerini kabul ve ifade etmede yaşadıkları sorun nedeniyle aile içi ilişkilerini olumlu algılamak ve sunmak gibi bir eğilimleri oldukları düşünülmektedir. Bu sebeple, kendilerine ve dış dünyaya dair imgelemlerindeki dengeyi bozmamak adına aile işlevselliklerine karşı olumsuz bir atıfta bulunmaktan kaçınmışlardır.

Anoreksiya Nervoza hastaları, bilinçdışı öfkelerini benlik bütünlüğünden ayrı bir parça gibi izole ettikleri için bunun davranışsal ve bedensel tezahürleri olan kendine

zarar verme davranışı ve intihar davranışı açısından ise Kontrol Grubuyla benzer oranda yanıtlar vermişlerdir.

Ülkemizde yeme bozukluklarının alt dinamiklerini inceleyen, ortaya çıkmasında etkisi olan değişkenleri araştıran çalışmalar hızla artmaktadır. Yaşamsal şartları ve bireyin varoluşunu bu denli zorlayan, ölüme kadar giden tablolara rastladığımız bu gibi bir hastalıkla ilgili çalışmaların daha da çok yapılması faydalı olacaktır.

EBBÖ'nün ikinci bölümünün ilk bölümüyle gösterdiği düşük tutarlılık da hatırlanacak olursa, bağlanma paternlerini daha iyi ayrıştırabileceğimiz ölçeklere ihtiyaç olduğu görülecektir. Anoreksiya Nervoza ve bağlantılı alanlarda daha ayrıntılı ve derinlemesine çalışmalar yapabilmek amacıyla yeni ölçme tekniklerinin ve değerlendirme araçlarının geliştirilmesi de faydalı olacaktır.

Araştırma sürecinde yaşanan anoreksik hastalara ulaşmadaki zorluğun, toplum genelinde olan bilinç eksikliğiyle de alakalı olduğu düşünülmektedir. Anoreksik hastaların bütüncül bir tedavi bakışına sahip olarak temelinde yatan psikiyatrik bozukluk kapsamında değerlendirilmesi ve tablodaki bazı semptomlara göre kısıtlı tıbbi tedavi süreçlerine dâhil olmaları onlar ve onlara ulaşmaya çalışan araştırmacılar için de negatif bir durumdur. Anoreksiya Nervoza'nın toplum genelinde tanıtılması için bilgilendirici çalışmaların artması ve daha ayrıntılı çözümler için yeni ölçekler geliştirilmesi faydalı olacaktır.

**7. KAYNAKLAR**

Akdemir, A., Örsel, S., Dağ, İ., Türkçapar, H., İşcan, N., Özbay, H. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*,4(4):251-9.

Akan, G. E., Grilo, G. M. (1995) Sociocultural influences on eating attitudes and behaviors,body image and psychological functioning: a comparison of African-American, Asian-American and Caucasian college women. *Int J Eat Disord.*, 18: 181-187.

Akça, R. (2012) Ana- Babaların Çocuk Yetiştirmede Aşırı Koruyucu Olmaları, *Akademik Bakış Dergisi Sayı: 29*.

Alkın, T., Onur, E. (2007) Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bakış. İçinde: Köroğlu E, Güleç C. *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın., 296-303.

Alpargun D. (1995) Uludağ Üniversitesi öğrencilerinde Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza'nın görülme sıklığı ve bu vakaların kişilik yapılarının araştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Bursa Üniversitesi. Bursa.

Altshuler, K.Z., Weiner, M.F. (1985) Anorexia and depression: a dissenting view, *Am J Psychiatry*., 142: 328-332.

Altuğ, A., Elal, G., Slade, P. ve Tekcan, A. (2000) The eating attitudes test (EAT) in turkish university student: relationship with sociodemographic, social and individual variables, *Eat Weight Disord.*, 5 (3): 152-60.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

American Psychiatric Association. (2000) Dagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı, Washington DC: American Psychiatric Press,: 429-85.

Antony, M.M. (1997) Assessment and Treatment of Social Phobia, Can J Psychiatry., 42:826–834.

APA. (1994) Diagnostic and statical manual of mental disorder. 4th ed.: American Psychiatric Association. Washington (DC),154.

Arkun, N. (1978) İntiharın Psikodinamikleri, 2. Baskı. İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, İstanbul, 12- 178

Atay, İ.M., Kerimoğlu, E. (2003) Ergenlerde İntihar Davranışı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.,10: 128-136.

Bachar E, Latzer Y, Gur E, Bonne O, Berry EM.Rejection of life in anorexic and bulimic patients,Int J Eat Disord 2002; 31:43-48.

Barnett, D., Vondra, J.I.(1999) Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: theory, research and current directions, Monogr Soc Res Child Dev., 64:1-24.

Barth, F.D.(2003) Seperate but not alone: separation individuation issues in college students with eating disorders. J Clin Social Work, 31:139-153.

Bartholomew, K. and Horowitz, L. M. (1991) Attachment Styles Among Young Adults: a test of a Four-Category Model, Journal of Personality and Social Psychology., 61(2):226-244.

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

Beautrais, A.L. (2006) Women and Suicidal Behavior. *Crisis*, 27: 153-156.

Bemporad, J. R., Ratey, J. (1985) Intensive psychotherapy of former anorexic individuals, *Am J Psychother.*, 39: 454-456.

Berrios, G.A. (1988) Depressive and Manic States During the Nineteenth Century. In: Georgotas A, Cancro R, editors. *Depression and mania*. New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc; 1988.

Berksun, O. E. (2003) *Anksiyete ve Anksiyete Bozukları*. İstanbul, Turgut Yayıncılık. 2003.

Berrios, G. E. (1997) Historical aspects of obsessive-compulsive disorder. *Obsessive compulsive spectrum disorders*(eds: Den Boer JA, Westenberg HGM). Synthesis publishers. Amsterdam. Netherlands.

Beşer, N., Öz, F. (2003) Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*, 7: 47-58.

Bifulco, A., Kwon, J., Jacobs, C., Moran, P.M., Bunn, A., Beer, N. (2006) Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 41:796-805.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Blazer, D. (1969) Mood Disorders: Epidemiology. In Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sixth edition, Ed(s) Kaplan H, Sadock J. Williams&Wilkins, Baltimore, 1995. Bowlby, J. Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment, Newyork: Basic Books.

Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss: Separation, Anxiety and Danger, Newyork: Basic Books.

Bowlby, J.(1969) Attachment and Loss, 1st Ed. London, Hogarth Press.

Bowlby, J.(1988) Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry., 145:1-10.

Bowlby, J. (1980) Attachment and Loss: Sadness and Depression, Newyork: Basic Books.

Bowlby, J. (1958) The nature of the child's tie to his mother, Int J Psychoanal., 39:350-373.

Bowlby, J.(1979) The Making and Breaking of Affectional Bonds. London, Tavistock Publications.

Brewerton, T. D., Hand, L.D., Bishop, E. R. J. (1993) The tridimensional personality questionnaire in eating disorder patients. Int J Eat Disord., 14: 213-8.

Briere, J., Gill, E. (1998) Self mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions, American Journal of Orthopsychiatry., 68(4): 609-620.

Brennan, K. A., Shaver, P. R. (1995) Dimensions of adult attachment, affect regulation and romantic relationship functioning, Clinical Psychology., 64: 282-290.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Brodsky, B.S., Stanley, B. (2001) Developmental effects on suicidal behavior: The role of abuse in childhood, *Clin Neurosci Res.*, 1:331-336.

