

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**YEME BOZUKLUKLARI İLE KİŞİLİK İNANÇLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nuray ŞENER

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Pınar COHEN

İSTANBUL-2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**YEME BOZUKLUKLARI İLE KİŞİLİK İNANÇLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ ARACI ROLÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nuray ŞENER

Enstitü Anabilim Dalı: Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı: Klinik Psikoloji

“Bu tez 11/06/2021 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Oybirliği/Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nuray ŞENER

11.06.2021



ÖNSÖZ

Bu araştırmayı yapmama olanak sağlayarak süreç boyunca sevgiyle, hoşgörüyle yaklaşan, zamanını ve bilgilerini paylaşan değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Zeynep Pınar Cohen' e teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarak başlamak isterim.

Lisansüstü eğitimim süresince kıymetli yaklaşımlarıyla ve kazandırdığı bakış açısıyla yol gösterici olan çok değerli hocam Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur'a;

Etik değerlerin önemini öğreten, ilgisini esirgemeyen sevgili hocam Dr. Burcu Sevim'e;

Her daim anlayışlı yaklaşımıyla cömertçe bilgilerini sunarak bilgilerimin sağlam temellere oturmasını sağlayan Dr. Anıl Gündüz'e;

Araştırma sürecim boyunca yanımda duran sevgisini, bilgisini paylaşan canım arkadaşım Psk. Melis Sırım'a;

Son olarak tüm eğitim hayatım boyunca aldığım kararları destekleyen, her daim yanımda olan anneme, babama ve kardeşime sonsuz teşekkür ederim. İyi ki varsınız.

Nuray ŞENER

11.06.2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR.....	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM I: KURAMSAL ÇERÇEVE	6
1.1. Yeme Davranışı	6
1.1.1. Sağlıklı Yeme Davranışı	6
1.1.2. Bozulmuş Yeme Davranışı.....	7
1.1.3. Yeme Davranışında Psikososyalkültürel Etmenler	8
1.1.3.1. Psikopatoloji.....	8
1.1.3.2. Cinsiyet.....	9
1.1.3.3. Diyet ve Fiziksel Aktiviteler	9
1.1.3.4. Beden İmgesi ve Beden Memnuniyetsizliği.....	10
1.2. Yeme Bozuklukları.....	11
1.2.1. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	11
1.2.2. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi	12
1.2.2.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler	13
1.2.2.2. Bireysel Faktörler	13
1.2.2.3. Sosyokültürel Faktörler	14
1.2.2.4. Psikodinamik Faktörler	15
1.2.2.5. Bilişsel Faktörler	16
1.2.3. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma	17
1.2.3.1. Pika.....	17
1.2.3.2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu).....	18
1.2.3.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	20
1.2.3.4. Anoreksiya Nervosa	21
1.2.3.5. Bulimiya Nervosa	24
1.2.3.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	26
1.2.3.7. Tanımlanmamış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu	28

1.2.3.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları	29
1.2.4. Yeme Bozukluklarında Klinik Değerlendirme	29
1.2.5. Yeme Bozukluklarında Tedavi	30
1.2.5.1. Tıbbi Tedavi ve Farmakoterapi	31
1.2.5.2. Beslenme Tedavisi	31
1.2.5.3. Psikolojik Psikoterapi/Tedavi	32
1.3. Kişilik Bozuklukları	34
1.3.1. Kişilik Kavramı.....	34
1.3.2. Kişilik Bozukluğu Kavramı	34
1.3.3. Kişilik Bozukluklarının Epidemiyolojisi	35
1.3.4. Kişilik ve Kişilik Bozukluklarını Açıklayan Kuramlar	36
1.3.4.1. Psikodinamik Kuram.....	36
1.3.4.2. Davranışçı Kuram	36
1.3.4.3. Bilişsel Kuram.....	36
1.3.4.4. Şema Terapi Kuramı	37
1.3.5. Kişilik Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma	38
1.3.5.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	38
1.3.5.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	40
1.3.5.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	41
1.3.5.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	43
1.3.5.5. Borderline Kişilik Bozukluğu	45
1.3.5.6. Histriyonik Kişilik Bozukluğu	46
1.3.5.7. Narsisistik Kişilik Bozukluğu	48
1.3.5.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu	49
1.3.5.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	50
1.3.5.10. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	52
1.4. Ruhsal Travma Kavramı.....	53
1.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları.....	54
1.4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi	55
1.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Türleri.....	56
1.4.3.1. Fiziksel İstismar	56
1.4.3.2. Duygusal İstismar.....	56
1.4.3.3. Cinsel İstismar.....	57
1.4.3.4. Fiziksel İhmal.....	58

1.4.3.5. Duygusal İhmal	58
1.4.3.6. Aşırı Koruma – Kontrol	58
1.4.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Yetişkinlikteki Etkileri	59
BÖLÜM II: YÖNTEM	61
2.1. Araştırmanın Modeli.....	61
2.2. Araştırma Soruları	61
2.3. Araştırmanın Örneklemi	62
2.4. Veri Toplama Araçları.....	62
2.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	62
2.4.2. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ).....	63
2.4.3. Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu-(KİÖ-KTF)	64
2.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....	65
2.5. Verilerin Toplanması	66
2.6. Verilerin Çözümlemesi.....	66
2.7. Araştırmanın Dışlama Kriteri	67
BÖLÜM III: BULGULAR	68
3.1. Betimleyici İstatistikler.....	68
3.1.1. Katılımcılara İlişkin Betimleyici İstatistik Bulguları.....	68
3.1.2. Araştırma Değişkenlerine ve Ölçeklere İlişkin Betimleyici İstatistik Bulguları ve Normallik İncelenmesi.....	70
3.1.3. Ölçeklerin Geçerlilik Değerleri.....	72
3.2. Faktör Analizlerine İlişkin Bulgular.....	72
3.2.1. YBDÖ İlişkin Faktör Analizi Bulguları.....	72
3.2.2. KİÖ- KTF İlişkin Faktör Analizi Bulguları	73
3.2.3. ÇÇTÖ İlişkin Faktör Analizi Bulguları	73
3.3. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular.....	74
3.3.1. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Yaş Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular	74
3.3.2. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular	76
3.3.3. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsiyete Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular	78

3.3.4. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Arayışına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular.....	79
3.3.5. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Tanıya Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular.	80
3.4. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmaları Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizleri.....	81
3.5. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Yordayıcılık Etkilerinin İncelenmesi.....	85
3.5.1. H1: Kişilik İnançları Yeme Bozukluklarını Anlamlı Düzeyde Yordamaktadır	85
3.5.2. H2: Çocukluk Çağı Travmaları Kişilik İnançlarını Anlamlı Düzeyde Yordamaktadır	86
3.5.3. H3: Çocukluk Çağı Travmaları Yeme Bozukluklarını Anlamlı Düzeyde Yordamaktadır	87
3.6. Yeme Bozuklukları ile Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Çocukluk Çağı Travmalarının Aracı Rolünün İncelenmesine Dair Yapısal Eşitlik Modellemesi	88
3.6.1. Modelin Betimlenmesi.....	88
3.6.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi.....	89
3.7. Ek Bulgular.....	93
3.7.1. Kilo Endişesi ve B Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Cinsel İstismar Aracılık Rolü Oynamaktadır.....	93
3.7.2. Beden Endişesi ve B Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Cinsel İstismar Aracılık Rolü Oynamaktadır.....	94
3.7.3. Kısıtlama ve C Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Aşırı Koruma-Kontrol Aracılık Rolü Oynamaktadır.....	95
3.7.4. Kilo Endişesi ve C Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Fiziksel İhmal Aracılık Rolü Oynamaktadır.....	96
3.7.5. Tıkınırcasına Yeme ve C Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Duygusal İstismar Aracılık Rolü Oynamaktadır	97
BÖLÜM IV: TARTIŞMA	98
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	110
KAYNAKÇA	113
EKLER.....	140
ÖZGEÇMİŞ.....	151

KISALTMALAR

AN	: Anoreksiya Nervoza
BE	: Beden Şekliyle İlgili Endişeler
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BN	: Bulimiya Nervoza
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KE	: Kiloyla İlgili Endişeler
KİÖ-KTF	: Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu
TY	: Tıkınırcasına Yeme
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
WHO	: World Health Organization
YB	: Yeme Bozuklukları
YBDÖ	: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği
YE	: Yemeyle İlgili Endişeler
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Bulgular.....	68
Tablo 2: Araştırma Değişkenlerine ve Ölçeklere İlişkin Bulgular	70
Tablo 3: Ölçeklerin Geçerlilik Değerleri	72
Tablo 4: YBDÖ Faktör Analizi.....	72
Tablo 5: KIÖ-KTF Faktör Analizi	73
Tablo 6: ÇÇTÖ Faktör Analizi	73
Tablo 7: Yeme Bozukluklarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Tablosu	74
Tablo 8: Kişilik İnançlarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu.....	74
Tablo 9: Çocukluk Çağı Travmalarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu	75
Tablo 10: Yeme Bozukluklarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu	76
Tablo 11: Kişilik İnançlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu	76
Tablo 12: Çocukluk Çağı Travmalarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu.....	77
Tablo 13: Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsiyete İlişkin <i>t</i> Testi Tablosu	78
Tablo 14: Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Arayışına İlişkin <i>t</i> Testi Tablosu.....	79
Tablo 15: Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Tanıya İlişkin <i>t</i> Testi Tablosu	80
Tablo 16: Ölçeklerin Korelasyon Analizi	81
Tablo 17 : Değişkenler Arası Korelasyon Değerleri.....	82
Tablo 18: Kişilik İnançlarının Yeme Bozukluklarını Yordama Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi.....	85
Tablo 19: Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilik İnançlarını Yordama Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi	86
Tablo 21: Aracı Rolün İncelenmesi	91
Tablo 22: Dolaylı Etkinin İncelenmesi	92
Tablo 23: Varsayım Modeli Tablosu I.....	93

Tablo 24: Varsayım Modeli Tablosu II	94
Tablo 25: Varsayım Modeli Tablosu III	95
Tablo 26 Varsayım Modeli Tablosu IV	96
Tablo 27: Varsayım Modeli Tablosu V	97



ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1: Bozulmuş Yeme Davranışı ve Yeme Bozuklukları.....	8
Şekil 2: DSM-5 Pika Tanı Kriterleri	18
Şekil 3: DSM-5 Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu) Tanı Kriterleri.....	19
Şekil 4: DSM-5 Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	21
Şekil 5: DSM-5 Anoreksiya Nervosa Tanı Kriterleri	23
Şekil 6: DSM-5 Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri.....	25
Şekil 7: DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri	27
Şekil 8: DSM-5 Tanımlanmamış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	28
Şekil 9: DSM-5 Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanı Kriterleri	29
Şekil 10: İşlevsel Olmayan Kişilik İnançları	37
Şekil 11: Modelin Betimlenmesi.....	88
Şekil 12: Ölçüm Modelinin Yol Diyagramı.....	90
Şekil 13: Varsayım Modeli I.....	93
Şekil 14: Varsayım Modeli II.....	94
Şekil 15: Varsayım Modeli III	95
Şekil 16: Varsayım Modeli IV	96
Şekil 17: Varsayım Modeli V	97

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü- Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Yeme Bozuklukları ile Kişilik İnançları Arasındaki İlişki: Çocukluk Çağı Travmalarının Aracı Rolü	
Tezin Yazarı: Nuray ŞENER	Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Pınar COHEN
Kabul Tarihi: 11.06.2021	Sayfa Sayısı: vi (ön kısım) + 139 (tez) + 12 (ekler)
Anabilimdalı: Psikoloji	Bilimdalı: Klinik Psikoloji
Bu araştırmada yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolü araştırılmıştır. Araştırmanın örneklemi 18-65 yaş aralığındaki 741 kişiden oluşmaktadır. Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Kişilik İnanç Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün incelendiği bu araştırmada elde edilen veriler, SPSS 21.0 ve AMOS 20.0 programları aracılığıyla analiz edilmiştir. İstatiksel analiz ve yorumlamalar; $p<.05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir. Katılımcıların betimleyici özelliklerine ilişkin dağılımlarını belirlemek üzere frekans analizleri uygulanmıştır. Ölçeklerin faktör analizleri, geçerlilik ve normallik testleri yapılmıştır. Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için Pearson Korelasyon Analizi, yordayıcılık etkilerinin incelenmesi için Regresyon Analizi ve aracılık etkisi için Yapısal Eşitlik Analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkiye çocukluk çağı travmalarının aracılık ettiği tespit edilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular, literatürdeki bilgiler aracılığıyla değerlendirilerek tartışılmıştır. Araştırmada kişilik inançlarının yeme bozukluklarını, çocukluk çağı travmalarının kişilik inançlarını, çocukluk çağı travmalarının da yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide aracılık rolü oynadığı bulunmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları, Çocukluk Çağı Travmaları	

ABSTRACT

İstanbul Kent University- Graduate Education Institute Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: The Relationship Between Eating Disorders and Personality Beliefs: The Mediating Role of Childhood Traumas

Author: Nuray ŞENER

Supervisor: Dr. Lecturer Zeynep Pınar COHEN

Date: 11.06.2021

Nu. Of pages: vi (pre test) + 139 (main body) + 12 (App.)

Departmen: Psychology

Subfield: Clinical Psychology

In this study, the mediating role of childhood traumas in the relationship between eating disorders and personality beliefs was investigated. The sample of the study consists of 741 people between the ages of 18-65. Personal Information Form, Eating Disorder Rating Scale, Personality Belief Scale and Childhood Traumas Scale were administered to the participants online. The data obtained in this study examining the mediating role of childhood traumas in the relationship between eating disorders and personality beliefs, were analyzed through SPSS 21.0 and AMOS 20.0 programs. Statistical analysis and interpretation; It was evaluated according to the significance level of $P < .05$. Frequency analyzes were applied to determine the distribution of the descriptive characteristics of the participants. Factor analysis, validity and normality tests of the scales were performed. Pearson Correlation Analysis was used to determine the relationships between the variables of the study, Regression Analysis to examine the predictive effects, and Structural Equation Analysis for the mediation effect. As a result of the analysis, it was determined that childhood traumas mediated the relationship between eating disorders and personality beliefs. The findings obtained in the study were evaluated and discussed through the information in the literature. In this research, It was determined that personality beliefs predict eating disorders, childhood traumas predict personality beliefs and childhood traumas also significantly predict eating disorders. It has been found that childhood traumas play a mediating role in the relationship between eating disorders and personality beliefs.

Keywords: Eating Disorders, Personality Beliefs, Childhood Traumas

GİRİŞ

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın problem durumu, araştırmanın amacı, önemi, sınırlılıkları, sayıltıları ve araştırmada yer alan temel kavramlarla ilgili tanımlamalar yer almaktadır.

Doğumdan ölüme dek hayatın büyük bir alanına sahip olan yemek yeme eylemi önemli ve en temel ihtiyaçtır. Yaşamın başlangıç aşamasında itkisel, sonrasında sosyal öğrenme ile öğrenilen yeme eylemi son yıllarda biyopsikososyal bir olgu olarak ciddiylet üzerinde araştırmalar yapılan bir alan haline gelmiştir. Yeme, kişinin beslenme konusu ile alakalı tüm duygu, düşünce, davranış ve bilgilerini meydana getiren eğilim olarak adlandırılabilir ve bu davranış beraberinde demografik, fizyolojik, sosyal, coğrafi, kültürel ve ekonomik koşulları da içine alarak bireyin algısı, besinlerle ilgili kişinin beslenme durumu ve önceki deneyimlerinden etkilenmektedir (Altıntaş ve Özgen, 2017: 1798).

Yeme bozuklukları ise yeme davranışının ciddi manada bozulduğu psikiyatrik bozukluklardır. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) verilerine göre incelendiğinde yeme bozuklukları; anoreksiya nervroza (AN), bulimiya nervroza (BN) ve atipik yeme bozuklukları olarak karşımıza çıkıyor. Atipik yeme bozukluklarına dahil edilen ve DSM sınıflandırmasında yer almayan tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), yapılan son araştırmalarda daha çok karşımıza çıkan bir bozukluktur (Vardar ve Erzengin, 2011: 206).DSM V'te ise "Beslenme ve yeme bozuklukları" başlığı altında; ruminasyon bozukluğu, pika, kısıtlayıcı gıda alımı, bulimiya nervroza, anoreksiya nervroza, tıknırcasına yeme bozukluğu, belirtilmemiş beslenme veya yeme bozukluğu ve diğer yeme bozuklukları olarak ele alınmıştır (Özyurt, Öztürk ve Pekcanlar, 2017: 82).

Yeme bozukluğu başlı başına ciddi bir bozulmayı ifade ettiğinden dolayı birçok eş tanıyı da beraberinde getirmektedir. Bu eş tanılardan en belirginleri anksiyete ve duygudurum bozuklukları olmakla birlikte eşlik eden kategoriler arasında kişilik bozukluklarının da önemli bir tanı kategorisi olduğunu görmekteyiz (Halmi ve diğerleri, 1991: 713).

Araştırmanın diğer bir boyutu olan kişilik, geçmişten bugüne insanları tanıyabilmek ve daha iyi anlayabilmek amacıyla yeniden ve yeniden birçok tanım ve sınıflandırmaya tabi olmuştur ve her kuram kişiliği kendi penceresinden değerlendirmiş ve tanımlama yoluna gitmiştir. DSM ve ICD gibi uluslararası sınıflama sistemleri ortak bir dil kullanabilmeye

yönelik araştırmalar yürütmüşlerdir ve bu durum beraberinde birçok enstrüman ve ölçek gelişmesine sebebiyet vermiştir (Taymur ve Türkçapar, 2012: 155). Örneğin; psikodinamik kuramlarda Freud kişiliğin bilinçdışı, bilinç öncesi ve bilinç olan üç farkındalık gösterdiğini belirtirken davranışçı ve bilişsel kuramcılardan biri olan Bandura'ya göre kişiliğin gelişimi ve insan davranışlarının nedenlerinin bireyin öğrenme tarihçesi olduğunu belirtmiştir. Bu kuramlara ek olarak araştırma odaklı kuramlardan olan beş faktör kuramında ise Robert R. ve arkadaşları kişiliğin yapısının iki kutuplu bir süreklilik izlediğini ve dışadönüklük, uyumluluk, nevrotizm, öz disiplin ve deneyime açıklık olarak beş temel kişilik özelliği olduğunu savunmuşlardır (İnanç ve Yerlikaya, 2016: 19).

Kişilik bozukluklarının yapısı gereği uzun sürmesi ve tedavide dirençli bir grup olması ve bazı bozukluklarla eş tanısının fazla olması ve benzeri sebeplerle gittikçe önem kazanan bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (Beck, Freeman ve Davis, 2004: 3). Aynı zamanda tanı süreçlerinin tedavide etkilerinin kısıtlı olması (Samuel ve Widiger, 2004: 299) ve klinik ortamlarda oluşan problemler kişilik bozukluklarının anlaşılmasını güç hale getirdiğinden kişiliğin yapısını anlamada boyutsal yaklaşımın önemi ve dikkate alınması tavsiye edilmektedir (Wakefield, 2013: 147).

Araştırmanın diğer bir boyutu olan çocukluk çağı travmaları ise kişinin ruhsal yapısının ağır biçimde zedelenmesi manasına gelen sosyal ve psikolojik gelişimi derinden etkileyen bir unsurdur. Beraberinde ailelerin ve çocukların konu hakkında bildirimde bulunmamalarından dolayı bu konudaki araştırmaların ülkemizde yeteri kadar literatürde yer almadığı görülmektedir (Yöyen, 2017: 268).

Çocukluk döneminde çocuğun bakım vereni ya da diğer kişiler tarafından duygusal, fiziksel, cinsel ve zihinsel gelişimini engelleyen ihmal ve istismar ciddi toplumsal bir sorundur. Çocukluk çağı travmasına maruz kalan bireylerde psikiyatrik eş tanı bulunma ihtimalinin daha yüksek olarak bildirilmiştir. Yapılan araştırmalarda eş tanının yanı sıra intihar, kendine zarar verme davranışlarının görüldüğü belirtilmiştir (Örsel ve diğerleri, 2011: 131).

Yeme bozuklukları ve kişilik inançları arasındaki ilişkinin çocukluk çağı travmaları açısından incelenirken yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Önceki araştırmalarda da kişilik bozukluklarına ilişkin; çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin yetişkinlikte kişilik patolojilerine özgü uyumsuz inançlara eğilimli oldukları görülmektedir

(Glastone ve diğ erleri, 1999: 432). Benzer bir araştırmada ise araştırmada hedeflenen sonuçlara ilişkin yeme bozukluklarının cinsel istismar kurbanı olan kişilerde görüldüğü ve bu gruba ilişkin yetişkinlik döneminde kişilik bozukluğ  geliştirme riskinin yüksek olduğ  ve özellikle bu eksen II bozukluklardan sınır, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluklarının gelişme durumu belirtilmiştir ( rsel ve diğ erleri, 2011: 132). Yapılan bu araştırmada da tam da bu konuya ilişkin verilerin analizi sonucu benzer bulguların ortaya çıkması öngörülmektedir.

Literatür, yeme bozuklukları ve ilgili değ işkenler arasındaki ilişkilere işaret etse de bu ilişkilerin çeşitli yönlerden ele alınmasına ihtiyaç vardır. İncelenen araştırma değ işkenleri (yeme bozuklukları, kişilik inançları, çocukluk  ağ  travmaları) ayrı ayrı ele alınarak literatür bilgisi, araştırmanın modeli ve hipotezlere yer verilecektir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmada sağlanmaya çalışılan amaç yeme bozukluğ  ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk  ağ  travmalarının aracı rolüne bakmaktır.

Araştırmanın Temel Sorusu

Araştırmanın temel sorusu “Yeme bozukluğ  ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk  ağ  travmalarının aracı rolü var mıdır?” olarak belirlenmiştir.

Hipotezler

Aşağıda araştırmaya ilişkin hipotezler bulunmaktadır:

H1: Kişilik inançları yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordamaktadır.

H2: Çocukluk  ağ  travmaları kişilik inançlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır.

H3: Çocukluk  ağ  travmaları yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordamaktadır.

H4: Yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk  ağ  travmalarının aracı rolü bulunmaktadır.

Araştırmanın Önemi

Yeme bozuklukları gün geçtikçe yaygınlaşan ve hayati risk taşıyan bir problemdir. DSM V'te belirtilen beslenme ve yeme bozuklukları alt kategorilerine bakıldığında pika ve geri çıkarma bozukluğunun sıklıkla çocukluk çağında geliştiği görülmekte olup anoreksiya nervroza, tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervroza büyük ölçüde ergenlikte başlayıp doğru tedaviler uygulanmadığında ya da tedaviye başvurulmadığında düzelme durumu oldukça düşük olan kompleks unsurlardır. Geneline bakıldığında bu bozukluğun odak noktası çoğunlukla bireylerin beden görünümü ve kilolarına olduğundan daha fazla önem vermeye başlamalarıyla seyrediyor. Yeme bozukluklarının tüm kategorilerinde farklı davranış ve düşünce boyutları yatmaktadır. Bu bozukluklara sahip bir birey BKİ'nın altında olarak yemesini kısıtlarken bir diğeri belirli bir sürede hiç duramayacakmış gibi yeme davranışı gösterir. Ciddi sağlık problemlerine yol açan bu bozukluklara ilişkin kişilerin başvurma oranı oldukça düşüktür (Okumuş, Berk ve Yücel, 2016: 42) Kişilik bozukluklarına bakıldığında ise benzer bir durum karşımıza çıkmaktadır çünkü her birey tutarlı ve benzersiz bir kişilik düzenine sahip olsa da bu bozukluğun en temel ayırt edicilerinden olan iç gözü, problemi yaşayan bireylerde daha düşük düzeyde olduğundan tedavi ve profesyonel yardım alma konusundaki motivasyonları düşüktür (Ward, 2004: 1507). Travmatik yaşantılar kazalar ve doğal afetler gibi olaylar olabildiği gibi bu yaşantılar kimi zaman insan eliyle gerçekleştirilmiş olabiliyor. Çocukluk çağı travmaları da diğer iki boyut gibi açıkça görülmemesi, başvuruların az olması problemin gidişatını yordamakta güçlüklerle sebebiyet vermektedir (Dağ, 2003: 211). Araştırmada bu üç temel boyut arasındaki ilişkilerin ve çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün incelenmesi yapılan araştırmaların kısıtlı oluşu ve bu bireylerin bildirimde bulunmaması ya da tedaviye başvurmamaları açısından incelendiğinde literatüre önemli bir katkı sağlayacaktır çünkü bu problemleri yaşayan insanlara ulaşmak oldukça güçtür. Bununla birlikte önceki araştırmalar incelendiğinde yeme tutumları ile birçok konu ele alınmış olsa da yeme bozukluğu durumunu doğrudan değerlendiren araştırma oldukça kısıtlıdır, benzer şekilde yapılan araştırmalarda kişilik özellikleri ve kişilik yapıları ile ilgili araştırmalar bulunmasına rağmen doğrudan kişilik inançlarının incelendiği araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Kişilik inançları aslında bize temel dokuz kişilik patolojisini öngörme ve bu durumları sınıflandırarak kavrama konusunda oldukça destek olacaktır. Kişilik inançları temel kişilik yapıları ile ilgili bize bilgi sunduğu için bu kişilerin çocukluk dönemlerinde ihmal ya da istismara maruz kalma durumlarını ya da bu travmaların inançlar üzerindeki etkilerini daha kolay görmeyi sağlayacak.

Tüm bu durumlar değerlendirildiğinde literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülen araştırmamızın aynı zamanda bu araştırmaya ulaşan bireyler için de bir iç görü sağlama durumu oldukça kıymetlidir. Örneğin; kişilik inançlarından birine sahip olan birey, hangi çocukluk çağı travmasını yaşamış olabileceğini ya da yeme bozukluğu durumuna sebep olan bu durumları daha iyi anlamasına yardımcı olması hedeflenmiştir.

Sayıtlar

- Araştırmada kullanılan anketlerin katılımcılar tarafından samimiyetle yanıtlanacağı düşünülmekte olup elde edilen verilerin güvenilir olacağı öngörülmektedir.
- Belirlenen örneklemin evreni temsil edeceği varsayılmaktadır.
- Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının değişkenleri ölçme yeterliliğine sahip olduğu ve amaca hizmet ettiği varsayılmaktadır.

Sınırlılıklar

- Araştırma 18-65 yaş arasındaki bireylerle yapılmıştır ancak bu durum homojen olmaması sebebiyle sınırlı olacaktır.
- Araştırmada elde edilen verilerin ölçeklerin ölçtüğü nitelikte sınırlıdır.
- Araştırma yapılan istatistiksel çözümlemelerle sınırlı olacaktır.

Tanımlar

Yeme Bozuklukları: Bulimiya nevroza, anoreksiya nevroza, tıknırcasına yeme gibi çeşitleri bulunan psikiyatrik bir tanı grubu olan yeme bozuklukları bedensel belirtilerin ön planda görüldüğü ancak ruhsal bir patolojidir (Klump ve diğerleri, 2009: 98).

Kişilik İnançları: Bireylerin kişilik özelliklerine bağlı olarak işlevsel olmayan inançları olarak tanımlanır ve inançların bilişsel boyutlarıyla yakından ilgilidir. Örneğin; çekingen kişilik bozukluğuna sahip bir kimsenin kendisini “toplumsal manada yetersiz ve istenilmeyen” olarak tanımlamasına sebebiyet verir (Türkçapar ve diğerleri, 2007: 178).

Çocukluk Çağı Travması: Çocuğun sağlığına, gelişmesine hayatta kalmasına zarar gelmesiyle sonuçlanan cinsel, duygusal ya da fiziksel istismar, ihmal veya kötü muamele gibi tüm davranış ve tutumlar denilebilir (WHO,2006).

BÖLÜM I: KURAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmadaki temel kavramlarla ilgili literatür bilgileri ele alınacaktır. Yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları detaylı olarak incelenecektir.

1.1. Yeme Davranışı

Yeme davranışı bebeklikten okul çağına doğru hızla gelişmekte ve yaşam boyunca devam etmektedir. Bu ilerleme sürecinde duygu durum ve yeme davranışı arasındaki ilişki uzun yıllardır araştırılan bir konudur. Yeme davranışı bireyin biyolojik ihtiyacının yanı sıra psikolojik ihtiyaçlarını da karşılamaktadır(Güneri Akay, 2016: 18). Sezgisel biçimde vücutta doğal olarak ortaya çıkan açlık ve tokluk sinyalleri ile yeme davranışı gerçekleştiği gibi öfke, stres, heyecan gibi duyguların hakim olduğu durumlarda da gerçekleşebilir. Bu durumlar yeme davranışının bozulmasına sebebiyet verebilir. Aşağıda sağlıklı ve bozulmuş yeme davranışı incelenerek aralarındaki farklardan bahsedilecektir (Özkan ve Bilici, 2018:16).

1.1.1. Sağlıklı Yeme Davranışı

En güncel ifade ile sağlıklı yeme davranışı, besin maddelerinin uygun zaman ve ölçülerde yaşam kalitesinin artırılması, vücudun büyümesi ve gelişimi için vücuda yararlı bir biçimde tüketilmesi olarak kavramsallaştırılmaktadır. Besinlerin üretiminden tüketim aşamasına kadar tüm süreçler bireyin beslenmesini etkilemektedir. Fiziksel aktivite, sigara alışkanlığı, bireyin yaşı ve genetik özellikleri, ev koşulları, stres ve kişinin yaşam biçimi gibi birçok etmen beslenme davranışının bir parçasıdır (Pekcan, 2008: 3). Bu sebeple bireylerin yaşamlarına sağlıklı bir biçimde devam edebilmeleri için doğru ve sağlıklı beslenme önem kazanmaktadır.

Beslenme durumunun saptanması hem birey hem de toplum sağlığı için önemli bir rol oynamaktadır çünkü beslenmenin yetersiz ya da aşırı olması beslenme kaynaklı hastalıkların ve hatta ölümlerin önüne geçilmesini sağlar (Pekcan, 2008: 7). Bu sebeptir ki beslenme şekli değiştirilebilir bir yaşam belirleyicisidir.

1.1.2. Bozulmuş Yeme Davranışı

Bireyler stresli yaşam olayları ile karşı karşıya geldiklerinde, zihinsel veya fiziksel bir hastalık oluştuğunda ya da daha zayıf görünmek gibi daha kişisel nedenlerle bazen geçici bazen de kalıcı beslenme problemleri ile karşılaşabilirler (Gitimu ve diğerleri, 2016: 2).

Yaşanan bu beslenmedeki bozulmalar duygularla özellikle de olumsuz duygularla ilişkilidir. Bu duygularla mücadele etmede kullanılan ve duygusal yeme biçiminde ifade edilen durum belirli yiyecek grubundan uzaklaşma, yemeyi kısıtlama ya da aşırı yeme şeklinde görülebilmektedir (İnalkaç ve Arslantaş, 2018: 2). Bu durumla birlikte nesiller boyu süren kötü bir beslenme alışkanlığının ve düzenin yerleşmesinin yanı sıra patolojik hastalıklara da sebebiyet verebileceği bilinmelidir.

Beslenmedeki bozulmalar yaşanan duruma bağlı olarak kendiliğinden ve profesyonel bir destek almadan geçebilir. Ancak bu beslenmedeki bozulmaların uzunca bir süre devam etmesi ve alışkanlık haline dönüşmesi beraberinde işlevselliğin de bozulmasını da getirerek bireylerin fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır.

Bireylerdeki iyilik halinin olumsuz olarak etkilenmesi ise bilişsel güçlüklerin meydana gelmesiyle yeme ile ilgili bir bozukluğun olduğunu düşündürebilir. Bu sebeple bozulan yeme davranışı ile bozukluk arasındaki ilişki detaylı biçimde değerlendirilmeli ve incelenmelidir. Aşağıda bulunan Şekil: 1’de bozulmuş yeme ile yeme bozukluğundaki farklar belirtilmektedir.

Şekil 1: Bozulmuş Yeme Davranışı ve Yeme Bozuklukları (Judd, 2011: 18)

	Bozulmuş Yeme	Yeme Bozukluğu
Ayrım	Yaşam olaylarına tepki, problemli davranış	Hastalık
Psikolojik Belirti	Sosyal, sağlık iş veya okul ile ilgili problemlere yol açmayan yiyecekler, yeme ve bedenle ilgili sık olmayan davranış ve düşünceler	Sosyal, sağlık iş veya okul ile ilgili problemlere yol açmayan yiyecekler, yeme ve bedenle ilgili dirençli, sık davranış ve düşünceler
İlişkili Tıbbi Problemler	Nadiren tıbbi komplikasyonlara sebep olan beslenme sorunları ve geçici kilo değişiklikleri	Hastane yatışına ve ölüme sebep olabilecek ciddi tıbbi komplikasyonlar
Tedavi	Kendiliğinden düzelebilir ancak ruh sağlığı profesyonellerinden destek ve beslenme danışmanlığı alınabilir.	Gerekli tedavi uygulanmadan ortadan kalkmaz. Yeme davranışındaki bozulma bozukluk için ciddi bir risktir.

1.1.3. Yeme Davranışında Psikososyokültürel Etmenler

Bu bölümde yeme davranışında etkili olan psikososyokültürel faktörler incelenecektir.

1.1.3.1. Psikopatoloji

Yeme davranışının bozulmasından yeme bozukluğunun oluşumuna kadar ilerleyen süreçte birçok durum etkili olmaktadır. Bitirilmemiş, çözümlenmemiş bazı problemlerin ve içsel sorunların dışsal bir yol olarak yeme davranışı ile çözümlenmeye ve beraberinde önce yeme davranışının bozulmasına sonrasında da yeme bozukluğuna sebebiyet verildiği ifade edilebilir (Ambrose ve Deisler, 2015: 40).

Yeme bozukluklarına anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi birçok eş tanı eşlik etmektedir (Erol, 2011: 76).

1.1.3.2. Cinsiyet

Bebeklikten çocukluk dönemine doğru ilerleyen süreçte kadın ve erkek beslenme biçimlerinin benzer olduğu görülmektedir. Bu durum ergenliğe geçişle birlikte bazı farklılıklarla seyretmektedir. Ergenlik döneminde büyüme ve gelişme hormonları sebebiyle erkeklerde yiyecek tüketim miktarı iki katına çıkmaktadır ve bu cinsiyetler arasındaki fark vücutta kas, metabolizma yapıları ile açıklanmaktadır (Erkan, 2008: 74).

Araştırmalarda erkeklerin kadınlara oranla yeme davranışlarının bozulması ve yeme bozukluğu durumu ile karşılaşmaları daha kısıtlı olduğu söylenebilir. Bu yargının oluşumunda biyolojik farklılığın önemi göz önünde bulundurularak endokrin mekanizmaların işlevi incelenmiştir (Keel, 2017: 2). Ayrıca toplum tarafından kadın ve erkeklere yüklenen toplumsal roller de önemli belirleyiciler arasındadır (Hepp, Spindler ve Milos, 2015: 227). Erkeklerin kaslı ve güçlü, kadınlarınsa zayıf, narin ve bedeni ile ilgili meşguliyeti olarak tanımlanan erkeksi ve kadınsı özellikler, beraberinde gelen aile ve sosyal çevre baskısı bu farklılaşmanın önünü açmaktadır.

1.1.3.3. Diyet ve Fiziksel Aktiviteler

Bireylerin büyüme, hastalıklardan korunma ve yaşam kalitesi açısından dengeli ve yeterli besinleri alması gerekmektedir. Alınan besinlerin miktarı ve cinsi bireylerin yaşına, cinsiyetine, fizyolojik ve genetik tüm özelliklerine hatta hastalık durumuna göre gözden geçirilerek planlanmalıdır. Besinler; yağlar, karbonhidratlar, proteinler, vitaminler, mineraller ve su olarak altı grupta toplanmaktadır. Enerji gereksiniminin büyük bölümü olan karbonhidratların günlük %45-65, biyolojik yapıtaşı olan proteinin %10-35, tokluk hissi veren yağlı besinlerin %20-35 oranında olması beklenmektedir (Çakırca Avcu, 2017: 32).

Diyet ise bireyin bir gün içerisinde tüketeceği yiyecek ve içeceğin miktarı anlamına gelse de genel anlamda kalori miktarının belirli bir nedene bağlı olarak belirli bir düzenleme ile kısıtlanması manasına gelmektedir (Turner, 1982: 23).

Diyet, kilo kaybı için gerçekleştirilen yöntemlerden yalnızca biridir. Bunun yanı sıra araştırmalar bireylerin kilo verebilmek amacıyla egzersiz yaptığını, öğün atladıklarını, oruç tuttuklarını, kustuklarını, müshil kullandıklarını ve bir takım kilo kaybına yardımcı olan ilaçlar kullandıklarını göstermektedir (French ve diğerleri, 1995: 548). Bu yöntemler sağlığa zarar veren kilo verme uygulamalarıdır.

Kilo verme yöntemlerinden bir diğeri düzenli egzersiz ve fiziksel aktiviteler yapmaktır. Bireyler düzenli olarak egzersiz yaparak kilo vermenin yanında bulunduğu kiloyu da belirli bir aralıkta tutmayı hedeflemektedir. Araştırmalar gösteriyor ki egzersiz daha çok sağlıklı kalmak amacıyla değil pozitif imaj, düşük düzeyde vücut yağı ve egzersizlerin sosyal destek ihtiyacını karşılaması ve eğlenceli olduğu düşüncesiyle tercih edilmektedir (Dishman, Sallis ve Orenstein, 1985: 168). Benzer araştırmalarda da kilo vermeye çalışan bireylerin fiziksel aktivitelerinin miktarı ve kalitesine bakıldığında diyetin yanında yapılan düzenli egzersizlere kadınların erkeklere göre daha fazla katılım sağladığı bulunmuştur (Gordon ve diğerleri, 2000: 84).

Egzersiz davranışı ve fiziksel aktivitelerin sıklığı, yoğunluğu, bu aktivite ve egzersizlerin hangi amaçla yapıldığı yeme bozuklukları ile egzersiz arasındaki ilişkiyi egzersizin “aşırı” yapılması ile ortaya koymaktadır. Bireylerin aşırı egzersiz yapması kemiklerin zarar görmesi, kasların parçalanması gibi olumsuz sonuçlara sebep olmanın yanında egzersizi sonlandırmak kişi tarafından isteksizlik ve yetersizlik olarak algılanmaktadır (Holland, Brown, Keel, 2014: 121).

1.1.3.4. Beden İmgesi ve Beden Memnuniyetsizliği

Beden memnuniyetsizliği bireyin vücudu ile ilgili olumsuz duygu ve düşünceleridir. Bireyin beden memnuniyetsizliği, ideal olarak belirlediği vücut şekli ve ağırlığı ile mevcut kilo ve ağırlığını kendi vücudu ile karşılaştırması sebebiyle oluşmaktadır (Grogan, 2008: 25).

Schilder (1950), beden imgesini günümüzde en çok karşılaştığımız biçimiyle “bir bireyin görüşü ile ilgili zihindeki resmedilişi” olarak ifade edilmiştir. 1950 yılından günümüze kadar yapılan araştırmalarla da bu tanımlama ve ifadeler değişerek gelişmiş ve 1990 yılında Thompson tarafından incelenmiştir. Thompson beden imgesini, Algısal bileşen: Bireyin beden ölçüsüne ilişkin tahminleri; Davranışsal bileşen: Bireyin vücuduyla ilgili rahatsızlık duyabileceği mekanlardan ve olaylardan kaçma durumu, kontrol davranışları ve son olarak Öznel bileşen: Bireyin vücuduna karşı düşünceleri, tutumları ve duyguları olarak sınıflandırmıştır.

Beden memnuniyetsizliği beden imgesinin bir bileşeni olduğundan dolayı bireylerin beden imgesinde oluşan bozulmalar algısal bileşen olarak ele alınırken beden memnuniyetsizliği ile ilgili bir bozulma öznel bileşen olarak ele alınmaktadır (Öngören, 2015: 29).

Araştırmalarda da kadınların erkeklere oranla büyük bir kısmının çocukluk dönemi itibarıyla bedeni ve bedeninin görünümüyle ilgili memnuniyetsizlikleri ortaya koyulmuştur (Mitchison ve Mond, 2015: 3). Bu sebeple beden memnuniyetsizliğine bağlı olarak yeme bozukluklarının çok daha erken yaşlarda gelişmeye başladığı söylenebilir.

1.2. Yeme Bozuklukları

Araştırmanın bu bölümünde yeme bozukluklarının epidemiyolojisi, etiyolojisi, tanı ve sınıflandırma kriterleri, klinik değerlendirmesi, tedavi yöntemleri ve önleyici-koruyucu çalışmalar incelenecektir.

