

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YEME BOZUKLUĞU HASTALARINDA TEDAVİ
MOTİVASYONU, BEDEN İMGESİ VE
DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

F. Elif ERGÜNEY

2501101060

Tez Danışmanı

Yard. Doç. Dr. H. Özlem SERTEL-BERK

İSTANBUL 2012



Y Ü K S E K L İ S A N S

TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :Fatima Elif ERGÜNEY Numarası :2501101060
Anabilim/Bilim Dalı :Psikoloji Tez Savunma Tarihi :05.07.2012
Danışman :Yrd.Doç.Dr.Özlem SERTEL BERK Saati :10.00
Tez Başlığı :”Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi”

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 15. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'NE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-Prof.Dr.Başak YÜCEL		Kabul
2-Prof.Dr.Güler BAHADIR		Kabul
3-Doç.Dr.Pinar ÜNSAL		Kabul
4-Doç.Dr.Sevim CESUR		Kabul
5-Yrd.Doç.Dr.Özlem SERTEL BERK		Kabul

ÖZ

Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi

F. Elif Ergüney

Yeme Bozuklukları giderek yaygın görülmeye başlayan ve hayati risk içeren sağlık sorunlarından. Son zamanlarda, bu alanda tedavi etkinliğini arttırmak için vakaların tedavi motivasyonlarının değerlendirilmesi öne çıkan bir faktör olmuştur.

Bu tezin amacı yeme bozukluğu vakalarında tedavi motivasyonunun semptom düzeyi, beden imgesi ve depresyon ile ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmada yeme bozukluğu grubundaki (YBG) 75 kadın katılımcı, yaş, eğitim, medeni durum ve ekonomik düzey açısından eşlenmiş kontrol grubundaki (KG) 75 katılımcı ile yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon, beden imgesi bozukluğu (BİB) ve beden memnuniyetsizliği (BM) açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmada SCID-I, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Kadınlar için Fotoğraflı Figür Derecelendirme Ölçeği'nin yanı sıra YBG'de tedavi motivasyonunu ölçmek için araştırmacı tarafından Türkçe adaptasyonu yapılan Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği ve Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği kullanılmıştır.

Sonuçlar YBG'nin BM dışındaki değişkenler açısından KG'den farklılaştığını ancak BİB'in beklenenin aksine kontrol grubunda daha yaygın olduğunu göstermiştir. YBG'de tedavi motivasyonunun en güçlü yordayıcısı yeme bozukluğu semptom düzeyi olmuştur. YBG'de semptom düzeyi arttıkça tedavi motivasyonunun düştüğü gözlenmiştir. Yeme Bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinin depresyona göre değiştiği görülmüştür. Bu bulgular literatürdeki veriler ışığında tartışılmıştır.

Sonuç olarak yeme bozukluğu vakalarında vakanın içerisinde bulunduğu motivasyonel düzeye göre tedavi planlaması yapabilmek açısından tedavi motivasyonunun ve ilgili faktörlerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Beden İmgesi, Tedavi Motivasyonu, Transteorik Model ve Değişim Evreleri

ABSTRACT

The Evaluation of Treatment Motivation, Body Image and Depression in Patients with Eating Disorders

F. Elif Ergüney

Eating Disorders are one of the health problems which increasingly become prevalent and include serious health risks. Lately, evaluating the treatment motivation became a key factor to increase treatment efficacy.

The purpose of this thesis is to evaluate the relations between treatment motivation, symptom severity, body image and depression in patients with eating disorders. Participants are 75 women in the eating disorder group (EDG) and 75 women in the Control Group (CG) in the same age, education, marital and economic status. EDG and CG were compared according to their level of eating disorder symptom, depression, body image distortion (BID) and body dissatisfaction (BD). Participants were assessed with SCID-I, Eating Disorder Examination Questionnaire, Beck Depression Inventory and Photographic Figure Rating Scale for Women, also Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire and Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire which were adapted to Turkish by the researcher were used to evaluate the treatment motivation in the eating disorders group.

According to the results of the study CG differed from EDG in all the study variables except for BD. Also BID was found to be more common in controls which was not preceded before. The best predictor of treatment motivation was eating disorder symptom severity in EDG. The effect of symptom severity on treatment motivation changed as a function of depression. The results were discussed according to literature.

As a result evaluating the treatment motivation of patients with eating disorders is important for planning the treatment according to their motivation level.

Key Words: Eating Disorders, Body Image, Treatment Motivation, Transtheoretical Model and Stages of Change.

ÖNSÖZ

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, benimle bilgi ve tecrübesini her zaman içtenlikle paylaşan, tezimin her aşamasında yardımsever ve teşvik edici yaklaşımıyla bana güven veren, beni her çalışmamda destekleyen, klinik uygulama ve araştırma alanındaki eşsiz bilgi birikimiyle bana yol gösteren, tez danışmanım, değerli hocam Yard. Doç. Dr. Özlem Sertel Berk'e,

İstanbul Tıp Fakültesi, Yeme Bozuklukları Polikliniği'nin tüm imkanlarını bana sunan, gerek tezimle ilgili gerekse birlikte takip ettiğimiz vakalarla ilgili takıldığım her noktada bana yardımcı olan, beraber çalışmaktan büyük keyif aldığım ve bunun için kendimi şanslı hissettiğim, bana klinik alanda pek çok beceri ve deneyim kazandıran, değerli hocam Prof. Dr. Başak Yücel'e,

Yaşamıma girdiği günden itibaren beraberinde pek çok güzellik getiren, attığım her adımda yanımda olan, bana inanan ve beni destekleyen, tezimin tüm aşamalarında bana en büyük yardımı sağlayan ve bu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan, umutsuzluğa düştüğümde bana cesaret ve güç veren, sonsuz sabırla her an desteğini yanımda hissettiğim, mucizelere inanmamı sağlayan sevgili nişanlım Erdinç Okumuş'a,

Hayatım boyunca sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim, her düştüğümde elimden tutup beni kaldıran ve dimdik ayakta durmamı sağlayan, onlara sahip olduğum için kendimi her zaman çok şanslı saydığım, bana verdikleri emeğin karşılığını asla ödeyemeyeceğim, bu noktaya gelmemi mümkün kılan, en büyük destekçilerim sevgili anneme ve babama,

Son olarak, bana bu süreçte çok şey öğreten ve kendileriyle çalışmaktan büyük zevk aldığım tez hastalarım ve kontrol grubumu oluşturan herkese gönülden teşekkür ederim.

F. Elif ERGÜNEY

Haziran, 2012

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiv
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	4
I.YEME BOZUKLUKLARI.....	4
A. Anoreksiya Nervoza.....	4
1. Tanı Ölçütleri.....	5
B. Bulimiya Nervoza.....	7
1. Tanı Ölçütleri.....	7
C. Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları.....	9
D. Yeme Bozukluklarında Klinik Görünüm.....	10
E. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji.....	15
F. Yeme Bozukluklarında Etiyoloji.....	16
1. Biyolojik Açıklamalar.....	16

2. Psikodinamik Açıklamalar.....	17
3. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar.....	17
4. Bireysel Faktörlerle İlgili Açıklamalar.....	18
5. Sosyokültürel Açıklamalar.....	19
G. Yeme Bozukluklarında Değerlendirme, Prognoz ve Tedavi.....	21
1. Değerlendirme.....	21
2. Prognoz.....	22
3. Tedavi.....	23
a. Farmakoterapi.....	25
b. Beslenme Tedavisi.....	26
c. Psikodinamik Terapiler.....	26
d. Bilişsel Davranışçı Terapiler.....	27
e. Motivasyonel Terapiler.....	28
f. Kişilerarası Terapiler.....	29
g. Aile Terapisi.....	30
H. Ülkemizde Yeme Bozukluğu Alanında Yapılan Çalışmalar.....	31
II. YEME BOZUKLUKLARI VE DEPRESYON.....	33
A. Depresyon.....	33
1. Depresyonda Epidemiyoloji ve Etiyoloji.....	34
2. Depresyonda Prognoz ve Tedavi.....	36
B. Yeme Bozuklukları ve Depresyon İlişkisi.....	37

III. YEME BOZUKLUKLARI VE BEDEN İMGESİ.....	40
A. Beden İmgesi ve Beden İmgesi Bozukluğu.....	40
B. Beden İmgesinin Ölçüm ve Değerlendirilmesi.....	43
C. Sosyokültürel Açından Beden İmgesi ve Medya.....	45
D. Yeme Bozuklukları ve Beden İmgesi İlişkisi.....	48
E. Ülkemizde Beden İmgesi ile İlgili Yapılan Çalışmalar.....	51
IV. YEME BOZUKLUKLARI VE TEDAVİ MOTİVASYONU.....	53
A. Transteorik Model ve Değişim Evreleri.....	54
1. Transteorik Modelin Yapıları.....	54
a. Değişimin Evreleri.....	54
b. Değişimin Yöntemleri.....	56
c. Değişimin İşaretleri.....	58
d. Değişimin İçeriği.....	59
2. Transteorik Modelin Farklı Sağlık Davranışlarındaki Uygulamaları ve Ülkemizdeki Uygulamalar.....	59
B. Yeme Bozukluklarında Tedaviye Hazır Oluş ve Değişimin Motivasyonel Evreleri.....	62
1. Yeme Bozukluklarında Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonun Ölçüm ve Değerlendirilmesi.....	65
2. Yeme Bozukluklarında Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonun Araştırıldığı Çalışmalar.....	67
Amaç ve Hipotezler.....	70
BÖLÜM 3. YÖNTEM.....	73

I. Katılımcılar.....	73
II. Araştırma Materyalleri ve Ölçekler.....	75
III. Uygulama.....	80
IV. İstatistiksel Analiz.....	81
BÖLÜM 4. SONUÇLAR.....	82
BÖLÜM 6. TARTIŞMA.....	106
KAYNAKÇA.....	122
EKLER.....	160
EK 1. Yeme Bozukluğu Grubu Demografik Bilgi Formu.....	161
EK 2. Kontrol Grubu Demografik Bilgi Formu.....	162
EK 3. Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği.....	163
EK 4. Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği.....	164
EK 5. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği.....	165
EK 6. Kadınlar için Fotoğraflı Figür Derecelendirme Ölçeği.....	166
EK 7. Beck Depresyon Envanteri.....	167
EK 8. Yeme Bozukluğu Grubu Onam Formu.....	168
EK 9. Kontrol Grubu Onam Formu.....	169

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. DSM-IV-TR'ye göre Anoreksiya Nervoza için tanı ölçütleri.....	5
Tablo 2. DSM-IV-TR'ye göre Bulimiya Nervoza için tanı ölçütleri.....	8
Tablo 3. YB'de görülen fiziksel değerlendirme bulguları ve tıbbi komplikasyonlar.....	12
Tablo 4. Değişimin Motivasyonel Evreleri (Prochaska, & Norcross, 2010).....	55
Tablo 5. TTM'ye göre değişim yöntemleri (Prochaska ve Norcross, 2010; Prochaska, Redding ve Evers, 2008; Prochaska, Diclemente ve Norcross, 1992).....	57
Tablo 6. Değişim evrelerinde ilerlemeye aracılık eden değişim yöntemleri (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).....	58
Tablo 7. ANG, BNG, YBG, KG ve tüm katılımcıların medeni durum, eğitim, ekonomik durumlarına göre ham ve yüzde sıklık dağılımları.....	74
Tablo 8. Katılımcıların YB kategorilerindeki ham ve yüzde sıklık dağılımları.....	75
Tablo 9. ANG, BNG, YBG ve KG vakalarını tıbbi eş tanı, ailede YB ve psikiyatrik bozukluk öyküsü, ilaç kullanımı ve beden imgesi bozukluğu kategorilerindeki sıklık dağılımları.....	83
Tablo 10. ANG, BNG ve YBG'de tedaviye başvuru şekli, hastalığı tetikleyici olayın varlığı, geçmişte hastane yatışının varlığı, şimdiki ve geçmişteki tedavi şekli, şimdiki ve geçmişteki tedavi türünün sıklık dağılımları.....	85
Tablo 11. YB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların ANG, BNG ve tüm YBG'deki sıklık dağılımı.....	87
Tablo 12. ANG, BNG ve YBG'de geçmişte tanı alınan psikiyatrik bozuklukların sıklık dağılımı.....	89

Tablo 13. ANG ve BNG'nin hastalık süresi, şimdiki tanı süresi ve DSM-IV'e göre semptom başlangıç yaşı ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri.....	90
Tablo 14. ANG, BNG, YBG, KG'nin yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu, kilo, boy ve BKİ ortalamalarına dair standart sapma ve test istatistiği değerleri.....	91
Tablo 15. ANG, BNG ve YBG'nin tedavi motivasyonu ortalama puanları, standart sapmaları ve değişimin motivasyonel evrelerindeki sıklık dağılımları.....	92
Tablo 16. YB tanısının durumuna göre tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerindeki sıklık dağılımı.....	94
Tablo 17. ANG, BNG, YBG ve KG'de bağımlı, bağımsız ve biçimlendirici değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu.....	98
Tablo 18. YBG'de yeme bozukluğu semptom düzeyi, beden imgesi bozukluğu, psikiyatrik eş tanının varlığı ve beden memnuniyetsizliğinin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkilerine dair adimsal doğrusal çoklu regresyon analizi sonuçları.....	99
Tablo 19. YBG, ANG ve BNG'de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde depresyon düzeyinin biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları.....	101
Tablo 20. YBG, ANG ve BNG'de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde beden memnuniyetsizliği düzeyinin biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları.....	103
Tablo 21. YBG, ANG ve BNG'de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde beden imgesi bozukluğu düzeyinin biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları.....	104

Tablo 22. YBG, ANG ve BNG’de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde eşlik eden psikiyatrik tanının biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları.....	105
---	-----

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Beden İmgesi'nin Teorik Açıklaması (Thompsen, Roehrig, Cafri ve Heinberg, 2005).....	41
Şekil 2. ANG, BNG ve YBG'de Eşlik Eden Psikiyatrik Eş Tanıların Sıklık Dağılımı.....	88
Şekil 3. ANG, BNG ve YBG'de Geçmişte Görülen Psikiyatrik Bozuklukların Sıklık Dağılımı.....	89
Şekil 4. ANG, BNG ve YBG Vakalarının Tedaviye Hazır Oluşun Motivasyonel Evrelerine Göre Yüzde Sıklık Dağılımları.....	93
Şekil 5. Akut, Kısmi ve Tam Remisyonadaki YBG Vakalarının Değişimin Motivasyonel Evrelerindeki Yüzde Sıklık Dağılımları.....	94
Şekil 6. BNG'de Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi'nin Tedavi Motivasyonu Üzerindeki Etkisinde Depresyonun Biçimlendirici Rolü.....	101

KISALTMALAR LİSTESİ

- AN:** Anoreksiya Nervoza
- ANDEÖ:** Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği
- ANG:** Anoreksiya Nervoza Grubu
- BKİ:** Beden Kitle İndeksi
- BDE:** Beck Depresyon Envanteri
- BİB:** Beden İmgesi Bozukluğu
- BM:** Beden Memnuniyetsizliği
- BN:** Bulimiya Nervoza
- BNDEÖ:** Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği
- BNG:** Bulimiya Nervoza Grubu
- BTA:** Başka Türü Adlandırılmayan
- DSM-IV:** Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı
- FRDÖ:** Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği
- MD:** Majör Depresyon
- KG:** Kontrol Grubu
- OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk
- SCID-I:** Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Görüşme
- TM:** Tedavi Motivasyonu
- TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu
- TTM:** Transteorik Model
- TY:** Tıkınırcasına Yeme
- TYB:** Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
- YB:** Yeme Bozukluğu / Yeme Bozuklukları

YBDÖ: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

YBG: Yeme Bozukluğu Grubu

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Tedavi motivasyonu yeme bozukluklarında sık karşılaşılan ve hastalığın gidişatını etkileyen önemli bir konu olmuştur. Yeme bozukluğu vakalarında tedavi motivasyonunun düşük oluşu hastalığın kronikleşmesi ve etkin tedavilerin uygulanamayışıyla ilişkili bir faktör olarak öne çıkmaktadır (Davison ve Neale, 2004; Touyz, Thornton, Rieger, George ve Beumont, 2003; Walsh ve Satir, 2005). Sağlık psikolojisindeki sağlık davranışı modellerinden biri olan Transteorik Model (Procheska ve Diclemente, 1982) yeme bozukluklarında tedavi motivasyonunu, hastaların tedavi için gerekli değişimi gerçekleştirmeye hazır oluş düzeyi açısından ele almakta ve hastanın içinde bulunduğu motivasyonel değişim evresine uygun tedavi seçiminin gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu alandaki çalışmalarda yeme bozukluklarının tedavi sürecinde tedavi motivasyonu, yeme bozukluğu semptomlarındaki azalmayı, kilo alımını, tedaviyi bırakmayı ve hastanede kalış süresini yordayan bir değişken olarak belirtilmektedir (McHugh, 2007; Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004).

