

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

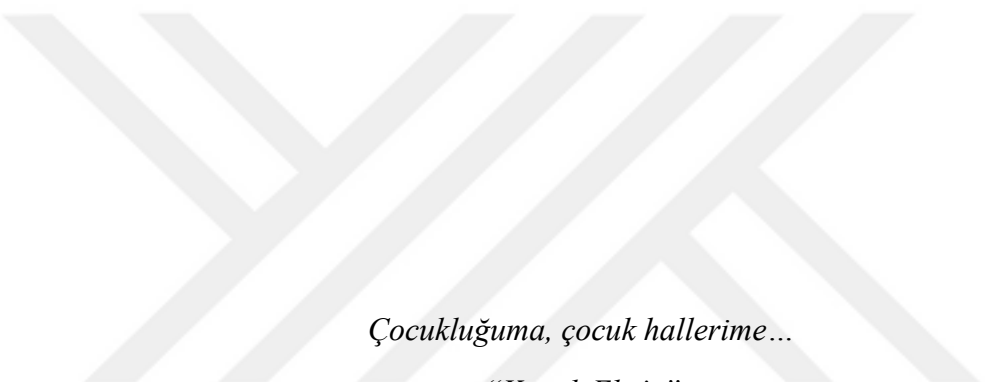
BOZULMUŞ YEME DAVRANIŞLARI: TOPLUM
ÖRNEKLEMİNDE TRANSDİAGNOSTİK
MODELE DAYALI BİR YAKLAŞIM

Elit Bilge BIYIKOĞLU
2502140240

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK

İSTANBUL – 2022



Çocukluğuma, çocuk hallerime...
“Küçük Elit’e”

ÖZ

BOZULMUŞ YEME DAVRANIŞLARI: TOPLUM ÖRNEKLEMİNDE TRANSDİAGNOSTİK MODELE DAYALI BİR YAKLAŞIM

Elit Bilge BIYIKOĞLU

Bu çalışmanın amacı; transdiagnostik modelin (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003) geçerliliğini Türkiye’de geniş yetişkin toplum örnekleminde test etmektir. Bu amaç doğrultusunda, transdiagnostik modelde ele alınan dört sürdürücü faktörün (sınırlı duygudurum toleransı, klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler) temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve bozulmuş yeme davranışları (yiyecek kısıtlama, tıkinma, çıkartma ve aşırı egzersiz yapma) üzerindeki yordayıcı etkilerini bütüncül bir model çerçevesinde toplum örnekleminde ele alınmıştır. Çalışmada; Türkiye’nin yedi coğrafi bölgesinden yaşları 18-65 aralığında 1521 katılımcıya ulaşılmış; ancak çalışmanın yaş kriteri veya ölçüm bataryasının eksik doldurulması sebebiyle analizler 1341 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu, Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu kullanılmıştır. Etik onay alındıktan sonra; katılımcılara oluşturulan ölçek bataryası sunulmuş, 733 adet veriye elden ve 608 adet veriye internet üzerinden ulaşılmıştır. Yapısal eşitlik modellemesi ile elde edilen sonuçlar, bozulmuş yeme davranışlarının sürdürülmesinde etken olan değişkenlerin (klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, kişiler arası güçlükler ve sınırlı duygudurum toleransı) temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile doğrudan pozitif ilişkileri olduğunu göstermektedir. Temel yeme bozukluğu psikopatolojisi (beden, kilo ve yiyecek ile aşırı meşguliyet) bireyleri kısıtlama ve tıkinma davranışlarına götürmektedir. Tıkinma davranışı bireyleri çıkartmaya yönlendirmektedir. Öte yandan, modelde öngörülenin aksine kısıtlama ve tıkinma arasında ters bir ilişki kaydedilmiş ve tıkinma ile aşırı egzersiz davranışı arasında

anlamalı bir ilişki kaydedilmemiştir. Bunun yanında, transdiagnostik model ile paralel bir biçimde sınırlı duygudurum toleransı bireyleri çıkartmaya yönlendirmektedir; fakat, modelde belirtilenin aksine sınırlı duygudurum toleransı ile tıkinma arasında anlamalı bir ilişki bulunmamış ve aşırı egzersiz davranışı ile arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca, transdiagnostik modelin hipotezlerine ek olarak, sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama davranışı arasında negatif bir ilişki de kaydedilmiştir. Sonuç olarak; tüm bu bulgular bir araya getirildiğinde, transdiagnostik modelin Türkiye genelinde toplum örnekleminde kısmen desteklendiği görölmektedir. Bu tez araştırmasının bulgularının yeme bozuklukları literatürüne ve bozulmuş yeme davranışlarının iyileştirilmesi ve önlenmesi ile ilgili yapılan müdahalelere önemli katkılar sunduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Bozulmuş yeme davranışları, transdiagnostik model, yeme kısıtlama, tıkinma, çıkartma, aşırı egzersiz, klinik mükemmeliyetçilik, kişiler arası güçlükler, öz-saygı, duygu düzenleme güçlüğü, sınırlı duygudurum toleransı

ABSTRACT

DISORDERED EATING BEHAVIORS: AN APPROACH BASED ON THE TRANSDIAGNOSTIC MODEL IN THE COMMUNITY SAMPLE

Elit Bilge BIYIKOĞLU

The aim of this study is to investigate the validity of the transdiagnostic model (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003) in a large community adult sample in Turkey. In order to fulfill this aim, the present study examined the predictive effects of the four maintaining factors (clinical perfectionism, low self-esteem, interpersonal difficulties and mood intolerance) in the transdiagnostic model on the core eating disorder psychopathology and disordered eating behaviors (dietary restriction, binge eating, purging and excessive exercise). The study was carried out with 1341 adult participants (aged between 18 and 65) from the seven geographical regions of Turkey. The participants completed the Eating Disorder Examination Questionnaire, Multidimensional Perfectionism Scale, Rosenberg's Self-Esteem Scale, The Inventory of Interpersonal Problems-Circumplex, The Difficulties with Emotion Regulation Scale, Sociodemographic and Clinical Information Form. Structural equation modelling results suggest that each four maintaining factors (clinical perfectionism, low self-esteem, interpersonal difficulties and mood intolerance) have a direct positive relationship with the core eating disorder psychopathology (overvaluation of weight, shape and eating). The core eating disorder psychopathology leads individuals to dietary restriction and binge eating; and binge eating triggers purging. However, contrary to the transdiagnostic model, a negative relationship is found between dietary restriction and binge eating; and no relationship is found between binge eating and excessive exercising. In line with the transdiagnostic model, mood intolerance leads individuals to purging. On the other hand, contrary to the model no association is found between mood intolerance and binge eating; and a negative association is found between mood intolerance and excessive exercising. In addition to the hypotheses of the transdiagnostic model, a negative relationship was also noted between mood

intolerance and dietary restriction. All these findings suggest that transdiagnostic model is partially supported in the community adult sample in Turkey. The findings of this study make an important contribution to the literature on eating disorders, as well as interventions for prevention and treatment of disordered eating behaviors.

Keywords: Disordered eating behaviors, transdiagnostic model, dietary restriction, binge eating, purging, excessive exercise, clinical perfectionism, self-esteem, interpersonal difficulties and mood intolerance



ÖNSÖZ

Toplum örnekleminde bozulmuş yeme davranışlarını çalışmak, çocukluğumdan beri süregelen gözlemlerim ve deneyimlerimden ilham almaktadır. Bu yüzden, bu tez çocukluğuma ithaf edilmiştir. Bu ilham ile temellenen doktora eğitimi yolculuğum bu tez çalışmasının tamamlanması ile sona ermektedir. Bu durum haklı bir gurur duygusunu getirmesine karşın, olgunlaştırıcı ve dönüştürücü bir süreç olan doktora eğitimimin ve öğrencilik hayatımın sona ermesinin burukluğunu da getirmektedir.

Bu tez çalışması; tam 8 yıl süren, uzun, meşakkatli ve emek dolu bir sürecin ürünüdür. Bu tez çalışmasının her bir satırı, bozulmuş yeme davranışları konusuna ilişkin sevgim, ilgim, merakım ve heyecanım ile yazılmıştır; dolayısıyla bu tez çalışmasının oldukça içime sindiğini gönül rahatlığıyla söyleyebilirim. Bu kısımda; bu süreçte bana destek ve katkı sağlayan kişilere teşekkürlerimi sunacağım:

Öncelikle; doktora eğitim sürecimin en başından en sonuna kadar desteklerini esirgemeyen, mesleğine duyduğu tutkusuyla, bilgi birikimini öğrencilerine aktarma motivasyonu ve etik değerlere olan bağlılığıyla bana bir akademisyen olarak ilham veren, ömür boyu öğrencisi olmaktan gurur duyacağım çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Hanife Özlem Sertel Berk'e teşekkürü bir borç bilirim.

Bu uzun soluklu süreçte Tez İzleme Komitesi'nde ve tez savunma jürisinde yer alarak engin bilgileriyle ve kıymetli geri bildirimleriyle desteklerini paylaşan, motive edici yaklaşımlarıyla yolumu aydınlatan, komitemde yer aldıkları için kendimi çok şanslı hissettiğim kıymetli hocalarım Prof. Dr. Başak Yücel'e ve Doç. Dr. Belma Bekçi'ye teşekkürlerimi sunarım.

Tez jürimde yer almayı kabul ederek bilimsel birikimini paylaşan ve değerli geri bildirimleri ile tez savunmasını zenginleştiren Dr. Öğr. Üyesi Bengi Pirim Düşgör ve Dr. Öğr. Üyesi Elif Ergüney Okumuş hocalarıma katılımları ve çok kıymetli önerileri için teşekkür ederim.

Sürecin en başında, tez önerimi sunarken katılım göstererek bilimsel birikimi ile tez konumun şekillenmesinde büyük katkı sağlayan Psikolog Dr. İlke Sine Eğeci hocama teşekkürlerimi sunarım.

Türkiye'nin 7 coğrafi bölgesinden geniş bir katılımcı sayısına ulaşmamda desteklerini sunan Prof. Dr. Mine Gülaboğlu'na, Prof. Dr. Abdullah İnci'ye, Prof. Dr. Melek Koçak'a, Prof. Dr. Şinasi Umur'a, Gülsün Çakmak'a ve Tülay Petin'e teşekkür ederim. Veri toplamının yanında veri girişinde destek olan öğrencilerim Minel Tuğçe Yonar'a, Evin Ekin'e ve Cansu Muyan'a, tezimde kullanılan nörolojik terimlerin Türkçe karşılıklarını bulmada yardımcı olan Özlem Cansever'e, tez çalışmasında kullanılan şekillerin düzenlenmesine katkı sağlayan Türkan Kırmaz'a ve veri toplama aşamasında emeği geçen öğrencilerime teşekkür ederim.

Tez yazım sürecimde tıkanıldığında, yorgun düştüğümde ve destek ihtiyacım olduğunda yardımını benden esirgemeyen arkadaşlarım Nihan Tezer Yörük'e, Gültürk Işıkpınar O'Kane'e ve Ezgi Deveci'ne teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca, doktora sınıf arkadaşlarım Nermin Taşkale'ye, Duygu Kuzu Başdoğan'a, İsmail Barış Salman'a, Esin Temeloğlu Şen'e, Buket Ünver Tekin'e, Ayla Hocoğlu Uzunkaya'ya, Nuray Öner Gücin'e ve İrem Yelken'e bu süreçteki değerli eşlikleri ve dostlukları için teşekkür ederim.

Son olarak, canım anneme ve babama doktora eğitimimin her aşamasında ve yardıma ihtiyacım olduğu her anda koşarak destek oldukları için çok teşekkür ederim. Özellikle annem Gülay Vural'ın destekleri sayesinde bu tez çalışmasının gereken zamanda bitmesi imkanı hale gelmiştir. Kendisinin veri toplama aşamasındaki büyük emeği sayesinde geniş bir örnekleme ulaşma imkânı bulunmuştur. Ayrıca, tezin formatının ayarlanmasındaki destekleri için anneme çok minnettarım. Sizleri çok seviyorum. İyi ki varsınız.

Elit Bilge BIYIKOĞLU
İSTANBUL, 2022

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	ii
ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM LİTERATÜR

1.1. Yeme Bozuklukları	6
1.1.1. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi	12
1.1.2. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi ve Tedavisi	18
1.1.2.1. Yeme Bozukluklarında Biyolojik Bakış Açısı	18
1.1.2.2. Yeme Bozukluklarında Psikolojik Bakış Açısı	23
1.1.2.2.1. Psikodinamik Yaklaşım	23
1.1.2.2.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım	26
1.1.2.3. Yeme Bozukluklarında Sosyokültürel Bakış Açısı	29
1.1.2.4. Yeme Bozukluklarında Bireysel Faktörlere Dair Açıklamalar	31
1.2. Transdiagnostik Model, Yeme Bozuklukları ve Yeme Davranışları	33
1.2.1. Bilişsel-Davranışçı Teoride Yeme Bozuklukları	34
1.2.2. Transdiagnostik Model ve Bozulmuş Yeme Davranışları	38
1.2.2.1. Transdiagnostik Modelde Yeme Bozukluklarını Sürdüren Faktörler	41
1.2.2.1.1. Klinik Mükemmeliyetçilik	42

1.2.2.1.2. Düşük Öz-Saygı	45
1.2.2.1.3. Sınırlı Duygudurum Toleransı	48
1.2.2.1.4. Kişiler Arası Güçlükler.....	51
1.2.2.2. Transdiagnostik Modeli Test Eden Araştırma Sonuçları	55
1.3. Amaç ve Hipotezler	59

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar	64
2.2. Veri Toplama Araçları	65
2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	66
2.2.2. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)	66
2.2.3. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ)	67
2.2.4. Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği (RÖSÖ)	68
2.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)	68
2.2.6. Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu (KPE-32)	70
2.3. İşlem	70
2.4. Verilerin Analizi	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Betimsel İstatistikler	74
3.2. Araştırmanın Temel Amaçlarına Yönelik Araştırma Sorularının Sınanması	79
3.2.1. Değişkenler Arası İlişkiler	81
3.2.2. Modelin Sınanması	84
3.2.2.1. Transdiagnostik Modelin Sınanması	86
3.2.2.1.1. Ölçüm Modeline İlişkin Sonuçlar	86
3.2.2.1.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi	86
3.2.2.2. Yeni Yapısal Modelin Test Edilmesi	88

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Çalışmanın Sosyodemografik Bulgularının Değerlendirilmesi	94
4.2. Çalışmanın Klinik Bulgularının Değerlendirilmesi	96
4.3. Araştırmanın Yapısal Modeline İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	101
4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları, Güçlü Yanları, Katkıları ve Gelecek Araştırmalar için Öneriler	122
SONUÇ	126
KAYNAKÇA	128
EKLER	207
ÖZGEÇMİŞ	222

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Transdiagnostik Modelde Temel Yeme Psikopatolojisi ve Bozulmuş Yeme Davranışlarının Özellikleri	39
Tablo 2. Transdiagnostik Modelde Yemeye İlişkin Psikopatolojiyi Sürdüren Dört Ana Yapı	40
Tablo 3. Katılımcılara Ulaşılan Coğrafi Bölgelerin Dağılımı ve Araştırmada Yer Almayan İller	65
Tablo 4. Veri Toplama Şekline Göre Katılımcıların Yaş, BKİ ve Kullanılan Ölçeklerin t Testi Sonuçları	72
Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	75
Tablo 6. Katılımcıların Klinik Özellikleri	77
Tablo 7. Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler	81
Tablo 8. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar, Değişkenlerin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri	83
Tablo 9. Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyilik Değerleri	86
Tablo 10. Transdiagnostik Modele (Fairburn ve ark., 2003) İlişkin Uyum İyilik Değerleri	87
Tablo 11. Yeni Modele İlişkin Uyum İyilik Değerleri	89

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bilişsel-Davranışçı Teoride Bulimiya Nervozanın Sürdürülmesi	35
Şekil 2. Bilişsel-Davranışçı Teoride Anoreksiya Nervozanın Sürdürülmesi	36
Şekil 3. Yeme Bozukluklarında Bilişsel-Davranışçı Transdiagnostik Formülasyon .	37
Şekil 4. Yeme Bozukluklarında Transdiagnostik Model	41
Şekil 5. Araştırmada Hipotez Edilen Model	62
Şekil 6. Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler	80
Şekil 7. Transdiagnostik Modelin Test Edilen Teorik Görseli	87
Şekil 8. Transdiagnostik Modele İlişkin t Değerleri	88
Şekil 9. Yeni Modele İlişkin t Değerleri.....	90
Şekil 10. Yeni Modele İlişkin Tahmin (Standardize Edilmemiş Parametre) Değerleri	90
Şekil 11. Yeni Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri	91
Şekil 12. Alternatif Modelin Teorik Görseli	92

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AN	: Anoreksiya Nervosa
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
BDT	: Bilişsel-Davranışçı Terapi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervosa
BYM	: Başkalarına-Yönelik Mükemmeliyetçilik
CFI	: Comparative Fit Index
ÇBMÖ	: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
G-BDT	: Genişletilmiş Bilişsel-Davranışçı Terapi
GFI	: Goodness of Fit Index
KPE-32	: Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu
KYM	: Kendine-Yönelik Mükemmeliyetçilik
N	: Katılımcı Sayısı
Ort.	: Ortalama
RMR	: Root Mean-Square Residual
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
RÖSÖ	: Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği
SBM	: Sosyal Olarak Belirlenen Mükemmeliyetçilik
sd	: Serbestlik Derecesi
SES	: Sosyoekonomik Statü
SRMR	: Standardized Root Mean Squared Residual
SS	: Standart Sapma

SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YBDÖ	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği
YBDÖ-BE	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Beden Şekliyle İlgili Endişeler Alt-Ölçeği
YBDÖ-K	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Kısıtlama Alt-Ölçeği
YBDÖ-KE	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Kiloyla İlgili Endişeler Alt-Ölçeği
YBDÖ-TY	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Tıkınırcasına Yeme Alt-Ölçeği
YBDÖ-tyb	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Temel Yeme Bozukluğu Psikopatolojisi Toplam Puanı
YBDÖ-YE	: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Yemeyle İlgili Endişeler Alt-Ölçeği
YEM	: Yapısal Eşitlik Modellemesi
χ^2	: Ki Kare Katsayısı



GİRİŞ

Yeme bozuklukları; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), diğer belirtilmiş yeme bozuklukları ve tanımlanmamış yeme bozukluğu olmak üzere yeme davranışına ilişkin bir grup bozukluğu içerisinde barındıran ciddi psikiyatrik hastalıklardandır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013; Klump ve ark., 2009). Bozulmuş beden imajıyla beraber aşırı yeme ya da kilo vermeye yönelik davranışlarla şekillenen yeme bozuklukları; ölüm, sağlık problemleri, psikolojik sıkıntılar, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevsellikte bozulmalar ve yaşam kalitesinde ciddi düşüş gibi birçok olumsuz psikolojik ve fiziksel sağlık sonucu ile ilişkilendirilmektedir (APA, 2013; Crow ve ark., 2009; Jenkins ve ark., 2011). Yeme bozuklukları, ergenlik döneminde ve genç yetişkinlik döneminde daha çok teşhis edilmesine rağmen, tamamen iyileşmeyen bireylerin oldukça fazla sayıda olması sebebiyle orta ve geç yetişkinlik dönemlerinde de benzer sıklıklarda rastlanmaktadır (Hsu, Crisp ve Callender, 1992; Mangweth-Matzek ve ark., 2006; 2014; Marcus ve ark., 2007). Görülme sıklığı; Avrupa’da % 2.2 (Galmiche ve ark., 2019) ve ülkemizde % 1.5-2.2 oranında seyretmekle birlikte (Deveci, 2020; Kuğu ve ark., 2006; Semiz ve ark., 2013), yeme bozukluklarının toplum örnekleminde görülme sıklığının bildirilenden çok daha fazla olduğu düşünülmektedir (Smink, van Hoeken ve Hoek, 2012). Yeme bozukluklarının bu kadar seyrek bulgulanmasının sebebi, epidemiyolojik araştırmaların çoğunun psikiyatri servisi başvurularına ya da hastane kayıtlarına dayanmasıdır. Ayrıca, yeme bozukluğu hastalarının bir kısmının içinde bulunduğu durumu kabullenmemesi ya da hastalıklarını saklaması ve profesyonel destek almaktan kaçınması toplum temelli araştırmalarda görülme sıklığını etkileyen ve bu araştırmaları sınırlı hale getiren unsurlardandır. Bunun yanında, yapılan araştırmalarda, yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin yaşam süresi içerisinde farklı yeme bozuklukları tanıları arasında geçiş yaptıkları belirtilmektedir. Örneğin; ergenlik döneminde AN tanısı almış bir hastanın, genç yetişkinlik döneminde BN tanısı ve ilerleyen yetişkinlik döneminde ise TYB tanısı aldığı görülebilmektedir (Castellini ve ark., 2011; Fichter ve Quadflieg, 2007;

Milos ve ark., 2005; Stice, Marti ve Rohde, 2013). Dolayısıyla; yeme bozukluklarını tanı ölçütlerine göre AN, BN ve TYB gibi alt kategoriler ile birbirinden ayıran tanılamadan (APA, 2013) ziyade, yeme bozukluklarını boyutsal bir bakış açısıyla ele alan modellerin önemi gün yüzüne çıkmaktadır.

Bozulmuş yeme davranışları olumsuz psikolojik ve fizyolojik sağlık sonuçları ile ilişkili olan uyumsuz tutumları, bilişleri ve davranışları içermektedir. Bozulmuş yeme davranışları; yiyecek kısıtlama, tıknıma ve çıkartma vb. davranışları (APA, 2013; Fairburn ve Beglin, 1994), bozulmuş yeme tutumlarını, beden/kiloya verilen fazla önemi içeren bilişleri (örneğin; beden memnuniyetsizliği; APA, 2013; Fairburn ve Beglin, 1994) ve yemeye ilişkin endişeleri (örneğin; yemeyi durduramama korkusu; Fairburn ve Beglin, 1994) içine almaktadır. Bozulmuş yeme davranışları klinik ortamlarda yeme bozukluğu teşhisi almış bireylerde görüldüğü gibi, tam olarak yeme bozukluğu tanısı almayan normal popülasyondaki bireylerde de görülmekte, şiddet olarak bireyden bireye değişmekte ve ergenlik yıllarından yetişkinlik dönemine yayılım göstermektedir (Cooley ve Toray, 2001; Krahn ve ark., 2005; Loth ve ark., 2014). Bu davranışlar işlevsellikte bozulmalar, psikolojik sıkıntılar, intihar girişimleri, artan psikiyatrik ve tıbbi problem yaşama riski gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, bozulmuş yeme davranışları gösteren bireyler ilerleyen dönemlerde yeme bozukluğu tam tanısı alma risk grubunu da oluşturmaktadır (Crow ve ark., 2002; Garfinkel ve ark., 1995; Keel, Haedt ve Edler, 2005; Milos ve ark., 2005; Mond ve ark., 2006b; Stice ve ark., 2008; Striegel-Moore, Seeley ve Lewinsohn, 2003). Öte yandan; literatürde yer alan çalışmalar tanı grubu ile yürütülmekte; bozulmuş yeme davranışlarını gösteren riskli grubu ele almak konusunda sınırlı kalmaktadır. Benzer sınırlılık klinik ortamlarda da karşımıza çıkmakta, özellikle klasik sınıflandırma sisteminde tam tanıyı karşılayamayan bireylerin gözden kaçarak klinik ortamlarda tedavi alamadan gönderilmesi ya da tam tanıyı karşılamayan bireylerin belirtilerinin ruh sağlığı profesyonelleri tarafından minimize edilerek tedaviden dışlandığı görülmektedir (Harvey, 2004)

Son yıllarda yeme bozukluğu literatüründe öne çıkan, Fairburn, Cooper ve Shafran (2003) tarafından öne sürülen transdiagnostik model, yeme bozukluklarını

tanı ölçütlerine göre AN, BN ve TYB gibi alt kategoriler ile birbirinden ayıran tanılamadan (APA, 2013) ziyade, yeme bozukluklarını boyutsal bir bakış açısıyla ele almaktadır. Bu model, yeme bozuklukları alt kategorilerinin farklı çeşitte semptomlar içermesine rağmen, tüm yeme bozukluklarının belirtilerinin birbiri ile örtüştüğünü ve benzer kavramsal örüntüler gösterdiğini öne sürmektedir. Fairburn ve arkadaşları (2003), tüm yeme bozukluklarının benzer klinik özelliklere sahip olduğunu ve aralarındaki temel farkın az-yeme ve fazla-yeme arasındaki denge ve bunun beden ağırlığına yansımaları olduğunu belirtmiştir. Transdiagnostik modele göre, tüm yeme bozukluklarında görülen temel yeme psikopatolojisi kendilik değerinin beden ve kilo ile yargılandığı bozulmuş kendini değerlendirme sistemine dayanır (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003). Buna göre, bozulmuş yeme davranışı gösteren bireylerin kendilik değeri fazla yemeye, kilo almaya veya beden şekline karşı kontrol ile tanımlanmaktadır. Temel yeme psikopatolojisinin yeme alışkanlıkları üzerine önemli bir etkisi vardır. En çok görülen etkisi yiyecek kısıtlama davranışıdır. Yiyecek kısıtlama, bireylerin aldıkları besini önemli oranda kısıtlama, yeme üzerine ağır kurallar koyma ve belli yiyecekleri yemekten kaçınma davranışlarını içerir. Tıkınırcasına yeme, bir diğer bozulmuş yeme davranışıdır. Tıkınırcasına yeme davranışının altında aşırı yiyecek kısıtlama olabildiği gibi yiyecek kısıtlamasının olmadığı durumlarda da tıkınırcasına yeme görülebilmektedir. Yeme bozuklukları vakalarının çoğunluğunda tıkınırcasına yeme davranışını çıkartma davranışları (kusma, laksatif ya da idrar söktürücü kullanımı) takip eder. Bazı bozulmuş yeme davranışı olan bireyler aşırı egzersiz davranışı da gösterir (Fairburn, 2008). Ayrıca, transdiagnostik model (Fairburn ve ark., 2003); dört ana mekanizmanın (düşük öz-saygı, klinik mükemmeliyetçilik, kişiler arası ilişkilerde güçlükler ve sınırlı duygudurum toleransı) bir ya da birden fazlasının birbirleri ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile etkileşiminin bozulmuş yeme davranışının sürdürülmesi ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir. İlki, düşük öz-saygı, değer verilen kilo ve beden kontrolünde başarı konusunda bireyleri motive eder; böylece bireyler artan kendilik değeri hisleri ile kilo ve beden şekli üzerine aşırı değerlendirmeyi sürdürür. İkincisi, klinik mükemmeliyetçilik ise, kendiliğin önem verilen yeme, kilo ve beden şekli alanlarında başarıya göre değerlendirilmesini içerir; dolayısıyla bireyler artan yiyecek kısıtlama ve beden-kilo ile aşırı değerlendirme çabaları içerisine girerler. Üçüncü,

kişiler arası ilişkilerde güçlükler algılanan sosyal ideallere ulaşmak için artan yiyecek kısıtlama çabasına neden olabilir. Son olarak, sınırlı duygudurum toleransı şiddetli duygu durumları ile baş etmek için bireyleri tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışlarına yönlendirebilir (Fairburn ve ark., 2003). Genişletilmiş Bilişsel-Davranışçı Terapi (G-BDT), yeme bozukluğu teşhisinden ziyade yeme bozukluğu psikopatolojisini iyileştirmek için transdiagnostik modele göre geliştirilmiştir. Dolayısıyla, şiddeti fark etmeksizin herhangi bir yeme bozukluğu olan kişiyi tedavi etmek üzere oluşturulmuştur. “Genişletilmiş” denmesinin sebebi, içerisinde yeni stratejileri kullanarak bireylerde iyileşmeye engel oluşturacak sürdürücü faktörleri - düşük öz-saygı, klinik mükemmeliyetçilik, kişiler arası ilişkilerde güçlükler ve sınırlı duygudurum toleransı- iyileştirmeyi de içeriyor olmasıdır (Murphy ve ark., 2010). Yapılan araştırmalarda, G-BDT’nin bozulmuş yeme davranışlarının tedavisinde etkili olduğu gösterilmektedir (örneğin; Byrne ve ark., 2011; Fairburn ve ark., 2009).

Literatürde, modelin her bir ögesinin ayrı olarak yeme psikopatolojisi ile ilişkisi gösterilmiştir. Öte yandan, modeli bütüncül bir şekilde test eden az sayıda araştırmaya rastlanmış ve bu araştırmaların önemli sınırlılıklarının olduğu görülmüştür. Bu modeli test eden araştırmaların çok azı konuyu geniş bir örneklemde araştırmış ve araştırmaların birçoğu spesifik örneklem gruplarıyla sınırlı kalmıştır. Ayrıca, araştırmaların birçoğunda bozulmuş yeme davranışları kapsayıcı bir şekilde test edilmemiştir. Bunların yanında; konu ile ilgili Türkiye’de yapılan herhangi bir araştırmaya da rastlanmamıştır. Tüm bunlar bir araya getirildiğinde, bu tez araştırmasının amacı transdiagnostik modeli bütüncül bir model çerçevesinde geniş toplum örnekleminde test etmektir. Bu araştırmanın araştırmacılar ve klinisyenler için zorlu bir konu olan yeme bozuklukları alanında risk faktörlerinin anlaşılmasında bilgimizi genişleterek ve yeme bozukluklarını önlemede, yönetmede ve tedavide bizlere önemli bakış açıları kazandırarak alana değerli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bir sonraki bölüm olan literatür taraması kısmında ilk olarak yeme bozuklukları tanımlanacak, yeme bozukluklarının epidemiyolojisi, etiyolojisi ve tedavisi ele alınacak, ardından transdiagnostik model ve bozulmuş yeme davranışları

detaylı bir şekilde anlatılarak literatürde konu ile ilgili yapılan araştırmalara yer verilecektir.



BİRİNCİ BÖLÜM

LİTERATÜR

1.1. Yeme Bozuklukları

Beslenme ve Yeme Bozuklukları; yenilen besinin tüketilmesi veya sindirilmesi ile ilişkili fiziksel sağlık veya psikososyal işlevselliği ciddi şekilde bozacak yeme davranışına ilişkin bir grup bozukluğu içerisinde barındıran ciddi psikiyatrik bozukluklardandır (APA, 2013; Klump ve ark., 2009). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA, 2013) yayınlamış olduğu *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı*'nın (DSM) son versiyonuna göre *Beslenme ve Yeme Bozuklukları* başlığı altında yer alan bozukluklar; pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), diğer belirtilmiş yeme bozuklukları ve tanımlanmamış beslenme ya da yeme bozukluğudur. Pika, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, DSM'nin bir önceki versiyonunda (APA, 2000) *Bebek ya da Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları* başlığı altında yer alırken; AN, BN ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu ise *Yeme Bozuklukları* başlığı altında yer almaktaydı. DSM'nin son yayını olan DSM-5'te (APA, 2013) yaşam boyu perspektifin benimsenmesiyle *Beslenme ve Yeme Bozuklukları* başlığı altında bu iki başlık birleştirilmiştir (Hoek, 2013). Daha çok bebeklik ve çocukluk döneminde görülen pika, ruminasyon bozukluğu ve kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun arka planındaki amaç; beden ve kilo ile ilgili zihinsel meşguliyet içerisinde olma ve ideal beden görünümüne kavuşmak için bozulmuş yeme davranışları göstermek olmadığından bu tezin kapsamı dışındadır. Bu yüzden, aşağıda AN, BN ve TYB tanımları üzerinde durulacaktır.

AN'nin, ilk modern tanımlaması literatürde 19. yüzyılın sonlarında Fransa'da Lasegue (1873) ve İngiltere'de Gull (1874) tarafından yapılmıştır. Gull (1874), bu bozukluğu daha çok genç kadınlarda görülen anormal derecede zayıflık ve iradede çarpıklığa bağlı kendini aç bırakma davranışını içeren histeri durumu olarak

tanımlamıştır. Benzer bir şekilde; Lasegue (1873), bir genç kızın gözleminden yola çıkarak bu durumu, yemeyi uzun süreli reddetme ve yemekten sonra huzursuzluk hisleri ile ilişkili bir histeri durumu olarak ifade etmiştir. 19. Yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında, Lasegue ve Gull'ın çalışmalarını AN üzerine yapılan diğer çalışmalar takip etmiştir (Silverman, 1997). Bu süreçte, AN bir psikiyatrik bozukluk olarak görülmeye başlanmış; fakat ayrı bir bozukluk olarak mı, yoksa takıntılı nevroz ya da şizofreniye bağlı bir durum mu olduğu tartışma konusu olmuştur (Bliss ve Branch, 1960). 1960'lardan itibaren ise, AN ayrı bir tanı kategorisi olarak tanınmaya başlanmış ve modern kavramsallaştırılması olgunluğa ulaşmıştır (Crisp, 1967; Russell, 1970). Öte yandan, AN'nin bağımsız bir kategori olarak tanınmasından çok zaman geçmeden bu tanımın yetersiz olduğu ve alt kategorilere ihtiyaç olduğu anlaşılmıştır. Örneğin; bazı vakaların düşük kiloyu yalnızca yiyecek kısıtlama ile koruduğu; diğer vakaların ise kusarak çıkartma ile koruduğu rapor edilmiştir (Beaumont, George ve Smart, 1976). Bunun yanında, bazı bireylerde tıknırcasına yeme davranış epizodlarını kusma davranışını takip ettiği gözlenmiştir (Casper ve ark., 1980). AN tanısı altında farklı özellikler gösteren bu grupların, klinik tablo ve ilerleyişinde de farklılıklar göstermesi alt kategorilere olan ihtiyacı beraberinde getirmiştir. Gerald Russell 1979 yılında yayınladığı makalede, bir grubun normal ya da yüksek beden ağırlığına sahip olmasına rağmen, AN tanısına benzer biçimde tıknırcasına yeme ve kusma davranışı gösterdiğini belirtmiştir. Bu yayınlı birlikte bulimiya nervoza (BN) terimi literatüre girerek (Russell, 1997; Vanderycken, 1994); normal kilodaki kadınlarda görülen fazla yeme üzerine güçlü ve inatçı bir dürtü ile beraber şişmanlamaktan ölümcül derecede korku ve yenen yiyeceğin kilo aldırıcı etkisinden kaçınmak için kusma ya da ishal yapıcı ilaçların kullanımı ile şekillenen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (Russell, 1979). Russell'ın (1979) orijinal tanımlamasına benzemese de "bulimiya" terimi 1980'lerin başında DSM-III'te (APA, 1980) bilinen klasik BN tanımından daha geniş bir grubu kapsayacak şekilde yer almıştır. DSM'nin takip eden yenilenmiş versiyonları olan DSM-IIIR (APA, 1987) ve DSM-IV'te (APA, 1994) ise Russell'ın yapmış olduğu "bulimiya nervoza" tanımı psikiyatrik tanılama ve sınıflama sistemine girmiştir.

AN kişinin enerji alımını sürekli olarak kısıtladığı, kilo alma ya da şişmanlama korkusundan dolayı kilo alımına ters düşecek davranışlar içerisinde sürekli bulunduğu;

bu yüzden kişinin yaş, cinsiyet, gelişimsel özellikleri ve fiziksel durumu ile bağdaşmayacak kadar düşük kiloda olmayı devam ettirdiği ciddi bir psikiyatrik durumdur (APA, 2013). Kilonun değerlendirilmesi beden kitle indeksi (BKİ) ile belirlenmektedir. BKİ; kişinin kilosunun, boyunun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Hastalık Kontrol ve Önlem Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yetişkinler için BKİ'nin 18,5 kg/m² 'nin altına olmasını düşük kilolu olarak nitelendirmektedir. DSM-5'te (APA, 2013) AN'nin şiddeti BKİ'ye göre belirlenmektedir. Buna göre, BKİ'nin 17.0-18,5 kg/m² arasında olması hafif şiddette, 16.0-16.99 kg/m² aralığı orta şiddette, 15.0-15.99 kg/m² aralığı şiddetli ve 15.0 kg/m² 'nin altı ekstrem şiddette AN'ye işaret etmektedir. Kişinin AN kriterlerini karşılamasına ve ciddi oranda kilo kaybetmesine rağmen, normal kilo aralığında ya da normal kilonun üzerinde olduğu durumlarda atipik AN tanısı konulmaktadır. AN'nin kısıtlayıcı tip ve tıknırcasına yeme/çıkartma tipi olmak üzere iki alt-tipi vardır. Kısıtlayıcı alt-tipinde; kişi düşük kilosunu yalnızca kalori alımını kısırarak ve fiziksel aktivitesini artırarak sağlar. Tıknırcasına yeme/çıkartma alt-tipinde ise, bireyler tıknırcasına yeme (kısa süre içerisinde kontrol kaybı hissiyle çok fazla miktarda yiyeceği yeme) ve/veya çıkartma (kendini kusturma ya da laksatif, diüretik kullanımı) davranışlarını gösterir (APA; 2013). AN tanılı bireylerin çeyreğinde tıknırcasına yeme davranışı ve yaklaşık yarısında çıkartma davranışı görülmektedir (Hoffman ve ark., 2012).

BN, normal ya da normalin üzerinde bir vücut ağırlığına sahip bireylerin beden şekli ve kilosunu aşırı değerlendirmesi sonucunda tekrarlayıcı olarak ortaya çıkan tıknırcasına yeme epizodları ve kilo almaktan kaçınmak için telafi edici davranışlar ile karakterize bir yeme bozukluğudur. BN'li bireylerde görülen tıknırcasına yeme epizodu, klinisyenin değerlendirmesine göre belirlenmektedir. Tıknırcasına yeme, kısa bir süre içerisinde normal bir insanın benzer sürede ve durumda yiyebileceğinden çok fazla miktarda yiyeceği kontrol kaybı hissiyle beraber yeme olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013; Fairburn, 2008). Genel olarak, "kısa bir süre" iki saatten az bir zaman dilimi olarak ifade edilmektedir (APA, 2013). Tıknırcasına yeme epizodunu tanımlamada en önemli nokta, fazla yeme davranışının kontrol kaybı hissi (örneğin; yerken kendini kontrol edememe veya kendini durduramayacakmış gibi

hissetme) ile beraber görülmesidir (Latner ve ark., 2007). BN'li bireyler, kilo almaktan kaçınmak için kendini kusturma, laksatif, diuretik ya da benzer ilaçlar kullanma, yiyecek kısıtlama/oruç tutma ya da aşırı egzersiz yapma gibi tekrarlayıcı uygun olmayan telafi edici davranışlar gösterirler. BN'nin şiddeti, bu telafi edici davranışları haftalık gösterme sıklığına göre belirlenmektedir. Bireyin BN tanısını alması için hem tıknırcasına yemeyi hem de uygunsuz telafi edici davranışları son üç ay içerisinde ortalama en az haftada bir olarak göstermesi gerekmektedir (APA, 2013).

TYB, 2013 yılında DSM-5'in basılmasıyla tanı kriteri olarak ilk defa karşımıza çıkmasına karşın; "tıknırcasına yeme" terimi ilk olarak Stunkard'ın 1959 yılında obez bireylerle yaptığı çalışmada tanınmaya başlanmıştır (Stunkard, 1993). Özellikle, TYB'nin bir yeme bozukluğu olarak ortaya çıkmasının sebebi birçok insanın BN kriterlerini tam karşılamadan tıknırcasına yeme ile ilgili sorunlar yaşaması olmuştur. Herhangi bir telafi edici davranış olmadan tıknırcasına yeme örüntüsü, Spitzer ve arkadaşlarının (1992; 1993) yapmış olduğu araştırmalarda şekillenerek DSM-IV'te (APA, 1994) "ileri çalışma gerektiren geçici tanı" olarak ekler sayfasına konulmuştur. Bu durum, TYB ile ilgili araştırmaları artırmış (de Zwaan, 1997) ve 2013'te ayrı bir yeme bozukluğu tanısı olarak nihayet karşımıza çıkmasını sağlamıştır. TYB, bireylerde tekrarlayan tıknırcasına yeme epizodlarının belirgin bir biçimde olduğu; fakat sonrasında herhangi bir telafi edici davranışın ortaya çıkmadığı bir yeme bozukluğudur. Tıknırcasına yeme; normalden çok daha hızlı yeme, rahatsız hissedecek kadar dolu hissetmeye rağmen yemeye devam etme, aç hissetmemeye rağmen yüksek miktarlarda yiyecek yeme, ne kadar yendiği üzerine utanç duyulduğu için yalnız yeme ve sonrasında kendinden iğrenme, depresif ve suçlu hissetme özelliklerinden en az üçünün görülmesi ile karakterizedir. TYB'nin şiddeti haftalık tıknırcasına yeme epizodu sıklığına göre belirlenmektedir. Bireyin TYB tanısını alması için tıknırcasına yeme epizodunu son üç ay içerisinde ortalama en az haftada bir olarak göstermesi gerekmektedir (APA, 2013). TYB, hem normal kilolu hem de obez bireylerde görülebilmektedir. Yapılan geniş katılımlı bir araştırmada, TYB'li bireylerin çeyreğinden azının obez olduğu gösterilmiştir (Fairburn ve ark., 1998).

Bozulmuş beden imajı ile beraber aşırı yeme ve/veya kilo vermeye yönelik telafi edici davranışlarla şekillenen yeme bozuklukları; ölüm, sağlık problemleri, psikolojik sıkıntılar, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevsellikte bozulmalar ve yaşam kalitesinde ciddi düşüş gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmektedir (APA, 2013; Crow ve ark., 2009; Jenkins ve ark., 2011). Diğer yeme bozuklukları ile karşılaştırıldığında AN teşhisi almış bireylerde ölüm riski daha dramatik bir tablo çizmektedir. Buna göre; AN tüm psikiyatrik hastalıkların arasında en yüksek erken ölüm riski ile ilişkilendirilmektedir (Arcelus ve ark., 2011; Harris ve Barraclough, 1998). Ölüm riski oranlarında AN'yi BN takip etse de, bu risk AN tanısında olduğu kadar anlamlı derecede yüksek değildir (Arcelus ve ark., 2011; Preti ve ark., 2011).

AN teşhisi almış bireylerin yaklaşık % 5'inin izleme çalışmaları sırasında öldüğü belirtilmektedir (Steinhausen, 2002; Sullivan, 1995). Bir çalışmada, AN teşhisi almış bireylerde izleme süresinin (follow-up) ilk 10 yılında ölüm oranlarının artış gösterdiği, sonraki yıllarda ise bu oranın düştüğü bulgusuna ulaşılmıştır (Franko ve ark., 2013). AN teşhisi almış bireylerde artan ölüm sonuçlarının yordayıcıları düşük beden ağırlığı (Franko ve ark., 2013; Herzog ve ark., 1997; Patton, 1988), düşük psikososyal işlevsellik (Engel ve ark., 1989; Franko ve ark., 2013; Keel ve ark., 2003), yüksek alkol kullanımı (Franko ve ark., 2013; Keel ve ark., 2003) olarak belirtilmektedir.

Yeme bozukluklarının içerisinde barındırdığı bozulmuş yeme davranışları (kendini aç bırakma, tıkınma ve çıkartma davranışları gibi) kardiyovasküler problemler (kalp yetmezliği, hipotansiyon, aritmi vb.), gastrointestinal problemler (yemek borusunda yırtık, tükürük bezlerinde şişme, gastrik genişleme/yırtık vb.), böbrek ile ilgili problemler (elektrolit dengesizliği, böbrek yetmezliği vb.), hormonal problemler (düzensiz adet ve gelişim geriliği vb.), metabolik problemler (düşük kemik yoğunluğu, mineral/vitamin eksikliği, obezite vb.), dermatolojik problemler (saç kaybı, deride renk kaybı/leke vb.) ve nörolojik problemler (uyku bozuklukları, beyindeki gri maddenin azalması vb.) gibi birçok sağlık sorunu ile ilişkilendirilmektedir (Pomeroy, 2011). Özellikle kendini aç bırakmanın bir sonucu olarak düşük beden ağırlığı beraberinde medikal komplikasyonlar (çoklu organ

yetmezliği, kardiyovasküler bozukluklar ve enfeksiyon gibi) getirdiği için en fazla ölüm oranları ile bağdaştırılan husustur (Castro, 2003; Keel ve ark., 2003).

Yeme bozuklukları, intihar için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Crow ve ark., 2009; Yao ve ark., 2016). Örneğin; AN teşhisi almış beş bireyden birinin intihar ettiği belirtilmektedir (Arcelus ve ark., 2011). Bir meta-analiz çalışmasında, cinsiyet, yaş ve sosyoekonomik durum değişkenleri eşlendiğinde bir AN hastasının intihar etme oranının diğer bireylere göre 31 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Preti ve ark., 2011). Crow ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise, aynı değişkenler eşlendiğinde, bir BN hastasının intihar etme olasılığı altı kat daha fazladır. Psikososyal işlevselliğin düşüklüğünün yeme bozukluğu olan bireylerde intihar riskini arttırdığı belirtilmektedir (Keel ve ark., 2003). AN'li bireylerde intihar teşebbüsü çıkartma davranışları, depresyon, maddenin kötüye kullanımı ve fiziksel veya cinsel istismar geçmişı ile ilişkilendirilmektedir (Franko ve Keel, 2006). BN teşhisi almış bireylerde ise, intihar teşebbüsü yordayıcıları madde kullanım bozukluğu geçmişı, laksatif kötüye kullanımı, B kümesi kişilik bozuklukları belirtileri ve çocuklukta cinsel taciz olarak belirtilmektedir (Favaro ve ark., 2008; Franko ve ark., 2004). TYB belirtileri artan intihar oranları ile ilişkilendirilse de (Brown, LaRose ve Mezuk, 2018), diğer yeme bozuklukları ile karşılaştırıldığında bu oran daha düşüktür (Pisetsky ve ark., 2013). Fakat; TYB ile yapılan araştırmaların ciddi sınırlılıklarının olması konuyla ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyacı beraberinde getirmektedir (Brown ve ark., 2018).

Yeme bozuklukları, kaygı bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere çoğunlukla birçok psikiyatrik problemle birlikte görülmektedir (Fairburn ve Cooper, 1989). Örneğin; AN teşhisi almış bireylerin % 80'e yakını hayatları boyunca majör depresyon (Fernandez-Aranda ve ark., 2007) ve % 75'e yakını bir kaygı bozukluğu (bilhassa obsesif-kompulsif bozukluk) yaşamaktadır (Bulik ve ark., 1997; Godart ve ark., 2002; Kaye ve ark., 2004). BN teşhisi almış bireylerin yaklaşık % 80'i hayatlarının bir döneminde başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı daha almaktadır (Fichter ve Quadflieg, 1997). BN'de en sık karşılaşılan komorbid psikiyatrik bozukluklar kaygı bozuklukları, majör depresyon, madde kullanımı ve dürtü kontrol bozukluklarıdır (Braun, Sunday ve Halmi, 1994; Brewerton ve ark., 1995; Bushnell ve

ark., 1994; Fernandez-Aranda ve ark., 2007; Hudson ve ark., 2007). Tedavi arayışında olan TYB tanılı bireylerin ise yaklaşık % 74'ü en az bir ek psikolojik tanı almaktadır. Bu tanılar sıkça duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları olarak belirtilmektedir (Grilo, White ve Masheb, 2009; Welch ve ark., 2016). Yeme bozukluklarında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığı yeme bozukluğu semptom şiddetini, kronikliği ve tedavi direncini arttırarak ve iyileşme oranlarını azaltarak hastalığın gidişatını daha da karmaşık hale getirmektedir (Bulik, 2002; Herzog, Nussbaum ve Marmor, 1996; Saccomani ve ark., 1998).

Sonuç olarak; yeme bozuklukları, kendini aç bırakma, tıknırcasına yeme ve çıkartma (kendini kusturma, laksatif kullanımı vb.) gibi bozulmuş yeme davranışlarını barındıran ve ölüm riski ile ilişkilendirilen ciddi bir psikiyatrik sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, yeme bozukluklarının pek çok fizyolojik ve psikolojik problem ile sıkça beraber görüldüğü anlaşılmaktadır. Bundan sonraki kısımda yeme bozukluklarının görülme sıklığı ve bu bozuklukların ortaya çıkış nedenlerine dair açıklamalara yer verilecektir.

1.1.1. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme bozukluklarının epidemiyolojisi ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında, yeme bozuklukları genel popülasyonda seyrek olarak görülen bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeme bozuklukları içerisinde yer alan AN ve BN'nin yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık % 1 (Hudson ve ark., 2007; Kessler ve ark., 2013; Preti ve ark., 2009; Udo ve Grilo, 2018), TYB'nin yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık % 0.8-2 aralığında (Hudson ve ark., 2007; Preti ve ark., 2009; Smink ve ark., 2012; Udo ve Grilo, 2018) olarak bildirilmektedir. Oysa; yeme bozukluklarının ve bozulmuş yeme davranışlarının toplum örnekleminde görülme sıklığının bildirilenden çok daha fazla olduğu düşünülmektedir (Smink ve ark., 2012). Yeme bozukluklarının bu kadar seyrek olarak bulgulanmasının sebebi epidemiyolojik araştırmaların çoğunun psikiyatri servisi başvurularına ya da hastane kayıtlarına dayanmasıdır. Ayrıca, yeme bozukluğu hastalarının bir kısmının içinde bulunduğu durumu kabullenmemesi ya da hastalıklarını saklaması ve profesyonel destek

almaktan kaçınması toplum temelli araştırmalarda görölme sıklığını etkileyen ve bu araştırmaları sınırlı hale getiren bir diğer unsurdur.

Beden görönümünün önem kazanmaya başladığı ergenlik döneminin yeme bozuklukları başlangıcında riskli bir dönem olduğu belirtilmektedir (Rohde, Stice ve Marti, 2015). Toplum örnekleminde yetişkinlerle yapılan retrospektif bir araştırmada, başlangıç yaşı AN için ortalama 18 yaş (16-22 yaş arası); BN için ortalama 18 yaş (14-22 yaş arası) ve TYB için ortalama 21 yaş (17-32 yaş arası) olarak bulunmuştur (Hudson ve ark., 2007). Yeme bozuklukları, ergenlik döneminde ve genç yetişkinlik döneminde daha çok teşhis edilmesine rağmen, tamamen iyileşmeyen bireylerin oldukça fazla sayıda olması sebebiyle orta ve geç yetişkinlik dönemlerinde de benzer sıklıklarda rastlanmaktadır (Fairburn ve Harrison, 2003; Hsu ve ark., 1992; Mangweth-Matzek ve ark., 2006; 2014; Marcus ve ark., 2007). Bunun yanında, yapılan araştırmalarda, yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin yaşam süresi içerisinde farklı yeme bozuklukları tanıları arasında geçiş yaptıkları belirtilmektedir. Örneğin; ergenlik döneminde BN tanısı almış bir hasta yetişkinlik döneminde TYB tanısı olarak bozulmuş yeme davranışını sürdürmektedir (Castellini ve ark., 2011; Fichter ve Quadflieg, 2007; Milos ve ark., 2005; Stice ve ark., 2013).

Ülkemizde; yeme bozukluklarının epidemiyolojisi ile alakalı Türkiye genelinde geniş çaplı bir araştırmaya rastlanmamaktadır. Konu ile ilgili yapılan araştırmaların kısıtlı örneklem grupları (örneğin; belli bölgelerde, lise ve üniversite öğrencileri) ile yürütüldüğu görölmektedir. Kuğu ve arkadaşları (2006) tarafından 951 üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada yeme bozukluklarının yaygınlığı % 2.2 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, AN tespit edilememiş, BN yaygınlığı % 1.5 ve TYB yaygınlığı ise % 0.6 olarak belirtilmiştir. Yüksekokul/üniversite öğrencileri ile yapılan diğer araştırmalarda ise, yeme bozukluğu sıklık oranının % 4-14 arasında değiştiği görölmektedir (Akdevelioğlu ve Gümüş, 2010; İlhan ve ark., 2006; Ulaş, Uncu ve Ünner, 2013). Genç yetişkinlerde bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının ise yaygınlık oranı % 2.2-22.8 arasında değişmektedir (Altuğ ve ark., 2000; Uzun ve ark., 2006; Aşçı, Tüzün ve Koca, 2006; Çelikel ve ark., 2008; Harmancı, Akdeniz ve Ahçı, 2021; İlhan ve ark., 2006; şanlıer, Yabancı ve Alyakut, 2008). Semiz ve arkadaşları

(2013) tarafından Sivas ilindeki 18-44 yaş aralığındaki toplum örnekleminde 1122 katılımcı ile yapılan araştırmada yeme bozukluklarının yaygınlığı % 1.52, BN yaygınlığı % 0.63, TYB yaygınlığı % 0.80, atipik yeme bozuklukları yaygınlığı % 0.09 olarak kaydedilmiş ve AN ise tespit edilememiştir. İstanbul genelinde yaşları 18-25 aralığında olan 1876 üniversite öğrencisi ile yapılan güncel bir araştırmada ise, yeme bozukluklarının yaygınlığı % 1.55 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, AN yaygınlığı % 0.16, BN yaygınlığı % 0.31, TYB yaygınlığı % 0.21 ve atipik yeme bozuklukları yaygınlığı % 1.07 olarak belirtilmiştir (Deveci, 2020). Yücel ve arkadaşlarının (2011), üniversite hastanesindeki yeme bozukluğu hastaları ile yaptıkları araştırmada ise, 110 hastanın DSM-IV (2000) kriterlerine göre % 57.6'sının AN, % 34.2'sinin BN ve % 8.1'nin başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu tanısı aldığı bildirilmiştir. Sonuç olarak; ülkemizde yeme bozukluğu yaygınlığı ile ilgili araştırmaların belli illerde, kısıtlı bir bölgeyi kapsayacak şekilde ve sınırlı örneklem gruplarıyla yürütüldüğü görülmektedir. Bu durum, konu ile ilgili oransal bir sonuca varmayı zorlaştırmaktadır. Dolayısıyla; Türkiye'yi temsil edebilecek, toplum örnekleminde konuyu araştırarak geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Yeme bozuklukları uzun bir dönem kadınlarda görülen bir psikiyatrik problem olarak görülmüştür. Bunun sebebi DSM'nin eski versiyonlarında (APA, 1994; 2000) yeme bozukluklarının kadın yanlı kriterlere (örneğin; AN tanısı için amenore kriterinin varlığı ve ince olmaya duyulan istek gibi) yer vermesidir (Mitchison ve Mond, 2015). Ayrıca, erkekler kadınlara oranla daha az tedavi arayışında bulunmaktadır ve yeme bozuklukları ile ilgili yapılan araştırmalara daha az katılım göstermektedir (Keel ve ark., 2006; Weltzin ve ark., 2005). Bu yüzden, yeme bozuklukları ile ilgili yapılan araştırmaların çoğu kadın katılımcılarla yürütülmüştür. Örneğin; yeme bozuklukları ile ilgili yapılan kontrollü tedavi çalışmalarının birçoğu sadece kadınlarla yürütülmektedir (örneğin; Carter ve ark., 2011; Fichter ve ark., 2012; Ter Huurne ve ark., 2013; Walsh ve ark., 1997). İki cinsiyetin yer aldığı araştırmalarda bile, katılımcıların % 90'ının kadınlar olduğu görülmektedir (Goldstein ve ark., 1995; Gowers ve ark., 2010; le Grange ve ark., 2007; Lock ve ark., 2010; Schmidt ve ark., 2007). Araştırmalarda erkeklerin temsilinin az olmasıyla birlikte değerlendirildiğinde, genel olarak yeme bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığı erkeklere oranla 10 kat

daha fazla olarak belirtilmektedir (APA, 2013). Fakat; bazı araştırmalar aslında bu oranın üç kadında bir erkek kadar daha az olabileceğini göstermektedir (Jones ve Morgan, 2010). Galmiche ve arkadaşlarının (2019) yaptığı güncel sistematik derleme araştırmasında konu ile ilgili 2000-2018 yılları arasında yapılan 33 geniş çaplı uluslararası araştırma ele alınmış, kadınlarda yaşam boyu yaygınlık oranları tüm yeme bozukları için % 8.4, AN için % 1.4, BN için % 1.9 ve TYB için % 2.8 olarak bulgulanmıştır. Erkeklerde ise; yaşam boyu yaygınlık oranları tüm yeme bozukları için % 2.2, AN için % 0.2, BN için % 0.6 ve TYB için % 1 olarak bulunmuştur.

Son yıllarda, yeme bozukluğu literatüründe erkeklerin de temsil edildiğı araştırmaların artış gösterdiği görölmektedir. Bu araştırmalarda, kadınlarda bozulmuş yeme davranışları ince olabilme dürtüsüyle ilişkilendirilirken; erkeklerde bozulmuş yeme davranışları ince olabilme dürtüsünden ziyade daha çok kaslı görünümde olabilme dürtüsü ile ilişkilendirilmektedir (Mond ve ark., 2014). Bilişsel bir yeme bozukluğu belirtisi olan kilo ve beden ile aşırı meşguliyet kadınlarda çok daha fazla görölmektedir (kadınlarda % 14.4-23; erkeklerde % 3.9- 14.5) (Bentley, Mond ve Rodgers, 2014; Mitchison ve ark., 2013). Kilo vermek için aşırı kilo kontrol davranışları (yiyecek kısıtlama, kalori kısıtlaması ve oruç tutmak gibi) ve çıkartma davranışları (kendini kusturma, laksatif kullanımı ve diüretik kullanımı) kadınlarda erkeklere oranla daha çok görülen bozulmuş yeme davranışları olarak karşımıza çıkmaktadır (Bentley ve ark., 2014; Hilbert, de Zwaan ve Braehler, 2012; Hay ve ark., 2008; Mitchison ve ark., 2013). Tıkınırcasına yeme davranışı ise, bazı araştırmalarda kadın ve erkeklerde eşit olarak görülürken; bazı araştırmalarda kadınlarda daha fazla görülen bir bozulmuş yeme davranışı olarak belirtilmektedir. Örneğin; Almanya’da yapılan bir araştırmada, son bir ay içerisinde görülen tıkınırcasına yeme davranışlarının yaygınlığı kadınlar ve erkeklerde % 4.7 olarak saptanmıştır (Hilbert ve ark., 2012). Amerika’da yapılan bir araştırmada ise, kadınlarda % 11.2 ve erkeklerde % 7.5 olarak bulunmuştur (Striegel ve ark., 2012). Aşırı takıntılı ve telafi edici egzersiz davranışı daha çok erkeklerle ilişkilendirilen bir bozulmuş yeme davranışı olmasına karşın, yapılan araştırmalarda kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta karşımıza çıkmaktadır (Bentley ve ark., 2014; Hilbert ve ark., 2012; Striegel ve ark., 2012). Aşırı egzersiz davranışı 18-35 yaş aralığındaki bireylerde daha yaygındır (Striegel ve ark., 2012).

Özellikle erkeklerde görülen kas disforisi son yıllarda yeme bozuklukları çalışmalarının odağı haline gelmeye başlamıştır. Kas disforisi bireyin günlük aktivitelerini kesintiye uğratacak kadar aşırı biçimde beden kasları ile meşgul olduğu bir durumdur (Maida ve Armstrong, 2005). İçerisinde bozulmuş yeme ve egzersiz davranışlarını içeren kas disforisi AN belirtileri ile örtüşmektedir (Pope, Katz ve Hudson, 1993; Murray ve ark., 2012). Örneğin; ikisi de beden görünümü ile aşırı meşguliyeti ve bu meşguliyet ile ilgili sıkıntıları ve endişeleri içermektedir. İkisi de beden görünümünü bol kıyafetler ile saklama, sıkı şekilde yiyecek alımı takibi ve aşırı egzersiz davranışlarını barındırmaktadır (Olivardia, 2001; Olivardia, Pope ve Hudson, 2000). Aralarındaki temel fark; AN tanılı bireylerin algılanan kilo fazlası ile ilgilenerek aşırı egzersiz davranışını telafi edici bir mekanizma olarak kullanırken; kas disforisi olan bireylerin algılanan gelişmemiş kas tonu ile meşgul olarak patolojik egzersiz rutinleri ve yeme davranışları içerisine girmeleridir (Olivardia, 2001). Öte yandan; DSM-5'te (APA, 2013) beden dismorfik bozukluğun bir formu olarak kabul edilen kas disforisinin yeme bozukluklarının bir alt türü mü, yoksa beden dismorfik bozuklukla ilgili mi olduğu hala literatürde tartışma konusudur (Tod, Edwards ve Cranswick, 2016).

Geçmişte yeme bozuklukları yüksek sosyoekonomik statü (SES)'ye mensup kişilerde görülen bir bozukluk olarak nitelendirilmekteydi (Bruch, 1973; Gard ve Freeman, 1996). Bu görüşün aksine; güncel araştırmalar yeme bozukluklarının genel olarak SES'ten bağımsız olarak deneyimlendiğini göstermektedir (Mulder-Jones ve ark., 2017). Yapılan araştırmalarda, bireylerin maddi gelirinin ve iş durumunun (çalışan veya çalışmayan) yeme bozuklukları belirtileri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı gösterilmektedir (Mitchison ve ark., 2014; Mulder-Jones ve ark., 2017; Swanson ve ark., 2011). Öte yandan; engellilik, işsizlik veya ev işleri sebebiyle çalışamayan bireylerin en az bir yeme bozukluğu belirtisi gösterme olasılığı daha yüksek olarak saptanmıştır (Mulder-Jones ve ark., 2017). Artan eğitim durumunun ise, katı bir biçimde diyet yapma davranışı üzerinde küçük bir risk faktörü olabileceği gösterilebilmesine karşın (Mulder-Jones ve ark., 2017), tam tersi bulgulara ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Mitchison ve Hay, 2014). Mitchison ve Hay'ın (2014) sistematik derleme çalışmasında 149 araştırmanın eğitim durumu ve yeme bozukluğu

yaygınlığı arasındaki ilişkiyi desteklemediği belirtilmektedir. Başka bir deyişle; yapılan araştırmaların çoğunluğunda düşük ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde yeme bozuklukları yaygınlığı eşit bulunmuştur. Kentleşme ve yeme bozuklukları belirtileri arasındaki ilişkiye bakan çalışmalar, kentlilik ile yeme bozuklukları yaygınlığı ve belirtileri arasında da herhangi bir ilişkiye rastlamamıştır (Kjelsås, Bjørnstrøm ve Gotestam, 2004; Mitchison ve ark., 2014; Mulder-Jones ve ark., 2017; Pelaez Fernandez, Labrador ve Raich, 2007; Swanson ve ark., 2011). Sonuç olarak; güncel literatürde bozulmuş yeme davranışlarının yaygınlığı SES'e bağlı bir değişken olarak bulunmamaktadır.

Son olarak, fiziksel görünümün ön planda olduğu meslekler (sporcu, dansçı, balerin, model ve estetik görünüm ile ilgili diğer benzer meslekler) ile uğraşan bireylerde bozulmuş yeme davranışları daha yaygın görülmektedir (Fortes ve ark., 2014; Francisco, Alarcao ve Narciso, 2012; Martinsen ve Sundgot-Burgen, 2013; Preti ve ark., 2008; Santonastaso, Mondini ve Favaro, 2002; Smolak, Murnen ve Ruble, 2000; Soltis, 2009; Treasure, Wack, ve Roberts, 2008; Zoletic ve Durakovic-Belko, 2009). Bunun sebebi, bu meslek gruplarından olan bireylerin işlerinde üstleri ve çalışma arkadaşlarından baskı görmeleri, bedenlerini belli eden kıyafetler giymeleri ve iş rekabeti baskısı nedeniyle belli bir beden şeklini sürdürmeye yönelik sürekli bir meşguliyet içerisinde olmalarıdır (Petrie ve Greenleaf, 2012; 2015; Soltis, 2009; Treasure ve ark., 2008; Zancu ve Enea, 2017).