1.2.1. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme davranışı ile ilgili problemler ve yeme bozuklukları gün geçtikçe yaygınlaşan ve alandaki araştırmaların önemine dikkat çeken bir konumdur. Yeme bozukluklarının yaşam boyu gelişim ve dağılımı incelendiğinde daha çok ergenlik döneminde başladığı görülmektedir, bozukluğun seyri orta yaşlarda devam etse de başlangıcı seyrekir. Araştırmalarda anoreksiya nervozanın görülme sıklığı erkeklerde yılda 100.000’de 0,5 olarak belirtilirken kadınlarda 100.000’de 8 olarak tespit edilmiştir (Hoek ve Hooken, 2003: 388). Bununla birlikte anoreksiya nervozanın yaşam boyunca yaygınlık oranı %1,0 olarak belirtmiştir (Hoek ve Hooken 2003: 387). Benzer bir araştırmada ise Amerika’da anoreksiya nervozanın erkekler için prevalansı %0,3 iken kadınlar için %0,9 olarak bildirilmiştir (Hudson, 2007: 350). Yapılan araştırmalardan yola çıkılarak cinsiyet bağlamında incelendiğinde kadınların erkeklere göre anoreksiya nervoza bozukluğunun gösterme olasılıkları daha fazla olduğu söylenebilir. Bir başka araştırmada ise İngiltere’de yeme bozuklukları prevalansı 2000 ve 2009 yılları arasında %32’lik dilimden %37’ye ulaştığı bildirilmiştir (Micali ve diğerleri, 2013: 1).

Araştırmalarda anoreksiya nervozanın yaşam boyu prevalansı incelenirken DSM’de oluşan değişikliklerin yaygınlığı artırdığı yönünde bulgulara rastlanmıştır. DSM IV’te ergen ergen kızlarda prevalans %1,4 iken DSM-5’te amenore kriterinin kaldırılmasıyla birlikte bu prevalansın %1,7’ ye kadar ulaştığı bildirilmiştir (Wade ve diğerleri, 2006: 121; Smink ve diğerleri, 2014: 610).

Bulimiya nervoza ile ilgili epidemiyolojik araştırmalar kısıtlı olsa da yapılan bazı araştırmalarda yılda anoreksiya nervoza prevalansı 100.000’de 8 iken bulimiya nervozada ise 100.000’de 12 vaka olarak bildirilmiştir (Hoek ve Hooken, 2003: 383). Yapılan bir başka

araştırmada ise ergen ve genç yetişkinlik döneminde DSM-5'te bulunan tanı kriterleri göz önünde bulundurularak prevalans kadınlarda 0,8, erkeklerde 0,1 olarak belirtilmiştir (Smink ve diğerleri, 2014: 610). Araştırmalar gösteriyor ki bulimiya nervoza, anoreksiya nervozaya göre daha sık rastlanılan ve benzer şekilde cinsiyet bağlamında kadınlarda daha fazla görüldüğü öngörülebilir.

Epidemiyolojik araştırmalarda tıknırcasına yeme bozukluğunun cinsiyete göre bakıldığında diğer yeme bozukluğu çeşitlerine oranla erkek hastaların daha fazla olduğu görülmektedir (Striegel Moore ve Franko, 2003: S21). Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip olan bireylerin obezite riskinin ve tıbbi komplikasyonlara yatkınlığının altı çizilmiştir (Wonderlich, 2009: 692).

Başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarına ilişkin epidemiyolojik çalışmaların kısıtlı olmasının yanı sıra DSM IV-TR'ye göre tanı kategorisine giremeyen bu bozukluktaki artış kayda değer bir önem taşımaktadır ve beraberinde birçok vakanın yeme bozukluğu tanısı almasının önünü açmıştır (Allen ve diğerleri, 2013: 721). Bu tanı sınıflandırması ile genel anlamda bozukluktaki artışın belirgin düzeyde olduğu görülmüştür.

Ülkemizde ise yeme bozuklukları ile ilgili epidemiyolojik araştırmalara ulaşmak oldukça güçtür. Örnekleme lise ve üniversiteden oluşan bir araştırmada yeme bozukluğunu prevalansı %0,5-%2,20 arasında seyretmektedir (Uzun ve diğerleri, 2006: 124; Kuğu ve diğerleri, 2006: 131). DSM IV-TR temel alınarak gerçekleştirilen toplumsal bir araştırmada ise yeme bozukluğunun görülme sıklığı %2,3 olup bu dilimin %0,03'lük kısmını anoreksiya nervoza, %0,7'lik kısmını ise bulimiya nervoza ve %1,5'lik kısmını ise başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu kategorisi oluşturmaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011: 205). Elde edilen verilerden yola çıkılarak tanı ve sınıflandırma konusunda net sonuçlara varılamayan grubun başka türlü adlandırılmayan kategorisinde daha fazla yer aldığı söylenebilir.

1.2.2. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının oluşmasına sebebiyet veren faktörler araştırmacılar tarafından araştırılrsa da son yıllarda özgün sonuçlara rastlanılmamakla birlikte araştırmaların sayısı da oldukça kısıtlıdır. Yeme bozukluklarının etiyolojisinde rol oynayan çeşitli risk faktörlerinin olduğu araştırmaların ortak sonucudur çünkü yeme bozuklukları çok bileşenli ve yapısal olarak karmaşıktır. Araştırmalarda da gelişimsel, sosyokültürel, biyolojik, genetik, ailesel,

psikodinamik ve bilişsel etmenlerin sürece etkisi vurgulanmıştır (Kuruoğlu-Çepik, 2000: 32; Yücel, 2009: 40).

1.2.2.1. Biyolojik ve Genetik Faktörler

Yeme davranışında ön beyinde yer alan hipotalamus çekirdekleri önemli bir role sahiptir. Hipotalamusta yer alan ventromedial çekirdekler tokluk hissini, lateral çekirdekler se açlık hissini kontrol eder. Bu çekirdek sisteminin bozulması işlek kaybına yol açacağından yeme davranışında bozulmalara sebebiyet vermektedir. Özellikle ventromedial hasarlarıyla ilerleyen patolojiler obeziteye neden olmaktadır. Tüm bunların yanında telensefelon, paraventiküler ve dorsomedial çekirdekler, arkuat, nukleus akumbens, amygdala, visseral korteks, olfaktör korteks, orbitofrontal korteks, nukleus akumbens ve ventral pallium gibi birçok yapı yeme davranışının şekillenmesinde belirleyici faktörlerdir (Burakgazi ve diğerleri, 2013: 2).

Nörolojik araştırmaların yanı sıra aile ile ilgili araştırmalar da yeme bozukluklarının anlamlandırılmasına katkıda bulunmuştur. Aile üzerine yapılan araştırmalar farklı bulguları göz önüne getirse de anoreksiya ve bulimiya nervoza arasındaki geçişlerin etiyolojik açıdan ortak sebeplere sahip olduğunu düşündürmektedir (Kuruoğlu-Çepik, 2000:32). Yapılan araştırmada anoreksiya nervoza hastası olan bireylerin birinci derecedeki akrabalarında %4,4 düzeyinde bulimiya nervoza, %2 düzeyinde ise anoreksiya nervoza olması beklenmektedir. Araştırmanın kontrol grubunda %0 ve %1,3 olarak oranlar belirtilmiştir (Gershon ve diğerleri, 1984: 1419). Bu araştırmanın aksine Strober'in araştırmasında anoreksiya nervoza hastalarının akrabalarında %4,1 anoreksiya nervoza bulunurken, kontrol grubunda ise sıfır olarak saptanmıştır. Araştırmada bulimiya nervoza oranı %2,6 olarak belirtilmiş ve normal popülasyondan farklı bir sonuca ulaşılamamıştır (Strober ve diğerleri, 2000: 396). Elde edilen sonuçlarda farklılıklara rastlansa da yeme bozuklukları için ailesel yatkınlığın olduğu açıktır. Kesin sonuçlara varılamamakla birlikte ortak etiyolojik öğeleri barındırdığı düşünülmektedir.

1.2.2.2. Bireysel Faktörler

Bireysel faktörler açısından incelendiğinde cinsiyetin kadın olması, bireylerin beden ve kilo endişeleri, beden kitle indeksi, kilo ve beden memnuniyetsizliği, dürtüsellik, erken başlangıçlı puberte yeme bozukluğunun gelişmesinde önemli role sahiptir (Ertuğ-Toker ve Hocaoglu, 2009: 39; Leon ve diğerleri, 1995: 142) Bunlara ek olarak mükemmeliyetçilik,

travmalar, istismara maruz kalma, aşırı korumacı ve duygusal açıdan uzak aile örüntüsü ve bilişsel etkenler diğer önemli yeme bozukluğunun belirleyicileri olarak belirtilmiştir (Polivy ve Herman, 2002: 195).

Mükemmeliyetçilik yapısına sahip bireyler yüksek standartlar koyan ve bu standartları yakalayamadığında kendisini başarısız olarak algılayan bir yapıdadır. Mükemmeliyetçi kişilik yapısına sahip bireylerin yeme bozukluğu riski oldukça yüksektir (Broman-Fulks, 2008: 489). Buradan yola çıkarak kişilik yapısının yeme bozukluğu üzerinde etkisinden söz edilebilir.

Diğer bir faktör olan travmalar, özellikle de çocukluk çağı travmalarının yaşanan istismara bağlı olarak dolaylı ya da doğrudan yeme bozukluklarının oluşumunda etkili bir bileşendir (Everill ve Waller, 1995: 1). Çocukluk çağı travmalarının etkisinin ne denli önemli olduğunu anlamaktayız.

1.2.2.3. Sosyokültürel Faktörler

Batılı toplumlarda özellikle zayıflığın idealize edilmesiyle beraber yeme bozukluklarının gelişmesi ve ilerlemesine sebebiyet verdiği görülmektedir (Polivy ve Herman, 2002: 191; Polivy ve Herman, 2004: 2). Bu idealleştirme sürecinin yanında medya üzerinden kadınlara zayıflığın güzellik, incelik, çekicilik ve başarı gibi mesajlar verilmesi bireyleri diyet gibi farklı çözümlere yönlendirerek yeme bozukluklarının oluşumunun önünü açmıştır (Fitzsimmons, 2011: 1226). Günümüzde ise yalnızca batılı toplumların değil hemen her sosyoekonomik düzeyde bu bozukluğun görüldüğü tespit edilmiştir (Yager ve Powers, 2007: 401).

Medyanın kadınların ince erkeklerinse fiziksel olarak formunu koruyor olması gerektiği yönündeki baskıları bireylerin hem vücutlarıyla ilgili bir türlü tatmin olamamasına hem de yeme davranışında bozulmalara sebep olmaktadır. Beraberinde ise kadınların ideal vücut ağırlığı için sayfalarca güzellik dergileri okuduğu ya da erkeklerin ise fitness ile ilgi ve alakasının arttığı bildirilmiştir (Morry ve Staska, 2001: 276).

Yapılan araştırmalarda özellikle sosyoekonomik açıdan değerlendirildiğinde yemek sıkıntısı çekmeyen kültürlerde zayıflığın olumlu bir noktada olup şişmanlığın olumsuz bir noktada algılanması erkeklere oranla kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ayrıca toplumda aşırı kiloya sahip bireylere yöneltilen eleştiri ve aşağılayıcı tavırlar daha fazla tatminsizliğe neden olmuştur (Striegel-Moore ve Bulik, 1997: 193).

1.2.2.4. Psikodinamik Faktörler

Psikanalitik kuramlar yeme bozukluklarına başlangıçta çok farklı bir bakış açısıyla yaklaşarak anoreksiya nervozanın ağız yoluyla gebe kalma korkusunun bir savunması olduğunu belirtmişlerdir. Yiyecekleri cinsellik ya da hamilelik ile simgeleştirerek kaçınılması gereken bir süreç olduğunu varsaymışlardır (Davison ve Neale, 2004: 224). Yapılan farklı araştırmalarda ise anoreksiya nervozanın ailelerin çocuk yetiştirme biçiminden kaynaklandığını belirtmiştir. Özellikle çocukların ihtiyaçlarını dikkate almadan kendi istek ve ihtiyaçlarını bir biçimde kabul ettirmek isteyen ve yetersizliklerini saklamaları gerektiği konusunda yönlendirmeler yapan ebeveynler bozukluğun gelişiminde önemli bir noktaya işaret etmektedir (Bruch, H, 1980: 170).

Diğer psikodinamik kuramlar ise bulimiya nervozanın gelişimini kadınlarda özellikle anne -kız çatışmalarından kaynaklı yetersiz benlik algısına, tıknırcasına yeme bozukluğunun gelişmesini ise çocuğun erken dönemde anneye duyduğu gereksinim ve anneyi reddetme isteği arasında kaldığı çatışmanın sonucu olduğu yönünde ifade edilmiştir (Davison ve Neale, 2004: 224).

Minuchin ve arkadaşları tarafından 1975 yılında yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde çocukları yeme bozukluğuna sahip ailelerin özellikleri dört ana kategoride ele alınmıştır. Bunlardan ilki özellikle anoreksiya nervoza hastalarının ailelerinde sıklıkla görülen iç içe geçmişlik ve mahremiyetin kısıtlı olduğu müdahil olan aile yapısıdır. İkincisi benzer şekilde anoreksiya nervoza hastalarında rastlanan aşırı korumacı aile figürü, üçüncüsü değişimleri kısıtlayan katı aile figürü ve sonuncusu ise çatışmaları çözmekten kaçınan aynı zamanda da her daim çatışmanın ortasında olan aile figürüdür (Minuchin ve diğerleri, 1975: 1032).

Yapılan bir başka araştırmada ise yaşa uygun olarak ayrışma- bireyselleşme süreçlerinin tamamlanması, çocukluk ve yetişkinlikteki travmalar, benliğin onaylanmaması gibi öğelere rastlanmaktadır (Zerbe, 2001: 305). Benzer şekilde anoreksiya nervozanın özellikle anne-kız çatışmalarının yanında bireyin kadın kimliği ile özdeşim sağlayamaması yönünde açıklamalar yapılmıştır (Yücel, 2009: 41). Bu nedenle psikodinamik faktörlerin yeme bozukluklarının anlaşılmasında katkısı önem taşımaktadır.

1.2.2.5. Bilişsel Faktörler

Bilişsel modele göre işlevsiz düşüncenin yani bireyin duygu ve davranışlarını etkileyen işlevini yitirmiş tüm düşüncelerin hemen her patolojide yaygın olduğu bilinmektedir. Bireyler düşüncelerini gerçekçi yollarla değerlendirme süzgecinden geçirdiklerinde duygu durumlarında ve beraberinde davranışlarında değişmeye ve gelişmeye başladığı görülür. Bilişsel model, bireylerin dünyaları, temel inançları ve diğer insanlarla bağlantılı yoğun bir biliş düzeyinde ilerlemektedir. Bu süreç işlevi olmayan düşüncelerin alternatifler bulunmasıyla süregelir (Beck, 2020: 3). Bu perspektiften bakıldığında rahatsızlık veren duygu ve davranış örüntülerinin düzeceği savunulmaktadır.

Yeme bozukluğu vakalarında bireylerin temel inançları genellikle ideal kilo ve vücuda sahip olma, beden ve kilo ile ilgili gerçek olmayan beklentiler ve kendilik değerinin ancak bu beklentilerin karşılanmasına bağlı olarak ilerlemesi gibi inanışlar yer almaktadır (Geller ve Dunn, 2011: 6). Yapılan araştırmalarda anoreksiya nervozanın kişinin kendini aç bırakması ve kilo kaybetmesi bireydeki şişmanlık korkusu ile ilişkili olarak bildirilmiştir. İnce olmayı başarmanın bireyin kaygısını azaltacağı ifade edilmiştir. Bulimiya nervoza ise bireyin bedeninin nasıl görüldüğü ile ilgili yoğun endişesini ve kilo alma endişesini içerisinde barındırır. Devamında bireyin benzer kararlılıkla devam edemeyip yeme çıkarma sürecinde kendisini bulduğu ifade edilmiştir (Davison ve Neale, 2004: 228).

Bilişsel terapiler yeme bozukluklarında özellikle bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunda etkinliğini daha yoğun bir biçimde ve kanıta dayalı olarak ilerlemektedir (Vocks ve diğerleri, 2010: 206). Ancak BDT'nin yeterli olmadığı vakalarda birtakım değişiklikler yapılarak Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT) uygulanmaya başlanmıştır. G-BDT'nin temel hedefi yeme bozukluğuna odaklanarak işlevini ve ne ile beslendiğini bulmaktır. Sonrasında yeme bozukluğuna alternatif bir davranış modeli getirerek beraberinde bireyin zihin yapısında değişiklikler kaydetmeye çalışmaktır (Fairburn, 2020: 2).

Yapılan tüm araştırmalar gözden geçirildiğinde etiyolojik olarak hastalığa sebep olan faktörlerin incelenmesi sonucunda önemli ve kayda değer katkıların bulunduğunu ancak tam anlamıyla vakaların tamamına genelleyecek nitelikte bir modele rastlanmamıştır.

1.2.3. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma

Tanı ve sınıflandırma amacıyla beşincisi 2013 yılında yayınlanan DSM ile ilgili belirli değişiklikler olmuştur. Bu değişiklikler “Yeme Bozuklukları” başlığı altına giren “Anoreksiya Nervosa”, “Bulimiya Nervosa” ve “Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları”nın yanında bebek ve çocuklarda oluşan yeme bozuklukları ayrı bir biçimde DSM IV-TR’de sınıflandırılırken DSM V ile yetişkin ve çocuklar olan başlıklar tek bir başlık altında toplanarak “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” başlığında birleştirildi.

Bu düzenlemenin yanı sıra “Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu”, bulimiya nervozanın alt tipi olarak belirlenmeyip ayrı bir kategorizasyonda değerlendirilmiştir. Bununla birlikte anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa ve tıkınırcasına yeme bozukluğunda tanı için gerekli olarak belirlenen süreler kısaltılarak anoreksiya nervozada tanılama için gerekli olan amenore olma (menstrual siklusun sonlanması) durumu kaldırılmıştır. Ayrıca diğer önemli noktalardan biri de “Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu” tanı sınıflandırılmasından çıkarılarak “Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu” tanı ve sınıflandırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın bu bölümünde DSM-5’e göre “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” tanı ve sınıflandırmaları incelenerek ele alınacaktır.

1.2.3.1. Pika

Pika, genellikle yenilebileceği düşünülmeyen maddelerin ısrarcı ve kompulsif biçimde yenmesi manasına gelir. Kültürel açıdan uygunsuz olarak nitelendirilen bu durum sıklıkla çocuklarda ve alt sosyoekonomik seviyedeki bireylerde görülmektedir. Ayrıca anemi ve kurşun zehirlenmesinin önemli bir nedenidir (Leung ve Hon, 2019: 1).

Pika, çoğunlukla çocukluk döneminde görülse de farklı yaş gruplarında ve kültürlerde de görülebilir. Tipik biçimde pika bozukluğuna sahip çocukların, boya, iplik, saç, sıva, kağıt, silgi, taş ve kumaş parçaları yedikleri görülmüştür (Stiegler, 2005: 28).

Yapılan araştırmalarda pikanın daha çok düşük sosyoekonomik seviyede görüldüğü belirtilmiştir. Beraberinde istismara, ihmale uğramış çocuklarda ve anne ile iletişim konusunda yetersizlikler olan çocuklarda rastlanılmıştır (Stieger, 2005:29 ; Matson ve diğerleri, 2013: 2569).

Pika tıbbi problemlere sebep olsa da prevalansı hakkındaki bilgi çok kısıtlıdır. İsviçre’de 1430 çocuktan oluşan 7 ile 13 yaş arasındaki grupta %3,8 oranında pika davranışına rastlanılmıştır (Murray ve diğerleri, 2018 :1). Başka bir araştırmada Afrika kıtasında diğer kıtalara oranla daha fazla pika yeme bozukluğuna rastlanılmıştır (Hartman ve diğerleri, 2018: 2).

Şekil 2: DSM-5 Pika Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 171)

- A.** En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.
- B.** Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.
- C.** Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.
- D.** Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yeti yitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk], otizm açılımı kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirme gerektirecek kadar ağırdır.
- Varsa belirtiniz:
- Yatışmış:** Pika için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

1.2.3.2. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu)

Geri çıkarma bozukluğu (Ruminasyon bozukluğu) bireyin istemi dışında ve alışkanlık biçimine dönüşen yineleyici bir yeme bozukluğu çeşididir. Geri çıkarma bozukluğu öncesinde bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde tanılanan bir bozukluk olarak değerlendirilirken DSM-5’te beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinde yer alarak yetişkinlerde de tanılanan bir sınıflandırmaya koyulmuştur (Köroğlu, 2014: 172).

Geviş getirme bozukluğunun nedenleri tam anlamıyla bilinmese de kültürel, organik, psikodinamik ve sosyoekonomik faktörlerin önemli rol oynadığı ve stresin tetikleyici olduğu bilinmektedir (Kessing, Smout ve Bredenoord, 2014: 487).

Ruminasyon, besinlerin daha kolay sindirilebilmesi için geviş getiren hayvanlarda fizyolojik açıdan normal bir süreçtir. Fakat bu durum tekrarlı bir biçimde meydana gelirse

patolojik boyutunu değerlendirmek gereklidir. Ana semptom herhangi bir mide bulantısı olmaksızın kusma olarak ifade edilse de asıl durum ağızdan alınarak yutulan sıvı ve gıdanın yetersizliği olarak belirtilmiştir. Bu durum yemekten 10-15 dk. öncesinde olabileceği gibi 1-2 saatte sürebilir ve besinler tekrar yutulabilir, açığa çıkabilir. Semptomlar bazen besinlerin içeriğine ve büyüklüğüne göre değişkenlik gösterebilir ancak çoğu hastada yemekten sonra olur ve sıvılar da bu duruma dahildir (Barba ve diğerleri, 2016: 1).

Yapılan araştırmalarda bu bozukluğun gelişimsel geriliği bulunan çocuklarda hemen her yaşta ve sıklıklarla erkeklerde görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca gelişimsel geriliğin yanında yapılan başka bir araştırmada mental retarde olan küçük çocukların %6 ile %10 arasında bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Tack ve diğerleri, 2011: 783; Olden, 2001: 352). Bununla birlikte ruminasyon bozukluğunun yalnızca çocuk ve ergenlerde değil yetişkinlikte de görülebileceğine dair çalışmalar yapılmıştır (Thomas ve Murray, 2016: 1). Meksika ve Avustralya'da gerçekleştirilen bu araştırmalarda, Meksika'da %9 ve Avustralya'da %8 oranında sonuçlar bulunmuştur (Lopez-Colombo ve diğerleri, 2012: 1; Koloski, Talley ve Boyce, 2002: 1).

Şekil 3: DSM-5 Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu (Ruminasyon Bozukluğu) Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 172)

- A.** En az bir ay süreyle, sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.
- B.** Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.
- C.** Bu yeme bozukluğu, yalnızca Anoreksiya Nevroza, Bulimiya Nevroza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yemek alımı bozukluğunun gidişin sırasında ortaya çıkmamaktadır.
- D.** Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal yetiyitimi [anlıksal gelişimsel bozukluk] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağırdır.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır

1.2.3.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, öncesinde çocukluk dönemi beslenme bozuklukları arasında değerlendirilirken DSM-5 ile beslenme ve yeme bozuklukları çatısı altına girmiştir. Böylelikle hem çocuklar hem yetişkinler için değerlendirilmektedir. Bu değişikliğin temel sebebi 6 yaş altı çocuklar ve kısıtlayıcılık durumlarıyla çalışıldığı için yetersiz görülmesidir (Kreipe ve Palomaki, 2012: 423).

Kilo ve görüntü endişesi olmaksızın sıklıkla somatik ağrılar ve yakınmalarla ilerleyen ve gıdaların kısıtlanması ile devam eden durumdur. Çoğunlukla gıdadan bağımsız olarak yaygın anksiyete, duygudurum belirtileri ve iştahı, yemeyi bozan obsesyonlar olarak tanılanmaktadır (Köroğlu, 2014: 172). Kaçınan ve kısıtlayıcı yeme bozukluğu hastalarının klinik anlamda psikiyatrik ya da tıbbi bir durumu olabilir ama vücuduyla ilgili endişeleri yoktur. Travmalara ve strese karşı tepkili olabilirler. Zihinlerindeki o tehlikeli yiyeceklere (şeker, kimyasal) karşı tepki gösterebilirler. Boğulmaktan, bulantı ve ağrıdan kurtulmak amacıyla yemeyi tercih edebilirler ya da olumsuz duygularla başa çıkmaya çalışırken besin almayı reddedebilirler (Fisher ve diğerleri, 2014: 50).

Yeni besinleri denemek için çok fazla isteksizlik, besinleri çok seçici ve sınırlı bir biçimde yeme olarak tanımlanır. Bir gıda fobisi biçiminde ilerler, topaklı ve katı besinleri yutmaktan korkma, boğulma, kusma korkusu ve öğürme fobisi olarak görülür (Bryant-Waugh ve diğerleri, 2010: 105; Nicholls ve Bryant-Waugh, 2009: 22). Bununla birlikte bu bozukluğun çocuklarda klinik ortamlarda sıklıkla görüldüğü ve toplumda da yaygın olduğu bildirilmiştir (Thomas ve diğerleri, 2017: 52). Çoğu araştırma ergen ve çocuklara odaklansa da yetişkinlerde de bu probleme rastlanmaktadır. 2016'da Japonya'da yapılan bir araştırmada 15 ile 40 yaşları arasında yeme bozukluğu sebebiyle başvuruda bulunan 1029 bireyin 15 yıllık izlem sonucunda %9,2 oranında yaygınlık tespit edilmiştir (Nakai ve diğerleri, 2016: 529).

Şekil 4: DSM-5 Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 172, 173)

A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği, uygun beslenme ve/ya da erke (enerji) gereğinin sürekli karşılanmaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeğe ya da yiyeceklerle karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma).

1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).

2. Belirgin bir beslenme eksikliği.

3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.

4. Ruhsal- toplumsa işlevselliğin düşmesi.

B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.

C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca Anoreksiya Nevroza ya da Bulimiya Nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.

D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.

Varsa belirtiniz:

Yatışmış: Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra artık uzunca bir süredir karşılanamamaktadır.

1.2.3.4. Anoreksiya Nervoz

William W Gull, anoreksiya nervozayı “sinirsel iştahsızlık” olarak 1873 yılında ifade etse de günümüzde yapılan araştırmalarla birlikte bu tanımdaki gibi bir iştahsızlıktan çok hastaların zihinleri sürekli olarak yemek yapma, kalori hesaplarıyla doludur (Yücel, 2009: 2). Kilo ve iştahlarını kontrol etmeye çalışırlar ve beraberinde telafi etmeye yönelik laksatif kullanımı, kendini kusturma, normalin üstünde egzersiz gibi davranışlarla alınan kalorileri dengelemek için çaba gösterirler (Bruch, 1982: 1532). Bozukluğa sahip olan bazı bireyler ise gıda alımının kısıtlanmasından motive olarak kendini cezalandırma ve rekabet gücü gibi farklı psikolojik süreçleri beraberinde getirmektedir. Dış dünyaya ilgi duyan bu hastalar giderek

zayıflayarak normal kilonun altına düştüklerinde izole olmaya başlarlar (Fairburn ve Harrison, 2003: 407). Bu durumun temel sebebi esasında anoreksiya nervozanın benlik saygısıyla yakın ilişkide bulunmasından kaynaklıdır. Normal kiloların çok daha altında olan ve kilo alan hastalar utanma ve hayal kırıklığına uğramaktadırlar (Walsh ve Garner, 1997: 26; Todd, 2019: 10).

Anoreksiya nervoza yapılan araştırmalar neticesinde değerlendirildiğinde, genellikle 15-19 yaş aralığında, ergenlik döneminde başlamaktadır, genç yetişkinlerde ise %4 oranında görülmektedir ve %5’lik dilim 20 yaş sonrasında başlamaktadır. Ayrıca kızlarda erkeklere oranla 20 kat daha fazla ve ergenlik dönemindeki kızlarda %0,5 ile %1 arasında değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir (Örsel ve diğerleri, 2004: 5).

Hastalığın gidişatı öncelikle bireyin diyet yapmaya ve şişmanlamaktan korkması ile başlar. Buradaki “şişmanlık ”tan korkma durumu hemen her ergenlik dönemindeki bireyin karşılaşılabileceği düzeydedir. Sonrasında diyet yapılırken çeşitli kısıtlamalar getirilerek yüksek kalorisi olan besin grupları tek tek çıkarılır ve bu durum aşırıya doğru ilerleyene kadar bozukluk ilerlemeye devam eder. Birey kilo verdiğini gördüğünde daha fazla zayıflamak ister ve bu durum bir obsesyona dönüşür. Bu durum ilerleyerek devamında diyet ek olarak laksatif türü ilaçlar ekleme ile devam eder (Steinhausen, 2008: 234; Walsh ve Garner, 1997: 27). Burada bireyin bedenini algılamasında ve hayatını tehdit eden bu gerçekliği anlamlandırma ve muhakeme etmede oldukça güçlük çeker ve tedavi için ikna etme süreci zorlayıcıdır çünkü bireyin yemek yeme ile ilişkisi başkalaşmıştır. Uzunca süren yemek planları, kalori hesapları, yemekleri ufak parçalara ayırma ve yanında başka insanlar varsa atma ve saklama gibi farklı davranış örüntüleri bulunmaktadır (Yücel, 2009: 41).

Anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı ve tıkanırcasına yeme/çıkartma olmak üzere iki tipi vardır. Kısıtlayıcı tipte birey, yemeyi aşırı biçimde kısıtlayarak ya da aşırı egzersiz yaparak kilo vermeyi hedeflerken tıkanırcasına yeme tipinde ise tıkanırcasına yedikten sonra çıkartma davranışı gösterir (Walsh ve Garner, 1997: 27). Anoreksiya hastaları çoğunlukla ince görünümde dirler. Geri döndürülemeyen kalp ve beyin yapısındaki değişiklikler meydana gelebilmektedir (Katzman, 2005: S57). Klinik görünümüne ek olarak ICD-10 ölçütleri göz önünde bulundurulduğunda bozukluğuna sahip olan bireylerin beden kitle indeksi “<17,5” olarak bildirilmiştir (Yücel, 2009: 41).

Şekil 5: DSM-5 Anoreksiya Nervosa Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 174)

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

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

“**C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır, kişi, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.**”

Varsa belirtiniz:

“(F50.01) **Kısıtlayıcı tür:** Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/ya da aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümeleri tanımlar. “

“(F50.02) **Tıknırcasına yeme/çıkarma türü:** kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçlar, idrar söktürücü [diüretik] ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı dönemleri olmuştur.”

Varsa belirtiniz:

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

“**Tam yatışma gösteren:** Anoreksiya Nervosa için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı süreci uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.”

“O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağırlığın an düşük düzey, erişkinler için, o sıradaki vücut kitlesi göstergesine (indeksine) (VKG) göre, çocuklar ve gençler için VKG yüzde birliğine (persentiline) göre belirlenir. Aşağıdaki diğer aralıkları, erişkinler için Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara karşı gelen VKG yüzde birlikleri kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: VKG ≥ 17 kg/m²

Orta derecede: VKG 16-16,99 kg/m²

Ağır: VKG 15-15,99 kg/m²

Aşırı düzeyde: VKG < 15 kg/ m²” (s.174)

1.2.3.5. Bulimiya Nervosa

“Bous” kelimesi öküz, “limos” ise açlık manasına gelmektedir ve bir araya gelerek bugün kullandığımız bulimiya nervozanın kelime kökenini oluşturmaktadırlar. Bir arada kullanıldıklarında “bir öküzü yiyebilecek düzeyde açlık” manasına gelmektedir. Bu davranış kalıbı Roma İmparatorluğu döneminde yaşayan ve zengin insanların sınırsızca yeme davranışını gerçekleştirdikten sonra kusup tekrar yeme davranışını sürdürmeleri ile oluşmuş ve ilerleyerek bir patoloji biçimine dönüşmüştür. Bozukluğun temel belirtileri arasında tıknırcasına yeme ve sonrasında dengelemek amacıyla uygunsuz davranışlar gelmektedir. Bunların arasında kusma, laksatif ve diüretik kullanma bulunmaktadır. Bu bireyler kiloları ve bedenleri ile ilgili sürekli uğraş içerisinde dirler(Yücel, 2009: 41).

Bulimiya nervozanın temel tanı kriterleri 1979 yılında Gerald Russell tarafından belirlenmiştir. Russell ’in 30 hasta ile yürüttüğü araştırmada çok fazla yeme isteği ve beraberinde kusma davranışıyla ilerleyen ve temelde şişmanlıktan korkulan bir durum olarak ifade edilmiştir. Hatta Russell bulimiya nervozayı en açık biçimde “kronik anoreksiya nervosa” olarak tanımlamıştır (Castillo ve Weiselberg, 2017: 85). Ancak bulimiya nervosa anoreksiyanın “Tıknırcasına Yeme/Çıkarma”dan bireyin anoreksiyadan farklı olarak amenorenin olmaması ve normal bir kiloya sahip olması bakımından ayrılmaktadır (Polivy ve Herman, 2002: 189).

Bulimiya nervosa genellikle 18-25 yaş arasındaki yaş grubunda seyretmekte olup başlangıcı erken yaşlarda olan bir bozukluktur (Ersoy, 1991: 99). Buna ek olarak diğer psikopatolojilerin çokça eşlik ettiği psikiyatrik bir bozukluk olarak ifade edilmiştir (Stice, 2002: 825). Bulimiya nervosa hastaları yemeye, bedeninin şekline ve zayıflığa önem vermenin yanı sıra yeme atakları sırasında kontrolünü kaybeder ve sonrasında utanırlar. Bu durumu takip eden süreçte de telafi amacıyla kusma, çıkarma gibi davranışlarla kendilerini rahatlatmaya çalışırlar ve bu sebeple de kiloları normal seviyede kalır (Fairburn ve Harrison, 2003: 407; Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003: 510).

Bulimiya nervosa hastalığına sahip bireyler çok yüksek miktarda karbonhidratlı besinler tüketip sonrasında gizlice çıkarırlar. Bu bozukluğu yaşayan bireylerin kiloları normal olmakla beraber adet düzensizlikleri yaşayabilirler. Hastaların yüz kısımları daha şişmişken vücutları yüzüne oranla daha zayıftır çünkü tükürük bezlerinin büyümesinden kaynaklıdır. Kendini kusturmaya bağlı olarak deride sertleşme, kalınlaşma ve diş çürükleri bulunmaktadır (Gibson, Workman ve Mehler, 2019: 264).

Şekil 6: DSM-5 Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 175, 176)

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

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

2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da nedeni yediğini denetleyemediği duygusu)

B. . Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren (laksatif) ilaçlar, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, nerdeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma..”

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

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk, yalnızca Anoreksiya Nevroza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Bulimiya Nevroza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin, hepsi olmasa da bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: Bulimiya Nevroza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi uygunsuz ödünleyici davranışların sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

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

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

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

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

1.2.3.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanımlanması ilk olarak 1959'da Stunkard tarafından yapılarak bireyin kontrolünün dışında tıkınırcasına yemek yediği episodların bütünü olarak ifade etmiştir (Stunkard, 1959: 284). Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk kez DSM-5 ile ayrı bir başlık altında ele alınmıştır. Yapılan araştırmalarda giderek yaygınlaştığı ve yaşam boyu prevalansı %2,6 olarak bildirilmiştir.

Belirli bir zaman diliminde yiyebileceği miktarın çok üstünde kontrolünü kaybedecek biçimde yeme davranışı olan tıkınırcasına yeme bozukluğunu, diğer yeme bozukluklarından ayırmak oldukça güçtür. Bulimiya nervozadan farklı olarak uygunsuz telafiye yönelik davranışlar bulunmaksızın tekrarlayıcı bir biçimde aynı sürecin tekrarlıyor olması temeldeki önemli farktır (Cooper ve Fairburn, 2003: S91) Bunun dışında bozukluğa sahip bireyler yeme davranışından çok nadiren utanırlar ve saklarlar. Bozuklukta tıkınırcasına yeme davranışı göz ardı edilerek daha çok obeziteye odaklanılır (Guerdjikova, 2017: 2).

Başka bir araştırmada ise telafi davranışları olmaksızın tıkınırcasına yemenin yaygınlığı gösterilerek tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan bireylerde özellikle anksiyete ve duygudurum ile ilgili problemler yaşandığı bildirilmiştir (Wonderlich ve diğerleri, 2009: 691).

Şekil 7: DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 176, 177)

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

1. Benze koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da nedenli yediğini denetleyemediği duygusu)

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

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

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

E. Tıkınırcasına yemeye, Bulimiya Nevrozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca Bulimiya Nevroza ya da Anoreksiya Nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır.

Tam yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbirisi uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığı belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

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

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

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

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

1.2.3.7. Tanımlanmamış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

“Tanımlanmamış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu” kategorisi DSM-5’te yer alan yeme bozukluğu kriterlerine uymayan yeme bozukluklarının sınıflandırılabilmesi amacıyla meydana getirilmiştir. Aşağıda yer alan Şekil 8’de sınıflandırma ve tanı kriterleri belirtilmiştir.

Şekil 8: DSM-5 Tanımlanmamış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 177,178)

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken “Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “düşük sıklıkta Bulimiya Nevroza”).

“Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünüm için örnekler şunlardır:

1. Değişiktir (atipik) Anoreksiya Nevroza: Belirgin kilo kaybına karşın kişinin vücut ağırlığının olağan sınırlar içinde ya da olağan sınırların üzerinde olmasının dışında Anoreksiya Nevroza için bütün tanı ölçütleri karşılanır.
2. Bulimiya Nevroza (düşük sıklıkta ve / ya da sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz ödünleyici davranışların, ortalama haftada bir kezden daha az veya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında Bulimiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanır.
3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta veya sınırlı süreli): Tıkınırcasına yemenin, ortalama, haftada bir kezden daha az ve/ ya da üç aydan daha kısa süreli olması dışında tıkınırcasına yeme bozukluğunun bütün tanı ölçütleri karşılanır.
4. Çıkarma Bozukluğu: Vücut ağırlığını ya da biçimini etkilemek için, tıkınırcasına yeme olmadan, yineleyen çıkarma davranışı (örn. kendi kendini kusturma ya da iç sürdüren [laksatif] ilaçların, idrar söktürücü [diüretik] ilaçların ya da başka ilaçların yanlış yere kullanımı).
5. Gece Yemek Yeme Bozukluğu: Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yemek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri. Yemek yendiğinin ayırımında olunur ve yemek yendiği anımsanır. Gece yemek yeme, kişinin uyku-uyanıklık döngüsündeki değişiklikler ya da yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daya iyi açıklanamaz. Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya veya işlevsellikte düşmeye neden olur. Düzensiz yeme örüntüsü, tıkınırcasına yeme bozukluğu ya da madde kullanımı da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna ya da ilacın etkisine bağlanamaz.

1.2.3.8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları

“Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları” kategorisi klinik açıdan tanımlanmamış ve yeme bozukluğu tanı ve sınıflandırma kriterleriyle örtüşmeyen gruptur. Şekil 9’de belirtilmektedir.

Şekil 9: DSM-5 Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozuklukları Tanı Kriterleri (Köroğlu, 2014: 179)

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır.

1.2.4. Yeme Bozukluklarında Klinik Değerlendirme

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesiyle klinik açıdan birçok durum saptanmaya çalışılmaktadır. Yeme bozukluğu ihtimali ile gelen bireyleri tanılayanın yanında yaşadıkları bozukluğun şiddetini ve bireyler için oluşan risk faktörlerini anlamak önemli bir konumdur. Beraberinde bireyin ağırlığına, bedeni ile ilgili algısına, beslenme ve telafi davranışları incelenir ve ek olarak tıbbi ya da psikiyatrik bir durumun eşlik edip etmediği belirlenir. Sonrasında ise kişisel bilgilerden yola çıkılarak, bireyin aile geçmişine bakılarak toparlanır ve genel bir değerlendirme yapılarak birey için uygun olan tedavi planlaması yapılmaktadır (Özdemir,2013; aktaran Deveci, 2020: 67).

Yeme bozukluklarının tanılmasında hastanın ilk kez görüştüğü uzmanın doğru yönlendirmesi çok önemlidir çünkü araştırmalar gösteriyor ki hastaların isteksiz oldukları, hastalığı kabul etme konusunda oldukça zorlandıkları görülmüştür. Ayrıca bu hastalar kliniğe kendi istekli ile başvurmamakta, doktor yönlendirmesi ya da ailesi aracılığıyla gitmektedir (Geller ve Dunn, 2011: 10; Vitousek, Watson ve Wilson, 1998: 399).

Klinik değerlendirme yapılırken öz bildirim ölçekleri kullanılsa da genellikle yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış yüz yüze görüşmeler tanı için daha uygundur. Yapılandırılmış görüşmeler daha çok öz bildirim ölçeklerine benzer “evet, hayır” gibi cevaplar alınır, yapılandırılmamış görüşmeler sistematik bir biçimde görüşme yapılmasını zorlaştırır, yarı yapılandırılmış görüşmeler ise bağlı bir sistematığe bağlı olarak ilerleyip eğer gerekli olursa ek sorular eklenebilir.

Diğer bir yöntem olan öz bildirim ölçekleri yeme davranışının tanımlanmasında kullanılan avantajlı bir yöntemdir. Klinik görüşme yapmadan önce hasta hakkında bilgi edinmek amacıyla kullanılır ve zaman açısından kolaylık sağlar. Ayrıca puanlanması ve değerlendirilmesi kolaydır (Black ve Wilson, 1996: 43).

Değerlendirmenin psikolojik kısmında yeme bozukluğunun gelişimi, yeme ile ilgili kısıtlamalar, kalori kısıtlamaları, telafi davranışları, kilo ile ilgili endişeler, beden ile endişeler gözden geçirilirken eş tanı durumu, aile öyküsü ve günlük hayattaki işlevselliği değerlendirilir. Medikal değerlendirmede ise bireyin fiziksel olarak sağlık sorunlarının olup olmadığının anlaşılması için boy, kilo, kan basıncı gibi değerlerin alınarak muayenesinden sonra acil bir durum varsa aile yönlendirmek gereklidir.

