



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ANOREKSİYA NERVOZA HASTALARINDA İÇGÖRÜ
VE FARKLI İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

SEVGİ GÜLEÇ DOĞAN
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ATİLA EROL

2022-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ANOREKSİYA NERVOZA HASTALARINDA İÇGÖRÜ
VE FARKLI İÇGÖRÜ ÖLÇEKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

SEVGİ GÜLEÇ DOĞAN
UZMANLIK TEZİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. ATİLA EROL

2022-SAKARYA

TEZ ONAYI

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi
Program türü : Uzmanlık Tezi
Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Tez Sahibi : Sevgi Güleç Doğan
Sınav Tarihi : **Saat:**
Tez Başlığı : Anoreksiya Nervoza Hastalarında İçgörü ve Farklı İçgörü Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .././202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././202..
Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.12.2020 tarihinde onay alarak (onay no: 71522473/050.01.04/594) hazırlanmıştır.

Tarih:

.../.../.....

Sevgi Güleç Doğan

İmza

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitim sürem içerisinde bilgi, fikir ve tecrübeleri ile bana yol gösteren Anabilim Dalı Başkanımız ve tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Atila EROL başta olmak üzere hem mesleki hayatıma hem de sosyal hayatıma katkıları ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocalarım Prof. Dr. Ali Savaş ÇİLLİ, Prof. Dr. Esra YAZICI ve Doç. Dr. Ahmet Bülent YAZICI' ya;

Birlikte çalışırken hem keyif aldığım hem de mesleki tecrübe paylaşımı yaptığım sevgili asistan ve uzman hekim arkadaşlarıma;

Ekip olarak çalışmanın yanı sıra aile gibi hissettiren, psikiyatri kadın, erkek AMATEM servisleri ve TRSM'de çalışan tüm hemşire, sekreter, psikolog, personel ve güvenliklerimize çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmem için çok emek harcayan, hem sosyal hayatımda hem eğitim hayatımda yaşadığım zorluklarda ayağa kalkmama yardım eden ve mutluluklarımda benden daha çok sevinen canım annem Emine GÜLEÇ'e, kendisi aramızda olamasa da benimle gurur duyduğunu bildiğim değerli babam Yusuf GÜLEÇ'e;

Ablalıkları ile bana hep yol gösteren Ayşe CAN ve Canan ALBAY'a;

Ve her zaman sevgi, anlayış ve desteği ile yanımda olan sevgili eşim Übeydullah DOĞAN'a en içten teşekkürlerimle...

Dr. Sevgi GÜLEÇ DOĞAN

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ	vii
TABLO LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.1. Anoreksiya Nervoza	4
2.1.1. Hastalığın tanımı ve temel klinik özellikleri	4
2.1.2. Tanı kriterleri ve tarihsel gelişim	4
2.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.5. Klinik seyir ve prognoz	10
2.1.6. Psikiyatrik ve tıbbi komorbidite	11
2.2. Psikiyatride İçgörü Kavramı	12
2.2.1. İçgörünün değerlendirilmesi ve değerlendirmeye etki eden faktörler	14
2.2.2. İçgörü eksikliğinin etyopatogenezi	16
2.2.3. İçgörü odaklı kuramsal yaklaşımlar	18
2.3. Anoreksiya Nervoza’da İçgörü ve İçgörü İle İlişkili Kavramlar	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.2. Araştırmanın Örneklemi	27
3.3. Uygulama	27
3.3.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri	28
3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri	28
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)	28

3.4.2. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ) (Ek 3).....	29
3.4.3. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 4)	29
3.4.4. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) (Ek 5)	29
3.4.5. Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ) (Ek 6).....	30
3.4.6. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 7)	30
3.4.7. Yeme Tutumu Testi (YTT) (Ek 8).....	31
3.4.8. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ) (Ek 9).....	31
3.4.9. Beden algısı ölçeği (BAÖ) (Ek 10).....	31
3.5. İstatiksel Analiz.....	32
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
4.BULGULAR	33
4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler	33
4.2. İçgörü Seviyeleri ve Semptom Şiddeti	39
4.3. İçgörü Seviyeleri ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri	40
4.5. İçgörü Seviyeleri ve Vücut Kitle İndeksi	45
4.6. İçgörü Ölçeklerinin Kendi Aralarında ve Semptom Şiddeti ile Korelasyonu ..	46
4.7. Beden Algısı Ölçeğinin YTT, YBDÖ ve İçgörü Ölçekleri ile Korelasyonu ...	47
4.8. Vücut Kitle İndeksinin YTT, YBDÖ ve İçgörü Ölçekleri ile Korelasyonu	48
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	50
5.1. Sosyodemografik/Klinik Veriler ve İçgörü	50
5.3. Beden Algısı ve İçgörü	54
5.4. İçgörü Ölçekleri Arasındaki İlişki	54
5.5. Sonuçlar	56
6.KAYNAKLAR	58
7.EKLER	68
7.1. Ek-1: Etik kurul kararı	68
7.2. Ek 2: Sosyodemografik veri formu	68
7.3. Ek 3: Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ)	71
7.4. Ek 4: İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ)	74
7.5. Ek 5: Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ)	76
7.6. Ek 6: Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ)	78
7.7. Ek 7: Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)	83
7.8. Ek 8: Yeme Tutumu Testi (YTT-40).....	84
7.9. Ek 9: Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ)	86

7.10. Ek 10: Beden algısı ölçeği (BAÖ).....	90
ÖZGEÇMİŞ.....	Error! Bookmark not defined.



KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ADD: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce

ADDÖ: Aşırı Değer Verilmiş Düşünceler Ölçeği

AHİÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği

AN: Anoreksiya Nervosa

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

BBİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

BİDÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği

OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

YTT: Yeme Tutumu Testi

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Klinisyen değerlendirmesine göre içgörü seviyelerinin oransal dağılımı ..	36
Şekil 4.2. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin YTT puan ortalamaları	39
Şekil 4.3. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin YBDÖ puan ortalamaları.....	39
Şekil 4.4. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin ADDÖ ortalama puanları.....	42
Şekil 4.5. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin BİDÖ ortalama puanları.....	42
Şekil 4.6. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin AHİÖ ortalama puanları.....	43
Şekil 4.7. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin İÜBDÖ ortalama puanları.....	43
Şekil 4.8. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin BBİÖ ortalama puanları.....	44
Şekil 4.9. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin BAÖ ortalama puanları.....	45
Şekil 4.10. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin VKİ ortalama değerleri.....	46

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	34
Tablo 4.2. Hastaların klinik özellikleri.....	37
Tablo 4.2. Hastaların klinik özellikleri (devam).....	38
Tablo 4.3. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerine göre YTT ve YBDÖ ortalama puanları	40
Tablo 4.4. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerine göre içgörü ölçeklerinin ortalama puanları.....	41
Tablo 4.5. İçgörü seviyelerine göre BAÖ ortalama puanları.....	44
Tablo 4.6. İçgörü seviyelerine göre VKİ ortalama puanları.....	45
Tablo 4.7. İçgörü ölçeklerinin kendi aralarında ve YTT, YBDÖ ile korelasyonları .	47
Tablo 4.8. BAÖ ile YTT ve YBDÖ arasındaki korelasyon ilişkisi	48
Tablo 4.9. BAÖ ile farklı içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi.....	48
Tablo 4.10. VKİ ile YTT ve YBDÖ arasındaki korelasyon ilişkisi.....	48
Tablo 4.11. VKİ ile farklı içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi	49

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: İçgörü, ruhsal bozuklukların tanınması, tedavisi ve takibinde önemli bir yol gösterici olmakla birlikte, içeriği, sınırları ve değerlendirilmesi konusunda tartışmaların devam ettiği bir kavramdır. Anoreksiya Nervosa (AN) hastaları için de içgörü kavramı, özellikle inkar mekanizmalarının da etkisi ile daha karmaşık bir hale gelmektedir. Çalışmamızda AN hastalarına farklı içgörü ölçeklerini uygulayarak ölçeklerin birbirleri ve klinik verilerle ilişkilerini incelemeyi amaçladık. Ayrıca hastalık inkarının ölçekler üzerindeki olası etki ve sonuçlarını değerlendirmeyi hedefledik.

YÖNTEM: Çalışma, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul edip, çalışmanın dâhil edilme, dışlama kriterlerini karşılayan 32 AN hastası ile yapılmıştır. Hastalarla öncelikle DSM-V e uyarlı SCID-1 görüşmesi yapılmış olup daha sonra sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği (BİDÖ), İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği (İÜBDÖ), Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği (ADDÖ) hastalara hekim tarafından uygulanmıştır. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ), Yeme Tutumu Testi (YTT), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Beden Algısı Ölçeği ise hastalar tarafından doldurulmuştur.

BULGULAR: Klinisyen değerlendirmesi sonucunda hastaların %9,4'ünün içgörüsünün var olduğu, %15,6'sının kısmi içgörüye sahip olduğu ve %75'inin ise içgörüsüz olduğu belirlenmiştir. İçgörü değerlendirme ölçekleri (ADDÖ, BİDÖ, AHİÖ, İÜBDÖ, BBİÖ) ile sosyodemografik veriler ve anorektik belirtiler (YTT, YBDÖ) arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. İçgörü değerlendirme ölçekleri kendi aralarında anlamlı korelasyon gösterirken sadece BBİÖ diğerleri ile korelasyon göstermemiştir. Klinisyen içgörü değerlendirmesi ile içgörü ölçeklerinin sonuçları benzer ve uyumlu bulunmuştur.

SONUÇ: Farklı içgörü ölçekleri kendi aralarında anlamlı ve klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile benzer ve uyumlu sonuçlar vermiştir, farklılık saptanmamıştır. İçgörü ölçekleri ile semptom şiddeti ve beden algısı arasında ise anlamlı korelasyon bulunmamıştır. İçgörü ölçeklerinin sonuçları ile anorektik belirtiler arasında ilişki bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Anoreksiya nervosa, içgörü, içgörü ölçekleri

ABSTRACT

Insight and comparison of different insight scales in patients with Anorexia Nervosa

AIM: Although insight is an important guide in the recognition, treatment and follow-up of mental disorders, it is a concept that continues to be debated about its content, limits and evaluation. In our study, we aimed to examine the relationships of the scales with each other and with clinical data by applying different insight scales to AN patients. We also aimed to evaluate the possible effects and consequences of disease denial on the scales.

MATERIALS AND METHODS: The study was conducted with 32 AN patients who applied to Sakarya University Training and Research Hospital Psychiatry Clinic and accepted to participate in the study and met the inclusion and exclusion criteria of the study. The patients were first interviewed with SCID-1 compatible with DSM-V and then the sociodemographic data form was filled. The Overvalued Ideas Scale (OVIS), Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS), Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD), Schedule for Assessing the Three Components of Insight (SATCI) were administered to the patients by the physician. Beck Cognitive Insight Scale (BCIS), Eating Attitude Test (EAT), Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Body Cathexis Scale (BCS) were filled in by the patients.

RESULTS: As a result of the clinician's evaluation, it was determined that 9.4% of the patients had insight, 15.6% had partial insight, and 75% had no insight. No significant correlation was found between the insight assessment scales (OVIS, BABS, SUMD, SATCI, BCIS) and sociodemographic data and anorectic symptoms (EAT, EDE-Q). While the insight assessment scales showed a significant correlation among themselves, only BCIS did not correlate with the others. Results of clinician insight assessment and insight scales were found to be similar and consistent.

CONCLUSION: Different insight scales gave meaningful results among themselves and were similar and consistent with the clinician's insight assessment, no difference was found. There was no significant correlation between insight scales and symptom severity and body image. No correlation was found between the results of the insight scales and anorectic symptoms.

Keywords: Anorexia nervosa, insight, insight scales

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Anoreksiya Nervosa (AN); bireyin kilo almaktan veya şişman olmaktan aşırı korkması, dolayısıyla kilo alımını engellemeye yönelik davranışlarda bulunması ve beden algısında bozulma ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Dsm-V, 2013). Özellikle adölesan ve genç erişkin dönemdeki kadınları etkileyen bu psikiyatrik hastalık, kişinin en verimli ve üretken olduğu yaşlarda işlevselliğini bozarak yaşam kalitesini düşürmekte, eğitim, iş ve kişilerarası ilişkiler gibi sosyal alanlarda sorunlar yaşamasına neden olmakta ve kişiyi hem ruhsal hem fiziksel birçok sağlık sorunu ile karşı karşıya bırakmaktadır. Nitekim ruhsal bozukluklar içerisinde ölüm oranı en yüksek hastalığın AN olduğu da bilinmektedir (Harris ve Barraclough, 1998). Tüm bu ciddi olumsuz sonuçların önüne geçmek için AN'ı iyi tanımak ve hastaların tedavi edilmesini sağlamak büyük önem arz etmektedir.

Geçmişten günümüze çok çeşitli tanımlamalar yapılmış olmakla birlikte psikiyatride içgörü kavramı temel olarak, kişinin psikiyatrik bir hastalığı olduğunun farkında olması, olağandışı yaşantılarının bu hastalıktan kaynaklandığını bilmesi ve tedaviye uyum göstermesi şeklinde birbirleri ile ilişkili, farklı boyutlardan oluşun karmaşık bir kavramdır (David, 1990). Bu çok boyutlu ve karmaşık kavram, hastalığın gidişatını ve tedaviyi etkileyeceği için psikiyatrik muayenenin önemli bir parçasıdır. Ruh sağlığı alanındaki çoğu hekim, yüksek içgörü düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde güçlü bir bağlantı olduğunu varsayar, dolayısıyla içgörü eksikliği veya hastalığın inkar edilmesi, kişinin kendi sağlığına dikkat etmemesi yani ciddi bir kendini ihmal olarak değerlendirilir (Vandereycken, 2005). Klinisyenler muayenede içgörüyü, daha çok kişinin sözel bildirimine dayanarak, var, yok ya da hastalığın kısmi kabulü şeklinde kategorik olarak sınıflandırır ancak bu durum içgörünün geçerliliği ve güvenilirliği hakkında bazı tartışmaları da beraberinde getirmektedir (Marková ve Berrios, 1995).

AN, psikiyatrik hastalıklar içerisinde içgörü ile ilgili sorunların sıklıkla karşılaşıldığı bir hastalıktır (Vitousek ve ark., 1998). AN hastaları genellikle belirtilerini gizlemeye

çalışır, hastalıklarını inkar eder ve tedaviden kaçınırlar, bu nedenlerle hekimler hastaları tespit etmekte ve tedavi sürecini devam ettirmekte zorlanırlar (Jagielska ve Kacperska, 2017). AN'ın ilk tanımlamalarında, kişinin belirgin zayıflık haline rağmen kilo algısındaki yanılsamalar nedeni ile şişman olduğuna dair düşüncelerinin hastalığın temel özelliği olduğu kabul edilmiştir, hatta bu durum 'zayıflığın sanrılı inkarı' olarak değerlendirilmiştir (Lasègue, 1873; Powers ve ark., 2005). Hastaların sanrı boyutuna ulaşabilen bu çarpık inanışları ise sonuçta zayıf içgörü ve düşük tedavi motivasyonu ile ilişkilendirilmiştir (Arbel ve ark., 2013; Vitousek ve ark., 1998). Ölüm de dahil olmak üzere çok ciddi komplikasyonları olan böyle bir hastalıkta içgörü mekanizmasının anlaşılması tedavi sürecini de etkileyeceği için oldukça önem arz etmektedir. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, AN'da içgörü eksikliği ve hastalık inkarı ile ilişkili bilinçli ve bilinçsiz birçok mekanizma olduğu görülmektedir ve özellikle 'iyi numarası yapmak' da dahil olmak üzere bazı bilinçli mekanizmaların, hastalığı değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin de etkilenmesine neden olarak hekimlerin tanı koyma ve tedavi süreçlerini zorlaştırdığı bildirilmektedir (Vandereycken, 2006a; Vandereycken, 2006b).

Literatür incelendiğinde, AN hastalarında içgörü ve ilişkili kavramların incelendiği birçok çalışma olmakla birlikte, bildiğimiz kadarıyla, psikiyatrik hastalıklarda içgörüyü değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin birbirleri ile kıyaslandığı bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle, psikiyatrik görüşme neticesinde AN tanısı almış bireylere çeşitli içgörü ölçeklerini uygulayarak gerçekleştirdiğimiz mevcut çalışmamızdaki amaçlarımız:

- AN hastalarında hastalıkla ilgili içgörüyü ve içgörüyü etkileyen faktörleri incelemek
- Çalışmada kullandığımız ölçeklerin AN hastalarında içgörü mevcudiyetini ne oranda gösterebildiğini incelemek
- Bilinçli ya da bilinçsiz mekanizmalarla yapılan hastalık inkarının, ölçek sonuçlarını ne oranda etkilediğini incelemek
- Ölçeklerin içgörüyü değerlendirme konusunda kendi aralarında ne kadar tutarlı olduklarını belirlemek
- Ve ölçeklerin içgörü değerlendirme noktasında birbirlerine olan üstünlükleri ya da zayıf kalan noktalarını değerlendirmek

Bu çerçevede, AN hastalarında sıklıkla karşılaşılan, hastalık inkarı ve içgörü eksikliği gibi tartışmalı kavramların, hastalığın semptomatolojisini ve hastalıkla ilgili içgörüyü değerlendirmeye yönelik kullanılan mevcut araçların sonuçlarına etkisini tartışacağız.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Anoreksiya Nervosa

2.1.1. Hastalığın tanımı ve temel klinik özellikleri

AN, bireyin kilo almaktan veya şişman olmaktan aşırı korkması, dolayısıyla kilo alımını engellemeye yönelik davranışlarda bulunması ve beden algısında bozulma ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Dsm-V, 2013). Her yaştan, cinsiyetten, cinsel yönelimden, ırk ve etnik kökenden birey hastalıktan etkilenebilir ancak özellikle ergenlik dönemindeki kızlar ve genç erişkin kadınlar risk altındadır (Zipfel ve ark., 2015).

Hastalığın temel özelliği, kişinin vücut şekli ve kilosuna aşırı anlam yüklemesidir. Hasta kilo vermek amacıyla yiyecek alımını kısıtlamanın yanı sıra kalori yakmak için yoğun fiziksel aktiviteye başvurabilir, müshil ve diüretik gibi ilaçları kötüye kullanabilir ve kendini kusturma davranışı sergileyebilir. Ayrıca hastalar zayıf olduklarından emin olmak için sık sık tartılma, ayna karşısında uzun zaman geçirme gibi takıntılı davranışlar gösterebilirler (Morris ve Twaddle, 2007).

2.1.2. Tanı kriterleri ve tarihsel gelişim

Tarih boyunca birçok farklı yüzyılda, açlık grevleri, uzun süreli gıda reddi ve olağan dışı oruç tutma şekilleri tanımlanmış olmakta birlikte AN'ın ayrı bir klinik durum olarak tanımlanması ilk defa Gull ve Laseque tarafından 1870'li yıllarda gerçekleşmiştir (Vandereycken ve Van Deth, 1989).

AN, 1952 yılında yayımlanan DSM-I'de 'nevrotik bir hastalık olarak gıda reddi' şeklinde kavramsallaştırılarak DSM'ye giren ilk yeme bozukluğu olmuştur (Dell'osso ve ark., 2016; Dsm-I, 1952). 1968 yılında DSM-II yayımlanmış ve burada AN ile birlikte pika ve geviş getirme bozuklukları tanımlanmış, beslenme bozuklukları ile ilgili özel semptomlara yer verilmiştir (Dell'osso ve ark., 2016; Dsm-Ii, 1968).

Yeme bozukluklarının kategorik olarak sınıflandırılması ise ilk defa 1980 yılında, DSM-III'ün yayımlanması ile gerçekleşmiş ve yeme bozuklukları burada 'Çocukluk ve Ergenlik Çağı Bozuklukları' ana başlığı altında yer almıştır (Dsm-Iii, 1980). 1987 yılında DSM-III-R yayımlanmış ve burada DSM-III'te AN tanısı koymak için gerekli olan %25 kilo kaybı kriteri, %15 kilo kaybı olarak güncellenmiştir (Dsm-Iii-R, 1987; Dsm-Iii, 1980).

Ayrı bir ana başlık olarak yeme bozuklukları, 1994 yılında yayımlanan DSM-IV'te yer almıştır ve kilo ile ilgili tanı kriteri, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilmeme, şeklinde düzenlenmiştir (Dsm-Iv, 1994). 2013 yılında yayımlanan DSM-V'te ise kilo kriteri 'belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı' olarak tanımlanmış ve bunun için vücut kitle indeksi esas alınmıştır, ayrıca DSM-IV'te yer alan kadınlar için amenore tanı kriteri DSM-V'te kaldırılmıştır (Dsm-Iv, 1994; Dsm-V, 2013).

Anoreksiya Nervoza DSM-V Tanı Kriterleri

- A. Gereksinimlere göre erke (enerji) alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
- B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
- C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ya da biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

Varsa belirtiniz:

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

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

Varsa belirtiniz:

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

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: VKG ≥ 17 kg/m²

Orta derecede: VKG 16-16.99 kg/m²

Ağır: VKG 15-15.99 kg/m²

Aşırı düzeyde: VKG < 15 kg/m²

2.1.3. Epidemiyoloji

Yeme bozukluklarıyla ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda bazı metodolojik sorunlar bulunmaktadır. Çünkü bu hastalıklar toplumda nispeten nadir olarak görülmektedir, ayrıca hastalar, inkar (özellikle AN hastalarında) ve damgalanma gibi nedenlerle yardım aramaktan genellikle kaçınırlar. Bu nedenlerle çalışmalar toplumda

var olan yeme bozukluklarını muhtemelen olduğundan daha az tahmin etmektedirler (Van Eeden ve ark., 2021).

Sistematik bir literatür gözden geçirmesinde AN yaşam boyu yaygınlığı, kadınlar için ortalama 1,4 (%0,1-3,6) ve erkekler için ortalama %0,2 (%0-0,3) olarak raporlanmıştır (Galmiche ve ark., 2019). DSM-IV ve DSM-V tanı kriterlerindeki değişiklikler AN prevalansının hesaplanmasında farklılıklar olmasına neden olmuştur. DSM-IV tanı kriterleri esas alınarak yapılan bir çalışmada AN prevalansı, kadınlarda %1,2 ve erkeklerde %0,29 olarak bildirilmiştir (Bulik ve ark., 2006). DSM-V tanı kriterleri esas alınarak, 14-16 yaş, adölesanlarda yapılan başka bir çalışmada ise AN prevalansı; 14 yaş dönemindeki kadınlar ve erkeklerde sırasıyla %3,2 ve %1,6, 16 yaş dönemindeki kadınlar ve erkeklerde ise sırasıyla %2,3 ve %0,8 olarak bildirilmiştir (Micali ve ark., 2015).

Hastalık her yaşta görülebilmekle birlikte tipik olarak erken ve orta ergenlik döneminde başlamakta ve en sık 15-19 yaş aralığındaki adölesan kızlarda görülmektedir (Herpertz-Dahlmann, 2009). Erkeklerle ilgili az sayıda çalışma olmakla birlikte kadın erkek oranı yaklaşık 10:1 ile 1:15 civarında değişmektedir (Herpertz-Dahlmann, 2009).

2.1.4. Etiyoloji

AN'ın etiyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte, çeşitli biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin hastalığın gelişimine neden olduğu düşünülmektedir (Moskowitz ve Weiselberg, 2017).

2.1.4.1. Genetik faktörler

Son 30 yılda yapılan çalışmaların geneline bakıldığında, genetik faktörlerin AN etiyolojisinde rol oynadığı ortaya koyulmuştur (Baker ve ark., 2017). Hastalığın kalıtsal geçiş tahminleri %28 ile %74 arasında değişmektedir (Trace ve ark., 2013). Yeme bozukluğu olan kişilerin akrabalarında sağlıklı popülasyona göre yeme bozukluğu gelişme riski yaklaşık olarak 10 kat daha fazla olmaktadır ve göreceli olarak risk en yüksek AN'dadır (Bulik ve Tozzi, 2004). Yapılan çalışmaların çoğunda bu ailesel geçiş, özellikle AN hastalarının kadın akrabalarında görülmektedir (Steinhausen ve ark., 2015). Bir çalışmada AN yaşam boyu prevalansı, AN

hastalarının kadın akrabalarında %3,4, sağlıklı kontrol grubunun kadın akrabalarında ise %0,3 olarak bulunmuştur (Strober ve ark., 2000). Yapılan bir ikiz çalışmasında ise, çalışmaya katılan dizigot ikizlerde AN için konkordans saptanmamış ancak monozigot ikizlerde %29-50 oranlarında konkordans olduğu bildirilmiştir (Klump ve ark., 2001). İkiz çalışmalarının kısıtlılığı, izlem sürelerinin kısa olması ve örneklem büyüklüklerinin az olmasıdır (Rikani ve ark., 2013).