Yeme bozukluklarına özellikle de bulimiya nervozaya sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar da eşlik etmektedir. Bunların en başında depresyon gelmekte (Sansone ve Sansone, 2007; Steinhausen, 2002), ayrıca depresif şikayetler çoğu zaman anoreksiya nervozada aşırı kilo kaybetmeye bağlı olarak da ortaya çıkmaktadır (Polivy ve Herman, 2002). Depresif semptomlar aynı zamanda tedavi motivasyonu ile de ilişkili olup yapılan çalışmalar depresif semptomlar arttıkça tedavi motivasyonunun da düştüğünü göstermektedir (Rieger, Touyz, Schotte, Beaumont, Rusell, Clarke ve ark., 2000, Zaitsoff ve Taylor, 2009).

Beden imgesi bozukluğu ve beden memnuniyetsizliği de yeme bozukluklarının tipik birer özeliği olup ayrıca tanı kriteri olarak da yer almaktadır. Beden imgesi tedavinin zorlu alanlarından biri olmasının yanı sıra tedavi motivasyonunu da etkilemektedir (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003; Martinez,

Castro, Bigarra, Morer, Calvo, Vila ve ark ve ark., 2007). Ancak yine de bu alanda doğrudan beden imgesi bozukluğunu inceleyen araştırmalara nadir rastlanmaktadır.

Dolayısıyla yeme bozukluklarının tedavisinde tedavi motivasyonu, depresyon ve beden imgesi de değerlendirilmesi gereken önemli konular olarak öne çıkmaktadır. Çoğalan araştırmalarla gelişen literatüre rağmen henüz yeme bozukluğu alanında temel olarak kabul görmüş bir teori yoktur. Oysa Jansen'e (2003) göre etiyolojik, sürdürücü ve tedavi edici mekanizmalara dair değişkenlerin araştırılmasıyla hem bunların sonucunda öne sürülen modellerin geçerliliğinin sınanması mümkün olabilirken hem de böylece en etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine katkı sağlanabilir. Dolayısıyla Yeme Bozukluğu alanındaki çalışmaların teorik bir zeminden yola çıkması önem taşımaktadır. Bu alanda genellikle sosyal psikolojik modeller öne çıkmakta özellikle medyanın kişilerin beden memnuniyetsizliği ve yeme tutumlarındaki değişime etkisi incelenmektedir. Buna karşın multidisipliner yaklaşımlı klinik temelli modellerin, Yeme Bozukluğu alanında tedaviye de yön verme etkisi düşünöldüğünde önemi daha da artmaktadır.

Türkiye'de ise yeme bozukluğu alanında tedavi motivasyonu ve tedavi motivasyonu ile ilgili önemli değişkenlerden olan psikopatoloji ve beden imgesinin ilişkilerini inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır. Ülkemizde bu alandaki araştırmalar daha çok beden imgesi ile ilgili olup yine de kısıtlı sayıdadır. Üstelik beden imgesini yalnızca tutumsal bileşeni olan beden memnuniyetsizliği açısından tek boyutlu olarak ele almaktadır. Tüm bu bilgiler ışığında bu çalışmada yeme bozukluğu vakaları yeme bozukluğu semptom düzey, depresyon düzeyi ve çok boyutlu beden imgesi açısından incelenecek olup bu değişkenlerin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkileri de ayrıca değerlendirilecektir. Bu çalışma beden imgesini çok boyutlu olarak ele alması ve yeme bozukluğu vakalarında önemli değişkenlerin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinin araştırılması açısından ülkemizde bir ilk niteliğindedir. Araştırma sonuçlarının yeme bozukluklarında etkin tedavi modaliteleri geliştirmek açısından önemli olacağı düşünölmektedir.

Bu bağlamda öncelikle yeme bozukluklarında tanısal, epidemiyolojik, prognostik özelliklerden ve tedavide kullanılan yöntemlerden bahsedilecektir.

Sonrasında yeme bozukluklarında öncelikle rol oynadığı bilinen depresyon düzeyi, beden imgesi ve tedavi motivasyonu ele alınacaktır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

I. YEME BOZUKLUKLARI

Yeme Bozuklukları (YB) çoğunlukla kadınlarda görülen bir psikiyatrik problem olup kroniklik ve nüks açısından yüksek risk içermektedir (Fairburn, Cooper, Doll, Norman, ve O'Connor, 2000). Hayati tehlike içeren bu hastalıklar son birkaç yüzyıldır toplumun gündeminde yer almakta ve yapılan epidemiyolojik çalışmalar yeme bozukluklarının gittikçe yaygın görülmeye başladığını göstermektedir (Herzog ve Eddy, 2007). Özellikle tanı koyulacak derecede şiddetli olmayan eşik altı durumları da düşündüğümüzde bu oranlar daha da artmaktadır (Yücel, 2009).

YB genel anlamda yememe davranış örüntüsüyle seyreden Anoreksiya Nervoza (AN) ve yemeyi durduramama davranış örüntüsünün ön planda olduğu Bulimia Nervoza (BN) olarak iki kategoride incelenebilir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'na göre (DSM-IV-TR) (Koroğlu, 2007b) bu iki kategoriye tam olarak uymayan bozukluklar ise Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (BTA) olarak üçüncü bir kategoride yer almaktadır. AN ve BN ayrı kategoriler gibi ele alınmalarına karşın tanı, klinik görünüm, etiyoloji, risk etmenleri ve tedavi açısından pek çok ortak noktaya sahiptirler. Buna ek olarak AN şikayetiyle başvuran bireylerin geçmişte BN öyküsü ya da tam tersi durumların sıklıkla meydana geldiğini düşündüğümüzde bu durumları genel olarak kilo fobisi ve yeme paterninin bozukluğu şeklinde değerlendirmek mümkündür (Soygüt, 2003).

A. Anoreksiya Nervoza

Eski çağlardan beri bilinen bir hastalık olmasına karşın Anoreksiya vakaları özellikle 17. ve 18. yüzyıldan itibaren literatürde bildirilmektedir (Halmi, 2003). 1873'te William W. Gull tarafından ilk kez isimlendirilen Anoreksiya Nervoza 'sinirsel iştahsızlık' anlamına gelmektedir (Yücel, 2009). Anoreksiya yani

'iştahsızlık' aslında yanlış bir adlandırmadır, çünkü AN vakalarının şikayeti iştah kaybı değildir, bu vakalar kilo almaktan duyulan aşırı korkuya karşı ideallerindeki inceliğe ulaşmak için, isteyerek, kasıtlı bir şekilde besin alımını azaltmakta ya da besin alımına karşı aşırı derecede telafi edici yollara başvurmaktadırlar (Bruch, 1982).

Anoreksiya Nervosa 1960'ların sonlarından itibaren batı toplumunda özellikle orta ve üst sınıfta daha sık görülmeye başlanmıştır (Polivy ve Herman, 2002). Psikiyatrik bozukluklar içerisinde ölüm oranlarının en yüksek olduğu durumdur (Fichter, 2003). AN normal bir vücut ağırlığında olmayı reddetme, kilo almaktan aşırı derecede korkma, beden imgesinde anlamlı derecede bozulma ve kadınlarda bu tabloya amenorenin (adet kesilmesi) de eşlik etmesiyle karakterizedir. 15-29 yaş aralığındaki kadınların %3 ila %10'u AN için risk altındadırlar (Polivy ve Herman, 2002).

1. Tanı Ölçütleri

AN'nin en öne çıkan belirtisi kişinin boyu ve yaşına uygun olan en düşük kiloda olmayı reddetmedir. DSM-IV-TR (Köroğlu, 2007b) bu kriteri, AN tanısı için ideal kilonun %85'i olarak tariflemekte ancak daha detaylı bilgi vermemektedir, buna karşın ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (DSÖ, 1993) Beden Kitle İndeksinin'nin (BKİ) 17.5 kg/m^2 'ye eşit ya da bundan daha düşük olması kriterini vermektedir (Walsh ve Satir, 2005). DSM-IV-TR'ye göre AN tanı ölçütleri Tablo 1'de görülebilir.

Tablo 1. DSM-IV-TR'ye göre Anoreksiya Nervosa için tanı ölçütleri¹

A. Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (örn. beklenenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak bir biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirilememesi).

B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.

C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.

D. Bayanlarda menarş sonrası amenore, yani en az üç ardışık menstrüel siklusun olmaması (sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örn. östrojen uygulanması).

Alt Tipleri;

Kısıtlı Tip: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.

Tıknırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma (yani, kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermiştir.

Tanıyı netleştirirken Çölyak Hastalığı, beyin tümörü, AIDS gibi başka bir tıbbi bozukluğun ya da diğer bir psikiyatrik bozukluğa bağlı bir durumun olup olmadığına dikkat edilmelidir (Walsh ve Satir, 2005). DSM-IV sistemine göre BN

¹Koroğlu, E.: 2007b Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Koroğlu, E. (Çeviri ed.), Cilt:2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.852.

tanısı, AN varlığında koyulamamaktadır böylece vücut ağırlığı bu iki tanı arasındaki öne çıkan ayrım olmaktadır, yani normal kilonun üstündeki vakalar BN, normal kilo ve bunun altındaki vakalar ise AN olarak kabul edilmektedir.

B. Bulimiya Nervosa

1. Tanı Ölçütleri

Antik Romalılar zamanında özellikle zenginlik ve varlığın göstergesi olarak kabul edilen bulimik davranış bir hastalık olarak 18. Yüzyılın sonlarına doğru ansiklopedilerde yer almaya başlamıştır (Halmi, 2003). Bulimiya Nervosa, yaygın görülen ve diğer psikopatolojilerin de sıklıkla eşlik ettiği bir psikiyatrik bozukluktur (Stice, 2002b). DSM-IV-TR'ye (Köroğlu, 2007b) göre BN tanısı koyabilmek için kişinin tıknırcasına yeme ataklarının ve bunun sonucu kilo alımını engellemek için yapılan telafi davranışlarının en azından son 3 aylık süre içinde haftada iki kez olması gerekmektedir (Gordon, Denoma ve Joiner, 2005). Ayrıca BN hastalarında da beden imgesi bozulmakta ve kendini değerlendirmede kilo önem taşımaktadır. DSM-IV-TR'ye göre BN tanı ölçütleri Tablo 2'de görülmektedir.

Bulimiya Nervosa, AN-Tıknırcasına Yeme/Çıkartma tipinden (AN-TY/Ç) şu ölçütlerle ayrılmaktadır; normal bir kiloyu koruma ve bu sebeple amenorenin görülmemesi (Polivy ve Herman, 2002). BN'nin çıkartma olan (kusma, laksatif/diüretik kullanma vb.) ve olmayan (egzersiz yapma) şeklinde alt tipe ayrılmasının ise sadece alınan kalorinin dışa atılmasında tercih edilen yöntemle ilgili olduğu ve kavramsal olarak pek bir anlamının olmadığı düşünülmektedir (Polivy ve Herman, 2002; Walsh ve Satir, 2005). DSM'nin sonraki edisyonlarında AN-TY/Ç tipinin, AN-Kısıtlama tipinden ziyade BN ile gruplanmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir (Gordon, Denoma ve Joiner, 2005).

Tablo 2. DSM-IV-TR'ye göre Bulimiya Nervosa için tanı ölçütleri²

<p>A. Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:</p> <p>(1) aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. herhangi bir 2 saatlik süre içinde) yeme</p> <p>(2) bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini kontrol edememe duygusu)</p> <p>B. Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.</p> <p>C. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.</p> <p>D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından etkilenir.</p> <p>E. Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervosa epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır.</p> <p>Alt Tipleri:</p> <p>Çıkartma Olan Tip: Bulimia Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.</p> <p>Çıkartma Olmayan Tip: Bulimia Nervozanın o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır.</p>
--

² Koroğlu, E.: 2007b Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000, Koroğlu, E. (Çeviri ed.), Cilt:2, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.859.

Tıkınırcasına Yeme (TY) ataklarının tanımına ilişkin ise literatürde kesin bir kriter olmadığı için bunu tanımlamak çoğunlukla klinisyenin kararına kalmaktadır (Halimi, 2003). BN'nin özellikle benzer semptomlar gösteren Klein-Levin sendromu ile ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır.

C. Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları

DSM-IV'e göre Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu, herhangi özgül bir Yeme Bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanamayan yeme bozuklukları içindir. Örneğin;

1. Bayanlarda, düzenli menstrasyonların olması dışında Anoreksiya Nervozanın bütün tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
2. Belirgin bir kilo kaybının olmasına karşın kişinin o sıradaki vücut ağırlığının olağan sınırlarında olması dışında Anoreksiya Nervozanın tüm tanı ölçütleri karşılanmaktadır.
3. Tıkınırcasına yemenin ve uygunsuz dengeleyici mekanizmaların haftada iki kezden daha az bir sıklıkta ya da 3 aydan daha kısa süreli olarak ortaya çıkması dışında Bulimia Nervozanın tüm ölçütleri karşılanmaktadır.
4. Olağan vücut ağırlığını koruyan bir kişinin az miktarda yemek yedikten sonra düzenli olarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunması (örn. iki parça kek yedikten sonra kendini kusturma)
5. Büyük miktarlarda yiyeceği sürekli çiğneyip tükürme, ancak yutamama.
6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB): Düzenli olarak Bulimia Nervozaya özgü uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmaksızın yineleyen tıkınırcasına yeme epizodlarının olması şeklinde tanımlanmaktadır. TYB'de bireyler aşırı miktarlardaki yiyecekleri yerken kontrol kaybı duygusu yaşamakta, huzursuzluk hissetmekte,

normalden daha hızlı ve aç değilken yemekte, ayrıca aşırı yemekten çekindikleri için yalnız başlarına yemektirler (Gordon, Denoma ve Joiner, 2005).

7. Kısmi Anoreksiya Nervoza: AN'ye benzer tipik kilo kontrol yöntemleri kullanan ancak amenoresi olmayan ya da BKİ'si 17,5'dan büyük olan vakaları kapsamaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Kısmi AN ve BN'nin görülme oranları bu sendromların tam olarak görülme oranlarından daha yüksektir (Halmi, 2003).

8. Gece yeme sendromu: Özellikle Obezite ile bağlantılı olarak ele alınan bu durumda geceleri TY atakları meydana gelmektedir. Buna ek olarak sabahları iştahsızlık, duygusal stres ve insomnia da görülüyor olması Gece Yeme Sendromunun uyku ve duygudurum bozukluklarıyla ilişkisini de düşündürmektedir (Stunkard ve Allison, 2003; Walsh ve Satir, 2005).

D. Yeme Bozukluklarında Klinik Görünüm

YB'na medikal ve psikiyatrik durumların eşlik etmesi, ailevi ve sosyal sorunların yanı sıra motivasyonel durumun ambivalent olması sebebiyle bu bozukluklarda klinik görünüm oldukça karmaşıktır (Yager, 2007a).

YB'nın spesifik psikopatolojik görünümü Fairburn ve Cooper (1989) tarafından şöyle özetlenmektedir; beden şekli ve kiloyla ilgili aşırı endişeler ve benlik saygısının bu bağlamda değerlendirilmesi, şekil ve kiloyu kontrol etmek için kullanılan davranışlar (kısıtlama, kendini kusturma, aşırı egzersiz, laksatif ve diüretik kullanımı), Bulimiklerde TY ataklarının görülmesi. Ayrıca YB'nın genel psikopatolojik görünümünde depresyon ve anksiyete semptomları, obsesyonel özellikler (özellikle AN'de), konsantrasyonda bozulma ve sosyal işlevselliğin bozulması da dikkat çekmektedir.

AN'nin klinik görünümünde beden imgesindeki bozulma öne çıkmakta, yaş ve boylarına göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına karşın kendilerini "çok şişman" hissettikleri için, şişmanlamaktan ölesiye korkmaktadırlar (Garner, 2002).