1.2.5. Yeme Bozukluklarında Tedavi

Yeme bozuklukları önceki bölümlerde de anlatıldığı gibi çok boyutlu bir yapıdadır ve başka anoreksiya nervoza olmak üzere ciddi düzeyde tıbbi komplikasyonlarla karşılaşılabılır. Bu sebeple tanı sonrası tedavi aşamasına hızlı bir biçimde ilerlemek önemlidir.

Amerikan Psikiyatri Birliği’nce düzenlenen *Yeme Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisi için Uygulama Kılavuzu* (Yager ve diğerleri, 2006: 75-87) yeme bozukluklarının tedavisindeki temel hedefleri aşığıdaki gibi belirtmiştir:

- Anoreksiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip hastaların normal kilolarına dönmesini sağlamak. Çocuk ve ergenlerde cinsel ve fiziksel gelişimin yaşı grubuna uygun olarak gelişmesini, erkeklerde normal hormon seviyesi ve cinsel dürtülerine, kadınlarda menstrüasyonun sağlanması
- Bulimiya nervozada telafi davranışlarının en aza indirilmesi, sonlandırılması
- Fiziksel problemlerin tedavisinin sağlanması
- Sağlıklı beslenme, yeme alışkanları hakkında bilgilendirici eğitimlerin sunulması

- Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının oluşturulması , tedavi motivasyonunun sağlanması
- Yeme bozuklukları hakkındaki işlevsiz düşünce ve tutumların değerlendirilerek değiştirilmesi
- Benlik saygısı başta olmak üzere duygudurum ve dürtü kontrol problemleri gibi eşlik eden durumların tedavisi
- Aileden sosyal destek sağlanması
- Süreçte nükslerin önüne geçilmesi

Belirtilen bu amaçlar doğrultusunda önce tıbbi olmak üzere beslenme tedavisi ve psikolojik psikoterapiler ile bozukluğun tedavi süreci gerçekleşmektedir.

1.2.5.1. Tıbbi Tedavi ve Farmakoterapi

Anoreksiya nervozada beslenmenin yetersiz oluşundan kaynaklı fizyolojik birçok problem oluşmaktadır. Bu problemlerin en başında kardiyak ve endokrinolojik problemler gelmekte olup iskelet ve dermatolojik problemlerin de olduğu bilinmektedir. Tedavide bu fiziksel problemler çözülerek hastanın normal kiloya gelmesi amaçlanır (Ambrose ve Diesler, 2015: 54).

Bulimiya nervozada ise telafi davranışlarına bağlı dişle ilgili problemler ve elektroit dengesizliği gibi durumlar meydana gelmektedir. Bu tıbbi komplikasyonların tedavisi için hastanede yatarak tedavi almanın daha sağlıklı bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Mehler ve Rylander, 2015: 2). Tıkınırcasına yeme bozukluğunda ise kilolardan kaynaklı hipertansiyon, tip 2 diyabet gibi obezite ile alakalı problemler görülmektedir. Benzer şekilde bu bozulmaları yaşaya hastalar da önce tıbbi komplikasyonların tedavisi için hastaneye başvurabilirler (Mitchell, 2016: 320).

Yeme bozukluklarında yapılan araştırmalarda antidepresanların etkili olduğu görülmüş ve özellikle Prozac, Fluoksetin'in tedavide etkili olduğu ifade edilmiştir (Davison and Neale, 2004: 229). Bulimiya nervozada da benzer şekilde SSRI antidepresanların etkili olduğu belirtilmiştir (Yücel, 2009: 43).

1.2.5.2. Beslenme Tedavisi

Yeme bozukluklarının tedavisinde beslenme davranışını düzenlemek oldukça önemlidir. Özellikle tıbbi komplikasyonların azalmasıyla beraber kilo alınması ve alınan

kilonun korunması için beslenme danışmanlığı önemlidir (Davison and Neale, 2004: 230). Yeme bozukluklarında besin yetersizliği sebebiyle bilişsel anlamda problemler yaşanmakta ve bu yetersizliğin giderilmeden hastanın terapi için hazır olamayacağı ifade edilmiştir (Brunch, 1982: 1535).

Hastalar yeme bozukluğunun onlar için ne anlama geldiğini anlamaya çalışırken bu durumu ölüm isteği yerine aslında hayatta kalmak ve devam edebilmek için güçlü bir baş etme kaynağı olabileceği hatırlatılabilir (Eiovors ve diğerleri, 2003: 104).

1.2.5.3. Psikolojik Psikoterapi/Tedavi

Psikodinamik Terapiler : Psikodinamik terapilerde seanslar yapılandırılmamış bir biçimde ilerler. PT'nin amacı geçmiş olaylar ve deneyimlerle duygular arasında bağlar kurarak danışanın zorlandığı, bir bakıma direnç gösterdiği durumlar saptanır. Süreç boyunca içsel çatışmalar, aktarımlar, fanteziler ve rüyalar ele alınarak ilerlenir (Zerbe, 2001: 308).

Bilişsel Davranışçı Terapiler : Yeme bozukluklarının tedavisinde BDT'nin temel amacı yeme davranışının normale döndürülmesi, hastaların bedenlerinin biçimleriyle ve kilolarıyla ilgili düşünceleri çalışmaktır (Geller ve Dunn, 2011: 6). Özellikle bulimiya nervozanın tedavisinde bilişsel davranışçı uygulama ve müdahalelerin kullanılması kanıta dayalılık açısından desteklenmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003: 2; Vocks ve diğerleri, 2010: 213).

Öncelikle değerlendirme süreci ile başlayıp devamında psikolojik bir değerlendirme yapılmaktadır. Bir sonraki adımda danışan ile terapist arasında iş birliği sağlanarak kendini izleme ve ölçümlerin yapılması planlanır. Burada bilişsel beceriler ve yeme davranışının normalleşmesi için konulan kurallarla davranışsal beceriler kazandırılmaya çalışılır. Son adımda ise otomatik düşünceler ve bilişsel hatalar gözden geçirilerek bilişsel yeniden yapılandırma müdahaleleri gerçekleşir. Temelde beklenen bu örüntüyü normalleştirerek bir düzene oturtmaktır (Davison and Neale, 2004: 228).

Geliştirilmiş-Bilişsel Davranışçı Terapiler : BDT'nin genişletilmiş halidir. G-BDT'nin amacı bireyin bilişsel ve davranışsal olarak değerlendirilerek ele alınması ve değişim sağlanması beklenmektedir. BDT ile temelde benzer yapıda olup terapistin takip ettiği yapılandırılmış bir protokol bulunmaktadır. Yeme bozukluğunu transdiagnostik bakımdan inceleyen bu terapi yöntem, bireyin seansa getirdiği vaka özgü bir müdahale programı ve formülasyonu ile takip

eder. Genişletilmiş olan bu terapi yöntemi kişilerarası terapi modelleri ve müdahaleleriyle karşılaştırıldığında etkililik açısından kayda değer sonuçlar bulunarak, daha hızlı verim alındığı ifade edilmiştir (Fairburn, 2020: 50).

Kişilerarası Psikoterapiler : Bireyin kişilerarası yaşadığı problemleri anlamlandırmasına destek olmak amacıyla oluşturulan kısa süreli bir yöntemdir. Bu psikoterapi yöntemi bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğunun tedavisi sürecinde uygulanmaktadır. Aslında bireyin bozukluk öncesinden bu yana bozukluğun devam etmesine sebebiyet veren kişilerarası ilişkilerini ele alarak değerlendirmesini ve ileriye dönük olarak sağlıklı ilişki kurmasını amaçlamaktadır. Beden algısı, kilo gibi etmenlerden ziyade bireyin sosyal geri çekilmesi ve düşük öz etkinliği üzerinde durulmaktadır (Murphy ve diğerleri, 2012: 154; Wilfey ve diğerleri, 2002: 715).

Diyaletik Davranış Terapisi : DDT'nin temel amacı bireyin yeni durum veya olaylar karşısında yeni düzene alişabilmesi, ayak uydurabilmesidir. Bu davranışlar terapiden günlük hayata aktarılarak uygulamaya geçilmektedir. Bu yöntem uygulanırken 4 temel üzerinde durulur; farkındalık, sıkıntılı ya da problemlili olaylarla karşı karşıya gelindiğinde hoşgrl davranabilme, duyguları düzenleme ve kişilerarası etkililik olarak belirlenmiştir (Telch, Agras ve Linehan, 2001: 1061; Wiser ve Telch, 1999: 757).

DDT özellikle borderline kişilik bozukluğunun tedavisinde tercih edilen bir psikoterapi yöntemidir. (Safer, Telch ve Agras, 2001: 632).

Aile Temelli Terapiler : Yeme bozukluklarının tedavisinde Minuchin, Rosman ve Baker tarafından işlevsiz aile örüntüleri incelererek davranış müdahaleleri planlayabileceklerini 1978 yılında belirtmişlerdir. Bu yöntem Dare tarafından Maudsley yöntemi olarak tanımlanmıştır ve bir uygulama biçimine gelerek anoreksiya ve bulimiya nervozada etkili bir tedavi olmuştur (Lock ve diğerleri, 2010: 1026; Le Grange ve diğerleri, 2015: 887).

ATT'nin uygulanması 3 ana adımdan oluşmaktadır. Birinci adımda çocukların sağlığının düzelmesi için yapılabilecekler gösterilir. Sonraki adımda ocuk kilo almaya başladığında ailede yaşanan problemler zlmeye çalışılır ve son adımda da sağlıklı bir kiloya ulaşan hastanın yaşına uygun olarak hastalık konusunun dışında farklı gelişimsel konulara odaklanması sağlanır (Dare ve diğerleri, 1990: 42).

1.3. Kişilik Bozuklukları

1.3.1. Kişilik Kavramı

Kişilik sözcüğü günlük yaşamda sıklıkla kullanılmasının yanı sıra genellenebilecek bir kavram olmasa da diğer insanların biz de bıraktığı izlenimi ifade etmektedir. Bu kavram genellikle o kişiyi niteleyen “saldırgan”, “uyumsuz” gibi birçok farklı sıfatla birlikte kullanılır. Yapılan literatür taramalarında da tanımlama yapılırken bireysel farklılıkların üzerinde durulduğu görülmektedir (Yazgan İnanç ve Yerlikaya, 2016: 2,3; Özdemir ve diğerleri, 2012: 566). Tanımlamaların büyük kısmını kişinin biyolojik eğilimleri ve genetik, değişen çevre, sosyal deneyimlemelerine bağlı iç ve dış etkilerin rol oynadığı süreç olarak ifade edilmektedir. Bununla birlikte kişiliğin sabit ve süregelen olduğu, durumdan duruma ya da zamandan zamanda süreklilik olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda incelendiğinde kişiliği, “bireyi diğerlerinden ayıran bireye özgü ve tutarlı özelliklerin bütünü” olarak adlandırmak mümkündür (Yazgan İnanç ve Yerlikaya, 2016: 3).

1.3.2. Kişilik Bozukluğu Kavramı

Kişilik, bireylerin kendilerine özgü davranışlarını oluşturan bir yapıdan meydana gelmektedir. Bu yapının bütünlüğü kişinin günlük yaşamda olaylara verdiği tepkileri, tutum ve davranışları belirlemektedir. Bu davranış örüntülerinin tutarlı, ön görülebilir ve işlevsel olması ise kişinin kişilik özelliklerinin sürekliliğini ifade etmektedir. Ancak bu davranış örüntüleri kendi içerisinde tutarlı olmadığında, katı olduğunda ve işlevsel olmadığında kişilik yapılanmasında bir bozukluk olduğu söylenebilmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 3).

Kişinin kültürü göz önüne alınarak da beklenen davranış ve tutumlardan önemli ölçüde sapmaların meydana gelmesi ve sürekliliği olan bu iç yaşantılar genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik zamanlarında başlayıp zaman içerisinde kalıcı olmaktadır. Bu bozuklukların değerlendirilmesinde esnekliğin olmaması ve uyum bozan kişilik özelliklerinin dikkat çektiği belirtilmektedir. Özellikle kişinin kendisini, diğerlerini ve durumları yorumlarken düşünce farklılıklarının olması, duyguların değişkenliği ve yoğunluğu gibi duygulanımdaki farklılıkların olması, kişilerarası ilişkilerde karşılaşılan zorlanmaların olması ve dürtülerin kontrolünde güçlüklerin olması temelde değerlendirmede en belirleyici etmenlerdir (Şahin, 2009: 45).

1.3.3. Kişilik Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Kişilik bozuklukları hakkında yapılan araştırmaların sayısı fazla olmakla birlikte bu patolojiye sahip bireylerin sayısı kişilerin iç görülerinin zayıf olması sebebiyle kolayca saptanamamaktadır. 1950'li yıllarda Kuzey Amerika'da yapılan bir araştırmada toplumun geneline bakıldığında %10 ile %13 arasında bozukluğa rastlanıldığı belirtilmiştir (Lenzenweger, 2008: 395). Benzer şekilde Amerika'da yapılan bir halk sağlığı araştırmasında ise farklı patolojilerle sıklıkla görüldüğü ve toplumun genelinde %6 - %10 arasında olduğu ifade edilmiştir (Samuel, 2011: 223).

Paranoid kişilik bozukluğunun toplumdaki yaygınlığına bakıldığında %0,5 ile %2,5 arasında olduğu bildirilmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlığı toplumda %3, antisosyal kişilik bozukluğunun yaygınlığı kadınlarda %1, erkeklerde ise %3 olarak bildirilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu toplumda %2 ile %3 arasında görülürken psikiyatri kliniklerinde bu durumun %30 ile %60'lara ulaştığı ifade edilmiştir. Histriyonik kişilik bozukluğunda genel olarak %2 ile %3 oranında sıklığa rastlanılmaktayken narsisistik kişilik bozukluğunda ise %2 ile %6 arasında toplumdaki yaygınlık görülmektedir. Çekingen kişilik bozukluğunda ise toplumda %0,5 ile %1 arasında ve obsesif kişilik bozukluğu %1 olarak ifade edilmiştir (Şahin, 2009: 47-53).

İngiltere'de yapılan bir başka araştırmada ise toplumun genelinde %40 oranında borderline kişilik bozukluğu, %30 oranında kaçınan kişilik bozukluğu, %32 oranında şizotipal ve %31 oranında obsesif kompulsif kişilik bozukluğu bulgularına rastlanılmıştır (Coid, 2013: S4). Borderline kişilik bozukluğu ile ilgili bir araştırmada ise toplumda %1 oranında bulguya rastlanırken klinik ortamlarda bu durumun %12'lere çıktığını ve hatta psikiyatri kliniklerinde %22 oranlarında rastlanıldığı bulunmuştur (Ellison, Rosenstein, Morgan ve Zimmerman, 2018: 561).

Bir başka araştırmada ise antisosyal kişilik bozukluğunun toplum genelindeki prevalansı %2 ile %3 arasında bulunurken bu bulguların %60'nın erkeklere ait olduğu belirtilmiştir (Moran, 1999: 231).

Genel olarak kişilik bozuklukları epidemiyolojisi incelendiğinde toplumdaki prevalans çok yüksek olmamakla birlikte klinik ortamlarda daha belirgin bulgu ve verilere rastlanıldığı görülmektedir.

1.3.4. Kişilik ve Kişilik Bozukluklarını Açıklayan Kuramlar

1.3.4.1. Psikodinamik Kuram

Psikodinamik kuramlar temelde kişilik ve kişilik bozukluklarına ilişkin durumları açıklarken bilinçdışı süreçlere vurgu yapmaktadır. Kurama göre kişiliğin gelişiminde iki ana temel unsur vardır; genetik yaklaşım ve psikoseksüel dönemler. Freud'a göre kişiliğin gelişiminde erken çocukluk dönemindeki yaşantıların önemli rolü vardır. Bununla beraber kişinin doğumundan itibaren getirdiği cinsel enerji (libido) olması psikoseksüel dönemleri ortaya çıkarmıştır (Yazgan-İnanç ve Yerlikaya, 2016: 19-23; Gerrig ve Zimbardo, 2015: 416).

Freud'a göre psikoseksüel gelişim yaklaşık 5-6 yaşlarında gerçekleşmekte olup oral, anal ve fallik dönem olarak ifade edilen bu dönemlerde oluşmaktadır. Bu dönemlerde haz yaşantılarının aşırı ya da yetersiz oluşu takılma ile sonuçlanmaktadır. Bu dönemde engellenen ya da aşırı ilgi gibi birbirinin zıttı durumlar kişiliğin sağlıklı gelişimini engellemektedir (Yazgan-İnanç ve Yerlikaya, 2016: 30).

1.3.4.2. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram kişiliğin gelişimini açıklarken koşullanma geçmişini gösteren davranış örüntülerinin alışkanlık haline geldiğini belirtmiştir. Davranışların ve kişiliğin gelişimi bireyin öğrenme tarihçesiyle yakından ilgilidir. Buna bağlı olarak da davranışların sonuçlarının bir sonraki davranışı oluşturduğunu öne sürmektedir. Temelde ceza, koşullanma, pekiştirici gibi davranış örüntülerinin öğrenme kuramının kavramları olduğunu ve kişiliğin de bir davranış örüntüsü olduğunu ifade etmektedir (Yazgan-İnanç ve Yerlikaya, 2016: 182).

1.3.4.3. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuram psikopatolojiyi incelerken temel düzenleyicinin beynin düşünsel ve bilişsel yanı olduğunu söyler. Bilişsel kuram bireyin yaşantı ve deneyimlerini yapılandırması ve anlamlandırmasının hissettiklerini ve davranışlarını etkilediğini ifade etmektedir. Kişiliği incelerken bilginin işlenmesi ve davranışların yönlendirilmesindeki temel inançların etkin rol oynadığı üzerinde durur. Bilişsel kuram incelendiğinde kişilik bozukluklarının fazla olmasının sebepleri arasında en dikkat çeken bireylerin olumsuz temel inançlarının yoğun olmasıdır. Diğer bir vurgu ise kişilik bozukluklarının kendisine özgü işlevsel olmayan inançlara sahip olması ile ilişkilidir (Taymur ve Türkçapar, 2012: 161).

Şekil 10: İşlevsel Olmayan Kişilik İnançları

Kişilik Bozukluğu	İşlevsel Olmayan İnanç
Çekingen	Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.
Bağımlı	Muhtaç ve zayıfım.
Pasif Agresif	Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.
Obsesif Kompulsif	Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.
Antisosyal	Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.
Narsisistik	Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.
Histriyonik	İstedigimi almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.
Şizoid	İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.
Paranoid	Eğer insanlar dostça davranıyorsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.
Borderline	Diğer insanlara güvenemem.

1.3.4.4. Şema Terapi Kuramı

Yaşamın erken dönemlerinde duygusal ihtiyaçların sağlıklı biçimde karşılanamaması, bu dönemdeki travmalar ve çocuğun duygusal mizacı ile ortaya çıkan ve kişiyi karmaşıklaştıran işlevsel olmayan şemalara erken dönem uyumsuz şemalar denilmektedir. Erken dönem uyumsuz şemalar, bireyin yaşamı boyunca tekrarlanmakta ve işlevsiz baş etme becerilerine temel sağlayarak psikopatolojilerin oluşmasına sebebiyet vermektedir. Birçok psikopatoloji gibi kişilik bozukluklarının oluşumunda önemli etkilere sahiptir (Martin ve Young, 2010: 319; Jacob ve Arntz, 2013: 171).

1.3.5. Kişilik Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma

1.3.5.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

Paranoid kişilik bozukluğuna sahip bireyler neredeyse kendilerine söylenilen her şeyin doğru olup olmadığından şüphe etmektedirler. Bu bireyler hemen her şeyi sorgularlar ve suistimal edilmekten korku duyarlar ve bu duygularını açıkça dile getirirler. Güvensizlik duygusu hayatlarına öyle hakimdir ki diğer insanların onların iyiliklerini düşüneceklerine, yardımcı olacaklarına inançları oldukça düşüktür. Günlük yaşamda insanların iyi olduklarına dair inançları oldukça zayıf olmakla beraber samimiyet bu bireyler için tehlike arz etmektedir. Bu sebeple kendilerini korumak adına etraflarına duvar örerler ve o sınırları aşmak çok mümkün değildir, her daim tetiktedirler (Million ve diğerleri, 2019, 564).

Dışarıdan dikkatli, korunaklı ve katı olan paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler yaşamda tek başlarına yol alırken kendilerine acıyarak aslında öfke duygularını da beslerler. Şüpheli yapıdaki bu bireyler şüphelerine kanıt ararken aslında korkularını doğrulayarak çaresizliklerini pekiştirirler (Million ve diğerleri, 2019: 565). Aynı zamanda bu bireylerde kişilerarası soğukluk, eleştiriye aşırı duyarlılık ve katı bir şekilde tutunulan uyumsuz inançlar hakimdir (Edens, Marcus ve Morey, 2009: 545).

Paranoid kişilik bozukluğuna dair araştırmalar incelendiğinde erken dönem çocukluk çağı olumsuz deneyim ve travmaların bu bozukluğun oluşmasında güçlü etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın yanında özellikle fiziksel istismara dikkat çekilmiştir (Triebwasser, Chemerinski, Roussos ve Siever, 2013: 798). Şüphe, zulüm görme ve ihtişam paranoid kişilik bozukluğunun temellerini oluştururken daha önemli olan aslında dış personaları ile iç dünyalarındaki tutarsızlıktır bu sebeple de bu bozukluğa sahip bireylerde bölünme yaygındır. Bu bölünmeler bireyin benliği, nesne ilişkileri, duygulanımları, cinselliği ve bilişsel tarzıyla ilgilidir (Akhtar, 1990: 21).

Paranoid kişilik bozukluğunun bazı çeşitleri vardır. Bunlar; fanatik paranoid, habis paranoid, dik başlı paranoid, mızımız paranoid ve yalnız paranoiddir. Fanatik paranoid, narsisizmle ortaya çıkan ve bu açıdan yara almış olan bireylerde görülmektedir. Habis paranoid daha çok sadizmle birlikte giden ve iktidarlığı teme alan bir çeşididir. Dik başlı paranoid daha işlevsel olup kompulsif kişilik örüntüsüyle ilerlemektedir. Mızımız paranoid, negatif yapıda ve

sürekli kazık yediğini dile getiren özelliktedir. Kaçından paranoid ise diğer çeşitlere nazaran kendini soyutlamış olan bir yapıdadır (Million ve diğerleri, 2019: 572-576).

Biyolojik açıdan incelendiğinde paranoid kişilik bozukluğun kalıtsallığı ile ilgili yeterli sayıda araştırmaya ulaşılamamaktadır. Ancak sadizm, antisosyal ya da borderline ile beraber ilerleyen sonuçların görülebileceği öngörülmektedir. Psikodinamik açıdan bakıldığında kabul edilemeyen homoseksüel dürtüler sebebiyle yansıtma savunma mekanizmasının çok fazla kullanılması ve erken dönem yaşantıda istismar durumunun bulunması bozukluğun sebepleri arasında gösterilmiştir. Bilişsel anlamda şüphencilik paranoid kişilik bozukluğu olan bireyler için bir düşünme biçimine dönüşmüş ve kompulsif yapıdaki bireylere benzedikleri düşünülmektedir. Kişilerarası açıdan yaşanan tüm güvensizlikleri dışarıda arama ve suçlama eğilimlerinin olduğu belirtilmiştir. Biyopsikososyal açıdan ise paranoid kişilik tıpkı bir detektöre benzetilmiştir ve kişinin tehlikelere karşı kendisini koruduğunu, yeterli miktarda korkunun da kişiyi canlı tuttuğu ifade edilmiştir (Million ve diğerleri, 2019: 579-601).

Paranoid kişilik bozuklukları diğer kişilik bozuklukları ile birlikte görülebilmekle birlikte özellikle antisosyal, narsistlerde sıklıkla karşılaşılmaktadır. Diğer duygudurum, hezeyan bozuklukları, somatizasyon bozuklukları ve kaygı bozuklukları ile de görülebilmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 608, 609; Carroll, 2009: 41).

Paranoid kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

- A. Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan başkalarını kötü niyetli olarak nitelendirme eğilimlerinden dört ya da daha fazlasını belirtiyor olmak
1. Kişinin yeterli kanıtı olmadığı halde başkalarının kötülük yaptığına ve kendisini kullandığına dair şüphe duyması
 2. Arkadaşlıkları ve çalışma arkadaşlarının kendisine duyduğu bağlılıktan şüphe duyması
 3. İfadelerinin sonrasında kendi lehine kullanılacağını düşünerek başkalarına açılmayı istememe
 4. Sıradan olay ve ifadelerden aşağılama, göz korkutma gibi duygular çıkarma
 5. Sürekli olarak kin besleme
 6. Ortada bir sebep olmadan kişilerin söylemlerini kendine tehdit olarak algılayıp karşılık verme

7. Eşi ya da cinsel birlikteliği olduğu partnerinin kendisine olan bağlılığını yineleyici biçimde sorgulaması

B. Şizofreni, psikoz özellikli depresyon, iki uçlu bozukluk ve tıbbi bir problemle ortaya çıkmaz.

Not: Şizofreni başlangıcı olduğunda ölçütler tanı için karşılanıyorsa “hastalık öncesi” olarak ifade edilmelidir (Köroğlu, 2014: 328).

1.3.5.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid kişilik bozukluğu olan bireyler insanlara karşı mesafeli olan ve içedönük bir yapıdadırlar. Aile ilişkileri minimum düzeyde olup arkadaşlık ve cinsel birlikteliğe ihtiyaç duymamaktadırlar. Ancak bu durum kaçınan yapıdaki insanların kötü bir durumla karşı karşıya kalınacağı ve rezil olunacağı durumundan çok kendi başlarına olmayı tercih etmelerinden kaynaklanmaktadır. Bu kişiler kendi başlarına hayatlarını sessiz bir şekilde idame ettirirken duygusal ifadeleri oldukça künttür ve dünyadan, kendilerinden kopuk olduğu izlenimine sahiptirler (Akhtar, 1987: 515; Million ve diğerleri, 2019: 480).

Şizoid yapıdaki bireyler kendilerine yaklaşan ve iletişim kurmaya çalışanlara ne tepki vereceğini bilemez ve kayıtsız kalırlar. Bozukluğun temel teması da bununla bağlantılı olarak kopukluktur (Triebwasser ve diğerleri, 2012: 919; Million ve diğerleri, 2019: 482).

Şizoid kişilik bozukluğunun çeşitleri arasında durgun, mesafeli, kişiliksizleşmiş ve duygusuz tip bulunmaktadır. Durgun şizoid çoğunlukla depresif nitelikler taşır. Mesafeli şizoidde kişi kendini çok fazla geri çekmiştir ve ilişki kurabilme kapasitesini yitirmiştir. Kişiliksiz şizoid ise hayal aleminde ve bilişsel anlamda problemler yaşamaktadır. Duygusuz şizoid ise duygusal açıdan kopuk ve soyutlanmıştır (Million ve diğerleri, 2019: 488, 489).

Şizoid kişilik bozukluğu psikodinamik açıdan incelendiğinde erken dönemde nesne ilişkileri ile ilgili problemler olduğu ve bağların eksikliği dolayısıyla bireylerin kendilerini tamamen kapatmaları olarak yorumlanmıştır. Kişilerarası yaklaşımdan bakıldığında ise bireylerin bir biçimde etkileşime ihtiyaçlarının olduğu ancak içsel arzularının bulunmayışının altı çizilmiştir. Bilişsel açıdan incelendiğinde bireylerin entelektüel meşgalelerini bırakıp filozof olabilecekleri ancak uzun vadede şizotipal örüntüyle ilerleyeceklerini ve içe bakışlarının çok düşük olduğu ifade edilmiştir. Evrimsel nörogelişimsel olarak bakıldığında ise şizoid

yapıdaki bireyler haz yoksunu olarak tanımlanmış ve neredeyse tüm koşullara pasifçe uyum sağladığı belirtilmiştir. Aslında tüm dinamik, biyolojik ve kişilerarası alanların etkileşimde olduğu ifade edilmiştir (Million ve diğerleri, 2019: 490-506).

Şizoid kişilik bozukluğu kompulsif, kaçınan ve depresif gibi diğer kişilik bozukluklarıyla birlikte görülebilmektedir. Bazen de kaygı, duygudurum bozuklukları, dissosiyatif bozukluklarla görülürken psikotik ve şizofrenik semptomlar eşlik edebilir (Million ve diğerleri, 2019: 512,513).

Şizoid kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

- A. Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan toplumsal ve kişilerarası ilişkilerden kopmanın dört ya da daha fazlasını belirtiyor olmak
1. Aile üyeleri dışında yakın ilişkiye girmeyi istememe ve ilişkilerden hoşlanmama
 2. Genellikle tek başına etkinlikte olma
 3. Cinsel yakınlaşmaya ilgi olsa bile az olma
 4. Çok az etkinlikten keyif alma
 5. Birinci derece akraba dışında arkadaş ve sırdaş olmaması
 6. Övgü ve yergilere aldırmama
 7. Duygusal anlamda kopuk ve soğuk olma
- B. Şizofreni, psikoz özellikli depresyon, iki uçlu bozukluk ve tıbbi bir problemle ortaya çıkmaz.
- Not: Şizofreni başlangıcı olduğunda ölçütler tanı için karşılanıyorsa “hastalık öncesi” olarak ifade edilmelidir, “şizogibi” (Köroğlu, 2014: 329).

1.3.5.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Şizotipal kişilik bozukluğuna sahip bireyler diğer insanlar tarafından garip ve tuhaf bulunurlar. Çok uzun süredir tanıdıkları insanlara karşı bile soğuk ve uzak dururlar. Bu bozukluğa sahip bazıları iç dünyalarıyla öyle meşguldür ki duygu ve düşüncelerini tutarlı biçimde ifade etmede zorlanırlar ve bu sebeple de kişilerarası ilişkilerde dağınık, konudan konuya atlayan bir yapıları vardır (Kendler, 1985: 547). Bu bireylerin alışılmışın dışında ve bilimsel olmayan iletişim yöntemleri vardır. Örneğin telapatiyle iletişim kurduklarını ve gelecekte olacakları görme gibi yetilerinin olduklarını iddia ederler. Bu durum benzer şekilde

şizofrenide de bulunmaktadır ve şizotipal ile şizofreninin içinde bulunduğu bu yelpazeye şizotipi denilmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 522).

Şizofreni ile birlikte giden bir örüntüye sahip olması ilerlemeyen şizofreni spektrumunun bir parçası konumunda ilerlemesine sebebiyet vermiş olup benzer nörobiyolojik temellere sahip olduğu görülmüştür (Mısır ve Alptekin, 2019: 264). Bununla beraber şizofreni hastalarının yakınlarının da şizotipal kişilik bozukluğuna ailesel ve genetik olarak yatkınlıklarının olduğu bulunmuştur (Çavuş ve diğerleri, 2011: 266). Şizotipal kişilik bozukluğunda aynı zamanda temporal lobda anormallikler gibi bilişsel ve beyin işlevlerinde değişiklikler de görülmektedir (Siever, 2002: 163; Chemerinski, 2013: 652).

Şizotipal kişilik bozukluğunun sönük tipinde kişi kopuk bir şizoid örüntüsü içerisinde ilerlerken ürkek tip de ise kaçınan ve mesafeli yaklaşımdadır (Million ve diğerleri, 2019: 530).

Biyolojik yaklaşımda şizotipal kişilik bozukluğuna bakıldığında asıl olan şizotipi olarak belirtilmiştir. Şizotipal kişilik bozukluğunun genel, şizofreninin ise istisnai olduğu söylenmiştir. Psikodinamik yaklaşıma bakıldığında ise geçici psikotik nöbetlerin olduğu ve kişinin benliğinin diğer nesnelerle bütünleşememesinden kaynaklı kusurlu olduğu ifade edilmiştir. Kişiler arası yaklaşımda ise vurgu şizotipal kişilik bozukluğu olan bireylerin fantezi ve gerçeklik arasındaki farkları kavranmamasına yapılmıştır (Million ve diğerleri, 2019: 535-541).

Şizoid kişilik bozukluğu şizoid ve kaçınan kişilik bozukluğu ile sıklıkla görülürken aynı zamanda paranoid ve borderline kişilik bozukluğu ile de benzerlikleri bulunmaktadır. Bu bozukluğa sahip bireyler depresyona, psikotik semptomlara ve dissosiyatif nöbetlere yatkındırlar (Million ve diğerleri, 2019: 555, 556).

Şizotipal kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

- A. Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan yakın ilişkilerden rahatsızlık duyma ve ilişkiye girme yeterliliğinin düşük olmasıyla beraber hem toplumsal hem de kişilerarası eksikliklerle beraber bilişsel ve algısal çarpıtmaların olması etmenlerinden dört ya da daha fazlasını belirtiyor olmak

1. Alınma

2. Kültürel değerlerin dışında alışılmışın dışındaki büyüsel düşünme ve inançların olması
3. Olağanın dışında algısal yaşantı ve beraberinde bedensel yansımaların olması
4. Alışılmışın dışında konuşma ve düşünme
5. Kuşkuculuk
6. Kısıtlı ve uygunsuz duygulanımların olması
7. Olağanın dışında görünüm ve davranışların olması
8. Birince derece akraba haricinde arkadaş ya da sırdaşının olmaması
9. Yakınlaşmanın azaltmadığı toplumsal kaygıya kuşkucu korkuların eşlik etmesi

B. Şizofreni, psikoz özellikli depresyon, psikozla ilerleyen başka bir bozukluk veya otizm gibi patolojilerle ortaya çıkmaz

Not: Şizofreni başlangıcı olduğunda ölçütler tanı için karşılanıyorsa “hastalık öncesi” olarak ifade edilmelidir, “şizotürü” (Köroğlu, 2014: 330).

1.3.5.4. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler çoğunlukla suçlu olarak anılırlar ancak her suçlu antisosyal değildir ve toplumda da rekabetçilik gibi teşvik edilen birçok özellik vardır (Million ve diğerleri, 2019: 192). Genellikle antisosyal kişilik bozukluğu sosyal olarak sorumsuz, sömürücü davranış örüntüleri ile tanımlanır ve bu bireyler egosantrik, manipülatiftirler (Black, 2015: 309; Widiger, 1992: 6).

Antisosyal kişilik bozukluğunun birçok alt tipi vardır. Bunlardan ilki göçebedir, kendini kader mahkumu, bir kenara atılmış gibi hissederler ve toplumsal olarak uyumsuz ve kopukturlar. Habis tipte ise alaycı, kindar, kavgacı, alingan ve zalimdir. Suçluluk duymadıkları gibi korkusuz ve intikamcıdırlar. Haris tipte kişi bilerek yok sayılmış hisseder, hep daha fazlasını arzular ve tatmin olmazlar, intikam almak isterler. Risk alan tipte cesur, gözüpek, maceracı ve dürtüsellerdir. Tehlikelerin dereceleri önemli değildir ve bu kişiler tehlikenin peşinden giderler. İtibarını koruyan tipte ise kişi kırılmaz, incinmez, kusursuz olduğunu düşünmekte olup statü konularında zıtlaşan tavırlar sergilerler, önemsiz durumlara aşırı tepki gösterebilirler (Million ve diğerleri, 2019: 202).

Biyolojik bağlamda antisosyal kişilik bozukluğu incelendiğinde antisosyal kişilikteki bireylerin çocukluklarından itibaren sınırları, kuralları yeterince önemsemediği ve kontrole direndikleri görülmektedir. Bu bireylerde semantik afazi ve frontal lobda bazı bozulmaların olduğu belirtilmektedir. Bu durum bireyin empati yeteneğinin gelişmemesine sebebiyet verdiği söylenmektedir. Psikodinamik yaklaşıma göre ise egonun güçlü bir biçimde gelişirken süperegonun gelişmemesi ve id ego süperego dengesinin sağlanamaması sebebiyle bozukluğun olduğu düşünülmektedir. İlişkisel açıdan ise antisosyal bireylerin daha önce empatik durumları modelleyememesi üzerine durulmaktadır. Bilişsel kuram antisosyal kişilikteki bireylerin en zorlandıkları alanlardan biri olan planlama ve davranışların sonuçlarına göre hareket etme konusuna dikkat çekmiştir ve sonucuna göre davranışların belirlenememesi zihinsel model oluşturmamasına neden olduğu belirtilmiştir (Million ve diğerleri, 2019: 206-223).

Antisosyal kişilik bozukluğu birçok kişilik bozukluğu ile birlikte görülürken aynı zamanda kaygı, depresyon ve madde kötüye kullanımı görülebilmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 229,230). Aynı zamanda alkol bağımlılığı ile birlikte ilerlemekte ve her iki patolojide de dürtüsellik, dışadönüklük ortak özellikler arasında yer almaktadır (Sher ve Trull, 1994: 92).

Antisosyal kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

- A. 15 yaşından beri başkalarının haklarını çiğneyen ve umursamayan örüntülerin üç ya da daha fazlasını içermesi
1. Tutuklanmasına sebebiyet veren tekrarlı davranışlarda bulunarak yasal yükümlülöklere uymama
 2. Sıklıkla yalan söyleme, kişisel çıkar ya da zevk için insanları dolandırma ve takma isimler kullanma
 3. Geleceğı tasarlamama ve dürtüsellik
 4. Sıklıkla kavga, dövüş katılma ve başkalarının haklarına el uzatma, saldırganlık, sinirlilik
 5. Kendisi ya da başkasının güvenliğini önemsememe
 6. Devamlı bir işinin olmaması, maddi sorumluluklarını yerine getirememe, sorumsuzluk
 7. Başkalarına kötü davranma, incitme, yaptıklarına kılıf bulma, pişmanlık hissetmeme ve vicdan azabı çekmeme

- B. En az 18 yaşında olma durumu
- C. 15 yaş öncesi davranım bozukluğu belirtilerinin olması
- D. Toplum dışı davranışlar iki uçlu bozukluk ya da şizofreni ile birlikte ortaya çıkmaz (Köroğlu, 2014: 331).

1.3.5.5. Borderline Kişilik Bozukluğu

Borderline kişilik bozukluğu duygu düzenleme, dürtü kontrolü, kişilerarası ilişkiler ve benlik algısındaki tutarsızlık olarak ifade edilir (Lieb ve diğerleri, 2004: 453). Tutarsız ve öfkeleri ile ön plana çıkan bu bozukluğa sahip bireylerin bir an sakin, sevecen, zeki, hassasken bir anda bu durum tam aksi haline dönüşebilmektedir. Yalnız kaldıklarında tahammül edilemez düzeyde boşlukta ve yalnız hissederler. Terk edilmeye karşı duyarlılıkları oldukça yüksektir ve bu durumla başa çıkamayacaklarını düşündükleri için çok fazla kaçınma davranışında bulunurlar (Özakkaş, 2012: 57). Gelişigüzel cinsellik, madde kullanımı gibi dürtüsel girişimlere ek olarak kendini kesme ve intihara varan durumlar meydana gelmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 620; Leichenring, 2011: 377; Oldham, 2006: 20).

Borderline kişilik bozukluğunun toplumda görülme sıklığı %4 iken klinik ortamlarda bu oran %20'lere ulaşmaktadır. Birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülme olasılığı olup anlaşılması ve tedavisi güçtür (Kernberg, Michels, 2009: 505).

Borderline kişilik bozukluğunun birçok alt tipi vardır. Yılgın tipte kaçınan, depresif ve bağımlı özellikler görülmektedir. Kişi uysal, sadık, kendini tehlike altında hisseden, güçsüz ve biçare olarak tanımlar. Hırçın tipte negativist özellikle hakimdir. Kişi sabırsız, inatçı, karamsar ve dik başlıdır, çok çabuk hayal kırıklığına uğrar. Dürtüsel tipte histriyonik ya da antisosyal özellikler hakimdir. Bu tipte kişi kaprisli, uçar, telaşlı, baştan çıkarıcıdır ve intihara yatkınlığı vardır. Kendine zarar veren tipte ise depresif ve mazoşist özellikler bulunmaktadır. Bu kişiler kendine zarar veren bir öfkeye, onay arayan ve itaatkar tutumlara sahiptirler (Million ve diğerleri, 2019: 627).

Psikodinamik kurama göre borderline yapıdaki bireyler, bir nesne ile ilgili iyi veya kötü imgeler oluştururlar. Bu sebeple aynı nesneye hem yoğun duygu beslerken hem de nefret geliştirebildikleri ifade edilmiştir. Kişilerarası yaklaşıma göre borderline yapıdaki bireyler partnerlerine hayran gibi yaklaşır sonrasında hızla nefret duyguları beslemektedirler. Bilişsel yaklaşıma göre bölünmüş temsillerin kişinin bilişine etki ettiği ve paradoksal davranışlara

sebebiyet verdiği belirtilmektedir. Evrimsel nörogelişimsel açıdan ise kişinin duygularını düzenleme konusunda zorlandığı görüşünde olup kişilerin çabuk uyarılmaya yatkınlıkları ifade edilmiştir (Million ve diğerleri, 2019: 635-655).