Bruch, H. (1982) Psychothrapy in anorexia nevroza, *Int J Eat Disorders.*, 1(4): 3-14.

Bruch, H. (1978) *The Golden Cage: The enigma of anorexia nervosa.* Harvard University Pres. Cambridge M. A.

Bruch, H. (1978) *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bruch, H. (1988) *Conversations with anorexics: A compassionate and hopeful journey through the therapeutic process.* Cambridge, MA: Executors of the Estate of Hilde Bruch.

Bulgu, N., Arıtan, C.K, Aşçı, F.H. (2007) Gündelik Yaşam, Kadın Ve Fiziksel Aktivite, *Spor Bilimleri Dergisi Hacettepe Journal of Sport Sciences.*, 18 (4), pp. 167-18, 2007.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Joyce, P. R., Carter, F. A. (1995) Temperament, character, and personality disorder in bulimia nervosa, *J Nerv. Ment. Dis.*, 183: 593-8.

Bulut, I. (1990) *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı*, Ankara: Özgüzeliş Matbaası.

Carlat, D. J., Camargo, C. A. (1991) Review of bulimia nervosa in males, *Am J Psychiatry.*, 148: 831-843.



## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Cathebras, P., Fayard, L., Rousset, H. (1991) L'anorexie mentale est-elle un désordre culturel? La revue de médecine interne.,12: 104-110.

Canat, S. (1992) Kendine zarar verme davranışı(self mutilasyon), Klinik Psikiyatri Dergisi., 2(1): 46-48.

Carlat, D. J., Camargo, C. A., Herzog, D. B. (1997) Eating disorders in males: A report on 135 Patients, Am J Psychiatry, 154: 1127-1132.

Carlson, E. A. (1998) A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment, Child Development 69: 1107-1128.

Casper, R. C. (1990) Personality features of women with good outcome from restrivting anorexia nervosa, Psychosomatic Medicine, 52: 156-170.

Çayköylü, A., Coşkun, İ., Kırkpınar, İ., Özer, H.(1997) Özkıyım girişiminde bulunanlarda sosyodemografik özellikler ve tanı dağılımı. Kriz Dergisi., 5:37-42.

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

Çetin, F.Ç. (2008) Gelişimsel psikopatolojinin temel kavramları. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Eds FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri, R Uslu):141-142. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Charney, E., Weissman, M. (1995) Epidemiology of Depressive and Nanic Syndromes. In Depression and Mania, ed(s) Georgotas A, Brownell KD, Fairburn CG. Newyork: The Guilford Press., Vol:28: 159-164.

Cimilli, C. (2001) Depresyonda sosyal ve kültürel etmenler. Duygu durumu bozuklukları 4. Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 157-68.

Cinemre, B. (1999) Yeme bozuklukları: Epidemiyoloji ve eşlik eden hastalıklar. Yeme Bozuklukları. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları., 4 (2): 137-154.

Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2005) Pain experience related to self-injury in eating disorder patients.

Cloninger, C. G., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., Wetzel, R. D. (1994) The temperament and character inventory(TCI): a guide to its development and use. St. Louis (MO), center for psychobiology of personality. St. Louis, MO: Washington.

Collins, N.L., Cooper, L.M, Albino, A., Allard, L. (2002) Psychosocial vulnerability from adolescence to adulthood: a prospective study of attachment style differences in relationship functioning and partner choice, J Pers., 70:965-1008.

Cole –Detke, H., Kobak, R. (1996) Attachment processes at eating disorder and depression, Journal of Consulting and Clinical Psychology., 64: 282-290.

Crago, M., Shisslak, C. M., Estes, L. S. (1996) Eating disturbance among American minority groups: a review, Int. J. Eat Disorders., 19: 239-248.

Cooper, P.T. (1995) Eating Disorders and Their Relationship to Mood and Anxiety Disorders. In: Eating Disorders and Obesity, Brownell KD, Fairburn CG. Newyork: The Guilford Press., Vol:28: 159-164.

Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2006) Psychosocial treatments of suicidal behaviors: A practice-friendly review, Journal of Clinical Psychology., 62: 161-170.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Crisp, A. H., Callender, J. S., Halek, C., Hsu, L.K.G. (1992) Long-term mortality in anorexia nervosa: a 20-year follow-up of st george's and aberdeen cohorts, Br J Psychiatry., 161: 104-7.

Darche, M. A.(1990) Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females, The Psychiatric Hospital., 21: 31-35.

Dede, H. (1999) Türk Ceza Hukuku ve Adli Tıp Bilimleri Açısından İntihar. T.C. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı Sosyal Bilimler Yüksek Lisans Tezi, İstanbul., 4-81.

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

Demirel, Ö. S., Eşel, E. (2003) İntihar (Özkıyım), Anadolu Psikiyatri Dergisi., 4: 175-185.

Devlet İstatistik Enstitüsü. (1999) İntihar İstatistikleri 1997. Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.

Devlet İstatistik Enstitüsü(1988) İntihar İstatistikleri 1988. Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.

Devrimci, Ö. H. (2002) İntiharların ve İntihar Girişimlerinin Epidemiyolojisi, İzmir. Ege Psikiyatri Yayınları., 7-22.

Devlin, M. J., Walsh, T. (1989) Eating disorders and depression, Psychiatric Annals., 19:473-476.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Diagnostic and Statistical M. 4th ed. (2000) Washington, DC: American Psychiatric Assoc.

Diaz-Marsa, M., Carrasco, J. L. Saiz, J. (2000) A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa, *J Personal Disord.*, 14: 352-9.

DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü). (1993) Genel nüfus sayımı: Nüfusun sosyal ve ekonomik nitelikleri 1990, Türkiye. TC. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.

Diekstra, R.F.W. ve ark. (1981) On the epidemîology of attempted suicide, Soubrier J.P., Wedrinne J. (Eds) *Depression and Suicide*, Paris. Pergamon Press.

Dilsiz, A., Dilsiz, F.(1996) Çocuk ve ergenlerde intihar girişimi: Kontrollü bir çalışma, *Kriz Dergisi.*, 4:1-6.

Edwards, G. (1987) *Anorexia and the family*. Lawrence, M.(ed): *Fed up and hungry: women, oppression and food*'da. London. Women's Press Limited.

Eker, E. (2006) 2005 Yılında İstanbul Ortaöğretim Kurumlarında Eğitim Gören Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Kendine Zarar Verme ile İntihar Davranışları Bakımından Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü. İstanbul.

Eng, W., Heimberg, R.G., Hart, T.A., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R. (2001) Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion.*, 1:365-380.

Epstein, K., Baldwin, L. M., ve Bishop, D. S. (1983) The McMaster family assessment device, *Journal of Marital and Family Therapy.*, 9, 2, 171-180.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

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

Erzengin, M. (2005) Edirne il merkezindeki lise öğrencilerinde yeme bozuklukları yaygınlığı ve eştanıları. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi. İstanbul.

Esplen, M. J., Garfinkel, P. E. (1998) Guided imagery treatment to promote self soothing in bulimia nervosa, *Journal of Psychotherapy Practice and Research.*, 7: 102:118.

Eşel, E. (2003) Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.*, 13:78–87.

Fairburn, C. G., Walsh, B. T. (2002) Atypical eating disorders. In: Fairburn, C. G., Brownell, K. D. Editors. *Eating disorders and obesity: a comprehensive textbook*, New York: Guild Pres., 171- 177.

Fairburn, C. G., Cooper, P. J. (1989) Eating disorders. Hawton, K., Salkovskis, P. M., Clark, D. M. (ed): *Cognitive Behavior therapy for psychiatric problems*' da. Oxford University Press., 277-314.