Yemeyi kısıtlama, aşırı fiziksel egzersiz, bağırsak boşaltıcı (laksatif) veya idrar sökücü (diüritik) kullanımı, diyet yapma, diyet hapi kullanma, aşırı miktarda kafein, nikotin kullanımı ve kusma gibi dengeleyici davranışlarla kilo vermeye ya da mevcut kiloyu korumaya çalışırlar. Bunun yanı sıra hastaların yeme düzenleri bozulmuştur. Uzun süre aç kalma, öğün atlama, yemeği yavaş yeme, ağza alınan lokmaları normalden fazla sayıda çiğneme, çiğneyip tükürme, belirli yiyeceklerden kaçınma, yemek yeme ve hazırlamada belirli ritüellere uyma gibi davranışlara sıklıkla başvururlar. Yemekle ilgili neredeyse obsesif düzeyde olan düşüncelerin ve dengelemeyle ilgili kompulsif davranışların yabancı, ego-distonik bir yapısı vardır, bunlar adeta hastanın zihnine dışarıdan sokuluyormuş gibidir (Yager, 2007a).

BN'nin klinik görünümünde hastaların çoğunlukla hastalık öncesinde kilolu oluşu, dürtüsellik, kendini kontrol etmede zorlanma öne çıkmaktadır (Davison ve Neale, 2004). Bu hastalar 1-2 saat gibi kısa sürelerde kontrolü kaybetmişcesine ve hiç durmayacakmış gibi aşırı miktarda yiyeceği tüketip (tıkınırcasına yeme) ardından kilo almamak için dengeleyici davranışlara (çıkarma, laksatif/diüritik kullanma, egzersiz gibi) başvururlar. TY nöbetleri genelde gizlice ve başkalarının yokluğunda meydana gelmektedir. TY atakları sonrasında hastalar genellikle kendilerini yorgun ve halsiz hissetmekte, bu durumdan iğrenme ve huzursuzluk duyguları yaşamaktadırlar ki bu da yerini sonrasında suçluluk duygusuna bırakabilmektedir (Aslantaş Ertekin, 2010). TY/Çıkartma tipinde olanlar diğer tiptekilere göre daha sıklıkla psikiyatrik ve tıbbi eş tanıya sahip olmaktadır (Herzog ve Eddy, 2007).

Vücudun hemen her sistemi yeme bozukluklarından etkilenir (Yücel, 2009). YB'da ölüm sebepleri genelde kardiyak veya elektrolit değişiminden kaynaklanmaktadır (Castro, 2003). Tablo 3'de YB'de görülen fiziksel değerlendirme bulguları ve tıbbi komplikasyonlar özetlenmiştir.

Tablo 3. YB’de görülen fiziksel değerlendirme bulguları ve tıbbi komplikasyonlar (Brambilla ve Monteleone, 2003; Curran-Celentano, Erdman, Nelson ve Grater, 1985; Herzog ve Eddy, 2007; Myres, 2007; Rock, 2005; Walsh ve Satir, 2005).

Klinik Bulgular	Anoreksiya Nervoza	Bulimiya Nervoza
Kardiyovasküler	Bradikardi ³ , hipotansiyon, elektrolit dengesizlikleri, aritmi.	Aritmi, halsizlik, metabolik alkaloz ⁴ , hipokalemi ⁵ .
Metabolik	Hiperkolestrol, vücut ısısında düşüş (hipotermi), elektrolit dengesizlikleri.	Dehidrasyon ve elektrolit dengesizlikleri.
Gastrointestinal	Bağırsak problemleri, kabızlık, böbrek taşı, böbrek bozukluğu, dehidrasyon (aşırı su kaybı), karın ağrısı, şişkinlik.	Huzursuz bağırsak sendromu, karın ve sırt ağrısı, kabızlık, mide ve bağırsak problemleri.
İskelet/Kas sistemi	Kemik Erimesi (Osteoporoz), kas gücünün zayıflaması, kas kütlelerinde azalma, kalsiyum düzeyinde düşme, ağrılı kas spazmları, kemik yoğunluğunda azalma.	Kaslarda zayıflama.
Dermatolojik	Saç ve kirpikte zayıflama ve dökülmesi, ciltte kuruma, leke ve akne oluşumu, deri döküntüsü ve yaralar. Çoğunlukla kol ve yüzde oluşan tüylenme (lanuga).	Provokatif (parmakla) kusmaya bağlı olarak el ve parmaklarda nasırlaşma.
Diş problemleri	Kusma varsa diş minelerinde erozyon.	Diş yüzeylerinde zayıflama, diş çürümesi.
Endokrinolojik	Amenore (adet kesilmesi), hipotiroidi, hiperkortikolizm, CRH (Kortikotropin salıcı hormon) artışı, FSH (Folikül salıcı hormon) ve lh (luteinizing hormon)’de azalma, yumurtalıklarda kist.	Menstrual düzensizlikler, ödem.
Hematolojik	Orta derece anemi, lökopeni ⁶ (kandaki beyaz hücrelerin azalması), trombosit azalması.	
Nörolojik	Beyinde gri maddenin azalması.	
Cinsel	Cinsel istek ve performansta düşme, meme gelişiminin durması.	
Diğer	El ve ayaklarda soğuma, renk değişimi (akrokyanosis), periferik ödem, özellikle boğaz, yüz ve ayaklarda şişlikler.	

³ Kalp atış sayısının normalden az olması.

⁴ Vücut sıvılarında asit baz dengesinin bozulması.

⁵ Vücuttaki potasyum dengesinin bozulması.

⁶ Kandaki lökosit sayısının azalması.

Anoreksiyanın fiziksel belirtileri çoğunlukla kendini aç bırakmaktan kaynaklanmakta, malnutrisyona bağlı olarak bu vakalarda konuşmanın yavaşlaması, mantıksız düşünme paterni, duygulanımın kısıtlılığı gibi bazı psikolojik ve bilişsel bozulmalar da görülmektedir (Davison ve Neale, 2004; Walsh ve Satir, 2005).

BN'de medikal komplikasyonlar AN'ye göre daha az şiddetli olup daha seyrek görülmektedir ancak aşırı yeme ve ardından kusma/laksatif kullanma döngüsü özellikle gastrointestinal problemlere ve kardiyak aritmilerine yol açabilmektedir (Brambilla ve Monteleone, 2003). YB'daki nörolojik değişimler, serotonin, noradrenalin veya dopamin salınımindaki bozulmalar ise hastalığın tedavisinden sonra da devam edebilmektedir (Castro, 2003).

YB vakalarında eşlik eden psikopatoloji düzeyi yüksektir (Fairburn ve Cooper, 1989). Vakaların neredeyse yarısı yaşamları boyunca depresyon, sosyal fobi ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) başta olmak üzere tam veya kısmi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü bildirmektedirler (Herzog ve Eddy, 2007; Steinhausen, 2002). YB'na en çok eşlik eden Eksen I bozuklukları; duygudurum ve kaygı bozuklukları olup alkol ve madde kullanım bozukluğu da bu grupta sık görülmektedir (Sansone ve Sansone, 2007). Swinbourne ve Touyz'un yaptığı gözden geçirmeye göre (2007) kaygı bozukluklarının YB'na eşlik etme oranı literatürdeki çalışmalarda %36 ila % 79 arasında değişmektedir. Steinhausen'nin (2002) toplamda 5.509 AN vakasını içeren 119 çalışmayı inceleyerek yaptığı gözden geçirmeye göre AN'ye eşlik eden diğer bozulmaların yüzdeleri şöyle bulunmuştur; Duygudurum Bozuklukları %25, Anksiyete bozuklukları %25, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) %12, Şizofreni %4, Madde Kullanım Bozuklukları %15, Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu (OKKB) %30, Borderline Kişilik Bozukluğu %17, Histriyonik Kişilik Bozukluğu %17.

Blinder, Cumella ve Sanathara (2006) 2436 YB vakasında psikiyatrik eştanıyı inceledikleri çalışmalarında, katılımcıların %97'sinin herhangi bir psikiyatrik eştanı aldığını, bunlardan %94'ünün çoğunlukla unipolar depresyon olmak üzere bir duygudurum bozukluğu, %56'sının anksiyete ve %22'sinin madde kötüye kullanım

bozukluğu olduğunu bulgulamışlardır. Alkol madde kötüye kullanımı daha çok bulimiyada gözlenirken, OKB ise AN'de daha sık belirtilmiştir.

Vakaların çoğunda geçmiş travma öyküsü olması Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ile YB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara yön vermiştir ancak bu çalışmalar çelişkili bulgular sunmaktadır. Sadece istismar gibi büyük T travmalar değil alay, kıyaslama, başarısızlık gibi küçük t travmaların da YB geliştirmede risk faktörü olarak ele alınabileceği düşünölmektedir (Brewerton, 2003).

YB'deki kilo alma korkusu, beden memnuniyetsizliğiyle zihni meşguliyet, algılanan beden bozukluklarını (kilo, beden biçimi gibi) düzeltmekle ilgili endişeler şeklinde obsesif kompulsif özellikler görülmesi sebebiyle bazı yazarlar YB'nı OKB spektrumunda değerlendirmenin de mümkün olacağını belirtmektedir (Allen ve Hollander, 2002; Halmi, 2003).

Kişilik bozuklukları ve YB komorbiditesiyle ilgili araştırmalar çelişkili bulgular sunmakla birlikte özellikle bulimik bir yapılanmanın varlığında B kümesi (impulsif) kişilik bozukluklarına yüksek derecede yatkınlık dikkat çekmektedir (Halmi, 2003). Ayrıca diğer Eksen II bozukluklarından ise OKKB ve Çekingen Kişilik Bozukluğu sıklıkla tabloya eşlik etmektedir (Sansone ve Sansone, 2007).

YB hastalarında kaygı durumu sadece kilo, beden görünümü ve biçimine odaklıysa ayrıca bir kaygı bozukluğu tanısına; başkaları önünde yemek yemekten kaçınma, kendilik değerinin düşüklüğü gibi durumlar yine yalnızca YB semptomları bağlamında oluyorsa ayrıca bir sosyal fobi tanısı konmasına gerek yoktur (Peterson, 2005).

Sonuç olarak YB'na diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik ediyor oluşu işlevsellik kaybının artmasına, tedaviye cevabın azalmasına ve YB şiddetinin de artmasına yol açmaktadır (Erol, 2011). Spindler ve Milos'un (2007) 277 YB vakasıyla DSM-III-R için yapılandırılmış klinik görüşme formu (SCID) kullanarak yaptığı çalışmada Eksen I ve Eksen II'deki psikiyatrik komorbidite YB semptomlarının şiddetinde artışla ilişkili bulunmuştur.

E. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

Yeme Bozuklukları tipik olarak ergenlik dönemlerinde başlamaktadır, orta yaşta başlangıç seyrek görülmektedir. AN'nın yaşam boyu görülme sıklığı %1, BN'de ise bu oran %1 ile % 4,2 arasında değişmekte olup yeme bozukluğu hastalarının %90-95'i kadındır (Herzog ve Eddy, 2007). Buna karşın Kısmi Yeme Bozukluklarının kadınlarda görülme sıklığı ise daha yüksek olup %5-10 civarındadır (Maner, 2001). Erkeklerde YB görülme oranları kadınlara göre 1/10 civarındadır (Maner, 2007). Corson ve Anderson (2002) erkeklerde YB tanısı koymanın zorluklarını şu şekilde sıralamışlardır: Öncelikle YB çoğu zaman bir 'kadın problemi' olarak algılanmaktadır, buna ek olarak DSM-IV kriterleri cinsiyet yanlılığı göstermektedir (menstrasyon kriteri gibi). Son olarak ise klinisyenler tıkınırcasına yemeyi erkeklerde zayıf olma takıntısından öte iştah fazlalığı şeklinde algılamaya eğilimdedirler.

Ülkemizde klinik popülasyonda yapılmış büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalar henüz olmamakla birlikte üniversite ve lise öğrencileriyle yapılan çalışmalarda YB prevalansı % 0,5 ile % 2.20 arasında, AN %0.2 ve BN % 2.52 civarında bulunmuştur (Kuğu, Akyüz, Doğan, Ersan ve İzgiç, 2006; Uzun, Güleç, Özşahin, Doruk, Özdemir ve Çalışkan, 2006; Yeşilbursa, İmre, Türkcan ve Uygur, 1992). Vardar ve Erzen'in yakın zamanda yaptıkları 2907 ergenin yer aldığı iki aşamalı toplum temelli çalışmada da (2011) AN'nin nokta yaygınlığı % 0.03, BN'nin nokta yaygınlığı % 0.7 ve BTA'nın nokta yaygınlığı ise % 1.5 şeklinde bulgulanmıştır. Yeme Tutumu Testi (YTT)'inden kesme puanının üzerinde skora sahip olanlarla SCID-I kullanılarak yapılan bu çalışmada tüm yeme bozukluklarının yaygınlığı % 2.3 olarak bulunmuştur. Aras, Ünlü ve Varol-Taş (2007) tarafından yapılan bir çalışmada ise Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen polikliniğine başvuran vakalarda yeme bozukluğu görülme sıklığı kızlarda % 0.7 erkeklerde % 0.8 olarak gözlenmiştir. Sözü geçen oranların batıdaki çalışmalara yakın olmasının yanı sıra tanı almayacak yani eşik altı seviyede görülen yeme

davranışındaki bozukluklar da ülkemizde özellikle genç popülasyonda sık görülmektedir (Polat, Yücel, Genç ve Meteris, 2005).

YB vakalarının üçte biri ilk tedavilerinden 5 ila daha fazla yıl sonra hala tanı kriterlerini karşılamaya devam etmektedirler (Fairburn, Cooper, Doll, Norman ve O'Connor, 2000; Keel, Mitchell, Miller, Dawis ve Crow, 1999). İntihar da dahil olmak üzere yeme bozukluklarında ölüm oranları ise %5 ile % 8 arasında değişmektedir (Herzog, Greenwood, Dorer, Flores, Ekeblad, Richards ve ark., 2000; Steinhausen, Seidel ve Metzke, 2000).

F. Yeme Bozukluklarında Etiyoloji

YB etiyojisinde özgün bir neden ya da patagonez şimdiye kadar belirtilmemiştir. Yeme bozukluklarının oluşumu tek bir faktör ya da bakış açısıyla açıklanamayacak kadar karmaşık bir yapıdadır. Gelişimsel, genetik, sosyokültürel, ailesel, bilişsel, psikodinamik vb. çeşitli faktörlerin sürece değişik derecelerde katılımı söz konusudur (Yücel, 2009).

1. Biyolojik Açıklamalar

İkiz çalışmaları AN'de genetik yatkınlığın anlamlı olduğunu ileri sürmektedir (Davison ve Neale, 2004; Herzog ve Eddy, 2007). Yeme bozukluklarında eşlik eden psikopatolojilerin ortaklığı ve birbirine geçişlerin (shift) oluşu ortak bir genetik yatkınlığın da temelde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Gordon, Denoma ve Joiner, 2005). Aile çalışmaları birbirinden farklı bulgular ortaya koymakla birlikte ailesel bir yatkınlığı ve AN ve BN arasında çapraz geçişler göz önünde bulundurulduğunda ortak bir etiyojik nedenin varlığını akla getirmektedir (Kuruoğlu-Çepik, 2000). Nörotransmitter araştırmaları ise serotonerjik disregulasyonun (özellikle de hiposerotonerjik durumun) yeme bozukluğu ile ilgisi olabileceğini öne sürmektedir (Gordon, Denoma ve Joiner, 2005). Bu vakalarda serotonin ve nörepinefrin düşüklüğü bulgulanmakta, antidepressanların da bu sebeple

tedavide kısmen etkili olabildiği görülmektedir (Davison ve Neale, 2004). Nörokimyasal olarak açlığın kendisi hipotalamik ve metabolik fonksiyonlarda değişikliklere yol açmakta, nöradrenerjik, serotonerjik, dopaminarjik ve nörotransmitter sistemlerde değişim ortaya çıkmaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Ayrıca YB tanısı alan kişilerin birinci derece yakınlarında duygudurum, anksiyete, alkol-madde kötüye kullanım ve kişilik bozukluklarının da normal popülasyondan daha sık görülmesi genetik yatkınlığı desteklemektedir (Kuruoğlu-Çepik, 2000).

2. Psikodinamik Açıklamalar

Psikodinamik açıdan bakıldığında AN, hastanın psişik çatışmayı çözme girişimi sonucunda ortaya çıkmakta ve yeme semptomları bu duygusal çatışmanın davranışsal manifestosu olarak ele alınmaktadır. Çatışmalar ayrışma – bireyselleşme ve kontrolle ilgili konulardan temel almaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Psikodinamik açıklamalar AN’de özellikle anne kız ilişkisine dikkat çekmekte, anneye yaşanan sorunlu ilişki sonucunda kadın kimliğiyle özdeşim zorluğu üzerinde durmaktadır (Yücel, 2009). Hasta, kilo kaybettikçe ailesine daha bağımlı hale gelmekte böylece aileden ayrılamaz olmaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Yapılan çalışmalar YB vakalarının aile dinamiklerinde müdahil olma, aşırı korumacılık, katılık ve çatışma çözümünde yetersiz kalma gibi benzer faktörlere dikkat çekmektedir (Davison ve Neale, 2004).

3. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım’a göre (BDY), YB’nin pek çok davranışsal dışavurumu temelde hastaların beden şekli ve biçimiyle ilgili aşırıdeğer verilen düşüncelerine ikincil olarak ortaya çıkmaktadır (Fairburn ve Cooper, 1989). BDY’ye göre YB’da semptomların sürdürülmesine ideal bir kilo ve vücuda sahip olmaya yönelik katı inanca eşlik eden 3 alandaki temel inançlar yani kilo ve beden biçimiyle ilgili gerçekdışı beklentiler, kendilik değerinin ancak bu beklentiler karşılandığında hissedilecek olması, yiyeceklerin kiloya etkisiyle ilgili yanlış inançlar yol açmaktadır (Geller ve Dunn, 2011). BDY, AN’nin başlangıcında pek çok öncül olabileceğini

ancak yemeği kısıtlama davranışını sürdürenin *ince olma gerekliliği, katı diyet inancı* gibi olumsuz pekiştiriciler niteliğindeki kişinin tutum ve sayılıtlarının olduğuna işaret eder. Kaçınma paradigması açısından da hem olumsuz pekiştiriciler (kusma, diyet, laksatif kullanımı gibi) hem de olumlu pekiştiriciler (zayıf kalmak) sorunun devamına katkı sağlamakta, kaçındığı durumlarla (düzenli beslenme gibi) yüzleşmeyen birey, bu durumların olumsuz sonuçlar doğuracağı ile ilgili beklentilerinin geçerliliğini de sınamadığı için kaçınma davranışı sönmeye dirençli hale gemektedir (Soygüt, 2003). BDY'nin BN'ye getirdiği açıklamalar ise şu şekilde özetlenebilir; aç kalma TY'ye tepki olarak öne çıksa da, psikolojik ve fizyolojik mekanizmaların etkisiyle aslında TY'yi tekrar ortaya çıkarır. Kusma vb dengeleyici davranışla alınan kalorinin atıldığı inancı TY'leri sıklaştırmaktadır, beden şekli ve kiloyla ilgili endişeler diyet davranışını arttırarak yeme sorununu da sürdürmektedir. Son olarak beden şekli ve kiloyla ilgili endişeler yetersizlik ve değersizlik gibi duygularla eşleşmektedir (Soygüt, 2003).

4. Bireysel Faktörlerle İlgili Açıklamalar

Bireysel risk faktörleri arasında; beden memnuniyetsizliği, düşük benlik saygısı, istismar, travma, akranlar ve aile tarafından kilo ve beden görünümüyle ilgili konularda alaya maruz kalma, yetersiz baş etme tarzlarının kullanımı, inceliği teşvik eden medyaya maruziyet, dürtüsellik, erken başlangıçlı püberte, beden ölçüsü/biçimiyle aşırı uğraş (obsesyon), ince ideali destekleyen aktiviteler (jimnastik, dans, mankenlik, bale vb.), bireyselleşmeye izin vermeyen aşırı koruyucu aile yapısı, obsesif düşünce, hep ya da hiç tarzı düşünme gibi bilişsel faktörler ve mükemmeliyetçilik yer almaktadır (Polivy ve Herman, 2002; Stice, 2002b; Williamson, Stewart, White ve York-Crowe, 2002; Yücel, 2009).

Beden memnuniyetsizliği arttıkça kilo verme yöntemlerine başvuru da artarak yeme bozukluğunun gelişimi için risk oluşturur. Bu durum diğer patogenezlerle birleşerek eğer kişinin katı yeme kısıtlaması varsa AN, yoksa BN şeklinde bir tabloya uzanabilmektedir (Polivy ve Herman, 2002).

Ailesel faktörler YB çalışmalarında özellikle dikkat çeken bir diğer konu olmuştur. YB olan bireylerin ailelerinde duygusal açıdan uzak olma, aşırı koruyuculuk, mükemmeliyetçilik, kontrol, hostilite, izolasyon, duygusal ifadenin bastırılması, uzak ve reddedici tutum dikkat çekmektedir (Maner, 2001; Toker ve Hocoğlu, 2009).

5. Sosyokültürel Açıklamalar

YB özellikle batı kültüründe ve üst sosyoekonomik kesimde görüldüğü için kültürel çalışmalar ilgi çekmiştir. Yeme Bozukluklarının temel özelliği olan zayıflık takıntısı yemeğin bol olduğu kültürlerde öne çıkmaktayken, açlığın hakim olduğu kültürlerde daha yuvarlak hatlı bir beden görünümü tercih edilmektedir. Dolayısıyla yeme bozukluğunun yüksek sosyoekonomik seviyede yaygın görülüşünün temelinde bu önermenin yattığı düşünülmektedir (Polivy ve Herman, 2002). Ancak güncel araştırmalar Batılı olmayan ve gelişmekte olan topluluklarda da YB görülme sıklıklarının arttığına işaret etmektedir (Anthony ve Yager, 2007). Globalleşen dünyada medyanın da etkisiyle kültürden bağımsız olarak güzellik ve başarıyı zayıflıkla eş tutan hakim görüş yayılmaktadır. Buna karşın fast food kültürünün de tüm dünyaya empoze edilmesi sonucu obezite riski artmakta, bunun bir sonucu olarak zayıflık arzusu ve bozuk yeme paternleri görülmektedir (Anthony ve Yager, 2007).

YB gelişiminde sosyokültürel açıklamalar Beden İmgesi Bozukluğu (BİB) üzerine odaklanmaktadır. YB'nin sosyokültürel modeline göre medya, akranlar ve aile, kilo, görünüş, güzellik ve beden ölçüsüyle ilgili mesajların toplumun üyelerine aktarılmasında önemli rol oynayan araçlardır (Coughlin, ve Kalodner, 2006). Zayıf ideallerin içselleştirilmesi, kişinin kendi bedenini olumsuz olarak değerlendirmesi sonucunda Beden İmgesi Bozukluğuna ve Beden Memnuniyetsizliğinde (BM) artışa ardından da sağlıksız yeme davranışlarının gerçekleştirilmesine yol açabilmektedir (Garner, 2002). Yeme bozukluklarının gelişimindeki nedensel faktörler arasında medyanın yeri de tartışılmıştır. Medya zayıf olan model ve ünlüleri fazlasıyla göstererek gerçekliği çarpıtmakla suçlanmıştır (Polivy ve Herman, 2002).

BN'nin sosyokültürel modelinde bedenden duyulan endişe nedensel bir faktör olarak ele alınmaktadır. Medyada sunulan incelik idealinin içselleştirilmesiyle, kişinin kendisi ve ideali arasındaki farkı görmesi sonucunda beden memnuniyetsizliği oluşmaktadır, çünkü bu ideale ulaşmak pek çok kız için imkansız olabilmektedir. Kilodan duyulan memnuniyetsizlik beraberinde kilo verme ya da kilo almayı engelleme girişimlerini getirmektedir. Bazı kızlar için biyolojik olarak düşük bir kiloyu sürdürmek çok daha zor olmaktadır, dolayısıyla bu girişim açlığa karşı biyolojik olarak verilen tıknırcasına yeme tepkisini ortaya çıkarma riskini arttırmaktadır (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Garner (2002) BN'nin sosyokültürel modelinde iki yol tariflemektedir: Diyet yolu ve Olumsuz Duygulanım Yolu. Diyet Yolunda; BİB ve BM, zayıflamak için aşırı diyet yapmaya yol açmakta, bunun sonucunda oluşan açlığı gidermek için de tıknırcasına yeme nöbetleri ortaya çıkmaktadır. Olumsuz duygulanım da ise; bireyin beden memnuniyetsizliğinden duyduğu olumsuz duygulanım tıknırcasına yeme nöbetlerine yol açmakta, ardından da bunu dengeleyici davranışlar (kusma gibi) gerçekleştiğinde sonuçta duygusal bir katarsis oluşmaktadır (Garner, 2002).

Yeme Bozukluklarının batı kültüründe görülme sıklığı II. Dünya Savaşı'ndan sonra artmış olmakla birlikte AN'nin orta çağlara BN'nin ise antik Yunana dayanan bir geçmişi vardır, dolayısıyla kültürel etkilerin bu hastalığın ortaya çıkmasında tek başına etkisi olduğunu söylemek doğru olmaz (Casper, 2003). Ancak sürece katkı sağladıkları da yadsınamaz bir gerçektir.

Sosyal ve ekonomik açıdan bakıldığında ise YB ölüm ve hastalık oranlarının yüksekliği, infertilite, uzun süreli tedavi gereksinimi sonucu sağlık kuruluşlarının kullanımını gibi pek çok alanda etkisini göstermektedir (Crow ve Peterson, 2003).

YB'de etiyojolojiyle ilgili çalışmaların pek çoğu korelasyonel olduğu için hangi değişkenin diğerine neden olduğu, ya da başka bir değişkenin mi bunlara neden olduğu açık değildir. Bu faktörlerin araştırıldığı çalışmalarda özellikle etki büyüklüğünün nispeten küçük oluşu, tek bir faktörün YB gibi karmaşık bir patolojiyi açıklamada yetersiz olduğunu, çok faktörlü modellerin açıklayıcı gücünün daha

büyük olabileceğini düşündürmektedir. YB gibi çok yönlü bir yapıyı açıklamakta da multidisipliner ve entegratif bir bakış açısının daha yararlı olabileceği günümüzde kabul görmektedir. Bu bağlamda öne sürülen Biyopsikososyal Model, biyolojik kültürel, aile, sosyal, bilişsel, öğrenme, kişilik ve diğer faktörlerin hepsini dikkate alarak yeme bozukluklarına geniş bir açıdan bakar (Polivy ve Herman, 2002).

Sonuç olarak yeme bozuklukları 1970lerin sonuna dek ciddi bir problem olarak öne çıkmamıştır, dolayısıyla bundan yaklaşık 40 yıl sonra geldiğimiz noktada henüz bu durumların etiolojisini tam olarak anlamaktan uzak olmamız şaşırtıcı değildir.⁷

G. Yeme Bozukluklarında Değerlendirme, Prognoz ve Tedavi

1.Değerlendirme

Yeme Bozuklukları kompleks bir örüntü içerdiği için vakaların çok yönlü değerlendirmelerini ve tedavinin de farklı disiplinlerden profesyonellerce ekip çalışması şeklinde yürütülmesini gerektirmektedir. Psikiyatrik ve psikolojik değerlendirmenin yanı sıra vakanın tam bir tıbbi değerlendirmesinin yapılması önem taşımaktadır. Hayati tehlike de içermeleri açısından özellikle düşük kilolu vakaların tıbbi açıdan ve beslenme açısından takip edilmeleri gerekmektedir.

Vakanın kilo değişimi, diyet alışkanlıkları ve yeme paterninin geçmiş öyküsü ve şimdiki durumu hakkında çok kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Yemeyi kısıtlama, tıkmırcasına yeme, dengeleyici davranışlar (kendini kusturma, laksatif, diüritik kullanımı vb.), egzersiz, vakanın en yüksek, en düşük ve ideal kilosu, amenore epizodları, ailede yeme bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozukluk öyküsü, yeme bozukluğuna bağlı tıbbi komplikasyonlar, tedavi geçmişi ve tedavi motivasyonu detaylı olarak ele alınmalıdır (Walsh ve Satir, 2005).

⁷ Polivy, C. ve Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. Annual Review of Psychology. 53: s.205.

YB’da tanı koymak ve değerlendirme yapmak için geliştirilmiş pek çok araç vardır. Yapılandırılmış klinik görüşmeler içinde SCID-I ve Fairburn’ün geliştirdiği Yeme Bozukluğunu Araştırma (Eating Disorder Examination-EDE) en yaygın kullanılanlarıdır (Grilo, 2005). Yine tanı koyma amacıyla kullanılan Yeme Bozukluğu Tanısal Skalası (Eating Disorder Diagnostic Scale-EDDS) (Stice, Rizvi ve Telch, 2000), Yeme Bozukluğu Envanteri (Eating Disorder Investigation EDI), ve EDE’nin kendini bildirim envanteri olan Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği’de (YBDÖ) (Eatin Disorder Examination Questionnaire-EDE-Q) kullanılmaktadır (Tury, Güleç ve Kohls, 2010). Bu araçlardan ülkemizde geçerliliği yapıp kullanılanları ise SCID-I (Çorapçıoğlu, Aydemir, Yıldız, Esen ve Köroğlu, 1999), Yeme Tutumu Testi (YTT-40) (Garner ve Garfinkel, 1979; Savaşır ve Erol, 1989), YBDÖ’dür (Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk, 2011). YB’de değerlendirme yeme bozukluğu semptom düzeyi bağlamında ele alınmaktadır.

2. Prognoz

YB’nun tedavisiyle ilgili giderek büyüyen bir literatür olmasına karşın pek çok YB hastasının durumunda gelişme olmamakta ve hastalıkları kronikleşmektedir (Yager, 2007c). YB’da tedavi oldukça masraflıdır, uzun sürer ve bu alanda uzmanlaşmış profesyonelleri gerektirir, buna karşın vakaların neredeyse yarısında sonuçlar umut vaat edici olmamaktadır (Geller ve Dunn, 2011).

Araştırmalar AN’li hastaların %50’sinde tam düzelme, %30’ünde ise orta düzeyde düzelme görüldüğünü, %20’sinde ise hastalığın kronik bir şekilde devam ettiğini, BN’de ise hastaların %50’sinde tam bir iyileşme %30’unda ise belirgin bir gelişim olduğunu göstermektedir (Keel, Mitchell, Miller, Davis ve Crow, 1999; Steinhausen, 2002; Yücel, 2009). AN’li hastaların yaklaşık %50’si ileride bulimik semptomlar geliştirmekte, iyileşen YB hastalarının %33’ünde ise nüks görülmektedir (Herzog ve Eddy, 2007).

AN, psikiyatrik bozukluklar içerisinde ölüm oranının en yüksek olduğu durumdur (Herzog ve Eddy, 2007). Hastalığın prognozu ise umut vaat edici

olmamakta, hastaların ancak yarısı tam olarak iyileşebilmektedir (Davison ve Neale, 2004). İyi prognozun belirleyicileri arasında; hastalığın erken başlangıçlı ve kısa süreli olması, hastanın uzun süre takip edilmesi ve semptom şiddetinin az olması yer almaktadır (Steinhausen, 2002). Kötü prognozun belirleyicileri arasında ise ; başvuru kilosunun düşüklüğü, tıknırcasına yeme, kusma, bağırsak boşaltıcı kullanımı, hastalık ve hastanede kalış süresinin uzunluğu, önceki tedavilerin başarısız oluşu, dürtüsellik, OKKB, hastalığın ergenlikten sonra başlaması yer almaktadır (Yager, 2007c).

BN'de hastalık süresinin uzun oluşu, geçmişteki tedavi girişimlerinin başarısız oluşu, eşlik eden madde bağımlılığı ya da B kümesi kişilik bozukluklarının oluşu gidişatı olumsuz etkileyen faktörler arasındadır (Herzog ve Eddy, 2007).

3. Tedavi

YB hastalarının tedavisi zorludur çünkü pek çoğu hastalığı ve hastalığın oluşturduğu tehlikeleri inkar etmekte ve tedaviye karşı ambivalent bir tutum sergilemektedirler (Davison ve Neale, 2004; Walsh ve Satir, 2005). Tedaviyi sonlandırmadan bırakma oranı yüksektir. Mahon (2000) tedaviyi bırakmayı (drop out) hastanın kendi tek taraflı isteği üzerine tedavinin sonlanması şeklinde tanımlamıştır. YB tedaviyi yarıda bırakma ve başarısız tedavi sonuçları son 16 yılda yaklaşık iki katına çıkmış olup her 10 hastadan neredeyse 4'ü tedaviyi bırakmaktadır (Campbell, 2009). AN'de tedaviyi bırakma oranları hemen hemen %50 civarına ulaşmaktayken (Eivors, Button, Warner, ve Turner, 2003; Mahon, 2000), BN'de tedaviyi bırakma oranları ise ortalama %15 civarındadır (Mahon, 2000). YB'daki yüksek tedaviyi bırakma oranlarını açıklamak için vakaların demografik özellikleri ve terapiye yönelik faktörler (terapist-danışan ilişkisi gibi) araştırılmış; tedavi yaklaşımı, zamanlaması ve ortamının hastada kontrol kaybı hissini oluşturması öne çıkan nedenler olarak bulgulanmıştır (Eivors, Button, Warner, ve Turner, 2003; Geller ve Dunn, 2011). Ergenlerde hastanın tedavi motivasyonu bağlamında tedaviyi yarıda bırakmanın kriter olarak alınmasında ise dikkatli olunmalıdır çünkü pek çok

vakada tedaviyi bırakma kararı aile tarafından verilmektedir (Castro-Fornieles, Bigorra, Martinez-Mallen, Gonzalez, Moreno, Font ve ark., 2011).