Özetle; epidemiyolojik araştırmaların sınırlılıkları yeme bozukluklarını seyrek olarak görülen bir psikiyatrik bozukluk olarak ortaya çıkartmakta olmasına karşın; toplumda tahmin edilenden daha sık bozulmuş yeme davranışlarına rastlandığı öngörülmektedir. Başlangıç dönemi ergenlik olarak bulgulanan yeme bozukluklarının yetişkinlik döneminde de devam ettiği bildirilmektedir. Yeme bozuklukları, kadınlarda ve beden görünümünün ön planda olduğu mesleklerde daha fazla görülmektedir. Erkekler ile yapılan araştırmaların ise, oldukça kısıtlı olduğu ve son yıllarda araştırmaların artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Bundan sonraki bölümde, yeme bozukluklarının etiyolojisi ve tedavisi konularına yer verilmektedir.

1.1.2. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi ve Tedavisi

Yeme bozuklukları alanında yıllardır çalışmalar sürmesine karşın, bozukluğun etiyojisine ilişkin kabul görmüş, fikir birliği sağlanmış, bütüncül bir açıklama bulunmamaktadır. Bunun en temel sebebi, yeme bozukluklarının biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenleri içerisine alan çok bileşenli bir etiyojik yapısının olmasıdır. Dolayısıyla, literatürde bozukluğun etiyojisinin anlaşılmasında ışı tutabilecek biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenler ile ilgili farklı teoriler öne sürülmüştür. Yeme bozukluklarının etiyojisini tam olarak anlamamızda tüm bu etkenleri sentezleyerek bir anlayış getirmemiz gerekmektedir. Bu bağlamda, çalışmanın bu kısmında yeme bozukluğunun etiyojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bakış açıları sırasıyla açıklanacak ve bu bakış açılarına ilişkin tedavi yöntemleri ele alınacaktır.

1.1.2.1. Yeme Bozukluklarında Biyolojik Bakış Açısı

Biyolojik bakış açısıyla yapılan etiyojik araştırmalar yeme bozukluklarında genetik yatkınlığı gösteren aile ve ikiz çalışmaları ile kanıta dayalı açıklamalar sunmaktadır. Örneğin; Strober ve arkadaşları (2000), AN teşhisi almış bireylerin birinci dereceden akrabalarının tanıyı almamış bireylerin akrabaları olan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında yaşam süresi boyunca 11 kat daha fazla AN tanısı alma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar BN ve TYB için de geçerlidir. BN ve TYB tanısı almış olan bireylerin birinci dereceden akrabaları kontrol grubundaki akrabalara göre daha fazla yeme bozukluğu tanısı almaktadır (örneğin; Fowler ve Bulik, 1997; Hudson ve ark., 2006; Lilenfeld ve ark., 1998; Strober ve ark., 2000). Yeme bozukluğunda yapılan ikiz çalışmaları da yeme bozukluklarında genetik etkiye vurgu yapmaktadır. AN ve BN ile ilgili yapılan ikiz çalışmalarında, tek ve çift yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranının yüksek olduğu belirtilmektedir (Bulik ve ark., 2000). Baker ve arkadaşlarının (2010) 1200'den fazla ikiz birey ile gerçekleştirdikleri araştırmada BN belirtilerindeki çeşitliliğin % 42'si genetik etmenlerle, % 58'i ise çevresel etmenlerle ilişkilendirilmiştir. Literatürde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, tahmin edilen genetik aktarım yüzdesi AN tanısı için % 28-74 aralığında (Klump ve ark., 2001; Kortegeard ve ark., 2001), BN tanısı için % 28-83 aralığında (Bulik ve ark.,

2000) ve TYB tanısı için % 39-45 aralığında (Javaras ve ark., 2008; Mitchell ve ark., 2010) değişmektedir. Moleküler biyoloji alanındaki teknolojik gelişmeler ile beraber bazı psikiyatrik hastalıklar için genom boyu ilişkilendirme çalışmaları (GWAS) yapılmaktadır. Yeme bozukluklarından yalnızca AN için GWAS yapılmıştır; bu çalışmalarda anlamlı olarak ayrılan bir bulguya ulaşılmamıştır (Boraska ve ark., 2014). Konu ile ilgili daha fazla katılımcı sayısının olduğu ve diğer yeme bozukluklarının da araştırıldığı GWAS'a ihtiyaç duyulmaktadır.

Genetik açıklamalara ek olarak; son yirmi yılda literatürde beyin görüntüleme çalışmalarının artmasıyla beraber, yeme bozukluklarının temelleri ile belli beyin bölgelerindeki işlemlerin bozulması arasındaki bağlantıyı destekleyebilecek araştırma sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu araştırmalarda, yeme bozukluklarının etiyolojisini anlamlandırmamızı sağlayabilecek temel bir sonuca ulaşamamasına karşın; araştırma bulguları dört konu üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunlar; özellikle yiyecek ile ilgili ödül işlemlerde anormallikler, duyguları işlemlerde anormallikler (hem genel duygu işleme hem de yiyecek ve beden imajına ilişkin tehdidi işlemlerde); beynin beden imajını işlemlerdeki normal mekanizmasının bozulması (özellikle kendilik imajı [self-image] işlemlerde) ve insula bağlantısızlığı modelidir (Madden, 2015).

AN teşhisi almış bireylerde sıklıkla yüksek anhedoni seviyesi ve ödüllendirici uyarana (özellikle yiyecek) karşı anormal tepkiler görülmektedir. Psikometrik testler ve fMRI'yı beraber kullanan çalışmalarda, AN tanısı almış bireylerde ödül görevlerine ve yiyeceğe ilişkin tepkilerde farklılıklar bulunmuştur. Yeme bozukluklarında görülen bu anormal ödül işleme farklılıklarının dopamin metabolizmasındaki değişimler ve anormal dopamin reseptör bağlanması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Bergen ve ark., 2005; Frank ve ark., 2005; Kaye, Frank ve McConaha, 1999). Yeme bozuklukları ile ilgili ortaya çıkan yaygın bir bulgu, tanıyı almış bireylerin yiyeceğe ilişkin uyaranlara karşı tepkisinde görülen, yemeye ilişkin haz ile ilişkilendirilen inferior parietal lobda (Santel ve ark., 2006; Uher ve ark., 2004) ve ileriye yönelik ödülde rolü olduğu düşünülen anterior singulat kortekste azalan aktivasyonlardır (Joos ve ark., 2011; Vocks ve ark., 2011).

TYB'nin gelişmesinde dürtüsellik ve karar verme mekanizmasını içerisine alan bağımlılık ile ilişkilendirilen bazı nöropsikolojik sistemlerin bir rolü olduğu düşünülmektedir (Tanofsky-Kraff ve ark., 2013). PET taraması kullanılarak yapılan bir çalışmada, TYB'si olan obez bireylerin TYB'si olmayanlara göre, yiyeceğe maruz kaldıktan sonra beyindeki kaudat ve putamen bölgelerinde daha fazla dopamin salınımı kaydedilmiştir (Wang ve ark., 2011). Dopamin yemek yeme motivasyonumuzu düzenlediğinden, bu bulgu ile TYB'li obez bireylerin yemekle karşılaştıklarında yemeye dair daha güçlü bir sinyal aldıkları anlaşılmaktadır.

AN teşhisi, olumlu ve olumsuz sonuçları ayırt edememe ve ikincil, daha az etkili bilişsel stratejiye eğilme ile karakterize olan bedenin normal ödül işleme sistemindeki bozulma ile bağdaştırılmaktadır. Bu bozukluk, açlık ile şiddetlenmektedir ve birey yemek yedikten sonra da devam etmektedir (Tchanturia ve ark., 2007; Wagner ve ark., 2007). Ayrıca, AN teşhisi almış bireyler teşhis almamış bireyler ile karşılaştırıldıklarında anlık ödül gelecekte alabilecekleri potansiyel ödül için geciktirebilme yetileri daha yüksektir (Steinglass ve ark., 2012). AN teşhisi almış bireylerdeki yiyecek ile ilgili ödül işlemedeki bozulmalar, onları yiyecek kısıtlamasını daha fazla sürdürebilmeleri konusunda hassas hale getirmektedir. Yiyecek kısıtlamanın bir sonucu olan yetersiz beslenme ise, ödül işleme mekanizmasının daha da bozulmasına zemin hazırlamaktadır.

Katılımcılara kendileriyle ilişkili olmayan görüntüler gösterildiğinde AN teşhisi almış bireyler ile bu teşhisi almamış bireylerin benzer beyin bölgeleri aktive olmuştur (Sachdev ve ark., 2008; Uher ve ark., 2005). AN teşhisi almış bireyler, kendileriyle ilişkili olmayan görüntüler gösterildiğinde görüntülerde gösterilen bedenlere bir bütün olarak bakmak yerine, belli beden bölgelerine daha fazla odaklanarak baktıkları gösterilmiştir (Urgesi ve ark., 2012). Öte yandan; katılımcılara kendi görüntüleri gösterildiğinde, AN teşhisi almış bireylerin beyin aktivasyonlarında anlamlı derecede farklılıklar görülmüştür. Bunlar, oksipital kortekste (görsel işleme), insula ve prekuneusta (içsel ve dışsal bedenle ilişki uyaranları birleştirmede önemli) ve prefrontal kortekste (dikkat) azalan aktivasyon olarak kaydedilmiştir. Bu bulgular, AN tanısı almış bireylerin kendi görüntülerine

baktıklarında beden algılarına yönelik normal bilişsel, algısal ve duygusal işlemlerinde baskılanma deneyimlediklerini göstermektedir (Sachdev ve ark., 2008). Bunlara ek olarak, AN'li bireyler, yemeye ilişkin uyarı ve beden görüntüsünü işlemlerde artan amigdala aktivasyonu (korku, tehdit ve endişede önemli), asıl (actual) yemeğe ve kendi görüntüsüne daha az odaklanma becerisi, beyin görsel işleme bölgelerinde azalan aktivasyon göstermektedir (Joos ve ark., 2011; Miyake ve ark., 2010; Sachdev ve ark., 2008; Santel ve ark., 2006; Uher ve ark., 2004; Vocks ve ark., 2011). Tüm bu bulguların AN belirtileri (kilo almaya ve yemeğe ilişkin şiddetli korku, beden görüntüsüne yönelik bozulmuş algı vb.) ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

Yeme bozukluklarında duygu işleme bozukluklarını ele alan beyin görüntüleme literatürünün henüz fikir birliğine varılmış bir sonuç sunmamasına karşın; fMRI çalışmaları, AN teşhisi almış bireylerde yiyecek ve bedene yönelik tepkilerde duygu işleme ile ilgili beyin bölgeleri olan amigdala, insula ve anterior singulat girusta farklılıklar ortaya koymaktadır (Friederich ve ark., 2010; Joos ve ark., 2011; Miyake ve ark., 2010; Vocks ve ark., 2011). AN tanısı almış bireylerde duygu işlemedeki bozulmanın yetersiz beslenmeden etkilenebileceğini gösteren kanıtlar da olmasına karşın; bu bireylerde yeterli besin alımından sonra da duygu işlemedeki bozulmaların devam ettiği gösterilmektedir (Jones ve ark., 2008).

Nunn ve arkadaşları (2008) tarafından öne sürülen insula bağlantısızlığı modelinde, AN teşhisi, beyin duygusal uyarılar, duygusal tepkiler ve bellek ile ilgili bölgelerinin uygun bir biçimde iletişime geçmesindeki başarısızlığı ile ilişkilendirilmektedir. İnsula, beyindeki bu bölgeleri bağlayarak dışsal çevre ve içsel denge arasındaki adaptasyonu sağlamaktadır. Dolayısıyla, frontal korteks ile hipotalamusu birbirine bağlayarak iştahın düzenlenmesinde önemli bir rol alır (Nunn ve ark., 2011). Özellikle ön (anterior) insula yeme bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Ön insula, tat ve iştahın düzenlenmesi, düşünceler ve duyguların bütünleştirilmesi, içsel farkındalık, beden durumunun gözlemlenmesi ve otonomik sinir sisteminin düzenlenmesi işlevlerinde rol oynamaktadır (Nunn ve ark., 2011; Wagner ve ark., 2008). fMRI çalışmalarında, AN teşhisi almış bireylerin insula

aktivasyonunda kontrol grupları ile karşılaştırıldıklarında farklılık saptanmıştır (Sachdev ve ark., 2008; Wagner ve ark., 2008).

Son olarak, bazı araştırmalar açlık ve tokluk ile ilişkilendirilen serotonin metabolitlerinin seviyesine odaklanmıştır. Bu araştırmaların birçoğu AN ve BN'li bireylerde serotonin düzensizliği saptamıştır (örneğin; Brewerton, 1995; Carrasco ve ark., 2000; Kaye ve ark., 2005; Steiger ve ark., 2001; Treasure ve Campbell, 1994). Bir yıldan uzun bir süredir AN veya BN belirtileri göstermeyen hastalarda serebrospinal serotonin metabolit seviyeleri yüksek kalmıştır (Kaye ve ark., 1991; 1998). İyileşmiş kadın AN ve BN hastalarının beynindeki bazı kortikal ve limbik bölgelerinde serotonin reseptörü aktivitesinde yükselme kaydedilmiştir (Culbert, Racine ve Klump, 2015). Ayrıca, AN teşhisi almış bireylerden sağlıklı kilosuna geri kazananlar, sağlıklı kilosuna geri dönemeyenlere göre serotonin alıcılarını uyaran ilaçlara daha iyi yanıt vermiştir (Attia, Haiman ve Walsh, 1998). Tüm bu çalışmalar yeme bozukluklarının serotonerjik aktivite ile ilişkili olabileceğini göstermesine karşın, aktivasyondaki farklılığın bozukluğun bir sonucu olarak mı ortaya çıktığı ya da zemin hazırlayan bir faktör olarak önceden mi var olduğu henüz belirsizdir.

Biyolojik bakış açısıyla ele alınan tedavide psikofarmakolojik ilaçlar kullanılmaktadır. Literatürde genel olarak, AN tedavisinde atipik antipsikotikler ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI); BN tedavisinde SSRI, duygudurum düzenleyicileri ve diğer anti-depresan ilaçlar; TYB tedavisinde SSRI, seçici serotonin norepinefrin geri alım inhibitörü (SNRI) ve duygudurum düzenleyicilerinin etkinliğinin araştırıldığı görülmektedir. Psikofarmakolojik ilaçların etkinliğinin ele alındığı geniş çaplı bir gözden geçirme çalışmasında (Flament, Bissada ve Spettigue, 2012), AN tedavisinde kullanılan ilaç tedavilerinin sınırlılıklarının olduğu belirtilmiştir. Tedaviye direncin sıklıkla görüldüğü AN'nin psikofarmakolojik tedavisinde psikoterapiyle beraber beslenmenin sağlanması tedavi etkinliğini arttırmaktadır. BN ve TYB tedavisinde ilaç tedavisinin orta derecede etkili olduğu ve genel olarak ilaç tedavisinin düşük iyileşme oranı sağladığı gösterilmiştir. BN ve TYB tanılı bireylerde psikofarmakolojik tedaviye ek olarak Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT) uygulamasının daha etkili olduğu belirtilmektedir (Flament ve ark., 2012).

Sonuç olarak, aile ve ikiz çalışmaları yeme bozukluklarının genetik faktörler ile ilişkili olduğunu gösteren ikna edici kanıtlar sunmaktadır. Öte yandan, yeme bozukluklarında gen ilişkisini aydınlatmak için daha fazla katılımcı sayısının olduğu kompleks araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Beyin görüntüleme çalışmalarında, yeme bozuklukları belli beyin bölgelerindeki (örneğin; insula, amigdala ve anterior singulat girus) işlemlerin bozulması ile ilişkilendirilmiştir. Araştırmalarda yeme bozuklukları tanısı serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerinde bozulma ile tutarlı bir biçimde ilişkilendirilmektedir. Öte yandan araştırmalarda, yeme bozukluklarının etiyolojisini belirginleştiren temel bir biyolojik sonuca ulaşamamıştır. Biyolojik bakış açısıyla ele alınan psikofarmakolojik tedavilerin tek başına kullanımının tedavi etkinliğinde kısıtlı sonuçlar verdiği görülmektedir. Yeme bozuklukların biyolojik kökenine dair anlayışımızı belirginleştirecek örneklem büyüklüğü yüksek ve ileri tekniklerin kullanıldığı araştırmalara ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır.

1.1.2.2. Yeme Bozukluklarında Psikolojik Bakış Açısı

1.1.2.2.1. Psikodinamik Yaklaşım

Yeme bozuklukları ile ilgili psikodinamik açıklamalar, Sigmund Freud ve takipçilerinin 20. yüzyıldan günümüze kadar olan sürede yaptığı çalışmalar temel alınarak geliştirilmiş ve genişletilmiştir. Psikodinamik teori tüm belirtilerin bilinç ve bilinçdışı düzeylerde bir anlamı olduğunun altını çizmektedir. Bu yaklaşım, dinamik bilinçdışının duygusal yaşamımızda bir rolünün olduğunu ve yaşamımızdaki psikolojik ve davranışsal temaların tekrarının kişiyi kapana sıkıştıran birikmiş, iyileşmesi zor, kişinin kendini baltalayan yaşam örüntüleri ile şekillenen dinamik bilinçdışına dayandığını öne sürmektedir (Zerbe, 1995; 2001; 2015).

Yeme bozukluklarının psikodinamik etiyolojisi ile ilgilenen araştırmacılar, çocukluk çağındaki kötü muamele, özellikle ergenlik döneminde gelişimsel çatışmalar, kendini düzenleme ve diğerleri ile olan ilişkilere yön verme problemleri gibi konular üzerinde araştırmalar ve vaka çalışmaları yaparak kilo ve beden ile aşırı meşguliyet ve düşük kendilik-değeri gibi belirtilerin altında yatan unsurlara açıklık getirmeye çalışmaktadır. Psikodinamik teori, yeme bozuklukları belirtilerini bireyin

kişisel sorununu doğrudan ve verimli bir biçimde ele alarak bilinç düzeyine getirme konusunda direnç göstermesi sonucuyla oluşan duygusal acının bir tür ifadesi olarak açıklamaktadır. Yeme bozukluğu belirtileri gösteren kişiler yaşamın getirdiği sıkıntılarla yiyeceği kısıtlama, tıkinırcasına yeme, kusma gibi bozulmuş yeme davranışları kullanarak baş etmeye çalışmaktadır. Örneğin; psikodinamik yaklaşıma göre, anoreksik hastalarda görülen şiddetli kilo alma korkusu kişinin bilinçli bir biçimde farkında olmadığı dürtüleri, ihtiyaçları ve beklentileri ile tetiklenebilmektedir (Zerbe, 2015).

Beslenme eylemi, doğumdan itibaren tüm yaşamımız boyunca açlığımızı yatıştıracak en temel ihtiyaçlarımızdan biri olmasının yanında, yaşamımızın ilk yıllarında bebek ile bakım veren ilişkisini de içermesi bakımından psikolojik gelişimimizde önemli bir yere sahiptir. Bu açıdan bakıldığında, yeme eylemi açlığı yatıştırma işlevinin yanında, bireye psikolojik ödül, tatmin ve rahatlık da sağlamaktadır (Zerbe, 1995; 2015). Bu bağlamda, bilinçdışında yiyecek, sevgi (ve dolayısıyla anne) ile eşleştirilir (Glucksman, 1989). Psikodinamik teori, yeme bozukluğu olan bireylerde yeme ve beden imajı arasındaki ilişkinin birey için anlamına ve bireyin hayatında yiyeceğin oynadığı rolü anlamaya odaklanır. Dolayısıyla, terapide yiyecek ve yeme üzerine konuşmak hastanın bilinçdışı hayatına, anılarına, çatışmalarına, gelişimsel çabalarına ve aile dinamiklerine ulaşmak için bir yoldur (Zerbe, 2015).

Yeme bozukluklarında psikodinamik tedavi, hastaların gösterdikleri yeme bozuklukları belirtilerini anlamlandırmalarını sağlamaya odaklanarak, bu bağlamda kullandıkları uyumsuz başa çıkma modlarını yenmelerini ve genel yaşam kalitelerini yükseltmelerini sağlayacak yollar bulmasına yardımcı olur (Zerbe, 2001). Yeme bozukluklarında kullanılan psikodinamik terapiler kısa süreli semptom iyileşmesine odaklanmak yerine, yeme bozukluklarının zemininde yer aldığı düşünülen, gelişim aşamasında önemli bir yere sahip olan çocukluk ve yetişkinlik travmaları, yası tam tutulmamış kayıplar, ebeveyn uyumsuzlukları, yaşa uygun ayrışma-bireyselleşme işleminde başarısız girişimler ve yetersiz kendini olumlamayı içeren unsurları ayrıştırmayı hedefler (Zerbe, 1995; 1996; 2001). Dolayısıyla, diğer tedavi

yöntemlerine göre uzun soluklu bir tedavi yöntemidir (Zerbe, 2015). Psikodinamik terapilerde, her vakanın biricikliği vurgulanır. Bu yaklaşımı kullanan terapist, hastanın hikayesini dikkatlice dinler ve hastanın hayatındaki sıkıntılı anıları, rahatsız edici duyguları, çocukluğunda ve yetişkinliğinde yer alan bozulmuş ilişkilerini işlemlemeyi öğrenmesine yardımcı olur (Zerbe, 2001). Psikodinamik terapilerde, terapötik ilişki içerisinde hastayı anlamak terapinin gidişatında kılavuzluk eder (Zerbe, 1995; 2001; 2015). Yeme bozukluklarını bir tür ilişkisel bozukluk olarak ele alan psikodinamik terapiler; hasta-terapist ilişkisindeki aktarıma odaklanarak empatik dinleme, yansıtma ve yüzleştirme tekniklerini kullanarak hastanın yaşadığı çatışmanın rolünü anlamaya yoğunlaşmaktadır (Zerbe, 2007).

Psikodinamik terapi uygulamaları tamamlanması uzun sürdüğü ve hastaya özgü tasarlandığı için standardize bir uygulama yöntemi barındırmamaktadır. Bu durum, metodolojik açıdan araştırmaların etkililiğinin değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır (Abbate-Daga ve ark., 2016). Genel olarak, yeme bozukluklarında psikodinamik tedavilerin etkililiğini destekleyen çalışmalar AN üzerine yoğunlaşmaktadır. AN'nin tedavisinde psikodinamik terapilerin BDT ve aile terapileri kadar etkili olduğu (Dare ve ark., 2001; Zipfel ve ark., 2014) ve genel tedavi alan gruba ve hiç tedavi almayan gruba göre daha etkili olduğu (Gowers ve ark., 1994) bulunmuştur. BN ve TYB tedavisi ile ilgili psikodinamik terapilerin kullanıldığı etkililik araştırmalarının kısıtlı olduğu görülmektedir (Abbate-Daga ve ark., 2016; Murphy, Russell ve Waller, 2005). Araştırmalarda, psikodinamik tedavilerin kısa süreli BN semptom iyileşmesinde BDT'ye göre daha az etkili olduğu gösterilmektedir (Abbate-Daga ve ark., 2016; Poulsen ve ark., 2014; Stefini ve ark., 2017). BN ve TYB tedavisinde belirtinin/davranışın odak alındığı kısa süreli psikoterapi tedavilerinin daha etkili olduğu belirtilmektedir (Murphy ve ark., 2005).

Sonuç olarak, psikodinamik yaklaşımlar hastaya özgü geniş bir bilgi topladığından, yeme bozukluklarının anlaşılmasında yararlanabilecek zengin bir açıklama sunması bakımından önemlidir (Zerbe, 2001). Öte yandan, yeme bozukluklarının etiyolojisini anlamlandırmada sınırlı bir bakış açısına sahip olduğu görülmektedir. Psikodinamik yaklaşımın AN hastalarında etkili olabilecek bir tedavi

olmakla beraber, diğer yeme bozuklukları için tedavi etkinliği açısından kısıtlı olduğu anlaşılmaktadır.

1.1.2.2.2. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Yeme bozukluklarında bilişsel-davranışçı modeller 30 seneyi aşkın süredir AN ve BN üzerine yapılan birbirinden bağımsız çalışmalar ile şekillenmiştir (Fairburn, 1981; Garner ve Bemis, 1982). Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre, psikopatolojilerin temelinde bireylerin işlevsel olmayan bilgi işleme süreçleri yer almaktadır. İşlevsel olmayan bilgi işleme süreçleri hastaları uyumsuz davranış ve duygulara itmektedir. Dolayısıyla, BDT'nin hedefi, uyumsuz davranış ve duygulara iten işlevsel olmayan düşüncelerin, varsayımların ve inançların değiştirilmesine yardımcı olarak bireylerin psikopatolojilerinde kalıcı bir düzelme sağlamaktır (Beck, 2011).

Bilişsel-davranışçı yaklaşım, yeme bozuklukları belirtilerinin sürdürülmesinde kişinin idealize ettiği kilo ve beden şekline erişmesine yüksek bir değer atfetmesi ile birlikte üç temel alanda işlevsel olmayan inancının etken olduğunu öne sürmektedir. Bu üç temel inanç; (1) kilo ve beden şekline dair gerçekçi olmayan beklentiler, (2) kendini değerli hissetmek için kilo ve beden şeklinin bu beklentileri karşılaması gerektiği inancı, (3) yiyeceklere dair ve yiyeceklerin kiloyu nasıl etkilediğine dair yanlış inançlardır. Böylece, beden şeklini ve kiloyu kontrol etme çabası bireyleri katı bir diyet uygulamaya ve sonrasında fiziksel ve psikolojik yoksunluğa götürür. Bu yoksunluk, bazı bireyleri aşırı yeme kontrolünü kaybetmeye elverişli hale getirir. Yeme bozukluklarında BDT'nin hedefi, az ve aşırı yeme eğilimlerini sağlıklı yeme alışkanlıkları kazandırarak değiştirmektir. Bunun yanında, beden şekli ve kiloya ilişkin uyumsuz tutumlara da odaklanılır. Tedavi, varsa kilo kontrolüne yönelik telafi edici yeme davranışlarının durdurulmasını ve nüksü önleyici becerilerin kazandırılmasını da içerir (Geller ve Dunn, 2011).

Yeme bozukluklarında BDT'nin etkililiğini inceleyen çalışmalar, BN ve TYB'nin tedavisinde BDT'nin kontrol grubuna göre daha etkili olduğunu saptamıştır (Hay ve ark., 2009; Linardon, 2018; Linardon, Wade ve ark., 2017a; 2017b; Traviss-Turner, West ve Hill, 2017; Vocks ve ark., 2010). Bunun yanında BDT'nin bulimik

belirtileri azaltmada kontrol grubundan, diğer psikoterapi yöntemlerinden ve psikofarmakolojik tedavilerden daha etkili olduğu gösterilmektedir (British Psychological Society, 2004; Fairburn ve ark., 2003; Fairburn ve Harrison, 2003; Linardon, Wade ve ark., 2017a; Wilson, 1999). Öte yandan, AN'nin tedavisinde BDT'nin kısmi bir etkisinin olduğu belirtilmektedir (Treasure ve Schmidt, 1999; Waller ve ark., 2008). AN'nin tedavisinde BDT'nin kısıtlı etkililiğinin sebebinin, AN tanılı bireylerde şiddetli bilişsel katılık olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Brown ve Keel, 2012). Ayrıca, yeme bozukluklarında BDT'de % 24 olarak bulgularan terapiyi bırakma oranı yeme bozukluklarının tedavisinin etkililiğini düşüren önemli bir sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır (Linardon, Hindle ve Brennan, 2018)

BDT'nin yeme bozukluklarında görülen sınırlılıkları transdiagnostik bir bakış açısıyla daha geniş bir bilişsel-davranışçı model geliştirilmesini sağlamıştır. Genişletilmiş-BDT (G-BDT) adı verilen bu revize edilmiş terapi modeli, yeme bozukluğu psikopatolojisini yeme bozuklukları tanısından ziyade, bozulmuş yeme davranışlarının sürdürücü mekanizmalarına odaklanarak tedavi etmeyi hedeflemektedir (Fairburn, 2008; Murphy ve ark., 2010). “Genişletilmiş” olarak tanımlanmasının sebebi, yeme bozukluklarının iyileşmesine katkı sunacak birtakım yeni stratejiler ve prosedürler eklenmiş olmasıdır. Bu yeni eklemeler, temel yeme psikopatolojisini sürdüren dört temel faktörün (klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, kişiler arası problemler ve duygu düzenlemede güçlükler) iyileştirilmesini de içermektedir (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003; Murphy ve ark., 2010). Bunun yanında klasik uygulamadan önemli bir farkı; doğrudan bilişsel yeniden yapılandırmaya odaklanmak yerine, davranışta stratejik değişiklikler kullanarak düşünce kalıplarını değiştirmeye odaklanmasıdır (Murphy ve ark., 2010). Yeme bozukluklarında G-BDT ile yapılan kontrol grubu olan ve olmayan etkililik çalışmaları, G-BDT'nin yeme bozuklukları temel psikopatolojisinde ve bozulmuş yeme davranışlarında (genel yeme bozukluğu şiddeti, kısıtlama davranışı, kilo ve yiyecek ile ilgili kaygılar vb.) anlamlı derecede azalma sağladığını göstermektedir (Byrne ve ark., 2011; Calugi, Ghoch ve Dalle Grave, 2017; Fairburn ve ark., 2013; Garte ve ark., 2015; Knott, Woodward ve Hoefkens, 2015; Signorini ve ark., 2018;

Watson ve ark., 2012). Bu etkilerin izlemede kalıcı olduğu gösterilmektedir. Özellikle, AN teşhisi olan bireylerin BKİ'sini arttırmada geniş bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir (Bryne ve ark., 2017; Dalle Grave ve ark., 2018; Fairburn ve ark., 2013; Frostad ve ark., 2018; Zipfel ve ark., 2014). Bunun yanında, yeme bozukluklarında diğer BDT uygulamaları ile karşılaştırıldığında daha az terapiyi bırakma oranlarına sahip olduğu bulunmuştur (Linardon ve ark., 2018). Bu çalışmanın ana konusu olan “transdiagnostik modelde yeme bozuklukları” bir sonraki bölümde daha detaylı bir biçimde ele alınmıştır.

Yeme bozukluklarında BDT'nin etkililiği randomize kontrollü çalışmalar dahil birçok çalışmada gösterilmesine karşın, terapiyi bırakma (drop-out), nüks ve iyileşme derecesi oranları dikkate alındığında tedavide sonuçları olumlu yönde etkileyebilecek yeniliklere ihtiyaç olabileceği fikri doğmuştur (Linardon, Fairburn ve ark., 2017). Genişletilmiş versiyon G-BDT'nin uygulanmasıyla gözlenen artan terapiyi sürdürme ve iyileşme oranları, yeme bozukluklarında daha geniş uygulamaların eklenmesinin etkili olabileceğini düşündürmüştür (Wonderlich ve ark., 2014). Bu bağlamda, yeme bozukluklarında alternatif bir tedavi olarak üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapilerin (kabul ve kararlılık terapisi, diyalektik davranış terapisi, şema terapi, şefkat-odaklı terapi, mindfulness odaklı müdahaleler, metakognitif terapi vb.) uygulanması konusunu gün yüzüne çıkmıştır (Juarascio ve ark., 2017). Genel olarak, üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler, klasik BDT uygulamalarını (kendini denetleme, maruz bırakma, tepki önleme gibi) içermesinin yanında, psikolojik işlevselliği ve klinik değişimi iyileştirecek yeni metot ve varsayımlar içermektedir (Hayes, 2004). BDT direk olarak bilişsel işlemlerin içeriğini ve geçerliliğini hedef alırken, üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler bilişlerin ve duyguların işlevlerini veya farkındalığını hedef alır (Hofmann ve Asmundson, 2008). Dolayısıyla, üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapiler kabulü, bilinçli farkındalığı (mindfulness), metakognisyonu, psikolojik esnemeyi sağlayacak ve deneyimsel kaçınmayı (experiential avoidance) azaltacak stratejilere odaklanır (Hayes ve ark., 2011). Bu terapiler, tepki odaklı duygu düzenleme stratejilerini (yani, duygu deneyimini ve ifadesini hafifleten stratejiler) kullanırken, BDT öncül-odaklı duygu düzenleme stratejilerini (yani, duygu tepkisinin aktive olmasını önleyen stratejiler) kullanır (Hofmann ve Asmundson, 2008). Yeme

bozukluğunun tedavisinde üçüncü dalga bilişsel-davranışçı terapilerin belirtileri iyileştirmede kontrol grubuna göre daha etkili olduğu; fakat BDT, kişiler arası terapi gibi diğer psikoterapi yöntemleri ile karşılaştırıldığında daha etkili olmadığı gösterilmektedir (Linardon, Fairburn ve ark., 2017). Diyalektik davranış terapisi (Chen ve ark., 2016; Hill, Craighead ve Safer, 2011; Masson ve ark., 2013; Safer ve Robinson, 2010; Safer, Telch ve Agras, 2001; Telch, Agras ve Linehan, 2001), şema terapi (McIntosh ve ark., 2016), şefkat-odaklı terapi (Kelly ve Carter, 2015; Kelly ve ark., 2016) ve mindfulness odaklı müdahaleler (Kristeller, Wolever ve Sheets, 2014) yeme bozukluklarında kontrol grubundan daha etkili olarak çalışmalarda öne çıkan üçüncü dalga bilişsel davranışçı terapi yöntemleri olmasına karşın, bu terapi yöntemlerini kullanan araştırmaların sınırlı olduğu ve örneklem büyüklüğünün yüksek olduğu daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Sonuç olarak, tüm bu araştırmalar bilişsel davranışçı terapilerin yeme bozukluklarının etiyolojisini anlamada ve tedavisinde önemli katkılarının olduğunu göstermektedir. Günümüzde BDT yeme bozukluklarının tedavisindeki kanıta dayalı başarısıyla en önde yer alan terapi yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır (Linardon, Fairburn ve ark., 2017). Öte yandan, yeme bozukluklarını bütüncül bir şekilde anlamlandırmada kısıtlı olduğu görülmektedir. Bilişsel-davranışçı yaklaşım, başarısıyla günümüzde yeme bozukluklarının kavramsallaştırılmasında ve tedavisinde güçlü bir model olarak gelişmeye ve yenilenmeye devam etmektedir.

1.1.2.3. Yeme Bozukluklarında Sosyokültürel Bakış Açısı

Sosyokültürel bakış açısı, maruz kalınan günlük çevresel deneyimlerin kişinin kendisini fiziksel olarak nasıl gördüğü (beden imajı), kendisini nasıl diğerleri ile karşılaştırdığı (görünüm karşılaştırmaları) ve görünüm ile ilişkili hâkim sosyal normlara uyma konusunda düşüncelerini nasıl uyumlandığı (sosyal ideallerin içselleştirilmesi) üzerine odaklanır. Sosyokültürel yaklaşıma göre, maruz kalınan çevresel deneyimler bireyin kendisi ve diğerleri için daha kabul edilebilir bir beden yaratmak üzere kişileri bozulmuş yeme davranışları (yiyecek kısıtlama ve kendini kusturma gibi) yapmaya yöneltir (Ata, Schaefer ve Thompson, 2015). Sosyokültürel modeller, batılı kültürlerce benimsenen zayıflığın güzel olduğu algısının altını

çizmektedir. Buna göre, idealin zayıf olmak olduğu fikrine sürekli olarak maruz kalmak ve süreç içerisinde bu fikri içselleştiriyor olmak sonrasında kişiyi gerçek ile ideal bedeni arasındaki farkı gözlemlemeye yönelterek kişinin bedeni ile ilgili memnuniyetsizlik yaşamasına sebep olur. Böylece, kişi yiyecek kısıtlama ve kusturma gibi bozulmuş yeme davranışlarına yönelir (Fitzsimmons-Craft ve ark., 2012; Stice ve Shaw, 2002; Striegel-Moore ve ark., 1986.)

Beden imajı ve yeme bozuklukları alanlarında en fazla üzerinde durulan sosyokültürel faktörler medya ve kişiler arası değişkenlerdir (Carlson-Jones, 2012; Levine, 2012). Televizyon, dergiler, filmler, internet ve sosyal medyada maruz kalınan görünüm idealleri ve bu ideallere dair mesajların değerlendirilmesi çalışmaların odak noktası olmuştur. Örneğin; Becker ve arkadaşlarının Fiji’de ortalama 17 yaşında olan kız öğrenciler ile yapmış olduğu araştırmada, televizyonun adaya gelmesinden önce ve üç sene sonra aynı yaş grubu ve okulda veri toplanmış, televizyonun adaya gelmesinin ardından adadaki kız öğrencilerin güzellik algısının zayıf olmak üzerine değiştiği gözlemlenmiş ve katılımcılarda daha fazla bozulmuş yeme davranışları saptanmıştır (Becker ve ark., 2002). Başka bir araştırmada, televizyon sahibi olmaması ya da televizyon izlememesi fark etmeksizin, arkadaşının televizyon izleme miktarının kız çocukların beden imajını etkilediği gösterilmiştir (Becker ve ark., 2011). Türkiye’de yapılan bir araştırmada, yeme bozukluğu teşhisi almış kişiler kontrol grubu ile kıyaslandığında, zayıf olmalarına yönelik daha fazla sosyokültürel (aile, akran ve medya) baskıya maruz kaldıkları, ince olma ve çekici olma ideallerinin daha fazla içselleştirdikleri ve daha fazla sosyal medyada zaman harcadıkları görülmüştür (Yokuşoğlu, 2018). Kişinin içinde bulunduğu sosyal ağın yeme bozukluğu geliştirme riskini şiddetli bir biçimde etkilediği anlaşılmaktadır. Kişinin ailesi, arkadaşları, öğretmenleri veya diğer bağlantıları ile iletişimde maruz kaldığı görünüm ile ilişkili yorumlar, bu iletişimde görünüm ile ilgili kaygının model alınması (örneğin; annenin kendi beden imajı ile ilgili konuşmasının çocuğu etkilemesi) veya beden görünümü kaygılarını düzenlemek için doğrudan bilgi alınması (örneğin; bir arkadaşın popüler bir diyeti önermesi) yeme davranışlarını değiştirmektedir (Ata ve ark., 2015).

Literatürde, sosyokültürel modelleri kısmi destekleyen kanıtlara ulaşmaktayız (Striegel-Moore ve Bulik, 2007). Bu kanıtlar; yeme bozukluklarında dengesiz cinsiyet

oranı, ideal beden görünümü zayıfladıkça yeme bozuklukları tanılarının artması, kadın beden zayıflığının daha değerli görüldüğü kültürlerde yeme bozukluklarının daha yaygın olması ve içselleştirilmiş zayıflık idealinin anlamlı bir biçimde bozulmuş yeme davranışlarını yordamasını içermektedir. Öte yandan, sosyokültürel yaklaşım, yeme bozukluklarının etiyolojisini tek başına açıklamada oldukça yetersiz kalmaktadır. Örneğin; tüm genç kızlar zayıf beden idealine maruz kalır ve birçoğu da bu ideali içselleştirebilirken, çok azı yeme bozuklukları tam tanısı almaktadır (Striegel-Moore ve ark., 1986). Bunun bir sebebi, genetik faktörlerin ve genetik-çevre etkileşiminin işin içine giriyor olması olabilir. İnce görünüme yönelik sosyokültürel baskılar kişide olan genetik bir yatkınlığı tetikleyerek kişinin bozulmuş yeme davranışlarına karşı daha hassas olmasına yol açabilir.

Sonuç olarak, sosyokültürel yaklaşım yeme bozukluklarının etiyolojisini anlamlandırmada kanıtlar sunmasının yanında, sınırlı bir bakış açısına sahip olduğu görülmektedir. Genetik ya da biyolojik değişkenlerin sosyokültürel değişkenlerle beraber ele alındığı bütüncül yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.1.2.4.Yeme Bozukluklarında Bireysel Faktörlere Dair Açıklamalar

Yeme bozukluklarının oluşumunda biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin yanında bireysel değişkenlerin de risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir. Örneğin; ince görünüme aşırı önem veren toplumlarda yaşayan bireylerin hepsi yeme bozuklukları belirtileri göstermemektedir. Bu noktada, diğer olası faktörlerin kişinin yeme bozukluğu geliştirme yatkınlığını arttırabileceği düşünülmektedir. Bu faktörler doğasında biyolojik veya psikolojik olabilir ve genetik-çevre etkileşimini içinde barındırabilir. Örneğin; genetik faktörler bireyin kişilik özelliklerini (mükemmeliyetçilik gibi) etkileyerek, sosyokültürel baskılara bozulmuş yeme davranışlarıyla yanıt vermesine sebep olabilir (Hooley ve ark., 2017).

Bireysel risk faktörleri; kadın olmak (Jacobi ve ark., 2004a), mükemmeliyetçilik (Bardone-Cone ve ark., 2007; Halmi ve ark., 2000; Stice, 2002), zayıflık idealinin içselleştirilmesi (McKnight Investigators, 2003; Stice, 2002; 2016), öz-saygının düşüklüğü (Polivy ve Herman, 2002; Vohs ve ark., 1999), olumsuz beden

imajı ve beden memnuniyetsizliği (McKnight Investigators, 2003, Stice 2016; Stice, Marti ve Durant, 2011), düşük veya yükselen BKİ (Stice, 2016), diyet yapmak (Jacobi ve ark., 2004a; Striegel-Moore ve Bulik, 2007), olumsuz duygulanım (Johnson ve ark., 2002b; Leon ve ark., 1997; Stice, 2016), çocukluk cinsel istismarı (Jacobi ve ark., 2004a; Johnson ve ark. 2002a) ve iç içe geçen veya eleştirel, mükemmeliyetçi aileye sahip olmak (Polivy ve Herman, 2002; Woodside ve ark., 2002) olarak öne çıkmaktadır. Bu risk faktörlerinin tek başına etkisinden ziyade, birbirleri ile etkileşimlerinin ele alındığı yeme bozuklukları üzerine araştırmalar göze çarpmaktadır. Örneğin; mükemmeliyetçilik, beden memnuniyetsizliği ve düşük öz-saygı birleşerek BN başlangıcını yordamaktadır. Yüksek öz-saygısı olan kişilerde ise, beden memnuniyetsizliği ve mükemmeliyetçiliğin birleşimi etkili kilo kontrol davranışları ile sonuçlanmaktadır (Vohs ve ark., 1999; 2001). Başka bir örnekte; görünüme aşırı verilen önem (appearance overvaluation), yükselen BKİ ve diyet yapmanın birleşimi tıknırcasına yeme davranışı riskini yükseltmektedir. Olumsuz duygulanım ise; beden memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğu başlangıcı arasındaki yordayıcı etkiyi arttırmaktadır (Stice, 2016). Bireysel risk faktörlerinin kapsamlı bir şekilde potansiyel etkileşimlerinin ele alındığı araştırmalar yeme bozukluğu etiyojisine dair anlayışımızı genişletecektir. Öte yandan, literatürde yeme bozukluklarında bu risk faktörlerini kapsayıcı bir biçimde test eden araştırmalar bulunmamaktadır (Stice, 2016).

Sonuç olarak, yeme bozukluklarının tek bir sebebi olmaması ve biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve bireysel birçok değişkeni içerisinde barındırıyor olması yeme bozukluklarını açıklamaya çalışan farklı bakış açıların geliştirilmesine sebep olmuştur. Biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve bireysel değişkenleri içerisine alan bu bakış açıları birbirinden bağımsız olarak yeme bozukluklarının etiyojisini anlamlandırmaya çalışmaktadır. Bu bakış açılarının her birinin yeme bozukluklarının etiyojisini anlamada belli sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunun yanında, bu bakış açıları bütüncül bir şekilde yeme bozukluklarını ele almamaktadır. Dolayısıyla, yeme bozukluklarının etiyojisini kapsayıcı bir biçimde anlamaktan uzak olduğumuzu söyleyebileceğimiz gibi tedavisinde de istenen düzeyde uzun vadeli sonuçlar alınamamaktadır. Bu bağlamda, yeme bozukluklarının etiyojisini ve tedavisini daha

iyi anlamak üzere öne çıkan güncel yaklaşımlardan transdiagnostik model (Fairburn ve ark., 2003) bir sonraki bölümde detaylı bir biçimde ele alınacaktır.

1.2. Transdiagnostik Model, Yeme Bozuklukları ve Yeme Davranışları

Yeme bozuklarını tanı ölçütlerine göre sınıflandıran DSM-5 (APA, 2013), AN, BN ve TYB'nin birbirinden ayrı klinik durumlar olduğunu ve her birinin ayrı formlarda tedavi gerektirdiğini öne süren bir görüşü desteklemektedir (Fairburn ve Cooper, 2014). Öte yandan, yeme bozukluklarının klinik özellikleri ve seyri göz önüne alındığında bu görüş desteklenmemektedir (Fairburn ve ark., 2003; Fairburn ve Harrison, 2003). Yapılan araştırmalarda, yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin yaşam süresi içerisinde farklı yeme bozuklukları tanıları arasında yer değiştirdikleri (örneğin; ergenlik döneminde BN tanısı almış bir hastanın, yetişkinlik döneminde TYB tanısı alması) belirtilmektedir (Castellini ve ark., 2011; Fichter ve Quadflieg, 2007; Milos ve ark., 2005; Stice ve ark., 2013). Bu yer değiştirme, yeme bozuklukları alt tanılarının birbiri ile ortak bir psikopatolojiyi paylaştığını göstermektedir. Bu yüzden, yeme bozuklukları psikopatolojisinin sürdürülmesinde tanımlar arası (transdiagnostik) mekanizmaların olduğu öne sürülmüştür (Fairburn ve ark., 2003). Transdiagnostik model, yeme bozuklukları alt kategorilerinin farklı çeşitte semptomlar içermesine rağmen, yeme bozuklukları belirtilerinin birbiri ile örtüştüğünü ve benzer kavramsal örüntüler gösterdiğini öne sürmektedir. Dolayısıyla, yeme bozukluğunu sürdüren ortak mekanizmaların ele alındığı bir tedavinin her bir yeme bozukluğu için etkili olabileceği belirtilmektedir (Fairburn ve ark., 2003). Transdiagnostik teori, AN ve BN'ye yönelik bilişsel-davranışçı formülasyonu kapsamakta ve bu formülasyonu tüm yeme bozukluklarına genişletmektedir. Bunun yanında, iyileşmeyi engelleyen dört sürdürücü faktörün (klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, sınırlı duygudurum toleransı ve kişiler arası güçlükler) temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile etkileşimini ele alarak BDT'yi daha geniş bir formda yeniden düzenlemektedir (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003). Transdiagnostik modeli daha iyi anlamak için öncelikle bilişsel-davranışçı teoride yeme bozukluklarını sürdüren faktörler ele

alınacak ve takip eden kısımda transdiagnostik model detaylı bir biçimde anlatılacaktır.

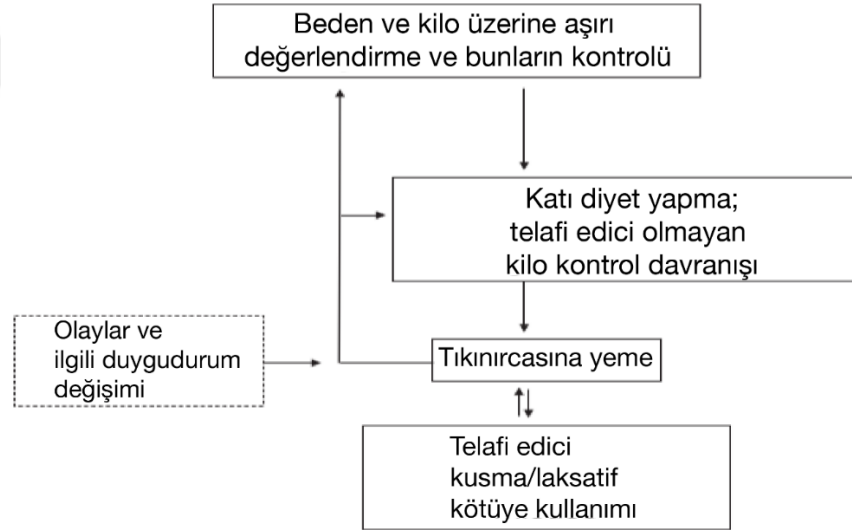
1.2.1. Bilişsel-Davranışçı Teoride Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarında bilişsel-davranışçı teoriye göre, tüm yeme bozuklukları tanıdan bağımsız olarak bilişsel bozukluklardır ve hepsi belli bir ortak özellik taşır. Bu özelliğe temel yeme bozuklukları psikopatolojisi denmektedir. Bu ortak özellik, yeme bozukluğu hastalarının kendilerini büyük ölçüde beden şekilleri ve kilolarına ve de bunları kontrol becerilerine göre değerlendirmesidir; oysa, bireylerin büyük bir bölümü kendilerini yaşamın çeşitli alanlarındaki (örneğin; ilişkilerinin niteliği, iş performansı, akademik performans) algılanan performanslarına göre değerlendirirler (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003).

Bilişsel-davranışçı teoriye göre, BN'nin sürdürülmesindeki temel etken, BN tanısı almış bireylerin kendini değerlendirmelerindeki bozulmuş şemaya dayanmaktadır. Bu bireyler, kendilerini çoğunlukla beden şekilleri, kiloları ve bunları kontrol etme becerileri üzerine yargırlar. Dolayısıyla, BN tanısı almış bireylerin yaşamı yediklerini kontrol ederek ve sürekli kilo vermeye çalışarak beden şekli, kilo ve yemeğe odaklı hale gelir. Bununla birlikte; aşırı yeme, şişmanlık ve kilo alımından kesinlikle kaçınılır. BN'nin belirtileri, temel yeme psikopatolojisinden kaynaklanır. Temel yeme psikopatolojisi kişiyi kilo kontrol davranışlarına (yiyeceği kısıtlama, bedeni kontrol etme gibi) yönlendirir (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003; Fairburn ve Cooper, 2014).

BN'nin temel yeme psikopatolojisi ile direk ilişkili olmayan belirtisi tıknırcasına yemedir. Bilişsel-davranışçı teoride tıknırcasına yeme, BN teşhisi almış bireylerin yiyeceklerini kısıtlama girişimlerinin bir ürünü olarak gösterilmektedir. Bu bireyler, çok spesifik ve katı diyet kurallarına uymaya çalışırlar. Bu diyet kurallarını takip etmesi çok zor olduğundan kaçınılmaz olarak diyet kurallarında sapmalar yaşanır ve kişi bu sapmaları kendine hâkim olmada yetersizlik olarak değerlendirir. Sonuç olarak, kişi kısıtlama girişimlerini geçici olarak bırakarak yeme dürtüsüne teslim olur. Yiyeceği kısıtlama girişimleri tekrarlı bir biçimde tıknırcasına yeme atakları ile bölünür. Tıknırcasına yeme, hastaların yemeyi, bedeni ve kiloyu kontrol etme

endişelerini şiddetlendirerek temel yeme psikopatolojisinin sürdürülmesini sağlar ve bu durum kişiyi daha fazla yiyecek kısıtlamaya yönlendirerek tıknırcasına yeme atağı riskini artırır. BN hastalarının diyetten sapmaları ve tıknırcasına yemeleri yaşam zorluklarına ve bu zorluklarla ilişkili duygudurumlarına verdikleri tepki olarak ortaya çıkar; çünkü tıknırcasına yeme bu bireylerde yaşam zorluklarına yönelik dikkati dağıtır ve olumsuz duygulanımı yatıştırır. Tıknırcasına yemenin sonrasında ortaya çıkan telafi edici çıkartma davranışı (örneğin; kusma, laksatif ya da idrar söktürücü kullanımı) tıknırcasına yeme davranışının sürdürülmesini sağlar. BN hastaları, çıkartma davranışının kalori alımını engellediğine dair yanlış bir inanca sahip olarak, çıkartmayı tıknırcasına yemenin bir panzehiri gibi kullanarak bu davranışları sürdürür (Fairburn, 2008; 2013; Fairburn ve ark., 2003; Fairburn ve Cooper, 2014). Bu formülasyonun şematik görünümü Şekil 1’de gösterilmektedir.

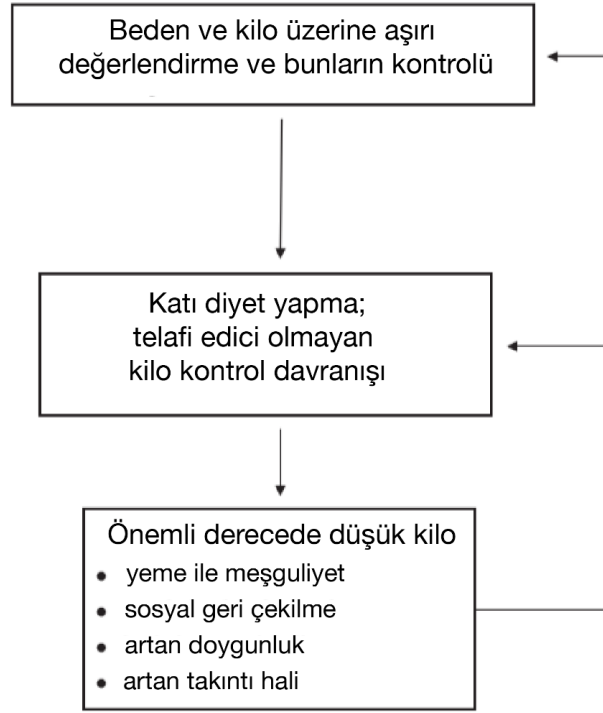


Şekil 1. Bilişsel-Davranışçı Teoride Bulimiya Nervozanın Sürdürülmesi^a

^a Fairburn (2008)’den alınarak yazar tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir.

AN ve BN teşhisi alan hastalar aynı temel yeme psikopatolojisini paylaşır ve benzer tutumlar ve davranışlar gösterir. AN teşhisi alan hastalar, BN teşhisi alan hastalar gibi yiyecek alımını katı bir biçimde kısıtlar ve kendini kusturma, laksatif veya diuretik kullanımı ve aşırı egzersiz gibi telafi edici davranışlar gösterirler. Tıknırcasına yeme bu iki bozukluğu birbirinden ayırmaz; çünkü AN’nin tıknırcasına

yeme/çıkartma alt-tipinde tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışları döngüsü görülür. Bu iki bozukluk arasındaki temel fark, fazla yeme ve az yeme arasındaki denge ve bunun beden ağırlığına yansımaları ile ilişkilidir. BN’de beden ağırlığı genellikle önemsenen bir konu değilken, AN’de az yiyerek beden ağırlığının aşırı düşük olması ve kendini aç bırakma davranışları bozukluğun devamlılığını sağlar. Kendini aç bırakma sürecinde sosyal geri çekilme, kişiyi dış dünyadan soyutlar ve yeme, beden şekli ve kilo üzerine dışardan gelen endişelerden izole ederek davranışın sürdürülmesine olanak tanır (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003; Fairburn ve Cooper, 2014). Şekil 2’de bilişsel-davranışçı teoride AN’nin kısıtlayıcı alt-tipinin formülasyonu gösterilmektedir.

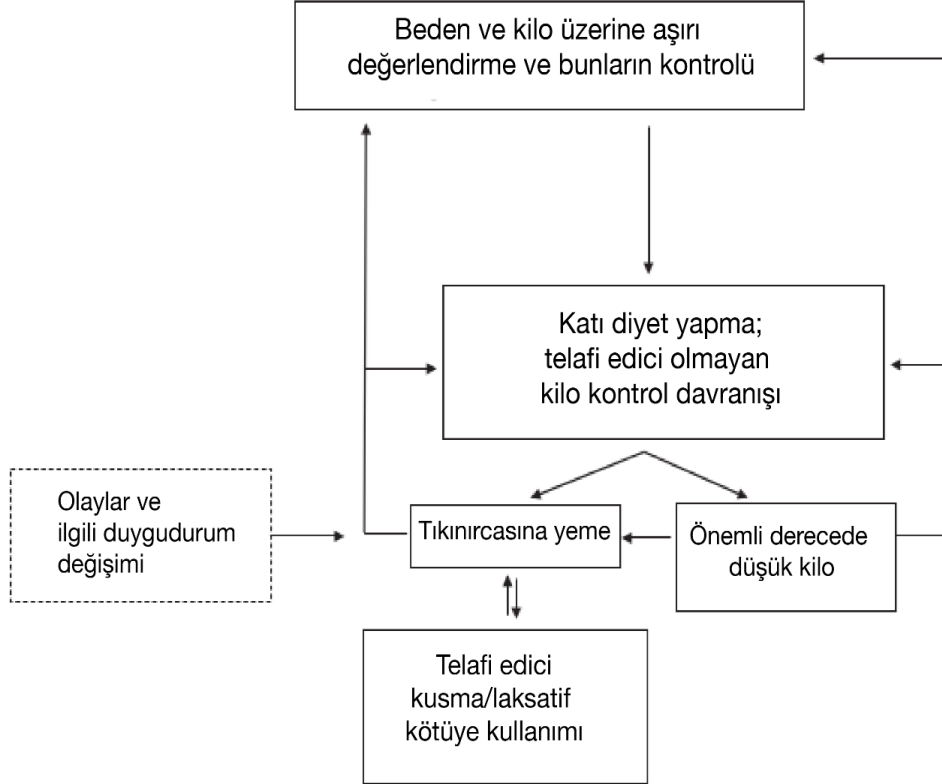


Şekil 2. Bilişsel-Davranışçı Teoride Anoreksiya Nervozanın Sürdürülmesi^a

^a Fairburn (2008)’den alınarak yazar tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir.

BN ve AN’yi sürdüren süreçler diğer yeme bozukluklarının klinik görünümünde de gözükmemektedir. BN ve AN kısıtlayıcı alt-tipi formülasyonlarının birleşimini gösteren bilişsel-davranışçı transdiagnostik formülasyon Şekil 3’te gösterilmektedir. Gösterilen yeme bozukluğu psikopatolojisine göre hangi süreçlerin

çalıştığı her bir yeme bozukluğu hastasına göre değişmektedir. Bazı vakalarda sınırlı sayıda süreç aktifken (örneğin; TYB vakalarının çoğunda), diğerlerinde (örneğin; AN tıknırcasına yeme/çıkartma alt-tipi vakalarında) birçok süreç çalışmaktadır (Fairburn ve ark., 2003; Fairburn ve Cooper, 2014).



Şekil 3. Yeme Bozukluklarında Bilişsel-Davranışçı Transdiagnostik Formülasyon^a

^a Fairburn (2008)'den alınarak yazar tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

Sonuç olarak, bilişsel-davranışçı teoride yeme bozukluklarını sürdüren süreçlerin birbirleriyle örtüştüğü görülmektedir. Tüm yeme bozukluklarının benzer klinik özelliklere sahip olduğu, aralarındaki temel farkın az-yeme ve fazla-yeme arasındaki denge ve bunun beden ağırlığına yansımaları olduğu sonucuna varılmaktadır (Fairburn ve ark., 2003). Bir sonraki bölümde transdiagnostik model ve bozulmuş yeme davranışları detaylı bir biçimde ele alınacaktır.

1.2.2. Transdiagnostik Model ve Bozulmuş Yeme Davranışları

Transdiagnostik model, yeme bozukluklarını geleneksel kategorik (tanısal) kavramsallaştırmanın dışında anlamak için tasarlanmış ve BN’de görülen sürdürücü değişkenlerin tüm yeme bozukluklarında çalıştığını öne sürmüştür. Dolayısıyla, BN için bilişsel-davranışçı modelin bir uzantısı olan transdiagnostik model (Fairburn ve ark., 2003) tüm diğer yeme bozuklukları özelliklerini (AN, TYB ve diğer belirtilmiş yeme bozuklukları gibi) ve bu bozuklukları sürdüren dört mekanizmayı birleştirir. Transdiagnostik model, tüm yeme bozukluklarının aynı ayırışan temel psikopatolojiyi paylaşarak benzer tutumları ve davranışları dışa vurduğunu belirtir. Aynı zamanda bu teori, temel yeme psikopatolojisini gösterme derecesinin teşhisler arasında değiştiğini belirtirken, belli özelliklerin ise farklı yeme bozukluğu teşhisleri arasında gözüktüğünü öne sürmektedir. Transdiagnostik teori; klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, sınırlı duygudurum toleransı ve kişiler arası güçlüklerin temel yeme bozukluğu psikopatolojisindeki sürdürücü rolünü ele alarak önceki teorileri genişletir (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003).

Transdiagnostik modele göre, tüm yeme bozukluklarında görülen temel yeme psikopatolojisi kendilik değerinin beden ve kilo ile yargılandığı bozulmuş kendini değerlendirme sistemine dayanır (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003). Buna göre, bozulmuş yeme davranışı gösteren bireylerin kendilik değeri fazla yemeye, kilo almaya veya beden şekline karşı kontrol ile tanımlanmaktadır. Temel yeme psikopatolojisinin yeme alışkanlıkları üzerine önemli bir etkisi vardır. En çok görülen etkisi yiyecek kısıtlama davranışlarıdır. Yiyecek kısıtlama, bireylerin aldıkları besini önemli oranda kısıtlama (örneğin; günde 600 kaloriden fazla yiyecek tüketmeme), yeme üzerine ağır kurallar koyma (örneğin; “*saat 18.00’den sonra yemek yok.*”), belli yiyecekleri yemekten kaçınma davranışlarını içerir. Bazı bozulmuş yeme davranışları olan bireyler aşırı egzersiz davranışları da gösterir (Fairburn, 2008). Tıkınırcasına yeme, bir diğer bozulmuş yeme davranışlarıdır. Tıkınırcasına yeme davranışının altında aşırı yiyecek kısıtlama olabildiği gibi yiyecek kısıtlamasının olmadığı durumlarda da tıkınırcasına yeme görülebilmektedir. Yeme bozuklukları vakalarının çoğunluğunda tıkınırcasına yeme davranışını çıkartma davranışları (kusma, laksatif ya da idrar söktürücü kullanımı) takip eder (Fairburn, 2008). Tablo 1’de literatürün ışığında

araştırmada yer alacak bozulmuş yeme davranışlarının ve temel yeme psikopatolojisinin özellikleri yer almaktadır.

Tablo 1. Transdiagnostik Modelde Temel Yeme Psikopatolojisi ve Bozulmuş Yeme Davranışlarının Özellikleri^a

Temel yeme psikopatolojisi	Kendilik değerinin büyük ölçüde beden şekli, kilo, yeme ve bunların kontrolü üzerine değerlendirilmesi ve yargılanması Beden şekli, kilo ve yeme üzerine meşguliyet
<i>Bozulmuş yeme davranışları</i>	
Yiyecek kısıtlama	Yiyeceği kısıtlayan bir diyet yapma Gıda alımını kısıtlama Arada sırada öğün atlama ya da oruç tutma
Tıkınma	Tıkınırcasına yeme: Kısa bir süre içerisinde fazla miktarda yemeyi kontrol kaybı hissiyle beraber yeme
Çıkartma	Yemek alımından sonra kusma, laksatif ya da idrar söktürücü kullanımı
Aşırı egzersiz yapma	Fiziksel sağlık ve/veya psikososyal uyum ile ters düşecek biçimde egzersiz yapmak

^aKaynak: Fairburn, 2008

Kilo ve bedene yönelik aşırı değerlendirme bireylerin yiyecek kısıtlamasını sürdürme çabalarını desteklemektedir. Esnek olmayan yeme kurallarını sürdürmenin zor olması, bazı hastaları tıkınma davranışına yöneltir. Yeme bozukluklarının çok küçük bir kümesinde (örneğin; AN kısıtlayıcı alt-tipi) yiyecek kısıtlama girişimleri çoğunlukla başarılıdır; bu durum kendini aç bırakma ile ilgili belirtileri sürdürür. Yeme bozukluklarının birçoğunda ise, yemeye ilişkin bilişsel kontrol kaybedilir ve tıkınırcasına yemenin ve telafi edici çıkarmanın da dahil olduğu kaotik yeme alışkanlıkları gelişir. Bu tıkınma-çıkartma döngüsü beden ve kiloya ilişkin endişeyi aşırı derecede artırır. Böylece, sonrasındaki yiyecek kısıtlamayı ve kendini sürdüren döngüyü pekiştirir (Fairburn ve ark., 2003).

Transdiagnostik model, yemeye ilişkin psikopatolojinin klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, sınırlı duygudurum toleransı ve kişiler arası güçlükler olmak üzere dört sürdürücü ana yapıdan oluştuğunu öne sürmektedir (Fairburn ve ark., 2003; bunların tanımları için Tablo 2'ye bakınız). Bireyin bu dört ana yapıdan bir ya da birden fazlasına sahip olmasının bozulmuş yeme davranışının sürdürülmesi ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Cooper ve Fairburn, 2011; Fairburn ve ark., 2003).