Fassino, S., Abbate-Daga, G., Amianto, F., Leombruni, P., Boggio, S., Rovera, G.G. (2002) Temperament and character profile of eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory, *Int J Eat Disord.*, 32: 412-25.

Favazza, A. R., De Rosear, L. & Conterio, K. (1989) Self-mutilation and eating disorders. *Suicide and Life Threatening Behaviours.*, 19: 352-361.

Favaro, A., Santonastaso, P. (1998) Impulsive ve compulsive self-injuries behaviour in bulimia nervosa: prevalence and psychological correlates, *J Nerv Ment Dis.*, 186: 157-165.

Favaro, A., Santonastaso, P. (1999) Different types of self-injuries behavior in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry.*, 40 (1): 57-60.

Fennig S, Hadas A. (2010) Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders, *Nord J Psychiatry.*, 64:32–39.

Fichter, M. M., Noegel, R.(1990) Concordance for bulimia nervosa in twins, *Int. J. Eat Disord.*, 9: 255-263.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy, *J Consult Clin Psychol.*, 64:22-31.

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G. (2000) Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence, *Psychiatr Clin North Am.*, 23:103-122.

Frances, A., Manning, D., Marin, D. ve ark. (1992) Relationship of anxiety and depression, *Psychopharmacology.*, 106(Suppl):82-86.

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., Rosenblate, R. (1990) The dimensions of perfectionism, *Cogn Ther Res.*, 14: 449-68.

Gale Encyclopedia of Childhood and Adolescence. (2001) Impulse control disorders. [http://www.findarticles.com/p/articles/mi\\_g2602/is\\_0003/ai\\_2602000316](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_g2602/is_0003/ai_2602000316). 20 Aralık 2005.

Garbarino, J.J. (1998) Comparisons of the constructs and psychometric properties of selected measures of adult attachment. *Measurement&Evaluation in Counseling&Development.*, 31:28-45.

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

Georgotas, A. (1988) Evolution of the concepts of depression and mania. In: Georgotas A, Cancro R, editors. *Depression and mania*. New York: Elsevier Science Publishing Co, Inc; p. 3-12.

Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, A.B., Pakiz, B., Frost, A.K., Cohen, E. (1995) Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34: 1369-1380.

Gilbert, P., McEwan, K., Hay, J.(2007) Social rank and attachment in people with a bipolar disorder, *Clin Psychol Psychother.*, 14:48-53.

Gilman, L. (1999) Trauma's influence on love and attachment: common responses to trauma-eating disorders, *Love and Attachment*. London, Jason Aronson Inc.

Goldman, H. H. (1995) *Review of General Psychiatry*, 4th Eds. Prentice-Hall International, Inc. USA.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleisemann, R. L. & Hill, C. L. (1989) The yale-brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability, *Arch Gen Psychiatry.*, 46: 1006-11.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. (1989) The yale-brown obsessive compulsive scale: II. Development, use, and reliability, Arch Gen Psychiatry., 46: 1012-6.

Gökalp, P. . (2000) Yaygın anksiyete bozukluğu. In Tükel R(editörler), Anksiyete Bozuklukları, 1. Baskı. Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi., 137-156.

Greenberg, M.T. (1999) Attachment and psychopathology in childhood. In Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications, Cassidy J, Shaver PR (eds). Guilford: New York, NY; 469-496.

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

Grosskurth, P. (1986) Melanie Klein: Her worlds and her works. Cambridge, MA:Harvard University Press.

Güleç, C., Köroğlu, E. (1998) Psikiyatri Temel Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. Ankara. Cilt 2., 661.

Gürdal, A. (1999) Yeme bozuklukları ve tedavisi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9:1 (21-27).

Hamli, K. A., Sunday, S. R., Stober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fitcher, M., Treasure, J., Berrettini, W. H. & Kaye, W. H. (2000) Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality and pathological eating behavior, American Journal Psychiatry., 157: 1799- 1805.



## **Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri**

Hamli, K.A., Eckert E., Marchi, P., Sampugnarò, V., Apple, R., Cohen, J.(1991) Comorbidity of Psychiatric Diagnoses in Anorexia Nervosa. Arch. Gen. Psychiatry., 48:712-718.

Hendrick, S. S. (1984) The school counselor and anorexia nervosa. The School Counselor., 31:428-432.

Hamli, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnarò, V., Apple, R. & Cohen, J. (1991) Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry., 48: 712-718.

Hamilton, M.A. (1960) A rating scale for depression, J Neurol Neurosurg Psychiatry., 23:56-62.

Hamilton, M. (1959) The Assessment of anxiety states by rating, Br J Med Psychol, 32:50-9.

Hamilton, M. (1980) Mood disorders: clinical features. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company.

Harvil, R. (1984) Bulimia Treatment with systematic rational restructuring, response prevention, and cognitive modeling, Journal of Counseling and Development., 63: 260-261.

Hazan, C., Shaver, P.R. (1987) Romantic love conceptualized as attachment process, Journal of Personality and Social Psychology., 52: 511-524.

Heesacker, R.S., Neimeyer, G.J. (1990) Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder, J Couns Psychol., 37:419-426.

Henderson, K.A., Bedini, L.A., Hecht, L., Schuler, R. (1995) Women with physical disabilities and the negotiation of leisure constraints. *Leisure Studies.*, 14, 17-31.

Herpertz, S. (1995) Self injuries behaviour: psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers, *Acta Psychiatr Scand.*, 91: 57-68.

Herzog, D. B. (1992) Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.*, 31: 810.

Hochdorf, Z., Latzer, Y., Canetti, L., Bachar, E. (2005) Attachment styles and attraction to death: diversities among eating disorders patients, *Am J Fam Ther.*, 33:237-252.

Hoek, H. W. (1991) The incidence and prevalence of anorexia Nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine.*, 21: 455-460.

Holland, A. J., Sicotte, N., Treasure, J. (1988) Anorexia nervosa. Evidence for a genetic basis, *Journal Psychosom Res.*, 32: 561-571.

Hirschfeld, R.M. (2001) The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care, *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.*, 3:244-254.

Humphrey, L. L. (1989) Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of behavior, *J of Consultin and Clinical Psychology.*, 57: 206-214.

Işık E. (1996) *Nevrozlar*. Ankara. Kent Matbaa., 31-32.

İkiz, T. (1999) *Yeme Bozukluklarının Rorschach Testi ile Değerlendirilmesi*. Ege

Psikiyatri Sürekli Yayınları. Yeme Bozuklukları. Yaz 1999. Ege Üniversitesi Basımevi., pp. 261-267.

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

Jamison, K.R. (2004) Erken Çöken Karanlık İntiharı Anlamak. Ayırntı Yayınları, İstanbul.

Johnson, C., Flach, A. (1985) Family characteristics of 105 patients with bulimia, Am J Psychiatry., 140: 1321-1324.

Johnson, G.R., Krug, E.G., Potter, L.B. (2000) Suicide among adolescents and young adults: Across-national comparison of 34 countries. Suicide and Life-Threatening Behavior, 30: 74-82.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (2004) Kaplan & Sadock Klinik Psikiyatri, İntihar, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul. sayfa: 361–366.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2005) Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed. sayfa: 2442-2453.

Karaköse, S. (2012) Yeme bozukluğu semptomatolojisini yordamada başetme stratejilerinin ve olumsuz temel inançların rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi. M.Ü. İstanbul.