AN'nin tedavisi 20.yüzyılın ikinci yarısına kadar tamamen medikal bakış açısıyla yapılmakta ve tedavide nöroleptikler öne çıkmaktayken, 1950'lerden itibaren bireysel psikoterapi ve sonrasında aile terapisi bu alanda önem kazanmaya başlamış böylece tedavide çok yönlü yaklaşım benimsenmiştir (Steinhausen, 2002). Hartmann, Weber, Herpertz, ve Zeeck'in yaptığı bir meta-analize göre (2011) AN tedavisinde en etkili kilo alım yöntemi medikal ve psikolojik tedavilerin birleşimi olarak bulgulanmıştır.

Çalışmalar YB'da tıbbi bakımı, psikofarmakoterapiyi (özellikle SSRI'lar⁸), psikoeğitimi ve bireysel terapiyi (özellikle BDT) de içeren çok yönlü bir tedavinin en etkili yöntem olduğunu göstermektedir (Halmi, 2007; Mitchell, Steffen ve Roerig, 2007). AN sistemik bir hastalık gibi tüm bedeni etkilediği ve her sistemdeki etkisi de farklı olduğu için tıbbi komplikasyonlar ayrıca ele alınmalıdır (Erol, 2011). YB hastalarında klinik değerlendirme ve tedavi psikiyatrist, pediatri uzmanı, dahiliye uzmanı, klinik psikolog, aile doktoru, diş doktoru, diyetisyen, sosyal çalışmacı, psikiyatri hemşiresi gibi ilgili alanda çalışan pek çok uzmanın yer aldığı bir ekip çalışmasını gerektirmektedir (Yager, 2007a; Yücel, 2009).

Hangi tedavi yöntemi tercih edilirse edilsin öncelikli amaç hastayla güven ilişkisini sağlamak üzerine olmalıdır çünkü önceki kişilerarası yaşantılardan kaynaklanan temel güven eksikliği, kontrolü elinde tutma gereksinimi, tedavi motivasyonunun çoğu zaman düşük oluşu sebebiyle bu hastaların tedaviye yönelik tutumu ambivalenttir (Soygüt, 2003). Ayrıca hastalığın egosintonik bir tarafı olduğu için öncelikle hastanın probleminin farkına varması sağlanmalı, ardından gerekli tıbbi destek alınmalı, eşlik eden diğer psikopatolojiler de dikkate alınarak tedavi planlanmalıdır (Fairburn ve Cooper, 1989).

⁸ SSRI: Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)

a. Farmakoterapi

YB genellikle depresyonla birlikte görüldüğü için tedavide antidepresanlar belli bir düzeyde başarıyla kullanılmakta özellikle Prozac ve Fluoksetin etkili olmakta, ancak ilaç kesiminden sonra nüks oranları yüksek seyretmektedir (Davison ve Neale, 2004).

AN'nin tedavisinde pek çok farklı ilaç grubu denenmiş olmasına karşın tutarlı bir etki söz konusu değildir, spesifik bir ilaç tedavisi olmadığı için de her hasta özel olarak değerlendirilmelidir (Yücel, 2009). Ancak AN'ye sıklıkla depresif semptomların eşlik etmesi sebebiyle multidisipliner tedaviye özellikle de çok düşük kilolu hastalarda, komorbid duygudurum, OKB veya anksiyete bozukluğu varlığında, antidepresanların da eklenmesi tavsiye edilmektedir (Zwaan ve Roerig, 2003). Antidepresan tedavisine başlamadan önce hastanın kilo alımının sağlanmasının beklenmesi önerilmektedir (Fairburn ve Cooper, 1989). Ayrıca tedavi sonrasında nüks oranlarının yüksek olması sebebiyle taburculuk sonrası kilo korunumunun sağlanması açısından da antidepresanlar yarar sağlamaktayken, öte yandan kilo aldırma etkilerinin yanı sıra AN'deki neredeyse delüzyonel şiddetteki düşünce ve inançların varlığına karşın antipsikotik ilaçlar etkili sonuçlar ortaya koymamaktadır (Zwaan ve Roerig, 2003).

BN tedavisinde SSRI antidepresanlar en çok etkinliği kanıtlanan ilaç grubu olup özellikle bulimik ve komorbid psikopatolojik (depresyon ve anksiyete) semptomları azaltmada etkilidir (Yücel, 2009; Zwaan ve Roerig, 2003). Alanda uzman terapistlerin eksikliğine karşın ilaç tedavisi kolay ve erişilirdir fakat temel tedavi olarak farmakolojinin seçilmesi pek çok hasta için yeterli gelmemektedir (Zwaan ve Roerig, 2003). BN'deki beden memnuniyetsizliğinin tedavisinde ise bir tür SSRI olan fluoksetin bir derece etkili olabilmekle birlikte en etkili yöntem Bilişsel Davranışçı Terapi'dir (Allen ve Hollender, 2002).

b. Beslenme Tedavisi

YB tedavisinde beslenme danışmanlığı da önemli bir rol oynamakta öte yandan YB olan bir vakanın danışmanlığı yıllar sürebilmektedir (Myers, 2007). Bu yüzden tedavinin bu yönünde de adım adım gidilmesi gerekliliği öne çıkmaktadır. Danışmanla hasta arasında güven ilişkisinin inşa edilmesi, hastanın medikal ve beslenme açısından değerlendirilmesi ve takibi sonrasında beslenme rehabilitasyonuna geçilmektedir. Hedef kilonun belirlenmesi, yemek planının yapılması, yemek ve davranış takibi ve beslenme eğitiminin hastaya verilmesi beslenme rehabilitasyonunun içeriğini oluşturmaktadır (Myers, 2007).

AN vakalarında tedavi iki basamakta düşünülebilir, önce tıbbi komplikasyonlar ve ölüm olasılığının azaltılması ardından da alınan kilonun korunumunun sağlanması (Davison ve Neale, 2004). AN'de tedavinin ilk evresinde yeniden besleme sendromu (refeeding syndrome) yaşanabilmekte, bu durumda elektrolit dengesizlikleri, kardiyolojik, solunum, boşaltım, nörolojik ve hematolojik sistem bozuklukları ve ödem görülebilmektedir (Myers, 2007; Yücel, 2009). Malnütrisyon sebebiyle bilgi işleme süreci de hasar görmekte, bilişsel kapasite azalmakta olduğu için malnütrisyon düzeline kadar hastanın terapiye hazır hale gelmediği düşünülmektedir (Bruch, 1982). AN tedavisinde kilo alımı, kilonun korunumundan daha kolay olmakta ancak hastaların büyük çoğunluğu bir yıl içerisinde relapsa (nüks) girmektedirler (Allen ve Hollander, 2002). Belki de tedavinin ilk aşamalarında hastalığın hasta için ne anlam ifade ettiğini öğrenmek bunun bir ölüm isteği değil de hayatta kalmak için kullanılan baş etme tarzı olabileceği şeklinde yaklaşmak önemlidir (Eivors, Button, Warner, ve Turner, 2003).

c. Psikodinamik Terapiler

YB'daki psikodinamik tedavi genelde vaka raporlarıyla desteklenmekte olup şunları içermektedir; ayrılık ve kayıpla çalışırken vakaya destek sağlanması, kendine zarar verici davranışlarla yüzleştirme, çatışmanın rolünü anlama, kendini cezalandırma ihtiyacını azaltma, negatif tranferansla çalışma ve vakayı empatik bir

şekilde dinleyerek kişisel gelişimini sağlama (Zerbe, 2007). YB ilişki bozukluklarının bir türevi olarak düşünülebilir, bu bağlamda psikanalitik psikoterapi terapist ve hasta arasındaki ilişki üzerinden hastanın aile ilişkilerindeki sorunlar gibi ilişki sorunlarını çalışma imkanı sunmaktadır (Lawrence, 2003). Psikodinamik terapilerin BN tedavisindeki etkinliğine dair ise literatürde yeterli destek yoktur (Wilson, 2003).

d. Bilişsel Davranışçı Terapiler

YB özellikle de BN tedavisinde bilişsel davranışçı müdahalelerin kullanımının etkinliği kanıta dayalı çalışmalarca desteklenmektedir. (Fairburn, Cooper ve Shafron, 2003; Vocks, Tuschen-Caffier, Pietrowsky, Rustenbach, Kersting ve Herpertz, 2010; Yager, 2007b). BDT'nin tedavi süreci YB ve fizyolojik durumla ilgili psikoeğitim, davranışçı teknikler (düzenli yeme örüntüsü kazanımı, uyaran kontrolü, alternatif davranış geliştirme, sorun çözümü eğitimi), bilişsel teknikler (bilişsel yeniden yapılandırma vb.) ve bunların bir arada kullanımının ardından tedavinin sonlandırılmasını (relapsı önleme teknikleri) içermektedir (Fairburn ve Cooper, 1989; Soygüt, 2003). Tedavinin amacı düzgün yeme davranışının kazandırılması, beden biçimi ve kiloyla ilgili atıfların çalışılması, telafi edici davranışların giderilmesiyle relapsı önleme çalışmalarıdır (Geller ve Dunn, 2011). Beden İmgesi Bozukluğunun şiddeti tedaviye dirençle ilişkili olduğu için beden imgesi, YB tedavisindeki en önemli yönlerden biridir ve Beden İmgesi bozukluğu iyileşirse bu ancak tedavinin son safhalarına doğru olabilmektedir (Allen ve Hollander, 2002; Garner, 2002). Bu sebeple YB'nun BDT tedavisinde de beden imgesiyle ilgili çalışmalar hastada belirgin gelişim olduktan sonra tedavinin sonlarına doğru yapılmaktadır (Fairburn ve Cooper, 1989). BDT bir ekip yaklaşımını gerektirmektedir, özellikle yatan hastalar göz önüne alındığında terapist, psikiyatrist, diyetisyen ve gerekli tıp uzmanları ile iletişim halinde çalışır. Bireysel uygulanabildiği gibi grup terapisi şeklindeki uygulamaların etkinliğini literatürde destekleyen çalışmalar vardır (Fairburn ve Cooper, 1989). BDT hastanın aktif katılımını gerektirdiği için eğer hastanın tedaviye yönelik tutumu ambivalent ve

motivasyonu düşükse BDT müdahalelerine geçmeden önce motivasyonel tekniklere başvurulmalıdır (Yager, 2007b).

BN tedavisindeki temel amaç yeme örüntüsünü normalleştirebilmektir (Davison ve Neale, 2004). Fairburn ve Cooper (1989) BN'nin BDT'si için üç aşamadan oluşan bir el kitabı tasarlamışlardır. Her aşamada uygulanacak teknikler değişmekte ve hastanın ihtiyacı doğrultusunda revize edilmektedir. Kendini izleme, yemeyi planlama, ipucu ve sonuçları değerlendirme, bilişsel yeniden yapılandırma ve nüksü engelleme tekniklerinin kullanımını içermektedir (Mitchell, 2005). Kendini kusturma isteğini kontrol etmede gevşeme teknikleri de yardımcı olmaktadır (Davison ve Neale, 2004). BN tedavisinde BDT hem bulimik semptomların hem de eşlik eden diğer psikopatolojik semptomların azalmasında etkilidir. Wilson'un yaptığı gözden geçirmeye göre (2003) literatürdeki çalışmalar BDT ile tedavi edilen vakaların TYB ve dengeleme davranışlarında %80 civarında bir azalma olduğunu göstermektedir.

AN ve BN beden imgesindeki bozulma, beden ve kiloyla ilgili zihni uğraş ve kaygılar gibi ortak özellikleri paylaştıkları için bazı BDT tekniklerinin AN tedavisinde kullanılması yetişkin AN hastalarında bir dereceye kadar etkili olmakla birlikte terapi daha uzun sürmektedir (Mitchell, 2005).

e. Motivasyonel Terapiler

Özellikle AN'lerde olmak üzere YB vakalarında hastalığı inkar, tedaviye uyumun düşük oluşu ve tedaviye yönelik direnç bu alandaki motivasyonel çalışmaların ortaya çıkmasını etkilemiştir. Vakanın tedavi motivasyonu düşükse veya tedaviyi kabul etmiyorsa bu durumda henüz tedaviye hazır olmadığı düşünülüp motivasyon arttırmaya yönelik müdahaleler yapılabilir.

Motivasyonel terapiler Miller ve Rollnick'in (2009) geliştirdiği motivasyonel görüşmenin geliştirilmiş hali olup temelini Prochaska ve Diclement'in (1982) geliştirdiği Transteorik Model ve Değişim evrelerinden almaktadır (Treasure ve Ward, 1997). TTM'ye göre bireyler sağlıklı davranışı değiştirmek için bir dizi

motivasyonel evreyi takip eder. Bunlar; tasarlama öncesi, değişimi tasarlama, değişime hazır olma, değişim için eyleme geçme ve son olarak da değişimin gereklerini ve kazanımlarını sürdürmedir. Motivasyonel terapinin amacı danışanın hangi evrede olduğunu belirleyip, değişimin ileri evrelerine ilerlemesini sağlamaktır. Feld, Woodside ve Kaplan'ın yaptığı bir araştırmaya göre (2001) motivasyonel terapi tedaviye geçişi kolaylaştırmanın yanı sıra vakaların depresif belirtilerini azaltmakta ve benlik saygısını arttırmaktadır.

Transteorik Model'in sigara, alkol ve madde bağımlıları için kullandığı tedavi sürecinin bir benzeri yeme bozukluğu vakalarında da uygulanmaktadır. Tedavi, vakanın içinde bulunduğu değişim evresine göre tasarlanmakta, motivasyon artırıcı teknikler sayesinde tedaviye başlama başkalarının değil vakanın kararıyla olmaktadır (Soygüt, 2003). Motivasyonel terapi programı genel olarak haftada bir saatlik oturumlarla dört haftalık bir süreci kaplamakta, mevcut durumun avantaj ve dezavantajları, gelecekle ilgili senaryolar oluşturma, YB ile ilgili düşüncelerin ele alınmasını kapsamaktadır (Feld, Woodside ve Kapla, 2001). Motivasyonel görüşmede tarz (sıcak ve empatik oluşu, yüzleştirici tarzdan uzak olma gibi) ve teknikler (anahtar sorular, yansıtılmalı dinleme gibi) bir araya getirilerek vakanın değişime hazır oluşunun artırılması hedeflenir (Geller ve Dunn, 2011). Terapist yargılayıcı değil, danışanın sorununu anlamak için meraklı bir tavır izlemektedir. Motivasyonel görüşme tekniklerinin BDT öncesinde uygulanması vakanın değişime hazır oluşunu arttırabilir, böylece terapinin uzun süreli sonuçlarının korunumuna katkı sağlayabilir (Geller ve Dunn, 2011).

f. Kişiler Arası Terapiler

Kişilerarası Terapiler (KT) depresyon tedavisinde oldukça etkili olan bir yaklaşım olup YB'da kişilerarası problemler yaygın görüldüğü ve hastalığı devam ettirici faktörler arasında yer aldığı, düşük öz etkinlik ve sosyal geri çekilme hastalığın yaygın görülen sonuçları arasında olduğu için bu alanda da KT uygulamaları öne çıkmıştır (Murphy, Straebler, Basden, Cooper ve Fairburn, 2012). Depresyonda olduğu gibi YB'da da KT bakış açısı etiyolojide pek çok faktörün yer

alabileceğini ancak kişilerarası faktörlerin hastalığın gelişimi ve devamında önemli bir role sahip olduğunu varsayar (Birchall, 1999). Kısa süreli, standart bir terapi şekli olup danışanın kişilerarası problemleri kişilerarası çekişme, rol geçiş/değişimleri, yaş, kişilerarası eksiklikler ve yaşam hedefleri alanlarında değerlendirilir. Tedavi üç aşamadan oluşur ve her aşamanın içeriği farklı olmakla birlikte hedef direk olarak yeme bozukluğu semptomları olmamaktadır.

