

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

YEME BOZUKLUĞU TANILI ERGENLERDE OLUMSUZ ÇOCUKLUK
ÇAĞI YAŞAM OLAYLARININ EMOSYON REGULASYONU ve
ALEKSİTİMİ ile İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Seren ATEŞ DERVİŞ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

YEME BOZUKLUĞU TANILI ERGENLERDE OLUMSUZ ÇOCUKLUK
ÇAĞI YAŞAM OLAYLARININ EMOSYON REGULASYONU ve
ALEKSİTİMİ ile İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Seren ATEŞ DERVİŞ

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. SEVAY ALŞEN GÜNEY

İZMİR 2023

İçindekiler Tablosu

TABLO LİSTESİ.....	V
EKLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
TEŞEKKÜR.....	x
ÖZET	xi
1.GİRİŞ:	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1.YEME BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER:	3
2.2.ANOREKSİYA NERVOZA:	6
2.2.1.Tanım ve Tanı ölçütleri:	6
2.2.2.Epidemiyoloji	7
2.2.3. Etiyoloji	8
2.2.4. Eşlik Eden Bozukluklar ve Klinik Seyir:.....	9
2.3. BULİMİA NERVOZA	10
2.3.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri:.....	10
2.3.2. Epidemiyoloji	11
2.3.3. Etiyoloji	11
2.3.4. Eşlik Eden Bozukluklar ve Klinik Seyir:.....	12
2.4. TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU	13
2.4.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri	13
2.4.2. Epidemiyoloji	14
2.4.3. Etiyoloji	14
2.4.4. Eşlik Eden Bozukluklar ve Klinik Seyir:.....	16
2.5. TANIMLANMIŞ DİĞER BESLENME VE YEME BOZUKLUKLARI(OSFED).....	16
2.5.1. Epidemiyoloji:	17
2.6. OLUMSUZ ÇOCUKLUK ÇAĞI YAŞANTILARI:	17
2.6.1. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları ile Yeme Bozukluğu İlişkisi:.....	19
2.7. EMOSYON REGULASYONU:	22
2.7.1.Yeme Bozukluğu ve Emosyon Regulasyonu:.....	24
2.7.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları, Emosyon Regulasyonu ve Yeme Bozukluğu:	26
2.8. ALEKSİTİMİ:	27
2.8.1. Aleksitimi ve Yeme Bozukluğu:	29
2.8.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları ve Aleksitimi.....	31
2.8.3. Emosyon Regulasyonu ve Aleksitimi.....	31
3. AMAÇ VE HİPOTEZLER.....	32
4. GEREÇ VE YÖNTEM	33
4.1.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ:	33
4.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	33
4.3. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	33
4.4. ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	34
4.4.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:.....	34
4.4.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri:	35
4.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI:	35
4.5.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu:.....	35
4.5.2. Sosyodemografik Veri Formu.....	35
4.5.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5]	35

4.5.4. Olumlu-Olumsuz-Yardımcı Çocukluk Çağı Yaşam Olayları-Yarı Yapılandırılmış Görüşme	36
4.5.5.Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBİÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)	36
4.5.6. Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ).....	37
4.5.7. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği- EIDDÖ (The Regulation of Emotions Questionnaire - REQ). 37	
4.5.8. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R):.....	38
4.5.9. Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impressions-Severity Index – CGI-SI, CGI-S):	39
4.6. Etik Kurul Onayı	39
4.7. Araştırmanın İstatistiği.....	39
5. BULGULAR	40
5.1.OLGU GRUPLARINDA TANI DAĞILIMI.....	40
5.2. KATILIMCILARIN BİREYSEL VE AİLESEL ÖZELLİKLERİ.....	41
5.3. ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	50
5.4. ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON BULGULARI	56
6. TARTIŞMA	61
6.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİLER, BİREYSEL VE AİLESEL ÖZELLİKLER	61
6.2. ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI:	66
6.3.ÖLÇEKLER ARASI KORELASYON DEĞERLENDİRMELERİ.....	71
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	73
7.1. SONUÇLAR:	73
7.2. ÖNERİLER:	75
8. KISITLILIKLAR:	75
9. KAYNAKÇA	76
10. EKLER	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Olgu Gruplarında Tanı Dağılımı

Tablo 2. Grupların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 3. Grupların Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması

Tablo 4. Grupların Aile Yapılarının Karşılaştırılması

Tablo 5. Grupların Yaşadıkları Yerlerin Karşılaştırılması

Tablo 6. Grupların Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Tablo 7. Grupların Ortalama Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması

Tablo 8. Grupların Ortalama BMI Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 9. Grupların BMI Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 10. Yeme Bozukluğu Grubunda Tanıya Göre BMI ve BMI Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması

Tablo 11. Grupların Anne ve Baba BMI Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12. Grupların Ailede Obezite Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13. Geçmişte ya da Şimdi Yeme Bozukluğu Olan Grupların Ailede Obezite Açısından Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

Tablo 14. Yeme Bozukluğu Grubunun Ailede Obezite Açısından Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

Tablo 15. Grupların Ailede Psikiyatrik Hastalık Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 16. Grupların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımlarına Göre Karşılaştırılması

Tablo 17. Grupların Yataklı Tedavi Öyküsü Yönünden Karşılaştırılması

Tablo 18. Grupların Psikiyatrik Komorbiditeler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 19. Grupların Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları Sayıları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 20. Grupların Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olayları Maruziyetlerinin Karşılaştırılması

Tablo 21. Yeme Bozukluğu Grubu ve Kontrol Grubunun Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olayları Maruziyetlerinin Karşılaştırılması

Tablo 22. Geçmişte ya da Şimdi Yeme Bozukluğu Olan Grupların Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olayları Maruziyetlerinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

Tablo 23. Grupların Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği(YBİÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 24. Grupların Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 25. Yeme Bozukluğu Grubu ve Kontrol Grubunun Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 26. Grupların Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 27. Yeme Bozukluğu Grubu ve Kontrol Grubunun Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği(ÇAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 28. Grupların Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T skor (CDRS-R T skor) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 29. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (CGI-S) Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 30. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBİÖ) Puanlarının Korelasyonu

Tablo 31. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanlarının Korelasyonu

Tablo 32. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Puanlarının Korelasyonu

Tablo 33. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Çocuklar için Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T skor (CDRS-R T skor) Puanlarının Korelasyonu

Tablo 34. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (CGI-S) Puanlarının Korelasyon



EKLER LİSTESİ

EK 1. Sosyodemografik Veri Formu.....	92
EK 2. Ergenler için Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	94
EK 3. Aileler için Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	96
EK 4. Olumsuz, Olumlu ve Yardımcı Çocukluk Çağı Yaşam Olayları Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	98
EK 5. Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği.....	101
EK 6. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği.....	105
EK7. Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği.....	106
EK 8. Etik Kurul Onay Formu.....	107

KISALTMALAR

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ)

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

AN: Anoreksia Nervoza

BN: Bulimia Nervoza

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

OSFED: Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları (Other Specified Feeding and Eating Disorders)

YB: Yeme Bozukluğu

MDB: Major Depresif Bozukluk

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu

ACE: Olumsuz Çocukluk Yaşantıları (Adverse Childhood Experiences)

PCE: Olumlu Çocukluk Yaşantıları (Positive Childhood Experiences)

ER: Emosyon Regulasyonu

K-SADS-PL: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children–Present and Lifetime Version

YBiÖ: Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği

ÇAÖ: Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği

EİDDÖ: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği

ÇDDÖ-R/ CDRS-R: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu

CGI-S: Klinik Global İzlenim Ölçeği - Şiddet

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)

ANOVA: Varyans Analizi

n: Sayı

SS: Standart sapma

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime çok kıymetli katkıları olan, değerli tecrübelerini paylaşarak tez çalışmamda yol gösteren, bu süreçte yalnızca bilgi ve deneyimleri ile değil sabrı ve hoşgörüsü ile de yanımda olan değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Sevay ALŞEN GÜNEY'e,

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim süresince zengin bilgi birikimi ve deneyimlerini paylaşan, her birinden çok şey öğrendiğim ve öğrencisi olmaktan gurur duyduğum saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Neslihan İNAL, Prof. Dr. Aynur AKAY, Prof. Dr. Şahbal ARAS, Doç. Dr. H. Burak BAYKARA, Doç. Dr. Burcu SERİM DEMİRGÖREN'e,

Psikiyatri rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Dokuz Eylül Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın değerli öğretim üyelerine,

Asistanlık sürecimin hem en zor anlarında hem en güzel anlarında olan, bu yolda birlikte yürüdüğüm için kendimi şanslı hissettiğim eşkıdemlerim Dr. Tuğçe TURAN, Dr. Nazan Gündoğan ve Dr. Eren BAŞ'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, asistanlık sürecini keyifli kılan ve kolaylaştıran, tez sürecime katkıları olan tüm asistan arkadaşlarıma, psikolog, hemşire, sekreter ve personellerimize,

Her zaman koşulsuz sevgi sunan, yanımda olan, yola devam etmem için destekleyen ve cesaretlendiren canım anneme, babama ve kardeşime,

Tez sürecimdeki büyük destekçim, yol arkadaşım, eşim Alper'e,

Bu sürecin zor zamanlarında varlıklarıyla yüzümü güldüren minik dostlarıma,

Teşekkür ve sevgilerimle...

Dr. Seren ATEŞ DERVİŞ

ÖZET

Yeme Bozukluğu Tanılı Ergenlerde Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olaylarının Emosyon Regülasyonu ve Aleksitimi ile İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışmanın amacı yeme bozukluğu(YB) tanılı ergenlerin olumsuz ve olumlu/yardımcı yaşam olayları maruziyetleri ile emosyon regülasyon(ER) becerileri ve aleksitimi özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek, yeme bozukluğu tanı kaybı olan grup ve olgu gruplarındaki psikiyatrik eştanılara sahip klinik kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

Çalışmamız Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniğine başvuran, 80 ergenle gerçekleştirilmiştir. YB olan 32 ergen, geçmişte YB olan 16 ergen ve bunlarla psikiyatrik komorbiditeler açısından eşlenmiş 32 ergen olacak şekilde 3 grup oluşturulmuştur. K-SADS-PL-DSM-5 ile YB tanısı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar belirlenmiş, sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Katılımcılara “Olumlu, destekleyici ve olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları” yarı yapılandırılmış görüşmesi ve Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu(CDRS-R) ölçeği uygulanmıştır. Ergenlerden öz bildirim ölçekleri olan Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği(YBİÖ), Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği(ÇAÖ), Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeğini(EİDDÖ) doldurmaları istenmiştir. Klinisyen tarafından Çocuklar İçin Genel Klinik İzlenim-Şiddet formu(CGI-S) doldurulmuştur.

Olumlu/yardımcı yaşam olaylarının sayısı, kontrol grubunda, yeme bozukluğu grubuna göre daha fazla saptanmıştır; ancak olumsuz yaşam olaylarının sayısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı olan grupta, kontrol grubuna göre, duygusal ihmal daha fazla saptanmıştır. YB grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, YB grubunda içsel işlevsel olmayan ER stratejileri ve duyguları tanımlamada zorluk anlamlı şekilde daha fazla saptanmıştır. YB grubunda olumsuz yaşam olayları ile içsel işlevsel olmayan ER stratejileri ve ÇAÖ-tüm puan arasında pozitif orta bir ilişki; olumlu/yardımcı yaşam olayları ile içsel işlevsel olmayan ER stratejileri ve ÇAÖ-duyguları açıklamada güçlük arasında negatif orta bir ilişki, dışsal işlevsel stratejiler arasında pozitif orta bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yeme bozukluğu, olumsuz çocukluk yaşantıları, olumlu çocukluk yaşantıları, emosyon regülasyonu, aleksitimi

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Adverse Childhood Experiences and Emotion Regulation and Alexithymia in Adolescents Diagnosed with Eating Disorders

The aim of this study is to investigate the relationship between exposure to adverse and positive childhood experiences, emotional regulation skills and alexithymia characteristics of adolescents diagnosed with eating disorders, also to compare with the eating disorder recovery group and the clinical control group.

The study was performed in the outpatient unit of the Child and Adolescent Psychiatry Department at Dokuz Eylul University Hospital, with 80 adolescents. Three groups were formed: 32 adolescents with ED, 16 adolescents with ED in the past, and 32 adolescents matched with them in terms of psychiatric comorbidities. Diagnosis of the participants was made with the K-SADS-PL-DSM-5 and a sociodemographic data form was filled in for each patient. Children's Depression Rating Scale-Revised Form (CDRS-R), Clinical Global Impressions-Severity Index (CGI-SI) form were applied to all participants. Adolescents were asked to fill out the self-report scales, the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), the Alexithymia Scale for Children (ASC), Adolescents' Emotion Regulation Questionnaire.

The number of positive childhood experiences (PCE) was found to be higher in the control group than in the eating disorder group; however, no statistically significant difference was found between the groups in terms of the number of adverse childhood experiences (ACE). Emotional neglect was detected more frequently in the group diagnosed with an eating disorder at any time than in the control group. When the ED group and the control group were compared, internal maladaptive ER strategies and difficulty in identifying emotions were significantly more common in the ED group. In the ED group, there was a positive moderate relationship between ACE and internal maladaptive ER strategies and the ASC-whole score; A negative moderate relationship was found between PCE and internal maladaptive ER strategies and ASC-difficulty explaining emotions, and a positive moderate relationship was found between external adaptive strategies.

Key words: Eating disorder, adverse childhood experiences, positive childhood experiences, emotional regulation, alexithymia

1.GİRİŞ:

Olumsuz çocukluk yaşantıları (Adverse childhood experiences-ACE), bir bireyin on sekiz yaşından önce yaşadığı travmatik veya stresli olaylar olarak tanımlanır. Bu olaylar arasında; fiziksel, duygusal, cinsel istismar, ihmal olduğu gibi aile içi şiddet, ailede madde bağımlılığı, ailede ruhsal hastalık, ailede hapis öyküsü, ebeveynlerin boşanması da yer almaktadır[1]. ACE'ler çocukları doğrudan (örn. istismar ve ihmal) ve dolaylı olarak yaşadıkları ortamlar aracılığıyla (örn. aile içi şiddet, ebeveynde ruhsal bozukluk gibi) etkileyen olayları içerir[2]. Çalışmalar, çocuklukta kronik strese maruz kalmanın sinir, endokrin ve immun sistemlerin gelişiminde değişikliklere yol açtığını, bu çocuklarda bilişsel, sosyal ve duygusal işlevsellikte bozulma olduğunu ve allostatik yükün artmasına neden olduğunu giderek daha fazla ortaya koymaktadır[3,4]. Çocukluk çağında olumsuz yaşantılara maruz kalmak, yaşam boyunca depresyon, intihar girişimi, madde kullanımı, obezite, kalp hastalığı ve kısalmış yaşam süresi gibi pek çok uzun vadeli olumsuz fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları için zemin hazırlayabilir ve bu nedenle “diğer tüm temel nedenlere rakip olabilecek veya aşabilecek” önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir [5].

Yeme bozuklukları kompleks ve multifaktöriyel bozukluklardır. Özellikle fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki pek çok çalışmada gösterilmiş[6–12]; bu ilişkiye emosyon disregulasyonu, olumsuz temel inançlar, dissosiyatif yaşantılar ve dürtüselliğin aracılık ediyor olabileceği gösterilmiştir [13–17]. Tekrarlayıcı, kronik, şiddetli, kümülatif olumsuz çocukluk yaşantıları ve travmatik deneyimlerin emosyon regülasyon becerilerinin gelişimi üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır[18,19].

Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında yeme bozukluğu olan kişilerde daha fazla emosyon regülasyon güçlüğü olduğu bulunmuştur[20–22]. YB'larında emosyon disregulasyonunun rolü, hem duygusal çalkantıların hem de yeme bozukluğunun başlangıcının en yoğun olduğu dönem olan ergenlik döneminde özellikle anlamlı olabilir[23].

Duyguları düzenleyebilmek için öncelikle duyguları tanıyabilmek gerekir. Aleksitimik bireylerin duyguları tanımlamadaki güçlükleri, duygu düzenleme süreçlerini olumsuz etkilemekte, stresle baş etme kapasitelerini azaltmaktadır.

Aleksitimi ile çocukluk çağı istismarı arasındaki ilişki için bulgular kesin olmamakla birlikte, bazı çalışmalarda çocuklukta istismar öyküsü olanlarda daha yüksek aleksitimi düzeyleri bulunmuştur [24–26]. Duygusal ihmalin ise özellikle belirgin bir role sahip olduğu

ve aleksitimi şiddetini de öngördüğü, duygusal ihmale maruz kalmış kişilerin duygularını kabul etme ve ifade etme becerilerinin daha düşük ve duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur [27]. Yüksek aleksitimi düzeyine sahip ergenlerde yeme sorunlarının daha sık görüldüğü de gösterilmiştir[28,29].

ACE'lerin yüksek prevalansı ve bunların birçok ruhsal bozukluk ve suicidalite ile ilişkisi göz önüne alındığında, olumsuz çocukluk yaşantıları olan risk altındaki çocukların erken saptanması ve bu çocuklarda duyguların tanımlanması ve ifade edilmesini sağlayan müdahaleler, işlevsel olmayan emosyon regülasyon stratejilerinin işlevsel stratejiler ile değiştirilmesini hedefleyen tedavi yaklaşımlarının daha sonra yeme bozuklukları ve birçok diğer psikiyatrik bozukluğun gelişme riskini azaltabilecek önemli yaklaşımlar olduğu düşünülmektedir.

Literatürde olumsuz çocukluk yaşantılarının olumsuz sonuçlarını gösteren çok sayıda çalışma görülmüş; ancak olumlu çocukluk yaşantıları (positive childhood experiences(PCE) / counter ACE) ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Koruyucu faktörler modeli, bir takım koruyucu faktörlerin çocuklarda rezilyansı artırarak ACE'lerin olumsuz sonuçlarını azaltabileceğini önermektedir[30] PCE'ler olumlu ebeveynlik, aile tarafından desteklenme hissi, okula aidiyet/bağlılık, anlamlı inançlara sahip olmak ve aile, arkadaşlar ve ebeveynler dışındaki bazı yetişkinlerle yakın ilişkileri kapsar [31–33]. Yüksek PCE'ye sahip çocukların, yüksek ACE sayılarına rağmen, ruhsal veya diğer tıbbi hastalıkları bildirme olasılıklarının daha düşük olduğu[34], PCE'lerin daha az madde kullanımı, daha az riskli cinsel birliktelik, daha az depresyon ve daha olumlu bir beden algısı ile ilişkili olduğu, ACE'lerin olumsuz etkilerini azaltabileceği belirtilmektedir[35]. Ancak literatürde olumlu çocukluk yaşantıları ile yeme bozukluğu ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Bu çalışmada yeme bozukluğu olan ergenlerde travmatik yaşantılar yanında daha az araştırılan diğer olumsuz çocukluk yaşantıları ve olumlu çocukluk yaşantıları maruziyetleri ile emosyon regülasyon(ER) becerileri ve aleksitimi özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek, yeme bozukluğu tanı kaybı olan grup ve olgu gruplarındaki psikiyatrik eştanılara sahip klinik kontrol grubu ile karşılaştırmak amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Yeme bozuklukları ile ilgili genel bilgiler:

Yeme bozuklukları, fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileyen, yaşamı tehdit edebilen, kompleks ve multifaktöriyel patolojiler[36] olup, obezite ve astımdan sonra ergenlik döneminde en sık görülen 3. kronik hastalık olması nedeniyle önemlidir [37]. Beden algısında bozulma, vücut ağırlığı ve beden görünümü ile aşırı meşgul olma ile birlikte, gıda alımının gönüllü olarak kısıtlanması veya tıknırcasına yeme atakları ve sonrasında suçluluk duygusunun varlığı ile karakterize bozukluklardır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), genel tıbbi durum için yüksek risk ve yüksek psikiyatrik komorbidite nedeniyle yeme bozukluklarını, çocuklar ve ergenler için öncelikli psikiyatrik sorunlar arasına yerleştirmiştir.[36]

DSM-5'e göre; pika sendromu, ruminasyon bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozukluğu (OSFED) ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu şeklinde 8 alt grup, beslenme ve yeme bozuklukları kapsamında ele alınmaktadır[38]. Yeme bozukluklarından anoreksiya nervoza, bulimia nervosa, tıknırcasına yeme bozukluğu ve tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları, ergen popülasyonda daha sık görülmektedir. Bu bozuklukların geniş bir spektrumda olduğu ve olguların sıklıkla bu bozukluklar arasında geçiş gösterdiği düşünülmektedir.[37]

DSM-IV'ten (APA 1994) DSM-5'e (APA 2013) geçişte, beslenme ve yeme bozuklukları sınıflandırılması ve tanı kriterlerinde değişiklikler yapılmıştır. Öncelikle iki grup birleştirilerek (Bebek ve Küçük Çocuklarda Görülen Beslenme ve Yeme bozuklukları ile Yeme Bozuklukları), tek bir başlık altında (Beslenme ve Yeme bozuklukları) toplanmıştır. AN tanı kriterlerinden amenore ölçütü, amenoresi olan ve olmayan hastaların klinik gidişleri arasında anlamlı bir fark bulunmaması nedeniyle kaldırılmış, prepubertal ya da kontraseptif kullanan kızlar ile erkeklerin de tanı alması sağlanmıştır. Tıknırcasına yeme bozukluğu DSM-5'te Beslenme ve Yeme Bozuklukları başlığı altına dahil edilmiştir. Ayrıca BN tanısı için

tıkınırcasına yeme atakları ve uygunsuz telafi edici davranışların sıklığı, ayrıca TYB için tıkınırcasına yeme ataklarının sıklığı, en az haftada 2 yerine, en az haftada 1 olarak değiştirilmiştir. DSM-5 ile AN ve BN tanı eşikleri düşürülmüş, TYB tanısı eklenmiş, DSM-IV'e göre Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA-YB) tanısı alan olguların heterojen tanı kümelerinden çıkartılarak homojen tanı kümelerine yerleştirilmeleri amaçlanmıştır. Çalışmalar DSM-5 ile yapılan değişiklikler ile eşik altı olmayan yeme bozukluklarının yaşam boyu yaygınlık oranlarında dikkate değer bir artış olduğunu öne sürmektedir. Örneğin, 11-20 yaşları arasındaki 3043 çocuk ve ergenden oluşan bir örnekleme, eşik altı olmayan yeme bozukluklarının genel yaygınlığı DSM-5'te (%3,8) DSM-IV (%1,8) kriterlerine göre iki kat daha yüksek bulunmuştur [39]. Başka bir çalışmada, 16-20 yaş arası kadınlarda AN yaşam boyu yaygınlığının %2,2'den (DSM-IV) %3,6'ya (DSM-5), %60 arttığı bulunmuştur[40]. Kadınlarda DSM-5 yaşam boyu yaygınlığının BN için %2'ye [39,41] ve TYB için %2'ye kadar olduğu ve eşik altı tanılarda belirgin bir azalma olduğu, DSM-5 ile kız ergenlerde yaşam boyu AN prevalansının %50,0 ve BN prevalansının %40,0 arttığı [42]; BTA-YB sıklığının yaklaşık %50 azaldığı belirtilmiştir. [43]

Yeme bozukluklarının toplumda yaşam boyu görülme sıklığı kadınlarda %8,4 (%3,3-18,6), erkeklerde %2,2 (%0,8-6,5) olarak saptanmış olup, kadın cinsiyette daha sık görülmektedir [44]

Ergenlik dönemindeki sıklığına bakıldığında ise, kız ergenlerin %5,7'sinde ve erkek ergenlerin %1,2'sinde ömür boyu herhangi bir DSM-5 yeme bozukluğu tanısı saptanmış, kız ergenlerde en sık AN ve TYB, erkek ergenlerde ise TYB bulunmuştur[42]

Avustralya'da 5191 ergenle yapılan bir çalışmada, DSM-5 kriterlerine göre ergenlik döneminde herhangi bir yeme bozukluğu nokta prevalansı %22,2 olarak saptanmış, BTA-YB (%11,2), tanı kriterlerini tam olarak karşılayan diğer yeme bozukluklarının toplamından (%6,2) daha fazla saptanmıştır.[45]

Kızlarda yaşam boyu DSM-5 AN prevalansı %1,7, BN prevalansı %0,8 ve TYB prevalansı %2,3 bulunmuştur. [42] Yeme bozukluklarının 1 yıllık prevalansının incelendiği başka çalışmalarda ise AN kızlarda %0.3-0.9, erkeklerde %0.1-0.3; BN kızlarda %1-2, erkeklerde %0.3-0.5; TYB kızlarda %1,5-2, erkeklerde %0.4-0.8 saptanmıştır. [37]

Türkiye’de lise öğrencilerinde yeme bozukluklarının nokta prevalansı ve psikiyatrik komorbiditelerin araştırıldığı, 2011 yılına ait bir çalışma dışında çalışma görülememiştir. İki aşamalı bu çalışmada ergenlerde YB nokta prevalansı %2.33, ergen kızlarda oran %4.03 bulunmuş, AN nokta prevalansının % 0.034, BN % 0.79, BTA-YB % 1.51, TYB % 0.99 saptanmış, literatürle uyumlu şekilde BTA-YB’nun ergenlerde en sık görülen YB olduğu, TYB ise erkeklerde en sık görülen YB olduğu saptanmış; YB grubunda en sık eştanıların depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur. [46]

Yeme bozukluklarının pik yaptığı yaş, beden imajının pekiştirildiği bir değişim aşaması ve gelişimsel olarak hassas bir dönem olan ergenlik dönemidir[36]. Çoğu retrospektif başlangıç yaşı verileri, yeme bozukluklarının adolesan ya da genç erişkinlik döneminde başladığını göstermektedir. [47] Bir çalışmada ortalama başlangıç yaşı AN için 15,1, BN için 16,0 ve TYB için 13,9 bulunmuştur.[42] Yeme bozuklukları giderek daha genç yaştaki insanları etkilemektedir. Her altı ya da yedi genç kadından birinde yeme bozukluğu saptanmaktadır ve AN ergenlik döneminde sık görülen kronik bozukluklardan biridir. Mortalite oranları, yeme bozukluğu olan kişiler için genel popülasyona göre neredeyse iki kat, AN hastaları için yaklaşık altı kat daha yüksektir.

Her ne kadar DSM-5 kriterleri, DSM-IV ile karşılaştırıldığında yeme bozuklukları arasındaki geçiş yüzdesini azaltmış gibi görünse de, yeme bozukluklarında tanısal instabilite anlamlı olmaya devam etmektedir[48]. DSM-5 kriterlerini kullanan takip çalışmaları yeme bozuklukları arasındaki geçiş oranlarını şu şekilde bildirmiştir: AN'dan BN'ye %9–23,4; BN'den AN'ye %0,5–8,4; BN'den TYB’a %1–23; TYB’dan BN’ye %7,1–20. AN'den TYB’na ya da TYB’dan AN’ya geçiş ise yok denecek kadar azdır (< %1)[41,49,50]. Başlangıçta yeme bozukluğu olan kişilerin yaklaşık üçte biri, izlemde OSFED kriterlerini karşılamaktadır[41].

Ergenlerin önemli bir kısmını etkileyen, giderek daha erken yaşlarda ortaya çıkmaya başlayan bu bozuklukların erken saptanması ve önlenmesi, yaşamsal riskler ve hastalığın prognozu açısından önem arz etmektedir.[51]

Yeme bozukluklarında psikiyatrik komorbidite oldukça sıktır ve psikiyatrik komorbidite, olumsuz uzun dönem sonuçlarla ilişkilidir. Klinik ve epidemiyolojik örneklemede, en az 1 psikiyatrik komorbid durum yaşam boyu %45-%97 arasında eşlik etmektedir. En sık komorbid bozukluklar depresyon ve anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk(OKB), madde kullanım bozukluğu(MKB) ve kişilik bozuklukları olarak saptanmış;

depresyon ve anksiyete bozukluğu tüm yeme bozukluklarında, OKB AN'da, post-travmatik stres bozukluğu (PTSB) özellikle AN-tıkınırcasına yeme/çıkartma tipinde, MKB ise BN'da daha yaygın saptanmıştır.[52] AN tanılı ergenlerdeki psikiyatrik komorbiditeyi araştıran bir çalışmada, en az bir psikiyatrik eştanı oranı %47.3 bulunmuş, en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar yine duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluğu ve OKB olarak bulunmuştur. Ayrıca AN-kısıtlayıcı tip tanılı ergenlerin, AN-tıkınırcasına yeme/çıkartma tipi tanılı ergenlere göre anlamlı olarak daha düşük psikiyatrik komorbidite gösterdiği ve daha düşük depresyon ölçek puanları olduğu bulunmuştur. [53]

Çoğu çalışma yetişkinlere odaklanmıştır ve kritik bir gelişim dönemi olmasına rağmen, ergenlik döneminde görülen YB'nin olumsuz sonuçları hakkında daha az şey bilinmektedir.[54]

2.2.Anoreksiya Nervoza:

2.2.1.Tanım ve Tanı ölçütleri:

AN'nın temel semptomları ciddi ölçüde düşük beden ağırlığına karşın yemenin ve enerji alımının belirgin biçimde kısıtlanması, kilo almaktan korkma ve bozulmuş beden algısıdır. Kişi yaşı, cinsiyeti, gelişim dönemi ve beden sağlığı için normal kabul edilen en düşük vücut ağırlığının altında kalmaya yol açacak şekilde kalori alımını kısıtlar. (DSM-5 A tanı ölçütü). Erişkinlerde bu ölçüt ile ciddi düzeyde kilo kaybı kastedilirken, çocuk ve ergenlerde gelişim düzeyine göre beklenen vücut ağırlığına ulaşamama, kilo alamama ya da beklenen kilo alımının sağlanamaması şeklinde görülebilir. Kişi kilo almaktan belirgin bir biçimde korkar ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığına rağmen kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunur (B ölçütü). Kişinin bedenini nasıl algıladığı ile ilgili bir bozukluk vardır, kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da düşük vücut ağırlığının önemini kavrayamaz (C ölçütü). Beden algısındaki bu bozulmaya bağlı olarak sık tartılma, aynaya bakma, bazı beden bölgelerini ölçme gibi kontrol davranışları görülür. Kişinin özdeğerinin büyük ölçüde beden görünümü ve ağırlığına bağlı olduğu bu bozuklukta kilo vermek büyük bir başarı olarak görülürken kilo almak ise kendini kontrol etmede bir başarısızlık olarak algılanmaktadır.

AN'nin 2 alt tipi bulunmaktadır ve alt tipler önemlidir; çünkü her iki alt tip psikiyatrik ve tıbbi komorbiditeler ve gidiş açısından farklılık gösterir. Alt tipler arasında geçiş

olabilmektedir. Adolesanlarda tıknırcasına yeme/çıkarma davranışlarına yetişkinlerden daha az rastlandığına dair çalışmalar mevcuttur.

- Tıknırcasına yeme/çıkarma tipi AN: Son üç ay içinde, tekrarlayan tıknırcasına yeme ya da çıkarma davranışları (kendini kusturma, laksatif ya da diüretik kullanımı yoluyla) olanlar.

- Kısıtlayıcı tip AN: Son üç ay içerisinde tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları veya çıkarma davranışları göstermeyen, kilo kaybını temel olarak diyet yapma ve/veya aşırı egzersiz yolu ile sağlayan hastalar.

Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, erişkinlerde Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından BKİ $18,5 \text{ kg/m}^2$ 'nin altında olması olarak tanımlanırken, çocuk ve ergenlerde büyüme ve gelişmedeki farklılıklara bağlı olarak kesin sınırlar belirlemek zordur. Çocuk ve ergenler için DSM-5'te bir kesme değeri bulunmazken, daha yeni olan ICD-11'de bir kesme değeri olduğu görülmektedir. AN tanısı için bireyin boyu, yaşı ve gelişim düzeyine göre önemli ölçüde düşük vücut ağırlığı kriteri için, çocuk ve adolesanlarda yaşa göre BKİ persentilinin 5. persentilin altında olması olarak tanımlanır.

Çocuk ve ergenlerde AN şiddeti, erişkinlerden farklı olarak, yine yaş ve cinsiyete göre belirlenen BKİ persentillerine göre belirlenir. ICD-11 ile çocuk ve ergenlerde BKİ persentili;

- 0.3-5 persentil arasında olanları önemli derecede düşük,

- <0.3 persentil olanları tehlikeli derecede düşük olarak sınıflandırıldığı görülmektedir[55].