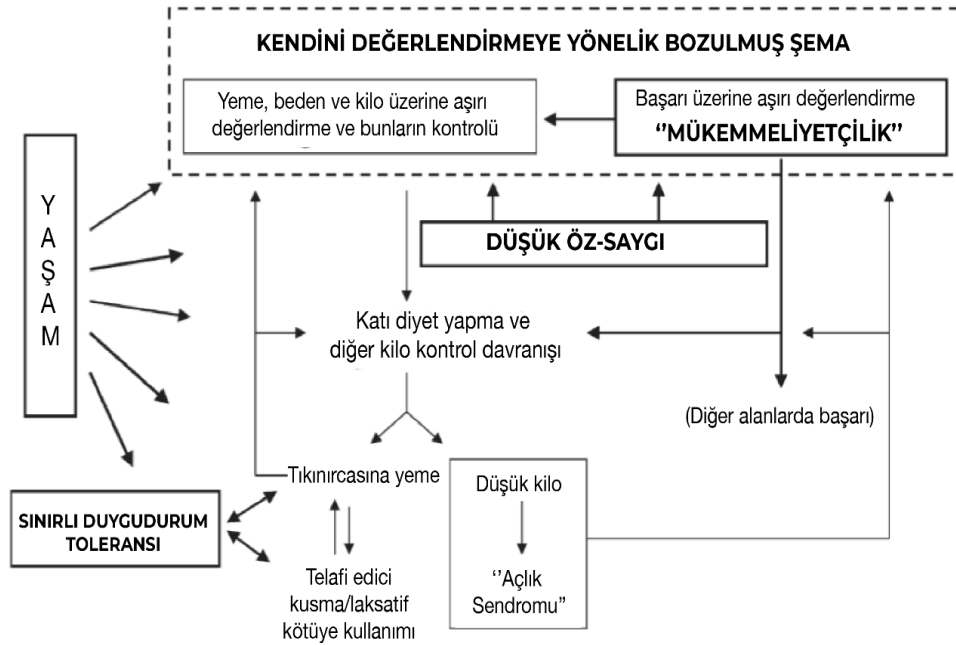
Tablo 2. Transdiagnostik Modelde Yemeye İlişkin Psikopatolojiyi Sürdüren Dört Ana Yapı^a

	Tanımlar
Klinik mükemmeliyetçilik	Olumsuz sonuçlarına rağmen, kişisel ulaşılması zor standartların/hedeflerin karşılanması ve başarısı üzerine aşırı uğraş ve bireyin kendilik değerini bu ulaşılması zor standartlara/hedeflere ulaşma derecesine göre belirlemesi.
Düşük öz-saygı	Benliğin koşulsuz ve sürekli bir biçimde olumsuz olarak değerlendirilmesi, olumsuz beden imajı ile ilişkili olan yaygın olumsuz öz-değerlendirmeler
Sınırlı duygudurum toleransı	Şiddetli duygu durumları (öfke, endişe, çökkünlük ve heyecan gibi) ile baş etme becerisinin sınırlılığı
Kişiler arası güçlükler	Destekleyici kişisel, ailevi ve sosyal ilişkileri sürdürme ile ilgili süregelen problemlere sebep olan davranışlar ve tutumlar

^aKaynaklar: Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003; Shafran ve ark., 2002; Tasca ve ark., 2011)

İlki; klinik mükemmeliyetçilik, kendiliğin önem verilen yeme, kilo ve beden şekli alanlarındaki başarısına göre değerlendirilmesini içerir; dolayısıyla bireyler beden-kilo ile aşırı değerlendirme çabaları içerisine girerek yiyecek kısıtlama ve kilo kontrol davranışlarına yönelirler. İkincisi; düşük öz-saygı ise, değer verilen kilo ve beden kontrolünde başarı konusunda bireyleri motive eder; böylece bireyler artan kendilik değeri hisleri ile kilo ve beden şekli üzerine aşırı değerlendirmeyi sürdürür. Düşük öz-saygı doğrudan kişinin kendini değerlendirmesindeki bozulmuş şemaya etki

ederek, kişiyi yiyecek kısıtlama ve diğer kilo kontrol davranışlarına yönlendirir. Üçüncü olarak; sınırlı duygudurum toleransı şiddetli duygu durumları ile baş etmek için bireyleri tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışlarına yönlendirebilir (Fairburn ve ark., 2003). Son olarak kişiler arası güçlüklerin ise, yeme bozukluğu psikopatolojisini sürdüren tüm kısımlarla direk etkisi olduğu düşünülmektedir. Transdiagnostik modelin (Fairburn ve ark., 2003) formülasyonu Şekil 4'te gösterilmektedir. Bir sonraki bölümde bu dört sürdürücü faktörün yeme bozuklukları belirtileri ile ilişkisi ayrı ayrı detaylı bir biçimde ele alınacaktır.



Şekil 4. Yeme Bozukluklarında Transdiagnostik Model^{a,b}

^a Fairburn ve arkadaşlarından (2003)'den alınarak yazar tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

^b "Yaşam" diye belirtilen kısım "kişiler arası güçlükleri" ifade etmektedir.

1.2.2.1. Transdiagnostik Modelde Yeme Bozukluklarını Sürdüren Faktörler

Bir önceki bölümde bahsedildiği üzere, transdiagnostik model yemeye ilişkin psikopatolojinin dört sürdürücü ana yapıdan oluştuğunu belirtmiştir (Fairburn ve ark., 2003). Bunlar; klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, sınırlı duygudurum

toleransı ve kişiler arası güçlüklerdir. Yeme bozuklukları ile ilgili transdiagnostik modelden önceki formülasyonlarda bu değişkenler ele alınmasına karşın; transdiagnostik model yeme bozukluğu psikopatolojisine etki eden bu dört sürdürücü faktörü tüm yeme bozuklukları için tek bir teoride toplayarak yeni bir bakış açısı geliştirmiştir. Bu kısımda, her bir sürdürücü faktörün yeme bozukluğu psikopatolojisindeki rolü ve transdiagnostik modeldeki yeri ele alınacaktır.

1.2.2.1.1. Klinik Mükemmeliyetçilik

Kişinin kendisine aşırı yüksek standartlar koyduğu ve aşırı eleştirel değerlendirmelerde bulunduğu bir kişilik özelliği olan mükemmeliyetçilik (Flett ve Hewitt, 2002); literatürde yeme bozukluğunun yaygın öncülü olarak öne çıkmaktadır (Bardone-Cone ve ark., 2007; Lilenfeld ve ark., 2000). Mükemmeliyetçiliğin, diğer psikopatolojiler ile genel olarak kıyaslandığında yeme bozukluklarında daha fazla yordayıcılığa sahip olduğu belirtilmektedir (Bulik ve ark., 2003; Cassidy, Allsopp ve Williams, 1999; Sassaroli ve ark., 2008). Shafran, Cooper ve Fairburn (2002), yeme bozukluğuna sahip bireyleri diğer bireylerden ayıran önemli bir özelliğin, mükemmeliyetçilik düzeyinin yeme bozukluğuna sahip bireylerde işlev dışı ya da klinik olarak anlamlı olması olduğunu öne sürmüştür. Dolayısıyla, klinik mükemmeliyetçilik kavramını öne sürerek işlevsel ve uyumlu mükemmeliyetçiliği (normal düzeyde yüksek standartlar) ve yüksek standartların belirgin olumsuz sonuçlar getirdiği işlevsiz/klinik olarak anlamlı mükemmeliyetçiliği birbirinden ayırmıştır. Klinik mükemmeliyetçilik; olumsuz sonuçlarına rağmen en az bir belirgin alanda kişisel ulaşılması zor standartların/hedeflerin karşılanması ve başarısı üzerine aşırı uğraş ve bireyin kendilik değerini bu ulaşılması zor standartlara/hedeflere ulaşma derecesine göre belirlemesi olarak tanımlanmaktadır (Shafran ve ark., 2002). Klinik mükemmeliyetçiliğin merkezinde kendini değerlendirme sistemi yer almaktadır. Bu sistemde, kendilik değeri talepkar ve zorlu hedefleri başarma çabasına göre yargılanmaktadır (Fairburn ve ark., 2003). Klinik mükemmeliyetçilik; yoğun başarısızlık korkusu, başarının katı bir biçimde takibi, belirsiz kurallar tarafından şekillenmiş sert standartlar kurma, değer verilen yaşam alanlarındaki performans üzerine yoğun kendini değerlendirme (bunu yaparken diğer yaşam alanlarını önemsiz

görme) ve başarısızlıklara seçici bir şekilde odaklanmayı içermektedir (Riley ve ark., 2007; Shafran ve ark., 2002).

Transdiagnostik model, klinik mükemmeliyetçilik ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında bir etkileşim olduğunu öne sürmektedir. Buna göre, mükemmeliyetçi bireyler, mükemmeliyetçi standartlarını yeme, beden şekli ve kilo kontrolüne yönlendirirler. Klinik mükemmeliyetçiliğin etkisi, yeme bozukluğuna sahip bireylerde şiddetli başarısızlık korkusu (örneğin; aşırı yeme, şişmanlık veya kilo alma) ve bu bireylerin kendi performanslarına yönelik olumsuz yanlı değerlendirmelerinden kaynaklı yüksek seviyelerde kendini eleştirme olarak ortaya çıkar. Sonuç olarak, istenen hedeflere (örneğin; yeme, beden şekli ve kiloyu kontrol etme) yönelik artan kararlılık yeme bozukluğunu sürdürerek değişime karşı engel oluşturur (Fairburn ve ark., 2003).

Mükemmeliyetçilik; yeme bozukluklarında önemli bir risk faktörü ve sürdürücü faktör olarak öne çıkmaktadır (Bardone-Cone ve ark., 2007; Boone, Claes ve Luyten, 2014; Boone ve ark., 2012). Literatürde artan klinik mükemmeliyetçilik puanları yeme bozukluklarının gelişimi (Bardone-Cone, Weishuhn ve Boyd, 2009), yeme bozukluklarının şiddeti (Sutandar-Pinnock ve ark., 2003) ve yeme bozukluklarının sürdürülmesi (Cassin ve von Ranson, 2005) ile ilişkilendirilmektedir. Bunun yanında, artan mükemmeliyetçilik puanları, yeme bozukluklarının tedavisi ve iyileşmesinde önemli bir engel olarak görülmektedir (Forbush, Heatherton ve Keel, 2007). Araştırmalarda, hem yeme bozukluğu hastalarında hem de sağlıklı kontrol örneklemelerinde, mükemmeliyetçiliğin beden memnuniyetsizliği, kilo ve beden ile ilgili meşguliyet, zayıf olma arzusu (kilo almaktan aşırı derecede korku ve zayıflama ile ilgili meşguliyet) gibi temel yeme bozukluğu belirtilerini yordadığı gösterilmektedir (Dickie ve ark., 2012; Lilenfeld ve ark., 2006; Rivière ve Douilliez, 2017; Vansteelandt ve ark., 2007). Ayrıca, mükemmeliyetçiliğe odaklanılan müdahaleden sonra, risk grubundaki bireylerde yeme bozukluğu ile ilişkili belirtilerin anlamlı bir biçimde azaldığı bulunmuştur (Egan, Wade ve Shafran, 2011; Wilksch, Durbridge ve Wade, 2008).

Mükemmeliyetçilik tek boyutlu bir kavram olarak ele alınmasının yanında, çok boyutlu bir kavram olarak da destek kazanmaktadır (Hewitt ve Flett, 1991). Hewitt ve Flett (1991) mükemmeliyetçiliğin kendine-yönelik mükemmeliyetçilik (KYM), sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilik (SBM) ve başkalarına-yönelik mükemmeliyetçilik (BYK) olmak üzere üç alt-boyutunun olduğunu belirtmiştir. KYM, kişilerin kendilerine yönelttiği mükemmeliyetçi davranışları (örneğin; bireyin kendisine kurduğu yüksek standartlar ve bu standartlar ile kendi davranışını sert bir şekilde eleştirmesi); kişiler arası bir alt-boyut olan SBM ise, diğerleri tarafından belirlendiği düşünülen aşırı yüksek standartlara ve beklentilere ulaşma ihtiyacını (örneğin; bireyin diğerlerinin kişiye aşırı yüksek standartlar koyduğuna, bu standartlara yönelik olarak katı bir biçimde eleştirdiğine ve diğerlerinin kişinin mükemmel olması için baskı kurduğuna dair algısı) ve diğer bir kişiler arası alt-boyut BYK ise, diğerlerinin kapasitesine yönelik kişinin inançlarını ve beklentilerini (örneğin; bireyin diğerlerine aşırı yüksek standartlar kurması ve onların performansını bu standartlara göre eleştirmesi) içermektedir (Hewitt ve Flett, 1991). Bu çalışmada, Hewitt ve Flett'in (1991) çok boyutlu mükemmeliyetçilik kavramsallaştırması klinik mükemmeliyetçiliğin ölçülmesinde kullanılmıştır.

Literatür, KYM ve SBM ile yeme bozuklukları psikopatolojisi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (Hewitt, Flett ve Ediger, 1995; Sherry ve ark., 2004). KYM ve SBM'nin genel yeme bozukluğu belirtilerini (örneğin; diyet yapma, yiyecek ile meşguliyet) yordamasının yanında, bu mükemmeliyetçilik alt-boyutlarının birbirinden farklı yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olduğu da gösterilmektedir. Örneğin; KYM şiddetli yiyecek kısıtlama davranışı, beden memnuniyetsizliği, zayıflama dürtüsü ile ilişkilendirilirken (Ashby, Kottman ve Shoen, 1998; Hewitt ve ark., 1995; McLaren, Gauvin ve White, 2001; Sherry ve ark., 2004); SBM yiyecek kısıtlama, zayıf olma meşguliyeti, bozulmuş yeme davranışları, beden imajından kaçınma ve düşük öz-saygı ile ilişkilendirilmektedir (McLaren, Gauvin ve White, 2001; Sherry ve ark., 2004; Hewitt ve ark., 1995; Stice, 2001; Vohs ve ark., 1999; 2001). Hewitt ve arkadaşları (1995), anoreksik yatkınlık ve tutumların kişinin kendisine yüklediği gerçekçi olmayan standartlar (KYM) ile sürdürülürken, düşük öz-

saygı ve bozulmuş yeme davranışlarının başkaları tarafından yüklendiği düşünülen yüksek standartlar (SBM) ile sürdürüldüğünü göstermiştir.

Son olarak, mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluklarında sık görülen düşük öz-saygı, öz-etkinlik ve beden memnuniyetsizliği gibi diğer özellikler ile aracılık etkisinin olduğu gösterilmektedir (Bardone-Cone ve ark., 2006; Ruggiero ve ark., 2003; Shaw, Stice ve Springer, 2004; Vohs ve ark., 1999; 2001). Bu araştırmalarda, mükemmeliyetçi standartlara ve düşük öz-saygıya sahip olan bireylerin daha fazla yeme bozukluğu belirtileri gösterdiği belirtilmektedir (Cervera ve ark., 2003; Denoma ve ark., 2005; Joiner ve ark., 1997; Vohs ve ark., 1999; 2001). Bu durum, mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluklarında sürdürücü bir faktör olarak öne çıktığını düşündürmektedir.

Sonuç olarak, literatürde mükemmeliyetçiliğin yeme bozuklukları belirtileri ile ilişkisi tutarlı ve güçlü bir biçimde bulunmuş ve yeme psikopatolojisini sürdüren önemli bir kişilik faktörü olarak öne çıktığı gösterilmiştir. Transdiagnostik modelde, klinik mükemmeliyetçiliğin direk olarak temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile ilişkili olduğu öne sürülmüş (Fairburn ve ark., 2003) ve literatürdeki araştırmaların bunu desteklediği görülmüştür.

1.2.2.1.2. Düşük Öz-Saygı

Rosenberg (1989) öz-saygıyı kişinin kendi benliğine olan olumlu ya da olumsuz yönelimi olarak tanımlar. Öz-saygı kavramının iki anlamı vardır: (1) kişinin bir şeyleri yapma kapasitesinde kendini nasıl gördüğü ve (2) kendine nasıl bir değer yüklediği. Genel olarak, öz-saygı kişinin kendisine olan saygısıdır. Yüksek öz-saygıya sahip olan bireyler, kendilerini diğerlerinden daha iyi görmezler; fakat kesinlikle diğerlerinden daha kötü de görmezler. Düşük öz-saygıya sahip bireylerde bunun tam tersi görülür. Bu bireyler, kendileri ile ilgili memnuniyetsizdir, kendilerinden nefret eden bir tutumları vardır ve kendi benliklerine yönelik saygıları yetersizdir (Rosenberg, 1989). Düşük öz-saygı; benliğin koşulsuz ve sürekli bir biçimde olumsuz olarak değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Fairburn ve ark., 2003). Yüksek öz-saygı, bireylerin hedeflerini başarma arzusunu güçlendirir ve problemler karşısında

bireylerin daha dayanıklı tepkiler vermesini sağlarken; düşük öz-saygı bireyleri çabuk pes etmeye eğilimli hale getirir. Bu iki mekanizma da kendini doğrulayan kehanet gibi çalışarak olumlu ya da olumsuz kendini doğrulayıcı davranışsal örüntüler doğurur (Branden, 2001).

Düşük öz-saygı, yeme bozukluğu hastalarında olumsuz beden imajı ile ilişkili olan yaygın olumsuz öz-değerlendirmeler olarak kendini gösterir (Tasca ve ark., 2011). Düşük öz-saygı, yeme bozuklukları hastalarında temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile etkileşim haline girerek bireylerin yeme, beden ve kilosuna dair meşguliyetini artırır. Bu durum değer verdiği bir şeyi yapma hissiyle bu bireylerin hayatta kalmak için yaptığı bir mekanizma işlevi görse de ters bir şekilde; bireyin kendini devamlı olumsuz görmesini pekiştirerek düşük öz-saygının daha da güçlenmesini sağlar (Fairburn ve ark., 2003). Özellikle yeme bozukluklarına sahip bireylerde görülen beden şekli ve kiloya fazla değer verme durumu, bu bireylerin kendilik değerini beden görünümüleri üzerinden kurmasına yol açarak kendilerini yiyecek kısıtlama ve kilo verme davranışlarına girerek kontrol etmesine yönlendirir. Bu durum, yiyecek kısıtlama tarafından tetiklenen tıknırcasına yeme ataklarına kişiyi götürür. Akabinde ise, kilo almaktan kaçınmak için telafi edici davranışlara (kendini kusturma ve laksatif kullanımı gibi) kişiyi yönlendirir (Stice, 2001).

Düşük öz-saygının bir diğer sonucu yeme bozukluğu hastalarının tedavisi ile ilgilidir. Bu hastaların kendilerine ilişkin olumsuz yargıları (örneğin; tamamen değersiz olduklarına, değişemediklerine ve değişimi hak etmediklerine dair inançları) nasıl bir performans sergilediklerinden bağımsız bir biçimde değişim kapasitelerine dair umutsuzluk hislerinden dolayı tedaviyi engeller (Fairburn ve ark., 2003).

Düşük öz-saygı; yeme bozukluğunun geliştirilmesinde en fazla adı geçen zemin hazırlayıcı psikolojik faktörlerden biridir (Button ve ark., 1996; Fairburn ve ark., 2003; Fairburn, Shafran ve Cooper, 1999; Fairburn ve ark., 1997; Sassaroli ve Ruggiero, 2005; Vitousek ve Hollon, 1990). Literatürde düşük öz-saygının yeme bozukluğunun gelişiminde önemli bir gerekli ön koşul olduğu belirtilmektedir (Silverstone, 1992). Genel popülasyonda, öz-saygı ve yeme bozuklukları arasındaki bağlantı çok güçlü bir şekilde literatürde desteklenmektedir (örneğin; Button ve ark.,

1996; Kuğu ve ark., 2006; Vohs ve ark., 1999). Özellikle, düşük öz-saygının daha fazla ince olma arzusunu, bulimiya belirtilerini ve beden memnuniyetsizliğini yordadığı bulunmaktadır (Gilbert ve Meyer, 2005; Shea ve Pritchard, 2007). Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu hastaları daha düşük öz-saygıya sahiptir (Brockmeyer ve ark., 2013b; Jacobi ve ark., 2004b). Vaka kontrol araştırmalarında ve prospektif boylamsal çalışmalarda da düşük öz-saygının yeme bozukluğunu geliştirmede bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Cervera ve ark., 2003; Fairburn ve ark., 1997) ve düşük öz-saygının yeme bozukluğunun olası gelişiminde ve sürdürülmesinde önemli bir rolünün olduğu tutarlı bir biçimde gösterilmektedir (Mendelson ve ark., 2002).

Transdiagnostik modelde düşük öz-saygı yeme, beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyet ile ilişkilendirilmektedir (Fairburn ve ark., 2003). Literatürde, klinik ve klinik olmayan popülasyonlarda bunu destekleyen araştırma sonuçlarına ulaşılmaktadır (Byrne ve McLean, 2002; Heatherton ve Polivy, 1991; Rosen, Tacy ve Howell, 1990; Wade ve Lowes, 2002). Örneğin; Byrne ve McLean'ın (2002) araştırmasında öz-saygı, beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyet ve yiyecek kısıtlamanın birleşimi tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışlarının % 97'sini açıklamaktadır. Wade ve Lowes'in (2002) çalışmasında ise, beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyetin düşük öz-saygı ile bozulmuş yeme davranışları (yiyecek kısıtlama, tıknırcasına yeme ve telafi edici çıkartma davranışları) arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. Benzer bir şekilde, Ross ve Wade'nin (2004) araştırmasında ise, öz-saygı ile hem yiyecek kısıtlama hem de kontrolsüz yeme davranışı arasındaki ilişkiye beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyetin aracılık ettiği gösterilmiştir.

Transdiagnostik model (Fairburn ve ark., 2003), düşük öz-saygının aynı zamanda klinik mükemmeliyetçilik ile etkileşim haline girdiğini öne sürmüştür. Bu durum kişileri değer verdikleri alanda (çoğunlukla beden, kilo ve yeme üzerine kontrol hedefi) durmaksızın başarı arayışına sokmaktadır. Literatürde, yeme bozuklukları belirtilerinde öz-saygının mükemmeliyetçilik ile etkileşim halinde olduğu çalışmalarda desteklemektedir (Dunkley ve Grilo, 2007; Puttevils, Vanderhasselt ve Vervaet, 2019; Steele, Corsini ve Wade, 2007; Vohs ve ark., 1999; 2001). Örneğin;

Vohs ve arkadaşlarının (1999) araştırmasında, mükemmeliyetçilik ve algılanan kilo durumu arasındaki ilişkiye öz-saygı biçimlendirici (moderatör) bir etki yaparak bulimiya belirtilerini yordamaktadır. Sassaroli, Gallucci ve Ruggiero (2008)'nin çalışmasında ise, öz-saygı mükemmeliyetçilik ile etkileşim haline girerek temel yeme bozukluğu özelliklerini yordamaktadır. Güncel bir çalışmada ise, Puttevils ve arkadaşları (2019), yeme bozukluğu hastalarında mükemmeliyetçiliğin ince olma arzusu üzerindeki etkisini öz-saygının biçimlendirdiğini göstermiştir. Buna göre, hastaların öz-saygı puanları düştükçe, mükemmeliyetçilik ve zayıf olma arzusu arasında daha güçlü ilişki bulunmuştur. Yeme bozuklukları belirtilerinde öz-saygı ve mükemmeliyetçilik etkileşimini ele alan çalışmalarda, düşük öz-saygının mükemmeliyetçilik ile bozulmuş yeme davranışları arasında bir katalizör etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Öte yandan; bunun desteklenmediği çalışmalara da rastlanmaktadır (Shaw ve ark., 2004; Watson ve ark., 2011).

Sonuç olarak, transdiagnostik model; düşük öz-saygının temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve klinik mükemmeliyetçilik ile direkt ilişkisi olduğunu öne sürmektedir. Literatürde, öz-saygı ve yeme bozuklukları arasındaki bağlantı klinik ve klinik olmayan örneklerde belirgin bir şekilde desteklenmektedir. Öte yandan, transdiagnostik modeli desteklemeyen çalışmalara da rastlanmaktadır ve modeli kapsamlı bir biçimde test eden çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2.2.1.3. Sınırlı Duygudurum Toleransı

Yeme bozukluğu olan bazı hastaların kızgınlık, endişe ve depresyon gibi belli duygudurum hallerine karşı aşırı hassas oldukları bildirilmektedir. Bu yüzden, bu hastalar bu duygudurum halleri ve/veya olağandışı şiddetli duygudurum deneyimlerini tolere etmede zorluk yaşamaktadır. Bu durum, transdiagnostik modelde sınırlı duygudurum toleransı olarak tanımlanmaktadır (Fairburn ve ark., 2008). Bozulmuş yeme davranışlarına sahip olan bireyler, şiddetli duygudurum hallerini yönetmek ve bu hallerle baş etmek yerine kendine zarar verme, maddenin kötüye kullanımı, tıknırcasına yeme, çıkartma, aşırı egzersiz yapma gibi işlevsel olmayan “duygudurum düzenleyici davranışlar” içerisine girerler. Bu davranışlar, kişinin yaşadığı duygudurum halini nötrlemesini sağlarken, aynı zamanda tetikleyici duygudurum

halleri ve bilişler üzerine kişinin farkındalığını düşürür ve kişilerde kayıtsız bir duygudurum haline neden olur (Fairburn ve ark., 2003).

Yeme bozukluklarında, duygudurum halini nötrleştirme fonksiyonuna sahip işlevsel olmayan duygudurum düzenleyici davranışların varlığı birçok araştırmada hem tek başına hem de borderline kişilik bozukluğu ile eşanlı bir biçimde desteklenmektedir (Claes, Vandereycken ve Vertommen, 2001; Holderness, Brooks-Gunn ve Warren, 1994; Paul ve ark., 2002). Klinik ve eşik altı yeme bozukluğu hastalarında tıknıma ve çıkartma davranışı döngülerinin duyguları baskılamada işe yarar bir mekanizma olarak kullanılabileceği gösterilmektedir. Buna göre; bu hastaların diğer stratejilerle karşılaştırıldıklarında yemeyi olumsuz duyguyla baş etmede daha fazla kullandıkları belirtilmektedir (Anestis ve ark., 2007; Hayaki, 2009; Lehman ve Rodin, 1989). Araştırmalarda, artan duygulanım şiddeti yiyecek alımının artması ve tıknırcasına yeme (örneğin; yerken kontrol kaybı yaşama) ile ilişkilendirilmektedir (Chervinko, 2005; aktaran Zijlstra ve ark., 2012).

Duygudurum toleransı, bu çalışmada Gratz ve Roemer'in (2004) öne sürmüş olduğu çok boyutlu duygu düzenleme modeli ile ölçülmektedir. Bu modelde duygu düzenleme (1) duygusal süreyi veya şiddeti değiştirmek için uyumlu ve durumsal olarak uygun stratejileri esnek bir biçimde kullanma kapasitesi, (2) sıkıntılı durumlarda dürtüleri baskılama ve hedef odağında kalma yetisi, (3) kişinin duygusal farkındalık, netlik ve kabullenme seviyesi, (4) anlamlı aktivitelere ulaşmada olumsuz duygusal deneyimleri tolere etme becerisi olmak üzere dört boyutta kavramsallaştırılmaktadır. Bu modelin değerlendirildiği derleme çalışmasında (Lavender ve ark., 2015), yeme bozukluklarının bu dört alanda geniş duygu düzenleme sıkıntıları ile karakterize bir bozukluk olduğu gösterilmektedir. Literatürde duygu düzensizlikleri transdiagnostik bir risk faktörü olarak öne çıkmakta (Svaldi ve ark., 2012) ve bozulmuş yeme davranışları ile duygu düzenleme güçlükleri arasında pozitif bir korelasyon bulunmaktadır. AN ve BN'de genel duygu düzensizlikleri ile yeme bozuklukları şiddeti arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Lavender ve ark., 2014; Racine ve Wildes, 2013). Duygu düzensizlikleri artan tıknırcasına yeme (Dingemans, Danner ve Parks, 2017), yiyecek kısıtlama (Haynos, Wang ve Fruzzetti,

2018), beden ve kiloya dair endişeler (Lavender ve Anderson, 2010) ve genel yeme psikopatolojisi (Prefit, Candea ve Szentagotai-Tatar, 2019) ile ilişkilendirilmektedir.

Literatürde, duygu deneyimi ile ilgili yaşanan sıkıntıların yeme bozuklukları psikopatolojisinde yaygın olduğu belirtilmektedir. Örneğin; AN ve BN’de görülen yüksek oranlarda komorbid duygudurum ve kaygı bozuklukları (Hudson ve ark., 2007; Kaye ve ark., 2004; Lilenfeld, 2004) bunu desteklemektedir. Araştırmalarda, AN ve BN yükselen olumsuz duygusallık puanları (örneğin; depresyon belirtileri, genel olumsuz duygulanım, belirli olumsuz duygusal durumlar) ile ilişkilendirilmektedir (Allen, Scannell ve Turner, 1998; Engel ve ark., 2005; Pollice ve ark., 1997; Stice, Nemeroff ve Shaw, 1996; Waller ve ark., 2003). Ayrıca, nevrozizm gibi duygusal işlevsellikte sıkıntılar ile bağdaştırılan kişilik özelliklerinin yeme bozuklukları tanısı almış bireylerde yaygın olduğu belirtilmektedir (Cassin ve von Ranson, 2005).

Araştırmalar; özellikle depresyon başta olmak üzere, duygusal durumlar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi güçlü bir biçimde desteklemektedir (Johnson ve ark., 2002b; O’Brien ve Vincent, 2003; Stice ve ark., 2000; Stice ve Bearman, 2001). Olumsuz duygudurum hallerinin yiyecek kısıtlamayı kesintiye uğratma ve hoş olmayan duygulanımdan kaçınma işlevleri ile tıknırcasına yeme epizodlarını tetiklediği bildirilmektedir (Heatherton ve Baumeister, 1991). Yapılan araştırmalarda, bozulmuş yeme davranışlarının öncesinde olumsuz duygu durumlarının varlığı gösterilmektedir (Steiger ve ark., 1999). Literatürde, olumsuz duyguların tıknırcasına yeme davranışındaki rolünde depresyon (Costanzo ve ark., 1999; Elmore ve de Castro, 1990; Hsu, 1990; Lingswiler, Crowther ve Stephens, 1987; Steinberg, Tobin ve Johnson, 1990), anksiyete (Meyer, Waller ve Walters, 1998) ve sıkılma (boredom) (Meyer ve ark., 1998; Stickney, Miltenberger ve Wolff, 1999) öne çıkan ve en fazla tıknırcasına yeme ile ilişkilendirilen duygular arasındadır. Bunun yanında; suçluluk, utanç, kendine güven kaybı, umutsuzluk, boşluk hissi ve çaresizlik gibi diğer duyguların tıknırcasına yeme davranışı ile ilişkisini gösteren araştırmalara da rastlanılmaktadır (Sanftner ve ark., 1995; Tachi ve ark., 2001).

Olumsuz duygudurum halleri ve bozulmuş yeme davranışları arasındaki ilişkinin literatürde çok belirgin bir biçimde gösterilmesinin yanında, olumlu

duygudurum hallerinin bozulmuş yeme davranışları üzerindeki rolü sınırlı araştırılmıştır. Bu araştırmalarda, olumlu duyguların yemeyi arttırdığı bildirilmiştir (Bongers ve ark., 2013a; 2013b; Bongers, de Graaff ve Jansen, 2016; Evers, de Ridder ve Adriaanse, 2009). Örneğin; bu araştırmaların birinde sevinç (joy) duygusu zevk için (hedonistik) yeme ile bağdaştırılmıştır (Macht, 1999). Klinik örnekleme, kısıtlayıcı yeme davranışı örüntüleri artan olumlu duygular ile ilişkili yeme davranışı ile ilişkilendirilirken, tıknırcasına yeme davranışı örüntüleri artan olumsuz duygular ile ilişkili yeme davranışı ile ilişkilendirilmiştir (Meule ve ark., 2019). Klinik olmayan örneklem ile yapılan güncel bir araştırmada (Barnhart, Braden ve Price, 2021) ise, duygu düzenleme güçlüklerinin duygusal yeme ve bozulmuş yeme davranışları arasındaki ilişkiyi biçimlendirdiği gösterilmiştir. Buna göre, duygu düzenleme güçlükleri olumsuz duygularla ilişkili duygusal yeme ile bozulmuş yeme davranışı arasındaki ilişkiyi güçlendirirken, olumlu duygularla ilişkili duygusal yeme ile bozulmuş yeme davranışları arasındaki ilişkiyi güçlendirmemektedir. Transdiagnostik model, olumlu duygudurum hallerinin bazı bozulmuş yeme davranışlarını tetiklediğini öne sürmesine karşın, konuyla ilgili tutarsız araştırma sonuçları bulunmaktadır ve konu ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, transdiagnostik model (Fairburn ve ark, 2003) yüksek duygulara (hem olumlu hem de olumsuz) toleranssızlığın tıknırcasına yeme davranışına, telafi edici yeme davranışlarına ve diğer işlevsiz duygudurum düzenleyici davranışlara (maddenin kötüye kullanımı gibi) yönlendirdiğini öne sürmektedir. Literatürde, olumsuz duygudurum hallerinin bozulmuş yeme davranışları ve diğer işlevsiz duygudurum düzenleyici davranışlara götürdüğü güçlü bir biçimde gösterilmektedir. Buna karşın; olumlu duygu durumları ile bozulmuş yeme davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2.2.1.4. Kişiler Arası Güçlükler

Kişiler arası işlevsellikte güçlükler literatürde uzun bir süredir yeme bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (Bruch, 1973; Gull, 1997). Buna rağmen, kişiler

arası süreçlerin yeme psikopatolojisine katkısı orijinal bilişsel-davranışçı modelde fazla önemsenmemiş, tıknırcasına yeme davranışının bir tetikleyicisi olarak ele alınmıştır. Özellikle, yeme bozukluklarının tedavisinde uyumsuz kişiler arası örüntüleri ele alan kişiler arası terapinin tedavide BDT kadar etkili bir yöntem olduğunun gösterilmesi (Agras ve ark., 2000; Fairburn ve ark., 1993), bu kısıtlı bakışı değiştirmiş ve kişiler arası sorunların daha geniş bir biçimde ele alınmasını sağlamıştır. Transdiagnostik modelde, yeme psikopatolojisinde kişiler arası güçlüklerin katkısı önemli bir yere oturtularak, kişiler arası konuların ve süreçlerin yeme bozukluklarının sürdürülmesindeki teorik rolü dört farklı biçimde ele alınmıştır:

İlki; özellikle genç hastaların ailevi kişiler arası dinamiklerindeki gerilimlerin ve çatışmaların sıklıkla yemeye dair dirençlerini kuvvetlendirmesidir (Fairburn ve ark., 2003). Bu durum, kişinin yeme üzerine kendilik kontrolü ihtiyacının yerine geçerek kendilik kontrolü hissine olan ihtiyacın kısa süreli olarak şiddetlenmesinin bir yansımasıdır. Başka bir deyişle, aile gerilimleri ile gelen kontrol ihtiyacı yeme kontrolü ile yer değiştirerek bireylerin yemeye olan direncini arttırmaktadır (Fairburn ve ark., 2003; Fairburn ve ark., 1999). Literatürde, yeme bozukluklarına sahip bireylerin daha fazla problemlili aile dinamiklerinin olduğu (McIntosh ve ark., 2000) ve bağlanma sorunları gibi problemlili erken çocukluk deneyimlerinden kaynaklı uzun soluklu kişiler arası zorluklar yaşadıkları (Chassler, 1997; Eggert, Levendosky ve Klump, 2007) bildirilmektedir. Aile içerisinde yaşanan çatışma, sıklıkla ergen bireylerde yeme bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir (Byely ve ark., 2000; Schmidtgall ve ark., 2000; Woodside ve ark., 1995a). Ayrıca, büyüme sürecinde ebeveynlerden kaynaklı aile çatışmaları ve eleştirilerin yeme bozukluğuna sahip bireylerin bozukluğun ilerleyen safhalarında bozukluk şiddetini etkilediği gösterilmektedir (Wade ve ark., 2006). Literatürde, yeme bozukluklarının aile çatışmasının bir ifadesi olarak ortaya çıktığı düşünülmesinin yanında (Woodside ve ark., 1995a; 1995b); ters bir şekilde, ailede yeme bozukluğunun varlığının da aile çatışmalarını çıkardığı veya olan çatışmaların sürdürülmesini sağladığı belirtilmektedir (Hanna ve Bond, 2006).

İkincisi; kişiler arası çevrenin bireyin beden ve kiloya dair endişelerini arttırarak yeme bozukluklarını alevlendirmesidir (örneğin; yeme bozukluğuna sahip bir üyenin olduğu aileler ve zayıf kalma baskısının olduğu meslekler). Örneğin; ebeveynlerden birinin yeme bozukluğuna, yeme bozukluğu belirtilerine ya da yüksek beden memnuniyetsizliğine sahip olması bireyin yeme bozukluğunu sürdürmesini desteklemektedir (Agras ve ark., 2007; Bissett, Meyer ve Haycraft, 2006). Ayrıca, araştırmalarda annenin yeme tutumunun çocuklarının yeme davranışlarını etkilediği ve herhangi bir aile üyelerinden gelen yeme ile ilgili bir mesajın bozulmuş yeme davranışlarının gelişimine katkı sağlayabileceği gösterilmektedir (Hanna ve Bond, 2006; Stein ve ark., 2006). Diğer çevreler ve belli meslekler (özellikle kilo ve beden görünümünün önemli olduğu meslekler) de yeme davranışını etkileyebilmekte ve yeme bozukluklarının başlangıcına ve sürdürülmesine katkı sağlayabilmektedir (Fairburn ve ark., 2003). Örneğin; araştırmalarda dansçı olmayan yaşlılarına göre balerin ve baletlerin yeme bozukluğu geliştirme riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Abraham, 1996; Neumarker ve ark., 2000). Benzer bir biçimde; zayıflığın ve kaslılığın önemsendiği sporlar (örneğin; jimnastik, koşu, vücut geliştirme ve paten) ile ilgilenen profesyonel olmayan sporcuların daha fazla beden memnuniyetsizliği, bozulmuş yeme tutumları ve davranışları geliştirdiği belirtilmektedir (Ravaldi ve ark., 2003). Sporcularda, zayıf kalitede olan ebeveyn ilişkileri (Scoffier, Maiano ve d'Arripe-Longueville, 2010), zayıf kalitede antrenör/koç ilişkileri (Jones, Glintmeyer ve McKenzie, 2005), otoriter ve talepkar antrenör/koç davranışları (Rosen ve Hough, 1988; Thompson ve Sherman, 1999) sporcuların yeme davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Üçüncüsü; olumsuz kişiler arası olayların tıknırcasına yeme davranışının potansiyel öncülü ve tetikleyicisi olmasıdır (Fairburn ve ark., 2003). Olumsuz kişiler arası olaylar sıklıkla tıknırcasına yeme ataklarının öncülü olarak gösterilmektedir (Steiger ve ark.,1999) ve kişiler arası güçlüklerin tıknırcasına yeme şiddeti ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Telch ve Agras, 1994). Özellikle, BN ve TYB teşhisi almış bireylerin kişiler arası olaylara karşı hassas olduğu bildirilmektedir (Arnold, Kenardy ve Agras, 1992; Steiger ve ark., 1999).

Son olarak, uzun süreli kişiler arası güçlüklerin öz-saygıyı düşürerek bireyi değer verilen hedeflere yönelik (yeme, beden ve kilo kontrolünde başarı gibi) daha fazla uğraş içine girmeye itmesidir (Fairburn ve ark., 2003). Lampard, Byrne ve McLean'in (2011) klinik olmayan örneklem ile yaptıkları çalışmada, öz-saygının kişiler arası problemler ile beden ve kilo ile ilgili meşguliyet arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulgulanmıştır. Kişiler arası problemlerin düşük öz-saygıya olan olumsuz etkisinden dolayı bozulmuş yeme davranışlarında bir rolü olabileceği belirtilmiştir. Bu durum, kişileri değer verilen beden ve kilo alanında başarı takibine teşvik etmektedir. Öte yandan, aynı çalışmada öz-saygı, kişiler arası problemler ve yiyecek kısıtlama davranışı arasındaki ilişkiye aracılık etmemektedir. Başka bir araştırmada, Ross ve Wade (2004), öz-saygının dış standartlara göre kendini yargılama ve beden-kilo meşguliyeti arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermiştir. Lo Coco ve arkadaşlarının (2011) kilolu ve obez bireyler ile yaptıkları çalışmada ise, kişiler arası problemler ve tıknırcasına yeme davranışı arasındaki ilişkiye öz-saygı kısmi aracılık etmektedir.

Yapısal eşitlik modeli kullanılarak transdiagnostik modelin değerlendirildiği kesitsel araştırmalarda kişiler arası güçlüklerin sürdürücü rolü desteklenmiş; temel yeme bozukluğu psikopatolojisi (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b), yiyecek kısıtlama (Lampard ve ark., 2011; 2013), tıknırcasına yeme (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b), mükemmeliyetçilik (Dakanalis ve ark., 2014a; Shanmugam, Jowett ve Meyer, 2011; Tasca ve ark., 2011) ve düşük öz-saygı (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b; Tasca ve ark., 2011) ile arasında anlamlı ilişkiler de bulgulanmıştır.

Fairburn (2008), kişiler arası güçlüklerin yeme bozuklukları belirtilerinin azalması ile iyileştiğini öne sürmüştür. Öte yandan, kişiler arası güçlükler ile yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında sıkı bir etkileşimin gözlemlendiği bir grup yeme bozukluğu hastasında bu iyileşme görülmemektedir. Araştırmalarda; tedavi öncesi yüksek oranlarda kişiler arası güçlük puanlarının tedavinin sonunda daha düşük iyileşme oranlarını yordadığı bulunmuştur (Dingemans ve ark., 2016; Hilbert ve ark., 2007; Keel ve Brown, 2010; Vall ve Wade, 2015). Dolayısıyla, transdiagnostik modelde kişiler arası güçlüklerin tedavi etkililiğini düşürerek yeme psikopatolojisini sürdüren bir faktör olduğu da düşünülmektedir (Fairburn ve ark., 2003).

Sonuç olarak, birçok klinik ve toplum araştırması transdiagnostik modelin öne sürmüş olduğu şekilde kişiler arası güçlüklerin bozulmuş yeme davranışlarındaki sürdürücü rolünü desteklemiştir. Öte yandan; hangi kişiler arası güçlüğün yeme bozukluğu psikopatolojisinin hangi yönünü sürdürdüğü konusu spesifik olarak bilinmemektedir. Şekil 4'te görüldüğü üzere; transdiagnostik model, kişiler arası güçlüklerin olası geniş etkilerini tüm diğer sürdürücü faktörler ve temel yeme psikopatolojisi ile geniş bir biçimde ilişkilendirmektedir.

Özetle; transdiagnostik modelde öne sürülen yeme bozukluklarını sürdüren dört faktörün (klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, sınırlı duygudurum toleransı ve kişiler arası güçlükler) araştırmalarda da desteklendiği görülmektedir. Öte yandan, bu sürdürücü faktörlerin bozulmuş yeme davranışları ile ilişkisinin daha iyi anlaşılmasında ve transdiagnostik formülasyonun geliştirilmesinde daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bir sonraki bölümde transdiagnostik modeli bütüncül bir biçimde test eden araştırma sonuçlarına yer verilmektedir.

1.2.2.2. Transdiagnostik Modeli Test Eden Araştırma Sonuçları

Modeli test eden araştırmaların ilki, Tasca ve arkadaşlarının (2011) yeme bozukluğu teşhisi almış bireyler (N = 1451) ile yaptığı ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin kısıtlama, beden, kilo ve yemeye dair endişeler olarak birleşik (composite) ele alındığı çalışmadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, yeme bozukluğu tanısından bağımsız olarak tüm katılımcılarda kişiler arası güçlükler ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında direk olmayan bir ilişki bulunmuştur; bu ilişkiye düşük öz-saygı kısmi olarak aracılık etmektedir. Sınırlı duygudurum toleransı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında direk olmayan ilişki düşük öz-saygı üzerinden açıklanmaktadır. Düşük öz-saygı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında direk ilişki bulunmuştur. Yalnızca, başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu ve AN hastalarında klinik mükemmeliyetçilik ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında direk ilişki bulunmuştur ve BN hastalarında bu ilişki anlamlı çıkmamıştır. Bu çalışmada sadece sürdürücü değişkenler ele alınmış ve yeme bozukluğuna ilişkin davranışlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

İkinci çalışmada Lampard ve arkadaşları (2011), transdiagnostik modeli BN ve atipik BN hastalarından oluşan küçük bir örneklem (N = 162) ile test etmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre; düşük öz-saygı, beden şekli ve kilonun aşırı değerlendirilmesi ile ilişkilendirilmiş; bu da yiyecek kısıtlama davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Kişiler arası güçlükler yiyecek kısıtlama ile ilişkilendirilmiş; tıkinma davranışı, çıkartma davranışı ile bağdaştırılmıştır. Öte yandan, araştırmada modelin desteklenmediği bulgulara da ulaşılmıştır. Örneğin; mükemmeliyetçilik ile yiyecek kısıtlama arasındaki ilişki ve de yiyecek kısıtlama ile tıkinma davranışı arasındaki ilişki bulunmamıştır.

Lampard ve arkadaşlarının (2011) çalışması genişletilerek 2013 yılında yeme bozuklukları teşhisi almış katılımcılardan (N = 1451) oluşan geniş bir örneklemde model tekrar test edilmiştir (Lampard ve ark., 2013). Araştırmanın sonuçlarına göre, tüm teşhis gruplarında düşük öz-saygı ile beden şekli-kilonun aşırı değerlendirilmesi arasında, sınırlı duygudurum toleransı ile tıkinırcasına yeme davranışı arasında ve de beden şekli-kilonun aşırı değerlendirilmesi ile yiyecek kısıtlama arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Modelin hipotezlerinin aksine, mükemmeliyetçilik ile beden şekli-kilonun aşırı değerlendirilmesi arasındaki ilişki, mükemmeliyetçilik ile yiyecek kısıtlama arasındaki ilişki, kişiler arası ilişkilerde güçlükler ile yiyecek kısıtlama arasındaki ilişki ve yiyecek kısıtlama ile tıkinma davranışı arasındaki ilişki transdiagnostik çıkmamış; fakat belli yeme bozuklukları teşhislerinde anlamlı derecede ilişkili çıkmıştır.

Shanmugam ve arkadaşlarının (2011) sporcularla (N = 588) yaptığı araştırmada transdiagnostik modelde yeme psikopatolojisi test edilmiş ve spor türü, performans düzeyi ve cinsiyete göre model ele alınmıştır. Buna göre, kişiler arası ilişkilerinde daha fazla çatışma yaşayan katılımcılar daha fazla kendilerini eleştirmektedir ve bu durum düşük öz-saygıya yol açarak onların birey olarak değersiz hissetmesine neden olmaktadır. Düşük öz-saygı ise, yüksek depresif belirtilere yol açarak yeme psikopatolojisini etkilemektedir. Araştırmada, mükemmeliyetçilik ve yeme psikopatolojisi arasındaki ilişki öz-saygı ve depresyon ile açıklanmaktadır. Benzer bir şekilde, öz-saygı ve yeme psikopatolojisi arasındaki ilişkiye depresyon aracılık

etmektedir. Araştırmada, yeme psikopatolojisinin gelişiminin spor türü ve düzeyine göre değişmediği bulgulanırken; cinsiyete göre değiştiği, kadınlarda model desteklenirken, erkeklerde desteklenmediği bulunmuştur. Öte yandan, Fairburn (2008), yeme bozukluklarına götüren süreçlerin cinsiyete göre farklılaşmadığını öne sürmektedir.

Hoiles, Egan ve Kane'nin (2012) toplum örnekleminde kadın bireylerle yaptıkları ve dar sayıda katılım (N = 224) ile gerçekleştirdikleri araştırmada, transdiagnostik modelin ana değişkenleri ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin yiyecek kısıtlamaya olan etkisi ele alınarak model test edilmiştir. Buna göre; klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, sınırlı duygudurum toleransı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler ile yiyecek kısıtlama arasındaki ilişkinin direk olmadığı ve bu ilişkinin temel yeme bozukluğu psikopatolojisi (yeme, beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler) üzerinden gittiği gösterilmiştir.

Dakanalis ve arkadaşlarının (2014b) yaptığı çalışmada, erkek üniversite öğrencilerinin (N = 613) bozulmuş yeme davranışları incelenerek transdiagnostik model test edilmiştir. Buna göre; kişiler arası güçlükler ile düşük öz-saygı arasında direk ilişki bulunmuştur. Tıkınırcasına yeme davranışı ve telafi edici davranışlar arasında direk bir anlamlı yol belirtilmiştir. Klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler ile yiyecek kısıtlama arasında direk olmayan ilişki yalnızca beden-kilo ile aşırı uğraş üzerinden gösterilmiştir. Yiyecek kısıtlama ile direk ilişkili olan sürdürücü faktör yalnızca sınırlı duygudurum toleransı olarak bulunmuştur. Bu araştırmada da modelin aksine yiyecek kısıtlama ve tıkınırcasına yeme arasında bir ilişki kaydedilmemiştir.

Dakanalis ve arkadaşlarının (2014a), yeme bozuklukları tedavisi arayışında olan katılımcıların (BN türü yeme bozuklukları, N = 679) yer aldığı, klasik bilişsel-davranışçı model ile transdiagnostik modeli karşılaştırarak test ettikleri araştırmada, transdiagnostik modelin bozulmuş yeme davranışlarını açıklamada istatistiki olarak daha iyi sonuçlar gösterdiği saptanmıştır. Çalışmada, kişiler arası güçlükler, klinik mükemmeliyetçilik ve düşük öz-saygı ile yiyecek kısıtlama arasında beden ve kilo üzerine endişeler/meşguliyet üzerinden giden direk olmayan bir ilişki bulunmuştur.

Kişiler arası güçlükler ve sınırlı duygudurum toleransı direk olarak tıknırcasına yeme ile ilişkilendirilirken, yiyecek kısıtlama davranışı sınırlı duygudurum toleransı üzerinden tıknırcasına yemeyi etkilemektedir. Araştırmada, yiyecek kısıtlama davranışı dışındaki faktörlerin tıknırcasına yeme davranışını sürdürmede daha temel bir rolünün olduğu belirtilmektedir.

DuBois ve arkadaşları (2017), network analizini kullanarak yeme bozukları tedavi arayışında olan çocuk, ergen ve yetişkinlerden oluşan örneklem (N = 194, ortalama yaş 25,55) ile yaptıkları çalışmada, beden ve kilo ile meşguliyetin yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkisini değerlendirerek transdiagnostik modeli test etmiştir. Araştırmada transdiagnostik (tanılar arası) ve bozukluğa özgü belirti ağırları kurularak belirti şiddeti ve bağı değerlendirilmiştir. Buna göre, beden ve kilo ile meşguliyet network analizinde en güçlü transdiagnostik faktör olarak bulunmuştur. Transdiagnostik model ile paralel bir şekilde, beden ve kilo ile meşguliyet yeme bozukluğu tanısı fark etmeksizin yeme bozuklukları belirtileri ile güçlü bir biçimde ilişkilendirilmiştir. Başka bir deyişle; araştırmada, beden ve kilo ile meşguliyet ortak temel yeme psikopatolojisi olarak bulunmuştur. Öte yandan, beden ve kilo ile meşguliyetin yiyecek kısıtlama ile bağı diğer bağlara (özellikle beden memnuniyetsizliği, bilişsel yiyecek kısıtlama gibi bilişsel görünüm ile alakalı değişkenler) göre daha zayıf olarak saptanmıştır. Beden ve kilo ile meşguliyet yeme bozuklukları belirtileri şiddetini anlamlı bir şekilde biçimlendirmektedir. Genel yeme bozukluğu belirtilerinin bağlantısı beden ve kilo ile meşguliyeti yüksek olanlarda düşük olanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu araştırmada transdiagnostik modelde geçen sürdürücü faktörler incelenmemiştir.

Güncel bir araştırmada, Jones ve arkadaşları (2020) yeme bozuklukları tanısı almış ergenlerde (N = 270) transdiagnostik modeli temel yeme psikopatolojisi ve yiyecek kısıtlama davranışını ele alarak test etmiştir. Araştırmada transdiagnostik model kısmi olarak desteklenmiştir. Buna göre; yalnızca öz-saygı ve sınırlı duygudurum toleransı yeme bozuklukları belirtileri ile ilişkilendirilirken, mükemmeliyetçilik ve kişiler arası güçlükler yeme bozuklukları belirtileri ile ilişkilendirilmemiştir. Öte yandan, mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluğu belirtileri ile

ilişkisi dolaylı bir biçimde öz-saygı ve sınırlı duygudurum toleransı üzerinden açıklanmaktadır. Araştırmacılar, ergenlik döneminde düşük öz-saygı ve sınırlı duygudurum toleransının daha öne çıkan sürdürücü faktörler olabileceğini belirtmiştir.

Sonuç olarak, transdiagnostik modeli test eden az sayıda araştırma bozulmuş yeme davranışlarında transdiagnostik modeli destekler nitelikte olmasına karşın, çalışmalarda modelin bazı sürdürücü değişkenleri ve bozulmuş yeme örüntüleri arasındaki ilişkilerin farklılaştığı görülmektedir. Geniş bir örnekleme ve bozulmuş yeme davranışlarını kapsayıcı bir biçimde transdiagnostik modeli test eden bir araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

1.3. Amaç ve Hipotezler

Yukarıda detaylı ele alındığı üzere, yeme bozuklukları; AN, BN, TYB, diğer belirtilmiş yeme bozuklukları ve tanımlanmamış yeme bozukluğu olmak üzere yeme davranışına ilişkin bir grup bozukluğu içerisinde barındıran ciddi psikiyatrik hastalıklardandır (APA, 2013; Klump ve ark., 2009). Bozulmuş beden imajı ile beraber aşırı yeme ya da kilo vermeye yönelik davranışlarla şekillenen yeme bozuklukları; ölüm, sağlık problemleri, psikolojik sıkıntılar, bilişsel, duygusal ve sosyal işlevsellikte bozulmalar ve yaşam kalitesinde ciddi düşüş gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmektedir (APA, 2013; Crow ve ark., 2009; Jenkins ve ark., 2011). Yeme bozuklukları, ergenlik döneminde ve genç yetişkinlik döneminde daha çok teşhis edilmesine rağmen, tamamen iyileşmeyen bireylerin oldukça fazla sayıda olması sebebiyle orta ve geç yetişkinlik dönemlerinde de benzer sıklıklarda rastlanmaktadır (Hsu ve ark., 1992; Mangweth-Matzek ve ark., 2006; 2014; Marcus ve ark., 2007). Bunun yanında, yapılan araştırmalarda, yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin yaşam süresi içerisinde farklı yeme bozuklukları tanıları arasında geçiş yaptıkları (örneğin; ergenlik döneminde BN tanısı almış bir hastanın, yetişkinlik döneminde TYB tanısı alması) belirtilmektedir (Castellini ve ark., 2011; Fichter ve Quadflieg, 2007; Milos ve ark., 2005; Stice ve ark., 2013).

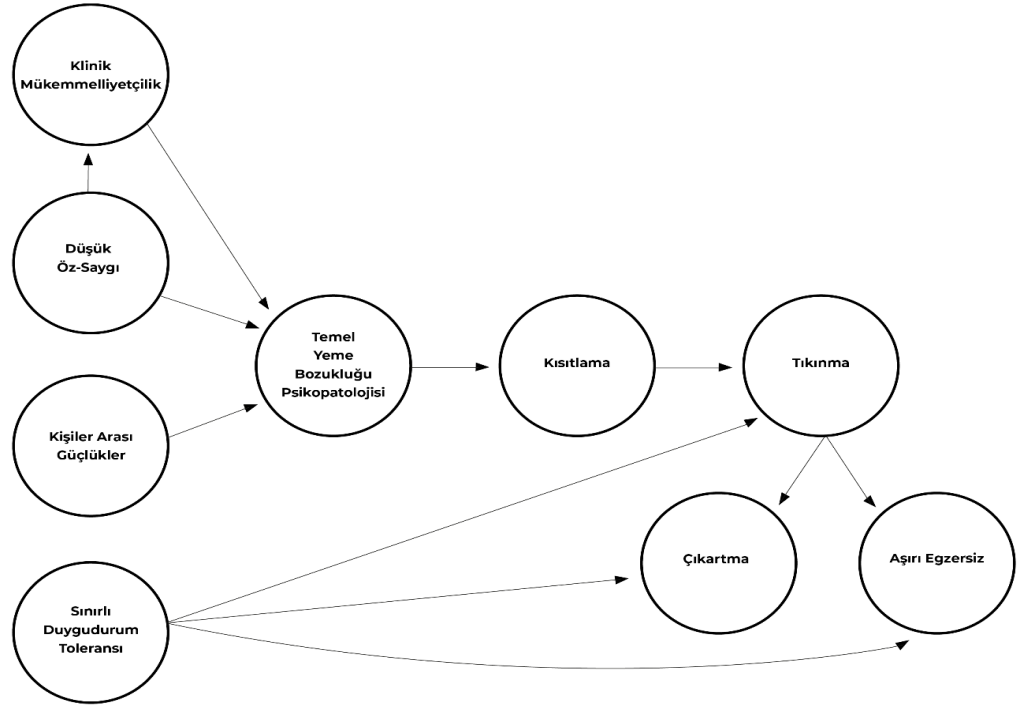
Yiyecek kısıtlama, tıknıma ve çıkartma vb. bozulmuş yeme davranışları yeme bozukluğu teşhisi almış bireylerde görüldüğü gibi; tam olarak yeme bozukluğu tanısı almayan normal popülasyondaki bireylerde de görülebilmektedir. Bu davranışlar işlevsellikte bozulmalar, psikolojik sıkıntılar, intihar girişimleri, artan psikiyatrik ve tıbbi problem yaşama riski gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, bozulmuş yeme davranışları gösteren bireyler ilerleyen dönemlerde yeme bozukluğu tanısı alma risk grubunu da oluşturmaktadır (Crow ve ark., 2002; Garfinkel ve ark., 1995; Keel ve ark., 2005; Milos ve ark., 2005; Mond ve ark., 2006; Stice ve ark., 2008; Striegel-Moore ve ark., 2003). Öte yandan; literatürde yer alan çalışmalar tanı grubu ile yürütülmekte; bozulmuş yeme davranışlarını gösteren riskli grubu ele almak konusunda sınırlı kalmaktadır.

Son yıllarda yeme bozukluğu literatüründe öne çıkan transdiagnostik model, yeme bozukluklarını tanı ölçütlerine göre AN, BN ve TYB gibi alt kategoriler ile birbirinden ayıran tanılamadan (APA, 2013) ziyade, yeme bozukluklarını boyutsal bir bakış açısıyla ele almaktadır (Fairburn ve ark., 2003). Literatürde son yıllarda transdiagnostik model bakış açısının vurgulanmasının önemli bir sebebi, klasik sınıflandırma sisteminde tam tanıyı karşılayamayan bireylerin gözden kaçarak klinik ortamlarda tedavi alamadan gönderilmesi ya da tam tanıyı karşılamayan bireylerin belirtilerinin ruh sağlığı profesyonelleri tarafından minimize edilerek tedaviden dışlanmasıdır (Harvey, 2004). Başka bir dışlanma bilimsel literatürde de belirmektedir: Yeme bozukluğu literatüründe yapılan araştırmaların çoğu yeme bozukluğu tanısı almış bireyler üzerinde yoğunlaşmış, birçok araştırmada eşik altında kalan bireyler ve yeme bozukluğu tanısı riski taşıyan bozulmuş yeme davranışı gösteren bireyler araştırmaların dışında bırakılmıştır. Oysa; tam olarak yeme bozukluğu tanısı almayan, bunun yerine eşik altı yeme bozukluğu (yeme bozukluğu kriterlerini gösteren ama tanıyı alacak kadar sıklık ve süre göstermeyen) veya kısmi yeme bozuklukları (yeme bozukluklarının 1-2 belirtisini karşılayan) gösteren bireylerde de işlevsellikte bozulmalar, psikolojik sıkıntılar, intihar girişimleri, artan psikiyatrik ve tıbbi problem yaşama riski gibi olumsuz sonuçlar kaydedilmektedir (Crow ve ark., 2002; Garfinkel ve ark., 1995; Keel ve ark., 2005; Milos ve ark., 2005; Mond ve ark., 2006; Stice ve ark., 2008; Striegel-Moore ve ark., 2003). Bu yüzden; bu

araştırmada klasik kategorik tanılama yöntemiyle yeme bozukluğu tanısı almış hasta popülasyonundan ziyade; yeme bozukluğu patolojisi ile ilişkilendirilen bozulmuş yeme davranışları gösterme olasılığı olan normal popülasyondan bireyler transdiagnostik model çerçevesinde incelenmiştir. Böylece, tanı almayan fakat bozulmuş yeme davranışı gösterebilen bireyler de dahil edilmiş, transdiagnostik model çerçevesinde ele alınarak bu bozulmuş davranışların sürdürülmesine neden olan faktörlerin ilişkisi toplum popülasyonunda incelenme fırsatı bulunmuştur.

Transdiagnostik model (Fairburn ve ark., 2003); dört ana mekanizmanın (sınırlı duygudurum toleransı, klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler) bir ya da birden fazlasının birbirleri ile ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile etkileşiminin bozulmuş yeme davranışını sürdürülmesi ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Literatürde, modelin her bir ögesinin ayrı olarak yeme psikopatolojisi ile ilişkisi gösterilmiştir. Öte yandan, modeli bütüncül bir şekilde test eden az sayıda araştırmaya rastlanmış ve bu araştırmaların önemli sınırlılıklarının olduğu görülmüştür. Bu modeli test eden araştırmaların çok azı konuyu geniş bir örnekleme araştırmış ve araştırmaların birçoğu spesifik örneklem gruplarıyla sınırlı kalmıştır. Ayrıca, araştırmaların birçoğunda bozulmuş yeme davranışları kapsayıcı bir şekilde test edilmemiştir. Bunların yanında; konu ile ilgili Türkiye’de yapılan herhangi bir araştırmaya da rastlanmamıştır. Tüm bunlar bir araya getirildiğinde; geniş bir örnekleme ve bozulmuş yeme davranışlarını kapsayıcı bir biçimde transdiagnostik modeli test eden bir araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Yukarıdaki literatürün ışığında bu çalışmanın amacı; transdiagnostik modelde ele alınan dört sürdürücü faktörün (sınırlı duygudurum toleransı, klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler) temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve bozulmuş yeme davranışları (yiyecek kısıtlama, tıkinma, çıkartma ve aşırı egzersiz yapma) üzerindeki yordayıcı etkilerini bütüncül bir model çerçevesinde yetişkin toplum örnekleminde belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda, araştırmada hipotez edilen model (Şekil 5’te gösterilmiştir.) ve araştırmanın hipotezleri aşağıda yer almaktadır:



Şekil 5. Araştırmada Hipotez Edilen Model

Hipotez 1: Klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası problemler ile çıkartma ve aşırı egzersiz davranışı arasındaki ilişkide sırasıyla temel yeme bozukluğu psikopatolojisi, kısıtlama davranışı ve tıknırcasına yeme davranışının aracı etkisi bulunmaktadır.

Hipotez 1a: Düşük öz-saygı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasındaki ilişkide klinik mükemmeliyetçiliğin aracılık etkisi bulunmaktadır.

Hipotez 1b: Klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası problemler ile kısıtlama davranışı arasındaki ilişkide temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin aracılık etkisi bulunmaktadır.

Hipotez 1c: Temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile tıknırcasına yeme davranışı arasında kısıtlama davranışının aracılık etkisi bulunmaktadır.