AN ile ilgili yapılan kromozomal çalışmalarda ise kısıtlayıcı tip AN ile kromozom 1, hastalardaki zayıflık ve takıntılı davranışlar ile kromozom 1, 2, 13 ve kusma davranışı ile kromozom 10p arasında ilişkiler olduğu bulunmuştur (Moskowitz ve Weiselberg, 2017).

Ayrıca serotonerjik reseptör genlerinden 5HT2A, 5HT2C, 5HT1D reseptör genleri ve 5HT transporter geni ile delta opioid reseptör genleri de AN ile ilişkili bulunmuşlardır (Bulik ve Tozzi, 2004).

2.1.4.2. Nörobiyolojik faktörler

AN hastaları ile yapılan nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda beyin gri ve beyaz cevher hacimlerinde total bir azalma, beyin omurilik sıvısında artış, sol alt parietal bölge, sol hipotalamus, sağ kaudat ve sağ lentiform çekirdekte bölgesel azalmalar olduğu saptanmıştır (Titova ve ark., 2013). Bir meta-analiz çalışmasında, hastalarda tedaviden kısa süre sonra beyaz cevher hacminde tama yakın gri cevher hacminde ise yarıya yakın düzelme olduğu, uzun süreli izlemlerde ise hem beyaz hem gri cevher hacminin normale yakın olarak düzeldiği gösterilmiştir (Seitz ve ark., 2014).

AN hastalarında, yüz yüze iletişim ve duygu tanımda yetersizlik, güvensiz bağlanma, yetersiz bakım veren ve aşırı korumacı ebeveyn algısı, aleksitimi, zihinsel durumları anlamada zayıflık ve olumsuz kendilik algısı gibi nörobilişsel süreçlerde bozukluklar saptanmıştır (Caglar-Nazali ve ark., 2014). Ayrıca hastaların bilişsel esneklik kabiliyetleri de zayıftır (Tchanturia ve ark., 2012).

AN hastalarının nöroendokrin sistemlerinde de çeşitli anormallikler bulunmaktadır. Edinsel hipogonadotropik hipogonadizm, hiperkortizolemi, azalmış insülin benzeri büyüme faktörü ve büyüme hormonu direnci, lüteinize edici hormon (LH) salgılamında

düzensizlikler, ötiroid hasta sendromu, azalmış leptin ve artmış ghrelin seviyeleri görülen başlıca nöroendokrin anormalliklerdir (Singhal ve ark., 2014).

2.1.4.3. Gelişimsel faktörler

Gebelik ve perinatal dönemde bebeğin yaşadığı komplikasyonlar yaşamın ilerleyen dönemlerinde çeşitli hastalıkların oluşumunda etkili olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, prematür doğum, gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlığı ve sefal hematoma öyküsü AN gelişimi için risk faktörü olarak saptanmıştır (Cnattingius ve ark., 1999).

Çocukluk çağında, anksiyete bozuklukları, disforik duygudurum, otizm spektrum bozukluğunda görülen semptomlar, mükemmeliyetçilik, obsesif davranış ve ritüellerin görülmesi kişide ileri yaşlarda AN gelişimini etkileyebilmektedir (Herpertz-Dahlmann ve ark., 2011).

Ergenlik çağında ise, hormonlarda, vücut şeklinde, yağ miktarı ve dağılımında değişiklikler olması, cinsel olgunlaşmanın başlaması ile kişide zayıflıkla ilgili kültürel algıların daha önemli hale gelmesi ve ayrıca kişilik gelişiminin tamamlandığı bu dönemde içe kapanık, düşük özgüvenli olmak ve travmatik yaşam olaylarına maruz kalmak gibi nedenler hastalık gelişimini tetikleyebilmektedir (Herpertz-Dahlmann ve ark., 2011).

2.1.4.4. Psikososyal faktörler

Güzelliği zayıf olmakla ilişkilendiren toplumsal algının AN gelişiminde rol oynadığı uzun zamandır bilinmektedir, bu bağlamda zayıf görünmek için diyet yapmak ve aile içinde diyet davranışının modellenmesi de AN gelişimini tetikleyen bir risk faktördür (Moskowitz ve Weiselberg, 2017). Yapılan bir çalışmada, şiddetli diyet yapan kadınların 6 ay sonunda diyet yapmayan kadınlara göre 18 kat daha fazla, orta derecede diyet yapan kadınların ise 5 kat daha fazla yeme bozukluğu geliştirdiği bildirilmiştir (Patton ve ark., 1999).

Aile yapısının, özellikle annenin katı ve baskıcı tutumu, taşınmak veya üniversiteye gitmek gibi önemli ortam değişiklikleri, ebeveyn veya yakın kaybı, istismar, akran zorbalığına ve alaya maruz kalmak gibi stresörler de AN gelişiminde rol oynamaktadır (Moskowitz ve Weiselberg, 2017).

2.1.5. Klinik seyir ve prognoz

AN, yüksek mortalite ile ilişkili ve kronik seyirli, ciddi bir psikiyatrik hastalıktır (Zipfel ve ark., 2000). Geniş bir meta-analiz çalışmasında, hastaların %46,9±19,7'sinin iyileştiği, %33,5±17,8'inin olumlu yönde gelişme gösterdiği ve %20,8±12,8'i gibi önemli bir oranının ise kronikleştiği bildirilmiştir (Steinhausen, 2002). Çalışmalarda hastaların iyileşme sürelerindeki uzunluk da dikkat çekmektedir. Bir çalışmada, tedavi görmüş AN hastalarının ortalama iyileşme süresinin 4,8 ile 6,6 yıl arasında olduğu bildirilmiştir (Strober ve ark., 1997). Başka bir çalışmada ise ortalama iyileşme süresi, kısıtlayıcı tip AN hastalarında 3,3 yıl, tıkmırcasına yeme-çıkarma tipi AN hastalarında ise 4,4 yıl olarak bulunmuştur (Van Son ve ark., 2010).

AN, ruhsal bozukluklar içerisinde ölüm oranı en yüksek hastalık olarak bilinmektedir. 36 araştırmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, AN'ye bağlı kaba ölüm oranı 5,1, standardize ölüm oranı ise 5,8 olarak bildirilmiştir (Arcelus ve ark., 2011). Ruhsal bozukluklarda mortalite oranlarının incelendiği başka bir çalışmada, hem doğal hem de doğal olmayan nedenlerden kaynaklanan erken ölüm riskinin en fazla olduğu psikiyatrik hastalıklar, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olarak raporlanmıştır (Harris ve Barraclough, 1998).

AN'ye bağlı ölümlerin büyük bir kısmı, uzun süreli açlık ve buna bağlı olarak gelişen tıbbi komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır (Moskowitz ve Weiselberg, 2017), ancak hastalığa bağlı ölümlerin 5'te 1'i gibi yadsınamayacak bir kısmı ise intihar nedeniyle olmaktadır (Arcelus ve ark., 2011). Geniş bir meta-analiz çalışmasında, AN tanısı almış kadınlar ve 18-34 yaş arası sağlıklı kadınlar karşılaştırılmış ve AN hastalarında sağlıklı bireylere göre herhangi bir nedenle erken ölüm riskinin 5, suisid riskinin ise 18 kat arttığı gösterilmiştir (Keshaviah ve ark., 2014).

Yapılan çalışmalarda, hastalığın gidişatını etkileyen olumlu ve olumsuz birçok prognostik faktör olduğu ortaya koyulmuştur. Bir meta-analiz çalışmasında, kusma davranışı ve müshil gibi ilaçların kötüye kullanımı, semptomların kronik seyirli olması ve kişide obsesif kompulsif kişilik örüntülerinin bulunması kötü prognozla, histriyonik kişilik örüntülerinin bulunması ise iyi prognozla ilişkilendirilmiştir (Steinhausen, 2002). Ayrıca birçok çalışma, ergenlik döneminde başlayan hastalığın erişkin başlangıca göre daha olumlu sonuçlandığını göstermiştir ancak hastalık başlangıcı çok

erken yani ergenlik dönemi öncesinde olursa bu durum kötü prognozla ilişkilidir (Jagielska ve Kacperska, 2017). Hastalarda yatarak tedavi gerektirecek şiddetli semptomların olması, hastanın uzun süre tedavisiz kalmış olması ve tedaviye yanıt sürecinin uzun olması da kötü prognostik faktörler arasındadır (Keel ve Brown, 2010).

2.1.6. Psikiyatrik ve tıbbi komorbidite

Yeme bozuklukları psikiyatrik eş tanıların sık görüldüğü hastalık grubudur, özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile birliktelik sık görülmektedir (Rikani ve ark., 2013). AN ile ilgili yapılan birçok çalışmada, hastaların yaşam boyu ek bir psikiyatrik hastalık geliştirme risklerinin yüksek olduğunu hatta iyileşme dönemlerinde bile bu riskin hastalığın aktif dönemine göre azalmakla birlikte devam ettiğini göstermektedir (Jagielska ve Kacperska, 2017).

AN hastaları ile yapılan 12 yıllık bir takip çalışmasında, AN hastalarında kontrol grubuna göre yaşam boyu çeşitli psikiyatrik hastalıkların daha yüksek oranda görüldüğü gösterilmiştir. Bu çalışma sonuçlarına bakacak olursak, AN hastaları ve kontrol grubundaki bazı psikiyatrik ek hastalık yüzdeleri sırasıyla şu şekilde bulunmuştur; majör depresyon: %51,4 ve %35,7, anksiyete bozuklukları: %60 ve %32,7, OKB: %15,9 ve %2, alkol bağımlılığı %27,1 ve %10,2, herhangi bir madde bağımlılığı %30 ve %12,2 (Sullivan ve ark., 1998).

Başka bir 12 yıllık izlem çalışmasında ise AN hastalarında yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranı %76,6 ve son 1 aylık değerlendirmede psikiyatrik komorbidite oranı ise % 42,9 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada yaşam boyu ve son 1 aylık değerlendirmede spesifik hastalık oranları ise sırasıyla; duygudurum bozuklukları için %63,6 ve %20,8 (%54,5 ve %16,9 oranları ile en sık duygudurum bozukluğu depresyon), OKB için %18,2 ve %13, panik bozukluk için %20,8 ve %11,7, madde kullanım bozukluğu için %29,9 ve %9,1 ve psikotik bozukluklar için %1,3 ve 0 olarak raporlanmıştır (Fichter ve ark., 2006).

8 ve 16 yıllık iki aşamada değerlendirilen başka bir izlem çalışmasında, tedavi başlangıcından 16 yıl sonra AN tanılı hastalarda %85,3 oranında iyileşme olduğu gözlemlenmiş ancak bu yüksek iyileşme oranına rağmen hastaların %37'sinde,

genellikle işlevselliklerini bozmayan, çeşitli psikiyatrik belirtilerin devam ettiği saptanmıştır. Bu hastalarda en çok görülen belirtiler ise %56 oranında depresyon belirtileri, %28 oranında anksiyete belirtileri, %12 oranında OKB belirtileri ve %4 oranında fobik belirtiler olarak bildirilmiştir (Nilsson ve Hägglöf, 2005).

AN'ye eşlik eden kişilik bozukluğu tanılarının da değerlendirildiği bir çalışmada ise AN hastalarında en sık görülen kişilik bozukluğu ek tanılarının, çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu olduğu gösterilmiştir (Jordan ve ark., 2008).

Eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yanı sıra, uzun süreli açlık ve kilo kaybı nedeniyle AN'de vücudun birçok sistemini etkileyen tıbbi hastalıklar da görülmektedir (Westmoreland ve ark., 2016).

Gastrointestinal sistemde, mide boşalma bozuklukları, kabızlık, pankreatit; kardiyak sistemde, başta uzamış QT aralığı olmak üzere çeşitli ekg değişiklikleri, bradikardi, perikardiyal efüzyon; hematolojik sistemde, anemi, trombositopeni, kolesterol yüksekliği, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulmalar, düşük kan glukoz seviyeleri ve elektrolit bozuklukları görülen başlıca bozukluklardır. Fizik muayenede ise dehidratasyon bulguları, ciltte kuruluk, vücut ısısında düşüklük, büyüme geriliği, lanugo tüylerinde artış gibi bulgular saptanabilir (Rikani ve ark., 2013).

Ayrıca kronik malnutrisyonlu AN hastalarına hızlı ve yüksek kalori ile tedavi başlandığı zaman, akut hormonal ve metabolik değişikliklerle karakterize ve ciddi bir komplikasyon olan refeeding sendromu da gelişebilir. Refeeding sendromunun en sık bulguları, hipofosfatemi (en anlamlı klinik belirteç), hipomagnezemi, hipokalemi, hiponatremi, sıvı retansiyonu, tiyamin eksikliği başta olmak üzere vitamin eksiklikleri ve metabolik asidozdur (Skowrońska ve ark., 2019).

2.2. Psikiyatride İçgörü Kavramı

İçgörü, sözcük anlamına bakıldığında kişinin kendisinin, çevresinin ya da içinde bulunduğu durumun farkında olmasını yani öz farkındalığı ifade etmektedir. Psikiyatrik bir terim olarak değerlendirildiğinde ise kısaca kişinin ruhsal durumu ve

ruhsal durumu nedeni ile yaşadığı deneyimleri hakkındaki farkındalığı olarak tanımlanabilir.

Psikiyatride İçgörü kavramı, Kraepelin'in dementia praecox'lu hastaların durumlarından habersiz olduklarını fark ettiği 1896 yılından beri çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır (Rocha ve ark., 2021). 1913 yılında Jaspers içgörüyü, 'kişinin hastalığının ve hastalık belirtilerinin farkında olması' şeklinde tanımlanmıştır. 1934 yılında Aubrey Lewis'in yaptığı içgörü tanımı ise; 'kişinin kendisinde hastalıklı bir değişim olduğunun ve bu değişimin mental kaynaklı olduğunun farkında olması' şeklindedir (David, 1999). Bu tanımlamalarda içgörü kavramı tek boyutlu olarak değerlendirilmiş ve sadece hastalık farkındalığına odaklanılmıştır.

1990 yılında, Anthony S. David içgörüyü, kişinin psikiyatrik bir hastalığı olduğunun farkında olması, olağandışı yaşantılarının bu hastalıktan kaynaklandığını bilmesi ve tedaviye uyum göstermesi şeklinde, birbiriyle ilişkili 3 boyuttan oluştuğuna dikkat çekerek yeniden tanımlanmıştır (David, 1990). Greenfeld ve arkadaşlarının 1989 yılında, remisyondaki psikoz hastaları ile yaptıkları çalışmada ise içgörü kavramı 5 ana boyuta ayrılarak ele alınmıştır, bunlar; hastaların hastalık varlığı ve semptomlarıyla ilgili düşünceleri, hastalığın etiyolojisiyle ilgili tahminleri, hastalık rekürrensi ve tedavinin önemi hakkındaki düşünceleridir (Greenfeld ve ark., 1989).

İçgörü kavramı ayrıca kendi içerisinde birbirleri ile ilişkili alt başlıklara ayrılarak da incelenmiştir ve bunun sonucunda içgörü ile ilişkili bazı kavramlar tanımlanmıştır:

1. Psişik (ruhsal) içgörü: kişinin ruhsal hastalığını tanımasını ifade eden içgörüdür ve kendi içerisinde klinik, bilişsel ve üstbilişsel içgörü olmak üzere üç alt başlığa ayrılır (Thirioux ve ark., 2019).

Klinik içgörü, kişinin yaşadığı deneyimleri bütünleştirerek, psikiyatrik zorluğun nasıl ortaya çıktığını, bu zorlukların kişi için ne anlama geldiğini, gidişatının nasıl olmasının beklendiğini ve nasıl yönetilebileceğini anlayabilmesini içeren karmaşık bir olgudur (Wright ve ark., 2021). En temelde psikoz bağlamında tanımlanmıştır ve hastalık semptomları, sonuçları ve tedavi farkındalığına atıfta bulunur (Amador ve ark., 1991; Lysaker ve ark., 2018).

Bilişsel içgörü ise, mevcut patolojik düşünceyi nesnel bir bakış açısıyla değerlendirebilme, bu patolojik düşünceyle ilgili alternatif açıklamaları dikkate alabilme ve başkalarından gelen düzeltici bilgilere açık olabilme şeklinde daha üst düzey bir bilişsel işlevsellik gerektiren içgörüdür (Beck ve ark., 2004). Kişinin yaşadığı bilişsel yetersizliklerin ruhsal hastalığından kaynaklandığını fark edebilmesi de bilişsel içgörü ile sağlanır (Thirioux ve ark., 2019).

Üstbilişsel içgörü ise, kişinin kendisini hastalıklı bir nesne olarak fark edebilmesini ifade eder (Thirioux ve ark., 2019).

2. Somatoestetik içgörü: kişinin bedensel durumunun farkında olmasını, fiziksel yetersizliklerini tanıyabilmesini ve bu yetersizliklerin ruhsal hastalıktan kaynaklandığını fark edebilmesini ifade eden içgörüdür (Thirioux ve ark., 2019).

3. Duygusal (emosyonel) içgörü: kişinin ruhsal hastalığı olduğuna ikna olma ve kendi iç dünyasını tanıyarak işlevsiz inançlarını değiştirebilme kapasitesini ifade eden içgörüdür (Aslan ve Ae, 2010; Thirioux ve ark., 2019).

Thirioux ve arkadaşları bu tanımlamalardan yola çıkarak içgörü gelişiminde iki ana aşama olduğunu belirtmiştir; ilk aşamada kişinin psişik içgörü ile hastalığını tanıması ve duygusal içgörü ile hastalığını kabul etmesi, ikinci aşamada ise öznel patolojik deneyimlerini, nesnel bir bakış açısıyla algılayıp bunların hastalıktan kaynaklanabildiğini fark edebilmesi gerekmektedir. (Thirioux ve ark., 2019).

Bir başka kavram ise entelektüel içgörü kavramıdır, burada öğrenilmiş bir içgöründen söz edilebilir. Entellektüel içgörüye sahip olan bir hasta, yaşantılarının ruhsal hastalığından kaynaklandığını ifade edebilir ancak anamnez derinleştirildiğinde hastanın, hastalıktan kaynaklandığını ifade ettiği semptomların gerçekliğine inanmaya devam ettiği görülür. Aslında bu, gerçek bir içgöründen ziyade hastanın aldığı tıbbi bilgiler nedeni ile sonradan oluşturduğu, yüzeysel bir içgörüdür (Altinoz ve Aslan, 2010).

2.2.1. İçgörünün değerlendirilmesi ve değerlendirmeye etki eden faktörler

Tüm bu tanımlamalar ve kavramın çok boyutluluğu nedeni ile psikiyatrik hastalıklarda içgörüyü değerlendirmek psikiyatrik muayenenin önemli bir parçası olmakla birlikte güvenilirliği halen tartışmalı olan bir konudur (Marková ve Berrios, 1995). Ruh sağlığı

alanındaki çoğu klinisyen, yüksek içgörü düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde güçlü bir bağlantı olduğunu varsayar, dolayısıyla içgörü eksikliği veya hastalığın inkar edilmesi, kişinin kendi sağlığına dikkat etmemesi yani ciddi bir kendini ihmal olarak değerlendirilir (Vandereycken, 2005). Yapılan çalışmalarla içgörünün psikiyatrik hastalıklar için önemli bir prognostik faktör olduğu kanıtlanmış ve düşük içgörü düzeylerinin daha şiddetli hastalık semptomları, daha düşük yaşam kalitesi, daha düşük bilişsel performans, psikosozal işlevsellikte azalma ve daha düşük tedavi uyumu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Gorwood ve ark., 2019).

Psikiyatrik muayenede hastalar temel olarak içgörüsü olanlar, olmayanlar ve kısmi olanlar şeklinde gruplandırılır (Eskey, 1958). Burada değerlendirilen içgörü yani hastalık farkındalığı, her zaman hastalığın tamamına ve ya tüm semptomlarına karşı olmayabilir ayrıca farklı hastalıklarda ve hastalığın farklı zamanlarında (prodromal dönem, akut dönem, kronik dönem, atak dönemi vb.) da farklı düzeylerde görülebilir (Fuchs ve ark., 2013). Örneğin şizofrenide içgörünün, hastalığın ilk döneminde daha fazla bozulduğu, orta yaşlarda bir düzelme gösterdiği, ancak ileri yaşlarda tekrar azaldığı bildirilmiştir (Gerretsen ve ark., 2014). Aynı zamanda, içgörü değerlendirmesi yapılırken hastanın zekâsı, eğitim düzeyi, kişilik ve kültürel özellikleri, yetiştirilme biçimi ve çevresi ile etkileşimi gibi birçok faktör dikkate alınmalıdır çünkü bunlar kişinin hastalık farkındalığı geliştirmesi ile yakından ilişkilidir. Örneğin, kültürel yetişme ortamı ve düşük eğitim düzeyi nedeni ile hurafelere inanan bir kişideki hastalık ve içgörü değerlendirmesi ile eğitim düzeyi yüksek kişinin hastalık ve içgörü değerlendirilmesi aynı olmayacaktır (Fuchs ve ark., 2013). Şizofreni tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, batı kültürüne sahip hastaların hastalıkları ile ilgili sahip oldukları açıklayıcı modellerin daha sıklıkla tıbbi veya psikososyal faktörleri içerdiği, göçmen hastaların ise hastalık nedenlerini daha çok büyü gibi manevi faktörlere veya travmatik olaylara atfettikleri görülmüştür (Tranulis ve ark., 2008). Yine damgalanma da içgörü değerlendirilmesi yapılırken dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli faktördür. Çünkü damgalanma hastaları, semptomlarının farkında olsalar bile tanılarını ve tedaviyi reddetmeye yönlendirebilir (Amador ve David, 2004). Yeme bozukluğu olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda, hastaların tedavi aramalarının önündeki engeller arasında damgalanma ve durumlarını başkalarına açıklama korkusu olduğu saptanmıştır (Cachelin ve Striegel-Moore, 2006; Meyer, 2001).

2.2.2. İçgörü eksikliğinin etiyopatogenezi

Tıbbi literatür incelendiğinde psikiyatrik hastalıklarda görülen içgörü eksikliğinin patolojisini açıklamaya yönelik çeşitli etiyopatojenik modeller öne sürüldüğü görülmektedir. Geleneksel yaklaşımlarda içgörü eksikliği, hastalığın içsel bir semptomu, nöropsikolojik bir eksiklik veya psikolojik bir savunma mekanizması olarak kabul edilmiştir (Cooke ve ark., 2005). Zamanla sosyokültürel faktörlerin, üstbilişsel ve sosyal-bilişsel yeteneklerin de içgörü üzerine etkisi olduğu kabul edilmiş ve içgörünün çok boyutlu bir mekanizmasının olduğu fikri yaygın olarak kabul görmeye başlanmıştır (Jacob, 2010; Lysaker ve ark., 2018).

Klinik modele göre içgörü eksikliği; klinik modelde içgörü, var ya da yok şeklinde, ‘ya hep ya hiç’ yaklaşımı ile ele alınır ve temel olarak psikotik hastalardaki içgörü eksikliğinin hastalığın temel bir semptomu olabileceğine odaklanır (Cuesta ve Peralta, 1994). Psikozdaki hastaların düşük içgörü düzeylerine sahip oldukları, hatta içgörü kavramının tartışılmaya başlandığı ilk zamanlarda içgörüsüzlüğün nevrotik hastalıkları psikotik hastalıklardan ayıran temel özellik olduğu düşünülmekteydi (Marková ve Berrios, 1992). Bu yaklaşım daha sonraki çalışmalarla yeterli destek kazanamamıştır çünkü psikotik hastalarda içgörü gelişiminin ‘ya hep ya hiç’ şeklinde olmadığı ve ayrıca psikotik olmayan ruhsal bozukluklarda da içgörü eksikliğinin ciddi boyutlarda olabileceği görülmüştür (Dam, 2006; Gorwood ve ark., 2019).

Psikolojik modele göre içgörü eksikliği; burada içgörü eksikliği, psikolojik bir savunma mekanizması olan ‘inkar’ ile açıklanmaya çalışılır. Klasik Freudyen yaklaşımda inkar, kişinin rahatsız edici ve kabul edilmesi zor bir gerçeği, kanıtlarla doğruluğu gösterilmesine rağmen, bilinçdışı psikolojik bir başa çıkma mekanizması ile reddetmesine verilen isimdir (Baumeister ve ark., 1998). İnkâr veya yansıtma gibi ilkel savunma mekanizmalarının, özellikle gerçekliği çarpıtma ve sanrılarla bağlantılı olduğu gösterilmiştir, böylece kişi, akıl hastası olmanın acı verici farkındalığından korunmuş olacaktır (Belvederi Murri ve Amore, 2019; Vaillant, 2011). Daha sonraki araştırmalarda hastalık inkarının tamamen bilinçdışı mekanizmalarla olmadığı, içsel ve çevresel birçok faktörden de etkilendiği gösterilmiştir (Vandereycken, 2006a; Vandereycken, 2006b). Psikolojik modelde içgörü eksikliğinin asıl nedeninin gerçekten bir psikolojik savunma mekanizması mı olduğu yoksa psikiyatrik

hastalıklarda sık görülen damgalamaya ikincil bir durum olarak mı ortaya çıktığı net bir şekilde açıklanamamıştır (Langdon ve Ward, 2009).

