

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**12-18 YAŞ ARALIĞINDAKİ ERGENLERDE
TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU İLE
AYRILMA-BİREYLEŞME SÜRECİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

UZMANLIK TEZİ

DR. EZGİ ŞEN DEMİRDÖĞEN

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:
PROF. DR. TÜRKAY DEMİR**

İSTANBUL-2015

TEŞEKKÜR

Psikiyatrinin insan denen varlığa doğru sonsuz bir yolculuk olduğunu uzmanlık eğitimim sırasında öğrendim. Bana bu sonsuzluğa doğru yapılan yolculuğun kapılarını açan, bilimsel ve akademik tutumu hümanist bir çizgide paylaşan, desteğini her an yanımda hissettiren, eğitim alma fırsatı yakaladığım için kendimi çok şanslı hissettiğim, tez danışmanım değerli Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Türkey Demir'e,

Bu yolculuk sırasında deneyim ve bilgi birikimini paylaşma açan, eğitimim sırasında hastalarla ilgili yardımlarını esirgemeyen sayın Doç. Dr. Burak Doğangün'e,

Eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Uzm. Dr. R. Hülya Bingöl Çağlayan ve Uzm. Dr. Tayyip Kadak'a,

Psikiyatri rotasyonumda bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Alaaddin Duran, Prof. Dr. Musa Tosun, Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu, Prof. Dr. Kemal Arıkan, Prof. Dr. Murat Emül'e, tüm hocalarıma, uzmanlarıma, asistan arkadaşlarıma ve psikiyatri çalışanlarına,

Çocuk Nörolojisi rotasyonumda bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Veysi Demirbilek, Prof. Dr. Cengiz Yalçınkaya, Prof. Dr. Barış Korkmaz'a, tüm asistan arkadaşlarıma ve nöroloji çalışanlarına,

Uzmanlık eğitimim sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan ve psikolog arkadaşlarıma ve Cerrahpaşa Çocuk Psikiyatrisi'nin tüm çalışanlarına,

Tanıştığım günden itibaren güzel dünyası ve dostluğuyla beni zenginleştiren, dört yıl boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum sevgili dostum Dr. Pınar Algedik'e,

Tüm hayatım boyunca türlü sıkıntılarında, sevinç ve mutluluklarımda varlıklarını yanımda hissettiğim değerli annem Selvet Şen, babam İbrahim Şen, kardeşim Ozan Şen'e,

Hayat yolculuğunu beraberce yaptığım, hayatın tüm renklerini paylaştığım, her zaman bana destek olup cesaret veren, daha iyi hissetmemi sağlayan sevgili eşim Volkan Demirdöğen'e,

Sonsuz teşekkür eder, varlıklarından duyduğum memnuniyeti ifade ederim.

Ezgi Şen Demirdöğen

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 YEME BOZUKLUKLARINDA TANI VE SINIFLANDIRMA	4
2.1.1 DSM-IV-TR’de Yeme Bozuklukları Sınıflandırması	5
2.1.2 DSM-5’te Yeme Bozuklukları Sınıflandırması	5
2.1.3 Yeme Bozukluklarının Tanısal Özellikleri	6
2.2 YEME BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ	15
2.2.1 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu’nun Epidemiyolojisi	18
2.3 YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ	19
2.3.1 Genetik ve Biyolojik Risk Faktörleri.....	20
2.3.2 Psikolojik Faktörler	23
2.3.3 Sosyal-Çevresel Risk Faktörleri	27
2.4 AYRILMA BİREYLEŞME VE YEME PSİKOPATOLOJİSİ.....	29
2.4.1 Gelişimsel Kuramlar	30
2.4.2 Yaşam Boyu Kuramlar	30
2.4.3 Feminist Kuramlar	30
2.4.4 Mahler’in Kuramı	31
2.4.5 Ayrılma-Bireyleşme ve Yeme Psikopatolojisi Arasındaki İlişkiler	34
3. YÖNTEM.....	37

3.1	ÖRNEKLEM.....	37
3.2	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	37
3.2.1	Sosyodemografik Veri Formu	37
3.2.2	DSM-5 Dürtüsellik Soruları	38
3.2.3	Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA).....	38
3.2.4	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)	39
3.2.5	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA) (Dutch Eating Behaviour Questionnaire-DEBQ).....	40
3.2.6	Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	40
3.2.7	Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE).....	41
3.2.8	Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) (Barrat Impulsivity Scale-11 – BIS-11).....	41
3.3	İŞLEM.....	42
4.	İSTATİSTİKSEL ANALİZ VE BULGULAR.....	44
4.1	İSTATİSTİKSEL ANALİZ	44
4.2	BULGULAR	45
4.2.1	Sosyodemografik Özellikler	45
4.2.2	DSM-5 Dürtüsellik Soruları	51
4.2.3	Ölçek Puanları	52
4.2.4	Lojistik Regresyon Analizi	55
5.	TARTIŞMA	57
5.1	SOSYODEMOGRAFİK VERİLER	57
5.2	DSM-5 DÜRTÜSELLİK SORULARI.....	59
5.3	ÖLÇEK PUANLARI.....	59

5.3.1	Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA).....	59
5.3.2	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)	61
5.3.3	Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA) (Dutch Eating Behaviour Questionnaire-DEBQ).....	61
5.3.4	Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)	62
5.3.5	Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE).....	63
5.3.6	Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) (Barrat Impulsivity Scale-11 – BIS-11).....	63
5.4	LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ.....	64
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7.	KISITLILIKLAR.....	66
8.	KAYNAKLAR	68
9.	EKLER.....	94

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Anne ve Baba Yaşlarına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması	45
Tablo 2: Anne ve Baba Eğitim Düzeylerine Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması	46
Tablo 3: Annenin Çalışma Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4: Baba Mesleğinin Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması	47
Tablo 5: Kardeş Sayısına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması ..	47
Tablo 6: Doğum Sırasına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması ..	48
Tablo 7: Aile Bütünlüğü Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması	48
Tablo 8: Ebeveyn Kaybı Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması	49
Tablo 9: Anne ve Baba Arasında Akrabalık Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması	49
Tablo 10: Kronik Hastalık Varlığına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması	50
Tablo 11: BKİ'ne Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 12: DSM-5 Dürtüsellik Sorularının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması	51
Tablo 13: AABT Alt Ölçek Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması	52
Tablo 14: YEDÖ Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması	53
Tablo 15: HYDA Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması	54
Tablo 16: ÇDÖ Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması	54

Tablo 17: ÇDSKE-Sürekli Kaygı Ölçek Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	54
Tablo 18: BIS-11-KF Ölçek Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması	55
Tablo 19: Birinci Lojistik Regresyon Analizi.....	56
Tablo 20: İkinci Lojistik Regresyon Analizi	56



KISALTMALAR

AABT	: Adölesan Ayrılma Bireyleşme Testi
YEDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
HYDA	: Hollanda Yeme Davranışı Anketi
ÇDÖ	: Çocuk Depresyon Ölçeği
ÇDSKE	: Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
BIS-11-KF	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu
DSM-5	: Diagnositik Manual of Mental Health 5
DSM- IV-TR	: Diagnositik Manual of Mental Health IV Text Revision
DSM- IV	: Diagnositik Manual of Mental Health IV
DSM- III-R	: Diagnositik Manual of Mental Health III Revised
DSM- III	: Diagnositik Manual of Mental Health III
YB	: Yeme Bozuklukları
BTA-YB	: Yeme Bozuklukları, Başka Türü Adlandırılmayan
AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimiya Nervoza
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
WHO	: World Health Organisation
CDC	: Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
APA	: American Psychiatric Assosiation
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
SPSS	: Statistical Package For The Social Sciences
SS	: Standart Sapma
N	: Numara
M	: Metre

ÖZET

Amaç: Ayrılma-bireyleşme ile ilgili güçlüklerin yeme bozuklukları gelişiminde etkili olduğu ileri sürülmektedir. Ayrılma-bireyleşme süreci ve yeme bozuklukları ilişkisini inceleyen az sayıdaki çalışmada genellikle anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastaları incelenmiştir. Ancak mevcut çalışmalarda tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda yeme psikopatolojisi ile ayrılma-bireyleşme süreci ilişkisi ele alınmamıştır. Ayrıca çalışmaların büyük bölümü ergenlerde değil daha büyük yaştaki kişilerle yapılmıştır. Yazındaki bu eksikliği de göz önüne alarak bu çalışmanın amacı 12-18 yaş aralığındaki ergenlerde tıknırcasına yeme bozukluğu ile ayrılma-bireyleşme süreci arasındaki ilişkiyi incelemek olarak belirlenmiştir. Bu değerlendirmenin yanında, tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan ergenlerin depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeylerinin de değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Olgu grubu Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na özgül olarak aşırı yemek yeme ve/veya kilo ile ilgili belirtilerle başvuran ya da herhangi bir yakınmayla başvurup ek olarak bu belirtileri bildiren hastalarla yapılan klinik görüşmeler sonucu TYB tanısı alan 30 ergenden, karşılaştırma grubu ise İstanbul ilinde sosyodemografik açıdan düşük, orta ve yüksek düzeyi temsil eden nitelikte altı ayrı okulda okuyan 332 ergenden oluşmaktadır. Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı ebeveynler ve ergenlerle yapılan klinik görüşmeler ile DSM-5 tanı ölçütleri sorgulanarak tek tek değerlendirilmiştir. Tanı farklı bir araştırmacı tarafından doğrulanmıştır. Veri toplama araçları olarak Sosyodemografik Veri Formu, Adölesan Ayrılma Bireyleşme Testi, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Envanteri, Çocuk Depresyon Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Veriler Ki-kare, Fisher, Mann Whitney-U testi ve Bacward Stepwise lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Kronik hastalık varlığı ve beden kitle indeksi tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan olgu grubunda, anne eğitim düzeyi ise karşılaştırma grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlüklerin tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan ergenlerde daha fazla görüldüğünü gösteren sonuçlar elde edilmiştir. Ayrılma-bireyleşme süreci açısından olumsuzluk ya da zorlukları gösteren alt ölçeklerin

tümünün ortalama puanları olgu grubunda daha yüksektir; bu alt ölçeklerden reddedilme beklentisi ve ihtiyacı inkar etme istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Sağlıklı bir ayrılma-bireyleşme sürecine işaret eden alt ölçekler ise karşılaştırma grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı dereceye ulaşmamıştır. Depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan hastalarda karşılaştırma grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Tartışma: Çalışmamızda TYB tanılı ergenlerin sağlıklı ergenlere göre ayrılma-bireyleşme ile ilgili süreçlerinde daha fazla zorluklar bildirdikleri saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları ayrılma-bireyleşme kuramının TYB ile ilişkisine dair ilk deneysel kanıtları sağlamaktadır. Bu sonuçların yeni bir tanı kategorisi olarak kabul edilen ve görece az sayıda çalışma yapılan TYB'nin gelişimine neden olan faktörleri anlamaya ve TYB'nin etiyolojisini araştıran çalışmalara katkıda bulunabileceği düşünülmüştür. Farklı karşılaştırma gruplarıyla yapılacak yeni çalışmalarda ayrılma-bireyleşme ile ilgili bulguların tıknırcasına yeme bozukluğu ile ilişkisinin özgüllük derecesi daha ayrıntılı incelenmelidir. Ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlüklerin TYB etiyolojisinde bir risk faktörü olarak kabul edilmesi açısından uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ayrılma Bireyleşme, Tıknırcasına Yeme Bozukluğu, Ergenlik

ABSTRACT

Objective: It has been theorized that difficulties with the separation-individuation process may contribute to the development of eating disorders. There have been few studies examining the relationship between separation-individuation and eating disorders and most of them were about anorexia nervosa and bulimia nervosa. But the relationship between binge eating disorder and separation-individuation process has not been studied. In addition most of the studies focused on older age instead of adolescent period. Considering the deficiency in literature, the purpose of the current study was to examine relationship between binge-eating disorder and separation-individuation process in adolescents aged 12-18. Besides this, evaluation of depression, anxiety and impulsivity level in binge eating disorder were also aimed.

Method: A cross-sectional study design is used in the study. The sample of this study is consisted of 30 adolescents diagnosed with binge eating disorder who admitted to Cerrahpaşa Child and Adolescent Psychiatry Department specially for overeating and/or weight related symptoms or reported these symptoms during clinical interviews. Diagnosis of binge-eating disorder was evaluated by clinical interviews with parents and adolescents and DSM-5 diagnostic criteries were questioned individually. The diagnosis was confirmed by different reserchers. The comparison of this study is consisted of 332 adolescents studying in six different schools representing three different socioeconomical status in İstanbul. Sociodemographic data form, Separation Individuation Test of Adolescence, Eating Disorder Examination Questionnaire, Dutch Eating Behaviour Questionnaire, Children's Depression Inventory, Trait Anxiety Inventory for Children and Barrat Impulsiveness Scale Short Form were used in the study. The data was analyzed with Ki-Square, Fisher, Mann-Withney U test and Bacward Stepwise Regression by using SPSS-22 software.

Findings: Presence of chronic disease and body mass index in patients diagnosed with binge-eating disorder, education level of mother in comparison group were determined in significantly statistically higher level. Confirming hypotheses, difficulties in separation-individuation process were higher in adolescents with binge-eating disorder. The average scores of all subscales showing separation-individuation difficulties was higher and dependency deniel and rejection expectancy of these subscales were found to be statistically

significantly higher in study group. While subscales pointing healthy separation-individuation process was found higher in comparison group but did not reach a statistically significantly higher level. Depression, anxiety and impulsiveness level were found to be higher in binge-eating disorder patients.

Discussion: This study shows adolescents diagnosed with binge eating disorder report more difficulties in separation-ivdividuation process than healthy adolescents. Results of the study provide first experimental evidence for the realtionship between separation-individuation theory and binge eating disorder. These results can contribute understanding the etiology of binge eating disorder which is a new diagnostic catagory and a relatively small number of studies have been conducted about its etiology. Specifity of relationship between binge eating disorder and seperation-individuation process should be examined with different comparison groups in new studies. Longitudinal studies are needed to accept difficulties in separation-individuation process as a risk factor.

Key Words: Seperation Individuation, Binge Eating Disorder, Adolescent

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları, yeme, vücut ağırlığı ve beden şekli ile ilişkili bir dizi sağlıksız tutum ve davranış ile karakterize olan, benlik ve özdenetim mücadelelerinin gözlendiği durumlardır (Levine ve ark. 2015). DSM-5 üç temel yeme bozukluğu tanı kategorisi tanımlamaktadır: anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu (Culbert ve ark. 2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu daha önce DSM-IV-TR'de başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu ve ileri araştırma gerektiren hastalıklardan biri olarak yer almaktayken DSM-5'te ana sınıflandırmaya dahil edilmiştir (APA 2000; APA 2013).

Son yıllarda yeme bozukluklarının prevalansı her iki cinsiyette de artış göstermiştir (Micali ve ark. 2013). Yeme bozukluklarının başlangıç yaşı giderek düşmüş, çocuk ve ergenlerde prevalansı artmıştır. Hayatı tehdit edici morbiditeye ek olarak, yaşam kalitesi üzerine ciddi ve kronik etkileri ve çocuk ve ergenlerdeki insidans ve prevalansında görülen artış bu bozukluklara verilmesi gereken dikkatin önemini arttırmıştır (Academy for Eating Disorders 2012; Rosen 2010).

Yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamaktadır (Andersen ve Yager 2005; Pedersen ve ark. 2014). Orta ve geç ergenlik dönemi yeme bozuklukları için riskin en yüksek olduğu dönemdir (Abebe ve ark. 2012; Stice ve ark. 2013). Ergenlik ve ergenlikten genç erişkinliğe geçiş, yeme bozukluklarının ortaya çıkışı, tanısı ve önlenmesi açısından çok önemli dönemlerdir (Bakalar ve ark. 2015). Risk faktörlerini hastalığın ortaya çıkış riskinin yüksek olduğu yaşlarda, örneğin gelişimsel geçiş dönemlerinde incelemek önemlidir, çünkü risk faktörlerinin gelişimsel geçiş dönemlerinde özgün etkileri vardır (Klump ve ark. 2000). Ancak yeme bozukluklarının ortaya çıkış riskinin en yüksek olduğu dönem olan ergenlikte etiyolojiye yönelik araştırmalar daha ileri yaşlarda yapılan çalışmalara göre az sayıdadır (Eggert 2007).

Çok sayıda çalışma yapılmış olmasına karşın, yeme bozukluklarının etiyolojisi henüz belirsizliğini korumaktadır (Kuruoğlu 2000). Ayrıca yeme bozukluğu etiyolojisine yönelik araştırmaların çoğu anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza üzerine yapılmıştır. 2011 yılından itibaren yayınlanan ampirik araştırmaların rehberliğinde etiyolojik faktörler üç ana başlıkta toplanmaktadır: 1) Genetik/biyolojik 2) Psikolojik 3) Sosyal-çevresel (Bakalar ve ark. 2015).

Sosyal-çevresel faktörlerden biri olan aile ile ilgili faktörler incelendiğinde, yeme bozukluğu olan ergenlerin ailesel işlevselliğinin yeme bozukluğu olmayanlara göre daha kötü olduğuna ilişkin hayli kanıt olduğu görülmektedir. Genel olarak yeme bozukluğu olan ailelerde daha fazla sorun olduğu saptanmıştır (Holtom-Viesel ve Allan 2014). Ancak aile ilişkisi çalışmalarda derinlemesine incelenmemiştir. Yeme psikopatolojisi ve aile ilişkisi ile ilgili çok sayıda kuram öne sürülmüştür. Ancak çok az sayıda deneysel çalışma bu kuramları araştırmıştır (Rhodes ve ark. 1992).

Öne sürülen kuramlardan önemli bir tanesi ayrılma-bireyleşme süreci ile ilişkili olmaktadır. Ayrılma-bireyleşme, normal gelişimsel sürecin ayrı bir varlık olma duygusunun kazanıldığı bir bölümdür (Edward ve ark. 1981). İnsanın ruhsal gelişimindeki önemli dönemlerden biri olan ayrılma-bireyleşme sürecini tanımlayan Margaret Mahler'in kuramı yeni doğanların ve küçük bebeklerin dış dünyaya göre "ayarlanmadan" doğduklarına dikkati çekerek, insan yavrusunun biyolojik doğumu ile psikolojik doğumunun birbiriyle çakışmadığını ileri sürmektedir (Mahler ve ark. 2003). Mahler'in gelişim kuramı yaşamın ilk otuz altı ayı ile ilgili dönemsellerde bulunmaktadır (Erten 2003). Mahler, anne bebek ilişkisinin, ortak yaşam ilişkisi olarak adlandırdığı "bir olma" (symbiosis) durumuyla başladığına inanmıştır. Çocuk "bir olma" durumundan gittikçe ayrılır ve kendi kendiliğini oluşturur. Bunu yapmak için de annesiyle arasındaki ilişkiyi içselleştirir, yani kendi bağımsızlığını geliştirirken annesiyle bağlantıda olma duygusunu da korur. Bu süreçteki bozukluklar uzun süreli çatışmalara, ayrılmadan kaynaklanacak kaygıya ve güvenli bir kimlik oluşturulmasında sorunlara yol açmaktadır (Mahler ve ark. 2003).

Bazı yazarlar ergenlik döneminin ikinci ayrılma-bireyleşme dönemi olduğunu öne sürmektedirler; ancak burda söz konusu olan bakımverenden fiziksel olarak ayrılmadan ziyade içsel nesneden ayrılmadır (Eggert 2007). Dış nesnelere göreli olarak bağımsızlık kazanılması, kendilik sınırları kurulması, ayrı bir birey olma hissinin gelişmesi hayatın ilk üç yılında ayrılma-bireyleşme alt dönemlerinin başarılı bir şekilde atlatılmasına bağlıdır. Ancak Masterson'un belirttiği gibi ergenlik döneminde benlik gelişimiyle birlikte içsel nesneden ayrılma ihtiyacı infantil dönemde görülen yeniden yaklaşma dönemine benzer bir mücadele doğurur (Masterson ve Costello 2014). Blos, Joselson, Esman Brant ve Kroger infant ve ergenin ayrılma-bireyleşme süreci arasında paralellikler tanımlamışlardır ve "Ergenler İçin Ayrılma Bireyleşme Testi" (Adölesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT): Separation-Individuation Test of Adolescence (SITA)) bu görüşünün çeşitli boyutlarını incelemektedir

(Eggert 2007). Geç ergenlik döneminin optimal intrapsişik yapısal becerisi infantil dönem ve ergenlik döneminin her ikisinin de ayrılma-bireyleşme sürecinin başarılı atlatılmasına bağlıdır. Bazı kuramcılar ayrılma-bireyleşme sürecinde başarısızlık ve/veya saplanmanın ergenlik döneminde görülen yeme bozukluklarında etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir. (Bruch 1974; Johnson ve Connors 1987; Lerner 1986; Masterson 1977).

Ayrılma-bireyleşme süreci ve yeme bozuklukları ilişkisini inceleyen az sayıdaki çalışmada genellikle anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastaları incelenmiştir. Ancak tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda yeme psikopatolojisi ile ayrılma-bireyleşme süreci ilişkisini inceleyen bir çalışma yapılmamıştır. Ayrıca çalışmaların büyük bölümü ergenlerde değil daha büyük yaştaki kişilerle yapılmıştır. Bu durum bu alandaki çalışmalardaki önemli bir eksikliğe işaret etmektedir, çünkü ayrılma-bireyleşme ile ilgili zorluklar da yeme bozuklukları da ergenlik döneminde ortaya çıkma eğilimindedirler. Yazındaki bu eksikliği de göz önüne alarak bu çalışmanın amacı 12-18 yaş aralığındaki tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ergenlerde yeme psikopatolojisi ile ayrılma-bireyleşme süreci arasındaki ilişkiyi incelemek olarak belirlenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 YEME BOZUKLUKLARINDA TANI VE SINIFLANDIRMA

Yeme bozuklukları (YB), bedensel ve psikososyal boyutu olan; kişinin yemek, vücut ağırlığı ve fiziksel görüntüsü ile ilgili düşünceleri ve yeme davranışlarında bozukluklarla kendini gösteren durumlardır (Becker ve ark. 1999). Hayatı tehdit edici morbiditeye ek olarak, yaşam kalitesi üzerinde ciddi ve kronik etkileri olan anormal yeme davranışları ile karakterize ciddi psikiyatrik hastalıklardır (Academy for Eating Disorders 2012). Yeme bozuklukları tedavi edilmesi en zor psikiyatrik hastalıklar arasındadır (Fairburn ve ark. 2013). Dünya Sağlık Örgütü yeme bozukluklarını çocukluk ve ergenlikte tam dikkat gerektiren psikiyatrik hastalıklar arasında değerlendirmiştir (WHO 2005).

Yeme bozukluklarının tanımlanması için üç temel özellik gerekli görülmektedir: 1. Yeme alışkanlıklarında ya da kilo kontrolü davranışlarında kesin bir bozulma, 2. Fiziksel sağlık ya da psikososyal işlevsellikte klinik olarak anlamlı bozulmayla sonuçlanan davranış bozuklukları ya da temel yeme bozukluğu özellikleri, 3. Herhangi bir genel tıbbi duruma ya da diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olmayan davranış bozukluğu (Dalle Grave 2011; Yücel ve ark. 2013).

Tarihçesine bakıldığında, değişik şekillerde yeme bozukluklarının aslında uzun yıllar öncesinden beri var oldukları, ancak anoreksiya nervozanın ve bulimiya nervozanın resmi sınıflandırma sistemlerine daha yakın tarihlerde girmiş oldukları görülmektedir (Yager ve Andersen 2005; Yücel ve ark. 2013). Yeme bozukluklarını anlama ve sınıflandırmada göreceli olarak kısa bir sürede hızlı bir gelişim olmuştur. 1970'lerde geliştirilen özgül tanısal ölçütlerle sınıflandırılan ilk yeme bozukluğu anoreksiya nervozadır. Bulimiya nervoza ise 1979'da tanımlanmıştır. 1980'lerde de atipik yeme bozukluklarının varlığı kabul edilmiştir. Son zamanlarda ise tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) tanımlanmıştır (Garfinkel 2002; Yücel ve ark. 2013).

2.1.1 DSM-IV-TR’de Yeme Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-IV-TR’de yeme bozuklukları bağımsız başlık altında sınıflandırılmış ve aşağıdaki tabloda gösterildiği gibi üç alt gruba ayrılmıştır (APA 2000).

DSM-IV-TR Yeme Bozuklukları:

307.1 Anoreksiya nervoza (AN)

307.51 Bulimiya nervoza (BN)

307.50 Yeme bozuklukları, başka türlü adlandırılmayan (BTA-YB)

Bebek ya da küçük çocukların beslenme ve yeme bozuklukları ise DSM-IV-TR’te “Genellikle İlk Kez Bebeklikte, Çocuklukta ve Ergenlikte Tanısı Konan Bozukluklar” bölümü içinde “Bebeklik ya da Erken Çocuklukta Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığıyla sınıflandırılmış ve üç alt gruba ayrılmıştır; 1) Ruminasyon Bozukluğu, 2) Pika, 3) Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu (APA 2000).

2.1.2 DSM-5’te Yeme Bozuklukları Sınıflandırması

DSM-5’te beslenme ve yeme bozuklukları, yiyeceklerin tüketilmesi ya da emilmesinde anlamlı değişim ile sonuçlanan ve fiziksel sağlık ve psikososyal işlevsellikte anlamlı bozukluğa yol açan yeme ve diğer yeme ile ilişkili davranışlarda kalıcı bozulma ile karakterize bozukluklar olarak tanımlanmıştır (APA 2013). DSM-IV-TR ölçütleriyle tanı konulduğu zaman yeme bozukluğu olan ergenlerin %81’inin, erişkinlerin %75’inin BTA-YB ölçütlerine girmesi nedeniyle ve yaşam boyu perspektifte bu durumlarla baş etmeye çalışan hastaların belirti ve davranışlarını daha iyi temsil etmesi açısından DSM-5’te önemli değişiklikler yapılmıştır (Call ve ark. 2013). DSM-5’te “Genellikle İlk Kez Bebeklikte, Çocuklukta ve Ergenlikte Tanısı Konan Bozukluklar” bölümü artık yer almamaktadır. Bu bölümde sınıflandırılan “Bebeklik ya da Erken Çocuklukta Beslenme ve Yeme Bozuklukları” DSM-5’te beslenme ve yeme bozuklukları başlığı altına dahil edilmiştir. AN ve BN tanısal ölçütlerinde gözden geçirmeler yapılmıştır. DSM-IV-TR’de BTA-YB ve Ekler bölümünde yer alan TYB DSM-5’te ana sınıflandırmaya dahil edilmiştir. (APA 2000; APA 2013).

DSM-5'te yeme bozuklukları:

307.52 Pika

307.53 Ruminasyon Bozukluğu

307.59 Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

307.1 Anoreksiya Nervosa

307.51 Bulimiya Nervosa

307.51 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

307.59 Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

307.50 Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Besinlerle alınan enerji miktarının metabolizma ve fiziksel aktivite ile tüketilen enerji miktarından daha fazla olduğu durumlarda obezite ortaya çıkmaktadır (Pi-Sunyer 1998). Bireyler arasında farklılık gösteren genetik, psikolojik, davranışsal ve çevresel faktör çeşitliliği obezite gelişimine katkıda bulunmaktadır, bu nedenle obezite DSM-5'te bir mental bozukluk olarak kabul edilmemiştir (APA 2013).