Hipotez 1d: Kısıtlama davranışı ile çıkartma davranışı arasındaki ilişkide tıknırcasına yemenin aracılık etkisi bulunmaktadır.

Hipotez 1e: Kısıtlama davranışı ile aşırı egzersiz davranışı arasındaki ilişkide tıknırcasına yemenin aracılık etkisi bulunmaktadır.

Hipotez 2: Sınırlı duygu toleransının çıkartma davranışı ve aşırı egzersiz davranışı üzerinde hem doğrudan hem de tıknıma davranışları aracılığıyla yordayıcı etkileri bulunmaktadır.

Bu amaçlar kapsamında belirlenen ilişkilerin yapısal eşitlik modellemesi (YEM) ile değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Bunun yanında örneklemin özelliklerinin ortaya konulması amacıyla belirlenen yan amaçlar da bulunmaktadır. Bunlar örneklemin özelliklerinin ortaya konması amacıyla kullanılacak olan tanımsal istatistiklerdir. Bu kapsamda, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri de araştırmada incelenmiştir.

Literatürde transdiagnostik modele (Fairburn ve ark., 2003) yönelik çalışmalar mevcut olmasına karşın, tüm bu değişkenlerin bir model içerisinde geniş toplum örneklemini ile ele alındığı başka bir çalışmanın olmaması dikkat çekicidir. Bu araştırmanın transdiagnostik modeli geniş bir örneklem grubunda modelin değişkenlerini kapsayıcı bir biçimde ele alarak test eden ilk çalışma olması bakımından önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında, bu çalışma konu ile ilgili Türkiye’de yapılan ilk araştırma olması bakımından kayda değerdir. Ayrıca, çalışmanın yeme bozukluğunda risk faktörlerinin incelenmesine ve tedaviden sonra nüksün önlenmesine yönelik bilgi verecek olması bakımından değerli olduğu düşünülmektedir. Bu sayede çalışmanın yeme davranışı sorunlarına ilişkin alanda önleyici müdahalelerin revize edilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemini Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinde ve 57 farklı ilinde yaşayan Türkçe diline hakim 18-65 yaş aralığındaki yetişkinler oluşturmaktadır. Araştırmanın başında toplam 1532 katılımcıya ulaşılmıştır. 18-65 yaş aralığında olmak, Türkçe diline hakim olmak ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek işleme kriterleri olarak belirlenmiştir. Heterojen bir gruba ulaşabilmek için dışlama kriterleri oluşturulmamıştır. İşleme kriterlerine uymayan ve veri toplama araçlarını eksik ya da hatalı olarak dolduran 191 kişi araştırmaya dahil edilmemiştir. Böylece, çalışma 1341 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların % 65'i kadın, % 34'ü erkek, % 1'i cinsiyetini belirtmemiştir. Örneklemin yaş ortalaması 37.77'dir (SS = 13.64). Katılımcılara ulaşılan coğrafi bölgelerin dağılımı, bu dağılımın Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Şubat 2020 verilerine göre karşılaştırması ve araştırmada yer almayan şehirler listesi Tablo 3'de gösterilmiştir. Katılımcıların % 10.3'ü ilkokul, % 5.7'i ortaokul, % 40.9'u lise, % 31.8 yüksekokul/üniversite, % 10.7 yüksek lisans/doktora mezunudur ve % 0.6'sı ise eğitim durumunu belirtmemiştir. Katılımcıların % 42.5'i aktif olarak çalışmakta, % 55.8'i çalışmamaktadır ve % 1.7'si çalışma durumunu belirtmemiştir. Örneklemin hanesine giren ortalama para 6296 Türk lirasıdır (SS = 7153.17) ve % 59.8'i kendisini orta sınıf olarak algılamaktadır. Katılımcıların % 54'ü evli, % 40.2'si bekar, % 5.8'i dul veya boşanmıştır. Katılımcıların % 55'i çocuk sahibidir ve örneklemin çocuk sayısı ortalaması 1.2'dir. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri ve kilo ve yeme davranışları ile ilgili verileri çalışmanın yan amacı kapsamında "BULGULAR" bölümünde ayrıntılı bir biçimde yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcılara Ulaşılan Coğrafi Bölgelerin Dağılımı ve Araştırmada Yer Almayan İller

Coğrafi Bölgeler (Katılımcı Sayısı)	Katılımcı Yüzdesi	Türkiye Popülasyon Yüzdesi (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2020)
Marmara Bölgesi (N = 694)	51.8	29.8
İç Anadolu Bölgesi (N = 117)	8.7	15.4
Akdeniz Bölgesi (N = 123)	9.2	12.7
Ege Bölgesi (N = 95)	7.1	12.5
Güneydoğu Anadolu Bölgesi (N = 137)	10.2	10.3
Karadeniz Bölgesi (N = 88)	6.6	9.2
Doğu Anadolu Bölgesi (N = 55)	4.1	7.8
Belirtilmemiş (N = 32)	2.4	

Araştırmada Yer Almayan İller Listesi

Afyon, Ağrı, Bolu, Elazığ, Gümüşhane, Hakkari, Kastamonu, Kırşehir, Muş, Nevşehir, Siirt, Sivas, Tunceli, Uşak, Yozgat, Aksaray, Bayburt, Karaman, Kırıkkale, Şırnak, Bartın, Ardahan, Kilis, Düzce .

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada katılımcıların temel yeme psikopatolojisini ve bozulmuş yeme davranışlarını değerlendirmek için Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ); transdiagnostik modelin sürdürücü değişkenlerini değerlendirmek için Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ), Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği (RÖSÖ) , Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) ve Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu (KPE-32); aşırı egzersiz davranışının yanı sıra, katılımcıların yaş, eğitim bilgileri, algılanan SES gibi bilgilere ulaşabilmek adına Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu kullanılmıştır. Bu bölümde bahsi geçen ölçüm araçlarının tanıtılması ve araştırmadaki güvenilirlik değerlerinin verilmesi amaçlanmaktadır.

2.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu katılımcıların yaş, boy, kilo, eğitim seviyesi, meslek, medeni durum, algılanan sosyokültürel düzeyi, fiziksel ve psikiyatrik tıbbi geçmişi, diyet, tartılma ve egzersiz davranışları gibi belli özelliklerini tespit etmeye yönelik olarak hazırlanmış 38 soruyu içermektedir. Bunun yanında, katılımcıların aşırı egzersiz davranışlarını ölçmek için de Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'ndan yararlanılmıştır. Katılımcıların egzersiz yapıp yapmadığı “*Düzenli olarak spor ya da egzersiz yapıyor musunuz? 1- Hayır 2- Evet*” sorusu, katılımcıların egzersiz sıklığı ve yoğunluğu hakkında bilgilere erişmek için “*Ne kadar zamandır düzenli egzersiz yapıyorsunuz? 1- bir aydan az 2-bir aydan fazla 3-diğer (belirtiniz)*” ve “*Ne kadar sıklıkla spor ya da egzersiz yapıyorsunuz? a. Haftada kaç gün? b. Bir seferde ortalama ne kadar süre? (saat ve dakika cinsinden belirtiniz)*” soruları ile ölçülmüştür. Aşırı egzersiz davranışının ölçümünde Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 30. ve 32. maddesinin a ve b şıkkında geçen sorulara verilen cevaplar kullanılmıştır. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'na Ek 3'te yer verilmiştir.

2.2.2. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Orijinal adı Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) olan YBDÖ, Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Görüşmesi'nin (EDE) (Fairburn ve Cooper, 1993) öz-bildirim ölçeği şeklindeki formudur. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. YBDÖ; kısıtlama (K), tıknırcasına yeme (TY), beden şekli ile ilgili endişeler (BE), yemeye ilgili endişeler (YE) ve kiloyla ilgili endişeler (KE) olmak üzere 5 alt-ölçekten oluşmaktadır. Alt-ölçek ve toplam puan 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen puanlar psikopatolojinin yükselişine işaret etmektedir.

YBDÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yücel ve arkadaşları (2011) ve Baktıroğlu (2019) tarafından yapılmıştır. Yücel ve arkadaşlarının (2011) ergenlerle yaptıkları araştırmada, ölçeğin bütün olarak iç tutarlılık katsayısı .93, test tekrar test güvenirliği ise .91 olarak bildirilmiştir. Baktıroğlu'nun (2019) yetişkinlerle yaptığı araştırmada ise, ölçeğin toplam puan iç tutarlılık katsayısı .92, test tekrar test güvenirliği ise .82 olarak bulunmuş; iç tutarlılık katsayıları kısıtlama (K) alt-ölçeği

için .76, yeme ile ilgili endişeler (YE) alt-ölçeği için .70, kilo ile ilgili endişeler (KE) alt-ölçeği için .79, beden şekli ile ilgili endişeler (BE) alt-ölçeği için .89 ve tıknırcasına yeme (TY) alt-ölçeği için .72 olarak bildirilmiştir. Bu tez çalışmasında, YBDÖ'nün Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı tüm ölçek için .91, kısıtlama (K) alt-ölçeği için .81, yeme ile ilgili endişeler (YE) alt-ölçeği için .74, kilo ile ilgili endişeler (KE) alt-ölçeği için .77, beden şekli ile ilgili endişeler (BE) alt-ölçeği için .88 ve tıknırcasına yeme (TY) alt-ölçeği için .70 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada YBDÖ; temel yeme psikopatolojisi, tıknırcasına yeme, çıkartma ve yiyecek kısıtlama değişkenlerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır (Bakınız Ek 4).

2.2.3. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ)

Araştırmada klinik mükemmeliyetçiliği ölçmek amacıyla, Hewitt ve Flett (1991) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği kullanılmıştır (Bakınız Ek 5). Ölçek, kişilerin mükemmeliyetçilik düzeyini ölçmek ve mükemmeliyetçilik boyutlarını değerlendirmek amacıyla toplam 45 sorudan oluşmaktadır. ÇBMÖ her bir alt ölçeği 15 madde içermek üzere üç alt-ölçek barındırmaktadır. Bunlar, kendine-yönelik mükemmeliyetçilik (KYM), başkalarına-yönelik mükemmeliyetçilik (BYM) ve sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilik (SBM) alt ölçekleridir. KYM alt ölçeği, bireyin kendine yönelttiği mükemmeliyetçi davranışları (örnek; *“Bir iş üzerinde kusursuz olana kadar rahatlayamam.”*); BYM alt ölçeği, bireylerin diğerlerinin yapabilecekleri veya yeterlilikleri üzerine düşünceleri ve beklentilerini (örnek; *“Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim yüksektir.”*); ve SBM alt ölçeği ise, bireyin başkaları tarafından dayatıldığına inandığı standartlara ve beklentilere ulaşma ihtiyacı algısını (örnek; *“Çevremdekiler yaptığım her işten başarılı olmamı beklerler.”*) ölçmektedir (Hewitt ve Flett, 1991). Katılımcılar, 7’li Likert tipi olan ölçeği yanıtlayarak, ölçeğin her bir maddesine yönelik “Hiç Katılmıyorum(1)” ile “Kesinlikle Katılıyorum(7)” arasındaki tutumlarını belirtir. Her bir alt ölçekten alınan toplam puan bireyin o alt ölçekten elde ettiği mükemmeliyetçilik düzeyini göstermekte ve her bir alt ölçekten alınan puanın yükselmesi kişideki mükemmeliyetçilik düzeyinin yükseldiği anlamına gelmektedir (Hewitt ve Flett, 1991).

Klinik ve normal örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalarda ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yeterli bulunmuştur (Hewitt ve Flett, 1991; Hewitt ve ark., 1991). Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları KYM alt ölçeği için .86, BYM alt ölçeği için .82 ve SBM alt ölçeği için .87 olarak bulunmuştur (Hewitt ve Flett, 1991).

Orijinal ölçeğin Türkçeye çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Oral (1999) tarafından yapılmış, ölçeğin faktör yapısının orijinal ölçeğe benzediği görülmüştür. Buna göre, bütün ölçeğin güvenilirliği .91, KYM alt ölçeğinin güvenilirliği .91, BYM alt ölçeğinin güvenilirliği .73 ve SBM alt ölçeğinin güvenilirliği .80 olarak bulunmuştur (Oral, 1999). Bu tez çalışmasında, ÇBMÖ'nün Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı tüm ölçek için .87, KYM alt ölçeği için .88, BYM alt ölçeği için .59 ve SBM alt ölçeği için .72 olarak bulgulanmıştır.

2.2.4. Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği (RÖSÖ)

Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçek, Rosenberg Öz-Saygı Envanteri'nin bir alt-ölçeğidir. Bireylerin öz-saygı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan RÖSÖ; yarısı olumlu ve diğer yarısı olumsuz olmak üzere toplam 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın artması benlik saygısında düşüş olarak değerlendirilmektedir. Literatürde sıkça kullanılan RÖSÖ, oldukça uygun psikometrik özellikler göstermektedir (Cronbach alfa = .92; test-tekrar test güvenilirliği $r = .85-.88$). RÖSÖ'nün Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroglu (1985) tarafından psikiyatrik görüşmeler ile yapılmıştır. Ölçeği oluşturan 10 maddenin toplamına ilişkin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .81 olarak saptanmıştır (Çuhadaroglu, 1986; aktaran Öner, 1997). Bu tez çalışmasında, Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .96 olarak bulgulanmıştır. Bu araştırmada RÖSÖ, katılımcıların öz-saygı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmıştır (Bakınız Ek 6).

2.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)

Bu araştırmada; katılımcıların duygu durum toleranslarını ölçmek amacıyla Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) kullanılmıştır (Bakınız Ek 7). Duygu düzenlemenin çeşitli boyutlarında

yaşanan güçlükleri belirlemeyi amaçlayan DDGÖ; 36 maddeden oluşan ve 5’li derecelendirme tipi, hemen hemen hiç (0) ile hemen hemen her zaman (4) aralığında değişen, bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek; farkındalık (duygusal tepkilere ilişkin farkındalık yoksunluğu; “*Ne hissettiğime dikkat ederim.*”), netlik (duygusal tepkilere ilişkin netliğin eksikliği; “*Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.*”), kabul etmeme (duygusal tepkilerin kabul edilmemesi; “*Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.*”), stratejiler (etkili stratejilere sınırlı erişim; “*Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.*”), dürtü (dürtülerin kontrol edilememesi; “*Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.*”), amaçlar (olumsuz duygular yaşarken amaç odaklı davranmada güçlük; “*Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.*”) olmak üzere altı alt-ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten toplam puan alınabildiği gibi, her bir alt-ölçekten de puan elde edilebilmekte; alınan puanların yükselmesi duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin artmasına işaret etmektedir. Ölçeğin özgün formuna ilişkin geçerlilik ve güvenirlik katsayıları testi kullanmak için uygun aralıktadır; tüm ölçek için iç tutarlılık katsayısı .93 ve alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları .88 - .89 arasında değişmektedir. Test-tekrar test güvenirliği .88 olarak bulunmuştur.

DDGÖ, Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından Türkçe’ye çevrilmiş ve uyarlanmıştır. Ölçeğin faktör sayısı ve yapısı ölçeğin özgün formuyla benzer bulunmuştur. Ölçeğin altı alt boyutu için iç tutarlılık Cronbach Alpha katsayısı .75 ile .90 arasında değişmektedir. Test-tekrar test güvenirliği toplam puan için .83, alt ölçekler için .60 ile .85 arasında farklılık göstermektedir (Rugancı ve Gençöz, 2010). Bu tez çalışmasında, Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı tüm ölçek için .92 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt ölçekleri için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .75 ile .84 arasında değişmektedir. Bunlar; stratejiler alt ölçeği için .83, kabul alt ölçeği için .84; netlik alt ölçeği için .75, dürtü alt ölçeği için .81; amaçlar alt ölçeği için .79 ve farkındalık alt ölçeği için .75 olarak saptanmıştır. Türkiye’de yapılan güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları, DDGÖ’nün duygu düzenleme güçlüklerini Türkiye örnekleminde ölçmek için yeterli geçerlilik ve güvenirliğe sahip olduğunu göstermektedir.

2.2.6. Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu (KPE-32)

Orijinal adı The inventory of Interpersonal Problems- Circumplex (IPP-C; Alden, Wiggins ve Pincus, 1990) olan Kişiler Arası Problemler Envanteri kişiler arası güçlükleri ölçmek amacıyla geliştirilmiş 64 maddeden oluşan bir envanterdir. Daha sonra IPP-C'nin 32 maddeden oluşan kısa formu geliştirilmiştir (Horowitz ve ark., 2003). Genel kişiler arası güçlük düzeyinin yanı sıra, farklı kişiler arası problem alanlarını da değerlendiren KPE-32 Likert tipinde olan bir öz-bildirim ölçeğidir. Baskın-Kontrolcü (Domineering/Controlling), İntusif-Muhtaç (Intrusive-Needy), Aşırı Fedakar (Self-Sacrificing), Aşırı Uyumlu (Overly Accomodating), Hakkını-Fikrini Savunmayan (Nonassertive), Sosyal Çekinik (Socially Avoidant), Soğuk-Mesafeli (Cold-Distant) ve Kinci-Benmerkezci (Vindictive/ Self-centered) olmak üzere sekiz alt-ölçeği bulunan envanterin her bir alt-ölçeği dörder maddeden oluşmaktadır. Birçok dile uyarlaması yapılmış olan KPE-32'nin Türkçe uyarlaması Akyunus ve Gençöz (2016) tarafından yapılmıştır. Buna göre, KPE-32'nin iç tutarlılığı tüm ölçek için .86 olarak saptanmıştır. Alt-ölçekleri için ise iç tutarlılığın .66 ile .84 arasında değiştiği bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği ise tüm ölçek için .76; alt-ölçekleri için .59 ile .83 arasında bulgulanmıştır. Bu tez çalışmasında, Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı tüm ölçek için .89 olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt ölçekleri için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları .63 ile .83 arasında değişmektedir. Bunlar; Baskın-Kontrolcü için .74, İntusif-Muhtaç için .63, Aşırı Fedakar için .77, Aşırı uyumlu için .65, Hakkını-Fikrini Savunmayan için .75, Sosyal Çekinik için .83, Soğuk-Mesafeli için .77 ve Kinci-Benmerkezci .78 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, katılımcıların kişiler arası güçlük düzeyini ölçmek için KPE-32 kullanılmıştır (Bakınız Ek 8).

2.3. İşlem

Araştırmanın hipotezleri oluşturulduktan sonra, veri toplama aşamasına geçilmiştir. Ancak bu aşamaya başlanmadan önce, çalışmanın etik ilkelere uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri

Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Çalışmanın etik yönden uygun olduğu kurulun 21.06.2018 tarihli 06 sayılı toplantısında onaylanmıştır. Onay formu Ek 1'de yer almaktadır. Veriler Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesindeki çeşitli illerinde ve internet ortamında toplanmış; 733 adet veriye elden, 608 adet veriye ise internet üzerinden ulaşılmıştır. Elden ulaşılan veriler yüz yüze veya posta yoluyla toplanmıştır. Posta yoluyla toplanan verilerin çoğunluğu niversite personeli ve öğrenciler tarafından toplanmıştır. İnternet ve elden toplanan verilere kartopu örneklemle ile ulaşılmıştır. Katılımcıların ulaşılmasında herhangi bir yanlılık unsuru bulunmamaktadır.

Katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlarının veri toplama yoluna göre farklılaşıp farklılaşmadığı Bağımsız rneklem t testi ile incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların elden ve internet yoluyla olmak üzere veri toplama biçimine göre BKİ ($t_{(1333)} = -5.997$, $p > .05$), yeme bozukluğu belirtileri ($t_{(1339)} = 1.491$, $p > .05$), düşük öz-saygı ($t_{(1339)} = 0.515$, $p > .05$) ve kişiler arası problemler ($t_{(1339)} = 2.990$, $p > .05$) puanlarının farklılaşmadığı görülmüştür. Ancak; veri toplama biçimine göre katılımcıların yaş ($t_{(1339)} = -13.637$, $p < .001$), sınırlı duygu durum toleransı ($t_{(1339)} = 3.445$, $p < .05$) ve mükemmeliyetçilik ($t_{(1339)} = 1.380$, $p < .01$) puanlarının farklılaştığı bulunmuştur. Katılımcıların yaş ve BKİ puanları ve araştırmada kullanılan ölçeklerin veri toplama şekline göre hesaplanmış t testi sonuçları Tablo 4'te gösterilmektedir. Sonuç olarak, değişkenlerin çoğunluğunun farklılaşmadığı grldğu için iki veri seti birleştirilerek araştırmada ele alınmıştır.

Tablo 4. Veri Toplama Şekline Göre Katılımcıların Yaş, BKİ ve Kullanılan Ölçeklerin t Testi Sonuçları

	Elden (N = 733, % 54.7)		İnternet Üzerinden (N = 608, % 45.3)		
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Sig.
Yaş	33.44	13.68	43.00	11.61	p < .001
BKİ	24.66	4.67	26.25	4.99	p > .05
YBDÖ	1.26	1.12	1.17	1.06	p > .05
ÇBMÖ	1.88	28.05	1.85	32.22	p < .01
RÖSÖ	.99	.76	.97	.73	p > .05
DDGÖ	81.03	21.32	77.12	19.95	p < .05
KPE-32	70.52	17.17	67.71	17.04	p > .05

BKİ: Beden Kitle İndeksi; YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği; ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği; RÖSÖ: Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; KPE-32: Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu.

Çalışmaya 18-65 yaş aralığında, Türkçe diline hakim olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden bireyler katılmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında gerekli bilgilendirme sunulduktan sonra çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan Bilgilendirilmiş Onam Formundan (Bakınız Ek 2) ve yukarıda bahsedilen veri toplama araçlarından oluşan ölçek bataryasının doldurulması istenmiştir. Katılımcıların ölçek bataryasını doldurma süresi 25-30 dakika sürmüştür. Veriler Haziran 2018 ve Şubat 2019 aralığında toplanmıştır.

2.4.Verilerin Analizi

Örneklemin özelliklerinin ortaya konması amacıyla öncelikle katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri araştırmada incelenmiştir. Bu amaçla sosyodemografik ve klinik verilerin sıklık, ortalama, yüzdelik dağılımları ve standart sapma puanlarına bakılmıştır. Sonrasında ölçeklerden alınan puanların ortalama ve standart sapma puanları ele alınmıştır. Çalışmadaki demografik verilerin ortalamalarının karşılaştırılması ve tanımlayıcı istatistiklerin ortaya konulabilmesi için SPSS 16.00 for Windows programı kullanılmıştır. Bir sonraki aşamada hipotezler kapsamında oluşturulan model YEM ile incelenmiştir. Modeldeki dolaylı ilişkiler ve

modelin geçerliliği LISREL 8.51 programı ile sınanmıştır. Örtük ve gözlenen değişkenler arasındaki ilişki Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Analizi ile belirlenmiştir. Araştırma soruları kapsamında hedeflenen aracılık analizinde Preacher ve Hayes'in (2008) ve Zhao, Lynch Jr ve Chen'in (2010) önerileri temel alınmıştır. Modelin geçerliliği iki aşamalı analiz yöntemi ile test edilmiştir. Bu bağlamda, öncelikle oluşturulan ölçüm modeli sınanmıştır. Daha sonrasında belirlenen hipotezler kapsamında oluşturulan modelin sınamasına geçilmiştir. Modelin uygunluğunun değerlendirilmesi için literatür çerçevesinde belirlenen uyum indeksleri ele alınmıştır (Anderson ve Gerbing, 1988).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde öncelikle örnekleme tanımaya yönelik betimsel bulgular sunulacaktır. Ardından araştırmanın temel amaçlarına yönelik olarak model sınamalarına ve analiz bulgularına yer verilecektir.

3.1. Betimsel İstatistikler

Örnekleme oluşturan 1341 yetişkin bireyin yaş ortalaması 37.77 (SS = 13,64), % 65'i kadın (N = 874), % 34'ü erkek (N = 454) ve % 1'i cinsiyetini belirtmemiştir (N = 13). Katılımcıların % 51.8'i Marmara Bölgesi (N = 694), % 8.7'si İç Anadolu Bölgesi (N = 117), % 7,1'i Ege Bölgesi (N = 95), % 9.2'si Akdeniz Bölgesi (N = 123), % 10.2'si Güneydoğu Anadolu Bölgesi (N = 137), % 6.6'sı Karadeniz Bölgesi (N = 88), % 4.1'i Doğu Anadolu Bölgesi'nde (N = 55) yer alan bir şehirde yaşamaktadır ve % 2.3'ü yaşadığı şehri belirtilmemiştir (N = 32). Katılımcıların % 10.3'ü ilkokul (N = 138), % 5.7'i ortaokul (N = 76), % 40.9'u lise (N = 549), % 31.8 yüksekokul/üniversite (N = 427), % 10.7 yüksek lisans/doktora mezunudur (N = 143) ve % 0.6'sı ise eğitim durumunu belirtmemiştir (N = 8). Katılımcıların % 42.5'i (N = 570) aktif olarak çalışmakta, %55.8'i çalışmamaktadır (N = 748) ve %1.7'si çalışma durumunu belirtmemiştir (N = 23). Örneklemin hanesine giren ortalama para 6296.20 Türk lirasıdır (SS = 7153.17). Katılımcıların algılanan SES'i % 3.8 alt (N = 51), % 13.6 alt-orta (N = 183), % 59.8 orta sınıf (N = 802), % 18.8 üst-orta (N = 252), % 2.5 üst (N = 34) olarak bulunmuştur, % 1.4'ü ise algılanan SES'i belirtmemiştir (N = 19). Örneklemin % 54'ü evli (N = 724), % 40.2'si bekar (N = 539), % 5.8'i dul veya boşanmıştır (N = 78); % 54.8'i çocuk sahibidir (N = 735), 44.9'u çocuk sahibi değildir (N = 602), % 0.3'ü ise çocuk sahibi olup olmadığını belirtmemiştir (N = 4) ve örneklemin çocuk sayısı ortalaması 1.2'dir. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri Tablo 5'te özetlenmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

		N	Ort.	SS
Yaş		1341	37.77	13.64
Gelir (Türk lirası)		1177	6296.20	7153.17
		N	%	
Cinsiyet	Kadın	874	65	
	Erkek	454	34	
	Belirtilmemiş	13	1	
Yaşanılan Coğrafi Bölge	Marmara	694	51.8	
	İç Anadolu	117	8.7	
	Ege	95	7.1	
	Akdeniz	123	9.2	
	Güneydoğu	137	10.2	
	Karadeniz	88	6.6	
	Doğu Anadolu	55	4.1	
	Belirtilmemiş	32	2.3	
Eğitim	İlkokul	138	10.3	
	Ortaokul	76	5.7	
	Lise	549	40.9	
	Yüksekokul/Üniversite	427	31.8	
	Yüksek Lisans/Doktora	143	10.7	
	Belirtilmemiş	8	0.6	
Algılanan SES	Alt	51	3.8	
	Alt-orta	183	13.6	
	Orta	802	59.8	
	Üst-orta	252	18.8	
	Üst	34	2.5	
	Belirtilmemiş	19	1.4	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	570	42.5	
	Çalışmıyor	748	55.8	
	Belirtilmemiş	23	1.7	
Medeni Durum	Evli	724	54	
	Bekar	539	40.2	
	Dul/Boşanmış	78	5.8	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Çocuk var	735	54.8	
	Çocuk yok	602	44.9	
	Belirtilmemiş	4	0.3	

Örneklemin % 70'i herhangi bir sağlık sorunu olmadığını belirtirken (N = 939), % 29.8'i tanı almış bir sağlık sorunu olduğunu belirtmiştir (N = 399) ve % 0.2'si ise sağlık durumu ile ilgili bilgi vermemiştir (N = 3). Örneklemin % 74.3'ü düzenli ilaç kullanmamaktadır (N = 996), % 24.8'i ise düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir (N = 333) ve % 0.9'u düzenli ilaç kullanma durumunu belirtmemiştir (N = 12). Katılımcıların % 93.3'ü herhangi bir psikiyatrik tanısının olmadığını belirtmiş (N = 1251), % 6.3'ü psikiyatrik bir tanıya sahip olduğunu belirtmiş (N = 84) ve % 0.4'ü ise psikiyatrik bir tanıya sahip olup olmadığı ile ilgili bilgi vermemiştir (N = 6). Psikiyatrik tanı almış 84 kişinin 59'u bir tedavi aldığını belirtmektedir. Katılımcıların % 77.6'sı daha önce hiç psikolojik/psikiyatrik yardım almadığını belirtirken (N = 1041), % 21.6'sı daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım aldığını ifade etmiştir (N = 290) ve % 0.7'si ise daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım alıp almadığını belirtmemiştir (N = 10). Örneklemin % 80.5'unun ailesinde herhangi biri psikolojik/psikiyatrik yardım almazken (N = 1080), % 18.6'sının ailesinde herhangi biri psikolojik/psikiyatrik yardım almaktadır (N = 250) ve % 0.8'i ise buna dair bir bilgi vermemiştir (N = 11).

Katılımcıların % 97'si herhangi bir yeme bozukluğu tanısı olmadığını belirtirken (N = 1301), % 2.4'ü bir yeme bozukluğu tanısı aldığını belirtmektedir (N = 32) ve % 0.6'sı ise yeme bozukluğu tanısı alıp almadığına dair bilgi vermemiştir (N = 8). Yeme bozukluğu tanısı almış 32 kişiden yalnızca 5 kişi yeme bozuklukları ile ilgili bir tedavi aldığını belirtmiştir.

Örneklemin BKİ ortalaması 25.38'dir (SS = 4,88). En son tartılma zamanı ortalaması 30.32 gündür (SS = 105.08). Katılımcılara ne kadar sıklıkla tartıldıkları sorulduğunda % 6'sı tartılmadığını (N = 80), % 26.7'si ayda birden az tartıldığını (N = 358), % 19.9'u ayda 1-3 kez tartıldığını (N = 267), % 18.1'i haftada bir tartıldığını (N = 243), %10.2'si haftada 2-6 kez tartıldığını (N = 137), % 8.1'i her gün tartıldığını (N = 109), % 1.3'ü günde birden fazla kez tartıldığını (N = 17) belirtirken % 8.7'si diğeri işaretlemiş (N = 117) ve % 1'i bu soruya cevap vermemiştir (N = 13). Şu andaki kilosunu katılımcıların % 6.2'si az (N = 83), % 37.2'si ideal (N = 499), % 47.4'ü fazla (N = 636), % 7.5'u çok fazla (N = 100) olarak belirtmiştir ve % 1.7'si bu maddeye

yanıt vermemiştir (N =23). Katılımcıların 16 yaşından itibaren sahip oldukları en düşük kilo ortalaması 56.51 (SS = 10.82), en yüksek kilo ortalaması 77.31 (SS = 17.63) ve olmak istedikleri kilo ortalaması 65.06 (SS = 11.71) olarak bulunmuştur.

Katılımcıların % 90.5'i herhangi bir diyet yapmadığını belirtirken (N = 1213), % 9.4'ü diyet yapmaktadır (N = 126), % 0.1'i ise diyet yapma durumunu belirtmemiştir (N = 2). Diyet yapan katılımcıların diyet yapma süresi ortalaması 34.04 (SS = 64,00) gündür. Katılımcıların % 23.8'si düzenli spor yaptığını belirtirken (N = 318), % 75.5'i düzenli spor yapmamaktadır (N = 1013) ve % 0.7'si herhangi bir düzenli spor yapıp yapmadığını belirtmemiştir (N = 10). Spor yapan katılımcılar haftada ortalama 3.83 (SS = 1.67) gün ve bir seferde ortalama 73.58 (SS = 37.55) dakika spor yapmaktadır. Katılımcıların tüm klinik bilgileri Tablo 6.'da özetlenmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Klinik Özellikleri

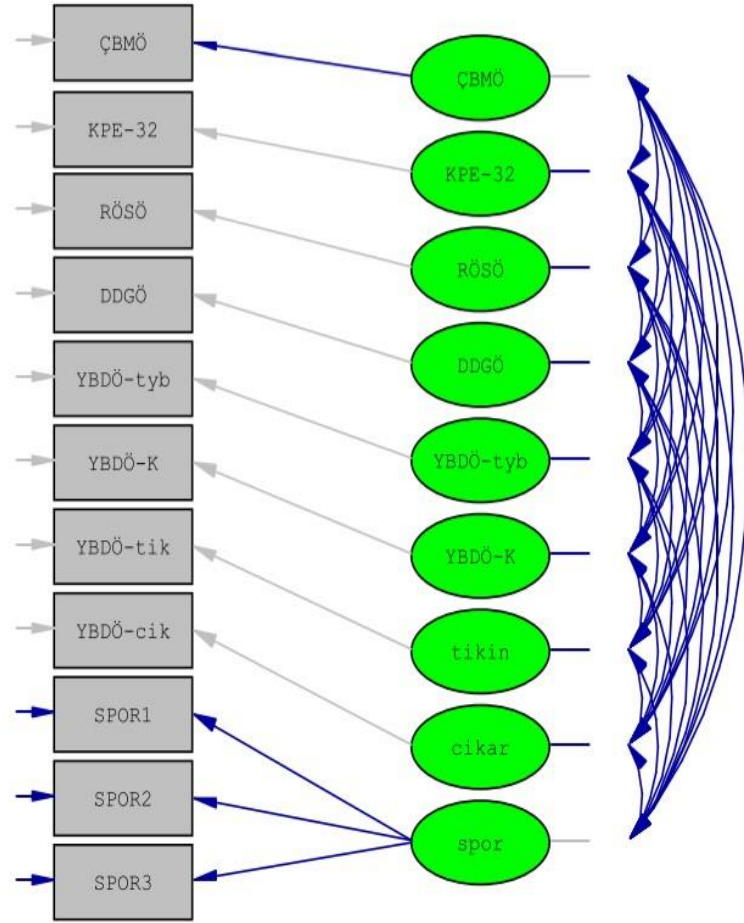
		N	Ort.	SS
BKİ		1337	25.38	4.88
Boy (metre)		1337	1.67	0.09
Kilo (kg)		1337	71.09	15.50
En Son Tartılma Zamanı (gün)		1245	30.32	105.08
En Düşük Kilo (kg)		1301	56.51	10.82
En Yüksek Kilo (kg)		1324	77.31	17.63
Olmak İstenen Kilo (kg)		1326	65.06	11.71
Diyet Yapma Süresi (gün)		90	34.04	64.00
Haftalık Spor Yapma Sıklığı (gün)		326	3.83	1.67
Spor Yapma Süresi (dakika)		321	73.58	37.55
		N	%	
Sağlık Sorunu	Yok	939	70	
	Var	399	29.8	
	Belirtilmemiş	3	0.2	
Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	996	74.3	
	Var	333	24.8	
	Belirtilmemiş	12	0.9	
Psikiyatrik Tanı	Yok	1251	93.3	
	Var	84	6.3	
	Belirtilmemiş	6	0.4	

Şu Anda Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Alma Durumu	Almıyor	25	29.76
	Alıyor	59	70.24
Daha Önce Alınan Psikolojik/Psikiyatrik Yardım	Alınmadı	1041	77.6
	Alındı	290	21.6
	Belirtilmemiş	10	0.7
Aileden Birinin Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Alma Durumu	Almıyor	1080	80.5
	Alıyor	250	18.6
	Belirtilmemiş	11	0.8
Yeme Bozukluğu Tanısı	Yok	1301	97
	Var	32	2.4
	Belirtilmemiş	8	0.6
BKİ	Zayıf (<18.5)	67	5
	Normal (18.5-24.9)	627	46.8
	Fazla Kilolu (25-29.9)	432	32.2
	Obez (>30)	209	15.6
Şu Andaki Kilosunu Nasıl Bulduğu	Az	83	6.2
	İdeal	499	37.2
	Fazla	636	47.4
	Çok Fazla	100	7.5
	Belirtilmemiş	23	1.7
Tartılma Sıklığı	Tartılmıyor	80	6
	Ayda 1'den az	358	26.7
	Ayda 1-3 kez	267	19.9
	Haftada 1	243	18.1
	Haftada 2-6	137	10.2
	Her gün	109	8.1
	Günde 1'den fazla	17	1.3
	Diğer	117	8.7
	Belirtilmemiş	13	1
Diyet Yapma Durumu	Yapmıyor	1213	90.5
	Yapıyor	126	9.4
	Belirtilmemiş	2	0.1
Spor Yapma Durumu	Yapmıyor	1013	75.5
	Yapıyor	318	23.8
	Belirtilmemiş	10	0.7

3.2. Araştırmanın Temel Amaçlarına Yönelik Araştırma Sorularının Sınanması

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçekler üzerine kurulan araştırma soruları, ilişkisel ve modelleme analizlerine yönelik sonuçlara yer verilecektir. Yapısal modele geçmeden önce modele tanımlanan örtük ve gözlenen değişkenler isimlendirilecektir.

Model 9 örtük ve 11 gözlenen değişkenden oluşmaktadır. Modelde mükemmeliyetçilik örtük değişkeninin ölçümünde Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (ÇBMÖ)'nin toplam puanı gözlenen değişken olarak, kişiler arası problemler örtük değişkeninin ölçümünde Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu (KPE-32)'nin toplam puanı gözlenen değişken olarak, öz-saygı örtük değişkeninin ölçümünde Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği (RÖSÖ)'nin toplam puanı gözlenen değişken olarak ve sınırlı duygudurum toleransı örtük değişkeninin ölçümünde Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)'nin toplam puanı gözlenen değişken olarak modele tanımlanmıştır. Modelde, temel yeme bozukluğu psikopatolojisi örtük değişkeninin ölçümünde Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)'nin beden şekliyle ilgili endişeler (BE), yemeyle ilgili endişeler (YE) ve kiloyla ilgili endişeler (KE) alt-ölçeklerinin toplam puanı gözlenen değişken olarak tanımlanmıştır. Kısıtlama örtük değişkeninin ölçümünde YBDÖ'nün kısıtlama (K) alt-ölçeği toplam puanı gözlenen değişken olarak, tıkinma örtük değişkeninin ölçümünde YBDÖ'nün tıkinircasına yeme (TY) alt-ölçeğinde yer alan 13., 14. ve 15. maddelerin toplam puanı ve çıkartma örtük değişkeninin ölçümünde ise aynı alt-ölçeğin 16., 17. ve 18. maddelerinin toplam puanı gözlenen değişken olarak modele tanımlanmıştır. Son olarak, aşırı egzersiz örtük değişkeninin ölçümünde ise Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 30. ve 32. maddesinin a ve b şikkında geçen sorulara (EK?) verilen cevaplar gözlenen değişkenler olarak tanımlanmıştır. Modelin örtük ve gözlenen değişkenleri Şekil 6'da ve Tablo 7'de gösterilmektedir.



Şekil 6. Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler

Tablo 7. Modele İlişkin Tüm Örtük ve Gözlenen Değişkenler

Örtük Değişken	Örtük Değişkenin Kısaltması	Gözlenen Değişkenler	Ölçüm Aracı
Mükemmeliyetçilik	ÇBMÖ	ÇBMÖ toplam puan	ÇBMÖ
Kişiler arası güçlükler	KPE-32	KPE-32 toplam puan	KPE-32
Öz-saygı	RÖSÖ	RÖSÖ toplam puan	RÖSÖ
Sınırlı duygudurum toleransı	DDGÖ	DDGÖ toplam puan	DDGÖ
Temel yeme bozukluğu psikopatolojisi	YBDÖ-tyb	YBDÖ-BE, YBDÖ-YE ve YBDÖ-KE toplam puan	YBDÖ-BE YBDÖ-YE YBDÖ-KE
Kısıtlama	YBDÖ-K	YBDÖ-K toplam puan	YBDÖ-K
Tıkınma	tikin	YBDÖ-TY: 13., 14. ve 15. maddeler toplamı	YBDÖ-TY
Çıkartma	cikar	YBDÖ-TY: 16.,17. ve 18. maddeler toplamı	YBDÖ-TY
Aşırı egzersiz	spor	Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu 30, 32a ve 32b	Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

3.2.1. Değişkenler Arası İlişkiler

Yapısal modele geçmeden önce ilgili değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Katsayı Analizi ile incelenmiştir. Analizin sonuçları Tablo 8’de gösterilmektedir. Korelasyon tablosu incelendiğinde araştırmanın hipotezleri bağlamında seçilen değişkenler arasında büyük oranda anlamlı ilişkiler bulunduğu görülmektedir.

Yapılan analizde, mükemmeliyetçiliğin kişiler arası güçlükler, öz-saygı ve duygu düzenleme güçlükleri ile pozitif yönlü düşük güçte anlamlı bir korelasyon gösterdiği (sırasıyla $r = .194$, $r = .091$, $r = .113$, $p < .01$); kişiler arası güçlüklerin öz-saygı ile orta güçte anlamlı bir pozitif korelasyon gösterdiği ($r = .355$, $p < .01$) ve duygu düzenleme güçlükleri ile yüksek güçte anlamlı bir pozitif korelasyon gösterdiği ($r = .547$, $p < .01$); öz-saygının duygu düzenleme güçlükleri ile orta güçte anlamlı bir pozitif korelasyon gösterdiği ($r = .440$, $p < .01$) bulgulanmıştır.

Temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile mükemmeliyetçilik arasında düşük güçte pozitif yönlü anlamlı bir korelasyon bulunurken ($r = .159$, $p < .01$); kişiler arası güçlükler, öz-saygı ve duygu düzenleme güçlükleri ile orta güçte pozitif yönlü anlamlı korelasyon göstermektedir (sırasıyla, $r = .319$, $r = .311$, $r = .375$, $p < .01$). Temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile kısıtlama, tıknıma ve çıkartma arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon (sırasıyla $r = .611$, $r = .489$, $r = .282$, $p < .01$) bulunmuştur. Temel yeme bozukluğu ile kısıtlama arasında güçlü, tıknıma ile arasında orta, çıkartma ile arasında düşük kuvvette ilişki kaydedilmiştir. Öte yandan, temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile aşırı spor maddeleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır (sırasıyla, $r = -.045$, $r = -.012$, $r = -.025$, $p > .05$).

Bozulmuş yeme davranışlarının birbirleri ile korelasyonuna bakıldığında, kısıtlama ile tıknırcasına yeme, çıkartma ve aşırı spor maddeleri (Spor-1, Spor-2 ve Spor-3) arasında düşük kuvvette pozitif yönlü anlamlı korelasyon (sırasıyla $r = .223$, $r = .201$, $r = .131$, $r = .136$, $r = .118$, $p < .01$) bulgulanmıştır. Tıknırcasına yeme ve çıkarma arasında düşük güçte anlamlı derecede pozitif yönlü bir korelasyon bulunurken ($r = .238$, $p < .01$), tıknırcasına yeme ile aşırı spor maddeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $r = .018$, $r = .029$, $r = .049$, $p > .05$). Çıkartma ile aşırı spor maddeleri (Spor-1, Spor-2 ve Spor-3) arasında anlamlı derecede düşük kuvvette pozitif yönlü korelasyon (sırasıyla $r = .115$, $r = .124$, $r = .126$, $p < .01$) bulunmuştur.

Tablo 8. Değişkenler Arasındaki Korelasyonlar, Değişkenlerin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Aritmetik ortalama (SS)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1) ÇBMÖ	1.87 (30.06)	.194**	.091**	.113**	.159**	.095**	.066*	.102**	.045	.049	.053
2) KPE-32	69.30 (17.16)		.355**	.547**	.319**	.152**	.183**	.107**	-.074**	-.054*	-.063*
3) RÖSÖ	.98 (.74)			.440**	.311**	.099**	.199**	.065*	-.068*	-.039	-.043
4) DDGÖ	79.31 (20.80)				.375**	.143**	.236**	.120**	-.091**	-.081**	-.071**
5) YBDÖ-tyb	3.77 (3.46)					.611**	.489**	.282**	-.045	-.012	-.025
6) YBDÖ-K	5.63 (6.55)						.223**	.201**	.131**	.136**	.118**
7) YBDÖ-tikin	5.95 (10.93)							.238**	.018	.029	.049
8) YBDÖ-cikar	5.01 (3.63)								.115**	.124**	.126**
9) Spor-1	.44 (.81)									.851**	.838**
10) Spor-2	.97 (1.87)										.757**
11) Spor-3	18.24 (36.57)										1

*p<.05; **p<.01

ÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği; KPE-32: Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu; RÖSÖ: Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; YBDÖ-tyb: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin beden şekliyle ilgili endişeler, yemeyle ilgili endişeler ve kiloyla ilgili endişeler alt-ölçeklerinin toplam puanı; YBDÖ-K: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin kısıtlama (K) alt-ölçeği; YBDÖ-tikin: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıknırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 13., 14. ve 15. maddelerin toplam puanı; YBDÖ-cikar: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıknırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 16., 17. ve 18. maddelerinin toplam puanı; Spor-1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 30. maddesi; Spor-2: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32a. maddesi; Spor-3: : Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32b. maddesi.

3.2.2. Modelin Sınaması

Bir önceki bölümde temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile aşırı spor maddeleri arasındaki ve tıknırcasına yeme ile aşırı spor maddeleri arasındaki korelasyonlar dışında tüm örtük değişkenlerin birbirleriyle ilişkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu bölümde değişkenlerin birbirleriyle oluşturdukları ilişkiler model içerisinde ele alınacaktır. Araştırma soruları çerçevesinde belirlenen model, LISREL 8.51 programı kullanılarak YEM (Jöreskog ve Sörbom, 1993) ile sınanmıştır. YEM analizinde kuramsal ve istatistiki olarak en uygun modeli bulmak amacıyla kuramsal yapı ele alınarak oluşturulan modelin, veri setine uyumunu değerlendiren model uyum değerleri (model fit indices), modelin veriye daha uygun bir şekil alabilmesi için önerilen değişiklik indeksleri (modification indices) ve değişkenler arasındaki korelasyonların anlamlılığı ele alınmaktadır.

Araştırma modelinin uyum değerleri belirlenirken LISREL 8.51'in sunmuş olduğu belli değerlere bakılması kritik olmaktadır. Uyum iyiliğini belirlemek için beş temel uyum iyiliği değeri bulunmaktadır: Bunlar, Ki kare katsayısı (χ^2), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Goodness of Fit Index (GFI), Comparative Fit Index (CFI) ve Root Mean-Square Residual'in (RMR) standardize edilmiş hali olan SRMR'dir (Byrne, 1998; Hair ve ark., 1992; Jöreskog ve Sörbom, 1996).

En temel olarak kullanılan ölçüm değeri Ki kare katsayısı (χ^2), YEM analizinde uyum iyiliğini ölçen tek istatistiki olarak dayandırılmış ölçümdür ve p değerinin 0.05'ten yüksek olması kabul edilir olduğunu göstermektedir. Ki kare katsayısına (χ^2) getirilen önemli bir eleştiri örneklem büyüklüğüne karşı fazla hassas oluşudur (özellikle örneklemdeki eleman sayısının 200'den fazla olduğu durumlara karşı) (Hair ve ark., 1992); bu yüzden modelin uygunluğunu belirlemek için kullanılması uygun olmayabilmektedir. Öte yandan; Jöreskog ve Sörbom (2001), bu değer uyum iyiliği kriteri olarak olmasa da "uyum kötülüğünü" belirlemek amacıyla modellerin karşılaştırılmasında kullanılabileceğini belirtmektedir. Buna göre, Ki kare katsayısının serbestlik derecesi (sd) ile karşılaştırılması önerilmektedir. Bu amaçla literatürde χ^2 'nin sd'ye bölümü ile elde edilen değerin, değerlerin tek başına ele

alınmasından daha güvenilir olduğu belirtilmektedir. Çıkan sayı, uyum kötülüğü kriteri olarak da kullanılmaktadır. Bu değerin yüksek olması kötü bir uyumun göstergesi olarak yorumlanabilmektedir.

Ki kare değerinin tüm modelin iyiliğine ilişkin gerçekçi bir değer olarak ele alınamaması sebebiyle diğer uyum iyiliği değerleri kullanılmaktadır. RMSEA, örneklem büyüklüğünden bağımsız tahminler yapılmasını sağlayan ve yorumlaması kolay olan bir uyum iyiliği değeridir. Bunun yanında, RMSEA modelin karmaşıklığından da etkilenmemektedir (Byrne, 1998; Jöreskog ve Sörbom, 1993). Öte yandan, RMSEA değişkenlerin sayısının çokluğundan ziyade, örneklem olması gerekenden fazla ya da eksik oluşundan etkilenebilen bir değerdir (Fan, Thompson ve Wang, 1999). GFI ise modelin karmaşıklığına duyarlı ve uyum iyiliğinin değerlendirildiği 0 ve 1 arasında değişen bir indekstir. Bu değer yükseldikçe uyum iyiliği artmaktadır. Modelin serbestlik derecesinden etkilenecek hesaplanan bir diğer indeks olan CFI'nin, örneklem normal dağılıyor olduğu durumlarda güvenilir tahminler yaptığı belirtilmektedir. Son olarak, bir diğer önemli ve sıkça kullanılan indeks ise RMR'nin standardize edilmiş hali olan SRMR değeridir (Şimşek, 2007). Belirtilen tüm indekslere yönelik uyum değerleri Tablo 9'da gösterilmektedir.

Model sınaması için YEM'de iki aşamalı bir yol izlenmesi önerilmektedir. Öncelikle gözlenen değişkenlerin örtük değişkenler ile ilişkileri ve oluşan örtük değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerini ele alan ölçme modelinin doğruluğu değerlendirilmektedir. Ölçme modelinin doğrulanmasının ardından literatür tarafından desteklenen ve hipotetik olarak ortaya konulan yapısal modelin test edilmesine geçilmektedir (Kline, 2011). Bu çalışmada, araştırmanın hipotezlerini oluşturan model Kline'in (2011) tavsiyeleri doğrultusunda iki aşamalı YEM ile test edilmiştir. YEM analizi sonucunda ortaya çıkan bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

3.2.2.1. Transdiagnostik Modelin Sınanması

Fairburn ve arkadaşlarının (2003) öne sürmüş olduğu şekliyle transdiagnostik model iki aşamalı YEM ile değerlendirilmiştir. Bu analizde tanımlanan örtük ve gözlenen değişkenler Şekil 6’da gösterilmektedir.

3.2.2.1.1. Ölçüm Modeline İlişkin Sonuçlar

Öncelikle ölçüm modelinin uyum değerlerine bakılmıştır ve modelin bu ilk aşamada kabul edilebilir olduğu görülmüştür. Bu değerler Tablo 9’da gösterilmiştir. Bu hali ile ölçüm modeli istatistiklerinin uyumlu çıktığı görülmektedir. Model herhangi bir modifikasyon önerisi getirmemiştir. Böylece, yapısal modelin sınanmasına devam edilmiştir.

Tablo 9. Ölçme Modeline İlişkin Uyum İyilik Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Değer	Yorum
χ^2			14.09	
sd			16	
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	.881	İyi uyum
RMSEA	$0 < RMSEA < .05$	$.05 < RMSEA < .10$	0	İyi uyum
SRMR	$0 < SRMR < .05$	$.05 < SRMR < .08$	0.0067	İyi uyum
CFI	$.95 < CFI < 1$	$.90 < CFI < .95$	1	İyi uyum
GFI	$.95 < GFI < 1$	$.90 < GFI < .95$	1	İyi uyum

$N = 1341$

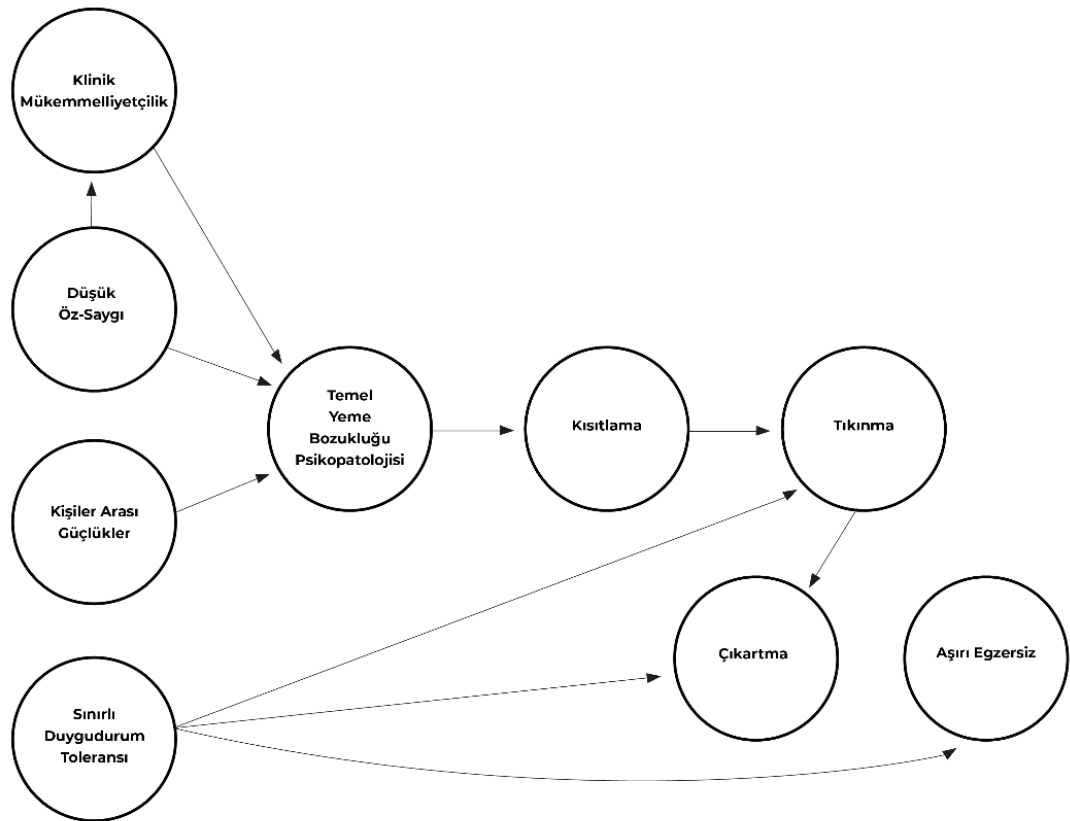
3.2.2.1.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi

Ölçüm modelinin uyumlu olduğu görüldükten sonra, yapısal modeli sınama aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada Fairburn ve arkadaşlarının (2003) öne sürmüş olduğu transdiagnostik model sınanmıştır. Orijinal modelde tıknırcasına yeme ve aşırı egzersiz arasında anlamlı bir ilişki olması öngörülmektedir; fakat tıknırcasına yeme ve aşırı egzersiz arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu yüzden tıknırcasına yeme ve aşırı egzersiz arasındaki ilişki modele dahil edilmeyerek model sınanmıştır. Bu modelin teorik görseli Şekil 7’de ve uyum iyilikleri Tablo 10’da ve t değerleri Şekil 8’de sunulmuştur.

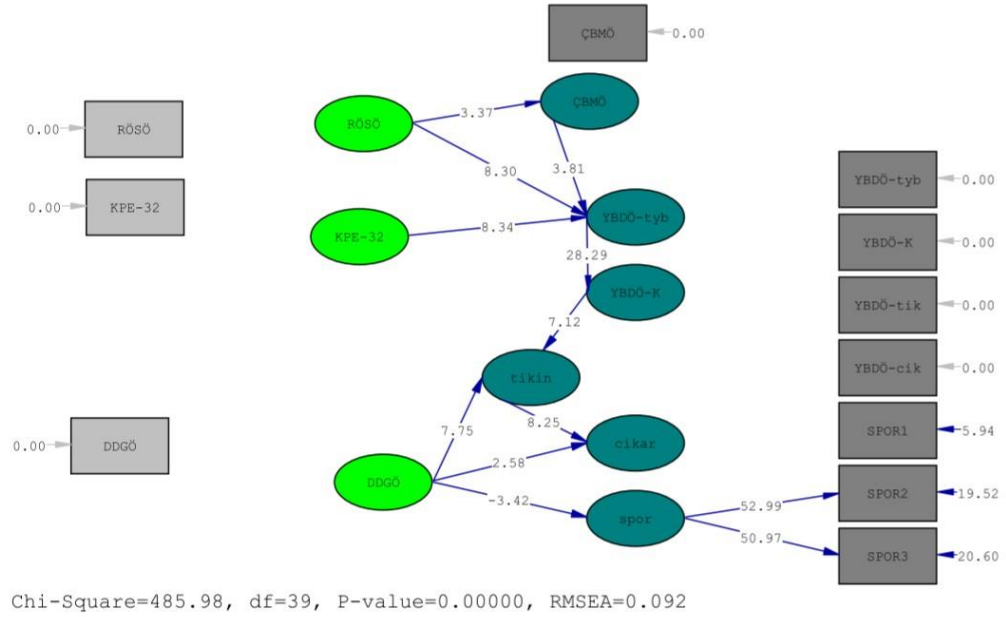
Tablo 10. Transdiagnostik Modele (Fairburn ve ark., 2003) İlişkin Uyum İyilik Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Değer	Yorum
χ^2			485.98	
sd			39	
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	12.46	Yetersiz uyum
RMSEA	$0 < RMSEA < .05$	$.05 < RMSEA < .10$	.092	Kabul edilebilir uyum
SRMR	$0 < SRMR < .05$	$.05 < SRMR < .08$	.078	Kabul edilebilir uyum
CFI	$.95 < CFI < 1$	$.90 < CFI < .95$	.91	Kabul edilebilir uyum
GFI	$.95 < GFI < 1$	$.90 < GFI < .95$	.94	Kabul edilebilir uyum

N = 1341



Şekil 7. Transdiagnostik Modelin Test Edilen Teorik Görseli



Şekil 8. Transdiagnostik Modele İlişkin t Değerleri^a

^aÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği; KPE-32: Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu; RÖSÖ: Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; YBDÖ-tyb: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin beden şekliyle ilgili endişeler, yemeyle ilgili endişeler ve kiloyla ilgili endişeler alt-ölçeklerinin toplam puanı; YBDÖ-K: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin kısıtlama (K) alt-ölçeği; YBDÖ-tik: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıkmırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 13., 14. ve 15. maddelerin toplam puanı; YBDÖ-cık: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıkmırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 16., 17. ve 18. maddelerinin toplam puanı; Spor-1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 30. maddesi; Spor-2: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32a. maddesi; Spor-3: : Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32b. maddesi.

Yapısal modelin genel olarak kabul edilebilir uyum değerleri gösterdiği bulunmuştur. Öte yandan, daha iyi uyum değerlerinin olduğu yeni bir modelin geliştirilebileceği düşünülmüştür.

3.2.2.2. Yeni Yapısal Modelin Test Edilmesi

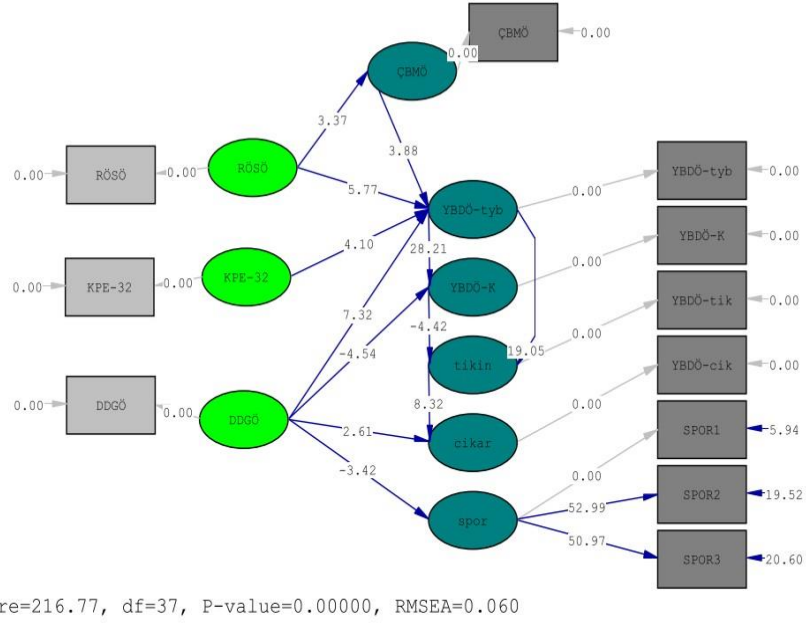
Fairburn ve arkadaşlarının (2003) öne sürmüş olduğu transdiagnostik modelde sınırlı duygu durum toleransı ile temel yeme bozuklukları psikopatolojisi arasında doğrudan bir ilişki belirtilmemekteydi. Fakat; modeldeki tüm değişkenlerin birbiri ile yolları ele alınarak test edilip, anlamsız yollar silinerek değerlendirildiğinde sınırlı duygu durum toleransı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında ve sınırlı duygu durum toleransı ile kısıtlama davranışı arasında modeli iyileştiren yollar olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla, yukarıdaki yapı modeline sınırlı duygu durum toleransı ile

temel yeme bozuklukları psikopatolojisi arasındaki ve sınırlı duygu durum toleransı ve kısıtlama arasındaki toplam iki bağlantı eklenmiştir. Bunun yanında, temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile tıknırcasına yeme davranışı arasında modeli iyileştiren bir ilişki olduğu görülmüştür. Bu yüzden, bu üç yeni bağlantı modele eklenerek model tekrar sınanmıştır. Yeni modelde sınırlı duygu durum toleransı ile tıknırcasına yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığından, modelden çıkarılmıştır. Bu yeni modelin uyum iyilik değerleri Tablo 11’de, t değerleri Şekil 9’da, tahmin değerleri Şekil 10’da ve çözümleme değerleri Şekil 11’de gösterilmektedir.