Nöro-anatomik modele göre içgörü eksikliği; Bu modelde içgörü eksikliği nöro-görüntüleme çalışmaları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bir gözden geçirme çalışmasında, yapılan araştırmaların büyük çoğunluğunda sağ yarım kürede dikkate değer değişiklikler olduğu, spesifik olarak, dorso-lateral prefrontal korteks ve diğer bazı frontal alanlardaki fonksiyonel ve yapısal değişikliklerin, daha az oranda ise, parieto-temporal alanlar ve talamusun içgörü eksikliği ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Orfei ve ark., 2008). Başka bir gözden geçirme çalışmasında ise veriler, prefrontal korteks ve singulat korteks, temporal ve parietal lob bölgelerinin ve hipokampusun içgörü ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Xavier ve Vorderstrasse, 2016). Nöro-görüntüleme verileri sonucunda, muhtemelen küçük örneklem boyutları nedeni ile net bir fikir birliğine varılamamıştır (Thirioux ve ark., 2019).

Nöro-psikolojik modele göre içgörü eksikliği; bu model içgörü eksikliğinin nöro-fonksiyonel anormalliklerden ve buna bağlı olarak hafıza, yürütücü işlevler gibi nöropsikolojik fonksiyonlardaki bozukluklardan kaynaklandığını varsayar (Thirioux ve ark., 2019). İçgörü ile ilişkili etiyolojik modellerin incelendiği bir literatür gözden geçirmesinde, içgörü ile yürütücü işlevler arasında frontal lob disfonksiyonu ile ilişkili olabilecek pozitif yönde bir ilişki olduğu bildirilmiş, ancak bu ilişkinin ne ölçüde spesifik ve genel bilişsel bozulmadan bağımsız olduğunun belirsizliğini koruduğu ifade edilmiştir (Cooke ve ark., 2005). Başka bir gözden geçirme çalışmasında ise psikozda içgörünün toplam biliş, IQ, bellek ve yürütücü işlevler ile düşük düzeyde anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunmuş, değerlendirme sadece şizofreni hastalarını kapsayacak şekilde yapıldığında ise daha güçlü anlamlılık gösterdiği ifade edilmiştir (Nair ve ark., 2014). Bazı araştırmacılar tarafından, nöropsikolojik fonksiyonları değerlendirmede kullanılan standart testlerde saptanan yetersizliklerin, klinik tezahürlerin çoğunda içgörü eksikliklerini açıklamada yeterli olmadığı ve hastanın değerlendirilirken hastalığın hangi döneminde olduğuna göre de sonuçların değişebileceği belirtilmiştir (Langdon ve Ward, 2009; Orfei ve ark., 2008). Sonuç olarak nöro-psikolojik bulguların içgörü üzerine etkisi konusunda netlik olmadığı ve

daha fazla çalışma ile bulguların desteklenmesine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (Orfei ve ark., 2008).

Sürekli modele göre içgörü eksikliği; sürekli model ile içgörünün karmaşık ve çok boyutlu yapısı ortaya konulmuştur. Buna göre içgörü, hastalığın stabil bir semptomu değildir, çeşitli iç ve dış faktörlerden etkilenen, zamanla yoğunluğu değişebilen dinamik bir süreçtir (Fuchs ve ark., 2013; Marková, 2005; Marková ve Berrios, 1992). Yani içgörünün bir semptoma, psikolojik bir mekanizmaya veya nöropsikolojik bir işleve indirgenemeyeceği, muhtemelen tüm bu boyutlarla, kişisel olaylara ve bağlamsal faktörlere verilen yanıtlarla dinamik ilişkilere sahip olduğu savunulmaktadır (Belvederi Murri ve Amore, 2019). Sürekli modele göre içgörünün üç ana boyuttan oluştuğu ifade edilmiştir, bunlar; psişik içgörü (klinik, bilişsel ve üstbilişsel olmak üzere üç alt boyutu içerir), somatoestetik içgörü ve duygusal içgörüdür. Boyutların her biri mevcut akıl hastalığına, hastalığın kliniğine ve süresine göre değişkenlik gösterebilir ve iyi bir içgörüden bahsedebilmek için tüm boyutların yeterli düzeyde korunmuş olması gerekir (Thirioux ve ark., 2019).

2.2.3. İçgörü odaklı kuramsal yaklaşımlar

Psikoloji ve psikiyatri literatüründeki bazı kuramsal yaklaşımlar terapinin ana hedefine kişideki içgörü gelişimini koymaktadır, yani hastanın ya da danışanın psikoterapi sürecinde kazandığı içgörü ne kadar fazla olursa terapiden alacağı fayda ve iyileşmenin de buna paralel olacağını savunmaktadırlar. Genel olarak içgörü odaklı yaklaşımlar olarak adlandırılan bu kuramsal yaklaşımlar arasında, klasik psikanalitik yaklaşım, dinamik yönelimli yaklaşım, varoluşçu yaklaşım, birey merkezli yaklaşım ve gestalt kuramı sayılabilir (Akdogan ve Türküm, 2014).

Klasik psikanalitik yani Freudyen yaklaşımda, kişinin bilinçdışı yaşantılarına dair içgörü kazanması, iyileşmesinin temel basamağı kabul edilir. Freud'a göre burada bahsedilen içgörü, kişinin psikolojik semptomlarının ve bunlara neden olan bilinçdışı çatışmalarının farkına varmasıdır (Corey, 1996). Murdock da yine psikanalizin asıl amacının içgörü kazanılması olduğuna dikkat çeker ve kişide beklenen iyileşmenin özellikle çocukluk döneminde yaşanmış bilinçdışı çatışmaların çözülmesi ile mümkün olabileceğini söyler (Murdock, 2012). Psikanalitik yaklaşımda bahsedilen bilinçdışı

yaşantılara dair içgörü kazanılması, bu yaşantıların kendisinin, yaşantılara ait duyguların ve bu yaşantılara karşı geliştirilmiş savunma mekanizmalarının bilinç düzeyinde yeniden anlamlandırılmasını içerir (Akdogan ve Türküm, 2014). Psikanalitik kuramcılar ayrıca içgörüyü entelektüel ve emosyonel olarak ayırarak ele almışlardır. Kişinin kazandığı içgörünün sadece entellektüel düzeyde kalmasının yeterli olmayacağını, farkındalığını yaşantısına yansıtabilecek eylemlerde bulunabilmesinin, yani emosyonel içgörü kazanmasının da gerektiğini belirtmiştir (Corey, 1996).

Gestalt yaklaşımında terapistler içgörüyü kişisel bir farkındalık hali olarak tanımlarlar ve terapi sürecinde çeşitli tekniklerle kişinin kendisi, yaşantıları, duyguları ile ilgili farkındalık kazanmasını sağlamaya çalışırlar (Wedding ve Corsini, 2013).

Adleryen yaklaşım, dinamik yaklaşımlar içinde yer alır ve yine kişinin gelişim gösterip iyileşebilmesi için içgörü gelişiminin gerekliliğini savunur (Sweeney, 1989). Adler'e göre, klasik psikanalitik yaklaşımdan farklı olarak, kişinin içgörü kazanması iyileşme için tek başına yeterli değildir ancak iyileşmenin ilk adımıdır (Corey, 1996; Sonstegard, 1998).

Birey merkezli yaklaşım da içgörünün iyileşme için gerekli olduğunu savunur ve içgörüyü terapötik sürecin temel hedeflerde biri olarak görür. Rogers'a göre içgörü, kişinin kendini farklı bir bakış açısıyla yeniden görüp değerlendirerek kabul etmesidir. Burada terapist bir yandan kişinin inkar/çarpıtma gibi savunma tutumlarına izin verirken diğer yandan yaşantıları ile ilgili farkındalık kazanması yönünde destekleyici bir yaklaşım sergiler (Corey, 1996).

Akılcı duygusal-davranış terapisine göre Ellis de içgörüyü terapi sürecinin ana hedefleri arasında görür ve kişinin olumsuz yaşantılar sonucu geliştirdiği hatalı inançlarının farkına varmasını içgörü olarak değerlendirir. Ancak kişide bu içgörü gelişimi, hatalı inançlarını değiştirmede süreci tam bir terapötik düzelmeyi sağlamaz (Corey, 1996; Ellis, 2019).

2.3. Anoreksiya Nervoza'da İçgörü ve İçgörü İle İlişkili Kavramlar

AN, psikiyatrik hastalıklar içerisinde içgörü ile ilgili sorunların sıklıkla karşılaşıldığı bir hastalıktır (Vitousek ve ark., 1998). Literatür incelendiğinde, AN hastalarında %15

ile %80 arasında, çok geniş ve değişken bir içgörüsüzlük/inkar oranlarının bildirildiği görülmektedir (Konstantakopoulos ve ark., 2011; Vitousek ve ark., 1998).

Yapılan çalışmalar, AN'de hastalıkla ilişkili içgörünün önemini vurgulamakta, klinik ve bilişsel bağlantılarının anlaşılması ile ilgili açıklamalar getirmektedir. Bu çalışmaların sonucunda AN'de hastalıkla ilişkili içgörünün;

- 'ya hep ya hiç' şeklinde ya da üniter bir yapıda olmayıp çeşitli faktörlerden etkilenen, çok boyutlu bir kavram olduğu (Konstantakopoulos ve ark., 2011),
- psikopatolojinin diğer semptomları ile ilişkili ancak sadece bir semptoma indirgenemeyecek nitelikte olduğu (Konstantakopoulos ve ark., 2012),
- zaman içinde nispeten az değişiklik gösteren, sabit bir özellik olduğu (Greenfeld ve ark., 1991),
- çoğunlukla kısıtlayıcı yeme özellikleri, semptomların erken başlangıcı ve beden memnuniyetsizliği ile ilişkili olup, yaş, eğitim, hastalık süresi, mevcut ve yaşam boyu en düşük VKİ değerleri ve eşlik eden depresyon veya anksiyete semptomları ile ilişkili olmadığı (Konstantakopoulos ve ark., 2011; Konstantakopoulos ve ark., 2012) ve
- uzun dönemde hastalık gidişatı ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmiştir (Greenfeld ve ark., 1991; Saccomani ve ark., 1998).

AN'nin ilk tanımlamalarında kişinin belirgin zayıflık haline rağmen kilo algısındaki yanılsamalar nedeni ile şişman olduğuna dair düşüncelerinin hastalığın temel özelliği olduğu kabul edilmiştir (Powers ve ark., 2005). Nitekim Laseque ve Burch, zayıflığın bu sanrılı inkarını hastalığın temel semptomu olarak vurgulamış ve hastaların bu zayıflık dürtüsünün patolojikliğini kabul etmesinin zor olduğuna dikkat çekmişlerdir (Bruch, 1973; Lasègue, 1873). AN hastalarının, vücut şekli ve ağırlığı ile ilgili bu çarpık inanışları sonuç olarak zayıf içgörüyü ve düşük tedavi motivasyonuna neden olmakta ve hastalık seyrini kötüleştirmektedir (Arbel ve ark., 2013; Vitousek ve ark., 1998).

AN'de hastalık inkarının tanısız önemi hakkında net bir fikir birliği olmamakla birlikte birçok klinisyen bu durumun AN'yı diğer kilo kaybı ile giden durumlardan ayırt ettiren temel bir özellik olduğunu düşünmektedir. Nicole, hastalarının hastalıklı enerji ve inatçılığını, öforik tipte tuhaf bir zihinsel duruma benzeterek bu kliniğin AN'yı

tübeküloz ve Simmond hastalığı gibi organik kilo kaybına neden olan diğer hastalıklardan açıkça ayırt ettiğini belirtmiştir (Nicolle, 1939).

Yeme bozukluklarında içgörü ve inkar kavramını inceleyen bazı araştırmacıların tanımına bakacak olursak inkar, ‘bir davranışın veya içsel bir deneyimin bilinçli veya bilinçsiz olarak ihmal edilmesi, gizlenmesi veya yanlış ifade edilmesi’ olarak yorumlanmıştır, bu görüşe göre aslında inkar kavramından ziyade ‘çarpıtma’ teriminin durumu daha iyi ifade ettiği belirtilmiştir (Vandereycken, 2006a; Vitousek ve ark., 1991). Bazı yazarlar tarafından AN’de görülen inkar ve direncin klinik yorumu, hastanın egosintonik semptomatolojisini korumaya yönelik bilinçli girişimleri olarak kabul edilmiştir (Vitousek ve ark., 1998). Ancak Hebebrand ve ark. ise bunun daha az kasıtlı bir süreç olabileceğini belirtmişlerdir (Hebebrand ve ark., 2004). İçgörü eksikliğinin sadece bilinçsiz bir mekanizma olmayıp bilinçli bir hastalık inkarı da olabileceği hipotezini savunan bir çalışma sonucunda, içgörüsü olmayan AN hastalarının %57’sinin bilinçli inkar mekanizmalarını kullandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada bahsedilen bilinçsiz mekanizma, hastaların hastalıkları hakkında saf farkında olmama durumudur, yani hastalar bir hastalıkları olmadığını söylerken diğer kişilerin de kendisiyle aynı fikirde olduğunu düşünürler. Bilinçli mekanizmada ise hastalar, diğerleri hasta olduğunu söylese de kendilerinde bir sorun olmadığını, diğerleri tarafından anlaşılamadıklarını savunurlar. Çalışmanın yazarları bu verilerden yola çıkarak AN hastalarında görülen içgörü eksikliğinin, bilinçli ve bilinçsiz mekanizmaların ortak bir sonucu olduğunu savunmuşlardır (Arbel ve ark., 2014). Sonuç olarak AN’de iki ana inkar mekanizması olduğu söylenebilir; birincisi çarpık bilgi işleme süreci, bozulmuş öz farkındalık (anosognozi), biliçdışı başa çıkma mekanizmaları ve psikotik bir sanrı şeklinde gelişebilen kasıtsız inkar, ikincisi ise hastalığın korkulan sonuçlarından kaçmak ve kendi kaderini tayin edebilmek için ‘iyi numarası yapmak’ da dahil olmak üzere kasıtlı inkar (Vandereycken, 2006b).

Anosognosia, kelime anlamı olarak hastalığın varlığına dair bilgi eksikliğini ifade eder. İlk olarak beyin hasarı olan hastalarda tanımlanan bu kavram, sağ parietal lob lezyonu olan hastaların sol hemiplejiyi inkar veya ihmal etmelerini tanımlamak için kullanılmaktadır ve bu kayıtsızlık, nörolojik bir öz farkındalık bozukluğundan kaynaklanmaktadır (Vandereycken, 2005). Yazarlar, AN vakalarındaki zayıflama karşısındaki çarpıcı kayıtsızlığın, nörolojik bozukluklarda tanımlanan anosognoziye

benzerliğine dikkat çekmişlerdir (Uher ve ark., 2002). Hastalardaki düşük VKI ve şiddetli semptomatoloji ile sağ hemisfer kullanımında azalma ve sol hemisferik aktivasyon artışı arasında ilişki bulunmuştur (Casper ve Heller, 1991). Dolayısıyla, yeteriz beslenmenin potansiyel tehlikeli sonuçlarına ilişkin bu kaygı eksikliğinin, sağ serebellar hemisfer kullanımındaki azalma sonucu bilgi işleme yetersizliği nedeniyle oluşan öz farkındalık eksikliğine bağlı olabileceği söylenmiştir (Casper, 1998). Ayrıca AN hastalarında, yürütücü işlevler, dikkat, bellek, öğrenme gibi birçok alanda bilişsel işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Lauer, 2002). Ancak tüm bu bozuklukların yapısal ve işlevsel beyin değişiklikleri ile ilişkili olup olmadıkları, yetersiz beslenme nedeniyle mi oluştukları yoksa hastalık öncesi mi var oldukları bilinmemekle beraber çalışmaların örneklem özellikleri ve metodolojik farklılıklarının da sonuçları etkilediği bildirilmiştir (Vandereycken, 2006b).

Huebner ise AN’de görülen içgörü eksikliği ve inkar için bir ‘bağımlılık modelini’ öne sürmüştür ve bağımlılığın ilk özelliğinin inkar olduğunu söylemiştir (Huebner, 1993). Anorektik hasta, erken kilo verme aşamasında açlık ve egzersizin etkisiyle bir endorfin uyarımı yaşar ve bu uyarım ile ilerleyen dönemde kişide yargı bozuklukları görülür. Hastalık başlangıcındaki kilo üzerindeki kontrolü kaybetme korkusu yerini endişelenmek için herhangi bir neden olduğunu inkar etmeye bırakır. Bu inkar, kendini aç bırakmanın olumsuz etkilerinin endorfin ödül mekanizması altında bastırılması ile pekişir (Huebner, 1993).

Casper’a göre AN’daki temel psikopatolojik yapı, hastayı düşük benlik saygısı ve çaresizliğe karşı koruyan bir savunma mekanizması olarak hizmet eder. Kilosunu ve vücut şeklini kontrol altında tutmak anoreksik kişide önemli bir başarı duygusu oluşturur ve çaresizliğin yerine geçerek bir hedef sunar. Devam eden süreçte zayıf bedeni, tükenmiş görünümü ve fiziksel açlık belirtileri gibi kaygı uyandıran gerçeklerle yüzleşmemek için başka bir savunma mekanizması gelişir; inkar (Casper, 1987).

Ripa Di Meana, Lacancı yaklaşımında, AN’nin sadece vücut şekliyle ilgili takıntılardan ibaret olmadığını, asıl olarak ‘reddetme ve hayır’ dilini kullanan bir patoloji olduğunu belirtmiştir ve Freudyen kavramlarla bu ‘hayır’ dilini açıklamıştır (Di Meana, 1999):

- Çarpıtmanın (verwerfung) ‘hayır’ında, anoreksik hasta, ego etkisi ile istenmeyen fikri reddeder ve bu fikir hiç akla gelmemiş gibi davranır.
- Klasik Freudyen kavram olan bastırmanın ‘hayır’ında, acıya ve hoşnutsuzluğa neden olan şeyleri zihninin bilinçli tarafından uzaklaştırır.
- İnkârın (verleugnung) ‘hayır’ında ise dış dünyada meydana gelen bir şeyi algılamayı reddeder.
- Son olarak bastırdığı fikir bilince geldiğinde, fikrin içeriğini ve anlamını olumsuzlama (verneinung) mekanizması ile kabul etmez.

Freud’a göre tüm bu süreçlerde entellektüel ve emosyonel içgörü birbirinden ayrılır böylece kişi gerçeğin bir parçası olan duygu ve duygulanımdan yoksun kalır. Anoreksik hasta da genellikle aşırı entellektüelleştirme ile rahatsız edici gerçeğin duygusal yükünden kurtulmuş olur (Di Meana, 1999).

AN hastalarının kasıtlı inkar mekanizmalarından bazılarını da değinecek olursak bunların başında, kendini ve başkalarını aldatma gelmektedir (Vandereycken, 2006b). Gerçeğin hoş olmayan yönlerinden özellikle de kendimiz hakkında olumsuz bir kanaat oluşturabilecek olanlardan kaçınma veya bunları reddetme kendini aldatmanın temelini oluşturur (Vandereycken, 2005). Kişi akıllı bir filtre kullanarak kendi varsayımlarına uymayan bilgileri, gerçekliğine bakmadan ve bilerek çarpıtabilir. Bunu hastalığa uyarladığımızda inkar, sağlıklı olma ya da görülme arzusu nedeni ile yapılan bir hakikati çarpıtma şeklidir (Vandereycken, 2006b). Kendini aldatma sonrasında kişinin ifadelerine yansımaya başlar ve sorunların kasıtlı olarak gizlenmesi veya yanlış ifade edilmesi sonucunda kendini aldatma süreci, başkalarını aldatmaya dönüşür. Başkalarını aldatma, utanç, başkalarının yargılarından ve damgalanmaktan korkma ya da her şeyin kontrolünün kişinin kendisinde olması isteği gibi nedenlerle oluşabilir (Vandereycken, 2006b). Kendini başkalarına açabilme aslında gelişmiş bir iletişim yeteneğidir. Düşük kendini açma yeteneği ile psikiyatrik bozukluklar ve ergenlerde artmış intihar riski arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Horeish ve ark., 2004). Nitekim anoreksik bireylerin, amaçlarına uygun olmayan durumlarda, öz bildirimde kasıtlı, araçsal çarpıtmalara başvurdukları ve kendilerini sağlık uzmanına gerçek bir şekilde açmadıkları bildirilmektedir (Vitousek ve Manke, 1994). Ayrıca yeme bozukluklarında, yeme tutumu ve vücut şekliyle ilgili kaygılar ne kadar yoğunsa

kendini açma derecesinin de o kadar düşük olacağı bildirilmiştir (Basile, 2004). Kısacası kasıtlı inkar kavramı aslında bir iyilik taklididir ve sosyal istenirlik, benlik saygısı ve imajını koruma, odak noktası olma isteği gibi benzer dinamiklerle oluşan temaruz kavramının yani hastalık taklidinin tersi gibi düşünülebilir (Vandereycken, 2006b).

Vandereycken, AN'deki hastalık inkarı kavramının yalnızca sanısal bir içgörü eksikliği olmadığını, aynı zamanda, hastalardaki aşırı değer verilmiş düşüncelerin bir parçası olarak da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır ve kavramın bu çok boyutlu, karmaşık yapısının AN hastalarında inkarı değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmalarda da kendini gösterdiğini belirtmiştir. Çoğu çalışma, uzman bir merkeze sevk edilen hastalarla yapıldığından, kullanılan araçların geçerli ve güvenilir bulunamadığını, çünkü inkar aşamasındaki hastaların çoğunun tespit edilemeyeceği ya da herhangi bir sağlık hizmetinden kaçınacağını, sonuç olarak da hastalık inkarının AN hastalarının hem teşhis aşamasında hem de ileri klinik değerlendirmelerinde ciddi bir engel teşkil ettiğini belirtmiştir (Vandereycken, 2006a). Yani AN hastaları genellikle belirtilerini gizlemeye çalışır, hastalıklarını inkar eder ve tedaviden kaçınırlar, bu nedenlerle hekimler hastaları tespit etmekte ve tedavi sürecini devam ettirmekte zorlanırlar (Jagielska ve Kacperska, 2017). Hoek tarafından Hollanda'da yapılan bir çalışma da bu durumu destekler niteliktedir. Çalışmada, toplumdaki tüm AN vakalarının sadece %43'ünün bir pratisyen hekim ya da aile hekimi tarafından tespit edildiği, %34'ünün ise psikiyatrik bir tedavi almaya başladığı gösterilmiştir (Hoek, 1993). 108 AN tanılı hastanın incelendiği retrospektif bir çalışmada ise, hastaların %72'sinin özellikle hastalığın ilk yıllarında kendilerinde yanlış bir şey olduğunu reddettikleri saptanmıştır (Noordenbos, 1992). Hollanda Anoreksiya ve Bulimia Derneği, 2003 yılında, web sitesi üzerinden ziyaretçilerine 'Yeme bozukluğunuz olduğunu ilk kime söylediniz?' şeklinde bir soru yöneltmiştir. Anket sonucunda katılımcıların yüzde %31,1'i arkadaşına, %13,7'si ebeveynlerine, %11,3'ü eşine, %6,1'i başka birine, %5'i sağlık uzmanına, %3,7'si kardeşlerine söylediğini belirtirken %25,7'si ise hiç kimseye söylemediğini bildirmiştir. Ankete katılanların dörtte birinin hastalıklarını hiç açıklamaması ve sadece %5'lik kısmının bir sağlık uzmanına ulaşmış olması dikkati çekmektedir (Vandereycken, 2006b). Bunun yanında hastalık inkarının bir diğer boyutu, hastaların semptomlarına başka nedenler

atfetmesidir. Crisp, AN hastalarının hastalığın temel özelliklerinden biri olarak kabul edilen ‘kilo fobilerini’ inkar ederek kendilerini doktorlara çok çeşitli fiziksel şikayetlerle sunabileceklerini ve bu nedenle hastalara tanı koymanın ve ayırıcı tanı yapmanın zor olduğunu vurgulamıştır (Crisp, 1967).