Katz, J. L. (1987) Eating disorder and affective disorder: relatives or merely chance acquaintances? Comprehensive Psychiatry., 28:220-228.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Kaufman, J., Charney, D. (2000) Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety*, 12(Suppl 1):69-76.

Keçeli, F. (2006) Yeme bozukluğu hastalarında obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozukluğu. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Bakırköy RSSHH EAH. İstanbul.

Keel, P. K. & Mitchell, J. E. (1997) Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.*, 154: 313-321.

Keller, MB, Hanks DL (1995) Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J Clin Psychiatry*, 56(Suppl 6):22-29.

Kemperman, L., Russ, M. J., Clark, W. C., Tatsuyuk, K., Zanine, E. & Harrison, K. (1997) Pain assesment in self injurious patient with borderline personality disorder using signal detection theory, *Psychiatry Research.*, 70: 175-183.

Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., Eaves, L. (1991) The genetic epidemiology of bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry.*, 148: 1627-1637.

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

Kernberg, O. (2004d). A technical approach to eating disorders in patients with borderline personality organization. In: *Agressivity, Narcissism, and Self Destructiveness in the Psychoanalytic Process* (pp. 205-219). New Haven, CT: Yale University Press.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Kesebir, S., Kökçü, F., Dereboyu, F. (2012) Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği: Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. Yeni Sempozyumu. 2012, Cilt. 50 Sayı 2, P99-104. 6p. 3.

Keskingöz, B. (2002) Üniversite öğrencileri ile anoreksiya nervoza tanısı alan ve almayan bireylerde bağlanma biçimleri, kişilerarası şemalar ve yeme örüntüleri arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

Kleifield, E. I., Sunday, S., Hurt, S., Halmi, K. A. (1994) The tridimensional personality questionnaire: an exploration of personality traits in eating disorders, J Psychiatr Res., 28: 413-23.

Klein, D. A., Walsh, B. T. (2004) Eating disorders: Clinical features and pathophysiology, Physiology & Behavior., 81: 359-374.

Klerman, G. L. (1980) Overview of affective disorders. In: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, editors. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company.

Kriike, N., Nagata, T., Sirata, K. (1988) Are young women in at high risk for eating disorders?", Psychiatry and clinical neuroscience., 52: 179-281.

Kristin, M., Ranson, V., Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Rao, R. & Matsunaga, H. (1999) Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa, American Psychiatry., 156:1703-8.

Kökçü, F., Kesebir, S. (2010) İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma, Turk Psikiyatri Derg., 21:309-318.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

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

Kuruoğlu, A.Ç. (2000) Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.*, 10(1): 32-37.

Küey, L., Güleç, C. (1993) Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografıları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Laessle, R.J., Kittl, S., Fitcher, M.M., Wittchen, H.U., Pirke, K.M. (1987) Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimiya, *Br J Psychiatry.*,151:785-789.

Lamb, M.E., Teti, D.M., Bornstein, M. (2002) Developmental phases: infancy. In *Child and Adolescent Psychiatry*, 3ed Ed. (Ed M Lewis):293-323. Philadelphia. Lippincott Williams Wilkins.

Langer, L. M., Warheit, G. J., Zimmerman, R. S. (1991) Epidemiological study of problem eating behaviors and related attitudes in the general population, *Addict Behav.*, 16: 167-173.

LeCroy, C.W. (1988) Parent adolescent intimacy: Impact on adolescent functioning *Adolescence.*, 89:137-147.

Lehoux, P. M., Steiger, H., Jabalpurlawa, S. (2000) State/trait distinction in bulimic syndromes, *International Journal of Eating Disorders.*, 27(1):36-42.

Leon, G. R., Finn, S. (1984) Sex-role stereotypes and the development of eating disorders. Widom, C.(ed): *Sex roles and psychopathology*'de. New York and London. Plenum Press., 317-337.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Lucas, A. R. (1993) Has the incidence of anorexia nervosa increased since the 1930's?, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.*, 5 (6): 260-263.

Lydiard, R.B., Brawman-Mintzer, O. (1998) Anxious depression, *J Clin Psychiatry.*, 59 (Suppl 18):10-17.

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

Maner, F. (1997) Yeme bozukluklarında kognitif davranışçı tedavi. Kırpınar, I. (ed): Anadolu psikiyatri günleri bilimsel çalışmalar kitabı'nda. Psikiyatri Derneği Erzurum Şubesi Yayınları-1, Birinci Baskı., 175-186.

Maner, F., Alantar, Z. (2008) Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9:97-104.

Margo, J. L. (1987) Anorexia nervosa in males: A comparison with female patients, *Br J Psychiatry.*, 151: 80-83.

Martin, G., Waite, S. (1994) Parental bonding and vulnerability to adolescent suicide *Acta Psychiatr Scand.*, 89 :246-254.

Mazza, J.J. (2000) The Relationship Between Posttraumatic Stress Symptomatology and Suicidal Behavior in School-based Adolescents. *Suicide Life Threat Behav.*, 30: 91-103.

Meyer, C., Gillings, K. (2004) Parental bonding and bulimic sychopathology: the mediating role of mistrust/abuse beliefs, *Int J Eat Disord.*, 35:229-233.

## **Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri**

Mikulincer, M., Florian, V., Tolmacz, R. ve ark. (1990) Attachment styles and fear of death: A case of affect regulation, *J Pers Soc Psychol.*, 58: 273-280.

Miller, D. A. F., McCluskey-Fawcett, K., Irving, L. M. (1993) Corralates of bulimia nervosa: early family mealtime experiences. *Adolescence.*, 28: 621-635.

Miller, L., Kramer, R., Wamer, V., Wickramaratne, P., Weissmann, M. (1997) Intergenerational transmission of parental bonding among women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 36:1134-1139.

Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*. Tavistock Publications. Londra.

Mitchell, J. (1986) *The selected Melanie Klein*. New York: Macmillan, Inc.  
Mitchell, S., and Black, M. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.

Morriss, R.K., Van der Guht, E., Lancaster, G., Bentan, R.P. (2009) Adult attachment in bipolar 1 disorder, *Psychol Psychother.*, 82:267-277.

Mohanty, S., Sahu, G., Mohanty, M.K., Patnaik, M. (2007) Suicide in India: A four year retrospective study, *Journal of Forensic and Legal Medicine.*, 14: 185-189.

Myhr, G., Sookman, D., Pinard, G. (2004) Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls, *Acta Psychiatr Scand.*, 109:447-456.

Nagata, T., Kawarada, Y., Kiriike, N. & Iketani, T. (2000) Multi-impulsivity of japanese patients with eating disorders: primary and secondary impulsivity, *Psychiatry Research.*, 94: 239-250.



Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., Westen, D. (2000) Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 41:1111-1123.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., et al.(2002) Weight related concerns and behaviors among overweight and non-overweight adolescent: implications for preventing weight related disorders, *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 156:171-178.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., Perry, C. L.(2003) Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescent: implications for prevention programs, *Health Psychol.*, 22: 88-98.

Nevonen, L., Broberg, A.G.( 2000) The emergence of eating disorders: an explorative study, *Europen Eating Disorders Review.*, 8:279-292.

Nowlin, N. S. (1983) Anorexia nervosa in twins: case report and review. *Journal of Clinical Psychiatry.*, 44: 101-105.

Obeholzer, M. (1930) Aus der analyse dreizehnjaehrigen Maedchens, Schweiz. *Arch Neurol Psychiat.*, 26: 287-292.

O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003) Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships, *Clinical Psychology Review.*, 23, 57–74.