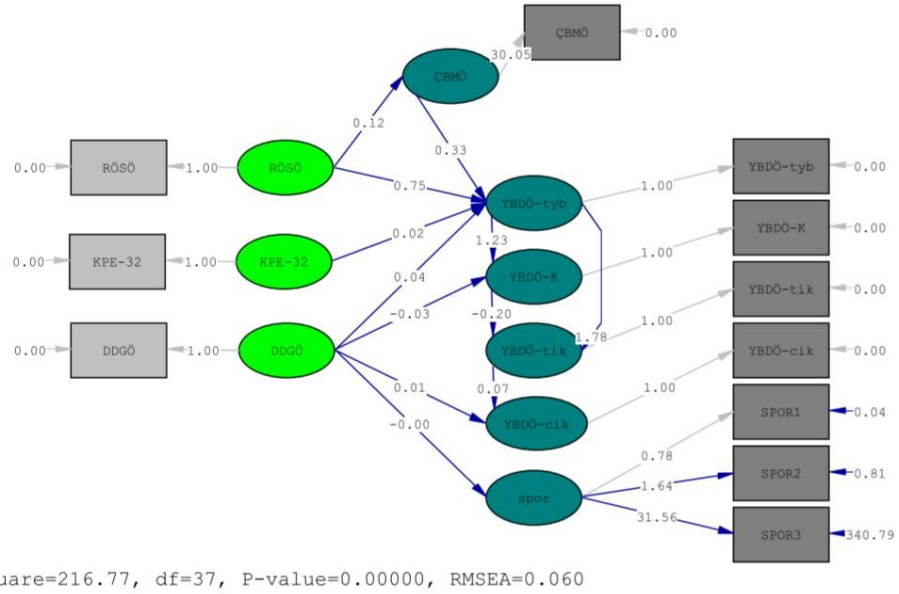
Tablo 11. Yeni Modele İlişkin Uyum İyilik Değerleri

Uyum ölçüsü	İyi uyum	Kabul edilebilir uyum	Değer	Yorum
χ^2			216.77	
sd			37	
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 5$	5,86	Yetersiz uyum
RMSEA	$0 < RMSEA < .05$	$.05 < RMSEA < .10$	.060	Kabul edilebilir uyum
SRMR	$0 < SRMR < .05$	$.05 < SRMR < .08$	.058	Kabul edilebilir uyum
CFI	$.95 < CFI < 1$	$.90 < CFI < .95$	.97	İyi uyum
GFI	$.95 < GFI < 1$	$.90 < GFI < .95$	.97	İyi uyum

$N = 1341$

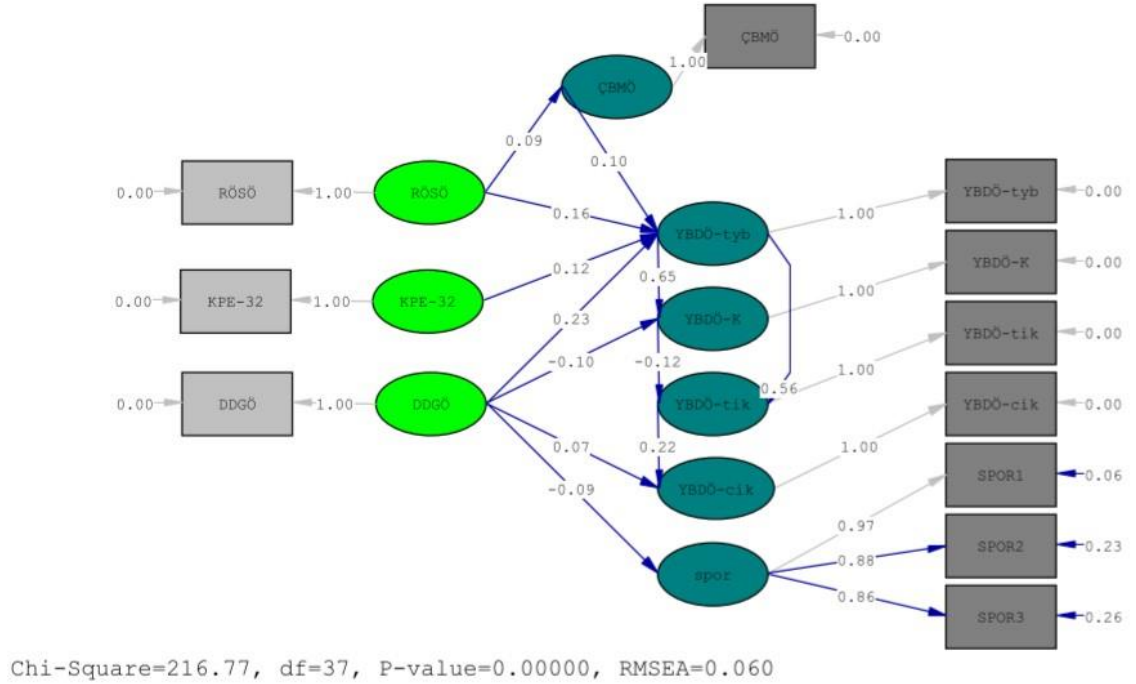


Şekil 9. Yeni Modele İlişkin t Değerleri^a



Şekil 10. Yeni Modele İlişkin Tahmin (Standardize Edilmemiş Parametre) Değerleri^a

^aÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği; KPE-32: Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu; RÖSÖ: Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; YBDÖ-tyb: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin beden şekliyle ilgili endişeler, yemeyle ilgili endişeler ve kiloyla ilgili endişeler alt-ölçeklerinin toplam puanı; YBDÖ-K: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin kısıtlama (K) alt-ölçeği; YBDÖ-tik: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıknırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 13., 14. ve 15. maddelerin toplam puanı; YBDÖ-cik: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıknırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 16., 17. ve 18. maddelerinin toplam puanı; Spor-1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 30. maddesi; Spor-2: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32a. maddesi; Spor-3: : Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32b. maddesi.

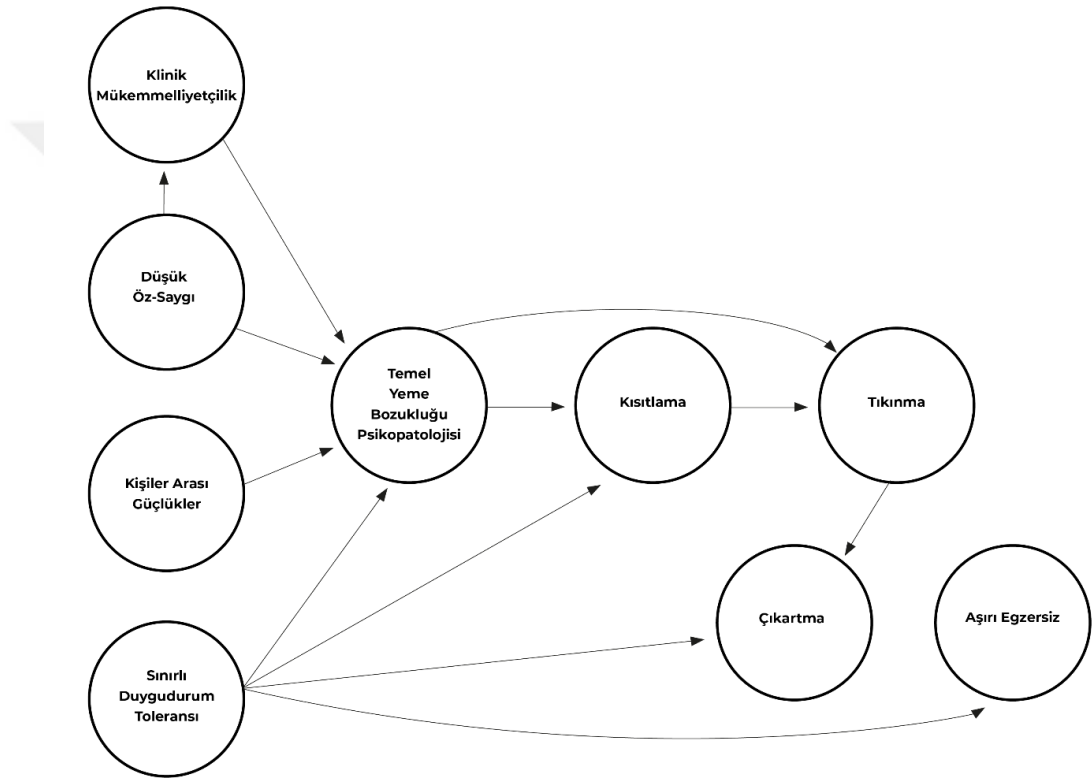


Şekil 11. Yeni Modele İlişkin Standardize Edilmiş Çözümleme Değerleri^a

^aÇBMÖ: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği; KPE-32: Kişiler Arası Problemler Envanteri Kısa Formu; RÖSÖ: Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği; DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; YBDÖ-tyb: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin beden şekliyle ilgili endişeler, yemeyle ilgili endişeler ve kiloyla ilgili endişeler alt-ölçeklerinin toplam puanı; YBDÖ-K: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin kısıtlama (K) alt-ölçeği; YBDÖ-tik: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıknırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 13., 14. ve 15. maddelerin toplam puanı; YBDÖ-cik: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'nin tıknırcasına yeme alt-ölçeğinde yer alan 16., 17. ve 18. maddelerinin toplam puanı; Spor-1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 30. maddesi; Spor-2: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32a. maddesi; Spor-3: : Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu'nun 32b. maddesi.

Hipotez 1 ve tüm alt bileşenleri ve Hipotez 2 tek bir yapı modeli üzerinden sınanmış olup, bu modelin uyum iyiliği değerleri Tablo 10'da gösterilmiştir. Bu modelin uyum iyiliği değerleri kabul edilebilir sınırlarda olmasına karşın, alternatif modelin orijinal modelden daha iyi uyum iyiliği değerleri olduğu görülmüştür. Yapılan ki-kare farklılık testleri, çalışmanın ana modelinin ($\chi^2 = 485.98$, $df = 39$, $p < .001$) alternatif modelden ($\chi^2 = 216.77$, $df = 37$, $p < .001$) daha kötü bir uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. Alternatif model kapsamında orijinal modelden farklı olarak, sınırlı duygu durum toleransı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında, sınırlı duygu durum toleransı ile kısıtlama davranışı arasında ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile tıknırcasına yeme arasında doğrudan ilişkiler bulunmuştur. Öte yandan, bu alternatif modelde orijinal modelde önerildiği halde sınırlı duygu toleransı

ile tıknırcasına yeme arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Alternatif modelin teorik görseli Şekil 12’de gösterilmiştir. Sonuç olarak, yeni modelin Fairburn ve arkadaşlarının (2003) orijinal modelinden daha iyi sonuçlar verdiği bulunmuştur. Bu bulgu, Fairburn ve arkadaşlarının (2003) modeline ait hipotezlerin kısmen desteklendiğini ifade etmektedir.



Şekil 12. Alternatif Modelin Teorik Görseli

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı; transdiagnostik modelde (Fairburn ve ark., 2003) ele alınan klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, sınırlı duygu durum toleransı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler olmak üzere dört sürdürücü faktörün temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve bozulmuş yeme davranışları (yiyecek kısıtlama, tıkınma, çıkartma ve aşırı egzersiz yapma) üzerindeki yordayıcı etkilerini bütüncül bir model çerçevesinde yetişkin toplum örnekleminde incelemektir. Bu amaç doğrultusunda Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden yaşları 18-65 aralığında 1521 katılımcıya ulaşılmış; ancak çalışmanın yaş kriteri veya ölçüm bataryasının eksik doldurulması sebebiyle analizler 1341 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada ilk olarak, katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmiştir. Daha sonra, yapısal modeli oluşturan tüm örtük ve gözlenen değişkenler arası yapıların ilişkileri değerlendirilmiştir. Son olarak, çalışmanın hipotezlerini oluşturan yapısal modeldeki tüm yordayıcı ve yordanan değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda; ilk olarak, Fairburn ve arkadaşlarının (2003) modelinde temel yordayıcılar olarak öngörülen klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası problemler ile çıkartma ve aşırı egzersiz davranışı arasındaki ilişkide sırasıyla temel yeme bozukluğu psikopatolojisi, kısıtlama davranışı ve tıkınırcasına yeme davranışının aracı etkisi incelenmiştir. İkinci olarak ise, sınırlı duygu durum toleransının çıkartma davranışı ve aşırı egzersiz davranışı üzerinde hem doğrudan hem de tıkınma davranışları aracılığıyla yordayıcı etkilerinin bulunup bulunmadığı araştırılmıştır.

Araştırmanın bu kısmında, çalışma kapsamında elde edilen tüm bulguların literatür ile tutarlı ve tutarsız olduğu noktaları tartışılarak çalışmanın kısıtlılıkları ortaya konulmuştur. Bununla birlikte çalışmanın güçlü yönleri ele alınıp, bu alanda çalışan araştırmacı ve uygulamacılara çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

4.1. Çalışmanın Sosyodemografik Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmanın örneklemini Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinde ve 57 farklı ilinde yaşayan Türkçe diline hâkim 18-65 yaş aralığındaki yetişkinler oluşturmuştur. Çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini arttırmak amacıyla olabildiğince farklı ilden ve bölgeden katılımcıya ulaşılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda Türkiye'nin neredeyse her ilinden katılımcıya ulaşılmıştır. Bu şehirler yedi coğrafi bölgeye göre gruplandırıldığında, katılımcıların % 51.8'i Marmara Bölgesi, % 8.7'si İç Anadolu Bölgesi, % 9.2'si Akdeniz Bölgesi, % 7.1'i Ege Bölgesi, % 10.2'si Güneydoğu Anadolu Bölgesi, % 6.6'sı Karadeniz Bölgesi ve % 4.1'i Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşamaktadır. TÜİK (Şubat 2020) verilerine göre, Türkiye'nin nüfusunun % 29.8'i Marmara Bölgesi, % 15.4'ü İç Anadolu Bölgesi, % 12.7'si Akdeniz Bölgesi, % 12.5'i Ege Bölgesi, % 10.3'ü Güneydoğu Anadolu Bölgesi, % 9.2'si Karadeniz Bölgesi ve % 7.8'i Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşamaktadır. Araştırmada, Türkiye nüfus dağılımıyla benzer oranda en çok katılımcı Marmara Bölgesi'nden ve en az katılımcı ise Doğu Anadolu Bölgesi'ndendir. TÜİK (Şubat 2020) verileri ile karşılaştırıldığında, bu çalışmada İç Anadolu Bölgesi'nden hedeflenenden daha az katılımcıya ulaşılabilmektedir. Diğer bölgelerin dağılımının ise, yaklaşık olarak TÜİK (Şubat 2020) verileri ile paralellik gösterdiği görülmektedir (Bakınız Tablo 3).

Bu çalışma, 18-65 yaş aralığındaki yetişkinler ile yürütülmüş ve katılımcıların yaş ortalaması 37.7 olarak bulunmuştur. TÜİK (Şubat 2021) verilerine göre, tüm Türkiye'nin yaş ortalaması 33.1'dir. Araştırmanın yaş ortalamasının Türkiye'deki yetişkin grubu temsil ettiği düşünülmektedir. Çalışmanın cinsiyet oranına bakıldığında, katılımcıların % 65'i kadın ve % 34'ü erkek olarak bulunmuştur. TÜİK (Şubat 2021) verilerine göre, Türkiye'nin % 50.1'ini erkekler ve % 49.9'unu kadınlar oluşturmaktadır. Bu açıdan, örneklemin cinsiyet oranlarının Türkiye cinsiyet nüfus dağılımı ile örtüşmediği kaydedilmiştir. Bunun önemli bir sebebinin erkeklerin bu tarz araştırmalara ilgi ve katılma oranının daha düşük olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, araştırmanın örnekleminin kadın çoğunluklu cinsiyet dağılımının yeme bozukluklarının görülme sıklığının yürütüldüğü dünyadaki diğer geniş çaplı toplum araştırmaları ile paralellik gösterdiği görülmektedir (örneğin;

yaklaşık % 59 kadın ve % 41 erkek; Carta ve ark., 2014; Duncan, Ziobrowski ve Nicol, 2017; Hudson ve ark., 2007). Türkiye’de yeme bozuklukları ile ilgili klinik olmayan yetişkin gruplarda geniş örneklem sayısı ile yapılan az sayıdaki tarama araştırmasına genel olarak bakıldığında dengeli cinsiyet oranları görülmesine karşın, bu araştırmaların örneklem olarak sınırlı gruplarla ve sınırlı illerde yapıldığı dikkat çekmekte (örneğin; Kuğu ve ark. 2006, Semiz ve ark., 2013) ve bu araştırmaların Türkiye temsil gücünün oldukça sınırlı olduğu kaydedilmektedir. Buna ek olarak, literatürde bozulmuş yeme davranışlarıyla ilgili pek çok araştırmanın örnekleminde erkek katılımcılara yer verilmemektedir (Murray ve ark., 2017). Klinik olmayan örneklemelerde transdiagnostik modelin test edildiği araştırmalarda ise, spesifik cinsiyet grupları (kadınlar ya da erkekler) araştırmalara dahil edilmiştir (örneğin; Dakanalis ve ark., 2014b; Hoiles ve ark., 2012) ve karma cinsiyet gruplarının yer aldığı geniş bir toplum araştırmasına rastlanmamıştır. Sonuç olarak, bu araştırmanın cinsiyet oranlarının Türkiye örneklemini yansıtmamasına karşın, sonuçların konuyla ilgili diğer literatür sonuçları ile karşılaştırılmasında bir sorun teşkil etmediği düşünülmektedir. Ayrıca, bu çalışma, transdiagnostik modeli toplum örnekleminde karma cinsiyet grubuyla inceleyen ilk araştırma olması sebebiyle önem teşkil etmektedir.

Katılımcıların medeni durum dağılımlarının 15 yaş üzeri TÜİK (2021) verileri ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Buna göre Türkiye geneli ile paralel bir biçimde katılımcıların büyük çoğunluğu evlidir (Katılımcıların % 54’ü ve Türkiye genelinin % 61.9’u evli olarak bulunmuştur). Eğitim durumu açısından ise, katılımcıların yaklaşık % 40’ı lise ve yaklaşık % 43’ü yüksekokul/üniversite veya yüksek lisans/doktora mezunudur. TÜİK (2020) verilerine göre 2020 yılı için 25 yaş üzeri bireylerde Türkiye geneli eğitim seviyesi oranları % 34.5 ilkokul, % 13 ortaokul, % 21.4 lise, % 21.6 yüksekokul/üniversite veya yüksek lisans/doktora mezunu olarak belirtilmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim seviyesinin Türkiye’nin genel eğitim seviyesine kıyasla epey yüksek olduğu gözlenmiştir. Bunun önemli bir sebebinin araştırmanın örnekleme ve veri toplama biçimleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada elden ulaşılan verilerin çoğunluğuna üniversite

personeli ve öğrencileri tarafından kartopu örnekleme ile ulaşılmıştır. Ayrıca, verilerin % 45.3'ü internet üzerinden toplanmıştır.

Katılımcıların % 42.5'si bir işte çalışmaktadır ve aylık hanesine geçen gelir Türk Lirası (TL) cinsinden ortalama 6296.20 olarak bulunmuştur. Çalışmada katılımcıların algılanan sosyoekonomik seviyesi (SES) “orta” en yüksek yüzde olmak üzere (% 59.8) normal dağılım göstermektedir. TÜİK (Kasım 2021) verilerine göre, Türkiye’de 15 yaş ve üzeri istihdam oranı % 45.4 olarak kaydedilmektedir. TÜİK (Haziran 2021) verilerine göre, Türkiye’nin yıllık ortalama hane halkı kullanılabilir geliri 69349 TL olarak kaydedilmekte ve aylık olarak hesaplandığında 5779.08 TL olarak bulunmaktadır. Dolayısıyla, araştırmada katılımcıların çalışma oranı, aylık geliri ve algılanan SES’i Türkiye popülasyonu ile tutarlılık göstermektedir.

Özetle; güncel TÜİK verileri değerlendirildiğinde sosyodemografik bulguların çoğunluğunun Türkiye geneli ile tutarlı olduğu görülmüştür. Detaylı bir şekilde ele alındığında, araştırmaya katılan katılımcıların coğrafi dağılımlarının yaklaşık olarak Türkiye geneli ile paralellik gösterdiği; fakat İç Anadolu Bölgesi’nin temsil gücünün beklenenden az olduğu saptanmıştır. Yaş, medeni durum, eğitim seviyesi, algılanan SES, çalışma oranı ve aylık gelir bulgularının Türkiye geneli ile tutarlı olduğu gözlenmiştir. Öte yandan; katılımcıların cinsiyet oranı ve eğitim seviyesinin Türkiye genelini yansıtmadığı not edilmiş, güncel TÜİK verilerinin aksine kadınların ve eğitim seviyesinin oran olarak yüksek olduğu bir örnekleme ulaşılmıştır.

4.2. Çalışmanın Klinik Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmada klinik değişkenler olarak katılımcıların herhangi bir sağlık sorununun, psikiyatrik ve yeme bozukluğu tanılarının olup olmadığı, düzenli bir ilaç kullanma ve psikiyatrik/psikolojik destek alma durumlarının yanı sıra; boyu, kilosu, diyet ve egzersiz yapma durumu, ne kadar sıklıkla tartıldığı ve kilolarını nasıl bulduğu değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılanların % 29.8'i bir sağlık sorununun olduğunu beyan etmiş ve sağlık sorunu oranı ile paralellik gösterecek şekilde katılımcıların % 24.8'i düzenli bir ilaç kullandığını belirtmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı (2019) verilerine göre Türkiye genelinde 19-64 yaş aralığında kişilerin beyanına dayalı sağlık sorunu varlığı oranı % 38.5 olarak bulunmuştur. Türkiye geneli ile kıyaslandığında, araştırmadaki katılımcıların sağlık sorunu yüzdesinin daha az olduğu görülmektedir. Bunun önemli bir sebebinin iki araştırmadaki örnekleme yöntemindeki farklılık ile alakalı olduğu düşünülmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın (2019) araştırmasında rastgele örnekleme yöntemi kullanılırken, bu araştırmada kartopu örnekleme kullanılmıştır. Ayrıca; T.C. Sağlık Bakanlığı'nın (2019) araştırmasında sayıca çok daha fazla katılımcıya (2400 adres kümesinden rastgele 10 adres) ulaşılmıştır. Bu açıdan, bakanlığın araştırmasında Türkiye temsil gücünün daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların % 6.3'ü bir psikiyatrik tanısının olduğunu ve % 21.6'sı yaşamı boyunca herhangi bir psikiyatrik/psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Dünyada psikiyatrik hastalıklar ile ilgili yapılan geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında, yaşam boyu psikiyatrik tanı oranının % 32-50 arasında ve 12 aylık yaygınlık oranının % 20-30 arasında değiştiği saptanmıştır (Kessler, 2000; Kessler ve ark., 2008; U.S. Department of Health and Human Services, 1992). Ülkemizde, T.C. Sağlık Bakanlığı desteği ile psikiyatrik bozuklukların yaygınlığının araştırılması için 1996 yılında ulusal ölçekli bir araştırma yapılmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması adı verilen araştırmada ülkemizin nüfusunun psikiyatrik hastalık oranı % 17.2 olarak bulunmuş, psikiyatrik hastalıkların kadınlarda, batı bölgelerinde, şehir merkezlerinde ve düşük eğitimli olan bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Kılıç, 1998; Küey, 2010). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda ise, 2011 yılındaki verilere göre 15 yaş üzeri bireylerde depresif bozukluk, somatizasyon bozukluğu ve panik bozukluğu tanısını içeren toplam ruh sağlığı bozukluğu sıklığı % 12 olarak bulunmuş, kadınlarda (% 16) erkeklerden (% 7) yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Bu tez çalışmasında, tüm katılımcıların % 4.4'ü ve psikiyatrik tanısı olduğunu belirten katılımcıların yaklaşık % 70'i şu anda psikiyatrik/psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Araştırmalarda, toplum örnekleminde psikolojik/psikiyatrik tedaviye son bir yılda başvuranların oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) % 19.2 (Terlizzi ve Zablotsky, 2020) ve İngiltere'de % 12.1 (Lubian ve ark., 2016) olarak bulunmuştur. İngiltere'de psikiyatrik tanısı olan bireylerin % 37.3'ü herhangi bir psikiyatrik/psikolojik destek almaktadır (Lubian ve ark., 2016). Ülkemizde ise, toplumun geneliyle ilgili bilgi veren bir çalışma olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde psikiyatrik sorunu olan yedi kişiden birinin psikiyatrik/psikolojik desteğe başvurduğu kaydedilmiştir (Kılıç, 1998).

Literatür ile karşılaştırıldığında, araştırmanın psikolojik/psikiyatrik tanı yüzdesinin düşük olduğu, buna karşın, tanısı olan bireylerin psikolojik/psikiyatrik destek alma oranlarının yüksek olduğu görülmektedir. Psikolojik/psikiyatrik tanı yüzdesinin düşük olmasının sebebinin, yukarıda sunulan araştırmaların aksine, verinin toplanma biçiminin standardize edilmiş klinik bir ölçüm aracı yerine katılımcıların kişisel beyanına dayalı olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Literatürde, bireylerin bir psikiyatrik hastalığının olduğunu açıklamasının bireylerin damgalanmasına ve dışlanmasına sebep olarak bireylerin yaşam memnuniyetini ve iyilik halini düşürdüğü belirtilmekte (Feldman ve Crandall, 2007; Markowitz, 1998; Verhaeghe, Bracke ve Bruynooghe, 2008) ve bireylerin psikiyatrik tanısını yakın olduğu birine kıyasla tanımadığı birine çok daha az oranda açıklayabildiği gösterilmektedir (Bos ve ark., 2009). Ayrıca, bir psikiyatrik bozukluğun olduğu ile ilgili farkındalığın olmayışının tanı ve tedaviyi geciktirdiği belirtilmektedir (Kılıç, 2020). Dolayısıyla; bu çalışmada katılımcıların bildirdiği destek alma oranı muadil çalışmalardan daha yüksek olduğundan, psikolojik/psikiyatrik sorunlarının farkında olmamalarından ziyade damgalama endişeleriyle paylaşmaktan çekinmiş olmaları daha olası olarak görülmektedir. Bunun yanında, literatürde, yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin düşük eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha fazla psikolojik/psikiyatrik destek aldığı belirtilmektedir (Alegria ve ark., 2000; Katz ve ark., 1997; Starkes, Poulin ve Kisely, 2005; Steele, Dewa ve ark., 2007; Vailiadis ve ark., 2005). Bu çalışmada psikolojik/psikiyatrik sorunu olduğunu bildiren bireylerin destek alma oranlarının

yüksek olmasının olası sebeplerinden bir diğzerinin ise, literatür bilgisi ile paralel bir şekilde araştırmaya katılan bireylerin eğitim seviyesinin yüksek olması (% 42.5 yüksekokul ve üzeri) ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların % 2.4'ü bir yeme bozukluğu tanısı aldığını belirtmektedir. Dünyada yeme bozukluğu yaygınlık oranları incelendiğinde, kıtalara göre nokta yaygınlığının ağırlıklı ortalaması Amerika'da % 4.6, Asya'da % 3.5 ve Avrupa'da % 2.2 olarak bulunmuştur (Galmiche ve ark., 2019). Türkiye'de yüksek sayıda örneklem gruplarıyla ($n > 900$) yetişkinlerle yapılan yaygınlık araştırmaları incelendiğinde, yeme bozukluğu nokta yaygınlık oranının % 1.5-2.2 arasında değiştiği bulgulanmıştır (Deveci, 2020; Kuğu ve ark., 2006; Semiz ve ark., 2013). Öte yandan, bu araştırmaların hiçbirinin Türkiye genelinde yapılmadığı ve kısıtlı örneklem (yalnız üniversite öğrencileri gibi) ve yaş gruplarıyla sınırlı kaldığı görölmektedir. Sonuç olarak, araştırmanın yeme bozukluğu yaygınlık yüzdesinin Avrupa ve Türkiye bulguları ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir.

Katılımcıların boy ortalaması 167 santimetre ve kilo ortalaması 71 kilogram olarak bulunmuştur. Bu bulgunun TÜİK (Haziran 2020) Sağlık Araştırması 2019 verileri ile örtüştüğü görölmektedir (167 cm ve 73.5 kg). Katılımcıların BKİ düzeyleri incelendiğinde; katılımcıların BKİ ortalamasının 25.38 (fazla kilolu) olduğu ve katılımcıların % 46.8'inin normal, % 32.2'sinin fazla kilolu, % 15.6'sının obez ve % 5'inin zayıf BKİ aralığında yer aldığı görölmektedir. TÜİK (Haziran 2020) Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre, Türkiye genelinde 15 yaş üzeri bireylerin BKİ aralığı dağılımları, % 40.1 normal, % 35.0 fazla kilolu, % 21.1 obez ve % 3.8 zayıf olarak bulunmuştur. Araştırmanın BKİ aralığı dağılımları ile paralel bir şekilde, katılımcıların yaklaşık % 55'i kilosunun normalden fazla ya da aşırı fazla, yaklaşık % 37'si kilosunun normal ve yaklaşık % 6'sı kilosunun normalden az olduğunu düşünmektedir. Buna ek olarak, araştırmadaki katılımcıların olmak istediği kilo ortalaması katılımcıların mevcut kilo ortalamalarından altı kilogram daha azdır. Özetle, araştırmanın BKİ bulgularının Türkiye genelini temsil ettiği düşünülmekte, katılımcıların BKİ ortalamasının ülkemizin geneli ile paralel bir şekilde normalin

üzerinde seyrettiği göze çarpmakta ve bu bulgular ile tutarlı bir şekilde katılımcıların çoğunluğunun mevcut kilolarından memnun olmadıkları görülmektedir.

Yukarıda yer alan bulgulara karşın; katılımcıların büyük çoğunluğunun kilo verme ile ilgili davranışlara (diyet ve egzersiz yapma) yönelmediği kaydedilmiştir. Katılımcıların % 90.5'i herhangi bir diyet yapmadığını belirtmektedir ve diyet yapan az sayıda kişinin diyet yapma süresi ortalaması yaklaşık bir ay olarak bulunmuştur. Bu bulgu Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verileri ile örtüşmektedir (% 90.9 diyet yapmama oranı; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Katılımcıların dörtte üçünden fazlası düzenli egzersiz/spor yapmadığını belirtmiş, bu bulgunun Türkiye fiziksel aktivite oranları ile tutarlı olduğu görülmüştür (% 81.3 etkili bir fiziksel aktiviteye katılmayanlar; DSÖ, 2018). Düzenli egzersiz/spor yapan katılımcılar (% 23.8) ise, haftada ortalama yaklaşık 4 gün ve bir kerede 74 dakika spor yapmaktadır. Bu bulgu, DSÖ (2018) tarafından sağlıklı olmak için önerilen minimum 150 dakika orta şiddette ya da 75 dakika yüksek şiddette olmak üzere haftalık yapılması gereken fiziksel aktivite oranının üzerindedir.

ABD'de yetişkin bireylerin çoğunluğunun daha az bir kiloda olmayı istediği ve nüfusun neredeyse yarısının diyet yapma ve egzersiz gibi kilo kontrol davranışlarını takip ettiği bildirilmektedir (Yaemsiri, Slining ve Agarwal, 2011). Diyet ve egzersiz davranışlarının kilo vermek isteyen bireyler için sağlıklı stratejiler olabileceği belirtilmesinin yanında, aşırı olduğunda kilo kaybetme davranışlarının (aşırı egzersiz ve aşırı yiyecek kısıtlama gibi) sağlıksız olduğu bildirilmektedir (French ve ark., 1995). Fazla kilolu ve obez bireylerde, kilo verme niyetiyle yapılan herhangi bir davranışın (diyet ve egzersiz gibi), kilo verilme dahi, ölüm oranlarını azalttığı gösterilmiştir (Fontaine ve Allison, 2001; Gregg ve ark., 2003; Kritchevsky ve ark., 2015). Öte yandan kişinin beden ağırlığı normal sınırlar içerisinde yer alırken, kilo kaybetmeye ve belli bir beden şeklini almaya yönelik gerçekleştirilen diyet (Ackard, Croll ve Kearney-Cooke, 2002; Cachelin, Striegel-Moore ve Paget, 1997; French ve Jeffery, 1994; Kenardy, Brown ve Vogt, 2001; Putterman ve Linden, 2004) ve aşırı egzersiz (Garner, Rosen ve Barry, 1998; Gonçalves ve Gomes, 2012; Melissa ve ark., 2020; Robert-McComb ve Bayer, 2012; Taranis ve Meyer, 2011) davranışlarının

sağlığı tehdit edici olabildiği, yeme bozukluklarının başlangıcında ve bozulmuş yeme davranışlarının sürdürülmesinde önemli risk faktörleri olduğu belirtilmektedir. Genel olarak bu bilgiler değerlendirildiğinde, bireylerin çoğunluğu kilosunu fazla ya da aşırı fazla bulmasına karşın, ABD verisinin aksine, Türkiye’de diyet ve egzersiz gibi kilo kontrol davranış oranlarının mevcut örneklem dahilinde oldukça az olduğu görülmektedir.

Yukarıda yer alan diyet ve spor yapma bulgularına ek olarak; bu araştırmadaki katılımcıların yarısından fazlasının rutin bir şekilde kilosunu takip etmediği anlaşılmıştır (en son tartılma zamanı ortalaması yaklaşık 1 ay önce; % 27 ayda birden az, % 20 ayda 1-3 kez tartılıyor ve % 6 hiç tartılmıyor). Oysaki, kilo takibi amacıyla rutin tartılma davranışı, literatürde bir öz-denetleme davranışı olarak ele alınmakta ve kişinin kilo değişimlerine yönelik farkındalığının artmasını sağlayarak (Linde ve ark., 2005) sağlıklı bir kilo aralığına inme hedefi olan yetişkin bireylerde kilo verme başarısını arttırmaktadır (Shieh ve ark., 2016; VanWormer ve ark., 2008; Zheng ve ark., 2015). Buna karşın, sık tartılma davranışının bozulmuş yeme davranışlarına yönlendirme riskini (Rohde ve ark., 2018; Stice ve Shaw, 2002), beden şekline yönelik meşguliyeti ve beden memnuniyetsizliğini (Klos, Esser ve Kessler, 2012; Neighbors ve Sobal, 2007; Yates, Edman ve Aruguete, 2004) arttırdığı bildirilmektedir.

Sonuç olarak, araştırmadaki katılımcıların yaklaşık yarısının BKİ’sinin fazla kilolu ya da obez aralığında olduğu, yarısından fazlasının rutin bir şekilde tartılarak kilosunu takip etmediği, onda dokuzundan fazlasının herhangi bir diyet yapmadığı ve dörtte üçünden fazlasının düzenli bir egzersiz yapmadığı göze çarpmaktadır; bu durum örneklemin kilo takibi ve kontrolü konusunda düşük bir öz-denetime sahip olduğunu düşündürmektedir.

4.3. Araştırmanın Yapısal Modeline İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmanın amacı doğrultusunda, transdiagnostik modelde (Fairburn ve ark., 2003) ele alınan dört sürdürücü faktörün (sınırlı duygudurum toleransı, klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler) temel yeme

bozukluğu psikopatolojisi ve bozulmuş yeme davranışları (yiyecek kısıtlama, tıknma, çıkartma ve aşırı egzersiz yapma) üzerindeki yordayıcı etkileri yapısal bir model çerçevesinde incelenmiştir. Transdiagnostik model kapsamında, (1) klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası problemler ile çıkartma ve aşırı egzersiz davranışı arasındaki ilişkide sırasıyla temel yeme bozukluğu psikopatolojisi, kısıtlama davranışı ve tıknırcasına yeme davranışının aracı etkisi ve (2) sınırlı duygu toleransının çıkartma davranışı ve aşırı egzersiz davranışı üzerinde hem doğrudan hem de tıknma davranışları aracılığıyla yordayıcı etkileri yapısal eşitlik modellemesi ile değerlendirilmiştir.

Model istatistiksel olarak sınanmadan önce, modelde tanımlanan değişkenlerin tümünün ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi ile ele alınmıştır. Analiz sonucunda; literatür ile tutarlı bir biçimde, aşırı egzersiz davranışı değişkeni dışında transdiagnostik modelde yer alan tüm değişkenlerin birbirleri ile anlamlı derecede ilişkili olduğu bulunmuştur (Hoiles ve ark., 2012; Jones ve ark., 2020; Tasca ve ark., 2011). Modelde yer alan sürdürücü değişkenlerin (sınırlı duygudurum toleransı, klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası ilişkilerde güçlükler) tümü birbiriyle anlamlı derecede pozitif yönde ilişkilidir. Bu bulgunun da literatür ile tutarlı olduğu görülmektedir (Dakanalis ve ark., 2014b; Hoiles ve ark., 2012; Jones ve ark., 2020; Shanmugam ve ark., 2011; Tasca ve ark., 2011). Öte yandan, araştırmada klinik mükemmeliyetçiliğin diğer sürdürücü değişkenler ile ilişkisinin düşük güçte olduğu göze çarpmaktadır. Bu bulgu literatür ile desteklenmesine karşın (Dakanalis ve ark., 2014b; Shanmugam ve ark., 2011; Tasca ve ark., 2011), klinik mükemmeliyetçiliğin diğer sürdürücü değişkenler ile arasındaki ilişkilerin orta güçte olarak bulgalandığı araştırmalara da rastlanmaktadır (Hoiles ve ark., 2012; Jones ve ark., 2020). Bu farklılığın önemli bir sebebinin araştırmalarda klinik mükemmeliyetçiliğin ölçümü için kullanılan ölçüm araçlarının birbiri ile farklılaşmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Klinik mükemmeliyetçilik, orijinal modelde kendine-yönelik mükemmeliyetçiliğin (Hewitt ve Flett, 1991) tanımı ile örtüşerek, olumsuz sonuçlarına rağmen en az bir belirgin alanda yüksek standartların/hedeflerin karşılanması ve başarısı üzerine aşırı uğraş ve bireyin kendilik değerini bu yüksek standartlara/hedeflere ulaşma derecesine göre belirlemesi olarak tanımlanmaktadır

(Shafran ve ark., 2002). Bu araştırmada ise, orijinal modelde yer alan tanımı da içerecek şekilde genişletilerek çok boyutlu bir kavram (Hewitt ve Flett, 1991) olarak ele alınmış ve mükemmeliyetçiliğin sosyal alt-boyutları (SBM ve BYK) da toplam puana eklenmiştir. Transdiagnostik modeli test eden araştırmaların bazıları klinik mükemmeliyetçiliğin ölçümünde yalnız kendine-yönelik mükemmeliyetçilik (KYM) ile paralel bir ölçek (örneğin; Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b; Hoiles ve ark. 2012) kullanırken; bazıları KYM ile birlikte sosyal olarak belirlenen mükemmeliyetçilik (SBM) alt-boyutunu da ölçüme katmıştır (örneğin; Jones ve ark., 2020; Tasca ve ark., 2011). Literatürde, genel olarak KYM ve SBM genel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile ilişkilendirildiği için (örneğin; Hewitt ve ark., 1995; Sherry ve ark., 2004); bu araştırmada da KYM ile birlikte mükemmeliyetçiliğin sosyal alt-boyutları da toplam puana dahil edilmiştir.

Araştırmada değişkenler arasında anlamsız çıkan korelasyonlar aşırı egzersiz davranışı ile ilgilidir. Başka bir deyişle; aşırı egzersiz maddeleri ile klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve tıknma davranışı arasında anlamsız korelasyonlar bulunmuştur. Transdiagnostik modelin test edildiği araştırmaların büyük çoğunluğunda aşırı egzersiz davranışı değişken olarak ele alınmamıştır. Aşırı egzersiz davranışını ele alan ender araştırmalardan Dakanalis ve arkadaşları (2014b) erkek üniversite öğrencileri ile yaptığı araştırmada, aşırı egzersiz davranışı ile transdiagnostik modelin kısıtlama dışındaki tüm değişkenleri arasında düşük ve orta kuvvette anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Dakanalis ve arkadaşlarının (2014b) araştırmasında, aşırı egzersiz davranışı Beden Değişim Envanteri (Ricciardelli ve McCabe, 2002) adında bir envanter ile ölçülmüş olup ve bu ölçeğin maddeleri kiloyu/yağı azaltmak ve kas oranını artırmak için yapılan beden değişim stratejilerini değerlendirmekte ve egzersiz stratejilerinin yanında diyet/yemeye ilişkin beden değişim stratejilerini de ölçmektedir. Dolayısıyla, araştırmacıların kullandıkları ölçek, aşırı egzersiz davranışını doğrudan ölçmemekte ve kısıtlama gibi yemeye ilişkin diğer beden değişim stratejilerini de ele almaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde anlamlı korelasyonların daha fazla çıkmasının anlaşılır olduğu düşünülmektedir.

Yukarıdakilere ek olarak; aşırı egzersiz davranışının operasyonel tanımı yeme bozukluğu literatüründe çeşitlilik göstermekte ve dolayısıyla ölçümü de araştırmalarda farklılık göstermektedir (Mond ve Gorrell, 2021). Örneğin; DSM-IV'te (APA, 1994), BN'nin kriteri olarak "aşırı egzersiz" önemli aktiviteler ile belirgin bir biçimde çakışacak şekilde, uygun olmayan zamanlarda ve yerlerde yapılan veya yaralanma ya da diğer tıbbi komplikasyon durumlarında bile egzersizin birey tarafından devam ettirildiği egzersiz davranışı olarak tanımlanmaktadır. DSM-5'te (APA, 2013) ise böyle bir tanım yer almamaktadır; bunun yerine sıklık temel alınmış, aşırı egzersiz davranışı telafi edici davranışlar altında ele alınarak "üç ay içerisinde en az haftada bir olacak şekilde telafi edici davranışların olması" olarak belirtilmiş ve BN'nin şiddeti bu telafi edici davranışların sıklığına göre belirlenmiştir. Yeme bozukluğu literatüründe ise, "aşırı egzersiz" yapılmadığında şiddetli suçluluk duygusu ile eşlik eden veya yalnızca beden şekli/kiloya etki etmek için yapılan egzersiz olarak araştırmalarda öne çıkmaktadır (Mond ve ark., 2006a). Bu tez araştırmasında, aşırı egzersiz davranışı DSM-5'te (APA, 2013) yer alan tanım ile paralellik gösterecek şekilde sıklık baz alınarak ölçülmüştür. Öte yandan; bu tez araştırmasında egzersizin telafi edici olarak yapıp yapılmadığı ölçülmemiştir. Sonuç olarak, literatürde aşırı egzersiz davranışının tanımı ve ölçülmesindeki belirsizliklerin yarattığı sıkıntılarla birlikte bu tez araştırmasının aşırı egzersiz davranışını eksik ölçtüğü düşünülmektedir. Özellikle, aşırı egzersiz davranışı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve tıkinma davranışı arasındaki anlamsız korelasyonların bununla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu tez araştırmasının hipotezleri, literatür ile paralel olarak Fairburn ve arkadaşlarının (2003) öne sürmüş olduğu transdiagnostik modeli test edecek biçimde oluşturulmuştur. Bu doğrultuda, transdiagnostik model iki aşamalı YEM ile değerlendirilmiştir. Belirlenen değişkenlerin modele tanımlanmasının ardından öncelikle ölçüm modeli oluşturulmuş ve ardından hedeflenen model test edilmiştir. Ölçüm modeli açısından ilişkilerin beklenen yönde olduğu ve istatistiklerinin iyi uyum gösterdiği bulunmuştur. Ölçüm modelinin uyumlu olduğu görüldükten sonra, bu tez araştırmasında hipotez edilen Fairburn ve arkadaşlarının (2003) öne sürmüş olduğu transdiagnostik model sınanmıştır. Bu aşamada tıkinırcasına yeme ve aşırı egzersiz

arasında anlamlı bir ilişki olması öngörülmesine karşın; bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu yüzden tıknırcasına yeme ve aşırı egzersiz arasındaki ilişki modele dahil edilmeyerek model sınanmıştır. Bu şekliyle, modelin genel olarak kabul edilebilir uyum değerleri gösterdiği görülmüştür. Öte yandan, daha iyi uyum değerlerinin olduğu yeni bir modelin geliştirilebileceği düşünülmüş, modeldeki tüm değişkenlerin birbiri ile yolları ele alınıp test edilerek ve anlamsız yollar silinerek değerlendirildiğinde daha iyi uyum istatistiği sonuçlarının bulunduğu alternatif bir modele ulaşılmıştır.

Alternatif modelin bulguları incelendiğinde, araştırmanın birinci hipotezinde yer alan tüm aracılık ilişkilerinin biri dışında sağlandığı gözlenmiştir. Buna göre; (1a) düşük öz-saygı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasındaki ilişkide klinik mükemmeliyetçiliğin ve (1b) klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası problemler ile kısıtlama davranışı arasındaki ilişkide temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin aracılık etkileri görülmüştür; (1c) temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile tıknırcasına yeme davranışı arasında kısıtlama davranışının aracılık etkisi ve (1d) kısıtlama davranışı ile aşırı çıkartma davranışı arasındaki ilişkide tıknırcasına yemenin aracılık etkisi bulunmuştur. Öte yandan; (1e) kısıtlama davranışı ile aşırı egzersiz davranışı arasındaki ilişkide tıknırcasına yemenin aracılık etkisi bulunmamıştır.

Bu çalışmada, transdiagnostik modelin (Fairburn ve ark., 2003) de öngördüğü şekilde, (1b) düşük öz-saygı ve klinik mükemmeliyetçilik doğrudan bir şekilde temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile ilişkilidir. Bunun yanında, yine modelin öngördüğü şekilde, (1a) klinik mükemmeliyetçiliğin aracılık etkisi de bulunmuştur; yani düşük öz-saygı beden, kilo ve yeme üzerine durmaksızın yüksek standartların kurulmasına neden olarak da beden ve kiloya yönelik meşguliyet bireyleri yönlendirmektedir. Literatürde, klinik ve klinik olmayan popülasyonlarda düşük öz-saygı yeme, beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyet ile ilişkilendirilmektedir (Byrne ve McLean, 2002; Heatherton ve Polivy, 1991; Rosen ve ark., 1990; Wade ve Lowes, 2002). Örneğin; Wade ve Lowes'ın (2002) çalışmasında, beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyetin düşük öz-saygı ile bozulmuş yeme davranışları (yiyecek

kısıtlama, tıknırcasına yeme ve telafi edici çıkartma davranışları) arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. Benzer bir şekilde, Ross ve Wade'nin (2004) araştırmasında, öz-saygı ile hem yiyecek kısıtlama hem de kontrolsüz yeme davranışı arasındaki ilişkiye beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyetin aracılık ettiği gösterilmiştir. Araştırmalarda hem yeme bozukluğu hastalarında hem de sağlıklı kontrol örneklemelerinde, mükemmeliyetçiliğin de beden memnuniyetsizliği, kilo ve beden ile ilgili meşguliyet, zayıf olma arzusu (kilo almaktan aşırı derecede korku ve zayıflama ile ilgili meşguliyet) gibi temel yeme bozukluğu belirtilerini yordadığı gösterilmektedir (Dickie ve ark., 2012; Lilenfeld ve ark., 2006; Rivière ve Douilliez, 2017; Vansteelandt ve ark., 2007). YEM analizi kullanılarak yapılan bir araştırmada, öz-saygı ve mükemmeliyetçiliğin beden ve kilo ile meşguliyet ile doğrudan ilişkili olduğu ve beden ve kilo ile meşguliyetin ise doğrudan kısıtlama davranışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Allen, 2009). Transdiagnostik modelin test edildiği araştırmalarda da düşük öz-saygı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve klinik mükemmeliyetçilik ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasındaki doğrudan ilişkiler gösterilmiştir (Tasca ve ark., 2011; Lampard ve ark., 2013; Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b). Bu araştırmalarda, düşük öz-saygı ile kısıtlama arasındaki ilişkide temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin aracılık rolünün varlığı (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b; Lampard ve ark., 2011; 2013) ve mükemmeliyetçilik ile kısıtlama arasındaki ilişkide temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin aracılık rolünün varlığı desteklenmiştir (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b; Lampard ve ark., 2013). Öte yandan; Lampard ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında mükemmeliyetçilik ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasındaki ilişki anlamlı çıkmamıştır. Bu durum, bu araştırmadaki örneklem büyüklüğünün az (N = 162) ve kapsamının dar olması (sadece BN hastaları) ile açıklanmıştır.

Düşük öz-saygı ve klinik mükemmeliyetçiliğin temel yeme bozukluğu psikopatolojisindeki doğrudan ilişkilerine ek olarak, literatürde yeme bozuklukları belirtilerinde öz-saygının mükemmeliyetçilik ile etkileşim halinde olduğu gösterilmektedir (Dunkley ve Grilo, 2007; Puttevils ve ark., 2019; Vohs ve ark., 1999; 2001). Örneğin; konu ile ilgili öne çıkan araştırmalardan Vohs ve arkadaşlarının (1999) boylamsal araştırmasında, mükemmeliyetçilik ve algılanan kilo etkileşimi

düşük öz-saygıya sahip kadınlarda artan bulimiya semptomlarını yordamaktadır. Benzer bir sonuç, Vohs ve arkadaşlarının (2001) diğer araştırmasında da bulunmuştur. Buna göre, bulimiya belirtileri en fazla düşük öz-saygıya sahip ve mükemmeliyetçi eğilimlerle birlikte bedenlerinden memnuniyetsiz olan kadınlarda saptanmıştır. Güncel bir araştırmada ise, Puttevils ve arkadaşları (2019), yeme bozukluğu hastalarında mükemmeliyetçiliğin ince olma arzusu üzerindeki etkisini öz-saygının biçimlendirdiğini göstermiştir. Buna göre, tüm yeme bozukluğu hastalarının mükemmeliyetçilik puanları yükseldikçe zayıf olma arzuları güçlenmektedir. Buna ek olarak, öz-saygı puanları düştükçe, mükemmeliyetçilik ve zayıf olma arzusu arasında daha güçlü ilişki bulunmuştur. Öte yandan, Puttevils ve arkadaşlarının (2019) araştırmasındaki bu bulgu yalnızca AN ve tanımlanmamış yeme bozuklukları hastalarında görülmüş, BN ve TYB hastalarında saptanmamıştır. Tüm bunlar ile birlikte; literatürde, ince olma arzusu ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin içeriğinde yer alan beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyetin kavramsal olarak birbirinden ayrıldığı belirtilmektedir (Cooper ve Fairburn, 1993; Allen ve ark., 2008). Bu açıdan ele alındığında, literatürde AN ile daha fazla ilişkilendirilen ince olma arzusu kavramı (Vansteelandt ve ark., 2007) ile elde edilen bulgunun transdiagnostik çıkmamasının anlaşılır olduğu düşünülmektedir. Temel yeme bozukluğu psikopatolojisi üzerindeki düşük öz-saygı ve klinik mükemmeliyetçilik arasındaki etkileşimler transdiagnostik modeli test eden bazı araştırmalarda bulunurken (Dakanalis ve ark., 2014b; Jones ve ark., 2020; Shanmugam ve ark., 2011); bazılarında bulunmamış (Dakanalis ve ark., 2014a; Lampard ve ark., 2011; 2013; Tasca ve ark., 2011) ve konu ile ilgili tutarlı bir sonucun ortaya çıkmadığı görülmüştür. Örneğin; Jones ve arkadaşlarının (2020) araştırmasında, klinik mükemmeliyetçilik ile yeme, beden şekli ve kilo ile aşırı meşguliyet arasındaki ilişkide düşük öz-saygının aracılık ettiği bulunmuştur. Shanmugam ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında ise, mükemmeliyetçilik ile depresyon arasındaki ilişkide öz-saygının aracı rolü bulgulanmış ve depresyonun ise temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile doğrudan ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Bu tez araştırmasının bulgularına en yakın sonuca Dakanalis ve arkadaşlarının (2014b) araştırmasında karşılaşılmaktadır. Buna göre, düşük öz-saygı ile klinik mükemmeliyetçilik arasında iki yönlü ilişki bulunarak bu iki değişkenin doğrudan temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile ilişkisi bulunmuştur.

Bu tez araştırmasında, Fairburn ve arkadaşları (2003) ile tutarlı bir bulguya ulaşılmasına karşın; yeme bozukluğu psikopatolojisiinde düşük öz-saygı ve mükemmeliyetçilik etkileşimini netleştirecek klinik ve klinik olmayan geniş örneklem gruplarıyla yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Fairburn ve arkadaşlarının (2003) öne sürmüş olduğu modelde, kişiler arası güçlüklerin yeme bozukluğu psikopatolojisinin hangi yönünü sürdürdüğü konusu spesifik olarak belirtilmemekte ve kişiler arası güçlüklerin olası geniş etkileri tüm diğer sürdürücü faktörler, temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve bozulmuş yeme davranışları ile geniş bir biçimde ilişkilendirilmekteydi. Bu tez araştırmasında; (1b) kişiler arası problemlerin doğrudan temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile ilişkili olduğu ve kişiler arası problemler ile kısıtlama davranışı arasındaki ilişkide temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin aracılık etkisi olduğu bulunmuştur. Bu bulguyu, Dakanalis ve arkadaşlarının (2014a; 2014b) yapmış olduğu iki araştırma da desteklemektedir. Bu araştırmalarda ek olarak kişiler arası problemler değişkeni ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasındaki ilişkide düşük öz-saygının aracılık etkisi (Dakanalis ve ark. 2014a; 2014b) ve kişiler arası problemler değişkeni ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasındaki ilişkide klinik mükemmeliyetçiliğin aracılık etkisi (Dakanalis ve ark., 2014a) bulgularına da ulaşılmıştır. Kişiler arası güçlükler ile yeme bozuklukları psikopatolojisi arasında düşük öz-saygının aracılık etkisini destekleyen diğer araştırmalar da bulunmaktadır (Lampard, Byrne ve McLean, 2011; Raykos, McEvoy ve Frusland, 2017; Tasca ve ark., 2011). Yapısal eşitlik modeli kullanılarak transdiagnostik modelin değerlendirildiği kesitsel araştırmalarda kişiler arası güçlüklerin sürdürücü rolü desteklenmiş; yiyecek kısıtlama (Lampard ve ark., 2011; 2013), tıknırcasına yeme (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b), mükemmeliyetçilik (Dakanalis ve ark., 2014a; Shanmugam ve ark., 2011; Tasca ve ark., 2011) ve düşük öz-saygı (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b; Tasca ve ark., 2011) ile arasında doğrudan anlamlı ilişkiler de bulunmuştur. Özetle; araştırmanın bulguları literatür ile desteklenmesine karşın; kişiler arası problemler değişkeninin modelde bulunduğu yerin kompleks olduğu ve tutarlı bir biçimde literatürde sonuçlanmadığı görülmektedir.

Araştırmanın birinci hipotezi ile ilgili alternatif modelin diğer bulguları incelendiğinde, (1c) temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile tıknırcasına yeme davranışı arasında kısıtlama davranışının aracılık etkisi ve (1d) kısıtlama davranışı ile çıkartma davranışı arasındaki ilişkide tıknırcasına yemenin aracılık etkisi bulunmuş; fakat (1e) kısıtlama davranışı ile aşırı egzersiz davranışı arasındaki ilişkide tıknırcasına yemenin aracılık etkisi görülmemiştir. Daha önce de belirtildiği üzere, transdiagnostik modeli test eden araştırmaların büyük çoğunluğunda ele alınmayan aşırı egzersiz davranışı, tanımı ve ölçümü konusunda şaibeli bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Bunun yanında, bu tez araştırmasında yapılan egzersizin “telafi edici” yönü ölçülmemiştir. Bu açıdan aşırı egzersiz davranışının araştırmadaki ölçüm şekliyle tam olarak ortaya konulmadığı ve bu yüzden ilgili hipotezin doğrulanmadığı düşünülmektedir. Diğer bulgular incelendiğinde, transdiagnostik modelin (Fairburn ve ark., 2003) de belirttiği şekilde, kilo, beden ve yemeye yönelik aşırı değerlendirme bireylerin yiyecek kısıtlama sürdürme çabalarını desteklemektedir. Modelde belirtildiği gibi yiyecek kısıtlaması ile tıknırcasına yeme arasında anlamlı bir ilişki olmasına karşın; bu ilişkinin negatif yönlü olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle; yiyecek kısıtlaması arttıkça, tıknırcasına yemenin azaldığı saptanmıştır. Transdiagnostik model ile tutarlı bir biçimde tıknırcasına yeme davranışını ise, çıkartma davranışları takip etmektedir.

Transdiagnostik tedavi modeli (Fairburn, 2008; Fairburn ve Harrison, 2003), tüm yeme bozukluklarında kısıtlama davranışındaki azalmanın tıknırcasına yemeyi başarılı bir şekilde azaltmada kritik bir bileşen olduğunu öne sürmektedir. Tıknırcasına yemede kısıtlama teorisi, yiyecek kısıtlama girişimlerinin temel yeme bozukluğu psikopatolojisinden kaynaklandığını ve tıknırcasına yemeyi tetiklediğini belirtmektedir (Lowe, 1993; Polivy ve Herman, 1985). Yeme bozukluğu literatürü, bu iki modeli de destekleyerek, yiyecek kısıtlamasının beden şekli ve kiloya ilişkin aşırı meşguliyetten ortaya çıktığı, kısıtlamanın bireylerde tıknırcasına yeme davranışını arttırdığı ve tıknırcasına yemenin de çıkartma davranışına bireyleri yönlendirdiği belirtilmektedir (Allen, 2009; Davis, Freeman ve Garner, 1988; Elran-Barak ve ark., 2015; Fairburn, 2002; Harvey ve ark., 2011; Lowe, 1993; Masheb, Grilo ve White, 2011; Polivy ve Herman, 1985; Stein ve ark., 2007; Zunker ve ark. 2011). Örneğin;

YEM kullanılarak klinik ve klinik olmayan yetişkin örneklem grubuyla yapılan bir araştırmada, beden ve kilo ile ilgili aşırı meşguliyetin kısıtlama davranışı ile, kısıtlama davranışının tıkinırcasına yeme davranışı ile ve tıkinırcasına yeme davranışının da çıkartma ile pozitif yönlü doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (Allen, 2009).

Literatürde kısıtlama ve tıkinma davranışları arasında negatif anlamlı bir ilişkinin bulunduğu (örneğin; Lowe ve ark., 2007; Lowe, Gleaves ve Murphy-Eberenz, 1998) ve anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı (Lowe ve ark., 1996; Spoor ve ark., 2006) araştırmalara da ulaşılmaktadır. Örneğin; Lowe ve arkadaşlarının (1998; 2007) araştırmalarında bulimik bireylerde yiyecek kısıtlama ve tıkinırcasına yeme sıklığı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Benzer bir şekilde, fazla kilolu ve obez bireylerle yapılan başka bir araştırmada, düşük kalorili diyet yapmak randomize olan (Foster ve ark., 1996; Goodrick ve ark., 1998) ve olmayan (Telch ve Agras, 1993; Wadden, Foster ve Letizia, 1994) araştırmalarda daha az tıkinırcasına yeme davranışı ile ilişkilendirilmiştir. Obez olmayan bireylerle yapılan araştırmada, diyet yapmayan kontrol grubuna göre, kilo vermeye yönelik diyet yapan grup tıkinırcasına yeme gibi bulimik belirtileri daha az göstermiştir (Presnell ve Stice, 2003). Bu araştırmalarda, yiyecek kısıtlama davranışının altında yatan motivasyonun tıkinırcasına yeme davranışının sıklığında belirleyici olduğu sonucuna varılmış, kilo almaktan kaçınmaktan ziyade, kilo verme motivasyonu ile yapılan artan yiyecek kısıtlama davranışının azalan tıkinırcasına yeme sıklığı ile ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (Lowe ve ark., 2007). Bunun yanında, literatürde, yeme bozuklukları spektrumları arasında yiyecek kısıtlama davranışlarının değişiklik gösterdiği de bildirilmektedir. Örneğin; AN'si olan bireyler katı diyet davranışları (keskin öğün saatleri, düşük porsiyon büyüklüğü, kalorisi düşük yiyecek seçimleri gibi) gösterirken (Burd ve ark., 2009; Harvey ve ark., 2011; Huse ve Lucas, 1984; Wallin, Norring ve Holmgren, 1994), BN ve TYB'si olan bireyler ise daha fazla kaotik ve sabit olmayan diyet davranışları eğilimleri göstermektedir (Goldfein ve ark., 1993; Hetherington ve ark., 1994; Masheb ve ark., 2011). Elran-Barak ve arkadaşlarının (2015) araştırmasında, yeme bozukluğu hastalarında yiyecek kısıtlama davranışının türüne göre tıkinırcasına yeme epizodlarının sıklığı değişiklik göstermiştir. Buna göre; günde daha az öğün yiyerek yiyecek kısıtlayanlar daha fazla tıkinırcasına yeme davranışları

gösterirken, daha küçük ve daha az kalorili öğün yiyerek yiyecek kısıtlayanlar daha az tıkinırcasına yeme davranışları göstermiştir. Bu açıdan bakıldığında, yiyecek kısıtlama davranışının içeriğinin ve altında yatan motivasyonun tıkinırcasına yeme davranışlarını etkilediği düşünülmektedir.

Transdiagnostik modeli test eden araştırmalarda ise, temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve kısıtlama davranışı arasındaki ilişkinin tutarlı bir biçimde desteklendiği görülmektedir (Dakanalis ve ark. 2014a; 2014b; Dubois ve ark., 2017; Hoiles ve ark., 2012; Lampard ve ark., 2011; 2013). Öte yandan; transdiagnostik modeli test eden araştırmalarda, modelde belirtilenin aksine; temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile tıkinırcasına yeme davranışı arasındaki ilişkide kısıtlama davranışının aracılık rolü anlamlı çıkmamış, kısıtlama davranışı ile tıkinma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b; Lampard ve ark., 2011). Lampard ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında ise, kısıtlama ve tıkinma arasında AN hastalarında anlamlı bir ilişki görülmezken, BN hastalarında pozitif bir ilişki bulunmuş ve başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarında ise negatif bir ilişki gözlenmiştir. Lampard ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında, tıkinırcasına yeme davranışı son 28 gündeki tıkinırcasına yeme sıklığını ölçmekten ziyade, yemeye karşı kontrol kaybı ve olumsuz duyguların tetiklenmesi ile yeme gibi maddeleri içeren bulimiya alt-ölçeği (Yeme Bozukluğu Envanteri II bulimiya alt-ölçeği [Garner, 1991]) ile ölçülmüştür. Bu açıdan BN’de kısıtlama ve tıkinma arasındaki ilişkinin pozitif yönlü anlamlı çıktığı belirtilmiştir.

Özetle; yeme bozukluğu literatüründe kısıtlama ve tıkinma arasında anlamlı pozitif doğrudan ilişkiler araştırmalarda öne çıkmasına karşın, yeme bozukluğu tanısına göre bu ilişkinin farklılaşabildiği görülmektedir. Ayrıca; transdiagnostik modeli bütüncül şekilde tanı almamış gruplarda test eden araştırmalarda kısıtlama ve tıkinma arasındaki ilişkinin belirgin olmadığı ve yiyecek kısıtlama davranışının içeriği ve motivasyona göre bu ilişkinin şekillendiği göze çarpmaktadır. Öte yandan; bu tez araştırmasında yiyecek kısıtlama davranışının içeriği ve motivasyonu incelenmemiştir. Ayrıca, bu tez araştırmasında toplum örnekleminde bozulmuş yeme davranışları ele alınmıştır. Dolayısıyla, kısıtlama davranışı klinik olmayan örneklemin sunduğu

verilere göre değerlendirilmiş, diyet yapma davranışını gösteren bireylerin örneklemin % 10'undan az olduğu ve Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Kısıtlama Alt-Ölçeği'nden alınan puan ortalamasının düşük olduğu ($M = 5.63$, $SS = 6.55$) göze çarpmıştır. Bunun yanında, örneklemin BKİ ortalaması 25.38 olarak fazla kiloludur ve örneklemin % 55'i kilosunun fazla olduğunu düşünmektedir. Bu örnekleimde, diyet yapmanın da dahil olduğu kısıtlama davranışının yeme bozukluğu grubunda olduğu gibi psikopatolojik örüntüler göstermiyor olabileceği düşünülmektedir. Bu açılarından bakıldığında, örneklemin çoğunluğunun yiyecek kısıtlama motivasyonunun daha çok sağlıklı kilo ranjına inmek için kilo vermeye yönelik olabileceği tahmin edilmektedir. Bu durumun kısıtlama ve tıkinma arasındaki bulgunun literatür ile bağlantılı bir biçimde ters ilişkide olmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Yukarıdakilere ek olarak, bu tez araştırmasında, (1d) tıkinma ve çıkartma davranışları arasında doğrudan anlamlı pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, transdiagnostik modeli (Fairburn ve ark., 2003) desteklemektedir. Transdiagnostik modelin test edildiği araştırmalar incelendiğinde, çıkartma davranışını az sayıda araştırmanın ele aldığı görülmektedir. Bu araştırmalarda, transdiagnostik model ile tutarlı bir biçimde tıkinırcasına yeme ile çıkartma davranışı ya da çıkartmanın da içerisinde olduğu telafi edici davranışlar arasında doğrudan pozitif anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Allen, 2009; Dakanalis ve ark., 2014b; Lampard ve ark., 2011).

Bu tez araştırmasında, hipotezlere ek olarak temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile tıkinma arasında doğrudan bir ilişki de saptanmıştır. Dolayısıyla; çıkartma ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında tıkinma davranışının aracılık etkisi de bulunmuştur. Literatürde beden şekli ve kiloya yönelik aşırı meşguliyetten alınan yüksek puanların artan tıkinırcasına yeme davranışı ile ilişkilendirildiği araştırmalara ulaşılmaktadır (Grilo ve ark., 2008; Ojserkis ve ark., 2012). Boylamsal bir araştırmada, beş senelik sürede BN'si olan kadınlarda beden ve kiloya dair verilen önem tıkinırcasına yeme davranışlarının sürdürülmesini yordamış ve tıkinırcasına yeme davranışı ise, çıkartmanın da içinde olduğu telafi edici davranışlarının sürdürülmesini yordayan tek yordayıcı olarak bulgulanmıştır (Fairburn, Stice ve ark., 2003). Transdiagnostik modelin ağ (network) analizi ile test

edildiği bir araştırmada, tüm yeme bozukluklarında beden ve kiloya dair verilen önem ve beden memnuniyetsizliği tıknırcasına yeme davranışı ile ve tıknırcasına yeme çıkartma ile ilişkili bulunmuş, beden ve kiloya dair verilen önemin tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışlarının da dahil olduğu bozulmuş yeme davranışlarının ilişkisel gücünü biçimlendirdiği gösterilmiştir (DuBois ve ark., 2017). Transdiagnostik model çerçevesinde geliştirilen G-BDT, beden, kilo ve yemeye ilişkin değerin ve meşguliyetin yansımalarının tıknıma-çıkartma davranış döngüsü gibi yeme bozuklukları ile karakterize davranış döngülerinden sorumlu olduğunu belirtmektedir. Bu açıdan bakıldığında, bu ek bulgunun G-BDT'yi bir ölçüde desteklediği söylenebilir. G-BDT'de doğrudan bilişsel yeniden yapılandırmaya odaklanmak yerine, beden ve kiloya verilen önem ile bozulmuş yeme davranışları arasındaki ilişkilerin farkındalığına odaklanılmaktadır; başka bir deyişle davranışta stratejik değişiklikleri kullanarak düşünce kalıplarını değiştirme hedef alınmaktadır (Murphy ve ark., 2010).