Bu çalışmada Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu ve hemen yalnızca bebeklik ve erken çocukluk döneminde görülen Pika, Ruminasyon Bozukluğu gibi beslenme ve yeme bozuklukları ele alınmayacaktır.

2.1.3 Yeme Bozukluklarının Tanısal Özellikleri

2.1.3.1 Anoreksiya Nervosa

AN, devamlı enerji alım kısıtlaması, kilo alma ya da şişman olmaktan aşırı korku ya da kilo alımını bozan devamlı davranışlar ve kendi beden şeklini algılama bozukluğu ile giden bir yeme bozukluğudur (APA 2013).

AN'nin bilinen ilk tıbbi kaydı 1689 yılında Richard Morton tarafından yayınlanmış ve o zaman "nervous consumption" olarak adlandırılmıştır (Silverman 1983). AN ilk kez 1874'te Gull ve Lasegue tarafından ayrı bir klinik durum olarak bildirilmiştir (Vanderecyken ve Van Deth 1989). Ancak AN tanısı için ilk ölçütler 1970'te Gerald Russel tarafından öne sürülmüştür (Russel 1979). AN'nin ayrı bir hastalık olarak sınıflandırılması ilk olarak DSM-

III ile olmuştur. Tanı ölçütleri zaman içinde farklı düzenlemelere uğramıştır (APA 1980; APA 1987; APA 1994; APA 2000). DSM-5'te tanısal ölçütlerde önemli gözden geçirmeler yapılmıştır.

DSM-5'te, AN'de kilo için daha önce pratik bir şekilde uygulanmadığı, rakamsal bir sınır çizmenin arzu edilir olmadığı ve klinisyenin ilgili veriler ışığında karar vermesinin en doğru olduğu düşüncesiyle DSM-IV-TR'de bulunan "beklenenin %85'in altında vücut ağırlığı" gibi ifadeler kaldırılmış ve bu tanı ölçütü biraz daha genelleştirilmiştir (Föcker ve ark. 2013). DSM-5'e göre A ölçütünün karşılanıp karşılanmadığını belirlemede, klinisyen, bireyin vücut yapısı, ağırlık öyküsü ve herhangi bir fizyolojik bozukluğunun yanı sıra, ulaşılabilen sayısal rehberleri göz önünde bulundurmalıdır. Birey, yaş, cinsiyet, gelişimsel eğri ve fiziksel sağlık için minimal normal seviyenin altında vücut ağırlığına sahiptir (A ölçütü). Ağırlık değerlendirmesi için beden kitle indeksi (BKİ) boy ve beden ağırlığı ilişkisine göre hesaplanan kullanışlı bir ölçümdür (BKİ, ağırlığın boyun m cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilir.). Erişkinler için 18.5 kg/m² BKİ, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından normal vücut ağırlığının en alt sınırı olarak kabul edilmiştir. 17.0 kg/m²'den düşük BKİ, DSÖ tarafından orta ya da ciddi zayıflık olarak kabul edilmektedir. BKİ 17.0 ve 18.5 kg/m² arasında ya da hatta 18.5 kg/m²'nin üzerinde olan bir yetişkin, eğer klinik öykü ya da diğer fizyolojik bilgiler yargıyı desteklerse anlamlı düşük ağırlık olarak kabul edilebilmektedir (APA 2013). Çocuklar ve ergenler için, yaşa ve cinsiyete uygun persantil eğrilerine göre BKİ değerlendirilmesi yapılmaktadır (APA 2013; Zhang ve Lai 2004). CDC, yaşa uygun BKİ'nin 5 persantilin altında olmasını düşük ağırlık olarak önermiştir, ancak bu sınırın üzerinde BKİ olan çocuk ve ergenler, beklenen ağırlık artışını gerçekleştirme yetersizliği ya da normal gelişimsel eğriyi koruyamama durumunda anlamlı olarak düşük ağırlıklı olarak kabul edilebilirler (APA 2000; APA 2013).

DSM-5'te hastanın niyetini değerlendirmenin zor olması nedeniyle DSM-IV-TR'de A ölçütünde bulunan "yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme" ifadesindeki "kabul etmeme" durumu çıkarılmış, bunun yerine kalori alımını kısıtlama gibi davranışların üzerine odaklanılmıştır (APA 2000; APA 2013). Kişinin kendi bildirimine ve bilişsel belirtilere daha az, davranışsal belirtilereyse daha fazla ağırlık verilmiştir; bu da düşünme kapasitesi sınırlı olan gençlerde daha uygun bir tanımlamadır (Ornstein ve ark. 2013).

Bu bozukluğu olan bireyler, tipik olarak yoğun bir kilo alma ya da şişman olma korkusu sergilerler (B ölçütü). Bu yoğun şişman olma korkusu, genellikle kilo vermekle hafiflemez. Gerçekte, kilo düşmeye devam etse bile kilo alma konusunda kaygı duyma sıklıkla artar (APA 2013). Çocuk ve ergenlerde AN belirtilerinin ifade edilmesi erişkinlere göre farklı olabilmektedir (Bravender ve ark. 2010). Çocuk ve ergenler düşüncelerini sözelleştirmede yetersizdirler. Bu nedenle malnütrisyona yol açacak ölçüde yemeyi reddetme emosyonel durumun bir ifadesi olabilmektedir (Couturier ve ark. 2007). AN'si olan daha genç bireyler, bazı erişkinlerde olduğu gibi, kilo alma korkusunu fark etmeyebileceği ya da bildirmeyebileceği için DSM-5'te DSM-IV-TR'deki kilo alma korkusuna ek olarak kilo almayı önleyecek devamlı davranışları destekleyen boylamsal gidişten elde edilen klinisyen görüşü B ölçütünü değerlendirmek için kullanılabilir (APA 2000; APA 2013).

Bu bireylerde beden ağırlığı ve şeklinin algısı belirgin biçimde bozulmuştur (C ölçütü). Bazı bireyler tümenden aşırı kilolu hissederler. Diğerleri, zayıf olduklarını fark ederler fakat halen bazı beden bölgelerinin, özellikle karın, kalçalar ve uylukların aşırı şişman olduğu konusunda kaygılıdır. Sık tartılma, beden bölgelerinin obsesif tarzda incelenmesi ve kontrol amaçlı olarak sürekli aynaya bakmayı içeren beden şekli ve ağırlığını değerlendirme teknikleri kullanabilirler (APA 2013). Bazı genç hastalar değerlendirme esnasında kilo ya da beden şekli ile ilgili endişelerini inkâr edebilirler ve sadece aç olmadıklarını söyleyebilirler ya da yalnızca karında rahatsızlık hissinden bahsedebilirler. Bu gibi durumlarda şişmanlatıcı gıdalardan sakınma ya da kilo almaktan korkuyu gösteren sık sık tartılma ya da ciltlerini sıkma gibi davranışlar tanıyı doğrulamak için kullanılabilir (Peebles ve ark. 2006; Lock ve La Via 2015). Bu ölçütte DSM-5'te herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

AN'si olan bireylerin özgüveni beden şekil ve ağırlık algılarına yüksek derecede bağımlıdır. Kilo kaybı etkileyici bir başarı ve sıradışı bir özdisiplin belirtisi olarak değerlendirilirken kilo alma, kendini kontrol etmede kabul edilemez bir başarısızlık olarak algılanır. Bu bozukluğu olan bazı bireyler zayıf olduklarını belirtse de, kötü beslenme durumlarının ciddi tıbbi sonuçlarını fark etmezler (APA 2013). Malnütrisyonun ciddiyetinin inkarı özellikle daha genç bireylerde yaygın olarak görülen bir belirtidir (Couturier ve Lock 2006).

Kritik tanısal bilgi sağlamaması, erkeklere, premenarş, oral kontraseptif kullanan ya da postmenpozal kadınlara uygulanamaması ve ayrıca menstruel aktivite devam etmesine rağmen tüm diğer belirtileri gösteren vakaların varlığı nedeniyle DSM-IV-TR'de D ölçütü

olan, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması ile tanımlanan amenore gerekliliği DSM-5'te yer almamaktadır (Roberto ve ark. 2008; APA 2000; APA 2013).

DSM-5'te AN'nin o sıradaki şiddetlilik düzeyi BKİ'ne göre belirlenmektedir. Aşağıdaki değer aralıkları DSÖ zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için persantil eğrileri kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere şiddetlilik düzeyi arttırılabilir (APA 2013).

Anoreksiya Nervosa Şiddetlilik Düzeyi

Ağır olmayan: BKİ ≥ 17 kg/m²

Orta derecede: BKİ 16-16.99 kg/m²

Ağır: BKİ 15-15.99 kg/m²

Aşırı düzeyde: BKİ <15 kg/m²

Anoreksiya Nervosa Alt Türleri

Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da laktasif ilaçlar, diüretik ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt tür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak kilo kaybedilen görünümleri tanımlar (APA 2013).

Tıknırcasına yeme/çıkarma türü: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma dönemleri olmuştur (APA 2013).

Çocuk ve ergenlerde tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarının bulunması daha az olasıdır. Bazı genç vakalarda kusma gibi dengeleyici davranışlar gelişmektedir ancak bu genellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde meydana gelmektedir (Peebles ve ark. 2006). Ergenlerde tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışı varlığı ve diyetin şiddeti tedaviyi kabul ile ilgili sorunlar ve uzun dönemde daha kötü sonuçların yordayıcısıdır (Steinhausen 2011).

AN hastalarının küçük bir kısmı “çıkartır”, fakat tıknmaz. Bunlar pek çok ortak özelliği paylaştığından “tıknanlarla” aynı şekilde sınıflandırılmaktadır (Garfinkel 2002).

Bozukluğun gidişatı sırasında alt türler arasında geçiş nadir değildir. Bu nedenle, alt tür tanımlaması uzun dönemli gidiş yerine mevcut belirtilerin tanımlanması için kullanılmaktadır (APA 2013).

Anoreksiya Nervoza DSM-5 Tanı Ölçütleri

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

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

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

2.1.3.2 Bulimiya Nervoza

BN ölçütleri ilk kez 1979 yılında Gerald Russell tarafından tanımlanmıştır (Russel 1979). Bir sendrom olarak bulimiya, sınıflama kitaplarına resmi olarak illk kez DSM-III ile girmiştir (APA 1980). Tanı ölçütleri zaman içinde farklı düzenlemelere uğramıştır.

DSM-5'e göre BN'nin üç temel özelliği vardır: 1) Tekrarlayan tıknıcasına yeme atakları, 2) Ağırlık artışını önlemek için tekrarlayan uygunsuz dengeleyici davranışlar, 3) Beden şekli ve ağırlığından etkilenen kendini değerlendirme. Tanıyı karşılayabilmek için, tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların, ortalamada, üç ay boyunca en az haftada bir kez olması gerekir (APA 2013). DSM-IV-TR tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisinin de üç ay süreyle en az haftada iki kez görülmesi gerektiğini bildirmekteydi, ancak literatür gözden geçirildiğinde haftada bir sıklıkta görülenlerin mevcut ölçütleri karşılayanlarla klinik özelliklerinin benzer olduğunun saptanması nedeniyle bu değişiklik yapılmıştır (Yücel ve ark. 2013; APA 2000).

Bir tıknırcasına yeme atağı, belirli bir zaman diliminde, benzer koşullar altında benzer sürede çoğu bireyin yiyebileceğinden belirgin olarak daha fazla miktarda besinin yenmesi olarak tanımlanır (A1 ölçütü). Bir tıknırcasına yeme dönemi olarak değerlendirilebilmesi için aşırı yiyecek tüketiminin varlığına kontrol kaybı hissinin eşlik etmesi gerekmektedir (A2 ölçütü). Tıknırcasına yeme atağının ayrıntılı özellikleri TYB bölümünde ele alınacaktır.

BN'nin diğeri bir ana özelliği, genel olarak çıkartma davranışları ya da kusma olarak adlandırılan, ağırlık artışını azaltma amaçlı tekrarlayan dengeleyici davranışlardır (B ölçütü). BN tanısı olan birçok kişi, tıknırcasına yemeyi dengelemek için çeşitli yöntemler dener. Kusma en sık uygunsuz dengeleyici davranıştır. Kusmanın anlık etkileri fiziksel huzursuzluktan kurtulma ve kilo alma korkusunun azalmasıdır. Çıkarma amaçlı diğeri davranışlar arasında laktasif ve diüretiklerin uygunsuz kullanımı da vardır. Bulimik bireyler, tıknırcasına yeme ataklarından sonra enemaları da uygunsuz kullanabilirler ancak bu tek başına nadiren kullanılır. Bu bozukluğu olan bireyler, kilo almayı önlemek için tiroid hormonları alabilirler. Diabetes mellitusu olan bulimik bireyler tıknırcasına yeme atakları sırasında tüketilen yiyeceğinin metabolizmasını azaltmak için insulin dozlarını atlayabilir ya da azaltabilirler. Bulimik bireyler bir gün ya da daha fazla süre yemek yemeyebilirler ya da kilo artışını önlemek için aşırı egzersiz yapabilirler. Egzersiz, kişinin önemli etkinliklerinin belirgin bir şekilde bozulmasına yol açtığında, uygunsuz zamanlarda ve/veya uygunsuz ortamlarda yapıldığında ve incinmeye ya da diğeri tıbbi komplikasyonlara rağmen sürdürüldüğünde aşırı olarak değerlendirilebilir (APA 2013).

Bulimik bireylerin kendilik değerlendirmesi, beden şeklinden ve vücut ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir. Bu etmenler tipik olarak özgüvenin belirlenmesinde aşırı derecede önemlidir (D ölçütü). Bu bozukluğu olan bireyler ağırlık artışındaki korku, kilo kaybetme istekleri ve bedenlerinden hoşnutsuzluk seviyeleri konusunda anoreksiklere benzerlik gösterebilirler. Buna karşın bozukluk sadece AN dönemleri süresince ortaya çıktığında BN tanısı konulmamalıdır (E ölçütü) (APA 2013).

En düşük şiddetlilik düzeyi uygunsuz dengeleyici davranışların sıklığına göre belirlenir. Diğeri belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere şiddetlilik düzeyi arttırılabilir (APA 2013).

Bulimiya Nervoza Şiddetlilik Düzeyi

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

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

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

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz dengeleyici davranış olması.

Bulimiya Nervozu Alt Türleri

DSM-IV-TR’de BN için çıkartma davranışının olduğu ve olmadığı alt türler tanımlanmıştır. Literatürün gözden geçirilmesinde çıkartma olmayan tipin tıkmırcasına yeme bozukluğu ile çok benzer olması ve çıkartma dışı diğer dengeleyici davranışların nasıl tanımlanacağına açık olmaması nedeniyle DSM-5’te alt türlere yer verilmemiştir (APA 2000; APA 2013).

Bulimiya Nervozu DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Yineleyici tıkmırcasına yeme atakları. Bir tıkmırcasına yeme atağı aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

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

2. Bu atak sırasında yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeği durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif ilaçları, diüretik ilaçları, ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıkmırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

D. Kendilik değerlendirmesi, beden şeklinden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

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

2.1.3.3 Tıkmırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkmırcasına yeme bozukluğu (TYB), tekrarlayan tıkmırcasına yeme atakları ile belirgin olan ancak BN’deki gibi çok miktarda alınan besinlerin kilo yapıcı etkisini gidermek için başvuru düzenli uygunsuz dengeleyici davranışların olmadığı bir yeme bozukluğu tablosudur. Yeme kontrolünün kaybedilmesi ve aşırı miktarda besinin kısa sürede tüketilmesiyle karakterizedir (Grilo 2002; Grucza ve ark. 2007).

TYB Albert J. Stunkard tarafından 1959 yılında tarif edilmiştir (Bulik ve ark. 2000). 1994 yılında DSM-IV’te geçici (provisional) bir yeme bozukluğu tanı kategorisi olarak yer almıştır

(APA 1994). Yapılan alışmalar bu hastalığın klinik belirtilerini ve varlığını göstermiştir (Yücel ve ark. 2013). DSM-IV-TR’de BTA YB ve ekler bölümünde ileri araştırma gerektiren hastalıklardan biri olarak yer almıştır. DSM-5’te ana sınıflandırmaya dahil edilmiştir (APA 2000; APA 2013; Halmi 2000).

DSM-5’e göre TYB’nin ana özellikleri, 3 ay boyunca en az ortalama haftada 1 kez olması gereken tıknırcasına yeme ataklarıdır (D ölçütü). Bir tıknırcasına yeme atağı, belirli bir zaman diliminde, benzer koşullar altında, benzer zaman diliminde bir çok insanın yiyeceğinden belirgin olarak daha büyük miktarda yeme olarak tanımlanmaktadır (A1 ölçütü) (APA 2013). Yememin oluştuğu bağlam, alımın aşırı olup olmadığı hakkında klinisyenin değerlendirmesini etkileyebilir. Örneğin tipik bir öğün için aşırı olarak değerlendirilebilecek miktarda yiyecek bir kutlama ya da tatil yemeği sırasında normal olarak değerlendirilebilir. Ayrı zaman dilimi, genellikle iki saatten kısa süren kısıtlı bir dönemi ifade eder. Tek bir tıknırcasına yeme atağı, bir duruma kısıtlı olmak zorunda değildir. Örneğin, bir birey bir restoranda tıknırcasına yemeye başlayabilir ve eve dönerken yemeye devam edebilir. Gün boyunca devamlı küçük miktarlarda yiyeceğin atıştırılması tıknırcasına yeme olarak değerlendirilmez (APA 2013). Tıknıma sırasında tüketilen yiyecek türü değişse de, bunlar genellikle yüksek çeker ve yüksek karbonhidrat içerikli, tipik olarak yüksek kalorili yiyeceklerdir (Maayan ve Woolston 2005). Çocukların yiyeceklere erişimi ve yiyecekler üzerindeki kontrolü erişkinler gibi olmadığı için tıknırcasına yeme erişkinlere göre daha az sıklıkta olmaktadır (Bravender ve ark. 2007).

Aşırı yiyecek tüketiminin mevcudiyetine, bir tıknırcasına yeme atağı olarak değerlendirilebilmesi için kontrol kaybı hissi eşlik etmelidir (A2 ölçütü). Kontrol kaybının belirteci, yemeden uzaklaşmak ya da başlayınca yemeyi durdurmada yetersiz kalmaktır. Tıknırcasına yeme ile ilişkili kontroldeki bozukluk sürekli olmayabilir, örneğin birey telefon çalarken tıknırcasına yeme devam edebilirken bir arkadaşı ya da eşi beklenmedik şekilde eve geldiğinde durabilir. Bazı bireyler artık tıknırcasına yeme dönemlerinin akut kontrol kaybıyla değil de daha yaygın bir kontrol edilemez yeme örüntüsüyle karakterize olduğunu bildirmektedir. Eğer bireyler yemelerini kontrol etme çabalarını terk ettiklerini bildirirlerse kontrol kaybı var kabul edilmelidir. Bazı bireyler, tıknırcasına yeme atağı boyunca ya da bu atağı takiben disosiyatif nitelik bildirirler. Tıknırcasına yeme bazı durumlarda planlı da olabilir (APA 2013). Yaşı daha küçük olan hastalarda yiyeceğe erişim erişkin hastalardaki kadar kolay olmadığı için kontrol kaybı hissi tanı için daha önemlidir (Marcus ve Kalachian

2003; Peebles ve ark.2006).

Tıkınırcasınada tüketlenen yiyeceklerin türü, hem bireyler arasında, hem de tek bir birey için çeşitlilik gösterebilir. Tıkınırcasına yeme tek bir özgül yiyecek için aşermeden ziyade tüketlenen yiyeceğın miktarındaki anormallik ile karakterizedir (APA 2013).

Tıkınırcasına yeme belirgin bir stresle birlikte olmalıdır (C ölçütü) ve aşağıda belirtilenlerden en az üçü mevcut olmalıdır: Normalden çok daha hızlı yeme, huzursuz olacak derecede tok hissedene kadar yeme, fiziksel olarak aç hissetmeden büyük miktarda yiyecek yeme, yediğı miktardan ötürü utanç duyduğundan yalnız yeme, sonrasında kendinden tiksiniş, depresif ya da çok suçlu hissetme (B ölçütü) (APA 2013).

TYB olan bireyler, tipik olarak yeme sorunlarından utanç duyarlar ve belirtilerini örtme girişiminde bulunurlar. Tıkınırcasına yeme genellikle gizlilikte ve mümkün oldukça başkalarına fark ettirmeden gerçekleştirilir (APA 2013). Çocuk ve ergenlerde soyut düşünme ve kendini ifade becerisi iyi olmadığı için tıkınırcasına yeme ile ilgili rahatsızlık ve utanç duygularını olduğundan daha hafif sunabilirler. Bu nedenle ebeveynden alınan bilgiler önemlidir (Bravender ve ark. 2007).

Tıkınırcasına yemenin en sık tetikleyicisi olumsuz duygulanımdır. Diğer tetikleyiciler, kişiler arası ilişkilerdeki stresli durumlar, diyetle ilişkin kısıtlamalar, beden ağırlığı ve beden şekli ile ilişkili olumsuz duygular ve sıkılma hissidir. Tıkınırcasına yeme, kısa dönemde atağı tetikleyen sorunlarda geçici bir gerilemeye yol açabilir fakat olumsuz kendini değerlendirme ve disforik ruh hali sıklıkla tıkınırcasına yeme sonucunda gelişir ve pekişir (APA 2013).

En düşük şiddetlilik düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğın derecesini yansıtmak üzere şiddetlilik düzeyi arttırılabilir (APA 2013).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Şiddetlilik Düzeyi

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

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

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

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez kez tıkınırcasına yemenin olması.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme atakları. Bir tıkınırcasına yeme atağı aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

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

2. Bu atak sırasında, yemek yemeye ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

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

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçüde yeme.

4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.

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

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez oluşur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.2 YEME BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Önemli halk sağlığı sorunları arasında yer alan yeme bozuklukları, son 20-30 yıldır üzerinde yapılan araştırmaların giderek arttığı, tanı dağılımlarında farklılaşmaların gözlendiği, gelişmiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ülkelere de etkilenen gençlerin prevalansında artış gözlenen, psikiyatrinin ilgi uyandıran ancak tedavi ve yönetimi açısından 'zor' kabul edilen konuları arasında yer almaktadır (NINM 1994; Maner 2001). Yeme bozukluklarının epidemiyolojisini incelemeye temel sorunlardan biri, 1960'lardan beri bu bozuklukların tanı ölçütlerindeki değişimdir (Vardar ve Erzengin 2011). Buna rağmen yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yeme bozukluklarının prevalansının giderek arttığı yönünde sonuçlar vermektedir (Herzoc ve Eddy 2007).

Yeme bozukluklarının genel olarak batı ülkelerinde görüldüğüne inanılmakla birlikte, son yıllarda yapılan araştırmalar diğer toplumlarda da yaygın olarak görülen ve sıklığı giderek artan bozukluklar olduğunu göstermiştir (Yasuhara ve ark. 2002, Kaya ve ark.2003). Sınırlı sayıda olan güvenilir prevalans çalışmalarının çoğu batılı ülkelerde yapılmıştır. Batılı olmayan ülkelerdeki yeme bozukluklarının prevalansı ile ilgili bilgiler kısıtlıdır (Commision on Adolescent Eating Disorders 2005). Ancak yapılan çalışmalarda doğu kültüründe de prevalansta hızlı bir artış dikkatleri çekmektedir (Dezhkam ve Nobakht 2000). Ülkemizde de yeme bozukluklarının daha çok tanınması ve araştırılması tanı konulan olgu sayısını giderek arttırmaktadır (Gürdal 1999).

Sosyoekonomik düzey ile yeme bozukluğu sıklığı arasında doğrudan bir ilişki olduğu öne sürülmektedir (Andersen ve Hay 1985). Bazı yayınlarda bozukluğun yüksek sosyoekonomik düzeyde daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Gelder ve ark. 1994). Ancak tüm sosyal sınıflara yayıldığına ilişkin bulgular da mevcuttur (Yates 1989). Yüksek sosyoekonomik grupta daha çok rastlanıldığı varsayımı giderek tartışılır hale gelmiştir (Gürdal Küey 2008).

Yeme bozukluklarının önemli bir özelliği, en belirgin cinsiyet farklılığı gösteren hastalık grubu olmasıdır (Gürdal Küey 2008). AN ve BN'deki çarpıcı cinsiyet farklılığına rağmen bu bozuklukların hem kadın hem erkekleri etkilediği bilinmektedir (Bulik 2013; Lapid ve ark. 2010; Newton 2013) ve her iki cinsiyette de sıklığı son yıllarda artış göstermiştir (Micali ve ark. 2013). Kadınlarda erkelere göre belirgin olarak daha fazla görülmektedir (Gelder ve ark. 1994; Davison ve Neale 2004). Kadın/erkek oranı yapılan çalışmalarda 6/1-10/1 arasında değişmektedir. Daha küçük yaşlarda YB cinsiyet oranı dengesizliği azalmaktadır (Peebles ve ark. 2006). Ergen ve genç erişkin kadınların yeme bozukluğu geliştirme riskinin aynı yaş erkeklere göre 1.5-2 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (NIMH 2014). Literatür toplum bazlı çalışmalarda erkeklerin yeme bozukluklarının %25'ini oluşturduğunu öne sürmektedir ancak yeme bozukluğunun tüm ölçütlerini karşılayan ve tanı konan grup % 10'luk kısımdır (Strother ve ark. 2012; Wooldridge ve Lyttle 2012; Sweeting ve ark. 2015). Ancak erkeklerde giderek arttığı öne sürülmektedir (Corlat ve ark. 1997; Hoek ve Van Hoeken 2003; Yager ve ark. 2007).

Yeme bozuklukları sıklıkla ergenlik ve genç erişkinlik döneminde başlamaktadır (Andersen ve Yager 2005; Pedersen ve ark. 2014). Orta ve geç ergenlik dönemi yeme bozuklukları için riskin en yüksek olduğu dönemdir (Abebe ve ark. 2012; Stice ve ark. 2013). Ergenlik, kızların %40-60'ında, erkeklerin %25-30'unda bedenden duyulan hoşnutsuzluğa eşlik eden yeme

davranışlarında ve vücut ağırlığında büyük değişikliklerin görüldüğü bir dönemdir (McCabe ve Ricciardelli 2001). Ergen kızların %30-60'ı, erkeklerin %17-30'u sağlıksız kilo kontrol davranışları göstermektedir (Larson ve ark. 2009). Yeme bozukluklarının başlangıç yaşının son yıllarda daha erken yaşlara kaydığı kabul edilmektedir (Gürdal Küey 2008). Çocuklar ve ergenler yeme bozuklukları geliştirme açısından risk altındadırlar. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda çocuk ve ergenlerde yeme bozukluğu insidans ve prevalansında artış saptanmıştır (Rosen 2010). Bir çalışmada AN başlangıcı için iki riskli dönem belirtilmiştir; biri 15-16 yaşlarından önceki dönem, diğeri 18 yaşından sonraki dönem (Lucas ve ark. 1991). BN ve TYB için ortalama başlangıç yaşı AN'ye göre daha ileri yaşlardır (Hilbert ve ark. 2014). Yapılan çalışmalarda erkekler ve kızlarda başlangıç yaşının benzer olduğu saptanmıştır (Woodside ve ark. 2001).