Olivardia, R., Harrison, G. P., Mangweth, B. & Hudson, J. I. (1995) Eating disorders in college man, *Am J Psychiatry.*, 152: 1279-1285.

Onar, A. (2008) Ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki kızlarda yeme bozukluğu tanısı bulunanlar ile bulunmayanların aile ortamı, sosyotropik- otonomik

kişilik özelliği, beden memnuniyeti, benlik saygısı açısından karşılaştırılması.

Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Oquendo, M.A., Mann, J.J. (200) The biology of impulsivity and suicidality, *Psychiatr Clin North Am.*, 23:11- 25.

Oral, G. (1999) Adli Psikiyatri. Soysal Z., Çakalır C. Ed. Adli Tıp. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi yayınları, İstanbul., 1525-1538.

Ortaçgil, E. (2009) A study exploring the relationship between eating disorders and borderline personality. Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi. İstanbul Bilgi Üniversitesi. İstanbul.

Özdel, O., Ateşçi, F., Oğuzhanoğlu, N. (2003) Bir anoreksiya nervosa olgusu ve bu olguya farmakoterapi ile birlikte psikodrama teknikleri ile yaklaşım, *Türk Psikiyatri Dergisi.*, 14 (2): 153-159.

Parman, T.(1999) Bulimik: Boşa Dönen Makine. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Yeme Bozuklukları. Yaz 1999. Ege Üniversitesi Basımevi. İzmir., pp.215-225.

Pattison, E. M., Kahna, J.(1983) The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry.*, 140: 867-872.

Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP.(1993) Adult attachment and adult child-order parent relationships, *Am J Orthopsychiatry.*, 4:606-613.

Pemberton, A. R., Vernon, S. W., Lee, E. S. (1996) Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in a two universities in Southeast Texas, *Am J Epidemiol.*, 144: 450-455.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Pilowsky, D.J., Wu, L.T., Anthony, J.C. (1999) Panic Attacks and Suicide Attempts in Mid-adolescence, *Am J Psychiatry.*, 156: 1545-1549.

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

Pirim, B. (2007). Anoreksiya nervoza'da babalık işlevinin projektif testlerle değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Pope, H. G., Champoux, R. F. & Hudson, J. I. (1987). Eating disorder and socioeconomic class: Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *Journal of Nervous and Mental Disorders.*, 175: 620-623.

Preskorn, S.H. (1999) Depresyonun Ayaktan Tedavisi. 2nd ed. Bursa.

Pryor, T., Wiederman, M. W. (1996) Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa, *J Pers Assess.*, 67: 414-21.

Rastam M, Gillberg C. (1992) Background factors in anorexia nervosa, *European Child and Adolescent Psychiatry.*, 1:54-65.

Rihmer, Z., Angst, J. (2005) Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. s: 447-59.

Rogers, L., Resnick, M. D., Mitchell, J. E. et all. (1997) The relationship between socioeconomic status and eating-disordered behaviors in a community sample of adolescent girls, *International Journal of Eating Disorders.*, 22: 15-23.

Romans, S. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Herbison, G. P., Mullen, P. E. (1987) Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm, *Am J. Psychiatry.*, 152: 1336-1342.

Rouillon, F. (1999) Anxiety and depression: a treatment need, *Eur Neuropsychopharmacol.*, 9(Suppl 3):87-92.

Roy, A. (2000) Psychiatric emergencies. BJ Sadock, VA Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry*'de, Yedinci baskı, Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins. s:2031-2040.

Rupp, L. G., Jurkovic, G. J. (1996) Familial and individual perspective taking process in adolescent females with bulimic symptomatology. *Am J Family Therapy.*, 24(1): 75-82.

Sabuncuoğlu, O., Berkem, M. (2006) Bağlanma Biçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İliğki: Türkiye'den Bulgular, *Türk Psikiyatri Dergisi.*, 17(4):252-258.

Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2005) Kaplan and Saddock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Çeviri Editörleri:Aydın, H., Bozkurt, A. Sekizinci Baskı Günes Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800.

Sayıl, I., Oral, A., Güney, S., Ayhan, N., Ayhan, Ö., Devrimci, H. (1993) Ankara'da intihar girişimleri üzerine bir çalışma, *Kriz Dergisi.*, 1:56-61.

Sayıl, I., Berksun, O., Palabıyıkoğlu, R. (1997) Attempted suicides in Ankara in 1995. R Kosky, HS Ersevari, RD Goldney, R Hasan(eds): *Suicide Prevention: The Global Context*'de. New York, Plenum., s.201-204.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

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

Sayıl, I., Berksun, O., Palabıyıkoglu, R., Oral, A., Haran, S., Güney, S., Binici, S., Geçim, S., Yücat, T., Beder, A., Özayar, H., Büyükçelik, D., Özgüven, H.D. (1998) Attempted Suicide in Ankara in 1995. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. Crisis., 19: 47-48.

Scinto, A., Marinangeli, M.G., Kalyvoka, A., Daneluzzo, E., Rossi, A. (1999) The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study, Epidemiol Psichiatr Soc., 8:276-283

Scwartz, R. (1987) Families and eating disorders, Journal of Psychoterapy and Family., 3(3): 85-103.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D. (1996) Attempted suicide in Europa: Rates trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/Euro multicentre study on parasuicide, Acta Psychiatr Scand., 93:327-338.

Seligman, L.D., Ollendick, T.H. (1998) Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: an integrative review, Clin Child Fam Psychol Rev., 1:125-144.

Shaffer, D., Gould, M.S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., Flory, M. (1996) Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide, Arch Gen Psychiatry., 53: 339-348.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İhtihar Özellikleri

Shafii, M., Steltz-Lenarsky, Derrick, A.M., Beckner, C., Whittinghill, J.R.(1988) Comorbidity of mental disorders in the post- mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents, *J Affect Dis.*,15:227

Sırma, G. (1997) İhtihar Girişimi Sonucu Acil Servise Başvuranlar Üzerinde Prospektif Bir İnceleme. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü. İstanbul., 1-103

Silverstone, P.H. (1990) Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression, *Psychological Reports.*, 67:276-8.

Simeon, D., Stein, D.J., Hollander, E. (1995) Depersonalization disorder and self-injurious behavior, *J Clin Psychiatry.*, 55: 36-40.

Soomro, G. M., Crisp, A. H., Lynch, D. (1995) Anorexia nervosa in “non-white” populations, *Br J Psychiatry.*, 167: 385-389.

Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnivoc, K. H., Greeno, C., Weltzin, T. E., Rao, R. (1995) Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry.*, 152: 1630-4.

Stanley, M.A., Beck, J.G. (2000) Anxiety disorders, *Clin Psychol Rev.*, 20: 731–754.

Steiger, H. (1989) Anorexia nervosa and bulimia in males: Lessons from a low-risk population, *Can J Psychiatry.*, 34: 419-424.

Stein, D., Kaye, W. H., Matsunaga, H., Orbach, I., Har-Even, D. & Frank, G. (2002) Eating-related concerns, mood, and personality traits in recovered bulimia nervosa subjects: a replication study, *Int J Eat Disord.*, 32: 225-9.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Stein, D., Orbach, I., Shani-Sela, M., Har-Even, D., Yaroslasky, A., Roth, D. (2002) Suicidal tendencies and body image and experience in anorexia nervosa and suicidal female adolescents inpatients, *Psychother Psychosom.*, 69:1-17.

Steinhausen, H. C. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century, *Am. J. Psychiatry.*, 159: 1284-129.

Strober, M., Lambert, C., Morrell, W., Burroughs, J., Jacobs, C. (1990) A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders, *Int J Eat Disord.*, 9: 239-253.