2.2.2.Epidemiyoloji

DSM-5 kriterlerine göre AN'nın yaşam boyu yaygınlığı %2,4-4,3, en sık başlangıç yaşı aralığı 15-19, kadın:erkek oranı 10:1 saptanmıştır[56]. Smink ve ark. (2014), tarafından yapılan bir çalışmada kızlarda yaşam boyu DSM-5 AN prevalansı %1,7 saptanmıştır [42]. Yeme bozukluklarının 1 yıllık prevalansının incelendiği başka çalışmalarda ise AN kızlarda %0.3-0.9, erkeklerde %0.1-0.3 bulunmuş ve AN ortalama başlangıç yaşı 12.3 saptanmıştır.[57] ABD adolesan kızlarla yapılan 8 yıllık bir izlem çalışmasında DSM-5 kriterlerine göre AN yaşam boyu prevalansı %0.8 saptanmıştır[41].

2.2.3. Etiyoloji

Yeme bozukluklarında etiyoloji kompleks ve multifaktöriyeldir. Genetik, nörobiyolojik, gelişimsel, bilişsel, psikodinamik, ailesel, sosyokültürel ve çevresel çeşitli etkenlerin neden olduğu düşünülmektedir.

Klump ve ark. (2007), orta ve geç ergenlik dönemindeki yeme sorunlarında genetik faktörlerin prepubertal döneme göre önemli ölçüde daha önemli olduğunu bulmuşlar, bu nedenle ergenliğin, belirli bireyleri yeme bozukluklarının gelişimine daha duyarlı hale getiren bazı genetik faktörlerin etkinleştirildiği kritik bir dönem olabileceğini düşünmüşlerdir[58]. YB'larının özellikle adolesan dönemdeki kızlarda daha sık görülmesi nedeniyle bu dönemle ilgili aday genler araştırılmış, Östrojen reseptör-1(ESR1) geni ile AN-kısıtlayıcı tip arasında potansiyel bir ilişki olabileceği saptanmıştır[59].

İkiz çalışmalarında AN için %48-88 kalıtsallık olduğu bulunmuştur[60].

AN tanılı, uzun dönemde normal kilolarına kavuşan hastalarda yüksek BOS 5-HİAA seviyeleri tanımlanmış, bu yüzden hiperserotonerjik fonksiyonun, YB olan hastalarda bir belirteç olabileceği, AN hastalarında sıklıkla tanımlanan bilişsel katılık, mükemmeliyetçilik ve obsesif traitler gibi karakteristik özellikler ile de ilişkili olabileceği düşünülmüştür [61]. Ancak sonraki yıllarda serotonerjik sistemle ilgili moleküler genetik çalışmaların çoğu negatif ya da şüpheli sonuçlanmıştır[62]. Bir metaanalizde 5HT2A reseptör geninin 1438A aleli ile AN arasında[63], başka bir meta-analizde de seratonin transporter geninin kısa aleli (5-HTTLPR-S) AN ile BN arasında ilişki saptanmıştır[64]. Başka bir çalışmada Dopamin D2 reseptör(DRD2) gen polimorfizminin AN ile potansiyel ilişkisi olabileceği bulunmuştur[65].

Günümüzde, AN'lı hastalarda beyaz ve gri cevherde incelme ve BOS artışı olduğu iyi bilinmektedir. Bunun yanında sol hipotalamusta, sol inferior parietal lobda, sağ lentiform çekirdekte ve sağ kaudat nukleusta bölgesel azalmalar olduğu bulunmuştur[66]. Bazı çalışmaların sonuçlarına göre normal vücut ağırlığına ulaşılması ile bu değişiklikler düzelirken, bazı çalışmalarda düzelme gözlenmemiştir[67]. Dolayısıyla bu bulguların hastalığın nedeni mi yoksa malnutrisyon ve tıknırcasına yeme-çıkarma ataklarının sonucu mu olduğu bilinmemektedir.

Ayrıca farklı çalışmalarda, ilk 5 yıl içinde AN'den BN'ye %8-55 geçiş; BN'den AN'ye %4-27 geçiş olduğu[68]; ve BN'dan TYB'a %4-45 oranında geçiş olduğu bulunmuş[69] bu

yüksek geçiş oranları, bu bozuklukların etiyolojisinde pek çok ortak faktör olabileceğini düşündürmüştür.

Psikodinamik kurama göre AN'de ergenlik ile artan cinsel dürtüler oral dürtüler ile yer değiştirmekte, böylece genital düzeydeki çatışma kişinin daha güvenli olan oral döneme regresyonu ile daha kontrol edilebilir hale getirilmektedir. Yani AN'da yemenin bilinçdışı anlamı cinsel dürtüler ve hamile kalmak iken; kişinin kendini aç bırakması ise buna bir savunma olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca beden giderek zayıflayıp yağ dokusunu kaybederek çocuksu bedene geri dönmekte, amenore ile doğurganlık ve cinsel dürtüler inkâr edilmektedir. Psikanalitik açıdan bakıldığında YB'ları sıklıkla öz düzenleme ve emosyonel durumlar arası geçişte zorlukla ilişkilendirilmekte ve yeme üzerinde kontrol çabası, emosyon regülasyonu ve özerklik sağlama girişimi olarak yorumlanmaktadır.

Yeme bozukluklarının etiyolojisinde olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının da önemli olduğu bilinmektedir[6–8]. Bir metaanalizde çocukluk çağı travması ile yeme bozukluklarının gelişimi arasında dissosiasyon, emosyon regülasyon güçlüğü, beden memnuniyetsizliği, olumsuz duygulanım/depresyon, anksiyete, self-kritisizm ve aleksitiminin aracı rolü olduğu bulunmuştur[70].

2.2.4. Eşlik Eden Bozukluklar ve Klinik Seyir:

AN'lı ergenlerde psikiyatrik eştanı oldukça sıktır ve bu, olumsuz uzun dönem sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. ABD'de 13-18 yaş arasındaki 10.123 ergenle yapılmış bir çalışmada AN'da psikiyatrik komorbidite oranı %55,2 saptanmış; AN'a %23,9 oranında herhangi bir anksiyete bozukluğunun, %8,7 oranında MDB'nin eşlik ettiği bulunmuştur. AN olan ergenlerde intihar düşüncesi % 31,4 oranında görülürken, intihar girişimi ise % 8,2 oranında görülmüştür. [57]

Başka bir çalışmada AN tanılı adolesanlarda en az bir psikiyatrik eştanı oranı %73,3 saptanmış; AN alt tipleri arasında fark bulunmamış, en sık eştanılar %60,4 oranla duygudurum bozuklukları, %25,7 oranla anksiyete bozuklukları ve %16,8 oranla OKB bulunmuştur. [71] Anksiyete bozukluklarının sıklıkla çocukluk döneminde başladığı ve yeme bozukluklarından önce de olduğu, anksiyete bozuklukları içerisinde %20-55 oranla sosyal fobinin oldukça sık eşlik ettiği belirtilmiştir.[72] AN tanılı ergen kızlarla yapılan başka bir çalışmada, AN'da en az

bir psikiyatrik eştanı oranı %47,3 bulunmuş, en sık duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları eşlik ettiği, ayrıca AN-tıkınırcasına yeme/çıkarma tipinde anlamlı olarak daha sık psikiyatrik komorbidite ve suisid girişimi olduğu saptanmıştır.[53] AN'li kişilerde mükemmeliyetçilik, obsesif kompulsif kişilik özellikleri ve OKB de görülmektedir. [73,74]

AN bazı bireylerde iyileşme, ancak bazılarında kronikleşme ve hatta ölümle sonuçlanmaktadır. Steinhausen ve ark. (2002) , AN tanılı 5.590 hastayı kapsayan 119 çalışmayı analiz etmiş, ölüm oranının %5 olduğunu, sağ kalanların %46,9'unun tamamen iyileştiğini, %33,5'inin kısmi iyileşme gösterdiğini ve %20'sinin kronikleştiğini bildirmişlerdir. [75] 103 AN hastasını 12 yıl boyunca izlendiği bir çalışma sonucunda olguların %27,5'inin iyi, %25,3'ünün orta, %39,6'sının kötü gidiş gösterdiği; yine aynı çalışmada 12 yılın sonunda hastaların %19'u AN, %9,5'i BN, %19'u BTA-YB olarak sınıflandırılmış, %52.4'ünde ise yeme bozukluğu tanı kriterlerinin artık sağlanmadığı görülmüştür[76] .

Yetişkin AN'nin uzun dönem izlem çalışmalarına göre, beş yıldan uzun AN'ye sahip olmak olarak tanımlanan kronikleşme oranları farklı çalışmalarda %7-15 ve mortalite oranı %5-7 bulunmuştur. Ölüm genelde tıbbi komplikasyonlar ya da intihar sebebiyledir.

17 yaş öncesi pubertal dönemde başlayan AN, erişkin başlangıçlı olana göre daha iyi bir prognoza sahipken , pre-pubertal başlangıç daha kötü prognozludur[37]. Tıkınırcasına yeme-çıkarma davranışının ve psikiyatrik komorbiditenin olmaması da olumlu prognostik faktördür.

2.3. Bulimia Nervosa

2.3.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri:

BN'nın temel semptomları kontrolü kaybetme duygusunun eşlik ettiği tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme atakları, uygunsuz telafi edici davranışların bulunması ve beden ağırlığı ve görünümünden aşırı derecede etkilenen kendilik değerlendirmesidir. Kişide tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları görülür ve bu ataklar benzer koşullarda, benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yeme ve bu ataklar sırasında yemek yeme ile ilgili kontrolün kaybı hissini içerir. (DSM-5 A tanı ölçütü) Kontrol kaybı, yeme atağı başladığında fazla miktarda tüketene kadar yemek yemeyi durduramama olarak tanımlanmaktadır. Kişi kilo

almaktan sakınmak için kendi kendini kusturma, laksatif ya da diüretik ilaçları uygunsuz kullanma, aşırı egzersiz yapma ya da aç kalma gibi uygunsuz telafi edici davranışlarda bulunur. (DSM-5 B tanı ölçütü) Bu tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez ortaya çıkar. (DSM-5 C tanı ölçütü) Kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler (DSM-5 D tanı ölçütü) ve bu bozukluk, yalnızca AN dönemleri arasında ortaya çıkmaz.(DSM-5 E tanı ölçütü) BN'li olgular çoğunlukla normal kilo aralığında bulunur.

BN'da hastalık şiddeti uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına göre belirlenir. Hafif (haftada 1-3 kez), orta (haftada 4-7 kez), ağır (haftada 8-13 kez) ve çok ağır (haftada 14 veya daha fazla uygunsuz telafi edici davranış) olarak sınıflandırılır.

2.3.2. Epidemiyoloji

BN, AN'ya göre daha sık, erkeklerde ise kızlara oranla çok daha nadir görülmektedir.

Adolesan kızlarla yapılan 8 yıllık bir izlem çalışmasında DSM-5 kriterlerine göre BN yaşam boyu prevalansı %2,6, en sık başlangıç yaşı 16-20 yaş saptanmıştır[41]. Sıklıkla geç adolesan ve erken erişkinlik döneminde başlamaktadır.

Bir çalışmada BN yaşam boyu prevalansı kız ergenlerde %1,3, erkek ergenlerde %0,5 olarak bildirilmiştir. [57] Smink ve ark tarafından yapılan çalışmada DSM-5 kriterleri kullanıldığında kızlarda yaşam boyu BN prevalansı %0,8 saptanmış[42]; yeme bozukluklarının 1 yıllık prevalansının incelendiği başka çalışmalarda ise BN kızlarda %1-2, erkeklerde %0.3-0.5 bulunmuştur.[37]

2.3.3. Etiyoloji

BN etiyolojisi tam olarak bilinmemekte, genetik, biyolojik, çevresel ve sosyokültürel faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir.

İkiz çalışmalarında BN'nin kalıtsallığı %28-83 olarak bildirilmiştir[60]. Bir meta-analizde serotonin transporter geninin kısa aleli (5-HTTLPR-S) ile AN'da olduğu gibi BN arasında da ilişki saptanmıştır[64]. Serotonin sentezinde hız kısıtlayıcı enzim olan triptofan

hidroksilaz 2 (TPH2) gen polimorfizmi ile kendini kusturma davranışı arasında ilişki saptanmıştır[60].

BN olgularında DRD2 gen metilasyonu da araştırılmış; yalnızca çocukluk çağı cinsel istismarı bildiren ve/veya borderline kişilik özellikleri gösteren BN olgularında DRD2 gen metilasyonu açısından anlamlı bulgular saptanmıştır[77]

Nörogörüntüleme çalışmalarında BN olgularında PFK'te hipoaktivite saptanmış, bunun dürtüsellik ve tıknırcasına yeme atakları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür[78]. BN olgularında PFK'da 5HT1-A reseptör sayısında artış saptanmış, bunun dürtü kontrolünde bozulma ile ilişkili olduğu ve iyileşme sonrasında devam ettiği gösterilmiştir[79].

Travmatik yaşantılar ve olumsuz çocukluk çağı yaşantıları da BN riskini artırmaktadır[6–9].

2.3.4. Eşlik Eden Bozukluklar ve Klinik Seyir:

BN'da komorbid duygudurum bozukluğu görülme sıklığı AN ile benzerdir (%50-70). Bir epidemiyolojik çalışmada, BN'li bireylerin %50'sinin bir duygudurum bozukluğu, %66'sının ise bir anksiyete bozukluğu eş tanısı olduğu bulunmuştur. [57] Başka bir çalışmada BN'li ergenlerin %20'si madde kullanımı bildirmiştir. Calero-Elvira ve ark. (2009) yaptıkları bir meta-analizde, sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında YB olan kişilerde madde kullanımının daha fazla olduğunu bulmuştur. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, en yüksek madde kullanım yaygınlığının BN-çıkartma davranışı olanlarda olduğunu ve bunu TYB olanların izlediğini, AN kısıtlayıcı tipte olanların ise sağlıklı kontrollere göre daha düşük madde kullanım oranına sahip olduğunu bildirmiştir.[80]

BN'da DEHB eş tanısı sık görülmektedir. Bir çalışmada BN'li ergen ve yetişkinlerin yaklaşık %20'si çocukluk çağında DEHB kriterlerini karşılarken, sağlıklı kontrollerde bu oran %2,5 saptanmış; DEHB eş tanısı olanların yeme sorunları ve genel psikopatolojileri de daha şiddetli bulunmuştur [81]. BN'de en sık görülen kişilik bozuklukları ise, borderline kişilik bozukluğunu da içeren B-küme kişilik bozukluklarıdır.

Bir gözden geçirme yazısında BN tanılı olguların izlemde %45'inin tamamen iyileştiği, %27'sinin önemli ölçüde iyileştiği ve %23'ünde hastalığın kronikleştiği, tüm olguların %22,5'unda başka bir yeme bozukluğu geliştiği belirtilmiştir[82].

2.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

2.4.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri

TYB 2013 yılında DSM-5'e, 2019 yılında ICD-11'e eklenmiş bir yeme bozukluğu tanısıdır.

TYB'de kişide tekrarlayan tıkınırcasına yeme dönemleri görülür ve bu dönemler benzer koşullarda, benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden çok daha fazla yiyeceği yeme ve bu ataklar sırasında yemek yeme ile ilgili kontrolün kaybı hissini içerir. (DSM-5 A tanı ölçütü) Tıkınırcasına yeme dönemlerine aç olmaksızın yeme, yemeyi gizleme, normalden çok daha hızlı yeme, rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme ve daha sonrasında kendinden tiksime, suçluluk hissetme gibi özelliklerden en az üçü eşlik eder. (DSM-5 B tanı ölçütü) Tıkınırcasına yeme dönemleri ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur. (DSM-5 C tanı ölçütü) Bu tıkınırcasına yeme davranışları ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez ortaya çıkar. (DSM-5 D tanı ölçütü) Tıkınırcasına yeme dönemlerine, BN'de olduğu gibi yineleyici uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca AN veya BN'nin gidişi sırasında ortaya çıkmaz. (DSM-5 E tanı ölçütü) Tanı kriterlerinden biri olmamakla birlikte, TYB olanların çoğu fazla kiloludur.

TYB'da hastalık şiddeti yeme ataklarının sıklığına göre belirlenir. Hafif (haftada 1-3 kez), orta (haftada 4-7 kez), ağır (haftada 8-13 kez) ve çok ağır (haftada 14 veya daha fazla) olarak sınıflandırılır.

TYB'nun BN'dan farkı, tıkınırcasına yeme ataklarını takip eden telafi edici davranışların görülmemesidir. TYB olanlarda obezite ve metabolik sendrom sık görülmektedir[83].

2.4.2. Epidemiyoloji

2021 yılında yapılan, çocuk ve ergenlerde TYB prevalansına ilişkin bir meta-analizde, TYB prevalansı %1,32 bulunmuştur. Normal ağırlığa sahip grupta TYB prevalansı %1, fazla kilolu grupta TYB prevalansı %5 saptanmıştır ve çocuk-ergenlerde eşik altı TYB prevalansının %3,0 olduğu tahmin edilmektedir[84].

Ergenlik döneminde TYB ile ilgili az sayıdaki epidemiyolojik çalışmadan biri, prevalansın %1-5 olduğunu ve TYB semptomlarının yetişkinlik döneminde de yüksek oranda devam ettiğine dair sonuçlar bulmuştur[85].

Adolesan kızlarla yapılan 8 yıllık bir izlem çalışmasında DSM-5 kriterlerine göre TYB yaşam boyu prevalansı %3, en sık başlangıç yaşı 18-20 yaş saptanmıştır[41]

Smink ve ark tarafından yapılan çalışmada DSM-5 kriterleri kullanıldığında kızlarda yaşam boyu TYB prevalansı %2,3 saptanmıştır[42].

TYB'nin başlangıcında iki pik dönemi vardır; ilki puberte başlangıcından hemen sonra, ortalama 14 yaşında ve ikincisi geç ergenlikte, 18 ila 20 yaş arasındadır[85]. Pek çok çalışmada TYB başlangıç yaşı geç ergenlik-genç erişkinlik dönemi olan 17-23 yaş arasında bulunmuş olsa da[42,54,85], daha genç katılımcıları içeren bazı çalışmalarda 12-14 yaş arasında başladığı bulunmuştur.[42,57]. Başka bir çalışma obezite nedeniyle tedavi başvurusu olan çocuk ve ergenlerden oluşan bir örnekleimde ilk tıknırcasına yeme epizodunun başlangıcını 10.8 yaş olarak bulmuştur[86] ve bu çalışmalar, tıknırcasına yeme bozukluğunun geç ergenlikten daha önce var olan bir sorun olabileceğine işaret etmektedir.

TYB da diğer yeme bozuklukları gibi kız cinsiyette daha fazla görülmekle birlikte, erkeklerde en sık görülen yeme bozukluğudur. Adolesanlarda K/E oranı 3/1 olarak saptanmıştır[87].

2.4.3. Etiyoloji

Diğer psikiyatrik bozukluklara benzer şekilde, TYB'nin patofizyolojisi de kompleks ve multifaktöriyeldir; biyolojik, bireysel ve sosyal değişkenlerin etkisi vardır.

TYB'da kalıtsallığın %41-%57 aralığında olduğu tahmin edilmektedir[88].

TYB'li kadınların, kontrollere göre Serotonin taşıyıcı geninin (5-HTTLPR) uzun alel ve uzun/uzun genotipine sahip olma olasılığının anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

TYB'li hastalar artan dürtüsellik ve değişen ödül duyarlılığının yanı sıra gıdaya yönelik artan dikkat yanlılığı ve bozulmuş bilişsel işlev sergiler. TYB'da gözlemlenen nörodavranışsal profil, hedefe yönelik davranışlarının, motivasyonun ve ödül duyarlılığının temelini oluşturan ventral striatum; alışılmış ve kompulsif davranışlardan sorumlu dorsal striatum; yürütücü işlevlerden sorumlu prefrontal korteks; ve tat algısı ve beslenme düzenlemesinin temelini oluşturan insula ile ilişkilidir[88].

TYB'li hastalarda, kortikostriatal devrelerdeki nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler, TYB şiddeti ile ilişkili en tutarlı bulgudur ([89]. Bu kortikostriatal değişiklikler, duygu düzenleme modeli tarafından önerilmiş olan, genellikle olumsuz duyguların kısa süreli hafifletilmesi için bir yol olarak hareket ederek aşırı yemeye katkıda bulunabilir[90]. Duygu düzenleme modeli, tıknırcasına yemenin tetikleyicisi olarak olumsuz duygulanımın rolünü ana hatlarıyla belirtmektedir.

Fairburn ve ark. tarafından, TYB için tanımlanan ana risk faktörleri, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, ebeveyn depresyonu, obeziteye karşı hassasiyet, beden görünümü, kilo ve yemeye ilgili olumsuz yorumlara tekrar tekrar maruz kalmak olarak belirtilmiştir[91].

Bununla birlikte, travmatik yaşantılar ve olumsuz çocukluk çağı yaşantıları da TYB riskini artırmaktadır[6–9].

Olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının (adverse childhood experiences-ACE) erken ergenlik dönemdeki TYB ile ilişkisini inceleyen yakın tarihli bir çalışmada ACE ile TYB arasında doz-yanıt ilişkisi olduğu, 3 ya da daha fazla ACE olan ergenlerde 2 yıllık takipte, TYB gelişme riskinin yaklaşık 9 kat artmış olduğu bulunmuştur[9]. Yine bu çalışmada ebeveynde ruhsal bozukluk, ebeveynde hapis öyküsü ve aile içi şiddet gibi aile içi sorunlara maruz kalan çocuk ve ergenlerde TYB gelişme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiş, bu nedenle TYB hastalarını değerlendirirken ACE taraması yapmak ve travma odaklı müdahalelerde bulunulması önerilmiştir[9].

2.4.4. Eşlik Eden Bozukluklar ve Klinik Seyir:

TYB sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösterir. ABD merkezli bir yetişkin çalışmasında, TYB'li kişilerin %94'ü en az bir psikiyatrik eş tanıya ait tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır[92].

Komorbid psikiyatrik bozukluklar arasında yaşam boyu duygudurum bozuklukları (%70), travma sonrası stres bozukluğu (%32) ve anksiyete bozuklukları (%16) yer almaktadır[92]. Borderline kişilik bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu ve patolojik kumar oynama dahil olmak üzere zayıf dürtü kontrolü ile ilişkili bozukluklar da sık görülür[92]. DEHB de TYB ile birlikte görülmektedir[93].

2.5. Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları(OSFED)

DSM-5 ile birlikte, 'Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu' kategorisi, daha önceki 'Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları' kategorisinin yerini almış, tanımlanmış yeme bozukluğu kriterlerinin tümünün karşılanmadığı durumları tanımlamak için kullanılmıştır. Bunlar:

Atipik AN: Belirgin kilo kaybına rağmen kişinin vücut ağırlığının normal sınırlar içinde ya da üzerinde olması dışında AN için bütün tanı ölçütleri karşılanır.

Bulimia Nervosa (düşük sıklık ve/veya sınırlı süreli): Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz telafi davranışlarının ortalama haftada bir kereden az ve/veya üç aydan kısa süreli olması dışında BN'nın tüm tanı ölçütleri karşılanır.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklık ve/veya sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin ortalama haftada bir kereden az ve/veya üç aydan kısa süreli olması dışında TYB'nin tüm tanı ölçütleri karşılanır.

Çıkarma Bozukluğu: Vücut ağırlığını ya da görünümünü etkilemek için, tıkınırcasına yeme dönemleri olmaksızın, tekrarlayıcı çıkarma davranışları mevcuttur.

Gece yemek yeme bozukluğu: Uykudan uyanarak yeme veya akşam yemeğinden sonra aşırı yeme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleridir. Kişi yemek

yediğinin farkındadır ve hatırlar. Bu durum belirgin sıkıntıya neden olur ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur.

2.5.1. Epidemiyoloji:

Avustralya'da 5191 ergenle yapılan bir çalışmada, DSM-5 kriterlerine göre ergenlik döneminde OSFED (%11,2), tanı kriterlerini tam olarak karşılayan diğer yeme bozukluklarının toplamından(%6,2) daha fazla saptanmıştır[45].

Avustralya'da 1300'den fazla ergenle yapılan boylamsal bir çalışmada, atipik AN prevalansı 14 yaşındaki kızlarda %0,9, erkeklerde %0,3; çıkarma bozukluğu erkeklerde %0,4 ve kızlarda %2,7 saptanmıştır[94].

Almanya'da 1600'den fazla ergen ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların %3,6'sı atipik AN ve 1,9'u çıkarma bozukluğu tanısı almış, katılımcıların hiçbirinde eşik altı BN veya eşik altı TYB tanımlanmamıştır.

ABD'de 14 yaş üstü 6000 ve 16 yaş üstü 5000 kişi üzerinde yapılan daha büyük bir araştırma, 14 yaş grubunda çıkarma bozukluğu, eşik altı BN ve eşik altı TYB için sırasıyla %0,4, %1,3 ve %0,03; 16 yaşındakilerde %1,5, %3,2 ve %0,4 bulmuştur[54].

Tüm bu bulgular, OSFED'in ergenlik döneminde DSM-5 kriterlerine göre yeme bozukluklarının herhangi birinden veya tümünden daha yaygın olabileceğini göstermektedir.

2.6. Olumsuz Çocukluk Yaşantıları:

Olumsuz çocukluk yaşantıları (ACE), bir bireyin on sekiz yaşından önce yaşadığı travmatik veya stresli olaylar olarak tanımlanır. Bu olaylar arasında; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, ihmal, aile içi şiddet, ailede madde bağımlılığı, ailede ruhsal hastalık, ailede hapis öyküsü, ebeveynlerin boşanması yer almaktadır[1].

ACE'ler çocukları doğrudan (örn. istismar ve ihmal) ve dolaylı olarak yaşadıkları ortamlar aracılığıyla (örn. aile içi şiddet, ebeveynde ruhsal bozukluk gibi) etkileyen olayları içerir[2].

Çocukluk çağında olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmak, yaşam boyunca depresyon, intihar girişimi, madde kullanımı, obezite, kalp hastalığı ve kısalmış yaşam süresi gibi pek çok

uzun vadeli olumsuz fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları için zemin hazırlayabilir ve bu nedenle “diğer tüm temel nedenlere rakip olabilecek veya aşabilecek” önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir.[5] Olumsuz ocukluk deneyimleri (ACE'ler) ve bunlarla ilişkili risklerin incelenmesi, son 20 yılda belirgin bir şekilde artmıştır.

1998 yılında, ACE'leri olan bireyler üzerinde yapılan çalışma, yetişkin dönemde artmış kalp ve akciğer hastalıkları, akciğer kanseri, metabolik sorunlar, inflamasyon ve karaciğer hastalıkları gibi önemli fiziksel hastalık risklerini ortaya çıkarmıştır.[1]

Sonraki pek çok çalışmada, olumsuz çocukluk ağı yaşantıları ile özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve intihar gibi ruhsal hastalıkların ilişkili olduğu da gösterilmiştir. Bir meta-analiz, ACE'si olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, dört veya daha fazla ACE'si olan bireylerde 3,7 kat daha fazla anksiyete bozukluğu, 4,4 kat daha fazla depresyon ve 30 kat daha fazla intihar girişimi saptamıştır.[2] Fizyolojik ve biyomoleküler çalışmalar, çocuklukta kronik strese maruz kalmanın sinir, endokrin ve immün sistemlerin gelişiminde değişikliklere yol açtığını, kötü muameleye maruz kalan çocuklarda, maruz kalmayanlara kıyasla prefrontal korteks hacminin daha küçük olduğu, HPA ekseninin daha fazla aktivasyonu ve inflamasyon düzeylerinin arttığını, bilişsel, sosyal ve duygusal işlevsellikte bozulma olduğunu ve allostatik yükün artmasına neden olduğunu giderek daha fazla ortaya koymaktadır[3,4]. Allostatik yk; organizmanın sosyal, çevresel ve kişisel zorluklara uyum sağlamak için ihtiyaç duyduğu i or- tamın sürekli veya aralıklı olarak ayarlanmasının maliyeti olarak tanımlanabilir. Kümülatif bir etkiyi ifade eden allostatik yk; gerek ruhsal gerek bedensel açıdan “aşınma ve yıpranma indeksi” olarak da tanımlanabilir (wear and tear index)[95]

ABD'de 214.157 yetişkinden oluşan ulusal temsili bir örneklemde, kişilerin neredeyse dörtte birinin (%23.5) bir olumsuz çocukluk ağı yaşam olayı bildirdiği ve %15,8'inin dört veya daha fazla olumsuz çocukluk ağı yaşam olayı bildirdiği, bunların kadın cinsiyette anlamlı ölçüde daha yaygın olduğu bulunmuştur. [96]

Yine 2020 yılında yayımlanan, ABD'de 211,376 yetişkinle yapılan bir başka geniş örneklemli çalışmada, bireylerin çoğunluğunun(%57,8) en az bir olumsuz çocukluk deneyimi yaşadığı, %22,9'unun bir, %12,8'inin iki, %8,2'sinin , %13,3'ünün dört veya daha fazla olumsuz çocukluk deneyimi yaşadığı saptanmıştır. En yaygın ACE türünün duygusal istismar

(%33,5), ardından ebeveyn boşanması (%28,2) olduğu, kız cinsiyet ve düşük gelir düzeyinin risk faktörleri olduğu saptanmıştır. [97]

ACE'lerin yetişkinlikte retrospektif olarak değil, çocukluk ve ergenlik döneminde eş zamanlı olarak tanımlanması, erken tanı ve önleyici müdahaleler yoluyla, olumsuz sonuçları azaltabilir.[98] Toplumda ACE'lerin yüksek prevalansı ve bunların birden fazla ruhsal bozukluk ve suisidalite ile ilişkisi göz önüne alındığında, ACE'leri hedef alan önleyici müdahalelerin, birçok ruhsal bozukluğun ve suisidalitinin sıklığını azaltabileceği düşünülmektedir.[99]

2.6.1. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları ile Yeme Bozukluğu İlişkisi:

Travmatik ve diğer ciddi olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki pek çok çalışmada gösterilmiş[6–12]; bu ilişkide bir takım potansiyel psikolojik ve nörobiyolojik araçlar öne sürülmüştür.[11]

Psikolojik faktörler olarak, farklı çalışmalarda çocukluk çağındaki istismar (özellikle duygusal ve cinsel istismar) ve daha sonraki yeme bozuklukları arasındaki ilişkiye emosyon disregulasyonu, dissosiyatif yaşantılar ve dürtüselliğin aracılık ediyor olabileceği gösterilmiştir [13–16]. Ayrıca olumsuz bilişlerin, şiddetli olumsuz çocukluk yaşantıları ile yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiyi açıklamaya yardımcı olabileceğine dair çalışmalar da vardır. Çalışmalar, çocuklukta duygusal ve cinsel istismar ile yeme bozukluğu psikopatolojisi arasındaki ilişkiye, güvensizlik/istismar ve terk edilmeye ilişkin inançlar, duygusal inhibisyon ve kusurluluk hakkındaki inançlar ve etkisizliğe ilişkin inançlar gibi olumsuz temel inançların aracılık edebileceğini göstermiştir.[17][100] Bu bulgular, çocuklukta duygusal ve cinsel istismarın, işlevsel emosyon regülasyon stratejilerinin gelişimini engellemenin yanı sıra, yeme bozukluklarının başlamasına/sürdürülmesine katkıda bulunabilecek olumsuz temel inançların gelişmesine de yol açabileceğini düşündürmektedir. Bu aracı değişkenler, yani emosyonel disregulasyonu ve kişinin kendisi, diğerleri, dünya hakkındaki olumsuz inançlar, PTSB'de de görülür.