Sonuç olarak, bu tez araştırmasının bulgularına bakarak, toplum örnekleminde ele alınan bozulmuş yeme davranışlarında, temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin ($\beta = .56, p < .001$) kısıtlama davranışı ($\beta = -.12, p < .001$) ile karşılaştırıldığında tıknıma davranışlarını belirlemede daha güçlü bir yordayıcı olduğu ve bunun literatür ile de desteklendiği görülmüştür (Schnitzler, von Ranson ve Wallace, 2012). Yukarıda belirtildiği üzere, her ne kadar kısıtlamanın tıknırcasına yeme davranışına götürdüğüne dair birçok araştırmaya ulaşılsa da (örneğin; Harvey ve ark., 2011; Zunker ve ark., 2011), bu ilişkinin her araştırmada bulunmadığı görülmektedir (örneğin; Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b; Lampard ve ark., 2011, Presnell ve Stice, 2003). Kısıtlamanın tıknırcasına yemeye götüren tek unsurun olmadığını ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisi gibi daha güçlü diğer unsurların var olabileceği görülmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda tıknırcasına yemeye götürebilecek alternatif unsurların araştırılması önerilmektedir.

Araştırmanın ikinci hipotezi (2) ile ilişkili bulgular incelendiğinde; sınırlı duygudurum toleransının çıkartma davranışı ve aşırı egzersiz davranışı üzerinde doğrudan anlamlı ilişkileri bulgulanırken, sınırlı duygudurum toleransının tıknıma davranışı aracılığıyla yordayıcı etkileri anlamlı çıkmamıştır. Başka bir deyişle,

beklenilenin aksine sınırlı duygudurum toleransı ile tıknırcasına yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Sınırlı duygudurum toleransı ile çıkartma arasında pozitif yönlü anlamlı doğrudan ilişki bulunurken, sınırlı duygudurum toleransı ile aşırı egzersiz davranışı arasında negatif yönlü anlamlı doğrudan ilişki bulunmuştur. Bu tez araştırmasının hipotezi ile ilişkili bulgulara ek olarak, sınırlı duygudurum toleransı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında pozitif doğrudan ilişki ve sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama arasında negatif doğrudan ilişki de görülmüştür.

Sınırlı duygudurum toleransı birden fazla bileşenden oluşmakta ve hala günümüzde yeme bozukluğunu anlamlandırmamızda yeteri kadar gelişmemiş bir kavram olarak öne çıkmaktadır (Lavender ve ark., 2015). Örneğin; Gross (1998) duygu düzenlemenin çoklu evrelerle olduğunu öne sürmüş, duyguların öncül-odaklı evreler ile (duygunun başlangıç sürecinde yapılanlar [duygu düzenlemede durumlara yaklaşma veya durumlardan kaçınma, durumları ayarlama, dikkat yükleme ve bilişsel değişim]) ve tepki-odaklı evre (duygusal tepkinin tıknıma, madde kullanımı, egzersiz davranışı vb. ile düzenlenmesi) ile düzenlendiğini belirtmiştir. Transdiagnostik modelde (Fairburn ve ark., 2003) ise, duygu düzensizliklerinin yeme psikopatolojisindeki yerinin önemi vurgulanmasına karşın, bu kavram “sınırlı duygudurum toleransı” (belli duygusal durumlarla baş etme güçlüğü) adı altında dar bir kapsamda ele alınmıştır. Günümüzde, bu kavramın duyguyu tanımlamaktan başlayan birçok duygu düzenleme stratejisini içeren çok boyutlu bir kavram olduğunun altı çizilmektedir (Gratz ve Tull, 2010; Trompeter ve ark., 2021). Öte yandan, yeme bozukluğu araştırmalarının birçoğunda sınırlı duygudurum toleransı kavramı çok boyutlu bir biçimde ölçülmemektedir. Bu tez araştırmasında, sınırlı duygudurum toleransı Gratz ve Roemer’in (2004) öne sürmüş olduğu çok boyutlu duygu düzenleme modeli ile ölçülmüş ve bu modelin diğer bakış açılarına göre faydaları olduğu görülmüştür. Bunlardan birincisi; modelin çok boyutlu bir model olması ve yeme bozukluğu araştırmalarında direk olarak uygulanabilmesidir (örneğin; Brockmeyer ve ark., 2012; Harrison ve ark., 2009; 2010; Racine ve Wildes, 2013). Bu modelde duygu düzenleme (1) duygusal süreyi veya şiddeti değiştirmek için uyumlu ve durumsal olarak uygun stratejileri esnek bir biçimde kullanma kapasitesi, (2)

sıkıntılı durumlarda dürtüleri baskılama ve hedef odağında kalma yetisi, (3) kişinin duygusal farkındalık, netlik ve kabullenme seviyesi, (4) anlamlı aktivitelere ulaşmada olumsuz duygusal deneyimleri tolere etme becerisi olmak üzere dört boyutludur ve bir ya da daha fazla boyutta yaşanan sıkıntı duygu düzenleme güçlüğü yansıtacak şekilde kavramsallaştırılmıştır. İkincisi; bu çok boyutlu modelin duygusal ve davranışsal düzensizlik arasındaki bağlantıyı kavramsallaştırıyor olmasıyla yeme bozuklukları dahil olmak üzere (Fischer, Smith ve Cyders, 2008) birçok psikopatoloji ve bozulmuş davranışları ile bağdaşmasıdır. Son olarak, modeldeki boyutların yeme bozukluğu literatüründe duygu düzenleme ile ilgili olarak çokça çalışılan kavramlar (örneğin; aleksitimi, sıkıntıya tolerans, deneyimsel kaçınma) ile bağlantılı olmasıdır (Lavender ve ark., 2015). Öte yandan, transdiagnostik modeli test eden araştırmaların hiçbirinde sınırlı duygudurum toleransını ölçmek için Gratz ve Roemer'in (2004)'in kavramsallaştırılması kullanılmamıştır. Bu açıdan bakıldığında, bu tez araştırmasının sınırlı duygudurum toleransı ile ilgili bulgularını kıyaslamak zorlaşmaktadır.

Transdiagnostik model (Fairburn ve ark., 2003), şiddetli olumsuz duygulara toleranssızlığın bireyleri artan tıknırcasına yeme, çıkartma ve aşırı egzersiz davranışları gibi telafi edici yeme davranışlarına yönlendirdiğini öne sürmektedir. Yeme bozukluğu literatüründe, duygu düzenlemede olan güçlüklerin yeme bozuklukları belirtileri ile ilişkili olduğu (Aldao, Nolen-Hoeksema ve Schweizer, 2010; Trompeter ve ark., 2021) ve bozulmuş yeme davranışlarının (tıknırcasına yeme, çıkartma gibi) olumsuz duyguları baskılamak ve kaçınmak gibi uyumsuz duygu düzenleme stratejileri işlevi gördüğü belirtilmektedir (Brockmeyer ve ark., 2013a; Harrison ve ark., 2009; Lavender ve ark., 2014; Prefit ve ark., 2019). Örneğin; hem klinik (Lavender ve ark., 2014; Pissetsky ve ark., 2017), hem de klinik olmayan (Burns ve ark., 2012; Dakanalis ve ark., 2014b) örneklemelerde duygu düzenleme güçlüklerinin daha sık çıkartma davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmektedir.

Transdiagnostik modelin test edildiği araştırmalar incelendiğinde, sınırlı duygudurum toleransı ve tıknırcasına yeme arasında doğrudan pozitif anlamlı ilişkilerin bulunduğu görülmüştür (Lampard ve ark., 2013; Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b). Örneğin; Lampard ve arkadaşlarının (2013) klinik örneklemde yaptığı

araştırmada sınırlı duygudurum toleransı ve tıknırcasına yeme arasındaki pozitif yönlü doğrudan ilişki tüm yeme bozukluklarında görülen transdiagnostik bir unsur olarak bulunmuştur. Çıkartma ve aşırı egzersiz davranışları ise, transdiagnostik modelin test edildiği araştırmalar incelendiğinde çok az sayıda araştırmada ele alınmış; bu araştırmalarda, transdiagnostik model ile tutarlı bir biçimde hem sınırlı duygudurum toleransı ile çıkartma arasında (Allen, 2009; Dakanalis ve ark., 2014b), hem de sınırlı duygudurum toleransı ile aşırı egzersiz davranışı arasında (Dakanalis ve ark., 2014b) doğrudan anlamlı pozitif ilişkiler olduğu görülmüştür. Öte yandan, Lampard ve arkadaşlarının (2011) BN grubuyla yaptığı araştırmada sınırlı duygudurum toleransı ve tıknıma davranışındaki ilişki negatif çıkmış ve sınırlı duygudurum toleransı ile çıkartma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumun önemli bir sebebinin sınırlı duygudurum toleransının ölçümünde kullanılan ölçeklerin farklılık göstermesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Anlamlı pozitif ilişkilerin görüldüğü araştırmaların tamamında benzer sınırlı duygudurum toleransı ölçekleri kullanılmıştır. Bu araştırmalarda (Lampard ve ark., 2013; Dakanalis ve ark., 2014a; 2014b) sınırlı duygudurum toleransının ölçümünde duygusal dengesizliği ölçen ölçekler kullanılmışken, Lampard ve arkadaşlarının (2011) araştırmasında duygusal deneyimlerden kaçınmayı ölçen duygu düzenlemede öncül-odaklı evreler ile alakalı bir ölçek kullanılmıştır. Dolayısıyla, duyguyu düzenlemede yaşanan duygusal dengesizliklerin duygudan kaçınmaya kıyasla daha fazla bozulmuş yeme davranışları (tıknırcasına yeme ve çıkartma davranışları gibi) ile alakalı olabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan; bu tez araştırmasında öngörülen şekilde sınırlı duygudurum toleransı ile aşırı egzersiz davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına karşın, bu ilişki beklenmedik bir biçimde negatif olarak bulunmuştur. Başka bir deyişle, duygu düzenleme güçlükleri azaldıkça egzersiz davranışı artmaktadır. Daha önce de belirtildiği üzere, ölçümü sorunlu bir değişken olan “aşırı egzersiz davranışı” transdiagnostik modelin sürdürücü değişkenleri ile bütüncül olarak test edildiği yalnızca bir araştırmada ele alınmıştır. Normal popülasyondan erkekler ile yapılan bu araştırmada (Dakanalis ve ark., 2014b), transdiagnostik model ile tutarlı bir biçimde sınırlı duygudurum toleransı ile aşırı egzersiz davranışı arasında anlamlı bir pozitif

ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte; bu araştırmada da aşırı egzersiz davranışı değişkeninin ölçümünün sorunlu olduğu görülmüş ve kullanılan ölçekte yalnız egzersiz davranışlarının değil, kısıtlama davranışı gibi diyet/yemeye ilişkin beden değişim stratejileri de ölçülmüştür. Dolayısıyla; elde edilen sonucun aşırı egzersiz davranışını yansıtmadığı söylenebilir.

Egzersiz davranışı literatüründe, egzersizin genel olarak duygudurum düzenleyici rolü yaygın bir biçimde gösterilmekte (Callaghan, 2004) ve duygudurum regülasyonu en sık egzersiz motivasyonu olarak öne çıkmaktadır (örneğin; Markland ve Ingledrew, 1997). Öte yandan; bozulmuş yeme davranışları gösteren yetişkin bireyler ile yapılan araştırmalarda, duygu düzenleme güçlükleri toplam puanı ile aşırı egzersiz davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamaktadır (Lavender ve ark., 2014; Pisetsky ve ark., 2017). Daha detaylı olarak incelendiğinde, duygu düzenleme güçlükleri alt-boyutlarından biri olan spesifik olarak sıkıntılı durumlarda hedef odaklı davranış güçlüğü'nün aşırı egzersiz davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmesine karşın (Lavender ve ark., 2014; Monell, Clinton ve Birgegård, 2018), bu ilişkinin yönünün araştırmalarda farklılık gösterdiği görülmektedir. Bunun yanında, yeme bozukluğu psikopatolojisi olan ve olmayan gruplarda, egzersiz davranışının etkilerinin farklılaştığı görülmektedir. Örneğin; yüksek yeme psikopatoloji düzeyi gösteren grupta egzersiz davranışı olumsuz duygulanım ile ilişkilendirilirken, düşük yeme psikopatoloji düzeyi gösteren grupta egzersiz davranışı olumlu duygulanım ile ilişkilendirilmektedir (Thome ve Espelage, 2004). Bu durum, yeme psikopatolojisinin varlığında veya yokluğunda egzersizin duygulanım üzerindeki ilişkisinin farklılaştığını göstermesinin yanında (Thome ve Espelage, 2004), yeme psikopatolojisinin yokluğunda egzersizin klinik anlamda sorunlu bir davranışı içermediğini de ortaya koymaktadır (Keski-Rahkonen, 2001; Mond ve ark., 2004). Bu tez araştırması normal popülasyondan olan bireyler ve yeme psikopatolojisi puan ortalaması düşük olan bir örneklem ile gerçekleştirilmiştir. Bunun yanında egzersizin yemeyi telafi etme amacıyla yapılıp yapılmadığı değerlendirilmemiştir. Bütün bunlar göz önüne alındığında, sınırlı duygudurum toleransı ve aşırı egzersiz davranışı arasında elde edilen negatif ilişkinin anlaşılır olduğu, katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü çekmediğinde daha fazla egzersiz davranışı gösterdiği görülmektedir. Yani,

yeme bozukluğu psikopatolojisi olmayan grupla yapılan bu tez araştırmasında “egzersiz davranışı” yemenin telafi amaçlı yapılıp yapılmadığı bilinmediğinden bozulmuş yeme davranışı olarak sorunlu bir davranışı değil de sağlıklı bir davranışı içeriyor olabilir. Konu ile ilgili yapılacak olan gelecekteki araştırmaların aşırı egzersiz davranışının yemeyi telafi edici yönünün ele alındığı ve objektif olarak ölçüldüğü ölçekler ile transdiagnostik modeli bütüncül olarak test etmesi önerilmektedir.

Tüm bunlarla birlikte; bu tez araştırmasında, öngörülenin aksine sınırlı duygudurum toleransı ile tıknırcasına yeme davranışı arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılmamıştır. Yeme bozukluğu literatüründe birçok araştırmada duygu düzenleme güçlükleri ve tıknırcasına yeme davranışı arasındaki pozitif anlamlı ilişki hem klinik örneklemelerde (Kenny, Singleton ve Carter, 2017; Lampard ve ark., 2013; Monell ve ark., 2018), hem de toplum örneklemelerinde (Burton ve Abbott, 2019; Dakanalis ve ark., 2014b; Eichen ve ark., 2017; Whiteside ve ark., 2007) gösterilmiştir. Olumsuz duygulanımın tıknırcasına yemeden önce arttığını ve tıknırcasına yeme epizodlarından sonra azaldığını gösteren (Berg ve ark., 2013) ve duygu düzenleme girişimlerinin tıknırcasına yeme atakları ihtimalini azalttığını gösteren araştırmalar (Svaldi ve ark., 2019) da bulunmaktadır. Öte yandan, ekolojik anlık değerlendirme (ecological momentary assessment) araştırmalarının ele alındığı meta-analiz araştırmasında tam tersi bir kanıt ulaşılmış, tıknırcasına yeme epizodlarından sonra, öncesine oranla olumsuz duygulanımın arttığı gösterilmiştir (Haedt-Matt ve Keel, 2011). Benzer bir şekilde, duygu düzenleme güçlükleri ile tıknırcasına yeme arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığı (Lavender ve ark., 2014; Pisetsky ve ark., 2017) ve boylamsal araştırmalarda duygu düzenlemedeki değişikliklerin tıknırcasına yeme davranışları sıklığını değiştirmediğini gösteren araştırmalara da ulaşılmaktadır (Bodell ve ark., 2019; Peterson ve ark., 2017). Örneğin; üç ay süren güncel bir boylamsal araştırmada duygu düzenleme becerilerinin yeme bozukluğu bilişlerini azaltırken, tıknırcasına yeme sıklığını değiştirmediği görülmüştür (Bodell ve ark., 2019). Peterson ve arkadaşlarının (2017) randomize kontrollü araştırmasında ise, alınan tedavi biçimi fark etmeksizin tedavi sonunda duygu düzenlemede görülen iyileşmeler daha düşük toplam yeme bozukluğu psikopatolojisi ile ilişkilendirilirken, tıknırcasına yeme sıklığında bir değişiklik bulunmamıştır; ancak, tedavinin bitişinden dört ay sonra

yapılan izlemede tıknırcasına yeme sıklığında anlamlı değişim gözlenmiştir. Bu araştırma, duygu düzenleme becerilerinin yeme bozuklukları bilişleri üzerinde hızlı değişimler yaparken, tıknırcasına yeme davranışında gecikmeli bir etki yaptığını göstermektedir. Fairburn (2008) ile tutarlı bir şekilde, bu araştırma sonucu davranış değişiminin bilişsel değişimlerden sonra meydana geldiğini desteklemiştir. Bu tez araştırmasının bulguları göz önüne alındığında, paralel bir şekilde, sınırlı duygudurum toleransının yeme bozukluğu bilişlerine (yani temel yeme bozukluğu psikopatolojisine) bozulmuş yeme davranışlarından daha fazla etki yaptığı görülmektedir. Öte yandan, transdiagnostik modeli çok boyutlu bir duygu düzenleme modeli ile boylamsal bir dizaynda test edecek araştırmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Yukarıdakilere ek olarak, bu tez araştırmasında sınırlı duygudurum toleransı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında doğrudan pozitif anlamlı bir ilişki de saptanmış ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin bozulmuş yeme davranışlarına (kısıtlama, tıknıma ve çıkartma) bireyleri yönlendirdiği bulunmuştur. Yetişkinlerle yapılan araştırma sonuçlarına genel olarak bakıldığında duygu düzenleme güçlüklerinin artan temel yeme bozukluğu psikopatolojisi (beden, kilo ve yeme ile meşguliyet) ile ilişkili olduğu gözlenmektedir (Lavender ve Anderson, 2010; Racine ve Wildes, 2013; Rufino ve ark., 2018). Transdiagnostik modelin yeme bozukluğuna sahip ergen bireylerle test edildiği güncel bir araştırmada sınırlı duygudurum toleransı ile temel yeme bozuklukları psikopatolojisi boyutları (yiyecek, beden ve kiloya yönelik meşguliyet) arasında anlamlı pozitif doğrudan ilişkiler görülmüştür (Jones ve ark., 2020). Klinik olmayan kadın bireylerle transdiagnostik modelin test edildiği başka bir araştırmada, sınırlı duygudurum toleransının da dahil olduğu tüm sürdürücü değişkenler bir arada ele alındığında temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile doğrudan anlamlı pozitif bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (Hoiles ve ark., 2012). Sınırlı duygudurum toleransının temel yeme psikopatolojisi ile etkileşime girerek bozulmuş yeme davranışlarının gelişiminin tahmin edilmesinde transdiagnostik bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir ve bunu destekleyen birçok araştırmaya ulaşılmaktadır (Liebman ve ark., 2020; Racine ve Martin, 2016; Racine ve ark., 2017; Trompeter ve ark., 2022). Sonuç olarak; bu tez araştırmasında bu

araştırmalar ile paralel bir sonuca ulaşılmış ve temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin diğer değişkenlere göre daha gl bir unsur olduğu görülmüştür.

Son olarak, bu tez araştırmasında çalışmanın hipotezlerine ek olarak sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama arasında negatif doğrudan ilişki de bulunmuştur. Bu bulgunun literatür ile bağdaşmadığı grlmektedir: Literatürde, sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama davranışı arasındaki ilişki sıklıkla AN tanısı olan bireyler ile yapılan araştırmalarda ele alınmış, bu araştırmalarda kısıtlama davranışının bu hastalarda duygu düzenleme stratejisi olarak kullanıldığı gösterilmiş (Espeset ve ark., 2012; Meule ve ark., 2021; Wildes, Ringham ve Marcus, 2010) ve kısıtlama davranışının olumsuz duygulanımı takip ettiği (Engel ve ark., 2013) bildirilmiştir. Diğer yeme bozukluklarında da duygu düzensizlikleri ile kısıtlama davranışı arasında pozitif anlamlı ilişki kaydedilmiş (Svaldi ve ark., 2012), benzer bulgu klinik-olmayan örneklem ile yapılan araştırmalarda da gösterilmiştir (Burton ve Abbott, 2019; Dakanalis ve ark., 2014b). Transdiagnostik modeli test eden araştırmalarda da, sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama davranışı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler toplum örnekleminden erkekler (Dakanalis ve ark., 2014b) ve yeme bozukluğu olan ergenler (Jones ve ark., 2020) ile bulgulanmıştır. Klinik yetişkin grup (BN ve TYB hastaları) ile yapılan diğer bir araştırmada ise, yiyecek kısıtlama ile tıknırcasına yeme arasındaki ilişkiye sınırlı duygudurum toleransı tam aracılık etkisi göstermiş ve kısıtlama ile sınırlı duygudurum toleransı arasındaki ilişkinin pozitif olduğu bulunmuştur (Dakanalis ve ark., 2014a). Özetle; tüm bunlar bir araya getirildiğinde, bu tez araştırmasında görülen sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama arasında negatif doğrudan ilişki literatürün geneli ile tutarlı değildir.

Yiyecek kısıtlama davranışı, belirli bir oranda bilişsel kapasiteyi barındırarak yemeyi bilinçli bir biçimde kontrol etmeyi içermektedir (DelParigi ve ark., 2007; Joseph ve ark., 2011). Dolayısıyla, yiyeceğin kısıtlanması bilişsel kapasitenin başka durumlara kayması ile sınırlandığında bırakılabilmektedir. Bunun yanında, belli duygusal veya fiziksel durumların kendilik kontrolünü ketleyerek yiyecek kısıtlamayı engellediği ne sürülmekte (Herman ve Polivy 1975; Joseph ve ark., 2011) ve yiyecek kısıtlamanın bilişsel kontrolü gerektirdiği belirtilmektedir (DelParigi ve ark., 2007;

Joseph ve ark., 2011). Örneğin; BKİ'si yüksek bireyler ile yürütülen araştırmalarda, başarılı bir şekilde diyet sürdürenler başarısız olanlara kıyasla, yiyecek alımından sonra daha fazla dorsolateral prefrontal kortekste (yani kendilik kontrolü ile ilgili olan kısım) nöron aktivitesi göstermiştir (DelParigi ve ark., 2007). Duygu düzenleme güçlükleri alt-boyutlarından biri olan dürtüsellik bireylerin kontrol, planlama ve düşünme kapasitesini etkileyen ve bilişsel kontrolü oldukça zorlayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (Solanto ve ark., 2001). Dürtüsellik, otomatik tepkiler verilmesine sebep olarak hedef davranıştan sapılmasına ve kısıtlamanın bırakılmasına neden olmaktadır (Joseph ve ark., 2011). Bu bulgular bir araya getirildiğinde, bu tez araştırmasında ortaya çıkan duygu düzenleme güçlükleri ile kısıtlama davranışı arasındaki ters ilişki şu şekilde açıklanmaktadır: Yeme bozukluğu psikopatolojisi göstermeyen ve BKİ ortalaması normal üzeri olan bireylerde kısıtlama davranışı bozulmuş yeme davranışından ziyade, kilo kontrol davranışı olarak ortaya çıkıyor ve böyle olduğunda, kısıtlama davranışı duygu düzenleme işlevi göstermiyor olabilir. Bunun yanında; bu bulgu; yiyecek kısıtlamanın belli bir oranda kendini düzenleme ve kontrol kapasitesi içermesi ile açıklanabilir. Dolayısıyla; bilişsel bir kontrol gerektiren yiyecek kısıtlama davranışının duygunun düzenlenmesi ile ilgili zorlanmalar olduğunda artış göstermekten ziyade, bireyler tarafından bırakıldığı düşünülmektedir.

Özetle; transdiagnostik modelin öngördüğü şekilde, bozulmuş yeme davranışlarının sürdürülmesinde etken olan değişkenlerin (klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı ve kişiler arası güçlükler) temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ile doğrudan pozitif ilişkileri bulunmaktadır. Modele ek olarak, sınırlı duygudurum toleransı ile temel yeme bozukluğu psikopatolojisi arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Temel yeme bozukluğu psikopatolojisi (beden, kilo ve yiyecek ile aşırı meşguliyet) bireyleri kısıtlama ve tıkinma davranışlarına götürmektedir. Transdiagnostik model ile paralel bir biçimde tıkinma davranışı bireyleri çıkartmaya yönlendirmektedir. Öte yandan, modelde öngörülenin aksine kısıtlama ve tıkinma arasında ters bir ilişki kaydedilmiş ve tıkinma ile aşırı egzersiz davranışı arasında anlamlı bir ilişki kaydedilmemiştir. Bunun yanında, transdiagnostik model ile paralel bir biçimde sınırlı duygudurum toleransı bireyleri çıkartmaya yönlendirmektedir;

fakat, modelde belirtilenin aksine sınırlı duygudurum toleransı ile tıknıma arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış ve aşırı egzersiz davranışı ile arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, transdiagnostik modelin hipotezlerine ek olarak, sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama davranışı arasında negatif bir ilişki de kaydedilmiştir. Sonuç olarak; tüm bu bulgular bir araya getirildiğinde Fairburn ve arkadaşlarının (2003) öne sürmüş olduğu transdiagnostik modelin Türkiye genelinde toplum örnekleminde kısmen desteklendiği görülmektedir. Bu tez araştırmasının bulgularının yeme bozuklukları literatürüne ve bozulmuş yeme davranışlarının iyileştirilmesi ve önlenmesi ile ilgili yapılan müdahalelere önemli katkılar sunduğu düşünüldüğünde, araştırmanın belli kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Bir sonraki bölümlerde araştırmanın kısıtlılıkları, güçlü yanları, katkıları ve gelecek araştırmalar için öneriler ele alınmıştır.

4.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları, Güçlü Yanları, Katkıları ve Gelecek Araştırmalar için Öneriler

Bu tez araştırması, transdiagnostik modelin içerisinde yer alan bozulmuş yeme davranışlarına ilişkin yordayıcıları bütüncül bir biçimde ele alarak modeli geniş toplum örnekleminde yetişkin bireylerle test eden literatürdeki ilk araştırmadır. Bunun yanında, konuyla ilgili Türkiye çapında yapılan ilk araştırma olarak öne çıkmaktadır. Çalışma sonuçlarının genellenebilirliğini arttırmak amacıyla büyük bir örnekleme Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden ve Türkiye'nin neredeyse her ilinden katılımcıya ulaşılmıştır. Öte yandan, katılımcıların coğrafi dağılımının yüzdelere bakıldığında, TÜİK (Şubat, 2020) verileri ile paralel bir coğrafi dağılıma ulaşılamamış, özellikle İç Anadolu Bölgesi'nde yaşayan katılımcıların sayısı beklenenden az olmuştur. Bunun yanında, bu çalışma, transdiagnostik modeli toplum örnekleminde karma cinsiyet grubuyla inceleyen ilk araştırma olması sebebiyle önem teşkil etmesine karşın; araştırmanın örnekleminde kadın ve erkek oranı eşit dağılmamakta ve araştırma bulgularının erkekleri temsil etme gücünün daha zayıf olduğu görülmektedir. Bunlara ek olarak, araştırmanın eğitim seviyesi Türkiye geneline göre yüksektir. Bütün bunlar bir araya getirildiğinde; örneklemin diğer

sosyodemografik unsurlarının genel olarak güncel TÜİK verileri ile paralellik göstermesine karşın, araştırma sonuçlarının Türkiye popülasyonuna genellenebilirliği konusunda kısıtlılığının olduğu düşünülmektedir. Gelecekteki araştırmaların, güncel TÜİK verileri ile paralel bir coğrafi dağılımı ve eğitim seviyesini gözeterek cinsiyet oranının dengeli olduğu geniş bir örnekleme transdiagnostik modeli test etmesi önerilmektedir.

Bu tez araştırması, transdiagnostik modelde bozulmuş yeme davranışlarını anlamamızda önemli sonuçlar ortaya koymakta ve YEM analizi birden fazla değişken arasındaki yolları görmemize olanak tanımaktadır. Öte yandan; araştırmanın kesitsel dizayna dayanması sebebiyle elde edilen bulgular neden-sonuç ilişkisinin değerlendirilmesine izin vermemektedir. Bu araştırmada yer alan model faktörleri arasındaki bağlantılar yalnızca belli bir zaman dilimindeki ilişkileri göstermektedir. Bu araştırmanın temel hedefi de belli bir zaman diliminde Türkiye genelindeki toplum örnekleminde transdiagnostik modeli test etmek ve model içerisindeki değişkenlerin arasındaki yapısal ilişkileri görmektir. Bu araştırmada seçilen araştırma dizaynı araştırmanın hedefi ile paralel olmasına karşın, ileride bu konuyu ele alacak araştırmalarda boylamsal dizayna yer verilmesi ve neden-sonuç ilişkisini ortaya çıkarabilecek farklı analizler kullanılarak modelin test edilmesi önerilmektedir.

Bu tez araştırmasında kullanılan ölçekler Türkiye örnekleminde oldukça yeterli geçerliliğe ve güvenilirliğe sahip olmasına karşın, öz-bildirime dayanmaktadır. Öz-bildirim ölçekleri bireylerin kendini değerlendirmesine dayalı olmakta ve yanıtlar bireylerin gerçekçi tepkilerinden ziyade sosyal olarak istenebilecek şekilde verilebilmektedir. Örneğin; literatür ile karşılaştırıldığında, araştırmanın psikolojik/psikiyatrik tanı yüzdesinin düşük olmasının önemli bir sebebinin bunun öz-bildirime dayalı bir yöntemle değerlendirilmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Benzer bir biçimde, BKİ'nin değerlendirilmesinde kullanılan boy ölçüsü ve beden ağırlığı da katılımcıların kişisel beyanı baz alınarak değerlendirildiği için kesinlik içermemektedir. Gelecekteki araştırmaların, bu tarz değişkenleri ölçmek için öz-bildirim envanterlerinden ziyade, objektif ölçüm yöntemlerini de içermesi yanlı sonuçların önüne geçilmesi açısından önemlidir. Özetle, her ne kadar kullanılan

ölçeklerin hem orijinal çalışmalarında hem de bu çalışmadaki güvenilirlik düzeyleri oldukça yüksek olarak bulunmuş olsa da, öz-bildirim envanterlerinin doğasından kaynaklanan yanlılıkların çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabileceği düşünülmektedir.

Bu tez araştırmasında, transdiagnostik modelin içerisinde yer alan bazı değişkenlerin operasyonel tanımları ve ölçümleri orijinal model ile birebir örtüşmemektedir. Bunlardan ilki, sınırlı duygudurum toleransı kavramıdır. Orijinal modelde bu kavram, şiddetli duygu durumları ile baş etme becerisinin sınırlılığı olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada ise, güncel literatürün önerisi doğrultusunda, orijinal modelde yer alan tanımları da içerecek şekilde genişletilerek çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmış ve duygu düzenleme güçlükleri (Gratz ve Roemer, 2004) olarak tanımlanmıştır. İkincisi; klinik mükemmeliyetçilik, orijinal modelde kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin (Hewitt ve Flett, 1991) tanımları ile örtüşmektedir. Bu çalışmada ise, orijinal modelde yer alan tanımları da içerecek şekilde genişletilerek çok boyutlu bir kavram (Hewitt ve Flett, 1991) olarak ele alınmış ve mükemmeliyetçiliğin sosyal alt-boyutları (SBM ve BYK) da toplam puana eklenmiştir. Son olarak, orijinal modelde telafi edici davranışlar ayrışık bir biçimde kavramsallaştırılmamıştır. Bu tez araştırmasında ise, transdiagnostik modeli daha geniş bir perspektifte test edebilmek için telafi edici davranışlar içerisinde yer alan çıkartma ve aşırı egzersiz davranışları ayrık olarak modelde test edilmiştir. Transdiagnostik modeli test eden çalışmalarda modelin değişkenlerinin operasyonel tanımları ve ölçümlerinde bir birlik olmaması göze çarpmakta ve bu durum araştırma sonuçlarının birbiri ile karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır. Bu çalışmada son yıllarda yapılan çalışmalar göz önüne alınarak değişken tanımları ve ölçümlerine karar verilmesi ve bazı değişkenlerin kapsamının genişletilerek modele dahil edilmesi çalışmanın güçlü yanlarından. Öte yandan, bu durum çalışmanın bulgularının orijinal transdiagnostik model (Fairburn ve ark., 2003) ile karşılaştırılmasını zorlaştırmaktadır.

Bu tez çalışması, bozulmuş yeme davranışlarından aşırı egzersiz davranışını da içermesiyle transdiagnostik modeli bütüncül bir biçimde test eden nadir çalışmalardan biridir. Öte yandan, bu değişkenin modele katılması önemli bir ölçüm

kısıtlılığını da beraberinde getirmiştir. Literatürde aşırı egzersiz davranışının tanımında bir fikir birliğinin olmadığı ve ölçülenmesinde ciddi sıkıntıların olduğu görülmektedir. Dolayısıyla; transdiagnostik modeli test eden araştırmaların büyük çoğunluğunda modele dahil edilmemiştir. Bu araştırmada ise, modelin bütünlüğünü bozmamak adına araştırmaya dahil edilmiş, aşırı egzersiz davranışı DSM-5'te (APA, 2013) yer alan tanım ile paralellik gösterecek şekilde sıklık baz alınarak ölçülmüştür; fakat, egzersizin telafi edici olarak yapıp yapılmadığı ölçülmemiştir. Bu durumun araştırmadan elde edilen bulgularda rolü olduğu görülmektedir. Gelecek araştırmalarda, aşırı egzersiz davranışını transdiagnostik modelde geçen tanımıyla objektif bir biçimde değerlendirebilecek ölçüm araçlarının geliştirilmesi ve bu ölçeklerle modelin bütünleyici bir biçimde test edilmesi önerilmektedir.

Bu tez araştırması, transdiagnostik modeli geniş toplum örnekleminde test ederek yeme bozukluğu riskinin klinik olmayan örnekleimde anlaşılmasına destek sağladığı için önemlidir. Öte yandan, bu durum klinik yeme bozuklukları sorunları yaşayan bireyleri anlamak için ortaya konan transdiagnostik modelin farklı bir uygulamasını içermektedir. Dolayısıyla, bu araştırma modelin klinik örneklemlerde geçerliliğini ortaya koymamaktadır. Ayrıca; araştırma Türkiye geneli ile paralel bir biçimde BKİ ortalaması normal üzeri olan bireylerle gerçekleşmiştir. Bu açıdan bakıldığında, bu tez araştırmasında belki de diyet (kısıtlama) ve egzersiz davranışları bozulmuş yeme davranışlarından ziyade, sağlığı iyileştirici davranışları temsil ediyor olabilir. Araştırmanın toplum örnekleminde yapıldığı düşünüldüğünde, kısıtlama davranışının motivasyonunun ve aşırı egzersiz davranışının telafi edici yönünün değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Gelecekte konu ile ilgili yapılacak araştırmalarda bu hususların gözetilerek ve klinik olan ve klinik olmayan örneklemlerin karşılaştırılarak modelin test edilmesi önerilmektedir.

SONUÇ

Bu tez araştırması, Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden yaşları 18-65 aralığında 1341 katılımcı ile transdiagnostik modeli (Fairburn ve ark., 2003) bütüncül bir model çerçevesinde geniş toplum örnekleminde yapısal eşitlik modellemesi kullanarak test etmiştir. Araştırmanın bulguları, Türkiye toplum örnekleminde transdiagnostik modelin kısmi bir biçimde desteklendiğini göstermektedir. Başka bir deyişle; araştırmanın sonuçları, toplum örnekleminde transdiagnostik modelin yeme bozukluğu psikopatolojisinin başlangıcında sıklıkla dahil olan etkenlerin kesin bir biçimde haritalanmasında potansiyele sahip olduğunun altını çizmektedir.

Bu araştırmada, transdiagnostik model ile paralel bir biçimde, temel yeme psikopatolojisini sürdüren dört temel faktörün olduğu (klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, kişiler arası problemler ve sınırlı duygudurum toleransı), yeme, beden ve kiloya ilişkin bilişleri içeren temel yeme bozukluğu psikopatolojisinin bireyleri bozulmuş yeme davranışlarına (kısıtlama ve tıkinma) ve tıkinma davranışının bireyleri çıkartmaya yönlendirdiği bulunmuştur. Model ile paralel bir biçimde, sınırlı duygudurum toleransının doğrudan çıkartma davranışına bireyleri yönlendirdiği de görülmüştür. Araştırmanın sonuçlarına bakıldığında, literatür ile tutarlı bir biçimde (örneğin; DuBois ve ark., 2017; Trompeter ve ark., 2022) bozulmuş yeme davranışlarını sürdüren en güçlü değişkenin yeme, beden ve kiloya ilişkin bilişler (temel yeme bozukluğu psikopatolojisi) olduğu görülmektedir. Paralel bir biçimde, transdiagnostik model çerçevesinde geliştirilen G-BDT, beden, kilo ve yemeye ilişkin değer ve meşguliyetin yansımalarının yeme bozuklukları ile karakterize davranış döngülerinden sorumlu olduğunu belirtmiş ve tedavi planını bu nosyonda düzenlemiştir. Buna ek olarak; G-BDT, temel yeme psikopatolojisini sürdüren dört temel faktörün (klinik mükemmeliyetçilik, düşük öz-saygı, kişiler arası problemler ve duygu düzenlemede güçlükler) iyileştirilmesini de içermektedir (Fairburn, 2008; Fairburn ve ark., 2003; Murphy ve ark., 2010). Sonuç olarak; araştırmanın bulguları, transdiagnostik model temel alınarak revize edilmiş olan G-BDT'nin bozulmuş yeme davranışlarının toplum örnekleminde önlenmesi için kullanılabilecek bir yöntem

olduğunu desteklemektedir. Öte yandan; transdiagnostik model ile paralel olmayan bulgulara da ulaşılmıştır. Bunlar; kısıtlama ve tıkinma, sınırlı duygudurum toleransı ile kısıtlama ve sınırlı duygudurum toleransı ile aşırı egzersiz davranışı arasındaki ters orantılı ilişkiler ve araştırmada tıkinma ve aşırı egzersiz davranışı arasında bir ilişki bulunmayışıdır. Bu açıdan bakıldığında, klinik olmayan örneklerde kısıtlama (diyet) ve egzersiz davranışlarının doğasının iyi anlaşılması önem kazanmakta, bozulmuş yeme davranışını mı, yoksa sağlığı iyileştirici bir davranışı mı içerdiğinin iyi anlaşılması gerektiği düşünülmekte ve bu doğrultuda bozulmuş yeme davranışlarını önleyici G-BDT müdahalelerinin revize edilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak; bu araştırmanın, araştırmacılar ve klinisyenler için zorlu bir konu olan yeme bozuklukları alanında risk faktörlerinin anlaşılmasında bilgimizi genişleterek ve yeme bozukluklarını önleme, yönetmede ve tedavide bizlere önemli bakış açıları kazandırarak alana değerli katkılar sağlayacağı umulmaktadır.

KAYNAKÇA

- ABBATE-DAGA, G., MARZOLA, E., AMIANTO, F., FASSINO, S.: 2016 “A comprehensive review of psychodynamic treatments for eating disorders”, **Eat Weight Disord**, 21, 553-580.
- ABRAHAM, S.: 1996 “Characteristics of eating disorders among young ballet dancers”, **Psychopathology**, 29, 223-229.
- ACKARD, D.M., CROLL, J.K., KEARNEY-COOKE, A.: 2002 “Dieting frequency among college females: Association with disordered eating, body image, and related psychological problems”, **Journal of Psychosomatic Research**, 52, 129-136.
- AGRAS, W.S., BRYSON, S., HAMMER, L., KRAEMER, H.: 2007 “Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin”, **Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 46, 171-178.
- AGRAS, W.S., WALSH, B.T., FAIRBURN, C.G., WILSON, G.T., KRAEMER, H.C.: 2000 “A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa”, **Archives of General Psychiatry**, 57, 459-466.
- AKDEVELİOĞLU, Y., GÜMÜS, H.: 2010 “Eating Disorders and Body Image Perception among University Students”, **Pakistan Journal of Nutrition**, 9/12, 1187-1191.
- AKYUNUS, M., GENÇÖZ, T.: 2016 “Kişilerarası Problemler Envanteri-döngüsel ölçekleri kısa formu psikometrik özellikleri: bir güvenirlik ve geçerlik çalışması”, **Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences**, 29, 36-48.
- ALDAO, A., NOLEN-HOEKSEMA, S., SCHWEIZER, S.: 2010 “Emotionregulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review”, **Clinical Psychology Review**, 30/2, 217-237.

- ALDEN, L.E.,
WIGGINS, J.S.,
PINCUS, A.L.: 1990
“Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems”, **J Pers Assess**, 55, 521-536.
- ALEGRIA M., BIJL
R.V., LIN E.,
WALTERS, E.E.,
KESSLER, R.C.: 2000
“Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the United States with Ontario and the Netherlands”, **Archives of General Psychiatry**, 57/4, 383-391.
- ALLEN, C.L.,
SCANNELL, E.D.,
TURNER, H.R.: 1998
“Guilt and hostility as coexisting characteristics of bulimia nervosa”, **Australian Psychologist**, 33, 143-147.
- ALLEN, K.L.: 2009
The development and maintenance of cognitive and behavioural eating disorder symptoms. Unpublished dissertation, University of Western Australia, Perth.
- ALLEN, K.L., BYRNE,
S. M., MCLEAN, N.J.,
DAVIS, E.A.: 2008
“Overconcern with weight and shape is not the same as body dissatisfaction: Evidence from a prospective study of pre-adolescent boys and girls”, **Body Image**, 5, 261-270.
- ALTUĞ, A., ELAL, G.,
SLADE, P., TEKCAN,
A.: 2000
“The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables”, **Eating Weight Disorders**, 5, 152-160.
- AMERİKAN
PSİKIYATRİ BİRLİĞİ:
1980
Diagnostic and statistical manual for mental disorders, third edition (DSM-III). Washington DC: American Psychiatric Association.
- AMERİKAN
PSİKIYATRİ BİRLİĞİ:
1987
Diagnostic and statistical manual for mental disorders, revised third edition (DSM-III-R), Washington DC: American Psychiatric Association.
- AMERİKAN
PSİKIYATRİ BİRLİĞİ:
1994
Diagnostic and statistical manual for mental disorders, fourth edition (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association.

- AMERİKAN PSİKIYATRİ BİRLİĞİ: 2000 **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, forth edition., text revision, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- AMERİKAN PSİKIYATRİ BİRLİĞİ: 2013 **Diagnostic and statistical manual for mental disorders**, fifth edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association.
- ANDERSON, J.C., GERBING, D.W.: 1988 “Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-step Approach”, **Psychological Bulletin**, 103/3, 411-423.
- ANESTIS, M.D., SELBY, E.A., FINK, E.L., JOINER, T.E.: 2007 “The multifaceted role of distress tolerance in dysregulated eating behaviour”, **International Journal of Eating Disorders**, 40, 718-726.
- ARCELUS, J., MITCHELL, A.J., WALES, J., NIELSEN, S.: 2011 “Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta- analysis of 36 studies”, **Archives of General Psychiatry**, 68, 724-731.
- ARNOW, B., KENARDY, J., AGRAS, W.S.: 1992 “Binge eating among the obese: A descriptive study”, **Journal of Behavioural Medicine**, 15, 155-170.
- ASHBY, J.S., KOTTMAN, T., SHOEN, E.: 1998 “Perfectionism and eating disorders reconsidered”, **Journal of Mental Health Counselling**, 20, 261-271.
- AŞÇI, F.H., TÜZÜN, M., KOCA, C.: 2006 “A examination of eating attitudes and physical activity levels of Turkish university students with regard to self-presentation concern”, **Eating Behaviors**, 7, 362-367.
- ATA, R.N., SCHAEFER, L.M., THOMPSON, J.K.: 2015 “Sociocultural theories of eating disorders,” **The Wiley Handbook of Eating Disorders** (eds L. Smolak and M. P. Levine). UK: John Wiley & Sons, Ltd.

- ATTIA, E., HAIMAN, C., WALSH, B.T.: 1998 “Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa?”, **American Journal of Psychiatry**, 155, 144-151.
- BAKER J.H., MITCHELL, K.S., NEALE, M.C., KENDLER, K.S.: 2010 “Eating disorder symptomatology and substance use disorders: prevalence and shared risk in a population based twin sample”, **Int J Eat Disord**, 43, 648-58.
- BAKTIROĞLU, G.: 2019 **Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin yetişkinler üzerinde geçerlik, güvenirlik ve norm çalışması**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- BARDONE-CONE, A.M., ABRAMSON, L.Y., VOHS, K.D., HEATHERTON, T.F., JOINER, T.E.: 2006 “Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status”, **Behaviour Research and Therapy**, 44/1, 27-42.
- BARDONE-CONE, A.M., WEISHUHN, A.S., BOYD, C.A.: 2009 “Perfectionism and bulimic symptoms in African American college women: Dimensions of perfectionism and their interactions with perceived weight status”, **Journal of Counseling Psychology**, 56/2, 266-275.
- BARDONE-CONE, A.M., WONDERLICH, S.A., FROST, R.O., BULIK, C.M., MITCHELL, J.E., UPPALA, S., SIMONICH, H.: 2007 “Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions”, **Clinical Psychology Review**, 27/3, 384-405.
- BARNHART, W.R., BRADEN, A.L., PRICE, E.: 2021 “Emotion regulation difficulties interact with negative, not positive, emotional eating to strengthen relationships with disordered eating: An exploratory study”, **Appetite**, 158, 105038.

- BEAUMONT, P.J.V.,
GEORGE, G.C.W.,
SMART, D.E.: 1976
“Dieters and vomiters and purgers in anorexia nervosa”,
Psychological Medicine, 6, 617-622.
- BECK, J.S.: 2011
Bilişsel Davranışçı Terapi, (2. basımdan çeviri:
Muzaffer Şahin). Nobel Yayınları.
- BECKER, A.E.,
BURWELL, R.A.,
GILMAN, S.E.,
HERZOG, D.B.,
HAMBURG, P.: 2002
“Eating behaviours and attitudes following prolonged
exposure to television among ethnic Fijian adolescent
girls”, **British Journal of Psychiatry**, 180, 509-514.
- BECKER, A.E., FAY,
K.E., AGNEW-BLAIS,
J., KHAN, A.N.,
STRIEGEL-MOORE, R.
H., GILMAN, S.E.:
2011
“Social network media exposure and adolescent eating
pathology in Fiji”, **British Journal of Psychiatry**, 198,
43-50.
- BENTLEY, C., MOND,
J., RODGERS, B.: 2014
“Sex differences in psychosocial impairmen associated
with eating-disordered behavior: What if there aren't
any?”, **Eat Behav**, 15/4, 609-614.
- BERG, KC., CROSBY,
R.D., CAO, L.,
PETERSON, C.B.,
ENGEL, S. G.,
MITCHELL, J.E.,
WONDERLICH, S.A.:
2013
“Facets of negative affect prior to and following binge-
only, purge-only, and binge/ purge events in women
with bulimia nervosa”, **Journal of Abnormal
Psychology**, 122/1, 111-118.
- BERGEN, A.W.,
YEAGER, M., WELCH,
R.A., HAQUE, K.,
GANJEI, J.K., VAN
DEN BREE, M.B.,
KAYE, W.H.: 2005
“Association of multiple DRD2 polymorphisms with
anorexia nervosa”, **Neuropsychopharmacology**, 30,
1703-1710.

- BISSETT, J., MEYER, C., HAYCRAFT, E.: 2006 “Maternal and parental controlling feeding practices with male and female children”, **Appetite**, 47, 212-219.
- BLISS, E.L., BRANCH, C.H.: 1960 **Anorexia nervosa: Its history, psychology and biology**, New York, Hoeber.
- BODELL, L.P., PEARSON, C.M., SMITH, K.E., CAO, L., CROSBY, R.D., PETERSON, C.B., CROW, S.J., BERG, K.C.: 2019 “Longitudinal associations between emotion regulation skills, negative affect, and eating disorder symptoms in a clinical sample of individuals with binge eating”, **Eating behaviors**, 32, 69-73.
- BONGERS, P., DE GRAAFF, A., JANSEN, A.: 2016 “Emotional” does not even start to cover it: Generalization of overeating in emotional eaters”, **Appetite**, 96, 611-616.
- BONGERS, P., JANSEN, A., HAVERMANS, R., ROEFS, A., NEDERKOORN, C.: 2013a “Happy eating. The underestimated role of overeating in a positive mood”, **Appetite**, 67, 74-80.
- BONGERS, P., JANSEN, A., HOUBEN, K., ROEFS, A.: 2013b “Happy eating: The single target implicit association test predicts overeating after positive emotions”, **Eating Behaviors**, 14/3, 348-355.
- BOONE, L., CLAES, L., LUYTEN, P.: 2014 “Too strict or too loose? Perfectionism and impulsivity: The relation with eating disorder symptoms using a person-centered approach”, **Eating Behaviors**, 15/1, 17-23.
- BOONE, L., SOENENS, B., VANSTEENKISTE, M., BRAET, C.: 2012 “Is there a perfectionist in each of us? An experimental study on perfectionism and eating disorder symptoms”, **Appetite**, 59/2, 531-540.

- BORASKA, V.,
FRANKLIN, C.S.,
FLOYD, J. A.B.,
THORNTON, L.M.,
HUCKINS, L.M.,
SOUTHAM, L., ET
AL.: 2014
- “A genome-wide association study of anorexia nervosa”, **Molecular Psychiatry**, 19/10, 1085-1094.
- BOS, A.R.J, KANNER, D., MURIS, P.,
JANSSEN, B., MAYER, B.: 2009
- “Mental illness stigma and disclosure: consequences of coming out of the closet”, **Issues in Mental Health Nursing**, 30/8, 509-513.
- BRANDEN, N.: 2001
- The Psychology of Self-Esteem**, 32nd anniversary ed. San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- BRAUN, D.L.,
SUNDAY, S.R.,
HALMI, K.A.: 1994
- “Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders”, **Psychological Medicine**, 24, 859-867.
- BREWERTON, T.D.: 1995
- “Toward a unified theory of serotonin dysregulation in eating and related disorders”, **Psychoneuroendocrinology**, 20/6, 561-590.
- BREWERTON, T.D.,
LYDIARD, R.,
HERZOG, D.,
BROTMAN, A.,
O’NEIL, P.,
BALLENGER, J.: 1995
- “Comorbidity of Axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa”, **Journal of Clinical Psychiatry**, 56, 77-80.
- BRITISH
PSYCHOLOGICAL
SOCIETY (UK): 2004
- Eating Disorders, Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders**, NICE Clinical Guidelines, No. 9, National Collaborating Centre for Mental Health, Leicester (UK).
- BROCKMEYER, T.,
GROSSE
HOLTFORTH, M.,
- “Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa”, **Comprehensive Psychiatry**, 53, 496–501.

BENTS, H.,
KAMMERER, A.,
HERZOG, W.,
FRIEDERICH, H.: 2012

BROCKMEYER, T.,
HOLTFORTH, M.G.,
BENTS, H., HERZOG,
W., FRIEDERICH,
H.C.: 2013a

“Lower body weight is associated with less negative emotions in sad autobiographical memories of patients with anorexia nervosa”, **Psychiatry Research**, 210/2, 548-552.

BROCKMEYER, T.,
HOLTFORTH, M.G.,
BENTS, H.,
KÄMMERER, A.,
HERZOG, W.,
FRIEDERICH, H.C.:
2013b

“The thinner the better: Self-esteem and low body weight in anorexia nervosa”, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 20/5, 394-400.

BROWN, K.L.,
LAROSE, J.G.,
MEZUK, B.: 2018

“The relationship between body mass index, binge eating disorder and suicidality”, **BMC Psychiatry**, 18, 196.

BROWN, T.A., KEEL,
P.K.: 2012

“The impact of relationships on the association between sexual orientation and disordered eating in men”, **Int J Eat Disorder**, 45, 792-799.

BRUCH, H.: 1973.

Evolution of a psychotherapeutic approach to eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within, New York, Basic Books Inc.

BULIK, C.M.: 2002

“Anxiety, depression, and eating disorders,” **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook**, eds Fairburn, C.G., Brownell, K.D. New York, NY, The Guilford Press.

BULIK, C.M.,
SULLIVAN, P., FEAR,
J., JOYCE, P.:1997

“Eating disorders and antecedent anxiety disorders: A controlled study”, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 96, 101-107.

- BULIK, C.M.,
SULLIVAN, P.F.,
WADE, T.D.,
KENDLER, K.S.: 2000
“Twin studies of eating disorders: A review”,
International Journal of Eating Disorders, 27, 1-20.
- BULIK, C.M., TOZZI,
F., ANDERSON, C.,
MAZZEO, S.E.,
AGGEN, S.,
SULLIVAN, P.F.: 2003
“The relation between eating disorders and components
of perfectionism”, **The American Journal of
Psychiatry**, 160/2, 366-368.
- BURD, C., MITCHEL,
J.E., CROSBY, R.D.,
ENGEL, S.G.,
WONDERLICH, S.A.,
LYSTAD, C., ET AL.:
2009
“An assessment of daily food intake in participants with
anorexia nervosa in the natural environment”, **The
International Journal of Eating Disorders**, 42,3 71-
374.
- BURNS, E.E.,
FISCHER, S.,
JACKSON, J.L.,
HARDING, H.G.: 2012
“Deficits in emotion regulation mediate the relationship
between childhood abuse and later eating disorder
symptoms”, **Child Abuse and Neglect**, 36/1, 32-39.
- BURTON, A.L.,
ABBOTT, M.J.: 2019
“Processes and pathways to binge eating: development
of an integrated cognitive and behavioural model of
binge eating”, **Journal of Eating Disorders**, 7, 18.
- BUSHNELL, J.A.,
WELLS, E.,
MCKENZIE, J.M.,
HORNBLOW, A.R.,
OAKLEY-BROWNE,
M.A., JOYCE, P.R.:
1994
“Bulimia comorbidity in the general population and in
the clinic”, **Psychological Medicine**, 24, 605-611.
- BUTTON, E.J.,
SONUGA-BARKE,
E.J.S., DAVIES, J.,
THOMPSON, M.: 1996
“A prospective study of self-esteem in the prediction of
eating problems in adolescent schoolgirls:
Questionnaire findings”, **British Journal of Clinical
Psychology**, 35, 193-203.

- BYELY, L.,
ARCHIBALD, A.B.,
GRABER, J., BROOKS-
GUNN, J.: 2000 "A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting", **International Journal of Eating Disorders**, 28, 155-164.
- BYRNE, B.M.: 1998 **Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming**, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- BYRNE, S.M.,
FURLAND, A.,
ALLEN, K.L.,
WATSON, H.: 2011 "The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial", **Behaviour Research and Therapy**, 49, 219-226.
- BYRNE, S.M.,
MCLEAN, N.J.: 2002 "The cognitive-behavioural model of bulimia nervosa: A direct evaluation", **International Journal of Eating Disorders**, 31, 17-31.
- BYRNE, S.M., WADE,
T., HAY, P., TOUYZ,
S., FAIRBURN, C.G.,
TREASURE, J.,
SCHMIDT, U.,
MCINTOSH, V.,
ALLEN, K.,
FURLAND, A.,
CROSBY, R.D.: 2017 "A randomized controlled trial of three psychological treatment for anorexia nervosa", **Psychological Medicine**, 47, 1-11.
- CACHELIN, F.M.,
STRIEGEL-MOORE,
R., PAGET, W.B.: 1997 "Comparison of women with various levels of dietary restraint on body image, personality, and family environment Eating Disorders", **The Journal of Treatment and Prevention**, 5, 205-215.
- CALLAGHAN, P.: 2004 "Exercise: A neglected intervention in mental health care?", **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 11, 476-483.

- CALUGI, S., GHOCH, M.E., DALLE GRAVE, R.: 2017
 “Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study”, **Behaviour Research and Therapy**, 89, 41-48.
- CARLSON-JONES, D.: 2012
 Peer influences. In T.F. Cash (Ed.), **Encyclopedia of body image and human appearance**. London, Academic Press.
- CARRASCO, J., DIAZ-MARSA, M., HOLLANDER, E., CESAR, J., SAIZ-RUIZ, J.: 2000
 “Decreased platelet monoamine oxidase activity in female bulimia nervosa”, **Eur Neuropsychopharmacol**, 10, 113- 117.
- CARTA, M.G., PRETI, A., MORO, M.F., AGUGLIA, E., BALESTRIERI, M., CARACI, F., DELL’OSSO, L.: 2014
 SCIASCIO GD, DRAGO F, FARAVELLI C, ET AL.
 “Eating disorders as a public health issue: Prevalence and attributable impairment of quality of life in an Italian community sample”, **International Review of Psychiatry**, 26, 486-492.
- CARTER, F.A., JORDAN, J., MCINTOSH, V.V., LUTY, S.E., MCKENZIE, J.M., FRAMPTON, C.M., BULIK, CM., JOYCE, PR.: 2011
 “The longterm efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial”, **International Journal of Eating Disorders**, 44, 647-654.
- CASPER, R.C., ECKERT, E.D., HALMI, K.A., GOLDBERG, S.C., DAVIS, J.M.: 1980
 “Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa”, **Archives of General Psychiatry**, 37, 1030-1034.

- CASSIDY, E.,
ALLSOPP, M.,
WILLIAMS, T.: 1999
“Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders”, **European Child & Adolescent Psychiatry**, 8/3, 193-199.
- CASSIN, S.E., VON
RANSON, K.M.: 2005
“Personality and eating disorders: A decade in review”, **Clinical Psychology Review**, 25, 895-916.
- CASTELLINI, G., LO
SAURO, C.,
MANNUCCI, E.,
RAVALDI, C.,
ROTELLA, C.M.,
FARAVELLI, C.,
RICCA, V.: 2011
“Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: A 6-year follow-up study”, **Psychosomatic Medicine**, 73, 270-279.
- CASTRO, J.: 2003
Biological abnormalities in eating disorders. Eating Disorders, (Ed. Maj, M., Halmi, K., Lopez-Ibor, J.J., Sartorius, N), WPA Series Vol.6, West Sussex, John Wiley&Sons.
- CASTRO-FORNIELES,
J., GUAL, P.G.,
LAHORTIGA, F.,
GILA, A., CASULA, V.,
FUHRMANN, C.,
IMIRUZALDU M.,
SAURA, B.,
MARTINEZ, E., TORO,
J.: 2007
“Self-oriented perfectionism in eating disorders”, **International Journal of Eating Disorders**, 40, 562-568.
- CERVERA, S.,
LAHORTIGA, F.,
MARTINEZ-
GONZALEZ, M.A.,
GUAL, P., DE IRLA-
ESTEVEZ, J.,
ALONSO, Y.: 2003
“Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study”, **Int J Eat Disord**, 33, 271-280.

- CHASSLER, L.: 1997 "Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective", **Clinical Social Work Journal**, 25/4, 407-423.
- CHEN, E.Y.,
CACIOPPO, J.,
FETTICH, K.,
GALLOP, R.,
MCCLOSKEY, M. S.,
OLINO, T., ZEFFIRO,
T.A.: 2016 "An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating, **Psychological Medicine**, 47, 703-717.
- CLAES, L.,
VANDEREYCKEN,
W., VERTOMMEN, H.:
2001 "Self injury behaviors in eating disorder patients", **Eating Behaviors**, 2, 263-272.
- COCKELL, SJ.,
HEWITT, PL., SEAL,
B., SHERRY, S.,
GOLDNER, EM.,
FLETT, GL., REMICK,
R.A.: 2002 "Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa", **Cognitive Therapy and Research**, 27, 745-758.
- COOLEY, E., TORAY,
T.: 2001 "Body image and personality predictors of eating disorder symptoms during the college years", **International Journal of Eating Disorders**, 30/1, 28-36.
- COOPER, P.J.,
FAIRBURN, C.G.: 1993 "Confusion over the core psychopathology of bulimia nervosa", **International Journal of Eating Disorders**, 13, 385-389.
- COOPER, Z.,
FAIRBURN, C.G.: 2011 "The evolution of "enhanced" cognitive behavior therapy for eating disorders: learning from treatment nonresponse", **Cognitive and Behavioral Practice**, 18, 394-402.
- COSTANZO, P.R.,
MUSANTE, G.J., "The gender specificity of emotional, situational and behavioural indicators of binge eating in a diet-seeking

- FRIEDMAN, K.E.,
KERN, L.S.,
TOMLINSON, K.: 1999
obese population”, **International Journal of Eating Disorders**, 26, 205-210.
- CRISP, A.H.: 1967
“Anorexia nervosa”, **Hospital Medicine**, 1, 713-718.
- CROW, S.J., AGRAS, W.S., HALMI, K., MITCHELL, J.E., KRAEMER, H.C.: 2002
“Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: A multicenter study”, **International Journal of Eating Disorders**, 32, 309-318.
- CROW, S.J., PETERSON, C., SWANSON, S., RAYMOND, N., SPECKER, S., ECKERT, E., MITCHELL, J.: 2009
“Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders”, **American Journal of Psychiatry**, 166, 1342-1346.
- CULBERT, K.M., BURT, S., MCGUE, M., IACONO, W., KLUMP, K.: 2009
“Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors”, **Journal of Abnormal Psychology**, 118, 788-796.
- CULBERT, K.M., RACINE, S.E., KLUMP, K.L.: 2015
“Research review: What we have learned about the causes of eating disorders-A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research”, **Journal of Child Psychology & Psychiatry**, 56, 1141-1164.
- ÇELİKEL, F.C., CUMURCU, B.E., KOÇ, M., ETİKAN, I., YÜCEL, B.: 2008
“Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students”, **Comprehensive psychiatry**, 49/2, 188- 194.
- ÇUHADAROĞLU, F.: 1985
Gençlerde benlik saygısı ile ilgili bir araştırma. XXI. Ulusal Psikiyatri ve Nöroloji Bilimleri Kongresinde sunulan bildiri, Çukurova Üniversitesi, Mersin.
- DAKANALIS, A., CARRÀ, G.,
“Testing the cognitive-behavioural maintenance models across DSM5 bulimic-type eating disorder diagnostic

- CALOGERO, R.,
ZANETTI, M. A.,
GAUDIO, S.,
CACCIALANZA, R.,
RIVA, G., & CLERICI,
M.: 2014a
- groups: A multi-centre study, **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, 265/8, 663-676.
- DAKANALIS, A.,
TIMKO, C.A.,
CLERICI, M.,
ZANETTI, M.A., RIVA,
G.: 2014b
- “Comprehensive examination of the trans-diagnostic cognitive behavioral model of eating disorders in males”, **Eating Behaviors**, 15, 63-67.
- DALLE GRAVE, R.,
SARTIRANA, M.,
COCH, M.E., CALUGI,
S.: 2018
- “DSM-5 severity specifiers for anorexia nervosa and treatment outcomes in adult females”, **Eating Behaviors**, 31, 18-23.
- DARE, C., EISLER, I.,
RUSSELL, G.,
TREASURE, J.,
DODGE, L.: 2001
- “Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments”, **Br J Psychiatry**, 178, 216-221.
- DAVIS, R., FREEMAN,
R.J., GARNER, D.M.:
1988
- “A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 273-279.
- DELPARIGI, A.,
CHEN, K., SALBE,
A.D., HILL, J.O.,
WING, R.R., REIMAN,
E.M., TATARANNI,
P.A.: 2007
- “Successful dieters have increased neural activity in cortical areas involved in the control of behavior”, **Int J Obes**, 31, 440-448.
- DENOMA, J.M.,
GORDON, K.H.,
BARDONE-CONE, A.
M., VOHS, K.D.,
ABRAMSON, L.Y.,
- “A test of an interactive model of bulimic symptomatology in adult women”, **Behaviour Therapy**, 36, 311-321.