Murphy, Straebler, Basden, Cooper ve Fairburn'un yaptığı gözden geçirmede (2012) BN'nin tedavisinde KT BDT'ye alternatif olarak kanıta dayalı bir tedavi türü olarak belirtilmekte, AN tedavisinde KT önerilmemekte, TYB tedavisinde ise BDT'nin alternatifi olarak düşünülebilmekle birlikte diğer BTA'lar için henüz kapsamlı araştırmalar olmadığı için herhangi bir öneri yapılmamaktadır. Agras, Walsh, Fairburn, Wilson ve Kraemer'in 220 BN vakasından oluşan geniş örneklemli çalışmasında (2000) vakalar BDT ve KT şeklinde iki gruba ayrılarak ortalama 20 seans terapi almışlar; tedavi öncesi, sonrası ve bir yıllık izlem sonrasında iki grup karşılaştırıldığında BDT'nin KT'den daha hızlı etki ettiği ancak izlem kısmında KT'nin de etkisinin devam ettiği bulgulanmıştır. Terapi odağı olarak diyet, beden imgesi ve kilo gibi semptomla spesifik konuları almamasına karşın KT, bu alanları hedef alan BDT kadar etkili bulunmuştur. KT'nin kişilerarası stresörleri azaltma, sosyal desteği artırma üzerinden semptomlara etki ediyor olabileceği düşünülmektedir (Birchall, 1999).

g. Aile Terapisi

1970'lerden itibaren yeme bozukluğu ve özellikle AN tedavisinde aile temelli yaklaşımlar ilgi çekmeye başlamıştır. Minuchin'in öncülük yaptığı Yapısal Yaklaşım ve Selvini-Palazzoli'nin öncülük yaptığı Sistemik Model aile yapısını inceleyerek semptomu sürdüren etkenleri terapi hedefine almaktadır (akt: Akdemir ve Türkçapar, 1995). AN tedavisinde herhangi bir terapi yönteminin etkinliği üzerine henüz yeterli miktarda tutarlı veri olmamakla birlikte özellikle ailesiyle yaşayan genç hastalar için aile odaklı müdahaleler etkili görünmektedir (Davison ve Neale, 2004; Mitchell, 2005; Wilson, 2003).

H. Ülkemizde Yeme Bozukluğu Alanında Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde YB alanında yapılan çalışmalar çoğunlukla normal popülasyonda ve ergenlerle yapılmaktadır. Araştırmalar çoğunlukla Yeme Tutumu Testi (Garner ve Garfinkel, 1979; Savaşır ve Erol, 1989) kullanılarak yürütülmüştür. Küçük örneklemlerle epidemiyolojik çalışmaların yanı sıra YB'nin yordayıcıları ve risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalar da vardır.

Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının araştırıldığı bir çalışmada (Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol, 2000) YTT, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Rotter İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKOÖ) kullanılmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre ise yeme tutumunu en iyi yordayan değişken olarak yeme tutumu ile ilgili toplam varyansın %5.5'ini açıklayan benlik saygısı bulunmuştur.

Aslan'ın 131 kız öğrenciyle yaptığı beden imgesi, yeme tutumu ve medya ilişkilerinin incelendiği çalışmada (2001) YTT, Beden İmgesi Doyumu Ölçeği ve medyayla ilgili tutumların ölçüldüğü bir soru formu kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda medya imgelerini gerçek ideal olarak gören katılımcıların yeme tutumları daha bozuk ve beden imgesi doyumları daha düşük çıkmıştır.

Kuğu, Akyüz, Doğan, Ersan ve İzgiç'in (2006) yeme bozukluklarının prevalansını ve ilişkili değişkenleri inceledikleri çalışmalarında YTT'den 30 üzerinde puan alan 71 vakaya SCID-I uygulanmış ve bunların 21 tanesi bir YB tanısı almıştır. Ayrıca bu çalışmada YB olan vakaların diğerlerine göre benlik saygılarının daha düşük olduğu ve çocukluklarında daha sık cinsel ve duygusal istismar öyküsü bildirdikleri bulunmuştur.

Çelikel, Cumurcu, Koç, Etikan ve Yücel'in (2008) yeme tutumunun psikolojik bileşenleri ile ilgili 267 kız öğrenci ve anneleriyle yaptıkları çalışmalarında YTT, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Toronto Aleksitimi Skalası, Belirti Tarama Listesi ve aile değerlendirme ölçeği kullanılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre bozuk yeme tutumları depresyon, Obsesif kompulsif semptomlar ve

fobik anksiyete ile ilişkili çıkarken, annelerin psikopatoloji düzeyi de çocuklarının bozuk yeme tutumuyla ilişkili bulunmuştur. Bu çalışma yeme bozukluklarında aile faktörünün önemini vurgulaması açısından önem taşımaktadır.

Kadıǧlu'nun (2009) 525 üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada yeme bozukluğu ve öz etkinlik ilişkisi incelenmiştir. Katılımcılar YTT ve Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği'ni (Gözüm ve Aksayan, 1999) doldurmuşlardır. Araştırmadaki kız öğrencilerin %12'si YTT'den kesme puanın üzerinde puan almış ve Yeme tutumu ile öz etkinlik arasında düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Burada yeme tutumuna özgün bir öz etkinlik ölçeğinin kullanmamış olması araştırmacı tarafından dikkat çekilen önemli bir kısıtlılık olarak belirtilmiştir.

Ülkemizde YB alanında klinik popülasyonda yapılan çalışmalar çok seyrek. Bunlardan biri Pirim-Düşgör'ün (2007) 15 AN vakasının babalık işlevini projektif testlerle değerlendirdiği çalışması olup bu çalışmanın sonucunda baba kız ilişkisinin AN'nin gelişim ve sürmesinde önemli bir etkisi olduğu bulgulanmıştır. Başka bir araştırma da Aslantaş-Ertekin'in (2010) 32 YB vakası (20 AN ve 12 BN) ve anneleriyle yürüttüğü YB'da aile ortamını ve aile işlevselliğinin değerlendirildiği çalışmasıdır. Bu araştırmanın sonucuna göre YB vakalarının ve annelerinin, kontrol grubuna kıyasla yeme tutumları ve beden imajları daha bozuk, aile işlevselliği daha olumsuz, benlik saygıları daha düşük ve aleksitimi düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu bulgular vakaların aile işlevselliği ve yetiştirilme tarzıyla da ilişki göstermiştir.

Görüldüğü gibi ülkemizde YB alanında yapılan çalışmalar sıklıkla normal popülasyonda yürütülmüştür ve kısıtlı sayıdadır. Bu çalışmalarda yeme bozukluğu ise semptom düzeyi üzerinden değil de genelde yeme tutumu bağlamında değerlendirilmiştir. Bundan sonraki bölümde yeme bozukluklarında en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan olan depresyon ele alınacaktır.

II. YEME BOZUKLUKLARI VE DEPRESYON

Depresyon toplumda en sık ve en yaygın görülen ruhsal bozukluktur (Davison ve Neale, 2004; Doğan, 2000). Herhangi bir zamanda toplumdaki yetişkinlerde depresif semptomların görülme olasılığı %15-20 civarındadır (Fennell, 1989). Depresif belirtiler sadece ruh sağlığı alanında değil genel tıpta da en yaygın görülen belirtiler arasında yer almaktadır (Göğüş, 2000). Çocukluktan yaşlılık dönemine kadar hemen her yaşta başlayabilmekle birlikte, 15-19 ve 25-29 yaş aralığı depresyon açısından en riskli dönem olarak kabul edilmektedir (Ateşçi, 2000).

A. Depresyon

Depresyonda en belirgin görülen semptomlar; ilgi kaybı, depresif duygu durum (çökkünlük), hayattan zevk alamama, genel bir enerjisizlik ve isteksizlik halidir. Depresyonda klinik görünüm şikayetlerin şiddetine, yaşa, eşlik eden diğer psikopatolojik veya medikal duruma göre değişebilmektedir. Depresyonun belirtilerini ve klinik görünümünü davranışsal, duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel belirtiler olarak gruplamak mümkündür (Savaşır ve Batur, 2003). Depresyondaki bireyde öz bakım azalabilmekte, benlik saygısında azalma, geçmiş şimdi ve geleceğe yönelik karamsarlık ve umutsuzluk dikkat çekmektedir. Enerji azlığı, ilgi ve istek kaybı sonucunda kişinin günlük rutini ve işlevselliğinde bozulma olabilmektedir. Sosyal geri çekilme ve aktivite düzeyinde azalma görülmektedir. Psikomotor yavaşlamaya bağlı olarak hareketler, konuşma ve düşünce akışı yavaşlayabilmektedir. Bilişsel belirtiler içerisinde bellek sorunları, karar vermede zorluk, konsantrasyon ve dikkatle ilgili problemler yaşanabilmektedir. Fiziksel belirtiler olarak da ağrı ve halsizlik olabilmektedir. Biyolojik kökenli belirtilerden uyku ve iştahta değişim, kilo ve libido kaybı özellikle orta ve ağır depresyonda belirgindir (Göğüş, 2000). Düşünce içeriğinde ve duygusal olarak suçluluk, değersizlik, kaygı hissinin yanı sıra kendine yönelik eleştiriler öne çıkmaktadır.

Depresif hastaların yarısından çoğunda intihar düşüncesi vardır ve intihar sonucu ölüm oranı ise %15 civarındadır (Göğüş, 2000). Ülkemizde yapılan

depresyona eşlik eden ve depresyonun eşlik ettiği psikiyatrik bozuklukların incelendiği araştırmaların gözden geçirildiği bir çalışmada; depresyonda %70'e varan oranlarda ek hastalık görüldüğü, bunların içinde en sık anksiyete bozuklukları (Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Panik Bozukluk), sonrasında somatoform bozukluklar, alkol madde kullanım bozuklukları ve nadiren de yeme bozuklukları olduğu belirtilmiştir (Annagür ve Savaş, 2011; Annagür ve Tamam, 2010).

1. Depresyonda Epidemiyoloji ve Etiyoloji

Ortalama başlangıç yaşı 20 olup yaşam boyu görülme sıklığı: kadınlarda %10-%25, erkeklerde ise %5-%12 arasındadır (Köroğlu, 2007a).

Türkiye'de 2004 yılında yapılan hastalık yükü çalışmasına göre işlevsellik kaybına yol açan hastalıklar arasında depresyon tüm popülasyonda 4. sırada, kadınlarda ise ilk sırada yer almaktadır (Ünüvar, Mollahaliloğlu ve Yardım, 2004). Ülkemizdeki çocuk ve ergen kliniklerinde yapılan çalışmalarda kızlarda en yaygın görülen tanı %7,5, %11, %19,9 oranlarıyla duygudurum bozukluklarıdır (Akdemir ve Çuhadaroğlu-Çetin, 2008; Aras, Ünlü ve Varol-Taş, 2007; Görker, Korkmazlar, Durukan, ve Aydoğdu, 2007).

Depresyonun etiyojisinde biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere pek çok faktör rol oynamaktadır. Nöroanatomik çalışmalar duygudurum bozukluğu olan kişilerde beyinde bölgesel glukoz kullanımı, serebral kan akımı, kan-beyin bariyerinde değişiklikler, frontal lob, basal ganglionlar, hipotalamus, temporal lob ve serabellumda değişimler göstermektedir (Öztürk ve Aydın, 2001). Genetik çalışmaları ise karışık sonuçlar ortaya koymaktadır. Ailesel geçiş, ikiz ve evlat edinme çalışmaları depresyonun genetik kökenini desteklemekle birlikte etiyojik açıdan depresyonu tek bir nedene indirgemenin zorluğu biyopsikososyal yaklaşıma kanıt sunmaktadırlar. Majör depresif bozukluğu olan bireylerin ailelerinde değişik duygudurum bozuklukları görülme riski normal popülasyona göre yüksektir, benzer şekilde intihar davranışında da ailesel kümelenmeyi destekleyen çalışmalar vardır (Ersan ve Abay, 2001). Depresyonda HPA aksı başta olmak üzere birçok nöroendokrin sistemde değişim olduğu bulgulanmıştır (Eşel ve Sofuoğlu, 2001).

Nörokimyasal çalışmalar özellikle nörendokrin sistem, seratonin ve nörepinefrin düzeylerindeki değişimler üzerinde durmakta ve tedavide seçilecek ilaçlar açısından yönlendirici olmaktadır (Davidson ve Neale, 2004).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda dünyadakiyle benzer olarak risk faktörleri arasında kadın olmak, 25-44 yaş aralığında olmak, ailede ve kişinin kendisinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması, kronik hastalık, ilaç ve madde kullanımı, depresif dönem öncesinde stresli yaşam olaylarının olması (kadınlarda evlilik ve karşı cinsle ilgili sorunlar, erkeklerde daha çok iş ve diğer kişilerarası sorunlar) bulgulanmıştır (Ünal, Küey, Güleç, Bekaroğlu, Evlice ve Kırılı, 2002). Stresli yaşam olayları/kayıp depresyon için risk faktörü olarak ele alınmakla birlikte bu tür olayları yaşayan herkeste depresyon görülmez. Ancak bu etkenlerden depresyonla en çok ilişkili olanı eş kaybı ve 11 yaştan önce anne kaybıdır (Doğan, 2000).

Psikanalitik kurama göre depresyon; oral döneme gerileme, sevilen kişinin kaybına yönelik yas ve kaybedilen kişinin içe alınması, kendine döndürülmüş kızgınlık ve kurbanla özdeşim öğelerine dikkat çekmektedir (Davison ve Neale, 2004).

Depresyonun bilişsel modeline göre ise bireyin erken yaşantıları bir takım fonksiyonel olmayan sayılıtların oluşmasında rol oynar, kişinin yaşadığı kritik olaylar sonucu bu sayılıtlar ve olumsuz otomatik düşünceler aktive olur; bunlarla depresif belirtilerin arasında döngüsel bir ilişki vardır (Savaşır ve Batur, 2003). Depresyonun Bilişsel Kuramı'nda 4 temel öge vardır (Beck, 1991); Olumsuz üçlü kişinin kendisini, dünyayı ve deneyimlerini, geleceği olumsuz olarak algılaması, olumsuz otomatik düşüncelerin olması, bilgi işleme ve algılamada sistematik hataların olması (seçici algılama, abartma, ya hep ya hiç tarzı düşünme vb.) ve işlevsel olmayan sayılıtların olması (başarı, kişiler arası ilişkiler ve kontrolle ilgili).

Klerman ve Waismann tarafından 1980'lerde özellikle depresyonun tedavisinde öne sürülen Kişilerarası Terapi, terapinin merkezine kişilerarası problemleri alarak diğer klinik semptomları bu çerçevede inceler (Robertson, 1999). Kişilerarası kurama göre depresyondaki kişilerin sosyal ağı işlevsiz ve azalmıştır,

ayrıca yapılan çalışmalar bu kişilerin itici kişilerarası tarzları olması sebebiyle başkalarının reddini kolaylaştırdığını göstermektedir (Davidson ve Neale, 2004).

2. Depresyonda Prognoz ve Tedavi

Depresyonun en önemli komplikasyonu intihardır. Akut dönemde etkili tedavi uygulandığında, ek tanı ve psikotik özellik olmadığında, hasta geçen yaştaysa prognoz daha iyi seyretmektedir. Majör depresif durum genel tıbbi durumlara eşlik ettiği gibi, majör depresif duruma genel tıbbi durumlar da eşlik edebilir; her iki durumda da prognoz olumsuz etkilenmektedir. Depresif bozukluklar mevsimsel özellikli olduğu için yineleme riski artmakta, majör depresif atak geçiren kişilerin %50'ye yakını ikinci bir depresif atak geçirirken, %10'luk bir kısmında ise manik atak ortaya çıkmaktadır, bazen de depresyon kronikleşerek distimik bir tabloya dönüşebilmektedir (Ateşçi, 2000). Majör depresif bozukluk sıklıkla yinelemenin yanı sıra bazen de kronikleşme eğiliminde olduğu için tedavinin amacı akut epizodun tedavisinin yanı sıra yinelemeyi de önlemek olmalıdır (Fennell, 1989). Hastaların %50'ye yakını tam, % 30'unda ise kısmi remisyon olmakta, kalan %20'lik kısmında ise kronikleşme görülebilmektedir (Ateşçi, 2000).

Depresyonun biyolojik tedavileri elektrokonvulsif tedavi (EKT) ve farmakoterapiyi içermektedir. EKT özellikle diğer tedaviler başarılı olmadığında tercih edilmektedir. Farmakoterapide ise trisiklik antidepressanlar, Monoamin Oksibitaz Engelleyiciler (MAO inhibitörleri) ve SSRI'lar kullanılmakta ve kısa sürede etkin yanıt alınmaktadır. Farmakoterapi özellikle depresyonun endojen yani vejetatif semptomları (somatik şikayetler) zerinde etki sağlamaktadır (Hollon ve Jacobson, 1983).

Psikodinamik tedaviler danışana içgörü kazandırma, ie dönük kızgınlığı dışa vurmaya teşvik etme ve dolayısıyla depresyondaki örtük motivasyonu ortaya çıkarmayı hedeflemektedirler (Davidson ve Neale, 2004). Ancak bu alandaki tedavilerin etkinliğine yönelik çalışmalar sınırlıdır.