Biyolojik ve epigenetik faktörlerin de çocukluk çağı istismarı ile yeme bozukluklarının gelişimi arasındaki ilişkiyle alakalı olabileceğine dair kanıtlar vardır. Monteleone ve ark. (2014), olumsuz çocukluk yaşantıları olan yeme bozukluklu bireylerin,

olumsuz çocukluk yaşantıları olmayan yeme bozukluklu bireylere ve sağlıklı kontrollere kıyasla kortizol yanıtlarında körelme sergilediğini bulmuşlardır [101]Bu bulgular, olumsuz çocukluk yaşantıları olan bireylerin hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) eksen hiporeaktivitesi yaşayabileceğini ve bunun da stres yanıtının körelmesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Başka bir araştırma alanı spesifik genlerin metilasyonudur. Metilasyon, çevresel olayların gen ifadelerini azalttığı veya bloke ettiği epigenetik bir süreçtir ve olumsuz çocukluk yaşantıları ile değiştirildiği araştırmalarda gösterilmiştir. Çocuklukta istismar deneyimi olan ve olmayan yeme bozukluğu olan bireylerde sağlıklı kontrollere kıyasla, DRD2 gen promotörü ve BDNF geni gibi yeme bozukluğuyla ilişkili genlerin metilasyonuna sahip olma olasılığının daha yüksek olabileceğine işaret eden çalışmalar mevcuttur. [77,102] Serotonin taşıyıcı geninin kısa alelinin (5-HTTLPR) rolü üzerine yapılan bir sistematik derlemede, genel olarak travmatik deneyimler ve spesifik olarak cinsel ve fiziksel istismar deneyimleri ile 5-HTTLPR arasında yeme bozukluğunu öngörmeye önemli bir etkileşim olduğu bulunmuş ve yazarlar bu bulguyu, 5-HTTLPR alelinin çevresel stres faktörlerine karşı direnci azaltan riskli bir genotip olduğunun kanıtı olarak yorumlamıştır. [103]

Yeme bozukluğunun sıklıkla ergenlik döneminde başlaması nedeni ile çocukluk çağı travması ile ilişkili olabileceği öngörüldüğünden, yeme bozukluğu gelişim risklerini araştıran çalışmalarda yeme bozukluklarının travmatik ve diğer ciddi olumsuz çocukluk çağı deneyimleriyle ilişkili olabileceği belirtilmektedir.[11,12]

Güncel iki meta-analizde, her üç çocukluk çağı istismarının, artan yeme bozukluğu riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Caslini ve ark. (2016), çocukluk çağı istismarı ile YB arasında genel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu, herhangi bir tür çocukluk çağı istismarı yaşamış bireylerde yeme bozukluğuna sahip olma olasılığının 3,21 kat daha yüksek olduğunu ancak yalnızca BN ve TYB'nin her üç çocukluk istismarı türüyle spesifik olarak ilişkilendirildiğini; AN'nın ise yalnızca çocukluk çağı fiziksel istismarı ile ilişkisi olduğunu bulmuştur. [104]

Molendijk ve ark.'nın (2017) yaptığı, 13.059 yeme bozukluğu, 15.092 sağlıklı kontrol ve 7736 psikiyatrik komorbiditesi olan kişiden oluşan ve bilindiği kadarıyla bu konuda bugüne kadarki en büyük veri havuzuna sahip meta-analizde, türü ne olursa olsun (duygusal, fiziksel veya cinsel) bildirilen olumsuz çocukluk deneyimlerinin, tüm YB türlerinin varlığıyla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiş; daha detaylı olarak çocuklukta cinsel istismar ile AN alt tipleri arasındaki ilişki de incelenmiş; AN- çıkartıcı alt tipi, çocukluk çağı cinsel istismarı ile

önemli ölçüde ilişkili bulunmuş; ancak AN-kısıtlayıcı alt tipi ile ilişki gösterilememiştir. Yine bu meta-analizde çocukluk çağı istismar öyküsü olanlarda, yeme bozukluğunun başlangıç yaşının daha erken olduğu, yeme bozukluğu psikopatolojisinin daha şiddetli olduğu ve tıkinircasına yeme ve çıkartma davranışlarının daha sık olduğu bulunmuştur.[105]

Bazı çalışmalara göre, cinsel istismarın yeme bozukluğu ya da yeme sorunları için spesifik olmayan bir risk faktörü olduğu saptanmış, [12][47]; cinsel istismarın dürtüsellik üzerinde belirgin etkisinin olduğu, dürtüsellğin ise cinsel istismar ile yeme sorunları arasında en güçlü arabulucu etkisinin olduğuna dair araştırma bulguları bildirilmiştir [106].

Guillaume ve ark (2016) tarafından yapılan çalışmada, yaşam boyu eşlik eden psikiyatrik bozukluklara göre düzeltmeler yapıldığında, duygusal istismarın bağımsız olarak yeme, görünüm ve kilo ile ilgili daha fazla endişeyi ve daha düşük işlevselliği öngördüğü, cinsel ve fiziksel istismarın daha fazla yeme ile ilgili endişeleri yordadığı, YB'larında çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile daha ciddi klinik belirtiler arasında tutarlı ve kısmen bağımsız bir ilişki olduğu, duygusal istismarın YB semptomları üzerinde en spesifik etkiye sahip olduğu bulunmuştur[8]

Başka bir çalışmada çoğu olumsuz çocukluk yaşantısının AN ile ilişkili bulunmadığı, ancak BN'nin ve özellikle OSFED'in diğer psikiyatrik bozukluklara benzer şekilde olumsuz çocukluk yaşantıları ile ilişkili olduğu, psikiyatrik komorbiditelere yönelik düzeltmeler yapıldığında da bu ilişkinin devam ettiği, AN'nin BN, OSFED ve diğer psikiyatrik bozukluklardan bu açıdan farklılık gösterdiği bulunmuştur[107].

Bir çalışmada, yeme bozukluğu grubunda kontrol grubuna göre çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının daha fazla olduğu, yeme bozuklukluları grubunda duygusal istismar ve ihmalin anlamlı olarak fazla görüldüğü ve emosyon regülasyonunda güçlüklerin daha sık olduğu saptanmış[108]; yine bazı çalışmalarda çocukluk çağı travması ile indüklenen emosyon disregulasyonun, yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında aracı rolü olabileceği belirtilmiştir.([13,16,18,109–111])

İstismar dışı diğer olumsuz çocukluk yaşantıları ile ilgili daha az çalışmaya rastlanmıştır. İstismar dışı olumsuz çocukluk yaşantılarının erişkinlerdeki yeme bozuklukları ile ilişkisini inceleyen yakın tarihli bir derlemede olumsuz çocukluk yaşantıları olumsuz ebeveynlik stili, aile içi sorunlar, bir aile bireyinin ya da yakının kaybı, ailede ruhsal bozukluk

olması, yeme-kilo ve görünüm hakkında olumsuz aile yorumları ve aile yapısının bozulması olarak 6 alt başlık olarak sınıflandırılmış, talepkar/eleştirel ebeveynlik gibi olumsuz ebeveynlik stili ile yeme bozuklukları ilişkili bulunmuştur. Ayrıca TYB'li kişilerin, psikiyatrik kontrollere kıyasla aile yapısının daha fazla bozulmuş olduğu, BN hastalarında fiziksel görünümle ilgili olumsuz aile yorumlarının psikiyatrik kontrollere göre daha fazla bildirildiği, ancak AN ile ilgili bulguların çelişkili olduğu, YB'da bir aile bireyinin ya da yakının kaybı ve ailede ruhsal bozukluk öyküsünün, psikiyatrik kontrollere göre daha fazla saptanmadığı, ailedeki ruhsal bozukluk olmasının genel olarak psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabileceğini ve YB'na özgü olmadığını gösteren bulgular saptanmıştır[112].

ACE ile erken adolesan dönemdeki TYB ilişkisini inceleyen yakın tarihli bir izlem çalışmasında, TYB tanısı olanlarda olmayanlara göre ortalama ACE sayısı daha yüksek saptanmış ($2,6 \pm 0,14$ 'e karşı $1,7 \pm 0,02$), ayrıca ACE sayısı ile TYB arasında genel olarak bir doz-yanıt ilişkisi olduğu, bir/ iki /üç veya daha fazla ACE'nin hepsinin, iki yıllık izlemde daha yüksek TYB oranlarıyla ilişkili olduğu, ailede ruhsal hastalık, aile içi şiddet ve ailede suç geçmişinin TYB ile en güçlü ilişkisi olduğu bulunmuştur[9]

2.7. Emosyon Regülasyonu:

Duygular, hoş ya da hoş olmayan iç ya da dış uyaranlara tepki olarak ortaya çıkar ve bu uyarıyı mantıklı bir şekilde analiz edip onunla başa çıkmadan önce bile tepki vermemize neden olur. Duygu düzenleme, güçlü duygular üzerinde zihinsel kontrolü sürdürmek ve uyum sağlayıcı işlevselliğe ulaşmak için duyguları kişisel ve sosyal olarak kabul edilebilir bir şekilde tanıma, değerlendirme, değiştirme ve yönetme becerisidir[113,114]. Duygu düzenleme, duyguların tetiklediği davranışların başlatılmasına, engellenmesine ve düzenlenmesine yardımcı olur[115]

Thompson (1994) tarafından emosyon regülasyonu bir kişinin amaçlarına ulaşmak için duygusal tepkilerini değerlendirmek ve değiştirmekten sorumlu dışsal ve içsel süreçler olarak tanımlanmıştır(Thompson, n.d.). Emosyon regülasyonu kavramı ile ilgili sık kullanıldığı gözlenen başka bir tanımlama Gratz ve Roemer tarafından (2004) yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre emosyon regülasyonu (a) Kişinin duygularının farkında olması ve anlayabilmesi, (b) duygularını kabul etmesi, (c) olumsuz duygular yaşadığında dürtüsel davranışlarını kontrol etmesi ve hedef yönelimli olabilme becerisi, (d) bireysel hedeflere ulaşabilmek ve durumsal

talepleri karşılayabilmek amacıyla duygusal tepkilerini ayarlayabilmek için duygu düzenleme stratejilerini esnek bir biçimde kullanabilmesidir. Bu yeteneklerin herhangi birinin veya tamamının görece yokluğu, duygu düzenlemede güçlüklerin varlığına işaret eder[114].

Nörobiyolojik olarak temel duygular beyindeki projeksiyonlarla subkortikal olarak temsil edilir, singulat kortekse, hipokampusa, amigdalaya ve insular kortekse ulaşır [116]ve ön beyin yapıları tarafından düzenlenir. Glutamaterjik/GABAerjik denge duygusal kontrolde önemli bir rol oynar. Duygu düzenlemenin nöral devreleri, anterior singulat korteksin rostral ve subgenual bölgeleri, orbitofrontal ve dorsomedial prefrontal korteks ve yürütücü işlevler ve dikkat kontrolüyle ilgili bölgeler olan dorsal anterior singulat, ventrolateral PFC ve dorsolateral PFC'yi içerir[117,118]. Bu bölgelerde genetik malformasyonların yanı sıra genetik polimorfizmler ve fonksiyonel bağlantı sorunları da yapısal hasara neden olabilir.

Akut ve kronik stresin de uzun vadeli sonuçları olabilir; özellikle uzun süren stresli yaşam olayları, merkezi sinir sistemi yapılarını ve işlevselliğini değiştirerek kalıcı nörolojik, sosyal ve davranışsal işlev bozukluklarına yol açabilir.

Duyguları düzenleme yeteneği doğumdan itibaren başlayan bir süreçtir ve erken çocukluk döneminde gelişir[119]. Bebekler ve küçük çocuklar, duyarlı ve güvenli bağlanma nesneleri ile etkileşim yoluyla duygu düzenlemeyi öğrenirler. Bebekler, bağlanma nesneleri ile etkileşime girerek birincil duygusal durumlarını (nötr, hoşnut, hoşnutsuz) ayırt etmeyi ve bu durumların yoğunluklarının değişken olduğunu ve daha sonra öz düzenleme, kendini sakinleştirme veya dikkat dağıtma yoluyla değiştirilebileceğini öğrenirler [120,121]. Yani duyarlı bir bakım verenle etkileşim sayesinde duyguları tanımayı ve anlamayı öğrenmek, daha sonraki öz düzenleme becerileri için bir ön koşuldur denebilir. Araştırmalar disfonksiyonel ebeveynlik davranışlarının, ebeveynde emosyon disregulasyonun ve güvensiz bağlanmanın ileriye dönük olarak çocuğun emosyon regülasyon güçlükleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir[122,123]. Çocuklar 3 yaş civarında duygularını anlayabilir[124]. Yürütücü işlevler ve dil gelişimi gibi süreçler duygu düzenleme becerilerinin gelişimini etkiler. Bu becerilerin gelişimi genetik, epigenetik, bilişsel, sosyal deneyimler ve öğrenmeyi içeren karmaşık bir süreçtir [125,126]. Çocuklar, yardım arama, kaçınma, dikkati yeniden yönlendirme, dürtüleri bastırma ve problem çözme gibi temel duygu düzenleme becerilerini yedi yaşına kadar kazanırlar [127]. Duygu düzenleme becerilerini bazı içsel ve dışsal faktörler belirler: içsel faktörler nöroregulatuvar reaktivite, mizaç, bilişsel beceriler, bağlanma ve ilişkili olumlu içsel

Çalışma modellerini içerir; dışsal faktörler bakım verme tarzı, davranış modelleri ve deneyimler ile ilgilidir[128].

Trans-diagnostik olarak değerlendirilmesi gereken bir durum olan emosyon disregulasyonunda aşırı uyarılmışlık, duygudurum instabilitesi, sinirlilik, saldırganlık, öfke nöbetleri gibi sosyal normlara göre aşırı ve uygunsuz tepkiler gözlenir[129]. Emosyon disregulasyonunun depresyon, anksiyete bozuklukları, borderline kişilik bozukluğu, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve bipolar bozukluk semptomları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir[130].

Emosyon regülasyon (ER) süreci modeli, ER stratejilerinin genel olarak işlevsel ve işlevsel olmayan stratejiler olarak ikiye ayrılabilceğini önermektedir. İşlevsel stratejiler, yeniden değerlendirme, aktif problem zme ve duyguların farkındalığı ve kabulüne dayalı mindfulness stratejilerini içerirken; işlevsel olmayan stratejiler ise ruminasyon, kaçınma ve duyguların bastırılmasını içerir[131–133]. Bir stratejinin işlevsel olabilmesi için bağlam özelinde etkili ve yardımcı olması gerekir[131].

2.7.1.Yeme Bozukluğu ve Emosyon Regulasyonu:

YB'larında emosyon disregulasyonunun rolü, hem duygusal çalkantıların hem de yeme bozukluğunun başlangıcının en yoğun olduğu dönem olduğu göz önüne alındığında, ergenlik döneminde özellikle anlamlı olabilir[23].

Yeme bozukluğu olan bireyler yüksek düzeyde olumsuz duygulara sahiptirler. Olumsuz duygularla etkili bir şekilde baş edebilmek için emosyon regülasyon becerileri gereklidir. alışmalar YB hastalarının emosyon regülasyonunda önemli zorluklar yaşadıklarını bildirmektedir[21]. Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında AN, BN ve TYB'da daha fazla emosyon regülasyon güçlüğü olduğu bulunmuştur[20,21]. Yine farklı çalışmalarda yeme bozukluğu olan hastalar, sağlıklı kontrollere göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü bildirmektedir[22].

Yeme bozuklukları gelişiminde emosyon regülasyonu hipotezi, tıknırcasına yeme gibi semptomların, kişinin dikkatini olumsuz duygulardan uzaklaştırma veya kendini sakinleştirme çabasıyla başlatıldığını öne sürmektedir[134,135]. Bu modeldeki yeme sorunları, olumsuz duygularla baş etmenin işlevsel olmayan bir yolu olarak kavramsallaştırılmaktadır ve dolayısıyla emosyon regülasyon güçlüklerine işaret etmektedir [110]. Bu hipotezle tutarlı olarak bazı çalışmalar, olumsuz duygulanımdaki artışların YB semptomlarındaki artışlardan önce ortaya çıktığını bulmuştur[136–138]. Örneğin, tıknırcasına yeme davranışı muhtemelen bu yol aracılığıyla olumsuz bir pekiştirici görevi görür çünkü en azından kısa vadede, acı veren duyguları hafifleterek olumsuz duygulanımı azaltma veya engelleme işlevi görür[110].

YB'larında ER'un rolünü araştıran güncel bir meta-analizde, YB'larında temel ER güçlüklerinin ruminasyonlar ve duyguları kabul etmedeki zorluklar olduğu saptanmış, YB tedavisinde emosyon regülasyon becerilerini, özellikle ruminasyonu ve duyguları kabul etme zorluklarını hedefleyen müdahalelerin gerekli olduğu sonucuna varılmıştır[139].

Weinbach ve ark.(2018) tarafından yapılan, tıknırcasına yeme/çıkarma ve kısıtlayıcı tip YB olan ergenler arasında emosyon regülasyonunun çeşitli yönlerini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada; tıknırcasına yeme/çıkarma tipi YB olan ergenlerin hedefe yönelik davranış ve dürtüleri kontrol etmede daha fazla zorluk yaşadıkları, işlevsel olarak algıladıkları emosyon regülasyon stratejilerini daha az kullanılabildikleri bulunmuştur. Duyguların kabulü açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır[140]. ER güçlüklerinin YB'larında transdiagnostik bir özellik olduğu ve YB türlerinin ER profillerinde farklılık göstermediği yönündeki önceki önerilerin aksine[141], bu çalışma ergenlik döneminde aşırı yeme/çıkarma davranışlarının varlığının emosyon regülasyonunda daha şiddetli güçlüklerle ilişkili olduğunu ve ER güçlüklerini tahmin etmede spesifik tanı kriterlerinden daha önemli olabileceğini öne sürmektedir.

Farklı çalışmalarda, AN tanılı olguların kontrol grubuna göre işlevsel emosyon regülasyon stratejilerinin kullanımında daha fazla zorluk yaşadıkları bulunmuştur[141,142]. Kilo alımı sağlanan AN hastaları ve akut evredeki AN olguları arasında ER güçlüklerinde değişiklik olup olmadığını araştıran bir çalışmada ER güçlüklerinin kilo alımı ile gerilemediği, ayrıca iki AN alt tipi arasında ER güçlükleri açısından fark olmadığı bulunmuştur[143]; ancak başka bir çalışmada akut evredeki AN olgularında ER güçlüklerinin, iyileşmiş AN olguları ve kontrol olgularına göre daha fazla olduğu bulunmuştur[144]. Stres durumunda davranış,

kontrolünün incelendiği araştırmalarda, AN hastalarının kontrol grubuna göre amaç, odaklı davranışları sürdürmede ve dürtüsel davranışları kontrol etmede daha fazla zorluk yaşadıkları bulunmuş[22,141,142]; AN-tıkınırcasına yeme/çıkarma alt tipinde AN-kısıtlayıcı alt tipe göre bu zorluk daha fazla gösterilmiştir[22].

AN olgularında emosyon regülasyonu hipotezi ile ilgili 2023 yılında yapılmış bir sistematik derlemede AN'li olguların, emosyon disregulasyonuna karşı daha fazla bireysel ve çevresel hassasiyetleri olduğu, işlevsel stratejileri daha az ve işlevsel olmayan stratejileri daha fazla kullandıkları, duyguları düzenlemek için yeme bozukluğu davranışlarına başvurma konusunda daha fazla eğilim gösterdikleri bulunmuştur[145]

BN'da da emosyon regülasyon becerilerinde güçlük olduğu gösterilmiştir [141,146,147]. Emosyonel stres altındayken BN'li olgular davranışlarını kontrol etmede daha fazla zorluk yaşamaktadırlar [22]. BN tanılı olguların duygu farkındalığı ve kabulünde de güçlük yaşadığı saptanmıştır[141,147].

Tıkınırcasına yemeye ilişkin ilk teorilerden biri, kişilerin olumsuz duyguları düzenlemek için aşırı yemeye başvurduğu bir modeli önermektedir. Bu teoriyi destekleyen çok sayıda çalışma, hem klinik[148,149] hem de toplum örnekleminde[150,151] emosyon disregulasyonu ile tıkınırcasına yeme atakları arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Ayrıca Berg ve ark. (2012), BN'lı yetişkin kadınlarda olumsuz duygulanımın tıkınırcasına yeme ataklarının öncesinde arttığını ve aşırı yeme ataklarından sonra azaldığını bulmuş ve bu da emosyon regülasyon modeline destek sağlamıştır[152].

2.7.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları, Emosyon Regülasyonu ve Yeme Bozukluğu:

Özellikle çocukluk döneminde yaşanan, tekrarlayıcı, kronik, şiddetli, kümülatif olumsuz yaşantılar ve travmatik deneyimlerin duygu düzenleme becerilerinin gelişimi üzerinde olumsuz etkisi bulunmaktadır[18,19].

16-19 yaş arası kadın yeme bozukluğu tanılı hastalar ve sağlıklı kontrollerle yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu olan hasta grubu ile sağlıklı kontroller arasında duygu düzenleme güçlüğü, ihmal ve duygusal istismar açısından anlamlı fark bulunmuş, çocuklukta yaşanan duygusal istismar ile duygu düzenleme güçlükleri arasında yakın bir ilişki olduğu gösterilmiş, sonuçlar duygu düzenleme güçlüğü'nün duygusal istismar ve ihmal ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkide olası bir aracı olabileceğini düşündürmüştür [153].

14-18 yaş arası ergenlerle yapılan başka bir çalışmada yeme sorunları ile duygusal istismar, işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ve kız cinsiyet arasında ilişki olduğu, duygusal istismar ile yeme sorunları arasında işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri yoluyla dolaylı bir ilişki olduğu, duygusal ihmal ile de işlevsel duygu düzenleme stratejileri arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bulgular, emosyon regulasyonunun çocukluk çağı istismarı ile yeme sorunları arasındaki ilişkiye aracılık ettiği ekinde yorumlanmıştır[13].

2.8. Aleksitimi:

Aleksitimi, kelime olarak *a*: yokluk, *lexis*: söz, *thymos*: duygu kelimelerinin birleşiminden oluşur ve “duygular için söz yokluğu”, duygusal sağırılık/duygu körlüğü/duygusal işlevlerdeki kısıtlılık anlamlarına gelmektedir[154]. İlk olarak psikiyatrist Sifneos tarafından 1972 yılında kullanılan aleksitimi kavramı 1970’lerde psikosomatik belirtileri olan hastaların ruhsal belirtilerini tanımlamak için kullanılsa da[154], sonrasında birçok farklı psikiyatrik bozuklukta[155], hatta sağlıklı bireylerde de görülebilen bir kişilik özelliği olarak kabul görmüştür. [156,157].

Aleksitimi, duyguları tanımlamada, diğer insanlara ifade etmede ve duygular ile bedensel duyumları birbirinden ayırt etmede güçlük, işlemsel düşünme, hayal kurmada, düşlemede kısıtlılık ve uyarana bağlı dış merkezli bilişsel yapı özellikleri ile karakterize bir kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir. Aleksitimi düzeyi yüksek olan bireyler duygusal durumlarını bilişsel olarak değil davranışsal olarak düzenlemeye çalışabilmektedir.

Aleksitimiye ait özellikler dört başlık altında incelenmektedir. Bunlar; duyguları fark etme, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü, hayal kurma kapasitesinde ve düşlemsel yaşantıda kısıtlılık, işlemsel/işe vuruk düşünme ve uyum sağlamaya yönelik dış merkezli bilişsel yapıdır[158,159].

1.Duyguları Fark etme, Ayırt etme ve İfade Etme Güçlüğü: Aleksitimik bireyler, duygularını tanımaz ve tanımlayamazlar. Duygularını tanımlamakta zorlandıkları gibi onları birbirinden ayırt etmekte de güçlük yaşarlar. Duygularını fiziksel belirtilerden ayıramayabilirler ve duygularını anlatmak için sıklıkla fiziksel belirtiler gösterebilir [160][154]. Bu bireylerin duygularını tanımlayamamaları ve ayırt edememeleri duygu düzenleme süreçlerini de olumsuz yönde etkileyebilir[161].

Bazı çalışmalarda aleksitimik özellikler gösteren kişilerin karşısındaki kişilerin yüz ifadelerinden hangi duyguyu hissettiğini anlamakta güçlük yaşadıklarını ortaya koymuştur[161]. İçsel durumlarının hangi duygudan kaynaklandığını anlamakta ve bunlar hakkında konuşmakta zorluk yaşarlar[162].

2. Hayal Kurma Kapasitesinde ve Düşlemsel Yaşantıda Kısıtlılık: Yüksek düzeyde aleksitimik özellikler gösteren bireylerin hayal kurma kapasiteleri zayıf olabilmekte ve hayalleri vakit kaybı olarak görebilmektedirler. Sifneos aleksitimik bireylerin düşlemsel yaşantılarındaki eksiklik sebebiyle, olayların bütününden ziyade ayrıntılarına dikkatlerini vermeye eğilimli olduklarını ifade etmiştir[158].

3. İşlemsel/işe vuruk Düşünme: Aleksitimik bireyler, düşlem yaşantılarındaki kısıtlılığa ve duygularını ifade etme güçlüklerine rağmen sosyal çevrelerine uyum sağlayabilmektedirler. Mekanik düşünme eğilimi içinde olabilirler ve yüzeysel bir biçimde çevrelerine uyum gösterebilirler. Günlük yaşamlarında karşılaştıkları sorunları ayrıntılı ele almak yerine, kestirme ve geçici çözümler bulmayı seçebilirler. Bu durum günlük ilişkilerinde de kendini göstermektedir; ilişkisel sorunlarında da benzer biçimde duyguları, çatışmaları göz ardı ederek somut ve görünen nedenlerle ilgilenebilirler. Hedefledikleri temel şey sorunu ayrıntısıyla ele almak değil, en kısa ve kestirme yoldan onu ortadan kaldırmaktır[163].

4. Dış Merkezli Uyuma Yönelik Bilişsel Yapı: Aleksitimik özellikler gösteren bireylerin, diğer insanlarla olan ilişkilerinde baz aldıkları unsurlar duygular ya da içsel uyaranlar değil, dış uyaranlardır. Aleksitimik bireyler çevreleriyle uyum içerisinde kalabilmek için aşırı çaba harcayabilmektedirler. Gösterdikleri bu uyum, “yalancı normallik” olarak tanımlanmaktadır[163].

Primer ve sekonder olmak üzere iki tür aleksitimiden bahsedilmektedir. Primer aleksitimi, psikosomatik hastalıklarla ilişkili ve bedensel belirtilerin başlamasına ve sürmesine

neden olan tipidir. Sekonder aleksitimi, Freyberg tarafından ağır bedensel hastalıkları olan kişilerde(kanser, böbrek transplantasyonu, hemodiyaliz vb.) ortaya çıkan, geçici ya da kalıcı olabilen acı verici duygulara ikincil olarak gelişen tür olarak tanımlanmıştır[164]. Sifneos (1988, 1994) ise sekonder aleksitimi terimini Freyberger'dan farklı olarak çocukluk ve sonrasındaki ağır psikolojik travmalar ve sosyokültürel-psikodinamik faktörlerle ilişkilendirmiştir.

Farklı çalışmalarda aleksitimi prevalansı genel erişkin popülasyonda erkeklerde %9-17, kadınlarda %5-10 bulunmuş ve erkek cinsiyet, düşük eğitim seviyesi, sigara kullanımı, çocuklukta istismar ve psikiyatrik hastalık öyküsü aleksitimi üzerine etkili bulunmuştur [165–168]. 15-16 yaş genel ergen popülasyonda aleksitimi oranı yetişkinlerdekine benzer bulunmuş; ancak yetişkin nüfusa göre daha az belirgin cinsiyet farklılığı gözlenmiş ve annenin eğitim seviyesinin düşük olması, parçalanmış aile ve kırsal bölgede yaşama yüksek aleksitimi puanı ile ilişkilendirilmiştir[169].

Aleksitimi çeşitli çalışmalarda somatoform bozukluklar, alkol ve madde kullanım bozuklukları, depresyon ve anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, yeme bozuklukları ile ilişkilendirilmiş, zorlu durumlarla başa çıkma veya savunma stratejisi olabileceği düşünülmüştür[170].

2.8.1. Aleksitimi ve Yeme Bozukluğu:

Büyük örnekleme sahip bir çalışmada, birkaç farklı yeme bozukluğu grubu bir kontrol grubuyla karşılaştırılmış, yeme bozukluğu gruplarının kontrollere göre anlamlı düzeyde daha yüksek aleksitimi puanları olduğu, ayrıca önemli semptomatik iyileşmeye rağmen aleksitimi puanlarının zaman içinde sabit kaldığını bulmuştur[171].

2017 yılına ait bir sistematik gözden geçirmede, AN, BN ve TYB grupları, sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek aleksitimi şiddeti saptanmış, etki büyüklüğü AN ve BN için büyük, TYB için orta bulunmuş; AN'nin akut fazı, iyileşen AN hastalarıyla karşılaştırıldığında yüz ifadesindeki azalma açlığın aleksitimi puanları üzerinde etkili olabileceğini düşündürmüş; ayrıca yüksek aleksitimi puanlarında eşlik eden depresyon, OKB gibi komorbid psikiyatrik bozuklukların karıştırıcı olabileceği belirtilmiştir. [172]

2019 yılında ergenlik dönemindeki kızlarla yapılan, AN grubu, MDB grubu ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada AN ve MDB gruplarında sağlıklı kontrollere göre daha yüksek aleksitimi puanlarının yanı sıra daha az işlevsel ve daha fazla işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca aleksitimi işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri için güçlü bir pozitif prediktör iken, depresif belirtilerin işlevsel duygu düzenleme stratejileri üzerinde negatif prediktör etkisi olduğu bulunmuştur[173].

Finlandiyalı bir ergen popülasyon örneğinde yapılan toplum temelli bir çalışmada, ergenlerde yeme bozukluğu semptomlarının varlığı ile aleksitimi şiddeti ilişkili bulunmuştur[29].

8-17 yaş arası 200 çocuk ve ergenle yapılan yakın tarihli bir çalışmada, aleksitimi ile yeme atakları, duygusal yeme ve açlık olmadan yemek yeme, daha fazla karbonhidrat alımı ilişkili bulunmuştur[28].

2015 yılında Türkiye’de 14-19 yaş arası kızlarla yapılmış çalışmada, yeme sorunlarının oldukça sık görüldüğü bulunmuş (%13,6), yeme sorunları olan kızlarda aleksitimi düzeyi arttıkça intihar girişimi sıklığının da arttığı bulunmuştur.

Her ne kadar bazı çalışmalar yeme bozukluğu olan bireylerin depresyon belirtilerine göre düzeltme yapıldıktan sonra artık yüksek aleksitimi puanları göstermediğini bulmuş olsa da[174–176], diğer bazı çalışmalar da yeme bozukluğu olan bireylerin yüksek aleksitimi puanlarına sahip olmaya devam ettiğini göstermiştir[177,178].

Gelişimsel perspektiften bakıldığında, çocuklukta olumsuz yaşantılar ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiye aleksitimi ve depresyonun aracılık ettiğini, ancak bunlar arasında bazı cinsiyet ve kültürel farklılıklar bulunduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur. Olumsuz çocukluk yaşantıları olan çocukların belirlenmesi, depresif belirtilere odaklanan erken müdahale, ayrıca duyguların tanımlanması ve ifade edilmesini sağlayan müdahaleler, koruyucu bir faktör olabilir ve daha sonra yeme bozukluklarının gelişme riskini azaltabilir[179].

2.8.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları ve Aleksitimi

Terock ve ark. (2021) yaptıkları çalışmada; çocukluk çağı travması ile aleksitimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu belirterek, çocukluk dönemindeki hem ihmal hem de istismarın aleksitimi gelişiminde temel faktörler olduğu sonucuna varmışlardır[26].

Çocukluk çağı ihmal ve istismarı ile aleksitimi arasındaki ilişki, yine çeşitli popülasyonlarda gösterilmiştir[24,25].

Bir çalışmada, çocukluk çağında duygusal ihmal ile aleksitimi arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuş; ancak fiziksel ya da cinsel travma ile aleksitimik özellikler arasında ilişki bulunmamıştır. Duygusal ihmal aynı zamanda aleksitimi şiddetini de öngörmüştür. Bu bulgu duygusal ihmale maruz kalmış bireylerin kendi duygularını kabul etme ve sembolik olarak ifade etme ihtimallerinin daha düşük ve duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğunun bir göstergesi niteliğindedir [27]. Aleksitimi ile çocukluk çağı istismarı öyküsü arasındaki ilişki için bulgular kesin olmamakla birlikte, çocuklukta istismar öyküsü olan hastalarda daha yüksek aleksitimi oranları bulunmaktadır. Duygusal ihmalin ise özellikle belirgin bir role sahip olduğu düşünülmektedir.

2.8.3. Emosyon Regülasyonu ve Aleksitimi

Duyguları düzenleyebilmek için öncelikle duyguları tanıyabilmek gerekir. Aleksitimi temelde duyguları tanıma ile ifade etme zorluğu olarak açıklanmaktadır. Aleksitimik bireylerin bu özelliği duygu düzenleme süreçlerini olumsuz etkilemekte, stresle başa çıkma yeteneklerini kısıtlamaktadır. Nörobiyolojik çalışmalarda duygu düzenlemede rol oynayan bir kişilik özelliği olan aleksitiminin, duygusal uyarıların işlenmesi sırasında anterior singulat ve mediofrontal korteks aktivitesindeki farklılıklarla bağlantılı olduğu bulunmuştur[180].