Psikiyatrik bir kavram olarak aşırı değer verilmiş düşünce (ADD), tam bir obsesyon karakterinde olmayan mantıksız ve takıntılı düşünceler ile sanrısız yoğunluktan daha az şiddetli olmakla birlikte sürekli ve sabit inanç şeklinde tanımlanır. Bu tanımlama, AN'deki inançları, iyi içgörülü takıntılar, içgörünün zayıf olduğu ADD'ler ve içgörüsüz sanrı boyutunda düşünceler arasında bir spektruma yerleştirir (Mountjoy ve ark., 2014; Veale, 2002). AN'deki benden algısı ile ilgili ADD ve sanrısız inançların, sağlıklı kontrol grubundaki beden algısı ve şizofreni/şizoafektif bozukluğu olan hasta grubundaki sanrısız inançlarla, içgörü temelinde karşılaştırıldığı bir çalışmada, AN tanılı hastalardaki inançların diğer gruplara göre önemli ölçüde daha yüksek sıkıntı ve meşguliyele neden olduğu gösterilmiştir (Mountjoy ve ark., 2014). ADD'lerin bir diğer özelliği, obsesyonlar ve sanrılarla karşılaştırıldığında genellikle tedaviye çok daha dirençli karakterde olmalarıdır (Veale, 2002). Nitekim AN tanılı hastaların tedavi ile mevcut inançları ve içgörü düzeylerindeki değişimlerin araştırıldığı çalışmaların bunu desteklediği görülmektedir. AN hastalarında içgörü ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmada, 4 aylık tedavi sonrasında diğer tüm klinik faktörlerde çeşitli seviyelerde düzelme saptanmasına rağmen içgörü düzeylerinde neredeyse hiç değişiklik olmadığı görülmüştür (Gorwood ve ark., 2019). Yine başka bir meta-analiz çalışmasında ise AN tedavisinde kısa vadede kilo ile ilgili düzelmeler sağlanmasına rağmen uzun dönemde özellikle bilişsel semptomlar yani çarpık inançlar ve kilo ile ilgili kalıcı düzelmelerin sağlanamadığı bildirilmiştir (Murray ve ark., 2019). Uzun dönem bir takip çalışmasında ise, AN nedeni ile yatarak tedavi gören 30 hasta taburculuktan 4,6 yıl sonra genel bir hastalık içgörüsü değerlendirme ölçeği ile tekrar değerlendirilmiş ve sonuçta özellikle hastalık inkarı ve içgörü eksikliğinin zaman içerisinde sabit kalan, AN hastalığının karakteristik bir özelliği olduğu bildirilmiştir (Greenfeld ve ark., 1991).

İçgörü yokluğu ya da sanrısız boyutta içgörüsüzlük ise AN'de içgörü spektrumunun en son aşamasıdır. Sanrı düşünceleri ve referans fikirlerini değerlendirmede kullanılan Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ile yapılan bir çalışmada, AN hastalarının

%20'sinin sanrı boyutunda inançlara sahip olduğu bulunmuştur (Steinglass ve ark., 2007). Aynı ölçeğin kullanıldığı başka bir çalışmada ise hastaların %28,8'inin sanrılı inanca sahip olduğu bildirilmiştir (Konstantakopoulos ve ark., 2012). Yeme bozukluklarında içgörünün değerlendirildiği bir çalışmada ise AN'li hastaların %24'ünde ciddi boyutta bir içgörü bozukluğu saptanmış ayrıca sanrılı inançların tıknırcasına yeme/çıkarma tipine göre kısıtlayıcı tip AN hastalarında çok daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada dikkati çeken bir diğer nokta ise hastaların büyük kısmının, hastalığa dair farkındalık eksikliğinden ziyade kasıtlı bir hastalık inkarı yaptıklarının saptanmış olmasıdır (Konstantakopoulos ve ark., 2011).

Sonuç olarak, DSM-V'te AN için bir içgörü belirteci olmamakla birlikte, literatürde yazarların hastalığı, iyi içgörülü, zayıf içgörülü (genel olarak ADD'leri kapsar), ve sanrılı/içgörüsüz şekilde sınıflandırma eğiliminde oldukları görülmektedir (Dsm-V, 2013; Phillips ve ark., 1995; Van Der Zwaard ve ark., 2006). Klinisyenlerin tanı koyma ve tedavi sürecini zorlaştıran, içgöründe inkar ve çarpıtma gibi mekanizmalara dikkat çekilerek, AN hastalarının değerlendirmesinde bu faktörlerin önemi de vurgulanmaktadır (Vandereycken, 2006a; Vandereycken, 2006b; Vitousek ve ark., 1991). Bir başka önemli nokta ise, psikotik olmayan diğer psikiyatrik bozukluklar için kullanılmayan 'egosintoniklik' kavramının, AN'nin karakteristik bir özelliği olarak vurgulanmasıdır (Gregertsen ve ark., 2017). AN için farklı bir statü tanımı gibi kullanılan bu kavram, hastalığın temelindeki inkar ve içgörü yokluğunun başka türlü bir ifadesi gibidir (Vandereycken, 2006a). Tüm bunlar AN'deki içgörü yokluğunun kavramsal olarak nereye yerleştirilmesi gerektiği konusundaki tartışmalı durumun göstergesi gibi görünmektedir. Literatür incelendiğinde içgörüyü değerlendirmeye yönelik farklı kavramsal temellere dayanan birçok ölçek geliştirildiği görülmektedir. Bizim bu çalışmada amacımız mevcut içgörü ölçeklerinin kendi aralarında ve anorektik belirtilerle korelasyonlarını incelemektir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma 01.12.2020 - 01.03.2022 tarihleri arasında, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde, AN tanısı almış kadın hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu çalışmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için yapılan güç analizinde, $\alpha = 0,05$ (α =I. Tip hata olasılığı), $1-\beta = 0,80$ (β =II. Tip hata olasılığı, $1-\beta$ =çalışmanın gücü) ve Cohen'in etki büyüklüğü katsayılarına göre, korelasyon analizi için $p = 0,5$ olacak şekilde hesaplama yapıldığında çalışmaya 29 kişinin alınması gerektiği sonucuna varılmıştır.

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğine belirtilen süre içinde başvuran, hastanemiz kayıtlarından telefon yoluyla iletişime geçilen ve hastanemiz iç hastalıkları bölümü beslenme polikliniğinden tarafımıza yönlendirilen 41 kadın hasta çalışmaya davet edildi. Hastaların 7'si çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 1 hasta ise başlangıçta çalışmaya katılmaya gönüllü oldu ancak görüşme esnasında devam etmek istemediğini belirterek çalışmadan ayrıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan 1 tanesi ise, Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği ve Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği'nin uygulanabilmesi için gerekli olan 'temel inanç' maddesini belirtmediği için çalışma dışı bırakıldı. Sonuç olarak çalışmamız araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan 32 olgu ile gerçekleştirildi.

3.3. Uygulama

Çalışmaya katılan tüm hastalar öncelikle gönüllü çalışma hakkında bilgilendirildi. Çalışma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı onam alındı.

Yapılan psikiyatrik görüşmeler ve uygulanan ölçekler sadece hasta ve araştırma görevlisinin bulunduğu, sessiz bir ortamda gerçekleştirildi. Her hasta ortalama 45 dakika görüşme yapıldı. Hastalara öncelikle AN tanısını doğrulamak ve komorbid psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek amacıyla DSM-V e uyarlı SCID-1 (DSM-IV Eksen I İçin Yapılandırılmış Tanısal Görüşme) görüşmesi yapıldı. Sosyodemografik veriler ve klinik özellikler hakkında bilgi edinmek amacı ile sosyodemografik veri formu uygulandı. Sonrasında ise içgörü ölçekleri olan Brown İnaçların Değerlendirilmesi Ölçeği, İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği yine hekim tarafından hastaya uygulandı. Öz bildirim ölçekleri olan Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği, Yeme Tutumu Testi, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve Beden Algısı Ölçeği ise hastalar tarafından dolduruldu.

3.3.1. Araştırmanın dahil edilme kriterleri

1. 18-65 yaş aralığında olma
2. Anoreksiya Nervoza tanısı almış olma
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olma
4. Kadın cinsiyette olma
5. Görüşmeyi tamamlayabilecek zihinsel yeterliliğe sahip olma

3.3.2. Araştırmanın dışlama kriterleri

1. 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olma
2. Erkek cinsiyette olma
3. Görüşmeyi tamamlamayı engelleyecek herhangi bir fiziksel veya ruhsal bir bozukluk olması (mental retardasyon, aktif psikotik bozukluklar, organik mental bozukluklar (demans, deliryum vb.), aktif alkol ve/veya madde kullanımı vb.)

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu (Ek 2)

Çalışmaya katılan hastaların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özellikleri ve AN ile ilişkili boy, kilo,

beden algısı gibi parametler ile hastalık seyrine ilişkin klinik özelliklerinin değerlendirildiği görüşmeci tarafından doldurulan formdur.

3.4.2. Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ) (Ek 3)

Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ), Eisen ve arkadaşları tarafından, psikiyatrik hastalıklarda, hastanın baskın olan inancı üzerinden içgörünün değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (Eisen ve ark., 1998). Ölçek klinisyen tarafından uygulanan, 0 ile 4 puan arasında değerlendirilen 7 maddeden oluşmaktadır. Son madde referans fikirlerini değerlendirir ve her psikiyatrik hastalıkta referans düşüncesi olmaması nedeniyle bu maddeden alınan puan ölçek toplam skoruna dahil edilmez ancak görüşmeci tarafından içgörü düzeyinin belirlenmesinde ek bir gösterge olarak kullanılabilir. Ölçek toplam skoru 0 ile 24 puan arasında değişir ve yüksek puanlar daha düşük içgörü düzeyine işaret eder. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özcan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Özcan ve ark., 2013).

3.4.3. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ) (Ek 4)

İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği (İÜBDÖ), 1990 yılında içgörüyü 3 boyutta (hastalık farkındalığı, tedavi uyumu, psikotik yaşantıları tanıyabilme) değerlendirip yeniden tanımlayan AS. David tarafından geliştirilmiştir (David, 1990). Ölçek klinisyen tarafından uygulanan 8 maddeden oluşur. İlk 7 madde 0 ile 2 arasında puanlanır ve bu maddelerden toplamda en fazla 14 puan alınır. Son maddenin sorulması görüşmeciye bırakılmış olup bu madde ile ölçeğin en yüksek toplam skoru 18'dir. Ölçek toplam skorunun yüksekliği, hastalığa ilişkin içgörünün var olduğuna işaret eder. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Arslan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Arslan ve ark., 2000).

3.4.4. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ) (Ek 5)

Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ), Amador ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Amador ve ark., 1993). Ölçek, klinisyen tarafından uygulanan, 3 tane giriş ve 17 tane belirti için farkındalık ve atıf sorularından oluşur. Giriş sorularında, hastalık farkındalığı, tedavi etkisinin farkındalığı ve hastalığın neden olduğu sosyal sorunların farkındalığı değerlendirilir. Belirti sorularında ise hastada var olan her bir

belirti için farkındalık düzeyi ve bu belirtinin neye atfedildiği değerlendirilir. Her soru, şimdi ve geçmiş zaman için 0 ile 5 puan arasında değerlendirilir. Ölçek toplam skorunun artması içgörü ve hastalık farkındalığında azalmaya işaret eder. Ölçek soruları hastanın hastalığı ve semptomları özelinde kısmi olarak uygulanabilir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bora ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Bora ve ark., 2006).

3.4.5. Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ) (Ek 6)

Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ), Neziroğlu ve arkadaşları tarafından, OKB’de aşırı değerli fikirlerin değerlendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir (Neziroğlu ve ark., 1999). Ölçek klinisyen tarafından uygulanan, her biri 1 ile 10 puan arasında puanlanan 10 madde ve puanlamaya dahil edilmeyen, mevcut inancın süresi ve bu süre içerisinde inançta dalgalanma olup olmadığının değerlendirildiği 1 maddeden oluşur. Maddeler hastanın temel inancı üzerinden değerlendirilir. Ölçeğin toplam skoru, 10 maddenin puanın ortalaması ile hesaplanır ve toplam puanı 6 ve üzeri olan hastalar içgörüsü zayıf olarak değerlendirilir.

3.4.6. Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ) (Ek 7)

Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ), Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark., 2004). Ölçek 4 dereceli Likert tipinde, 15 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama, 0: hiç katılmıyorum, 1: çok az katılıyorum, 2: epeyce katılıyorum, 3: tamamen katılıyorum şeklinde her madde için 0 ile 3 puan arasında değerlendirilir. Ölçekteki 15 maddenin 9’u (1, 3, 4, 5, 6, 8, 12, 14 ve 15. maddeler) kişinin kendi hakkında düşünme alt ölçeğini, 6’sı (2, 7, 9, 10, 11 ve 13. maddeler) ise kendi hakkında emin olma alt ölçeğini oluşturur. Ölçek toplam skoru, kendi hakkında düşünme alt ölçeği toplam puanından kendi hakkında emin olma alt ölçeği toplam puanının çıkarılması ile elde edilir ve toplam skor -18 ile +24 arasında değişebilir. Yüksek skorlar iyi içgörüye, düşük skorlar ise kötü içgörüye işaret eder. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aslan ve Türkçapar tarafından yapılmıştır (Aslan ve ark., 2005).

3.4.7. Yeme Tutumu Testi (YTT) (Ek 8)

Yeme tutumu testi (YTT), Garner ve Garfinkel tarafından AN belirtilerini ölçmek amacı ile geliştirilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979). Ölçek Likert tipi, 6 dereceli (Daima, Çok sık, Sık sık, Bazen, Nadiren, Hiçbir zaman), 40 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek maddelerinden 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 için; bazen seçeneği 1 puan, nadiren seçeneği 2 puan, hiçbir zaman seçeneği 3 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Diğer maddeler için ise; sık sık seçeneği 1 puan, çok sık seçeneği 2 puan, daima seçeneği 3 puan ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Sonuçta tüm maddelerden alınan puanların toplamı ölçeğin toplam puanını verir. Ölçeğin kesme noktası 30 puandır, 30 puan ve üstü skor elde eden kişiler ‘yeme bozukluğuna yatkın’ olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır (Savaşır ve Erol, 1989).

3.4.8. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ) (Ek 9)

Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ), Fairburn ve Beglin tarafından, Yeme bozukluğu değerlendirme görüşmesi esas alınarak, öz bildirim ölçeği şeklinde uyarlanmıştır (Fairburn ve Beglin, 1994; Fairburn ve ark., 1993). Ölçek 28 soru ve kendi içinde 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler; kısıtlama (1, 2, 3, 4 ve 5. sorular), beden şekliyle ilgili endişeler (6, 8, 10, 11, 23, 26, 27 ve 28. sorular), yeme ile ilgili endişeler (7, 9, 19, 20 ve 21. sorular), kilo ile ilgili endişeler (8, 12, 22, 24 ve 25. sorular) ve tıknırcasına yeme (13,14,15,16,17 ve 18. sorular) alt ölçekleri şeklindedir. Tıknırcasına yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçekler 0 ile 6 puan arasında derecelendirilen likert tipi maddelerden oluşur ve yüksek puanlar yeme bozukluğu ile ilgili patolojiye işaret etmektedir. Her alt ölçek skoru, alt ölçek puan toplamının alt ölçekteki soru sayısına bölünmesi ile elde edilir. Ölçeğin toplam skoru ise tıknırcasına yeme alt ölçeği dışındaki alt ölçek puanlarının toplamının 4’e bölünmesi ile elde edilir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yücel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Yücel ve ark., 2011).

3.4.9. Beden algısı ölçeği (BAÖ) (Ek 10)

Beden algısı ölçeği (BAÖ), Secord ve Jourard tarafından, kişinin bedeni ve bedensel işlevleri ile ilgili memnuniyet düzeyini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir

(Secord ve Jourard, 1953). Ölçek, 40 maddeden oluşan, likert tipi, 5 dereceli (hiç beğenmiyorum, beğenmiyorum, kararsızım, beğeniyorum, çok beğeniyorum) bir öz bildirim ölçeğidir. Puanlama her madde için; 1: hiç beğenmiyorum, 2: beğenmiyorum, 3: kararsızım, 4: beğeniyorum, 5: çok beğeniyorum şeklinde 1 ile 5 puan arasında değerlendirilir. Ölçek toplam puanı tüm maddelerin puanlarının toplamı ile elde edilir ve toplam puanın yüksek olması kişinin bedeni ile ilgili doyum düzeyinin yüksek olduğuna işaret eder. Kesme noktası olan 135 puan altındaki değerler ise kişinin bedeni ile ilgili düşük doyum düzeyine sahip olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır (Hovardaoğlu, 1993).

3.5. İstatiksel Analiz

Bu çalışmada verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 23.0 programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız değişkenler arası ilişkiler için ki-kare, Independent Sample t testi kullanılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımı sağlandığı durumlarda ANOVA, normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumlarda ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki sürekli değişken arasındaki ilişki Spearman ve Pearson korelasyon katsayıları kullanılarak incelenmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmamız Covid-19 pandemisinin görüldüğü döneme denk gelmiş ve araştırmanın yürütüldüğü hastane bu dönemde pandemi hastanesi ilan edilerek poliklinik hizmetlerine ara verilmiştir. Bu nedenle araştırma planlanandan daha geç tarihte ve görece daha küçük örneklem ile tamamlanmıştır. Ayrıca çalışmanın 3. basamak bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmiş olması da seçim yanlılığı oluşmasına neden olabilmektedir.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Bu çalışmaya, çalışmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan toplam 32 kadın hasta dahil edilmiştir.

Hastaların yaşları 18-45 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 26,84 olarak saptanmıştır.

Hepsi okur-yazar olan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde, %12,5'inin ilkökul mezunu (n=4), %18,8'inin ortaokul mezunu (n=6), %37,5'inin lise mezunu (n=12) ve %31,3'ünün üniversite mezunu (n=10) olduğu saptandı. Eğitim sürelerine bakıldığında ise, hastaların 5 ile 20 yıl arasında eğitim aldıkları ve ortalama eğitim süresinin 12,15 yıl olduğu belirlendi.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde, %15,6'sının evli (n=5), %71,9'unun bekar (n=23), %12,5'inin ise boşanmış (n=4) olduğu saptandı. Hastaların çocuk sahibi olup olmadıklarına bakıldığında ise, %28,1'inin çocuk sahibi olduğu (n=9), %71,9'unun ise çocuğunun olmadığı (n=23) belirlendi.

Hastaların birlikte yaşadığı kişilere bakıldığında, %71,9'unun anne/baba ve kardeşleriyle (n=23), %15,6'sının eş ve çocukları ile (n=5), %6,3'ünün yalnız (n=2) yaşadığı, %6,3'ünün (n=2) ise yurt, bakımevi gibi toplu yaşanan yerlerde kaldığı saptandı. Hastaların ikamet ettikleri yerler incelendiğinde, %62,5'inin şehir merkezinde (n=20), %31,3'ünün ilçede (n=10), %6,3'ünün ise köyde (n=2) yaşadığı belirlendi.

Hastaların çalışma/eğitim hayatına devam etme (sosyal işlevsellik) durumları ve sosyoekonomik düzeyleri incelendiğinde, %31,3'ünün düzenli bir işte çalıştığı (n=10), %37,5'inin düzenli bir işte çalışmadığı (n=12), %31,3'ünün ise eğitim sürecine devam ettiği öğrenildi. Hane gelirlerine bakıldığında, %12,5'inin 5.000 TL ve altında (n=4), %43,8'inin 5.000 ile 10.000 TL arasında (n=14), %34,4'ünün 10.000 ile 20.000 TL

arasında (n=11) ve %9,4'ünün ise 20.000 TL ve üzerinde (n=3) gelire sahip olduğu saptandı.

Hastaların temel sosyodemografik özellikleri tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler		Hasta Verileri
Yaş Dağılımı (yıl)	Minimum	18
	Maksimum	45
	Ortalama	26,84
Eğitim Düzeyi	İlkokul Mezunu	%12,5 (n=4)
	Ortaokul Mezunu	%18,8 (n=6)
	Lise Mezunu	%37,5 (n=12)
	Üniversite ve Üzeri	%31,3 (n=10)
Medeni Hali	Evli	%15,6 (n=5)
	Bekar	%71,9 (n=23)
	Boşanmış	%12,5 (n=4)
Çocuk	Var	%28,1 (n=9)
	Yok	%71,9 (n=23)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne-baba/kardeş	%71,9 (n=23)
	Eş ve çocuklar	%15,6 (n=5)
	Yalnız	%6,3 (n=2)
	Diğer (yurt, bakımevi vb.)	%6,3 (n=2)
Yaşadığı Yer	İl	%62,5 (n=20)
	İlçe	%31,3 (n=10)
	Köy	%6,3 (n=2)
Çalışma/Eğitime Devam Etme Durumu (Sosyal İşlevsellik)	Çalışıyor	%31,3 (n=10)
	Çalışmıyor	%37,5 (n=12)
	Öğrenci	%31,3 (n=10)
Ekonomik Düzey	0-5.000 TL	%12,5 (n=4)
	5.000-10.000 TL	%43,8 (n=14)
	10.000-20.000 TL	%34,4 (n=11)
	20.000 TL ve üzeri	%9,4 (n=3)

Hastaların sigara kullanımına bakıldığında, %53,1'inin aktif sigara kullanımının olduğu (n=17), %43,8'inin sigara kullanmadığı (n=14), %3,1'inin ise geçmişte sigara kullandığı ancak aktif olarak kullanmadığı (n=1) saptandı.

Alkol kullanım oranlarına bakıldığında, %9,4'ünün aktif alkol kullanımının olduğu (n=3), %87,5'inin alkol kullanmadığı (n=28), %3,1'inin ise geçmişte alkol kullandığı ancak aktif olarak kullanmadığı (n=1) öğrenildi.

Madde kullanım oranlarına bakıldığında ise, %3,1'inin aktif madde kullanımının olduğu (n=1), %93,8'inin madde kullanım öyküsünün olmadığı (n=30), %3,1'inin ise geçmişte madde kullanımının olduğu ancak aktif olarak madde kullanmadığı (n=1) öğrenildi.

Hastaların aktif suicidal düşünceleri ve geçmiş suicidal girişim öyküleri incelendiğinde, sadece 1 hastanın aktif suicidal düşüncesi olduğu saptanırken, hastaların %18,8'inin geçmişte suicidal girişim öyküsünün olduğu (n=6), %81,3'ünün suicidal girişim öyküsünün olmadığı (n=26) belirlendi.

SCID görüşmesi ile yapılan ek psikiyatrik hastalık varlığının incelenmesi sonucunda, hastaların %15,6'sının ek depresyon tanısının (n=5), %9,4 ek anksiyete bozukluğu tanısının (n=3), %6,3'ünün ise ek OKB tanısının (n=2) olduğu tespit edildi. Hastaların %68,8'inin ise ek bir psikiyatrik hastalığının olmadığı (n=22) belirlendi. Hastaların %12,5'inin (n=4) ise psikiyatri dışında ek tıbbi hastalıklarının olduğu öğrenildi.

Hastaların ailelerinde psikiyatrik hastalık varlığı incelendiğinde, %3,1'inin ailesinde şizofreni öyküsü olduğu (n=1), %3,1'inin ailesinde depresyon öyküsü olduğu (n=1), %15,6'sının ailesinde anksiyete bozukluğu öyküsü olduğu (n=5), %3,1'inin ailesinde OKB öyküsü olduğu (n=1), %75'inin ailesinde ise psikiyatrik hastalık öyküsünün olmadığı (n=24) belirlendi.

Hastaların AN için hastalık başlangıç yaşlarının 14 ile 32 yaş aralığında değiştiği ve ortalama semptom başlangıç yaşının 18,71 olduğu saptandı. Hastalık süreleri ise 0,25 yıl ile 30 yıl arasında değişmekte olup ortalama hastalık süresi 8,07 olarak belirlendi.

Hastaların %25'inin (n=8) daha önce herhangi bir psikiyatri kliniğine başvurusunun olmadığı, %75'inin ise (n=24) daha önce en az bir kere psikiyatri klinik başvurusunun olduğu öğrenildi. Tedavi uyumları incelendiğinde, %21,9'unun tedaviye uyumsuz

olduğu (n=7), %53,1'inin tedaviye uyum gösterdikleri (n=17), %25'inin ise daha önce psikiyatri başvurusu olmadığı için tedavi de almadıkları (n=8) görüldü.

Hastaların boy uzunluklarının 140-175 cm arasında değişmekte olup boy ortalamalarının 159,53 olduğu, vücut ağırlıklarının 27-49 kg arasında değişmekte olup kilo ortalamalarının 40,9 olduğu, VKİ değerlerinin ise 12,5-17,85 arasında değişmekte olup VKİ ortalamalarının 16,02 olduğu saptandı.