Borderline kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan kişilerarası ilişki, benlik algısı, duygulanımdaki tutarsız durum ve dürtüsellik ile birlikte ilerleyen beş ya da daha fazla örüntünün olduğunu belirtiyor olmak

1. Gerçek veya imgesel bir terk edilmeden kaçınmak amacıyla yoğun çaba sarf etme (İntihar ve öz kıyım dahil haricinde)
2. Yerin dibine sokma ile gözünde aşırı büyütme arasında gidip gelen, gergin ve tutarsız ilişki örüntüsü
3. Kimlik karmaşası; tutarsız benlik algısı
4. Kendisine kötü gelecek en az iki adet dürtüsellik davranışının bulunması (cinsellik, para harcama, madde kötüye kullanım, tıkanırcasına yeme, güvensiz araba kullanma) (İntihar ve öz kıyım dahil haricinde)
5. Israrlı, yineleyici kendine kıyım, intihar davranışı ve girişimleri, göz korkutmalar
6. Duygudurumda tepkiselliğe bağlı olarak gelişen tutarsızlık
7. Boşluk duygusu
8. Uyumsuz öfke problemi ve kontrol etmede güçlük
9. Zorlanmaya bağlı gelip geçici kuşkucu düşünceler ve ağır çözümler (Köroğlu, 2014: 332).

1.3.5.6. Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Histriyonik kişilik bozukluğunda birey baştan çıkarıcı, aşırı duygusal, kararsız, ilgi isteyen ancak kökünde çaresizlik duygusu olan yapıdadır. Aynı zamanda dramatik ve dikkat çekicidirler (Million ve diğerleri, 2019: 376; Lewis ve Mastico, 2017: 1). Güvence ve ego tatminine ihtiyaç duyarlar. Bağımlılık örüntüleri gösterebilirler ve eleştiriye çok fazla duyarlıdırlar (Apt ve Hurlbert, 1994: 125).

Histriyonik kişilik bozukluğunda birçok alt tip vardır. Bunlardan ilki olan yatıştırıcı tip, bağımlı kompulsif özelliklerin hakim olduğu tiptir. Sıkıntılı durumları yatıştırma, orta yolu bulma, onarma eğilimi göstererek takdir alabilmek için kendisini feda etme eğilimi gösterirler. Canlı tipte narsisistik özellikler hakimdir ve enerjik, neşeli, dürtüseldir. Çalkantılı tipte negativist özellikler görülmektedir. Kişi kontrolsüz ve dürtüseldir. Kaprislidir, duyguları çabucak alevlenir, sıklıkla parlar ve çalkantılı yapıdadır. Kurnaz tipte antisosyal özellikler görülmektedir. İki yüzlülük, el altından iş yapma, her şeyin yolunu bulma, entrikalar yaratmaktadır. Teatral tipte yapmacıklık, sahtelik hakimdir. Kişi görünümünü pazarlar, rol yapar, dramatik tepkiler verir. Çocuksu tipte sınırdaki özellikler gösterirler. Duyguların çalkantılı ve gergin olduğu, çocuk gibi surat asma ya da küsme gibi davranışlar sergiler. Talepkar, heyecanlı ve yapışma özelliği vardır(Million ve diğerleri, 2019: 382).

Psikodinamik kurama göre histriyonik kişilik bozukluğuna sahip bireylerin odipal dönemde saplantılar yaşadığı düşünülmektedir. Bilişsel kurama göre bu kişilerin bilişlerinin dağınık ve parçalı olduğunu belirtmişlerdir. Kişilerarası kurama göre ise bu kişilerin çocukluklarında yaşam olaylarında gereğinden fazla tepkiler ve ödüller aldığı için bunu öğrenmiş olduklarını varsaymaktadır. Evrimsel ve nörogelişimsel yaklaşıma göre ise bu bireylerin ötekilerine odaklandığı ve başkalarını kendilerine bağlamak amacıyla yoğun çaba sarf ettiklerini belirtmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 391-407).

Histriyonik kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan ilgi çekme ve aşırı duygusallık ile birlikte giden beş ya da daha fazla örüntünün olduğunu belirtiyor olmak

1. İlgi odağı olunmadığında rahatsızlık duyma
2. Bir başkasıyla iletişimde, etkileşimde cinsel yönden kışkırtıcı, baştan çıkarıcı, ayartıcı olma
3. Aniden değişen yüzeysel duygular
4. İlgi için dış görünümü kullanma
5. Gereğinden fazla etkilenme ve ayrıntısız konuşma biçimi
6. Yapmacık davranışlar, gösteriş yapma ve duyguları abartma eğilimi
7. Kolayca etki altında olma

8. İlişkilerin olması gerektiğinden yakın olması gerektiğini düşünme(Köroğlu, 2014: 333).

1.3.5.7. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Narsisistik kişilik bozukluğu kişide empati yoksunluğu, büyüklenmeci ve rahatsız edici bir imaj oluşturmaktadır (Baskin-Sommers ve Krusemark ve Ronningstam, 2014: 330). Bozukluğa sahip bireylerde temelde en dikkat çekici özellikler; büyüklenmecilik, eşsizlik, yeteneklerin abartılması, iddialı davranışlar ve görkemli fantezilerdir (Ronningstam, Gunderson, 1990: 919). Narsisistik bireyler kolayca kişilerarası ilişkilerde kendini gösterirken uzun vadede ilişkilerde oyun oynama, kontrol etme gibi davranışlar sergilemesi sebebiyle problemler yaşanmaktadır. Özellikle narsisist bireyin egosu tehdit edildiğinde ya da reddedildiğinde öfke ve saldırganlıkla ilerleyen sonuçlar doğabilir (Miller ve Campbell, 2010: 188).

Narsisistik kişilik bozukluğunun birçok tipi vardır. Bunlardan ilki ilkesizdir; antisosyal özellikler göstererek sadakatsiz, vicdansız, kibirli davranmaktadır. Oldukça küçümseyici ve kindarlardır. Elitist tipte her şeyi kendisine hak gören, iyi yaşamın peşinde olan, kurduğu ilişkilerle kendisine avantaj sağlayan bir yapıdadır. Şehvetli tipte histriyonik özellikler bulunmaktadır. Kişi cinsel manada davetkar, baştan çıkarıcıdır. Aslında gerçek yakınlıktan kaçınmaktadır ve patolojik olarak yalancıdır. Telifici tipte ise kaçınan ve negativist özellikler görülmektedir. Bu kişiler o kadar derin aşağılık duygusu hisseder ki takdir edilmesi gereken biri olarak yorumlayarak yansıtmaya çalışır (Million ve diğerleri, 2019: 435).

Psikodinamik bakış açısına göre narsisist bireylerin erken dönemlerinde ailelerinin onları gerçekte oldukları kişi için değil idealize ettikleri özellikleri için sevdikleri belirtilmektedir. Kişilerarası ilişkiler açısından ise empati yoksunluğundan kaynaklı olarak bu bozukluğun olduğu varsayılmaktadır. Bilişsel açıdan ise bu kişilerin kırılma yönlerini korumaya aldıkları ve siyah beyaz gibi düşünmeye yatkın oldukları ifade edilmiştir. Evrimsel açıdan ise narsisist bireylerin kendilerine odaklı olduklarına dikkat çekilmiştir (Million ve diğerleri, 2019: 441-461). Narsisistik kişilik bozukluğuna sahip bireylerin tedavi süreci oldukça zorludur ve uzun sürmektedir (Caligor, Levy ve Yeomans, 2015: 420).

Narsisistik kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan büyüklenme, beğenilme isteği ve eşduyum yapamama ile birlikte giden beş ya da daha fazla örüntünün olduğunu belirtiyor olmak

1. Büyüklenme
2. Sınırsız zeka, güç, başarı, güzellik ve yüce bir sevgi duyma ile uğraşma
3. “Özel” ve benzeri bulunamaz biri olma ve ancak özel ve üstün kişilerin anlayabileceğine dair inancın olması
4. Çok beğenilme isteği
5. Hak etme duygusu
6. Kendi ihtiyaç ve çıkarları için başkalarını kullanma
7. Eşduyum yapamama (Başkalarının duygularını anlamama)
8. Çoğunlukla başkalarını kıskanma ve kıskanıldığını düşünme
9. Saygısız davranma, kendini beğenmiş tutum ve davranışlar geliştirme (Köroğlu, 2014: 333, 334).

1.3.5.8. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Çekingen kişilik bozukluğu, kişinin sosyal olarak onaylanmaması ve küçük düşmeye hassasiyeti olarak tanımlanmaktadır. Çekingen kişilik bozukluğunun alt tipleri fobik, çatışmalı, aşırı hassas ve kendini soyutlayandır. Fobik tipte bağımlı özellikler görülmektedir. Genel anlamda endişeli tutumların yerini kaçınılan somut biçimdeki bir tehlike almaktadır. Çatışmalı tipte negativist özellikler hakimdir. Burada kişi uyuşmazlık yaşamakta, bağımlılık ve bağımsızlıktan korkmaktadır. Kişinin kafası karışıktır, şiddetli nöbetlere yatkınlığı vardır. Aşırı hassas tipte paranoid özellikler hakimdir. Bu kişiler şüpheli, panik, diken üstünde, gergin, fevri ve alıngandır. Kendini soyutlayan tipte ise depresif özellikler hakimdir. Bu kişiler kendisine acı veren anıları görmezden gelmektedir. Zor dürtüler ve düşüncelerden uzaktır ve intihara varan kendini tahrip durumları görülebilmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 248).

Psikodinamik açıdan çekingen kişilik bozukluğuna göre kişilerin hem ego hem de süperegoları oldukça gelişmiştir ve ego ideallerine yönelik hedefler koyarken bunlara kusurlarda bulmaktadır. Aslında bu kişilerin ebeveynlerinin ufak bir hatada yansıttıkları suçluluk duygularını içselleştirmiş olmalarından dolayı bozukluğun geliştiği ifade edilmiştir. Bilişsel kurama göre çekingen kişilik bozukluğu olan bireylerin çekirdek inanışlarının bilinçli farkındalık düzeylerinin düşük olduğu belirtilmektedir. Kişilerarası açıdan ise kişi kaygıdan

kaçınmak amacıyla sosyal etkileşimden uzak durmaktadırlar (Million ve diğerleri, 2019: 255-269).

Çekingen kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan toplum içerisinde çekingen, yetersiz hissetme ve olumsuz olarak değerlendirilme ile birlikte giden dört ya da daha fazla örüntünün olduğunu belirtiyor olmak

1. Eleştirilme, dışlanma ya da onaylanmamadan korkma sebebiyle kişisel ilişkilerden kaçınma
2. Seveceklerini kesin olarak bilmeden ilişkiye girmek istememe
3. Utanıp alay edilme korkusu sebebiyle yakın ilişkide tutuk davranma
4. Toplumsal olarak dışlanma, eleştirilme düşünceleriyle uğraşma
5. Yetersizlik duyguları sebebiyle yeni ilişkilerde çekingen olma
6. Kendisini toplumsal açıdan beceriksiz, çekiciliği olmayan ya da başkalarından daha aşağıda görme
7. Utandırıcı olduğunu düşündüğünden kişisel girişimlerde bulunmama ve yeni etkinliklerde isteksiz davranma (Köroğlu, 2014: 334,335).

1.3.5.9. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

İnsan sosyal bir varlık olması sebebiyle varoluşu itibarıyla bir başkasına ihtiyaç duyar ancak bağımlı kişilik bozukluğu bu durumun aşırı biçimde gerçekleşmesiyle ifade edilmektedir (Disney, 2013: 3). Bağımlı kişilik bozukluğu yumuşak başlılık, sokulgan, bakım ve rehberliğe ihtiyaç kavramlarıyla genel anlamda tanımlanabilmektedir. Bu bozukluğa sahip bireyler hayatlarında rekabetçi düzende onları koruyup kollayacak birine ihtiyaç duyarlar ve kendilerine bir kahraman ararlar. Kendilerini hoşnut tutan, anlayışlı olan bir partner bulduklarında cana yakın ve sıcak ilişler kurarak sürdürmek isterler. Bağımlı kişilik sağlıklı yapıdayken yüksek düzeyde empati kurup koşulsuz sevebilir ancak patolojik bir durumla karşı karşıya kalındığında kişinin başkalarıyla iç içe geçmiş kimliği dikkat çeker (Million ve diğerleri, 2019: 334).

Bağımlı kişilik bozukluğun birçok alt türü bulunmaktadır. Bunlardan ilki huzursuz tiptir ve kaçınan özelliklerin hakim olduğu biçimdir. Bu tipte kişinin oldukça yoğun endişeleri, terk edilmeye karşı kırılganlığı ön plana çıkmaktadır. Diğerkam tipinde depresif özellikle hakimdir.

Burada kişi karşısındaki bireyle bütönlöşme eğilimi gösterir. Çocuksu tipte kandırılmaya müsait ve gelişmemiş birtakım özellikler görölmektedir. Yardımsever tipte mazoşist özellikler hakimdir. Nazik, yardımsever, uyumludur ve rahatsız eden duyguları görmezden gelir. Aciz tipte şizoid özellikler hakimdir. Beceriksizdir, ilerleme kat etme noktasında güçlük çeker ve zorlu durumlara baş etmeyi istemez (Million ve diğeri, 2019: 341).

Psikodinamik açıdan incelendiğinde bağımlı kişilik yapılanmasının sebebi oral dönemde fazla müsamahama durumunun fazla olması olarak ifade edilmiştir. Bilişsel açıdan ise kişilerin dışarıya takındıkları çaresiz ve biçare tavrın zamanla kişinin benlik parçası haline gelmesi durumu olarak belirtilmektedir (Million ve diğeri, 2019: 372, 373).

Bağımlı kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan boğun eğici, yapışkan, ilgilenilme gereksinimi ve ayrılma korkuları ile birlikte giden dört ya da daha fazla örüntünün olduğunu belirtiyor olmak

1. Başkalarından çok öğüt ve güvence almadan günlük kararlar vermede zorlanma
2. Hayatının büyük bölümünde başkalarının kendisi adına sorumluluk alması ihtiyacı
3. Kabul görmeyecekleri ya da desteklenmeyecekleri korkusuyla görüşlerini belirtmede zorlanma
4. Tek başına bir işe başlama ya işi yapmada zorlanma
5. Başkalarından destek sağlamak amacıyla hoş olmayan işleri yapmada gönüllü gibi davranma
6. Kendisine bakamayacağına dair korku sebebiyle yalnız kaldığında kendisini çaresiz hissetme
7. Yakın ilişki sonlandığında destek olarak hemen başka bir ilişki arayışına girme
8. Kendine bakmak zorunda bırakılacağı korkusu ile gerçekdışı biçimde uğraşma (Köroğlu, 2014: 335).

1.3.5.10. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğunda aşırı mükemmeliyetçilik, düzen, ayrıntılarla yoğun biçimde meşguliyet ön plana çıkmaktadır (Cain, 2014: 90). Mükemmeliyetçiliğin zamanla katı kurallara, ayrıntılara gereğinden fazla odaklanmaya dönüşmesi durumunda kişi karar veremez hale gelir.

Kompulsif kişiliğin birçok alt tipi vardır. Bunlardan ilki sorumlu tiptir ve bağımlı özellikler görülmektedir. Burada kişi kuralcı, çalışkan, özenli ve kararsızdır. Zaman zaman kendisinden şüphe eder ve bu durumdan endişe duyar. Bürokratik tipte narsisistik özellikler hakimdir. Burada çokbilmiş, insanların sınırlarını ihlal eden, işgüzar özellikler görülmektedir. Püriten tipte paranoid özellikler görülmektedir ve kişi oldukça hoşgörüsüz, bağnaz, haksızlığa uğradığını düşünen, peşin hükümlü bir yapıya sahiptir. Pinti kişilikte şizoid özellikler hakimdir ve cimri, istifçi, kendisini kayıplara karşı koruyan bir yapısı bulunmaktadır. Mağdur tipte ise negativist özellikler görülmektedir. Burada çoğunlukla çözülmemiş ihtiyaçlar, kararsızlık görülmekle birlikte obsesyon ve kompülsiyonların çatışmalı duyguları kontrol etmesi dikkat çekmektedir (Million ve diğerleri, 2019: 294).

Psikodinamik açıdan obsesif kompulsif kişilik bozukluğu anal dönemde yaşanan takılma ve beraberinde ailenin talepkar, baskıcı tutumunun sebebiyet verdiği belirtilmiştir. Kişilerarası yaklaşımda da psikodinamik açıklamalara benzer şekilde ailenin baskıcı tutumunun etkisinin önemi vurgulanmıştır. Bilişsel açıdan ise siyah beyaz düşüncenin bu bozukluğa sahip bireylerde görüldüğü ifade edilmiştir (Million ve diğerleri, 2019: 301-315).

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu DSM kriterlerine göre değerlendirilirken aşağıdaki kriterler temel alınmaktadır:

Erken erişkinlikte farklı ortamlarda ortaya çıkan açık yüreklilikten uzak, verimliliğin düşük olduğu, esnekliğin azaldığı düzenlilik düşünceleri ve ilişkilerdeki denetim altında bulundurma uğraşısıyla birlikte giden dört ya da daha fazla örüntünün olduğunu belirtiyor olmak

1. Gerçekleştirilen etkinliğin amacını gözden kaçırarak ayrıntı, kural, sıralama, örgütleme ve düzenle uğraşma
2. Yapılan işin sonlandırılmasını zorlaştıracak biçimde eksiksiz yapma eğilimi
3. Boş zaman aktivitelerini ve arkadaşlarını dışlayacak kadar iş ve üretkenlik eğilimi

4. Aşırı derecede doğruculuk ve erdemlilik, ahlak ve değerler konusunda esnek olamama
5. Özel değerleri olmasa da değersiz ya da yıpranmış nesneleri atamama
6. Başkalarının kendisinin yaptığı gibi yapabileceklerine inanmadığı sürece iş birliği ve görev dağılımı yapmada isteksizlik gösterme
7. Başkaları ve kendisi için cimri davranma, parayı korkutucu olaylar için biriktirme isteği duyma
8. Katı ve ayak direyici olma(Köroğlu, 2014: 335).

1.4. Ruhsal Travma Kavramı

Ruhsal travma DSM 5'e göre bireyin gerçek ya da gerçeğe yakın bir biçimde yaralanma ya da ölüm ile karşılaşması, cinsel saldırıya uğraması olarak belirtilmiştir. Bu karşılaşma ya da cinsel saldırı kişinin doğrudan deneyimlediği bir durum olabildiği gibi bir başkasının deneyimine de tanıklık etmesi biçiminde de olabilir.

Yaşamda karşılaşılan stresörler kişinin baş edebileceği seviyedeysen travmalar tüm dengenin bozulduğu ve kişinin bildiği baş etme becerilerini alt üst eden bir durumdur (Yüksel, 2009: 11). Travmatik olaylar bireyin bütünlüğünü bozan ya da tehdit eden durumlardır. Bu durumlar depresyon, sel, savaş, kaza, alıkoyma, şiddet, ölüm ya da cinsel taciz ve tecavüzler olarak ifade edilebilir (Aker, 2012: 11; Levine, 2013: 34). Birey travmatize olduğunda çaresizlik, aşırı korku ve dehşete kapılma gibi duygular hissetmektedir. Çaresizlik hissiyle birlikte kişinin uyarılmışlık düzeyinin artması bireyin yargılarının dışına çıkarak bilgi işleme sürecini olumsuz anlamda etkilemekte ve durumun anlaşılmasını, özümsemesini güçleştirmektedir. Travma bireyin dünyayı tehlikeli bir yer olarak algılamasına ve kontrolünü kaybettiğine sebebiyet vererek çaresizlik ve umutsuzluk duygularını bir anlamda pekiştirerek durumun kalıcı bir hal almasına neden olmaktadır (Sungur, 1999: 107).

Ruhsal travma; insan eliyle kasıtlı olarak ortaya çıkan durumlar, doğal afetler ve kazalar olmak üzere üç ana temel başlık altında ele alınmaktadır. Travmaların ortaya çıkış biçimi bireylerin olayları yorumlama biçimlerini de önemli ölçüde etkilemektedir (Aker, 2012: 12; Mayda ve Yücel, 2020: 5).

1.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları, bireylerin hayatlarındaki işlevselliklerini ve ruh sağlıklarını olumsuz olarak etkilediğinden sıklıkla araştırmalarda yer almaktadır. Araştırmalar gösteriyor ki çocukluk dönemindeki travmalar, yetişkinlik döneminde şiddet davranışı, davranış problemleri, ilişki problemlerine ve psikopatolojiye neden olmaktadır (Cohen, 2019: 12).

Çocukluk çağı travmaları, çocukların maruz kaldığı kötü muameleler olan fiziksel, duygusal manada yanlış davranışların olması, cinsel istismar, ilgisizlik ve ihmalkarlık ve ticari anlamda da sömürülmesi ile ilişkilidir (WHO, 2006: 7).

Çocukluk çağı travmaları diğer bir ifadeyle bireylerin 18 yaş öncesinde maruz kaldığı fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal durumu ve ebeveynin kaybı, boşanma, şiddete maruz kalma ya da tanıklık durumu, doğal afetler ve kazalar olarak nitelendirilir (Gündüz ve Gündoğmuş, 2019: 425). İhmal ve istismar ise anne baba ya da bakım veren gibi bir yetişkin tarafından çocuğu örseleyici, zarar verici ve uygunsuz olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini aksatan ya da engelleyen eylemsizlik ya da eylemlerin olmasıyla beraber çocuğun fiziksel, duygusal, cinsel ya da sosyal bakımdan zarar görmesi olarak da tanımlanabilir. Fiziksel ve duygusal ihmalin çocuk istismarı olarak ifade edilmesinin yanı sıra fiziksel istismarın aktifliği, ihmalin ise pasifliği dikkat çekmektedir (Taner ve Gökler, 2004: 82; Ayvaz ve Aksoy, 2004: 27).

Çocukluk çağı travmaları hemen her kültürde, sosyoekonomik düzeyde ve etnik gruplarda görülebilmektedir (Back ve diğerleri, 2003: 1270). Çocuk ihmali ve istismarı çocuğun yaşamı boyunca derin izler bırakan bir sağlık sorunu olarak da tanımlanmaktadır (Güler ve diğerleri, 2002: 129). İnsanlık tarihi kadar eskilere dayanan ancak ortaya çıkarılan, bilinenler kadar çıkarılamayanların da bulunduğu önemli bir sorun olan çocuk istismarı, çocuğun genellikle en yakınları tarafından yapılması sebebiyle anlaşılıp tedavisi en zorlayıcı olan travma biçimidir (Yılmaz ve diğerleri, 2003: 295).

İstismar ve ihmal bireysel, çevresel ve psikososyal etmenleri bir arada bulunduran bir problemlerdir ve bu sebeple anlaşılması ve tanınması güçtür. Özellikle tıbbi manada değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının çocuk ve aile ile karşılaştıklarında şüphe duyarak yaklaşımları gerekmektedir. İstismar ve ihmalinin önüne geçmek ve erken tanılamayı kolaylaştırmak adına yapılan gözlemlerin önemi büyüktür (Sarı ve diğerleri, 2016: 502).

1.4.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi

Çocukluk çağı travmaları epidemiyolojik açıdan incelendiğinde bildirilen durumlar ve araştırmalardan yola çıkılarak nüfusu nasıl etkilediği konusunda ortak bir fikre ulaşmayı istese de istismar ve ihmal durumlarının büyük çoğunluğu bildirilmemekte ya da fark edilmemektedir (WHO, 2006: 20).

Fiziksel istismar genellikle kaza olarak düşünülmeyle birlikte cinsiyet bağlamında kız erkek arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Fakat bu durum yaşla birlikte değişkenlik göstermektedir; kızlar ergenlik daha fazla fiziksel istismara maruz kalabilmektedirler (Taner ve Gökler, 2004: 82; Powers, Eckenrode ve Jaklitsch, 1990: 96). Araştırmalarda fiziksel istismarın en belirgin 4-8 yaş arasındaki çocuklarda sıklıkla karşılaşılan bir durum olduğu belirtilirken duygusal istismar ise 6-8 yaş aralığında bulunmuştur (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999: 1215). İngiltere’de yapılan bir araştırmada çocukların evde bakım verenler tarafından fiziksel istismara maruz kalma oranı %7 bulunurken gençlerin de benzer biçimde %6’sının fiziksel ihmale ve %11’inin cinsel istismara uğradığı görülmektedir (May-Chahal ve Cawson, 2005: 969).

Yapılan bir başka araştırmada 12-17 yaş arasındaki çocuklardan oluşan 571 kişilik grupta %55 oranında fiziksel istismar, %66 oranında duygusal istismar, %18 oranında cinsel istismar ve %37 oranında ev ortamında ihmale uğradıkları rapor edilmiştir (Zolotor ve diğerleri, 2009: 833). Bununla beraber dünyanın farklı bölgelerinde yapılan araştırmalarda erkeklerin %5 ile %10 arasında kadınların ise %20 oranında kendilerinin de çocukluk dönemlerinde cinsel istismara maruz kaldıkları belirtilmektedir (WHO, 2006: 11).

1986 yılında Türkiye’de 5000 çocukla Bilir ve meslektaşları tarafından gerçekleştirilen araştırmada 5 yaşını doldurmamış çocukların %36 oranında fiziksel istismara maruz kaldığı görülmüştür. Yayınlanmamış başka bir araştırmada ise lise döneminde cinsel istismar oranları %11 üniversitede ise %15 olarak belirtilmiştir (Oral ve diğerleri: 2001: 287).

Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada 389 lise öğrencisinin %10,7’sinin cinsel, %15,8’inin duygusal ve %13,5’inin cinsel istismara uğradığı belirlenirken %16,5 oranında ihmal bulgularına rastlanmıştır (Zoroğlu, Tüzün ve Şar, 2001: 69). Bir başka araştırmada ise 2015 yılında 628 kişilik bir gruptan oluşan kadınların çocukluk çağında %2,5’lin cinsel istismara, %8,9’un duygusal istismara, %8,9’un ise fiziksel istismara ve %33,9’un ihmale maruz kaldığı bulunmuştur (Akyüz ve diğerleri, 2005: 268).

Literatürde istismar ve ihmal yaşantılarının gizli tutulması, bildirilmemesi ya da inkar edilmesi gibi durumlar sebebiyle birtakım verilere ulaşılsa da verilerin tam anlamıyla gerçekliği yansıtmadığı düşünülmektedir.

1.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Türleri

Çocukluk çağı travmaları beş ana başlık altında incelenmektedir; cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal(psikolojik) istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal.

1.4.3.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun anne babası ya da bakım veren tarafından fiziksel olarak hasara maruz kalması, yaralanması ya da yaralanma riskinin bulunmasını ifade eder (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999: 1214). Çocuğa verilen hasar; vurma, yakma, ısırma, itme ya da nesne kullanma yoluyla olabileceği gibi elle de gerçekleşmektedir. Fiziksel istismar fark edilmesi en kolay olan istismar biçimidir ve kaza dışı yaralanma olarak ifade edilmektedir (Taner ve Gökler, 2004: 82).

Çocuklarda yaralanmalar ile karşılaşıldığında fiziksel istismar durumu akla gelmelidir. Şüphle ile yaklaşılarak muayene edilmeli ve belirli tetkikler yapılmalıdır. Özellikle yaralanma sonrası çocuğun tedaviye götürülmesi konusundaki gecikmeler, çelişkili durumlar ve bulgular incelenmelidir. Hasar sonucunda sorumlunun çocuk olduğunu ifade eden ve aşırı kaygılı ya da ilgisiz görünen ebeveynlerin fiziksel istismara maruz bırakma ihtimali düşünülmelidir (Tıraşçı ve Gönen, 2007: 71).

İstismar incelenirken yalnızca çocuğun durumu değil istismarı uygulayan birey, anne ya da babanın da değerlendirmeden geçmesi gerekmektedir. Bireylerin genç anne baba olması, partnerin vefatı, alkol ya da madde kullanımı, çocukluk dönemi istismar öykülerinin bulunması, ekonomik problemler, aile içerisinde fiziksel ya da ruhsal hastalık durumları istismara yatkınlık olarak belirtilmektedir (Hancı, 2002; aktaran Tıraşçı ve Gönen, 2007: 71).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklar sosyal açıdan işlevsiz davranışlar sergileyebilirler; yakın ilişkide zorluklar, duygusal yoğunluğun az olduğu ilişkiler, çatışmalı ilişkiler ve öfke yoğun biçimde dikkat çekebilir (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999: 1216; Salzinger ve diğerleri, 1993: 171).

1.4.3.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, günlük yaşamda sıklıkla rastlanan istismar türlerinden biridir. Çocuğun anne, baba ya da bir başka yetişkin tarafından aşağılanması, alay edilmesi, sindirilmesi, ayrımcılığa maruz kalması, reddedilmesi ve tehdit alması gibi fiziksel olmayan

muamele biçimlerini içerir. Çocuktan yeteneklerinin çok üzerinde beklentiler ve isteklerinin olması ve saldırganca tutumlar olarak tanımlanabilir (Runyan ve diğerleri, 2002: 60).

Çocuğa bağırma, küfretme, yalnız bırakma, yanıltma gibi davranışların yanında çocuğun duygusal açıdan ihtiyaçlarını gidermeme, küçük düşürme ve önemsememe davranışlarını da içerisinde barındırır. Ayrıca çocuğa duygusal istismar uygulayan kişi çocuğa baskıcı bir tutum içerisinde olarak otoriteye bağlı kalmasını ister ve aşırı korumacı davranışlar sergileyebilir (Runyan ve diğerleri, 2002: 60; Polat,2000; aktaran Tıraşçı ve Gönen,2007: 72).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklar gerginlik, değersizlik, saldırganlık duygularıyla baş etmeye çalışırken bağımlı kişilik özellikleri gösterebilir ve aileden uzaklaşabilir. Ayrıca duygusal istismar çocukların zihinsel gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir ve dikkat dağınıklığı, öğrenme güçlükleri gibi problemler yaşayabilirler. Tanımlanması zor ancak en sık rastlanan istismar türlerinden olan duygusal istismar, çocuğun hem başarısını hem de kişilik yapısını olumsuz anlamda etkilemektedir (Paavilainen ve Tarkka, 2003: 53).

Duygusal istismarda anne baba ve çevrenin etkisi birlikte incelenmektedir çünkü bu istismarı gerçekleştirenler çocuğa birinci derecede yakınlığı bulunan kişilerdir. Annenin madde kullanımı, duygudurum bozuklukları, öfke problemleri risk faktörleri arasında gösterilebilir (Taner ve Gökler, 2004: 85).

1.4.3.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar çocuğun kendisinden en az altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel amaçlı ikna edilerek kullanılması ya da bu duruma izin verilmesi olarak ifade edilmektedir. Cinsellik içerikli ve kışkırtıcı konuşmalar, pornografik içerikler izlettirme, cinsel organları okşama, tecavüz, çocuk pornografisi ve tecavüze kadar giden geniş bir konudur(Hancı, 2002; aktaran Tıraşçı ve Gönen, 2007: 71).

Cinsel istismar anlaşılması ve belirlenmesi en zor olan istismar çeşididir ve her tür sosyoekonomik seviyede karşılaşılabileceği ortaya konulmuştur. Ayrıca kadınlar için %12 ile %17 arasında yaygınlık gösterirken erkekler için %5 ile %8 arasında yaygınlık göstermektedir (Gorey ve Leslie, 1997: 395; Hedin, 2000: 350).

İstismar sonrasında intihar düşünceleri oldukça yaygındır ve kişide yoğun depresyon, uyurgezerlik gibi bazı problemler çıkmakta, kişinin benlik saygısı ciddi manada hasar görmektedir (Pelcovitz ve diğerleri, 1994: 307; Livingston, 1987: 413).

Cinsel istismara uğrayan çocuğun ailesi genellikle babanın güç sembolize ettiği ve baskın anne babanın olduğu kapalı aile sistemindedir. Anne babada cinsel problemlerin olma ihtimali yüksek olup aile dışında sosyal anlamda kısıtlılık bulunmaktadır. Ayrıca bu ailelerde sıklıkla rol karmaşası görülmekte, kız çocuğunun anne gibi davranmasının yanında alkol ve maddenin kötüye kullanımı görülmektedir (Taner ve Gökler, 2004: 84).

1.4.3.4. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, çocuğun yetersiz beslenmesi, giyinme, hijyen ve bakım konularında yetersiz ilgiyi görmesi durumudur (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999: 1215). Fiziksel ihmal çocuğun bilişsel, duygusal, sosyal ve davranışsal gelişimini etkilemekte olup akademik problemlere, kısıtlı ilişkilere ve sosyal olarak içe çekilmeye sebebiyet vermektedir (Bifulco ve diğerleri, 2002: 248).

Fiziksel ihmalde bakım veren kişinin psikiyatrik problemlere sahip olduğu, sosyal desteğin olmaması ve madde kullanımı risk faktörleri arasındadır (Taner ve Gökler, 2004: 83).

1.4.3.5. Duygusal İhmal

Duygusal ihmal, diğer ihmal ve istismar türlerine göre daha az çalışmış olmasına rağmen en yaygın türüdür (Wright, Crawford ve Del Castillo, 2009: 61). Çocukluk çağı travmaları arasında cinsel ve fiziksel istismara göre duygusal ihmal ve istismarın daha yaygın olduğu belirtilmiştir (Saveanu ve Nemeroff, 2012: 59).

1.4.3.6. Aşırı Koruma – Kontrol

Doğumdan itibaren çocuk çevresini saran sosyal ve fiziksel çevre ile uyum sağlamaya çalışırken en büyük desteği anne babasından alır ve çocuğun sosyalleşme, bireyselleşme sürecindeki en önemli unsurdur. Değerlerin, bilgilerin, rollerin, alışkanlık ve tutumların kuşaktan kuşağa aktarılmasında önemli rol oynar ve çocuğa rehberlik ederek davranışlarını, düşüncelerini ve kişiliğini şekillendirir. Çocuğun anne babasını taklit ederek öğrendiği tüm özdeşim modelleri kişilik yapısının bir parçası haline gelir (Yavuzer ve diğerleri, 2011: 11).

Anne baba tutumlarının en temel iki özelliği; denetim ve duygusal ilişki boyutudur. Duygusal ilişki, çocuğu merkez alan ve kabul edici tutumdan reddedici tutuma kadar tüm tutumların yer aldığı geniş bir yelpazeyi içerir. Denetim boyutu ise hoşgörü ile kısıtlayıcı tutum arasındaki yelpazeyi ifade eder (Yavuzer ve diğerleri, 2011: 25).

Aşırı koruma ise anne babanın çocuğu yoğun bir biçimde koruma altına alması, gereğinden fazla özen göstermesi manasına gelmektedir ve kişinin ileriki dönemde kolayca hayal kırıklığına uğramasına, kendisine güveninin az olmasına, diğer kişilere bağımlı bir yapı geliştirmelerine sebebiyet vermektedir. Aşırı kontrol ise anne babanın gereğinden fazla baskısıyla çocuğun çekingen bir yapıda, hassas ve kolay kanabilen bir yapılanma geliştirmesine sebebiyet vermektedir. Çoğunlukla suçlayıcı, eleştirici ve çocuklarına sürekli olarak karışan anne babaların çocukları ileride isyankar tutumlar ve aşağılık duygusu geliştirebilirler (Yavuzer ve diğerleri, 2011: 27,37).

1.4.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Yetişkinlikteki Etkileri

Çocukluk çağı istismarı yaşam boyu devam eden ve gerçek sonuçlara sahip olan evrensel bir sorundur (Lev-Wiesel ve Amir, 2003: 739). Çocukluk çağı istismarları bireyin yetişkinlik döneminde fiziksel problemlerin yanında önemli ölçüde ruhsal problemlerle karşılaşmasına sebebiyet vermektedir. Yaşanan bu travmatize edici durumlar bireyin stresle başa çıkmasını güçleştirmekte ve kırılgan olmasına yol açmaktadır (Kendall-Tacker, 2002: 721). Çocukluk çağı istismarına yönelik yapılan araştırmalarda da birden fazla istismar çeşidine uğrayan bireylerin tek istismara uğrayan bireylere oranla daha fazla semptom gösterdiği görülmüştür (Mullen ve diğerleri, 1996: 18).

Yetişkinlikteki travmalar bireyin kişilik yapısı üzerinde önemli ölçüde etki etse de çocukluk çağında maruz kalınan travma ise kişiliğin biçimlenmesine sebebiyet verir. İstismarcı bir çevrede çocuk, çaresizlikle baş başa kalır. Korkutucu ve güvensiz olan bu çevrede çocuğun öngörülemez olan bu durumla henüz gelişmemiş savunma sistemiyle baş etmesi beklenmektedir (Herman, 2017: 121). Dönüşüp değişebilen anıların aksine travmatik anılar değiştirilmesi, dönüştürülmesi oldukça güç ve bireyi durumlardan yeni anlamlar bulmasından alıkoymaktadır (Levine, 2017: 38). Ayrıca çocukluk çağı istismarına maruz kalan bireylerin yetişkinlikteki etkilerinin incelendiği araştırmalarda bu bireylerin yetişkinlikte tekrar istismara maruz kalma riskinin bulunmasının yanı sıra çocukluk çağı istismarının partner şiddeti ve erken dönem uyumsuz şemaların arasındaki ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür (Atmaca ve Gençöz, 2016: 91).

Yapılan araştırmalarda çocukluk çağında travmatize olan bireylerin ileride madde ve alkol kullanımı bozuklukları, kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve intihar düşüncelerinin olduğu görölmektedir (Eskin, Kaynak-Demir ve Demir, 2005: 186). Ayrıca çocukluk çağı istismar ve ihmeline uğrayan çocukların erken yetişkinlikte kişilik bozukluğu ve yeme bozuklukları geliştirmesi araştırmalarla gösterilmiştir (Johnson ve diğeri, 1999: 600; Örsel ve diğeri, 2011: 135). Psikiyatrik hastaların incelendiğı bir grupta %57’lik bir grubun geçmiş yaşantılarında fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldıkları bulunmuştur (Jacobson ve Richardson, 1987: 910). 2011 yılında 183 psikiyatri hastası ile yapılan araştırmada %65,7 oranında çocukluk çağı fiziksel, duygusal ve cinsel istismarından birine maruz kaldıkları görölmektedir %6,1’in tüm istismar türlerine maruz kaldığı saptanmıştır (Örsel, 2011: 133). Çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalan bireylerde depresyon, fobi, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve cinsel işlev bozukluklarının göröldüğü ifade edilmektedir (Saunders ve diğeri, 1992: 197). Aynı zamanda cinsel istismarın intihar için yaşam boyu devam eden önemli bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (Davidson, 1996: 550).

Çocukluk döneminde istismara maruz kalan bireylerle yapılan bir araştırmada ihmal ve istismarın görsel halüsinasyonları öngörmediğı fakat görsel halüsinasyonları olanların çocukluk ve yetişkinlik döneminde ihmal ya da istismara maruz kaldığı öngörülmektedir. Ayrıca cinsel istismar ve görsel halüsinasyonların ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Çocukluk çağında yaşanan bu olumsuz deneyimlerin görsel, işitsel ve dokunsal halüsinasyon türünün görölme sıklığını artırdığı bilinmektedir (Shevlin, Dorhy ve Adamson, 2007: 223). Çocukluk dönemi travmalarının yetişkinlikteki etkilerini araştıran bir başka araştırmada da trikotilomani ve obsesif kompulsif bozukluğu ile duygusal ihmal arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Locher ve diğeri, 2002: 67). Ayrıca duygusal istismarın kendilik saygısının azalmasına neden olurken beden memnuniyetsizliğı, yeme bozuklukları ve aleksitimi ile ilişkisinin altı çizilmektedir (Ağırman ve Maner, 2010: 126).

İstismar ve ihmale uğrayan bireylerin bilişsel, sosyal, davranışsal ve duygusal bağlamda hayatın ileriki dönemlerinde çok daha fazla zorlukla mücadele ettiğı bilinmektedir. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin bu dört alandaki olumsuz etkileri bireyin gelişimi için problem oluşturmakla beraber toplum için de önemli bir sorundur (Kendall- Tacket, 2002: 715; Taner ve Gökler, 2004: 82). Bu sebeple travma sonrasında çocuğun zihninde oluşan “dünya tehlikeli bir yer” düşüncesinin esneklik kazandırmak amacıyla çocuğa sosyal destek sağılamak oldukça önem kazanmaktadır (Sungur, 1999: 106).

BÖLÜM II: YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde; araştırma modeli, araştırma örneklemi, kullanılan veri toplama araçları, verilerin analiz edilmesinde kullanılan istatistiksel uygulamalar ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma, yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolünü incelemeye yönelik ilişkisel tarama modeline uygun bir çalışmadır. İlişkisel tarama yöntemine göre değişkenlere herhangi bir müdahale olmaksızın iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişkinin birbirlerini etkileme durumları ve birlikte değişimleri incelenir. (Büyüköztürk ve diğerleri, 2021: 25).

Öncelikle bağımsız değişken (kişilik inançları) ile bağımlı değişken (yeme bozuklukları), bağımsız değişken (kişilik inançları) ile aracı değişken (çocukluk çağı travmaları), aracı değişken (çocukluk çağı travmaları) ve bağımsız değişken (kişilik inançları) arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon analizi ile incelenmiştir. Araştırmanın devamında ilişkiler belirlendikten sonra yapısal eşitlik modeli (YEM) ile değişkenlerin aralarındaki yapısal ilişkiler incelenmiştir. Yapısal eşitlik modeli, değişkenler arasında dolaylı ya da doğrudan etkilerin beraber analiz edilmesini sağlar. Bu model yoluyla yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmaları değişkeninin aracı rolü inceleneceğinden dolayı kişilik inançları bağımsız değişken, yeme bozuklukları bağımlı değişken ve çocukluk çağı travmaları da aracı değişken olarak belirlenmiştir.