Swart ve ark. (2009) aleksitimi ve duygu düzenleme arasındaki ilişkide aleksitiminin duygu düzenleme güçlüklerine yol açtığını göstermişlerdir[181]. Aleksitimik bireylerin emosyon regülasyon güçlükleri yaşadığı pek çok farklı çalışmada gösterilmiştir[182,183].

Emosyon regülasyonu ile aleksitimi ilişkisini inceleyen bir araştırmada, aleksitimik katılımcıların daha fazla duygu düzenleme problemi yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca aleksitimik bireylerin daha fazla sağlık problemi yaşadıklarını ve bu durumun duygu düzenleme

güçlüğü sebebiyle ortaya çıktığını bildirmişlerdir. Araştırmanın sonuçları aleksitiminin duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğunu ve bu güçlüğü sağlık problemlerine yol açtığını göstermektedir[184].

2023 yılında yapılmış bir çalışmada katılımcılar düşük, orta ve yüksek aleksitimi seviyelerine ayrılmış, yüksek aleksitimi düzeyi gösteren kişilerin işlevsel ER stratejilerini (bilişsel yeniden değerlendirme ve sosyal destek arama) daha az, işlevsel olmayan ER stratejilerini (ifadeyi bastırma, davranışsal geri çekilme, yok sayma) daha fazla kullandığı bulunmuştur.

3. AMAÇ VE HİPOTEZLER

Bu çalışmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (DEÜTF ÇERSAH) Polikliniğine başvuran yeme bozukluğu tanılı ergenlerin olumlu, olumsuz ve destekleyici yaşam olayları maruziyeti ile duygu düzenleme becerileri ve aleksitimi özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek, bu özellikler açısından yeme bozukluğu olmayan ergenler ile kıyaslamaktır.

Hipotezler:

- 1)Olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları yeme bozuklukları için risk faktörüdür.
- 2)Olumsuz çocukluk çağı yaşam olaylarının sayısı ile yeme bozukluğu şiddeti doğru orantılıdır.
- 3)Çocukluk çağında olumlu ve destekleyici yaşam olaylarının fazlalığı, yeme bozukluğunun şiddetini etkiler. Kontrollere oranla yeme bozuklukları grubunda olumlu ve destekleyici yaşam olaylarının sayısı daha düşük, olumsuz yaşam olaylarının sayısı daha fazladır.
- 4)Olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları, emosyon regülasyon güçlükleri ve aleksitimi ile ilişkilidir
- 5)Emosyon regulasyon güçlükleri ve aleksitimi, yeme bozuklukları grubunda kontrol grubuna göre daha yüksektir. Ancak olumsuz yaşam olaylarının sayısının artmasının da duygu düzenleme güçlükleri ve aleksitimi şiddetini artıracığı düşünülmektedir.

6)Yeme bozukluğu tanı kaybı olan grupta olumsuz çocukluk çağı yaşantılarının sayısı daha az, duygu düzenleme güçlükleri daha az, aleksitimi şiddeti ise benzerdir.

4. GEREÇ ve YÖNTEM

4.1.Araştırmanın Türü:

Araştırma; yeme bozukluğu tanılı ergenlerin olumlu, olumsuz ve destekleyici yaşam olayları maruziyeti ile duygu düzenleme becerileri ve aleksitimi özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen ve bulguların klinik karşılaştırma grubu ile kıyaslanması amacıyla planlanan, kesitsel desende bir olgu-kontrol çalışmasıdır.

4.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Ocak 2023-Ağustos 2023 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

4.3. Araştırmanın Örneklemi

Ebeveyni/yasal vasisi ve kendisi bu çalışmaya katılmayı kabul eden, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş, dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan, 12-18 yaş aralığındaki ergenler olgu gruplarını oluşturmuştur. Olgu grupları değerlendirme anında yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 32 ergen ve geçmişte yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayıp değerlendirme sırasında karşılamayan, remisyonda olarak değerlendirilen 16 ergen olacak şekilde iki gruba ayrılmıştır.

Ebeveyni/yasal vasisi ve kendisi bu çalışmaya katılmayı kabul eden, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş, dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan, 12-18 yaş aralığındaki, değerlendirme sırasında ya da geçmişte yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan ancak olgu grupları ile psikiyatrik eş tanılar açısından eşleştirilmiş 32 ergen klinik kontrol grubunu oluşturmuştur. Tüm katılımcılarda psikiyatrik bozukluklar KSADS-PL (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım

Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli) kullanılarak değerlendirilmiştir.

4.4. Örneklem Seçimi

4.4.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

Değerlendirme anında yeme bozukluğu tanısı olan grup için:

- 01.01.2023-31.08.2023 tarihleri aralığında DEÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş olmak
- 12-18 yaş aralığında olmak
- Ebeveyni/yasal vasisi ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Klinik olarak normal zekâ düzeyine sahip olmak
- DSM-5'e göre Yeme Bozuklukları (Anoreksia Nervosa, Bulimia Nervosa, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Kaçınan-Kısıtlı Yeme Bozukluğu, Yeme Bozukluğu-BTA) tanısı olması

Geçmişte yeme bozukluğu tanısı olup değerlendirme anında yeme bozukluğu tanısı olmayan grup için:

- 01.01.2023-31.08.2023 tarihleri aralığında DEÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş olmak
- 12-18 yaş aralığında olmak
- Ebeveyni/yasal vasisi ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak
- Geçmişte, DSM-5'e göre Yeme Bozuklukları (Anoreksia Nervosa, Bulimia Nervosa, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Kaçınan-Kısıtlı Yeme Bozukluğu, Yeme Bozukluğu-BTA) tanısı olup, değerlendirme anında yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamıyor olmak.

Kontrol grubu için:

- 01.01.2023-31.08.2023 tarih aralığında DEÜTF Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvurmuş olmak
- 12-18 yaş aralığında olmak
- Ebeveyni/yasal vasisi ve ergenin çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- Klinik olarak normal zeka düzeyine sahip olmak

- Geçmişte ya da değerlendirme anında DSM-5'e göre Yeme Bozuklukları (Anoreksia Nervosa, Bulimia Nervosa, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Kaçınan-Kısıtlı Yeme Bozukluğu, Yeme Bozukluğu-BTA) tanı kriterlerini karşılamıyor olmak.
- Olgu grubundaki eş tanılara (anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk vb.) sahip olmak.

4.4.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

- 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
- Zihinsel yetersizlik, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk gibi bireyin yargılamasını bozacak bir ruhsal sorununun olması
- Otizm spektrum bozukluğu tanısına sahip olmak
- Çalışmada yer alan formların özensiz veya eksik doldurulmuş olması
- Çalışmada uygulanan ölçeklere ve görüşmelere katılımı önleyecek düzeyde gelişimsel veya bedensel (nörolojik, metabolik, endokrin vb.) sorunları olan ergenler çalışmadan dışlanacaktır.

4.5. Veri Toplama Araçları:

4.5.1. Aydınlatılmış Bilgilendirme ve Onam Formu:

Çalışmanın konusunun ve amacının tanıtıldığı, hangi yöntemlerle yapılacağının açıklandığı, çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgilerin paylaşıldığı formdur. Tüm katılımcılara ve ebeveynlerine çalışmanın amacı, yöntemi ve olası riskleri ile ilgili sözel ve yazılı bilgi verilmiş; bu bilgileri ayrıntılı olarak içeren onam formu ile yazılı onam alınmıştır.

4.5.2. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, aile yapısı, anne-baba eğitim durumu, anne babanın mesleği, sosyoekonomik durum, özgeçmiş, soygeçmiş, alışkanlıklar, boy, kilo, BMI, BMI persentil, ebeveynin boy ve kilosu gibi bilgileri almaya yönelik bilgi formudur.

4.5.3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Formu-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli DSM-5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years) – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL-DSM-5]

Kaufman ve arkadaşlarının (2016) DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesidir.

Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde yapılandırılmamış bir görüşme ile çocuğun ve ailesinin sosyodemografik özellikleri, yakınmaları, gelişim öyküsü, sağlık durumu, genel olarak okuldaki ve evdeki işlevselliği ile ilgili bilgiler sorgulanır. İkinci bölümde hem geçmiş hem de şu andaki (son iki aydaki) 200’den fazla özgül belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer alır. Üçüncü bölüm DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır[185].

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ünal ve ark. (2019) tarafından yapılmıştır[186].

4.5.4. Olumlu-Olumsuz-Yardımcı Çocukluk Çağı Yaşam Olayları-Yarı Yapılandırılmış Görüşme

Olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları, nazik ve destekleyici yaşam olayları ve son olarak olumlu çocukluk çağı yaşam olayları ile ilişkili yazın araştırılmış, özellikle CDC (Central Disease Control) tarafından geliştirilen konuya ilişkin ölçeklerden yapılan çeviri ve uyarlamalar sonucunda 18 yaş ve altına uygun, çocukla yapılacak yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirmeye müsait bir ölçek yazarlar tarafından son halini almıştır. Ölçekte 3 ana başlık altında olumsuz yaşam olayları, yardımcı yaşam olayları ve olumlu yaşam olaylarına ilişkin sorular yanıtları Evet ya da Hayır olacak şekilde değerlendirilmektedir. Olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları da kendi içinde sözel istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, ihmal, duygusal ihmal, aile içi şiddet, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, ailede alkol-madde kullanım öyküsü, ailede hapis öyküsü alt başlıklarına ait sorulardan oluşmaktadır.

Bununla birlikte çocukla yapılan görüşmede herhangi bir ihmal ve istismar şüphesi ortaya çıktığında, öncesinde konu hakkında yapılmış bir girişim olmadığı görülür ise, adli bildirim, sosyal inceleme ve Çocuk Koruma Kanunu 5. maddesi uyarınca uygulanabilen tedbir kararları açısından gereken adımların uygulanması planlanmıştır.

4.5.5.Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBİÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q)

Yeme bozukluğu inceleme ölçeği (YBİÖ), ‘Yeme Bozukluğu İnceleme Görüşmesi (Eating Disorder Examination Interview, EDE)’nin DSM-IV’e göre oluşturulan öz bildirime dayalı versiyonudur.

Yirmi sekiz maddeden oluşan bu ölçek 0-6 arasında derecelendirilmektedir ve dört ve üzeri puanlar klinik olarak anlamlı sayılmaktadır. YBİÖ; Kısıtlama (1,2,3,4,5. maddeler), Yemeyle İlgili Endişeler(7,9,19,20,21. maddeler), Görünüşle İlgili Endişeler(6,8,10,11,23,26,27,28. maddeler), Kilo ile İlgili Endişeler(8,12,22,24,25. maddeler) ve Tıkınırcasına Yeme(13-18. maddeler) şeklinde 5 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçek puanları ve tüm puanlar yeme bozukluğunun şiddetini gösterir. Alt ölçek puanlarını elde etmek için ilişkili maddeler toplanır ve alt ölçeği oluşturan maddelerin toplam sayısına bölünür. Toplam puan ise Kısıtlama, Yemeyle İlgili Endişeler, Görünüşle İlgili Endişeler ve Kilo ile İlgili Endişeler alt ölçek puanlarının toplanarak alt ölçek sayısına (dörde) bölünmesi ile elde edilir. Tıkınırcasına yeme puanı, 13-18. Sorulara verilen cevapların toplanmasıyla elde edilir, toplam ölçek puanına dahil edilmez.

Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Yücel ve ark. Tarafından 2011 yılında yapılmıştır[187].

4.5.6. Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ)

Rieffe ve ark. (2006) tarafından geliştirilmiş olan Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ), Koçak ve ark. (2015) tarafından Türkçe’ye uyarlanarak geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır [188]

Ölçek; Duyguları Tanımlama Güçlüğü (1,3,6,7,9,13,14. maddeler), Duyguları Açıklama Güçlüğü (2,4,11,12,17. maddeler) ve Dışsal Yönelimli Düşünme (5,8,10,15,16,18,19,20. maddeler) olmak üzere 3 alt boyuttan ve toplam 20 maddeden oluşmaktadır.

Ölçeğin puanlaması ise her bir madde 0-2 arasında (Yanlış: 0 Bazen Doğru: 1 Sık Sık Doğru: 2) değer almaktadır. Ölçekteki ters puanlanan maddeler ise; madde 4, 5, 10, 18 ve 19’dur. Ölçekteki ters puanlanan her bir madde 0–2 arasında (Yanlış: 2 Bazen Doğru: 1 Sık Sık Doğru: 0) değer almaktadır. Ölçekteki toplam puanın ve alt ölçek puanların yüksekliği aleksitimi düzeyinin yüksekliğini göstermektedir [189].

4.5.7. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği- EIDDÖ (The Regulation of Emotions Questionnaire - REQ)

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Phillips ve Power (2007) tarafından ergenlerin duygu düzenleme yöntemlerini belirlemek için geliştirilmiş, [190], Duy ve Yıldız (2014) tarafından Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışması yapılmıştır[191]

Ölçek “içsel işlevsel duygu düzenleme”, “dışsal işlevsel duygu düzenleme”, “içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme” ve “dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme” şeklinde dört alt boyuta sahiptir. Alt boyutlardan alınan puanlar yükseldikçe ergenin o alt boyuta göre duygu düzenleme yönteminin sıklığı da artmakta, puanı düştükçe o yöntemi kullanma oranı düşmekte şeklinde yorumlanmakta ve ölçek toplam puan vermemektedir. Ölçekte, tersten puanlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasının yapan Duy ve Yıldız’dan, hiçbir yayında ölçeğin maddelerinin tamamına yer verilmemesi koşulu ile tez çalışması için kullanılmasına dair izin alınmıştır.

4.5.8. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (ÇDDÖ-R):

Ölçek Poznanski, Cook ve Carroll tarafından 1979’da geliştirilen ve çocuk/ergen, anne-baba ile yapılan klinik görüşmeden elde edilen bilgilerin hekim tarafından bir araya getirilerek değerlendirme yapılmasını sağlayan bir araçtır. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Alşen Güney ve ark. tarafından 2012 yılında yapılmış ve Cronbach’s alfa değeri 0.876 olarak bulunmuştur[192].

ÇDDÖ-R Formu, klinik popülasyonda depresif belirtiler ve depresyon şiddeti hakkında genel bilgi vermektedir. Ölçekteki 17 belirtiden 14’ü klinik görüşmede yanıtlanan sorularla hafiften şiddetliye doğru puanlanır. Bu belirtiler; bozulmuş okul işlevselliği, eğlenmede/keyif almada güçlük, sosyal içe çekilme, iştahta bozulma, uykunun bozulması, aşırı halsizlik hali, fiziksel yakınmalar, irritabilite, yoğun suçluluk duyguları, düşük benlik saygısı, depresif duygular, morbid fikirler, intihar fikirleri ve yoğun ağlama olarak maddeleştirilmiştir. Diğer 3 belirti alanı olan depresif afekt, cansız konuşma ve hipoaktivite görüşmecinin gözlemine göre değerlendirilmektedir.

Derecelendirmeler için ham puanlar T puanlarına dönüştürülür. 65-74 arası T-puan aralığı, depresif bir bozukluğun “doğrulanmasının muhtemel” olduğunu; 75-84 arası depresif bir bozukluğun “çok olası” olduğunu; 85 veya daha yüksek T-puanı, bir depresif bozukluğun “neredeyse kesin” olduğunu gösterir.

4.5.9. Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impressions-Severity Index – CGI-SI, CGI-S):

1976 yılında Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilmiştir. Ölçek klinik çalışmalarda hastaların değerlendirilmesini ve izlem sürecindeki tedavinin oluşturduğu değişiklikleri belirlemek amacıyla gözlemci tarafından puanlanır. Klinik Global İzlenim Ölçeği, hastalık şiddeti, düzelme ve yan etki şiddetini içeren 3 sorudan oluşur. Bu çalışmada yalnızca hastalık şiddeti (severity index-SI) bölümü kullanılacaktır.

CGI-S, toplam yedi değerlikli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin doldurulduğu sıradaki rahatsızlığının şiddetine göre 1 ile 7 puan arasında değerlendirme yapılır; 1=Normal, hasta değil, 2=Ruhsal hastalık sınırda, 3=Hafif derecede hasta, 4=Orta derecede hasta, 5=Belirgin derecede hasta, 6=Şiddetli derecede hasta, 7=En ağır derecede hasta olarak puanlanır.

4.6. Etik Kurul Onayı

Bu çalışma başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar etik Kurulu'nun 15.02.2023 tarih 2023/04-33 sayılı karar no. ile onay alınmıştır.

4.7. Araştırmanın İstatistiği

Verilerin analizi SPSS 26.0 ile yapılmıştır ve %95 güven düzeyinde çalışılmıştır.

Değişkenler için elde edilen örneklem büyüklüğünün $n > 30$ olması nedeni ile merkezi limit teoremine göre verilerin normal dağıldığı varsayılmaktadır. (Gosling, 1995, p. 81). Bu nedenle analizlerimizde parametrik olan test teknikleri kullanılmıştır.

Analizlerimizde Ki-kare testi, tek yönlü ANOVA testi, Pearson korelasyon testi ve MANOVA testi kullanılmıştır.

Buna göre grup ile kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Ölçümlerin, gruplar açısından incelenmesi Tek yönlü ANOVA testi ile analiz edilmiştir. ANOVA testinde fark çıkması durumunda çoklu karşılaştırma Tukey testi ile analiz edilmiştir. Grup ayrımında ölçümler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Ölçümlerin, gruplar ile olumsuz yaşam olayları etkileşimleri açısından incelenmesi ise MANOVA testi ile analiz edilmiştir.

Araştırmaya alınacak örneklem büyüklüğü hesaplanırken, yazından çalışma desenimize uygun(hasta grubu özellikleri, klinik kontrol grubu alınmış olması ve kullanılan testler

açısından) bir çalışmaya ait veriler ile G-Power 3.1.9.2 programı kullanılarak yapılan güç analizinde etki düzeyi 0,49 ve α değeri 0,05 olup güç değeri ($1-\beta$) 0,80 olarak hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı toplamda 57 olarak hesaplanmıştır. Her bir gruptan en az 19 kişi alınması yeterli olduğu tespit edilmiştir. Ancak çalışmada uç değerlerin olabileceği düşünülerek her bir gruptan en az 22 kişi alınmasına karar verilmiştir. Buna göre hesaplanan örneklem büyüklüğünün değerlendirme anında yeme bozukluğu tanısı olan olgu grubu için 22 kişi, geçmişte yeme bozukluğu tanısı olup değerlendirme anında yeme bozukluğu tanısı olmayan olgu grubu için 22 kişi, ve herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısını karşılamayan kontrol grubu için 22 kişi olmak üzere toplam 66 çocuk/ergen alınması gerektiği bulunmuştur. Değerlendirme anında yeme bozukluğu olan olgu grubu için 32 ergen ve kontrol grubu için 32 ergen çalışmaya dahil edilmiş, ancak geçmişte yeme bozukluğu tanısı olup değerlendirme anında yeme bozukluğu tanısı olmayan 16 ergen saptanabilmiştir.

5. BULGULAR

Bu çalışmada 01.01.2023-31.08.2023 tarih aralığında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine başvurmuş 12-18 yaşlarındaki değerlendirme anında yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 32 ergenden oluşan bir olgu-1 grubu ve geçmişte yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan ve değerlendirme anında yeme bozukluğu tanısı olmayan 16 ergenden oluşan diğer olgu-2 grubu ile yaşam boyu yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan 32 ergenden oluşan klinik kontrol grubu karşılaştırılmıştır.

Bulgular değerlendirilirken değerlendirme anında yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan 32 ergenden oluşan grup olgu-1 grubu, geçmişte yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan ancak değerlendirme anında karşılamayan 16 ergenden oluşan grup olgu-2 grubu, yaşam boyu yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan ancak diğer psikiyatrik eş tanılara sahip grup kontrol grubu olarak isimlendirilmiştir.

5.1.Olgu Gruplarında Tanı Dağılımı

Olgu-1 grubundaki katılımcıların %25'i AN, %37,5'i BN, %15,6'sı TYB, %21,9'u BTA-YB iken; olgu-2 grubundaki katılımcıların %50'si geçmişte AN, %37,5'i geçmişte BN, %12,5'i geçmişte TYB tanısı almıştır.

Tablo 1. Olgu Gruplarında Tanı Dağılımı

	Olgu-1 (n=32)		Olgu-2 (n=16)
AN	8 (%25)	Geçmişte AN	8 (%50)
BN	12 (%37,5)	Geçmişte BN	6 (%37,5)
TYB	5 (%15,6)	Geçmişte TYB	2 (%12,5)
BTA-YB	7 (%21,9)	Geçmişte BTA-YB	0 (%0)

5.2. Katılımcıların Bireysel ve Ailesel Özellikleri

Yaş

Çalışmamıza yaş ortalaması $15,59 \pm 1,51$ olan 80 katılımcı alınmıştır. Olgu-1 grubunun yaş ortalama değeri $15,53 \pm 1,7$, olgu-2 grubunun yaş ortalama değeri $16,13 \pm 0,96$, kontrol grubunun yaş ortalama değeri $15,38 \pm 1,5$ olarak tespit edilmiştir. Her üç grup arasında yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,260$).

Tablo 2. Grupların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	F	p
Yaş, Ortalama ($\pm$ SS)	$15,53 \pm 1,7$	$16,13 \pm 0,96$	$15,38 \pm 1,5$	$15,59 \pm 1,51$	1,371	0,260

* $p < 0,05$ ANOVA testi

Cinsiyet

Çalışmamızdaki gruplar cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde olgu-1 grubundaki katılımcıların %96,9'unun ($n=31$), olgu-2 grubundaki katılımcıların %93,8'inin ($n=15$), kontrol grubundaki katılımcıların %96,9'unun ($n=31$) kız cinsiyette olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,841$).

Tablo 3. Grupların Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması

Cinsiyet	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X²	p
Kız	31 (%96,9)	15 (%93,8)	31 (96,9)	77 (%96,3)	0,346	0,841
Erkek	1 (%3,1)	1 (%6,3)	1 (%3,1)	3 (%3,7)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Aile yapısı

Gruplar aile yapısı açısından değerlendirildiğinde olgu-1 grubundaki katılımcıların %75,0'ının (n=24), olgu-2 grubundaki katılımcıların %68,8'inin (n=11), kontrol grubundaki katılımcıların %84,8'inin (n=27) anne babasının birlikte olduğu; olgu-1 grubundaki katılımcıların %12,5'inin (n=4), olgu-2 grubundaki katılımcıların %25,0'inin (n=4), kontrol grubundaki katılımcıların %12,5'inin (n=4) ebeveynlerinin boşanmış olduğu; olgu-1 grubundaki katılımcıların %12,5'inin (n=4), olgu-2 grubundaki katılımcıların %6,2'sinin (n=1), kontrol grubundaki katılımcıların %3,1'inin (n=1) ebeveyn kaybı olduğu bulunmuştur. Gruplar arasında aile yapısı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,383).

Tablo 4. Grupların Aile Yapılarının Karşılaştırılması

Aile yapısı	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X²	p
Anne baba birlikte	24 (%75,0)	11 (%68,8)	27 (%84,4)	62 (%77,5)	6,375	0,383
Boşanmış ebeveynler	4 (%12,5)	4 (%25)	4 (%12,5)	12 (%15)		
Ebeveyn kaybı	4 (%12,5)	1 (%6,2)	1 (%3,1)	6 (%7,5)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Yaşanan yer

Katılımcılar yaşanan yer açısından karşılaştırıldığında olgu-1 grubunda olanların %93,8'inin(n=30), olgu-2 grubunda olanların tamamının (n=16), kontrol grubundakilerin %71,9'unun (n=23) kentte yaşadığı, kontrol grubunda olanlarda kırsalda yaşama durumunun

daha fazla olduğu, gruplar arasında yaşanan yer açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p=0,008)

Tablo 5. Grupların Yaşadıkları Yerlerin Karşılaştırılması

Yaşanan yer	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X ²	p
Kırsal	2 (%6,2)	0 (%0)	9 (%28,1)	11 (%13,8)	9,644	0,008*
Kentsel	30 (%93,8)	16 (%100)	23 (%71,9)	69 (%86,2)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Anne ve Baba Eğitim Durumu

Gruplar arasında anne eğitim durumu (p=0,223) ve baba eğitim durumu(p=0,207) açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 6. Grupların Anne ve Babaların Eğitim Düzeyi Açısından Karşılaştırılması

Anne eğitim durumu	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X ²	p
İlkokul	3 (%9,4)	2 (%12,5)	6 (%18,8)	11 (%13,8)	8,208	0,223
Ortaokul	7 (%21,9)	2 (%12,5)	6 (%18,8)	15 (%18,8)		
Lise	12 (%37,5)	3 (%18,8)	14 (%43,8)	29 (%36,3)		
Üniversite	10 (%31,3)	9 (%56,3)	6 (%18,8)	25(%31,3)		

Baba eğitim durumu	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X ²	p
İlkokul	5 (%15,6)	1 (%6,2)	11 (%34,4)	17 (%21,2)	8,452	0,207
Ortaokul	8 (%25,0)	2 (%12,5)	5 (%15,6)	15 (%18,8)		
Lise	8 (%25,0)	7 (%43,8)	9 (%28,1)	24 (%30,0)		
Üniversite	11 (%34,4)	6 (%37,5)	7 (%21,9)	24(%30,0)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Ortalama aylık gelir

Gruplar ortalama aylık gelir açısından karşılaştırıldığında olgu-1 grubundakilerin %56,3'ünün, olgu-2 grubundakilerin %25'inin, kontrol grubundakilerin %35,5'inin ortalama aylık gelirinin <20.000 olduğu, ortalama aylık gelir açısından gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur(p=0,016).

Tablo 7. Grupların Ortalama Aylık Gelir Açısından Karşılaştırılması

Ortalama aylık gelir	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X ²	p
<20.000	18 (%56,3)	4 (%25)	12 (%37,5)	17 (%21,2)	12,154	0,016*
20.000-30.000	12 (%37,5)	6 (%37,5)	17(%53,1)	15 (%18,8)		
>30.000	2 (%6,3)	6 (%37,5)	3 (%9,4)	24 (%30,0)		

*p<0,05 Ki-kare testi

BMI

Çalışmamızdaki gruplar ortalama BMI değerleri açısından değerlendirildiğinde Olgu-1 grubunun BMI değeri 22,15±5,82, olgu-2 grubunun BMI değeri 21,87±2,5, kontrol grubunun BMI değeri 20,2±3,37 olarak normal aralıkta tespit edilmiştir. Her üç grup arasında BMI değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,260).

Tablo 8. Grupların ortalama BMI Değerlerinin Karşılaştırılması

	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	F	p
BMI, Ortalama ± SS	22,15±5,82	21,87±2,5	20,2±3,37	21,32±4,45	1,722	0,185

*p<0,05 ANOVA testi

BMI persentil

Çalışmamızdaki gruplar ortalama BMI persentil değerleri açısından değerlendirildiğinde Olgu-1 grubunun BMI persentil değeri $51,85 \pm 40,25$, olgu-2 grubunun BMI persentil değeri $58,35 \pm 24,76$, kontrol grubunun BMI persentil değeri $41,55 \pm 32,93$ olarak tespit edilmiştir. Her üç grup arasında ortalama BMI persentil değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,248$).

Tablo 9. Grupların BMI Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması

	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	F	p
BMI persentil, Ortalama $\pm$ SS	51,85 $\pm$ 40,25	58,35 $\pm$ 24,76	41,55 $\pm$ 32,93	49,03 $\pm$ 34,94	1,421	0,248

* $p<0,05$ ANOVA testi

Olgu-1 grubundaki katılımcılarda BMI ve BMI persentil Değerlerinin Tanı Açısından İncelenmesi

Olgu-1 grubundaki katılımcılar arasında BMI ve BMI persentil değerleri tanıya göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Sonuçlar incelendiğinde AN olanların ortalama BMI ve BMI persentil değerleri, diğer tanılara göre anlamlı şekilde daha düşüktür.

Tablo 10. Yeme Bozukluğu Grubunda Tanıya Göre BMI ve BMI Persentil Değerlerinin Karşılaştırılması

	AN		BN		TYB		YB-BTA		F	p	
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss			
BMI	15,36	1,37	24,15	4,20	28,21	4,24	22,16	5,31	12,531	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4
BMI persentil	2,15	2,34	70,23	30,17	89,43	16,27	50,33	37,03	14,914	<0,001*	1<2; 1<3; 1<4

* $p<0,05$ ANOVA testi

Anne ve babanın BMI değerleri:

Çalışmamızdaki gruplar anne ve babaların ortalama BMI değerleri açısından değerlendirildiğinde her üç grup arasında anne ve babaların ortalama BMI değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (sırasıyla $p=0,746$ ve $p=0,525$).

Tablo 11. Grupların Anne ve Baba BMI Açısından Karşılaştırılması

	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	F	p
Anne BMI, Ortalama $\pm$ SS	25,58 $\pm$ 4,58	25,35 $\pm$ 3,98	26,26 $\pm$ 4,58	25,81 $\pm$ 4,43	0,294	0,746
Baba BMI, Ortalama $\pm$ SS	27,23 $\pm$ 3,59	27,34 $\pm$ 4,49	26,32 $\pm$ 3,01	26,88 $\pm$ 3,55	0,651	0,525

*p<0,05 ANOVA testi

Ailede Obezite

Katılımcılar ailede obezite açısından karşılaştırıldığında olgu-1 grubunda olanların %34,4'ünün (n=11), olgu-2 grubundakilerin %25,0'ının (n=4), kontrol grubundakilerin %9,4'ünün (n=3) ailesinde obezite olduğu bulunmuş, ailede obezite varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,055).

Tablo 12. Grupların Ailede Obezite Açısından Karşılaştırılması

Ailede obezite	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X²	p
yok	21 (%65,6)	12 (%75,0)	29 (%90,6)	62 (%77,5)	5,806	0,055
var	11 (%34,4)	4 (%25,0)	3 (%9,4)	18 (%22,5)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Değerlendirme sırasında(olgu-1 grubu) ve geçmişte (olgu-2 grubu) yeme bozukluğu tanısı olanlar ile herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı olmayan (kontrol grubu) katılımcılar karşılaştırıldığında, herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı almış kişilerin %31,2'sinin (n=15), kontrol grubundakilerin %9,4'ünün (n=3) ailesinde obezite olduğu bulunmuş, herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı almış kişilerin ailesinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla obezite olduğu bulunmuştur(p=0,043)

Tablo 13. Geçmişte ya da Şimdi Yeme Bozukluğu Olan Grupların Ailede Obezite Açısından Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

Ailede obezite	Olgu-1 ve olgu-2	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X²	p
---------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------	----------------------	----------

	(n=48)				
yok	33 (%68,8)	29 (%90,6)	62 (%77,5)	4,089	0,043*
var	15 (%31,2)	3 (%9,4)	18 (%22,5)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Yine değerlendirme anında yeme bozukluğu tanısı olan olgu-1 grubu ile kontrol grubu ailede obezite açısından karşılaştırıldığında, olgu-1 grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla ailede obezite saptanmıştır(p=0,034)

Tablo 14. Yeme Bozukluğu Grubunun Ailede Obezite Açısından Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

Ailede obezite	Olgu-1 (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=64)	X²	p
yok	21 (%65,6)	29 (%90,6)	50 (%78,1)	4,480	0,034*
var	11 (%34,4)	3 (%9,4)	14 (%21,9)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Ailede Psikiyatrik Hastalık

Gruplar ailede psikiyatrik hastalık açısından karşılaştırıldığında olgu-1 grubundakilerin %56,2'sinin (n=18), olgu-2 grubundakilerin %50,0'ının (n=8), kontrol grubundakilerin %56,2'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (p=0,827).