Kilonun önemli olduğu vücut geliştirenler, güreşçiler, baletler ve jokeyler gibi belirli atletik dallarda uğraşanlarda, görünüşün önemli olduğu mesleklerde (mankenlik, aktörlük), geleneksel olarak kadınlar tarafından yürütülen mesleklerde (hemşirelik) ve yemekle ilgili mesleklerle (garsonluk, aşçılık, restoran işletmeciliği) uğraşan erkeklerde yeme bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Carlat ve ark. 1997).

Yeme bozukluklarının tahmini prevalansı yaklaşık olarak %5'tir (Treasure ve ark. 2010). AN için DSM-IV ölçütlerini kullanarak yapılan toplum bazlı çalışmalarda yaşam boyu prevalansı kadınlarda %1.2-2, erkeklerde %0.2 saptanmıştır. BN için DSM-IV ölçütlerini kullanarak yapılan toplum bazlı çalışmalarda yaşam boyu prevalansı kadınlarda %0.9-2.9, erkeklerde %0.1-0.5 saptanmıştır (Smink ve ark. 2012). TYB için yapılan DSM-5 ölçütlerini kullanarak yapılan çalışmalarda prevalans yaklaşık olarak kadınlarda %1.9-3.6, erkeklerde %0.3-2 olarak tahmin edilmektedir. DSM-5'te yeme bozukluklarının tanı ölçütlerinde yapılan değişiklikler ile prevalans oranları yükselmektedir (Smink ve ark. 2013). DSM-5 ölçütleri kullanılarak ergenlerde yapılan bir çalışmada tahmini nokta prevalansı tüm YB için kızlarda %8.5, erkeklerde %1.2 olarak saptanmıştır (Allen ve ark. 2013a). DSM-5 ölçütlerini kullanarak ergenlerde yapılan toplum bazlı yeni bir kohort çalışmasında AN prevalansı kızlarda %1.7, erkeklerde %0.1, BN prevalansı kızlarda %0.8, erkeklerde %0.1, TYB prevalansı kızlarda %2.3, erkeklerde %0.7 olarak tahmin edilmektedir (Smink ve ark. 2014). Gençlerin yaklaşık %13'ünün 20 yaşına kadar en az bir yeme bozukluğu (AN, BN, TYB, Tanımlanmış veya Tanımlanmamış Diğer Bir Yeme Bozukluğu) yaşadığı (Stice ve ark. 2013), büyük bir kısmının (%15-47) da bozulmuş yeme biliş ve davranışları gösterdiği (Culbert ve ark. 2011;

Jones ve ark. 2001) bildirilmektedir.

Bazı çalışmalarda DSM-IV-TR ölçütlerine göre konulan tanılar DSM-5'e göre yeniden sınıflandırılmış ve rölatif prevalans karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalardan alınan sonuçlar DSM-5 ölçütlerinin BTA-YB yüzdesini düşürdüğünü, eşik ölçütleri karşılayan yeme bozukluğu tanılarını (özellikle AN ve BN) arttırdığını göstermektedir (Mancuso ve ark. 2015; Allen ve ark. 2013a; Fairburn ve Cooper 2011; Machado ve ark. 2013).

Ülkemizde 15-18 yaş arası 800 öğrencide bir çalışmada yeme bozukluğu prevalansı %3 olarak saptanmıştır (Büyükkal 1995). Aynı yaş grubundan 2907 öğrenciyle yapılan bir başka çalışmada yeme bozukluğu prevalansı %2.33 bulunmuştur (Vardar ve Erzengin 2011). Yeme bozukluğu olan ergenlerin sosyodemografik, ailesel ve kişisel özelliklerinin incelendiği bir çalışmada 944 öğrenciden yeme tutum testi ölçek puanı 30 ya da üzerinde olan 101 öğrenciyle yapılan tanısız görüşmelerde 25 öğrenciye yeme bozukluğu tanısı konmuştur. Bu sayı örneklemin %2.65'ine karşılık gelmektedir. Prevalans BN için %1.8, TYB içinse %0.85 olarak belirlenmiştir. YB tanısı alan 25 öğrenciden 17'sinin BN (%68), 8'inin TYB (%32) tanısı aldığı, yalnızca AN tanısı alan öğrenci olmadığı; ancak BN tanısı alan öğrencilerde ikisinin daha önce anorektik dönem geçirdiği bildirilmiştir (Demir ve ark. 1998).

2.2.1 Tıkıncasına Yeme Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi

TYB kabaca, Birleşik Devletler, birçok Avrupa ülkesi, Avustralya ve Yeni Zenlanda'yı içeren birçok endüstrileşmiş ülkede görülmektedir. Birleşik Devletler'de TYB sıklığı, Latin olmayan beyazlar, Asyalılar ve Afrikalı Amerikanlar arasında benzer sıklıkta görülmektedir. Beyaz kadınlarda ve ırksal ya da etnik azınlık gruplarında benzer sıklıktadır (APA 2013).

TYB genel popülasyonda tahmini %1.4'lük yaşam boyu prevalansla görece sık görülen bir bozukluktur (Kessler ve ark. 2013). TYB A.B.D.'de kadınların %3.5'ini, erkeklerin %2'sini etkileyen ve en sık görülen yeme bozukluğudur (Hudson ve ark. 2007). TYB'nin A.B.D. erişkinleri (18 yaş ya da üstü) arasında 12 aylık sıklığı kadınlarda ve erkeklerde sırasıyla %1.6 ve %0.8'dir (APA 2013). Çocuk ve ergenlerde kızlarda %2.3, erkeklerde %0.8 sıklıkta görüldüğü tahmin edilmektedir. Eşik altı TYB'nin çocuk ve ergenlerde prevalansının ise kızlarda %2.3, erkeklerde %2.6 olduğu tahmin edilmektedir (Swanson ve ark. 2011). Bazı çalışmalarda obez ergenlerin %1'nin TYB tanı ölçütlerini karşıladığı, %9'unun ise objektif tıkınma atakları yaşadığı öne sürülmektedir (Decaluwe ve Braet 2003). Dünya çapında

obezite sıklığının artışı ve yeni genişletilmiş DSM-5 kriterleri nedeniyle TYB prevalansının arttığı tahmin edilmektedir (Hudson ve ark. 2012; Trace ve ark. 2012).

Cinsiyete göre dağılımı AN ve BN'ye göre daha dengelidir (APA 2013). Yeme bozukluklarının tümü erkeklerde kadınlara oranla daha az sıklıkla görülmektedir. AN ve BN'de erkekler tüm vakaların %10'unu oluştururken TYB'da bu oran %30'dur (Agras 2009). Ancak son zamalarda yapılan DSM-5 ölçütlerine göre 3043 ergenin değerlendirildiği toplum bazlı bir çalışmada 36 TYB tanısı alan ergenin %47.22'si (n=17) kız, %52.77'si (n=19) erkek olarak saptanmıştır (Flament ve ark. 2015).

TYB'nin başlangıçta erişkinlik döneminin hastalığı olduğu düşünülmekteydi, ancak son zamanlarda yapılan çalışmalar başlangıcının daha erken yaşta olduğunu göstermektedir. Artan kanıtlar çocuklukta ve ergenlikte ortaya çıktığını, ortalama başlangıç yaşının geç ergenlik ve erken 20'li yaşlar olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark. 2013). Daha erken yaşlarda başlayan TYB'nin daha kötü gidişat gösterdiği tahmin edilmektedir (Robinson ve Safer 2012).

TYB prevalansı cinsiyet farkı olmaksızın obez bireyler arasında daha yüksek olarak saptanmıştır (Kessler ve ark. 2013). TYB olan erişkin ve ergenlerin büyük yüzdesinin aşırı kilolu ya da obez olduğu belirlenmiştir (Striegel-Moore ve ark.1998). Genel topluma göre kilo verme tedavilerine başvuran bireyler arasında daha sık olarak gözlenmektedir (APA 2013). Obezite için tedaviye başvuranların %7-12'sinde TYB saptanmıştır (Dalle Grave 2011). Prebariatrik hastalarda sık olarak rastlanmaktadır (Baldofski ve ark. 2014).

2.3 YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ

Çok sayıda çalışma yapılmış olmasına karşın, yeme bozukluklarının etiyojisi henüz belirsizliğini korumaktadır (Kuruoğlu 2000). Yeme bozukluklarının kökenleri karmaşıktır ve henüz yeterince anlaşılammıştır (Bakalar ve ark. 2015). Yeme bozukluğu etiyojisine yönelik araştırmaların çoğu AN ve BN üzerine yapılmıştır. Genetik yatkınlık ve bir dizi çevresel risk etkenlerinin etkili olduğu bilinmesine karşın bu etkenlerin bu bozuklukların gelişimi ve devamındaki bireysel sürece nasıl dahil oldukları ve birbirleri ile nasıl etkileşimde buldukları ile ilgili bilgi bulunmamaktadır (Rutter ve ark. 2011).

2011 yılından itibaren yayınlanan ampirik araştırmaların rehberliğinde etiyolojik faktörler 3 ana başlıkta toplanmaktadır: 1) Genetik/biyolojik, 2) Psikolojik, 3) Sosyal-çevresel (Bakalar ve ark. 2015). Etiyolojik faktörler birbirlerinden tamamen ayrı değildirler, çeşitli risk faktörleri arasında karmaşık bir etkileşim söz konusudur. Yeme bozukluğu olan kişilerin çevresel faktörler (sosyokültürel, psikososyal) tarafından aktive edilen biyolojik ya da genetik yatkınlığa sahip oldukları düşünölmektedir (Jacobi ve ark. 2004). Veriler ayrı tanılara vurgu yapan geleneksel kategorik yaklaşımın aksine yeme bozuklukları arasında paylaşılmış gelişimsel yolları destekleyen kategorik yaklaşımı (örn. belirtilerin varlığı ve ağırlığını değerlendiren) desteklemektedir (Hilbert ve ark. 2014; Lavender ve ark. 2013).

2.3.1 Genetik ve Biyolojik Risk Faktörleri

2.3.1.1 Genetik Risk Faktörleri

Farklı toplumlarda ve farklı ölçüm araçlarıyla ergenlik ve erişkinlik döneminde kadın ve erkeklerde yapılan ikiz ve evlat edinme çalışmalarında AN, BN ve bozulmuş yeme davranışlarının orta-yüksek düzeyde heritabilite gösterdiği saptanmıştır (Culbert ve ark. 2011; Trace ve ark. 2013).

Son zamanlarda yapılan genetik araştırmalarda pimer olarak dopamin, serotoninin ve BDNF (brain-derived neurotrophic factor) üzerine odaklanılmıştır (Bakalar ve ark. 2015). Dopaminerjik nöral yollar homeostatik olmayan yeme davranışı, ödüle bağlı öğrenme ve gıda pekiştirci (food reinforcement) ile ilişkilidir (Gervasini ve ark. 2013). Bulgular genellikle dopamin ilişkili genler ile AN ve BN riski arasında ilişkiyi desteklememektedir (Gervasini ve ark. 2013; Brandys ve ark. 2012; Yılmaz ve ark. 2011; Groleau ve ark. 2012). Ancak kilo eşleştirilmiş kontrol grubuna göre TYB olan erişkinlerin ödüle aşırı duyarlılık ve artmış dopamin nörotransmisyonu ile ilişkili olduğu düşünölen DRD2 gen polimorfizmine sahip olmasının daha olası olduğu saptanmıştır (Davis ve ark. 2012). Serotonin tokluk, duygudurum ve dürtü kontrolünü etkilemektedir (Calati ve ark.2011). 5-HT2a reseptörünün A polimorfizminin (A alleli) ve serotonin tranporter geninin 5-HTTLPR polimorfik bölgesinin kısa allelinin (s allel), etki büyüklüğü görece küçük olsa da AN ile ilişkileri gösterilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalar, kısa allel taşıyıcılarının olumsuz yaşam olayları karşısında yeme

bozukluğu riskini arttıran serotonin disregülasyonuna özellikle duyarlı olduğunu düşündürmektedir (Akkerman ve ark. 2012). BDNF gıda alımı, yeme davranışları ve enerji metabolizmasını düzenlemektedir (Nakazato ve ark. 2012; Akkermann ve ark. 2011). BDNF Val66Met polimorfizminin diyetle yanıt olarak gelişen tıknırcasına yeme gelişimi için risk olabileceğini gösteren bulgular saptanmıştır (Akkermann ve ark. 2011). Gen-çevre etkileşiminin altında yatan mekanizmasını açıklamak için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır (Bakalar ve ark 2015).

2.3.1.2 Fizyolojik ve Pubertal Risk Faktörleri

Son zamanlarda yapılan çalışmalar birkaç perinatal, hormonal ve kilo ile ilişkili risk faktörlerini vurgulamaktadır (Bakalar ve ark. 2015).

Doğumsal özellikler (birth characteristics), üreme hormonları ve vücut kompozisyonunu (body composition) içeren perinatal faktörlerin yeme bozukluğu etiolojisinde etkili olduğu saptanmıştır. Hamilelik döneminde annenin fiziksel durumunun (örn. az yemek yeme, anemi, preeklampsi) yetersiz oksijen/besin nedeniyle fetal santral sinir sistemi gelişimine zarar vererek AN gelişim riskini arttırabileceği düşünülmektedir (Raevuori ve ark. 2014). Gebeliğin ilk 6 ayında geçirilen kızamıkçık ve suçiçeği enfeksiyonu artmış AN riski ile uyumlu bulunmuştur (Favaro ve ark. 2011). Gebeliğin 18. haftasındaki düşük D-vitamini düzeylerinin AN, BN ve TYB riskinin yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Allen ve ark. 2013b). Maternal obezitenin yeme bozuklukları riskini arttırdığı düşünülmektedir (Van Lieshout ve ark. 2011). Bir çalışmada düşük anne doğum yaşının (≤ 24 yaş), diğer bir çalışmada yüksek anne yaşının artmış AN riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Lindberg ve Hjen 2003; Goodman ve ark. 2014). Yüksek baba yaşı yeme bozuklukları için risk faktörü olarak tespit edilmiştir (Racine ve ark. 2014). Düşük doğum ağırlığının AN riskini, yüksek doğum ağırlığının BN riskini arttırdığı bulunmuştur (Goodman ve ark. 2014).

Kadınlarda prenatal testesterona daha düşük düzeyde maruz kalma artmış yeme bozukluğu davranışları (beden şeklinden duyulan hoşnutsuzluk, ağırlık ile ilgili meşguliyet, tıknırcasına yeme ve dengeleyici davranışlar) ile ilişkili bulunmuştur. Doğumdan önce görece daha düşük seviyelerdeki testesteronun biyolojik hassasiyeti olan kızlarda ergenlikte hormonlar aktive olduğu zaman beynin östrojene yanıt vermesine izin verip, yeme bozukluğu gelişimine

katkıda bulunan genlerin aktive olmasına neden olduğu öne sürülmüştür (Klump ve ark. 2006). Daha küçük yaşta menarş ilerde gelişecek yeme bozukluğu için risk faktörüdür. Bu ilişkinin özellikle östrojen sisteminde etkili olan hem menarş yaşı hem de yeme bozukluğunu etkileyebilecek ortak genetik faktörlere bağlı olduğu düşünülmektedir (Baker ve ark. 2012).

Aşırı yağ dokusuna sahip olmanın ve kilo dalgalanmalarının yeme bozukluğu riskini etkilediği görülmektedir (Bakalar ve ark. 2015). Ciddi çocukluk çağı obezitesi erişkinlikte BN ve TYB riskini yordamaktadır (Hilbert ve ark. 2014). Ergenlik döneminde aşırı vücut yağı ve fazla kilolu durum artmış bozuk yeme davranışları ile ilişkilidir (Vases ve ark. 2014; Vases ve ark. 2011).

2.3.1.3 Nörobiyolojik Risk Faktörleri

Son zamanlarda yeme bozuklukları nörobiyolojisini inceleyen çalışmalarda artış olmuştur (Bakalar ve ark. 2015). Yeme bozukluğu olan hastalarda bazı yapısal beyin anormallikleri tespit edilmiştir (Eynde ve ark. 2012).

Tekrarlayan yapısal nörogörüntüleme çalışmaları AN hastalarının beyinlerinde serebral atrofi, ventiküllerde genişleme, hem gri hem beyaz cevherde kusurlar olduğunu göstermektedir. Ciddi malnütrisyon ve istikrarsız tıkinma ve çıkarma davranışları gri ve beyaz cevherde atrofi ve beyinde serabrospinal sıvının artışı ile ilişkilidir (Titova ve ark. 2013). Bulimik bireylerin bölgesel yapısal anormalliklere (tat, ödül ve somatosensöriyel işlemlerde görevli ventro-fronto-striatal bölge gri cevherde) sahip olduğu görülmektedir, ancak çalışmalar arasında çelişkili sonuçlar vardır (Frank ve ark 2013; Frank ve ark. 2013; Amianto ve ark. 2013). Ön kanıtlar TYB'nin ödül sistemi ve self regülasyonda görevli frontal bölgelerde artmış gri cevher ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Schafer ve ark. 2010).

Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında yeme bozukluğu olan hastaların (AN, BN, TYB) ketleyici denetleme (inhibitory control) süreçlerinde kontrol grubuna kıyasla azalmış aktivasyon görülmüştür (Lock ve ark. 2011). BN ve TYB'de self regülatuar bölgelerin zayıflığının lezzetli gıdalar tüketme arzusu ve kilo almayı engelleme isteği ile çatışmasının çözülmesine engel olduğu düşünülmektedir (Marsh ve ark. 2011). Yeme bozukluklu hastaların besinlerin tadı, ödül sistemi, bilişsel kontrol ve görüntü işleme süreçlerinde düzensizlikler olduğu saptanmıştır (Bakalar ve ark. 2015). Var olan TYB çalışmaları, yeme

ipucuna maruz kalma (food cue exposure) cevabı, yeme ipucundan (food cues) artmış beklenen ödül değerlendirmesini düşündüren fronto-striatal döngüde daha yüksek nöral cevaba yol açtığını göstermektedir (Weygandt ve ark. 2012; Wang ve ark. 2011; Schienle ve ark. 2009).

2.3.2 Psikolojik Faktörler

2.3.2.1 Mizaç ve Kişilik Özellikleri

Yeme bozukluklarının etiyolojik modelleri arasında mizaç ve kişilik özelliklerine büyük ilgi gösterilmiştir (Lilenfeld ve ark. 2006). Yapılan çeşitli uzunlamasına çalışmalarda mizaç ve kişilik özellikleri yeme bozukluklarının güçlü belirleyicileri olarak bulunmuştur ve diğer etiyolojik faktörlerden daha yordayıcı olarak değerlendirilmiştir (Bloks ve ark. 2004; Keel ve ark. 1997; Leon ve ark. 1995; Stice 2002; Stice ve Agras 1998; Wonderlich ve ark. 2004).

Aşırı mükemmeliyetçiliğin, büyüme ile ilgili yüksek korku düzeyinin ve kişilerarası ilişkilerde düşük güven düzeyinin yeme bozukluğu riskini yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (Holland ve ark. 2013). Genel olarak olumsuz duygulanım, spesifik olarak da yüksek stres reaktivitesinin (algılanan stres düzeyinin yüksek, stresöre karşı eşik düzeyinin düşük olması) ve nörotisizmin bozulmuş yeme davranışlarının yordayıcısı olduğu uzunlamasına çalışmalarda gösterilmiştir (Bulik ve ark. 1995; Leon ve ark. 1999; Lilenfeld ve ark. 2000, Pryor ve Wiederman 1996).

Yakın zamanlarda 14 farklı çalışmanın verilerinden faydalanılarak, 3315 vaka ve 3395 kontrol grubundan oluşan, AN, BN, TYB ve diğer sınıflandırılmayan yeme bozukluklarında Cloninger'in mizaç özellikleri (yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme) ile ilgili metaanalitik bir çalışma yapılmıştır. Sebat etme (engellenme ve yorgunluğa karşın sebat etmeye olan kalıtsal eğilim) en yüksek AN grubunda olmak üzere, TYB dışındaki tüm yeme bozukluklarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Zarardan kaçınma (davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilim, gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişelilik hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları) açısından en yüksek etki

büyükluğu AN'de görülmüştür. Yenilik arayışı (yeni bir uyarana yanıtta keşfedici bir etkinliğe doğru kalıtsal bir yatkınlık, dürtüsel karar verme, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabuk öfkelenme ile engellenmeden aktif kaçınma) sadece BN grubunda yüksek bulunmuştur (Atiye ve ark. 2014). BN'de görüldüğünden daha az şiddetle olmak üzere TYB'si olan ve olmayan obez hastalarda artmış zarardan kaçınma ve azalmış kendini yönetme saptanmıştır (Villarejo ve ark 2014). Subklinik ve klinik TYB olan obez hastalarda mizaç özelliklerinde farklılıklar saptanmıştır. Bu TYB alt türlerinin farklı özelliklere sahip olduğunu düşündürmektedir. Artmış zarardan kaçınma ve azalmış kendini yönetmenin daha yüksek psikopatoloji ve yeme bozukluğu belirti ağırlığı ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (Leombruni ve ark 2014; Müller ve ark. 2014).

2.3.2.2 Bilişsel, Emosyonel ve Davranışsal Risk Faktörleri

Birden fazla görev, işlem veya mental durum arasında ilerleme, geriye gitme ya da yön değiştirme yeteneği bilişsel esneklik (cognitive flexibility) olarak adlandırılmaktadır (Robert ve ark. 2007). Çalışmalar AN'li tüm hastalarda kontrol grubuna göre bilişsel esneklik görevlerinde bozulmalar olduğunu göstermiştir (Culbert ve ark. 2015). BN ve TYB'de bilişsel esneklik daha az araştırılmıştır ancak 2014 yılında yapılan bir metaanaliz çalışması orta derecede etki düzeyi bildirmiştir (Wu ve ark. 2014).

Ketleyici denetleme (inhibitory control), davranışsal baskılama, ketleme ya da görece otomatik bir davranışı daha az otomatik hale getirmek için geçersiz kılma anlamına gelmektedir ve hem motor hem bilişsel ketlemeyi kapsamaktadır (Culbert ve ark. 2015). Ketleyici denetleme mekanizması kusurları en çok tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarında gözlenmiştir. BN, TYB ve AN-tıknırcasına yeme/çıkarma alt türünde ketleyici denetleme mekanizmalarında metaanalitik düzeyde düşük-orta etki büyüklüğü bildirilmiştir (Wu ve ark. 2013).

Emosyonel düzenleme (emotional regulation) deneyimlenen duygunun yoğunluğu, süresi ve tipini etkileme amacına yönelik süreçler olarak tanımlanmaktadır (Gross ve Thompson 2007). Geniş bir literatür yeme bozukluklarında emosyonları deneyimlemede bozukluklar olduğunu ve bu bozuklukların yeme bozukluğu psikopatolojisinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Lavender ve ark. 2015). Yapılan araştırmalar arasında yeme bozukluğu olanlarda

olmayanlara göre emosyonel düzenlemede daha büyük zorluklarla bağlantılar bulunması açısından tutarlılık vardır (Brockmeyer ve ark. 2014; Gilboa ve ark. 2006; Harrison ve ark. 2010; Haynos ve Fruzzetti 2011; Oldershaw 2009; Racine ve Wildes 2013). Çalışmalarda AN ve BN'de kontrollere kıyasla daha yüksek seviyede global emosyonel düzensizlik saptanmıştır ve AN alt türleri arasında fark saptanmamıştır (Gilboa ve ark. 2006; Harrison ve ark. 2009; Harrison ve ark. 2010; Svaldi ve ark. 2012; Brockmeyer ve ark. 2014). TYB'de emosyonel düzenleme ile ilgili giderek artan sayıda çalışma vardır (Gianni ve ark. 2013; Whiteside ve ark. 2007). TYB semptomatolojisi ve emosyonel düzensizlik arasında bağlantı tespit edilmiştir (Robinson ve ark. 2015). TYB olanlarda olmayanlara göre olumsuz duygulanım deneyimlerinde yükseklik ve duyguları tanıma ve tanımlama yeteneklerinde yetersizlik rapor edilmiştir (Zeeck ve ark. 2010).

Bir toplum bazlı kohort çalışmasında düşük benlik saygısı ergenlik ve genç erişkinlik döneminde yeme bozukluğu gelişimi riski açısından özgül olmayan bir risk faktörü olarak saptanmıştır (Allen ve ark. 2013c). Öz yeterlilik ise beden şeklinden duyulan hoşnutluk ile arasında pozitif, yeme bozuklukları ile arasında negatif ilişkili olarak bildirilmiştir (Ghaderi 2003; Chisuwa ve ark. 2010; O'dea 2004; O'dea ve Abraham 200).

AN ve BN beden imgesi araştırmalarında beden imgesi bozukluğunun üç bileşeni arasında ayırım yapılmaktadır (Slade 1994; Lewer ve ark 2015). Bilişsel afektif bileşen kilo ve beden şeklinin aşırı değerlendirmesini içermektedir. Davranışsal bileşen beden ile ilgili kontrol ve kaçınma davranışlarından oluşmaktadır. Algısal bileşen ise kişinin kendi bedeni ile ilgili çarpıtılmış zihinsel imgeyi tanımlamaktadır. Yapılan çalışmalarda beden imgesi bozukluğunun her üç bileşenindeki bozulmanın AN ve BN hastalarında sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Tuschen-Caffier ve ark. 2003; Vocks ve ark 2007a; Reas ve ark. 2002; Shafran ve ark. 2003; Rosen ve ark 1991; Farrel ve ark. 2005; Vocks ve ark. 2007b; Cash ve Deagle 1997). TYB'deki beden imgesi bozukluğu ile ilgili daha az sayıda çalışma yapılmıştır (Lewer ve ark. 2015). Kilo ve beden şeklinin aşırı değerlendirmesinin TYB'li hastalarda AN ve BN'li hastalarla benzer bir düzeyde olduğu saptanmıştır (Hilber ve Tuschen-Caffier 2005; Wilfley ve ark. 2000a). Sonuçlar beden imgesi bozukluğunun diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi TYB'de de ilişkili faktör olduğunu göstermektedir (Lewer ve ark 2015). Çalışmalar birbiriyle tutarlı olarak TYB'de kilo ve beden şekli ile ilgili aşırı değerlendirmenin bozukluğun şiddetinin belirleyicisi olduğunu göstermektedir. Kilo ve beden şekli ile ilgili aşırı değerlendirmenin varlığının TYB hastalarında yüksek yeme

psikopatolojisi, yüksek psikolojik stres ile ilişkili olduğu ve bozukluğun seyrinin iyi bir göstergesi olduğu saptanmıştır (Grilo ve ark. 2015).

Kısıtlayıcı model, ağırlık ve beden şeklinden doğan diyet kısıtlamalarının tıknırcasına yemeyi provoke ettiğini, bu durumun kısıtlama için artan çabalarla kısır bir döngüye girdiğini öne süren bir modeldir (Lowe, 1993; Polivy & Herman, 1985). Mevcut literatür diyet kısıtlaması girişimlerinin BN ve TYB olan bireylerde tıknırcasına yeme ataklarında artış ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Davis ve ark. 1988; Masheb ve ark. 2011; Harvey ve ark. 2011; Stein ve ark. 2007). Ergenler ve genç erişkinlerde yapılan toplum bazlı bir çalışmada riskli diyet davranışlarının beş yıllık takipte cinsiyet farkı olmaksızın tıknırcasına yemenin önemli bir yordayıcısı olduğu, tıknırcasına yemenin erkeklerde kadınlardan daha ileri yaşta başladığı saptanmıştır (Goldschmidt ve ark. 2012). Davranışsal risk faktörlerinin başlangıç sırası da dikkat çekmektedir. Bir vaka kontrol çalışmasında BN ve TYB'nin başlangıcı sıklıkla yemede bozulmanın başlangıcı ile olurken, AN sıklıkla diyet davranışları ile başlamaktadır (Hilbert ve ark. 2014).