Hastaların menstural siklus başlama yaşları 11-18 arasında değişmekte olup ortalama adet görme yaşı 13,37 olarak tespit edildi. Adet görme düzenlerine bakıldığında, %62,5'inin düzenli olarak adet gördüğü (n=20), %12,5'inin adetlerinin düzensiz olduğu (n=4), %25'inin ise amenore olduğu (n=8) saptandı.

Hastaların kusma/kendini kusturma davranışları incelendiğinde %43,8'inin kusma davranışı sergilediği (n=14), %56,3'ünün ise kusma davranışı olmadığı (n=18) saptandı. Hastaların %6,3'ünün (n=2) ise laksatif türevi ilaçları kötüye kullandıkları belirlendi. Hastaların fiziksel aktiviteleri incelendiğinde, %34,4'ünün düzenli olarak spor yaptığı (n=11), %65,6'sının ise düzenli spor yapmadığı (n=21) öğrenildi.

Hastaların, klinisyen değerlendirmesi sonucunda AN hastalığına ilişkin içgörü seviyeleri incelendiğinde, %9,4'ünün içgörüsünün olduğu (n=3), %15,6'sının kısmi içgörüye sahip olduğu (n=5), %75'inin ise içgörüsünün olmadığı (n=24) tespit edildi (Şekil 4.1). Ayrıca yine klinisyen değerlendirmesine göre, içgörüsü olan ve kısmi içgörüye sahip hastaların mevcut içgörülerinin entelektüel düzeyde olduğu belirlendi.



Şekil 4.1. Klinisyen değerlendirmesine göre içgörü seviyelerinin oransal dağılımı

Hastaların temel klinik özellikleri tablo 4.2. de verilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların klinik özellikleri

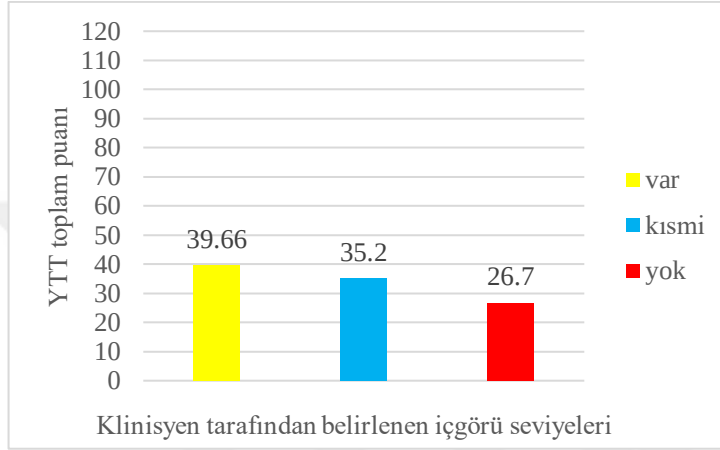
Klinik Özellikler		Hasta Verileri
Sigara Kullanımı	Var	%53,1 (n=17)
	Yok	%43,8 (n=14)
	Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor	%3,1 (n=1)
Alkol Kullanımı	Var	%9,4 (n=3)
	Yok	%87,5 (n=28)
	Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor	%3,1 (n=1)
Madde Kullanımı	Var	%3,1 (n=1)
	Yok	%93,8 (n=30)
	Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor	%3,1 (n=1)
Aktif Suisidal Düşünce	Var	%3,1 (n=1)
	Yok	%96,9 (n=31)
Suisidal Girişim Öyküsü	Var	%18,8 (n=6)
	Yok	%81,3 (n=26)
Ek Psikiyatrik Hastalık	Depresyon	%15,6 (n=5)
	Anksiyete	%9,4 (n=3)
	OKB	%6,3 (n=2)
	Yok	%68,8 (n=22)
Ek Tıbbi Hastalık	Var	%12,5 (n=4)
	Yok	%87,5 (n=28)
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Şizofreni	%3,1 (n=1)
	Depresyon	%3,1 (n=1)
	Anksiyete	%15,6 (n=5)
	OKB	%3,1 (n=1)
	Yok	%75 (n=24)
Hastalık (AN) başlangıç yaşı	Minimum	14
	Maksimum	32
	Ortalama	18,71
Hastalık Süresi (yıl)	Minimum	0,25
	Maksimum	30
	Ortalama	8,07

Tablo 4.3. Hastaların klinik özellikleri (devam)

Geçmiş Psikiyatri Başvurusu	Var	%75 (n=24)
	Yok (ilk başvuru)	%25 (n=8)
Tedavi Uyumu	Uyumlu	%51,3 (n=17)
	Uyumsuz	%21,9 (n=7)
	Tedavi almamış	%25 (n=8)
Boy Uzunluğu (cm)	Minimum	140
	Maksimum	175
	Ortalama	159,53
Vücut Ağırlığı (kg)	Minimum	27
	Maksimum	49
	Ortalama	40,9
Vücut Kitle İndeksi (VKİ)	Minimum	12,5
	Maksimum	17,85
	Ortalama	16,02
Menstrual Siklus Başlama Yaşı	Minimum	11
	Maksimum	18
	Ortalama	13,37
Adet Görme Düzeni	Düzenli	%62,5 (n=20)
	Düzensiz	%12,5 (n=4)
	Amenore	%25 (n=8)
Kusma Davranışı	Var	%43,8 (n=14)
	Yok	%56,3 (n=18)
Laksatif Kullanımı	Var	%6,3 (n=2)
	Yok	% 93,8 (n=30)
Düzenli Fiziksel Aktivite	Var	%34,4 (n=11)
	Yok	%65,6 (n=21)
İçgörü (klinikyten tarafından değerlendirilen)	Var	%9,4 (n=3)
	Kısmi	%15,6 (n=5)
	Yok	%75 (n=24)

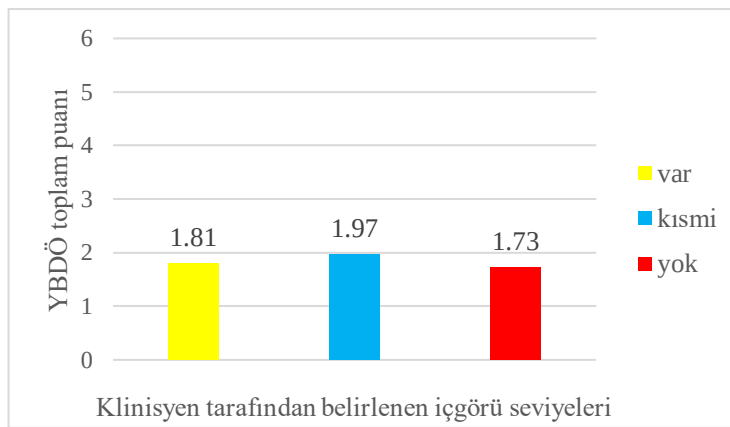
4.2. İlgörü Seviyeleri ve Semptom Şiddeti

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile hastalık semptom şiddetini değerlendirmek için kullanılan YTT'nin ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, içgörsü olan hastaların puan ortalaması 39,66, içgörsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 35,2 ve içgörsüz hastaların puan ortalaması 26,7 olarak saptandı (Şekil 4.2.).



Şekil 4.2. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin YTT puan ortalamaları

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile hastalık semptom şiddetini değerlendirmek için kullanılan YBDÖ'nün ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, içgörsü olan hastaların puan ortalaması 1,81, içgörsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 1,97 ve içgörsüz hastaların puan ortalaması 1,73 olarak saptandı (Şekil 4.3.).



Şekil 4.3. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin YBDÖ puan ortalamaları

Klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile YTT arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu ilişki incelendiğinde içgörüsü olmayan hastaların YTT'den içgörüsü olan hastalara göre daha düşük puanlar alma eğiliminde olduğu görülmüştür. Diğer bir öz bildirim ölçeği olan YBDÖ ile klinisyenin içgörü değerlendirmesi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

YTT ve YBDÖ ile klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) arasındaki ilişki tablo 4.3. de verilmiştir.

Tablo 4.4. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerine göre YTT ve YBDÖ ortalama puanları

		N	Ort.	SS	p
YEME TUTUMU TESTİ	var	3	39,66	3,21	0,03
	kısmi	5	35,2	17,46	
	yok	24	26,7	25,80	
	Total	32	29,25	23,56	
YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	var	3	1,81	1,42	0,823
	kısmi	5	1,97	1,52	
	yok	24	1,73	1,60	
	Total	32	1,78	1,53	

N: hasta sayısı, SS: standart sapma, p: anlamlılık katsayısı

4.3. İçgörü Seviyeleri ve İçgörü Değerlendirme Ölçekleri

Klinisyen tarafından değerlendirilen içgörü ile farklı içgörü ölçekleri arasında yapılan istatistik analizi sonuçlarına bakıldığında, klinisyen değerlendirmesinin BBİÖ dışındaki ölçekler ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkide olduğu saptanmıştır (ADDÖ; $p=0,027$, BİDÖ; $p=0,006$, AHiÖ; $p=0,002$, İÜBDÖ; $p=0,000$, BBİÖ; $p=0,097$). Bu bulgular ışığında, içgörünün BBİÖ dışındaki ölçeklerle değerlendirilmesi ile klinisyenin içgörü değerlendirmesinin uyumlu olduğu sonucuna varılmıştır.

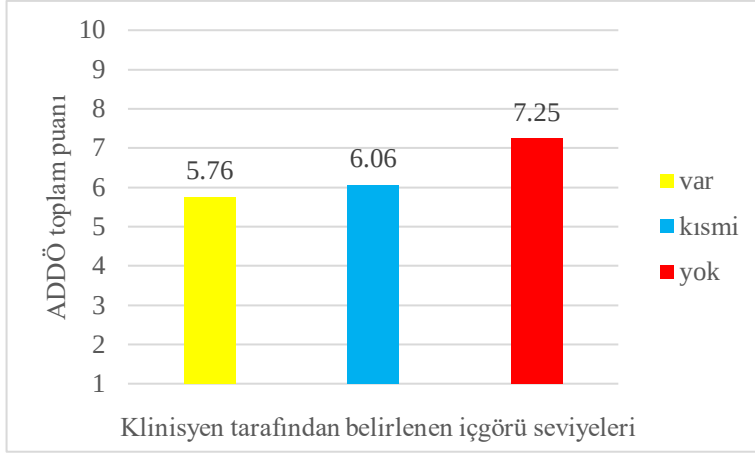
Hastalara uygulanan içgörü ölçekleri ile klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri arasındaki ilişki tablo 4.4. de verilmiştir.

Tablo 4.5. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerine göre içgörü ölçeklerinin ortalama puanları

		N	Ort.	SS	F	p
AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ	var	3	5,76	1,65	4,106	0,027
	kısmi	5	6,06	1,22		
	yok	24	7,25	1,04		
	Total	32	6,92	1,22		
BROWN İNANÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ	var	3	12,33	5,85	6,234	0,006
	kısmi	5	12,8	2,58		
	yok	24	17,16	2,89		
	Total	32	16,03	3,64		
AKIL HASTALIĞINA İÇGÖRÜSÜZLÜK ÖLÇEĞİ	var	3	10,66	6,42	7,831	0,002
	kısmi	5	11,4	2,50		
	yok	24	15,79	2,43		
	Total	32	14,62	3,48		
İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ	var	3	12	7	10,874	0,004
	kısmi	5	11,4	2,50		
	yok	24	5,45	2,81		
	Total	32	7	4,15		
BECK BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ÖLÇEĞİ	var	3	6,33	2,51	2,527	0,097
	kısmi	5	1,6	5,02		
	yok	24	0,75	3,98		
	Total	32	1,4	4,25		

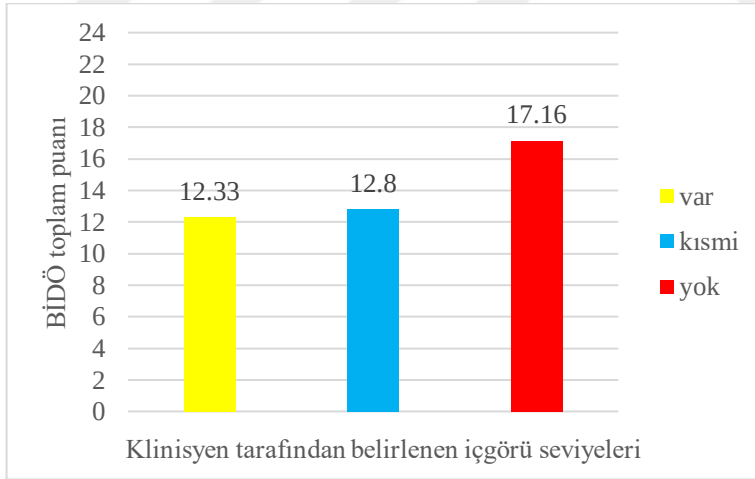
N: hasta sayısı, SS: standart sapma, p: anlamlılık katsayısı

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile toplam puan artışının içgöründe azalmaya işaret ettiği ADDÖ'nün ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, içgörüsü olan hastaların puan ortalaması 5,76, içgörüsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 6,06 ve içgörüsü olmayan hastaların puan ortalaması ise 7,25 olarak saptandı (Şekil 4.4.).



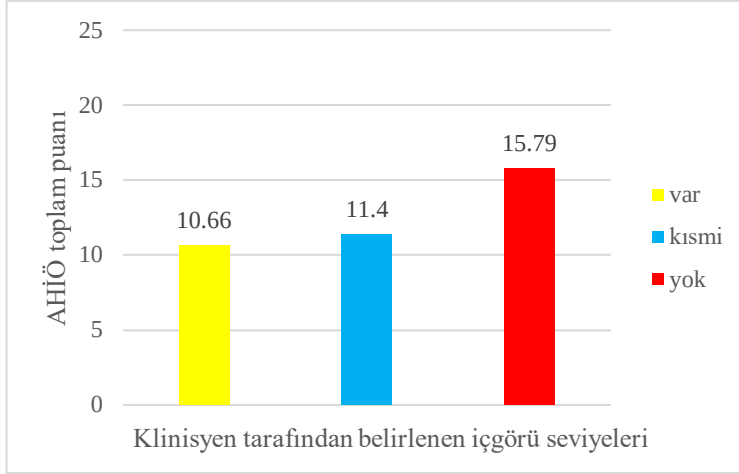
Şekil 4.4. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin ADDÖ ortalama puanları

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile toplam puan artışının içgöründe azalmaya işaret ettiği BİDÖ'nün ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, içgörüsü olan hastaların puan ortalaması 12,33, içgörüsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 12,8 ve içgörüsüz hastaların puan ortalaması ise 17,16 olarak saptandı (Şekil 4.5.).



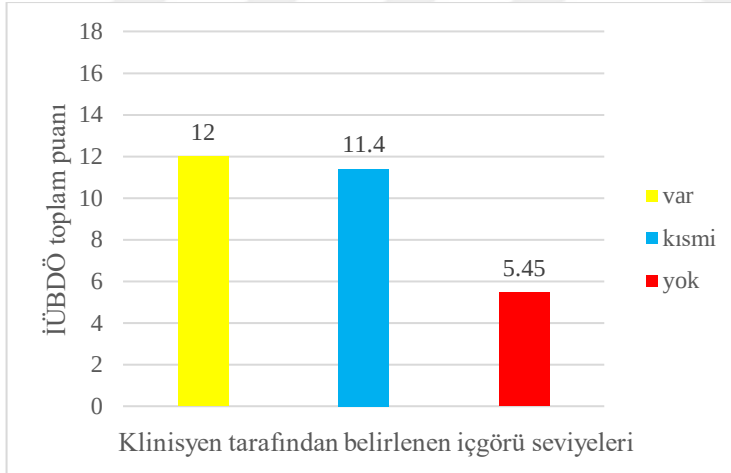
Şekil 4.5. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin BİDÖ ortalama puanları

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile toplam puan artışının içgöründe azalmaya işaret ettiği AHİÖ'nün ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, içgörüsü olan hastaların puan ortalaması 10,66, içgörüsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 11,4 ve içgörüsüz hastaların puan ortalaması ise 15,79 olarak saptandı (Şekil 4.6.).



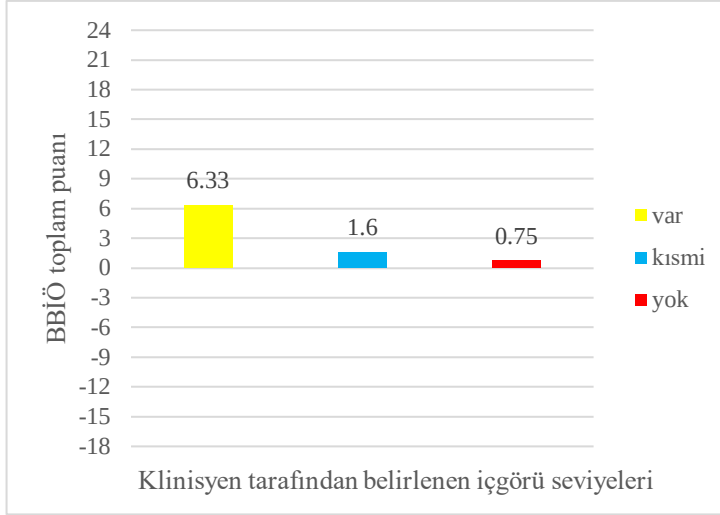
Şekil 4.6. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin AHİÖ ortalama puanları

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile toplam puan artışının içgöründe artmaya işaret ettiği İÜBDÖ'nün ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, içgörüsü olan hastaların puan ortalaması 12, içgörüsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 11,4 ve içgörüsü olmayan hastaların puan ortalaması ise 5,45 olarak saptandı (Şekil 4.7.).



Şekil 4.7. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin İÜBDÖ ortalama puanları

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile toplam puan artışının içgöründe artmaya işaret ettiği BBIÖ'nün ortalama puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, içgörüsü olan hastaların puan ortalaması 6,33, içgörüsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 1,6 ve içgörüsü olmayan hastaların puan ortalaması ise 0,75 olarak saptandı (Şekil 4.8.).



Şekil 4.8. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin BBIÖ ortalama puanları

4.4. İçgörü Seviyeleri ve Beden Algısı Ölçeği

Klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile BAÖ arasında istatistiksel olarak bir anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,38$).

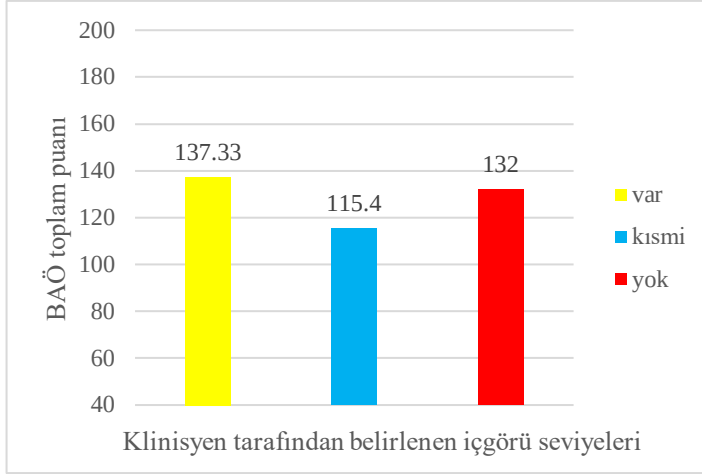
BAÖ ile içgörü seviyeleri arasındaki ilişki tablo 4.5. de verilmiştir.

Tablo 4.6. İçgörü seviyelerine göre BAÖ ortalama puanları

		N	Ort.	SS	F	p
BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ	var	3	137,33	36,47	0,989	0,38
	kısmi	5	115,40	9,47		
	yok	24	132,00	26,68		
	Total	32	129,90	25,85		

N: hasta sayısı, SS: standart sapma, p: anlamlılık katsayısı

Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyeleri (var, yok, kısmi) ile hastaların beden algılarını değerlendiren BAÖ'nün ortalama puanları karşılaştırıldığında, içgörüsü olan hastaların puan ortalaması 137,33, içgörüsü kısmi olan hastaların puan ortalaması 115,4 ve içgörüsüz hastaların puan ortalaması ise 132 olarak saptanmıştır (Şekil 4.9.).



Şekil 4.9. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin BAÖ ortalama puanları

4.5. İçgörü Seviyeleri ve Vücut Kitle İndeksi

Klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile VKİ arasında istatistiksel olarak bir anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,291$).

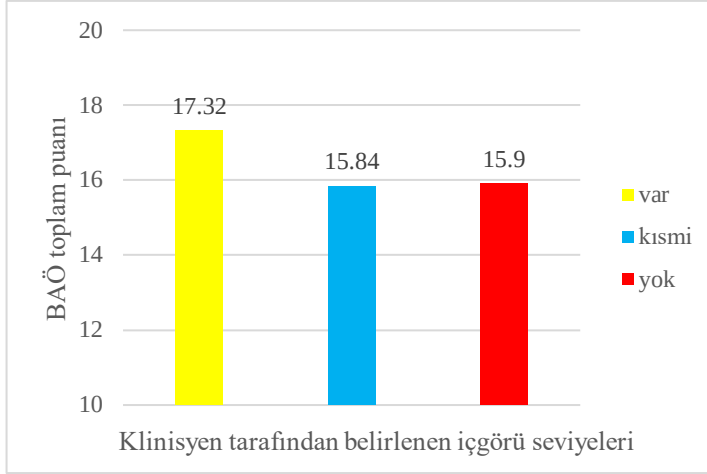
Hastalara VKİ ortalama değerleri ile içgörü seviyeleri arasındaki ilişki tablo 4.6. da verilmiştir.

Tablo 4.7. İçgörü seviyelerine göre VKİ ortalama puanları

		N	Ort.	SS	F	p
VKİ	var	3	17,32	0,78	1,287	0,291
	kısmi	5	15,84	1,43		
	yok	24	15,90	1,51		
	Total	32	16,02	1,48		

N: hasta sayısı, SS: standart sapma, p: anlamlılık katsayısı

Klinisyen tarafından değerlendirilen içgörü seviyeleri (var, kısmi, yok) ile hastaların VKİ ortalama değerleri karşılaştırıldığında, içgörüsü olan hastaların VKİ ortalaması 17,32, içgörüsü kısmi olan hastaların VKİ ortalaması 15,84 ve içgörüsüz hastaların VKİ ortalaması ise 15,9 olarak saptanmıştır (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Klinisyen tarafından belirlenen içgörü seviyelerinin VKİ ortalama değerleri

4.6. İçgörü Ölçeklerinin Kendi Aralarında ve Semptom Şiddeti ile Korelasyonu

Hastaların semptom şiddetini değerlendirmek için kullanılan ölçekler (YTT ve YBDÖ) kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösterirken ($p=0$), bu ölçeklerin içgörü ölçekleri (İÜBDÖ, AHİÖ, BİDÖ, ADDÖ, BBİÖ) ile arasında anlamlı korelasyon olmadığı saptanmıştır (hepsi için $p>0,05$). Başka bir deyişle istatistiksel veriler ölçekler aracılığı ile değerlendirilen hastalık şiddeti ile içgörü arasında ilişki olmadığı sonucuna işaret etmektedir. İçgörü ölçeklerinin anoreksiya belirtilerini predikte etme güçleri açısından $p=0,05$ pout (.10) kriteriyle basamaklı regresyon analizi uygulandığında ise hiçbir regresyon formülüne girmedir.

İçgörü ölçeklerinin kendi aralarındaki ilişkiye bakıldığında, İÜBDÖ, AHİÖ, BİDÖ ve ADDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır (hepsi için $p<0,01$). Bu korelasyon ADDÖ, BİDÖ, AHİÖ arasında pozitif yönde görülürken, İÜBDÖ ile bu üç ölçek arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. BBİÖ ise diğer içgörü ölçeklerinden sadece İÜBDÖ ($p=0,002$) ve zayıf olarak da BİDÖ ($p=0,043$) ile anlamlı korelasyon göstermiştir.

Hastalık şiddetini değerlendirmek için kullanılan ölçekler (YTT ve YBDÖ) ve içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi tablo 4.7. de verilmiştir.