Tablo 15. Grupların Ailede Psikiyatrik Hastalık Yönünden Karşılaştırılması

Ailede psikiyatrik hastalık	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X²	p
yok	14 (%43,8)	8 (%50,0)	13 (%40,6)	35 (%43,8)	0,381	0,827
var	18 (%56,2)	8 (%50,0)	19 (%59,4)	45 (%56,2)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Sigara-alkol-madde kullanımı

Gruplardaki katılımcılar arasında sigara, alkol ve madde kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 16. Grupların Sigara, Alkol ve Madde Kullanımlarına Göre Karşılaştırılması

Sigara-alkol-madde kullanımı		Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X ²	p
Sigara	Yok	18 (%56,2)	9 (%56,2)	25 (%78,1)	52(%65,0)	4,038	0,133
	Var	14 (%43,8)	7(%43,8)	7 (%21,9)	28 (%35,0)		
Alkol	Yok	22 (%68,8)	9 (%56,2)	25 (%78,1)	56 (%70,0)	2,470	0,291
	Var	10 (%31,2)	7 (%43,8)	7 (%21,9)	24 (%30,0)		
Madde	Yok	32 (%100)	16 (%100,0)	30 (%93,8)	78 (%97,5)	3,077	0,215
	Var	0 (%0,0)	0 (%0,0)	2(%6,3)	2 (%2,5)		

*p<0,05 Ki-kare testi

Yataklı Tedavi Öyküsü

Olgu-1 grubundakilerin %25'inin (n=8), olgu-2 grubundakilerin %37,5'inin (n=6), kontrol grubundakilerin %28,1'inin (n=9) çocuk ve ergen ruh sağlığı ve psikiyatri servisinde yataklı tedavi görmüş olduğu bulunmuş, gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır(p=0,662).

Tablo 17. Grupların Yataklı Tedavi Öyküsü Yönünden Karşılaştırılması

Yataklı tedavi öyküsü	Olgu-1 (n=32)	Olgu-2 (n=16)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=80)	X ²	p
Yok	24 (%75)	10 (%62,5)	23 (%71,9)	57 (%71,3)	0,824	0,662
Var	8 (%25)	6 (%37,5)	9 (%28,1)	23 (%28,8)		

Psikiyatrik Eş Tanı

Gruplardaki katılımcılar psikiyatrik komorbiditeler açısından karşılaştırıldığında olgu-1 grubundakilerin %15,6'sında (n=5), olgu 2 grubundakilerin %12,5'inde (n=2), kontrol grubundakilerin %9,4'ünde psikiyatrik komorbidite saptanmamıştır. Psikiyatrik komorbidite varlığı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.553). Olgu-1

grubundakilerin %84.4'ünde (n=27), olgu-2 grubundakilerin %87.5'inde (n=14), kontrol grubundakilerin %90.6'sında (n=29) en az bir psikiyatrik komorbidite mevcuttur.

MDB komorbiditesi olgu-1 grubunda %74.1 (n=20), olgu-2 grubunda %57.1 (n=8), kontrol grubunda %58.6 (n=17); YAB komorbiditesi olgu-1 grubunda %22.2 (n=6), olgu-2 grubunda %50.0 (n=7), kontrol grubunda %24.1 (n=7); SAB komorbiditesi olgu-1 grubunda %14,8 (n=4), olgu-2 grubunda %21.4 (n=3), kontrol grubunda %34,5 (n=10); DEHB komorbiditesi olgu-1 grubunda %18,5 (n=5), olgu-2 grubunda %28,6 (n=4), kontrol grubunda %24.1 (n=7); OKB komorbiditesi olgu-1 grubunda %14.8 (n=4), olgu-2 grubunda %21.4 (n=3), kontrol grubunda %20.7 (n=6) saptanmış olup, psikiyatrik komorbiditeler açısından gruplar benzerdir, gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 18. Grupların Psikiyatrik Komorbiditeler Açısından Karşılaştırılması

		Olgu-1		Olgu-2		Kontrol		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Komorbidite	Yok	5	15,6	2	12,5	3	9,4	10	12,5	4,925	0,553
	1	16	50,0	5	31,3	12	37,5	33	41,3		
	2	10	31,3	6	37,5	13	40,6	29	36,3		
	3 ve daha fazla	1	3,1	3	18,8	4	12,5	8	10,0		
MDB	Var	20	74,1	8	57,1	17	58,6	45	64,3	1,843	0,398
	Yok	7	25,9	6	42,9	12	41,4	25	35,7		
Yaygın anksiyete	Var	6	22,2	7	50,0	7	24,1	20	28,6	3,963	0,138
	Yok	21	77,8	7	50,0	22	75,9	50	71,4		
Sosyal anksiyete	Var	4	14,8	3	21,4	10	34,5	17	24,3	3,019	0,221
	Yok	23	85,2	11	78,6	19	65,5	53	75,7		
DEHB	Var	5	18,5	4	28,6	7	24,1	16	22,9	,574	0,750
	Yok	22	81,5	10	71,4	22	75,9	54	77,1		
OKB	Var	4	14,8	3	21,4	6	20,7	13	18,6	,414	0,813
	Yok	23	85,2	11	78,6	23	79,3	57	81,4		
ÖÖB	Var	0	0,0	1	7,1	1	3,4	2	2,9	1,757	0,415
	Yok	27	100,0	13	92,9	28	96,6	68	97,1		
KOKGB	Var	0	0,0	1	7,1	1	3,4	2	2,9	1,757	0,415
	Yok	27	100,0	13	92,9	28	96,6	68	97,1		
PTSB	Var	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	1,4	1,434	0,488

	Yok	27	100,0	14	100,0	28	96,6	69	98,6		
Panik bozukluk	Var	0	0,0	0	0,0	1	3,4	1	1,4	1,434	0,488
	Yok	27	100,0	14	100,0	28	96,6	69	98,6		

*p<0,05 Ki-kare testi

5.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Olumsuz, Olumlu ve Yardımcı Yaşam Olayları Ölçeği:

Gruplar arasında olumsuz yaşam olaylarının sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ancak olumlu/yardımcı yaşam olaylarının sayısı, kontrol grubunda, olgu-1 grubuna göre anlamlı olarak fazla saptanmıştır (p=0,031).

Tablo 19. Grupların Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları Sayıları Açısından Karşılaştırılması

	1.Olgu-1		2.Olgu-2		3.Kontrol		Toplam		F	p	Çoklu karşılaştırma
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss			
Olumsuz YO	3,63	2,39	3,09	1,80	2,63	2,28	3,01	2,13	1,219	0,301	
Olumlu ve Yardımcı YO	9,00	3,71	10,50	3,18	11,72	3,28	10,69	3,44	3,637	0,031	3>1

*p<0,05 ANOVA testi

Gruplar olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları maruziyetlerine göre karşılaştırıldıklarında, herhangi bir olumsuz çocukluk çağı yaşantısı açısından olgu-1, olgu-2 ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmamıştır(p>0,05).

Tablo 20. Grupların Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olayları Maruziyetlerinin Karşılaştırılması

Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olayları		Olg-1		Olg-2		Kontrol		Toplam		Ki-kare	p
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Sözel istismar	Yok	13	40,6	3	18,8	16	50,0	32	40,0	4,349	0,114
	Var	19	59,4	13	81,3	16	50,0	48	60,0		
Fiziksel istismar	Yok	16	50,0	8	50,0	23	71,9	47	58,8	3,791	0,150
	Var	16	50,0	8	50,0	9	28,1	33	41,3		

Cinsel istismar	Yok	25	78,1	12	75,0	25	78,1	62	77,5	,072	0,965
	Var	7	21,9	4	25,0	7	21,9	18	22,5		
Duygusal ihmal	Yok	13	40,6	5	31,3	20	62,5	38	47,5	5,188	0,075
	Var	19	59,4	11	68,8	12	37,5	42	52,5		
İhmal	Yok	24	75,0	11	68,8	23	71,9	58	72,5	,219	0,896
	Var	8	25,0	5	31,3	9	28,1	22	27,5		
Aile içi şiddet	Yok	27	84,4	10	62,5	25	78,1	62	77,5	2,939	0,230
	Var	5	15,6	6	37,5	7	21,9	18	22,5		
Aile alkol madde kullanımı	Yok	27	84,4	13	81,3	26	81,3	66	82,5	,130	0,937
	Var	5	15,6	3	18,8	6	18,8	14	17,5		
Aile ruhsal hastalık	Yok	14	43,8	10	62,5	18	56,3	42	52,5	1,805	0,406
	Var	18	56,3	6	37,5	14	43,8	38	47,5		
Aile hapis öyküsü	Yok	32	100,0	15	93,8	29	90,6	76	95,0	3,026	0,220
	Var	0	0,0	1	6,3	3	9,4	4	5,0		

*p<0,05 Ki-kare testi

Değerlendirme anında yeme bozukluğu tanı kriterlerini karşılayan olgu-1 grubu (n=32) ile kontrol grubu (n=32) arasında da olumsuz çocukluk çağı yaşam olaylarına maruziyet açısından karşılaştırma yapılmış, herhangi bir olumsuz çocukluk çağı yaşam olayı için her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 21. Yeme Bozukluğu ve Kontrol Grubunun Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olayları Maruziyetlerinin Karşılaştırılması

Olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları		Olgu-1 grubu (n=32)	Kontrol grubu (n=32)	Toplam (n=64)	Ki-kare	P
Sözel istismar	Yok	13 (%40,6)	16 (%50,0)	29 (%45,3)	0,252	0,616
	Var	19 (%59,4)	16 (%50,0)	35 (%54,7)		
Fiziksel istismar	Yok	16 (%50,0)	23 (%71,9)	39 (%60,9)	2,363	0,124
	Var	16 (%50,0)	9 (%28,1)	25 (%39,1)		
Cinsel istismar	Yok	25 (%78,1)	25 (%78,1)	50 (%78,1)	0,000	1,000
	Var	7 (%21,9)	7 (%21,9)	14 (%21,9)		
Duygusal ihmal	Yok	13 (%40,6)	20 (%62,5)	33 (%51,6)	2,252	0,133
	Var	19 (%59,4)	12 (%37,5)	31 (%48,4)		
İhmal	Yok	24 (%75,0)	23 (%71,9)	47 (%73,4)	0,000	1,000
	Var	8 (%25,0)	9 (%28,1)	17 (%26,6)		
Aile içi şiddet	Yok	27 (%84,4)	25 (%78,1)	52 (%81,3)	0,103	0,749
	Var	5 (%15,6)	7 (%21,9)	12 (%18,8)		

Aile alkol madde	Yok	27 (%84,4)	26 (%81,3)	53 (%82,8)	0,000	1,000
	Var	5 (%15,6)	6 (%18,8)	11 (%17,2)		
Aile ruhsal hastalık	Yok	14 (%43,8)	18 (%56,3)	32 (%50,0)	0,563	0,453
	Var	18 (%56,3)	14 (%43,8)	32 (%50,0)		
Aile hapis	Yok	32 (%100,0)	29 (%90,6)	61 (%95,3)	3,148 ^a	0,076
	Var	0 (%0,0)	3 (%9,4)	3 (%4,7)		

*p<0,05; Ki-kare testi

Herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısını karşılayan olgular ile (olgu-1 ve olgu-2 gruplarının birlikteliği, n=48), yaşam boyu yeme bozukluğu tanısını karşılamayan kontroller (n=32) arasında da olumsuz çocukluk çağı yaşam olaylarına maruziyet açısından karşılaştırma yapılmıştır. Duygusal ihmal herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı almış olgu grubunun %62,5'inde (n=40), kontrol grubunun %37,5'inde (n=12) saptanmış, bu iki grup arasında duygusal ihmal maruziyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,049). Diğer olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 22. Geçmişte ya da Şimdi Yeme Bozukluğu Olan Grupların Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşam Olayları Maruziyetlerinin Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

		Herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı olan (Olgu-1 ve olgu-2, n=48)		Kontrol (n=32)		Toplam (n=80)		Ki-kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Sözel istismar	Yok	16	33,3	16	50,0	32	40,0	1,582	0,208
	Var	32	66,7	16	50,0	48	60,0		
Fiziksel istismar	Yok	24	50,0	23	71,9	47	58,8	2,942	0,086
	Var	24	50,0	9	28,1	33	41,3		
Cinsel istismar	Yok	37	77,1	25	78,1	62	77,5	0,000	1,000
	Var	11	22,9	7	21,9	18	22,5		
Duygusal ihmal	Yok	18	37,5	20	62,5	38	47,5	3,862	0,049*
	Var	30	62,5	12	37,5	42	52,5		
İhmal	Yok	35	72,9	23	71,9	58	72,5	0,000	1,000
	Var	13	27,1	9	28,1	22	27,5		
Aile içi şiddet	Yok	37	77,1	25	78,1	62	77,5	0,000	1,000
	Var	11	22,9	7	21,9	18	22,5		
Aile alkol madde kullanımı	Yok	40	83,3	26	81,3	66	82,5	0,000	1,000
	Var	8	16,7	6	18,8	14	17,5		
Aile ruhsal hastalık	Yok	24	50,0	18	56,3	42	52,5	0,102	0,749
	Var	24	50,0	14	43,8	38	47,5		

Aile hapis	Yok	47	97,9	29	90,6	76	95,0	2,149 ^a	0,143
	Var	1	2,1	3	9,4	4	5,0		

*p<0,05 Ki-kare testi

Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBİÖ) Puanları:

Gruplar Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBİÖ) tüm puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, olgu-1 grubunda, tüm puan, kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, görünüşle ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları, olgu-2 grubu ve kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanı, olgu-2 grubunda da kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 23. Grupların Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği(YBİÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	1.Olg-1		2.Olg-2		3.Kontrol		Toplam		F	p	Çoklu karşılaştırma
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss			
YBİÖ-Tüm puan	4,25	1,31	2,28	1,40	1,37	1,32	2,70	1,86	38,397	<0,001*	3<1; 1>2
YBİÖ-Kısıtlama	4,22	1,58	1,66	1,48	1,15	1,45	2,48	2,07	36,080	<0,001*	3<1; 1>2
YBİÖ-Yeme ile ilgili endişeler	3,69	1,45	1,83	1,30	0,88	1,17	2,20	1,82	37,447	<0,001*	3<1; 1>2
YBİÖ-Görünüş ile ilgili endişeler	4,55	1,47	2,99	1,68	2,00	1,62	3,22	1,94	21,326	<0,001*	3<1; 1>2
YBİÖ-Kilo ile ilgili endişeler	4,53	1,27	2,65	1,77	1,46	1,45	2,93	2,00	36,183	<0,001*	3<1; 3<2; 1>2

*p<0,05 ANOVA testi

Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanları:

Katılımcılar Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında içsel işlevsel stratejiler, içsel işlevsel olmayan stratejiler, dışsal işlevsel stratejiler ve dışsal işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Grupların Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	1.Olgu-1		2.Olgu-2		3.Kontrol		Toplam		F	p	Çoklu karşılaştırma
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss			
EİDDÖ-İçsel İşlevsel Stratejiler	14,94	3,30	14,81	3,54	13,59	3,79	14,38	3,57	1,296	0,280	
EİDDÖ-İçsel İşlevsel Olmayan stratejiler	18,59	4,79	17,88	3,67	15,53	5,94	17,23	5,24	3,040	0,054	
EİDDÖ-Dışsal İşlevsel stratejiler	10,84	4,57	11,00	4,00	11,81	3,62	11,26	4,07	0,487	0,616	
EİDDÖ-Dışsal İşlevsel Olmayan stratejiler	11,38	4,84	12,38	5,23	9,47	3,84	10,81	4,64	2,585	0,082	

*p<0,05 ANOVA testi

Olgu-1 ve kontrol grubundaki katılımcılar Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği(EİDDÖ) puanları açısından karşılaştırıldığında olgu-1 grubunda EİDDÖ-içsel işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanı $18,59 \pm 4,79$, kontrol grubunda $15,53 \pm 5,94$ saptanmış, olgu-1 grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır ($p=0,027$). EİDDÖ- içsel işlevsel stratejiler, EİDDÖ-dışsal işlevsel stratejiler, EİDDÖ- dışsal işlevsel olmayan stratejiler açısından olgu-1 ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 25. Yeme Bozukluğu Grubu ve Kontrol Grubunun Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	Olgu-1 (n=32)	Kontrol (n=32)	Toplam (n=32)	t	p
EİDDÖ-İçsel İşlevsel Stratejiler	14,94 $\pm$ 3,30	13,59 $\pm$ 3,79	14,27 $\pm$ 3,59	1,512	0,136
EİDDÖ-İçsel İşlevsel Olmayan Stratejiler	18,59 $\pm$ 4,79	15,53 $\pm$ 5,94	17,06 $\pm$ 5,57	2,270	0,027*
EİDDÖ-Dışsal İşlevsel Stratejiler	10,84 $\pm$ 4,57	11,81 $\pm$ 3,62	11,33 $\pm$ 4,12	-0,939	0,351
EİDDÖ-Dışsal İşlevsel Olmayan Stratejiler	11,38 $\pm$ 4,84	9,47 $\pm$ 3,84	10,42 $\pm$ 4,44	1,745	0,086

*p<0,05; t testi

Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Puanları:

Gruplar Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) tüm puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında, ÇAÖ tüm puan ve duyguları tanımlama, duyguları açıklama, dışsal yönelimli düşünme alt ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 26. Grupların Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	1.Olgu-1		2.Olgu-2		3.Kontrol		Toplam		F	p	Çoklu karşılaştırma
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss			
CAÖ-Tüm puan	21,91	7,43	18,81	5,02	19,41	7,77	20,29	7,21	1,394	0,254	
CAÖ-Duyguları tanımlama alt ölçeği	8,78	3,87	7,88	3,01	6,91	3,64	7,85	3,67	2,145	0,124	
CAÖ-Duyguları açıklama alt ölçeği	6,28	2,89	4,81	2,43	5,69	3,35	5,75	3,01	1,288	0,282	
CAÖ-Dışsal yönelimli düşünme alt ölçeği	6,84	3,10	6,06	2,46	6,81	2,24	6,68	2,64	0,532	0,590	

*p<0,05 ANOVA testi

Olgu-1 ve kontrol grupları aleksitimi düzeyleri açısından değerlendirildiğinde Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ)-duygu tanımlama alt ölçeği puanı olgu grubunda $8,78 \pm 3,87$, kontrol grubunda $6,91 \pm 3,64$ bulunmuş, olgu grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır(p=0,05). ÇAÖ- tüm puan, ÇAÖ- duygu açıklama alt ölçeği ve ÇAÖ-Dışsal yönelimli düşünme alt ölçeği puanları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 27. Yeme Bozukluğu Grubu ve Kontrol Grubunun Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Puanlarının Karşılaştırılması

	Olgu-1 grubu (n=32)	Kontrol grubu (n=32)	Total (n=64)	t	p
ÇAÖ-Tüm puan	21,91 $\pm$ 7,43	19,41 $\pm$ 7,77	20,66 $\pm$ 7,65	1,315	0,193
ÇAÖ-Duygu tanımlama alt ölçeği	8,78 $\pm$ 3,87	6,91 $\pm$ 3,64	7,84 $\pm$ 3,84	1,997	0,050*
ÇAÖ-Duygu açıklama alt ölçeği	6,28 $\pm$ 2,89	5,69 $\pm$ 3,35	5,98 $\pm$ 3,11	0,760	0,450
ÇAÖ-Dışsal yönelimli düşünme alt ölçeği	6,84 $\pm$ 3,10	6,81 $\pm$ 2,24	6,83 $\pm$ 2,68	0,046	0,963

*p<0,05; t testi

Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R formu T- skor) Puanları:

Gruplar CDRS-R T-skor açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında CDRS-R T-skor ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,734$).

Tablo 28. Grupların Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (CDRS-R formu T- skor) Puanlarının Karşılaştırılması

	1.Olg-1		2.Olg-2		3.Kontrol		Toplam		F	p	Çoklu karşılaştırma
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss			
CDRS-R T-SKOR	63,50	8,60	60,81	14,92	62,25	11,64	62,46	11,20	0,311	0,734	

* $p<0,05$ ANOVA testi

Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (CGI-S) Puanları:

Katılımcılar CGI-S puanları açısından karşılaştırıldığında olgu-1 grubunda $4,44\pm1,05$, olgu-2 grubunda $3,31\pm1,25$, kontrol grubunda $3,66\pm1,04$ saptanmış; hastalık şiddetini gösteren CGI-S puanları olgu-1 grubunda, olgu-2 ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 29. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği-Hastalık Şiddeti (CGI-S) Puanlarının Karşılaştırılması

	1.Olg-1		2.Olg-2		3.Kontrol		Total		F	p	Çoklu karşılaştırma
	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss	Ort	ss			
CGI-S	4,44	1,05	3,31	1,25	3,66	1,04	3,90	1,16	7,089	0,001*	1>3; 1>2

* $p<0,05$ ANOVA testi

5.4. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları

Gruplar Arasında Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBiÖ) Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Olgu-1 grubunda;

Olumsuz YO ve olumlu/yardımcı YO ile YBİÖ tüm puan ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Olgu-2 grubunda;

Olumlu/yardımcı YO ile YBIO-görünüşle ilgili endişeler alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r = -0,504$); YBIO-kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r = -0,589$) saptanmıştır.

Kontrol grubunda;

Yardımcı YO ile YBIO-Görünüş ile ilgili endişeler alt ölçek puanı arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r = -0,365$),

Olumlu/yardımcı YO ile YBIO-tüm puan arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r = -0,364$); YBIO-görünüş ile ilgili endişeler alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r = -0,457$); YBIO-kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r = -0,375$) bulunmuştur.

Tablo 30. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBİÖ) Puanlarının Korelasyonu:

		Olgu-1		Olgu-2		Kontrol	
		Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO
YBIO-Tüm puan	r	0,250	-0,130	0,270	-0,477	0,040	-,364*
	p	0,167	0,478	0,313	0,062	0,829	0,041
YBIO-Kısıtlama	r	0,215	-0,020	0,135	-0,344	-0,014	-0,262
	p	0,237	0,914	0,619	0,192	0,941	0,147
YBIO-Yeme ile ilgili endişeler	r	0,078	-0,238	0,132	-0,210	0,130	-0,225
	p	0,670	0,190	0,627	0,435	0,479	0,216
YBIO-Görünüş ile ilgili endişeler	r	0,335	-0,120	0,246	-,504*	0,006	-,457**
	p	0,061	0,512	0,358	0,046	0,973	0,009
YBIO-Kilo ile ilgili endişeler	r	0,287	-0,100	0,412	-,589*	0,045	-,375*
	p	0,111	0,588	0,113	0,016	0,805	0,035

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ Pearson korelasyon testi

Gruplar Arasında Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Olgu-1 grubunda;

Olumsuz YO ile EİDDÖ-işsel işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=0,516$),

Olumlu/yardımcı YO ile EİDDÖ-işsel işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=-0,450$), EİDDÖ-dışsal işlevsel stratejiler alt ölçek puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=0,460$) bulunmuştur.

Olgu-2 grubunda;

Olumsuz ve olumlu/yardımcı YO ile EİDDÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Kontrol grubunda;

Olumlu/yardımcı YO ile EİDDÖ-işsel işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanı arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki ($r= -0,658$);

EİDDÖ-dışsal işlevsel olmayan stratejiler arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r= -0,358$) bulunmuştur.

Tablo 31. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) Puanlarının Korelasyonu:

		Olgu-1		Olgu-2		Kontrol	
		Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO
EİDDÖ-İşsel işlevsel stratejiler	r	0,131	0,003	-0,268	0,000	-0,018	0,257
	p	0,474	0,987	0,315	1,000	0,921	0,155
EİDDÖ-işsel işlevsel olmayan stratejiler	r	,516**	-,450**	0,017	-0,456	0,153	-,658**
	p	0,002	0,010	0,950	0,076	0,403	0,000
EİDDÖ-Dışsal işlevsel stratejiler	r	-0,280	,460**	-0,342	0,364	-0,013	0,299
	p	0,121	0,008	0,195	0,165	0,945	0,096
EİDDÖ-Dışsal işlevsel olmayan stratejiler	r	-0,082	-0,328	-0,137	-0,310	0,205	-,358*
	p	0,657	0,066	0,612	0,243	0,260	0,044

* $p<0,05$; ** $p<0,01$ Pearson korelasyon testi

Gruplar Arasında Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Olgu-1 grubunda;

Olumsuz YO ile ÇAÖ-tüm puan arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r=0,396$), Olumlu/yardımcı YO ile ÇAÖ-Duyguları açıklama alt ölçeği arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r= -0,458$) bulunmuştur.

Olgu-2 grubunda;

Olumlu /yardımcı YO ile ÇAÖ-tüm puan ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Kontrol grubunda;

Olumlu/yardımcı YO ile ÇAÖ-tüm puan arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki ($r= -0,648$), ÇAÖ-duyguları tanımlama alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r= -0,526$), ÇAÖ- duyguları açıklama alt ölçek puanı arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki ($r= -0,634$), ÇAÖ-dışsal yönelimli düşünme alt ölçek puanı arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r= -0,447$) bulunmuştur.

Tablo 32. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Puanlarının Korelasyonu:

		Olgu-1		Olgu-2		Kontrol	
		Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO
ÇAÖ-Tüm puan	r	,396*	-0,333	-0,090	-0,387	0,078	-,648**
	p	0,025	0,062	0,742	0,139	0,671	0,000
ÇAÖ-Duyguları tanımlama alt ölçeği	r	0,346	-0,180	-0,304	-0,365	0,027	-,526**
	p	0,053	0,325	0,253	0,165	0,885	0,002
ÇAÖ-Duyguları açıklama alt ölçeği	r	0,336	-,458**	0,102	-0,385	-0,062	-,634**
	p	0,060	0,008	0,707	0,141	0,735	0,000
ÇAÖ-Dışsal yönelimli düşünme alt ölçeği	r	0,205	-0,149	0,106	0,022	0,321	-,447*
	p	0,261	0,417	0,696	0,936	0,073	0,010

* $p<0,05$; ** $p<0,01$ Pearson korelasyon testi

Gruplar Arasında Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile CDRS-R T-skor Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Olgu-1 grubunda;

Olumsuz, yardımcı ve olumlu YO ile CDRS-R T-skor arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($p>0,05$).

Olgu-2 grubunda;

Olumlu/yardımcı YO ile CDRS-R T-skor arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki ($r = -0,641$) bulunmuştur.

Kontrol grubunda;

Olumsuz YO ile CDRS-R T-skor arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r = 0,502$),

Olumlu/yardımcı YO ile CDRS-R T-skor arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($r = -0,409$) saptanmıştır.

Tablo 33. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu T-skoru(CDRS-R T skor) Puanlarının Korelasyonu:

		Olgu-1		Olgu-2		Kontrol	
		Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO
CDRS-R T-skor	r	0,078	-0,210	0,373	-,641**	,502**	-,409*
	p	0,671	0,249	0,154	0,007	0,003	0,020

* $p<0,05$; ** $p<0,01$ Pearson korelasyon testi

Gruplar Arasında Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile CGI-S Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:

Olgu-1 ve kontrol gruplarında;

Olumsuz YO ve olumlu/yardımcı YO ile CGI-S arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır($p = 0.050$).

Olgu-2 grubunda;

Olumlu/yardımcı YO ile CGI-S arasında negatif yönlü güçlü bir ilişki ($r = -0,676$) saptanmıştır.

Tablo 34. Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları ile Klinik Global İzlenim Ölçeği – Şiddet puanı (CGI-S) Puanlarının Korelasyonu:

		Olgu-1		Olgu-2		Kontrol	
		Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO	Olumsuz YO	Olumlu/Yardımcı YO
CGI-S	r	0,012	0,349	0,488	-,676**	0,148	-0,257
	p	0,949	0,050	0,055	0,004	0,417	0,156

*p<0,05; **p<0,01 Pearson korelasyon testi

6. TARTIŞMA

6.1. Sosyodemografik Veriler, Bireysel ve Ailesel Özellikler

Çalışmamızdaki olguların yaş ortalaması $15,59 \pm 1,51$ olarak saptanmış olup, yeme bozukluğu grubunun yaş ortalaması $15,53 \pm 1,7$, geçmişte yeme bozukluğu olup tanı kaybı olan grubunun yaş ortalaması $16,13 \pm 0,96$, kontrol grubunun yaş ortalaması $15,38 \pm 1,5$ olduğu görülmüştür. Gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması yeme bozukluklarının pik yaptığı yaşı 15-19 yaş olarak belirten pek çok çalışma ile benzer saptanmıştır[193,194]. Yeme bozukluklarının pik yaptığı yaş, beden imajının pekiştirildiği bir gelişim aşaması ve gelişimsel olarak hassas bir dönem olan ergenlik dönemidir[36]. DSM-5 kriterlerine göre yapılan çalışmalara göre, AN 14-15 yaşta pik yapmakta ve en yüksek insidans oranları 14-19 yaş arası görülmekte iken[195], BN ise en sık 16-20 yaş arası kızlarda görülmektedir[41]. Diğer bir çalışmada ortalama başlangıç yaşı AN için 15,1, BN için 16,0 ve TYB için 13,9 bulunmuştur[42].

Çalışmamızda yeme bozukluğu grubundaki katılımcıların %96,9'unun, geçmişte yeme bozukluğu olan gruptaki katılımcıların %93,8'inin kız cinsiyette olduğu görülmüştür. Bu bulgu yeme bozukluklarının kız cinsiyette belirgin şekilde daha fazla görüldüğü şeklindeki literatür bilgisi ile uyumludur[42,44,57]. Çalışmamızda yeme bozukluğu grubundaki tek erkek olgu TYB tanısına, geçmişte yeme bozukluğu grubundaki tek erkek olgu da geçmişte TYB tanısına sahipti. Bu da TYB'nun diğer yeme bozuklukları gibi kız cinsiyette daha fazla

görülmekle birlikte, erkeklerde en sık görülen yeme bozukluğu olduğu bilgisi ile uyumludur[87]. Cinsiyetin aleksitimi ve emosyon regülasyonu üzerindeki karıştırıcı etkisini ortadan kaldırmak için kontrol grubundaki katılımcılar da benzer şekilde kız cinsiyetten dahil edilmiştir.

Çalışmamızda değerlendirme anında yeme bozukluğu grubundaki katılımcıların %25'i AN, %37,5'i BN, %15,6'sı TYB ve %21,9'u BTA-YB iken; geçmişte yeme bozukluğu grubundaki katılımcıların %50'si geçmişte AN, %37,5'i geçmişte BN, %12,5'i geçmişte TYB tanısı almış, geçmişte BTA-YB tanısına ise rastlanmamıştır. BTA-YB'lerinin diğer YB'lerinin toplamından daha fazla görüldüğünü bildiren çalışmaların[45,94,196] aksine, çalışmamızda yeme bozukluğu grubunda BTA-YB oranı, AN ve BN'ya göre daha az bulunmuştur. Bu durum, çalışmanın toplum örnekleminde değil klinik örnekleimde yapılması, BTA-YB tanısı alacak olan, sıklık ve süre açısından kriterleri karşılamayan, sıklıkla normal kiloda olan ve genel tıbbi durumlarında bozulma görülmeyen eşik altı olguların daha az psikiyatri başvurusunda bulunmaları ya da eşlik eden psikiyatrik belirtiler nedeniyle başvurmaları, ailelerin bu ergenlerin yeme sorunlarını farketmemiş olmaları gibi sebeplerle açıklanabilir. Tanı kaybı olan geçmişte YB grubunda BTA-YB saptanmamış olması da yeme bozukluklarında tanısız instabilitenin fazla oluşu, YB tanısı olan olguların yaklaşık üçte birinin izlemde BTA-YB tanısına dönüşmesi[41] nedeniyle olabilir.

Yeme bozukluğu grubundaki katılımcıların %12,5'i, geçmişte yeme bozukluğu grubundaki katılımcıların %25,0'i, kontrol grubundaki katılımcıların %12,5'i ebeveynlerinin boşanmış olduğunu bildirmiş, gruplar arasında aile yapısı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bulgularımız, ebeveyn boşanmasının yeme bozukluğu için gen-çevre etkileşimi yoluyla önemli bir risk faktörü olduğunu, bedeninden hoşnut olmama, diyet ve egzersiz gibi kilo kontrol davranışları ve yeme ataklarının ebeveynlerin boşanmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalardan[197,198] farklılık göstermektedir. Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu bulunmamakta, kontrol grubu yüksek oranda MDB ve anksiyete bozukluğu olan ergenlerden oluşmaktadır. Ebeveyn boşanmasının ergenlik döneminde MDB ve anksiyete bozukluğu ile de ilişkili olduğunu, bu sorunların kız ergenlerde daha fazla olduğunu gösteren izlem çalışmaları mevcuttur[199,200]. Çalışmamızda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaması bu nedenle olabilir.