2.3.2.3 Psikiyatrik Eşanı

Psikiyatrik eşanı özgül olmasa da yeme bozukluğu başlangıcı için risk faktörü olarak, yeme bozukluğu olan bireylerde ise genel prognostik gösterge olarak kabul edilmektedir (Bakalar ve ark. 2015).

Yeme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikiyatrik hastalıklarla eşanı siktir (Rosen ve ark. 2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, davranım bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluk yeme bozuklukları ile birlikte görülmektedir (Hilbert ve ark. 2014; Mitchell ve ark. 2012; Steinhausen ve ark. 2015; Seitz ve ark. 2013).

TYB, hastaların çoğunda birliktelik gösteren psikiyatrik hastalıklar ile bağlantılı bulunmuştur. Çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan TYB'de erişkinlik döneminde başlayan TYB'ye göre daha yüksek eşanı oranları saptanmıştır (Brewerton ve ark. 2014). En sık birliktelik gösterdiği psikiyatrik bozukluklar depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (Davis 2015). Son zamanlarda yapılan kesitsel bir çalışmada depresyon şiddeti ile kilo ile ilgili aşırı endişeler

arasında pozitif bağlantı saptanmıştır (Sonneville ve ark. 2015a). Diğer bir çalışmada çocukluk çağındaki depresyonun ergenlik öncesi dönemde yeme ile ilgili kontrolün kaybının yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (Hilbert ve ark. 2013). Benzer bulgular ergenler ve genç erişkinler için de rapor edilmiştir (Jacobi ve ark. 2011; Liechty ve Lee 2013). Yapılan prospektif bir çalışmada depresyon ve tıknırcasına yeme arasında çift yönlü ilişki olduğunu gösteren bulgular saptanmıştır (Skinner ve ark. 2012).

Tıknırcasına yemenin öz farkındalıktan bir kaçış olduğu ve anksiyete duygusundan kaçış olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (Heatherton ve Baumeister 1991). Yapılan çalışmalarda TYB olan hastalarda anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Arnou ve ark. 1995; Antony ve ark. 1994; Wilfley ve ark. 2000b).

TYB ile sık olarak eşanlı görülen diğer psikiyatrik hastalıklar bağımlılık bozuklukları ve bu bozukluklarının subsendromal varyatlarıdır. Risk faktörleri ile ilgili kanıtlara dayanarak dürtü kontrol bozukluğunun TYB ve bağımlılık bozukluklarında görülen primer faktör olduğu ileri sürülmüştür (Davis 2015).

Hem çocuk ve ergenlerde hem de erişkinlerde DEHB ile TYB arasında ilişki saptanmıştır (Cortese ve ark. 2008; Mattos ve ark. 2004; Reinblatt ve ark. 2014; Mikami ve ark. 2008). Ergenlerde DEHB belirtilerinin özellikle de dürtüsellik ile ilgili belirtilerin TYB psikopatolojisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Cortese ve ark. 2008; Reinblatt ve ark. 2014). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada çocukluk çağındaki DEHB'nin ergenlik döneminde ortaya çıkan TYB'nin yordayıcısı olabileceği ile ilgili bulgular saptanmıştır (Sonneville ve ark. 2015b).

2.3.3 Sosyal-Çevresel Risk Faktörleri

2.3.3.1 Aile İle İlgili Faktörler

Önemli miktarda kanıt yeme bozukluğu olan ergenlerin ailelerinin olmayanlara göre ailesel işlevselliğinin daha kötü olduğunu göstermektedir. Genel olarak yeme bozukluğu olan ailelerde daha fazla sorun gözlenmektedir (Holtom-Viesel ve Allan 2014).

AN ailelerinde BN ailelerine göre daha fazla kohezyon bildirilmektedir (Kog ve Vandereycken 1989). Sorun çözme, rol işlevselliği, afektif ilişki ve davranışsal kontrol BN ailelerinde daha düşük olarak saptanmıştır (Fornari ve ark. 1999). Bazı çalışmalarda ise AN ve BN aileleri işlevselliği arasında fark bulunmamıştır (Dancyger ve ark. 2005; Mcdermott ve ark. 2002). Tıkınırcasına yeme ve çıkarması olan hastaların ailelerinde kısıtlayıcı alt türde olanların ailelerine göre ailesel faaliyetleri planlamada güçlüklerin ve birbirlerine güvensizliğin daha fazla olduğu saptanmıştır (Casper ve Troiani 2001).

Çalışmalar anoreksik çocukların ailelerinin daha kontrolcü, aşırı koruyucu olduklarını ve kişiler arası sınırların daha belirsiz ve geçirgen olduğunu göstermiştir (Bruch 1974; Foulkes 1996; Garfinkel ve ark. 1983; Goldstein 1981; Horesh ve ark. 1996). Bulimik bireylerin ailelerinin yeme bozukluğu olmayanların ailelerine göre daha fazla dengesiz, daha az kapsayıcı oldukları bulunmuştur (Humphrey 1989; Kog ve Vandereycken 1989). Bulimik bireylerin ebeveyn figürlerini daha istikrarsız, daha az destekleyici ve daha az şefkatli algıladıkları bildirilmiştir (Berg ve ark. 2000; Johnson ve Flach 1985; Kog ve Vandereycken 1989, Leung ve ark. 2000; Pole ve ark. 1988).

Güvensiz bağlanma biçimlerinin klinik örneklemede daha yüksek yeme bozukluğu psikopatolojisinin yordayıcısı olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Dakanalis ve ark. 2014).

Yapılan bir kohort çalışmasında AN'si olan kadınların ailelerinin daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu ancak erkeklerde böyle bir farklılık saptanmadığı, daha fazla kardeşe sahip olmanın AN riskini azalttığı bildirilmiştir (Ahren ve ark. 2012). Bir diğer kohort çalışmasında düşük anne eğitim düzeyinin yeme bozukluğu belirtileri (emosyonel yeme, kilo ile ilgili endişeler ve beden şekli ile ilgili endişeler) için risk faktörü olduğu saptanmıştır (Allen ve ark. 2014).

Ailede aşırı yeme varlığı, ebeveyn yokluğu ya da kaybı ve aile bütünlüğünün bozulması TYB için risk faktörü olarak saptanmış ancak aynı bulgular AN ve BN için saptanmamıştır (Hilbert ve ark. 2014).

2.3.3.2 Sosyokültürel Risk Faktörleri

Yeme bozukluğunun sosyokültürel risk faktör modellerinde ağırlıklı olarak kadınlarda zayıflık idealizasyonu ile ilişkili faktörler üzerine odaklanılmıştır. Dört temel bileşenin üzerinde durulmaktadır. Birincisi 1950'li yıllardan itibaren ideal kadın imajı daha zayıf olarak

çizilmeye başlanmıştır. İkincisi beden şekli güzelliğin ve başarının sembolü haline getirilmiştir. Üçüncüsü özellikle ergen kızlar diyet, egzersiz ve diğer zayıflama yöntemleri ile zayıf görünüm kazanabilecekleri düşüncesine inandırılmıştır. Son olarak beden şeklinin ve inceliğin önemi ile ilgili subkültürel mesajlar sağlıksız zayıflama davranışlarını ve yeme bozukluklarını arttırmıştır (Levine ve ark. 1994). Söz konusu sosyokültürel etkenlerin BN ve TYB için AN'ye göre daha fazla etkili olabileceği düşünülmektedir (Fairburn ve Brownell 2002).

Tarihsel ve kültürler arası insidans ve prevalans oranları bu sava geniş bir destek sağlamaktadır. Batı kültürlerinde yirminci yüzyılda kadınlarda inceliğin idealizasyonu ile birlikte AN ve BN insidanslarının artış göstermesi, zayıflığın idealizasyonunun yeme bozukluğu riskini arttırdığı düşüncesini desteklemektedir (Keel ve Forney 2013). Son yıllarda giderek artan küreselleşme, kentleşme ve sanayileşme ile uyumlu olarak yeme bozuklukları Asya Ülkeleri'nde ve Arap Yarımadası'nda artış göstermiştir (Pike ve ark. 2014).

Oda arkadaşında diyet davranışı bulunmasının genç kadınlarda 10 yıllık izlem çalışmasında zayıflama isteği, bulimiya ve çıkarma davranışı gelişmesinin yordayıcısı olduğu saptanmış ancak erkeklerde aynı sonuç saptanmamıştır (Keel ve ark. 2013). İnceliği teşvik eden sosyal normların erkeklere göre kızlarda daha güçlü olduğu tespit edilmiştir (Grogan 2007).

Özellikle kilo ve beden şekli ile ilgili alay edilmiş olmanın sağlıklı kontrollere göre AN, BN ve TYB riskinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur (Hilbert ve ark. 2014; Machado ve ark. 2014). Kişiler arası özellikte travma öyküsünün (örn. istismar, saldırı) hem kadınlarda hem erkeklerde yeme bozukluğu riskini arttırdığı saptanmıştır (Groleau ve ark. 2012; Mitchell ve ark. 2012).

2.4 AYRILMA-BİREYLEŞME VE YEME PSİKOPATOLOJİSİ

Ayrılma-bireyleşme ayrı bir varlık olma duygusunun geliştiği normal gelişimsel dönemi tanımlamaktadır (Edward 1981). Ayrılma-bireyleşme sürecini inceleyen birçok kuram vardır. Bunlardan temel olanlar: Gelişimsel kuramlar (örn. Youniss ve Smoller'in bireyselleşme kuramı (1985), Steinberg'in sosyobiyolojik kuramı (1990), Smetana'nın bilişsel gelişimsel kuramı (1991)), geleneksel yaşam boyu kuramlar (örn. Erikson (1968)), feminist kuramlar (örn. Gilligan(1982)) ve Mahler'in ayrılma-bireyleşme kuramı (1975) (Eggert 2007).

2.4.1 Gelişimsel Kuramlar

Gelişimsel olan kuramların birçoğu ergenlik döneminde özerklik kazanma çabasının aile içinde çatışmalara ve sonucunda bireyleşmeye yol açtığı üzerinde fikir birliği halindedir (Eggert 2007). Youiniss ve Smollar'a göre aile bireyleri ile çok fazla ya da tam tersi çok az yakınlık bireyleşme sürecini ketyebilmektedir; aile bağlamı içinde bireyselleşmenin kazanılması bağıllık ile bireysellik arasındaki dengeyi içermektedir (Youniss ve Smollar 1985). Ergenlik döneminde biyolojik ve bilişsel değışiklikler tarafından tetiği çekilen, ebeveyn-çocuk ilişkisinde dengesizliğin olduğu bir dönem vardır (Steinberg 2001). Bu dengesizlik dönemi ebeveyn ile olan bir takım çatışmalarla karakterizedir. Bu sürecin ergende sıkıntı/huzursuzluğa yol açabileceği ve bunun da kendini yeme bozukluğu şeklinde gösterebileceği düşünölmektedir (Eggert 2007).

2.4.2 Yaşam Boyu Kuramlar

Yaşam boyu kuramlara göre psikolojik özerklik kazanılması ergenlik döneminin çözölməsi gereken temel görevidir (Blos 1965; Baltes ve ark. 1999; Erikson 1968). Ergenlik döneminde ana görev olan kimlik gelişimi ebeveynlerden özerklik kazanmadan başarılmaz. Ergenlik dönemindeki kimlik krizinin, ergen aileden bağımsızlık konusunda mücadele verirken daha önceki çözölmemiş özerklik sorunlarının yeniden canlanması olduğu düşünölmektedir (Eggert 2007). Erikson'a göre yeme bozuklukları da dahil olmak üzere ergenlik dönemindeki sorunlar daha erken dönemlerdeki çatışmaların yansımaları olabilir (Erikson 1968).

2.4.3 Feminist Kuramlar

Feminist kuramlara göre kızlar ortak değerler ve yakın ilişkiler yoluyla sosyalleşirken erkekler bu yollarla sosyalleşmemektedir. Kadın kişiliği diğerlerine bağlanma yoluyla gelişirken erkek kişiliği daha bağımsız bir şekilde gelişmektedir (Chodorow 1974). Ergenlik döneminde kızlar ilişkilerden ziyade bireysellik ve bağımsızlık gibi toplumsal değerlerle karşılaştıkları zaman onların sosyalleşme paternlerine uymamaktadır ve zorluklar ortaya çıkmaktadır. Bu zorlukların yeme bozuklukları ve depreyonu içeren sorunları beraberinde getirebileceği bildirilmektedir (Gillingan 1982; Steiner-Adair 1990).

2.4.4 Mahler'in Kuramı

Mahler'in ayrılma-bireyleşme kuramı ayrılma-bireyleşme ve yeme psikopatolojisini anlamak için faydalı olabilecek kuramsal açıklama sağlamaktadır. Mahler'in kuramı psikodinamik prensiplere dayalıdır ve literatürde yeme bozukluklarında ayrılma-bireyleşme zorluklarını açıklamak için kullanılmıştır. Ebeveynle etkileşimin çocuğun başarılı bir şekilde bireyleşmesine katkıda bulunduğunu ileri sürmektedir (Eggert 2007).

Mahler'in kuramı, yenidoğanların ve küçük bebeklerin dış dünyaya göre "ayarlanmadan" doğduklarına dikkati çekerek, insan yavrusunun biyolojik doğumu ile psikolojik doğumunun birbiriyle çakışmadığını ileri sürmektedir (Mahler 1974). Mahler'in gelişim kuramı yaşamın ilk otuz altı ayı ile ilgili dönemsellerde bulunur (Erten 2003). Mahler ve arkadaşları ayrılma-bireyleşme sürecinin basamaklarını şöyle sıralamışlardır (Vahip 1993):

I. Normal otistik dönem (yaşamın 1. ayı)

II. Simbiyotik dönem (2-5. aylar)

III. Ayrılma-bireyleşme dönemi

A. Ayrılma altdönemi (5-9. aylar)

B. Alıştırma altdönemi (9-15. aylar)

C. Yeniden yaklaşma altdönemi (15-24. aylar)

D. Bireyliğin sağlanması ve duygusal nesne sürekliliğinin başlangıcı (24-36. aylar ve ötesi)

Bu sürece genel olarak "ayrılma-bireyleşme" (separation-individuation) adı verilir (Mahler ve ark. 2003). Bu kuramda ayrılma ile çocuğun anne ile birliğinden anneden ayrı bir varlık olma duygusuna hareketi kastedilmektedir (Eggert 2007). Mahler, gelişim sürecinde çocuğun, kendi isteklerinin farkına varışıyla birlikte, ilk üç yıl içinde ilk bireysellik duygusunun oluştuğunu ifade etmektedir (Atak 2011).

Yaşamın ilk dönemlerinde iç ve dış dünyanın arasındaki ayrım belirsizdir (otistik dönem). Daha sonraki dönemde annesinin ya da kendisine bakan kişinin ayrı bir varlık olarak fark edilişi başlar (simbiyotik dönem). Ben ile ben olmayan henüz ayrılaşmamıştır. Ancak, içerisi ile dışarısının farklı olduğu sezilmeye başlanmıştır (Mahler 1968). Bebek annesiyle olan simbiyotik birliktelikten derece derece çıkarak bağımsız bir kendilik oluşturur. Gelişimi ateşleyen çatışma, devamlı olarak bağımsız ve özerk bir varlık olma arzusuyla; bundan

vazgeçerek anneyle birleşmek arzusu arasındaki çelişkidir. Birinci ayrılma-bireyleşme adı verilen bu süreç üçlü yaşların sonuna doğru tamamlanmaktadır (Anlı 2010).

Bu süreçte, anne bir dış benlik gibi işlev görür. Bakım ve ilgisi yeni doğanı iç ve dış uyaranlardan korur. Bir yandan da annenin varlığı bedensel algıların yavaş yavaş dışarıya yönlenmesine yardımcı olur. Böylece, çocuk dış dünyayı giderek daha çok fark eder. Mahler'e göre, ayrılma-bireyleşme "kimlik duygusunun" gelişmesi ve sürdürülmesi için önemli bir önkoşuldur (Mahler 1968).

Mahler'in kuramına göre ayrılma-bireyleşme sürecinin her döneminin çözülmesinin bireysel varyasyonları vardır. Bu kuramın kritik bir yönü ebeveynin bakım verme davranışının bebeğin ayrılma-bireyleşme dönemlerinde ilerlemesini etkilemesidir (Mahler ve ark. 2003). Örneğin anneleri aşırı koruyucu olan bebeklerin artmış ayrılma anksiyetesi gösterdikleri ve ayrılaşma alt döneminde nesne kaybına daha hassas oldukları gözlemlenmiştir. Ayrılaşma alt döneminin çözülmemesi çatışmalara yol açabilir ve kendisini ayrılma anksiyetesi ve ebeveyn figürlerine yapışma olarak gösterebilmektedir (Edward ve ark. 1981). Öte yandan tepkisiz ve ilgisiz ebeveyn sahip bebek prematür ayrılaşma alt dönemi yaşayabilir, sınırları daha belirsiz ve geçirgen hale gelebilir ve daha yapışkan olabilir. Özellikle yeniden yakınlaşma alt döneminde yapışma annenin çocuğu daha fazla reddetmesine yol açabilir ve bebek yaşı büyüdükçe aşırı bağımsız görünebilir (Edward ve ark. 1981).

Mahler'in kuramı infantil dönemde ayrılma-bireyleşme sürecine odaklansa da, Mahler ileri yaşlarda yaşanan değişimlerin sorunları yeniden aktive edebileceğini belirtmiştir (Mahler ve ark. 2003). Birçok kuramcı Mahler'in kuramını, diğer kritik gelişimsel dönemlerin de bu gelişimsel dönüm noktasına katkıda bulunabileceği fikri ile ergenlik dönemine dek genişletmişlerdir (Eggert 2007).

Birçok kuramcı ergenlik dönemini ikinci ayrılma-bireyleşme olarak değerlendirmektedir (Blos 1965; Blos 1967; Brandt 1977; Esmann 1980; Josselson 1980; Kroger 2004). Blos, Mahler'in ayrılma-bireyselleşme kavramlarından hareketle, ergenlikte bireyleşme kavramını önermiştir (Çok 2007; Cote 2000; Cote 1997). Blos'a göre ergenliğin en önemli görevi, özenle hazırlanmış, detaylı bir ayrılma sürecini yaşamaktır. Ona göre ergenlik dönemi "ikinci ayrılma-bireyleşme" dönemidir (Fornari ve Pelcovitz 1999). Ergenlik döneminde bu zorlu kriz bir kez daha yaşanır. Bireyleşmenin sağlanabilmesi, kalıcı bir kimlik duygusunun oluşumu ve bağımsız bir birey olarak aile ve aile dışı sevgi nesneleriyle olgun ve sağlıklı

ilişkiler kurulabilmesi için, bu ikinci bireyleşme krizinin ergenlikte de başarılması gerekmektedir (Cote 1997). İkinci ayrılma bireyleşme, birinci sevgi nesnelere olan ebeveynlerden ayrılma ve vazgeçme ile aile dışında ebeveynlerin yerine geçecek karşılıklar bulabilme sürecini içermektedir. Bu sürecin ana özelliği erken çocuklukta şekillenmiş olan ebeveyn tasarımlarının idealizasyonunun bırakılmasıdır. Bu da içselleştirilmiş ebeveyn tasarımları ile olan bağın çözülmesi ile olanaklıdır. İdealize edilmiş ebeveyn tasarımlarını bırakmak acı veren bir yabancılaşma ve nesne açlığının eşlik ettiği boşluk duygusuna neden olmaktadır (Blos 1967). Ergenin kimliğini oluşturma, ruhsal ve duygusal olarak farklı bir kişi olma çabası başarılı bir olgunlaşma için gereklidir ve bunun için anne babanın da desteği gerekir. Blos'a göre ergenler, anne ve babaları ile olan ilişkilerindeki yetersiz özerklikten dolayı arkadaşlık ilişkilerine yönelmekte, anne ve babalarıyla olan duygusal bağımlılıkları zayıflamaktadır. Blos, arkadaş grubunun ergenlerin çatışmalarını çözmelerine ve ebeveynlerine olan bağımlılıklarından kurtulmalarına hizmet eden bir işlevi olduğunu ifade etmektedir (Arnet 2014; Atak 2010; Atak 2011).

Ergenlik döneminde aileden dış dünyaya doğru hareket ve ayrılma-bireyleşme meydana okuma, yakınlığı hala korurken ebeveynlerden özerk hale gelmek içindir (Edward ve ark. 1981). Ebeveynleri ile ilişkisinde ayrılma-bireyleşme çabası içinde olan ergen diğerlerine yakın olma ile ilgili genel zorlukları ve diğeri tarafından ele geçirilme anksiyete veya korkusunu (yutulma anksiyetesi) içeren zorlukları tüm ilişkilerinde yaşamaktadır (Huprich ve ark. 2004). Çocuğun yaşı büyüdükçe ebeveynleri ile ilişkisindeki anksiyete hayatındaki diğer önemli insanlarla ilişkisine dek genişlemektedir. Bu konu özellikle arkadaşlarla ilişkilere odaklanılan ve ebeveynlerden uzaklaşılan ergenlik döneminde belirgindir. Ayrılma-bireyleşme süreci ortaya çıkan fiziksel ve sosyal baskılar ile ergenlikte daha hassas hale gelmektedir. İnfantil dönemde ayrılma-bireyleşme sürecini başarılı biçimde tamamlayamayanlarda çözülememiş olan çatışmalar daha erken dönemde yeniden reaktifte olabilmektedir (Mahler 1975). İnfantil dönemde başarılı bir ayrılma-bireyleşme sürecini engelleyen ebeveyn davranışları (örn. aşırı koruyuculuk, tepkisizlik) ergenlik döneminde de devam etmektedir ve bu kritik gelişim döneminde ayrılma-bireyleşme ile ilgili sorunlara katkıda bulunmaktadır. Ergenlik döneminde görülen bazı sorunlu davranışların bu tip ebeveyn davranışları ve ayrılma-bireyleşme zorlukları ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür. Örneğin ergenlik döneminde anksiyete ve eyleme vurmanın ayrılma-bireyleşmedeki zorluklarla bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Edward ve ark. 1981). Yeme bozukluklarının ebeveyn davranışı ve ergenlik döneminde ayrılma güçlükleri ile ilişkili olduğu, aşırı koruyuculuğun

AN, tepkisizliğin BN ile sonuçlandığı öne sürülmüştür (Bruch 1974; Johnson 1991; Marsden ve ark. 2002).

2.4.5 Ayrılma-Bireyleşme ve Yeme Psikopatolojisi Arasındaki İlişkiler

Mahler tarafından tanımlanan anne-bebek ilişkisinin ayrılma-bireyleşme sürecinin önemli bir bileşeni beslenme sırasında olan etkileşimlerdir. Birçok kuramcı bebeğin beslenmesi sırasında anne-bebek etkileşimlerinde meydana gelen bozuklukların ergenlikte kendilerini yeme patolojisi şeklinde gösterebileceğini öne sürmektedir (Bruch 1974; Chassler 1997; Rhodes ve Kroger 1992).

2.4.5.1 Anoreksiya Nervoza

AN, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ayrılma-bireyleşme ile ilgili kuramlar genel olarak AN-tıkmırcasına yeme/çıkarma alt türünden ziyade AN-kısıtlayıcı alt türü üzerine yapılmıştır (Bruch 1974; Garfinkel ve ark. 1983; Goldstein 1981; Selvini-Palazzoli 1974). Bunun sebebi çoğu çalışmanın DSM’de alt tür ayrımı yapılmadan önce yapılmış olmasıdır.

AN ile ilgili kuramlar bebeğin açlığıyla ilgili ipuçlarına annenin duyarlı şekilde cevap vermemesi ve bebek aç olduğunda değil anne gerekli olduğunu düşündüğünde beslemesinin üzerinde durmaktadır. Hilde Bruch’un yaptığı çalışmalar konunun anlaşılmasına önemli katkılarda bulunmuştur (Gençtan 2006). Bruch, annenin bebeğin her türlü kaygısına onu besleyerek yanıt verdiğini; bu beslenme sürecinde hazzın yaşanmadığı ve yaşatılmadığını, beslenme eyleminin tümüyle mekanik olduğunu vurgulanmıştır (Bruch 1985). Bruch’a göre; açlık ile tokluk ya da açlık ile ilgili diğer huzursuz eden durumlar arasındaki ayrımı yapamayan çocuk, bedensel duyumlarla emosyonel deneyimler arasındaki farkı tam olarak kuramaz. Bu güçlük, ileride beden algısının bozulması ve yeme bozukluğunun çıkması için zemin hazırlar (Bruch 1974).

Beslenme ihtiyaçlarına annenin duyarlı yanıtları olmayınca ayrılma-bireyleşme sürecinde de engellenme meydana gelir ve bebek kendini annesinden ayrı bir varlık olarak algılamakta güçlük çeker (Bruch 1974). Bu dönemde bebek, beden bütünlüğünü ancak annesi ile ilişki

içinde ve bu ilişkiden yola çıkarak yakalayabilir (Bruch 1985). Bruch'a göre AN'de, anne-çocuk ilişkisinde çocuğunkinden çok annenin kendi ihtiyaçları ön plandadır. Çocuk, anneden kendisine değer veren ve kendi ağırlığını hissedebileceği karşılıkları alamadığında sağlıklı bir benlik duygusu geliştiremez, kendisini annesinin uzantısı olarak algılar (Gençtan 2006). Annesiyle ilişkisindeki yetersizlik nedeniyle beden algısı zayıflamış bebek ergenlik dönemine geldiğinde hem beden algısında zorlanır, beden imgesine dair sorunlar yaşar hem de bedeninden gelen arzuları tam olarak anlayamaz, doyuramaz, onları benliğin bir dezorganizasyonu gibi yaşar ve oral dürtüleri ile bastırmaya çalışarak kontrol etmeye yeltenir (Bruch 1985).

Beden, benlikten ayrı ve ebeveyne ait bir parça gibi yaşanır. AN'li bireylerin özerklik duyguları öylesine gelişmemiştir ki bedensel işlevlerin denetimi kendilerinde değilmişçesine yaşarlar. Belirtilerin ortaya çıkması kendini tedavi etmeye ve bedeniyle yaşadığı kopukluktan kurtularak onun denetimini ele geçirmeye yönelik bir girişimdir. Böylece anksiyetelerini beden ağırlığının ve yiyeceklerinin denetimine dönüştürmüş olurlar (Gençtan 2006).

Kuramcılar ergenlik döneminde daha bağımsız ve aileden ayrı olmaya yönelik baskılarla birlikte bebeklik döneminde beslenme esnasında deneyimlenen ayrılma-bireyleşme ile ilgili zorlukların yeniden aktive olduğunu ileri sürmektedirler (Johnson 1991; Marsden ve ark. 2002). Ayrılmaya yönelik baskıya ek olarak annenin ergenlik döneminde de aşırı koruyucu tavrı devam etmektedir bu da çocuğun ayrılma sürecinde bebeklikte yaşadığı zorlukların ergenlik döneminde de devam etmesine neden olmaktadır (Johnson 1991; Marsden ve ark. 2002). Aşırı koruyucu ebeveynliğin, anneden ayrılma deneyimindeki yetersizliğin ve bireyselleşme için yeni baskıların ayrılma-bireyleşme sürecinde yeni güçlüklerle yol açtığı öne sürülmektedir.