2.2. Araştırma Soruları

1. Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
2. Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
3. Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?
4. Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları psikolojik psikiyatrik yardım arayışına göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

5. Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları psikiyatrik tanılara göre anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

Kişisel bilgi formunda mevcut olan yaş, cinsiyet verileri yüzdelik frekans analiziyle incelenmiştir.

2.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma normal yetişkin popülasyonla yürütülmüş olup 18-65 yaş aralığında 741 katılımcıdan oluşmaktadır. Ancak 538 kişi araştırmanın dışlama kriterlerini taşıması sebebiyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmaya katılımda gönüllülük esas olup örneklemin oluşturulmasında basit seçkisiz katılım örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem ile örneklem seçilirken gönüllü olan katılımcıların hepsi bağımsız ve eşit şansa sahip olması amaçlanmıştır (Büyüköztürk, 2021: 88). Etik kurul onayı alınarak yürütülmeye başlanan araştırmada katılımcılardan toplanan veriler çevrimiçi ortamda elde edilmiş ve tüm katılımcılar araştırmanın ölçek ve anketlerini görmeden önce araştırmanın konusu, amacı ve uygulayıcısı hakkında bilgilendirilmiş onam formu ile bilgilendirilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, katılımcıların demografik bilgilerini öğrenmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu”, araştırmadaki katılımcıların yeme bozukluk düzeylerini değerlendirmek amacıyla “Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği”, katılımcıların kişilik inançlarını anlayabilmek adına “Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu” ve çocukluk çağı travmalarını görebilmek adına “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” isimlerindeki veri toplama araçları kullanılacaktır.

2.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılar ile ilgili bilgi edinebilmek adına araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formunda katılımcıların cinsiyetleri, yaşları, eğitim düzeyleri, psikolojik bir problemin ya da tanı durumunun olup olmama durumu, psikiyatrik ilaç kullanım durumları ve mevcut kilolarından memnuniyetleri ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Kişisel bilgi formu oluşturulurken formda bulunan soruların, araştırmanın değişkenleri ile ilişkili olması ve araştırmanın amacını taşıması faktörleri göz önünde bulundurulmuştur.

2.4.2. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Görüşmesi (EDE-Q: Eating Disorders Examination Questionnaire) bildirim envanteri biçimi olan Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği(YBDÖ) Fairburn ve Cooper(1993) tarafından geliştirilmiştir. Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk(2011) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır.

Ölçeğin güvenirlik çalışmaları sonucunda iç tutarlılık için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı .93 olarak belirtilmiştir (Yücel ve ark., 2011, s. 509). İç tutarlılık katsayısı .93 ve test tekrar test güvenirliği çalışmaları ise ($r=.91$) olarak tespit edilmiştir. “Tıkınırcasına yeme” için Cronbach alfa değeri .57 , “kısıtlama” alt ölçeği iç tutarlılığı .85, “yeme ile ilgili endişeler” alt ölçeği iç tutarlılığı .81, “beden şekliyle ilgili endişeler” alt ölçeği iç tutarlılığı 0.91 ve “kilo endişeleri” iç tutarlılığı ise .78’dir.Veriler ışığında Türkçeye uyarlanan Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği’nin yeme bozukluğu patolojisinin anlaşılması ve yordanmasında geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirtilebilir (Yücel ve ark., 2011: 510)

Kişilerin yeme bozukluklarının değerlendirilmesi için uyarlanan ölçek toplam 33 maddeden meydana gelmektedir. Ölçeğin alt boyutları; “kısıtlama”, “tıkınırcasına yeme”, “beden şekliyle ilgili endişeler”, “yemeyle ilgili endişeler” ve kiloyla ilgili endişeler” olarak belirtilmektedir. Ölçek değerlendirilirken Kısıtlama (1.,2.,3.,4.,5. madde), Beden Şekliyle İlgili Endişeler (BE) (6.,8.,10.,11.,23.,26.,27., ve 28. madde), Tıkınırcasına Yeme (TY) (13.,14.,15.,16.,17., ve 18. madde), Yemeyle İlgili Endişeler (YE) (7.,9.,19.,20. Ve 21.madde), Kiloyla İlgili Endişeler (KE) (8.,12.,22.,24. Ve 25. Madde) olarak hesaplanmaktadır. (Yücel ve diğerleri 2011: 511)

Ölçeğin puanlaması değerlendirildiğinde en az 0 en fazla 168 puan olduğu görülmektedir. Ölçeğin kesim noktası bulunmamasından dolayı 7’li likert tipi olma durumu göz önünde bulundurularak kesim noktası “84 ve sonrası” olarak belirlenmiştir. Ölçeğin araştırmada kullanılması için sorumlu yazar olan Prof. Dr. Başak Yücel’den gerekli izinler alınmıştır.

2.4.3. Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu-(KİÖ-KTF)

Kişilik İnanç Ölçeği, kişilik bozukluklarıyla bağlantılı olan bireylerin kendileri ve diğer insanlar ile ilgili hatta dünya ile ilgili inançlarının anlaşılması için oluşturulan bir ölçektir. Ölçek Beck ve arkadaşları tarafından bilişsel kuram ve klinik gözlemler ışığında geliştirilerek inanç ve varsayımlardan meydana gelen şemaları içermektedir. Çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik, histriyonik, şizoid ve paranoidden oluşan dokuz kişilik bozukluğuna tekabül eden inanç ve tutumlardan oluşmaktadır. Ölçeğin özgün formu dokuz kişilik bozukluğunu yordayan 14 sorudan meydana gelmekte ve toplamda 126 maddeden oluşmakta, iç tutarlılık katsayısı .79 ile .91 arasında ve cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .95 olarak belirtilmiştir (Butler, Beck ve Cohen, 2007: 358).

Kişilerin disfonksiyonel inançlarını tanımlamada kullanılan bu ölçeğin kısa formu 65 sorudan oluşmaktadır, Türkçapar ve arkadaşları tarafından ölçeğin orijinal halinin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 18-29 yaş arası toplam 232 üniversite öğrencisinden oluşan bir grupla çalışılmıştır. Yapılan çalışmada 0.67 ile 0,90 arasında iç tutarlık katsayısı ve cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.92 iken alt ölçeklerin güvenirlik katsayıları 0.61 ile 0,85 arasında bulunmuştur. Bununla beraber test tekrar test çalışması ile korelasyon katsayıları 0.66 ile 0,87 arasında elde edilmiştir. Ölçeğin kısa formu geliştirilirken orijinal ölçekte de kısa ve pratik olması açısından ölçeğin belirleyiciliği yüksek olan maddeler arasından seçim yapılmıştır. Literatürde de değinilen patolojik inançlara ilişkin alt boyutlara bakıldığında cronbach alfa katsayıları çekingen kişilik özellikleri için .57, pasif agresif kişilik özellikleri için .66, antisosyal kişilik özellikleri için .77, histriyonik kişilik özellikleri için .77, paranoid kişilik özellikleri için .83, bağımlı kişilik özellikleri için .76, obsesif kompulsif kişilik özellikleri için .73, şizoid kişilik özellikleri için .83 ve borderline kişilik özellikleri için .78 olarak belirtilmiştir.

Literatürde de belirtildiği gibi kişilik bozuklukları üç temel alt boyutta incelenmektedir; A, B ve C kümesi. A kümesinde; eksantrik ve tuhaf özelliklere sahip kişilik özellikleri, B kümesinde; duygusal, dramatik ve C kümesinde ise endişeli, korkulu kişilik özellikleri yer almaktadır. Temel 9 kişilik inancı bu kümelerin altında yer almaktadır. Ölçeğin puanlanmasında “0=Hiç inanmıyorum”, “4=Tümüyle inanıyorum” olarak puanlandırılmaktadır. (Taymur ve ark., 2011: 200).

Kişilik İnancı Ölçeği 5’li likert tipinde olup 9 alt boyutu(çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, antisosyal, narsistik,histriyonik, şizoid, paranoid) bulunmaktadır, en az 0 en fazla 260 puan alınmakta ve 65 sorudan oluşmaktadır.

Ölçek değerlendirilirken; çekingen alt boyut için:1,2,5,31,33,39,43; bağımlı alt boyut için:15,18,44,45,56,62,63; pasif agresif alt boyut için:4,7,20,21,41,47,51; obsesif kompulsif alt boyut için:6,9,11,19,30,40,57; antisosyal alt boyutu için:23,32,35,38,42,59,61; narsistik alt boyutu için:10,16,26,27,46,58,60; histriyonik alt boyutu için:8,22,34,37,52,54,55; şizoid alt boyutu için:12,25,28,29,36,50,53; paranoid alt boyutu için:3,13,14,17,24,48,49; borderline alt boyutu için:31,44,45,49,56,64,65 bölüm puanları ilgili maddelerin toplamı ile elde edilir.

Ölçeğin araştırma için kullanılmasında sorumlu araştırmacı olan Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar’dan izin alınmıştır.

2.4.4. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında çocukluk çağı travmalarını anlayabilmek amacıyla geliştirilen ölçeğin özgün hali başında 53 maddeden oluşuyordu ve sonrasında yazarı tarafından 28 maddelik kısa form haline getirildi. Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından 2012 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Bireylerin çocukluk dönemleri sırasında karşılaşabilecekleri fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrolü değerlendirme amacıyla oluşturulan öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin özgün halinde cronbach alfa iç tutarlık kat sayısı 0,79-0,94, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı ise 0,80-0,89 aralığında ve test tekrar testin korelasyon katsayısı .90 olarak belirtilmiştir.

Şar, Öztürk ve İkikardeş tarafından 2012 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, 2020 yılında Şar ve arkadaşları tarafından genişletilerek 33 madde haline getirilip ve “aşırı koruma-kontrol” alt boyutu eklenmiştir. Bireylerin çocukluk dönemi sırasında karşılaşabilecekleri fiziksel ihmal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, duygusal istismar, cinsel istismar ve aşırı koruma-baskılanmalarını değerlendirme amacıyla oluşturulmuştur (Şar ve diğerleri, 2020).

Ölçek 5’li likert tipinde olup alınacak puan en az 25, en fazla 150’dir. Ölçeğin puanını hesaplayabilmek için önce pozitif yöndeki ifadelere verilen yanıtlar ters

çevrilmelidir(1,2,4,5,7,10,13,19,26,28,31). Duygusal istismar:3,8,14,18,25; fiziksel istismar: 9,11,12,15,17; fiziksel ihmal:1,2,4,6,26: duygusal ihmal:5,7,13,19,28: cinsel istismar:20,21,23,24,27; aşırı koruma-kontrol:29,30,31,32,33 bölüm puanları ilgili maddelerin toplamı ile elde edilir. İnkâr(minimize etme) puanları için 10,16,22 maddelerinden 10. Maddeye verilen yanıtın önce ters çevrilmesi gerekir. Bu üç madde toplam puanı etkilemez ve toplam inkar puanı 0-3 arasında olabilir.(Şar ve diğerleri, 2020)

Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan, cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının kesim noktası olup yeterli olduğu ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında belirtilmiştir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012: 1060).

Ölçeğin araştırmada kullanılması için sorumlu araştırmacı tarafından Prof. Dr. Vedat Şar'dan izin alınmıştır.

2.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 18-65 yaş arasındaki bireylerden çevrimiçi olarak toplanacaktır. Araştırmada katılımcıların gönüllülük durumu esas alınmış olup katılımcılara araştırma hakkında gerekli bilgiler verilecektir. Araştırmaya katılan gönüllülere açıklamalar yapıldıktan sonra Kişisel Bilgi Formu, Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Kişilik İnançları Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden meydana gelen ölçek bataryası verilmiş olup katılımcılardan ölçeklerdeki soruları cevaplamaları istenmiştir. Gizlilik ihlalinin olmaması bakımından gönüllü katılımcıların kimlik bilgilerinin yer aldığı sorulara yer verilmemiştir. Verilen bataryadaki ölçeklerin doldurulma süresi ortalama 25 dakika olarak kaydedilmiştir.

2.6. Verilerin Çözümlemesi

Araştırmada veriler çözümlenirken SPSS Statistics 21.0 ve AMOS 20.0 programları kullanılmıştır. Veri toplama araçlarında görülen eksik, hatalı ya da dışlama kriterine uyan tüm veriler çözümlemenin dışında tutulmuştur. Verilerin çözümlenmesinde parametrik testlerin uygulanması için örneklem sayısının yeterliliği sağlandıktan sonra ilgili örneklemde dağılımın normalliğine bakılmıştır. Normalliğe bakılırken değişkenlerde basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiş ve +1 ve -1 arasında olması nedeniyle dağılımın normal olduğu varsayılmıştır. Ek olarak Skewness ve Kurtosis ile elde edilen değerler de normalliğin olduğunu doğrulamaktadır (Büyüköztürk, 2021: 113).

Normallik dağılımının sağlanması ile verilerin çözümlenmesi amacıyla parametrik yöntemlerin uygulanmasına karar verilmiştir. Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği Anova Testi; cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği *t* Testi; eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Anova Testi; psikolojik/psikiyatrik destek ve tanı değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini *t* Testi aracılığıyla incelenmiştir. Değişkenler arası lineer ilişkiler Pearson Korelasyon Analizi ile incelendikten sonra regresyon analizi ile değişkenlerin arasındaki yordayıcılık etkilerine bakılmıştır ve Anova Testi ile gerekli analizler sağlanmıştır. Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ve kişilik inançları arasındaki ilişkide aracı rolünün olup olmadığı ve değişkenler arası yapısal ilişkiler YEM ile bulunmuştur.

2.7. Araştırmanın Dışlama Kriteri

Araştırmada uygulanan ölçeklerin değerlendirilmesi kısmında bağımlı değişken olan yeme bozukluklarının değerlendirme durumunda elde edilen verilerin güvenilir olması açısından ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik çalışmasında bir kesim noktası belirtilmemesi durumundan dolayı araştırmacı tarafından bir kesim noktası belirlenmiştir. Ölçeğin 28 maddeden oluşması ve 7’li likert tipinde bir ölçek olması göz önünde bulundurularak en az 0 en fazla 168 puan elde edilmektedir. Araştırmacı tarafından “84 puan ve sonrası” bozukluğun var olduğu kabul edilerek yeme bozukluğu olmayan katılımcılara ait veriler araştırmacının bilgisayarından silinerek istatistiksel analizden çıkarılması planlanmıştır.

BÖLÜM III: BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılara ilişkin tanımlayıcı istatistik bulgularına yer verildikten sonra ölçeklerin faktör analizlerine ilişkin istatistiksel analiz bulgularına yer verilmiştir. İlk olarak yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının demografik değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı, daha sonra da değişkenlerin birbirleriyle olan lineer ilişkileri ve yordayıcılık etkileri incelenmiştir. Sonrasında da yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı etkisi olup olmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Betimleyici İstatistikler

3.1.1. Katılımcılara İlişkin Betimleyici İstatistik Bulguları

Tablo 1: Katılımcılara İlişkin Bulgular

Değişken	Kategori	f	%	Geçerli Yüzde	Birikimli Yüzde
<i>Yaş</i>	18-25	70	34,5	34,5	34,5
	26-45	82	40,1	40,4	74,9
	46-65	51	25,1	25,1	100,0
<i>Cinsiyet</i>	Kadın	113	55,7	55,7	55,7
	Erkek	90	44,3	44,3	100,0
<i>Eğitim Düzeyi</i>	İlk/Ortaokul	46	22,7	22,7	22,7
	Lise	51	25,1	25,1	47,8
	Üniversite	92	45,3	45,3	93,1
	Master/Doktora	14	6,9	6,9	100,0
<i>Psikolojik Destek</i>	Evet	93	45,8	45,8	45,8
	Hayır	110	54,2	54,2	100,0
<i>Psikolojik/Psikiyatrik Tanı</i>	Evet	33	16,3	16,3	16,3
	Hayır	170	83,7	83,7	100,0

Araştırmaya katılım sağlayan yeme bozukluğu gösteren 203 kişilik örneklemin yaş grupları incelendiğinde %35'ini oluşturan 70 kişinin 18-25 yaş grubunda, %40'ını oluşturan 82 kişinin 26-45 yaş grubunda ve %25'ini oluşturan 51 kişinin 46-65 yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Örneklem cinsiyete göre incelendiğinde %56'sını oluşturan 113 katılımcının kadın, %44'ünü oluşturan 90 kişinin erkek olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine göre incelendiğinde örneklemin %23'ünü oluşturan 46 kişinin ilk/ortaokul mezunu, %25'ini oluşturan 51 kişinin lise mezunu, %45'ini oluşturan 92 kişinin üniversite mezunu ve %7'sini oluşturan 14 kişinin master/doktora mezunu olduğu görülmektedir. Örneklem katılımcıların psikolojik destek alma durumlarına göre incelendiğinde %46'sının psikolojik destek alırken %54'ünün psikolojik desteğe başvurmadığı görülmektedir. Psikolojik/psikiyatrik tanı alma durumlarına göre incelendiğinde ise 33 kişiden oluşan %16'luk grubun psikolojik/psikiyatrik tanı alırken 170 kişiden oluşan %83'lük grubun daha önce tanı almadığı görülmektedir.

3.1.2. Araştırma Değişkenlerine ve Ölçeklere İlişkin Betimleyici İstatistik Bulguları ve Normalliğin İncelenmesi

Tablo 2: Araştırma Değişkenlerine ve Ölçeklere İlişkin Bulgular

	N	Min.	Max.	$\bar{x}$	ss		Çarpıklık	Basıklık
<i>Kısıtlama</i>	203	,00	36,00	24,0542	7,11100	YBDÖ	,597	,373
<i>Yeme Endişesi</i>	203	,00	18,00	9,9409	4,77166			
<i>Kilo Endişesi</i>	203	11,00	86,00	27,9852	12,24319			
<i>Beden Endişesi</i>	203	1,00	30,00	21,2266	6,42842			
<i>Tıkınırcasına Yeme</i>	203	,00	83,00	18,3695	16,01473			
<i>A Kümesi Kişilik İnançları</i>	203	2,00	88,00	45,1232	23,33568	KİÖ-KTF	-,397	-,441
<i>B Kümesi Kişilik İnançları</i>	203	11,00	56,00	40,3054	9,26910			
<i>C Kümesi Kişilik İnançları</i>	203	4,00	32,00	20,4384	6,54610			
<i>Fiziksel İstismar</i>	203	5,00	25,00	11,1823	6,39704			
<i>Cinsel İstismar</i>	203	5,00	24,00	10,6108	6,31447			
<i>Duygusal İhmal</i>	203	9,00	26,00	16,5468	2,90468	ÇÇTÖ	,088	-1,248
<i>Fiziksel İhmal</i>	203	3,00	15,00	6,1478	3,14939			
<i>Aşırı Koruma-Kontrol</i>	203	4,00	20,00	11,9754	4,63033			
<i>Duygusal İstismar</i>	203	1,00	5,00	2,6453	1,30964			

Tabloda araştırmanın değişkenleri olan Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarına ait alt boyutlara ilişkin istatistiksel bulgulara yer verilmiştir.

Kısıtlama puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=24,0542$, standart sapması $ss=7,11100$ olarak, yeme endişesi puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=9,9409$, standart sapması $ss=4,77166$ olarak, kilo endişesi puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=27,9852$, standart sapması $ss=12,24319$ olarak, beden endişesi puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=21,2266$, standart sapması $ss=6,42842$ olarak, tıknırcasına yeme puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=18,3695$, standart sapması $ss=16,01473$ olarak bulunmuştur. A kümesi kişilik inançları puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=45,1232$, standart sapması $ss=23,33568$ olarak, B kümesi kişilik inançları puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=40,3054$, standart sapması $ss=9,26910$ olarak, C kümesi kişilik inançları puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=20,4384$, standart sapması $ss=6,54610$ olarak bulunmuştur. Fiziksel istismar puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=11,1823$, standart sapması $ss=6,39704$ olarak, cinsel istismar puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=10,6108$, standart sapması $ss=6,31447$ olarak, duygusal ihmal puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=16,5468$, standart sapması $ss=2,90468$ olarak, fiziksel ihmal puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=6,1478$, standart sapması $ss=3,14939$ olarak, aşırı koruma-kontrol puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=11,9754$, standart sapması $ss=4,63033$ olarak, duygusal istismar puanlarının aritmetik ortalaması $\bar{x}=2,6453$, standart sapması $ss=1,30964$ olarak bulunmuştur.

Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Kişilik İnanç Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçekleri'nin normalliklerini incelediğimizde, Skewness değerlerinin $|2|$ 'den, Kurtosis değerlerinin ise $|7|$ 'den küçük olduklarını görüyoruz. Böylece bu değişkenlerin ileriki testler için normallik varsayımlarını sağladıklarını söyleyebiliriz.

3.1.3. Ölçeklerin Geçerlilik Değerleri

Tablo 3: Ölçeklerin Geçerlilik Değerleri

YBDÖ	Cronbach's Alpha	N
	,592	24
KİÖ-KTF	Cronbach's Alpha	N
	,958	44
ÇÇTÖ	Cronbach's Alpha	N
	,863	24

Tabloda görüldüğü üzere ölçeklerin geçerlilik değerleri incelendiğinde ise Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği'nin Cronbach's Alpha geçerlilik değeri 0,6, Kişilik İnanç Ölçeği'nin Cronbach's Alpha geçerlilik değeri 0,96, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Cronbach's Alpha geçerlilik değeri ise 0,86 olarak hesaplanmıştır.

3.2. Faktör Analizlerine İlişkin Bulgular

3.2.1. YBDÖ İlişkin Faktör Analizi Bulguları

Tablo 4: YBDÖ Faktör Analizi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,777
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare değeri	1934,623
	df	276
	P	,000

Yeme bozuklukları için yapılan faktör analizinde güvenirlik değeri 0,78 olarak hesaplanmıştır.

3.2.2. KİÖ- KTF İlişkin Faktör Analizi Bulguları

Tablo 5: KİÖ-KTF Faktör Analizi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,927
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare değeri	5676,758
	df	946
	P	,000

Kişilik inanç ölçeği için yapılan faktör analizinde güvenirlik değeri 0,93 olarak hesaplanmıştır.

3.2.3. ÇÇTÖ İlişkin Faktör Analizi Bulguları

Tablo 6: ÇÇTÖ Faktör Analizi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,882
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare değeri	3151,582
	df	253
	P	,000

Çocukluk çağı travmaları ölçeği için yapılan faktör analizinde güvenirlik değeri 0,88 olarak hesaplanmıştır.

3.3. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Çeşitli Değişkenlere Göre Anlamlı Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

3.3.1. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Yaşa Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Aşağıda gösterilen tabloda yeme bozukluklarının yaş değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 7: Yeme Bozukluklarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Tablosu

	Kareler Toplamı	df	KO	F	P
Gruplar arası	151,292	2	75,646	5,509	,005
Gruplar içi	2746,120	200	13,731		
Toplam	2897,412	202			

Yeme bozuklukları ölçeğinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Anova Testi uygulanmıştır. Anova 'da, 18-25, 26-45 ve 46-65 yaşları arasında yeme bozuklukları ölçeği dağıtılıp hesaplamalar yapıldıktan sonra anlamlılık değerinin 0,005 olduğu görülmektedir. Bu da demektir ki yeme bozuklukları ölçeğinde yaş grupları arasında farklılık görülmektedir. Dağılımın hangi yaş grupları arasında değişkenlik gösterdiği ise Scheffe Test ile incelenmiştir. Scheffe Test'e göre 26-45 ve 18-25 yaş grupları bir gruba toplanırken, 18-25 ve 46-65 yaş grupları başka bir gruba toplanmıştır. Böylece farklılık gösteren grupların 26-45 ve 46-65 yaş grupları olduğu görülmektedir. Yeme bozuklukları en çok 46-65 yaş arasında, en az ise 26-45 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Dağılımda yeme bozukluklarının yaşa göre ortalaması sırasıyla; 18-25 yaş grubu için $\bar{x}=16,5286$, 26-46 yaş grubu için $\bar{x}=15,8634$, 46-65 yaş grubu için $\bar{x}=18,0471$ olarak bulunmuştur.

Aşağıda gösterilen tabloda kişilik inançlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 8: Kişilik İnançlarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu

	Kareler Toplamı	df	KO	F	P
Gruplar arası	3364,166	2	1682,083	14,829	,000
Gruplar içi	22686,213	200	113,431		
Toplam	26050,379	202			

Kişilik inanç ölçeğinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Anova Testi uygulanmıştır. Anova’da, 18-25, 26-45 ve 46-65 yaşları arasında kişilik inanç ölçeği dağıtılıp hesaplamalar yapıldıktan sonra anlamlılık değerinin 0,000 olduğu görülmektedir. Bu da demektir ki kişilik inanç ölçeğinde yaş grupları arasında farklılık görülmektedir. Dağılımın hangi yaş grupları arasında değişkenlik gösterdiği ise Scheffe Test ile incelenmiştir. Scheffe Test’e göre 26-45 ve 18-25 yaş grupları bir gruba toplanırken, 46-65 yaş grubu başka bir gruba toplanmıştır. Böylece, 46-65 yaş grubunun diğer yaş gruplarına göre kişilik inanç ölçeği bakımından farklılık gösterdiği görülmektedir. Kişilik inançlarının en çok 46-65 yaş arasında, en az ise 26-45 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Dağılımda kişilik inançlarının yaşa göre ortalaması sırasıyla 18-25 yaş grubu için $\bar{x}=33,0857$, 26-45 yaş grubu için $\bar{x}=32,8008$, 46-65 yaş grubu için $\bar{x}=42,3137$ olarak bulunmuştur.

Aşağıda gösterilen tabloda çocukluk çağı travmalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 9: Çocukluk Çağı Travmalarının Yaşa Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu

	Kareler Toplamı	df	KO	F	P
Gruplar arası	241,927	2	120,963	20,333	,000
Gruplar içi	1189,840	200	5,949		
Toplam	1431,767	202			

Çocukluk çağı travmaları ölçeğinin yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için Anova Testi uygulanmıştır. Anova’da, 18-25, 26-45 ve 46-65 yaşları arasında çocukluk çağı travmaları ölçeği dağıtılıp hesaplamalar yapıldıktan sonra anlamlılık değerinin 0,000 olduğu görülmektedir. Bu da demektir ki çocukluk çağı travmaları ölçeğinde yaş grupları arasında farklılık görülmektedir. Dağılımın hangi yaş grupları arasında değişkenlik gösterdiği ise Scheffe Test ile incelenmiştir. Scheffe Test’e göre 26-45 ve 18-25 yaş grupları bir gruba toplanırken, 18-25 ve 46-65 yaş grupları başka bir gruba toplanmıştır. Böylece farklılık gösteren grupların 26-45 ve 46-65 yaş grupları olduğu görülmektedir. Çocukluk çağı travmalarının en çok 46-65 yaş arasında, en az ise 26-45 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı travmalarının yaşa göre ortalaması sırasıyla 18-25 yaş grubu için $\bar{x}=9,3095$, 26-45 yaş grubu için $\bar{x}=9,1443$, 46-65 yaş grubu için $\bar{x}=11,7320$ olarak bulunmuştur.

3.3.2. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Aşağıda gösterilen tabloda yeme bozukluklarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 10: Yeme Bozukluklarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu

	Kareler Toplamı	df	KO	F	P
Gruplar arası	257,932	3	85,977	6,482	,000
Gruplar içi	2639,480	199	13,264		
Toplam	2897,412	202			

Yeme bozuklukları eğitim düzeyine göre incelenirken Anova Testi kullanılmıştır. Anova sonucunda yeme bozukluklarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Dağılımın hangi eğitim düzeylerinde farklılık gösterdiklerini belirlemek için yapılan Scheffe Test sonucunda; üniversite, ilk/ortaokul ve master/doktora düzeyleri bir gruba toplanırken; ilk/ortaokul, master/doktora ve lise düzeyleri başka bir gruba toplanmaktadır. Yeme bozuklukları bakımından farklılık gösteren eğitim düzeylerinin üniversite ve lise olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyine göre yeme bozuklukları en çok lise düzeyinde, en az ise üniversite düzeyinde olduğu saptanmıştır. Dağılımda yeme bozukluklarının eğitim düzeyine göre ortalaması sırasıyla ilk/ortaokul için $\bar{x}=17,1391$, lise için $\bar{x}=18,1529$, üniversite için $\bar{x}=15,4717$, master/doktora için $\bar{x}=16,6414$ olarak bulunmuştur.

Aşağıda gösterilen tabloda kişilik inançlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 11: Kişilik İnançlarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu

	Kareler Toplamı	df	KO	F	P
Gruplar arası	4523,527	3	1507,842	13,939	,000
Gruplar içi	21526,851	199	108,175		
Toplam	26050,379	202			

Kişilik inançları eğitim düzeyine göre incelenirken Anova Testi kullanılmıştır. Anova sonucunda kişilik inançlarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Dağılımın hangi eğitim düzeylerinde farklılık gösterdiklerini belirlemek için yapılan Scheffe Test sonucunda; üniversite ve master/doktora düzeyleri bir gruba toplanırken; ilk/ortaokul ve lise düzeyleri başka bir gruba toplanmaktadır. Bu tabloya bakarak kişilik inanç ölçeği bakımından farklılık gösteren ikili grupların master/doktora-lise, master/doktora-ilk/ortaokul, üniversite-lise ve üniversite-ilk/ortaokul düzeylerinin olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyine göre kişilik inançlarının en çok ilk/ortaokul düzeyinde, en az ise master/doktora düzeyinde görülmüştür. Dağılımda kişilik inançlarının eğitim düzeyine göre ortalaması sırasıyla ilk/ortaokul için $\bar{x}=41,5362$, lise için $\bar{x}=38,8431$, üniversite için $\bar{x}=31,0000$, master/doktora için $\bar{x}=30,0000$ olarak bulunmuştur.

Aşağıda gösterilen tabloda çocukluk çağı travmalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 12: Çocukluk Çağı Travmalarının Eğitim Düzeyine Göre Farklılaşmasına İlişkin Anova Testi Tablosu

	Kareler Toplamı	df	KO	F	P
Gruplar arası	366,884	3	122,295	22,854	,000
Gruplar içi	1064,883	199	5,351		
Toplam	1431,767	202			

Çocukluk çağı travmaları eğitim düzeyine göre incelenirken Anova Testi kullanılmıştır. Anova sonucunda çocukluk çağı travmalarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Dağılımın hangi eğitim düzeylerinde farklılık gösterdiklerini belirlemek için yapılan Scheffe Test sonucunda; ; üniversite ve master/doktora düzeyleri bir gruba toplanırken; ilk/ortaokul ve lise düzeyleri başka bir gruba toplanmaktadır. Kişilik inanç ölçeği bakımından farklılık gösteren ikili grupların master/doktora-lise, master/doktora-ilk/ortaokul, üniversite-lise ve üniversite-ilk/ortaokul düzeylerinin olduğu söylenebilir. Eğitim düzeyine göre çocukluk çağı travmaları en çok ilk/ortaokul düzeyinde, en az ise master/doktora düzeyinde olduğu saptanmıştır. Dağılımda çocukluk çağı travmalarının eğitim düzeyine göre ortalaması sırasıyla ilk/ortaokul için $\bar{x}=11,4819$, lise için $\bar{x}=11,0131$, üniversite için $\bar{x}=8,6757$, master/doktora için $\bar{x}=7,9881$ olarak bulunmuştur.

3.3.3. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsiyete Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Aşağıda gösterilen tabloda yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları değişkenlerinin cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 13: Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Cinsiyete İlişkin *t* Testi Tablosu

	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	<i>t</i> Testi	
						<i>t</i>	<i>P</i>
Yeme Bozuklukları	Kadın	113	15,4230	2,87436	,27040	-5,268	,000
	Erkek	90	18,1711	4,23167	,44606		
Kişilik İnançları	Kadın	113	30,5929	10,98644	1,03352	-7,437	,000
	Erkek	90	41,1852	8,81196	,92886		
Çocukluk Çağı Travmaları	Kadın	113	8,4794	2,14424	,20171	-10,065	,000
	Erkek	90	11,5741	2,21589	,23358		

Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla *t* test uygulanmıştır. *t* Test'e göre yeme bozukluklarının, kişilik inançlarının ve çocukluk çağı travmalarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır. Yeme bozuklukları değişkeni için ($t=-5,268$; $p<,001$), kişilik inançları değişkeni için ($t=-7,437$; $p<,001$), çocukluk çağı travmaları değişkeni için ($t=-10,065$; $p<,001$) olarak bulunmuştur. Yeme bozukluklarına göre erkeklerin ortalaması $\bar{x}=18,17$ iken kadınların ortalaması $\bar{x}=15,42$ 'dir. Buna göre erkeklerin yeme bozuklukları puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde fazladır. Kişilik inançlarına göre erkeklerin ortalaması $\bar{x}=41,18$ iken kadınların ortalaması $\bar{x}=30,59$ 'dur. Buna göre erkeklerin kişilik inanç puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde fazladır. Çocukluk çağı travmalarına göre erkeklerin ortalaması $\bar{x}=11,57$ iken kadınların ortalaması $\bar{x}=8,47$ 'dir. Buna göre erkeklerin çocukluk çağı travma puanları kadınlara göre anlamlı düzeyde fazladır.

3.3.4. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Arayışına Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Aşağıda gösterilen tabloda yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları değişkenlerinin psikolojik/psikiyatrik yardım arayışına göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 14: Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Yardım Arayışına İlişkin *t* Testi Tablosu

		N	$\bar{x}$	ss	$Sh_{\bar{x}}$	<i>t</i> Testi	
						<i>t</i>	<i>P</i>
Yeme Bozuklukları	Evet	93	17,3828	3,64926	,37841	2,601	,010
	Hayır	110	16,0145	3,80475	,36277		
Kişilik İnançları	Evet	93	36,8817	10,49162	1,08793	1,848	,066
	Hayır	110	33,9424	11,92030	1,13656		
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	93	10,2670	2,72747	,28283	2,061	,041
	Hayır	110	9,5000	2,56605	,24466		

Tablolar incelendiğinde yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmalarının anlamlılık değeri $p < 0.05$ olduğundan dolayı daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım arayışına göre farklılaştığı ancak kişilik inançlarının psikolojik/psikiyatrik yardım arayışına göre farklılaşmadığı görülmektedir.

3.3.5. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Tanıya Göre Farklılık Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Aşağıda gösterilen tabloda yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları değişkenlerinin psikolojik/psikiyatrik tanıya göre anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 15: Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmalarının Psikolojik/Psikiyatrik Tanıya İlişkin *t* Testi Tablosu

		N	$\bar{x}$	ss	Sh $\bar{x}$	<i>t</i> Testi	
						<i>t</i>	<i>P</i>
Yeme Bozuklukları	Evet	33	16,2424	2,66916	,46464	-0,858	0,394
	Hayır	170	16,7188	3,96968	,30446		
Kişilik İnançları	Evet	33	35,7576	10,61814	1,84838	0,258	0,796
	Hayır	170	35,1980	11,52150	,88366		
Çocukluk Çağı Travmaları	Evet	33	9,4899	2,64278	2,64278	-0,852	0,395
	Hayır	170	9,9216	2,66816	2,66816		

Tablolar incelendiğinde yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının anlamlılık değeri $p>0.05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı değildir ve psikolojik/psikiyatrik tanıya göre tanı alan ve almayan kişiler arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemektedir.

Araştırmada yer alan katılımcıların aldığı tanılar sırayla; anksiyete bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, obezite, panik atak, depresyon, OKB, ADHD, reaktif depresyon, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği, fobi, psikosomatik bozukluk, sosyal fobi, trikotilomani, uyku bozukluğudur.

3.4. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmaları Değişkenlerine İlişkin Korelasyon Analizleri

Bu bölümde araştırmanın değişkenleri olan Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları, Çocukluk Çağı Travmaları arasındaki lineer ilişkiler Pearson Korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Tablo 16: Ölçeklerin Korelasyon Analizi

		YBDÖ	KİÖ-KTF	ÇÇTÖ
YBDÖ	Pearson Korelasyon	1	,461**	,412**
	P		,000	,000
	N	203	203	203
KİÖ-KTF	Pearson Korelasyon	,461**	1	,578**
	P	,000		,000
	N	203	203	203
ÇÇTÖ	Pearson Korelasyon	,412**	,578**	1
	P	,000	,000	
	N	203	203	203

Tabloda görüldüğü üzere bütün ana ölçeklerin arasında pozitif lineer ilişki bulunmaktadır. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ile Kişilik İnanç Ölçeği arasındaki korelasyon değeri ($r=,461$; $p<.05$); Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile arasındaki korelasyon değeri ($r=,412$; $p<.05$); Kişilik İnanç Ölçeği ve Çocukluk Çağı Travma Ölçeği arasındaki korelasyon ise ($r=,578$; $p<.05$)’dir.

Tablo 17 : Değişkenler Arası Korelasyon Değerleri

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
(1) Kısıtlama	1													
(2) YE	,305**	1												
(3) KE	,048	,089	1											
(4) BE	,311**	,372**	,021	1										
(5)TY	-,178**	-,028	,206**	-,091	1									
(6) A Kümesi	,343**	,447**	,200**	,219**	-,090	1								
(7) B Kümesi	,338**	,354**	,025	,324**	,018	,533**	1							
(8) C Kümesi	,336*	,371**	,019	,280**	-,090	,571**	,678**	1						
(9) Fiziksel İstismar	,247**	,545**	,161*	,186**	-,211**	,702**	,254**	,391**	1					
(10) Cinsel İstismar	,221**	,377**	,229**	,134	-,039	,520**	,226**	,262**	,586**	1				
(11)Duygusal İhmal	-,136	,006	,119	-,014	,088	,027	-,033	-,101	0,43	-,091	1			
(12) Fiziksel İhmal	-,251**	,145*	,301**	-,097	,151*	,315**	-,010	,008	,327**	,185**	,365**	1		
(13) Aşırı Koruma-Kontrol	,190**	,333**	,116	,230**	-,049	,428**	,207**	,211**	,563**	,486**	,136	,220**	1	
(14)Duygusal İstismar	-,078	-,139*	,085	-,244**	-,032	-,128	-,145*	-,054	-,263**	-,210	,004	,102	-,397**	1

*p<.05, **p<.001

Tabloda değişkenler arası korelasyon değerleri bulunmaktadır. Buna göre; kısıtlama ile YE arasında pozitif lineer ilişki ($r=,305$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile BE arasında pozitif lineer ilişki ($r=,311$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile TY arasında negatif lineer ilişki ($r= -,178$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile A kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,343$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile B kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,338$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile C kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,336$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile fiziksel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,247$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile cinsel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,221$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile fiziksel ihmal arasında negatif lineer ilişki ($r= -,251$; $p<.001$) bulunmuştur. Kısıtlama ile aşırı koruma-kontrol ile arasında pozitif lineer ilişki ($r=,190$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile BE arasında pozitif lineer ilişki ($r=,372$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile A kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,447$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile B kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,354$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile C kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,371$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile fiziksel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,545$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile cinsel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,377$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile fiziksel ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=,145$; $p<.001$) bulunmuştur. KE ile TY arasında pozitif lineer ilişki ($r=,206$; $p<.001$) bulunmuştur. YE ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=,333$; $p<.001$) bulunmuştur. KE ile A kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,200$; $p<.001$) bulunmuştur. KE ile fiziksel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,161$; $p<.001$) bulunmuştur. KE ile cinsel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,229$; $p<.001$) bulunmuştur. KE ile fiziksel ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=,301$; $p<.001$) bulunmuştur. BE ile A kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,219$; $p<.001$) bulunmuştur. BE ile B kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,324$; $p<.001$) bulunmuştur. BE ile C kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,280$; $p<.001$) bulunmuştur. BE ile fiziksel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,186$; $p<.001$) bulunmuştur. BE ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=,230$; $p<.001$) bulunmuştur. BE ile duygusal istismar arasında negatif lineer ilişki ($r= -,244$; $p<.001$) bulunmuştur. TY ile fiziksel istismar arasında negatif lineer ilişki ($r= -,211$; $p<.001$) bulunmuştur. TY ile fiziksel ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=,151$; $p<.001$) bulunmuştur. A kümesi ile B kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,533$; $p<.001$) bulunmuştur. A kümesi ile C kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=,571$; $p<.001$) bulunmuştur. A kümesi ile fiziksel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,702$; $p<.001$) bulunmuştur. A kümesi ile cinsel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=,520$; $p<.001$) bulunmuştur. A kümesi ile fiziksel ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=,151$; $p<.001$) bulunmuştur. A kümesi ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=,428$;

$p<.001$) bulunmuştur. B kümesi ile C kümesi arasında pozitif lineer ilişki ($r=.678$; $p<.001$) bulunmuştur. B kümesi ile fiziksel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=.254$; $p<.001$) bulunmuştur. B kümesi ile cinsel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=.226$; $p<.001$) bulunmuştur. B kümesi ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=.207$; $p<.001$) bulunmuştur. C kümesi ile fiziksel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=.391$; $p<.001$) bulunmuştur. C kümesi ile cinsel istismar arasında pozitif lineer ilişki ($r=.262$; $p<.001$) bulunmuştur. C kümesi ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=.221$; $p<.001$) bulunmuştur. Fiziksel istismar ile duygusal ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=.586$; $p<.001$) bulunmuştur. Fiziksel istismar ile fiziksel ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=.327$; $p<.001$) bulunmuştur. Fiziksel istismar ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=.563$; $p<.001$) bulunmuştur. Fiziksel istismar ile duygusal istismar arasında negatif lineer ilişki ($r=-.263$; $p<.001$) bulunmuştur. Cinsel istismar ile fiziksel ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=.185$; $p<.001$) bulunmuştur. Cinsel istismar ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=.486$; $p<.001$) bulunmuştur. Cinsel istismar ile duygusal istismar arasında negatif lineer ilişki ($r=-.210$; $p<.001$) bulunmuştur. Duygusal ihmal ile fiziksel ihmal arasında pozitif lineer ilişki ($r=.365$; $p<.001$) bulunmuştur. Fiziksel ihmal ile aşırı koruma-kontrol arasında pozitif lineer ilişki ($r=.220$; $p<.001$) bulunmuştur. Aşırı koruma-kontrol ile duygusal istismar arasında negatif lineer ilişki ($r=-.397$; $p<.001$) bulunmuştur.