Tablo 4.8. İçgörü ölçeklerinin kendi aralarında ve YTT, YBDÖ ile korelasyonları

	YTT	YBDÖ	İÜBDÖ	AHİÖ	BİDÖ	ADDÖ	BBIÖ
YTT	1						
YBDÖ	,860** 0	1					
İÜBDÖ	-0,08 0,662	0,01 0,957	1				
AHİÖ	0,229 0,208	0,122 0,507	-,753** 0	1			
BİDÖ	0,008 0,966	-0,082 0,656	-,716** 0	,631** 0	1		
ADDÖ	-0,048 0,795	-0,121 0,511	-,561** 0,001	,536** 0,002	,923** 0	1	
BBIÖ	-0,068 0,712	-0,091 0,619	,533** 0,002	-0,288 0,11	-,360* 0,043	-0,309 0,085	1

Pearson korelasyon testi (**. $p < 0.01$, *. $p < 0.05$)

YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, AHİÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, BİDÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, ADDÖ: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği, BBIÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

4.7. Beden Algısı Ölçeğinin YTT, YBDÖ ve İçgörü Ölçekleri ile Korelasyonu

Beden algısını değerlendiren BAÖ ile YTT arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı görülürken ($p=0,066$), YBDÖ ile BAÖ arasında anlamlı korelasyon olduğu saptanmıştır ($p=0,007$). Bu bulgular ışığında hastaların beden algılarını YBDÖ'nün YTT'ye göre daha iyi gösterdiği sonucuna varılmıştır.

BAÖ ile içgörü ölçeklerinin arasındaki ilişkiye bakıldığında ise hiçbir içgörü ölçeğinin BAÖ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

BAÖ ile YTT, YBDÖ ve içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi tablo 4.8. ve 4.9 da verilmiştir.

Tablo 4.9. BAÖ ile YTT ve YBDÖ arasındaki korelasyon ilişkisi

	YTT	YBDÖ
BAÖ	-0,329	-0,466**
	0,066	0,007

Pearson korelasyon testi **, p<0.01

YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

Tablo 4.10. BAÖ ile farklı içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi

	ADDÖ	BİDÖ	AHİÖ	İÜBDÖ	BBİÖ
BAÖ	,124	,157	,081	-,322	-,343
	,499	,392	,658	,072	,055

Pearson korelasyon testi

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, AHİÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, BİDÖ: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, ADDÖ: Aşırı Değer Verilmiş Düşünce Ölçeği, BBİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

4.8. Vücut Kitle İndeksinin YTT, YBDÖ ve İçgörü Ölçekleri ile Korelasyonu

VKİ ile YTT ve YBDÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). VKİ ile içgörü ölçeklerinin arasındaki ilişkiye bakıldığında da hiçbir içgörü ölçeğinin VKİ ile arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$).

VKİ ile YTT, YBDÖ ve içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi tablo 4.10. ve 4.11 de verilmiştir.

Tablo 4.11. VKİ ile YTT ve YBDÖ arasındaki korelasyon ilişkisi

	YTT	YBDÖ	BAÖ
VKİ	-,047	-,090	,039
	,799	,623	,833

Pearson korelasyon testi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, BAÖ: Beden Algısı Ölçeği

Tablo 4.12. VKİ ile farklı içgörü ölçekleri arasındaki korelasyon ilişkisi

	ADDÖ	BİDO	AHİÖ	İÜBDÖ	BBİÖ
VKİ	-,117	-,127	-,242	,113	,159
	,523	,489	,183	,536	,383

Pearson korelasyon testi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi, İÜBDÖ: İçgörünün Üç Bileşenini Değerlendirme Ölçeği, AHİÖ: Akıl Hastalığına İçgörüsüzlük Ölçeği, BİDO: Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği, ADDÖ: AşırıDeğer Verilmiş Düşünce Ölçeği, BBİÖ: Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Psikiyatrik literatürün temelinde içgörü eksikliği, psikotik bozukluklara özgü ve onların karakteristik özelliklerinden biri olarak kabul görmüş ve genel olarak var/yok şeklinde kategorik yaklaşım ile ele alınmıştır. İçgörü yokluğu psikoz ile nevroz ayrımında en temel verilerden biri olarak ele alınmıştır (David, 1990). Ancak zaman içerisinde yapılan klinik gözlemler ve çalışmalar sonucunda içgörü eksikliğinin psikotik bozukluklara özgü olmadığı ve birçok psikiyatrik hastalıkta görülen çok boyutlu bir kavram olduğu anlaşılmıştır (David, 2004). Yeme bozuklukları ve spesifik bir alt türü olan AN'da içgörü kavramı ise çeşitli çalışmalar olmakla birlikte halen net bir fikir birliğine varılamamış, tartışmalı bir konudur. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla AN hastalarındaki içgörü ve ilişkili faktörlerin incelendiği görülmektedir ancak mevcut çalışmamızdaki gibi içgörü değerlendirme ölçeklerinin birbirleri ile kıyaslandığı bir çalışma saptanmamıştır (Gorwood ve ark., 2019; Konstantakopoulos ve ark., 2011). Bu nedenle bu çalışmadaki temel amacımız, AN hastalarına farklı içgörü ölçeklerini uygulayıp, bunların anoreksiya belirtileri ile ve kendi aralarındaki ilişkiyi inceleyerek literatüre katkı sağlayabilmektir.

5.1. Sosyodemografik/Klinik Veriler ve İçgörü

AN hastalarında içgörü ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde %15 ile %80 arasında, çok geniş ve değişken içgörüsüzlük/inkar oranlarının bildirildiği görülmektedir (Konstantakopoulos ve ark., 2011; Vitousek ve ark., 1998). Bizim kadın AN hastaları ile yaptığımız çalışmamızda ise klinisyen değerlendirmesi sonucunda %75 oranında yüksek bir içgörüsüzlük olduğunu belirledik.

Hastalarımızın AN için hastalık başlangıç yaşı ortalama değeri 18,7 olarak tespit edildi ve bu bulgumuz hastalık başlangıcının genellikle adölesan dönem olduğu literatür bilgisi ile uyumlu görünmektedir (Smink ve ark., 2012). Hastaların hastalık süresi ortalama değeri ise 8 yıl olarak tespit edildi. Hastalık süresi yani hastalığın erken ya

da kronik evresinde olmak ile içgörü arasında literatürle uyumlu olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Greenfeld ve ark., 1991; Konstantakopoulos ve ark., 2011).

Hastalarımızın eğitim düzeyleri incelendiğinde %31,3'ünün üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğunu saptadık; literatürde de benzer oranlar bildirilmektedir (Striegel-Moore ve Bulik, 2007; Vanderlinden ve ark., 2021).

Çalışmamızda hastaların sosyal işlevsellikleri, çalışma hayatına katılımları ve eğitime devam etme durumları üzerinden değerlendirildiğinde %37,5'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve eğitim hayatına devam etmediği, %31,3'ünün herhangi bir işte çalışmadığı ancak eğitim hayatına devam ettiği, %31,3'ünün ise düzenli bir işte çalıştığı belirlendi. Literatür incelendiğinde yeme bozukluklarının sosyal işlevsellik ve istihdam gibi alanlarda uzun süreli bozulmalara yol açtığı ve hastaların yaklaşık %25'lik bir kısmının çalışma hayatına katılmadığı görülmektedir (Schmidt ve ark., 2016).

Hastalarımızın medeni durumları incelendiğinde %71,9'unun bekar olduğu saptandı. Yakın zamanda Belçika'da yapılan ve yeme bozukluğu hastalarının sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada benzer şekilde hastaların %83,8'inin bekar olduğu bildirilmiştir (Vanderlinden ve ark., 2021).

Çalışmamızda hastaların AN dışında ek psikiyatrik hastalığı olup olmadığını anlamak için SCID görüşmesi yapılmış olup, hastaların %31,2'sinde (n=10) ek psikiyatrik hastalık olduğu saptandı. Bu hastalıklar sıklık sıralarına göre; %15,6 depresyon (n=5), %9,4 anksiyete bozukluğu (n=3) ve %6,3 OKB (n=2) olarak tespit edildi. Literatür incelendiğinde bulgularımızın AN'de görülen ek psikiyatrik komorbidite oranları ile uyumlu olduğu ve özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları ve OKB ile birliktelik gösterdiği görülmektedir (Fichter ve ark., 2006; Sullivan ve ark., 1998).

Ek psikiyatrik komorbiditenin içgörü ile ilişkisine bakıldığında ise literatürdeki çalışmaların çelişkili sonuçlar verdiği görülmektedir. Yapılan bir çalışmada daha iyi içgörü düzeylerinin azalan anksiyete ve depresif semptomlarla ilişkili olduğu bulunmuş (Gorwood ve ark., 2019), başka bir çalışmada AN hastalarında artmış anksiyete, depresyon ve OKB semptomları bildirilmekle birlikte bunların hiçbir içgörü ile ilişkili bulunamamıştır (Konstantakopoulos ve ark., 2011). Bir diğer çalışma

ise hastalığı inkarı etme eğiliminde olan hasta grubunda daha az depresyon ve anksiyete semptomu olduğunu saptamıştır (Viglione ve ark., 2006). Bizim çalışmamızda ek psikiyatrik hastalık ile içgörü puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda hastalarımızın %18,8'lik kısmında geçmişte suicidal girişim öyküsü olduğunu belirledik. Literatüre incelendiğinde, bulgularımızla uyumlu olarak, AN hastalarının yaklaşık %3 ile 20'sinin öykülerinde suicidal girişim olduğu görülmektedir (Franko ve Keel, 2006).

Çalışmaya katılan hastaların adet düzenleri incelendiğinde %25'inin amenore olduğu görülürken %62,5'inin ise düzenli olarak adet gördüğü saptandı. Bu veri DSM-IV'te yer alan amenore tanı kriterlerinin DSM-V'te kaldırılması ve literatürdeki çalışmalar ile uyumlu görünmektedir (Dsm-Iv, 1994; Dsm-V, 2013; Roberto ve ark., 2008).

Çalışma bulgularımız, genel olarak değerlendirildiğinde, sosyodemografik ve klinik verilerin içgörü ve içgörüyü değerlendirmek için kullanılan ölçekler ile aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna işaret etmektedir.

5.2. Semptom Şiddeti ve İçgörü

Çalışmamızda semptom şiddetini değerlendirmek için kullandığımız YTT ve YBDÖ'nün kendi aralarında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterdikleri saptanmıştır. Ancak anoreksiya şiddetinin klinik bir sonucu olan VKİ değeri ile bu ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

YTT, YBDÖ ve VKİ ile içgörüyü değerlendirmek için kullanılan ölçeklerin (ADDÖ, BİDÖ, İÜBDÖ, AHİÖ, BBİÖ) arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, hiçbirisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. AN belirtilerini ölçmek için geliştirilen ve bir öz bildirim ölçeği olan YTT için yüksek puanlar hastalığa işaret eder ve kesme puanı 30 olarak belirlenmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979). Klinisyen tarafından içgörüsüz olarak değerlendirilen hastaların YTT'den düşük puan alması ve dolayısıyla klinikle uyumsuz bir düşük semptom şiddetine sahip gibi görünmeleri ölçeği doldururken hastalık belirtilerini minimalize etme veya inkar eğiliminde olduklarını düşündürmektedir. Başka bir öz bildirim ölçeği olan YBDÖ ve semptom

şiddetinin klinik bir sonucu olan VKİ ile klinisyenin içgörü değerlendirmesi arasında ise diğer içgörü ölçeklerinde olduğu gibi anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

AN hastalarının hastalıklarını inkar etme eğilimleri daha önceki çalışmalarda da gündeme gelmiştir (Arbel ve ark., 2014). Shaw ve Garfinkel hastalığın ya da semptomların inkarı nedeni ile AN hastaları ile yapılan öz bildirim çalışmalarının güvenilirliğinin sıklıkla etkilenen ve gözden kaçan bir durum olduğunu belirtmiştir (Shaw ve Garfinkel, 1990). Vandereycken ve Vanderlinden yaptıkları bir çalışmada 40 tane AN hastasının 13'ünün YTT'nin kesme puanı olan 30'un altında puan aldığını bildirerek bu hastaları 'inkarcı hasta grubu' olarak sınıflandırmışlar. Bu çalışmada, yeme bozukluklarını değerlendirmek için kullanılan bir öz bildirim ölçeği olan YTT'ye dikkat çekerek, hastalık inkarı ve hastanın sosyal kaygılarla semptomlarını gizleme tutumu nedeniyle bu testin sonuçlarının önemli derecede etkilenebileceğini vurgulamıştır (Vanderdeycken ve Vanderlinden, 1983). Benzer bir çalışmada, yeme bozukluğunun değerlendirilmesi amacıyla yönlendirilen 66 deneğe YTT uygulanmış ve 30 puan altı alan 'inkarcı grubun' 30 puan üzerinde alan diğer gruba göre AN tanısı alma olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Newton ve ark., 1988). Bizim çalışmamız da bu görüşü destekler nitelikte sonuçlanmış ve hastaların %71,8'i YTT'den 30 puanın altında almıştır. Ek olarak bizim çalışmamızda bu sonuçlar klinisyenin içgörü değerlendirmesi ile birlikte incelendiğinde 30 puan altında alan hastaların daha çok içgörüsü olmayan hastalar olduğu görülmektedir.

Çalışma verilerimiz genel olarak değerlendirildiğinde, AN'da hastalık şiddeti ile içgörü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucu çıkarılabilir. Ancak bu sonuç yorumlanırken AN hastalarının belirtilerini değerlendiren ve öz bildirim ölçekleri olan YTT ve YBDÖ'de belirtilerini inkar etme, gizleme ya da minimize etme eğiliminde olabileceklerine ilişkin veriler ve bu verilerin sonuçlara olası etkileri de göz önünde bulundurulmalıdır. Literatür incelendiğinde ise AN hastalarına bizim çalışmamızda olduğu gibi farklı içgörü ölçekleri ile ölçüm yapıp karşılaştırıldığı bir çalışma olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte semptom şiddeti ile içgörü arasındaki ilişki hakkında farklı sonuçlara ulaşan farklı veriler olduğu görülmekte ve bazı çalışmalarda bizim çalışmamızda olduğu gibi bu verilerin hastaların öz bildirim ölçeklerindeki inkar etme ve gizleme tutumlarından etkilenebileceğine dikkat çekilmektedir (Fatt ve ark.,

2022; Gorwood ve ark., 2019; Konstantakopoulos ve ark., 2011; Konstantakopoulos ve ark., 2012; Vandereycken, 2006a; Vandereycken, 2006b).

5.3. Beden Algısı ve İlgörü

Çalışmamızda hastalarımızın beden algıları hakkında fikir edinmek için BAÖ'yü uyguladık. Hastalarımızın %56,25'i, düşük bedensel doyuma işaret eden 135 puan altında skor elde ettiler. Bu sonuç, yeme bozukluğu hastalarının düşük beden memnuniyetine sahip olduğuna ilişkin genel literatür verileri ile uyumlu görünmektedir (Alleve ve ark., 2017; Jansen ve ark., 2005; Rekkers ve ark., 2021).

BAÖ ile YTT ve YBDÖ arasındaki ilişki incelendiğinde, sadece YBDÖ ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Bu bulgular YBDÖ'nün, vücut şekli ve kilo ile ilgili daha fazla madde içermesi nedeniyle, YTT'ye göre beden algısı ile ilgili daha fazla bilgi verebileceği sonucuna işaret etmektedir. Literatürde bu iki ölçeğin beden algısı açısından birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanılmamakla birlikte, farklı çalışmalarda, bağımsız olarak incelendiklerinde çalışmamızla uyumlu şekilde YBDÖ'nün beden algısı ile ilgili daha çok veri sunduğu görülmektedir (Celik ve ark., 2015; Chaudhari ve ark., 2017).

BAÖ ile içgörü ölçekleri ve klinisyenin içgörü değerlendirmesi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise hiçbirisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, beden algısı ile içgörü arasında bir ilişki olmadığı sonucuna işaret etmektedir. Literatürde farklı içgörü ölçeklerinin birlikte uygulandığı bir çalışma bulunmamaktadır ancak BİDÖ ile yapılan iki çalışmadan birinde çalışmamızla uyumlu şekilde içgörü ile beden algısı arasında ilişki bulunmamışken (Hartmann ve ark., 2013), diğerinde içgörüsüzlük ile beden memnuniyetsizliği arasında pozitif yönde ilişki saptanmıştır (Konstantakopoulos ve ark., 2012).

5.4. İçgörü Ölçekleri Arasındaki İlişki

Çalışmamızda hastaların içgörüsünü değerlendirmek amacıyla ADDÖ, BİDÖ, AHİÖ, İÜBDÖ ve BBIÖ kullanılmıştır. ADDÖ ve BİDÖ hastalığa ilişkin içgörüyü hastanın temel inancı (ADD) hakkındaki fikirleri üzerinden değerlendirirken, AHİÖ ve İÜBDÖ ise hastalık, tedavi ihtiyacı ve semptom farkındalığına odaklanarak değerlendirir. Diğer ölçeklerden farklı olarak BBIÖ ise hem öz bildirim ölçeği şeklinde uygulanır

hem de içgörüyü hastalık ya da semptomla odaklanmadan hastanın bilişsel yorumlarına bakarak değerlendirir.

Çalışma sonuçlarımıza bakıldığında BBIÖ hariç içgörü değerlendirme araçlarının hepsinin kendi aralarında anlamlı korelasyon gösterdiği görülmektedir. Bu ilişki ADDÖ, BİDÖ, AHIÖ arasında pozitif yönde görülürken, İÜBDÖ ile bu üç ölçek arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu farklılık, İÜBDÖ toplam puan yüksekliğinin yüksek içgörüyü, diğer üç ölçeği toplam puan yüksekliğinin ise düşük içgörüyü işaret etmesinden kaynaklanmaktadır. Sonuç olarak bu bulgular, çalışmamızda kullandığımız içgörü değerlendirme araçlarının içgörüyü öngörmede kendi aralarında tutarlı sonuçlar verdiğini göstermektedir. İçgörünün çok boyutlu ve karmaşık yapısı nedeni ile farklı ruhsal bozukluklar için farklı temeller esas alınarak geliştirilmiş bu değerlendirme araçlarının yeme bozuklukları ve spesifik olarak AN hastalarında kullanılması ile ilgili tartışmalar mevcuttur (Fatt ve ark., 2022). Yine de AN hastalarında yapılan içgörü temelli çalışmalarda mevcut ölçeklerden bazılarının kullanıldığı bilinmektedir (Arbel ve ark., 2013; Arbel ve ark., 2014; Hartmann ve ark., 2013; Mountjoy ve ark., 2014). Bizim çalışma verilerimiz içgörü ölçeklerinin, farklı temel mekanizmaları ve farklı boyutları ele alıyor olsalar bile, genel olarak içgörüyü öngörmede benzer sonuçları verdiğini göstermektedir.

Toplam puan yüksekliğinin yüksek içgörüye işaret ettiği BBIÖ ise içgörü ölçeklerinden sadece İÜBDÖ ile pozitif yönde anlamlı korelasyon gösterirken, BİDÖ ile ise negatif yönde ancak zayıf bir korelasyon göstermiştir. BBIÖ'nin şizofreni hastaları ile yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında da bulgularımızla uyumlu olarak İÜBDÖ ile aralarında anlamlı korelasyon olduğu bildirilmiştir (Aslan ve ark., 2005). Yine OKB hastaları ile yapılan başka bir çalışmada BBIÖ ile ADDÖ ve BİDÖ arasında anlamlı korelasyon olmadığı bildirilmiştir (Shimshoni ve ark., 2011). BBIÖ'nün diğer içgörü ölçekleri ile arasında anlamlı korelasyon saptanmamış olması hem mevcut çalışmamız hem de geçmiş çalışmaların verileri ışığında değerlendirildiğinde olası 2 sonuç dikkati çekmektedir; 1. BBIÖ diğer içgörü ölçeklerinden farklı olarak öz bildirim ölçeği şeklinde uygulanmaktadır, 2. BBIÖ, içgörüyü diğer içgörü ölçeklerinden farklı olarak, hastalık ya da semptomla spesifik değerlendirmeden ziyade, hastanın bilişsel süreçleri üzerinden değerlendirmektedir.

Literatür incelendiğinde AN hastalarında içgörü ile ilgili çalışmaların genel olarak tek bir ölçek üzerinden yapıldığı görülmektedir ve yakın tarihte bu çalışmaların incelemesini yaparak içgörü ölçüm araçları hakkında değerlendirme yapan bir derleme makalesi haricinde çalışma bulunmamaktadır (Fatt ve ark., 2022). Bizim çalışmamızdaki gibi içgörü ölçeklerinin aynı AN hasta grubuna uygulanarak karşılaştırıldığı bir çalışmaya ise literatürde rastlanılmamıştır. Ancak benzer iki çalışmanın OKB hasta grubu üzerinde yapıldığı görülmektedir (Guillén-Font ve ark., 2021; Shimshoni ve ark., 2011). Shimshoni ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada OKB hastalarına BİDÖ, ADDÖ, BBIÖ uygulanmış ve bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara uyumlu şekilde BİDÖ ve ADDÖ arasında anlamlı korelasyon saptanırken, BBIÖ ile diğer iki ölçek arasında korelasyon olmadığı bildirilmiştir (Shimshoni ve ark., 2011). Biz çalışmamızda bu ölçeklere ek olarak İÜBDÖ ve AHİÖ için de korelasyon incelemesi yaptık. Guillén-Font ve arkadaşlarının çalışmasında ise yine OKB hasta grubuna BİDÖ, ADDÖ ve AHİÖ uygulanmış ve yine çalışmamızla uyumlu olarak ölçekler arasında anlamlı korelasyon olduğu bildirilmiştir (Guillén-Font ve ark., 2021). Bizim çalışmamızda bu ölçeklere ek olarak İÜBDÖ ve BBIÖ için de korelasyon incelemesi yapılmıştır.

5.5. Sonuçlar

Çalışmamız genel olarak değerlendirildiğinde, AN hastalarında içgörü ölçeklerinin karşılaştırılmasının yapıldığı başka çalışma olmaması nedeni ile tartışılması ve araştırılması gereken önemli sonuçlar sunmaktadır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz önemli sonuçları özetleyecek olursak;

- AN hastaları ile yaptığımız çalışmamızda, klinisyen değerlendirmesi sonucunda %75 oranında yüksek bir içgörüsüzlük olduğu saptanmıştır.
- Klinisyen içgörü değerlendirmesi ile içgörü ölçeklerinin içgörü düzeyleri farklılık göstermemektedir, benzer ve uyumlu sonuçlar bulunmuştur.
- Farklı içgörü ölçekleri birbirleri arasında yüksek korelasyon göstermektedir yani benzer sonuçlar alınmaktadır.
- İçgörü ölçekleri klinik belirtiler ile korelasyon göstermemiştir.
- İçgörü değerlendirme araçları, farklı teorik ve kavramsal temellere dayanarak farklı ölçüm yöntemleriyle geliştirilmiş olsalar da, genel olarak hastalığa

yönelik içgörü düzeylerini öngörmeye birbirleri ile benzer ve tutarlı sonuçlar vermektedir.

- BBİÖ hem uygulama şekli (öz bildirim ölçeği), hem de içgörüyü değerlendirme yöntemindeki (içgörü hastalık üzerinden değil hastanın bilişsel süreçleri üzerinden değerlendirilir) farklılıklar nedeni ile diğer içgörü ölçeklerinden farklı sonuçlar vermektedir.



6.KAYNAKLAR

- Akdogan R , Türküm, AS. Psikolojik Yardım Sürecinde Terapötik Bir Hedef Olarak İçgörü/Insight as a Therapeutic Aim in Psychological Helping Process. Psikiyatride Guncel Yaklasimler. 2014;6:375.
- Alleva JM, Tylka, TL , Kroon Van Diest, AM. The Functionality Appreciation Scale (FAS): Development and psychometric evaluation in U.S. community women and men. Body Image. 2017;23:28-44.
- Altinoz E , Aslan, S. İçgörü Kavramı ve Şizofreni. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar. 2010;7:23-36.
- Amador XF , David, AS. Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders: Oxford University Press; 2004.
- Amador XF, Strauss, DH, Yale, SA, Flaum, MM, Endicott, J , Gorman, JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry. 1993;150:873-9.
- Amador XF, Strauss, DH, Yale, SA , Gorman, JM. Awareness of Illness in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1991;17:113-32.
- Arbel R, Koren, D, Klein, E , Latzer, Y. The neurocognitive basis of insight into illness in anorexia nervosa: a pilot metacognitive study. Psychiatry Res. 2013;209:604-10.
- Arbel R, Latzer, Y , Koren, D. Revisiting poor insight into illness in anorexia nervosa: true unawareness or conscious disagreement? J Psychiatr Pract. 2014;20:85-93.
- Arcelus J, Mitchell, AJ, Wales, J , Nielsen, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:724-31.
- Arslan S, Gunay Kilic, B , Karakilic, H. Reliability and validity study of the Schedule for Assessing the Three Components of Insight. Psychiatry in Türkiye. 2000;3:17-24.
- Aslan S , Ae, A. İçgörü kavramı ve şizofreni. RCHP. 2010;4:23-32.
- Aslan S, Türkçapar, H, Güney, E, Eren, N, Akkoca, Y, Uğurlu, M , Karakaş, G. Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği Türkçe Formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2005;8:186-96.
- Baker JH, Schaumberg, K , Munn-Chernoff, MA. Genetics of Anorexia Nervosa. Curr Psychiatry Rep. 2017;19:84.
- Basile B. Self-disclosure in eating disorders. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2004;9:217-23.
- Baumeister RF, Dale, K , Sommer, KL. Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection,

Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*. 1998;66:1081-124.