Bu güçlükler kendilerini gıda alımını aşırı kontrol şeklinde gösterebilmektedirler. Gıda alımının kısıtlanması ergenin psikoseksüel açıdan erişkin olarak gelişimini engellemekte ve ebeveynlerinden ayrılmasından kaçınmayı sağlamakta, böylelikle özerk benliğin gelişmesine engel olmaktadır (O'Kearney 1996). Kısıtlayıcı AN belirtilerinin AN'li hastaların çocuk gibi ve aile sistemine yapışık kalmalarına yol açtığı ileri sürülmektedir (Eggert 2007).

2.4.5.2 Bulimiya Nervoza

BN'nin psikodinamik yönlerini inceleyen araştırmaların çoğu, hem çocukta hem de ebeveynde ayrılma ile ilgili yoğun güçlükler yaşandığını saptamışlardır (Gençtan 2006). Anoreksiklerde olduğu gibi, bulimiklerin anneleri de çocuklarını kendi uzantıları gibi yaşayan kişilerdir (Humphrey ve Stern 1988).

Bulimik bireylerin annelerinin besleme konusunda daha tutarsız ve daha az güvenilir olduğu öne sürülmüştür (Johnson 1991). Anneleri bebeklerinin açlıkla ilgili ipuçlarına daha tepkisizdirler ve bebeklerini onların aç oldukları durumlara göre değil, bebek için tahmin edilebilir olmayan bir planla beslemektedirler (Johnson 1991). Bu tutarsız ve uzak duran ebeveynlik tarzının bebeklerde ilerde kendi kendilerine bakmak zorunda kalmalarına ve bir diğerine güvenmeyle ilgili sorunlara yol açtığı öne sürülmektedir. Bu çatışma ve erken bağımsızlığın aşırı ayrılma eğilimine yol açtığı düşünülmektedir (Johnson 1991).

Ergenlik döneminde ayrılma-bireyleşme ile ilgili talepler arttığında ve ebeveyn davranışları tutarsız ve uzak olmaya devam ettiğinde bulimik bireylerin ailelerinden aşırı ayrılma eğilimlerinin yoğunlaştığı öne sürülmüştür (Johnson 1991). Bu yoğunlaşma kendini AN hastalarındakinden farklı olarak, kısıtlama yerine tıkmırcasına yeme ve çıkarma şeklinde göstermektedir. Kontrolün bir göstergesi olarak bulimik birey önce besin maddesini içine almakta ve sonrasında çıkarmaktadır (Marsden 1997). Besin maddesinin alınması anneye simbiyotik buluşmayı, dışarı atılması ise ondan kopmayı simgelemektedir. Besin maddesini alma ve atma, vaktiyle içselleştirilmiş kötü ya da saldırgan nesne imgesinin önce içselleştirilip sonra dışarıya yansıtılmasını simgeler (Gençtan 2006). Bu kontrol, desteği için ihtiyaç duyduğu insanlar üzerinde kuramadığı kontroldür (Marsden 1997). Bulimik birey yalnızca kendisine güvenmeye başlar, ne yiyeceğine ve çıkaracağına karar verir, böylelikle bebeklik döneminde annesinin ona sağlayacağına güvenemediği şeyin kontrolünü almış olur (Smolak ve Levine 1993).

2.4.5.3 Tıkmırcasına Yeme Bozukluğu

TYB'nin ayrılma-bireyleşme süreci ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya konuyla ilgili araştırmamızda rastlanmamıştır.

3. YÖNTEM

3.1 ÖRNEKLEM

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Ağustos 2014 - Ağustos 2015 tarihleri arasında takip edilen, özgül olarak aşırı yemek yeme ve/veya kilo ile ilgili belirtilerle başvuran ya da herhangi bir yakınmayla başvurup ek olarak bu belirtileri bildiren 88 hastadan araştırmacılar tarafından yapılan klinik görüşmeler sonucu TYB tanısı alan 32 hasta çalışmaya alınmıştır. AN, BN, mental retardasyon, otizm spektrum bozukluğu (DSM-IV-TR'ye göre otizm, Asperger sendromu, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk), şizofreni spektrum ve diğer psikotik bozukluklar tanısı alan ergenler çalışmaya alınmamış, ayrıca formu eksik ve yanlış olan iki olgu çalışmanın dışında bırakılmıştır.

Karşılaştırma grubuna ait ergenlerin bilgileri İstanbul ilinde Bakırköy, Fatih, Gaziosmanpaşa ilçelerinde bulunan sosyodemografik açıdan düşük, orta ve yüksek düzeyi temsil eden nitelikte altı ayrı okuldan (biri özel okul, biri fen lisesi, biri anadolu lisesi, biri mesek lisesi, iki orta okul) gönüllülük esası ele alınarak elde edilmiştir. İlgili eğitim kurumlarından izin alınmış, ergenlerden sözlü onam alınmıştır. Beş yüz üç ergenden formu eksik ya da yanlış dolduran 38'i çalışma dışı bırakılmış, kalan 465 ergenden olgu karşılaştırma grubunu oluşturan kız ve erkeklerin sayılarını dengelemek için 133 kız rastgele (www.random.org sitesinden faydalanılarak belirlenen rakamlar aracılığıyla) çıkarılmıştır. Üç yüz otuz iki ergen karşılaştırma grubu olarak alınmıştır. Çalışmamız kesitsel nitelikte bir çalışmadır.

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formunda (Ek-I) çocuğun yaşı, cinsiyeti, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, kronik hastalık varlığı, kilo ve boy değerleri, aile bütünlüğü, ebeveyn kaybı olup olmadığı, anne-babanın yaşları, eğitim düzeyleri ve meslekleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.2.2 DSM-5 Dürtüsellik Soruları

DSM-5 DEHB tanı ölçütlerine göre dürtüsellığı değerlendiren üç soru yer almaktadır. Bu sorular; sorulan soru tamamlanmadan önce cevap verme, sıra beklemekte güçlük yaşama, başkalarının sözünü kesme ya da araya girmeyi sorgulamaktadır.

3.2.3 Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA)

AABT Mahler'in ayrılma-bireyleşme modelinin anahtar dinamikleri, psikopatolojinin fiksasyon noktaları ve sağlıklı gelişimi belirleyen kilometre taşlarına özellikle vurgu yapılarak Levine ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. AABT ebeveynler, öğretmenler ve arkadaşlarla ilişkiye dair bir dizi davranışsal ifadeler içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler “kuvvetle katılıyorum”dan “kuvvetle karşıyım”a uzanan beş noktalı likert skalasında cevaplanmaktadır. Her bir maddeden alınabilecek puanlar 1 ile 5 arasındadır. Yüksek puanlar, ergenin ebeveyn ve arkadaş ilişkilerinin her bir skalada belirtilen şekilde olduğunu gösterir. AABT'nin yurtdışında kullanılan mevcut formunda her biri Mahler tarafından açıklanan erken çocukluk ayrılma-bireyleşme sürecinin özel türevleriyle kavramsal olarak bağlantılı 9 alt ölçek vardır. Bu 9 alt ölçek şöyledir: Ayrılma anksiyetesi (önemli bağlanma kişisi terk eden olarak algılanır), yutulma anksiyetesi (yakınlık sınırlama olarak algılanır), bakım arama (bakım verene kuvvetli bağlanma), arkadaşla yapışma (yoğun arkadaş yakınlığı arayışı), öğretmene yapışma (öğretmenlere yoğun yakın bağlanma arayışı), pratik yapma-aynalama (narsisistik arayışlar), ihtiyacı inkar etme (bağlanma ihtiyaçları inkar edilir), reddedilme beklentisi (önemli diğerleri katı ya da hostile olarak algılanır), sağlıklı ayrılma (bağımlılık ve bağımsızlık arayışlarının esnek dengesi).

AABT'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bildik ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır (Ek-II). Araştırma örnekleminde 618 lise öğrencisi ve 250 üniversite öğrencisi yer almıştır. Ayrılma-bireyleşme kuramına dayanılarak hazırlanmış bir test olan AABT'nin çevirisi yapılmış, iç tutarlığı, test tekrar-test güvenilirliği, madde analizi ve doğrulayıcı faktör analizi çalışılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda sağlıklı ayrılma alt ölçeği çıkarılmış ve 8 alt ölçek elde edilmiştir. Ölçeğin alt ölçekleri için iç tutarlılık (Cronbach alpha değeri) katsayıları .59 ile .86 arasında değişmekte ve AABT'nin 8 alt ölçek ve 65 maddesi için madde-yapı ilişkilerinin güvenilir olduğuna işaret etmektedir. Analizler,

AABT'nin Türk lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yeterli düzeyde geçerlik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğunu göstermiştir.

3.2.4 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)

Fairburn ve Beglin tarafından 1944'te geliştirilmiş bir ölçektir. Yeme bozukluğu psikopatolojisinin şiddetini yansıtan alt ölçeklerden oluşur. Bu alt ölçekler kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve kilo endişeleridir. Ayrıca tıknırcasına yemeyi sorgulayan açık uçlu sorular bulunmaktadır. Bu sorular tıknırcasına yeme bozukluğu tanısını desteklemek için kullanılabilir. Kısıtlama ile ilgili yeme bozukluğu alt ölçeği aşırı yemenin kısıtlanması, yemek yemekten kaçınma, yiyeceklerden kaçınma, diyet kuralları, midenin boş kalması isteği sorularını içermektedir. Diğer pek çok diyet kısıtlaması ölçeğinden farklı olarak YEDÖ kısıtlama alt ölçeği hem davranışsal hem de bilişsel yeme kısıtlamasını değerlendirmektedir. Beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeği düz bir karına sahip olma isteği, beden şekli ya da kilo ile aşırı zihinsel uğraş, beden şeklinin önemi, kilo alma korkusu, beden şeklinden duyulan hoşnutsuzluk, bedeni görmekten rahatsızlık, yüzleşmekten kaçınma, şişmanlık hissini sorgulamaktadır. Kilo endişeleri alt ölçeği kilonun önemi, belirlenen kiloya tepki, beden şekli ya da kilo ile zihinsel uğraş, kilodan duyulan hoşnutsuzluk, kilo verme arzusunu sorgulamaktadır. Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeği yiyecek, yeme ya da kalorilerle aşırı zihinsel uğraş, yeme üzerindeki kontrolün kaybı korkusunu, gizli yemek yemeyi, sosyal yemek yemeyi, yeme ile ilgili suçluluğu sorgulamaktadır.

Bu ölçek 28 soru içermektedir. Son dört hafta içindeki yeme bozukluğu şiddetinin 0-6 arasında işaretlendiği yedi ayrı seçenek bulunmaktadır. Belli bir alt ölçek puanı elde etmek için o alt ölçekle ilgili soruların puanları toplanmakta ve alt ölçekteki toplam soru sayısına bölünmektedir. Toplam puan için ise 4 alt ölçekten elde edilen puanlar toplanmakta ve alt ölçek sayısına bölünmektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Puan yükseldikçe yeme bozukluğunun şiddeti artmaktadır.

Türkçeye Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ek-III). Ölçeğin çevirisi yapılmış, iç tutarlığı, test tekrar-test güvenilirliği, madde analizi ve doğrulayıcı faktör analizi çalışılmıştır. Türkçe formunun soru

sayısı ve alt ölçekleri orijinalinde olduğu gibidir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93 olarak ve her alt ölçek için .70 ve üstü değerlerde bulunmuştur.

3.2.5 Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA) (Dutch Eating Behaviour Questionnaire-DEBQ)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi 1986 yılında Van Strien ve arkadaşları tarafından açlık gibi içsel yeme davranışları dışında, yemeyi etkileyen diğer dışsal faktörleri saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Daha önce varolan “Kısıtlayıcı Yeme” ölçeklerine ek olarak Van Strein yeme davranışlarını saptamak için “Duygusal Yeme” ve “Dışsal Yeme” ölçeklerini de ekleyerek yeni bir anket geliştirmiştir. Otuz üç maddeden oluşan anket duygusal yeme davranışlarını, dışsal yeme davranışlarını ve kısıtlanmış yemeyi ölçen 3 alt ölçek ve 33 maddeden oluşmaktadır. Duygusal yeme; kızgınlık, öfke gibi bazı olumsuz duygularla ve etkileriyle başa çıkabilmek için bir cevap olarak açlık hissetmeden yemek yeme eğilimi anlamına gelmektedir. Dışsal yeme; bireyin dışarıdan gelen uyarılardan (besinin kokusu, tadı, görüntüsü vb.) etkilenecek normalde yediğinden daha fazla besin tükettiği anlamına gelmektedir. Kısıtlayıcı yeme; kişinin vücut ağırlığını kontrol altında tutabilmek için besinlerden ne zaman ve ne kadar uzak durduğu konusıyla ilgilidir. Ankette yer alan maddeler, beşli likert skalası ile değerlendirilmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık). Ayrıca maddeler için “ilgisi yok” seçeneği de sunulmaktadır.

Türkçeye Bozan (2009) tarafından uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ek-IV). Temel Bileşenler Faktör Analiz sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde, kadınlar, erkekler ve tüm katılımcılar için ankette yer alan 33 maddenin orijinal anketteki gibi 3 faktör altında toplandığı bulunmuştur. Alt ölçekler için iç tutarlılık katsayı değerleri .91 (kısıtlayıcı yeme), .90 (dışsal yeme), .97 (duygusal yeme); tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise .94 olarak bulunmuştur.

3.2.6 Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Çocuk-ergen depresyonunu araştırmada kullanılan, 6-17 yaş arası çocukların kendini değerlendirme ölçeğidir. Kovacs ve arkadaşları tarafından 1985 yılında çocuklar ve gençlerde

depresyonun şiddetinin belirlenebilmesi amacı ile geliştirilmiş olan bir ölçektir. Yirmi yedi maddelik ölçeğin her maddesinde depresyonla ilgili bir belirtinin son iki hafta içinde şiddetinin işaretlendiği 0, 1 veya 2 puanlık üç ayrı seçenek bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 54'tür. Ölçeğin kesme puanı 19'dur. Toplam puanın yüksek olması depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini göstermektedir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından 1991 yılında yapılmıştır. (Ek-V). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .77 olarak saptanmıştır.

3.2.7 Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Durumluk-sürekli kaygı ölçeği, Spielberger ve arkadaşları (1973) tarafından geliştirilmiş ve Özusta (1995) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Ek-VI). Ölçeğin uyarlama çalışmaları 9-16 yaş grubunda uygulanabilirliğini göstermektedir. Ölçeğin uygulanması sırasında zaman sınırlaması yoktur, grup veya bireysel olarak uygulanabilir. Ölçek 20'şer maddelik iki alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik çalışmasında; anksiyete bozukluğu tanısı almış grubun sürekli kaygı ve durumluk kaygı puan ortalamaları normal gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .81 olarak hesaplanmıştır. Altı hafta arayla 99 çocuk üzerinde ikinci uygulaması ile elde edilen test-tekrar test güvenilirlik katsayısının ise .65 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada yalnızca sürekli kaygı alt ölçeği kullanılmıştır.

3.2.8 Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) (Barrat Impulsivity Scale-11 – BIS-11)

Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan BIS çok sayıda revizyona uğramıştır. En son formu olan Barratt Dürtüsellik (Impulsivite) Ölçeği-11 (BIS-11) 1995 yılında geliştirilmiştir. Hem normal hem de klinik gruplarda yapılan çok çeşitli çalışmalarda geniş bir şekilde kullanılmıştır. Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması, Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır. BIS-11 dürtüsellik görünümü değerlendiren 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Plan yapamama, motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik şeklinde, güvenilirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Yüksek BIS değerleri daha yüksek

düzeyde dürtüselliğin göstergesidir.

Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF): Dürtüselliği değerlendirmede kullanılan, hastanın doldurduğu bir ölçektir. Onbeş maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapamama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). 15 maddelik kısa formunun psikometrik özellikleri İngilizce, İspanyolca ve Almanca dillerinde çalışılmıştır. Araştırmacıların, epidemiyolojik ve özellikle yüksek katılımlı saha çalışmalarında, klinik olmayan gruplarda ve klinik olarak; çeşitli psikiyatrik ve/veya psikiyatri dışı hasta gruplarında yapılacak çalışmalarda kısa formunu kullanabilmesi amaçlanmıştır. BIS-11-KF değerlendirilirken 4 farklı alt puan elde edilir; toplam puan, plan yapamama, dikkatte dürtüsellik ve motor dürtüsellik puanlarıdır. Toplam BIS-11-KF puanı ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Tamam ve arkadaşları (2013) tarafından ölçeğin hem orijinal çalışma hem de Türkçe uyarlama çalışmasında varlığı gösterilmiş 3 faktörlü yapının, her bir ayrı faktörüne en çok yüklenen maddelerden geliştirilmiş 15 maddelik kısa formu oluşturulmuştur ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ek-VII). Ölçeğin alt boyutları için iç tutarlılık katsayıları .64 ile .80 arasında değişmektedir ve toplam ölçek için iç tutarlılık katsayısı ise .82 olarak saptanmıştır.

3.3 İŞLEM

Kliniğimize özgül olarak aşırı yemek yeme ve/veya kilo ile ilgili belirtilerle başvuran ya da herhangi bir yakınmayla başvurup ek olarak bu belirtileri bildiren hastalar poliklinikte görüşmeyi yapan doktorlar tarafından araştırmacılara yönlendirilmiştir. Yönlendirilen hastalar ile klinik görüşmeler yapılmıştır. TYB tanısı DSM-5 tanı ölçütleri sorgulanarak tek tek değerlendirilmiştir, belirtilerin varlığı açısından hem ergen hem de ebeveynlerinden bilgi alınmıştır. Tanı farklı bir araştırmacı tarafından doğrulanmıştır. DSM-5 ölçütlerine göre TYB tanısı alan ergenlere ve ailelerine çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir. Ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır. Sosyodemografik bilgiler ailelerden alınmıştır. Her ergenin muayene odasında ebeveynlerinden ayrı olarak ölçek ve anketleri (Adölesan Ayrılma Bireleşme Testi, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Çocuklar İçin Sürekli Kaygı Envanteri, Çocuk Depresyon Ölçeği, Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu) doldurmaları istenmiştir.

Karşılaştırma grubu için ilgili eğitim kurumlarından izin alınmıştır. Sözlü onam alınan, gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmak isteyen ergenlerden sınıflarında kendi bildirimlerine dayanan ölçek ve anketleri doldurmaları istenmiştir. Ergenlerden kimlik bilgileri istenmemiştir. Çalışma hakkında bilgi verilmiştir, bunun bir sınav ya da test olmadığı, doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığı ifade edilmiştir. Ayrıca verdikleri yanıtların gizliliği konusunda ergenlere güvence verilmiştir. Ölçek ve anketler araştırmacıların gözetiminde doldurulmuştur. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak 45 dakika sürmüştür.



4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ VE BULGULAR

4.1 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Tüm veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Aşağıda belirtilen istatistik yöntemleri kullanılarak olgu ve karşılaştırma grubu verileri karşılaştırılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile değerlendirilmiştir.

Kategorik değişkenlerin (cinsiyet, aile bütünlüğü, öz anne ve babasının hayatta olup olmadığı, anne-baba arasında akrabalık olup olmadığı, annenin çalışma durumu, tıbbi hastalığın varlığı, DSM-5'e göre hazırlanmış dürtüsellik ile ilgili sorular) karşılaştırılmasında Ki-kare testi, Ki-kare testine uygunluk sağlanmadığında ise Fisher testi kullanılmıştır.

Sayısal değişkenler (yaş, anne yaşı, anne toplam eğitim yılı, baba yaşı, baba toplam eğitim yılı, toplam kardeş sayısı, BKİ, DSM-5'e göre hazırlanmış dürtüsellik sorularından toplam pozitif cevap sayısı ve her grubun ölçek puanları) ile ilgili kıyaslamalar Mann Whitney U testi ile yapılmıştır.

İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

Birinci lojistik regresyon analizi yaş, cinsiyet ve iki grup arasında anlamlı çıkan değişkenlere (reddedilme beklentisi, ihtiyacı inkar etme, ÇDÖ, STAI, BIS-11-KF toplam), ikinci lojistik regresyon analizi hipotezimiz ile ilgili olarak AABT'nin alt testlerine uygulanmıştır. Backward lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

4.2 BULGULAR

4.2.1 Sosyodemografik Özellikler

4.2.1.1 Yaş

Çalışmamızda en küçük yaş 12, en büyük yaş 18 olarak alınmıştır. Olgu grubunda yaş ortalaması 14.77 ± 1.33 bulunurken, karşılaştırma grubunun yaş ortalaması 14.97 ± 1.68 olarak bulunmuştur. Grupların yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.534$ Mann-Whitney U Testi).

4.2.1.2 Cinsiyet

Olgu grubunda yer alan çocukların %43.3'ü ($n=13$) kız, %56.7'si ($n=17$) erkek; karşılaştırma grubunun %44.9'u ($n=149$) kız, %55.1'i ($n=183$) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.870$ Ki-Kare Testi).

4.2.1.3 Anne ve Baba Yaşları

Olgu ve karşılaştırma gruplarının ebeveynlerinin yaşları açısından karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 1).

Tablo 1 : Anne ve Baba Yaşlarına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	ANNE YAŞI		BABA YAŞI	
	Olgu	Karşılaştırma	Olgu	Karşılaştırma
Sayı	30	326	29	317
Ortalama (SS)	$40.87 (\pm 5.76)$	$41.60 (\pm 5.39)$	$45.97 (\pm 5.76)$	$45.62 (\pm 5.66)$
<i>p</i> değeri	$p=0.307$		$p=0.784$	

Mann-Whitney U testi

4.2.1.4 Anne ve Baba Eğitim Düzeyleri

Olgu ve karşılaştırma grupları ebeveynlerinin eğitim düzeyleri (toplam yıl) açısından karşılaştırıldığında, annelerin eğitim düzeyi karşılaştırma grubunda olgu grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır ancak babaların eğitim düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 2).

Tablo 2: Anne ve Baba Eğitim Düzeylerine Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	ANNE EĞİTİM		BABA EĞİTİM	
	Olgu	Karşılaştırma	Olgu	Karşılaştırma
Sayı	29	320	28	312
Ortalama (SS)	8.21 (± 3.55)	10.03 (± 4.03)	9.57 (± 3.94)	10.62 (± 3.83)
<i>P</i>	<i>p</i> =0.018		<i>p</i> =0.181	
<i>Mann-Whitney U testi</i>				

4.2.1.5 Annenin Çalışma Durumu

Her iki grup arasında annenin çalışma durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 3).

Tablo 3: Annenin Çalışma Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
	N (%)	N (%)	
Çalışmıyor	17 (58.6)	197 (62.3)	
Çalışıyor	12 (41.4)	119 (37.7)	<i>p</i> =0.693
<i>Ki-Kare testi</i>			

4.2.1.6 Baba Mesleği

Olgu ve karşılaştırma grubunun baba mesleği açısından dağılımları aşağıdaki gibidir (Tablo 4).

Tablo 4: Baba Mesleğinin Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma
	N(%)	N(%)
Çalışmıyor	1(3,7)	2 (0,7)
Memur	3(11,1)	30(9,9)
İşçi	15(55,6)	86(28,4)
Küçük Esnaf	5(18,5)	65(21,5)
Büyük Esnaf	0(0,0)	25(8,3)
Profesyonel	2(7,4)	61(20,1)
Diğer	1(3,7)	34(11,2)

4.2.1.7 Kardeş Sayısı

Olgu ve karşılaştırma grupları arasında kardeş sayısı açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 5).

Tablo 5: Kardeş Sayısına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma
Sayı	30	320
Ortanca	2	2

Mann-Whitney U testi

P=0.568

4.2.1.8 Doğum Sırası

Doğum sırası açısından her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 6).

Tablo 6: Doğum Sırasına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
Sayı	30	321	
Ortanca	2	1	$P=0,472$
<i>Mann-Whitney U testi</i>			

4.2.1.9 Aile Bütünlüğü

Aile bütünlüğü incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 7).

Tablo 7: Aile Bütünlüğü Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
	N (%)	N (%)	
Anne baba birlikte	26 (86.7)	291 (89.8)	$p=0.839$
Değil	4 (13.3)	33 (11.2)	
<i>Fisher's Exact test</i>			

4.2.1.10 Ebeveyn Kaybı

Ebeveyn kaybı varlığı açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 8).

Tablo 8: Ebeveyn Kaybı Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
	N (%)	N (%)	
Ebeveyn kaybı olmayan	29 (96.7)	316 (96.6)	$p=1.000$
Ebeveyn kaybı olan	1 (3.3)	11 (3.4)	

Fisher's Exact test

4.2.1.11 Anne ve Baba Arasında Akrabalık Durumu

Anne ve baba arasındaki akrabalık durumu incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 9).

Tablo 9: Anne ve Baba Arasında Akrabalık Durumuna Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
	N (%)	N (%)	
Akrabalık Yok	28 (93.3)	284 (89.3)	$p=0.754$
Akrabalık Var	2 (6.7)	34 (10.7)	

Fisher's Exact test

4.2.1.12 Kronik Hastalık

Sosyodemografik veri formunda fiziksel sağlık durumu ile ilgili soruya cevap olarak bildirilen hastalıklardan kronik olanlar (hipertansiyon, endokrin hastalıklar (diabetes mellitus, hipotiroidi, hipertiroidi vb.), nörolojik hastalıklar (epilepsi vb.), astım, kronik böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, gastrointestinal hastalıklar) değerlendirilmeye alınmıştır. Olgu grubunda kronik hastalık karşılaştırma grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 10).

Tablo 10: Kronik Hastalık Varlığına Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
	N (%)	N (%)	
Var	13 (43.3)	50 (15.5)	
Yok	17 (56.7)	273 (84.5)	$P<0.001$

Ki-Kare testi

4.2.1.13 Beden Kitle İndeksi

BKİ değerleri açısından gruplar karşılaştırıldığında BKİ olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 11).

Tablo 11: BKİ'ne Göre Olgu ve Karşılaştırma Gruplarının Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
Sayı	30	331	
Ortalama (SS)	31.66(±4.43)	20.51(±3.16)	$P<0.001$

Mann-Whitney U testi

4.2.2 DSM-5 Dürtüsellik Soruları

Dürtüsellik ile ilgili çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevap vermenin varlığını sorgulayan ilk soruya, çoğu zaman sorulan sıra beklemekte güçlük çekmenin varlığını sorgulayan ikinci soruya ve çoğu zaman başkalarının sözünü kesme ya da araya girmenin varlığını sorgulayan üçüncü soruya verilen pozitif cevap olgu grubunda daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 12).

Tablo 12: DSM-5 Dürtüsellik Sorularının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Pozitif Cevap		Negatif Cevap		
	N (%)		N (%)		
	Olgu	Karşılaştırma	Olgu	Karşılaştırma	
1. Soru	17 (56.7)	115 (34.8)	13 (43.3)	215 (65.2)	<i>P</i> =0.028
2. Soru	23 (76.7)	154 (46.8)	7 (23.3)	175 (53.2)	<i>P</i> =0.002
3. Soru	19 (63.3)	54 (16.4)	11 (36.7)	276 (83.6)	<i>P</i> <0.001

Ki-Kare testi

Dürtüsellik toplam pozitif soru sayısı olgu grubunda ortalama 1.97 ± 1.32 bulunurken, karşılaştırma grubunda 0.98 ± 0.97 olarak bulunmuştur. Dürtüsellik toplam pozitif soru sayısı olgu grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($P < 0.001$ Mann-Whitney U testi).