Depresyonun BDT ile tedavisi yapılandırılmış, kısa süreli, direktif, hastanın ve terapistin aktif katılımını gerektirmekte, amaç depresyondaki kısır döngüyü kırmak için depresyonla ilgili olumsuz inanç, fonksiyonel olmayan düşünce ve davranışsal inhibisyonu değiştirecek tekniklerin uygulanmasıdır (Beck, 1991). Danışan kendi inanç ve düşüncelerini sınanması gereken hipotezler olarak görmeye teşvik edilir (Hollon ve Jacobson, 1983). Bu doğrultuda ev ödevleri, bilişsel (otomatik düşünce kaydı, dikkat dağıtma, kanıt sorgulama gibi), davranışçı (aktivite kaydı, aktivite planlaması gibi) ve son olarak da önleyici teknikler kullanılır. Depresyon tekrarlama olasılığı yüksek bir hastalıktır. BDT’de danışana yeni beceriler kazandırmak hedeflendiği için uzun vadede nüksü önleme açısından BDT’nin etkinliğini kanıtlayan pek çok araştırma vardır (Hollon ve Jacobson, 1983). Araştırmalar BDT’nin farmakoterapi ile birlikte kullanımının da etkin olduğu yönünde kanıtlar sunmaktadır (Savaşır ve Batur, 2003).

Depresyonun gelişiminde pek çok etiyolojik faktörün olabileceğini ancak kişilerarası süreçlerdeki bozulmanın semptomların gelişim ve sürmesi açısından önemli olduğunu öne süren Kişilerarası Terapi, depresyon tedavisinde kanıta dayalı araştırmalarla desteklenen bir diğer terapi türüdür. Danışanın kişilerarası problemleri belirlendikten sonra destekleyici dinleme, rol oynama, duyguları açığa vurmanın desteklenmesi gibi bilişsel ve davranışçı tekniklerin kullanımını içerir (Robertson, 1999).

B. Yeme Bozuklukları ve Depresyon İlişkisi

Depresyon ve duygu durum bozuklukları YB’na en çok eşlik eden psikiyatrik durumlar olup depresif şikayetler yeme bozukluklarında yaygın görülmektedir (Levy ve Dixon, 1985). Godart, Perdereau, Rein, Berthoz, Wallier, Jeammet ve Flament’in (2007) yeme bozukluğuna eşlik eden duygudurum bozukluklarıyla ilgili 1985’ten 2006’ya kadar olan çalışmaları inceledikleri gözden geçirmeye göre YB’na majör depresyonun eşlik etme oranı %9 ile %96 arasında değişmektedir. Bu farklılık yazarlarca çalışmaların metodolojik açıdan kısıtlılıklarıyla açıklanmıştır. Bunlar vaka sayılarının küçük (20-30 vaka), tanı kriterlerinin birbirinden farklı oluşuna ek olarak

çalışmaların çoğunda kontrol grubu bulunmamasıdır. Casper'ın (1998) yaptığı gözden geçirmeye göre ise BN vakalarında ve AN'nin TY/çıkartma tipinde, AN kısıtlama tipiyle kıyaslandığında depresyon oranları daha yüksek görülmektedir. Özellikle depresyon olmak üzere yeme bozukluklarında komorbid duygu durum bozukluklarının sık görülüyor olması, YB'de birincil duygudurum bozukluklarına, YB'na ikincil gelişen duygudurum bozukluklarına veya her ikisine birden neden olan genetik ya da ailesel geçiş gibi üçüncü bir değişkene işaret ediyor olabilir (Polivy ve Herman, 2002). Anoreksiya ve depresyon arasındaki güçlü bağ etyolojide ortak özelliklerin paylaşıldığını düşündürmektedir; zira her iki grupta da kilo kaybı ve serotonin düzeyinin düşük oluşu gibi biyolojik benzerlikler vardır (Davison ve Neale, 2004). Yapılan epidemiyolojik, fenomenolojik ve biyolojik çalışmalar duygudurum bozuklukları ve YB'nın birbirinden farklı ancak patofizyolojik, genetik ve çevresel risk faktörleri açısından ilişkili bozukluklar olduğunu desteklemektedir (Erol, 2011). Levy ve Dixon'un (1985) yaptığı gözden geçirmeye göre sistematik aile çalışmalarının sonuçları AN vakalarının yakınlarında yüksek oranda duygudurum bozukluğu olduğunu göstermektedir.

Olumsuz duygulanım, beden imgesindeki bozulma ve bulimik patolojiye aracı olabilecek bir değişken olarak dikkat çekmektedir (Garner, 2002). Depresyonda ve YB'da benlik saygısının azalmasının ortak olduğunu düşündüğümüzde; benlik saygısı beden imgesindeki bozulma ve yeme bozukluğunun şiddeti arasındaki ilişkiyi biçimlendirecek bir değişken olarak da düşünülebilir (Casper, 1998).

DSM tanı sistemine göre primer depresyon varlığında AN tanısı konmamakla birlikte Yeme Bozuklukları özellikle de AN ve depresyon, depresif duygudurum, cinsel istekte azalma, kilo kaybı, dikkat ve konsantrasyon problemleri gibi semptomlar açısından benzerlik göstermektedir (Levy ve Dixon, 1985).

Yeme Bozukluğu ve depresyonun araştırıldığı çalışmalarda öne çıkan bir problem de bu vakalarda depresif semptomların nasıl ölçüleceğidir. Literatürdeki çalışmalar çoğunlukla Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve SCID-I'i kullanmakla birlikte, depresyonun fiziksel semptomlarının YB vakalarında depresyon ölçümünde

kriter olarak alınması konusu tartışmalıdır (Casper, 1998). Örneğin, YB hastalarında kilo değişimi istekli olarak meydana geldiği için, bu depresyonun bir semptomu olarak sayılmamalıdır, çünkü bu vakalar depresyon vakalarından farklı olarak açlığı hissetmektedirler, yani iştahta bir değişim olmamaktadır (Peterson, 2005).

Willcox ve Sattler'in (1996) 107 üniversite öğrencisiyle yaptığı bir çalışmada depresif semptomları çok faktörlü bir yapıda ölçen Çok Skorlu Depresyon Envanteri (Multiscore Depression Inventory) ve EDI kullanılmış olup bulimiya ve zayıflık arzusu depresyonla ilişkili bulunmuştur. YB vakalarında depresif semptomların yaygın görülmesinin yanı sıra intihar oranları da yüksektir. Fennig ve Hadas'in (2010) 46 YB vakasıyla yaptıkları çalışmada vakaların % 58'i şiddetli depresyonda olarak bulgulanmış, %24'ü daha önce intihar girişiminde bulunmuş, %65'i intiharı düşünmüştür. İntihar girişimlerinin depresyon ve hastalığın kronikliğiyle ilişkili olduğu bulunan bu çalışmada yeme bozukluğu vakalarında depresyon varlığı intihar girişimi için artan bir risk faktörü olarak belirtilmektedir.

Meehan, Loeb, Roberto ve Attia'nin (2006) 31 AN vakasıyla yatış ve kilo normalizasyonu sürecinde BDE kullanarak depresyon düzeyindeki değişimi ölçtükleri çalışmalarında vakaların kilo alımıyla birlikte antidepresan kullanımı olmaksızın depresif semptomlarında da düzelme olduğu, ancak vakaların ideal kilolarına ulaştıklarında dahi depresif semptomların tamamen düzelmediği bulgulanmıştır. AN vakalarının kilo alımı sürecinde depresif semptomlarında da düzelme gözleniyor oluşu yalnızca kilonun etkisi olarak değil aynı zamanda vakanın kilo alım sürecinde tedavinin de ilerliyor oluşunun de bir sonucu olarak değerlendirilebilir (Levy ve Dixon, 1985). Ancak bazı vakalarda kilo alımı ve yeme semptomlarında gelişim olmasına karşın depresif semptomlar kalıcı olabilmektedir. AN vakalarında malnutrisyon depresyon, anksiyete ve obsesifliği arttırmaktadır ancak bu özelliklerin kilo alımından çok sonra da gözleniyor oluşu, bunların aynı zamanda hastalığın patagoneziyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (Pollice, Kaye, Greeno ve Weltzin, 1997).

III. YEME BOZUKLUKLARI VE BEDEN İMGESİ

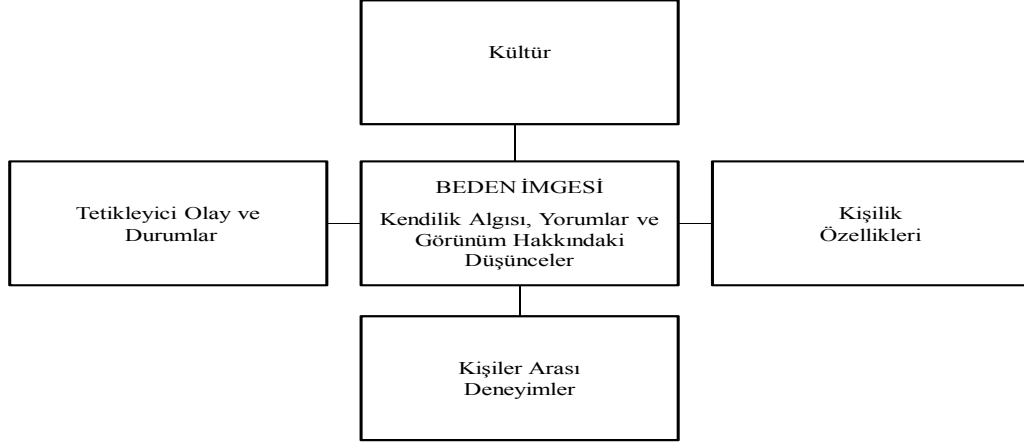
Yeme bozukluğunun prognozunda depresyonun dışında önemli rol oynayan bir diğer etken de beden imgesidir. İlk kez Hilde Bruch (1962)⁹ tarafından '*bireyin aşırı zayıf olmasına karşın bu durumdan endişe duymaması ve görünümünün normal olduğunda ısrar etmesi*' şeklinde tanımlanan beden imgesi bozukluğu, AN vakalarında hem tanısal hem de tedavinin hedefi olan bir özellik olarak belirtilmiştir.

A. Beden İmgesi ve Beden İmgesi Bozukluğu

Araştırmacılar genelde Beden İmgesi'ni (Bİ) bireyin kilo, şekil ve görünümünün içsel temsili olarak tariflemektedirler (Thompsen, Roehrig, Cafri ve Heinberg, 2005). Beden İmgesinin farklı bileşenlerini tanımlayan pek çok terim vardır. Bİ; sübjektif memnuniyetsizlik, bilişsel özellikler, davranışsal, duygusal ve algısal bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir yapıdadır (Gardner, 2002; Striegel-Moore ve Franko, 2002; Thompsen ve Heinberg, 1999). Dolayısıyla Beden İmgesi Bozukluğu (BİB) terimi aslında yapının farklı alt boyutlarını kapsayan bir şemsiye gibidir (Thompsen, Roehrig, Cafri ve Heinberg, 2005). Şekil 1.'de Bİ'nin teorik açıklaması aktırılmıştır. Olumsuz Beden İmgesi; bireyin fiziksel görünümün bazı yönlerinden duyduğu memnuniyetsizliğe işaret etmekte olup geçtiğimiz 25 yılda her iki cinsiyette de gittikçe sık görülmeye başlanmıştır (Cash, 2002). Olumsuz beden imgesi çoğunlukla kilo ve kiloya duyarlı beden bölgeleriyle (karın ve bel) ilişkili olup şişmanlarda zayıflara göre daha yüksektir (Foster ve Matz, 2002).

⁹ Bruch, H. (1962). Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. Psychosomatic Medicine. 24 (2), s. 188.

Şekil 1. Beden İmgesi'nin teorik açıklaması (Thompssen, Roehrig, Cafri ve Heinberg, 2005)¹⁰



Beden imgesi erken çocukluktan itibaren, duygu, düşünce, davranış ve ilişkilerimiz aracılığıyla yaşam kalitemizi etkilemektedir (Cash ve Prozinsky, 2002). Bebeklikten itibaren yaşam boyunca fiziksel cazibeye sahip olmak hep avantajlı bir durum olmuştur (Oğuz, 2005). Çocukluk çağından itibaren beden imgesinin bireyde nasıl geliştiği önemlidir çünkü kişinin genel olarak kendine duyduğu saygı ile olumlu bir beden imgesine sahip oluşu arasında ilişki bulunmakta, öte yandan olumsuz beden imgesine sahip olmanın erken ergenlikte depresyon ve yeme bozukluklarını yordadığı bilinmektedir (Smolak, 2002). Beden imgesi kilo ve biçimden duyulan memnuniyetsizlik temel alınarak ölçüldüğünde ilkökul çağındaki çocuklarda kızların %40'ı, erkeklerin ise %25'i bedenlerinden memnun olmadıklarını ve daha zayıf olmak istediklerini belirtmektedirler, üstelik bu kızların pek çoğu istatistiksel olarak düşük kilodadır (Smolak, 2002). Kızlar erkek çocuklarına kıyasla 'doğru bir bedene' sahip olmanın önemi konusunda daha güçlü ve tutarlı mesajlar almakta, bu sebeple

¹⁰ Thompson, J. K., Roehrig, M., Cafri, G. ve Heinberg, L. J.: 2005 "Assesment of Body Image Disturbance", **Assesment of Eating Disorders**, Ed. James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, Guilford Press, New York, s. 175-202.

de şişmanlamakla ilgili daha çok kaygılanmaktadırlar. Aşırı kilolu çocukların stigmatizasyonu üç yaştan itibaren ortaya çıkmaktadır (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Çocuklar 6 yaşından itibaren şişman kişilere yönelik sosyal yanlılığın farkına varabilmekte ve bu yaşlardan itibaren kendileriyle ilgili beden memnuniyetsizliğini göstermeye başlayabilmektedir (Smolak, 2002; Striegel-Moore ve Franko, 2002). Beden ölçüsü ve biçimiyle ilgili bilişsel yanlılık ve beden takıntısının çocuklarda 8 yaşından itibaren geliştiği bulgulanmıştır (Williamson, Stewart, White ve York-Crowe, 2002). Gelişimsel açıdan beden imgesindeki problemlerde belirleyici olan faktörler; BKİ, kişisel yatkinlık, aile, akran, medya ve oyuncakların sosyal etkisi olarak sıralanabilir (Cash ve Pruzinsky, 2002).

Ergenlik dönemi bedeninin aşırı önem kazanmasıyla karakterize bir gelişim evresi olması sebebiyle beden imgesi bozukluğu ve bunun klinik görünümü bu dönemde özellikle dikkat çekmektedir. Levine ve Smolak'ın (2002) yaptığı gözden geçirmeye göre ergen kızlarda kilo, biçim ve beden bölgelerinden duyulan memnuniyetsizlik, zayıf olmaya yönelik algılanan ihtiyaç ve diyet/dengeleme davranışlarıyla güçlü bir korelasyon göstermektedir. Çeşitli etnik gruplarda da tutarlılık gösteren bu bulgular kızlardaki olumsuz beden imgesinin ergenlik ve genç yetişkinlikte eşik altı ancak kronik yeme problemlerinin ileriye dönük yordayıcısı olarak bulgulanmıştır. Ayrıca aile ve akranlardan gelen çocuk ve ergenin kilo ve beden biçimiyle ilgili olumsuz yorum ve alayların da olumsuz bir beden imgesinin gelişmesine katkı sağladığı görülmektedir (Levine ve Smolak, 2002). Araştırmalar kadınlarda beden memnuniyetsizliğinin yaşam döngüsü süresince hemen hemen stabil kaldığını ancak bu memnuniyetsizliğin psikolojik etkisinin yaşla birlikte azaldığını göstermektedir (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Beden imgesinin oluşumunda veya değişiminde rol oynayan akut tetikleyiciler arasında cinsel istismar öyküsü, kaza veya yaralanma, hastalık (örn; meme kanseri), hamilelik ve doğum sonrası dönem, yaşlanma ve menapoz sayılabilir (Cash ve Pruzinsky, 2002).

Sonuç olarak Beden İmgesi, Beden Memnuniyetsizliği (BM) ve Beden İmgesi Bozukluğu (BİB) şeklinde iki kavramı içermektedir. Beden imgesiyle ilgili araştırmalara geçmeden önce beden imgesinin ölçüm şekilleri değerlendirilecektir.