Story, M., Fernch, S., Resnick, M., Blum, R. W. (1995) Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behavior and body image perceptions in adolescent and adults, *Int J Eat Disord.*, 18:173-179.

Subaşı, N., Yıldız, A. N., Özenay, A., Taşerimez, B., Karagüzel, E., Özel, G., Sevgili, M., Yaşar, Ş. & Öztekin, Z. (2001) Ankara'da bir lisede 1.sınıf öğrencilerinde yeme bozukluğu taraması sonuçları. [www.dicle.edu.tr/~halks/m8.4.htm](http://www.dicle.edu.tr/~halks/m8.4.htm), 24 Nisan 2005.

Sullivan, P. F. (1995) Mortality in anorexia nervosa, *American Journal of Psychiatry.*, 152: 1073-4.

Suyemato, K. L. (1998) The functions of self-mutilations, *Clinical Psychology Review.*, 18 5: 31-554.

Szabo, C. P., Hollands, C. (1997) Abnormal eating attitudes in secondary-school girls in South Africa: a preliminary study., *S Afr Med.*, 87: 524-530.

Theader, S. (1970) A psychiatric investigation of 94 female patients, *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 214: 1-194.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Tomb, A.D. (1994) Aile Hekimleri için Psikiyatri. çev. Tunca Z, Fidaner H, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık., 70-77.

Tosone, C. (1999) Illusion, dillusion and reality in romantic love-attachment theory and its application to adult romantic love. Love and Attachment, London, Jason Aronson Inc.

Tresure, J. I., Holland, J. (1991) Genes and etiology of eating disorders. Edited by McGuffin P., Murray R.M., Woburn, Massi Butterworth-Heinemann. The New Genetics of Mental Illness., 198-221.

Tucker, P., Beckham, E., Scarborough, A. (1994) Psychiatric specialty clinics: do they weed out comorbid depression and anxiety?, J Ment Health Adm., 21:100-105.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2012). TÜİK- İntihar istatistikleri. [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr).

Türk Dil Kurumu. (1998). 1. Baskı, Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınlar., 1: 44.

Uzbay, İ.T. (2002) Anksiyetenin nörobiyolojis, Klinik Psikiyatri Dergisi., 5 (Ek Sayı:1): E5-E13.

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

Vandereycken, W., Hoek, H. (1992) Are eating disorders culture-bound syndromes? Halmi K (ed) Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Washington. American Psychiatric Pres., 19-36.



- VanThorre, M. D., Vogel, F. X. (1985) The presence of bulimia in high school females, *Adolescence.*, 20: 45-51.
- Viesselman, J.O., Roig, M. (1985) Depression and suicidality in eating disorders, *J Clin Psychiatry.*, 46: 118-24.
- Von, I.J., Zendoom, M.H. (1995) Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: a meta analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview, *Psychol Bull.*, 117:387-403.
- Wamboldt,F.S., Kaslow, N.J., Swift, W.J., Ritzholds, M. (1987) Short-term course of depressive symptoms in patients with eating disorders, *Am J Psychiatry.*, 144:362-364.
- Waller, J. V., Kaufman, R. M. (1940) Anorexia nervosa: a psychomatic entity, *Psychosom Med.*, 2: 3-16.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Benedettini, M., Treasure, J. (2000) Attachment patterns in eating disorders: past in the present, *Int J Eat Disord.*, 28:370-376.
- Ward, A., Gowers, S. (2003) Attachment and Childhood Development. *Handbook of Eating Disorders*. England. Wiley Press., 2003, s:45.
- Warren, S.L., Huston, L., Egeland, B., Sroufe, L.A. (1997) Child and adolescent anxiety disorders and early attachment, *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.*, 36:637-644.
- Waters, E., Posada, G., Crowell, J.A., Lay, K.L. (1994) The development of attachment: from control system to working models, *Psychiatry.*, 57:32-42.

## Anoreksiklerin Bağlanma ve İntihar Özellikleri

Weissmann, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U., Yeh, E.K. (1999) Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine Countries, *Psychol-Med.*, 29: 9-17.

Winnicott, D. W. (1957) *Mother and child*. New York: Basic Books, Inc.

Winnicott, D.W. (1989) *Psychoanalytic explorations*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wyess, D. (1973) *Psychoanalytic schools from the beginning to the present*. New York: Jason Aronson, Inc.

Yaka, A. İ. (2011) *Bağlanma, erken döneme yönelik şemalar, öz-yönetim ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

Yazıcı, M. K., Demir ,B., Tanrıverdi, N., Karaağaoğlu, E., Yolaç, P. (1998) *Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, Derecelendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Türkiye Psikiyatri Dergisi.*, 9:114-17.

Yücel, B. et. al. (2005) *Weight fluctuations during early refeeding period in anorexia nervosa: Case reports*. *International Journal of Eating Disorders*, Vol: XXXVII, No:2, p. 175.

Yüksel, N. (2001) *İntiharın Norobiyolojisi*, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, ek 2: 5-15.

## Ek-1. YEME TUTUMU TESTİ (YTT-40)

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

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

**a b c d e f**

- |             |  |
|-------------|--|
| 0 0 0 0 0 0 | 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.                           |
| 0 0 0 0 0 0 | 2. Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeyi yemem.                 |
| 0 0 0 0 0 0 | 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.   |
| 0 0 0 0 0 0 | 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.                                       |
| 0 0 0 0 0 0 | 6. Aklım fikrim yemektedir.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.                                  |
| 0 0 0 0 0 0 | 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.                                   |
| 0 0 0 0 0 0 | 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.                                       |
| 0 0 0 0 0 0 | 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.       |
| 0 0 0 0 0 0 | 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.                                    |
| 0 0 0 0 0 0 | 12. Ailem fazla yememi bekler.   |
| 0 0 0 0 0 0 | 13. Yemek yedikten sonra kusarım.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.                               |
| 0 0 0 0 0 0 | 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.              |
| 0 0 0 0 0 0 | 17. Günde birkaç kere tartılırım.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.                                |
| 0 0 0 0 0 0 | 19. Et yemekten hoşlanırım.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 20. Sabahları erken uyanırım.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 21. Günlerce aynı yemeği yerim.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.                      |
| 0 0 0 0 0 0 | 23. Adetlerim düzenlidir.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.                                      |
| 0 0 0 0 0 0 | 25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder. |
| 0 0 0 0 0 0 | 26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.                     |
| 0 0 0 0 0 0 | 27. Lokantada yemek yemeyi severim.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 28. Müshil kullanırım.   |
| 0 0 0 0 0 0 | 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.   |
| 0 0 0 0 0 0 | 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.                             |
| 0 0 0 0 0 0 | 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.                                |
| 0 0 0 0 0 0 | 33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.              |
| 0 0 0 0 0 0 | 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.                          |
| 0 0 0 0 0 0 | 35. Kabızlıktan yakınırım.   |
| 0 0 0 0 0 0 | 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.                                      |
| 0 0 0 0 0 0 | 37. Perhiz yaparım.  |
| 0 0 0 0 0 0 | 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.   |
| 0 0 0 0 0 0 | 39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.                          |
| 0 0 0 0 0 0 | 40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.                                    |

## Ek-2. ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (EBBÖ)

### (I. Bölüm- Çocukluk Çağı)

Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şu anda bir yetişkin olarak çevrenizdeki diğer insanlarla yakın ilişkilerinizde neler hissettiğinizi tanımlar. Lütfen hepsini dikkatlice okuyup sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz, **A,B veya C**.