Beck AT, Baruch, E, Balter, JM, Steer, RA , Warman, DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res*. 2004;68:319-29.

Belvederi Murri M , Amore, M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophr Bull*. 2019;45:277-83.

Bora E, Özdemir, F , Özaşkinli, S. Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği'nin kısaltılmış Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. *Türkiye'de Psikiyatri Derg*. 2006;8:74-80.

Bruch H. Obesity, anorexia nervosa and the person within: Routledge & Kegan; 1973.

Bulik CM, Sullivan, PF, Tozzi, F, Furberg, H, Lichtenstein, P , Pedersen, NL. Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63:305-12.

Bulik CM , Tozzi, F. Genetics in eating disorders: state of the science. *CNS Spectr*. 2004;9:511-5.

Cachelin FM , Striegel-Moore, RH. Help seeking and barriers to treatment in a community sample of Mexican American and European American women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2006;39:154-61.

Caglar-Nazali HP, Corfield, F, Cardi, V, Ambwani, S, Leppanen, J, Olabintan, O, Deriziotis, S, Hadjimichalis, A, Scognamiglio, P, Eshkevari, E, Micali, N , Treasure, J. A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;42:55-92.

Casper RC. The psychopathology of anorexia nervosa: The pathological psychodynamic processes. *Handbook of Eating Disorders*, Part. 1987;1:159-69.

Casper RC. Behavioral activation and lack of concern, core symptoms of anorexia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*. 1998;24:381-93.

Casper RC , Heller, W. " La douce indifférence" and mood in anorexia nervosa: Neuropsychological correlates. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 1991.

Celik S, Ugur, BA, Aykurt, FA , Bektas, M. Eating Attitudes and Related Factors in Turkish Nursing Students. *Nurs Midwifery Stud*. 2015;4.

Chaudhari B, Tewari, A, Vanka, J, Kumar, S , Saldanha, D. The relationship of eating disorders risk with body mass index, body image and self-esteem among medical students. *Annals of Medical and Health Sciences Research*. 2017;7.

Cnattingius S, Hultman, CM, Dahl, M , Sparén, P. Very preterm birth, birth trauma, and the risk of anorexia nervosa among girls. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:634-8.

Cooke MA, Peters, ER, Kuipers, E , Kumari, V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:4-17.

Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy . Pacific Grove, CA: Brooks. Cole publishing company; 1996.

Crisp A. The relationship of denial to the differential diagnosis of anorexia nervosa. Proceedings of the 7th European conference on psychosomatic research, 1967. Acta Medica Psychosomatica Rome, 432-6.

Cuesta MJ , Peralta, V. Lack of Insight in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 1994;20:359-66.

Dam J. Insight in schizophrenia: a review. Nord J Psychiatry. 2006;60:114-20.

David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry. 1990;156:798-808.

David AS. "To see ourselves as others see us". Aubrey Lewis's insight. Br J Psychiatry. 1999;175:210-6.

David AS. The clinical importance of insight: an overview. Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders. 2004;359:392.

Dell'osso L, Abelli, M, Carpita, B, Pini, S, Castellini, G, Carmassi, C , Ricca, V. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum. Neuropsychiatric disease and treatment. 2016;12:1651.

Di Meana GR. Figures of lightness: Anorexia, bulimia and psychoanalysis: Jessica Kingsley Pub; 1999.

Dsm-I. Diagnostic and statistical manual: mental disorders: American Psychiatric Association; 1952.

Dsm-Ii. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition: American Psychiatric Association; 1968.

Dsm-Iii-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised: American Psychiatric Association; 1987.

Dsm-Iii. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition: American Psychiatric Association; 1980.

Dsm-Iv. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition: American Psychiatric Association; 1994.

Dsm-V. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.

Eisen JL, Phillips, KA, Baer, L, Beer, DA, Atala, KD , Rasmussen, SA. The brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. American Journal of Psychiatry. 1998;155:102-8.

Ellis A. How to Stubbornly Refuse to Make Yourself Miserable: About Anything-Yes, Anything!: Hachette UK; 2019.

Eskey A. Insight and prognosis. Journal of Clinical Psychology. 1958.

Fairburn CG , Beglin, SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? International journal of eating disorders. 1994;16:363-70.

Fairburn CG, Cooper, Z , O'connor, M. The eating disorder examination. *International Journal of Eating Disorders*. 1993;6:1-8.

Fatt SJ, Mitchison, D, Bussey, K , Mond, J. Methods used to assess insight in individuals with eating disorders: a scoping review. *J Ment Health*. 2022;1-12.

Fichter MM, Quadflieg, N , Hedlund, S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2006;39:87-100.

Franko DL , Keel, PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:769-82.

Fuchs T, Breyer, T , Mundt, C. Karl Jaspers' philosophy and psychopathology: Springer; 2013.

Galmiche M, Déchelotte, P, Lambert, G , Tavalacci, MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*. 2019;109:1402-13.

Garner DM , Garfinkel, PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9:273-9.

Gerretsen P, Plitman, E, Rajji, TK , Graff-Guerrero, A. The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29:1145-61.

Gorwood P, Duriez, P, Lengvenyte, A, Guillaume, S , Criquillion, S. Clinical insight in anorexia nervosa: Associated and predictive factors. *Psychiatry Res*. 2019;281:112561.

Greenfeld D, Strauss, JS, Bowers, MB , Mandelkern, M. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr Bull*. 1989;15:245-52.

Greenfeld DG, Anyan, WR, Hobart, M, Quinlan, DM , Plantes, M. Insight into illness and outcome in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1991;10:101-9.

Gregertsen EC, Mandy, W , Serpell, L. The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Front Psychol*. 2017;8:2273.

Guillén-Font MA, Cervera, M, Puigoriol, E, Foguet-Boreu, Q, Arrufat, FX , Serra-Millàs, M. Insight in Obsessive-Compulsive Disorder: Relationship With Sociodemographic and Clinical Characteristics. *J Psychiatr Pract*. 2021;27:427-38.

Harris EC , Barraclough, B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173:11-53.

Hartmann AS, Thomas, JJ, Wilson, AC , Wilhelm, S. Insight impairment in body image disorders: delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Res*. 2013;210:1129-35.

Hebebrand J, Casper, R, Treasure, J , Schweiger, U. The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *J Neural Transm (Vienna)*. 2004;111:827-40.

Herpertz-Dahlmann B. Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009;18:31-47.

Herpertz-Dahlmann B, Seitz, J , Konrad, K. Aetiology of anorexia nervosa: from a "psychosomatic family model" to a neuropsychiatric disorder? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2011;261 Suppl 2:S177-81.

Hoek HW. Review of the Epidemiological Studies of Eating Disorders. *International Review of Psychiatry.* 1993;5:61-74.

Horesh N, Zalsman, G , Apter, A. Suicidal behavior and self-disclosure in adolescent psychiatric inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2004;192:837-42.

Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P) Dergisi.* 1993;1:26.

Huebner HF. Endorphins, eating disorders and other addictive behaviours: WW Norton & Company, Inc.; 1993.

Jacob KS. The assessment of insight across cultures. *Indian J Psychiatry.* 2010;52:373-7.

Jagielska G , Kacperska, I. Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatr Pol.* 2017;51:205-18.

Jansen A, Nederkoorn, C , Mulkens, S. Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behav Res Ther.* 2005;43:183-96.

Jordan J, Joyce, PR, Carter, FA, Horn, J, McIntosh, VV, Luty, SE, McKenzie, JM, Frampton, CM, Mulder, RT , Bulik, CM. Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders.* 2008;41:47-56.

Keel PK , Brown, TA. Update on course and outcome in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2010;43:195-204.

Keshaviah A, Edkins, K, Hastings, ER, Krishna, M, Franko, DL, Herzog, DB, Thomas, JJ, Murray, HB , Eddy, KT. Re-examining premature mortality in anorexia nervosa: a meta-analysis redux. *Compr Psychiatry.* 2014;55:1773-84.

Klump KL, Miller, KB, Keel, PK, McGue, M , Iacono, WG. Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychol Med.* 2001;31:737-40.

Konstantakopoulos G, Tchanturia, K, Surguladze, SA , David, AS. Insight in eating disorders: clinical and cognitive correlates. *Psychol Med.* 2011;41:1951-61.

Konstantakopoulos G, Varsou, E, Dikeos, D, Ioannidi, N, Gonidakis, F, Papadimitriou, G , Oulis, P. Delusional body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Res.* 2012;200:482-8.

Langdon R , Ward, P. Taking the perspective of the other contributes to awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009;35:1003-11.

Lasègue E-C. De l'anorexie hystérique. *Arch. gén. méd.* 1873;21:385-403.

Lauer CJ. Neuropsychological findings in eating disorders. *Biological psychiatry.* 2002;1167-72.

- Lysaker PH, Pattison, ML, Leonhardt, BL, Phelps, S , Vohs, JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry*. 2018;17:12-23.
- Marková I. *Insight in psychiatry*: Cambridge University Press; 2005.
- Marková IS , Berrios, GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992;160:850-60.
- Marková IS , Berrios, GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry*. 1995;36:367-76.
- Meyer DF. Help-seeking for eating disorders in female adolescents. *Journal of College Student Psychotherapy*. 2001;15:23-36.
- Micali N, Solmi, F, Horton, NJ, Crosby, RD, Eddy, KT, Calzo, JP, Sonnevile, KR, Swanson, SA , Field, AE. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54:652-9.e1.
- Morris J , Twaddle, S. Anorexia nervosa. *Bmj*. 2007;334:894-8.
- Moskowitz L , Weiselberg, E. Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2017;47:70-84.
- Mountjoy RL, Farhall, JF , Rossell, SL. A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. *Psychiatry Res*. 2014;220:507-12.
- Murdock N. Psikolojik danışma ve psikoterapi kuramları (Çev. Ed. Akkoyun, F.). *Feminist terapi* (Çev. Güçray, S.). Ankara: Nobel. 2012.
- Murray SB, Quintana, DS, Loeb, KL, Griffiths, S , Le Grange, D. Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med*. 2019;49:535-44.
- Nair A, Palmer, EC, Aleman, A , David, AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2014;152:191-200.
- Newton T, Butler, N , Slade, PD. Denial of symptoms and self-report in eating disorders. *British Review of Bulimia & Anorexia Nervosa*. 1988.
- Neziroglu F, McKay, D, Yaryura-Tobias, JA, Stevens, KP , Todaro, J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1999;37:881-902.
- Nicolle G. Pre-Psychotic Anorexia: (Section of Psychiatry). *Proc R Soc Med*. 1939;32:153-62.
- Nilsson K , Hägglöf, B. Long-term follow-up of adolescent onset anorexia nervosa in northern Sweden. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*. 2005;13:89-100.

Noordenbos G. Important factors in the process of recovery according to patients with anorexia nervosa. The course of eating disorders: Springer; 1992. p. 304-22.

Orfei MD, Robinson, RG, Bria, P, Caltagirone, C , Spalletta, G. Unawareness of illness in neuropsychiatric disorders: phenomenological certainty versus etiopathogenic vagueness. *Neuroscientist*. 2008;14:203-22.

Özcan T, Kuru, E, Şafak, Y, Karadere, ME, Yavuz, KF , Türkçapar, MH. Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2013;2:25-33.

Patton GC, Selzer, R, Coffey, C, Carlin, JB , Wolfe, R. Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *Bmj*. 1999;318:765-8.

Phillips KA, Kim, JM , Hudson, JI. Body Image Disturbance in Body Dysmorphic Disorder and Eating Disorders: Obsessions or Delusions? *Psychiatric Clinics of North America*. 1995;18:317-34.

Powers PS, Simpson, H , McCormick, T. Anorexia Nervosa and Psychosis. *Primary psychiatry*. 2005.

Rekkers ME, Scheffers, M, Van Busschbach, JT , Van Elburg, AA. Measuring body satisfaction in women with eating disorders and healthy women: appearance-related and functional components in the Body Cathexis Scale (Dutch version). *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2021;26:2665-72.

Rikani AA, Choudhry, Z, Choudhry, AM, Ikram, H, Asghar, MW, Kajal, D, Waheed, A , Mobassarrah, NJ. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci*. 2013;20:157-61.

Roberto CA, Steinglass, J, Mayer, LES, Attia, E , Walsh, BT. The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41:559-63.

Rocha TC, Cunha, J, Torres, S , Lopes, A. An insight on psychiatric insight. *European Psychiatry*. 2021;64:S476-S.

Saccomani L, Savoini, M, Cirrincione, M, Vercellino, F , Ravera, G. Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity. *J Psychosom Res*. 1998;44:565-71.

Savaşır I , Erol, N. Yeme tutumu testi: Anoreksiya nervroza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:19-25.

Schmidt U, Adan, R, Böhm, I, Campbell, IC, Dingemans, A, Ehrlich, S, Elzakkars, I, Favaro, A, Giel, K, Harrison, A, Himmerich, H, Hoek, HW, Herpertz-Dahlmann, B, Kas, MJ, Seitz, J, Smeets, P, Sternheim, L, Tenconi, E, Van Elburg, A, Van Furth, E , Zipfel, S. Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:313-5.

Secord PF , Jourard, SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *Journal of consulting psychology*. 1953;17:343.

Seitz J, Bühren, K, Von Polier, GG, Heussen, N, Herpertz-Dahlmann, B , Konrad, K. Morphological changes in the brain of acutely ill and weight-recovered patients with

anorexia nervosa. A meta-analysis and qualitative review. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2014;42:7-17; quiz -8.

Shaw BF , Garfinkel, PE. Research problems in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders.* 1990;9:545-55.

Shimshoni Y, Reuven, O, Dar, R , Hermesh, H. Insight in obsessive-compulsive disorder: a comparative study of insight measures in an Israeli clinical sample. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2011;42:389-96.

Singhal V, Misra, M , Klibanski, A. Endocrinology of anorexia nervosa in young people: recent insights. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2014;21:64-70.

Skowrońska A, Sójta, K , Strzelecki, D. Refeeding syndrome as treatment complication of anorexia nervosa. *Psychiatr Pol.* 2019;53:1113-23.

Smink FR, Van Hoeken, D , Hoek, HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14:406-14.

Sonstegard MA. The theory and practice of Adlerian group counseling and psychotherapy. *Individual Psychology.* 1998;54:217.

Steinglass JE, Eisen, JL, Attia, E, Mayer, L , Walsh, BT. Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *J Psychiatr Pract.* 2007;13:65-71.

Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry.* 2002;159:1284-93.

Steinhausen HC, Jakobsen, H, Helenius, D, Munk-Jørgensen, P , Strober, M. A nationwide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord.* 2015;48:1-8.

Striegel-Moore RH , Bulik, CM. Risk factors for eating disorders. *Am Psychol.* 2007;62:181-98.

Strober M, Freeman, R, Lampert, C, Diamond, J , Kaye, W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry.* 2000;157:393-401.

Strober M, Freeman, R , Morrell, W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord.* 1997;22:339-60.

Sullivan PF, Bulik, CM, Fear, JL , Pickering, A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. *Am J Psychiatry.* 1998;155:939-46.

Sweeney TJ. Adlerian counseling: A practical approach for a new decade: ERIC; 1989.

Tchanturia K, Davies, H, Roberts, M, Harrison, A, Nakazato, M, Schmidt, U, Treasure, J , Morris, R. Poor cognitive flexibility in eating disorders: examining the evidence using the Wisconsin Card Sorting Task. *PLoS One.* 2012;7:e28331.

- Thirioux B, Harika-Germaneau, G, Langbour, N , Jaafari, N. The Relation Between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological, and Neuro-Functional Mechanisms. *Front Psychiatry*. 2019;10:966.
- Titova OE, Hjorth, OC, Schiöth, HB , Brooks, SJ. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. *BMC Psychiatry*. 2013;13:110.
- Trace SE, Baker, JH, Peñas-Lledó, E , Bulik, CM. The genetics of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:589-620.
- Tranulis C, Corin, E , Kirmayer, LJ. Insight and psychosis: comparing the perspectives of patient, entourage and clinician. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54:225-41.
- Uher R, Treasure, J , Campbell, IC. The neuroanatomical basis of eating disorders. *Biological psychiatry*. 2002;1173-81.
- Vaillant GE. Involuntary coping mechanisms: a psychodynamic perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13:366-70.
- Van Der Zwaard R, De Leeuw, AS, Van Dael, F , Knook, LM. [...with psychotic features? An investigation into the delusional nature of convictions in patients with non-psychotic disorders]. *Tijdschr Psychiatr*. 2006;48:461-6.
- Van Eeden AE, Van Hoeken, D , Hoek, HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34:515-24.
- Van Son GE, Van Hoeken, D, Van Furth, EF, Donker, GA , Hoek, HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord*. 2010;43:130-8.
- Vanderdeycken W , Vanderlinden, J. Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*. 1983;2:101-7.
- Vandereycken W. Denial of illness: A concept in search of refinement. 2005.
- Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: part 1 diagnostic significance and assessment. *European Eating Disorders Review*. 2006a;14:341-51.
- Vandereycken W. Denial of illness in anorexia nervosa—a conceptual review: part 2 different forms and meanings. *European Eating Disorders Review*. 2006b;14:352-68.
- Vandereycken W , Van Deth, R. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue? *Psychological medicine*. 1989;19:837-45.
- Vanderlinden J, Schoevaerts, K, Simons, A, Van Den Eede, U, Bruffaerts, R, Serra, R, Van Roie, E, Vervaeke, M, Janssens, N , Vrieze, E. Sociodemographic and clinical characteristics of eating disorder patients treated in the specialized residential settings in Belgium. *Eat Weight Disord*. 2021;26:475-81.
- Veale D. Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behav Res Ther*. 2002;40:383-400.

- Viglione V, Muratori, F, Maestro, S, Brunori, E , Picchi, L. Denial of symptoms and psychopathology in adolescent anorexia nervosa. *Psychopathology*. 2006;39:255-60.
- Vitousek K , Manke, F. Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of abnormal psychology*. 1994;103:137.
- Vitousek K, Watson, S , Wilson, GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 1998;18:391-420.
- Vitousek KB, Daly, J , Heiser, C. Reconstructing the internal world of the eating-disordered individual: Overcoming denial and distortion in self-report. *International Journal of Eating Disorders*. 1991;10:647-66.
- Wedding D , Corsini, RJ. *Current psychotherapies*: Cengage Learning; 2013.
- Westmoreland P, Krantz, MJ , Mehler, PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Am J Med*. 2016;129:30-7.
- Wright AC, Lysaker, PH, Fowler, D , Greenwood, K. Clinical insight in first episode psychosis: the role of metacognition. *J Ment Health*. 2021;1-9.
- Xavier RM , Vorderstrasse, A. Neurobiological Basis of Insight in Schizophrenia: A Systematic Review. *Nurs Res*. 2016;65:224-37.
- Yucel B, Polat, A, Ikiz, T, Dusgor, BP, Elif Yavuz, A , Sertel Berk, O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*. 2011;19:509-11.
- Zipfel S, Giel, KE, Bulik, CM, Hay, P , Schmidt, U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:1099-111.
- Zipfel S, Löwe, B, Reas, DL, Deter, HC , Herzog, W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*. 2000;355:721-2.

7.EKLER

7.1. Ek-1: Etik kurul kararı

7.2. Ek 2: Sosyodemografik veri formu

SOSYODEMOGRAFIK VE KLİNİK ÖZELLİKLER BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Hasta No:

Yaş:

T.C. Kimlik No:

Eğitim düzeyi	1. Okur yazar değil 2. İlkokul mezunu 3. Ortaokul mezunu 4. Lise mezunu 5. Üniversite ve üzeri
Eğitim süresi	 yıl
Medeni hali	1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul (eşi vefat etmiş)
Çocuk sayısı	1. Var 2. Yok
Evde yaşayan kişi sayısı	 kişi
Birlikte yaşadığı kişiler	1. Anne-baba/kardeşler 2. Eş ve çocuklar 3. Yalnız 4. Arkadaşlar 5. Diğer (yurt, kurum... vs)
Yaşadığı yer	1. İl 2. İlçe 3. Köy
Çalışma durumu	1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

Mesleđi	1. İşçi 2. Memur 3. Serbest meslek 4. Öğrenci 5. Emekli 6. Diğer
Ekonomik düzey (yaşanılan hanenin geliri)	1. 0 - 5.000 TL 2. 5.000 – 10.000 TL 3. 10.000 – 20.000 TL 4. 20.000 TL ve üzeri
Sigara kullanımı	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Alkol kullanımı	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
Madde kullanımı	1. Var 2. Yok 3. Geçmişte kullanmış, aktif kullanmıyor
İntihar düşüncesi	1. Var 2. Yok
İntihar giriřimi	1. Var 2. Yok
Adli öyküsü	1. Var 2. Yok
Hastalık başlangıç yaşı	
Hastalık süresi (yıl)	
Hastanede yatış sayısı	
Ek psikiyatrik hastalık öyküsü (SCİD ile hekim tarafından belirlenen patolojiler)	1. Var Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar Bipolar bozukluk Unipolar depresyon Anksiyete bozuklukları Obsesif kompulsif bozukluk Tssb Disosiyasyon bozuklukları Bedensel belirti bozuklukları

	Yeme bozuklukları (diğer tipler) Uyku bozuklukları Cinsel işlev bozuklukları Kişilik bozuklukları 2. Yok
Ek tıbbi hastalık	1. Var 2. Yok
Ailede psikiyatrik hastalık tanısı almış kişi	1. Var 2. Yok
Ailede yeme bozukluğu tanısı almış kişi	1. Var 2. Yok
Daha önce psikiyatri başvurusu	1. Var 2. Yok
Daha önce psikiyatrik ilaç tedavisi	1. Var 2. Yok
Tedavi uyumu	1. Uyumlu 2. Uyumsuz
Boy	 cm
Kilo	 kg
BMI	 kg
En düşük kilo	 kg
En yüksek kilo	 kg
Olmak istenilen kilo	 kg
Düzenli spor yapma durumu	1. Var 2. Yok
Kusma / kendini kusturma	1. Var 2. Yok
Laksatif veya diüretik kullanımı	1. Var 2. Yok
Adet başlama yaşı	
Adet düzeni	1. Düzenli 2. Düzensiz 3. Amenore

Saç veya tırnak değişikliği (kırılma, dökülme... vs)	1. Var 2. Yok
Cilt değişikliği (renk değişikliği, kuruluk, tüylenme... vs)	1. Var 2. Yok
GİS şikayetleri (kabızlık, şişkinlik, ishal... vs)	1. Var 2. Yok
Diş ve diş eti problemleri / çürükler	1. Var 2. Yok
Klinisyenin içgörü tespiti	1. Var 2. Yok 3. Kısmi

7.3. Ek 3: Brown inançların değerlendirilmesi ölçeği (BİDÖ)

Brown İnançların Değerlendirilmesi Ölçeği

1. **Son hafta içinde** sizin için önemli kaygı oluşturan belirli düşünce veya inançlarınız oldu mu? Bunlardan hangisini en fazla kaygı verici olarak işaretlersiniz? (asıl inanç):

2. Zihninizin aşırı meşgul olduğu/uğraştığı başka bir fikriniz (düşünce veya inanç) var mı?

Her bir madde için hastayı en iyi şekilde karakterize eden cevabı saptayarak daire içine alın. Hastanın spesifik inançları sorularla bütünleştirilebilir -- Örneğin “ Kapı kollarına dokunmanın sizi hasta yapacağına ne kadar inanıyordunuz”. Tercihe bağlı sorular parantez içinde belirtilmiştir; görüşmeciye yönelik yönergeler italik olarak yazılmıştır.

1. İkna olma

Bu fikirlere veya inançlara ne kadar inanıyordunuz? Fikirlerinizin veya inançlarınızın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz? (Bu eminliğiniz neye dayanıyor?)

- 0- Kesinlikle bu inançların yanlışlığına inanıyor(%0 emin olma)
- 1- İnançlar doğru değil ya da önemli derecede bir şüphe bulunmakta.
- 2- İnançlar doğru olabilir ya da olmayabilir veya inançların doğru olup olmadığına karar veremiyor.
- 3- Bu inançların doğru olduğuna oldukça inanmış durumda fakat bir parça şüphe bulunmakta.
- 4- Var olan inançların gerçekliğiyle ilgili tamamiyle ikna olmuş durumda(%100 emin)

2. Diğerlerinin inançla ilgili bakış açıları konusundaki algı

Diğer insanların inançlarınızla ilgili olarak ne düşündüklerini (düşünebileceklerini) düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] İnsanların çoğunun inançlarınızı anlamlı buldukları konusunda ne kadar eminsiniz?