HEATHERTON, T.F.,
JOINER JR, T.E.: 2005

DEVECİ, E.: 2020 **Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun görülme sıklığı ve psikososyokültürel yordayıcıları: İstanbul örnekleme**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

DE ZWAAN, M.: 1997 “Status and utility of a new diagnostic category: Binge eating disorder”, **European Eating Disorders Review**, 5, 226-240.

DICKIE, L., WILSON, M., MCDOWALL, J., SURGENOR, L.J.: 2012 “What components of perfectionism predict drive for thinness?”, **Eating Disorders**, 20/3, 232-247.

DINGEMANS, A., DANNER, U., PARKS, M.: 2017 “Emotion regulation in binge eating disorder: A review”, **Nutrients**, 9/11, 1274.

DINGEMANS, A.E., VAN SON, G.E., AARDOOM, J.J., BRUIDEGOM, K., SLOF-OP ’T LANDT, M.C.T., VAN FURTH, E.F.: 2016 “Predictors of psychological outcome in patients with eating disorders: A routine outcome monitoring study”, **International Journal of Eating Disorders**, 49/9, 863-873.

DUBOIS, R.H., RODGERS, R.F., FRANKO, D.L., EDDY, K.T., THOMAS, J.J.: 2017 A network analysis investigation of the cognitive-behavioral theory of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 213-221.

DUNCAN, A.E., ZIOBROWSKI, H.N., NICOL, G.: 2017 “The Prevalence of Past 12-Month and Lifetime DSM-IV Eating Disorders by BMI Category in US Men and Women”, **European Eating Disorders Review**, 25, 165-171.

- DUNKLEY, D.M.,
GRILO, C.M.: 2007
“Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients”, **Behaviour Research and Therapy**, 45, 139-149.
- DÜNYA SAĞLIK
ÖRGÜTÜ [DSÖ]: 2018
Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS), Editörler: Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Ankara, 2018.
- EGAN, S.J., WADE,
T.D., SHAFRAN, R.:
2011
“Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review”, **Clinical Psychology Review**, 31, 203-212.
- EGGERT, J.,
LEVENDOSKY, A.,
KLUMP, K.: 2007
“Relationships among attachment styles, personality characteristics and disordered eating”, **The International Journal of Eating Disorders**, 40/2, 149-155.
- EICHEN, D.M., CHEN,
E., BOUTELLE, K.N.,
MCCLOSKEY, M.S.:
2017
“Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters”, **Appetite**, 111, 1-6.
- ELMORE, D. K., DE
CASTRO, J.M.: 1990
“Self rated moods and hunger in relation to spontaneous eating behaviour in bulimics, recovered bulimics and normals”, **International Journal of Eating Disorders**, 9, 179-190.
- ELRAN-BARAK, R.,
ACCURSO, E.,
GOLDSCHMIDT, A.B.,
SZTAINER, M.,
BYRNE, C., LE
GRANGE, D.: 2014
“Eating Patterns in Youth with Restricting and Binge Eating/Purging type Anorexia Nervosa”, **The International Journal of Eating Disorders**, 47, 878883.
- ELRAN-BARAK, R.,
SZTAINER, M.,
GOLDSCHMIDT, A.B.,
CROW, S.J.,
“Dietary restriction behaviors and binge eating in anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: trans-diagnostic examination of the restraint model”, **Eating Behaviors**, 18, 192-196.

PETERSON, C.B.,
HILL, L.L., CROSBY,
R.D., POWERS, P.,
MITCHELL, J.E., LE
GRANGE, D.: 2015

ENGEL, K., WITTERN, M., HENTZE, M., MEYER, A.E.: 1989 “Long- term stability of anorexia nervosa treatments: Follow- up study of 218 patients”, **Psychiatric Developments**, 7, 395- 407.

ENGEL, S.G.,
WONDERLICH, S.A.,
CROSBY, R.D.,
MITCHELL, J.E.,
CROW, S.J.,
PETERSON, C.B.,
GRANGE, D.L.,
SIMONICH, H.K.,
CAO, L., LAVENDER,
J.M., GORDON, K.H.:
2013 “The role of affect in the maintenance of anorexia nervosa: Evidence from a naturalistic assessment of momentary behaviors and emotion”, **Journal of Abnormal Psychology**, 122/3, 709-719.

ENGEL, S.G.,
WONDERLICH, SA.,
CROSBY, R.D.,
WRIGHT, T.L.,
MITCHELL, J.E.,
CROW, S.J.,
VENEGONI, E.E.: 2005 “A study of patients with anorexia nervosa using ecologic momentary assessment”, **International Journal of Eating Disorders**, 38/4, 335-339.

EROL, N., KILIÇ, C., ULUSOY, M.: 1998 **Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu**, Ankara, Eksen Tanıtım Ltd. Şti.

ESPESET, E.M.S.,
GULLIKSEN, K.S.,
NORDBO, R.H.S.,
SKÅRDERUD, F.,
HOLTE, A.: 2012 “The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa”, **European Eating Disorders Review**, 20/6, 451-460.

- EVERS, C., DE RIDDER, D.T.D., ADRIAANSE, M.A.: 2009 “Assessing yourself as an emotional eater: Mission impossible? Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology”, **American Psychological Association**, 28/6, 717-725.
- FAIRBURN, C.G.: 1981 “A cognitive behavioural approach to the management of bulimia”, **Psychological Medicine**, 11, 707-711.
- FAIRBURN, C.G.: 2002 “Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa”, in C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), **Eating disorders and obesity**, A comprehensive handbook (pp. 303–307). New York, NY: Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G.: 2008 **Cognitive behavior therapy and eating disorders**, Guilford Press, New York.
- FAIRBURN, C.G.: 2013 **Overcoming binge eating**, (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G., BEGLIN, S. J.:1994 “Assessment of eating disorders: Interview or selfreport questionnaire?”, **International Journal of Eating Disorders**, 16/4, 363-370.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, P.J.: 1989 **Eating Disorders” Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide**, (Yayımlayan: Hawton K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clark, D. M.) Oxford Univ. Press, New York.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, P.J.: 1993 The eating disorder examination, (12th edn.). In C. G. Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), **Binge eating: Nature, assessment, and treatment**, New York, Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G.: 2002 “Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa”, in C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), **Eating disorders and obesity, A comprehensive handbook** (pp. 303–307). New York, NY: Guilford Press.
- FAIRBURN, C.G., COOPER, P.J.: 2014 Eating disorders: a transdiagnostic protocol, In D. H. Barlow (Ed), **Clinical handbook of psychological**

disorders: a step-by-step treatment manual, Fifth edition. New York, The Guilford Press.

- FAIRBURN, C.G.,
COOPER, Z., DOLL, H.
A., O'CONNOR, M.E.,
BOHN, K., HAWKER,
D.M., WALES, J.A.,
PALMER, R.L.: 2009
- “Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up”, **The American Journal of Psychiatry**, 166, 311-319.
- FAIRBURN, C.G.,
COOPER, Z., DOLL, H.
A., O'CONNOR, M.E.,
PALMER, R.L.,
DALLE, G.R.: 2013
- “Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study”, **Behaviour Research and Therapy**, 51, 82-88.
- FAIRBURN, C.G.,
COOPER, Z.,
SHAFRAN, R.: 2003
- “Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment”, **Behaviour Research and Therapy**, 41, 509-528.
- FAIRBURN, C.G.,
DOLL, H.A., WELCH,
S.L., HAY, P.J.,
DAVIES, B.A.,
O'CONNOR, M.E.:
1998
- “Risk factors for binge eating disorder: A community based case-control study”, **Archives of General Psychiatry**, 55, 425-432.
- FAIRBURN C.G.,
HARRISON, P.J. 2003
- “Eating disorders”, **Lancet**, 361, 407-416.
- FAIRBURN, C.G.,
JONES, R., PEVELER,
R.C., HOPE, R.A.,
O'CONNOR, M.E.:
1993
- “Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behaviour therapy and cognitive behaviour therapy”, **Archives of General Psychiatry**, 50, 419-428.
- FAIRBURN, C.G.,
SHAFRAN, R.,
COOPER, Z.: 1999
- “A cognitive behavioural account of anorexia nervosa”, **Behaviour Research and Therapy**, 37, 1-13.

- FAIRBURN, C.G.,
STICE, E., COOPER,
Z., DOLL, H.A.,
NORMAN, P.A.,
O'CONNOR, M.E.:
2003
- “Understanding persistence in bulimia nervosa: A 5-year naturalistic study”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 71/1, 103-109.
- FAIRBURN, C.G.,
WELCH, S.L., DOLL,
H.A., DAVIES, B.A.,
O'CONNOR, M.E.:
1997
- “Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study”, **Arch Gen Psychiatry**, 54, 509-517.
- FAN, X., THOMPSON,
B., WANG, L.: 1999
- “Effects of sample size, estimation methods, and model specification on structural equation modeling fit indexes”, **Structural Equation Modeling, A Multidisciplinary Journal**, 6/1, 56-83.
- FAVARO, A.,
SANTONASTASO, P.,
MONTELEONE, P.,
BELLODI, L., MAURI,
M., ROTONDO, A.,
ERZEGOVESI, S.,
MAJ, M.: 2008
- “Self- injurious behavior and attempted suicide in purging bulimia nervosa: Associations with psychiatric comorbidity”, **Journal of Affective Disorders**, 105, 285-289.
- FELDMAN, D.B.,
CRANDALL, C.S.:
2007
- “Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection?”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 26, 137-154.
- FERNANDEZ-
ARANDA, F.,
PINHEIRO, A.P.,
TOZZI, F.,
THORNTON, L.M.,
FICHTER, M.M.,
HALMI, K.A.,
KAPLAN, A.S.,
WOODSIDE, D.B.,
KLUMP, K.L.,
- “Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders”, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 41, 24-31.

STROBER, M., CROW,
S., MITCHEL, J.,
ROTONDO, A., KEEL,
M., BERRETTTHINI,
W.H., RICKELS, K.E.,
CRAWFORD SF.,
BRANDT, H.,
JOHNSON, G., BULIK,
C.M.: 2007

FICHTER, M.,
QUADFLIEG, N.: 1997 “Six-year course of bulimia nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 22, 361-384.

FICHTER, M.M.,
QUADFLIEG, N.: 2007 “Long-term stability of eating disorder diagnoses”, **International Journal of Eating Disorders**, 40, 61-66.

FICHTER, M.M.,
QUADFLIEG, N.,
NISSLMÜLLER, K.,
LINDNER, S., OSEN,
B., HUBER, T.,
WÜNSCH-
LEITERITZ, W.: 2012 “Does Internet- based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa?”, **Behavior Research and Therapy**, 50, 180-190.

FISCHER, S., SMITH,
G.T., CYDERS, M.A.: 2008 “Another look at impulsivity: A metaanalytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms”, **Clinical Psychology Review**, 28, 1413-1425.

FITZSIMMONS-
CRAFT, E.E.,
HARNEY, M.B.,
KOEHLER, L.G.,
DANZI, L.E.,
RIDDELL, M.K.,
BARDONE-CONE,
A.M.: 2012 “Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance”, **Body Image**, 9, 43-49.

- FLAMENT, M.F.,
BISSADA, H.,
SPETTIGUE, W.: 2012
“Evidence-based pharmacotherapy of eating disorders”,
Int J Neuropsychopharmacol, 15, 189-207.
- FLETT, G.L., HEWITT, P.L.: 2002
“Perfectionism: Theory, research, and treatment”,
American Journal of Psychiatry, 161/8, 1511.
- FONTAINE, K.R.,
ALLISON, D.B.: 2001
“Does intentional weight loss affect mortality rate?”,
Eating Behaviors, 2, 87-95.
- FORBUSH, K.,
HEATHERTON, T.F.,
KEEL, P.: 2007
“Relationships between perfectionism and specific
disordered eating behaviors”, **The International
Journal of Eating Disorders**, 40/1, 37-41.
- FORTES, L.S.,
KAKESHITA, I.S.,
ALMEIDA, S.S.,
GOMES, A.R.,
FERREIRA, M.E.C.:
2014
“Eating behaviours in youths: A comparison between
female and male athletes and non-athletes”,
**Scandinavian Journal of Medicine & Science in
Sports**, 24/1, 62-68.
- FOSTER, G.D.,
WADDEN, T.A.,
KENDALL, P.C.,
STUNKARD, A.J.,
VOGT, R.A.: 1996
“Psychological effects of weight loss and regain: a
prospective evaluation”, **J Consult Clin Psychol**, 64,
752-757.
- FOWLER, S., BULIK, C.: 1997
“Family environment and psychiatric history in women
with binge eating disorder and obese controls”,
Behaviour Change, 14, 106-112.
- FRANCISCO, R.
ALARCÃO, M.
NARCISO, I.: 2012
“Aesthetic sports as high-risk contexts for eating
disorders- young elite dancers and gymnasts
perspectives”, **The Spanish Journal of Psychology**,
15, 265-274.
- FRANK, G.K.,
BAILER, U.F., HENRY, S.E., DREVETS, W.,
MELTZER, C C.,
“Increased dopamine D2/D3 receptor binding after
recovery from anorexia nervosa measured by positron
emission tomography and [11c] raclopride”, **Biological
Psychiatry**, 58, 908-912.

PRICE, J.C., MATHIS ,
C.A., WAGNER, A.,
HOGE, J., ZIOLKO, S.,
BARBARICH-
MARSTELLER, N.,
WEISFELD, L.: 2005

FRANKO, D.L., KEEL, P.K.: 2006
“Suicidality in eating disorders: Occurrence, correlates, and clinical implications”, **Clinical Psychology Review**, 26, 769-782.

FRANKO, D.L., KEEL, P.K., DORER, D.J.,
BLAIS, M.A.,
DELINSKY, S.S.,
EDDY, K.T., CHARAT, V.,
RENN, R.,
HERZOG, D.B.: 2004
“What predicts suicide attempts in women with eating disorders?”, **Psychological Medicine**, 34, 843-853.

FRANKO, D.L.,
KESHAVIAH, A.,
EDDY, K.T.,
KRISHNA, M., DAVIS, M.C.,
KEEL, P.K.,
HERZOG, D.B.: 2013
“A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa”, **American Journal of Psychiatry**, 170, 917-925.

FRENCH, S.A.,
JEFFERY, R.W.: 1994
“Consequences of dieting to lose weight: Effects on physical and mental health”, **Health Psychology**, 13, 195-212.

FRENCH, S.A.,
PERRY, C.L., LEON, G.R.,
FULKERSON, J.A.: 1995
“Dieting behaviors and weight change history in female adolescents”, **Health Psychology**, 14, 548-555.

FRIEDERICH, H.,
BROOKS, S., UHER, R.,
CAMPBELL, I.C.,
“Neural correlates of body dissatisfaction in anorexia nervosa”, **Neuropsychologia**, 48, 2878-2885.

GIAMPIETRO, V.,
BRAMMER, M.,
WILLIAMS, S.C.R.,
HERZOG, W.,
TREASURE, J.: 2010

FROSTAD, S.,
DANIELSEN, Y.S.,
REKKEDAL, G.A.,
JEVNE, C., DALLE
GRAVE, R., RO, O.,
KESSLER, U.: 2018

GALMICHE, M.,
DÉCHELOTTE, P.,
LAMBERT, G.,
TAVOLACCI, M. P.:
2019

GARD, M.C.,
FREEMAN, C.P.: 1996

GARFINKEL, P.E.,
LIN, E., GOERING, P.,
SPEGG, C.,
GOLDBLOOM, D.S.,
KENNEDY, S.,
KAPLAN, A.S.,
WOODSIDE, D.B.:
1995

GARNER, D.M.: 1991

GARNER, D.M.,
BEMIS, K.M.: 1982

“Implementation of enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an outpatient eating-disorder unit at a public hospital”, **Journal of Eating Disorders**, 6, 1-8.

“Prevalence of Eating Disorders Over The 2000-2018 Period: A Systematic Literature Review”, **The American Journal of Clinical Nutrition**, 109/5, 1402-1413.

“The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status”, **Int J Eat Disord**, 20/1, 1-12.

“Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups”, **American Journal of Psychiatry**, 152, 1052-1058.

Eating Disorder Inventory-2 professional manual,
Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

“A cognitive-behavioral approach to the treatment of anorexia nervosa”, **Cognitive Therapy and Research**, 6, 123-150.

- GARNER D.M., ROSEN L.W., BARRY D.: 1998 "Eating disorders among athletes. Child and Adolescent", **Psychiatric Clinics of North America**, 7, 839-857.
- GARTE, M., HAGEN, B., REAS, D.L., ISDAHL, P.J., HINDERAKER, E., RO, O.: 2015 "Implementation of a day hospital treatment programme based on CBT-E for severe eating disorders in adults: An open trial", **Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice**, 3, 48-62.
- GELLER, J., DUNN, E. C.: 2011 "Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: Tailoring interventions to patient readiness for change", **Cognitive and Behavioral Practice**, 18/1, 5-15.
- GILBERT, N., MEYER, C.: 2005 "Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women", **The International Journal of Eating Disorders**, 37(4), 307-312.
- GLUCKSMAN, M.L.: 1989 "Obesity: Psychoanalytic challenge", **Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy**, 17, 151-171.
- GODART, N., FLAMENT, M., PERDEREAU, F., JEAMMET, P.: 2002 "Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: A review", **International Journal of Eating Disorders**, 32, 253-270.
- GOLDFEIN, J.A., WALSH, B.T., LACHAUSSEE, J.L., KISSILEFF, H.R., DEVLIN, M.J.: 1993 "Eating behavior in binge eating disorder", **The International Journal of Eating Disorders**, 14, 427-431.
- GOLDSTEIN, D.J., WILSON, M.G., THOMPSON, V.L., POTVIN, J.H., "Long- term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group", **British Journal of Psychiatry**, 166, 660-666.

RAMPEY JR., A.H.:
1995

GONÇALVES, S.F.,
GOMES, A.R.: 2012

“Exercising for weight and shape reasons vs. health control reasons: The impact on eating disturbance and psychological functioning”, **Eat Behav**, 13, 127-130.

GOODRICK, G.K.,
POSTON, W.S.,
KIMBALL, K.T.,
REEVES, R.S.,
FOREYT, J.P.: 1998

“Nondieting versus dieting treatment for overweight binge-eating women”, **J Consult Clin Psychol**, 66, 363-368.

GOWERS, S.G.,
CLARK, A.F.,
ROBERTS, C.,
BYFORD, S.,
BARRETT, B.,
GRIFFITHS, A.,
EDWARDS, V.,
BRYAN, C.,
SMETHURST, N.,
ROWLANDS, L.,
ROOTS, P.: 2010

“A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of costeffectiveness and patient acceptability- the TOuCAN trial”, **Health Technology Assessment**, 14, 1-98.

GOWERS, S.G.,
NORTON, K., HALEK,
C., CRISP, A.H.: 1994

“Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa”, **Int J Eat Disord**, 15, 165-177.

GRATZ, K.L.,
ROEMER, L.: 2004

“Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale”, **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 26, 41-54.

GRATZ, K.L., TULL,
M.T.: 2010

“The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders”, **Cognitive Therapy and Research**, 34/6, 544-553.

- GREGG, E.W.,
GERZOFF, R.B.,
THOMPSON, T.J.,
WILLIAMSON, D.F.:
2003
- “Intentional weight loss and death in overweight and obese US adults 35 years of age and older”, **Annals of Internal Medicine**, 138, 383-389.
- GRILO, C.M.,
HRABOSKY, J.I.,
WHITE, M.A.,
ALLISON, K.C.,
STUNKARD, A.J.,
MASHEB, R.M.: 2008
- “Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: Refinement of a diagnostic construct”, **Journal of Abnormal Psychology**, 117/2, 414-419.
- GRILO, C.M., WHITE, M.A., MASHEB, R.M.: 2009
- “DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder”, **International Journal of Eating Disorders**, 42, 228-234.
- GROSS, J.J.: 1998
- “The emerging field of emotion regulation: an integrative review”, **Review of General Psychology**, 2/3, 271-299.
- GULL, W.W.: 1997
- “Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica) 1868”, **Transactions of the Clinical Society of London**, 5/5, 498-502.
- HAEDT-MATT, A.A.,
KEEL, P.K.: 2011.
- “Revisiting the affect regulation model of binge eating: a meta-analysis of studies using ecological momentary assessment”, **Psychological bulletin**, 137/4, 660-681.
- HAIR, J.F.,
ANDERSON, R.E.,
TATHAM, R.L.,
BLACK, W.C.: 1992
- Multivariate Data Analysis**, (3rd ed.). Macmillan, New York.
- HALMI, K.A.,
SUNDAY, S.R.,
STROBER, M.,
KAPLAN, A.,
WOODSIDE, D.B.,
FICHTER, M.,
- “Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior”, **Am. J. Psychiatry**, 157/11, 1799-1805.

TREASURE, J.,
BERETTINI, W.H.,
KAYE, W.H.: 2000

HANNA, A.C., BOND, M.J.: 2006
“Relationship between family conflict, perceived maternal verbal messages and daughters' disturbed eating symptomatology”, **Appetite**, 47, 205-211.

HARMANCI, H.,
AKDENİZ, S., AHÇI, Z.
G.:2021
“Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı: Aleksitimi ve Ruhsal Yakınmalarla İlişkisi”, **Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi**, 3(1), 30-36.

HARRIS, E.C.,
BARRACLOUGH, B.:
1998
“Excess mortality of mental disorder”, **British Journal of Psychiatry**, 173, 11-53.

HARRISON, A.,
SULLIVAN, S.,
TCHANTURIA, K.,
TREASURE, J.: 2009
“Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa”, **Clinical Psychology & Psychotherapy**, 16, 348-356.

HARRISON, A.,
SULLIVAN, S.,
TCHANTURIA, K.,
TREASURE, J.: 2010
“Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation”, **Psychological Medicine**, 40, 1887-1897.

HARVEY, A.G.: 2004
Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment, Oxford University Press: Oxford.

HARVEY, K.,
ROSSELLI, F.,
WILSON, G.T.,
DEBAR, L.L.,
STRIEGEL-MOORE,
R.H.: 2011
“Eating patterns in patients with spectrum binge-eating disorder”, **The International Journal of Eating Disorders**, 44, 447-451.

- HAY, P.J.,
BACALTCHUK, J.,
STEFANO, S.,
KASHYAP, P.: 2009
“Psychological treatments for bulimia nervosa and
binging”, **Cochrane Database of Systematic Reviews**,
2009, 1-170.
- HAY, P.J., MOND, J.,
BUTTNER, P.,
DARBY, A.: 2008
“Eating disorder behaviors are increasing: Findings
from two sequential community surveys in South
Australia”, **PLoS One**, 3/2, e1541.
- HAYAKI, J.: 2009
“Negative reinforcement eating expectancies, emotion
dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa”,
International Journal of Eating Disorders, 42, 552-
556.
- HAYES, S.C.: 2004
“Acceptance and commitment therapy, relational frame
theory, and the third wave of behavioral and cognitive
therapies”, **Behavior Therapy**, 35/4, 639-665.
- HAYES, S.C.,
VILLATTE, M.,
LEVIN, M.,
HILDEBRANDT, M.: 2011
“Open, aware, and active: Contextual approaches as an
emerging trend in the behavioral and cognitive
therapies”, **Annual Review of Clinical Psychology**, 7,
141-168.
- HAYNOS, A.F.,
WANG, S.B.,
FRUZZETTI, A.E.: 2018
“Restrictive eating is associated with emotion regulation
difficulties in a non-clinical sample. Eating Disorders”,
The Journal of Treatment & Prevention, 26/1, 5-12.
- HEATHERTON, T.F.,
BAUMEISTER, R.F.: 1991
“Binge eating as escape from selfawareness”,
Psychological Bulletin, 110, 86-108.
- HEATHERTON, T.F.,
POLIVY, J.: 1991
“Development and validation of a scale for measuring
state self-esteem”, **Journal of Personality and Social
Psychology**, 60, 895-910.
- HERMAN, C.P.,
POLIVY, J.: 1975
“Anxiety, restraint, and eating behavior”, **Journal of
Abnormal Psychology**, 84, 666-672.

- HERZOG, D.B.,
NUSSBAUM, K.M.,
MARMOR A.K.: 1996
“Comorbidity and outcome in eating disorders”,
Psychiatric Clinics of North America, 19, 843-859.
- HERZOG, W., DETER,
H.C., FIEHN, W.,
PETZOLD, E.: 1997
“Medical findings and predictors of long- term physical
outcome in anorexia nervosa: A prospective, 12- year
follow- up study”, **Psychological Medicine**, 27, 269-
279.
- HETHERINGTON,
M.M., ALTEMUS, M.,
NELSON, M.L.,
BERNAT, A.S., GOLD,
P.W.:1994
“Eating behavior in bulimia nervosa”, **American
Journal of Clinical Nutrition**, 60, 846-873.
- HEWITT, P.L., FLETT,
G.L.: 1991
“Perfectionism in the self and social contexts:
Conceptualization, assessment and association with
psychopathology”, **Journal of Personality and Social
Psychology**, 60, 456-470.
- HEWITT, P.L., FLETT,
G.L., EDIGER, E. 1995
“Perfectionism traits and perfectionistic self–
presentation in eating disorder attitudes, characteristics,
and symptoms”, **International Journal of Eating
Disorders**, 18/4, 317-326.
- HEWITT, P.L., FLETT,
G.L., TURNBULL-
DONOVAN, W.,
MIKAIL, S.F.: 1991
“The Multidimensional Perfectionism Scale: reliability,
validity, and psychometric properties in psychiatric
samples. Psychological Assessment”, **A Journal of
Consulting and Clinical Psychology**, 3/3, 464-468.
- HILBERT, A., DE
ZWAAN, M.,
BRAEHLER, E.: 2012
“How frequent are eating disturbances in the
population? norms of the eating disorder examination-
questionnaire”, **PLoS One**, 7/1, e29125.
- HILBERT, A.,
SAELENS, B.E.,
STEIN, R.I., MOCKUS,
D.S., WELCH, R.R.,
MATT, G.E., &
WILFLEY, D.E.: 2007
“Pretreatment and process predictors of outcome in
interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy
for binge eating disorder”, **Journal of Consulting and
Clinical Psychology**, 75/4, 645-651.

- HILL, D.M., CRAIGHEAD, L., SAFER, D.: 2011 "Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial", **International Journal of Eating Disorders**, 44, 249-261.
- HOEK, H.W.: 2013 "Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders", **Current Opinion Psychiatry**, 26, 529-531.
- HOFFMAN, E.R., GAGNE, D.A., THORNTON, L.M., KLUMP, K.L., BRANDT, H., CRAWFORD, S., FICHTER, M.M., HALMI, K.A., JOHNSON, C., JONES, I., KAPLAN, A.S., MITCHELL, J.E., STROBER, M., TREASURE, E., WOODSIDE, B., BERETTINI, W.H., KAYE, W.H., BULIK, C.M.: 2012 "Understanding the association of impulsivity, obsessions, and compulsions with binge eating and purging behaviours in anorexia nervosa", **European Eating Disorders Review**, 20, 129-136.
- HOFMANN, S.G., ASMUNDSON, G.J.: 2008 "Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?", **Clinical Psychology Review**, 28/1, 1-16.
- HOILES, K.J., EGAN, S.J., KANE, R.T.: 2012 "The validity of the transdiagnostic cognitive behavioural model of eating disorders in predicting dietary restraint", **Eating Behaviors**, 13, 123-126.
- HOLDERNESS, C.C., BROOKS-GUNN, J., WARREN, M.P.: 1994 "Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature", **International Journal of Eating Disorders**, 16, 1-34.

- HOOLEY, J.M., BUTCHER, J., NOCK, M.K., MINEKA, S.M.: 2017 **Eating disorders and obesity. In Abnormal psychology** (17th ed.), Boston, Pearson.
- HOROWITZ, L.M., ALDEN, L.E., WIGGINS, J.S., PINCUS, A.L.: 2003 **Inventory of interpersonal problems manual**, Texas The Psychological Corporation.
- HSU, L.K.G.: 1990 "Experiential aspects of bulimia nervosa", **Behaviour Modification**, 14, 50-65.
- HSU, L.K.G., CRISP, A.H., CALLENDER, J.S.: 1992 "Recovery in anorexia nervosa: The patient's perspective", **International Journal of Eating Disorders**, 11, 341-350.
- HUDSON, J., LALONDE, J., PINDYCK, L., BULIK, C., CROW, S., MCELROY, S., LAIRD, N., TSUANG, M., ROSENTHAL, N., POPE, H.: 2006 "Familial aggregation of binge-eating disorder", **Archives of General Psychiatry**, 63, 313-319.
- HUDSON, J.I., HIRIPI, E., POPE, H G., KESSLER, R.C.: 2007 "The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication", **Biological Psychiatry**, 61/3, 348-358.
- HUSE, D.M., LUCAS, A.R.: 1984 "Dietary patterns in anorexia nervosa", **The American Journal of Clinical Nutrition**, 40, 251-254.
- İLHAN, M.N., ÖZKAN, S., AKSAKAL, F.N., ASLAN, S., DURUKAN, E., MARAL, I.: 2006 "Bir tıp fakültesi öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı", **Türkiye'de Psikiyatri**, 8/3, 151-155.

- JACOBI, C.,
HAYWARD, C., DE
ZWAAN, M.,
KRAEMER, H.C.,
AGRAS, W.: 2004a
- “Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy”, **Psych. Bull**, 130/1, 19-65.
- JACOBI, C., PAUL, T.,
DE ZWAAN, M.,
NUTZINGER, D.O.,
DAHME, B.: 2004b
- “Specificity of self-concept disturbances in eating disorders”, **Int J Eat Disord**, 35, 204-210.
- JAVARAS, K.N.,
LAIRD, N.M.,
REICHBORN-
KJENNERUD, T.,
BULIK, C.M., POPE JR,
H.G., HUDSON, J.I.:
2008
- “Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study”, **International Journal of Eating Disorders**, 41, 174-179.
- JENKINS, P.E.,
HOSTE, R.R., MEYER,
C., BLISSETT, J.M.:
2011
- “Eating disorders and quality of life: a review of the literature”, **Clin Psychol Rev**, 31/1, 113-121.
- JIMERSON, D.C.,
WOLFE, B.E.,
METZGER, E.D.,
FINKELSTEIN, D.M.,
COOPER, T.B.,
LEVINE, J.M.: 1997
- “Decreased serotonin function in bulimia nervosa”, **Arch Gen Psychiatry**, 54/6, 529-534.
- JOHNSON J, COHEN
P, KASEN S, BROOK
J.: 2002a
- “Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood”, **Am J Psychiatry**, 159, 394-400.
- JOHNSON, J.G.,
COHEN, P., KOTLER,
L., KASEN, S.,
BROOK, J.S.: 2002b
- “Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 70/5, 1119-1128.

- JOINER, T.E.,
HEATHERTON, T.F.,
RUDD, M. D.,
SCHMIDT, N.B.: 1997
“Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model”, **Journal of Abnormal Psychology**, 106, 145-153.
- JONES, E.J., EGAN, S.J., HOWELL, J.A.,
HOILES, K.J.,
MAZZUCHELLI, T.G.: 2020
“An examination of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders in adolescents”, **Eating Behaviors**, 39, 101445-101445.
- JONES, J.M.,
BENNETT, S.,
OLMSTED, M.P.,
LAWSON, M.L.,
RODIN, G.: 2001
“Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study”, **Canadian Medical Association Journal**, 165, 547-552.
- JONES, L., HARMER, C., COWEN, P.,
COOPER, M.: 2008
“Emotional face processing in women with high and low levels of eating disorder related symptoms”, **Eating Behaviors**, 9, 389-397.
- JONES, R.,
GLINTMEYER, N.,
MCKENZIE, A.: 2005
“Slim bodies, eating disorders and the coach-athlete relationship: A tale of identity creation and disruption”, **International Review for the Sociology of Sport**, 40/3, 377-391.
- JONES, W.R.,
MORGAN, J.F.: 2010
“Eating disorders in men: A review of the literature”, **J Pub Ment Health**, 9, 23-31.
- JOOS, A., SAUM, B.,
VAN ELST, L.T.,
PERLOV, E.,
GLAUCHE, V.,
HARTMANN, A.,
FREYER, T.,
TUSCHER, O., ZEECK, A.: 2011
“Amygdala hyperreactivity in restrictive anorexia nervosa”, **Psychiatry Research**, 191, 189-195.
- JOSEPH, R.J.,
ALONSO-ALONSO,
“The neurocognitive connection between physical activity and eating behaviour. Obesity reviews”, **An**

- M., BOND, D.S.,
PASCUAL-LEONE, A.,
BLACKBURN, G.L.:
2011
- official journal of the International Association for the Study of Obesity**, 12/10, 800-812
- JÖRESKOG, K.G.,
SÖRBOM, D.: 1993
- LISREL 8: Structural equation modeling with the SIMPLIS command language**, Chicago: Scientific Software International.
- JÖRESKOG, K.G.,
SÖRBOM, D.:1996
- LISREL 8: User's reference guide**. Chicago: Scientific Software International.
- JÖRESKOG, K.G.,
SÖRBOM, D.:2001
- LISREL 8: User's reference guide**. Chicago: Scientific Software International.
- JUARASCIO, A.S.,
MANASSE, S.M.,
SCHUMACHER, L.,
ESPEL, H., FORMAN,
E.M.: 2017
- "Developing an acceptance-based behavioral treatment for binge eating disorder: Rationale and challenges", **Cognitive and Behavioral Practice**, 24/1, 1-13.
- KATZ, S.J., KESSLER,
R.C., FRANK, R.G.,
LEAF, P., LIN, E.: 1997
- "Mental Health Care Use, Morbidity, and Socioeconomic Status in the United States and Ontario", **Inquiry**, 34/1, 38-49.
- KAYE, W.H., BULIK,
C.M., THORTON, L.,
BARBARICH, N.,
MASTERS, K.: 2004
- "Comorbidity of anxiety disorders with anorexia nervosa", **American Journal of Psychiatry**, 161, 2215-2221.
- KAYE, W.H., FRANK,
G.K., BAILER, U.F.,
HENRY, S.E.,
MELTZER, C.C.,
PRICE, J.C., MATHIS,
C.A., WAGNER, A.:
2005
- "Serotonin alterations in anorexia and bulimia nervosa: New insights from imaging studies", **Physiology and Behavior**, 85, 73-81

- KAYE, W.H., FRANK, G.K., MCCONAHA, C.: 1999 "Altered dopamine activity after recovery from restricting-type anorexia nervosa", **Neuropsychopharmacology**, 21, 503-506.
- KAYE, W.H., GREENO, C.G., MOSS, H., FERNSTROM, J., FERNSTROM, M., LILENFELD, L.R., WELTZIN, TE., MANN, J.J.: 1998 "Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa", **Archives of General Psychiatry**, 55, 927-935.
- KAYE, W.H., GWIRTSMAN, H.E., GEORGE, D.T., EBERT, M.H.: 1991 "Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long-term weight restoration. Does elevated cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid level correlate with rigid and obsessive behavior?", **Archives of General Psychiatry**, 48, 556-562.
- KEEL, P.K., BROWN, T.A.: 2010 "Update on course and outcome in eating disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 43/3, 195-204.
- KEEL, P.K., DORER, D., EDDY, K., FRANKO, D., CHARATAN, D., HERZOG, D.: 2003 "Predictors of mortality in eating disorders", **Archives of General Psychiatry**, 60, 179-183.
- KEEL, P.K., HAEDT, A., EDLER, C.: 2005 "Purging disorder: An ominous variant of bulimia nervosa?", **International Journal of Eating Disorders**, 38, 191-199.
- KEEL, P.K., HEATHERTON, T.F., DORER, D.J., JOINER, T.E., ZALTA, A.K.: 2006 "Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002", **Psychological Medicine**, 36, 119-127.

- KELLY, A.C.,
CARTER, J.C.: 2015
“Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial”, **Psychol Psychother**, 88/3, 285-303.
- KELLY, A.C.,
WISNIEWSKI, L.,
MARTIN-WAGAR, C.,
HOFFMAN, E.: 2016
“Group-based compassion-focused therapy as an adjunct to outpatient treatment for eating disorders: A pilot randomized controlled trial”, *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 24/2, 475-487.
- KENARDY, J.,
BROWN, W.J., VOGT, E.: 2001
“Dieting and health in young Australian women”, **European Eating Disorders Review**, 9, 242-254.
- KENNY, T.E.,
SINGLETON, C.,
CARTER, J.C.: 2017
“Testing predictions of the emotion regulation model of binge-eating disorder”, **International Journal of Eating Disorders**, 50/11, 1297-1305.
- KESKI-RAHKONEN, A.: 2001
“Exercise dependence- a myth or a real issue?”, **European Eating Disorders Review**, 9, 279-283.
- KESSLER, R.C.: 2000
National Comorbidity Survey: Baseline, 1990-1992, ICPSR Data Holdings
- KESSLER, R.C.,
ANGERMEYER, M.,
ANTHONY, J.C., DE GRAAF, R.,
DEMYTTENAERE, K.,
GASQUET, I., DE GIROLAMO, G.,
GLUZMAN, S.,
GUREJE, O., HARO, J.M., KAWAKAMI, N.,
VE ARK.: 2008
Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative, **The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders**, Kessler RC, Ustün TB (ed). Cambridge University Press.
- KESSLER, R.C.,
BERGLUND, P.A.,
CHIU, W. T., DEITZ, A.C., HUDSON, J.I.,
SHAHLY, V.,
“The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys”, **Biological Psychiatry**, 73, 904-914.

AGUILAR-GAXIOLA,
S., ALONSO, J.,
ANGERMEYER, M.C.,
BENJET, C.,
BRUFFAERTS, R.,
GIROLAMO, G.,
GRAAF, R.D., HARO,
J.M., KOVESH-
MASFETY, V.,
O'NEILL, S., POSADA-
VILLA, J., SASU, C.,
SCOTT, K., VIANA,
M.C., XAVIER, M.:
2013

KILIÇ, C.: 1998

Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili, ana rapor; Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (ed). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

KILIÇ, C.: 2020

“Türkiye’de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz?”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 35,179-87.

KJELSAS, E.,
BJORNSTROM, C.,
GOTESTAM, K.G.:
2004

“Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years)”, **Eat Behav**, 5/1, 13-25.

KLINE, R.B.: 2011

Convergence of structural equation modeling and multilevel modeling. M. Williams (Ed.), **Handbook of methodological innovation**, Thousand Oaks, CA: Sage.

KLOS, L.A., ESSER,
V.E., KESSLER, M.M.:
2012

“To weigh or not to weigh: the relationship between self-weighing behavior and body image among adults”, **Body Image**, 9,551-554.

KLUMP, K.L., BULIK,
C.M., KAYE, W.H.,

“Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses”, **International Journal of Eating Disorders**, 42, 97-103.

TREASURE, J.,
TYSON, E.: 2009

KLUMP, K.L.,
MILLER, K.B., KEEL,
P.K., MCGUE, M.,
IACONO, W.G.: 2001

“Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample”, **Psychological Medicine**, 31, 737-740.

KNOTT, S.,
WOODWARD, D.,
HOEFKENS, A.: 2015

“Cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa and eating disorders not otherwise specified: Translation from randomized controlled trial to a clinical setting”, **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 43, 641-654.

KORTEGAARD, L.S.,
HOERDER, K.,
JOERGENSEN, J.,
GILLBERG, C.,
KYVIK, K O.: 2001

“A preliminary population-based twin study of self-reported eating disorder”, **Psychological Medicine**, 31, 361-365.

KRAHN, D. D.,
KOLARS, C.,
GOMBERG, E.,
DREWNOWSKI, A.:
2005

“Pathological dieting and alcohol use in college women - a continuum of behaviors”, **Eating Behaviors**, 6/1, 43-52.

KRISTELLER, J.,
WOLEVER, R.Q.,
SHEETS, V.: 2014

“Mindfulness-based eating awareness training (MB-EAT) for binge eating: A randomized clinical trial”, **Mindfulness**, 5, 282-297.

KRITCHEVSKY, S.B.,
BEAVERS, K.M.,
MILLER, M.E., SHEA,
M.K., HOUSTON, D.K.,
KITZMAN, D.W.,
NICKLAS, B.J.: 2015

“Intentional weight loss and all-cause mortality: A meta-analysis of randomized clinical trials”, **PLoS One**, 10, e0121993.

KUĞU, N., AKYÜZ, G.,
DOĞAN, O., ERSAN,
E., İZGİÇ, F.: 2006

“The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual

- characteristics”, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 40/2, 129-135.
- KÜEY, L.: 2010 “Dünyada ve Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyolojinin Tarihsel Gelişimi Üzerine Kısa Bir Derleme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, 13/1, 6-11.
- LAMPARD, A.M.,
BYRNE, S.M.,
MCLEAN, N.J.: 2011 “Does self-esteem mediate the relationship between interpersonal problems and symptoms of disordered eating?”, **European Eating Disorders Review**, 19/5, 454-458.
- LAMPARD, A.M.,
BYRNE, S.M.,
MCLEAN, N.,
FURLAND, A.: 2011 “An evaluation of the enhanced cognitive-behavioural model of bulimia nervosa”, **Behaviour Research and Therapy**, 49, 529-535.
- LAMPARD, A.M.,
TASCA, G.A.,
BALFOUR, L.,
BISSADA, H.: 2013 “An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders”, **Eur. Eat. Disorders Rev**, 21, 99-107.
- LATNER, J.D.,
HILDEBRANDT, T.,
ROSEWALL, J.K.,
CHISHOLM, A.M.,
HAYASHI, K.: 2007 “Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology”, **Behavior Research and Therapy**, 45, 2203-2211.
- LAVENDER, J.M.,
ANDERSON, D.A.: 2010 “Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men”, **International Journal of Eating Disorders**, 43/4, 352-357.
- LAVENDER, J.M.,
WONDERLICH, S.A.,
ENGEL, S.G.,
GORDON, K.H.,
KAYE, W.H.,
MITCHELL, J.E.: 2015 “Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature”, **Clinical Psychology Review**, 40, 111-122.

- LAVENDER, J.M., WONDERLICH, S.A., PETERSON, C.B., CROSBY, R.D., ENGEL, S.G., MITCHELL, J.E., CROW, S.J., SMITH, T.L., KLEIN, M.H., GOLDSCHMIDH, A.B., BERG, K.C.: 2014 "Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa", **European Eating Disorders Review**, 22, 212-216.
- LE GRANGE, D., CROSBY, R.D., RATHOUZ, P.J., LEVENTHAL, B.L.: 2007 "A randomized controlled comparison of family- based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa", **Archives of General Psychiatry**, 64, 1049-1056.
- LEHMAN, A.K., RODIN, J.: 1989 "Styles of self-nurturance and disordered eating", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 57, 117-122.
- LEON, G.R., KEEL, P.K., KLUMP, K.L., FULKERSON, J.A.: 1997 "The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders", **Psychopharmacol. Bull**, 33, 405-411.
- LEVINE, M.P.: 2012 Media influences on female body image. In T. F. Cash (Ed.), **Encyclopedia of body image and human appearance**, London: Academic Press.
- LIEBMAN, R. E., CONIGLIO, K. A., BECKER, K. R., TABRI, N., KESHISHIAN, A. C., WONS, O., KEEL, P. K., EDDY, K. T., & THOMAS, J. J. (2020). "Behavioral inhibition moderates the association between overvaluation of shape and weight and noncompensatory purging in eating disorders", **International Journal of Eating Disorders**, 53/1, 143-148.

- LILENFELD, L.: 2004 Psychiatric comorbidity associated with anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder. In T. Brewerton (Ed.), **Clinical handbook of eating disorders: An integrated approach**, New York:, Dekker.
- LILENFELD, L., KAYE, W., GREENO, C., MERIKANGAS, K., PLOTNIKOV, K., POLLICE, C., RAO, R., STROBER, M., BULIK, C.M., NAGY, L.: 1998 "A controlled family study of restricting anorexia and bulimia nervosa: comorbidity in probands and disorders in first-degree relatives", **Archives of General Psychiatry**, 55, 603-610.
- LILENFELD, L.R., STEIN, D., BULIK, C.M., STROBER, M., PLOTNICOV, K.H., POLLICE, C., RAO, R., MERIKANGAS, K.R., NAGY, L., KAYE, W.H.: 2000 "Personality traits among currently eating disordered, recovered, and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women", **Psychological Medicine**, 30/6, 1399-1410.
- LILENFELD, L.R.R., WONDERLICH, S., RISO, L.P., CROSBY, R., MITCHELL, J.: 2006 "Eating disorders and personality: A methodological and empirical review", **Clinical Psychology Review**, 26/3, 299-320.
- LINARDON, J.: 2018 "Meta-analysis of the effects of cognitive-behavioral therapy on the core eating disorder maintaining mechanisms: Implications for mechanisms of therapeutic change", **Cognitive Behaviour Therapy**, 47/2, 107-125.
- LINARDON, J., FAIRBURN, C.G., FITZSIMMONS-CRAFT, E.E., "The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review", **Clinical Psychology Review**, 58, 125-140.

WILFLEY, D.E.,
BRENNAN, L.: 2017

LINARDON, J.,
HINDLE, A.,
BRENNAN, L.: 2018
“Dropout from cognitivebehavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials”, **International Journal of Eating Disorders**, 51/5, 381-391.

LINARDON, J., WADE, T., DE LA PIEDAD GARCIA, X.,
BRENNAN, L.: 2017a
“The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis”, **Journal of Consulting & Clinical Psychology**, 85, 1080-1094.

LINARDON, J., WADE, T., DE LA PIEDAD GARCIA, X.,
BRENNAN, L.: 2017b
“Psychotherapy for bulimia nervosa on symptoms of depression: A meta-analysis of randomized controlled trials”, **International Journal of Eating Disorders**, 50, 1124-1136.

LINDE, J. A., JEFFERY, R.W., FRENCH, S.A., PRONK, N. P., BOYLE, R.G.: 2005
“Self-weighing in weight gain prevention and weight loss trials,” **Annals of Behavioral Medicine**, 30, 210-216.

LINGSWILER, V.M.,
CROWTHER, J.H.,
STEPHENS, M.A.P.: 1987
“Emotional reactivity and eating in binge eating and obesity”, **Journal of Behavioural Medicine**, 10/3, 287-299.

LOCK, J., LE GRANGE, D., AGRAS, W.S., MOYE, A., BRYSON, S.W., JO, B.: 2010
“Randomized clinical trial comparing family- based treatment with adolescent- focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa”, **Archives of General Psychiatry**, 67, 1025-1032.

LO COCO, G., GULLO, S., SALERNO, L., IACOPONELLI, R.: 2011
“The association among interpersonal problems, binge behaviors, and self-esteem, in the assessment of obese individuals”, **Comprehensive Psychiatry**, 52, 164-170.

- LOTH, K.A.,
MACLEHOSE, R.,
BUCCHIANERI, M.,
CROW, S.,
NEUMARK-
SZTAINER, D.: 2014
- “Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood”, **Journal of Adolescent Health**, 55/5, 705-712.
- LOWE, M.R.: 1993
- “The effects of dieting on eating behavior: a three-factor model”, **Psychological Bulletin**, 114,100.
- LOWE, M.R.,
GLEAVES, D.H.,
DISIMONE-WEISS, R.
T., FEURGUESON, C.,
GAYDA, C. A.,
KOLSKY, P.A.,
WALDEN-NEAL, T.,
NELSEN, L.A.,
MCKINNEY, S.: 1996
- “Restraint, dieting, and the continuum model of bulimiyā nervosa”, **Journal of Abnormal Psychology**, 105, 508-517.
- LOWE, M.R.,
GLEAVES, D.H.,
MURPHY-EBERENZ,
K.P.: 1998
- “On the relation of dieting and bingeing in bulimia nervosa”, **Journal of Abnormal Psychology**, 107, 263-271.
- LOWE, M.R.,
THOMAS, J., SAFER,
D.L., BUTRYN, M.L.:
2007
- “The relationship of weight suppression and dietary restraint to binge eating in bulimia nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 40, 640-644.
- LUBIAN, K., WEICH,
S., STANSFELD, S.,
BEBBINGTON, P.,
BRUGHA, T., SPIERS,
N., MCMANUS, S.,
COOPER, C.: 2016
- Chapter 3: Mental health treatment and services**, In S. McManus, P. Bebbington, R. Jenkins, & T. Brugha (Eds.), *Mental health and wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leeds: NHS Digital.
- MACHT, M.: 1999
- “Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy”, **Appetite**, 33, 129-139.

- MADDEN, S.: 2015 **Biopsychiatric theories of eating disorders.** In *The Wiley Handbook of Eating Disorders* (eds L. Smolak and M. P. Levine). UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- MAIDA, D.M., ARMSTRONG, S.L.: 2005 "The classification of muscle dysmorphia", **International Journal of Men's Health**, 4, 73-91.
- MANGWETH-MATZEK, B., HOEK, H. W., RUPP, C.I., LACKNER-SEIFERT, K., FREY, N., WHITWORTH, A.B., POPE, H.G., KINZL, J.: 2014 "Prevalence of eating disorders in middle-aged women", **International Journal of Eating Disorders**, 47/3, 320-324.
- MANGWETH-MATZEK, B., RUPP, C.I., HAUSMANN, A., ASSMAYR, K., MARIACHER, E., KEMMLER, G., WHITWORTH, A.B., BIEBL, W.: 2006 "Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: A community study of elderly women", **International Journal of Eating Disorders**, 39, 583-586.
- MARCUS, M. D., BROMBERGER, J. T., WEI, H.-L., BROWN, C., KRAVITZ, H. M.: 2007 "Prevalence and selected correlates of eating disorder symptoms among a multiethnic community sample of midlife women", **Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine**, 33, 269-277.
- MARKLAND, D., INGLEDREW, D.K.: 1997 "The measurement of exercise motives: Factorial validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivations Inventory", **British Journal of Health Psychology**, 2, 361-376.

- MARKOWITZ, F.E.: 1998 "The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness", **Journal of Health and Social Behavior**, 39, 335-347.
- MARTINSEN M, SUNDGOT-BORGEN J.: 2013 "Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls", **Med Sci Sports Exerc**, 45/6, 1188-1197.
- MASHEB, R.M., GRILO, C.M., WHITE, M.A.: 2011 "An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder", **The International Journal of Eating Disorders**, 44, 618-624.
- MASSON, P.C., VON RANSON, K.M., WALLACE, L.M., SAFER, D.L.: 2013 "A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder", **Behaviour Research and Therapy**, 51, 723-728.
- MCINTOSH, V., BULIK, C., MCKENZIE, J., LUTY, S., JORDAN, J.: 2000 "Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa", **The International Journal of Eating Disorders**, 27, 125-139.
- MCINTOSH, V.V.W., JORDAN, J., CARTER, J.D., FRAMPTON, C. M.A., MCKENZIE, J.M., LATNER, J. D., JOYCE, P.R.: 2016 "Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy", **Psychiatry Research**, 240, 412-420.
- MCKNIGHT INVESTIGATORS.: 2003 "Risk factors for the onset of eating disorders in adolescent girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study", **Am. J. Psychiatry**, 160, 248-54.
- MCLAREN, L., GAUVIN, L., WHITE, D.: 2001 "The role of perfectionism and excessive commitment to exercise in explaining dietary restraint: Replication and extension", **International Journal of Eating Disorders**, 29/3, 307-313.

- MELISSA, R., LAMA, M., LAURENCE, K., SYLVIE, B., JEANNE, D., ODILE, V., NATHALIE, G.: 2020 “Physical activity in eating disorders: A systematic review”, **Nutrients**, 12/1, 183.
- MENDELSON, B.K., MCLAREN, L., GAUVIN, L., STEIGER, H.: 2002 “The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders”, **International Journal of Eating Disorders**, 31, 318-323.
- MEULE, A., RICHARD, A., SCHNEPPER, R., REICHENBERGER, J., GEORGII, C., NAAB, S., VODERHOLZER, U., BLECHERT, J.: 2021 “Emotion regulation and emotional eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa” **Eating Disorders**, 29/2, 175-191.
- MEYER, C., WALLER, G., WALTERS A.: 1998 Emotional states and bulimic psychopathology, In H. W. Hoek, J. L. Treasure & M.A. Katzman (Eds.), **Neurobiology in the treatment of eating disorders**, Chichester, Wiley.
- MILOS, G., SPINDLER, A., SCHNYDER, U., FAIRBURN, C.G.: 2005 “Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study”, **The British Journal of Psychiatry**, 187, 573-578.
- MITCHELL, K.S., NEALE, M.C., BULIK, C.M., AGGEN, S.H., KENDLER, K.S., MAZZEO, S.E.: 2010 “Binge eating disorder: A symptom-level investigation of genetic and environmental influences on liability”, **Psychological Medicine**, 40, 1899-1906.
- MITCHISON, D., HAY, P.J.: 2014 “The epidemiology of eating disorders: Genetic, environmental, and societal factors”, **Clin Epidemiol**, 6, 89-97.

- MITCHISON, D., HAY, P., SLEWA-YOUNAN, S., MOND, J.: 2014 "The changing demographic profile of eating disorder behaviors in the community", **BMC Public Health**, 14, 943.
- MITCHISON, D., MOND, J.: 2015 "Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review", **J Eat Disord**, 3, 20.
- MITCHISON, D., MOND, J., SLEWA-YOUNAN, S., HAY P.: 2013 "Sex differences in health-related quality of life impairment associated with eating disorder features: A general population study", **Int J Eat Disord**, 46/4, 375-380.
- MIYAKE, Y., OKAMOTO, Y., ONODA, K., SHIRAO, N., OKAMOTO, Y., OTAGAKI, Y., YAMAWAKI, S.: 2010 "Neural processing of negative word stimuli concerning body image in patients with eating disorders: An fMRI study", **Neuroimage**, 50, 1333-1339.
- MOND, J.M., GORRELL, S.: 2021 "Excessive exercise in eating disorders research: problems of definition and perspective. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia", **Bulimia and Obesity**, 1-4.
- MOND, J.M., HALL, A., BENTLEY, C., HARRISON, C., GRATWICK-SARLL, K., LEWIS, V.: 2014 "Eating-disordered behavior in adolescent boys: eating disorder examination questionnaire norms", **Int J Eat Disord**, 47/4, 335-341.
- MOND, J.M., HAY, P.J., RODGERS, B., OWEN, C.: 2006a "An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research", **International Journal of Eating Disorders**, 39/2, 147-153.
- MOND, J.M., HAY, P.J., RODGERS, B., OWEN, C., BEUMONT, P.J.: 2004 "Relationships between exercise behaviour, eating disordered behaviour and quality of life in a community sample of women: When is exercise excessive?", **European Eating Disorders Review**, 12, 265-272.

- MOND, J.M., HAY, P.J., RODGERS, B., OWEN, C., CROSBY, R., MITCHELL, J.: 2006b
- “Use of extreme weight control behaviors with and without binge eating in a community sample: Implications for the classification of bulimic-type eating disorders”, **Psychosomatic Medicine**, 39, 294-302.
- MONELL, E., CLINTON, D., BIRGEGÅRD, A.: 2018
- “Emotion dysregulation and eating disorders-Associations with diagnostic presentation and key symptoms”, *International Journal of Eating Disorders*, 51/8, 921-930.
- MULDERS-JONES, B., MITCHISON, D., GIROSI, F., HAY, P.: 2017
- “Socioeconomic correlates of eating disorder symptoms in an Australian population-based sample”, **PLoS One**, 12/1, e0170603.
- MURPHY, R., STRAEBLER, S., COOPER, Z., FAIRBURN, C.G.: 2010
- “Cognitive behavioral therapy for eating disorders”, **Psychiatr Clin North Am**, 33/3, 611-627.
- MURPHY, S., RUSSELL, L., WALLER, G.: 2005
- “Integrated psychodynamic therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: theory, practice and preliminary findings”, **Eur Eat Disord Rev**, 13/6, 383-391.
- MURRAY, S.B., NAGATA, J.M., GRIFFITHS, S., CALZO, J.P., BROWN, T.A., MITCHISON, D., BLASHILL, A.J., MOND, J.M.: 2017
- “The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis”, **Clinical Psychology Review**, 57, 1-11.
- MURRAY, S.B., RIEGER, E., HILDEBRANDT, T., KARLOV, L., RUSSELL, J., BOON,
- “A comparison of eating, exercise, shape and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa”, **Body Image**, 9, 193-200.

E., DAWSON, R.T.,
TOUYZ, S.W.: 2012

NEIGHBORS, L.A.,
SOBAL, J.: 2007
“Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students”, **Eating Behaviors**, 8, 429-439.

NEUMARKER, K.,
BETTLE, N.,
NEUMARKER, U.,
BETTLE, O.: 2000
“Age- and gender- related psychological characteristics of adolescent ballet dancers”, **Psychopathology**, 33, 137-142.

NUNN, K.,
FRAMPTON, I.,
FUGLSET, T.S.,
TORZSOK-
SONNEVEND, M.,
LASK, B.: 2011
“Anorexia nervosa and the insula”, **Medical Hypotheses**, 76, 353-357.

NUNN, K.,
FRAMPTON, I.,
GORDON, I., LASK,
B.: 2008
“The fault is not in her parents but in her insula-a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa”, **European Eating Disorders Review**, 16, 355-360.

O'BRIEN, K.M.,
VINCENT, N.K.: 2003
“Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence and causal relationships”, **Clinical Psychology Review**, 23/1, 57-74.

OJSERKIS, R., SYSKO,
R., GOLDFEIN, J.A.,
DEVLIN, M.J.: 2012
“Does the overvaluation of shape and weight predict initial symptom severity or treatment outcome among patients with binge eating disorder?”, **The International journal of eating disorders**, 45/4, 603-608.

OLIVARDIA, R.: 2001
“Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia”, **Harvard Review of Psychiatry**, 9, 254-259.

- OLIVARDIA, R.,
POPE, H. G., J.R.,
HUDSON, J.I.: 2000 “Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case control study”, **American Journal of Psychiatry**, 157, 1291-1296.
- ORAL. M.: 1999 “The relationship between dimensions of perfectionism, stressful life events and depressive symptoms in university students: A test of diathesis-stress model of depression”, **Master’s Thesis**, Middle East Technical University, Ankara
- ÖNER, N.: 1997 **Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler** (3. baskı), İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- PATTON, G.C.: 1988 “Mortality in eating disorders”, **Psychological Medicine**, 18, 947-951.
- PAUL, T.,
SCHROETER, K.,
DAHME, B.,
NUTINGER, D.O.: 2002. “Self-injurious behaviour in women with eating disorders”, **American Journal of Psychiatry**, 159, 408-411.
- PELAEZ
FERNANDEZ, M.A.,
LABRADOR, F.J.,
RAICH, R.M.: 2007 “Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain)”, **J Psychosom Res**, 62/6, 681-690.
- PETERSON, C.B.,
BERG, K.C., CROSBY,
R.D., LAVENDER,
J.M., ACCURSO, E.C.,
CIAO, A.C., SMITH,
T.L., ET AL.: 2017 “The effects of psychotherapy treatment on outcome in bulimia nervosa: Examining indirect effects through emotion regulation, self-directed behavior, and self-discrepancy within the mediation model”, **The International Journal of Eating Disorders**, 50, 636-647.
- PETRIE, T.,
GREENLEAF, C.: 2012 Eating disorders in sport. In S. Murphy (Ed.), **Handbook of sport and performance psychology**, New York, Oxford University Press.
- PETRIE, T.,
GREENLEAF, C.: 2015 **Athletes, Physical Activity, Dancers, and Eating Disorders**. In The Wiley Handbook of Eating Disorders

- (eds L. Smolak and M. P. Levine). UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- PISETSKY, E.,
HAYNOS, A.F.,
LAVENDER, J.M.,
CROW, S.J.,
PETERSON, C.B.: 2017
“Associations between emotion regulation difficulties, eating disorder symptoms, non-suicidal self-injury, and suicide attempts in a heterogeneous eating disorder sample”, **Comprehensive Psychiatry**, 73, 143-150.
- PISETSKY, E.,
THORNTON, L.,
LICHTENSTEIN, P.,
PEDERSEN, N., BULIK
C.: 2013
“Suicide attempts in women with eating disorders”, **J Abnorm Psychol**, 122, 1042-1056.
- POLIVY, J., HERMAN, C.P.: 1985
“Dieting and bingeing. A causal analysis”, **American Psychologist**, 40/2, 193-201.
- POLIVY, C.,
HERMAN, C.P.: 2002
“Causes of eating disorders”, **Annual Review of Psychology**, 53, 187-213.
- POLLICE, C., KAYE, W.H., GREENO, C.G., WELTZIN, T.E.: 1997
“Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 21, 367-376.
- POMEROY, C.: 2001
Medical evaluation and medical management. In J. E. Mitchell (Ed.), **The outpatient treatment of eating disorders: A guide for therapists, dietitians, and physicians**, Minneapolis: University of Minnesota Press.
- POPE, H. G., JR.,
KATZ, D.L., HUDSON, J.I.: 1993
“Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders”, **Comprehensive Psychiatry**, 34, 406-409.
- POULSEN, S., LUNN, S., DANIEL, S.I.F., FOLKE, S., MATHIESEN, B.B.,
“A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa”, **Am J Psychiatry**, 171, 109-116.

KATZNELSON, H.,
FAIRBURN, C.G.: 2014

PREACHER, K. J.,
HAYES, A. F.: 2008
Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. **Behavior Research Methods**, 40(3), 879-891.

PREFIT, A.B.,
CANDEA, D.C.,
SZENTAGOTAI-
TATAR, A.: 2019
“Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis”, **Appetite**, 143, 104438.

PRESNELL, K., STICE,
E.: 2003
“An experimental test of the effect of weightloss dieting on bulimic pathology: Tipping the scales in a different direction”, **J Abnorm Psychol**, 112, 166-170.

PRETI, A., DE
GIROLAMO, G.,
VILAGUT, G.,
ALONSO, J., DE
GRAAF, R.,
BRUFFAERTS, R.,
DEMYTTENAERE, K.,
PINTO-MEZA, A.,
HARO, J.M.,
MOROSINI, M., THE
ESEMED-WMH
INVESTIGATORS:
2009
“The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMED-WMH Project”, **Journal of Psychiatric Research**, 43, 1125-1132.

PRETI, A., ROCCHI,
M.B., SISTI, D.,
CAMBONI, M.V.,
MIOTTO, P.: 2011
“A comprehensive meta- analysis of the risk of suicide in eating disorders”, **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 124, 6- 17.

PRETI, A., USAI, A.,
MIOTTO, P.,
PETRETTO, D.R.,
MASALA, C.: 2008
“Eating disorders among professional fashion models”, **Psychiatry Res**, 159, 86-94.

- PUTTERMAN, E.,
LINDEN, W.: 2004
“Appearance versus health: Does the reason for dieting affect dieting behavior?”, **Journal of Behavioral Medicine**, 27, 185-204.
- PUTTEVILS, L.,
VANDERHASSELT,
M.A., VERVAET, M.: 2019
“Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms?”, **Eur Eat Disorders Rev**, 27, 381-390.
- RACINE, S.E.,
MARTIN, S.J.: 2016
“Exploring divergent trajectories: Disorder-specific moderators of the association between negative urgency and dysregulated eating”, **Appetite**, 103, 45-53.
- RACINE, S.E.,
VANHUYSSSE, J.L.,
KEEL, P.K., BURT,
S.A., NEALE, M.C.,
BOKER, S., KLUMP,
K.L.: 2017
“Eating disorder-specific risk factors moderate the relationship between negative urgency and binge eating: A behavioral genetic investigation”, **Journal of Abnormal Psychology**, 126/5, 481-494.
- RACINE, S.E.,
WILDES, J.E.: 2013
“Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset”, **International Journal of Eating Disorders**, 46, 713-720.
- RAVALDI, C.,
VANNACCI, A.,
ZUCCHI, T.,
MANNUCCI, E.,
CABRAS, P.L.,
BOLDRINI, M.,
MURCIANO, L.,
ROTELLA, C.M.,
RICCA, V.: 2003
“Eating disorders and body image disturbances among ballet dancers, gymnasium users and body builders”, **Psychopathology**, 36, 247-254.
- RAYKOS, B. C.,
MCEVOY, P. M.,
FURLAND, A.: 2017
“Socializing problems and low self-esteem enhance interpersonal models of eating disorders: Evidence from a clinical sample”, **International journal of eating disorders**, 50/9, 1075-1083.