Çalışmamızda yeme bozukluğu grubundakilerin %93,8'inin, geçmişte yeme bozukluğu grubunda olanların tamamının, kontrol grubundakilerin %71,9'unun kentte yaşadığı, kontrol grubunda olanlarda kırsalda yaşama durumunun anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur. Kentleşmenin BN gelişme riskini 2,5-5 kat artırdığını ancak AN riskini artırmadığını bildiren çalışma sonuçları [201,202] olduğu gibi, İtalya'da yapılan bir çalışmada AN'nın kentsel örnekleme kırsal örneklemden daha yüksek görüldüğü bulunmuştur[203]. Kentselleşme ile batı kültürünün benimsenmesinde artış görülmekte, zayıf ve ince olmak sağlık ve güzellikle eş tutulmakta, vücut idealleri değişmekte, ayrıca kentselleşme ile gıda kaynaklarına ulaşım kolaylaşmakta, fast-food vb tüketimi artmakta, vücut ağırlığında artış görülmekte, buna bağlı beden görünümünden memnuniyetsizlik gelişmekte ve tüm bunlar yeme bozukluğu gelişimi için risk oluşturmaktadır[204]. Bu, çalışmamızda şimdi ya da geçmişte yeme bozukluğu olmayan kontrol grubundaki katılımcıların, kırsalda yaşama oranının anlamlı şekilde fazla olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda anne ve babaların eğitim düzeyleri açısından gruplar arasında fark bulunmamış; ancak YB grubundakilerin %56,3'ünün, geçmişte YB grubundakilerin %25'inin, kontrol grubundakilerin %35,5'inin düşük gelir düzeyine sahip olduğu, YB grubunda diğer gruplara göre gelir düzeyinin anlamlı şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Bruch AN'yi "ayrıcalıklı, hatta lüks koşullarda yetiştirilen genç ve sağlıklı kızları etkileyen" bir hastalık olarak tanımlamıştır[205]. Daha sonra Gard ve Freeman(1996) tarafından yapılan ve yeme bozukluklarında sosyoekonomik değişkenleri inceleyen bir sistematik derlemede YB'larının yüksek SED'i olan kızlarda görüldüğünü destekleyen çalışmalar olduğu gibi, bunun tersinin doğru bulunduğu veya SED ile YB arasında hiçbir ilişkinin gözlemlenmediği çalışmalardan bahsedilmiş, ve sonuçta SED'i yüksek gruplarda YB'nun daha sık görüldüğünü destekleyecek yeterli kanıt olmadığı sonucuna varılmıştır. 2021 yılında yayınlanan güncel bir sistematik derlemede de AN, BN veya TYB'nun yüksek SED ile ilişkili bozukluklar olduğu sonucuna varacak tutarlı bir kanıt olmadığı sonucuna varılmıştır[206].Sosyoekonomik zorlukları olanlarda YB riskinin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. [207–210]. Sosyoekonomik zorlukları olan bireylerde yeme bozuklukları yeterince teşhis ve tedavi edilememektedir. Ailenin eğitim düzeyi ve aylık gelirin düşük olması sosyoekonomik zorluklardandır ve bunlar allostatik yük olarak da adlandırılan akut ve kronik strese maruz kalmayı [211,212]ve yeme bozuklukları da dahil ruhsal bozukluk riskini artırmaktadır[210].

Ortalama BMI değeri yeme bozukluğu grubunda $22,15 \pm 5,82$, geçmişte yeme bozukluğu olan grupta $21,87 \pm 2,5$, kontrol grubunda $20,2 \pm 3,37$ olarak normal aralıkta bulunmuş, üç grup arasında ortalama BMI değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çocuk ve ergenlerde büyüme ve gelişmedeki varyasyonlara bağlı olarak BMI persentil değerleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda ortalama BMI persentil değerleri yeme bozukluğu grubunda $51,85 \pm 40,25$, geçmişte yeme bozukluğu olan grupta $58,35 \pm 24,76$, kontrol grubunda $41,55 \pm 32,93$ bulunmuş ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yeme bozukluğu grubunda ortalama BMI ve BMI persentil değerlerinin normal aralıkta olması, olguların AN, BN, TYB ve BTA-YB gibi heterojen bir kümeden oluşması ile açıklanabilir.

Yeme bozukluğu grubundakilerde BMI persentil ortalamaları AN'da $2,15 \pm 2,34$, BN'da $70,23 \pm 30,17$, TYB olanlarda $89,43 \pm 16,27$ ve BTA-YB olanlarda $50,33 \pm 37,03$ bulunmuş olup AN grubunda diğerlerine göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. ICD-11'de çocuk ve adolesan AN için kesme değeri 5 persentil olarak belirtilmiştir. BN'li olgularda BMI genellikle normal aralıktadır, ancak bazılarında normalin üst veya alt sınırında olabilmektedir. BN'lı olgularda daha düşük BMI değeri ise sıklıkla AN öyküsü ile ilişkilendirilir[37]. TYB'da ise obezite sık görülmektedir[92,213]. Çalışmamızda yeme bozukluğu grubundaki BMI persentil değerleri bu bilgilerle uyumlu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki gruplar arasında anne ve babaların ortalama BMI değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış; ancak ailede obezite varlığı açısından karşılaştırıldığında yeme bozukluğu grubunun %34,4'ünde, geçmişte yeme bozukluğu olan grubun %25'inde, kontrol grubunun ise %9,4'ünde ailede obezite bildirilmiş, üç grup arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış; ancak yeme bozukluğu grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu grubunda ailede obezite öyküsü istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla bulunmuştur. Yine herhangi bir zamanda yeme bozukluğunu karşılama ile ailede obezite ilişkisi değerlendirildiğinde, şimdi ya da geçmişte yeme bozukluğu olan ergenlerin %31,2'sinin, kontrol grubundaki ergenlerin %9,4'ünün ailesinde obezite bildirilmiş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanılı bireylerde, özellikle tıknırcasına yeme/çıkartma davranışları olanlarda, ailede yeme sorunları ve diyet uğraşlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir[214,215]. Adolesan kızlardaki kilo kontrolü davranışlarının kısmen annelerinin davranışlarına göre modellendiğini, anneleri sık diyet yapan ve kiloları ve beden görünümleri ile daha fazla ilgilenen adolesan kızların, akranlarına göre sağlıklı kilo kontrolü uygulamaları geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu, benzer şekilde, hem

annelerin hem de (daha az tutarlı olarak) babaların diyet yapma ve kilo verme yönündeki teşviklerinin, adolesan kızlardaki yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur[216–218]. Çalışmamızda yeme bozukluğu olgularının ebeveynlerinde obezitenin istatistiksel olarak anlamlı bulunmasının, hem ailelerindeki olası yeme sorunlarının genetik geçişi hem de ebeveynlerindeki yeme sorunlarının modellenmiş olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda yeme bozukluğu grubundakilerin %84.4'ünde, geçmişte yeme bozukluğu olan grubun %87.5'inde, kontrol grubundakilerin %90.6'sında yeme bozukluğu tanısı dışında en az bir psikiyatrik tanı mevcuttur. Psikiyatrik komorbiditeler açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu, çalışmamızda psikiyatrik eştanıların olumsuz, olumlu ve yardımcı yaşam olaylarının sıklığı, aleksitimi düzeyleri ve emosyon regülasyon stratejileri açısından karıştırıcı faktör olmaması amacıyla hedeflenen bir durumdur. MDB yeme bozukluğu grubunda %74,1, geçmişte yeme bozukluğu olan grupta %57,1, kontrol grubunda da %58,6 ile her üç grupta en sık eşlik eden psikiyatrik tanı olarak saptanmıştır. Bunu yeme bozukluğu grubunda sırasıyla YAB, DEHB, SAB ve OKB eştanıları izlemektedir. Yeme bozukluklarına hastalığın akut döneminden önce, hastalığın akut dönemi sırasında veya uzun dönem seyrinde, yaşam boyu, %45-97 oranında en az 1 psikiyatrik komorbid durum eşlik ettiği, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları komorbiditesinin en yüksek olduğu, bunları OKB'nin izlediği bilinmektedir.[37,57,196,219]. Yeme bozukluğu grubunda eşlik eden komorbid psikiyatrik bozukluklar açısından bulgularımız literatürle uyumludur. Ayrıca yeme bozukluğunda MDB, anksiyete bozukluğu ve OKB gibi psikiyatrik komorbiditelerin tedaviden sonra azaldığını ancak normal seviyelere dönmediğini bildiren çalışmalarla[220,221] bulgularımız uyumludur.

Gruplar ailede psikiyatrik hastalık açısından karşılaştırıldığında yeme bozukluğu grubundakilerin %56,2'sinin, geçmişte yeme bozukluğu grubundakilerin %50,0'ının, kontrol grubundakilerin %56,2'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu bildirilmiş, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ebeveynde psikopatoloji olması, çalışmamızda ele aldığımız olumsuz çocukluk yaşantılarından biridir. Ebeveyn psikopatolojisinin kız ergenlerdeki YB ile istatistiksel olarak ilişkili olduğu ileri sürülmektedir[222,223]. Bu ebeveynlerin muhtemelen çocuklarına aşırı korumacı davrandıkları, katı bir tutum sergiledikleri

ya da çocuklarıyla yeterince ilgilenemedikleri, çatışmalardan kaçındıkları, ‘psikosomatik aile’ kavramı öne sürülmüştür[224]. Bağlanma kuramına atıfta bulunan araştırmalar, ebeveyn psikopatolojisinin yeterince iyi bakım verebilmeyi engellediğini, bağlanmayı olumsuz etkilediğini, yüksek düzeyde çatışmaya neden olduğunu belirtmiştir[225,226]. Ancak ebeveyn psikopatolojisi, hem genetik hem de çevresel mekanizmalar yoluyla çocuk ve ergendeki ruhsal bozukluklar için spesifik olmayan bir risk faktörüdür ve depresyon, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, davranım bozuklukları gibi pek çok bozuklukla ilişkilidir [227,228]. Çalışmamızda her üç grupta da yüksek oranlarda ebeveyn psikopatolojisi olduğu görülmüştür. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması, sağlıklı kontrol grubunun olmaması, gruplar arasında psikiyatrik eş tanılar açısından fark bulunmaması ile açıklanabilir.

6.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:

Olumsuz ve Olumlu/Yardımcı Yaşam Olayları Sayısının Karşılaştırılması:

Olumsuz yaşam olaylarının ortalama sayısı yeme bozukluğu grubundaki katılımcılarda $3,63 \pm 2,39$, geçmişte yeme bozukluğu grubundakilerde $3,09 \pm 1,80$, kontrol grubundaki katılımcılarda $2,63 \pm 2,28$; olumlu/yardımcı yaşam olaylarının ortalama sayısı yeme bozukluğu grubunda $9,00 \pm 3,71$, geçmişte yeme bozukluğu grubunda $10,50 \pm 3,18$, kontrol grubunda $11,72 \pm 3,28$ saptanmış, hipotezlerimizde önerdiğimiz şekilde yeme bozukluğu grubunda daha fazla saptanmış ancak üç grup arasında olumsuz yaşam olaylarının sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Hipotezimizle uyumlu olarak olumlu/yardımcı yaşam olaylarının sayısı yeme bozukluğu grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az bulunmuştur. Çalışmamızda gruplar arasında olumsuz yaşam olaylarının sayısı açısından anlamlı fark bulunmaması sağlıklı kontrol grubunun bulunmaması, kontrol grubunuzun çok sayıda MDB ve anksiyete bozukluğu tanılı ergenden oluşması ile açıklanabilir. Literatürde istismar, ihmal veya kayıp gibi olumsuz çocukluk yaşantılarının, MDB ve anksiyete bozukluğu riskinde belirgin artışlarla ilişkili olduğuna dair pek çok çalışma mevcuttur[229–232]. Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, bir veya daha fazla ACE türüne maruz kalan bireylerin MDB riskinin 1,5 - 3,5 kat ve anksiyete bozukluğu riskinin 1,3-6,8 kat olduğunu göstermiştir[233].

Literatürde olumsuz çocukluk yaşantılarının olumsuz sonuçlarını gösteren çok sayıda çalışma görülmüş; ancak olumlu çocukluk yaşantıları (positive childhood experiences(PCE) / counter ACE) ile ilgili az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. PCE'lerin ACE'lerin olumsuz etkilerini azaltıp azaltmayacağı henüz bilinmemektedir[35] ve son zamanlarda araştırmaların, kümülatif olumlu çocukluk deneyimlerinin (Positive childhood experiences-PCE) ACE'lerin olumsuz sonuçları üzerindeki etkilerini araştırdığı görülmüştür. Bazı araştırmalar, bazı koruyucu faktörlerin ACE'lerin uzun dönem olumsuz sonuçlarını azalttığını, çocuğun kendisini güvende hissetmesini sağlayan bir yetişkinin varlığı ve güvenli, destekleyici bir çevrede yaşamının ACE'lerin etkilerine karşı koruyucu faktörler olduğunu bulmuştur[234,235]. PCE'ler olumlu ebeveynlik, aile tarafından desteklenme hissi, okula aidiyet/bağlılık, anlamlı inançlara sahip olmak ve aile, arkadaşlar ve ebeveynler dışındaki bazı yetişkinlerle yakın ilişkileri kapsar [31–33]; bunlar bizim de çalışmamızda olumlu/yardımcı yaşam olayları kapsamında değerlendirdiğimiz durumlardır. Çocukların aile, okul ve mahalle gibi yaşam ortamlarındaki olumlu deneyimlerin, onları risklere karşı koruduğu ve olumsuzluklara uyum sağlamalarını teşvik ettiği, depresyon ve anksiyeteye karşı koruyucu faktörler olduğu düşünülmektedir[236,237]. Crouch ve ark(2019), çocukların ebeveynleriyle güvenli ve istikrarlı bir ilişkisi olduğunda ve temel ihtiyaçları karşılanabildiğinde, yüksek ACE sayılarına rağmen, ruhsal bozukluk gelişme olasılıklarının daha düşük olduğunu, dört veya daha fazla ACE'ye maruz kalan ancak koruyan ve güvende hissettiren bir yetişkinle birlikte büyüyen katılımcıların, ruhsal veya diğer tıbbi hastalıkları bildirme olasılıklarının daha düşük olduğunu bulmuşlardır[34]. Crandall ve ark(2020) tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların ortalama olumsuz çocukluk yaşantısı sayısı 2,7 ve ortalama olumlu çocukluk çağı yaşantısı 8,2 saptanmış, olumlu çocukluk yaşantıları daha az madde kullanımı, daha az riskli cinsel birliktelik, daha az depresyon ve daha olumlu bir beden algısı ile ilişkili bulunmuş, ergenlik dönemindeki olumlu yaşantıların, ACE'lerin olumsuz etkilerini azaltabileceği sonucuna varılmıştır[35]. Koruyucu faktörler modeli, bir takım koruyucu faktörlerin çocuklarda rezilyansı artırarak ACE'lerin olumsuz sonuçlarını azaltabileceğini önermektedir[30] Ancak literatürde olumlu çocukluk çağı deneyimleri ile yeme bozukluğu ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda sözel istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, ihmal, duygusal ihmal, aile içi şiddet, ailede alkol-madde bağımlılığı, ailede ruhsal hastalık, ailede hapis öyküsü oranları açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum yine klinik kontrol grubumuzda yüksek oranda MDB ve anksiyete bozukluğu tanılarına sahip ergenlerin

bulunması ile açıklanabilir. Literatürde ACE ile MDB ve anksiyete bozukluğu arasındaki ilişkinin gösterildiği pek çok çalışma mevcuttur. Herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısını karşılayan olgular ile yaşam boyu yeme bozukluğu tanısını karşılamayan kontrol grubu arasında da olumsuz çocukluk çağı yaşam olaylarına maruziyet açısından karşılaştırma yapılmıştır. Duygusal ihmal herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı almış olgu grubunun %62,5'inde, kontrol grubunun %37,5'inde saptanmış, bu iki grup arasında duygusal ihmal maruziyeti açısından anlamlı fark saptanmış, diğer olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde duygusal ihmal ile yeme bozukluğu arasındaki ilişki farklı çalışmalarda gösterilmiştir[153,238]. Yeme bozuklukları ile duygusal ihmal ilişkisini inceleyen bir metaanalizde yeme bozukluğu tanılı olgularda çocukluk çağında duygusal ihmal %53,3 saptanmıştır. Yine bu metaanalize göre çocukluk çağında ihmalin bir sonucu olarak farklı ruhsal bozuklukların (depresyon, anksiyete, YB, davranış sorunları, intihar girişimleri, kendine zarar verme davranışları ve madde kullanımı) geliştiğine dair kanıtlar güçlüdür[239]. Çocuklukta duygusal ihmal ile yaşamın ilerleyen dönemlerinde YB gelişimi arasındaki olası ilişki, duygu düzenleme ve dürtü kontrol becerilerinde sorun olmasında yatıyor gibi görünmektedir. İhmal edilen çocuklar, yaşamlarının erken dönemlerinde bakımverenleri tarafından kapsanma ve yatıştırılma deneyiminden yoksun olduklarından, yoğun emosyonel durumların varlığında emosyon regülasyonunu ve içsel sakinliği sağlamak için, bireyin üzerinde hiçbir kontrolü olmadığı istismar/ihmal bağlamının aksine, kontrol duygularını geliştirebilecek dışsal mekanizmalara yönelirler[240,241]. Duygusal ihmal ve duyguların kabul edilemez veya korkutucu olarak görüldüğü erken çocukluk ortamı, duyguların kötü olduğu, yaşanmaması veya ifade edilmemesi gerektiği inancının gelişmesine yol açmaktadır. Bu inançlar, bir duygunun deneyimlendiği her seferde aktive olur ve bu daha sonra utanç, suçluluk gibi ikincil bir duyguya yol açar ve bu ikincil duygular kişinin sıkıntısını arttırır, baş etme becerilerini azaltır, dolayısıyla duygudan kaçınmak veya duyguyla baş etmek amacıyla, işlevsel olmayan bir şekilde, yeme bozukluğu davranışlarına yönelmesine yol açabilir[242]. Ciddi derecede ihmal edilmiş çocuklarda kendini aç bırakma veya aşırı yeme gibi yeme sorunlarının gelişimi, olumsuz duygulanımlarını düzenlemeye ve travma/ihmalle ilişkili anılardan ve olumsuz bilişlerden kaçınmaya yönelik, işlevsel olmayan dışsal bir başa çıkma stratejisi olarak düşünülebilir.

Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması:

Çalışmamızda yeme bozukluğu grubunda YBİÖ-tüm puan ve kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, görünüş ile ilgili endişeler, kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları, geçmişte yeme bozukluğu grubu ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Ayrıca kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanı geçmişte yeme bozukluğu olan grupta da kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Yeme bozukluğu grubunda YBİÖ puanlarının daha yüksek saptanması beklenen bir sonuçtur; kilo ile ilgili endişelerin ise yeme bozukluklarında tanı kaybına rağmen devam ettiği görülmüştür. Literatürde iyileşen AN ve BN hastalarında, zayıflama dürtüsü, kompulsif yeme ile ilişkili semptomlar, kısıtlama, yeme ile ilgili düşünceler, sağlıklı beslenme ve aşırı egzersiz gibi temel semptomların sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla olduğu belirtilmiştir[243–245]. Tomba ve ark (2019) tarafından yapılan bir metaanalizde, remisyon/recovery olan AN hastalarının, sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede daha düşük BMI ve daha yüksek EDE-Q ve EDI skorlarına sahip olduklarını bulmuştur[246]. Çalışmamızda da bu bilgilerle uyumlu şekilde geçmişte yeme bozukluğu olan grupta kontrol grubuna göre EDE-Q tüm puan ve alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir; ancak bu fark yalnızca kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanı için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur; diğer alt ölçekler için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olması, örneklemin küçük olması, katılımcıların yeme bozukluğu belirtilerinin self-report bir ölçek kullanılarak değerlendirilmesi ve bazı olguların yeme ve beden görünümü ile ilgili düşüncelerini gizleme eğiliminde olup düşük puanlaması nedeniyle olabilir.

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması:

Literatürde yeme bozukluklarında sağlıklı kontrollere göre daha fazla emasyon regülasyon güçlüğü olduğunu bildiren pek çok çalışma mevcuttur[20,22,148,247,248]. Çalışmamızda her üç gruptaki ergenlerin de en sık kullandığı duygu düzenleme stratejilerinin içsel işlevsel olmayan stratejiler olduğu görülmüştür. Üç grup arasında Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeğindeki içsel işlevsel, içsel işlevsel olmayan, dışsal işlevsel, dışsal işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu, çalışmamızda özellikle yeme bozukluğu grubundaki bazı katılımcıların hastalıkla ilgili içgörülerinin ve tedavi motivasyonlarının olmaması nedeniyle self-report ölçeklerde düşük puanlar vermeleri, kontrol grubunun çoğunlukla anksiyete ve depresif bozukluk tanılarında oluşması ve örneklemimizin küçük olması ile açıklanabilir. Schafer ve ark(2017) tarafından yapılan bir metaanalizde, ergenlerde anksiyete ve depresyon tanıları ile işlevsel emasyon

regölasyon stratejileri arasında negatif, işlevsel olmayan emasyon regölasyon stratejileri arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır[249]. Güncel bir metaanalizde YB'larında temel duygu düzenleme güçlüklerinin ruminasyonlar ve duyguları kabul etmedeki zorluklar olduğu saptanmıştır[139] ki bunlar, içsel işlevsel olmayan stratejilerdendir. Çalışmamızda yeme bozukluğu grubu ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise, bu bilgi ile uyumlu şekilde, içsel işlevsel olmayan stratejilerin yeme bozukluğu grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla görüldüğü bulunmuştur.

Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması:

Yeme bozukluklarında sağlıklı kontrollere göre aleksitimi düzeylerinin yüksek olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur[28,171–173]. Hastaların, duygularından kaçınmak veya onlarla başa çıkmak için uygunsuz yeme davranışlarını (örn. aşırı yeme, kusma, kısıtlaması) ve aşırı egzersizi kullandıkları ileri sürülmüştür. Nowakowski ve ark(2013) tarafından yapılan bir derlemede, yeme bozukluğunda sağlıklı kontrollere göre tüm aleksitimi puanı, duyguları tanımlama ve açıklama alt ölçek puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuş, dışsal yönelimli düşünme açısından fark bulunmamış; depresyon ve anksiyete için düzeltme yapıldığında bazı çalışmalarda yeme bozukluğunda yüksek aleksitimi puanlarının devam ettiğı, bazılarında grup farkının ortadan kalktığı şeklinde çelişkili sonuçlar bulunmuş; AN, BN ve TYB tanılı hastalarda aleksitimi düzeylerinin tedavi ile azaldığı ancak yalnızca duyguları tanımlamadaki zorlukların istatistiksel olarak anlamlı azalma gösterdiği; ayrıca aleksitimi düzeylerinin sağlıklı kontrollere göre yine de yüksek olduğu bulunmuştur[250]. Çalışmamızda Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği tüm puan ve duyguları tanımlamada zorluk, duyguları açıklamada zorluk ve dışsal yönelimli düşünme alt ölçek puanlarının, yeme bozukluğu grubunda, geçmişte yeme bozukluğu grubu ve kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir ancak üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yeme bozukluğu ve kontrol grubu arasında karşılaştırma yapıldığında ise duyguları tanımlamada zorluk alt ölçek puanının yeme bozukluğu grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunduğu saptanmıştır ve literatürdeki sonuç ile uyumlu bulunmuştur. Ayrıca literatür bilgisi ile uyumlu olarak, geçmişte yeme bozukluğu olan grupta, yeme bozukluğu grubuna göre aleksitimi puanlarının daha düşük olduğu ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Tüm bunlar zaten duygularını tanımlama ve ifade etmede güçlük yaşayan olgularda aleksitiminin self-report ölçeklerle değerlendirilmesi ve çalışmamızdaki küçük örneklem büyüklüğü ile açıklanabilir.

CDRS-R ve CGI-S Puanlarının Karşılaştırılması:

Çalışmamızda gruplar yeme bozukluğu dışındaki psikiyatrik tanıları açısından eşleştirilmiştir ve her üç grupta da en sık rastlanan psikiyatrik tanı MDB'dir. CDRS T-skor puanları her üç grupta benzerdir, anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamızda CGI-S puanı yeme bozukluğu grubunda $4,44 \pm 1,05$, geçmişte yeme bozukluğu olan grupta $3,31 \pm 1,25$, kontrol grubunda $3,66 \pm 1,04$ saptanmış; hastalık şiddetini gösteren CGI-S puanları yeme bozukluğu grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

6.3.Ölçekler Arası Korelasyon Değerlendirmeleri:

Olumsuz ve Olumlu/ Yardımcı Yaşam Olaylarının Diğer Ölçek Puanları ile Korelasyonu:

Çalışmamızda yeme bozukluğu grubunda olumsuz yaşam olayları ile EİDDÖ-işsel işlevsel olmayan stratejiler arasında pozitif orta bir ilişki, ÇAÖ-tüm puan arasında pozitif orta bir ilişki saptanmıştır. Olumlu/yardımcı yaşam olayları ile EİDDÖ- işsel işlevsel olmayan stratejiler arasında negatif orta bir ilişki, EİDDÖ- dışsal işlevsel stratejiler arasında pozitif orta bir ilişki ve ÇAÖ-duyguları açıklamada güçlük alt ölçek puanı arasında negatif orta bir ilişki saptanmıştır.

Geçmişte yeme bozukluğu olan grupta olumsuz yaşam olayları ile herhangi bir ölçek arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak olumlu/yardımcı yaşam olayları ile YBİÖ- görünüş ile ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları arasında negatif orta bir ilişki, CDRS T-skor arasında negatif güçlü bir ilişki, CGI-S puanı arasında da negatif güçlü bir ilişki saptanmıştır.

Kontrol grubunda olumsuz yaşam olayları ile yalnızca CDRS T-skor arasında pozitif güçlü bir ilişki saptanmıştır. Ancak olumlu/yardımcı yaşam olayları ile YBİÖ-tüm puan, görünüşle ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları arasında negatif orta bir ilişki; EİDDÖ-işsel işlevsel olmayan stratejiler arasında negatif güçlü bir ilişki ve EİDDÖ-dışsal işlevsel olmayan stratejiler arasında negatif orta bir ilişki; ÇAÖ-tüm puan ve duyguları açıklamada güçlük alt ölçek puanı arasında negatif güçlü bir ilişki, ÇAÖ-duyguları tanımlamada güçlük ve dışsal yönelimli düşünme alt ölçek puanları arasında negatif orta bir ilişki; CDRS T-skor arasında negatif orta bir ilişki saptanmıştır.

Sonuçlara bakıldığında, her üç grupta da olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları ile az sayıda ilişki saptanırken, olumlu yaşam olayları ile pek çok değişken arasında ilişki saptandığı

görülmektedir. Ancak literatürde yeme bozukluğu ile olumlu/yardımcı yaşam olayları ilişkisini inceleyen herhangi bir çalışma görülememiştir, yalnızca Crandall ve ark(2020) tarafından yapılan bir çalışmada olumlu çocukluk yaşantılarının daha olumlu bir beden algısı ile ilişkili olduğunun bulunduğu görülebilmektedir[35]. Çalışmamızın sonuçları yeme bozukluğu grubunda olumlu/yardımcı yaşam olaylarının artırılması ile içsel işlevsel olmayan emosyon regülasyon becerilerinin azalması ve dışsal işlevsel emosyon regülasyon becerilerinin artmasının sağlanabileceği şeklinde yorumlanabilir. Yeme bozukluklarında duygu düzenleme güçlüklerinin sık olduğunu ve bu olguların daha az işlevsel ve daha fazla işlevsel olmayan duygu düzenleme becerilerini kullandığını bildiren çalışmalar [22,139,148,248] mevcuttur ve yeme bozukluklarının tedavisinde emosyon regülasyon becerilerini geliştirmeyi, özellikle ruminasyon ve duyguları kabul etme zorlukları gibi içsel işlevsel olmayan stratejilerin azaltılmasını hedefleyen müdahalelerin gerekli olduğu bildirilmiştir [139]. Bulgumuz YB tedavisinde olumlu yaşam olaylarının artırılmasının işlevsel olmayan ER stratejilerinin azaltılmasına katkıda bulunabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda YB grubunda olumlu/yardımcı yaşam olayları ile aleksitimi arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgu YB’da olumlu yaşam olaylarının artırılmasının aleksitimi düzeyini azaltabileceği şeklinde yorumlanabilir. Çocuklukta olumsuz yaşantılar ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkiye aleksitiminin aracılık ettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur [250] ancak yeme bozukluğu grubunda olumlu yaşam olayları ve aleksitimi ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Geçmişte YB grubunda olumlu/yardımcı yaşam olayları ile YBİÖ-tüm puan, görünüşle ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda yine bu grupta tanı kaybına rağmen kilo ile ilgili endişelerin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu ve devam ettiği bulunmuştur. Crandall ve ark(2020) tarafından yapılan çalışmada olumlu çocukluk yaşantılarının daha olumlu bir beden algısı ile ilişkili olduğu bulunmuş[35], olumlu yaşam olaylarının artırılmasının tanı kaybı olan grupta daha olumlu bir beden algısı sağlayarak kilo ile ilgili endişelerin azalmasını sağlayabileceği düşünülmüştür.

Kontrol grubunda olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ile CDRS T-skor arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve literatürde istismar, ihmal veya kayıp gibi olumsuz çocukluk yaşantılarının, MDB ve anksiyete bozukluğu riskinde belirgin artışlarla ilişkili olduğuna dair pek çok çalışma[229–232] ile uyumlu saptanmıştır.

7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar:

Çalışmamızda yeme bozukluğu grubu, geçmişte yeme bozukluğu olan grup ve psikiyatrik kontrol grubu olacak şekilde 3 grup arasında sosyodemografik veriler, bireysel ve aile özellikleri açısından; yaşanan yer ve ailenin ortalama aylık geliri dışında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Kırsalda yaşama psikiyatrik kontrol grubunda, düşük gelir düzeyi yeme bozukluğu grubunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur. Ayrıca herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısını karşılayan grup ile psikiyatrik kontrol grubu arasında ve yeme bozukluğu ile psikiyatrik kontrol grubu arasında, ailede obezite varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kontrol grubunda ailede obezite öyküsü anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Çalışmamızda yeme bozukluğu grubunda olumsuz yaşam olaylarının sayısı diğer gruplara göre fazla saptanmış; ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır; ancak olumlu/yardımcı yaşam olaylarının sayısı, kontrol grubunda, yeme bozukluğu grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla saptanmıştır. Sözel, fiziksel, cinsel istismar, fiziksel ve duygusal ihmal, aile içi şiddet, ailede alkol madde kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık ve ailede hapis öyküsü şeklinde olumsuz çocukluk yaşantılarına maruziyet açısından, üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Herhangi bir zamanda yeme bozukluğu tanısı olan grup ile kontrol grubu karşılaştırıldığında ise, duygusal ihmal kontrol grubunda anlamlı şekilde daha düşük saptanmıştır.

Yeme bozukluğu grubunda, Yeme Bozukluğu İnceleme Ölçeği (YBİÖ) tüm puan ve kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, görünüşle ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları geçmişte yeme bozukluğu olan grup ve psikiyatrik kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanı, geçmişte yeme bozukluğu grubunda da kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır.

Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) içsel işlevsel stratejiler, içsel işlevsel olmayan stratejiler, dışsal işlevsel stratejiler ve dışsal işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanları açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak yeme bozukluğu grubu ve kontrol grubu olacak şekilde iki grup karşılaştırıldığında, yeme

bozukluğu grubunda içsel işlevsel olmayan stratejiler alt ölçek puanı, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır.

Çocuklar için Aleksitimi Ölçeği(ÇAÖ) tüm puan ve duyguları tanımlamada zorluk, duyguları açıklamada zorluk, dışsal yönelimli düşünme alt ölçek puanları açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak yeme bozukluğu grubu ve kontrol grubu olacak şekilde iki grup karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu grubunda duyguları tanımlamada zorluk alt ölçek puanı, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır.