Kısıtlama ile duygusal ihmal ve duygusal istismar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Yeme endişesi ile duygusal ihmal ve istismar ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. Kilo endişesi ile B ve C kümesi kişilik inançları ve duygusal ihmal, duygusal istismar ve aşırı koruma-kontrol arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Beden endişesi ile cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Tıkınırcasına yeme ile A,B ve C kümesi kişilik inançları ile cinsel istismar, duygusal ihmal, aşırı koruma-kontrol ve duygusal istismar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. A kümesi kişilik inançları ile tıkınırcasına yeme ve duygusal ihmal, duygusal istismar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. B kümesi kişilik inançları ile kilo endişesi ve tıkınırcasına yeme ve duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve duygusal istismar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. C kümesi kişilik inançları ile kilo endişesi, tıkınırcasına yeme ve duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve duygusal istismar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Cinsel istismar ile beden endişesi ve tıkınırcasına yeme arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Duygusal ihmal ile kısıtlama, yeme endişesi, kilo endişesi, beden endişesi, tıkınırcasına yeme ve A,B,C kümesi kişilik inançları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Fiziksel ihmal ile beden endişesi ve B,C kümesi kişilik inançları arasında

anlamli ilişki bulunamamıştır. Aşırı koruma-kontrol ile kilo endişesi ve tıknırcasına yeme arasında anlamli ilişki bulunamamıştır. Duygusal istismar ile kısıtlama, yeme endişesi, kilo endişesi, tıknırcasına yeme ve A,B,C kümesi kişilik inançları arasında anlamli ilişki bulunamamıştır.

3.5. Yeme Bozuklukları, Kişilik İnançları ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkide Yordayıcılık Etkilerinin İncelenmesi

Değişkenlerin normallik ve korelasyon varsayımları sağlanmasıyla hipotezlere ilişkin regresyon analizleri incelenecektir.

3.5.1. H1: Kişilik İnançları Yeme Bozukluklarını Anlamli Düzeyde Yordamaktadır

Araştırmanın ilk hipotezi olan kişilik inançlarının yeme bozukluklarını yordamasına ilişkin regresyon analizi sonuçlarına göre yordayıcılık etkisinin bulunduğu görölmektedir ve kişilik inançlarının yeme bozukluklarını anlamli düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Tablo 18: Kişilik İnançlarının Yeme Bozukluklarını Yordama Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi

Model 1	B	Std. Hata	Beta	T	P
Sabit	11,215	,774		14,496	,000
Kişilik İnançları	,154	,021	,461	7,367	,000
	R		,461		
	R²		,213		
	Düzeltilmiş R²		,209		
	F		54,273		
	P		,000		

Tabloda göröldüğü üzere belirlilik katsayısı ,209 olarak belirtilmiştir. Buna göre Kişilik İnanç Ölçeği puanları Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği puanlarının %21'ini açıklamaktadır ve Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği puanlarını açıklama yönünden

istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=54,273$; $p<001$). Tabloda görüldüğü üzere, ($\beta=,154$; $p<001$) olması sebebiyle yeme bozuklukları kişilik inançlarından ,154 düzeyinde etkilenmektedir.

3.5.2. H2: Çocukluk Çağı Travmaları Kişilik İnançlarını Anlamlı Düzeyde Yordamaktadır

Araştırmanın ikinci hipotezi olan çocukluk çağı travmalarının kişilik inançlarını yordamasına ilişkin regresyon analizi sonuçlarına göre yordayıcılık etkisinin bulunduğu görülmektedir ve çocukluk çağı travmalarının kişilik inançlarını anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Tablo 19: Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilik İnançlarını Yordama Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi

Model 1	B	Std. Hata	Beta	T	P
Sabit	11,007	2,505		4,394	,000
Çocukluk Çağı Travmaları	2,465	,246	,578	10,038	,000
	R		,578		
	R²		,334		
	Düzeltilmiş R²		,331		
	F		100,756		
	P		,000		

Tabloda görüldüğü üzere belirlilik katsayısı ,334 olarak belirtilmiştir. Buna göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları Kişilik İnanç Ölçeği puanlarının %33'ünü açıklamaktadır ve kişilik İnanç Ölçeği puanlarını açıklama yönünden istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=100,756$; $p<001$). Tabloda görüldüğü üzere, ($\beta=,578$; $p<001$) olması sebebiyle çocukluk çağı travmaları kişilik inançlarından ,578 düzeyinde etkilenmektedir.

3.5.3. H3: Çocukluk Çağı Travmaları Yeme Bozukluklarını Anlamlı Düzeyde Yordamaktadır

Araştırmanın üçüncü hipotezi olan çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluklarını yordamasına ilişkin regresyon analizi sonuçlarına göre yordayıcılık etkisinin bulunduğu görülmektedir ve çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordadığı bulunmuştur.

Tablo 20: Çocukluk Çağı Travmalarının Yeme Bozukluklarını Yordama Düzeyine İlişkin Regresyon Analizi

Model 1	B	Std. Hata	Beta	T	P
Sabit	10,862	,933		11,646	,000
Çocukluk Çağı Travmaları	,587	,091	,412	6,418	,000
	R		,412		
	R ²		,170		
	Düzeltilmiş R ²		,166		
	F		41,188		
	P		,000		

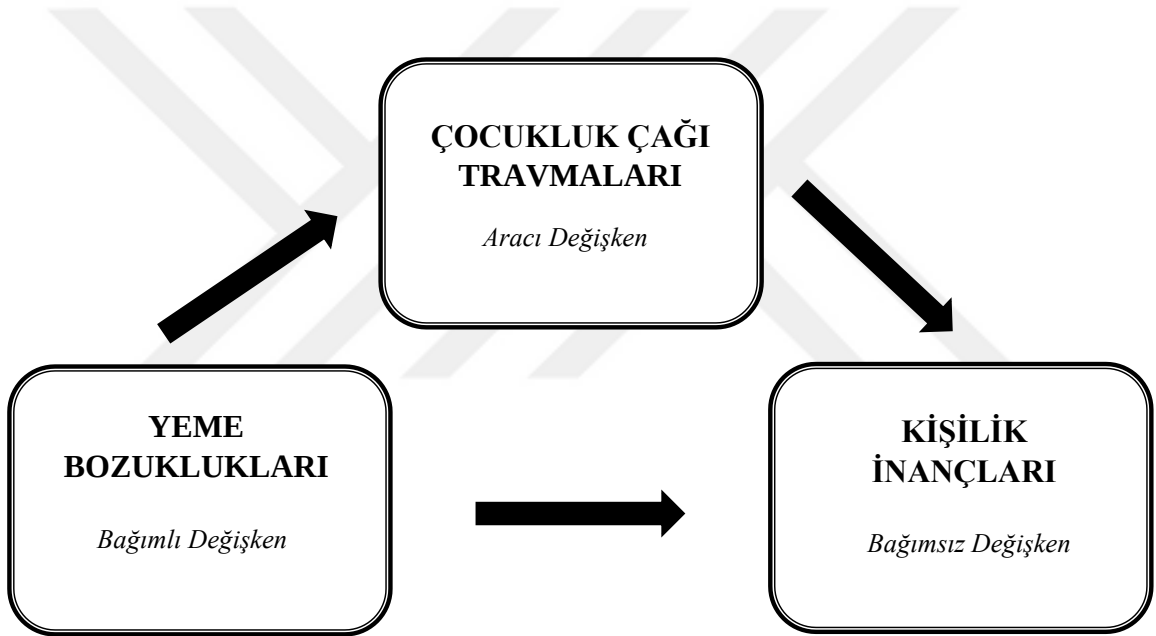
Tabloda görüldüğü üzere belirlilik katsayısı ,170 olarak belirtilmiştir. Buna göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanları Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği puanlarının %17'sini açıklamaktadır ve yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği puanlarını açıklama yönünden istatistiksel olarak anlamlıdır (F=41,188; p<001).Tabloda görüldüğü üzere, ($\beta = ,412$; p<001) olması sebebiyle çocukluk çağı travmaları yeme bozuklarından ,412 düzeyinde etkilenmektedir.

3.6. Yeme Bozuklukları ile Kişilik İnancıları Arasındaki İlişkide Çocukluk Çağı Travmalarının Aracı Rolünün İncelenmesine Dair Yapısal Eşitlik Modellemesi

Araştırmanın dördüncü hipotezi olan “Yeme Bozuklukları ile Kişilik İnancıları Arasındaki İlişkide Çocukluk Çağı Travmalarının Aracılık Rolü” yapısal eşitlik modeli ile incelenmiştir.

3.6.1. Modelin Betimlenmesi

Araştırmanın bu kısmında, yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolünün olup olmadığının belirlenmesi adına araştırmacı tarafından model tasarlanmıştır.



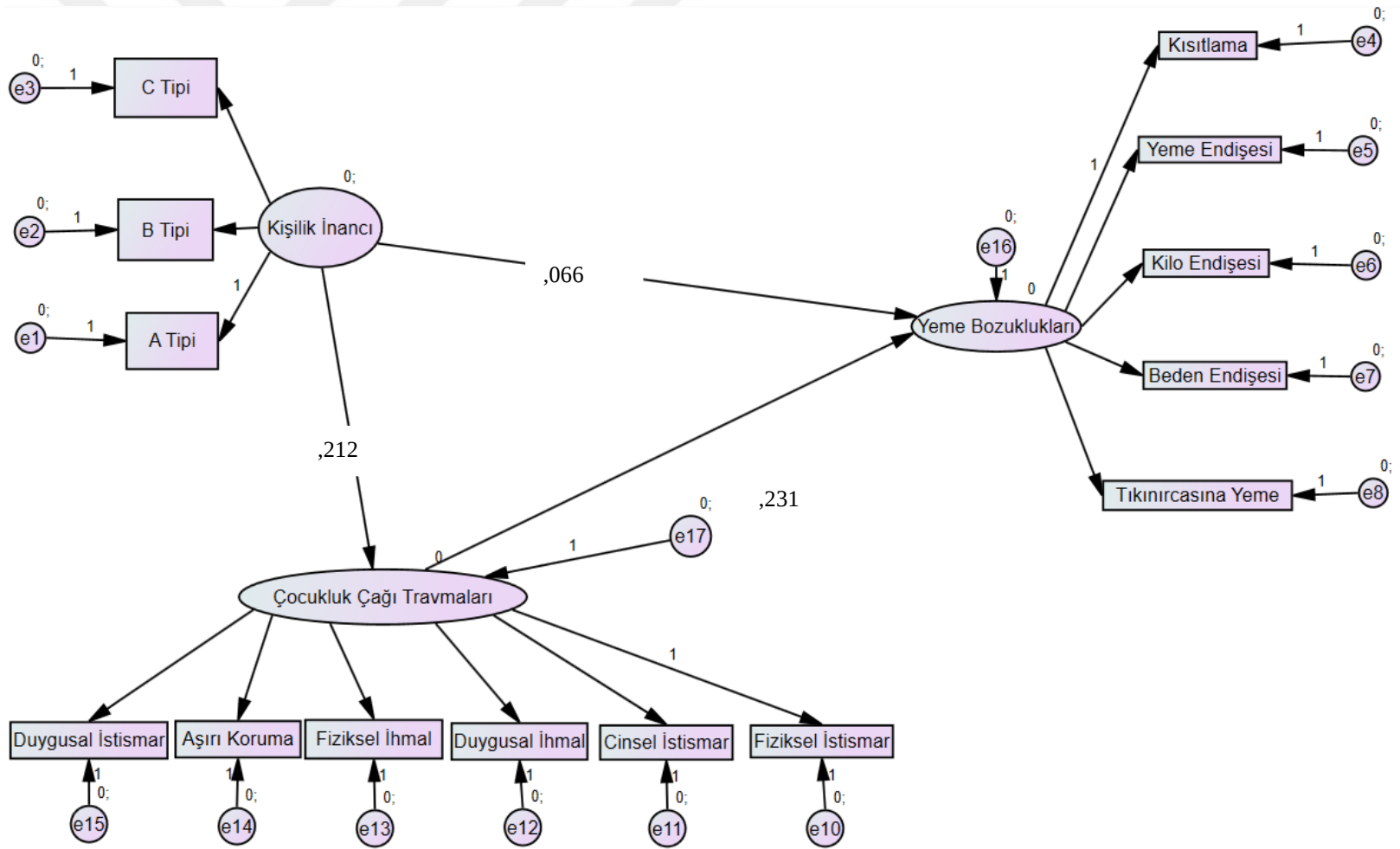
Şekil 11: Modelin Betimlenmesi

3.6.2. Yapısal Modelin Test Edilmesi

Yapısal modelde aracılık etkisi incelenirken aracı değişkenin sahip olması gereken koşullar bulunmaktadır. Bir değişkenin aracı değişken olabilmesi için dört temel özelliğe sahip olması beklenmektedir:

1. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı etkisinin olması
2. Bağımsız değişkenin aracı değişken üzerinde anlamlı etkisinin olması
3. Aracı değişkenin bağımlı değişken üzerinde anlamlı etkisinin olması
4. Aracı değişken ve bağımsız değişken birlikte analiz edildiğinde bağımsız değişken ile bağımlı değişken arasında bulunan ilişki anlamsızlaşmalı ya da bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinde azalma olmalıdır.

Belirtilen bu maddelerin sınanması için öncelikle bağımsız değişken (kişilik inançları) ile bağımlı değişken (yeme bozuklukları), bağımsız değişken (kişilik inançları) ile aracı değişken (çocukluk çağı travmaları), aracı değişken (çocukluk çağı travmaları) ve bağımsız değişken(kişilik inançları) arasındaki ilişkiler regresyon analizi ile incelenerek, sonrasında aracı değişken (çocukluk çağı travmaları) yapısal eşitlik modeli ile test edilmiştir.



Şekil 12: Ölçüm Modelinin Yol Diyagramı

Tablo 21: Aracı Rolün İncelenmesi

			Tahmin	S.E.	C.R.	P	
ÇÇT	←	Kİ	,212	,021	10,076	***	a
YB	←	Kİ	,066	,026	2,546	,011	c
YB	←	ÇÇT	,231	,093	2,485	,0133	b
A Kümesi	←	Kİ	1,000				
B Kümesi	←	Kİ	,278	,031	9,068	***	
C Kümesi	←	Kİ	,211	,021	9,9863	***	
Kısıtlama	←	YB	1,000				
YE	←	YB	1,066	,198	5,374	***	
KE	←	YB	,583	,310	1,878	,060	
BE	←	YB	,882	,200	4,408	***	
TY	←	YB	-,625	,401	-1,558	,119	
Fiziksel İstismar	←	ÇÇT	1,000				
Cinsel İstismar	←	ÇÇT	,727	,073	9,938	***	
Duygusal İhmal	←	ÇÇT	,024	,038	,640	,522	
Fiziksel İhmal	←	ÇÇT	,177	,040	4,452	***	
Aşırı Koruma-Kontrol	←	ÇÇT	,514	,054	9,518	***	
Duygusal İstismar	←	ÇÇT	-,069	,017	-4,144	***	

Tabloda da görüldüğü gibi kişilik inançlarının çocukluk çağı travmaları ile etkisinin kat sayısı 0,212, anlamlılık değeri 0,000(***)'dir. Kişilik inançların yeme bozukluklarına etkisinin katsayısı 0,066, anlamlılık değeri 0,011'dir.Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları üzerindeki etkinin katsayısı ise 0,231, anlamlılık değeri ise 0,013'tür.

Devamında yapılan analizlerde de çocukluk çağı travmalarının %59'unu kişilik inançlarının ve yeme bozukluklarının da %59,1'ini kişilik inançlarının açıkladığı bulunmuştur.

Dolaylı ilişkiler incelendiğinde ise kişilik inançları ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin katsayısının 0,049 olduğu bulunmuştur.

Tablo 22: Dolaylı Etkinin İncelenmesi

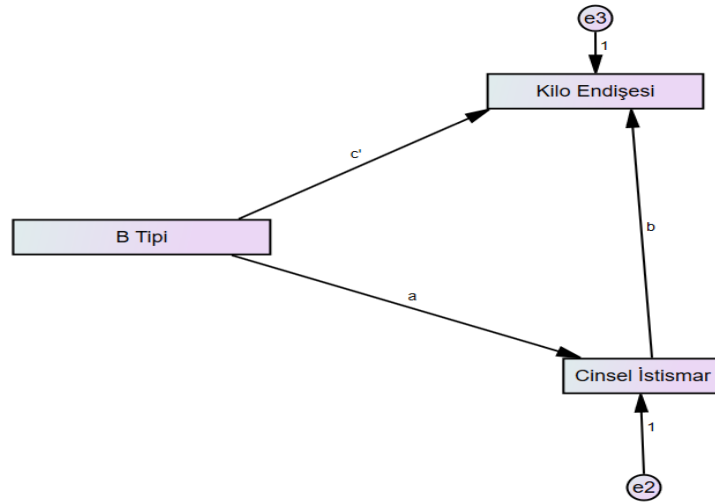
	Dolaylı Etki- Alt Sınırlar			Dolaylı Etki- Üst Sınırlar		
	Kİ	ÇÇT	YB	Kİ	ÇÇT	YB
ÇÇT	,000	,000	,000	,000	,000	,000
YB	,011	,000	,000	,092	,000	,000
Duygusal İstismar	-,022	,000	,000	-,007	,000	,000
Aşırı Koruma-Kontrol	,077	,000	,000	,135	,000	,000
Fiziksel İhmal	,019	,000	,000	,053	,000	,000
Duygusal İhmal	-,010	,000	,000	,020	,000	,000
Cinsel İstismar	,107	,000	,000	,188	,000	,000
Fiziksel İstismar	,149	,000	,000	,243	,000	,000
TY	-,167	-,441	,000	,016	,039	,000
BE	,052	,044	,000	,173	,401	,000
KE	-,005	-,013	,000	,150	,435	,000
YE	,075	,044	,000	,172	,528	,000
Kısıtlama	,052	,054	,000	,192	,438	,000
C Kümesi	,000	,000	,000	,000	,000	,000
B Kümesi	,000	,000	,000	,000	,000	,000
A Kümesi	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Dolaylı etki %95 güven aralığında (0,011-0,092) değerleri arasındadır. Güven aralığı 0 değerini içermediği için yeme bozuklukları ve kişilik inançları arasında çocukluk çağı travmaları aracı rolü oynamaktadır denilir.

3.7. Ek Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde aralarında ilişki ve aracılık etkilerinin çıkması beklenen varsayımlar incelenmiştir.

3.7.1. Kilo Endişesi ve B Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Cinsel İstismar Aracılık Rolü Oynamaktadır



Şekil 13: Varsayım Modeli I

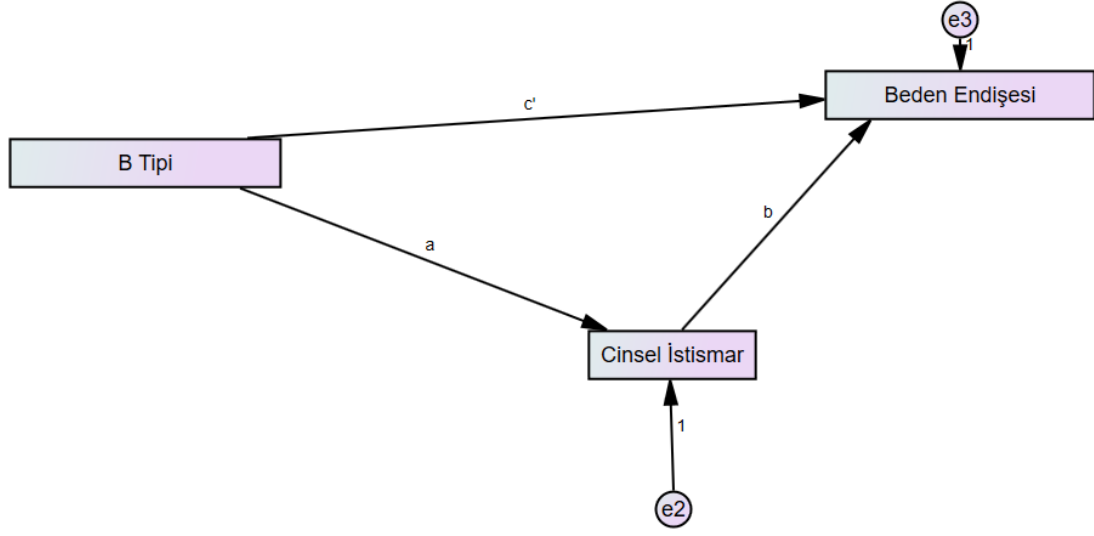
Tablo 23: Varsayım Modeli Tablosu I

			Tahmin	S.E.	C.R.	P	
Cinsel İstismar	←	B Kümesi	,154	,047	3,304	***	a
KE	←	Cinsel İstismar	,457	,136	3,357	***	b
KE	←	B Kümesi	-,038	,093	-,407	,684	c

Tabloda da görüldüğü gibi B kümesi kişilik inançlarının cinsel istismar ile etkisinin kat sayısı 0,154, anlamlılık değeri 0,000(***)'dir. B kümesi kişilik inançların kilo endişesine etkisinin katsayısı 0,457, anlamlılık değeri 0,000(***)'dir.

Cinsel istismarın %5,1'ini B kümesi kişilik inançları açıklarken kilo endişesinin %5,3'ünü B kümesi kişilik inançları açıklamaktadır. Dolaylı ilişkiler incelendiğinde ise B kümesi kişilik inancı ve kilo endişesi arasındaki ilişkinin katsayısının 0,071 olduğu görülmektedir. Dolaylı etki %95 güven aralığında (0,022-0,137) değerleri arasındadır. Güven aralığı 0 değerini içermediği için kilo endişesi ve B kümesi kişilik inançları arasında cinsel istismar aracı rolü oynamaktadır.

3.7.2. Beden Endişesi ve B Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Cinsel İstismar Aracılık Rolü Oynamaktadır



Şekil 14: Varsayım Modeli II

Tablo 24: Varsayım Modeli Tablosu II

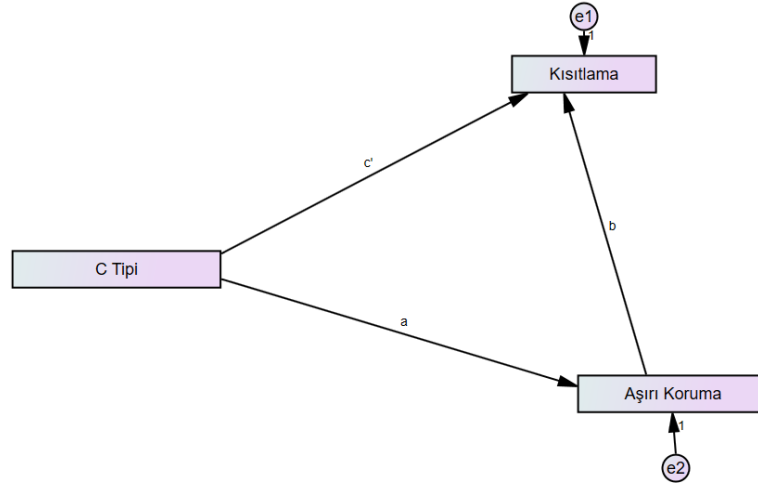
			Tahmin	S.E.	C.R.	P	
Cinsel İstismar	←	B Kümesi	,154	,047	3,304	***	a
BE	←	B Kümesi	,215	,047	4,547	***	c
BE	←	Cinsel İstismar	,064	,069	,929	,352	b

Tabloda da görüldüğü gibi B kümesi kişilik inançlarının cinsel istismar ile etkisinin kat sayısı 0,154, anlamlılık değeri 0,000(***)'dir. B kümesi kişilik inançların beden endişesine etkisinin katsayısı 0,215, anlamlılık değeri 0,000(***)'dir.

Cinsel istismarın %5,1'ini B kümesi kişilik inançları açıklarken beden endişesinin %1,1'ini B kümesi kişilik inançları açıklamaktadır.

Dolaylı ilişkiler incelendiğinde ise B kümesi kişilik inançları ve beden endişesi arasındaki ilişkinin katsayısının 0,01 olduğu görülmektedir. Dolaylı etki %95 güven aralığında (-0,007-0,032) değerleri arasındadır. Güven aralığı 0 değerini içerdiği için beden endişesi ve B tipi kişilik inançları arasında cinsel travmalar aracı rolü oynamamaktadır denilir.

3.7.3. Kısıtlama ve C Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Aşırı Koruma-Kontrol Aracılık Rolü Oynamaktadır



Şekil 15: Varsayım Modeli III

Tablo 25: Varsayım Modeli Tablosu III

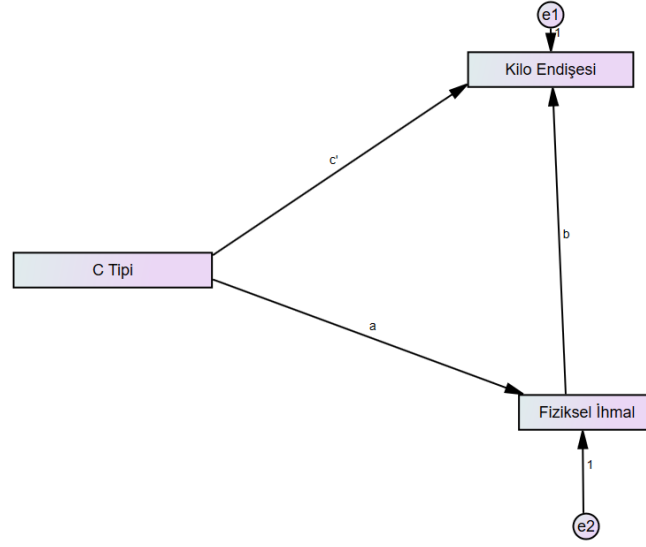
			Tahmin	S.E.	C.R.	P	
Aşırı Koruma-Kontrol	←	C Kümesi	,149	,049	3,066	,002	a
Kısıtlama	←	C Kümesi	,336	,073	4,602	***	c
Kısıtlama	←	Aşırı Koruma-Kontrol	,192	,103	1,862	,063	b

Tabloda da görüldüğü gibi C kümesi kişilik inançlarının aşırı koruma-kontrol ile etkisinin kat sayısı 0,149, anlamlılık değeri 0,002'dir. C kümesi kişilik inançların kısıtlamaya etkisinin katsayısı 0,336, anlamlılık değeri 0,000(***)'dir.

Aşırı koruma-kontrolün %4,4'ünü C kümesi kişilik inançları açıklarken kısıtlamanın %1,3'ünü C kümesi kişilik inançları açıklamaktadır.

Dolaylı ilişkiler incelendiğinde ise C kümesi kişilik inançları ve kısıtlama arasındaki ilişkinin katsayısının 0,029 olduğu görülmektedir. Dolaylı etki %95 güven aralığında (-0,003-0,070) değerleri arasındadır. Güven aralığı 0 değerini içerdiği için beden endişesi ve B tipi kişilik inançları arasında cinsel travmalar aracı rolü oynamamaktadır denilir.

3.7.4. Kilo Endişesi ve C Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Fiziksel İhmal Aracılık Rolü Oynamaktadır



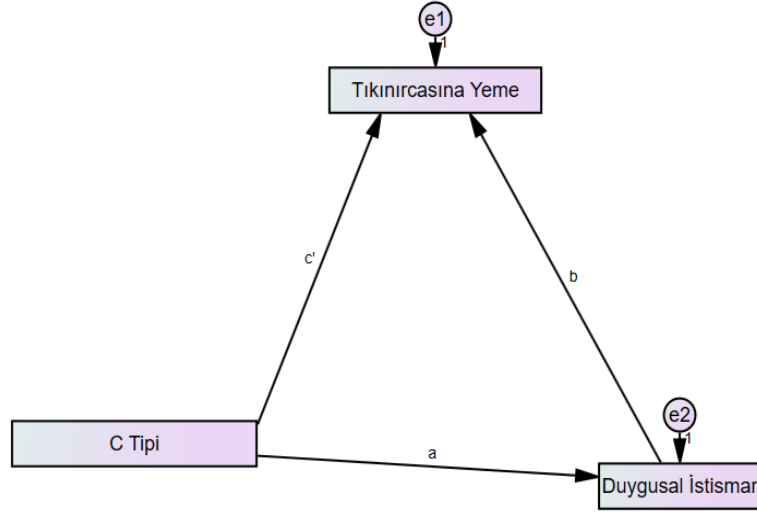
Şekil 16: Varsayım Modeli IV

Tablo 26 Varsayım Modeli Tablosu IV

			Tahmin	S.E.	C.R.	P	
Fiziksel ihmal	←	C Kümesi	,004	,034	,119	,905	a
KE	←	Fiziksel ihmal	1,168	,261	4,478	***	b
KE	←	C Kümesi	,032	,125	,252	,801	c

Anlamlılık değerine göre C kümesi kişilik inançlarının fiziksel ihmal üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Bu sebeple aracı rolü incelenememiştir.

3.7.5. Tıkınırcasına Yeme ve C Kümesi Kişilik İnançları Arasındaki İlişkide Duygusal İstismar Aracılık Rolü Oynamaktadır



Şekil 17: Varsayım Modeli V

Tablo 27: Varsayım Modeli Tablosu V

			Tahmin	S.E.	C.R.	P	
Duygusal istismar	←	C Kümesi	-,011	,014	-,768	,443	a
Tıkınırcasına Yeme	←	C Kümesi	-,226	,172	-1,317	,188	b
Tıkınırcasına Yeme	←	Duygusal istismar	-,452	,858	-,527	,598	c

Anlamlılık değerine göre C kümesi kişilik inançlarının duygusal istismar üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Bu sebeple aracı rolü incelenememiştir.

BÖLÜM IV: TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmanın değişkenleri olan yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının demografik değişkenlerle ve birbirleriyle olan ilişkilerini gösteren bulgular ilgili literatürde yer alan araştırmalar ışığında tartışılmıştır. Daha sonra yeme bozuklukları ile kişilik inançları değişkenleri arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolüne ait bulgular incelenerek tartışılmıştır.

Araştırmanın %56'sını kadın, %44'ünü erkeklerin oluşturduğu katılımcıların yeme bozukluğu şiddeti bağlamında yaşa göre farklılaşmasına ilişkin bulgular doğrultusunda yaşa göre farklılık göstererek en az 26-45, en fazla 45-65 yaş aralığındaki bireylerin olduğu bulunmuştur. Literatürdeki çeşitli araştırmalar incelendiğinde yeme bozukluklarının genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde başladığı ve sıklıkla bu yaş aralığında görüldüğü ifade edilmektedir (Tavolacci ve diğerleri, 2015: 413). Kişilik inançları bağlamında yaşa göre farklılaşmasına ilişkin bulgular doğrultusunda yaşa göre farklılık göstererek en az 26-45, en fazla 45-65 yaş aralığındaki bireylerin olduğu bulunurken çocukluk çağı travmalarının yaşa göre farklılaşmasına ilişkin bulgular doğrultusunda yaşa göre farklılık göstererek en az 26-45, en fazla 45-65 yaş aralığındaki bireylerin olduğu bulunmuştur.

Yeme bozuklukları eğitim düzeyine göre incelendiğinde farklılık gösterdiği ve en çok lise düzeyinde en az ise üniversite düzeyinde karşılaşıldığı görülmektedir. Literatürde yeme bozuklukları ile eğitim düzeyinin ilişkisine dair anlamlı verilerin olmaması sebebiyle lise düzeyinin yaş ortalamasının hastalığın başlangıcı için anlamlı olduğu yorumu yapılabilir (Hoek ve Hooken, 2003: 388). Kişilik inançları eğitim düzeyine göre incelendiğinde farklılık gösterdiği ve en çok ilk/ortaokul düzeyinde en az ise master/doktora düzeyinde karşılaşıldığı görülmekteyken çocukluk çağı travmalarının eğitim düzeyine göre incelendiğinde farklılık gösterdiği ve en çok ilk/ortaokul düzeyinde en az ise master/doktora düzeyinde karşılaşıldığı görülmektedir. Literatürde kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarına ilişkin destekleyici bulgulara rastlanmamıştır.

Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının cinsiyete göre farklılaşması incelendiğinde yeme bozukluklarının araştırma bulgularına göre erkeklerde daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Ancak literatürdeki araştırmalar incelendiğinde AN ve BN' nin kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülürken (Hudson, 2007: 350; Smink ve diğerleri, 2014: 610) TYB'nin de erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü ifade

edilmektedir (Striegel Moore ve Franko, 2009: S21). Kişilik inançlarının cinsiyete göre farklılaşma durumu incelendiğinde farklılaştığı ve erkeklerde kişilik inançlarının kadınlara oranla daha fazla olduğu görülmektedir. Araştırmanın bulguları literatürdeki epidemiyolojik araştırmalarla da desteklenmekte olup kişilik bozukluklarının erkeklerde kadınlara göre daha fazla görüldüğü ifade edilmektedir (Trull ve diğerleri, 2010: 417). Benzer biçimde cinsiyet değişkeni bağlamında erkeklerin A, B ve C kümesi kişilik bozukluğu puanlarının kadınların toplam puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir. Kişilik bozukluklarının kadınlara oranla erkeklerde daha çok görülmesi araştırmanın bulgularını doğrular niteliktedir (Samuels ve diğerleri, 1994: 1058; Jackson ve Burgess, 2000: 533). 2010 yılında yapılan bir araştırmada histriyonik ve borderline kişilik bozukluklarının kadınlarda daha sıklıkla olmasının yanında bozukluk kümeler biçiminde ele alındığında erkeklerde daha fazla görüldüğü ortaya koyulmuştur (Clarkin ve Posner, 2005). Çocukluk çağı travmalarının farklılaşması açısından incelendiğinde ise erkeklerin daha fazla olduğu görülmekte olup literatürde konuya ilişkin farklı görüşlerin olmasının yanı sıra anlamlı ilişkilere rastlanılmamıştır. Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmalarının psikolojik/psikiyatrik yardım arayışına göre farklılaşması incelendiğinde yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmalarının destek arayışına bağlı olarak farklılaştığı ancak kişilik inançlarının farklılaşmadığı bulunmuştur. Psikolojik tanıya bağlı olarak değerlendirildiklerinde ise yeme bozukluklarının, kişilik inançlarının ve çocukluk çağı travmalarının farklılaşmadığı görülmektedir. Yeme bozuklukları ile ilgili yapılan bir araştırmada 15-40 yaş arası 1029 bireyin yalnızca %9,2'si tedavi amacıyla başvuruda bulunmuştur (Nakai ve diğerleri, 2016: 529). Kişilik bozuklukları incelendiğinde ise yapılan bir araştırmada toplumun genelinde %10-13 arasında bozukluğa rastlanılmakta olduğu görülmektedir (Lenzenger, 2008: 395). Başka bir araştırmada ise farklı psikopatolojilerle sıklıkla eş tanı aldığı ve toplum genelinde %6-10 arasında görüldüğü belirtilmiştir (Samuel, 2011: 223). Literatürde benzer araştırmaların da olması sebebiyle yeme ve kişilik bozukluğu hastalarının iç görülerinin zayıf olması psikolojik yardım arayışlarının daha az olmasına sebebiyet verdiği söylenebilir. Bununla birlikte araştırmada yer alan katılımcıların aldığı tanımlar sırayla; anksiyete bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, obezite, panik atak, depresyon, OKB, ADHD, reaktif depresyon, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği, fobi, psikosomatik, sosyal fobi, trikotilomani, uyku bozukluğu olarak görülmektedir. Özellikle majör depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, OKB, panik bozukluk, TSSB, sosyal fobi tanımların yeme bozukluğuna sıklıkla eşlik eden tanımlar olduğu literatürde de desteklenmektedir (Vardar ve Erzengin, 2011 :210; Akdemir ve Nargis, 2013: 179; Semiz ve diğerleri, 2012: 7; Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002: 54; Logue, Crowe ve Bean, 1989: 181). Aynı zamanda kişilik bozukluklarının da sıklıkla yeme

bozukluklarına eşlik ettiği ve literatürde farklı birçok bulgunun yer aldığı görülmektedir (Wonderlich ve diğerleri, 1990: 610; Levin ve Hyler, 1986: 51; Piran ve diğerleri, 1988: 593).

Araştırmanın ilk hipotezi, “*kişilik inançları yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordamaktadır*”dır. Araştırmanın değişkenleri olan yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik yapılan analizler sonucunda kişilik inançlarının yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordadığı saptanmıştır. Kısıtlama, yeme endişesi ve beden endişesi ile A, B ve C kümesi kişilik inançları arasında pozitif lineer ilişki ve kilo endişesi ile A kümesi kişilik inançları arasında pozitif lineer ilişki bulunmuş ve buna bağlı olarak regresyon analizleri incelenmiştir.

Kısıtlama ile A,B ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde özellikle AN hastalarının kısıtlayıcı yeme biçimi ile ilişkili olduğu ele alınarak bu bireylerin yeme içme ile ilgili kontrol duygularının yüksek olduğu, yemenin kontrolü, yemeden kaçınma, yiyeceklerden kaçınma, diyet kuralları, yiyeceklerin kontrolü ve kalori hesabı gibi yöntemleri uyguladıkları düşünülmektedir ve üç küme ile ilişkisi olsa da C kümesi kişilik bozuklukları ile daha güçlü ilişkisinin olduğu düşünülmektedir. Araştırmalarda da C kümesi kişilik bozukluklarından olan obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun kısıtlayıcı yeme ile çok güçlü ilişkisinin olduğu ortaya koyulmaktadır (Godt, 2008: 94; Sansone ve Sansone, 2010: 116). Bu bağlamda değerlendirildiğinde C kümesi kişilik inançlarının kısıtlayıcı yemeyi anlamlı düzeyde yordadığı söylenebilir.

Yeme ve beden endişesi ile A,B ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde BN hastalarının yeme ve bedeni ile ilgili uğraşı ele alınarak bireylerin yeme ile ilgili suçluluk duygularının oluşması, gizli yeme, sosyal yeme, yeme ile ilgili kontrol kaybı, kilo alma korkusu, yüzleşmekten kaçınma gibi durumların olduğu bilinmektedir ve her kişilik bozukluğu kümesi ile ilişkili olsa da B kümesi kişilik bozuklukları ile olan ilişkisinin daha güçlü olduğu düşünülmektedir. Araştırmalarda özellikle borderline kişilik bozukluğu ile BN ilişkisinin altı çizilerek dürtüsel yeme vurgulanmakta ve sıklıkla BN hastalarının B kümesi kişilik bozukluklarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir. (Godt, 2008: 94; Sansone ve Sansone, 2010: 116). Elde edilen bilgiler doğrultusunda B kümesi kişilik inançlarının yeme ve beden endişesini yordadığı görülmektedir.

Kilo endişesi ile A kümesi kişilik inançları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde A kümesini oluşturan paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarına sahip bireylerin

kilolarına dair tepkilerinin olduğu, beden ve kilo ile ilgili zihinsel uğraş, kilo verme arzusu ve kilodan memnuniyetsiz oldukları anlaşılmaktadır. A kümesi kişilik bozuklukları ile YB arasındaki ilişkiye dair literatürde yeteri kadar araştırmaya rastlanmasa da boylamsal bir araştırmada ise yedi yıl boyunca kadın AN hastaları incelenmiş ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ile yüksek düzeyde ilişkisi bulunmuştur. C kümesi kişilik bozukluklarıyla AN arasında güçlü bir ilişkinin olduğu görülürken aynı zamanda şizoid, şizotipal ve paranoid kişilik bozukluklarıyla da ilişkilerinin bulunduğu ifade edilmektedir (Müller ve diğerleri, 2001: 379). Bu bağlamda değerlendirildiğinde araştırmalar bulguyu destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Kişilik patolojilerinin yeme bozukluklarının başlangıcı ve devamında önemli rol oynadığı yapılan araştırmalarla da desteklenmektedir. Araştırmalarda YB hastalarının kişilik bozukluğu oranının toplumun genelinden daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Kişilik bozukluklarının YB'na eşlik eden bir tanı kategorisi oluşturmakla birlikte kaçınan ve borderline kişilik bozukluğunun eş tanı olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Özellikle obsesif kompulsif kişilik özellikleri AN hastalarında ve ailelerinde sıklıkla görülmektedir. (Halmi ve diğerleri, 1991: 713). Benzer şekilde yeme bozukluklarının görülme sıklığı yıllar içinde artması, hastalığın başlangıç yaşının düşmesi ve önemli riskleri taşıması sebebiyle yapılan araştırmalar giderek artmaktadır. Yeme bozuklukları birçok psikopatolojinin yanında kişilik bozukluklarıyla eş tanı almaktadır (Swinbourne ve Touyz, 2007: 260; O'Brien ve Vincent, 2003: 59).