4.2.3 Ölçek Puanları

4.2.3.1 Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA)

Olgu ve karşılaştırma grubu AABT alt ölçekleri açısından karşılaştırılmıştır. İki grubun ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, arkadaşla yapışma, öğretmene yapışma, pratik yapma aynalama ve bakım arama puanları açısından karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. İhtiyacı inkar etme ve reddedilme beklentisi ise olgu grubunda anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 13).

Tablo 13: AABT Alt Ölçek Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
Ayrılma Anksiyetesi	22,57(±5.62)	22,14(±6.33)	P=0.754
Yutulma Anksiyetesi	20,70(±7.12)	20,41(±6.18)	P=0.999
Arkadaşla Yapışma	29,73(±6.09)	30,88(±5.55)	P=0.300
Öğretmene Yapışma	18,37(±5.72)	19,65(±5.71)	P=0.218
Pratik Yapma Aynalama	42,10(±9.76)	44,77(±11.64)	P=0.271
İhtiyacı İnkâr Etme	11,77(±4.48)	9,78(±3.63)	P=0.014*
Reddedilme Beklentisi	36,37(±11.73)	30,14(±8.65)	P=0.008**
Bakım Arama	26,23(±5.06)	26,94(±5.54)	P=0.520

Mann-Withney U testi

* $P < 0.05$ düzeyinde anlamlı

** $P < 0.01$ düzeyinde anlamlı

4.2.3.2 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)

Olgu ve karşılaştırma gruplarının kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler, kilo ile ilgili endişeler açısından karşılaştırmasında her birinin toplam puanları olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. YEDÖ toplam puanı da aynı şekilde olgu grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 14).

Tablo 14: YEDÖ Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
Kısıtlama	1,84(±1.29)	1,13(±1.54)	$P<0.001$
Yeme İle İlgili Endişeler	2,43(±1.20)	0,85(±1.13)	$P<0.001$
Beden Şekli İle İlgili Endişeler	4,15(±1.30)	1,64(±1.68)	$P<0.001$
Kilo İle İlgili Endişeler	3,70(±1.47)	1,45(±1.55)	$P<0.001$
Toplam	3,03(±1.08)	1,27(±1.33)	$P<0.001$

Mann-Whitney U testi

4.2.3.3 Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA) (Dutch Eating Behaviour Questionnaire-DEBQ)

DEBQ alt ölçek puanlarının karşılaştırılmasında kısıtlayıcı yeme ve emosyonel yeme olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmışken dışsal yeme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 15).

Tablo 15: HYDA Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
Kısıtlayıcı Yeme	24,43(±7.13)	20,32(±9.45)	$p=0.005$
Emosyonel Yeme	38,80(±19.05)	26,43(±16.22)	$p=0.001$
Dışsal Yeme	31,13(±9.77)	29,08(±9.71)	$p=0.336$

Mann-Withney U testi

4.2.3.4 Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

ÇDÖ puanları olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 16).

Tablo 16: ÇDÖ Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
ÇDÖ	31,34(±8.53)	26,28(±7.71)	$p=0.001$

Mann-Withney U testi

4.2.3.5 Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Sürekli kaygı puanları olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 17)

Tablo 17: ÇDSKE-Sürekli Kaygı Ölçek Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
ÇDSKE-Sürekli Kaygı	43,00(±7.98)	36,94(±8.40)	$P<0.001$

Mann-Withney U testi

4.2.3.6 Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) (Barrat Impulsivity Scale-11 – BIS-11)

Olgu ve karşılaştırma grubunun BIS-11-KF alt ölçekleri açısından karşılaştırılmasında dikkatte dürtüsellik ve plan yapamama puanları olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır ancak motor dürtüsellik açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Toplam dürtüsellik puanları olgu grubunda daha yüksektir. Ayrıntılar tablodadır (Tablo 18).

Tablo 18: BIS-11-KF Ölçek Puanlarının Olgu ve Karşılaştırma Grupları Arasında Karşılaştırılması

	Olgu	Karşılaştırma	
Dikkat	12,83(±3.71)	10,60(±3.65)	$P=0.003$
Motor	10,33(±3.11)	9,89(±3.05)	$P=0.382$
Plan Yapamama	11,30(3.29)	8,99(±3.51)	$P<0.001$
Toplam	34,47(±7.98)	29,45(±7.45)	$P=0.001$

Mann-Withney U testi

4.2.4 Lojistik Regresyon Analizi

Çalışmamızda Backward Stepwise lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Yaş, cinsiyet ve iki grup arasında anlamlı çıkan değişkenler (reddedilme beklentisi, ihtiyacı inkar etme, BIS-11-KF toplam dürtüsellik puanı, STAI sürekli kaygı puanı, ÇDÖ toplam puan) regresyon analizine sokulduğunda STAI sürekli kaygı düzeyi ve toplam dürtüsellik puanının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu modelin ayırt edicilik yüzdesi %91.2 olarak bulunmuştur. Diğer ayrıntılar Tablo 19’da belirtilmiştir.

Tablo 19: Birinci Lojistik Regresyon Analizi

	Beta*	Standart Hata	p	Odds Oranı	Güven Aralığı	
					Alt	Üst
STAI-Sürekli Kaygı Puanı	0,072	0,026	0,005	1,074	1,021	1,130
Toplam Dürtüsellik Puanı	0,053	0,026	0,038	1.054	1,003	1,109

*Beta: Standardize Regresyon Katsayısı

Hipotezimizde ayrılma-bireyleşme özelliklerinin TYB ile ilgili olabileceğini düşünmüştük. Bu nedenle AABT'nin alt ölçekleri (ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, arkadaşla yapışma, öğretmene yapışma, pratik yapma-aynalama, ihtiyacı inkar etme, reddedilme beklentisi, bakım arama) Backward Stepwise lojistik regresyon analizine sokulduğunda reddedilme beklentisinin farklılık gösterdiği, diğerlerinin etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu modelin ayırt edicilik yüzdesi %91.6 olarak bulunmuştur. Diğer ayrıntılar Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20: İkinci Lojistik Regresyon Analizi

	Beta	Standart Hata	p	Odds Oranı	Güven Aralığı	
					Alt	Üst
RedBeklentisi	0,102	0,025	0,000	1,107	1,054	1,163

5. TARTIŞMA

5.1 SOSYODEMOGRAFIK VERİLER

Olgu ve karşılaştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, doğum sırası, ebeveyn kaybı, anne ve baba yaşları, baba eğitim düzeyi, anne çalışma durumu, aile bütünlüğü, anne ve baba arasındaki akrabalık durumu gibi alanlarda iki grup arasında fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda olgu grubunun %43.3'ü (n=13) kızlardan, %56.7'si (n=17) erkeklerden oluşmaktadır. Yapılan çalışmalar TYB'de cinsiyet oranının AN ve BN'ye göre daha dengeli olduğunu göstermektedir (APA 2013). AN ve BN'de erkeklerin tüm vakaların %10'unu oluşturduğu, TYB'da bu oranın %30 olduğu bildirilmiştir (Agras 2009). Ancak son zamanlarda yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde TYB sıklığı erkeklerde kızlara göre daha yüksek olarak saptanmıştır. DSM-5 ölçütlerine göre 3043 ergenin değerlendirildiği toplum bazlı olan bu çalışmada toplamda 36 TYB tanısı konulmuştur. TYB tanısı alan ergenlerin %47.22'si (n=17) kız, %52.77'si (n=19) erkek olarak saptanmıştır (Flament ve ark. 2015). Bu çalışma ve bizim çalışmamız ile genel olarak bildirilen oran arasındaki farklılığın daha küçük yaşlarda YB cinsiyet oranı dengesizliğinin azalmasından (Peebles ve ark. 2006), yıllar içinde YB'nin erkeklerdeki prevalansındaki artıştan (Corlat ve ark. 1997; Hoek ve Van Hoeken 2003; Yager ve ark. 2007) ve TYB örneklem sayısının düşüklüğünden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Daha fazla kardeşe sahip olmanın AN riskini azalttığı (Ahren ve ark. 2012), doğum sırasının AN ve BN'de etiyolojik bir faktör olabileceği (Vandereycken ve van Vreckem 1992) bildirilmiştir, ancak konu ile ilgili araştırmamızda bu faktörler ile TYB ile ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmamızda TYB ile kardeş sayısı ve doğum sırası arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Aile bütünlüğü ile AN ve BN ilişkisini inceleyen az sayıda çalışmada çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. AN ve BN ailelerinde ve yeme bozukluğu semptomları gözlenenlerde boşanmanın daha fazla olduğu bildiren çalışmalar olmakla birlikte hasta olmayanlarla arada fark olmadığını bildiren çalışmalar da (Kent ve Cloptan 1992) mevcuttur. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda bozulmuş yeme davranışları (kısıtlayıcı yeme, emosyonel yeme, yeme

ile ilgili kontrol kaybı, beden şeklinden hoşnutsuzluk duyma) gösteren çocukların ailelerinde boşanmanın daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Allen ve ark. 2014; Suisman ve ark. 2011). Çalışmamızda aile bütünlüğü ve ebeveyn kaybı açısından gruplar arasından fark saptanmazken, bir çalışmada aile bütünlüğünün bozulması ve ebeveyn yokluğu ya da kaybı TYB için risk faktörü olarak saptanmıştır (Hilbert ve ark. 2014).

Bir çalışmada düşük anne doğum yaşının (≤ 24 yaş), diğer bir çalışmada yüksek anne yaşının artmış AN riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Lindberg ve Hjen 2003; Goodman ve ark. 2014). Yüksek baba yaşı yeme bozuklukları için risk faktörü olarak tespit edilmiştir (Racine ve ark. 2014). Çalışmamızda anne ve baba yaşları açısından gruplar arasından fark saptanmazken, TYB tanısı ile anne ve baba yaşları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara konu ile ilgili araştırmamızda rastlanmamıştır.

Çalışmamızda iki grup arasında farklılık saptanmayan annenin çalışma durumu, baba eğitim düzeyi ile ilgili TYB için yapılmış çalışmalara konu ile ilgili araştırmamızda rastlanmamıştır.

Sosyodemografik özelliklerden olgu ve karşılaştırma grupları arasında farklılık gösterenlere bakıldığında, anne eğitim düzeyinin karşılaştırma grubunda daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan bir kohort çalışmasında düşük anne eğitim düzeyinin emosyonel yeme, kilo ile ilgili endişeler ve beden şekli ile ilgili endişeler için risk faktörü olduğu saptanmıştır (Allen ve ark. 2014). Emosyonel yeme obezite, TYB ve BN ile ilişkili bulunmuştur (Lindeman ve Keskiivaara 2001; Sevinçer ve Konuk 2013). Kilo ve beden şeklinin aşırı değerlendirilmesinin TYB'li hastalarda AN ve BN'li hastalarla benzer bir şekilde sağlıklı kontrollere göre yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Hilber ve Tuscan-Caffier 2005; Wilfley ve ark. 2000a).

Farklılık gösteren bir diğer bulgu kronik hastalık varlığıdır. Kronik hastalık mevcut literatürle uyumlu olarak olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. TYB, BKİ eşleştirilmiş kontrol bireylere göre artmış mortalite-morbidite ve sağlık hizmetlerine başvuruda artış içeren sonuçlar ile ilişkilidir (APA 2013). TYB obezite, gastrointestinal sorunlar, Tip II diabetes mellitusu içeren bir dizi sağlık sorununa yol açmaktadır (Johnson ve ark. 2001; Yanovski 2003).

Bir diğer farklılık, olgu grubunda BKİ'nin daha yüksek oluşudur. TYB prevalansı cinsiyet farkı olmaksızın obez bireyler arasında daha yüksek olarak saptanmıştır (Kessler ve ark.

2013). TYB olan erişkin ve ergenlerin büyük yüzdesinin aşırı kilolu ya da obez olduğu belirlenmiştir (Striegel-Moore ve ark.1998). Genel topluma göre kilo verme tedavilerine başvuran bireyler arasında daha sık olarak gözlenmektedir (APA 2013).

5.2 DSM-5 DÜRTÜSELLİK SORULARI

DSM-5'e göre dürtüselliğin sorgulandığı sorular ayrı ayrı ve toplamda olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar TYB ile dürtüselliğin ilişkili olduğunu gösteren literatür sonuçları ile uyumludur. Hem çocuk ve ergenlerde hemde erişkinlerde DEHB ile TYB arasında ilişki saptanmıştır (Cortese ve ark. 2008; Mattos ve ark. 2004; Reinblatt ve ark. 2014; Mikami ve ark. 2008). Ergenlerde DEHB belirtilerinin özellikle de dürtüsellik ile ilgili belirtilerin TYB psikopatolojisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Cortese ve ark. 2008; Reinblatt ve ark 2014). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada çocukluk çağındaki DEHB'nin ergenlik döneminde ortaya çıkan TYB'nin yordayıcısı olabileceği ile ilgili bulgular saptanmıştır (Sonneville ve ark. 2015b).

5.3 ÖLÇEK PUANLARI

5.3.1 Adölesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA)

Ana amacı ergenlerde ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlükler ile TYB arasındaki ilişkiyi incelemek olan çalışmamızda ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlüklerin TYB tanısı alan ergenlerde daha fazla görüldüğünü gösteren sonuçlar elde edilmiştir.

Ayrılma-bireyleşme süreci ile ilgili güçlükler AABT ile araştırılmıştır. AABT alt ölçeklerinden ayrılma anksiyetesi (yaşamındaki önemli kişilerden emosyonel ya da fiziksel bağlantının kaybedilmesiyle ilgili kuvvetli korkuları olan bireyleri tanımlar), yutulma anksiyetesi (yakın ilişkilerden korkan ve bu ilişkileri kendi bağımsızlıklarına ve kendilik duygularına tehdit olarak görme eğiliminde olan bireyleri tanımlar), arkadaşla yapışma (yoğun arkadaş yakınlığı arayışında olan bireyleri tanımlar), öğretmene yapışma (öğretmenlere yoğun

bağlanma arayışında olan bireyleri tanımlar), pratik yapma aynalama (narsistik arayış içinde olan bireyleri tanımlar), bakım arama (kuvvetli bağımlılık gereksinimleri olan, bu gereksinimlerin doyumunu bekleyen ve olumlu duyguları bu beklentiyle ilişkilendiren bireyleri tanımlar) incelendiğinde olgu ve karşılaştırma grupları arasında fark saptanmamıştır. İhtiyacı inkar etme (bağımlılık gereksinimlerini reddeden ya da görmezlikten gelen bireyleri tanımlar) ve reddedilme beklentisi (yaşamındaki önemli kişileri katı ya da düşmanca algılayan bireyleri tanımlar) olgu grubunda karşılaştırma grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, ihtiyacı yadsıma, reddedilme beklentisi alt ölçekleri ayrılma bireyleşme süreci açısından olumsuzluk ya da zorlukları göstermektedir (Bildik ve ark. 2010; Taşkın ve ark. 2009). Bu alt ölçeklerin tümünün ortalama toplam puanları TYB olan olgu grubunda daha yüksektir ancak sadece ihtiyacı inkar etme ve reddedilme beklentisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Pratik yapma-aynalama, bakım arama, arkadaşla yapışma ve öğretmene yapışma alt ölçekleri ise, sağlıklı bir ayrılma bireyleşme sürecine ya da bu sürecin olumlu yanlarına işaret etmektedir (Bildik ve ark. 2010; Taşkın ve ark. 2009). Bu alt ölçeklerin tümü karşılaştırma grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

TYB’de ayrılma-bireyleşme psikopatolojisini inceleyen bir çalışma yapılmamıştır. Ancak daha önce 202 ikiz ergenle yapılan bir çalışmada, ihtiyacı inkar etme tıknırcasına yeme davranışı için güçlü bir belirleyici olarak saptanmıştır ve BN belirtileri ile en net kuramsal bağlantıların ihtiyacı inkar etme ile ilgili olduğu belirtilmiştir (Eggert 2007). Tıknırcasına yeme davranışı gösteren ancak BN’de olduğu gibi dengeleyici davranışları göstermeyen TYB tanısı alan hastaları incelediğimiz çalışmamızda da ihtiyacı inkar etme karşılaştırma grubuna göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada BN belirtileri gösteren ergenlerin daha yüksek düzeyde yutulma anksiyetesi gösterdiği saptanmıştır (Eggert 2007). Çalışmamızda TYB hastalarında yutulma anksiyetesi açısından karşılaştırma grubu ile farklılık saptanmamıştır. Yutulma anksiyetesinin BN hastalarında olan, TYB hastalarında gözlenmeyen çıkarma davranışları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. AN belirtileri gösterenlerde yüksek olarak saptanan ayrılma anksiyetesi (Eggert 2007) açısından çalışmamızda TYB hastaları ile karşılaştırma grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

5.3.2 Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)

YEDÖ yeme bozukluğu psikopatolojisinin şiddetini yansıtan alt ölçekler sunmaktadır. Bu alt ölçekler kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve kilo endişeleridir. TYB tanısı alan olgu grubunda alt ölçeklerinin her birinin ayrı ayrı ortalama puanları ve toplam ortalama puanları karşılaştırma grubuna göre yüksek olarak saptanmıştır. Bu sonuçların mevcut literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda TYB’li hastaların yüksek düzeyde kilo ve beden şekli kaygıları taşıdıkları gösterilmiştir (Hilber ve Tuscan-Caffier 2005; Wilfley ve ark. 2000a). Kilo ve beden şekli ile ilgili aşırı değerlendirmenin varlığının TYB hastalarında yüksek yeme psikopatolojisi, yüksek psikolojik stres ile ilişkili olduğu ve gidişat göstergesi olduğu saptanmıştır (Grilo ve ark. 2015).

Mevcut literatür diyet kısıtlaması girişimlerinin BN ve TYB olan bireylerde tıknırcasına yeme ataklarında artış ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Davis ve ark. 1988; Masheb ve ark. 2011; Harvey ve ark. 2011; Stein ve ark. 2007). Ergenler ve genç erişkinlerde yapılan toplum bazlı bir çalışmada riskli diyet davranışlarının 5 yıllık takipte cinsiyet farkı olmaksızın tıknırcasına yemenin önemli bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Goldschmidt ve ark. 2012).

5.3.3 Hollanda Yeme Davranışı Anketi (HYDA) (Dutch Eating Behaviour Questionnaire-DEBQ)

HYDA, emosyonel yeme davranışlarını, dışsal yeme davranışlarını ve kısıtlanmış yemeyi ölçmektedir. Emosyonel yeme, olumsuz duygulara ikincil aşırı yeme eğilimini anlatan bir kavramdır. Emosyonel yeme ilk başlarda bulimik hastaların aşırı yemelerini destekleyen bir etmen olarak emosyonların yer aldığı bir tablo içinde bulimiya ile birlikte anılmıştır. Sonrasında ise tıknırcasına yeme ataklarının da emosyonel yeme ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Sevinçer ve Konuk 2013). TYB’de emosyonel yeme sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Masheb ve Grilo 2006; Davis ve ark. 2008). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde TYB tanısı alan olgu grubunda emosyonel yeme puanları karşılaştırma grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Kısıtlayıcı yeme; kişinin vücut ağırlığını kontrol altında tutabilmek için besinlerden ne zaman ve ne kadar uzak durduğunu belirtmektedir. Besin alımlarını sürekli olarak kontrol altında tutma eğiliminde olan bazı bireyler, normal vücut ağırlığına sahip ve bunu koruyabilmekteyken, bazıları ise olması gerekenden daha fazla vücut ağırlığına sahiptirler hatta bu bireylerde sık sık kilo dalgalanmaları görülebilmektedir (Bozan 2009). Ağırlık ve beden şekli doğan diyet kısıtlamalarının tıknırcasına yemeyi provoke ettiği, bu durumun kısıtlama için artan çabalarla kısır bir döngüye girdiği öne sürülmektedir (Lowe, 1993; Polivy & Herman, 1985). Mevcut literatür diyet kısıtlaması girişimlerinin BN ve TYB olan bireylerde tıknırcasına yeme ataklarında artış ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Davis ve ark. 1988; Masheb ve ark. 2011; Harvey ve ark. 2011; Stein ve ark. 2007). Çalışmamızda benzer şekilde TYB olan bireylerde kısıtlayıcı yeme daha yüksek düzeyde saptanmıştır.

Dışsal yeme, bireyin dışarıdan gelen uyarılardan (besinin kokusu, tadı, görüntüsü vb.) etkilenecek şekilde normalde yediğinden daha fazla besin tüketip tüketmediği anlamına gelmektedir. Yeme alışkanlıkları çevresel faktörlerden oldukça etkilenmektedir. Beslenme besinin güzel görünmesi, güzel kokması ve lezzetinden etkilenmektedir. Yeme tutumu bu algıların tümüne verilen cevaptır ve bireyin besin tüketim miktarı tüm bu durumlara karşı koyabilmesi ile belirlenmektedir (Bozan 2009). TYB olan hastalar ile kilo ile eşleştirilmiş ve normal kiloda sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada dışsal yeme TYB grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır (Davis ve ark. 2008). Çalışmamızda TYB tanısı alan olgu grubunun dışsal yeme ortalama puanı karşılaştırma grubuna göre daha yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir.

5.3.4 Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

ÇDÖ puanları TYB tanısı alan ergenlerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan kesitsel bir çalışmada depresyon şiddeti ile kilo ile ilgili aşırı endişeler arasında pozitif bağlantı saptanmıştır (Sonnevile ve ark. 2015a). Diğer bir çalışmada çocukluk çağındaki depresyonun ergenlik öncesi dönemde yeme ile ilgili kontrolün kaybının yordayıcısı olduğunu bildirilmiştir (Hilbert ve ark. 2013). Benzer bulgular ergenler ve genç erişkinler için de rapor edilmiştir (Jacobi ve ark. 2011; Liechty ve Lee 2013). Yapılan prospektif bir çalışmada depresyon ve tıknırcasına yeme arasında çift yönlü ilişki olduğunu

gösteren bulgular saptanmıştır (Skinner ve ark. 2012). Bulgularımız TYB ile depresif belirtilerin ilişkili olması bakımından literatüre benzerlik göstermektedir.

5.3.5 Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE)

Yeme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları ile eşanı siktir (Rosen ve ark. 2003). Tıkınırcasına yemenin öz farkındalıktan bir kaçış olduğu ve anksiyete duygusundan kaçış olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (Heatherton ve Baumeister 1991). Yapılan çalışmalarda TYB olan hastalarda anksiyete düzeyleri sağlıklı kontrollere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (Arnou ve ark. 1995; Antony ve ark. 1994; Wilfley ve ark. 2000b). Çalışmamızda sürekli kaygı düzeyi literatür bulgularını destekleyecek biçimde TYB tanısı alan ergenlerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır.

5.3.6 Barrat Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) (Barrat Impulsivity Scale-11 – BIS-11)

BIS-11-KF üç alt ölçeği vardır: Dikkat (dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapamama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). Dikkatte dürtüsellik, plan yapamama ve toplam dürtüsellik puanları olgu grubunda anlamlı olarak daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Motor dürtüsellik toplam ortalama puanları olgu grubunda daha yüksek olarak saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bu sonuçlar DSM-5'e göre sorguladığımız soruların sonuçları ve var olan literatür bilgileri ile uyumludur.

Dürtüsellğin özellikle tıkınırcasına yeme ve çıkarma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda BN, TYB ve AN tıkınırcasına yeme/çıkarma alt türünde AN kısıtlayıcı alt tür ve karşılaştırma grubuna göre daha yüksek düzeyde dürtüsellik saptanmıştır (Claes ve ark. 2005; Rosval ve ark. 2006). Hem çocuk ve ergenlerde hemde erişkinlerde DEHB ile TYB arasında ilişki saptanmıştır (Cortese ve ark. 2008; Mattos ve ark. 2004; Reinblatt ve ark. 2014; Mikami ve ark. 2008). Ergenlerde DEHB belirtilerinin özellikle de dürtüsellik ile ilgili belirtilerin TYB psikopatolojisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Cortese ve ark. 2008; Reinblatt ve ark 2014). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada çocukluk çağındaki DEHB'nin

ergenlik döneminde ortaya çıkan TYB'nin yordayıcısı olabileceği ile ilgili bulgular saptanmıştır (Sonneville ve ark. 2015b).

5.4 LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİ

Yaş, cinsiyet ve iki grup arasında anlamlı çıkan değişkenler (reddedilme beklentisi, ihtiyacı inkar etme, BIS-11-KF toplam dürtüsellik puanı, STAI sürekli kaygı puanı, ÇDÖ toplam puan) regresyon analizine sokulduğunda STAI sürekli kaygı düzeyi ve toplam dürtüsellik puanının farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda TYB'de sağlıklı bireylere göre anksiyete düzeyleri daha yüksek olarak bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları ile sık eştanı gösterdiği saptanan TYB'nin öz farkındalıktan ve anksiyete duygusundan kaçış olarak ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (Heatherton ve Baumeister 1991; Arnou ve ark. 1995; Antony ve ark. 1994; Wilfley ve ark. 2000b). Literatürde dürtüsellik özellikle tıknırcasına yeme ile ilişkili olduğu, dürtüsellik ile ilgili belirtilerin TYB psikopatolojisine katkıda bulunduğu, TYB'de sağlıklı bireylere göre daha yüksek düzeyde DEHB görüldüğü, DEHB'nin TYB'nin yordayıcısı olabileceği ile ilgili sonuçlar bildirilmiştir (Rosval ve ark. 2006; Cortese ve ark. 2008; Mattos ve ark. 2004; Reinblatt ve ark. 2014; Mikami ve ark. 2008; Sonneville ve ark. 2015b). Çalışmamızdaki lojistik regresyon analizi bulguları literatürle uyumlu biçimde TYB ile anksiyete ve dürtüsellik düzeylerinin bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Ayrılma-bireyleşme özelliklerinin TYB ile ilgili olabileceği hipotezimize dayanarak AABT'nin alt ölçekleri lojistik regresyon analizine sokulduğunda reddedilme beklentisinin farklılık gösterdiği, diğerlerinin etkisinin olmadığı görülmüştür. Ayrılma-bireyleşme süreci ve yeme bozuklukları ilişkisini inceleyen az sayıdaki çalışmada genellikle AN ve BN hastaları incelenmiştir. Ancak mevcut çalışmalarda tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda yeme psikopatolojisi ile ayrılma-bireyleşme süreci ilişkisi ele alınmamıştır. Daha önce 202 ikiz ergenle yapılan bir çalışmada bulimik hastalarda ihtiyacı inkar etme ve yutulma anksiyetesi, anoreksik hastalarda ise ayrılma anksiyetesi anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (Eggert 2007). Çalışmamızda iki grup arasındaki karşılaştırmada reddedilme beklentisi TYB hastalarında anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır, lojistik regresyon analizi sonucunda reddedilme beklentisi TYB yönünde farklılık göstermiştir. Bu sonuçlar tıknırcasına yeme davranışı gösteren ancak BN'de olduğu gibi dengeleyici davranışlar göstermeyen TYB hastalarında reddedilme beklentisinin TYB semptomatolojisi açısından anlamlı olabileceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda olgu grubunu oluşturan TYB tanılı ergenlerin sağlıklı ergenlere göre ayrılma-bireyleşme ile ilgili süreçlerinde daha fazla zorluklar bildirdikleri saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları bakımveren-çocuk ilişkisini inceleyen kuramlardan biri olan ayrılma-bireyleşme kuramının TYB ile ilişkisine dair ilk deneysel kanıtları sağlamaktadır. Bu sonuçların yeni bir tanı kategorisi olarak kabul edilen ve görece az sayıda çalışma yapılan TYB'nin gelişimine neden olan faktörleri anlamaya ve TYB'nin etiyojisini araştıran çalışmalara katkıda bulunabileceği düşünülmüştür. Ancak ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlüklerin TYB etiyojisinde bir risk faktörü olarak kabul edilmesi açısından uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır. Uzunlamasına çalışmalar ile ayrılma-bireyleşme süreci ve TYB arasındaki nedensellik daha iyi bir şekilde ortaya konabilir.