(Görüşmeci eğer gerekliyse hastaya bu soruyu cevaplarken diğer insanların dürüst bir şekilde fikrini açıkladığını varsayarak cevaplamasını söylemelidir)

- 0- İnsanların çoğunun bu inançları gerçek dışı düşündüğü konusunda tamamiyle emindir
- 1- İnsanların çoğunun bu inançların gerçek dışı olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.

- 2- Diğer insanlar bu inançların gerçek dışı olduğunu düşünebilirler veya düşünmeyebilirler veya bu inançlara ilişkin diğer insanların bakış açıları konusunda emin değildir.
- 3- Çoğu insanın bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda oldukça emindir.
- 4- Çoğu insanların bu inançların gerçekçi olduğunu düşündüğü konusunda tamamen emindi

3. Farklı bakış açılarının açıklanması

Demiştiniz ki (...1. maddedeki cevabı buraya koyarak....) fakat (2. maddedeki cevabı buraya yaz....) dediniz? [DURUP BEKLE] inançlarınızın doğruluyla ilgili olarak sizin düşündüklerinizle diğer insanların düşündükleri arasındaki farkı nasıl açıklarsınız? (Kimin doğru olması daha muhtemeldir?)

(Görüşmeci eğer 1 ve 2. maddeler verilen cevaplar aynıysa bu soruyu sormamalıdır. Bu durumda 1 ve 2 deki skor ne ise o skoru vermelidir.)

- 0- Bu inançların gerçek dışı veya absürt olduğu konusunda tamamıyla emindir. (ör. Zihnim bana oyun oynuyor.)
- 1- Bu inançların gerçek dışı olduğu konusunda oldukça emindir.
- 2- Diğerlerinin neden onunla aynı fikirde olmadığı konusunda emin değildir; inançlar gerçek dışı olabilir veya diğerleri yanılıyor olabilir.
- 3- İnançların doğru olduğu konusunda oldukça emindir; diğerlerinin bakış açıları daha az doğrudur.
- 4- İnançların doğru olduğu konusunda tamamıyla emindir; diğerlerinin inançları yanlışlıktır doğru değildir

4. Fikirlerin sabitliği

Eğer inançlarınızın doğruluğunu sorgularsam (veya karşı çıkarsam) tepkiniz ne olur? [DURUP BEKLE] Sizi yanıltığınıza ikna edebilir miyim?

(Eğer gerekliyse hastayı yüzeletirmeyen bir örnek veriniz.) (Hastanın ikna edilip edilemeyeceğini esas olarak derecelendirin. Onun kendisinin ikna edilip edilmemesi konusundaki arzusunu dikkate almayın.)

- 0- İnançların yanlış olabileme olasılığını dikkate almaya istekli; bu olasılıkla ilgili olarak herhangi bir hoşnutsuzluk sergilemiyor.
- 1- İncanın yanlış olabileme olasılığını dikkate almaya kolaylıkla istekli arzulu; buna olan hoşnutsuzluğu/isteksizliği minimal.
- 2- Bir şekilde inançların yanlış olabileceği olasılığını dikkate almaya istekli fakat orta derecede direnç var.
- 3- Çok açık bir şekilde incanın yanlış olabileceğini dikkate alma konusunda isteksiz; isteksizlik/hoşnutsuzluk belirgin.
- 4- İncanın yanlış olabileceği olasılığını dikkate alma konusunu dikkate almayı kesinlikle reddediyor—Ör: inanç sabit

5. Fikri yanlışlama girişimleri

İnançlarınızın yanlışlığını kanıtlamaya veya reddetmeye ne kadar aktif bir biçimde çalışıyorsunuz? İnançlarınızın yanlış olabileceğine kendinizi ikna etmek için ne kadar çaba sarf ediyorsunuz?

(Görüşmeci hastanın kendisini bu inançtan kurtarmaya dönük çabalarını derecelendirmelidir. Bu düşünce veya fikirleri zihninden atmaya dönük veya başka bir şey düşünmeye dönük girişimlerini dikkate almamalıdır.)

- 0- Bu incanın yanlışlığını hep kanıtlamaya çalışıyor veya inançlar yanlış olduğu için böyle bir kanıtlama çabasına gerek duymuyor.
- 1- Genellikle bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor
- 2- Bazen bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 3- Nadiren bu inançların yanlışlığını kanıtlamaya çalışıyor.
- 4- İnançların yanlışlığını kanıtlamak için her hangi bir girişimde bulunmuyor.

6. İlgörü

Bu inançlara neyin yol açtığını düşünüyorsunuz? [DURUP BEKLE] Bunların psikiyatrik veya psikolojik her hangi bir nedeni olabilir mi veya bunlar gerçekten doğru mu?

(Görüşmecî hastanın gerçekten inanıp inanmadığı konusunda karar vermelidir. Ona söyleneni veya gerçek olmasını umduğu şeyi değil. Psikolojik etioloji psikiyatrik hastalıkla eşdeğer olarak görülmelidir)

(Düşüncelerin abartılı olduğunun bilinmesi—örneğin çok zaman aldığının- veya hasta için sorun oluşturduğunun bilinmesi psikiyatrik veya psikolojik etiolojiyle aynı şeymiş gibi değerlendirilmemelidir. Bunun yerine hastanın bu inançlarının psikiyatrik veya psikolojik kaynağı veya nedeni olduğu konusundaki farkındalığını derecelendirin.)

0- İnançların kesinlikle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.

1- İnançların büyük ihtimalle psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni var.

2- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni olma olasılığı var.

3- Muhtemelen inançların psikiyatrik veya psikolojik nedeni yok.

4- İnançların psikiyatrik veya psikolojik bir nedeni kesinlikle yok.

TOPLAM BABS SKORU =1 DEN 6'YA KADAR OLAN SORULARIN TOPLAMI

EK MADDE (toplam puana katmayınız)

7. referans fikirleri veya hezeyanları

İnancınız yüzünden insanların sizinle ilgili konuştukları veya size dikkat ettikleri oluyor mu?

OPSİYONEL: (inancını yazın) çevreden özel mesajlar aldığınız oluyor mu? (Bundan ne kadar eminsiniz?)

(Bu soru sadece BABS görüşmecisi tarafından değerlendirilen inançlarla ilgilidir—değerlendirilen inançla alakasız bir nedenle kendisine dikkat edildiğini düşünüyorsa bununla ilgili değil. Görüşmecî bu soruyu cevaplarırken gözlenebilir eylem veya kompulsiyonları değil, bunun yerine temel inancı puanlamalıdır.)

0- Hayır, diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat etmiyorlar.

1- Diğerleri muhtemelen bana özel bir dikkat göstermiyorlar.

2- Diğerleri bana özel bir dikkat gösteriyor da olabilir göstermiyor da olabilir.

3- Diğerleri muhtemelen bana özellikle dikkat ediyor.

4- Diğerleri kesinlikle bana özellikle dikkat ediyor.

7.4. Ek 4: İlgörünün üç bileşenini değerdendirme ölçeği (İÜBDÖ)

İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- o Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- o Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- o Hiçbir zaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- o Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)
- o Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir)
- o Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi her zaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa)

2a. Hastaya sorunuz: “Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” ya da “Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz?” (mental, fiziksel, belirlenmemiş)

- o Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- o Hiçbir zaman = 0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya “Bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz?” şeklinde sorunuz.

- o Sıklıkla = 2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen = 1 (Hastalığı olduğunu ara sıra düşünmüş)
- o Hiçbir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2b 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2c “Hastalığınızı nasıl açıklarsınız?” diye sorunuz.

- o Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar = 2
ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar
- o Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar yada “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlar =1
- o Delüzyonel açıklamalar = 0

3a. “..... (özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?” diye sorunuz. Ya da “..... (özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz?”

o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)

o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)

o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (..... konusundaki inancınız/sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

o “Hastalığımın bir parçası” =2

o “Yorgunluk ve stres” gibi dış olaylara bağlıyorsa =1

o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= “Yalan söylüyorlar.”

1= “Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissedirim.”

2= “Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem.”

3= “Bende bir hata olduğunu düşünürüm.”

4= “İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum.”

7.5. Ek 5: Akıl hastalığına içgörüsüzlük ölçeği (AHİÖ)

AKIL HASTALIĞINA İÇGÖRÜSÜZLÜK ÖLÇEĞİ

GENEL MADDELER

1.RUHSAL BOZUKLUĞUN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta bir ruhsal bozukluğu ya da psikiyatrik bir sorunu olduğunu kabul ediyor mu? (Ş-Şimdi G-Geçmişte)

Ş	G
0	Değerlendirilemedi
1	Farkında: hasta açık bir şekilde ruhsal hastalığı olduğuna inanıyor
2	Kısmi: Ruhsal bir hastalığı olabileceği konusunda şüpheli
3	ama bu fikri dikkate alabiliyor
4	Farkında değil: Bir ruhsal bozukluğu
5	olmadığını düşünüyor

2.İLAÇ TEDAVİSİNİN ETKİLERİNİN FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hasta ilacın etkisiyle ilgili ne düşünüyor? Hasta ilaçların, semptomlarının yoğunluğunu ve sıklığını azalttığını düşünüyor mu?

Ş	G
0	Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1	Farkında: Hasta açık bir şekilde ilaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığını düşünüyor.
2	Kısmi: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını azalttığı
3	konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4	Farkında değil: İlaç tedavisinin semptomlarının şiddet ve sıklığını
5	azaltmadığını düşünüyor

3.RUHSAL BOZUKLUĞUN SOSYAL SONUÇLARININ FARKINDA OLMA DÜZEYİ

Hastanın hastaneye yatırılması, isteği dışında tedavi edilmesi, tutuklanması, kovulması yaranlanması ve yaşadığı diğer sosyal sorunlar hakkındaki düşüncesi nedir?

Ş	G
0	Değerlendirilemedi ya da uygun değil
1	Farkında: Hasta açık bir şekilde yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu olduğuna inanıyor.
2	Kısmi: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir sonucu
3	olduğu konusunda şüpheli ama bu fikri dikkate alabiliyor
4	Farkında değil: Hasta yaşadığı sosyal sorunların ruhsal rahatsızlığının bir
5	sonucu olmadığını düşünüyor

SMUD

Semptom tarama çizelgesi

Semptomların hangi dönemde görüldüğü şimdi (Ş) ya da geçmiş (G) harfleri yuvarlak içine alınarak işaretlenir.

4.	Ş	G	Varsanı
5.	Ş	G	Sanrı
6.	Ş	G	Düşünce bozukluğu
7.	Ş	G	Uygunsuz duygulanım
8.	Ş	G	Uygunsuz giyim ve görünüm
9.	Ş	G	Stereotipik ve törensel davranış
10.	Ş	G	Sosyal muhakemede zayıflık
11.	Ş	G	Saldırgan dürtüleri kontrol güçlüğü
12.	Ş	G	Cinsel dürtüleri kontrol güçlüğü
13.	Ş	G	Aloji
14.	Ş	G	Künt duygulanım
15.	Ş	G	Avolusyon, apati
16.	Ş	G	Anhedoni/ asosyallik
17.	Ş	G	Dikkat eksikliği
18.	Ş	G	Konfüzyon/yönelim bozukluğu
19.	Ş	G	Alışılmadık göz kontağı
20.	Ş	G	Sosyal ilişkilerde yetersizlik

Alt ölçek itemi

..... Farkında olma düzeyi

Ş G

0 Değerlendirilemedi ya da uyum değil

1 **Farkında:** hasta açık bir şekilde inanıyor

2 **Kısmi:** hasta konusunda şüpheli ama bu fikri
3 dikkate alabiliyor

4 Farkında değil: hasta inanmıyor

5

İlk soruda 1-3 puan alırsa uygulanacak

ATIF: Hasta yaşantısını nasıl açıklıyor

Ş G

0 Değerlendirilemedi ya da uyum değil

1 **Doğru:** Semptom ruhsal bozukluğa bağlı

2 **Kısmi:** Emin değil fakat ruhsal bozukluğun sonucu
3 olabileceğini dikkate alabiliyor

4 **Doğru değil:** Semptom ruhsal bozuklukla ilgili
5 değildir

7.6. Ek 6: Aşırı değer verilmiş düşünce ölçeği (ADDÖ)

Ad ve Soyad:

Tarih:

AŞIRI DEĞER VERİLMİŞ DÜŞÜNCE ÖLÇEĞİ

Hastanın bugün de dahil olmak üzere geçen hafta içinde var olduğunu ifade ettiği obsesyon ve/veya kompulsiyonları için aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Hastada geçen hafta mevcut olan temel inancı belirtiniz. Bu, puanlamacı tarafından yapılan değerlendirmeye göre, hastada en yoğun sıkıntı ya da sosyal ve mesleki işlevsellikte en ciddi bozulmaya yol açmış olan bir inanç olmalıdır (örn; hastaneyi ziyaret ettikten sonra uygun biçimde yıkanmazsam AIDS olurum; evden çıkarken sobayı kontrol etmezsem evim yanabilir; topladıklarımı atarsam önemli bilgileri kaybedebilirim; çekici değilim; burnum şekilsiz; benim kompleksim sivilcelerimdir, vb.). Puanlar hastanın inançlarını yansıtmalıdır (örn; hasta inancını ne kadar mantıklı buluyor; korkulan sonuçları önlemede kompulsiyonlar ne kadar etkili, vb.). **Yalnız obsesif kompulsif bozuklukla ilgili olan inancı belirtiniz. Bütün maddeleri hastanın inancını değerlendirmenize göre puanlayınız. İnancın, şiddeti, mantıklı olup olmadığı gibi çeşitli yönlerini değerlendirmek için her kategorinin altında yer alan üç sorudan yararlanabilirsiniz.**

Aşağıda, temel inancı belirtiniz:

Hastayı her bir madde için puanlarken, hastanın özgül inancını gözönüne alın. Örn; hastaneye giderseniz, AIDS olacağınıza dair inancınız ne kadar güçlü?

1) İNANCIN ŞİDDETİ

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Bu inancın doğru olduğuna ne kadar kuvvetle inanıyorsunuz?

Bu inancın doğru olduğundan ne kadar eminsiniz?

İnancınız siz ya da başka birisi tarafından sarsılabilir mi?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

(Çok zayıftan çok güçlüye doğru giden derecelendirme, inancın doğru olma olasılığına işaret etmektedir. Örn., çok zayıf düşük bir olasılığa; çok güçlü yüksek bir olasılığa karşılık gelir.)

Ad ve Soyad:

Tarih:

Puanlama maddesi 1: _____

2) İNANCIN AKLA UYGUNLUĞU

Buğün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar akla uygun?

İnancınız doğrulanabilir ya da makul görülebilir mi?

İnancınız mantıklı ya da akla uygun görüntüyor mu?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle mantıksız	Hemen hemen mantıksız		Çok mantıklıdan daha azı		Az mantıklıdan daha fazlası		Hemen hemen mantıklı		Tümüyle mantıklı

Puanlama maddesi 2: _____

3) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN DÜŞÜK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en düşük puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar zayıfladı?

Geçen hafta bir an için bile olsa, bu inancın doğru olup olmadığı konusunda kuşku duyduğunuz zamanlar oldu mu? Eğer öyleyse, bu konuda biraz daha fazla konuşun.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

Puanlama maddesi 3: _____

4) GEÇEN HAFTA İNANCIN EN YÜKSEK ŞİDDETİ

Geçen hafta için, bu inancın şiddetine vereceğiniz en yüksek puan nedir?

Geçen hafta inancınız ne kadar kuvvetlendi?

Geçen hafta inancınızdan ne kadar emindiniz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
İnanç çok zayıf	İnanç oldukça zayıf		İnanç güçlü olmaktan ziyade zayıf		İnanç zayıf olmaktan ziyade güçlü		İnanç oldukça güçlü		İnanç çok güçlü

Puanlama maddesi 4: _____

Ad ve Soyad:

Tarih:

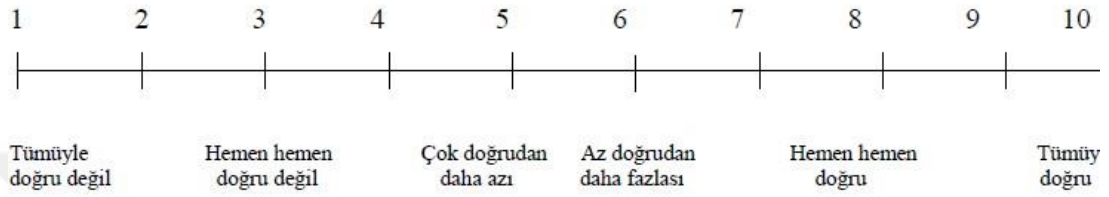
5) İNANCIN DOĞRULUĞU

Bugün de dahil olmak üzere geçen hafta;

İnancınız ne kadar kesin?

İnancınız ne kadar doğru?

İnancınız ne oranda yanlış?



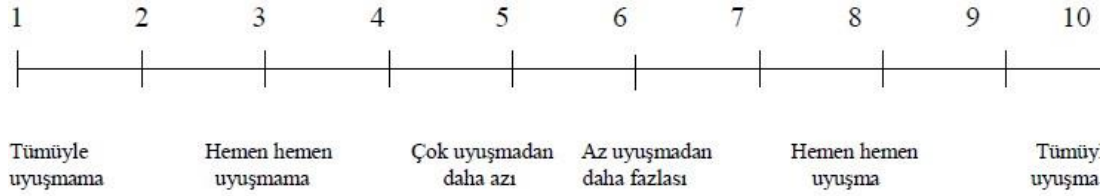
Puanlama maddesi 5: _____

6) İNANCIN BAŞKALARI TARAFINDAN PAYLAŞILMASININ BOYUTU

Toplumdaki diğer insanların sizinle aynı inanca sahip olmaları ne kadar mümkündür?

Başkaları inancınıza ne oranda katılmaktalar?

Başkaları inancınızı ne boyutta paylaşıyorlar?



Puanlama maddesi 6: _____

7) BAŞKALARININ BENZER YA DA FARKLI BİR İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkaları sizinle aynı inancı paylaşıyor mu? Evet _____ Hayır _____

Hasta evet yanıtı vermişse 7a'ya, hayır yanıtı vermişse 7b'ye geçiniz.

7a) BAŞKALARININ AYNI İNANCA SAHİP OLMALARI

Başkalarının inancınıza katıldığını düşündüğünüze göre, bu kişilerin inancınız hakkında sizin kadar bilgili olduğunu düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz?

Başkalarının bu inanç hakkında sizin kadar bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

Ad ve Soyad:

Tarih:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle bilgisiz	Biraz bilgisiz		Az bilgiliden daha fazlası		Çok bilgiliden daha azı		Hemen hemen kendisi kadar bilgili		Bilgisi kendisiyle aynı

Puanlama maddesi 7a: _____

7b) BAŞKALARININ FARKLI İNANÇLARININ OLMASI

Başkalarının size katılmadıklarını düşündüğünüze göre, bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduklarını düşünüyor musunuz?

Diğer insanların bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna ne kadar inanıyorsunuz ?

Başkalarının bu inanç hakkında sizden daha az bilgili olduğuna inanıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bilgisi kendisiyle aynı	Hemen hemen kendisi kadar bilgili		Çok bilgiliden daha azı		Az bilgiliden daha fazlası		Biraz bilgisiz		Tümüyle bilgisiz

Puanlama maddesi 7b: _____

8) KOMPULSİYONLARIN ETKİLİLİĞİ

Buğün de dahil olmak üzere geçen hafta;

Anksiyete dışındaki olumsuz sonuçları önlemede kompulsiyonlar/törenselle davranışlar ne kadar etkili?

Korkulan sonucu durdurmada kompulsiyonlarınızın herhangi bir etkisi var mı?

Kompulsiyonlarınızın olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilmesi mümkün mü?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle etkisiz	Hemen hemen etkisiz		Çok etkiden daha azı		Az etkiden daha fazlası		Hemen hemen etkili		Tümüyle etkili

Puanlama maddesi 8: _____

9) İÇGÖRÜ

Hastalığınızın bu inanca sahip olmanıza neden olduğunu ne oranda düşünüyorsunuz?

İnançlarınızın psikolojik ya da psikiyatrik nedenlere bağlı olma olasılığı ne kadardır?

İnancınızın bir hastalığa bağlı olduğunu düşünüyor musunuz?

Ad ve Soyad:

Tarih:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle olası		Biraz olası		Tersine göre daha fazla olası		Tersine göre daha az olası		Biraz olası değil	Tümüyle olası değil

Puanlama maddesi 9: _____

10) DİRENCİN GÜCÜ

İnancınızı aklınızdan atmak için ne kadar enerji harcıyorsunuz?
İnancınızı değiştirmek için ne kadar çaba harcıyorsunuz?
İnanacınıza direnmeye kalkışıyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tümüyle direnme		Epey direnme		Az direnmenin daha fazlası		Çok direnmenin daha azı		Az direnme	Hiç direnmemeye

Puanlama maddesi 10: _____

11) İNANCIN SÜRESİ

a) Bu inanca sahip olduğunuz zaman içinde hiç dalgalanma oldu mu?

Eğer öyleyse hangi zaman dilimi içinde?

Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____

b) Geriye dönüp baktığınızda ne kadar zamandır bu inancınız var?

Aşağıdakilerden birini işaretleyin:

Gün _____ Hafta _____ Ay _____ Yıl _____

7.7. Ek 7: Beck bilişsel içgörü ölçeği (BBİÖ)

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği

Hastanın adı:

Yaşı:

Doldurma tarihi:

Aşağıda insanların nasıl hissettiğine ilişkin ifadeler vardır. Lütfen sıralanan bütün cümleleri dikkatle okuyunuz. Her bir ifade ile ne kadar aynı fikirde olduğunuzu karşısında uygun gelen alana X işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Oldukça katılıyorum	Epeyce katılıyorum
(1) Bazen diğer insanların bana karşı tutumlarını yanlış anlıyorum.				
(2) Yaşantılarımla ilgili yorumlarım kesinlikle doğrudur.				
(3) Diğer insanlar olağandışı yaşantılarımın nedenlerini benim anladığımdan daha iyi anlayabilir.				
(4) Çok çabuk sonuca atlıyorum.				
(5) Bana çok sahici görünen bazı yaşantılarım benim hayal gücüme bağlı olabilir.				
(6) Gerçek olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı fikirlerimin yanlış olduğu ortaya çıktı.				
(7) Eğer bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o şey doğrudur.				
(8) Güçlü bir şekilde haklı olduğumu hissetsem bile, yanlış olabiliyim.				
(9) Kendi sorunlarımın neler olduğunu bir başkasından çok daha iyi bilirim.				
(10) İnsanlar benimle aynı fikirde değilse genellikle onlar yanlıştır.				
(11) Yaşantılarımla ilgili diğer insanların kanaatlerine güvenemem.				
(12) Eğer birisi inançlarımın yanlış olduğunu belirtirse, onun görüşünü dikkate almaya istekliyimdir.				
(13) Her zaman kendi yargıma güvenebilirim.				
(14) İnsanların neden belli bir şekilde davrandıklarının sıklıkla birden fazla açıklaması vardır.				
(15) Benim olağandışı yaşantılarım aşırı keyifsiz olmama ya da strese bağlı olabilir.				

7.8. Ek 8: Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “**f**” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “**a**” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima d: Bazen

b: Çok sık e: Nadiren

c: Sık sık f: Hiçbir zaman

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

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

7.9. Ek 9: Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği (YBDÖ)

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YBDÖ)

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...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
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 (uyamak olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	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) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
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 korktuğunuz oldu?	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 (28 gün) yönelik olduklarını 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 'tıkınırcasına 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? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir gün	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
		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)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan 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? (Tıkınırcasına 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 (28 gün) yönelik olduklarını hatırlayınız.

22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
		0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , 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 <u>sizi ne kadar üzerdi ?</u>	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> 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-	<u>Başkalarının</u> 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?.....

7.10. Ek 10: Beden algısı ölçeği (BAÖ)

Beden Algısı Ölçeği

	Çok Beğeniyorum	Oldukça Beğeniyorum	Kararsızım	Pek Beğenmiyorum	Hiç Beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumdaki Kıl Dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel Gücüm					
8. İdrar-Dışkı Düzenim					
9. Kas Kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji/Aktivite Düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut Yapım					
17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duyularımın Keskinliği					
20. Ağrıya Dayanıklılığım					

21. Omuzlarımın Genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin Şekli					
25. Sindirim Sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa Direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin Şekli					
30. Cinsel Gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku Düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel Faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun Duruş Şekli					
38. Yüzümün Şekli					
39. Ağırlığım					
40. Cinsel Organlarım					