Gruplar arasında CDRS-R T-skor ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hastalık şiddetini gösteren CGI-S puanları yeme bozukluğu grubunda, geçmişte yeme bozukluğu ve kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Olumsuz ve olumlu/yardımcı yaşam olayları ile diğer ölçekler arasındaki ilişki incelendiğinde; yeme bozukluğu grubunda olumsuz yaşam olayları ile EİDDÖ-içsel işlevsel olmayan stratejiler arasında pozitif orta bir ilişki, ÇAÖ-tüm puan arasında pozitif orta bir ilişki, olumlu/yardımcı yaşam olayları ile EİDDÖ- içsel işlevsel olmayan stratejiler arasında negatif orta bir ilişki, EİDDÖ- dışsal işlevsel stratejiler arasında pozitif orta bir ilişki ve ÇAÖ-duygularını açıklamada güçlük alt ölçek puanı arasında negatif orta bir ilişki saptanmıştır. Geçmişte yeme bozukluğu olan grupta olumsuz yaşam olayları ile herhangi bir ölçek arasında anlamlı ilişki saptanmamış; ancak olumlu/yardımcı yaşam olayları ile YBİÖ- görünüş ile ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları arasında negatif orta bir ilişki, CDRS T-skor arasında negatif güçlü bir ilişki, CGI-S puanı arasında da negatif güçlü bir ilişki saptanmıştır. Kontrol grubunda olumsuz yaşam olayları ile yalnızca CDRS T-skor arasında pozitif güçlü bir ilişki saptanmış; olumlu/yardımcı yaşam olayları ile YBİÖ-tüm puan, görünüşle ilgili endişeler ve kilo ile ilgili endişeler alt ölçek puanları arasında negatif orta bir ilişki; EİDDÖ- içsel işlevsel olmayan stratejiler arasında negatif güçlü bir ilişki ve EİDDÖ-dışsal işlevsel olmayan stratejiler arasında negatif orta bir ilişki; ÇAÖ-tüm puan ve duyguları açıklamada güçlük alt ölçek puanı arasında negatif güçlü bir ilişki, ÇAÖ-duyguları tanımlamada güçlük ve dışsal yönelimli düşünme alt ölçek puanları arasında negatif orta bir ilişki; CDRS T-skor arasında negatif orta bir ilişki saptanmıştır.

7.2. Öneriler:

- 1- Etiyolojide önemli görünen olumsuz çocukluk yaşantılarının erken saptanması ve erken müdahalesi, ergenlik döneminde yeme bozukluğu gelişme ihtimalini azaltabilir.
- 2- Çalışmamızda anlamlı bulunan ancak diğer olumsuz çocukluk yaşantılarına göre daha az farkedilen ve önemsenen duygusal ihmalin erken dönemde saptanması ve müdahalesi önemli görünmektedir. Duygusal ihmalin önlenmesinin, yeme bozukluğu olgularında sık görülen aleksitimi şiddetini de azaltabileceği düşünülmektedir.
- 3- Olumsuz çocukluk yaşantıları yeme bozukluğu ve diğer psikiyatrik ve tıbbi durumlarda oldukça fazla araştırılmıştır; ancak olumlu çocukluk yaşantıları ile ilgili çalışmalar son yıllarda artış göstermiş, yeme bozukluğunda olumlu yaşantıları araştıran herhangi bir çalışma ise görülememiştir. Çalışmamız, olumlu yaşam olaylarının yeme bozukluklarındaki olası koruyucu rolünü göstermesi açısından önemli görünmektedir. Özellikle olumsuz çocukluk yaşantılarına sahip risk altındaki çocuklarda, aile, akran çevresi ve ebeveynler dışındaki yetişkinlerden oluşan sosyal çevredeki olumlu yaşantıların artırılmasının sağlanması yoluyla rezilyansın artırılmasının, olumsuz çocukluk yaşantıları ile uğraşmak kadar önemli ve işlevsel olduğu düşünülmüştür. Çocukluk döneminde okuldaki programlar aracılığı ile, olumlu akran etkileşiminin desteklenmesi, ailelere danışmanlık verilmesi yoluyla uygun ebeveyn-çocuk etkileşiminin artırılması etkili olabilir.
- 4- Yeme bozukluklu olgularda daha sık görülen işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerini, işlevsel duygu düzenleme stratejileri ile değiştirmeyi hedefleyen CBT-E gibi tedavi yaklaşımlarının, yeme bozukluğunda önemli olduğu ve klinisyenler tarafından daha sık kullanılması önerilmektedir.

8. KISITLILIKLAR:

1. Araştırmamızın kesitsel deseni, bulgularımız arasında nedensellik bağı kurulmasını engellemektedir. Nedensellik ile ilgili yorum yapabilmek için kanıt düzeyi yüksek uzunlamasına araştırmalara ihtiyaç vardır.

2. Çalışmamızın örnekleminin küçük olması sonuçların genelleştirilebilirliğini sınırlamıştır. Ayrıca örneklem sayısının az olması; bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına

rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmış olabilir. Ayrıca geçmişte yeme bozukluğu tanısını karşılayan minimum hasta sayısına ulaşamamıştır.

3. Çalışmamızda yeme bozukluğu belirtileri, olumsuz ve olumlu/yardımcı yaşam olayları, duygu düzenleme stratejileri ve aleksitimi belirtileri ile ilgili verilerin toplanma yöntemi ergenlerin doldurduğu özbildirime dayalı ölçeklerdi. Bu durum hatırlama yanlılığı, hafıza faktörü, özellikle yeme bozukluğu grubundaki bazı olgularda içgörünün ve tedavi motivasyonunun zayıf olması ve ergenlerin olumsuz durumları saklama eğilimi ile ölçeklerin doldurulmasına neden olmuş olabilir; çalışmanın güvenilirliğini etkileyebilir.

4. Yeme bozukluğu grubumuzun AN/kısıtlayıcı tip, AN/tıkınırcasına yeme-çıkarma tipi, BN, TYB, BTA-YB gibi heterojen YB tanılarından oluşması, bazı sonuçların istatistiksel olarak anlamlı çıkmasını engellemiş olabilir.

9. KAYNAKÇA

- [1] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 1998;14:245–58. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8).
- [2] Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. Articles The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. 2017.
- [3] Danese A, McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiol Behav* 2012;106:29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>.
- [4] Smith KE, Pollak SD. Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. *J Neurodev Disord* 2020;12. <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09337-y>.
- [5] Zarse EM, Neff MR, Yoder R, Hulvershorn L, Chambers JE, Chambers RA. The adverse childhood experiences questionnaire: Two decades of research on childhood trauma as a primary cause of adult mental illness, addiction, and medical diseases. *Cogent Med* 2019;6:1581447. <https://doi.org/10.1080/2331205x.2019.1581447>.
- [6] Ziobrowski HN, Buka SL, Austin SB, Duncan AE, Simone M, Sullivan AJ, et al. Child and adolescent maltreatment patterns and risk of eating disorder behaviors developing in young adulthood. *Child Abuse Negl* 2021;120. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105225>.
- [7] Hazzard VM, Bauer KW, Mukherjee B, Miller AL, Sonnevile KR. Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse Negl* 2019;98. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104171>.
- [8] Guillaume S, Jaussent I, Maimoun L, Ryst A, Seneque M, Villain L, et al. Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Sci Rep* 2016;6. <https://doi.org/10.1038/srep35761>.
- [9] Chu J, Raney JH, Ganson KT, Wu K, Rupanagunta A, Testa A, et al. Adverse childhood experiences and binge-eating disorder in early adolescents. *J Eat Disord* 2022;10. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00682-y>.
- [10] McEwen C, Flouri E. Fathers' parenting, adverse life events, and adolescents' emotional and eating disorder symptoms: The role of emotion regulation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:206–16. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0719-3>.
- [11] Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>.
- [12] Brewerton TD. Mechanisms by which adverse childhood experiences, other traumas and PTSD influence the health and well-being of individuals with eating disorders throughout the life span. *J Eat Disord* 2022;10. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00696-6>.
- [13] Mills P, Newman EF, Cossar J, Murray G. Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse Negl* 2015;39:156–66. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.05.011>.
- [14] Dworkin E, Javdani S, Verona E, Campbell R. Child sexual abuse and disordered eating: The mediating role of impulsive and compulsive tendencies. *Psychol Violence* 2014;4:21–36. <https://doi.org/10.1037/a0031779>.
- [15] Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl* 2015;39:167–74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>.

- [16] Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders* 2015;48:55–8. <https://doi.org/10.1002/eat.22364>.
- [17] Jenkins PE, Meyer C, Blissett JM. Childhood abuse and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *J Aggress Maltreat Trauma* 2013;22:248–61. <https://doi.org/10.1080/10926771.2013.741665>.
- [18] Choi JY, Oh KJ. Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse Negl* 2014;38:296–303. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.009>.
- [19] Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, Van Der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*, vol. 22, 2009, p. 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>.
- [20] Oldershaw A, Lavender T, Sallis H, Stahl D, Schmidt U. Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clin Psychol Rev* 2015;39:83–95. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.005>.
- [21] Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2015;40:111–22. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>.
- [22] Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry* 2014;55:565–71. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.12.001>.
- [23] Trompeter N, Bussey K, Forbes MK, Mitchison D. Emotion Dysregulation within the CBT-E Model of Eating Disorders: A Narrative Review. *Cognit Ther Res* 2021;45:1021–36. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10225-5>.
- [24] Hahn AM, Simons RM, Simons JS. Childhood Maltreatment and Sexual Risk Taking: The Mediating Role of Alexithymia. *Arch Sex Behav* 2016;45:53–62. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0591-4>.
- [25] Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse Negl* 2006;30:393–407. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.003>.
- [26] Terock J, Weihs A, Teumer A, Klinger-König J, Janowitz D, Grabe HJ. Associations and interactions of the serotonin receptor genes 5-HT1A, 5-HT2A, and childhood trauma with alexithymia in two independent general-population samples. *Psychiatry Res* 2021;298. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113783>.
- [27] Aust S, Härtwig EA, Heuser I, Bajbouj M. The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychol Trauma* 2013;5:225–32. <https://doi.org/10.1037/a0027314>.
- [28] Shank LM, Tanofsky-Kraff M, Kelly NR, Jaramillo M, Rubin SG, Altman DR, et al. The association between alexithymia and eating behavior in children and adolescents. *Appetite* 2019;142. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104381>.
- [29] Karukivi M, Hautala L, Korpelainen J, Haapasalo-Pesu KM, Liuksila PR, Joukamaa M, et al. Alexithymia and eating disorder symptoms in adolescents. *Eat Disord* 2010;18:226–38. <https://doi.org/10.1080/10640261003719518>.
- [30] Zimmerman MA. Resiliency Theory: A Strengths-Based Approach to Research and Practice for Adolescent Health. *Health Education and Behavior* 2013;40:381–3. <https://doi.org/10.1177/1090198113493782>.
- [31] Baglivio MT, Wolff KT. Positive Childhood Experiences (PCE): Cumulative Resiliency in the Face of Adverse Childhood Experiences. *Youth Violence Juv Justice* 2021;19:139–62. <https://doi.org/10.1177/1541204020972487>.

- [32] Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatr* 2019;173. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3007>.
- [33] Masten AS, Barnes AJ. Resilience in children: Developmental perspectives. *Children* 2018;5. <https://doi.org/10.3390/children5070098>.
- [34] Crouch E, Radcliff E, Stropolis M, Srivastav A. Safe, Stable, and Nurtured: Protective Factors against Poor Physical and Mental Health Outcomes Following Exposure to Adverse Childhood Experiences (ACEs). *J Child Adolesc Trauma* 2019;12:165–73. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0217-9>.
- [35] Crandall AA, Broadbent E, Stanfill M, Magnusson BM, Novilla MLB, Hanson CL, et al. The influence of adverse and advantageous childhood experiences during adolescence on young adult health. *Child Abuse Negl* 2020;108. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104644>.
- [36] Suarez-Albor CL, Galletta M, Gómez-Bustamante EM. Factors associated with eating disorders in adolescents: a systematic review. *Acta Biomedica* 2022;93. <https://doi.org/10.23750/abm.v93i3.13140>.
- [37] Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015;24:177–96. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2014.08.003>.
- [38] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition* 2013.
- [39] Flament MF, Buchholz A, Henderson K, Obeid N, Maras D, Schubert N, et al. Comparative distribution and validity of DSM-IV and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *European Eating Disorders Review* 2015;23:163–9. <https://doi.org/10.1002/erv.2339>.
- [40] Mustelin L, Silén Y, Raevuori A, Hoek HW, Kaprio J, Keski-Rahkonen A. The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value. *J Psychiatr Res* 2016;77:85–91. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.003>.
- [41] Stice E, Nathan Marti C, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 2013;122:445–57. <https://doi.org/10.1037/a0030679>.
- [42] Smink FRE, Van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders* 2014;47:610–9. <https://doi.org/10.1002/eat.22316>.
- [43] Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health* 2013;53:303–5. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.025>.
- [44] Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *American Journal of Clinical Nutrition* 2019;109:1402–13. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>.
- [45] Mitchison D, Mond J, Bussey K, Griffiths S, Trompeter N, Lonergan A, et al. DSM-5 full syndrome, other specified, and unspecified eating disorders in Australian adolescents: Prevalence and clinical significance. *Psychol Med* 2020;50:981–90. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000898>.
- [46] Psikiyatri T, Yeme E, Yaygınlığı B, Eş P, İki T, Toplum A, et al. *B A S K İ D A*. vol. 22. 2011.

- [47] Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb R, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25:903–18. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0808-z>.
- [48] De Girolamo G, McGorry PD, Sartorius N. Etiopathogenetic and Treatment Implications Age of Onset of Mental Disorders. n.d.
- [49] Castellini G, Lo Sauro C, Mannucci E, Ravaldi C, Rotella CM, Faravelli C, et al. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: A 6-year follow-up study. *Psychosom Med* 2011;73:270–9. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820a1838>.
- [50] Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders* 2017;50:1018–30. <https://doi.org/10.1002/eat.22736>.
- [51] Sancho C, Arija M V., Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2007;16:495–504. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0625-0>.
- [52] Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006;68:454–62. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5>.
- [53] Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, et al. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2014;22:39–44. <https://doi.org/10.1002/erv.2254>.
- [54] Micali N, Solmi F, Horton NJ, Crosby RD, Eddy KT, Calzo JP, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:652–659.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.05.009>.
- [55] WHO. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics, 11th Revision 2018.
- [56] Sadock BJ SVRP. Comprehensive textbook of psychiatry . 10th edition. United States of America: 2017.
- [57] Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:714–23. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>.
- [58] Klump KL, Burt ; S Alexandra, McGue M, Iacono WG. Changes in Genetic and Environmental Influences on Disordered Eating Across Adolescence A Longitudinal Twin Study. n.d.
- [59] Versini A, Ramoz N, Le Strat Y, Scherag S, Ehrlich S, Boni C, et al. Estrogen receptor 1 gene (ESR1) is associated with restrictive anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:1818–25. <https://doi.org/10.1038/npp.2010.49>.
- [60] Hinney A, Volckmar AL. Genetics of eating disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0423-y>.
- [61] Kaye WH, Gwirtsman HE, George DT, Ebert MH. 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? n.d.
- [62] Scherag S, Hebebrand J, Hinney A. Eating disorders: the current status of molecular genetic research. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:211–26. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0085-9>.

- [63] Gorwood P, Adès J, Bellodi L, Cellini E, Collier DA, Di Bella D, et al. The 5-HT2A –1438G/A polymorphism in anorexia nervosa: a combined analysis of 316 trios from six European centres. *Mol Psychiatry* 2002;7:90–4. <https://doi.org/10.1038/sj/mp/4000938>.
- [64] Calati R, De Ronchi D, Bellini M, Serretti A. The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2011;44:191–9. <https://doi.org/10.1002/eat.20811>.
- [65] Bergen AW, Yeager M, Welch RA, Haque K, Ganjei JK, Van Den Bree MBM, et al. Association of multiple DRD2 polymorphisms with anorexia nervosa. *Neuropsychopharmacology* 2005;30:1703–10. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300719>.
- [66] Titova OE, Hjorth OC, Schiöth HB, Brooks SJ. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. 2013.
- [67] Lambe EK, Katzman DK, Mikulis DJ, Kennedy SH, Zipursky RB. Cerebral Gray Matter Volume Deficits After Weight Recovery From Anorexia Nervosa Background: Structural changes have been observed in the brains of low-weight patients with anorexia nervosa (AN), including increased cerebrospinal fluid (CSF) vol. n.d.
- [68] Trace SE, Baker JH, Peñas-Lledó E, Bulik CM. The genetics of eating disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:589–620. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185546>.
- [69] Javaras KN, Laird NM, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Pope HG, Hudson JI. Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders* 2008;41:174–9. <https://doi.org/10.1002/eat.20484>.
- [70] Rabito-Alcón MF, Baile JI, Vanderlinden J. Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: A systematic review. *Children* 2021;8. <https://doi.org/10.3390/children8020114>.
- [71] Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008;39:261–72. <https://doi.org/10.1007/s10578-007-0086-1>.
- [72] Godart NT, Flament MF, Lecrubier Y, Jeammet P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. 2000.
- [73] Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, Crow S, Fichter MM, Kaplan AS, et al. The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2005;38:371–4. <https://doi.org/10.1002/eat.20190>.
- [74] Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Blake Woodside D, Fichter M, et al. Perfectionism in Anorexia Nervosa: Variation by Clinical Subtype, Obsessionality, and Pathological Eating Behavior. vol. 157. 2000.
- [75] Steinhausen H-C. The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. vol. 159. 2002.
- [76] Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2006;39:87–100. <https://doi.org/10.1002/eat.20215>.
- [77] Groleau P, Joober R, Israel M, Zeramardini N, DeGuzman R, Steiger H. Methylation of the dopamine D2 receptor (DRD2) gene promoter in women with a bulimia-spectrum disorder: Associations with borderline personality disorder and exposure to childhood abuse. *J Psychiatr Res* 2014;48:121–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.10.003>.

- [78] Uher R, Murphy T, Brammer MJ, Dalgleish T, Phillips ML, Ng VW, et al. Article Medial Prefrontal Cortex Activity Associated With Symptom Provocation in Eating Disorders. vol. 161. 2004.
- [79] Tiihonen J, Keski-Rahkonen A, Löppönen M, Muhonen M, Kajander J, Allonen T, et al. Brain serotonin 1A receptor binding in bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 2004;55:871–3. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.12.016>.
- [80] Calero-Elvira A, Krug I, Davis K, López C, Fernández-Aranda F, Treasure J. Meta-analysis on drugs in people with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2009;17:243–59. <https://doi.org/10.1002/erv.936>.
- [81] Seitz J, Kahraman-Lanzerath B, Legenbauer T, Sarrar L, Herpertz S, Salbach-Andrae H, et al. The Role of Impulsivity, Inattention and Comorbid ADHD in Patients with Bulimia Nervosa. *PLoS One* 2013;8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063891>.
- [82] Steinhausen H-C, Weber CSP. Reviews and Overviews The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. vol. 166. 2009.
- [83] De Zwaan M. PAPER Binge eating disorder and obesity. vol. 25. 2001.
- [84] Kjeldbjerg ML, Clausen L. Prevalence of binge-eating disorder among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01850-2>.
- [85] Marzilli E, Cerniglia L, Cimino S. A narrative review of binge eating disorder in adolescence: prevalence, impact, and psychological treatment strategies. *Adolesc Health Med Ther* 2018;Volume 9:17–30. <https://doi.org/10.2147/ahmt.s148050>.
- [86] Decaluwé V, Braet C. PAPER Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *Int J Obes* 2003;27:404–9. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.802233>.
- [87] Olsen EM, Koch S V., Skovgaard AM, Strandberg-Larsen K. Self-reported symptoms of binge-eating disorder among adolescents in a community-based Danish cohort—A study of prevalence, correlates, and impact. *International Journal of Eating Disorders* 2021;54:492–505. <https://doi.org/10.1002/eat.23458>.
- [88] Kessler RM, Hutson PH, Herman BK, Potenza MN. The neurobiological basis of binge-eating disorder. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;63:223–38. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.01.013>.
- [89] Donnelly B, Touyz S, Hay P, Burton A, Russell J, Caterson I. Neuroimaging in bulimia nervosa and binge eating disorder: A systematic review. *J Eat Disord* 2018;6. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0187-1>.
- [90] Leehr EJ, Krohmer K, Schag K, Dresler T, Zipfel S, Giel KE. Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;49:125–34. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.12.008>.
- [91] Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O’connor ME. Risk Factors for Binge Eating Disorder A Community-Based, Case-Control Study. n.d.
- [92] Udo T, Grilo CM. Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders* 2019;52:42–50. <https://doi.org/10.1002/eat.23004>.
- [93] Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2016;49:1045–57. <https://doi.org/10.1002/eat.22643>.
- [94] Hammerle F, Huss M, Ernst V, Bürger A. Thinking dimensional: Prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ Open* 2016;6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010843>.

- [95] AllostatikYkveRuhSal n.d.
- [96] Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of Adverse Childhood Experiences from the 2011-2014 Behavioral Risk Factor Surveillance System in 23 States. *JAMA Pediatr* 2018;172:1038–44. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2537>.
- [97] Giano Z, Wheeler DL, Hubach RD. The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. *BMC Public Health* 2020;20. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09411-z>.
- [98] Schilling EA, Aseltine RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007;7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>.
- [99] Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022;31:1489–99. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>.
- [100] Groleau P, Steiger H, Bruce K, Israel M, Sycz L, Ouellette AS, et al. Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. *International Journal of Eating Disorders* 2012;45:326–32. <https://doi.org/10.1002/eat.20939>.
- [101] Monteleone P, Scognamiglio P, Monteleone AM, Perillo D, Maj M. Cortisol awakening response in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa: Relationships to sensitivity to reward and sensitivity to punishment. *Psychol Med* 2014;44:2653–60. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000270>.
- [102] Thaler L, Gauvin L, Joober R, Groleau P, de Guzman R, Ambalavanan A, et al. Methylation of BDNF in women with bulimic eating syndromes: Associations with childhood abuse and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014;54:43–9. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.04.010>.
- [103] Rozenblat V, Ong D, Fuller-Tyszkiewicz M, Akkermann K, Collier D, Engels RCME, et al. A systematic review and secondary data analysis of the interactions between the serotonin transporter 5-HTTLPR polymorphism and environmental and psychological factors in eating disorders. *J Psychiatr Res* 2017;84:62–72. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.023>.
- [104] Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2016;78:79–90. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000233>.
- [105] Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: A systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med* 2017;47:1402–16. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>.
- [106] Wonderlich SA, Crosby RD, Mitchell JE, Thompson KM, Redlin J, Demuth G, et al. Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders* 2001;30:401–12. <https://doi.org/10.1002/eat.1101>.
- [107] Larsen JT, Munk-Olsen T, Bulik CM, Thornton LM, Koch SV, Mortensen PB, et al. Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders* 2017;50:1404–12. <https://doi.org/10.1002/eat.22798>.
- [108] Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eat Disord* 2007;15:285–304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>.
- [109] Jennissen S, Holl J, Mai H, Wolff S, Barnow S. Emotion dysregulation mediates the relationship between child maltreatment and psychopathology: A structural equation

- model. *Child Abuse Negl* 2016;62:51–62.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.015>.
- [110] Burns EE, Fischer S, Jackson JL, Harding HG. Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse Negl* 2012;36:32–9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005>.
 - [111] Moulton SJ, Newman E, Power K, Swanson V, Day K. Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl* 2015;39:167–74. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>.
 - [112] Grogan K, MacGarry D, Bramham J, Scriven M, Maher C, Fitzgerald A. Family-related non-abuse adverse life experiences occurring for adults diagnosed with eating disorders: A systematic review. *J Eat Disord* 2020;8. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00311-6>.
 - [113] Thompson RA. EMOTION REGULATION: A THEME IN SEARCH OF DEFINITION. n.d.
 - [114] Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale 1. vol. 26. 2004.
 - [115] Paulus FW, Ohmann S, Möhler E, Plener P, Popow C. Emotional Dysregulation in Children and Adolescents With Psychiatric Disorders. A Narrative Review. *Front Psychiatry* 2021;12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628252>.
 - [116] Takahashi T, Chanen AM, Wood SJ, Yücel M, Tanino R, Suzuki M, et al. Insular cortex volume and impulsivity in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2009;33:1395–400. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2009.07.017>.
 - [117] Bertocci MA, Bebko G, Olino T, Fournier J, Hinze AK, Bonar L, et al. Behavioral and emotional dysregulation trajectories marked by prefrontal-amygdala function in symptomatic youth. *Psychol Med* 2014;44:2603–15. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000087>.
 - [118] Spechler PA, Chaarani B, Orr C, Mackey S, Higgins ST, Banaschewski T, et al. Neuroimaging Evidence for Right Orbitofrontal Cortex Differences in Adolescents With Emotional and Behavioral Dysregulation. n.d.
 - [119] Gross JJ. Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion* 2013;13:359–65. <https://doi.org/10.1037/a0032135>.
 - [120] Guyer AE, McClure EB, Adler AD, Brotman MA, Rich BA, Kimes AS, et al. Specificity of facial expression labeling deficits in childhood psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:863–71. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01758.x>.
 - [121] Yoo SH, Matsumoto D, LeRoux JA. The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. *International Journal of Intercultural Relations* 2006;30:345–63. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.08.006>.
 - [122] Breaux RP, McQuade JD, Harvey EA, Zakarian RJ. Longitudinal Associations of Parental Emotion Socialization and Children's Emotion Regulation: The Moderating Role of ADHD Symptomatology. *J Abnorm Child Psychol* 2018;46:671–83. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0327-0>.
 - [123] Brumariu LE, Kerns KA. Pathways to anxiety: Contributions of attachment history, temperament, peer competence, and ability to manage intense emotions. *Child Psychiatry Hum Dev* 2013;44:504–15. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0345-7>.
 - [124] Pons F, Lawson J, Harris PL, Rosnay M De. Individual differences in children's emotion understanding: Effects of age and language. vol. 44. 2003.

- [125] Carlson SM, Wang TS. Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cogn Dev* 2007;22:489–510. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2007.08.002>.
- [126] Cole PM, Michel MK, O' L, Teti D. THE DEVELOPMENT OF EMOTION REGULATION AND DYSREGULATION: A CLINICAL PERSPECTIVE. n.d.
- [127] Thompson RA. Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review* 2011;3:53–61. <https://doi.org/10.1177/1754073910380969>.
- [128] Noroña AN, Tung I, Lee SS, Blacher J, Crnic KA, Baker BL. Developmental Patterns of Child Emotion Dysregulation as Predicted by Serotonin Transporter Genotype and Parenting. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2018;47:S354–68. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1326120>.
- [129] Tonacci A, Billeci L, Calderoni S, Levantini V, Masi G, Milone A, et al. Sympathetic arousal in children with oppositional defiant disorder and its relation to emotional dysregulation. *J Affect Disord* 2019;257:207–13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.046>.
- [130] Grant M, Salsman NL, Berking M. The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an English version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire. *PLoS One* 2018;13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205095>.
- [131] Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:217–37. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>.
- [132] Aldao A, Nolen-Hoeksema S. When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *J Abnorm Psychol* 2012;121:276–81. <https://doi.org/10.1037/a0023598>.
- [133] Gross JJ. Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychol Inq* 2015;26:1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>.
- [134] Heatherton TE, Baumeister RF. Binge Eating as Escape From Self-Awareness. vol. 110. 1991.
- [135] Overton A, Selway S, Strongman K, Houston M. Eating disorders - The regulation of positive as well as negative emotion experience. *J Clin Psychol Med Settings* 2005;12:39–56. <https://doi.org/10.1007/s10880-005-0911-2>.
- [136] Stein RI, Kenardy J, Wiseman C V., Dounchis JZ, Arnou BA, Wilfley DE. What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences. *International Journal of Eating Disorders* 2007;40:195–203. <https://doi.org/10.1002/eat.20352>.
- [137] Smyth JM, Wonderlich SA, Heron KE, Sliwinski MJ, Crosby RD, Mitchell JE, et al. Daily and Momentary Mood and Stress Are Associated With Binge Eating and Vomiting in Bulimia Nervosa Patients in the Natural Environment. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:629–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.4.629>.
- [138] Engelberg MJ, Steiger H, Gauvin L, Wonderlich SA. Binge antecedents in bulimic syndromes: An examination of dissociation and negative affect. *International Journal of Eating Disorders* 2007;40:531–6. <https://doi.org/10.1002/eat.20399>.
- [139] Leppanen J, Brown D, McLinden H, Williams S, Tchanturia K. The Role of Emotion Regulation in Eating Disorders: A Network Meta-Analysis Approach. *Front Psychiatry* 2022;13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.793094>.
- [140] Weinbach N, Sher H, Bohon C. Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence. *J Abnorm Child Psychol* 2018;46:1351–8. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0365-7>.

- [141] Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res* 2012;197:103–11. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009>.
- [142] Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother* 2009;16:348–56. <https://doi.org/10.1002/cpp.628>.
- [143] Haynos AF, Roberto CA, Martinez MA, Attia E, Fruzzetti AE. Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *International Journal of Eating Disorders* 2014;47:888–91. <https://doi.org/10.1002/eat.22265>.
- [144] Brockmeyer T, Holtforth MG, Bents H, Kämmerer A, Herzog W, Friederich HC. Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. *Compr Psychiatry* 2012;53:496–501. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.09.003>.
- [145] Wong VZ, Koithan EM, Bolade BS, Santos M, Johnson A, Haynos AF. Emotion Regulation in AN Systematic Review 1 Does Evidence Support the Emotion Regulation Model of Anorexia Nervosa? A Systematic Review of Over a Decade of Research. n.d.
- [146] Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, Jeczmiern P. Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depress Anxiety* 2006;23:331–9. <https://doi.org/10.1002/da.20163>.
- [147] Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure J. Emotional functioning in eating disorders: Attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychol Med* 2010;40:1887–97. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000036>.
- [148] Monell E, Clinton D, Birgegård A. Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders* 2018;51:921–30. <https://doi.org/10.1002/eat.22925>.
- [149] Lampard AM, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. An evaluation of the transdiagnostic cognitive-behavioural model of eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2013;21:99–107. <https://doi.org/10.1002/erv.2214>.
- [150] Eichen DM, Chen E, Boutelle KN, McCloskey MS. Behavioral evidence of emotion dysregulation in binge eaters. *Appetite* 2017;111:1–6. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.12.021>.
- [151] Burton AL, Abbott MJ. Processes and pathways to binge eating: Development of an integrated cognitive and behavioural model of binge eating. *J Eat Disord* 2019;7. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0248-0>.
- [152] Berg KC, Crosby RD, Cao L, Peterson CB, Engel SG, Mitchell JE, et al. 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* 2013 2012;122:111–8. <https://doi.org/10.1037/a0029703>.
- [153] Vajda A, Láng A. Emotional Abuse, Neglect in Eating Disorders and their Relationship with Emotion Regulation. *Procedia Soc Behav Sci* 2014;131:386–90. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.135>.
- [154] Lesser IM. A Review of the Alexithymia Concept. 1981.
- [155] Bankier B, Martin Aigner MD, Michael Bach MD. Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. vol. 42. n.d.
- [156] Tolmunen T, Heliste M, Lehto SM, Hintikka J, Honkalampi K, Kauhanen J. Stability of alexithymia in the general population: An 11-year follow-up. *Compr Psychiatry* 2011;52:536–41. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.09.007>.