- REGIER, D.A., MYERS, J.K., KRAMER, M., ROBINS, L.N., BLAZER, D.G., HOUGH, R.L., EATON, W.W., LOCKE, B.Z.: 1984
- “The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives, and study population characteristics”, **Arch Gen Psychiatry**, 41, 934-941.
- RICCIARDELLI, L.A., MCCABE, M.P.: 2002.
- “Psychometric evaluation of the Body Change Inventory: An assessment instrument for adolescent boys and girls”, **Eating Behaviors**, 3(1), 45-59.
- RILEY, C., LEE, M., COOPER, Z., FAIRBURN, C.G., SHAFRAN, R.: 2007
- “A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study”, **Behaviour Research and Therapy**, 45/9, 2221-2231.
- RIVIÈRE, J., DOUILLIEZ, C.: 2017
- “Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of eating disorders: A moderated mediation model”, **Personality and Individual Differences**, 116, 63-68.
- ROBERT-MCCOMB, J.J., BAYER, V.: 2012
- “Exercise Guidelines: Specific Recommendations for Women and Children”, *Eating Disorders in Women and Children. Prevention, Stress Management, and Treatment*, (Ed. by. Kristin L. Goodheart, James R. Clopton, Jacalyn J. RobertMccomb.), New York: CRC Press Taylor & Francis Group, LLC, p. 314-335.
- ROHDE, P., ARIGO, D., SHAW, H., STICE, E.: 2018
- “Relation of self-weighing to future weight gain and onset of disordered eating symptoms”, **Journal of Consulting And Clinical Psychology**, 86/8, 677-687.
- ROHDE, P., STICE, E., MARTI, C.N.: 2015
- “Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts”, **Int J Eat Disord**, 48/2, 187-198.

- ROSEN, J.C., TRACY, B., HOWELL, D.: 1990 "Life stress, psychological symptoms and weight reducing behavior in adolescent girls: A prospective analysis", **International Journal of Eating Disorders**, 9, 17-26.
- ROSEN, L., HOUGH, D.: 1988 "Pathogenic weight control behaviours of female college gymnasts", **The Physician and Sportsmedicine**, 16, 140-145.
- ROSENBERG, M.: 1965 **Society and the adolescent self-image**, Princeton University Press.
- ROSENBERG, M.: 1989 **Society and the adolescent self-image**, Revised edition. Middletown, CT, Wesleyan University Press.
- ROSS, M., WADE, T.D.: 2004 "Shape and weight concern and self-esteem as mediators of externalized self-perception, dietary restraint, and uncontrolled eating", **European Eating Disorders Review**, 12, 129-136.
- RUFINO, K.A., VISWANATH, H., WAGNER, R., PATRIQUIN, M.A.: 2018 "Body dissatisfaction and suicidal ideation among psychiatric inpatients with eating disorders", **Comprehensive Psychiatry**, 84, 22-25.
- RUGANCI, R.N. GENÇÖZ, T.: 2010 "Psychometric properties of the difficulty of emotion regulation scale in a Turkish sample", **Journal of Clinical Psychology**, 66/4, 442-455.
- RUGGIERO, G.M., LEVI, D., CIUNA, A., SASSAROLI, S.: 2003 "Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness", **International Journal of Eating Disorders**, 34, 220-226.
- RUSSELL, G.F.M.: 1970 Anorexia nervosa: Its identity as an illness and its treatment. In J. H. Price (Ed.), **Modern trends in psychological medicine** (Vol. 2). London, Butterworth.
- RUSSELL, G.F.M.: 1979 "Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa?", **Psychological Medicine**, 9, 429-448.

- RUSSELL, G.F.M.: 1997 The history of bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), **Handbook of treatment for eating disorders** (2nd ed.). New York/London: Guilford Press.
- SACCOMANI, L., SAVOINI, M., CIRRINCIONE, M., VERCELLINO, F., RAVERA, G.: 1998 “Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: Study of comorbidity”, **Journal of Psychosomatic Research**, 44, 565-571.
- SACHDEV, P., MONDRATY, N., WEN, W., GULLIFORD, K.: 2008 “Brains of anorexia nervosa patients process self-images differently from non-self-images: An fMRI study”, **Neuropsychologia**, 46, 2161-2168.
- SAFER, D.L., ROBINSON, A.H., JO, B.: 2010 “Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy”, **Behavior Therapy**, 41/1, 106-120.
- SAFER, D.L., TELCH, C.F., AGRAS, W.S.: 2001 “Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa”, **The American Journal of Psychiatry**, 158, 632-634.
- SANFTNER, J.L., BARLOW, D.H., MARSCHALL, D.E., RANGNEY, J.P.: 1995 “The relation of shame and guilt to eating disorder symptomatology”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 14, 315-324.
- SANTEL, S., BAVING, L., KRAUEL, K., MUNTE, T.F., ROTTE, M.: 2006 “Hunger and satiety in anorexia nervosa: fMRI during cognitive processing of food pictures”, **Brain Research**, 1114, 138-148.
- SANTONASTASO, P., MONDINI, S., FAVARO, A.: 2002 “Are fashion models a group at risk for eating disorders and substance abuse?”, **Psychother Psychosom**, 71/1, 168-172.

- SASSAROLI, S.,
LAURO, L.J.R.,
RUGGIERO, G.M.,
MAURI, M.C., VINAI,
P., FROST, R.: 2008b
- “Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders”, **Behaviour Research and Therapy**, 46/6, 757-765.
- SASSAROLI, S.,
RUGGIERO, G.M.:
2005
- “The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism and worry, and eating disorders”, **International Journal of Eating Disorders**, 37, 135-141.
- SCHMIDT, U., LEE, S.,
BEECHAM, J.,
PERKINS, S.,
TREASURE, J., YI, I.,
WINN, S., ROBINSON,
P., KEVILLE, R.M.S.,
JOHNSON-SABINE, E.,
JENKINS, M., FROST,
S., DODGE, L.,
BERELOWITZ, M.,
EISLER, I.: 2007
- “A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders”, **American Journal of Psychiatry**, 164, 591-598.
- SCHMIDTGALL, K.,
KING, A., ZARSKI, J.
J., COOPER, J.E.: 2000
- “The effects of parental conflict on later child development”, **Journal of Divorce and Remarriage**, 33, 149-157.
- SCHNITZLER, C.E.,
VON RANSON, K.M.,
WALLACE, L.M.: 2012
- “Adding thin-ideal internalization and impulsiveness to the cognitive-behavioral model of bulimic symptoms”, **Eating Behaviors**, 13/3, 219-225.
- SCOFFIER, S.,
MAIANO, C.,
D’ARRIPE-
LONGUEVILLE, F.:
2010
- “The effects of social relationships and acceptance on disturbed eating attitudes in elite adolescent female athletes: The mediating role of physical self-perceptions”, **The International Journal of Eating Disorders**, 43/1, 65-71.
- SEMİZ, M., KAVAKCI,
Ö., YAĞIZ, A.,
- "Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar", **Türk Psikiyatri Dergisi**, 24/3, 149-157.

YONTAR, G., KUĞU,
N.: 2013

SHAFRAN, R.,
COOPER, Z.,
FAIRBURN, C.G.:
2002) “Clinical perfectionism: a cognitive behavioural
analysis”, **Behaviour Research and Therapy**, 40, 773-
791.

SHANMUGAM, V.,
JOWETT, S., MEYER,
C.: 2011 “Application of the transdiagnostic cognitive-
behavioral model of eating disorders to the athletic
population”, **Journal of Clinical Sport Psychology**, 5,
166-191.

SHAW, H.E., STICE,
E., SPRINGER, D.W.:
2004 “Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem in
predicting bulimic symptomatology: Lack of
replication”, **International Journal of Eating
Disorders**, 36/1, 41-47.

SHEA, M.E.,
PRITCHARD, M.E.:
2007 “Is self-esteem the primary predictor of disordered
eating?”, **Personality and Individual Differences**,
42/8, 1527-1537.

SHERRY, S.B.,
HEWITT, P.L.,
BESSER, A., MCGEE,
B., FLETT, G.L.: 2004 “Self-oriented and socially prescribed perfectionism in
the eating disorder inventory perfectionism subscale”,
International Journal of Eating Disorders, 35/1, 69-
79.

SHIEH, C., KNISELY,
M.R., CLARK, D.,
CARPENTER, J.S.:
2016 “Self-weighing in weight management interventions: A
systematic review of literature”, **Obesity Research &
Clinical Practice**, 10, 493-519.

SIGNORINI, R.,
SHEFFIELD, J.,
RHODES, N.,
FLEMING, C., WARD,
W.: 2018 “The effectiveness of enhanced cognitive behavioural
therapy (CBT-E): A naturalistic study within an
outpatient eating disorder service”, **Behavioural and
Cognitive Psychotherapy**, 46, 21-34.

SILVERMAN, J.A.:
1997 Anorexia nervosa: Historical perspective on treatment.
In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), **Handbook of**

treatment for eating disorders (2nd ed.). New York/London: Guilford Press.

- SILVERSTONE, P.H.: 1992 "Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders?", **Medical Hypotheses**, 39, 311-315.
- SMINK, F.R.E., VAN HOEKEN, D., HOEK, H.W.: 2012 "Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates", **Current Psychiatry Reports**, 14, 406-414.
- SMOLAK, L., MURNEN, S.K., RUBLE, A.E.: 2000 "Female athletes and eating problems: a meta-analysis", **Int J Eat Disord**, 27/4, 371-380.
- SOLANTO, M.V., ABIKOFF, H., SONUGA-BARKE, E., SCHACHAR, R., LOGAN, G.D., WIGAL, T., HECHTMAN, T., HINSHAW, S., TURKEL, E.: 2001 "The ecological validity of delay aversion and response inhibition as measures of impulsivity in AD/HD: A supplement to the NIMH multimodal treatment study of AD/HD", **J Abnorm Child Psychol**, 29, 215-228.
- SOLTIS, C.A.: 2009 "Dying to be a supermodel: can requiring a healthy BMI be fashionable?", **J Contemp Health Law Policy**, 26/1, 49-71.
- SPITZER, R.L., DEVLIN, M.J., WALSH, B.T., HASIN, D., WING, R., MARCUS, M.D., STUNKARD, A., WADDEN, T., YANOVSKI, S., AGRAS, S., MITCHEL, J., NONAS, J.: 1992 "Binge eating disorder: A multi-site field trial of the diagnostic criteria", **International Journal of Eating Disorders**, 11, 191-203.

- SPITZER, R. L.,
YANOVSKI, S.,
WADDEN, T., WING,
R., MARCUS, M.D.,
STUNKARD, A.J.,
DEVLIN, M.,
MITCHRL, J., HASIN,
D., HORNE, L.: 1993
- “Binge eating disorder: Its further validation in a multi-site study”, **International Journal of Eating Disorders**, 13, 137-153.
- SPOOR, S.T P., STICE,
E., BEKKER, M.H.J.,
VAN STIEN, T.,
CROON, M.A., VAN
HECK, G.L.: 2006
- “Relations between dietary restraint, depressive symptoms, and binge eating: A longitudinal study”, **International Journal of Eating Disorders**, 39, 700-707.
- STARKES, J.M.,
POULIN, C.C.,
KISELY, S.R.: 2005
- “Unmet Need for the Treatment of Depression in Atlantic Canada”, **Canadian Journal of Psychiatry**. 50/10, 580-590.
- STEELE, A., CORSINI,
N., WADE, T.D.: 2007
- “The interaction of perfectionism, perceived weight status, and self-esteem to predict bulimic symptoms: The role of “benign” perfectionism”, **Behaviour Research and Therapy**, 45/7, 1647-1655.
- STEELE, L., DEWA,
C., LÏN, E., LEE, K.:
2007
- “Education level, income level and mental health services use in Canada: associations and policy implications”, **Healthcare Policy**, 3, 96-106. 10.12927/hcpol.2007.19177
- STEFINI, A., SALZER,
S., REICH, G., HORN,
H., WINKELMANN,
K., BENTS, H., RUTZ,
U., FROST, U., VON
BOETTICHER, A.,
RUHL, U., SPECHT,
N., KRONMÜLLER,
K.T.: 2017
- “Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial”, **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, 56(4), 329-335.

- STEIGER, H.,
GAUVIN, L.,
LABALPURWALA, S.,
SEGUIN, J.R.,
STOTLAND, S.: 1999
- “Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 67, 765-775.
- STEIGER, H., YOUNG, S. N., KIN, N.M.,
KOERNER, N.,
ISRAEL, M., LAGEIX, P., PARIS, J.: 2001
- “Implications of impulsive and affective symptoms for serotonin function in bulimia nervosa”, **Psychol Med**, 31/1, 85-95.
- STEIN, A., WOOLLEY, H., COOPER, S.,
WINTERBOTTOM, J.,
FAIRBURN, C.G.,
CORTINABORJA, M.: 2006
- “Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders”, **The British Journal of Psychiatry**, 189, 324-329.
- STEIN, R.I.,
KENARDY, J.,
WISEMAN, C.V.,
DOUNCHIS, J.Z.,
ARNOW, B.A.,
WILFLEY, D.E.: 2007
- “What’s driving the binge in binge eating disorder? A prospective examination of pre-cursors and consequences”, **The International Journal of Eating Disorders**, 40, 195-203.
- STEINBERG, S.,
TOBIN, D., JOHNSON, C.: 1990
- “The role of bulimic behaviours in affect regulation: Different functions for different subgroups?”, **International Journal of Eating Disorders**, 9, 51-55.
- STEINGLASS, J.E.,
FIGNER, B.,
BERKOWITZ, S.,
SIMPSON, H.B.,
WEBER, E.U.,
WALSH, B.T.: 2012
- “Increased capacity to delay reward in anorexia nervosa”, **Journal of the International Neuropsychological Society**, 18, 773-780.
- STEINHAUSEN, H.C.: 2002
- “The outcome of anorexia nervosa in the 20th century”, **American Journal of Psychiatry**, 159, 1284-1293.

- STICE, E.: 2001 "A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative effect", **Journal of Abnormal Psychology**, 110, 124-135.
- STICE, E.: 2002 "Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review", **Psychol. Bull.**, 128/5, 825-48.
- STICE, E.: 2016 "Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies", **Annual Review of Clinical Psychology**, 12, 359-381.
- STICE, E., BEARMAN, S.K.: 2001 "Body image and eating disturbances prospectively predicts increases in depressive symptoms in adolescent girls: A growth curve analysis", **Developmental Psychology**, 37/5, 597-607.
- STICE, E., HAYWARD, C., CAMERON, R.P., KILLEN, J.D., TAYLOR, C.B.: 2000 "Body image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: A longitudinal study", **Journal of Abnormal Psychology**, 109/3, 438-444.
- STICE, E., MARTI, C.N., DURANT, S.: 2011 "Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study", **Behav. Res. Ther.**, 49/10, 622-627.
- STICE, E., MARTI, C.N., ROHDE, P.: 2013 "Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women", **Journal of Abnormal Psychology**, 122, 445-457.
- STICE, E., MARTI, C.N., SPOOR, S., PRESNELL, K., SHAW, H.: 2008 "Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: Long-term effects from a randomized efficacy trial", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 76, 329-340.
- STICE, E., NEMEROFF, C., SHAW, H.E.: 1996 "Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms", **Journal of Social and Clinical Psychology**, 15, 340-363.

- STICE, E., SHAW, H.E.: 2002 "Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings", **Journal of Psychosomatic Research**, 53, 985-993.
- STICKNEY, M.I, MILTENBERGER, R. G., WOLFF, G.: 1999 "A descriptive analysis of factors contributing to binge eating", **Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry**, 30, 177-189.
- STRIEGEL, R.H., BEDROSIAN, R., WANG, C., SCHWARTZ, S.: 2012 "Why men should be included in research on binge eating: results from a comparison of psychosocial impairment in men and women", **Int J Eat Disord**, 45/2, 233-40.
- STRIEGEL-MOORE, R.H., BULIK, C.M.: 2007 "Risk factors for eating disorders", **American Psychologist**, 62/3, 181-198.
- STRIEGEL-MOORE, R. H., ROSSELLI, F., PERRIN, N., DEBAR, L., WILSON, G.T., MAY, A., KRAEMER, H.C.: 2009 "Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms", **Int J Eat Disord**, 42, 471-474.
- STRIEGEL-MOORE, R.H., SEELEY, J.R., LEWINSOHN, P.M.: 2003 "Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experience an eating disorder during adolescence", **American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, 42, 587-593.
- STRIEGEL-MOORE, R.H., SILBERSTEIN, L.R., RODIN, J.: 1986 "Toward an understanding of risk factors for bulimia", **American Psychologist**, 41, 246-263.
- STROBER, M., FREEMAN, R., LAMPERT, C., DIAMOND, J., KAYE, W.: 2000 "Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes", **American Journal of Psychiatry**, 157, 393-401.

- STUNKARD, A.J.: 1993 A history of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), **Binge eating: Nature, assessment and treatment**, New York/London: Guilford Press.
- SULLIVAN, P.F.: 1995 “Mortality in anorexia nervosa”, **American Journal of Psychiatry**, 152, 1073-1074.
- SUTANDAR-PINNOCK, K., WOODSIDE, D.B., CARTER, J.C., OLMSTED, M.P., KAPLAN, A.S.: 2003 “Perfectionism in anorexia nervosa: A 6-24-month follow-up study”, **The International Journal of Eating Disorders**, 33/2, 225-229.
- SVALDI, J., GRIEPENSTROH, J., TUSCHEN-CAFFIER, B., EHRING, T.: 2012 “Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology?”, **Psychiatry Research**, 197, 103-111.
- SVALDI, J., WERLE, D., NAUMANN, E., EICHLER, E., BERKING, M.: 2019 “Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder”, **Journal of Psychiatric Research**, 115, 61-68.
- SWANSON, S.A., CROW, S.J., LE GRANGE, D., SWENDSEN, J., MERIKANGAS, K.R.: 2011 P”revalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement”, **Arch Gen Psychiatry**, 68/7, 714-723.
- ŞANLIER, N., YABANCI, N., ALYAKUT, O.: 2008 An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. **Appetite**, 51, 641-645.
- ŞİMŞEK, Ö.F.: 2007 **Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş: Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları**, Ekinoks, Ankara.

- TACHI, T.,
MURAKAMI, K.,
MUROTSU, K.,
WASHIZUKA, T.: 2001
“Affective states associated with bingeing and purging behaviours in Japanese patients with bulimia nervosa”, **British Journal of Medical Psychology**, 74, 487-196.
- TANOFSKY-KRAFF, M.,
BULIK, C.M.,
MARCUS, M.D.,
STRIEGEL, R.H.,
WILFLEY, D.E.,
WONDERLICH, S.A.,
& HUDSON, J.I.: 2013
“Binge eating disorder: The next generation of research”, **International Journal of Eating Disorders**, 46, 193-207.
- TARANIS, L.T.,
MEYER, C.M.: 2011
“Associations between specific components of compulsive exercise and eating-disordered cognitions and behaviors among young women”, **Int J Eat Disord**, 44, 452-458.
- TASCA, G.A.,
PRESNIAK, M.D.,
DEMIDENKO, N.,
BALFOUR, L.,
KRYSAWSKI, V.,
TRINNEER, A.,
BISSADA, H.: 2011
“Testing a maintenance model for eating disorders in a sample seeking treatment at a tertiary care center: A structural equation modeling approach”, **Comprehensive Psychiatry**, 52, 678-687.
- TCHANTURIA, K.,
LIAO, P., UHER, R.,
LAWRENCE, N.,
TREASURE, J.,
CAMPBELL, I.C.: 2007
“An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurements”, **Journal of the International Neuropsychological Society**, 13, 635-641.
- T.C. SAĞLIK
BAKANLIĞI: 2013
Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması.
Anıl Matbaa Ltd. Şti., Ankara.
- T.C. SAĞLIK
BAKANLIĞI: 2019
Türkiye beslenme ve sağlık araştırması, Tiraj Basım ve Yayın Sanayi Ticaret Ltd. Şti, Ankara.
- TELCH, C.F., AGRAS, W.S.: 1993
“The effects of a very low calorie diet on binge eating”, **Behavior Therapy**, 24, 177-193.

- TELCH, C.F., AGRAS, W.S.: 1994 "Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related", **International Journal of Eating Disorders**, 15, 53-61.
- TELCH, C.F., AGRAS, W.S., LINEHAN, M.M.: 2001 "Dialectical behavior therapy for binge eating disorder", **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69(6), 1061-1065.
- TER HUURNE, E.D., POSTEL, M.G., DE HAAN, H.A., DEJONG, C.A.: 2013 "Effectiveness of a web- based treatment program using intensive therapeutic support for female patients with bulimia nervosa, binge eating disorder and eating disorders not otherwise specified: Study protocol of a randomized controlled trial", **BMC Psychiatry**, 13, 310.
- TERLIZZI, E.P.Y., ZABLOTSKY, B.: 2020 "Mental health treatment among adults: United States", **NCHS Data Brief**, 380, 1-8.
- THOME, J.L., ESPELAGE, D.L.: 2004 "Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students", **Eating Behaviors**, 5, 337-351.
- THOMPSON, R.A., SHERMAN, R.T.: 1999 "Athletes, athletic performance, and eating disorders: Healthier alternatives", **The Journal of Social Issues**, 55, 317-337.
- TOD, D., EDWARDS, C., CRANSWICK, I.: 2016 "Muscle dysmorphia: Current insights", **Psychology Research and Behavior Management**, 9, 179-188.
- TRAVISS-TURNER, G.D., WEST, R.M., HILL, A.J.: 2017 "Guided self-help for eating disorders: A systematic review and metaregression", **European Eating Disorders Review**, 25/3, 148-164.
- TREASURE, J., CAMPBELL, I.: 1994 "The case for biology in the aetiology of anorexia nervosa", **Psychol Med**, 24/1, 3-8.

- TREASURE, J.,
SCHMIDT, U.: 1999 “Beyond effectiveness and efficiency lies quality in services for eating disorders”, **European Eating Disorders Review**, 7, 162-178.
- TREASURE, J.L.,
WACK, E.R.,
ROBERTS, M.E.: 2008 “Models as a high-risk group: the health implications of a size zero culture”, **Br J Psychiatry**, 192, 243-244.
- TROMPETER, N.,
BUSSEY, K., FORBES,
M.K., MITCHISON, D.: 2021 “Emotion dysregulation within the CBT-E model of eating disorders: A narrative review”, **Cognitive Therapy and Research**, 45/6, 1021-1036.
- TÜRKİYE İSTATİSTİK
KURUMU [TÜİK]:
2020 **Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları**, Sayı: 37210. 4 Şubat 2021,
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210>
- TÜRKİYE İSTATİSTİK
KURUMU [TÜİK]:
2021 **Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları**, Sayı: 45500. 4 Şubat 2022,
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>
- TÜRKİYE İSTATİSTİK
KURUMU [TÜİK]:
2020 **Bitirilen eğitim düzeyine göre nüfusun dağılımı, 2008-2020**. 6 Mayıs 2021,
<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=egitim-kultur-spor-ve-turizm-105&dil=1>
- TÜRKİYE İSTATİSTİK
KURUMU [TÜİK]:
2020 **Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması**, Sayı: 37404. 15 Haziran 2021,
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Gelir-ve-Yasam-Kosullari-Arastirmasi-2020-37404>
- TÜRKİYE İSTATİSTİK
KURUMU [TÜİK]:
2021 **İşgücü İstatistikleri, III. Çeyrek**, Sayı: 37547. 16 Kasım 2021,
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-III.-Ceyrek:-Temmuz---Eylul,-2021-37547>

- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU [TÜİK]: 2021 **Medeni duruma göre nüfus oranı, 1945-2021.** 28 Mart 2022. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1>
- TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU [TÜİK]: 2019 **Türkiye Sağlık Araştırması, Sayı: 33661.** 4 Haziran 2020, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
- UDO, T., GRILO, C.M.: 2018 “Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined eating disorders in a nationally Sample of U.S. adults”, **Biol Psychiatry**
- UHER, R., MURPHY, T., BRAMMER, M.J., DALGLEISH, T., PHILLIPS, M.L., NG W.V., ANDREW, C.M., WILLIAMS, S.C.R., CAMPBELL, I.C., TREASURE, J.: 2004 “Medial prefrontal cortex activity associated with symptom provocation in eating disorders”, **American Journal of Psychiatry**, 161/7, 1238-1246.
- UHER, R., MURPHY, T., FRIEDERICH, H., DALGLEISH, T., BRAMMER, M. J., GIAMPIETRO, V., PHILLIPS, M.L., ANDREW, C.M., NG, V.W., WILLIAMS, S.C.R., CAMPBELL, I.C., TREASURE, J.: 2005 “Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating-disordered women”, **Biological Psychiatry**, 58, 990-997.
- ULAŞ, B., UNCU, F., ÜNER, S.: 2013 “Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler”, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2, 15-22.

- URGESI, C.,
FORNASARI, L.,
PERINI, L., CANALAZ, F., CREMASCHI, S.,
FALESCHINI, L.,
BALESTRIERI, M.,
FABBRO, F., AGLIOTI, S.M., BRAMBILLA, P.:
2012
- “Visual body perception in anorexia nervosa”,
International Journal of Eating Disorders, 45, 501-511.
- U.S. DEPT. OF
HEALTH AND
HUMAN SERVICES,
NATIONAL
INSTITUTE OF
MENTAL HEALTH:
1992
- Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for
Political and Social Research**
- UZUN, O., GÜLEÇ, N.,
OZSAHIN, A.,
DORUK, A.,
OZDEMIR, B.,
ÇALIŞKAN, U.: 2006
- “Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students”, **Comprehensive Psychiatry**, 47, 123-126.
- VAILIADIS, H.M.,
LESAGE, A., ADAIR, C., BOYER, R.: 2005
- “Service Use for Mental Health Reasons: Cross-Provincial Differences in Rates, Determinants and Equity of Access”, **Canadian Journal of Psychiatry**, 50/10, 614-619.
- VALL, E., WADE, T.D.: 2015
- “Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis”, **International Journal of Eating Disorders**, 48/7, 946-971.
- VANDERYCKEN, W.: 1994
- “Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: Review of the literature from 1960 to 1979”, **International Journal of Eating Disorders**, 16, 105-116.

- VANSTEELANDT, K., RIJMEN, F., PIETERS, G., PROBST, M., VANDERLINDEN, J.: 2007
 “Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: A daily life study”, **Behaviour Research and Therapy**, 45/8, 1717-1734.
- VANWORMER, J.J., FRENCH, S.A., PEREIRA, M.A., WELSH, E.M.: 2008
 “The Impact of Regular Self-weighing on Weight Management: A Systematic Literature Review”, **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, 5, 54.
- VERHAEGHE, M., BRACKE, P., BRUYNOOGHE, K.: 2008
 “Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: The role of peer support”, **International Journal of Social Psychiatry**, 54, 206-218.
- VITOUSEK, K.B., HOLLON, S.D.: 1990
 “The investigation of schematic content and processing in eating disorders”, **Cognitive Therapy and Research**, 14, 191-214.
- VOCKS, S., HERPERTZ, S., ROSENBERGER, C., SENF, W., GIZEWSKI, E.R.: 2011
 “Effects of gustatory stimulation on brain activity during hunger and satiety in females with restricting-type anorexia nervosa: An fMRI study”, **Journal of Psychiatric Research**, 45, 395-403.
- VOCKS, S., TUSCHEN-CAFFIER, B., PIETROWSKY, R., RUSTENBACH, S.J., KERSTING, A., HERPERTZ, S.: 2010
 “Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder”, **International Journal of Eating Disorders**, 43, 205-217.
- VOHS, K. D., BARDONE, A.M., JOINER, T.E., ABRAMSON, L.Y., HEATHERTON, T.F.: 1999
 “Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development”, **J Abnorm Psychol**, 108, 695-700

- VOHS, K.D., VOELZ, Z.R., PETTIT, J.W., BARDONE, A.M., KATZ, J., ABRAMSON, L.Y., HEATERTON, T.F., JOINER, T.E.: 2001.
- WADDEN, T.A., FOSTER, G.D., LETIZIA, K.A.: 1994
- WADE, T.D., BERGIN, J., MARTIN, N., GILLESPIE, N., FAIRBURN, C.G.: 2006
- WADE, T.D., LOWES, J.: 2002
- WAGNER, A., AIZENSTEIN, H., MAZURKEWICZ, L., FUDGE, J., FRANK, G.K., PUTNAM, K., BAILER, U.F., FISCHER, L., KAYE, W.H.: 2008
- WAGNER, A., AIZENSTEIN, H., VENKATRAMAN, V. K., FUDGE, J., MAY, J.C., MAZURKEWICZ, L., FRANK, G.K., BAILER, U.F., FISCHER, L.,
- “Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: an interactive model of bulimic symptom development”, **J Soc Clin Psychol**, 20, 476-497.
- “One-year behavioral treatment of obesity: comparison of moderate and severe caloric restriction and the effects of weight maintenance therapy”, **J Consult Clin Psychol**, 62, 165-171.
- “A transdiagnostic approach to understanding eating disorders”, **Journal of Nervous and Mental Disorders**, 194, 510-517.
- “Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in a female adolescent population”, **International Journal of Eating Disorders**, 32, 39-45.
- “Altered insula response to taste stimuli in individuals recovered from restricting-type anorexia nervosa”, **Neuropsychopharmacology**, 33, 513-523.
- “Altered reward processing in women recovered from anorexia nervosa”, **American Journal of Psychiatry**, 164, 1842-1849.

NGUYEN, V.,
CARTER, C.,
PUTNAM, K., KAYE,
W.H.: 2007

WALLER, G., BABBS, M., MILLIGAN, R., MEYER, C., OHANIAN, V., LEUNG, N.: 2003
“Anger and core beliefs in the eating disorders”, **International Journal of Eating Disorders**, 34, 118-124

WALLER, G., CORDERY, H., CORSTORPHINE, E., HINRICHSSEN, H., LAWSON, R., MOUNTFORD, V., RUSSELL, K.: 2008
Cognitive behavioral therapy for eating disorders.
Cambridge: Cambridge University Press.

WALLIN, G.S., NORRING, C., HOLMGREN, S.: 1994
“Selective Dieting Patterns among anorectics and bulimics at the onset of eating disorder”, **European Eating Disorders Review**, 2, 221-232.

WALSH, B.T., WILSON, G.T., LOEB, K.L., DEVLIN, M.J., PIKE, K.M., ROOSE, S.P., FLEISS, J., WATERNAUX, J.: 1997
“Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa”, **American Journal of Psychiatry**, 154, 523-531.

WANG, G.J., GELIEBTER, A., VOLKOW, N.D., TELANG, F.W., LOGAN, J., JAYNE, M.C., GALANTI, K., SELIG, P.A., HAN, H., ZHU, W., WONG, C.T., FOWLER, J.S.: 2011
“Enhanced striatal dopamine release during food stimulation in binge eating disorder”, **Obesity**, 19, 1601-1608.

- WATSON, H.J., ALLEN, K., ANTHERA, F., BYRNE, S.M., NATHAN, P.R.: 2012 "Does enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders improve quality of life?", **European Eating Disorders Review**, 20, 393-399.
- WATSON, H.J., STEELE, A.L., BERGIN, J.L., FURLAND, A., WADE, T.D.: 2011 "Bulimic symptomatology: The role of adaptive perfectionism, shape and weight concern, and self-esteem", **Behaviour Research and Therapy**, 49/9, 565-572.
- WELCH, E., JANGMO, A., THORNTON, L.M., NORRING, C., VON HAUSSWOLFF-JUHLIN, Y., HERMAN, B.K., PAWASKAR, M., LARSSON H., BULIK, C.M.: 2016 "Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity", **BMC Psychiatry**, 16, 163.
- WELTZIN, T.E., WEISENSEL, N., FRANCZYK, D., BURNETT, K., KLITZ, C., BEAN, P.: 2005 "Eating disorders in men: update" **J Men Health Gend**, 2, 186-193.
- WHITESIDE, U., CHEN, E., NEIGHBORS, C., HUNTER, D., LO, T., LARIMER, M.: 2007 "Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?", **Eating Behaviors**, 8/2, 162-169.
- WILDES, J.E., RINGHAM, R.M., MARCUS, M.D.: 2010 "Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model", **International Journal of Eating Disorders**, 43/5, 398-404.
- WILKSCH, S.M., DURBRIDGE, M.R., WADE, T.D.: 2008 "A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy", **Journal of the**

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47/8, 939-947.

WILSON, G.T.: 1999 “Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems”, **Behavior Research and Therapy**, 37, 79-95.

WONDERLICH, S.,
PETERSON, C.,
CROSBY, R., SMITH,
T., KLEIN, M.,
MITCHELL, J.E.,
CROW, S.J.: 2014 “A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa”, **Psychological Medicine**, 44, 543-553

WOODSIDE, D.B.,
BULIK, C.M., HALMI,
K.A., FICHTER, M.M.,
KAPLAN, A.,
BERRETTINI, W.H.,
STROBER, M.,
TREASURE, J.,
LILENFELD, L.,
KLUMP, K., KAYE
W.H.: 2002 “Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders”, **Int J Eat Dis**, 31/3, 290-299.

WOODSIDE, D.B.,
SHEKTER-WOLFSON,
L., GARFINKEL, P.E.,
OLMSTEAD, M.P.:
1995a “Family interactions in Bulimia Nervosa: II. Complex intrafamily comparisons and clinical significance”, **International Journal of Eating Disorders**, 17, 117-126.

WOODSIDE, D.B.,
SHEKTER-WOLFSON,
L., GARFINKEL, P.E.,
OLMSTEAD, M.P.,
KAPLAN, A.S.,
MADDOCKS, S.E.:
1995b “Family interactions in Bulimia Nervosa: I. Study design, comparisons to established population norms and changes over the course of an intensive day hospital treatment program”, **International Journal of Eating Disorders**, 17, 105-115.

- YAEMSIRI, S.,
SLINING, M.,
AGARWAL, S.: 2011
“Perceived weight status, overweight diagnosis, and weight control among US adults: the NHANES 2003–2008 Study”, **Int J Obes**, 35, 1063-1070.
- YAO, S., KUJA-
HALKOLA, R.,
THORNTON, L.M.,
RUNFOLA, C.D.,
D’ONOFRIO, B.M.,
ALMQVIST, C.,
LICHTENSTEIN, P.,
SJÖLANDER, A.,
LARSSON, H., BULIK,
C.M.: 2016
“Familial liability for eating disorders and suicide attempts: evidence from a population registry in Sweden”, **JAMA Psychiatry**, 73/3, 284-291.
- YATES, A., EDMAN,
J., ARUGUETE, M.:
2004
“Ethnic differences in BMI and body/selfdissatisfaction among Whites, Asian subgroups, Pacific Islanders, and AfricanAmericans”, **Journal of Adolescent Health**, 34, 300-307.
- YOKUŞOĞLU, Ç.:
2018
Yeme bozukluğu tanısı almış ve almamış bireylerde beden imgesi ve beden memnuniyetsizliğinin sosyokültürel yordayıcıları, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- YÜCEL, B., ERTEKİN,
B. A., OGLAGU, Z.,
BERK, Ö.S., DEVECİ,
E., KAHRAMAN, F.,
ERSOY, M., TURGUT,
I., YAGER, J.: 2011
“Socio-demographic and clinical characteristics of individuals with diagnoses of eating disorder in a university hospital in Istanbul”, **Eating and Weight Disorders**, 16/4, 274-279.
- YÜCEL, B., POLAT,
A., İKİZ, T., PİRİM-
DÜŞGÖR, B., YAVUZ,
A.E., SERTEL-BERK,
H.Ö.: 2011
“The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity in adolescents”, **Eur Eat Disorders Rev**, 19, 509-511.

- ZANCU, S.A., ENEA, V.: 2017 "Eating disorders among fashion models: a systematic review of the literature", **Eat Weight Disord**, 22, 395-405.
- ZERBE, K.J.: 1995 "Integrating feminist and psychodynamic principles in the treatment of an eating disorder patient. Implications for using countertransference responses", **Bulletin of the Menninger Clinic**, 59, 160-176.
- ZERBE, K.J.: 1996 "Feminist psychodynamic psychotherapy of eating disorders: Theoretic integration informing clinical practice", **Psychiatr Clin North Am**, 19, 811-827.
- ZERBE, K.J.: 2001 "The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders", **Psychiatric Clinics of North America**, 24, 305-313.
- ZERBE, K.J.: 2007 Psychodynamic management of eating disorders. In J. Yager & P. Powers (Eds.), **Clinical manual of eating disorders** (pp. 349–379). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- ZERBE, K.J.: 2015 Psychodynamic theory of eating disorders. In **The Wiley Handbook of Eating Disorders** (eds L. Smolak and M. P. Levine). UK: John Wiley & Sons, Ltd., 253-268.
- ZHAO, X., LYNCH JR, J. G., CHEN, Q.: 2010 Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. **Journal of Consumer Research**, 37(2), 197-206.
- ZHENG, Y., KLEM, M.L., SEREIKA, S.M., DANFORD, C.A., EWING, L.J., BURKE, L.E.: 2015 "Self-weighing in weight management: a systematic literature review", **Obesity**, 23, 256-265.
- ZIJLSTRA, H., VAN MIDDENDORP, H., DEVAERE, L., KARSEN, J.K., VAN

RAMSHORST, B.,
GEENEN, R.: 2012

ZIPFEL, S., WILD, B.,
GROB, G.,
FRIEDERICH, H.C.,
TEUFEL, M.,
SCHELLBERG, D.,
GIEL, K.E., DE
ZWAAN, M., DINKEL,
A., HERPERTZ, S.,
BURGMER, M.,
LOWE, B., TAGAY, S.,
VON WIETERSHEIM,
J., ZEECK, A.,
SCHADE-
BRITTINGER, C.,
SCHAUENBURG, H.,
HERZOG, W., GROUP,
A.S.: 2014

“Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial”, **Lancet**, 383, 127-137.

ZOLETIC', E.,
DURAKOVIC'-
BELKO, E.: 2009

“Body image distortion, perfectionism and eating disorder symptoms in risk group of female ballet dancers and models and in control group of female students”, **Psychiatr Danub**, 21/3, 302-309.

ZUNKER, C.,
PETERSON, C.B.,
CROSBY, R.D., CAO,
L., ENGEL, S.G.,
MITCHELL, J.E.,
WONDERLICH, S.A.:
2011

“Ecological momentary assessment of bulimia nervosa: Does dietary restriction predict binge eating?”, **Behaviour Research and Therapy**, 49, 714-717.

EKLER

Ek 1: Etik Onay

Tarih ve Sayı: 26/06/2018-182505



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Elit Bilge BIYIKOĞLU

Sayın Elit Bilge BIYIKOĞLU

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz 24.05.2018 tarih ve 57942 sayılı "Bozulmuş Yeme Davranışları: Toplum Örnekleminde Transdiagnostik Modele dayalı Bir Yaklaşım" konu başlıklı çalışma kurulumuzun 21.06.2018 tarih 06 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

26/06/2018 Sağ. Teknr. : G.ÇELİK

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BESPCJAL4>

Ayrıntılı bilgi için irihbat : Güldane ÇELİK, Dahili : 11816

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul

Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88

e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 2: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. İstanbul Üniversitesi

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi Klinik Sağlık Psikolojisi Doktora Programı öğrencilerinden Uzm. Psk. Elit Bilge Bıyıkoglu'nun Doç. Dr. H. Özlem Sertel Berk danışmanlığında yürüttüğü doktora tez çalışmasına davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; temel yeme bozukluğu psikopatolojisi ve bozulmuş yeme davranışlarında rol oynayabilecek psikososyal faktörleri bütüncül bir model çerçevesinde yetişkin örnekleminde belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika ayırmanız ve 7 soru formunu doldurmanız istenmektedir. Vereceğiniz bilgilerin **doğruluğu** bizim için çok önemlidir. Lütfen soruların başındaki yönergeleri dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 1000 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları **eksiksiz**, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya elitbilge@gmail.com e-posta adresi ve 0 532 6919298 numaralı telefonda ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:@..... Telefon:

Araştırmacının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Ek 3: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Protokol No:

Açıklama: Lütfen aşağıdaki soruları mümkün olduğunca doğru ve eksiksiz cevaplayınız.

- 1) Doğum tarihi:/...../.....
- 2) Cinsiyetiniz: 1-Kadın 2-Erkek
- 3) En son mezun olduğunuz okul:
1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Yüksekokul 5. Üniversite 6. Yüksek Lisans/Doktora
- 4) Şuanda aktif olarak çalışıyor musunuz? 1-Hayır 2- Evet
- 5) Mesleğiniz:.....
- 6) Şuanda yaşadığınız şehir.....
- 7) Yaşamınızın büyük bir bölümünü geçirdiğiniz şehir.....
- 8) Medeni Durumunuz: 1-Bekar 2-Evli 3- Boşanmış/ayrılmış 4- Eşi vefat etmiş
- 9) Çocuğunuz var mı? 1-Hayır 2- Evet
9a). Soruyu Evet diye yanıtladıysanız kaç tane çocuğunuz var?
- 10) Hanenize giren aylık toplam geliri Türk Lirası cinsinden belirtiniz: TL
- 11) Çevrenizle karşılaştırdığınızda ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
1) Alt 2) Alt-orta 3) Orta 4) Üst-orta 5) Üst
- 12) Tanısı konmuş herhangi bir sağlık sorunuz var mı?
1-Hayır 2- Evet ise belirtiniz:.....
- 13) Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?
1-Hayır 2-Evet ise belirtiniz:.....
- 14) Tanısı konmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?
1-Hayır 2-Evet ise belirtiniz:..... Ne kadar süredir?
- 15) 14. Soruyu Evet diye yanıtladıysanız; bu rahatsızlık için tedavi alıyor musunuz?
1-Hayır 2-Evet ise ne tür bir tedavi belirtiniz:.....
.....
- 16) Tanısı konmuş herhangi bir yeme bozukluğunuz (Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Obezite vb.) var mı?
1-Hayır 2-Evet ise belirtiniz:..... Ne kadar süredir?
- 17) 16. Soruyu Evet diye yanıtladıysanız; bu rahatsızlık için tedavi alıyor musunuz?
1-Hayır 2-Evet ise ne tür bir tedavi belirtiniz:.....
.....
- 18) Daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım ya da danışmanlık aldınız mı?
1-Hayır 2-Evet ise ne aldığınızı belirtiniz:.....
- 19) Ailenizde psikolojik / psikiyatrik yardım alan var mı?
1- Hayır 2- Evet ise kim/kimler ve neden belirtiniz.....
- 20) Ayakkabı olmadan, çıplak ayakla ölçtüğünüz boyunuz:
- 21) Üzerinizde kıyafetleriniz olmadan ölçtüğünüz kilonuz (kilo ve gram olarak yazınız):
.....kg.....gram
- 22) En son ne zaman tartıldınız?
- 23) Ne kadar sıklıkla tartılırsınız?
1-tartılmıyorum, kilomu bilmek istemiyorum 2-ayda birden az 3-ayda 1-3
4- haftada bir 5- haftada 2-6 6-hergün 7- günde birkaç kere 8- diğer:.....
- 24) Şuanki kilonuzu nasıl buluyorsunuz? 1- Az 2- İdeal 3- Fazla 4-Çok Fazla

25) Şimdiye kadarki en düşük kilonuz (16 yaş ve üzeri):.....

26) Şimdiye kadarki en yüksek kilonuz:.....

27) Olmak istediğiniz kilo:.....

28) Düzenli olarak diyet (perhiz) yapıyor musunuz?

1-Hayır 2-Evet Evet ise; ne kadar zamandır?.....

29) Düzenli olarak spor ya da egzersiz yapıyor musunuz? 1-Hayır 2-Evet

30) 29. Soruyu Evet diye yanıtladıysanız; ne kadar zamandır düzenli egzersiz

yapıyorsunuz? 1- bir aydan az 2-bir aydan fazla 3-diğer (belirtiniz).....

31) 29. Soruyu Evet diye yanıtladıysanız; spor ya da egzersiz olarak ne/neler

yapıyorsunuz belirtiniz (örneğin; kardiyo, kas geliştirme vb.).

.....

32) 29. Soruyu Evet diye yanıtladıysanız; ne kadar sıklıkla spor ya da egzersiz yapıyorsunuz?

a. Haftada kaç gün?

b. Bir seferde ortalama ne kadar süre? (saat ve dakika cinsinden belirtiniz).....

Yemek yedikten sonra fazla yemeyi telafi etmek için aşağıdaki davranışlardan herhangi birini uyguluyor musunuz?

33) Kusma

1-hiç 2-ayda birden az 3-ayda 1-3 4- haftada bir

5- haftada 2-6 6-hergün 7- diğer:.....

33a) 33. Soruya “hiç”ten farklı bir cevap verdiyseniz; ne kadar süredir?

1- üç aydan kısa süredir 2- üç aydan uzun süredir

34) İshal yapıcı ilaç (laksatif, müshil gibi) ya da herhangi bir benzer madde alma

1-hiç 2-ayda birden az 3-ayda 1-3 4- haftada bir

5- haftada 2-6 6-hergün 7- diğer:.....

34a) 34. Soruya “hiç”ten farklı bir cevap verdiyseniz; ne kadar süredir?

1- üç aydan kısa süredir 2- üç aydan uzun süredir

35) İdrar söktürücü ilaç (diuretic) ya da herhangi bir benzer madde alma

1-hiç 2-ayda birden az 3-ayda 1-3 4- haftada bir

5- haftada 2-6 6-hergün 7- diğer:.....

35a) 35. Soruya “hiç”ten farklı bir cevap verdiyseniz; ne kadar süredir?

1- üç aydan kısa süredir 2- üç aydan uzun süredir

36) Kendini aç bırakma ya da öğün atlama

1-hiç 2-ayda birden az 3-ayda 1-3 4- haftada bir

5- haftada 2-6 6-hergün 7- diğer:.....

36a) 36. Soruya “hiç”ten farklı bir cevap verdiyseniz; ne kadar süredir?

1- üç aydan kısa süredir 2- üç aydan uzun süredir

37) Kilo vermenizi sağlayacak başka bir ilaç (tiroid ilaçları, zayıflama hapları vb.) kullanma

1-hiç 2-ayda birden az 3-ayda 1-3 4- haftada bir

5- haftada 2-6 6-hergün 7- diğ er:.....

37a) 37. Soruya “hiç”ten farklı bir cevap verdiyseniz; ne kadar süredir?

1- üç aydan kısa süredir 2- üç aydan uzun süredir

38) Egzersiz, yürüyüş, ev iş i yapma vb. fiziksel aktivitede bulunma

1-hiç 2-ayda birden az 3-ayda 1-3 4- haftada bir

5- haftada 2-5 6-haftada 6 7-hergün 8- diğ er:.....

38a) 38. Soruya “hiç”ten farklı bir cevap verdiyseniz; ne kadar süredir?

1- üç aydan kısa süredir 2- üç aydan uzun süredir



Ek 4: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

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...	Hiç-	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Her gün
1 -	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
2 -	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (<i>uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için</i>) 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? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
4 -	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (<i>Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.</i>)	0	1	2	3	4	5	6
5 -	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla <u>boş</u> bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6 -	<u>Tamamen düz</u> bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7 -	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle</u> ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğun-laşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
8-	<u>Bedeninizin şekli ve kiloyla</u> 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 yemeyle 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 yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yedığınız 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 kere kendinizi kusturdunuz?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müşil (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.

		Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	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
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 yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	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 görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

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

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

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

Ek 5: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Aşağıda kişilik özellik ve davranışlarına ilişkin bir dizi ifade bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra o maddede belirtilen fikre katılma derecenizi 7 (Tamamen Katılıyorum) ve 1 (Hiç Katılmıyorum) arasında değişen rakamlardan size uygun olanını işaretleyerek belirtiniz.

1 Hiç Katılmıyorum, 2 Katılmıyorum, 3 Biraz Katılmıyorum, 4 Kararsızım, 5 Biraz Katılıyorum, 6 Katılıyorum, 7 Tamamen Katılıyorum. Bu ölçek kişisel görüşlerinize ilgilidir, bunun için “doğru” ya da “yanlış” cevap vermek söz konusu değildir. Önemli olan işaretlediğiniz rakamın sizin gerçek düşüncenizi yansıtmasıdır.

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1) Bir iş üzerinde çalıştığımda iş kusursuz olana kadar rahatlayamam.	1	2	3	4	5	6	7
2) Genelde kişileri kolay pes ettikleri için eleştirmem.	1	2	3	4	5	6	7
3) Yakınlarımla başarılı olmaları gerekmez.	1	2	3	4	5	6	7
4) En iyisinden aşağısına razı oldukları için arkadaşlarımı nadiren eleştiririm.	1	2	3	4	5	6	7
5) Başkalarının benden beklentilerini karşılamakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5	6	7
6) Amaçlarımdan bir tanesi yaptığım her işte mükemmel olmaktır.	1	2	3	4	5	6	7
7) Başkalarının yaptığı her şey en iyi kalitede olmalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
8) İşlerimde asla mükemmelliği hedeflemem.	1	2	3	4	5	6	7
9) Çevremdekiler benim de hata yapabileceğimi kolaylıkla kabullenirler.	1	2	3	4	5	6	7
10) Bir yakınımın yapabileceğinin en iyisini yapmamış olmasını önemli görmem.	1	2	3	4	5	6	7
11) Bir işi ne kadar iyi yaparsam çevremdekiler daha da iyisini yapmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
12) Nadiren mükemmel olma ihtiyacı duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
13) Yaptığım bir şey kusursuz değilse çevremdekiler tarafından yetersiz bulunur.	1	2	3	4	5	6	7
14) Olabildiğim kadar mükemmel olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
15) Giriştiğim her işte mükemmel olmam çok önemlidir.	1	2	3	4	5	6	7
16) Benim için önemli olan insanlardan, beklentilerim yüksektir.	1	2	3	4	5	6	7
17) Yaptığım her şeyde en iyi olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7
18) Çevremdekiler yaptığım her şeyde başarılı olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7

19) Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.	1	2	3	4	5	6	7
20) Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.	1	2	3	4	5	6	7
21) Her konuda üstün başarı göstermesem de başkaları benden hoşlanacaktır.	1	2	3	4	5	6	7
22) Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilerle ilgilenmem.	1	2	3	4	5	6	7
23) Yaptığım işte hata bulmak beni huzursuz eder.	1	2	3	4	5	6	7
24) Arkadaşılarımdan çok şey beklemem.	1	2	3	4	5	6	7
25) Başarı, başkalarını memnun etmek için daha da çok çalışmam gerektiği anlamına gelir.	1	2	3	4	5	6	7
26) Birisinden bir şey yapmasını istersem, işin yapılmasını beklerim.	1	2	3	4	5	6	7
27) Yakınlarımla hata yapmasını görmeye tahammül edemem.	1	2	3	4	5	6	7
28) Hedeflerimi belirlemede mükemmeliyetçiyimdir.	1	2	3	4	5	6	7
29) Değer verdiğim insanlar beni hiçbir zaman hayal kırıklığına uğratmamalıdır.	1	2	3	4	5	6	7
30) Başarısız olduğum zamanlar bile başkaları yeterli olduğumu düşünürler.	1	2	3	4	5	6	7
31) Başkalarımla, benden çok şey beklediğini düşünüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
32) Her zaman yapabileceğimin en iyisini yapmaya çalışmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
33) Bana göstermeseler bile, hata yaptığım zaman diğer insanlar çok bozulurlar.	1	2	3	4	5	6	7
34) Yaptığım her şeyde en iyi olmak zorunda değilim.	1	2	3	4	5	6	7
35) Ailem benden mükemmel olmamı bekler.	1	2	3	4	5	6	7
36) Kendim için yüksek hedeflerim yoktur.	1	2	3	4	5	6	7
37) Annem ve babam nadiren hayatımın her alanında en başarılı olmamı beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
38) Sıradan insanlara saygı duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
39) İnsanlar benden mükemmelden aşağısını kabul etmezler.	1	2	3	4	5	6	7
40) Kendim için yüksek standartlar koyarım.	1	2	3	4	5	6	7

41) İnsanlar benden verebileceğimden fazlasını beklerler.	1	2	3	4	5	6	7
42) Okulda veya işte her zaman başarılı olmalıyım.	1	2	3	4	5	6	7
43) Bir arkadaşımın elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaması benim için önemli değildir.	1	2	3	4	5	6	7
44) Hata yapsam bile, etrafımdaki insanlar yeterli ve becerikli olduğumu düşünürler.	1	2	3	4	5	6	7
45) Başkalarının yaptığı her şeyden üstün başarı göstermelerini nadiren beklerim.	1	2	3	4	5	6	7



Ek 6: Rosenberg Öz-Saygı Ölçeği

Aşağıda insanların kendileri ile ilgili bazı düşünceleri yer almaktadır. Cümleleri okuyarak bu açıdan kendinizi düşünmenizi ve bu cümlelerde ifade edilen düşüncelerin sizin kendinizi değerlendirmeniz açısından ne kadar doğru olduğunu belirtmeniz istenmektedir. Kendinize uygun olduğunu düşündüğünüz seçeneği işaretleyiniz.

	Çok Doğru	Doğru	Yanlış	Çok Yanlış
1- Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	1	2	3	4
2- Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4
3- Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	1	2	3	4
4- Ben de, diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.	1	2	3	4
5- Kendimle gurur duyacak fazla şey bulamıyorum.	1	2	3	4
6- Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	1	2	3	4
7- Genel olarak kendimden memnunum.	1	2	3	4
8- Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	1	2	3	4
9- Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4
10- Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4

Ek 7: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlemin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

- 1: Hiçbir zaman (%0-%10)
- 2: Bazen (%11-%35)
- 3: Yaklaşık yarı yarıya (%36-%65)
- 4: Çoğu zaman (%66-%90)
- 5: Hemen hemen her zaman (%91-%100)

1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5

26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

Ek 8: Kişilerarası Güçlükler Ölçeği

İnsanlar başkalarıyla ilişkilerinde aşağıda belirtilen problemleri yaşadıklarını ifade etmektedirler. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve her maddeyi hayatınızdaki **HERHANGİ BİR ÖNEMLİ KİŞİYLE** (aile bireyleri, dostlar, iş arkadaşları gibi) **İLİŞKİNİZDE** sizin için problem olup olmadığına göre değerlendirin. Problemin **SİZİN İÇİN NE KADAR RAHATSIZ EDİCİ OLDUĞUNU** numaralandırılmış daireleri yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki ifadeler başkalarıyla ilişkilerinizde yapmakta ZORLANDIĞINIZ şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
Benim için,					
1. Başkalarına “hayır” demek zordur.	1	2	3	4	5
2. Gruplara katılmak zordur.	1	2	3	4	5
3. Bir şeyleri kendime saklamak zordur.	1	2	3	4	5
4. Birine beni rahatsız etmemesini söylemek zordur.	1	2	3	4	5
5. Kendimi yeni insanlara tanıtmak zordur.	1	2	3	4	5
6. İnsanları ortaya çıkan problemlerle yüzleştirmek zordur.	1	2	3	4	5
7. Başkalarına kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5
8. Başkalarına kızgınlığımı belli etmek zordur.	1	2	3	4	5
9. Başkalarıyla sosyalleşmek zordur.	1	2	3	4	5
10. İnsanlara sıcaklık/ şefkat göstermek zordur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlarla anlaşmak/ geçinmek zordur.	1	2	3	4	5
12. Başkalarıyla ilişkimde, gerektiğinde kararlı durabilmek zordur.	1	2	3	4	5
13. Başka birisi için sevgi/ aşk hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
14. Başka birinin hayatındaki amaçları için destekleyici olmak zordur.	1	2	3	4	5
15. Başkalarına yakın hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
16. Başkalarının problemlerini gerçekten umursamak zordur.	1	2	3	4	5
17. Başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan öne koymak zordur.	1	2	3	4	5
18. Başka birinin mutluluğundan memnun olmak zordur.	1	2	3	4	5
19. Başkalarından benimle sosyal amaçla bir araya gelmesini istemek zordur.	1	2	3	4	5
20. Başkalarının duygularını incitmekten endişe etmeksizin kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5
Aşağıdaki ifadeler ÇOK FAZLA yaptığınız şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
21. İnsanlara fazlasıyla açılırım/ içimi dökerim.	1	2	3	4	5
22. Başkalarına karşı fazlasıyla agresifim/ saldırganım.	1	2	3	4	5
23. Başkalarını memnun etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
24. Fark edilmeyi fazlasıyla isterim.	1	2	3	4	5
25. Başkalarını kontrol etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
26. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan önüne koyarım.	1	2	3	4	5
27. Başkalarına karşı fazlasıyla cömerdim.	1	2	3	4	5
28. Kendi istediğimi elde edebilmek için başkalarını fazlasıyla yönlendiririm.	1	2	3	4	5
29. Başkalarına kişisel bilgilerimi fazla anlatırım.	1	2	3	4	5
30. Başkalarıyla fazlasıyla tartışırım.	1	2	3	4	5
31. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının benden faydalanmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
32. Başkalarının ıstırapından/ mağduriyetinden fazlasıyla etkilenirim.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

ELİT BİLGE BIYIKOĞLU

UNVANLAR

Klinik Psikolog

Uluslararası Şema Terapi Derneği (ISST) Onaylı Standart Düzey Şema Terapisti

EĞİTİM BİLGİLERİ

Doktora (2022-2014), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı

Yüksek Lisans (2012-2010), Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı (Tez Adı: *Evlilik Uyumunun Mükemmeliyetçilik Özellikleri, Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Cinsiyet Açısından İncelenmesi*)

Lisans (2006-2010), Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

YABANCI DİL

İngilizce

İŞ DENEYİMİ

2014- Evo Psikoloji, İstanbul, Klinik Psikolog ve Psikoterapist

2014-2016 Memorial Suadiye Tıp Merkezi, İstanbul, Klinik Psikolog ve Psikoterapist

2013-2013 ORC International, Melbourne, Avustralya, Yarı-Zamanlı Araştırmacı

2011-2012 Koşuyolu Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul, Psikolog

2011-2011 T.C. Maltepe Belediyesi, İstanbul, Okul Öncesi Çocuk Gelişim Tarama Projesi, Psikolog

AKADEMİK POZİSYONLAR VE VERDİĞİ DERSLER

2022- Altınbaş Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı ve İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Yarı-Zamanlı Öğretim Görevlisi, Dersler: Klinik Süpervizyon (Lisansüstü), Klinik Psikoloji (Lisans)

2018-2020 Şehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul, Yarı-Zamanlı Öğretim Görevlisi, Dersler: Klinik Süpervizyon (Lisansüstü) ve İleri Düzey Psikopatoloji (Lisansüstü)

2017-2019 Mef Üniversitesi, İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Yarı-Zamanlı Öğretim Görevlisi, Dersler: Sağlık Psikolojisi (Lisans) ve Başa Çıkma Becerileri: Stres, Başa Çıkma ve Sağlık (Lisans)

2017-2019 İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Örgütsel Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul, Yarı-Zamanlı Öğretim Görevlisi, Ders: Birbirine Bağlı Perspektifler: Örgütsel, Klinik ve Sağlık Psikolojisi (Lisansüstü)

2016-2017 İstanbul Medipol Üniversitesi, İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Psikoloji Bölümü ve Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul, Yarı-Zamanlı Öğretim Görevlisi, Dersler: Klinik Psikolojide Etik (Lisansüstü), Kişilik Kuramları (Lisans) ve Araştırma Yöntemleri (Lisans).

2015-2017 İstanbul Arel Üniversitesi, Fen-Edebiyat Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Yarı-Zamanlı Öğretim Görevlisi, Dersler: Kişilik Kuramları (Lisans), Psikolojik Testler (Lisans) ve Beden ve Anksiyete (Lisans).

YAYINLAR

Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Bıykoğlu, E.B., Egeci, İ.S. (2017). Marital adjustment: the role of perfectionism, the ways of coping with stress and gender [Evlilik uyumu: mükemmeliyetçilik, stresle başa çıkma yolları ve cinsiyetin rolü]. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4. 125. 10.18844/prosoc.v4i3.2638.

Kitaplar veya Kitap Bölümleri

Bıykoğlu, E.B. (2020). Bilinçli Farkındalık Becerileri (Bölüm çevirisi). E. Köroğlu ve K. Köroğlu (Çeviri Editörleri, Orijinal Ed.: M.M. Linehan). *DBT Beceri Eğitimi: Gereçler ve İşlem Çizelgeleri*. Ankara: Esenkal Yayıncılık.

Tezer-Yörük, N., Bıykoğlu, E.B. (2017). Kuşaklar Arası ve Psikanalitik Aile Terapileri (Bölüm çevirisi). T. İhsan ve H.C. Güngör (Çeviri Editörleri, Orijinal Ed.: D. Gehart). *Aile Terapisinde Yetkinliklerde Uzmanlaşma: Teori ve Klinik Vaka Dokümantasyonuna Pratik Bir Yaklaşım*. Ankara: Pegem Yayınları.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

Bozo, Ö., Bıykoğlu, E.B., Tekin, C. (2011). The moderating role of body image dissatisfaction on hopelessness-depressive symptoms relation in polycystic ovary syndrome patients [Polikistik ovarium sendromu hastalarında ümitsizlik-depresyon semptomları ile

ilişkisinde beden imajı memnuniyetsizliğinin biçimlendirici rolü]. “12th European Congress of Psychology”, İstanbul, Poster Sunumu.

Bıyıkoglu, E.B., Özocak, O. (2010). Behavioral risk factors in cancer: What should psychologists do? [Kanserde davranışsal risk faktörleri: Psikologlar ne yapmalı?]. “24th European Federation of Psychology Students’ Association (EFPSA) Congress”, Hollanda, Sözlü Bildiri, sf.30.

Özocak, O., Bıyıkoglu, E.B. (2010). The impact of internet use on well-being depending on gender in college students across cultures [Üniversite öğrencilerinde internet kullanımının cinsiyete göre iyilik hali üzerindeki kültürler arası etkisi]. “24th European Federation of Psychology Students’ Association (EFPSA) Congress”, Hollanda, Poster Sunumu.

Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

Bıyıkoglu, E.B. (2019). Yeme Bozukluklarında Transdiagnostik Model ve Diyalektik Davranış Terapisi. "II. Diyalektik Davranış Terapisi Sempozyumu", İstanbul Şehir Üniversitesi, İstanbul, Sözlü Sunum.

Bıyıkoglu, E.B. (2018). Mindfulness and Work Life [İK’da Yeni Yaklaşımlar Semineri: Çalışma Yaşamında Bilinçli Farkındalık], İstanbul Bilgi Üniversitesi, Panel Oturumu: Positive Work Life Experience and Mindfulness [Pozitif Çalışma Yaşam Deneyimi ve Bilinçli Farkındalık], “Eating Disorders and Work Life [Yeme Bozuklukları ve Çalışma Yaşamı]”, 4 Mayıs, İstanbul, Panel Konuşmacısı

Bıyıkoglu, E.B. (2014). Oyuncu Kalpler: Çocuklar ve ebeveynler üzerinde oyunun önemi. "2. Zeka ve Yetkinlik Kongresi", Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, Sözlü Sunum.

ÖDÜLLER, ONURLANDIRMALAR VE BURSLAR

2010-2012 Türkiye Bilimsel ve Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), "Lisansüstü Öğrenci Bursu"

2010 24. Avrupa Psikoloji Öğrencileri Birliği Federasyonu (EFPSA) Kongresi, Baarlo, Hollanda, "En İyi Poster Sunumu 2.’liği"

2008-2010 Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, "Yüksek Onur Öğrencisi"

2006-2010 Türkiye Bilimsel ve Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), "Lisans Öğrencileri Bursu"

ÜYE OLUNAN DERNEKLER

Uluslararası Şema Terapi Derneği [International Society of Schema Therapy]