**A)** Bir çocuk olarak, annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı ve eğer zorluklarla karşılaşırsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek (ve onların da bana güvenmesi) benim için kolaydır. Terk edilmekten veya bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.

**B)** Annem ve babam bakım konusunda genelde ilgisizdi, benden birçok istemleri vardı, çoğu kez yaptıklarımı eleştirirler ve bana birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir; onlara tam anlamıyla güvenmekte ve dayanmakta zorlanırım. Herhangi bir kimse bana çok yakınlık gösterdiği zaman veya birlikte olduğum insan (eş veya diğerleri) bana daha yakın olmak isteğinde kendimi rahat hissetmem, sıkıntılı hissederim.

**C)** Annemin ve babamın ne yapacağı öngörülemezdi (yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler, bazen göstermezlerdi) çoğu kez haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benim istediğim kadar yakın olma konusunda isteksiz buluyorum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında çoğu kez endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle çoğu kez daha yakın olmak isterim (onunla bir bütün olmak) ve bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

### (II. Bölüm- Yetişkinlik Çağı)

Aşağıda 15 tane cümle bulunmaktadır, lütfen bu cümlelerin sizin kişisel görüş ve davranışlarınızı ne kadar yansıttığını değerlendirin. Yanıtlarınız yalnız sizin kişisel yorumunuza dayanmalıdır. Her sorunun yanında 7 numaralı bir dizi bulunmaktadır. Sizin durumunuza en uygun olan rakamı işaretleyiniz.

1	2	3	4	5	6	7
Kesinlikle Doğru değil	Doğru değil	Pek doğru sayılmaz	Bazen doğru bazen yanlış	Hemen hemen doğru	Doğru	Kesinlikle doğru

- Kolaylıkla yakın ilişkiler kurarım. 1 2 3 4 5 6 7
- Diğer insanlara yakınlaşırken kendimi rahat hissetmem. 1 2 3 4 5 6 7
- Yakın bir ilişki çerçevesinde kendimi diğer insanlara bağlı hissetmekle ilgili zorluğum yok. 1 2 3 4 5 6 7
- Birlikte olduğum insan kendisine sağlayabileceğim yakınlıktan çok daha samimi bir ilişki istiyor. 1 2 3 4 5 6 7
- Birlikte olduğum kişinin benimle kalmak istemeyeceğinden sık sık endişe duyuyorum. 1 2 3 4 5 6 7
- Belli insanlarla çok güçlü ilişkiler kurmak istiyorum. 1 2 3 4 5 6 7

7. Yakın bir ilişki çerçevesinde birlikte olduğum insan bana dayanıyorsa herhangi bir zorluk yaşamıyorum. 1 2 3 4 5 6 7
8. Birlikte olduğum insana tam olarak güvenmekte zorlanırım. 1 2 3 4 5 6 7
9. Diğer insanların benimle benim istediğim kadar yakın bir ilişki kurmadıklarını düşünürüm. 1 2 3 4 5 6 7
10. Bana yakın birisinin beni aşırı üzebileceği gibi endişelerim yok. 1 2 3 4 5 6 7
11. Bazen birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği endişesine kapılıyorum. 1 2 3 4 5 6 7
12. Bir başkasının bana yakınlaştığını hissettiğimde gerginleşiyorum. 1 2 3 4 5 6 7
13. Yakın ilişkiler çerçevesinde diğer insanlara güvenmekle ilgili zorluklarım vardır. 1 2 3 4 5 6 7
14. Tam ve eksiksiz bir ilişki kurma konusundaki isteğim insanları benden uzaklaştırıyor. 1 2 3 4 5 6 7
15. Bir başkasının bana çok yaklaşabileceği ihtimali beni endişelendirmiyor. 1 2 3 4 5 6 7

### Ek-3. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)

**AÇIKLAMA:** İlişkide aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (*Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum*)

Her cümle için 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	( )	( )	( )	( )
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	( )	( )	( )	( )
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	( )	( )	( )	( )
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	( )	( )	( )	( )
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	( )	( )	( )	( )
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	( )	( )	( )	( )
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	( )	( )	( )	( )
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
10. Gerekliğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	( )	( )	( )	( )
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	( )	( )	( )	( )
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	( )	( )	( )	( )
13. Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	( )	( )	( )	( )
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	( )	( )	( )	( )
15. Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	( )	( )	( )	( )
16. Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	( )	( )	( )	( )
17. Evde herkes başına buyruktur.	( )	( )	( )	( )
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	( )	( )	( )	( )
19. Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	( )	( )	( )	( )
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	( )	( )	( )	( )
21. Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	( )	( )	( )	( )
22. Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	( )	( )	( )	( )

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	( )	( )	( )	( )
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	( )	( )	( )	( )
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	( )	( )	( )	( )
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	( )	( )	( )	( )
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	( )	( )	( )	( )
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	( )	( )	( )	( )
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	( )	( )	( )	( )
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	( )	( )	( )	( )
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	( )	( )	( )	( )
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	( )	( )	( )	( )
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	( )	( )	( )	( )
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	( )	( )	( )	( )
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	( )	( )	( )	( )
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	( )	( )	( )	( )
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	( )	( )	( )	( )
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	( )	( )	( )	( )
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	( )	( )	( )	( )
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	( )	( )	( )	( )
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	( )	( )	( )	( )
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	( )	( )	( )	( )
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	( )	( )	( )	( )
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	( )	( )	( )	( )
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	( )	( )	( )	( )
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	( )	( )	( )	( )
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	( )	( )	( )	( )
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	( )	( )	( )	( )
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	( )	( )	( )	( )
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	( )	( )	( )	( )

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	( )	( )	( )	( )
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	( )	( )	( )	( )
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	( )	( )	( )	( )
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	( )	( )	( )	( )
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	( )	( )	( )	( )
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	( )	( )	( )	( )
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	( )	( )	( )	( )
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	( )	( )	( )	( )
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	( )	( )	( )	( )



**Ek-4. HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (HDDÖ)**

<b>Hastanın Adı, Soyadı:</b>	<b>Tarih:</b>
<b>Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:</b>	<b>Değerlendirici:</b>

		<b>Puan</b>
<b>1. DEPRESİF (ÇÖKKÜN) RUH HALİ</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>2. ÇALIŞMA VE ETKİNLİKLER</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>3. GENİTAL SEMPTOMLAR</b>	<b>(1-3)</b>	
<b>4. SOMATİK SEMPTOMLAR –GASTROİNTESTİNAL</b>	<b>(1-3)</b>	
<b>5. KİLO KAYBI</b>		
<b>A. ÖZGEÇMİŞİNİ DEĞERLENDİRİRKEN</b>	<b>(1-4)</b>	
<b>B. GERÇEK KİLO DEĞİŞİMİ</b>	<b>(1-4)</b>	
<b>6. UYKUSUZLUK (BAŞLARKEN)</b>	<b>(1-3)</b>	
<b>7. UYKUSUZLUK (ORTA)</b>	<b>(1-3)</b>	
<b>8. UYKUSUZLUK (GEÇ)</b>	<b>(1-3)</b>	
<b>9. SOMATİK BELİRTİLER (GENEL)</b>	<b>(1-3)</b>	
<b>10. SUÇLULUK DUYGULARI</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>11. İNTİHAR</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>12. PSİŞİK KAYGI</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>13. SOMATİK KAYGI</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>14. HİPOKONDİRİ</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>15. İÇGÖRÜ</b>	<b>(1-3)</b>	
<b>16. YAVAŞLAMA</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>17. AJİTASYON</b>	<b>(1-5)</b>	
<b>TOPLAM</b>		<b>.....</b>