- [157] Durak Batýgün A, Büyükbahin A. Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler ve Bađlanma Stilleri. n.d.
- [158] Sifneos PE. Hemispheric Specialization Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization, Affect, and Creativity. n.d.
- [159] Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. THE TWENTY-ITEM TORONTO ALEXITHYMIA SCALE-I. ITEM SELECTION AND CROSS-VALIDATION OF THE FACTOR STRUCTURE. vol. 38. 1994.
- [160] Koçak R, Üniversitesi A, Bilimleri E, Eitimde F, Hizmetler P, Dalı A, et al. ALEKSTM: KURAMSAL ÇERÇEVE TEDAV YAKLAIMLARI ve LGL ARATIRMALAR. n.d.
- [161] Timoney LR, Holder MD. SPRINGER BRIEFS IN WELL-BEING AND QUALIT Y OF LIFE RESEARCH Emotional Processing Deficits and Happiness Assessing the Measurement, Correlates, and Well-Being of People with Alexithymia. n.d.
- [162] Vanheule S, Verhaeghe P, Desmet M. In search of a framework for the treatment of alexithymia. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2011;84:84–97. <https://doi.org/10.1348/147608310X520139>.
- [163] Taylor GJ, Michael Bagby R, Parker JDA. The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 1991;32:153–64. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(91)72086-0).
- [164] primer ve sek. aleksitimi n.d.
- [165] Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Järvelin MR, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry* 2001;42:471–6. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.27892>.
- [166] Salminen JK, Saarijärvi S, Saarijärvi S, Erkki A, Relä, A, Relä, R, et al. PREVALENCE OF ALEXITHYMIA AND ITS ASSOCIATION WITH SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES IN THE GENERAL POPULATION OF FINLAND. vol. 46. 1999.
- [167] Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, Joukamaa M. Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2006;61:629–35. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>.
- [168] Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamä H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. vol. 48. 2000.
- [169] Joukamaa M, Taanila A, Miettunen J, Karvonen JT, Koskinen M, Veijola J. Epidemiology of alexithymia among adolescents. *J Psychosom Res* 2007;63:373–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.018>.
- [170] Obeid S, Akel M, Haddad C, Fares K, Sacre H, Salameh P, et al. Factors associated with alexithymia among the Lebanese population: Results of a cross-sectional study. *BMC Psychol* 2019;7. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0353-5>.
- [171] Schmidt U, Jiwanly A, Treasure J. A Controlled Study of Alexithymia in Eating Disorders. 1993.
- [172] Westwood H, Kerr-Gaffney J, Stahl D, Tchanturia K. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *J Psychosom Res* 2017;99:66–81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>.
- [173] Sfärlea A, Dehning S, Keller LK, Schulte-Körne G. Alexithymia predicts maladaptive but not adaptive emotion regulation strategies in adolescent girls with anorexia nervosa or depression. *J Eat Disord* 2019;7. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0271-1>.
- [174] Espina Eizaguirre A, Ortego Saenz de Cabezón A, Ochoa de Alda I, Joaristi Olariaga L, Juaniz M. Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating

- disorders. *Pers Individ Dif* 2004;36:321–31. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00099-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00099-0).
- [175] Corcos M, Guilbaud O, Speranza M, Paterniti S, Loas G, Stephan P, et al. Brief report Alexithymia and depression in eating disorders. vol. 93. 2000.
- [176] Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, Jeczmiën P. Emotional processing in eating disorders: Specific impairment or general distress related deficiency? *Depress Anxiety* 2006;23:331–9. <https://doi.org/10.1002/da.20163>.
- [177] De Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, Depression, and Treatment Outcome in Bulimia Nervosa. 1995.
- [178] Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, Halmi KA. The Relationship Between Alexithymia, Depression, and Axis II Psychopathology in Eating Disorder Inpatients. vol. 23. 1998.
- [179] Nowakowski ME, McFarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *J Eat Disord* 2013;1. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-21>.
- [180] Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele P-F, Poline J-B, Rouquette S, Consoli SM, et al. Effect of Impaired Recognition and Expression of Emotions on Frontocingulate Cortices: An fMRI Study of Men With Alexithymia. vol. 159. 2002.
- [181] Swart M, Kortekaas R, Aleman A. Dealing with feelings: Characterization of trait Alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PLoS One* 2009;4. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005751>.
- [182] Elmas HG, Cesur G, Oral ET. Alexithymia and pathological gambling: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2017;28:1–7. <https://doi.org/10.5080/u13779>.
- [183] Taylor G). IN REVIEW Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. vol. 45. 2000.
- [184] Pandey R, Saxena P, Dubey A. Emotion regulation difficulties in alexithymia and mental health. vol. 7. n.d.
- [185] Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:980–8. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>.
- [186] Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Türk Psikiyatri Dergisi* 2019;30. <https://doi.org/10.5080/u23408>.
- [187] Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dugor BP, Yavuz AE, Berk OS. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review* 2011;19:509–11. <https://doi.org/10.1002/erv.1104>.
- [188] KOÇAK R. Çocuklar İçin Aleksitimi Ölçeği (ÇAÖ) Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlilik Ve Geçerlik Çalışması. *Journal of Turkish Studies* 2015;10:1023–1023. <https://doi.org/10.7827/turkishstudies.8120>.
- [189] Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM. An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Pers Individ Dif* 2006;40:123–33. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.013>.
- [190] Phillips KfV, Power MJ. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The regulation of emotions questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 2007;14:145–56. <https://doi.org/10.1002/cpp.523>.
- [191] Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. n.d.

- [192] Alşen Güney S, Baykara HB, İnal Emiroğlu N. Psychometric properties of the Turkish adaptation of the children's depression rating scale: Revised in Turkish adolescents. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2018;19:41–8. <https://doi.org/10.5455/apd.292666>.
- [193] Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: Findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013;3. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002646>.
- [194] Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R. Onset of adolescent eating disorders: Population based cohort study over 3 years. *Br Med J* 1999;318:765–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7186.765>.
- [195] Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, et al. Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete swedish 1979–2001 birth cohort. *International Journal of Eating Disorders* 2015;48:1070–81. <https://doi.org/10.1002/eat.22467>.
- [196] Norris ML, Apsimon M, Harrison M, Obeid N, Buchholz A, Henderson KA, et al. An Examination of Medical and Psychological Morbidity in Adolescent Males With Eating Disorders. *Eat Disord* 2012;20:405–15. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715520>.
- [197] Suisman JL, Alexandra Burt S, McGue M, Iacono WG, Klump KL. Parental divorce and disordered eating: An investigation of a gene-environment interaction. *International Journal of Eating Disorders* 2011;44:169–77. <https://doi.org/10.1002/eat.20866>.
- [198] Shisslak CM, Crago M, Mcknight KM, Estes LS, Gray N, Parnaby OG. POTENTIAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH WEIGHT CONTROL BEHAVIORS IN ELEMENTARY AND MIDDLE SCHOOL GIRLS. vol. 44. 1998.
- [199] Størksen I, Røysamb E, Moum T, Tambs K. Adolescents with a childhood experience of parental divorce: A longitudinal study of mental health and adjustment. *J Adolesc* 2005;28:725–39. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.01.001>.
- [200] FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, LYNKEY MT. Parental Separation, Adolescent Psychopathology, and Problem Behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1122–33. <https://doi.org/10.1097/00004583-199410000-00008>.
- [201] Van Son GE, Van Hoeken D, Bartelds AIM, Van Furth EF, Hoek HW. Urbanisation and the incidence of eating disorders. *British Journal of Psychiatry* 2006;189:562–3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021378>.
- [202] Hoek HW, Bartelds IM, Bosveld JF, Van Der Graaf Y, Limpens MLA, Maiwald M, et al. Impact of Urbanization on Detection Rates of Eating Disorders. 1995.
- [203] Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P. The spectrum of eating disorders in young women: A prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med* 2003;65:701–8. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000073871.67679.D8>.
- [204] Gorrell S, Trainor C, Le Grange D. The impact of urbanization on risk for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32:242–7. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000497>.
- [205] Zuclich C. The Golden Cage, The Enigma of Anorexia Nervosa. *TACD Journal* 1984;12:57–8. <https://doi.org/10.1080/1046171x.1984.12034201>.
- [206] Huryk KM, Drury CR, Loeb KL. Diseases of affluence? A systematic review of the literature on socioeconomic diversity in eating disorders. *Eat Behav* 2021;43. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2021.101548>.
- [207] Najjar RH, Jacob E, Evangelista L. Eating Behaviors, Weight Bias, and Psychological Functioning in Multi-ethnic Low-income Adolescents. *J Pediatr Nurs* 2018;38:81–7. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.008>.

- [208] Gentile K, Raghavan C, Rajah V, Gates K. It doesn't happen here: Eating disorders in an ethnically Diverse sample of economically disadvantaged, urban college students. *Eat Disord* 2007;15:405–25. <https://doi.org/10.1080/10640260701667904>.
- [209] McGowan A, Barry MR, Sonnevile KR, Leung CW. Greater social adversity is associated with more disordered eating attitudes and behaviors among children from Southeast Michigan. *International Journal of Eating Disorders* 2022;55:1670–7. <https://doi.org/10.1002/eat.23775>.
- [210] West CE, Darling KE, Ruzicka EB, Sato AF. Household income and loss of control eating in adolescence: Examining the role of food insecurity. *Appetite* 2021;165. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105291>.
- [211] Whelan E, O'Shea J, Hunt E, Dockray S. Evaluating measures of allostatic load in adolescents: A systematic review. *Psychoneuroendocrinology* 2021;131. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2021.105324>.
- [212] Prior L. Allostatic load and exposure histories of disadvantage. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147222>.
- [213] Giel KE, Bulik CM, Fernandez-Aranda F, Hay P, Keski-Rahkonen A, Schag K, et al. Binge eating disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2022;8. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y>.
- [214] Hudson JI, Lalonde JK, Berry JM, Lindsay M, Pindyck J, Bulik CM, et al. Binge-Eating Disorder as a Distinct Familial Phenotype in Obese Individuals. vol. 63. 2006.
- [215] Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ, Pamies Aubalat L, Botella Ausina J, Treasure J. Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry* 2013;28:199–206. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.03.005>.
- [216] Levine MP, Smolak L, Hayden H. The Relation of Sociocultural Factors to Eating Attitudes and Behaviors among Middle School Girls. *J Early Adolesc* 1994;14:471–90. <https://doi.org/10.1177/0272431694014004004>.
- [217] Hill AJ, Franklin JA. Mothers, daughters and dieting: Investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology* 1998;37:3–13. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01275.x>.
- [218] Vincent MA, McCabe MP. 26 Style file version Nov. 19th. vol. 12. 2000.
- [219] Zaider TI, Johnson JG, Cockell SJ. Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *International Journal of Eating Disorders* 2000;28:58–67. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(200007\)28:1<58::AID-EAT7>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(200007)28:1<58::AID-EAT7>3.0.CO;2-V).
- [220] Wagner A, Barbarich-Marsteller NC, Frank GK, Bailer UF, Wonderlich SA, Crosby RD, et al. Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders* 2006;39:276–84. <https://doi.org/10.1002/eat.20251>.
- [221] Byrne SM, Fursland A, Allen KL, Watson H. The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy* 2011;49:219–26. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.006>.
- [222] Tafà M, Cimino S, Ballarotto G, Bracaglia F, Bottone C, Cerniglia L. Female Adolescents with Eating Disorders, Parental Psychopathological Risk and Family Functioning. *J Child Fam Stud* 2017;26:28–39. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0531-5>.
- [223] Sellers R, Collishaw S, Rice F, Thapar AK, Potter R, Mars B, et al. Risk of psychopathology in adolescent offspring of mothers with psychopathology and recurrent depression. *British Journal of Psychiatry* 2013;202:108–14. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104984>.
- [224] minuchin n.d.

- [225] Tambelli R, Cimino S, Cerniglia L, Ballarotto G. Early maternal relational traumatic experiences and psychopathological symptoms: A longitudinal study on mother-infant and father-infant interactions. *Sci Rep* 2015;5. <https://doi.org/10.1038/srep13984>.
- [226] Munsch S, Meyer AH, Quartier V, Wilhelm FH. Binge eating in binge eating disorder: A breakdown of emotion regulatory process? *Psychiatry Res* 2012;195:118–24. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.07.016>.
- [227] McLaughlin KA, Gadernann AM, Hwang I, Sampson NA, Al-Hamzawi A, Andrade LH, et al. Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry* 2012;200:290–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101253>.
- [228] Lieb R, Isensee B, Höfler M, Pfister H, Wittchen H-U. Parental Major Depression and the Risk of Depression and Other Mental Disorders in Offspring A Prospective-Longitudinal Community Study. n.d.
- [229] Nelson EC, Heath AC, Madden PAF, Cooper ; M Lynne, Dinwiddie SH, Bucholz KK, et al. Association Between Self-reported Childhood Sexual Abuse and Adverse Psychosocial Outcomes Results From a Twin Study. n.d.
- [230] Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. vol. 160. 2003.
- [231] Lee HY, Kim I, Nam S, Jeong J. Adverse childhood experiences and the associations with depression and anxiety in adolescents. *Child Youth Serv Rev* 2020;111. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.104850>.
- [232] Mccauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, Dechant HK, et al. Clinical Characteristics of Women With a History of Childhood Abuse Unhealed Wounds. n.d.
- [233] Petrucci K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl* 2019;97. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>.
- [234] Indies W, Kingston J, Baker-Henningham H, Chang SM, Powell CA, Meeks JM, et al. Child Development 1 Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet* 2011;378:1325–38. <https://doi.org/10.1016/S0140>.
- [235] Moore KA, N. Ramirez A. Adverse Childhood Experience and Adolescent Well-being: Do Protective Factors Matter? *Child Indic Res* 2016;9:299–316. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9324-4>.
- [236] Wang D, Jiang Q, Yang Z, Choi JK. The longitudinal influences of adverse childhood experiences and positive childhood experiences at family, school, and neighborhood on adolescent depression and anxiety. *J Affect Disord* 2021;292:542–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.108>.
- [237] Sege RD, Harper Browne C. Responding to ACEs With HOPE: Health Outcomes From Positive Experiences. *Acad Pediatr* 2017;17:S79–85. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.03.007>.
- [238] Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:2874–83. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.05.007>.
- [239] Pignatelli AM, Wampers M, Lorieo C, Biondi M, Vanderlinden J. Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma and Dissociation* 2017;18:100–15. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>.
- [240] Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy* 2003;41:509–28. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8).

- [241] Heatherton TE, Baumeister RF. Binge Eating as Escape From Self-Awareness. vol. 110. 1991.
- [242] Corstorphine E. Cognitive - Emotional - Behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review* 2006;14:448–61. <https://doi.org/10.1002/erv.747>.
- [243] Friederich HC, Herzog W. Cognitive-behavioral flexibility in anorexia nervosa. *Curr Top Behav Neurosci* 2011;6:111–23. https://doi.org/10.1007/7854_2010_83.
- [244] Frank GK, Shott ME, Jennifer Hagman BO, Mittal VA. Alterations in Brain Structures Related to Taste Reward Circuitry in Ill and Recovered Anorexia Nervosa and in Bulimia Nervosa. n.d.
- [245] Bernardoni F, King JA, Geisler D, Stein E, Jaite C, Nätsch D, et al. Weight restoration therapy rapidly reverses cortical thinning in anorexia nervosa: A longitudinal study. *Neuroimage* 2016;130:214–22. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.02.003>.
- [246] Tomba E, Tecuta L, Crocetti E, Squarcio F, Tomei G. Residual eating disorder symptoms and clinical features in remitted and recovered eating disorder patients: A systematic review with meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2019;52:759–76. <https://doi.org/10.1002/eat.23095>.
- [247] Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev* 2015;40:111–22. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>.
- [248] Mallorquí-Bagué N, Vintró-Alcaraz C, Sánchez I, Riesco N, Agüera Z, Granero R, et al. Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European Eating Disorders Review* 2018;26:53–61. <https://doi.org/10.1002/erv.2570>.
- [249] Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc* 2017;46:261–76. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>.
- [250] Nowakowski ME, Mcfarlane T, Cassin S. Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. 2013.

10. EKLER

Sosyodemografik Veri Formu

() Yeme bozukluğu tanılı olgu grubu. () Geçmişte yeme bozukluğu tanısı olan olgu grubu

() Kontrol Grubu

Katılım Numarası:.....

Tarih:

Kilo: Boy:

BKİ: BKİ persentil:

1. Doğum tarihi- Yaş:

2. Cinsiyet:

3. Sınıfı:

4. Anne Boy: cm Kilo: kg BKİ:.....

5. Baba Boy: cm Kilo: kg BKİ:.....

6. Baba öğrenim durumu

() Okuma yazma bilmiyor () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

7. Anne öğrenim durumu

() Okuma yazma bilmiyor () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

8. Baba mesleği

() Çalışmıyor () Memur () İşçi () Serbest meslek () Diğer(Yazınız).....

9. Anne mesleği

() Çalışmıyor () Memur () İşçi () Serbest meslek () Diğer(Yazınız).....

10. Aile yapısı

() Çekirdek () Geniş () Boşanmış- ise ne kadar süredir?

() Ebeveyn kaybı –var ise ne kadar süredir?

11. Ailede kaç kişi yaşıyor? :.....

12. Aile ortalama aylık gelir durumu

13. Yaşanan yer?

() Kırsal () Kent

14. Ailede (anne-baba-kardeşler) psikiyatrik hastalık var mı? Kimde? hangi hastalık tanısı var?

() Yok () Var

15. Ailede fazla kilolu veya obez kimse var mı? Varsa kimler?

() Yok () Var

16. Alkol() Sigara () Madde ()

17. Belirtiler ne zaman başladı?

18. Yatarak tedavi gördü mü?

Evet () Hayır (). Evet ise kaç kez? 1() 2() 3 veya daha fazla()

ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları, bir bireyin on sekiz yaşından önce yaşadığı travmatik veya stresli bir olay olarak tanımlanır. Bu olaylar arasında; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel

istismar, ihmal, aile içi şiddet, ailede madde bağımlılığı, ailede ruhsal hastalık, ailede hapis öyküsü,

ebeveynlerin boşanması yer almaktadır. Bu olumsuz davranışlarla karşılaşan çocuk ve ergenleri daha iyi anlayabilmek ve onlara yardımcı olabilmek amacıyla, bu araştırmada yeme bozukluğu tanısı olan ve olmayan ergenlerde, olumlu, olumsuz ve destekleyici yaşam olaylarının sıklığının ve bunların yeme bozukluğu şiddeti, duygu düzenleme becerileri ve aleksitimi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Öncelikle sizinle ruhsal durumunu gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşme yapılacak ve bu bağlamda size, varsa hastalığınıza dair, yoksa da olası hastalık belirtilerine yönelik sorular sorulacaktır. Ardından görüşmeci tarafından yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılacak ve sizden verilen ölçekleri doldurmanız istenecektir.

Bu çalışma nedeniyle tedaviniz ya da izlenme programınız değişmeyecektir. Size herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır. Bu çalışma sizin açısından rutin bir klinik görüşme ya da günlük yaşantısında olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız gizli kalacaktır. Yalnızca yapılan görüşme ve formlar göz önüne alınarak, olası bir istismar veya ihmal öyküsü varlığında, mevcut durum araştırmacılar tarafından değerlendirilip, olay ile ilgili kanun gereği adli bildirim yapılacaktır.

Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size

ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Seren Ateş Derviş ile aşağıdaki adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylöl Üniöersitesi Tıp Faköltesi Hastanesi İnciraltı / İzmir

Telefon: 0232 412 35 80

Katılımınız öncelikle sizin tıbbi riskleriniz ve durumunuz hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla sizle aynı durumda olan diğör bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanısıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekersiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı/Soyadı:

Tarih/İmza:

Araştırmacının Adı/Soyadı: Dr. Seren ATEş DERVİş

Tarih/İmza:

EBEVEYNLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Olumsuz çocukluk çağı yaşam olayları, bir bireyin on sekiz yaşından önce yaşadığı travmatik veya stresli bir olay olarak tanımlanır. Bu olaylar arasında; fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, ihmal, aile içi şiddet, ailede madde bağımlılığı, ailede ruhsal hastalık, ailede hapis öyküsü, ebeveynlerin boşanması yer almaktadır. Bu olumsuz davranışlarla karşılaşan çocuk ve ergenleri daha iyi anlayabilmek ve onlara yardımcı olabilmek amacıyla, bu araştırmada yeme bozukluğu tanısı olan ve olmayan ergenlerde, olumlu, olumsuz ve destekleyici yaşam olaylarının sıklığının ve bunların yeme bozukluğu şiddeti, duygu düzenleme becerileri ve aleksitimi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Öncelikle çocuğunuz ve sizle, çocuğunuzun ruhsal durumunu gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşme yapılacaktır. Bu bağlamda size, çocuğunuzun sosyodemografik özellikleri, varsa hastalık geçmişi, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öyküsü, aile özellikleriniz ve soygeçmişinize yönelik sorular sorulacaktır. Sonrasında çocuğunuzla yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılacak ve ölçekler verilecektir.

Bu çalışma nedeniyle çocuğunuzun tedavisi ya da izlenme programı değişmeyecektir. Çocuğunuza herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır. Bu çalışma çocuğunuz açısından rutin bir klinik görüşme ya da günlük yaşantısında olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size ve çocuğunuza verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız gizli kalacaktır. Yalnızca yapılan görüşme ve formlar göz önüne alınarak, olası bir istismar veya ihmal öyküsü varlığında, mevcut durum araştırmacılar tarafından değerlendirilip, olay ile ilgili kanun gereği adli bildirim yapılacaktır.

Çalışmada elde edilen veriler, çalışma sürecinde gerek görüldüğü takdirde araştırma kapsamında farklı istatistiksel karşılaştırmalar için kullanılabilir. Çalışma verileri herhangi bir

yayın ve raporda kullanılırken bu yayında çocuğunuzun ismi kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Seren Ateş Derviş ile aşağıdaki adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnciraltı / İzmir

Telefon: 0232 412 35 80

Katılımınız öncelikle çocuğunuzun tıbbi riskleri ve durumu hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla çocuğunuzla aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanısıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Çocuğumun söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmasını kabul ediyorum.

Katılımcının Veli/Vasisi Adı/Soyadı:

Tarih/İmza:

Araştırmacının Adı/Soyadı: Dr. Seren ATEŞ DERVİŞ

Tarih/İmza:

Tanıklık Edenin Adı/Soyadı:

Tarih/İmza:

OLUMSUZ ÇOCUKLUK ÇAĞI YAŞAM OLAYLARI

Doğduğun günden bugüne dek değerlendirdiğinde sana göre;

SÖZEL İSTİSMAR

1.Ebeveynlerinden biri ve/veya diğer ev sakinlerinden birinin sana karşı sıklıkla ya da çok sıklıkla

Küfür ettiği, seni aşağıladığı, sana baskı yaptığı, sana hakaret ettiği olur mu?

veya

Fiziksel olarak yaralanmana/incinmene neden olacak bir davranışta bulunmasından korktuğun olur mu?

EVET/HAYIR

FİZİKSEL İSTİSMAR

2. Ebeveynlerinden biri ve/veya diğer ev sakinlerinden birinin sana karşı sıklıkla ya da çok sıklıkla

Sana vurduğu, tokat attığı, ittiği, seni sarstığı, sana bir şey fırlattığı olur mu?

veya

yaralanmana ya da vücudunda izlere neden olacak şekilde şiddetle vurduğu olur mu?

EVET/HAYIR

CİNSEL İSTİSMAR

3. Ebeveynlerinden biri ve/veya diğer ev sakinlerinden birinin, ya da herhangi bir erişkinin Cinsel anlamda sana dokunduğu, seni okşadığı ya da senin kendilerine dokunmanı ya da okşamanı istediği oldu mu? Olur mu? veya

Seninle herhangi bir yolla cinsel ilişkiye girdiği ya da girişimde bulunduğu oldu mu? olur mu?

EVET/HAYIR

DUYGUSAL İHMAL/İSTİSMAR

4. Sıklıkla ya da çok sıklıkla aileden hiç kimsenin seni sevmediğini, ya da senin önemsiz olduğunu ve özel olmadığını düşündüğünü hissettiğin olur mu?

Veya

Aile bireylerinin birbirlerini kollamadığını, birbirlerine yakın hissetmediğini, birbirlerine karşı destekleyici olmadıklarını hissettiğin olur mu?

EVET/HAYIR

Fiziksel İHMAL

5. Sıklıkla ya da çok sıklıkla yeterince yiyecek bulamadığın, kirli kıyafetlerle dolaşmak zorunda kaldığın, seni koruyacak kimsenin olmadığını hissettiğin olur mu?

Veya

Ebeveynlerinin aşırı alkollü ya da madde etkisi altında olmaları nedeniyle sana bakım veremediğini hissettiğin, ya da ihtiyacın olduğu durumlarda seni doktora götüremediklerini düşündüğün olur mu?

EVET/HAYIR

İHMAL

6. Biyolojik ebeveynlerinden biri/her ikisi ile boşanma, bırak gitme vb. nedenlerle artık görüşmediğin dönem/dönemler oldu mu?

EVET/HAYIR

AİLE İÇİ (EŞLER ARASI) ŞİDDET

7. Annene veya üvey annene, sıklıkla veya çok sıklıkla vurulduğun, itildiğin, sarsıldığın, tokat atıldığın veya kendisine bir şey fırlatıldığını olur mu?

Veya

Annenin veya üvey annenin, bazen, sıklıkla ya da çok sıklıkla tekmelendiğin, dövüldüğün, kendisine yumruk atıldığın, bir alet yardımıyla kendisine şiddetle vurulduğun olur mu?

Veya

Annenin veya üvey annenin defalarca birkaç dakikadan daha uzun süreyle dövüldüğün veya bir silah ya da bıçak kullanılarak tehdit edildiğin oldu mu?

EVET/HAYIR

EV İÇİ ALKOL MADDE KULLANIMI

8. Senin alkol problemi olan, madde kullanan ya da bağımlı biriyle yaşadığın bir dönem oldu mu?

EVET/HAYIR

EV İÇİ RUHSAL HASTALIK

9. Evinizdeki herhangi birinin depresif olduğun, ruhsal bir hastalığı olduğun veya intihar /kendini yaralama girişiminde bulunduğu olur mu? /oldu mu?

EVET/HAYIR

EV AHALİSİNDE HAPİS ÖYKÜSÜ

10. Aile bireylerinden birinin hapse girme öyküsü var mı?

EVET/HAYIR

NAZİK VE YARDIMCI YAŞAM OLAYLARI

Doğduğun günden bugüne dek değerlendirdiğinde sana göre;

1. Yanında kendini güvende hissettiğin en az bir bakım verenin oldu mu? **EVET/HAYIR**
2. En az bir iyi arkadaşın var mı? **EVET/HAYIR**
3. Seni rahatlatan inançların var mı? **EVET/HAYIR**
4. Okulu sever misin? **EVET/HAYIR**
5. Sana önem verdiğini düşündüğün en az bir öğretmenin var mı? **EVET/HAYIR**
6. İyi komşuların var mı? **EVET/HAYIR**
7. Çevrende başın sıkıştığında sana destek olan ya da tavsiyede bulunan (ebeveyn/bakım veren ve ev ahalisi dışında) bir yetişkin var mı? **EVET/HAYIR**
8. Güzel vakit geçirdiğin zamanlar olur mu? **EVET/HAYIR**
9. Kendini sever ve kendinden memnun olur musun? **EVET/HAYIR**
10. Önceden belirlenmiş yemek ve yatma saatleri gibi öngörülebilir bir ev rutinin var mı?

EVET/HAYIR

OLUMLU YAŞAM OLAYLARI

Doğduğun günden bugüne dek değerlendirdiğinde sana göre;

1. Ailemle duygularım hakkında konuşabilirim **EVET/HAYIR**
2. Zor zamanlar geçirdiğimde ailemin benim arkamda olduğunu hissederim **EVET/HAYIR**
3. Toplumun geleneklerine katılmaktan zevk alırım **EVET/HAYIR**
4. Devam ettiğim okula aidiyet duygusu hissederim **EVET/HAYIR**
5. Arkadaşlarım bana destek olur **EVET/HAYIR**
6. Ebeveynlerimden biri olmayan en az iki yetişkin benimle gerçekten/samimiyetle ilgilenir **EVET/HAYIR**
7. Evimde yaşayan bir erişkin tarafından korunduğumu ve güvende olduğumu hissederim

EVET/HAYIR

Katılım Numarası:.....

Tarih:

YÖNERGE: Aşağıdaki sorular sadece **SON 4 HAFTA** ile ilgilidir.1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece **son dört haftayı içerdiğini (28 gün)** unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 - 5	6 - 12	13 - 15	16 - 22	23 - 27	Her gün
			GÜN BOYUNCA					
1	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığının 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 yemediniz?	0	1	2	3	4	5	6
3	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? <i>(Başarılı olup olmadığının 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 olmadığının 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 duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6	<u>Tamamen düz</u> bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 - 12 gün	13 - 15 gün	16 - 22 gün	23 - 27 gün	Her gün
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 zorlaştırdı?	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 korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
10	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12	Kilo vermek için güçlübir 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 <u>kere</u> , başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç <u>kere</u> yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada)?	
15-	Son 28 günün kaç <u>GÜNÜNDE</u> aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç <u>kere</u> “kendinizi kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yaptınız?	

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

19	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç birinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13-15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
		0	1	2	3	4	5	6
20	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	0	1	2	3	4	5	6

21 -	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç Biraz Orta Önemli Ölçüde					
		0	1	2	3	4	5

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.

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-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

EİDDÖ

Yaşamda zaman zaman insanların başlarına olumsuz, hoş olmayan olaylar gelir ve bu olaylara bazı tepkiler verilir. Bu tepkilerin bazıları düşüncelerle ilgili iken bazıları ise davranışlarla ilgilidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, sıkıntı verici, olumsuz bir olay yaşadığınızda cümlede verilen durum veya davranışı ne sıklıkla yaptığınızı size en uygun olan seçeneğe çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.						
“Başıma olumsuz bir olay geldiğinde;		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	()	()	()	()	()
2	Duruma ilişkin amaçlarımı veya planlarımı yeniden gözden geçiririm, düşünürüm.	()	()	()	()	()
3	Durum üzerinde düşünüp anlamaya çalışırım.	()	()	()	()	()
4	Bir dahaki sefere neyi daha iyi yapabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
5	Öfkemi/üzüntümü sözel olarak (örn. bağırarak, tartışmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
6	Öfkemi/üzüntümü fiziksel olarak (örn. kavga etmek, vurmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
7	Başkalarını kötü hissettirmeye çalışırım (örn. kaba davranarak, onları görmezden gelerek).	()	()	()	()	()
8	Başkalarına zorbalık yaparım (örn. alay etmek, itmek, dedi kodu yapmak gibi).	()	()	()	()	()
9	Öfkemi/üzüntümü etrafımdaki eşyalardan çıkarırım.	()	()	()	()	()

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Duy ve Yıldız’dan, hiçbir yayında ölçeğin maddelerinin tamamına yer verilmemesi koşulu ile tez çalışması için kullanılmasına dair izin alınmıştır. Bu nedenle yalnızca 9 maddesi paylaşılmıştır.

ÇAÖ

katılımcı no:.....

Aşağıda 20 (yirmi) kısa cümle göreceksiniz. Her bir cümle insanların nasıl hissettikleri ya da hisleri konusunda ne düşündükleriyle ilgilidir. Cümlelerin ifade ettiği durumun size uygunluğunu *sık sık doğru, bazen doğru, yanlış* şeklinde verilen seçeneklerinsadece birini işaretleyerek kendi seçiminizi belirtiniz.

Eğer cümlelerin ifade ettiği durumlardan birini seçmekte zorlanıyorsanız, size en çok uyan seçeneği işaretleyiniz. Çünkü her insanın duyguları ile ilgili farklı düşünce ve hisleri vardır. Bu yüzden doğru ya da yanlış cevap yoktur. Bu cümleler sadece sizin ne düşündüğünüze yöneliktir.

	Yanlış	Bazen Doğru	Sık sık Doğru
1. Çoğu zaman iç dünyamda ne hissettiğim konusunda kafam karışıktır.			
2. İç dünyamda neler hissettiğimi anlatmakta zorlanırım.			
3. Bedenimde doktorların bile anlayamadığı şeyler hissedirim.			
4. Duygularımı kolaylıkla söyleyebilirim.			
5. Bir problemim olduğunda sadece konuşmaktansa problemin nedenini bulmaya çalışırım.			
6. Keyfim kaçtığımda üzgün, korkmuş ya da kızgın olup olmadığımı bilemem.			
7. Bedenimde hissettiğim şeyler beni sık sık şaşırtır.			
8. Bir şeylerin neden olduğunu düşünmek yerine neler olacağını bekleyip görmeyi tercih ederim			
9. Bazen ne hissettiğimi anlatacak kelime bulamam.			
10. İç dünyanızda neler hissettiğinizi anlamak önemlidir.			
11. Başkaları hakkında ne hissettiğimi söylemek benim için zordur.			
12. Çevremdeki insanlar neler hissettiğim konusunda daha çok konuşmam gerektiğini söylüyorlar.			
13. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.			
14. Çoğu kez neden kızgın olduğumu bilemiyorum.			
15. İnsanlarla onların ne hissettiklerinden ziyade günlük yaşam ile ilgili şeyler konuşmayı tercih ederim.			
16. Diğer insanların problemleri ile ilgili filmleri izlemektense eğlenceli televizyon programlarını izlemeyi tercih ederim.			
17. Gerçekten ne hissettiğimi en yakın arkadaşşıma bile söylemek benim için çok zordur.			
18. Yan yana oturduğum bir insan ile konuşmadığım halde kendimi ona yakınhissede bilirim.			
19. Problemlerim ile ilgili bir şeyler yapmak istediğimde, duygularım hakkında düşünmek bana yardımcı olur.			
20. Bir filmin konusunu anlamaya odaklandığımda filmde daha az keyif alırım.			

Lütfen bütün cümleleri işaretlediğinizden emin olunuz.

Teşekkürler.