Ayrıca çalışmanın sonuçlarının ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ayrılma-bireyleşme sürecinin öneminin altını çizmesi açısından hastalığın ortaya çıkmasını engelleyici koruyucu girişimlere, hastalığın ortaya çıktığı kişilerde ise tedavi çabalarına katkıda bulunabileceği düşünülmüştür. Aile ilişkilerinin ve ayrılma-bireyleşme güçlüklerinin TYB gelişiminde etkili olabileceği konusunda ebeveynlere farkındalık kazandırılmasının, aile terapilerinde TYB'de ebeveyn-çocuk ilişkisinde ayrılma-bireyleşme konusundaki zorluklarla ilgili çatışmalara odaklanmanın önleyici çabalara ve tedavinin etkinliğine faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde çalışmamızda TYB tanısı alan ergenlerin depresyon ve sürekli kaygı düzeyi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Depresyon ve anksiyetenin TYB ile sık eştanı gösterdiği bildirilmektedir. Depresyon ve anksiyetenin yeme ile ilgili kontrolün kaybının yordayıcısı olabileceğini ve aralarındaki ilişkinin çift yönlü olabileceğini gösteren bulgular dikkate alındığında TYB hastalarında depresyon ve anksiyete bulgularının değerlendirilmesi ve tedavide dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta olarak düşünülmüştür.

Mevcut literatür DEHB ile TYB arasında ilişki olduğunu göstermektedir. DEHB belirtilerinin özellikle de dürtüsellik ile ilgili belirtilerin TYB psikopatolojisine katkıda bulunduğu hatırlanarak TYB olan hastalarda dürtüsellik değerlendirilmesinin ve tedavisinin ihmal edilmemesi önemlidir.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Birincisi, örneklemin küçüklüğü nedeniyle hipotezimizin uygunluğunu ölçmek için çalışmamızın gücü düşüktür. Ancak TYB ile ayrılma-bireyleşme süreci arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması açısından ergenlerde TYB gelişimini etkileyen faktörleri anlamak için bir adım niteliğindedir. Aradaki ilişkiyi daha güçlü şekilde incelenmesi açısından gelecekte daha büyük örneklem grupları ile yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca çalışmamızda karşılaştırma grubu olarak genel nüfustan sağlıklı ergenlerin alınmış olması, bulunan farklılıkların TYB için özgünlüğünün özellikle klinik karşılaştırma gruplarını içeren çalışmalarla sınanmasını gerektirmektedir.

İkincisi, örneklem grubumuz sosyoekonomik düzeyi düşük ve orta seviyede olan TYB tanısı alan ergen hastalardan oluşmaktadır. Bunun sebebi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne başvuran hastaların çoğunluğunun bu sosyoekonomik düzeylerden olmasıdır. Genel olarak sosyoekonomik düzey ile yeme bozukluğu sıklığı arasından doğrudan bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Bu nedenle tüm sosyoekonomik düzeyleri temsil eden örneklem grubu ile yapılacak çalışmalar sonuçlarımızın genelleştirilip genelleştirilemeyeceği konusunu incelemelidir.

Üçüncüsü, çalışmanın güçlü bir yönü olarak TYB tanısının araştırmacıların ergenler ve aileleri ile yapılan klinik görüşmelerden alınan bilgiler ile konulmasına rağmen ayrılma-bireyleşme süreci ile ilgili bilgilerin ergenin kendi doldurduğu ölçek ile elde edilmesidir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda ayrılma-bireyleşme süreci ile bilgiler bakımverenlerden de alınmalı ve klinik görüşmeler ile güçlendirilmelidir.

Dördüncüsü, çalışmamız kesitsel nitelikte bir çalışma olduğu için değişkenler arasındaki etkilerin yönünü tespit etmek mümkün değildir. Bu çalışmanın ayrılma-bireyleşme süreci ile ilgili güçlükler ile TYB arasındaki ilişki açısından deneysel katkı sağlamasına rağmen, bakım veren ve çocuk arasındaki ilişkide hangi değişkenlerin ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan güçlüklerle ve TYB'ye yol açtığına daha iyi anlaşılması açısından uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

Son olarak Mahler'in infant dönemine odaklanan kuramına dayanılarak yapılan çalışmamızda ergenlik dönemine odaklanılmıştır. Mahler tarafından tanımlanan erken infant-ebeveyn

etkileşimlerinin ergenlik döneminde ayrılma-bireyleşme süreci ile ilgili yaşanan güçlükler ve TYB gelişimi ile ilgili yordayıcı olup olmadığı ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.



8. KAYNAKLAR

- Abebe, D. S., Lien, L., & von Soest, T. (2012). The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: A population-based longitudinal cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(6), 737-745.
- Academy for Eating Disorders (2012). Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders. *Medical Care Standards Task Force Report*
- Agras W.S. (2009). Treatment of eating disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*. 4th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association Pub.1231–40.
- Ahren, J. C., Chiesa, F., af Klinteberg, B., & Koupil, I. (2012). Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa—results from the Stockholm Birth Cohort Study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 362-369.
- Akkermann, K., Kaasik, K., Kiive, E., Nordquist, N., Orelund, L., & Harro, J. (2012). The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms. *Journal of psychiatric research*, 46(1), 38-43.
- Akkermann, K., Hiio, K., Villa, I., & Harro, J. (2011). Food restriction leads to binge eating dependent upon the effect of the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *Psychiatry research*, 185(1), 39-43.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM–IV–TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 720.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Kusel, M. M., Hart, P. H., & Whitehouse, A. J. (2013b). Maternal vitamin D levels during pregnancy and offspring eating disorder risk in adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 669-676
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013c). Early onset binge eating and purging eating disorders: Course and outcome in a population-based study of adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 41(7), 1083-1096.

- Allen, K. L., Gibson, L. Y., McLean, N. J., Davis, E. A., & Byrne, S. M. (2014). Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationships. *Journal of eating disorders*, 2, 11.
- Amianto, F., Caroppo, P., D'Agata, F., Spalatro, A., Lavagnino, L., Caglio, M., ... & Fassino, S. (2013). Brain volumetric abnormalities in patients with anorexia and bulimia nervosa: a voxel-based morphometry study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 213(3), 210-216.
- American Psychiatric Association (1980). DSM-III. American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (1987). DSM-III-R American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV. American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2000). Dsm IV-Tr. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5, E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andersen AE, Yager J. (2005) Eating disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA; eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 2002-2022.
- Andersen, A. E., & Hay, A. (1985). Racial and socioeconomic influences in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*.
- Antony, M. M., Johnson, W. G., Carr-Nangle, R. E., & Abel, J. L. (1994). Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(5), 386-392.
- Anlı, İ. (2010). Psikanalitik Kuramlar.81-83
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American psychologist*, 55(5), 469.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Atak, H. (2011). Ruh sağlığı çalışmalarında yeni bir psikososyal değişken: eylemlilik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3).

- Atak, H. (2010). Yetişkinliğe geçişte kimlik biçimlenmesi ve eylemlilik (agency): Bireyleşme sürecinde iki gelişimsel kaynak (Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara). Ankara, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Atiye, M., Miettunen, J., & Raevuori-Helkamaa, A. (2015). A Meta-Analysis of Temperament in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 89-99.
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Current psychiatry reports*, 17(6), 1-10.
- Baker, J. H., Thornton, L. M., Bulik, C. M., Kendler, K. S., & Lichtenstein, P. (2012). Shared genetic effects between age at menarche and disordered eating. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 491-496.
- Baldofski, S., Tigges, W., Herbig, B., Jurowich, C., Kaiser, S., Stroh, C., ... & Hilbert, A. (2014). Nonnormative eating behavior and psychopathology in prebariatric patients with binge-eating disorder and night eating syndrome. *Surgery for Obesity and Related Diseases*.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. In *Annual review of psychology* (pp. 471-507). Annual Reviews.
- Becker, A.E., Grinspoon, S.K., Klibanski, A. & Herzog D.B. (1999). Eating disorders. *N Engl J Med*, 340(14), pp.1092-8.
- Berg, M. L., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., & Hawley, D. (2000). Relationship of temperament and perceptions of nonshared environment in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 148-154.
- Bloks, H., Hoek, H. W., Callewaert, I., & van Furth, E. (2004). Stability of personality traits in patients who received intensive treatment for a severe eating disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(2), 129-138.
- Blos, P. (1965). *On adolescence. A psychoanalytic interpretation*. New York. NY: Free Press.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic study of the child*, 22(3), 162-186.

- Bildik T, Tamar M, Dural S, Şen Kösem F, Yücel İnan G, Yaman B, Korkmaz Çetin S, Özbaran B, Eremiş S, Aydın C. (2010). Adolesan ayrılma bireyleşme testi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması 20. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı,162
- Bozan, N. (2009). Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlilik ve güvenirliliğinin sınanması (Doctoral dissertation).
- Brandt, D. E. (1977). Separation and identity in adolescence: Erikson and Mahler—some similarities. *Contemporary Psychoanalysis*, 13(4), 507-518.
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepe, R. D., Lask, B. E. E. A., ... & Zucker, N. (2010). Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM-V. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 79-89.
- Bravender, T., Bryant-Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kreipe, R. D., Lask, B., ... & Zucker, N. (2007). Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *The International journal of eating disorders*, 40, S117-22.
- Brewerton, T. D., Rance, S. J., Dansky, B. S., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (2014). A comparison of women with child-adolescent versus adult onset binge eating: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 836-843.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 565-571.
- Bruch, H. (1974). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. London
- Bruch, H. (1985). *Eating Disorders*. New York. Basic Books.
- Bulik, C. M. (2013). *Midlife eating disorders: Your journey to recovery*. Bloomsbury Publishing USA.
- Bruch, H. (1971). Family transactions in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 12(3), 238-248.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 886-895.

- Büyükkal, B. (1995). Duygudurum spektrumunda yeme bozukluklarının yeri (Aile Çalışması). Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Brandys, M. K., Slof-Op't Landt, M. C., van Elburg, A. A., Ophoff, R., Verduijn, W., Meulenbelt, I., ... & Adan, R. A. (2012). Anorexia nervosa and the Val158Met polymorphism of the COMT gene: meta-analysis and new data. *Psychiatric genetics*, 22(3), 130-136.
- Calati, R., De Ronchi, D., Bellini, M., & Serretti, A. (2011). The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 44(3), 191-199.
- Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 532-536.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A., & Herzog, D. B. (1997). Eating disorders in males: a report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1127-1132.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-126.
- Casper, R. C., & Troiani, M. (2001). Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 338-342.
- Chassler, L. (1997). Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective. *Clinical Social Work Journal*, 25(4), 407-423.
- Chisuwa, N., & O'Dea, J. A. (2010). Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature. *Appetite*, 54(1), 5-15.
- Chodorow, N. (1974). Family structure and feminine perspective. *Women in culture and society*, 41-48.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual differences*, 39(4), 739-749.
- Commission on Adolescent Eating Disorders. Evans, D. L., Foa, E. B., Gur, R. E., Hendin, H. E., O'Brien, C. P., Seligman, M. E., & Walsh, T. E. (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders: What we know and what we don't know: A research agenda for improving the mental health of our youth*. Oxford University Press.
- Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M., ... & Mouren, M. C. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a

systematic review of the literature. *Critical reviews in food science and nutrition*, 48(6), 524-537.

- Côté, J. E. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity*. NYU Press.
- Côté, J. E. (1997). An empirical test of the identity capital model. *Journal of Adolescence*, 20(5), 577-597.
- Couturier, J., Lock, J., Forsberg, S., Vanderheyden, D., & Yen, H. L. (2007). The addition of a parent and clinician component to the eating disorder examination for children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 472-475.
- Couturier, J. L., & Lock, J. (2006). Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 212-216.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2011). The influence of gender and puberty on the heritability of disordered eating symptoms. In *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 177-185). Springer Berlin Heidelberg.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Çok, F. E. (2007). *Ergenlik*. Ankara. İmge Kitabevi.
- Dakanalis, A., Timko, C. A., Zanetti, M. A., Rinaldi, L., Prunas, A., Carrà, G., ... & Clerici, M. (2014). Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: a latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry research*, 215(1), 176-184.
- Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22(2), 153-160.
- Dancyger, I., Fornari, V., Scionti, L., Wisotsky, W., & Sunday, S. (2005). Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 135-139.
- Davis, C., Levitan, R. D., Yilmaz, Z., Kaplan, A. S., Carter, J. C., & Kennedy, J. L. (2012). Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: genotypes and subphenotypes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 38(2), 328-335.

- Davis, R., Freeman, R. J., & Garner, D. M. (1988). A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 273.
- Davis, C., Levitan, R. D., Carter, J., Kaplan, A. S., Reid, C., Curtis, C., ... & Kennedy, J. L. (2008). Personality and eating behaviors: a case-control study of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 243-250.
- Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS spectrums*, 1-8.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). Yeme bozuklukları (sf: 213-233). *Anormal Psikolojisi* (Çeviri Ed: İhsan Dağ), Türk Psikologlar Derneği Yayınları, (29).
- Decaluwé, V., & Braet, C. (2003). Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *International journal of obesity*, 27(3), 404-409.
- Demir, T., Eralp-Demir, D., Kayaalp, L., Büyükkal, B. (1998). Yeme bozukluğu olan ergenlerin sosyo-demografik, ailesel ve kişisel özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9, 257-264.
- Dezhkam, M., & Nobakht, M. (2000). An Epidemiological Study of eating Disorders in Iran *International. Int J Eat Dis*, 28(3), 260-71.
- Dietz, W. H. (1998). Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease. *Pediatrics*, 101(Supplement 2), 518-525.
- Edward, J., Ruskin, N., & Turrini, P. (1981). *Separation-individuation: Theory and application*. (selected chapters) New York: Gardner.
- Eggert, J. W. (2007). *Separation-individuation and Disordered Eating in Adolescence*. ProQuest.
- Erikson, E. H. (1968). Identity, psychosocial. *International encyclopedia of the social sciences*, 7, 61-65.
- Erten, Y. (2003). İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu Üzerine. İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu. Çeviri. AN Babaoğlu. İstanbul, Metis Yayınları.
- Essman, A. (1980). Adolescent psychopathology and rapprochement phenomenon. *Adolescent Psychiatry*, 8, 320-331
- Eynde, F., Suda, M., Broadbent, H., Guillaume, S., Eynde, M., Steiger, H., ... & Schmidt, U. (2012). Structural Magnetic Resonance Imaging in Eating Disorders: A Systematic Review of Voxel-Based Morphometry Studies. *European Eating Disorders*

Review, 20(2), 94-105.

- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM–5 and clinical reality. *The British journal of psychiatry*, 198(1), 8-10.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study. *Behaviour research and therapy*, 51(1), R2-R8.
- Fairburn, C. G., & Brownell, K. D. (Eds.). (2005). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. Guilford Press.
- Farrell, C., Lee, M., & Shafran, R. (2005). Assessment of body size estimation: a review. *European Eating Disorders Review*, 13(2), 75-88.
- Favaro, A., Tenconi, E., Ceschin, L., Zanetti, T., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2011). In utero exposure to virus infections and the risk of developing anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 41(10), 2193-2199.
- Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K., Obeid, N., Maras, D., Schubert, N., ... & Goldfield, G. (2015). Comparative Distribution and Validity of DSM-IV and DSM-5 Diagnoses of Eating Disorders in Adolescents from the Community. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 100-110.
- Fornari, V., Wlodarczyk-Bisaga, K., Matthews, M., Sandberg, D., Mandel, F. S., & Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 40(6), 434-441.
- Fornari, V. M., & Pelcovitz, D. (1999). Identity problem and borderline disorders. *Comprehensive textbook of psychiatry*, 2922-2932.
- Foulkes, P. V. (1996). *Eating disorders, families and therapy*. Australian Journal of Psychotherapy.
- Föcker, M., Bühren, K., Timmesfeld, N., Dempfle, A., Knoll, S., Schwarte, R., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2015). The relationship between premorbid body weight and weight at referral, at discharge and at 1-year follow-up in anorexia nervosa. *European child & adolescent psychiatry*, 1-8.
- Frank, G. K., Shott, M. E., Hagman, J. O., & Mittal, V. A. (2013). Alterations in brain structures related to taste reward circuitry in ill and recovered anorexia nervosa and in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1152-1160.

- Garfinkel, P. E. (2002). Classification and diagnosis of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 155-161
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J., & Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13(4), 821-828.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. & Cowen, P. (1996). *Psychiatry and medicine, Oxford Textbook of Psychiatry. Third Edition*, Oxford University Press.
- Gelder, M. G., Gath, D., & Mayou, R. (1994). *Concise Oxford textbook of psychiatry*. Oxford University Press, USA.
- Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. Metis Yayınları.
- Gervasini, G., Gordillo, I., García-Herráiz, A., Flores, I., Jiménez, M., Monge, M., & Carrillo, J. A. (2013). Influence of dopamine polymorphisms on the risk for anorexia nervosa and associated psychopathological features. *Journal of clinical psychopharmacology*, 33(4), 551-555.
- Ghaderi, A. (2003). Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, 3(4), 387-396.
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E., & Jeczmiem, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency?. *Depression and anxiety*, 23(6), 331-339.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Harvard University Press.
- Goldschmidt, A. B., Wall, M., Loth, K. A., Le Grange, D., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 86-92.
- Goldstein, M. J. (1981). Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 10(5), 385-405.
- Goodman, A., Heshmati, A., Malki, N., & Koupil, I. (2014). Associations between birth characteristics and eating disorders across the life course: findings from 2 million males and females born in Sweden, 1975–1998. *American journal of epidemiology*, 179(7), 852-863.

- Gorwood, P., Kipman, A., & Foulon, C. (2003). The human genetics of anorexia nervosa. *European Journal of Pharmacology*, 480(1), 163-170.
- Gürdal, A. (1999). Eating disorders and treatment. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 9(1), 21-27.
- Gürdal Küey, A (2008). Yeme Bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi,63,81-83.
- Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 178-182.
- Grilo, C. M., Ivezaj, V., & White, M. A. (2015). Evaluation of the DSM-5 severity indicator for binge eating disorder in a clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 71, 110-114.
- Grogan, S. (2007). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.
- Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A. S., & Badawi, G. (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 326-332.
- Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 124-131.
- Halmi KA (2000). *Eating Disorders*. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock BJ, Sadock VA (eds.). Lipincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, p.1663-7.
- Halmi, K. A. (1974). Anorexia nervosa: demographic and clinical features in 94 cases. *Psychosomatic Medicine*, 36(1), 18-26.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 348-356.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological medicine*, 40(11), 1887-1897.
- Harvey, K., Rosselli, F., Wilson, G. T., DeBar, L. L., & Striegel-Moore, R. H. (2011). Eating patterns in patients with spectrum binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 447-451.

- Haynos, A. F., & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183-202.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86.
- Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*, 1-29.
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., ... & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry research*, 220(1), 500-506.
- Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of eating disorders*, 34(4), 383-396.
- Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2005). Body-Related Cognitions in Binge-Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *Journal of social and clinical psychology*, 24(4), 561-579.
- Hilbert, A., Hartmann, A. S., Czaja, J., & Schoebi, D. (2013). Natural course of preadolescent loss of control eating. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 684.
- Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2013). Psychological Factors Predict Eating Disorder Onset and Maintenance at 10-year Follow-up. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 405-410.
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical psychology review*, 34(1), 29-43.
- Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., ... & Minouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(7), 921-927.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hudson, J. I., Coit, C. E., Lalonde, J. K., & Pope, H. G. (2012). By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder?. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 139-141.

- Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206.
- Humphrey, L. L., & Stern, S. (1988). Object relations and the family system in bulimia: A theoretical integration. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14(4), 337-350.
- Huprich, S. K., Stepp, S. D., Graham, A., & Johnson, L. (2004). Gender differences in dependency, separation, object relations and pathological eating behavior and attitudes. *Personality and Individual Differences*, 36(4), 801-811.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19.
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S. W., Wilfley, D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2011). Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological medicine*, 41(09), 1939-1949.
- Johnson, C., & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective*. Basic Books.
- Johnson, C., & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1321-1324.
- Johnson, C. L. (1991). Treatment of eating-disordered patients with borderline and false-self/narcissistic disorders.
- Johnson, J. G., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31(08), 1455-1466.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552.
- Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 188-210.
- Kaya, B., Yiğittürk, D., & Yalvaç, H. D. (2003). Anoreksiya Nervoza Tanılı İki Kız Kardeş: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 6, 56-61.

- Keel, P. K., Fulkerson, J. A., & Leon, G. R. (1997). Disordered eating precursors in pre-and early adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(2), 203-216.
- Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439.
- Keel, P. K., Forney, K. J., Brown, T. A., & Heatherton, T. F. (2013). Influence of college peers on disordered eating in women and men at 10-year follow-up. *Journal of abnormal psychology*, 122(1), 105.
- Kent, J. S., & Clopton, J. R. (1992). Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology*.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., ... & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904-914.
- Kılıç, E. Z. (2006). Ruhsal Bir Hastalık Olarak Yeme Bozuklukları. *Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*, 2(7), 45.
- Klump, Kelly L., Matt McGue, and William G. Iacono. "Age differences in genetic and environmental influences on eating attitudes and behaviors in preadolescent and adolescent female twins." *Journal of abnormal psychology* 109.2 (2000): 239.
- Klump, K. L., Gobrogge, K. L., Perkins, P. S., Thorne, D., Sisk, C. L., & Breedlove, S. (2006). Preliminary evidence that gonadal hormones organize and activate disordered eating. *Psychological medicine*, 36(04), 539-546.
- Kog, E., & Vandereycken, W. (1989). Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 11-23.
- Kroger, J. (2004). *Identity in adolescence: The balance between self and other*. Psychology Press.
- Kuruoğlu, A. Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikoloji Bülteni*, S, 10, 32-37.
- Lapid, M. I., Prom, M. C., Burton, M. C., McAlpine, D. E., Sutor, B., & Rummans, T. A. (2010). Eating disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 22(04), 523-536.
- Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Weight control behaviors and dietary intake among adolescents and young adults: longitudinal findings from

Project EAT. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(11), 1869-1877.

- Lavender, J. M., Crosby, R. D., & Wonderlich, S. A. (2013). Dimensions in the eating disorders: past, present, and future. Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 404-407.
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 40, 111-122.
- Lee, Y., & Lin, P. Y. (2010). Association between serotonin transporter gene polymorphism and eating disorders: A meta-analytic study. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 498-504.
- Leombruni, P., Rocca, G., Fassino, S., Gastaldi, F., Nicotra, B., Siccardi, S., & Lavagnino, L. (2014). An exploratory study to subtype obese binge eaters by personality traits. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(2), 114-118.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K., & Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181-196.
- Lerner, H. D. (1986). Current developments in the psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Clinical Psychologist*.
- Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 205-213.
- Levine, M. P., Piran, N., Jasper, K. (2015). *Eating Disorders. Handbook of adolescent Behavioral Problems: Evidence-Based*. Springer Science Business Media New York
- Levine, M. P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *The Journal of Early Adolescence*, 14(4), 471-490.
- Lewer, M., Nasrawi, N., Schroeder, D., & Vocks, S. (2015). Body image disturbance in binge eating disorder: a comparison of obese patients with and without binge eating disorder regarding the cognitive, behavioral and perceptual component of body image. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-11.

- Liechty, J. M., & Lee, M. J. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the US. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 790-800.
- Lilenfeld, L. R., Wonderlich, S., Riso, L. P., Crosby, R., & Mitchell, J. (2006). Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 299-320.
- Lilenfeld, L. R. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., ... & Kaye, W. H. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30(06), 1399-1410.
- Lindberg, L., & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 397-408.
- Lindeman, M., Stark, K., & Keski-Vaara, P. (2001). Continuum and linearity hypotheses on the relationship between psychopathology and eating disorder symptomatology. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(4), 181-187.
- Lock, J., & La Via, M. C. (2015). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(5), 412-425.
- Lock, J., Garrett, A., Beenhakker, J., & Reiss, A. L. (2014). Aberrant brain activation during a response inhibition task in adolescent eating disorder subtypes. *American Journal of Psychiatry*.
- Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting on eating behavior: a three-factor model. *Psychological bulletin*, 114(1), 100.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *Am J Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Maayan LA, Woolston JL (2005). *Eating Disorders. Child and adolescent psychiatry: the essentials*, 1. Baski, Cheng K, Myers KM(Ed), Philadelphia, Lippincot Williams & Wilkins, s.248-250
- Machado, P. P., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of ednos cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 60-65.

- Mahler, M. S. (1974). Symbiosis and individuation: the psychological birth of the human infant. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29(89), 106.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2003). *İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu*. Çeviri. AN Babaoğlu. İstanbul, Metis Yayınları.
- Mahler, M. S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. *Infantile Psychosis*, Volume 1.
- Mahler, M. S. (1975). On the current status of the infantile neurosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Mancuso, S. G., Newton, J. R., Bosanac, P., Rossell, S. L., Nesci, J. B., & Castle, D. J. (2015). Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. *The British Journal of Psychiatry*, bjp-bp.
- Maner, F. (2001). Yeme Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5(4), 130-139.
- Marcus, M. D., & Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S47-S57.
- Marsden, P., Meyer, C., Fuller, M., & Waller, G. (2002). The relationship between eating psychopathology and separation-individuation in young nonclinical women. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(10), 710-713.
- Martásková, D., Šlachtová, L., Kemlink, D., Záhoráková, D., & Papežová, H. (2009). Short Communication Polymorphisms in Serotonin-Related Genes in Anorexia Nervosa. The First Study in Czech Population and Meta-analyses with Previously Performed Studies. *Folia Biologica (Praha)*, 55, 192-197.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M., & White, M. A. (2011). An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 618-624.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Emotional overeating and its associations with eating disorder psychopathology among overweight patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 141-146.
- Masterson, J. F., & Costello, J. L. (2014). *From borderline adolescent to functioning adult: The test of time*. Routledge.
- Masterson, J. F. (1977). Primary anorexia nervosa in the borderline adolescent: An object relations view. *Borderline personality disorders*, 475-494.