2004 yılında yapılan pilot bir çalışmada ise YB hastalarının %51'inin en az bir kişilik bozukluğu tanısı aldığı ve AN ile ilişkisinin yüksek olduğu görülmüştür (Maranon, Echeburua ve Grijalvo, 2004: 217). YB ile kişilik bozukluklarının ilişkisinin incelendiği 545 kişilik bir gruptan oluşan araştırmada ise %1,7 oranında A kümesi, %9,9 oranında B kümesi, %17,1 oranında C kümesi kişilik bozukluğu eş tanısı koyulduğu görülmektedir. En sık %12,1 oranında çekingen kişilik bozukluğu, %6,2 oranında borderline kişilik bozukluğu, %3,3 oranında ise obsesif kompulsif kişilik bozukluğu bulunmuştur (Godt, 2008: 96).

Yapılan bir başka araştırmada da yeme bozuklukları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkide YB hastalarının sıklıkla C kümesi kişilik bozuklukları olan obsesif kompulsif, bağımlı ve kaçınan ile en sık görüldüğü ve beraberinde B kümesi kişilik bozuklukları olan borderline, histriyonik, narsisistik ve antisosyal olduğu ve sonrasında A kümesi kişilik bozuklukları olan paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarının takip ettiği ifade edilmektedir (Cassin, von Ranson, 2005: 903). Aynı araştırmada AN ile %53 oranında kaçınan, %37 oranında bağımlı, %33 oranında obsesif kompulsif ve %29 oranında borderline kişilik bozukluğu ilişkisi

bulunmuştur. BN ile ise %31 oranında borderline, %31 oranında bağımlı ve %30 oranında kaçınan kişilik bozukluğu bulgularına ve BN ile obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ilişkisi en az rastlanılan olmuştur.

2002 yılında yapılan araştırmada 176 yeme bozukluğu olan kadından oluşan grupta kişilik bozuklukları incelendiğinde en sık rastlanan kaçınan ve bağımlı kişilik bozukluklarına rastlanmıştır (Godt, 2002: 102). YB olan bireylerin kişilik bozukluğu tanı alma durumunu anlamak amacıyla yapılan bir araştırmada anoreksiyanın kısıtlayıcı tipinde %70,7; anoreksiyanın tıknırcasına yeme tipinde 84,8; BN'de 121,2 TY'de oran %73,1 olarak bulunmuştur (Sansone, Levitt ve Sansone, 2004: 17). Aynı zamanda yapılan araştırmalarda AN ile obsesif kompulsif özelliklerin birlikte görüldüğü belirtilmiştir (Casper, 1990: 156). Yeme bozukluğu ve kişilik bozuklukları arasındaki ilişkinin araştırıldığı 1998 yılında yapılan araştırmada ise yönetsel, psikometrik ve kavramsak ölçüm zorluklarına rağmen bulimik ve anoreksik hastalarda en az bir kişilik yapılanması ya da bozukluğunun bulunma olasılığı yüksek görülmektedir. Bu durum da belirli bir kişilik bozukluğu ya da özelliklerinin YB için risk faktörü oluşturduğunu doğrulamaktadır. Aynı çalışmada obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun AN için önemli bir risk faktörü oluşturduğu, 1.derece akrabalarda da kısıtlı tip AN'nin ailesel yatkınlık etkeni olduğu bulunmuştur (Lilenfeld ve diğerleri, 1998: 603).

Yeme bozukluklarının tedavisi genellikle uzun süre devam etmekle birlikte ölüm oranlarının çoğunlukta olduğu grup AN'dir. Aile desteği, genç yaştaki hastalık başlangıcı iyi prognoz olarak ifade edilirken AN kısıtlayıcı yeme biçimine en çok eşlik eden C kümesi kişilik bozukluğu olan obsesif kompulsif kötü prognoz olarak değerlendirilmektedir (Steinhausen, 2002: 1285).

Duygulanım değişikliği ve dürtüsellik gibi özelliklerin bulunduğu B kümesi kişilik bozuklukları anoreksiklerden daha çok bulimiklerde görülmekte olup borderline kişilik bozukluğunun BN hastalarında alkol bağımlılığı eş tanısı alması önemli bir bulgudur. Araştırmada AN ve normal kontrol grubunun aileleri B kümesi kişilik bozukluğu riski %3 bulunurken BN hastaları ve ailelerinde %12 oranında bulgulara rastlanılmıştır. Ayrıca madde kullanımının da BN hastalarında ve ailelerinde görüldüğü ifade edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda BN hastalarının dürtüsellığe, madde bağımlılığına yatkınlığı görülmektedir. Aynı araştırmada hem AN hem de BN için paranoid, histriyonik, borderline ve pasif agresif kişilik bozukluklarının görüldüğü ifade edilmektedir (Bulik ve diğerleri, 1997: 437, 440).

2000 yılında yapılan araştırmada ise YB ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada AN hastalarında %25 oranında kaçınan, %20 oranında obsesif kompulsif, %10 oranında borderline, %10 oranında paranoid, %5 oranında bağımlı kişilik bozukluğuna rastlanmıştır. BN hastalarında ise %33 oranında borderline, %28 oranında bağımlı, %19 oranında kaçınan, %14 oranında pasif agresif, histriyonik, obsesif kompulsif ve %9 oranında paranoid kişilik bozukluğu görülmektedir (Diaz-Marsa, Carrasco ve Saiz, 2000: 355).

AN, BN ve TYB hastası bireylerin Minnesota Kişilik Envanteri (MMPI) ile değerlendirilmesi ile gerçekleştirilen bir araştırmada da semptom karakteristiği, kaygı, kendine güvensizlik, suçluluk, bağımlılık, duygusal aşırı kontrol ve obsesif kompulsif davranış örüntülerinin olduğu bulunmuştur (Cumella, Wall ve Kerr-Almeida, 2000: 398).

Genel olarak değerlendirildiğinde araştırmanın ilk hipotezi olan yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki yordayıcılık ilişkisine dair literatür incelendiğinde araştırmanın bulgularını destekleyen sonuçlar görülmektedir.

Araştırmanın ikinci hipotezi, *“çocukluk çağı travmaları kişilik inançlarını anlamlı düzeyde yordamaktadır”* dır. Araştırmanın değişkenleri olan çocukluk çağı travmaları ile kişilik inançları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik yapılan analizler sonucunda çocukluk çağı travmalarının kişilik inançlarını anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir. Fiziksel istismar, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrol ile A, B ve C kümesi kişilik inançları arasında pozitif lineer ilişki ve fiziksel ihmal ile A kümesi kişilik inançları arasında pozitif lineer ilişki bulunmuştur. Bu ilişkilerden yola çıkarak yapılan regresyon analizleri incelenmiştir.

Fiziksel istismar, cinsel istismar ve aşırı koruma-kontrol ile A,B ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişki ve fiziksel ihmal ile A kümesi kişilik inançları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde araştırmalar çocukluk çağında fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile A kümesi kişilik bozukluklarından paranoid kişilik bozukluğu ile arasında ilişki bulunmuştur (Lee, 2017: 155). Cinsel istismara uğrayan çocukların birçok psikopatoloji geliştirme olasılığının yanı sıra en belirgin kişilik bozukluklarından borderline yapılanmaya ve beraberinde şiddet, kendine zarar verme ve özkıyım eğilime varan sonuçlar doğmaktadır (Brown ve Anderson, 1991: 57; Aktepe, 2009:112). Yapılan meta analiz çalışmalarında istismarın borderline kişilik bozukluğunun etiyolojisinde ve risk faktörleri arasında yer aldığı görülmektedir (Lieb ve diğerleri, 2014: 454; Fossati, Madeddu ve Maffei, 1999: 269). Benzer

bir araştırmada ise çocukluk çağı travmalarının hem çocuklukta hem de yetişkinlikte birçok bozulmaya sebep olması sebebiyle etiyolojik bir faktör olduğu belirtilmektedir. Özellikle çocuklukta travmaya uğrayan bireylerin klinik bulguları incelendiğinde borderline kişilik bozukluğu tanılması ile sıklıkla karşılaşılmaktadır (Terr, 1991: 10). Çocukluk çağı istismarı ve kişilik bozukluklarının arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada ise benzer şekilde cinsel istismarın borderline kişilik bozukluğu için risk faktörü oluşturduğu bulunmuştur (de Aquino Ferreira ve diğerleri, 2018: 71).Çocukluk çağı travması ve şizotipal kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bir araştırmada da tüm çocukluk çağı travmalarının şizotipal kişilik bozukluğu ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Velikonja ve diğerleri, 2019: 50). Bu bağlamda değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmalarının kişilik inançlarını anlamlı düzeyde yordadığını destekler nitelikte olduğu ifade edilebilir.

Çocukluk döneminde deneyimlenen travmaların bireyin diğer insanlara ve dünyaya ilişkin olumsuz inançlara sahip olmasına sebebiyet verdiği bilinmektedir (Webb and Whitmer, 2001: 446). Çocukluk çağı travmaları kısa ve uzun dönemde birçok durumu olumsuz anlamda etkilemektedir. İstismar durumu önemli ruhsal bozukluklar için büyük bir risk etmeni olarak kabul edilir ve beraberinde psikiyatrik ve sosyal sorunların ortaya çıktığı bilinmektedir. Çocukluk çağı istismarı akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete gibi birçok psikopatolojiye neden olurken araştırmanın konusu olan yeme ve kişilik bozukluklarına da önemli ölçüde sebebiyet vermektedir (Nasıroğlu, 2014: 70). Çocukluk çağı travmaları genellikle bireyin içine doğduğu ve sosyalizasyon sürecini geçirdiği aile ile yaşanıp devam etmektedir. Aile içinde istismara maruz kalan çocuk kendisini kirlenmiş ve damlanmış hisseder. Çocuk zamanla istismarcının davranışlarını içine alır ve ebeveynine bağlılığını bu yolla korumaya çalışır. İçteki kötölük duygusu ilişkinin devamını sağladığı için istismar sonlansa dahi devam eder ve zaman içerisinde çocuğun kişilik yapılanmasının bir parçasına dönüşür (Herman, 2017: 123). Bu sebeple her zaman şüphe ile yaklaşılması gereken, anlaşılması ve tanılması oldukça güç olan ihmal ve istismar, bireysel, psikososyal ve çevresel faktörleri bir arada bulunduran bir etmen olduğundan hem çocuklukta hem de yetişkinlikte birçok bozulmaya ve psikopatolojiye sebep olması sebebiyle etiyolojik bir faktördür. Literatürde istismar ve ihmal durumlarının bildirilmemesi, gizli tutulması sebebiyle ulaşılan bilgilerin yeterince gerçekliği yansıttığı düşünölmemekle birlikte elde edilen verilerde oldukça güçlü ilişkilere rastlanılmaktadır. Özellikle çocuklukta travmaya uğrayan bireylerin klinik bulguları incelendiğinde borderline kişilik bozukluğu tanılması ile sıklıkla karşılaşılmaktadır (Terr, 1991: 10; Sarı ve diğerleri, 2016: 502).

Genel olarak değeriendirildiğinde araştırmanın ikinci hipotezi olan çocukluk çağı travmaları ile kişilik inançları yordayıcılık ilişkisine dair literatür incelendiğinde araştırmanın bulgularını destekleyen sonuçlar görölmektedir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi, “*çocukluk çağı travmaları yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordamaktadır*” dır. Araştırmanın değişkenleri olan çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkilerin incelenmesine yönelik yapılan analizler sonucunda çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluklarını anlamlı düzeyde yordadığı görölmektedir. Fiziksel istismar ile kısıtlama, yeme endişesi, kilo endişesi, beden endişesi ile pozitif, tıknırcasına yeme ile negatif lineer ilişki bulunmuştur. Cinsel istismar ile kısıtlama, yeme endişesi, kilo endişesi arasında pozitif lineer ilişki bulunmuştur. Fiziksel ihmal ile yeme endişesi, kilo endişesi ve tıknırcasına yeme arasında pozitif lineer ilişki, kısıtlama ile negatif lineer ilişki bulunmuştur. Aşırı koruma-kontrol ile kısıtlama, yeme endişesi ve beden endişesi arasında pozitif lineer ilişki bulunmuştur. Duygusal istismar ile beden endişesi arasında pozitif lineer ilişki bulunmuştur.

Araştırmanın bulguları doğrultusunda incelendiğinde çocukluk çağı travmaları ve yeme davranışındaki bozulmanın doğrudan ya da dolaylı olarak etkilerinin bulunduğu ancak kısıtlı olduğunu belirten araştırmalar bulunmaktadır (Strodl ve Wylie, 2020: 9). Fiziksel istismar ve yeme endişesi ele alındığında yapılan bir araştırmada ise çocukluk çağında fiziksel şiddete maruz kalan ve fiziksel şiddete maruz kalmanın yanı sıra tanık olan çocukların yeme tutumlarının etkilendiği ve cinsiyet fark etmeksizin ileriki dönemde yeme bozukluğu geliştirdikleri görölmüştür (Brady, 2008: 347). Cinsel istismar ile yeme, kilo endişeleri arasındaki ilişkiyi destekleyen literatür araştırmalarına sıklıkla rastlanmaktadır. Örneğin; çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan bireylerle yapılan bir araştırmada ise istismara maruz kalan bireylerden %35’i BN olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada fiziksel istismara maruz kalanların da BN bildirdiği görölmektedir (Welch ve Fairburn, 1996: 633). Benzer bir araştırmada yeme bozuklukları ve istismar türleriyle ilgili yapılan bir araştırmada cinsel istismar ve AN arasında ilişki bulunamazken fiziksel istismar ile AN, BN ve TYB arasında ve duygusal istismar ile BN, TYB arasında ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Caslini ve diğerleri, 2016: 79).

Çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalan çocukların yeme bozukluğu geliştirdiği, en çok da bulimik yeme tutumunun göröldüğü ifade edilmiştir (Wonderlich ve diğerleri, 1997: 1107). Başka bir araştırmada ise cinsel istismar ve bulimiya arasında ilişki bulunmuş ve önemli bir risk faktörü olarak görölmüştür (Rope ve Hudson, 1992: 455). Çocukluk ve ergenlikte

yaşanan travmatik deneyimlerin özellikle cinsel istismarın TY ve yetişkinlikte obezite için büyük bir risk faktörü olduğu belirlen araştırma da bulunmaktadır (Palmisano, Innamorati ve Vanderlinden, 2016: 12). Aynı zamanda çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan TYB'nin yetişkinlikte başlayana göre daha fazla eş tanı aldığı ifade edilmiştir. (Brewerton ve diğerleri, 2014: 836).

Duygusal istismar ile beden endişesi arasındaki ilişki ele alındığında, 1999'da yapılan bir araştırmada çocukluk çağında duygusal ihmale ve istismara maruz kalan kadınlarda yeme bozuklukları görüldüğü bulunmuştur (Kent, Waller ve Dagnan, 1999: 160). 2019 yılında yapılan bir araştırmada ise çocukluk çağı istismarına maruz kalan 57 AN, 43 BN hastası ve 77 sağlıklı kadından oluşan grup ile yapılan araştırmada çocukluk çağında en çok duygusal istismara maruz kaldıkları ve kontrolcü ebeveyn tutumuna sahip ebeveynle büyükleri bildirilmiştir (Monteleone ve diğerleri, 2019: 577).

2018'de yeme bozuklukları ile çocukluk çağı travmalarının arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada duygusal istismarın yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu ancak diğer çocukluk çağı travmalarının kısmi aracılık ettiği ifade edilmektedir (Pugh, Waller ve Esposito, 2018: 201). Benzer bir araştırmada da çocukluk çağı travmaları ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkinin incelendiği bir araştırmada tüm psikopatolojilerin duygusal istismarla yakın ilişkisi olduğu görülmektedir (Monteleone ve diğerleri, 2019: 111).

Kısıtlı tip AN hastalarında duygusal olarak engellenme hissi ve riskten kaçınma gibi davranışlar görülmektedir. Hastalardan elde edilen geçmiş yaşantı öykülerine bakıldığında ise yeme bozukluğuna sahip olan bireylerde istismarın çeşitli türlerinden cinsel, fiziksel ve duygusal (psikolojik) şiddet saptanmıştır (Werne ve Yalom, 1995; aktaran Güniz Kocakaya, 2016: 1)

Genel olarak değerlendirildiğinde araştırmanın üçüncü hipotezi olan çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasındaki yordayıcılık ilişkisine dair literatür incelendiğinde araştırmanın bulgularını destekleyen sonuçlar görülmektedir.

Araştırmanın dördüncü hipotezi, *“yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolü bulunmaktadır”* dır. Araştırmanın değişkenleri olan yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracılık etkisinin incelenmesine yönelik analizler sonucunda çocukluk çağı travmalarının aracılık rolünün olduğu bulunmuştur.

Olumsuz temel inançlar ile psikopatoloji ilişkisini araştıran çalışmalar özellikle yeme bozuklukları ile kişilik bozukluklarına yoğunlaşmaktadır (Sheffield, 2005: 789). Yeme bozukluklarında özellikle bilişsel bozuklukların önemi vurgulanmaktadır ve bu bozulmanın bireyin vücut şekli, ağırlığına yönelik tutum ve değerlendirmelerini içermektedir. Bireyin çocukluk döneminde gelişen temel inançlarının kişilik bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluğa sebebiyet verdiği görülmüştür (Jones, Leung ve Harris, 2007: 164). Özellikle bu işlevsiz temel inançların obsesif kompulsif, antisosyal ve kaçınan kişilik bozukluğunda görüldüğü belirtilmiştir. Yapılan araştırmalarda da travmatik ve erken dönem yaşantıları sebebiyle oluşan işlevsiz temel inançların kişide diyet yapma davranışı üzerindeki etkilerini şemalarla açıklamış, hem başkaları hem de kendisi tarafından kabul edilen vücut ve kilo şekline ilişkin olarak yansıttıklarını belirtmiştir (Cooper ve Todd, 2004: 4).

YB hastaların intihar girişimlerinin bulunmasının sebebi madde kullanım bozukluğu, majör depresyon ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik eş tanılarının olması ve bu bireylerin çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kalması hastalarda bulunan dürtü kontrol güçlüklerinin altını çizmektedir (Favaro ve Santonastaso, 1997: 509).

1993 yılında yapılan bir araştırmada cinsel istismara uğramanın yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile ilişkisinin olduğu gösterilmiştir. Normal popülasyonda yapılan araştırmada çocukluk çağı cinsel istismara maruz kalan bireylerin %30'nun yeme bozukluğu geliştirdiği tespit edilmiştir (Connors ve Morse, 1993: 1). 1995 yılında yapılan benzer bir araştırmada çocukluk çağı cinsel istismara maruz kalan bireylerin yeme bozukluğuna sahip olduğu görülmüş ve genel popülasyonda kadınların daha fazla bozukluğa sahip olduğu ve beraberinde borderline kişilik bozukluğuna sahip oldukları görülmektedir (Everill ve Waller, 1995: 1). Özellikle yeme bozukluklarından bulimik örüntülerin daha belirgin olması dikkat çekicidir.

Yapılan bir başka araştırmada ise çocukluk çağı cinsel istismarına ya da diğer travma türlerine maruz kalan çocukların depresyon, alkol madde bağımlılığı, somatizasyon bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozukluğa sahip olabileceğini ve beraberinde kişilik bozukluğu geliştireceği ifade edilmiştir. Aynı araştırmada çocukluk çağı istismar ya da travmasına maruz kalan çocuğun ileride AN, BN ve TYB geliştirdiği ortaya koyulmuştur (Rorty ve Yager, 1996: 773).

İngiltere'de yapılan 100 kişilik bir gruptan oluşan kadınlarda ise cinsel istismara maruz kalanların borderline kişilik bozukluklarının olduğu ve bulimik ile TY davranışlarının olduğu

bildirilmiştir (Waller, 1993: 771). Aynı şekilde 2020 yılında yapılan bir araştırmada çocukluk çağında travmatik durumlara maruz kalan bireylerin yeme bozukluğu geliştirme olasılıkları incelenirken özellikle borderline kişilik bozukluğu ile yakın ilişkisi bulunmuştur (Rabito-Alcon, Baile ve Vanderlinden, 2020: 275). 2020 yılında yapılan başka bir araştırmada da 55 kişilik bir hasta grubuyla yapılan araştırmada çocukluk çağı travmalarına maruz kalan hastaların çoğunlukla narsistik ve paranoid özelliklere sahip olduğu bulunmuştur (Rodríguez-Quiroga ve diğerleri, 2020: 851).

Genel olarak değerlendirildiğinde araştırmanın dördüncü hipotezi olan yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkideki çocukluk çağı travmalarının aracı rolüne dair literatür incelendiğinde araştırmanın bulgularını destekleyen sonuçlar görülmektedir.

Araştırmanın ek bulgularında yer alan varsayımlar incelendiğinde ilk varsayım, “*kilo endişesi ve B kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide cinsel istismar aracılık rolü oynamaktadır*”. Varsayıma ilişkin bulgular incelendiğinde B kümesi kişilik inançları ile cinsel istismar ve B kümesi kişilik inançlarının kilo endişesine etkisinin anlamlı olduğu ve cinsel istismarın aracı rolünün olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalarda da özellikle B kümesi kişilik inançlarından olan borderline kişilik bozukluğunun BN ilişkisinin altı çizilerek dürtüsel yeme vurgulanmakta ve sıklıkla BN hastalarının B kümesi kişilik bozukluklarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir. (Godt, 2008: 94; Sansone ve Sansone, 2010: 116). Aynı zamanda cinsel istismara maruz kalan bireylerin borderline kişilik bozukluğu geliştirdikleri literatürdeki araştırmalarla da desteklenmektedir (Waller, 1993: 771). Benzer bir araştırmada da cinsel istismara maruz kalan bireylerin yeme bozukluğuna sahip olduğu ve borderline kişilik bozukluğu ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir ve bu kişilerin sıklıkla bulimik örüntülerinin olduğu ifade edilmektedir (Everill ve Waller, 1995: 1). İkinci varsayım, “*beden endişesi ve B kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide cinsel istismar aracılık rolü oynamaktadır*”. Varsayıma ilişkin bulgular incelendiğinde B kümesi kişilik inançlarının cinsel istismara ve beden endişesine etki ettiği görülürken B kümesi kişilik inançları ile beden endişesi arasındaki ilişki katsayısı güven aralığında yer alamadığı için aracılık rolü oynamadığı görülmektedir. Ancak bir önceki varsayımla da bağlantılı olarak BN hastalarının beden ve kilo endişelerinin olması sebebiyle benzer bulguların çıkacağı düşünülmektedir. Üçüncü varsayım, “*kısıtlama ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide aşırı koruma-kontrol aracılık rolü oynamaktadır*”. Varsayıma ilişkin bulgular incelendiğinde C kümesi kişilik inançlarını ve kısıtlamayı anlamlı şekilde etkilediği ancak dolaylı ilişkilere bakıldığında C kümesi kişilik

inançları ve kısıtlama arasındaki katsayı incelendiğinde küçük bir farkla aracılık rolü etkisinin olmadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde C kümesi kişilik inançlarından olan obsesif kompulsif davranış örüntülerinin AN ile yakından ilişkili olduğu görülmekte olup bu ilişkinin aşırı koruma ve kontrolle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Cumella, Wall ve Kerr-Almeida, 2000: 398). Dördüncü varsayım, “*kilo endişesi ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide fiziksel ihmal aracılık rolü oynamaktadır*”. Varsayıma ilişkin bulgular incelendiğinde C kümesi kişilik inançlarının fiziksel ihmal üzerinde etkisinin bulunmaması sebebiyle aracı rolü incelenememiştir. Literatürdeki araştırmalarda fiziksel ihmalin zayıflıkla aşırı uğraş boyutunu güçlü biçimde açıkladığına dair bilgiler yer alsa da araştırmancının bulgularını destekler nitelikte değildir (Tunç, 2019: 212). Beşinci varsayım, “*tıkınırcasına yeme ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide duygusal istismar aracılık rolü oynamaktadır*”. Varsayıma ilişkin bulgular incelendiğinde C kümesi kişilik inançlarının duygusal istismar üzerinde etkisinin bulunmaması sebebiyle aracılık rolü incelenememiştir. C kümesi kişilik inançları olan bağımlı ve çekingen kişilik bozukluklarının duygusal istismar üzerinde etkisinin olabileceği düşünülse de araştırmancının bulguları varsayımı desteklememektedir.

Ayrıca araştırmada aralarında ilişki bulunmayan değişkenler de bulunmamaktadır. Bunlardan biri kilo endişesi ile B kümesi kişilik inançları arasındaki ilişki olup B kümesi kişilik inançlarının sıklıkla ve BN hastaları ile birlikte görüldüğü ve BN'nin kilo endişesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (Cassin, von Ranson, 2005: 903). Ancak literatür araştırmancının bulgularını desteklememektedir. Bir diğer bulgu da tıkınırcasına yeme ile duygusal istismar arasında ilişki bulunmadığı yönündedir. Ancak yapılan araştırmalar incelendiğinde TYB ile duygusal istismar arasında ilişki bulunduğu görülmekte ve bu bulgunun araştırmancının alt değişkenlerinden olan duygusal istismarın günlük yaşamda en sık rastlanan istismar türü olması sebebiyle katılımcıların bu soruları cevaplardan normalleştirdiği düşünülmektedir (Runyan ve diğerleri, 2002: 60). A kümesi kişilik inançları ve duygusal istismar ve ihmal arasında ilişki bulunamaması diğer dikkat çekici bulgulardandır. Yapılan araştırmalarda özellikle çocukluk çağında duygusal ihmale maruz kalan bireylerin A kümesi kişilik bozukluklarından olan paranoid ile ilişkili bulunduğu görülmektedir (Lee, 2017: 155). Duygusal istismarın da bozukluğun oluşmasında etkili olduğu ifade edilmektedir. (Triebwasser, Chemerinski, Roussos ve Siever, 2013: 798). Ancak paranoid kişilik bozukluğuna sahip bireyler, neredeyse her söylenenden şüphe duyan ve zayıflıklarını göstermemek için kendilerine duvar ören ve kişiler arası ilişkilerde soğuk, eleştirilere duyarlı yapıdadırlar (Million ve diğerleri, 2019, 564). Bu sebeple kendilerini korumak adına anket sorularını içtenlikle doldurmadıkları düşünülmektedir

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde analizler sonucunda elde edilen bulguların değerlendirilmesi yapılarak elde edilen sonuçlar sunulmakta ve değişkenlerle ilgili yapılan çalışmalara yer verilmektedir. En son kısımda ilgili değişkenlerle çalışma yapmayı planlayan araştırmacılar için faydalı olabileceği düşünülen öneriler yer almaktadır.

Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları değişkenleri ile demografik değişkenlere yönelik sonuçlar aşağıda sunulmuştur :

- Yeme bozuklukları puanları ile yaş değişkeni arasındaki fark anlamlıdır ve en az 26-45, en fazla ise 45-65 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Kişilik inançları puanları ile yaş değişkeni arasındaki fark anlamlı ve en az 26-45, en fazla 45-65 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları puanları ile yaş değişkeni arasındaki fark da anlamlıdır ve en az 26-45, en fazla 45-65 yaş aralığında bulunmuştur.
- Yeme bozuklukları puanları ile eğitim düzeyi değişkeni arasındaki fark anlamlıdır ve en az üniversite, en fazla lise düzeyinde olduğu bulunmuştur. Kişilik inançları puanları ile eğitim düzeyi değişkeni arasındaki fark anlamlıdır ve en az master/doktora, en fazla ilk/ortaokul düzeyine olduğu bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları puanları ile eğitim düzeyi değişkeni arasındaki fark anlamlıdır ve en az master/doktora, en fazla ilk/ortaokul düzeyinde olduğu bulunmuştur.
- Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları puanları ile cinsiyet değişkeni arasındaki fark anlamlıdır ve erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü bulunmuştur.
- Yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları puanlarının psikiyatrik/psikolojik yardım arayışına ilişkin farklılaştığı ancak kişilik inançlarının farklılaşmadığı bulunmuştur.
- Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları puanlarının psikiyatrik tanı alma durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur.

Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları değişkenleri arasındaki yordayıcılık ve aracılık etkilerine yönelik sonuçlar aşağıda sunulmuştur:

- Kişilik inançlarının yeme bozukluklarının %21'ini açıkladığı saptanmıştır.
- Çocukluk çağı travmalarının kişilik inançlarının %33'ünü açıkladığı saptanmıştır.
- Çocukluk çağı travmalarının yeme bozukluklarının %17'sini açıkladığı saptanmıştır.

- Çocukluk çağı travmalarının yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasında aracı rolü oynadığı saptanmıştır.

Ek olarak yapılan analizlerde;

- Kilo endişesi ile B kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide cinsel istismarın aracı rolü oynadığı bulunmuştur.
- Beden endişesi ile B kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide cinsel istismarın aracı rolü oynamadığı bulunmuştur.
- Kısıtlama ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide aşırı koruma-kontrolün aracı rolü oynamadığı bulunmuştur.
- Kilo endişesi ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide fiziksel ihmalin aracı rolü oynamadığı bulunmuştur.
- Tıkınırcasına yeme ve C kümesi kişilik inançları arasındaki ilişkide duygusal istismarın aracı rolü oynamadığı bulunmuştur.

Araştırma genel olarak değerlendirildiğinde, yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkiler incelenmiş, yordayıcılık etkileri incelenmiş ve yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolü bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağı istismar ve ihmeline maruz kalan bireylerin kişilik inançlarının işlevselliğinin bozulduğu ve yetişkinlik döneminde yeme bozukluğu görülme olasılığını artırdığı saptanmıştır. Ayrıca bireylerin yeme bozukluğu ile kişilik inançları arasındaki ilişkilerin bir kısmını çocukluk çağı travmalarının açıkladığı görülmektedir. Bu durum yeme bozukluğu ile kişilik inançları arasındaki ilişkide başka aracı rollerin varlığını da ifade etmektedir. Literatüre bakıldığında, araştırmadaki yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk çağı travmaları değişkenlerinin tümünün bir arada ilişkilerinin ve aracı rolünün incelendiği başka bir araştırmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla araştırmadaki bulguların yeni araştırmalarda desteklenmesi katkı sunacaktır. Araştırmada yer alan değişkenlerin daha önce birlikte incelenmemiş olması hem klinik değerlendirme hem de literatür için önem taşımaktadır.

Aşağıda araştırmanın bulguları ve tartışma ele alınarak alandaki araştırmacılara yönelik önerilere yer verilmiştir.

- Bu araştırmada yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolü incelenmiştir. Yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkide çocukluk çağı travmalarının aracı rolü bulunmuştur. Bu durum yeme bozuklukları ile kişilik inançları değişkenleri arasındaki ilişkilerin bir bölümünü

Çocukluk ağı travmalarının açıkladığını göstermektedir. Yeme bozuklukları ile kişilik inançları arasındaki ilişkiye aracılık etkisi edebilecek başka değişkenlerin de modele dahil edilip analiz edilmesi ile bu değişkenlerin derinlemesine incelenmesi için literatüre katkı sunabilir.

- Bu araştırmanın örneklemini 18-65 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Yapılacak araştırmalarda yeme bozukluklarının sıklıkla görüldüğü yaş aralığı alınarak daha spesifik olarak incelenebilir.
- Bu araştırma nicel desene sahiptir. Nitel verilerin araştırmaya dahil edilerek incelenmesi uygulayıcı ve araştırmacılar için kapsamlı bilgiler sunabilir.
- Yeme bozuklukları, kişilik inançları ve çocukluk ağı travmaları değişkenlerinin ilgili olduğu düşünülen farklı demografik değişkenlerle incelenerek elde edilen bulguların kapsamı genişletilebilir.

KAYNAKÇA

- Ağırman, A., & Maner, F. (2010). Eating Disorders and Emotional Neglect: A Case Report. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23(2), 121-127. doi:10.5350/DAJPN2010230207t
- Akdemir, A., ve Nargis, B. S. (2013). Yeme Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği. *Klinik Psikiyatri*, 16, 175-180.
- Aker, A. T. (2012). Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. *Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Psikiyatrisi Çalışma Birimi*, 1-78.
- Akhtar, S. (1987). Schizoid Personality Disorder: A Synthesis of Developmental, Dynamic, and Descriptive Features. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 499-518. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.4.499
- Akhtar, S. (1990). Paranoid Personality Disorder: A Synthesis of Developmental, Dynamic, and Descriptive Features. *American Journal of Psychotherapy*, 44(1), 5-25. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1990.44.1.5
- Aktepe, E. (2009). Childhood Sexual Abuse. *Current Approaches in Psychiatry*, 1(1), 95-119.
- Akyüz, G., Şar, V., Kuğu, N., & Doğan, O. (2005). Reported Childhood Trauma, Attempted Suicide and Self-mutilative Behavior Among Women in the General Population. *European Psychiatry*, 20, 268-273.
- Allen, K. L., Bryne, S. M., Oddy, W. H., & Crosby, R. D. (2013). DSM–IV–TR and DSM-5 Eating Disorders in Adolescents: Prevalence, Stability, and Psychosocial Correlates in a Population-Based Sample of Male and Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 720-732. doi:10.1037/a0034004
- Altıntaş, M., & Özgen, N. (2017). Personality Trait's Effects on Eating Behaviors. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(5), 1797-1810.
- Ambrose, M., & Deisler, V. (2015). *Eating Disorders* (Cilt 1). USA: Enslow Publishers.
- APA. (2014). *Highlights of Changes From DSM-IV-TR to DSM-5*.

- Apt, C., & Hulbert, D. F. (1994). The Sexual Attitudes, Behavior, and Relationships of Women with Histrionic Personality Disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 20(2), 125-134. doi:10.1080/00926239408403423
- Atmaca, S., & Gençöz, T. (2016). Exploring Revictimization Process Among Turkish Women: The Role of Early Maladaptive Schemas on the Link Between Child Abuse and Partner Violence. *Child Abuse & Neglect*, 52(1), 85–93. doi:10.1016/j.chiabu.2016.01.004
- Ayvaz, M., & Aksoy, M. C. (2004). Çocuk İstismarı ve ihmali: Ortopedik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 27-33.
- Back, S. E., Jackson, J. L., Fitzgerald, M., Shaffer, A., Salstrom, S., & Osman, M. M. (2003). Child Sexual and Physical Abuse Among College Students in Singapore and the United States. *Child Abuse and Neglect*, 27(11), 1259-1275. doi:10.1016/j.chiabu.2003.06.001
- Barba, E., Accarino, A., Soldevilla, A., Malagelada, J.-R., & Azpiroz, F. (2016). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Biofeedback for the Treatment of Rumination. *The American Journal of Gastroenterology*, 111(7), 1007-1013. doi:10.1038/ajg.2016.197
- Baskin-Sommers, A., & Krusemark, E. (2014). Empathy in Narcissistic Personality Disorder: From Clinical and Empirical Perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323-333. doi:10.1037/per0000061
- Beck, A. T., Denise, D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Publications.
- Beck, J. S. (2020). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi* (2 b.). (M. Şahin, Çev.) Newyork&London: Nobel Yayın.
- Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring Psychological Abuse in Childhood: II. Association with Other Abuse and Adult Clinical Depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66(3), 241-258. doi:10.1521/bumc.66.3.241
- Black, C. M., & Wilson, G. T. (1996). Assessment of Eating Disorders: Interview Versus Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 43–50. doi:10.1002/(sici)1098-108x(199607)20:1<43::aid-eat5>3.0.co;2-4

- Black, D. W. (2015). The Natural History of Antisocial Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(7), 309-314. doi:10.1177/070674371506000703
- Brady, S. S. (2008). Lifetime Family Violence Exposure is Associated with Current Symptoms of Eating Disorders Among both Young Men and Women. *Journal of Traumatic Stress*, 21(3), 347-351. doi:10.1002/jts.20335
- Brewerton, T. D., Rance, S. J., Dansky, B. S., O'Neil, P. M., & Kilpatrick, D. G. (2014). A Comparison of Women with Child-Adolescent Versus Adult Onset Binge Eating: Results from the National Women's Study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 836-843. doi:10.1002/eat.22309
- Broman-Fulks, J. J., Hill, W. R., & Green, B. A. (2008). Is Perfectionism Categorical or Dimensional? A Taxometric Analysis. *Journal of Personality Assessment*, 90(5), 481-490. doi:10.1080/00223890802248802
- Brown, G. R., & Bradley, A. (1991). Psychiatric Morbidity in Adult Inpatients with Childhood Histories of Sexual and Physical Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 55-61. doi:10.1176/ajp.148.1.55
- Bruch, H. (1980). Preconditions for the Development of Anorexia Nervosa. *The American Journal of Psychoanalysis*, 40(2), 169-172. doi:10.1007/bf01254810
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: Therapy and Theory. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531-1538. doi:10.1176/ajp.139.12.1531
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and Eating Disorders in Childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111. doi:10.1002/eat.20795
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1997). Lifetime Comorbidity of Alcohol Dependence in Women with Bulimia Nervosa. *Addictive Behaviors*, 22(4), 437-446. doi:10.1016/s0306-4603(96)00053-6
- Burakgazi, G., Öztürk, T., Akyol, M., ve Yıldırım, H. (2013). Obez Çocuklarda Beynin Difüzyon Ağırlıklı Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulguları. *Mustafa Kemal Üniv. Tıp Dergisi*, 4(14), 1-9.

- Butler, A. C., Beck, A. T., & Cohen, L. H. (2007). The Personality Belief Questionnaire-Short Form: Development and Preliminary Findings. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 357-370.
- Cain, N. M., Ansell, E. B., Simpson, H. B., & Pinto, A. (2014). Interpersonal Functioning in Obsessive–Compulsive Personality Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 97(1), 90-99. doi:10.1080/00223891.2014.934376
- Caligor, E., Levy, K. N., & Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic and Clinical Challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415–422. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14060723
- Carroll, A. (2009). Are you looking at me? Understanding and Managing Paranoid Personality Disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(1), 40-48. doi:10.1192/apt.bp.107.005421
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M., & Carra, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 78(1), 79-90. doi:10.1097/psy.0000000000000233
- Casper, R. C. (1990). Personality Features of Women with Good Outcome from Restricting Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 156-170. doi:10.1097/00006842-199003000-00004
- Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and Eating Disorders: A Decade in Review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916. doi:10.1016/j.cpr.2005.04.012
- Castillo, M., & Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 85–94. doi:10.1016/j.cppeds.2017.02.004
- Chemerinski, E., Triebwasser, J., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Schizotypal Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 652-679. doi:10.1521/pedi_2012_26_053
- Clarkin, J. F., & Posner, M. (2005). Defining the Mechanisms of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 38(2), 56-63. doi:10.1159/000084812

- Cohen, Z. P. (2019). Üç Kuşak Kadın Yetişkinin Çocukluk Çağı Travmaları, Dissosiyasyon ve Şiddete Yönelik Tutumları Bakımından İncelenmesi. *Doktora Tezi*. İstanbul.
- Coid, J. (2003). Epidemiology, Public Health and The Problem of Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182(S44), S3-S10. doi:10.1192/bjp.182.44.s3
- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual Abuse and Eating Disorders: A Review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 1-11. doi:10.1002/1098-108x(199301)13:1<1::aid-eat2260130102>3.0.co;2-p
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A Cognitive Model of Bulimia Nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16. doi:10.1348/014466504772812931
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2003). Refining the Definition of Binge Eating Disorder and Nonpurging Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S89-S95. doi:10.1002/eat.10208
- Cumella, E. J., Wall, A. D., & Kerr-Almeida, N. (2000). MMPI-2 in the Inpatient Assessment of Women With Eating Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 387-403. doi:10.1207/s15327752jpa7503_03
- Çakırca Avcu, E. (2017, Mayıs). Sağlıklı Beslenme –Neleri Gözden Kaçıyoruz? *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(5), 31-34.
- Çavuş, S. Y., Darçın, A. E., Dilbaz, N., & Kaya, H. (2012). Comparison of the Schizotypal Features of First-Degree Relatives of Schizophrenic Patients with Those of Healthy Controls. *Archives of Neuropsychiatry*, 42(1), 266-271. doi:10.4274/npa.y 6136
- Çepik Kuruoğlu, A. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(1), 32-37.
- Dağ, İ. (2003). *Psikolojik Travma ve Sonuçları* (Cilt 9). İstanbul: 5US Yayıncılık.
- Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F., & Szumukler, G. I. (1990). The Clinical and Theoretical Impact of a Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(1), 39-57. doi:10.1111/j.1752-0606.1990.tb00044.x

- Davidson, J. R., Huges, D. C., George, L. K., & Blazer, D. G. (1996). The Association of Sexual Assault and Attempted Suicide Within the Community. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 550-555. doi:10.1001/archpsyc.1996.01830060096013
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi* (7 b.). (İ. Dağ, Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Dergisi Yayınları.
- de Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M., & Aquiar Melo, M. C. (2018). Borderline Personality Disorder and Sexual Abuse: A Systematic Review. *Psychiatry Research*, 262(1), 70-77. doi:10.1016/j.psychres.2018.01.043
- Deveci, E. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğunun Görülme Sıklığı ve Psikososyokültürel Yordayıcıları İstanbul Örnekleme. *Doktora Tezi*, 1-314. İstanbul.
- Diaz-Marsa, M., Luis, J., & Saiz, J. (2000). A Study Of Temperament and Personality in Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 352-359. doi:10.1521/pedi.2000.14.4.352
- Dishman, R. K., Sallis, J. F., & Orenstein, D. R. (1985). The Determinants of Physical Activity and Exercise. *Public Health Reports*, 100(2), 158-171.
- Disney, K. L. (2013). Dependent Personality Disorder: A Critical Review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1184–1196. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.001
- Edens, J. F., Marcus, D. K., & Morey, L. C. (2009). Paranoid Personality Has a Dimensional Latent Structure: Taxometric Analyses of Community and Clinical Samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 545-553. doi:10.1037/a0016313
- Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the Experience of Drop-out from Treatment for Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 90-107. doi:10.1002/erv.492
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(1), 561-573. doi:10.1016/j.psc.2018.07.008
- Ergüney-Okumuş, E., Sertel-Berk, Ö., ve Yücel, B. (2016). Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları. *Psikoloji Çalışmaları*, 36(1), 41-64.