## Ek-5. HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (HADÖ)

0. Yok
1. **Hafif** (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. **Orta** (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. **Şiddetli** (sürekli hastanın yaşamına egemen)
4. **Çok şiddetli** (kişiyi inkapasite durumuna getirici)

### BİRİNİ İŞARETLEYİN

1. <b>Anksiyeteli Mizaç:</b> Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2. <b>Gerilim:</b> Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. <b>Korkular:</b> Karanlıktan, yabancılardan, yalnız kalmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. <b>Uykusuzluk:</b> Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. <b>Entelektüel(kognitif):</b> Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması	0	1	2	3	4
6. <b>Depresif Mizaç:</b> İlgilili yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7. <b>Somatik(musküler):</b> Ağrılar, seyirme, kas gerginliği, miyoklonik sızramalar, diş gıcırdatma, artmış kas tonusu (Duygusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu.	0	1	2	3	4
8. <b>Kardiyovasküler Semptomlar:</b> Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistolter.	0	1	2	3	4
9. <b>Solunum Semptomları:</b> Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, içe çekme, dispne.	0	1	2	3	4
10. <b>Gastrointestinal Semptomlar:</b> Yutma güçlüğü, barsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyguları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
11. <b>Genitoüriner Esmptomlar:</b> Sık işeme, amenore, menorai, firdite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
12. <b>Otonomik Semptomlar:</b> Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
13. <b>Görüşme Sırasındaki Davranış:</b> Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geçirme, canlı tendon sızramaları, dilate pupiller, egzozftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM PUAN

PSİŞİK (1, 2, 3, 5, 6)

SOMATİK (4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)

Değerlendiren Doktor

: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_

## Ek-6. DEMOGRAFİK SORU FORMU

- 1- Yaşınız:.....
- 2- Anne-babanızın durumu:
  - İki de sağ, birlikte
  - İki de sağ, ayrı
  - Sadece anne sağ
  - Sadece baba sağ
- 3- Annenizin eğitim durumu:
  - Hiç okula gitmemiş
  - Okur-yazar
  - İlköğretim
  - Ortaöğretim
  - Yüksekokul
- 4- Babanızın eğitim durumu:
  - Hiç okula gitmemiş
  - Okur-yazar
  - İlköğretim
  - Ortaöğretim
  - Yüksekokul
- 5- Kaç kardeşiniz?(Lütfen yaşlarını da belirtiniz).....
- 6- Ailenizin (Anne-baba ve kardeşler) aylık gelir durumu nasıldır?
  - 0 – 500 TL
  - 500 TL – 1000 TL
  - 1000 TL – 2.000 TL
  - 2.000 TL ve üstü
- 7- Ailenizde kronik ya da ağır hastalığı olan biri var mı?
  - Evet
  - Hayır

Evet ise,

- 8- Hastalığı nedir?.....
- 9- Ailenizde diyet yapan biri var mı?
  - Evet
  - Hayır

Evet ise kim olduğunu belirtiniz:.....

- 10- Öğünlerinizi ailenizle birlikte mi yoksa dışarıda mı yersiniz?

Kahvaltı:

- Evde
- Dışarıda

Öğle yemeği:

- Evde
- Dışarıda

Akşam yemeği:

- Evde
- Dışarıda

- 11- Fast food yer misiniz?

- Evet
- Hayır

Evet ise,

- 12- Ne sıklıkta fast food yersiniz?

- Ayda bir iki kez
- Ayda dört beş kez
- Haftada en az bir kez

13- Cips, okolata, abur cubur vs. yer misiniz?

- Evet
- Hayır

Evet ise,

14- Ne sıklıkta cips, okolata vs. yersiniz?

- Ayda bir iki kez
- Ayda dört beş kez
- Haftada en az bir kez

15- Arkadaşlarınızla ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- Yetersiz
- İyİ
- Çok iyİ

16- Arkadaşlarınız ile beraberken ne tür etkinlikler yaparsınız?

- Sinema
- Gezinti
- Sohbet
- Ders alışma

17- Diyet yapan arkadaşlarınız var mı?

- Evet
- Hayır

18- Grup halinde diyet yapar mısınız?

- Evet
- Hayır

19- Yoğun aktivite gerektiren uğraşlarınız var mı?

- Spor/ Egzersiz
- Dans
- Okul/Eğitim
- .....

20- Enerji ieeği içer misiniz?

- Evet
- Hayır

Evet ise,

21- Ne sıklıkta enerji ieeği içersiniz?

- Ayda bir iki kez
- Ayda dört beş kez
- Haftada en az bir kez

22- Hiç kendinize fiziksel zarar(Tırnak yeme, sa çekme-koparma, deri kesme-yakma vb.) verdiniz mi?

- Evet
- Hayır
- 

Evet ise,

23- Ne sıklıkta kendinize zarar verirsiniz?

- Ayda bir iki kez
- Ayda dört beş kez
- Haftada en az bir kez

24- Hiç hayatınıza son vermeyi (intiharı) isteyecek kadar kendinizi kötü hissettiğiniz oldu mu?

- Evet
- Hayır

25- Hiç intihar etmeyi planladınız mı?

- Evet

Hayır

26- Hiç intihar girişiminde buldunuz mu?

Evet

Hayır

Evet ise,

27- Kaç kez intihar girişiminde buldunuz?.....

28- İlk ve son intihar girişimlerinizin ne zaman oldu?.....

## ÖZGEÇMİŞ

Engin Eker, 04.11.1980 tarihinde İstanbul'da doğdu. İlköğretimini Lüleburgaz Emrullah Efendi İlkokulunda, ortaöğretimini Lüleburgaz Anadolu Lisesinde tamamladı. 1999 yılında İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümüne girdi.

Haziran 2003 'te İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde mezun olmuş, aynı yıl İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü'nde Sosyal Bilimler Anabilim Dalında Master programına başlamıştır. Ekim 2003'ten Ocak 2006'ya kadar Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda "2005 Yılında İstanbul Ortaöğretim Kurumlarında Eğitim Gören Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Kendine Zarar Verme İle İntihar Davranışları Bakımından Karşılaştırılması" adlı Master tezini tamamlamıştır. Aynı sene Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nda Sosyal Bilimler Doktora Programına kabul edilmiş ve yeme bozukluğuyla ilgili araştırmalarına devam etmiştir.

Ayrıca bilgisayar bağımlılığıyla ilgili araştırmalar yapmıştır. Bu rahatsızlığı yaşayan çocuklarla yaptığı " Bilgisayar Bağımlılığının Rorschach Testindeki Yansımaları" adlı araştırmayı I. Rorschach ve Projektif Testler Kongresinde sunmuştur.

"2005 Yılında İstanbul Ortaöğretim Kurumlarında Eğitim Gören Ergenlerin Yeme Tutumlarının Değerlendirilmesi ve Kendine Zarar Verme ile İntihar Davranışları Bakımından Karşılaştırılması" adlı makalesi 2011 yılı Haziran ayında Tıp Sendrom dergisinde yayımlanmıştır. 2004 Kasım ayından itibaren Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Gureba Eğ. ve Arş. Hastanesinde Psikiyatri Kliniğinde Psikolog olarak görev almış olan Engin Eker, 2010 Ekim ayında Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesinde Psikolog olarak göreve başlamıştır. 2013 Ağustos ayında ise Halk Sağlığı Müdürlüğünde görev almaya başlamıştır. Halen Halk Sağlığı Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Programları Şubesinde Psikolog olarak görev yapmaktadır.