- Mattos, P., Saboya, E., Ayrão, V., Segenreich, D., Duchesne, M., & Coutinho, G. (2004). Comorbid eating disorders in a Brazilian attention-deficit/hyperactivity disorder adult clinical sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 248-250.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2001). Body image and body change techniques among young adolescent boys. *European eating disorders review*, 9(5), 335-347.
- Mcdermott, B. M., Batik, M., Roberts, L., & Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorders sample. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36(4), 509-514.
- Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL (2013) The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 3: 1–8.
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Patterson, K. A., & Lee, J. C. (2008). Eating pathology among adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology*, 117(1), 225.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold ptsd among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 307-315.
- Morsünbül, Ü. (2011). Ergenlikte özerkliğin ve kimlik biçimlenmesinin öznel iyi oluş üzerindeki etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Müller, A., Claes, L., Wilderjans, T. F., & Zwaan, M. (2014). Temperament subtypes in treatment seeking obese individuals: a latent profile analysis. *European Eating Disorders Review*, 22(4), 260-266.
- Nakazato, M., Hashimoto, K., Shimizu, E., Niitsu, T., & Iyo, M. (2012). Possible involvement of brain-derived neurotrophic factor in eating disorders. *IUBMB life*, 64(5), 355-361.
- National Institute of Mental Health (NIMH) (2014) Eating Disorders: About more than food. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. NIH Publication No. (TR 14-4901). Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/eating-disorders-new-trifold/index.shtml>. [Last accessed on 2015 Mar 25].

- Newton, J. R. (2013). Presentations of eating disorders later in life. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 43(3), 231-236.
- NINM (1994) : Eating Disorders. NIH Publication No:93-3477. Rockville, MD
- O'Dea, J. A. (2004). Evidence for a self-esteem approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders*, 12(3), 225-239.
- O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2000). Improving the body image, eating attitudes, and behaviors of young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 43-57.
- O'Kearney, R. (1996). Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research. *International Journal of Eating Disorders*, 20(2), 115-127.
- Oldershaw, A. V. (2009). Emotional theory of mind in anorexia nervosa: state or trait? (Doctoral dissertation, King's College London (University of London)).
- Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, S. T., Forman, S., Jay, M. S., ... & Walsh, B. T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 303-305.
- Öy, B. (1991). Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 132-136.
- Özusta, H. S. (1995). Çocuklar için durumluk-surekli kaygı envanteri uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10, 32-44.
- Pedersen, C. B., Mors, O., Bertelsen, A., Waltoft, B. L., Agerbo, E., McGrath, J. J., ... & Eaton, W. W. (2014). A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA psychiatry*, 71(5), 573-581.
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2006). How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation?. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 800-805.
- Pi-Sunyer, F. X. (1998). NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-The evidence report. *Obesity Research*, 6, 51S-209S.
- Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 436-442.

- Pole, R., Waller, D. A., Stewart, S. M., & Parkin-Feigenbaum, L. (1988). Parental caring versus overprotection in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 601-606.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40(2), 193.
- Pryor, T., & Wiederman, M. W. (1996). Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 67(2), 414-421.
- Racine, S. E., Culbert, K. M., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2014). Advanced paternal age at birth: phenotypic and etiologic associations with eating pathology in offspring. *Psychological medicine*, 44(05), 1029-1041.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 713-720.
- Raevuori, A., Linna, M. S., & Keski-Rahkonen, A. (2014). Prenatal and perinatal factors in eating disorders: A descriptive review. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 676-685.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R., & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 324-333.
- Reinblatt, S. P., Leoutsakos, J. M. S., Mahone, E. M., Forrester, S., Wilcox, H. C., & Riddle, M. A. (2014). Association between binge eating and attention-deficit/hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. *International Journal of Eating Disorders*.
- Rhodes, B., & Kroger, J. (1992). Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women. *Child Psychiatry and Human Development*, 22(4), 249-263.
- Roberto, C. A., Steinglass, J., Mayer, L. E., Attia, E., & Walsh, B. T. (2008). The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(6), 559-563.

- Robinson, A. H., & Safer, D. L. (2012). Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: results from a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 597-602.
- Robinson, A., Safer, D. L., Austin, J. L., & Etkin, A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter?. *Eating behaviors*, 18, 186-191.
- Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1240-1253.
- Rosen, D. S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 49.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 32.
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israël, M., Richardson, J., & Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention?. *International Journal of Eating Disorders*, 39(7), 590-593.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9(3), 429-448.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., & Thapar, A. (2011). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Schäfer, A., Vaitl, D., & Schienle, A. (2010). Regional grey matter volume abnormalities in bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Neuroimage*, 50(2), 639-643.
- Schienle, A., Schäfer, A., Hermann, A., & Vaitl, D. (2009). Binge-eating disorder: reward sensitivity and brain activation to images of food. *Biological psychiatry*, 65(8), 654-661.
- Seitz, J., Kahraman-Lanzerath, B., Legenbauer, T., Sarrar, L., Herpertz, S., Salbach-Andrae, H., ... & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa.
- Selvini-Palazzoli, M. (1978). *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson.
- Sevinçer, G. M., & Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-8.

- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35(1), 93-101.
- Silverman, J. A. (1983). Richard Morton, 1637-1698 Limner of Anorexia Nervosa: His Life and Times: A Tercentenary Essay. *JAMA*, 250(20), 2830-2832.
- Skinner, H. H., Haines, J., Austin, S. B., & Field, A. E. (2012). A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adolescent and young adult women. *Journal of Adolescent Health*, 50(5), 478-483.
- Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour research and therapy*, 32(5), 497-502.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543-548.
- Smink, F. R., Hoeken, D., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619.
- Smolak, L., & Levine, M. P. (1993). Separation-individuation difficulties and the distinction between bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women. *International Journal of Eating Disorders*.
- Sonnevile, K. R., Grilo, C. M., Richmond, T. K., Thurston, I. B., Jernigan, M., Gianini, L., & Field, A. E. (2015a). Prospective association between overvaluation of weight and binge eating among overweight adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 25-29.
- Sonnevile, K. R., Calzo, J. P., Horton, N. J., Field, A. E., Crosby, R. D., Solmi, F., & Micali, N. (2015b). Childhood hyperactivity/inattention and eating disturbances predict binge eating in adolescence. *Psychological medicine*, 1-10.
- Stein, R. I., Kenardy, J., Wiseman, C. V., Douchis, J. Z., Arnow, B. A., & Wilfley, D. E. (2007). What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of research on adolescence*, 11(1), 1-19.

- Steiner-Adain, C. (1990). The body politic: Normal female adolescent development and development of eating disorders. In C. Gilligan, N.P. Lyons & T.J. Hammer (Eds.), *Making connections: The relational worlds of adolescent girls at Emma Willard School* (pp.162-182). Cambridge, MA: Harvard University Press
- Steinhausen, H.-C. (2011). Course and outcome. In D. Le Grange & J. Lock (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents: A clinical handbook* (pp. 90–104). New York: Guilford.
- Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jørgensen, P., & Strober, M. (2015). A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 1-8. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 195-203.
- Stice, E., Marti, C.N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 445–457.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5), 825.
- Stice, E., & Agras, W. S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior therapy*, 29(2), 257-276.
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A., & Brownell, K. D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 27-37.
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eating disorders*, 20(5), 346-355.
- Suisman, J. L., Alexandra Burt, S., McGue, M., Iacono, W. G., & Klump, K. L. (2011). Parental divorce and disordered eating: An investigation of a gene-environment interaction. *International Journal of Eating Disorders*, 44(2), 169-177.
- Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*, 197(1), 103-111.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R.

(2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.

- Sweeting, H., Walker, L., Maclean, A. M., Patterson, C., & Raisanen, U. (2015). Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *International Journal of Men's Health*, 14(2).
- Sysko, R., Roberto, C. A., Barnes, R. D., Grilo, C. M., Attia, E., & Walsh, B. T. (2012). Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry research*, 196(2), 302-308.
- Tamam, L., Güleç, H., & Karataş, G. (2013). Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 50(2).
- Taşkın, E. O., Yüksel, E. G., & Özmen, E. (2009). Üniversite birinci sınıf öğrencilerinde ayrılma bireyleşme özellikleri ve depresyon ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(3), 174-180.
- Titova, O. E., Hjorth, O. C., Schiöth, H. B., & Brooks, S. J. (2013). Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. *BMC psychiatry*, 13(1), 110.
- Trace, S. E., Thornton, L. M., Root, T. L., Mazzeo, S. E., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2012). Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM-5. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 531-536.
- Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E., & Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual review of clinical psychology*, 9, 589-620.
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). Eating disorders. *Lancet*, 375, 583-593.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S., & Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 573-586.
- Vahip, I. (1993). Ayrılma-bireyleşme kuramı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4, 60-66.
- Van Lieshout, R. J., Taylor, V. H., & Boyle, M. H. (2011). Pre-pregnancy and pregnancy obesity and neurodevelopmental outcomes in offspring: a systematic review. *Obesity reviews*, 12(5), e548-e559.

- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (1989). Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue?. *Psychological medicine*, 19(04), 837-845.
- Vandereycken, W., & Van Vreckem, E. (1992). Siblings of patients with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*.
- Vardar, E., & Erzençin, M. (2011). The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(4), 205-12.
- Veses, A. M., Martínez-Gómez, D., Gómez-Martínez, S., Vicente-Rodríguez, G., Castillo, R., Ortega, F. B., ... & Marcos, A. (2014). Physical fitness, overweight and the risk of eating disorders in adolescents. The AVENA and AFINOS studies. *Pediatric obesity*, 9(1), 1-9.
- Veses, A. M., Martínez-Gómez, D., Gómez-Martínez, S., Zapatera, B., Veiga, Ó. L., & Marcos, A. (2011). Association between excessive body fat and eating-disorder risk in adolescents: the AFINOS Study. *Medicina clínica*, 136(14), 620-622.
- Villarejo, C., Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E., Granero, R., Penelo, E., Treasure, J., ... & Fernández-Aranda, F. (2014). Loss of control over eating: a description of the eating disorder/obesity spectrum in women. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 25-31.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007a). What happens in the course of body exposure?: Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 231-239.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Rüdell, H., & Troje, N. F. (2007b). Static and dynamic body image in bulimia nervosa: mental representation of body dimensions and biological motion patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1), 59-66.
- Wang, G. J., Geliebter, A., Volkow, N. D., Telang, F. W., Logan, J., Jayne, M. C., ... & Fowler, J. S. (2011). Enhanced striatal dopamine release during food stimulation in binge eating disorder. *Obesity*, 19(8), 1601-1608.
- Weygandt, M., Schaefer, A., Schienle, A., & Haynes, J. D. (2012). Diagnosing different binge-eating disorders based on reward-related brain activation patterns. *Human brain mapping*, 33(9), 2135-2146.

- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating behaviors*, 8(2), 162-169.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000a). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 259-269.
- Wilfley, D. E., Friedman, M. A., Douchis, J. Z., Stein, R. I., Welch, R. R., & Ball, S. A. (2000b). Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 641.
- Wonderlich, S. A., Connolly, K. M., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 172-182.
- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., & Kennedy, S. H. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 570-574.
- Wooldridge, T., & Lytle, P. P. (2012). An overview of anorexia nervosa in males. *Eating disorders*, 20(5), 368-378.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions*. Report from the WHO European Ministerial Conference.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H. C. (2014). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(16), 3365-3385.
- Wu, M., Giel, K. E., Skunde, M., Schag, K., Rudofsky, G., Zwaan, M., ... & Friederich, H. C. (2013). Inhibitory control and decision making under risk in bulimia nervosa and binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7),

721-728.

- Yager, J., Devlin, M. J., & Halmi, K. A. (2007). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. American Psychiatric Association; 2006.
- Yager, J., & Andersen, A. E. (2005). Anorexia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 353(14), 1481-1488.
- Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic?. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S117-S120.
- Yasuhara, D., Homan, N., Nagai, N., Naruo, T., Komaki, G., Nakao, K., & Nozoe, S. I. (2002). A significant nationwide increase in the prevalence of eating disorders in Japan: 1998-year survey. In *International Congress Series* (Vol. 1241, pp. 297-301). Elsevier.
- Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects. *J am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28(6), 813-828.
- Yilmaz, Z., Kaplan, A. S., Zai, C. C., Levitan, R. D., & Kennedy, J. L. (2011). COMT Val158Met variant and functional haplotypes associated with childhood ADHD history in women with bulimia nervosa. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(4), 948-952.
- Youniss, J., & Smollar, J. (1987). Adolescent relations with mothers, fathers and friends. University of Chicago Press.
- Yücel B, Akdemir A, Gürdal-Küey A, Maner F, Vardar E (2013). Yeme Bozuklukları ve Obezite- Tanı ve Tedavi Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Çalışma Birimi Dizisi 15. Ankara
- Yucel, B., Polat, A., Ikiz, T., Dusgor, B. P., Elif Yavuz, A., & Sertel Berk, O. (2011). The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 509-511.
- Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437.
- Zhang, Z., & Lai, H. J. (2004). Comparison of the use of body mass index percentiles and percentage of ideal body weight to screen for malnutrition in children with cystic fibrosis. *The American journal of clinical nutrition*, 80(4), 982-9

9. EKLER

Ek I.

Sosyodemografik Veri Formu

Adı Soyadı:

Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()

Doğum Tarihi:/...../.....

Yaşı:.....

Telefon numarası:

Annenin yaşı:

Eğitim düzeyi:

Mesleği:

Babanın yaşı:

Eğitim düzeyi:

Mesleği:

Aile bütünlüğü (beraber, boşanmış, diğer.....)

Öz anne/baba hayatta mı?

Anne/baba vefat yılı:

Üvey anne/baba var ise kaç yıldır birlikte yaşıyorlar:

Kardeş Sayısı:

Kaçıncı çocuksunuz:

Anne baba arasında akrabalık: yok/var(varsa akrabalık derecesi):

Kilo:

Boy:

Daha önce psikiyatriye başvurunuz oldu mu?

Tıbbi bir hastalığınız var mı?

Ek II.

DSM-5 Dürtüsellik Soruları

Sizin için uygun olan seçeneği işaretleyiniz

(1) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevap verir misiniz?(örn. insanların sözlerini tamamlamak ya da konuşma sırasında sıranızı bekleyememek) Evet/Hayır

(2) Çoğu zaman sıranızı beklemekte güçlük yaşar mısınız?(örn. kuyrukta beklerken) Evet/Hayır

(3) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da araya girer misiniz?(örn. başkalarının konuşmalarına, oyunlarına ya da etkinliklerine karışma, sormadan ya da izin almadan başkalarının eşyalarını kullanmaya başlama, başkalarının işine karışıp yönetmek isteme) Evet/Hayır

Ek III.

ADOLESAN AYRILMA BİREYLEŞME TESTİ

Aşağıda gençlerin çeşitli duygu, tutum ve davranışlarını tanımlayan ifadeler sıralanmıştır. Sizi en iyi tanımlayan seçeneği kutucuklarına çarpı koyarak işaretleyin. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Eğer bazı sorular sizin duygularınızı tam yansıtmıyorsa ve yanıtlamakta güçlük çekerseniz, size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.					
1-Annem ve babam bazen öyle koruyucu olur ki kendimi boğuluyormuş gibi hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2-Bazen kendimi öyle güçlü hissederim ki kazanamayacağım hiçbir başarı yokmuş gibi gelir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
3-Yalnız kalmak benim için korkunç bir düşüncedir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
4-Annem ve babamdan ayrı, kendi başıma yaşayacağım günü sabırsızlıkla bekliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
5-Bazen insanlar gerçekten beni incitmek istiyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
6-Ölüm beni endişelendiriyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
7-Birçok anne baba aşırı kontrolcü, aslında çocuklarının büyümesini istemiyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
8-Bazen ihtiyaçlarımı başkaları karşıladığında, küçük bir çocuk olmanın hoş olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
9-Sıcak ve duygusal ilişkileri anlamıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
10-Aynada özellikle vücuduma bakmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
11-Eğer bir sorunumu birine anlatacak olsam, büyük olasılıkla beni anlamayacaktır.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
12-Arkadaşlarımla bir şeyler yaparken genellikle lider gibi davranırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
13-Ne kadar sürerse sürsün annem ve babamdan uzak kaldığımda yalnız hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14-Bütün hislerimi paylaşabileceğim arkadaşlarımla birlikteyken rahat olurum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
15-Sık sık arkadaşlarım tarafından reddedilmekten korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
16-Sık sık kız/erkek arkadaşımın ayrılmaktan korkuyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
17-Annem ve babam kendi planlarıyla benimkilerden çok daha fazla ilgileniyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
18-En yakın arkadaşlarımla bile ihtiyacım olduğunda yanımda olmayacaklarını düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
19-Başkalarına yakın olmak beni rahatsız eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
20-Diğer insanları düşündüğümde kendimi onlara göre daha iyi hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

21-Annem ve babamın yapmam gereken şeyleri söylemesi beni rahatsız eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
22-Çok sevdiğim öğretmenimden ayrılırken onunla vedalaşmaktan üzüntü duyarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
23-Yalnız kaldığım zamanlarda bazı arkadaşlarımı düşünürüm çünkü onları çok özlerim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
24-Gelecek 10 yılda olabilecek ve dünyanın büyük bölümüne zarar verebilecek nükleer bir savaşın çıkmasından korkuyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
25-Arkadaşlık anlayışım "en iyi arkadaş" olma yönündedir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
26-Diğer insanların bana hayran kaldıklarını ve bana baktıklarını hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
27-Beni çok iyi tanıyan arkadaşlarımdan bazıları düşüncelerimi de okuyabilir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
28-Arkadaşlık çok emek harcamaya değer.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
29-Öğretmenimin benim hakkımdaki düşüncelerine çok önem veririm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
30-Bazı arkadaşlarımı o kadar iyi tanırım ki düşüncelerini bile okuyabilirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
31-Arkadaşlarımla birlikteyken bazen grubun lideri gibi bazen de gruba katılımcı gibi davranırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
32-En sevdiğim öğretmenimle bazı kişisel korku ve kaygılarımı paylaşabilirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
33-Tanrının beni gözlediğine ve tehlikelerden koruduğuna inanırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
34-Bazen ailemin, benim hiç doğmamış olmamı istediğini düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
35-Annem ve babamdan bağımsız bir kişi olmak için mücadele ederim, çünkü bu benim için çok önemlidir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
36-Annem veya babamdan biri ölürse diye korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
37-Arkadaşlarımla bir şeyler yaparken kendimi yalnız olduğumdan daha rahat hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
38-Söylemeseler bile bazen insanların bana hayran gözlerle baktığını biliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
39-Gerçekte hiç kimseyi sevmiyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
40-Annem ve babam özgürlüğümü çok fazla kısıtlar.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
41-İnsanlar yeteneklerim karşısında bazen şaşırır.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
42-Yakın arkadaşlarım benim hem iyi hem de kötü yanlarımı bilir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
43-İnsanlarla birlikteyken bile yalnızlık hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
44-Ne zaman birilerinin benim için bir şeyler yapacağını ümit etsem çoğunlukla hayal kırıklığına uğrarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
45-Hiç kimse beni anlamıyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
46-Uyumadan önce bazen kendimi yalnız hissedirim ve etrafımda konuşacak birilerini arar ya da sadece birilerinin orada olmasını isterim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
47-Eğer birilerinin bana yaklaşmasına izin verirse bundan zarar görürüm diye düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
48-Tanrı beni nereye yönlendirirse o yöne giderim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
49-Diğer insanlar benden çok kolay etkilenir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
50-Ailem benden nefret ediyormuş gibi hissediyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
51-Birisine bağımlı olmadığım sürece incinmem.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
52-İnsanların benim fiziksel görünümümü çekici bulmaları beni memnun eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
53-Çevremdeki insanlar sık sık bana hayranlık duyar.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
54-Hiç kimseyi tanımadığım büyük bir partiye gitme fikri bana korkutucu gelir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
55-Diğer insanlarla karşılaştığımda kendimi özel hissedirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
56-Arkadaş grubumun içinde çoğunlukla ilgi odağı olurum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
57-Çocukluk yıllarımdaki gibi annem ve babamın kontrolünde yaşamayı tercih ederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
58-İhtiyaçlarım yakın arkadaşlarım tarafından yeterince karşılanmıyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
59-Öğretmenim beni yeterince beğenmeyecek diye korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
60-Diğer insanlar yeteneklerimden etkilenir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
61-Her zaman annem, babam ve kardeşlerimle daha fazla birlikte olabilmek için onlarla aynı şehirde yaşamayı tercih ederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
62-Öğretmenlerim sosyal yaşantıyla ilgili öğütler verir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
63-Yakın arkadaşlarımda olduğu samimi partileri çok severim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
64-Annem ve babamın kurallarından kurtulmayı sabırsızlıkla bekliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
65-Eğer öğretmenimi hayal kırıklığına uğrattıysam ya da kızdırsam çok üzülürüm	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

Ek IV.**YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YEDÖ)***

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirin -de	1 -5	6 -12	13 -15	16 -22	23 -27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediniz?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğun-laşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için “tıknırcasına yeme” teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirind e	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıknırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıda n az	Yarı yarıya	Yarıda n fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta		Önemli ölçüde		
		0	1	2	3	4	5	6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
22-	Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....
Aksama olduysa kaç tane?.....
Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek V. Hollanda Yeme Ölçeği Anketi (DEBQ)

Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm sorulara cevap veriniz. Hiçbir sorunun doğru ve yanlış cevabı yoktur. Her bir soru için size uygun cevabın altındaki daireyi işaretleyin. Teşekkürler.

1. Eğer kilo aldıysanız, her zaman yediğinizden daha az mı yersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
2. Yemek zamanlarında, yemek istediğinizden daha az yemeye çalışır mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
3. Kilonuzdan endişe duyduğunuz için size sunulan yiyecek yada içeceği ne sıklıkla reddedersiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
4. Ne yediğinize tam olarak dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
5. Bilinçli olarak zayıflatıcı besinler mi yersiniz ?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
6. Çok fazla yediğinizde, ertesi gün daha az yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
7. Kilo almamak için az yemeye dikkat eder misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
8. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
9. Kilonuza dikkat ettiğiniz için ne sıklıkla akşamları yemek yememeye çalışırsınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
10. Ne yiyeceğinize karar verirken kilonuzu hesaba katar mısınız?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
11. bir şeyden rahatsız olduğunuzda daha fazla yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
12. Yapacak bir şeyiniz olmadığında yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
13. Depresyonda olduğunuzda yada hayal kırıklığına uğradığınızda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
14. Kendinizi yalnız hissettiğinizde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
15. Biri sizi üzdüğünde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
16. Sinirleriniz bozuk olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
17. İstemediğiniz bir şey olduğu zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
18. Kaygılı, endişeli olduğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
19. bir şeyler ters yada yanlış gittiğinde yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
20. Korktuğunuz zaman yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
21. Hayal kırıklığına uğradığınız zaman	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>

yemek ister misiniz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Duygusal olarak üzüntülü olduğunuzda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
23. Huzursuz olduğunuzda yada canınız sıkın olduğunda yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
24. Yediğiniz şey lezzetliyse, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
25. Yediğiniz şey güzel kokuyor ve güzel görünüyorsa, genelde yediğinizden daha çok yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
26. Lezzetli bir şey gördüğünüzde yada kokladığınızda onu yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
27. Eğer yemek için lezzetli bir şeyler varsa doğrudan onu yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
28. Eğer bir fırının önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
29. Eğer bir kafe yada büfenin önünden geçerseniz, lezzetli bir şeyler satın almak ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
30. Başkalarını yerken görürseniz, sizde yemek yemek ister misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
31. Lezzetli yiyeceklere karşı koyabilir misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
32. Başkalarını yerken gördüğünüzde, genelde yediğinizden daha fazla yer misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>
33. Yemek hazırlarken bir şeyler yemeye meyilli misiniz?	Hiçbir zaman <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Sık <input type="radio"/>	Çok sık <input type="radio"/>	İlgisi yok <input type="radio"/>

R:1-10 - E:11-23 - Ex:24-33

Ek VI.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Ç D Ö

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup içinden, bu gün de dahil olmak üzere, son iki haftadır yaşadıklarınızı en iyi şekilde tanımlayan cümleyi seçip, yanındaki numarayı daire içine alınız.

A 0. Kendimi arada sırada üzgün hissedirim

1. Kendimi sık sık üzgün hissedirim.
2. Kendimi her zaman üzgün hissedirim.

B 0. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

1. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
2. İşlerim yolunda gidecek.

C 0. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

1. İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
2. Herşeyi yanlış yaparım.

D 0. Bir çok şeyden hoşlanırım.

1. Bazı şeylerden hoşlanırım.
2. Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E 0. Her zaman kötü bir çocuğum.

1. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
2. Arada sırada kötü bir çocuğum.

F 0. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.

1. Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
2. Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.

G 0. Kendimden nefret ederim.

1. Kendimi beğenmem.
2. Kendimi beğenirim.

H 0. Bütün kötü şeyler benim hatam

1. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
2. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I 0. Kendimi öldürmeyi düşünmem.

1. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
2. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

İ 0. Her gün içimden ağlamak gelir.

1. Bir çok günler içimden ağlamak gelir.
2. Arada sırada içimden ağlamak gelir.

J 0. Her şey her zaman beni sıkır.

1. Her şey sık sık beni sıkır.
2. Her şey arada sırada beni sıkır.

K 0. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.

1. Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
2. Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.

L 0. Her hangi bir şey hakkında karar veremem.

1. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
2. Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

M 0. Güzel / yakışıklı sayılırım.

1. Güzel / yakışıklı olmayan yanlarım var.
2. Çirkinim.

N 0. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.

1. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
2. Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.

O 0. Her gece uyumakta zorluk çekerim.

1. Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim.
2. Oldukça iyi uyurum.

Ö 0. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.

1. Bir çok gün kendimi yorgun hissederim.
2. Her zaman kendimi yorgun hissederim.

P 0. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.

1. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
2. Oldukça iyi yemek yerim.

R 0. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.

1. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
2. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

S 0. Kendimi yalnız hissetmem.

1. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
2. Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş 0. Okuldan hiç hoşlanmam.

1. Arada sırada okuldan hoşlanırım.
2. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T 0. Birçok arkadaşım var.

1. Birkaç arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
2. Hiç arkadaşım yok.

U 0. Okul başarımlarım iyi.

1. Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.
2. Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.

Ü 0. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

1. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
2. Diğer çocuklar gibi iyiyim.

V 0. Kimse beni sevmez.

1. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
2. Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y 0. Bana söyleneni genellikle yaparım.

1. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
2. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z 0. İnsanlarla iyi geçinirim.

1. İnsanlarla sık sık kavga ederim.
2. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek VII. “ NASIL HİSSEDİYORUM ” ANKETİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. “Hemen hemen hiç” mi, “Bazen” mi yoksa “Sık sık” mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **GENELLİKLE** nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1.	Yanlış yapacağım diye endişelenirim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
2.	Ağlayacak gibi olurum	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
3.	Kendimi mutsuz hissederim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
4.	Karar vermekte güçlük çekerim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
5.	Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
6.	Çok fazla endişelenirim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
7.	Evde sinirlerim bozulur	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
8.	Utangacım	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
9.	Sıkıntılıyım	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
10.	Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
11.	Okul beni endişelendirir	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
12.	Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
13.	Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
14.	Nedenini bilmediğim korkularım var	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
15.	Annem – Babam için endişelenirim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
16.	Ellerim terler	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
17.	Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
18.	Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
19.	Karnımda bir rahatsızlık hissederim	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık
20.	Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	() Hemen hemen hiç	() Bazen	() Sık sık

Ek VIII.

DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	nadiren	bazen	sıklıkla	her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Dikkatli düşünen birisiyim				
3. İş güvenliğine dikkat ederim				
4. Düşünerek hareket ederim				
5. Geleceğini düşünen birisiyim				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
8. Düşünmeden alışveriş yaparım				
9. Hobilerimi değiştiririm				
10. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
11. Düşünmeden iş yaparım				
12. Dikkat etmem				
13. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
14. Düşünmeden hareket ederim				
15. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				