- Erkan, T. (2008). Ergenlerde Beslenme. *Adolesan Sağlığı II* (Cilt Sempozyum Dizisi, s. 73-77). içinde İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri.
- Erol, A. (2011). Yeme Bozuklukları ve İki Uçlu Mizaç Bozuklukları Ek Hastalığı. *Journal of Mood Disorders*, 1(2), 75-80. doi:10.5455/jmood.20110628062154
- Erol, A., Toprak, G., ve Yazıcı, F. (2002). Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1), 48-57.
- Ersoy, G. (1991). Yeme Davranışı Bozuklukları. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 20(1), 95-106.
- Ertuğ Toker, D., ve Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Eskin, M., Kaynak-Demir, H., & Demir, S. (2005). Same-Sex Sexual Orientation, Childhood Sexual Abuse, and Suicidal Behavior in University Students in Turkey. *Archives of Sexual Behavior*, 34(2), 185-195. doi:10.1007/s10508-005-1796-8
- Everill, J. T., & Waller, G. (1995). Reported Sexual Abuse and Eating Psychopathology: A Review of the Evidence for a Causal link. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 1-11. doi:10.1002 / 1098-108x (199507) 18: 1 <1 :: aid-eat2260
- Fairburn, C. G. (2020). *Yeme Bozuklukları ve Bilişsel Davranışçı Terapi* (Cilt 2). İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003, February 1). Eating Disorders. *The Lancet*, 361, 407-416. doi:10.1016/s0140-6736(03)12378-1
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528. doi:10.1016/S0005-7967(02)00088-8
- Favaro, A., & Santonastaso, P. (1997). Suicidality in Eating Disorders: Clinical and Psychological Correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(6), 508-514. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb10139.x

- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mamme, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., . . . Walsh, T. (2014). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents: A “New Disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1), 49-52. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.11.013
- Fitzsimmons-Craft, E. E. (2011). Social Psychological Theories of Disordered Eating in College Women: Review and Integration. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 1221-1237. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.011
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline Personality Disorder and Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Study. *Journal of Personality Disorders*, 13(3), 258-280. doi:10.1521/pedi.1999.13.3.268
- French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (1995). Dieting Behaviors and Weight Change History in Female Adolescents. *Health Psychology*, 14(6), 548-555. doi:10.1037/0278-6133.14.6.548
- Geller, J., & Dunn, E. C. (2011). Integrating Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Eating Disorders: Tailoring Interventions to Patient Readiness for Change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 5-15. doi:10.1016/j.cbpra.2009.05.005
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2015). *Psikoloji ve Yaşam*. (D. G. Sart, Çev.) Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Gershon, E. S., Schreiber, J. L., Hamovit, J. R., Dibble, E. D., Kaye, W., Nurnberger, J. I., . . . Ebert, M. (1984). Clinical Findings in Patients with Anorexia Nervosa and Affective Illness in Their Relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1419-1422. doi:10.1176/ajp.141.11.1419
- Gibson, D., Workman, C., & Mehler, P. S. (2019). Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 263-274. doi:10.1016/j.psc.2019.01.009
- Gitimu, P. N., Jameson, M. M., Turel, T., Pohe-Krauza, R., Mincher, J., Rowlands, Z., & Elias, J. (2016). Appearance issues, depression, and disordered eating among college females. (T. Craig, Dü.) *Cogent Psychology*, 3(1), 1-16. doi:10.1080/23311908.2016.1196512

- Gladstone, G., Parker, G., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (1999). Characteristics of Depressed Patients Who Report Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 431-437.
- Godt, K. (2002). Personality Disorders and Eating Disorders: The Prevalence of Personality Disorders in 176 Female Outpatients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 10(2), 102-109. doi:10.1002/erv.441
- Godt, K. (2008). Personality Disorders in 545 Patients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 94-99. doi:10.1002/erv.844
- Gordon, P. M., Heath, G. W., Holmes, A., & Christy, D. (2000). The Quantity and Quality of Physical Activity Among Those Trying to Lose Weight. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(1), 83-86.
- Gorey, K. M., & Leslie, D. R. (1997). The Prevalence of Child Sexual Abuse: Integrative Review Adjustment for Potential Response and Measurement Biases. *Child Abuse & Neglect*, 21(4), 391-398. doi:10.1016/s0145-2134(96)00180-9
- Grange, D. L., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 886-894. doi:10.1016/j.jaac.2015.08.008
- Grogan, S. (1999). *Body Image-Understanding body*. London: Taylor & Francis Group.
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2017). Binge Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2), 255-266. doi:10.1016/j.psc.2017.01.003
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., ve Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 24, 128-134.
- Gündüz, A., ve Gündoğmuş, İ. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Olumsuz Yaşantıları ile Otomatik Düşünceler, Ara İnançlar, Uyumsuz Şemalar, Anksiyete ve Depresif Belirti Şiddeti ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri*, 22(1), 424-435.

- Güneri Akay, G. (2016). Yeme Bozukluklarında Fiziksel Açlığı Duygusal Açlıktan Ayırt Edebilme. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics*, 1(2), 17-22.
- Güneri-Yöyen, E. (2017). Childhood Trauma and Self-Respect. *International Journal of Social Sciences and Education Research Online*, 3(1), 267-282.
- Günher-Arıca, S., Arıca, V., Arı, M., ve Özer, C. (2011). Adolesanda Yeme Bozuklukları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı*, 1-10.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Machi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of Psychiatric Diagnoses in Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 48(8), 712-718.
- Hancı, İ. H. (2002). *Adli Tıp ve Adli Bilimler* (Cilt 1). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W., & Hilbert, A. (2018). Prevalence of Pica and Rumination Behaviors in German Children Aged 7–14 and Their Associations with Feeding, Eating, and General Psychopathology: A Population-Based Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10. doi:10.1007/s00787-018-1153-9
- Hedin, L. W. (2000). Physical and sexual abuse against women and children. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 12(5), 349-355. doi:10.1097/00001703-200010000-00003
- Hepp, U., Spinder, A., & Milos, G. (2005). Eating Disorder Symptomatology and Gender Role Orientation. *International Journal of Eating Disorders*, 37(3), 227-233.
- Herman, J. L. (2017). *Travma ve İyileşme* (Cilt 5). (T. Tosun, Çev.) İstanbul: Literatür Yayınları.
- Hoek, H. W., & Hooken, D. V. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. doi:10.1002/eat.10222
- Holland, L. A., Brown, T. A., & Keel, P. K. (2014). Defining features of unhealthy exercise associated with disordered eating and eating disorder diagnoses. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(1), 116-123. doi:10.1016 / j.psychsport.2013.10.005

- İnalkaç, S., ve Arslantaş, H. (2018). Duygusal Yeme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(1), 70-82. doi:10.17827/aktd.336860
- Jackson, H. J., & Burgess, P. M. (2000). Personality Disorders in the Community: A Report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(12), 531-538. doi:10.1007/s001270050276
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders. A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. doi:10.1521/ijct.2013.6.2.171
- Jacobson, A., & Richardson, B. (1987). Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry. *American Journal of Psychiatry*, 144(7), 908-913. doi:10.1176/ajp.144.7.908
- Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). Dysfunctional Core Beliefs in Eating Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 156-171. doi:10.1891/088983907780851531
- Judd, S. J. (2011). *Eating Disorders Sourcebook* (Cilt 3). United States: Omnigraphics, Incorporated.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222. doi:10.1097/00004583-199910000-00009
- Katzman, D. K. (2005). Medical Complications in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S52-S59. doi:10.1002/eat.20118
- Keel, P. K. (2017). *Eating Disorders* (Cilt 2). New York: Oxford University Press.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term Outcome of Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 63-69. doi:10.1001/archpsyc.56.1.63

- Kendall-Tackett, K. (2002). The Health Effects of Childhood Abuse: Four Pathways by Which Abuse Can Influence Health. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 715-729. doi:10.1016/s0145-2134(02)00343-5
- Kent, A., Waller, G., & Dagnan, D. (1999). A Greater Role of Emotional than Physical or Sexual Abuse in Predicting Disordered Eating Attitudes: The Role of Mediating Variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 159-167. doi:10.1002/(sici)1
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505-508. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09020263
- Kessing, B. F., Smout, A. J., & Bredenoord, A. (2014). Current Diagnosis and Management of the Rumination Syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 1, 478-483. doi:10.1097/mcg.0000000000000142
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for Eating Disorders Position Paper: Eating Disorders are Serious Mental Illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97-103.
- Kocakaya, G. (2016). Yeme Bozukluğu ile İlişkili Olabilecek Değişkenlerin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*.
- Koloski, N. A., Talley, N. J., & Boyce, P. M. (2002). Epidemiology and Health Care Seeking in the Functional GI Disorders: A Population-Based Study. *The American Journal of Gastroenterology*, 97(2), 2290-2299. doi:10.1111/j.1572-0241.2002.05783.x
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. HYB Basım Yayın.
- Kreipe, R. E., & Palomaki, A. (2012). Beyond Picky Eating: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 421-431. doi:10.1007/s11920-012-0293-8
- Kuğu, N., Akyüz, G., Doğan, O., Ersan, E., & İzgiç, F. (2006). The Prevalence of Eating Disorders Among University Students and The Relationship with Some Individual Characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 129-135. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01759.x

- Lee, R. J. (2017). Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(2), 151-156. doi:10.1007/s40473-017-0116-7
- Leichsenring, F., Lebing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. doi:10.1016/s0140-6736(10)61422-5
- Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics Of North America*, 31(3), 395-403. doi:10.1016/j.psc.2008.03.003
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective Analysis of Personality and Behavioral Vulnerabilities and Gender Influences in the Later Development of Disordered Eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 140-149. doi:10.1037/0021-843X.104.1.140
- Leung, A. K., & Hon, K. L. (2019). Pica: A Common Condition that is Commonly Missed - An Update Review. *Current Pediatric Reviews*, 15, 1-6. doi:10.2174/1573396315666190313163530
- Levin, A. P., & Hyler, S. E. (1986). DSM-III Personality Diagnosis in Bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 27(1), 47-53. doi:10.1016/0010-440x(86)90068-4
- Levine, P. A. (2013). *Kaplanı Uyandırmak*. İstanbul: Butik Yayıncılık.
- Levine, P. A. (2017). *Travma ve Anı*. (B. Gündoğdu, Dü.) Butik Yayıncılık.
- Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2003). The Effects of Similarity Versus Dissimilarity of Spouses' Traumatic Childhood Events on Psychological Well-Being and Marital Quality. *Journal of Family Issues*, 24(6), 737-752. doi:10.1177/0192513x03255326
- Lewis, K. C., & Mastico, E. R. (2017). Histrionic Personality Disorder. *Springer International Publishing*, 1(1), 1-9. doi:10.1007/978-3-319-28099-8_590-1
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. doi:10.1016/s0140-6736(04)16770-6

- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., . . . Nagy, L. (1998). A Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610. doi:10.1001/archpsyc.55.7.603
- Livingston, R. (1987). Sexually and Physically Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 413-415. doi:10.1097/00004583-198705000-00023
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Curr, B., . . . Stein, D. J. (2002). Childhood Trauma in Obsessive-compulsive Disorder, Trichotillomania, and Controls. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66-68. doi:10.1002/da.1002
- Lock, J., Grange, D. L., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment With Adolescent-Focused Individual Treatment With Adolescent-Focused Individual. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025-1032. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.128
- Logue, C. M., Crowe, R. R., & Bean, J. A. (1989). A family study of Anorexia Nervosa and Bulimia. *Comprehensive Psychiatry*, 30(2), 179-188. doi:10.1016/0010-440x(89)90071-0
- Lopez-Colombo, A., Morgan, D., Bravo-Gonzalez, D., Montiel-Jarquín, A., Mendez-Martínez, S., & Schmulson, M. (2012). The Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Mexico: A Population-Based Study. *Gastroenterology Research and Practice*, 1-8. doi:10.1155/2012/606174
- Maranon, I., Echeburua, E., & Grijalvo, J. (2004). Prevalence of Personality Disorders in Patients with Eating Disorders: A Pilot Study Using the IPDE. *European Eating Disorders Review*, 12(4), 217-222. doi:10.1002/erv.578, 12(4), 217-222. doi:10.1002/erv.578
- Martin, R., & Young, J. (2010). *Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies*. New York: The Guilford Press.

- Matson, J. L., Hattier, M. A., Belva, B., & Matson, M. L. (2013). Pica in Persons with Developmental Disabilities: Approaches to Treatment. *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2564-2571. doi:10.1016/j.ridd.2013.05.018
- May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A Study of the Prevalence of Child Abuse and Neglect. *Child Abuse & Neglect*, 29(9), 969-984. doi:10.1016/j.chiabu.2004.05.009
- Mayda, B. S., ve Yücel, V. (2020). *Çocukluk Travması* (Cilt 1). Kriter Basım Yayın Dağıtım.
- Mehler, P. S., & Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-5. doi:10.1186/s40337-015-0044-4
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3(5), 1-8. doi:10.1136/bmjopen-2013-002646
- Miller, J. D., & Campbell, W. K. (2010). The Case for Using Research on Trait Narcissism as a Building Block for Understanding Narcissistic Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(3), 180–191. doi:10.1037/a0018229
- Million, T., Grossman, S., Million, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2019). *Modern Yaşamda Kişilik Bozuklukları* (Cilt 2). (E. O. Gezmiş, Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A Conceptual Model of Psychosomatic Illness in Children. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031-1038. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260095008
- Mısır, E., & Alptekin, K. (2020). The Concept of Schizotypy and Schizotypal Personality Disorder. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23, 364-374. doi:10.5505/kpd.2020.27576
- Mitchell, J. E. (2015). Medical Comorbidity and Medical Complications Associated with Binge-Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319-323. doi:10.1002/eat.22452

- Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of Eating Disorders, Eating Disordered Behaviour, and Body Image Disturbance in Males: A Narrative Review. *Journal of Eating Disorders*, 3(20), 2-9. doi:10.1186/s40337-015-0058-y
- Monteleone, A. M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., Maj, M. (2019). The Association Between Childhood Maltreatment and Eating Disorder Psychopathology: A Mixed-model Investigation. *European Psychiatry*, 61(1), 111-118. doi:10.1016/j.eurpsy.2019.08.002
- Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Patriciello, G., Pellegrino, F., Cascino, G., Catellini, G., Maj, M. (2019). Parental Bonding, Childhood Maltreatment and Eating Disorder Psychopathology: An Investigation of Their Interactions. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 577-589. doi:10.1007/s40519-019-00649-0
- Moran, P. (1999). The epidemiology of antisocial personality disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(5), 231-242. doi:10.1007/s001270050138
- Morry, M. M., & Staska, S. L. (2001). Magazine Exposure: Internalization, Self-Objectification, Eating Attitudes, and Body Satisfaction in Male and Female University Students. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(4), 269-279. doi:10.1037/h0087148
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The Long-term Impact of the Physical, Emotional, and Sexual Abuse of Children: A Community Study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21. doi:10.1016/0145-2134(95)00112-3
- Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150–158. doi:10.1002/cpp.1780
- Murray, H. B., Thomas, J. J., Hinz, A., Munsch, S., & Hilbert, A. (2018). Prevalence in Primary School Youth of Pica and Rumination Behavior: The Understudied Feeding Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1-5. doi:10.1002/eat.22898
- Müller, B., Wewetzer, C., Jans, T., Holtkamp, K., Herpertz, S. C., Warnke, A., Herpertz-Dahlmann, B. (2001). Persönlichkeitsstörungen und Psychiatrische Komorbidität im

- Verlauf der Zwangsstörung und der Anorexia Nervosa. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*, 69(8), 379-387. doi:10.1055/s-2001-16511
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S., Teramukai, S., & Wonderlich, S. A. (2016). Characteristics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in a Cohort of Adult Patients. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 528–53. doi:10.1002/erv.2476
- Nasıroğlu, S. (2014). Residential Treatment Centers for Child Abuse. *Current Approaches in Psychiatry*, 6(1), 67-78. doi:10.5455/cap.20131231120555
- Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating Disorders of Infancy and Childhood: Definition, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 17-30. doi:10.1016/j.chc.2008.07.008
- O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric Comorbidity in Anorexia and Bulimia Nervosa: Nature, Prevalence, and Causal Relationships. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 57-74. doi:10.1016/s0272-7358(02)00201-5
- Olden, K. W. (2001). Rumination. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 4(4), 351-358. doi:10.1007/s11938-001-0061-z
- Oldman, J. M. (2006). Borderline Personality Disorder and Suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26. doi:10.1176/appi.ajp.163.1.20
- Oral, R., Kaplan, C. S., Polat, S., Ateş, N., Çetin, G., Miral, S., Tiras, B. (2001). Child Abuse in Turkey: An Experience in Overcoming Denial and a Description of 50 Cases. *Child Abuse & Neglect*, 25(2), 279-290. doi:10.1016/S0145-2134(00)00241-6
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Peek-Asa, C. (2015). Adverse Childhood Experiences and Trauma Informed Care: The Future of Health Care. *Pediatric Research*, 79(1-2), 227–233. doi:10.1038/pr.2015.197
- Öngören, B. (2015). Sosyolojik Açıdan Sağlıklı Beden İmgesi. *Journal of Social Sciences and Humanities Researhes*, 1(34), 25-45.
- Örsel, S., Işık-Canpolat, B., Akdemir, A., ve Özbay, M. H. (2004). Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden İmajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 5-15.

- Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlu-Kahiloğulları, A., ve Akgün-Aktaş, E. (2011). Psikiyatri Hastalarında Çocukluk Çağı Travmalarının Sıklığı ve Psikopatoloji İlişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 12, 130-136.
- Özakkaş, T. (2012). *Masterson Yaklaşımı*. İzmit: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları .
- Özdemir, A. (2013). Yeme Bozukluğu Hastasının Klinik Değerlendirmesi. (B. A. Yücel, Dü.) *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Çalışma Birimleri Dizisi*, 15, 97-107.
- Özdemir, O., Özdemir, P. G., Kadak, M. T., & Nasıroğlu, S. (2012). Personality Development. *Current Approaches in Psychiatry*, 4(4), 566-589. doi:10.5455/cap.20120433
- Özkan, N., ve Bilici, S. (2018). Yeme Davranışında Yeni Yaklaşımlar: Sezgisel Yeme ve Yeme Farkındalığı. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 16-24.
- Özyurt, G., Öztürk, Y., ve Pekcanlar-Akay, A. (2017). Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Yeme Bozukluklarının Güncel Psikoterapötik Tedavisinin Gözden Geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 24(1), 81-96.
- Paavilainen, E., & Tarkka, M.-T. (2003). Definition and Identification of Child Abuse by Finnish Public Health Nurses. *Public Health Nursing*, 20(1), 49-55. doi:10.1046/j.1525-1446.2003.20107.x
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life Adverse Experiences in Relation with Obesity and Binge Eating Disorder: A Systematic Review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31. doi:10.1556/2006.5.2016.018
- Pekcan, G. (2008). Beslenme Durumunun Saptanması. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Goldenberg, B., Mandel, F., Lehane, J., & Guarrera, J. (1994). Post-Traumatic Stress Disorder in Physically Abused Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(3), 305-312. doi:10.1097/000045
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., & Brouillette, C. (1988). Personality Disorders in Anorexia Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 589-599. doi:10.1002/1098-108x(198809)7:5<589::aid-eat2260070502>3.0.co;2-h
- Polat, O. (2000). *Çocuk İstismarı*. İstanbul: Adli Tıp Yayınevi.

- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2004). Sociocultural Idealization of Thin Female Body Shapes: An Introduction to the Special Issue on Body Image and Eating Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(1), 1-6. doi:10.1521/jscp.23.1.1.26986
- Powers, J. L., Eckendrode, J., & Jaklitsch, B. (1990). Maltreatment Among Runaway and Homeless Youth. *Child Abuse & Neglect*, 14(1), 87-98. doi:10.1016/0145-2134(90)90084-7
- Pugh, M., Waller, G., & Esposito, M. (2018). Childhood Trauma, Dissociation, and the Internal Eating Disorder “Voice.” . *Child Abuse & Neglect*, 86(1), 197-205. doi:10.1016/j.chiabu.2018.10.005
- Rabito-Alcon, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2020). Child Trauma Experiences and Dissociative Symptoms in Women with Eating Disorders: Case-Control Study. *Children*, 7(12), 274-284. doi:10.3390/children7120274
- Rodriguez-Quiroga, A., MacDowell, K. S., Leza, J. C., Carrasco, J. L., & Diaz-Marsa, M. (2020). Childhood Trauma Determines Different Clinical and Biological Manifestations in Patients with Eating Disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(1), 847-857. doi:10.1007/s40519-020-00922-7
- Ronningstam, E., & Gunderson, J. (1990). Identifying Criteria for Narcissistic Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(7), 918–922. doi:10.1176/ajp.147.7.918
- Rope, H. G., & Hudson, J. I. (1992). Is Childhood Sexual Abuse a Risk Factor for Bulimia Nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 149(4), 455-463. doi:10.1176/ajp.149.4.455
- Rorty, M., & Yager, J. (1996). Histories of Childhood Trauma and Complex Post-Traumatic Sequelae in Women with Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 773-791. doi:10.1016/s0193-953x(05)70381-6
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers. *World Report on Violence and Health*, 57-86.

- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634. doi:10.1176/appi.ajp.158.4.632
- Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M., & Rosario, M. (1993). The Effect of Physical Abuse on Children's Social Relationships. *Child Development*, 64(1), 169-187. doi:10.1111/j.1467-8624.1993.tb02902.x
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2004). Clinicians' Personality Description of Prototypic Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 18, 286-308.
- Samuel, J. (2011). Personality Disorders: Epidemiology and Public Health Issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223-233. doi:10.3109/09540261.2011.588200
- Samuel, J. F., Nestadr, M. B., Romanoski, A. J., Folstein, M. F., & Mchugh, P. R. (1994). DSM-ffl Personality Disorders in the Community. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1055-1062. doi:10.1176/ajp.151.7.1055
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Personality Disorders as Risk Factors for Eating Disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25(2), 116-121. doi:10.1177/0884533609357563
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2004). The Prevalence of Personality Disorders Among Those with Eating Disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7-21. doi:10.1080/10640260590893593
- Sarı-Yıldırım, H., Ardahan, E., & Öztornacı -Özgüven, B. (2016). Çocuk İhmal ve İstismarına İlişkin Son 10 Yılda Yapılan SistematiK Derlemeler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 501-511. doi:10.5455/pmb.1-1453795052
- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lopvsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child Sexual Assault as a Risk Factor for Mental Disorders Among Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 189-204. doi:10.1177/088626092007002005
- Saveanu, R. V., & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 51-71. doi:10.1016/j.psc.2011.12.001

- Semiz, M., Kavakcı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., ve Nesim, K. (2012). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(1), 1-9.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2005). Links Between Parenting and Core Beliefs: Preliminary Psychometric Validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 787-802. doi:10.1007/s10608-00
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (1994). Personality and Disinhibitory Psychopathology: Alcoholism and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 92-102. doi:10.1037/0021-843X.103.1.92
- Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3-4), 222-228. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.03.004
- Siever, L. J., Koeningsberg, H. W., Harvey, P., Mitropoulou, V., Laruelle, M., Abi-Dargham, A., . . . Buchsbaum, M. (2002). Cognitive and Brain Function in Schizotypal Personality Disorder. *Schizophrenia Research*, 54((1-2)), 157-167. doi:10.1016/s0920-9964(01)00
- Smink, F. R., Hoeken, D. v., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 47(6), 610-619. doi:10.1002/eat.22316
- Steinhausen, H. C. (2008). Outcome of Eating Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225–242 . doi:10.1016/j.chc.2008.07.013
- Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293. doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848. doi:10.1037/0033-2909.128.5.825
- Stiegler, L. N. (2005). Understanding Pica Behavior: A Review for Clinical and Education Professionals. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20(1), 27-38. doi:10.1177/10883576050200010301

- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3), 181-198. doi:10.1037/0003-066X.62.3.181
- Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2003). Epidemiology of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S19–S29. doi:10.1002/eat.10202
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401. doi:10.1176/appi.ajp.157.3.393
- Strodl, E., & Wylie, L. (2020). Childhood Trauma and Disordered Eating: Exploring the Role of Alexithymia and Beliefs About Emotions. *Appetite*, 154(104802), 1-12. doi:10.1016/j.appet.2020.104802
- Stunkard, A. J. (1959). Eating Patterns and Obesity. *The Psychiatric Quarterly*, 32(2), 284-295. doi:10.1007 / bf01575455
- Sungur, M. Z. (1999). İkincil Travma ve Sosyal Destek. *Klinik Psikiyatri*, 2(2), 105-108.
- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*, 15(4), 253-274. doi:10.1002/erv.784
- Şar, V., Öztürk, E., ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32, 1054-63.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P., & Türk-Kurtça, T. (2020). A Revised and Expanded Version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as Additonal Factor. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1-17. doi:10.1080/15299732.2020.1760171
- Tack, J., Blondeaou, K., Boecxstaens, V., & Rommel, N. (2011). Review Article: The Pathophysiology, Differential Diagnosis and Management of Rumination Syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 33(7), 782-788. doi:10.1111/j.1365-2036.2011.04584.x

- Taner, Y., ve Gökler, B. (2004). Çocuk İstismarı ve İhmali: Psikiyatrik Yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(1), 82-86.
- Tavolacci, M. P., Grigioni, S., Richard, L., Meyrignac, G., Dechelotte, P., & Ladner, J. (2015). Eating Disorders and Associated Health Risks Among University Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 47(5), 412-420. doi:10.1016/j.jneb.2015.06.009
- Taymur, İ., ve Türkçapar, M. H. (2012). Kişilik: Tanımı, Sınıflaması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(2), 154-177. doi:10.5455/cap.20120410
- Taymur, İ., Türkçapar, M. H., Örsel, S., Sargın, E., & Akkoyunlu, S. (2011). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Personality Belief Questionnaire-Short Form/PBQ-STF) in the University Students. *Klinik Psikiyatri*, 14, 199-209.
- Telch , C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–1065. doi:10.1037/0022-006x.69.6.1061
- Terr, L. C. (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20. doi:10.1176/ajp.148.1.10
- Thomas, J. J., & Murray, H. B. (2016). Cognitive-Behavioral Treatment of Adult Rumination Behavior in the Setting of Disordered Eating: A Single Case Experimental Design. *International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 967-972. doi:10.1002/eat.22566
- Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 54(1-9). doi:10.1007/s11920-017-0795-5
- Tıraşçı, Y., ve Gönen, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Todd, G. (2019). *Yeme Bozuklukları*. (N. Yener, Çev.) İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. J. (2013). Paranoid Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 795-805. doi:10.1521/pedi_2012_26_055

- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L. S. (2012). Schizoid Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(6), 919-926. doi:10.1521/pedi.2012.26.6.919
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC Personality Disorder Diagnoses: Gender, Prevalence, and Comorbidity with Substance Dependence Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 412-426. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.412
- Tunç, P. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travması ve Yeme Tutumları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 203-219. doi:10.18863/pgy.612616
- Turner, B. S. (1982). The Discourse of Diet. *Theory Culture Society*, 1(1), 23-32. doi:10.1177/026327648200100103
- Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B., & Çalışkan, U. (2006). Screening Disordered Eating Attitudes and Eating Disorders in a Sample of Turkish Female College Students. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 123-126. doi:10.1016/j.comppsy.2005.05.004
- Vardar, E., ve Erzengin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-211.
- Venikonja, T., Velthorst, E., McClure, M. M., Rutter, S., Calabrese, W. R., Rosell, D., . . . Perez-Rodriguez, M. M. (2019). Severe Childhood Trauma and Clinical and Neurocognitive Features in Schizotypal Personality Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140, 50-64. doi:10.1111/acps.13032
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing Motivation for Change in Treatment-Resistant Eating Disorders. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 391-420. doi:10.1016/s0272-7358(98)00012-9
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A., & Herpertz, S. (2010). Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological and Pharmacological Treatments for Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 205-217. doi:10.1002/eat.20696

- Wade, T. D., Bergin, J. L., Tiggemann, M., Bulik, C. M., & Fairburn, C. G. (2006). Prevalence and Long-term Course of Lifetime Eating Disorders in an Adult Australian Twin Cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2), 121-128. doi:10.1080 / j.1440-1614.2006.01758.x
- Wakef, & Wakefiedls, J. C. (2013). Dsm-5: an Overview of Changes and Controversion. *Clinical Social Work Journal*, 41(2), 139-154.
- Waller, G. (1993). Sexual Abuse and Eating Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162(6), 771-775. doi:10.1192/bjp.162.6.771
- Walsh, B. T., & Garner, D. M. (1997). *Handbook of Treatment For Eating Disorders* (Cilt 2). New York: Guilford Publications.
- Ward, R. K. (2004). Assessment and Management of Personality Disorders. *American Family Physician*, 70(8), 1505-1512.
- Webb, M., & Otto Whitmer, K. J. (2001). Abuse History, World Assumptions, and Religious Problem Solving. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 445-453. doi:10.1111/0021-8294.00068
- Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Childhood Sexual and Physical Abuse as Risk Factors for the Development of Bulimia Nervosa: A Community-based Case Control Study. *Child Abuse & Neglect*, 20(7), 633-642. doi:10.1016/0145-2134(96)00051-8
- Werne, J., & Yalom, I. (1995). *Treating Eating Disorders*. Jossey Bass Social and Behavioral Science Series. U.S.
- WHO. (2006). Under the Title Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence. International Children's Center Association.
- Widiger, T. A. (1992). Antisocial Personality Disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(1), 6-8. doi:10.1176/ps.43.1.6
- Wilfey, D. E., Welch, R., Stein, R. I., Spurrell, E. B., Cohen, L. R., Saelens, B. E., . . . Matt, G. E. (2002). A Randomized Comparison of Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Treatment of Overweight Individuals with

- Binge-Eating Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 713-721. doi:10.1001/archpsyc.59.8.713
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical Behavior Therapy for Binge-Eating Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55(6), 755-768. doi:10.1002/(sici)1097-4679(199906)55:6<755::aid-jclp8>3.0.co;2-r
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of Childhood Sexual Abuse and Eating Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107-1115. doi:10.1097/00004583-19
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., & Goodman, S. (1990). DSM-III-R Personality Disorders in Eating-Disorder Subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 607-616. doi:10.1002/1098-108x(199011)9:6<607::aid-eat2260090603>3.0.co;2
- Worderlinch, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The Validity and Clinical Utility of Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705. doi:10.1002/eat.20719
- Wright, M. O., Crawford, E., & Del Castillo, D. (2009). Childhood Emotional Maltreatment and Later Psychological Distress Among College Students: The Mediating Role of Maladaptive Schemas. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), 59-68. doi:10.1016/j.chiabu.2008.12
- Yager, J., & Powers, P. S. (2007). *Clinical Manual of Eating Disorders*. Washington, DC & London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2010). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. *American Psychiatric Association*, 1-128.
- Yavuzer, H., Köknel, Ö., Kulaksızoğlu, A., Ayhan, H., Dodurgalı, A., ve Ekşi, H. (2011). *Çocuk ve Ergen Eğitiminde Anne Baba Tutumları*. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Yazgan İnanç, B., ve Yerlikaya, E. E. (2016). *Kişilik Kuramları* (Cilt 12). Ankara: Pegem Akademi.

- Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., ve Öner, A. (2003). Bir Çocuk İstismarı Vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(1), 295-298.
- Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol. *Klinik Gelişim*, 22(4), 39-44.
- Yücel, B., Polat, A., İkiz, T., Pirim-Düşgör, B., Yavuz, A. E., & Sertel-Berk, Ö. (2011). Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19, 509-511.
- Yüksel, Ş. (2009). Travmatik Yaraların Açığa Çıkmasında ve Onarılmasında Görüşme Ortamı. *Klinik Gelişim Psikiyatri, İstanbul Tabip Odası Süreli Yayını*, 22(4), s. 11-17.
- Zerbe, K. J. (2001). The Crucial Role of Psychodynamic Understanding in the Treatment of Eating Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 305-313. doi:10.1016/S0193-953X(05)70226-4
- Zolotor, A. J., Runyan, D. K., Dunne, M. P., Jain, D., Peturs, H. R., Ramirez, C., . . . Isaeva, O. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument Development and Multi-national Pilot Testing. *Child Abuse & Neglect*, 33(11), 833-841. doi:10.1016/j.chiabu.2009.09.004
- Zoroğlu, S. S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Eröcal- Kora, M., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Araştırmanın adı: Yeme Bozuklukları ile Kişilik İnançları Arasındaki İlişki: Çocukluk Çağı Travmaları Aracı Rolü

Sayın Katılımcı,

İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı kapsamında yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir.

Bu araştırma İstanbul Kent Üniversitesi, Dr. Zeynep Pınar COHEN danışmanlığında yürütülen, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nuray Şener'in yüksek lisans tez çalışmasıdır. Bu araştırmada çocukluk çağı travmalarının aracı rolünde yeme bozuklukları ve kişilik inançları arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmektedir. Bu amaçla araştırmaya 18-65 yaş aralığındaki katılımcıların dahil edilmesi uygun görülmüştür. Uygulama süresi yaklaşık 25 dakikadır, sizden bazı anketleri doldurmanız beklenmektedir. Anketler genel olarak rahatsızlık veren sorular içermemektedir. Fakat herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Lütfen hiçbir soruyu atlamadan anketi doldurmaya özen gösterin. Soruların doğru ya da yanlış yanıtı yoktur, yanıtlarınızın içten olması ve gerçek düşüncelerinizi yansıtması çalışma için büyük önem taşımaktadır.

Araştırmada yer almak sizin isteğinize bağlıdır, yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız halinde, sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. *Araştırma sonrasında katılımcılara herhangi bir psikolojik destek verilmeyecektir.*

- ☐ “Yukarıda amacı, konusu belirtilen araştırma ile ilgili bilgileri okudum ve araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.”

EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

- ☐ 18-25
- ☐ 26-45
- ☐ 46-65

2. Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3. Eğitim Düzeyiniz:

- ☐ İlk/Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Master/Doktora

4. Daha önce psikolojik/psikiyatrik destek aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

5. Daha önce psikiyatrik tanı aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

Tanı aldıysanız hangi tanıyı aldınız?.....

EK 3: YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

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

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

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

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

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için “tıkanırcasına 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? (Tıkanırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	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)? (Tıkanırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkanırcasına yeme durumlarını saymayınız)	Hiç	Biraz		Orta		Önemli Ölçüde	
		0	1	2	3	4	5	6

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

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

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

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara: Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?
.....

Aksama olduysa kaç
tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor
musunuz?.....

EK 4: KİŞİLİK İNANÇ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve her birine ne kadar inandığınızı belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak çoğu zaman nasıl hissettiğinize göre karar veriniz.

4	3	2	1	0
Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum

	4	3	2	1	0
	Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum
1.Aşağılanma veya yetersizlikle karşılaşmak katlanılmaz bir şeydir.	4	3	2	1	0
2.Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.	4	3	2	1	0
3.Eğer insanlar dostça davranıyorsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.	4	3	2	1	0
4.Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.	4	3	2	1	0
5.Rahatsızlık verici duygulara katlanamam.	4	3	2	1	0
6.Kusurlar, eksikler ya da yanlışlar hoş görülemez.	4	3	2	1	0
7.Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.	4	3	2	1	0
8.İlgi merkezi olmalıyım.	4	3	2	1	0
9.Eğer bir sistemim olmazsa her şey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
10.Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.	4	3	2	1	0
11.Her şeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.	4	3	2	1	0
12.Diğer insanlarla birlikte bir şeyler yapmaktansa kendi başıma yapmaktan daha çok hoşlanırım.	4	3	2	1	0
13.Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullanmaya ya da yönlendirmeye çalışır.	4	3	2	1	0
14.Diğer insanların gizli amaçları vardır.	4	3	2	1	0
15.Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.	4	3	2	1	0
16.Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.	4	3	2	1	0
17.Diğer insanlar bilerek beni aşağılıyorlar.	4	3	2	1	0
18.Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
19.Ayrıntılar son derece önemlidir.	4	3	2	1	0
20.İnsanlar çok fazla patronluk taslarsa onların istediklerini dikkate almamaya hakkım vardır.	4	3	2	1	0

21.Yetkili kişiler sınırlarını bilmeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler.	4	3	2	1	0
22.İstediğimi almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.	4	3	2	1	0
23.Karlı çıkabilmek için elimden gelen her şeyi yapmalıyım.	4	3	2	1	0
24. Eğer insanlar benimle ilgili bir şeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.	4	3	2	1	0
25.İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.	4	3	2	1	0
26.Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.	4	3	2	1	0
27.Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.	4	3	2	1	0
28.Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.	4	3	2	1	0
29.Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissederim.	4	3	2	1	0
30. Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa her şey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
31.Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.	4	3	2	1	0
32.Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.	4	3	2	1	0
33.Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.	4	3	2	1	0
34.Başkalarının bana olan ilgilerini sürdüremezsem benden hoşlanmazlar.	4	3	2	1	0
35.Eğer bir şey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.	4	3	2	1	0
36.Diğer bir insana “bağlanıp” kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.	4	3	2	1	0
37.İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçim.	4	3	2	1	0
38.Eğer ilk önce harekete geçip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.	4	3	2	1	0
39.İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.	4	3	2	1	0
40.Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.	4	3	2	1	0
41.Zaman sınırlarına uymak, istenenlere itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.	4	3	2	1	0
42. Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.	4	3	2	1	0

43.İnsanlar bana yakınlaşırsa benim “gerçekten” ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.	4	3	2	1	0
44.Muhtaç ve zayıfım.	4	3	2	1	0
45.Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.	4	3	2	1	0
46.Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.	4	3	2	1	0
47.İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.	4	3	2	1	0
48.Eğer fırsat veririmsem insanlar beni kullanırlar.	4	3	2	1	0
49.Her zaman hazırlıklı olmalıyım.	4	3	2	1	0
50.Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.	4	3	2	1	0
51.Kurallar keyfidir ve beni sıkar.	4	3	2	1	0
52.İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.	4	3	2	1	0
53.İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.	4	3	2	1	0
54.Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.	4	3	2	1	0
55. Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü farketmezler.	4	3	2	1	0
56.İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
57.Yaptığım bir işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.	4	3	2	1	0
58.Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.	4	3	2	1	0
59.Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.	4	3	2	1	0
60.Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim.	4	3	2	1	0
61.Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.	4	3	2	1	0
62.Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.	4	3	2	1	0
63.Temelde yalnızım-kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.	4	3	2	1	0
64.Diğer insanlara güvenemem.	4	3	2	1	0
65.Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.	4	3	2	1	0

EK 5: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz:

1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

Çocukluğumda ya da ergenliğimde...

- 1) Yeterli yemeğim olurdu.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 2) Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 3) Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 4) Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 5) Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 6) Üst baş açısından bakımsızdım.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 7) Sevdiğimi hissediyordum.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 8) Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 9) Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 10) Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 11) Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 12) Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 13) Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

- 14) Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 15) Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 16) Çocukluğum mükemmeldi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 17) Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 18) Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 19) Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 20) Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurtmaya çalıştı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 21) Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 22) Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 23) Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 24) Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 25) Ailemdelikler bana karşı suçlayıcıydı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 26) İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekt birisi vardı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 27) Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 28) Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

- 29) Ailedekiler yaşıtlarımla ve arkadaşımınla görüşmemi kısıtlardı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 30) Ailedekiler her şeyime karışırdı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 31) Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirlerdi.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 32) Ailedekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık
- 33) Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.
1.Hiçbir Zaman 2.Nadiren 3.Kimi Zaman 4.Sık Olarak 5.Çok Sık

ÖZGEÇMİŞ

Nuray ŞENER, Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü'nü Yüksek Onur derecesiyle 2019 yılında tamamlamıştır. Lisans eğitimi sürecinde okul, aile danışmanlık merkezi, terapi merkezi, hastane ve ruh sağlığı merkezi gibi farklı alanlarda stajlar görmüş ve belirli sertifikasyon ve test eğitimlerine katılmıştır. 2021 yılında İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Klinik Psikoloji Bilim Dalı'nda Yüksek Onur öğrencisi olarak lisansüstü eğitimini tamamlamıştır. Marmara Üniversitesi Aile Danışmanlığı eğitimini tamamlamıştır ve Kognitif ve Davranışçı Terapiler Derneği'nde Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi süreci devam etmektedir. Eylül 2019'dan itibaren Montessori eğitimi veren özel bir anaokulunda okul psikolojik danışmanı olarak görevine devam etmektedir.