B. Beden İmgesinin Ölçüm ve Değerlendirilmesi

DSM-IV'e (Koroğlu, 2007b) göre YB tanısı koyabilmek için gerekli tanırtiterlerinden biri de beden imgesi bozukluğudur. Görüldüğü gibi beden imgesi yeme bozukluğu literatüründe 'bozukluk' olarak ele alınmaktadır. Fakat öncelikle belirtmek gerekir ki; Beden İmgesi'nin (Bİ) algısal ve tutumsal bileşenleri arasında önemli bir farklılık vardır (Gardner, 2002). Algısal bozulma; bireyin beden ölçüsünü hatalı yargılaması yani beden imgesi bozukluğu (örneğin YB hastalarının genelde beden ölçülerini abartmaları gibi), tutumsal bileşen yani beden memnuniyetsizliği de sıklıkla YB hastalarında bedenlerinin ölçü ve biçimiyle ilgili memnuniyetsizlik şeklinde görülmektedir (Gardner, 2002). Bu noktada Bİ çok boyutlu bir yapı olduğu için, ölçümünde hem algısal hem de tutumsal bileşenler dikkate alınmalıdır.

Bu alandaki ilk ölçümler YB hastalarıyla başlamıştır çünkü bu hastalar aşırı derecede zayıf olmalarına karşın kendilerini kilolu bulmakta, şişmanlamaktan korkmakta ve daha da zayıflamayı arzulamaktadır. Bu da akla YB hastalarında Bİ'ni algılamada bir sorun olup olmadığını getirmiştir. Ancak yapılan araştırmalar herhangi bir algısal eksikliğin değil kişinin inanç, tutum ve düşüncelerinin Bİ'ni normal veya bozulmuş algılama eğilimini etkilediğini göstermiştir (Thompsen ve Gardner, 2002). Yani bu hastalarda algısal bir bozulma olmamasına karşın beden imgesi kişiye bozulmuş olarak görünmektedir.

Bu bağlamda Yeme bozukluğu alanında yaygın kullanılan ölçüm araçlarından biri olan EDE'nin 4 alt ölçeğinden ikisi, BİB ile ilgilidir (Biçimle ilgili kaygılar ve kiloyla ilgili kaygılar). BİB genelde likert tipi ölçeklerle değerlendirilmektedir ancak son yıllarda farklı beden ölçütlerindeki kişileri içeren şematik, fotoğraflı figür ölçekleri de kullanılmaktadır. BİB'in ölçümünde algısal ölçümlerin özellikle klinik bağlamda kullanımına da dikkat edilmesi gerekmektedir (Thompsen, Roehrig, Cafri ve Heinberg, 2005).

Beden imgesinin değerlendirilmesinde tutumların algısal metotların adaptasyonu ile değerlendirilmesi yani kişilerin kendi bedenlerini ve ideallerindeki bedenleri gösteren uyarınları seçmesi araştırmalarla desteklenmektedir (Cash ve

Deagle, 1997). Ancak genelde bu görsel uyarılar çizim şeklinde oldukları için gerçekliği pek yansıtmamaktadır. Buna karşın son zamanlarda fotoğraflı ölçeklerin kullanımı da (bkz. Fotoğraflı Figür Derecelendirme Ölçeği-Swami, Salem, Furnham ve Tove'e, 2008) yaygınlaşmıştır.

Ülkemizde Beden İmgesi ile ilgili araştırmalarda Berscheid, Walster ve Bohrnstedt'in geliştirdiği Body Image Satisfaction Questionnaire'i temel alınarak Gökdoğan tarafından uyarlanan Beden Bölgesi ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği diğer adıyla Beden İmajı Doyumu Ölçeği yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçekte her bir madde de beden farklı bölgeleriyle ilgili duyulan memnuniyet düzeyi 1-hiç hoşnut değilimden, 5- çok hoşnutum arasında dercelendirilmektedir. Ölçeğin kadınlar için olan formunda 25, erkekler için olan formunda 26 soru bulunmakta olup, Türkçe uyarlaması Çok ve Gökdoğan tarafından yapılmıştır (akt: Çok, 1990). Bu ölçek ile beden imgesinin tutumsal boyutu olan beden memnuniyetsizliği ölçülmektedir.

Daha güncel bir ölçüm aracı da; Sertel-Berk ve Yücel (2011) tarafından uyarlaması yapılan ve Beden İmgesinin hem algısal hem de tutumsal yönünün ölçümüne imkan sağlayan Kadınlar için Fotoğraflı Figür Sıralama Ölçeği'dir. Çok zayıftan obeze kadar farklı BKİ'daki 10 kadın resminin yer aldığı ölçekte 5 soru vardır. Katılımcıdan fiziksel açıdan en çok çekici bulunduğu resmi, fiziksel açıdan çekici olarak değerlendirebileceği en zayıf ve en iri resmi, şuan ki beden görünümüne en çok benzeyen resmi ve sahip olmayı istediği beden görünümüne en çok benzeyen resmi seçmesi istenmektedir. Bu ölçekle kişinin beden memnuniyetsizliği düzeyini ve beden imgesindeki bozulmayı ölçmek mümkün olmaktadır.

Bİ alanındaki çalışmalarda kültür, önemli bir araştırma değişkeni olarak öne çıkmaktadır. Özellikle bu alanda batı kültürünün etkisi tartışılmıştır, dolayısıyla kültürel açıdan Bİ'ne getirilen açıklamalar ve araştırmalar bu çalışmada da ayrı bir başlık altında ele alınacaktır.

C. Sosyokültürel Açıdan Beden İmgesi ve Medya

Beden idealleri kültürden kültüre ve kültür içinde değişebilmektedir. Beden İmgesi Bozuklukları özellikle sanayileşmiş toplumlarda daha sık görüldüğü için sosyokültürel açıklamalar dikkat çekmektedir (Tsai, Curbow ve Heinberg, 2003). Sosyokültürel bakış; insan davranışlarını anlamada kültürel değerlerin nasıl bireysel değer ve davranışları etkilediğine odaklanmaktadır (Jackson, 2002). Bu doğrultudaki araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre; çekici insanların arzulan özelliklere daha çok sahip olduğu, insanların çekici bireylere daha iyi şekilde davrandığı, çekici çocukların daha az olumsuz, daha çok olumlu etkileşim deneyimlediği, daha çok ilgi ve bakım aldığı görülmektedir (Jackson, 2002).

Kültürel bir mesaj olarak fiziksel çekicilik kişisel idealler olarak içselleştirilir ki bu da kişinin kendi fiziksel görünüşünü değerlendirmesini etkiler; kişi kültürel idealden ne kadar uzaksa görünümünden duyduğu memnuniyetsizlik de o kadar fazlaşır (Jackson, 2002). Globalleşen dünyada batının güzellik idealleri o kadar dominant olmaktadır ki, pek çok kültürde güzellik ideali farklı olsa dahi batının idealleri benimsenmektedir (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Body Project I (2010) araştırması 26 ülkede toplam 7,434 kişi üzerinde yürütülmüş bir çalışma olup bundan çıkan sonuçlara göre; beden memnuniyetsizliği ve zayıf olma arzusu özellikle üst sosyoekonomik seviyede neredeyse kültürden bağımsız olarak yaygın görülmekte, yüksek BKİ ve batılı medyaya maruziyet beden memnuniyetsizliğini arttırmaktadır. Yine bu çalışmada erkeklerin kadınlara kıyasla daha kilolu kadın resimlerini çekici buldukları, kadınların ise erkeklerin daha zayıf kadınları çekici bulduklarını düşündükleri bulgulanmıştır.

Güzellik, kadınlığın en çok öne çıkan özelliğidir (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Güzelliğin temsili olarak kadın figürü çağlar boyunca özellikle resim ve heykel olmak üzere sanatın içinde önemli bir yere sahip olmuştur. Ancak günümüzde sürekli maruz kalınan görsel medya aracılığıyla güzel ve çekici bulunan ideal kadın figürünün ulaşılmaz standartları fotoğraf düzenleme teknikleriyle sanki gerçekmiş gibi tüketiciye sunulmaktadır. Üstelik medya araştırmaları, moda ve magazin

dergilerinin kadınların büyük çoğunluğu tarafından okunduğunu, hemen her evde günde ortalama 7 saat televizyon seyredildiğini, çocuk ve ergenlerin diğer tüm aktivitelerden daha çok televizyon izlediğini göstermektedir (Tiggemann, 2002). Zayıf kadınlar tüm görsel medya araçlarında (özellikle de gençler tarafından takip edilen video ve bilgisayar oyunlarında) aşırı bir şekilde temsil edilmektedir (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Bunlar göz önüne alındığında sosyal medyanın bireyler üzerindeki etkisinin düşündüğümüzden de fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Tüm bu görsel medya araçlarında genç, uzun boylu, uzun bacaklı, güzel ve aşırı derecede zayıf kadın figürleri yer almakta, aynı zamanda bu ince kadın figürü incelik ve güzelliği, mutluluk, başarı ve çekicilikle ilişkilendirmektedir dolayısıyla aşırı kilolu ve obez olan kişiler yalnızca kozmetik açıdan değil aynı zamanda karakter açısından da kusurlu olarak kabul edilmektedirler (Striegel-Moore ve Franko, 2002; Tiggemann, 2002).

Kadınların incelik idealini içselleştirmesine yol açan önemli bir faktör bu ideale sahip olmanın sosyal, psikolojik ve pratik ödülleri birlikte geleceğine inanmalarıdır. Engeln-Maddox'un (2006) 109 üniversite öğrencisiyle EDI-2'nin Beden memnuniyetsizliği alt ölçeğini de kullanarak yaptığı çalışmada katılımcıların medyada sunulan zayıf idealleri içselleştirmesiyle beden memnuniyetsizliklerindeki artış arasında olumlu bir korelasyon bulunmuştur. Ayrıca katılımcılar medyada sunulan zayıf ideallere benzemeyi beraberinde pek çok pozitif ödüle sahip olmakla ilişkilendirmişlerdir. Dolayısıyla kadınlar ince ideallerle kendilerini sosyal kıyaslamaya tabi tutmakta, inceliği içselleştirmekte ve kendilerini değerlendirirken dış görünüme yatırım yapmaktadırlar. Çünkü medya inceliği öne sürmekle kalmamakta aynı zamanda buna ulaşmanın yollarını da göstermeye oldukça yer ayırmaktadır. Kilo vermek kişinin beden ölçümünün değişimine ek olarak ekonomik ve sosyal statüsünün de değişimini sağlayacakmış gibi gösterilmektedir (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Bu bağlamda medya, bireylerin kilo ve beden şekillerini kontrol edebileceği ve hatta kontrol etmesi gerektiği inancını yaymaktadır (Tiggemann, 2002). Buna karşın fiziksel aktivitenin azalması, oturarak yapılan aktivitelerdeki artış, fast-food yemeğin yaygınlaşması ve büyük porsiyonların

sunulmasını içeren kültürel değişim sebebiyle düşük bir kiloyu sürdürmek de gittikçe zorlaşmaktadır (Striegel-Moore ve Franko, 2002).

Sonuç olarak, basılı medya ve televizyon, bireylerin bedenleri hakkındaki düşünce ve hislerini etkilemekte, dergi ve TV'ye maruziyet genç kız ve kadınlarda beden memnuniyetsizliğine ve düzensiz yeme semptomlarına yol açabilmektedir (Thompsen ve Heinberg, 1999). Botta'nın (2003) 397 lise ve üniversite öğrencisiyle yürüttüğü bir çalışmada ergenlerin ne tür dergileri hangi sıklıkla okudukları ve EDI ile ölçülen yeme bozukluğu semptomları kaydedilmiştir. Bu araştırmaya göre ergenlerde sağlık, spor, moda vb dergileri okuyarak sosyal kıyaslama yapmak beden imgesi ve hastalıklı yeme örüntüsünün önemli yordayıcıları arasında bulunmuştur. Ancak bu alandaki araştırmaların çoğu korelasyonel olduğu için, elektronik medyaya maruziyetin BİB ve YB için etyolojik bir faktör mü yoksa BİB ve YB olan kadınların bu tarz imgelere maruz kalmayı mı seçtikleri açık değildir (Thompsen ve Heinberg, 1999).

Sosyal ideallerin içselleştirilmesi sürecinde hemen her kadın medyanın sunduğu incelik idealine ve güzellik standartlarına maruz kalırken neden sadece bazılarında Bİ ve YB ile ilgili problemler ortaya çıktığını açıklamada bireysel farklılıklara vurgu yapılmaktadır (Thompsen ve Heinberg, 1999). Zayıf kadın görsellerine uzun süreli maruz kalınması beden memnuniyetsizliği olan ve sosyal desteği az olan ergenleri daha çok etkilemektedir (Stice, Spangler ve Agras, 2001). Bu alandaki araştırmalar şu risk faktörlerine dikkat çekmiştir; kilo (kilolu kadınlar medyadaki görsellerden daha olumsuz etkilenmektedir), hastalıklı yeme belirtileri, beden memnuniyetsizliği, sosyal kıyaslamaya eğilim, içselleştirmenin yüksek oluşu, obsesyonellik, mükemmeliyetçilik, katılık (Garner, 2002; Tiggemann, 2002). Holmstrom'un (2004) 1920'den 2002'ye kadarki sürede yeme, beden imgesi ve medya gibi anahtar kelimelerin geçtiği 54 araştırmayı incelediği metanaliz çalışmasına göre; zayıf kadın görsellerine maruziyet kadınların beden imgesi üzerinde düşük düzeyde etkiliyken şişman kadın görsellerinin kadınların beden memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur.

Kültürün kadınlardan ve erkeklerden talep ettiği çekicilik idealleri farklı olduğu için beden imgesi araştırmalarında her iki cinsiyeti de kıyaslayabilmek adına maskülanite (kaslılık) boyutunun da incelenmesi gerekmektedir (Botta, 2003). Harrison ve Cantor'un (1997) 232 kadın ve 197 erkek üniversite öğrencisiyle yaptığı çalışmada katılımcıların ne türde ve ne kadar süreyle medyaya maruz kaldıkları, YTT ile ölçülen yeme tutumları ve EDI ile ölçülen yeme bozukluğu semptomları değerlendirilmiştir. Buna göre medyaya uzun süre maruz kalınması kadınlarda beden memnuniyetsizliğine, zayıf olma isteğine, yeme bozukluğu patolojilerinin görülmesine, erkeklerde ise diyet yapma ve inceliği içselleştirmeye ve kadınları değerlendirmede inceliğe verilen önemin artmasına sebebiyet vermektedir.

Tüm bu veriler ışığında bireylerin, özellikle de küçük yaştaki kızların medyada sunulan zayıf kadın modelini içselleştirmesinde toplum sağlığı modeli doğrultusunda hazırlanan psikoeğitimsel müdahalelerin (medya okur-yazarlığı dersleri gibi) gerekli ve etkili olabileceği düşünülmektedir. Aslında medya, yeme ve biçimle bağlantılı hastalıklarla ilgili uygun mesajların verilmesini sağlayan önemli bir araç olarak kullanılabilme potansiyeline de sahiptir. Araştırmalar yeme bozukluğu açısından yüksek risk grubunda yer alan (üniversite öğrencileri) kadınlara yönelik yapılan medya okuryazarlığı uygulamalarının koruyucu müdahaleler olarak uzun vadede işe yaradığını göstermektedir (Coughlin ve Kalodner, 2006).

D. Yeme Bozuklukları ve Beden İmgesi İlişkisi

Teorik açıdan bakıldığında aile, akranlar ve medya tarafından uygulanan zayıflık baskısı, zayıf ideallerin içselleştirilmesine ve görünüşe aşırı önem vermeye yol açabilmektedir. Bu da birey yeterince zayıf olmadığı takdirde beden memnuniyetsizliğine sebep olur. Dahası beden memnuniyetsizliği bu sosyal baskıyı azaltmak için kişiyi diyet davranışına itebilir (Stice, 2002a). Yeme bozukluklarının gelişiminde genetik, psikolojik ve sosyokültürel pek çok etmen rol oynadığı için YB geliştirmeye yatkınlığı olan kişiler medyada sunulan zayıf imgelerden daha çok etkilenecektir (Oğuz, 2005). BİB, YB'nin karakteristik bir özelliği olarak öne çıkmaktadır. Pek çok teori, beden memnuniyetsizliğini YB geliştirmedeki en önemli

öncül olarak kabul etmektedir (Garner, 2002). DSM-IV-TR'de beden imgesi bozukluğu AN ve BN için tanı kriteri olarak yer almaktadır. AN için bu 'zayıf olunmasına rağmen kilo almak veya şişmanlamaktan aşırı korkmak' olarak tanımlanırken, BN için 'kendini değerlendirmede beden şekli ve kilonun aşırı derecede etkili olması' şeklindedir (Koroğlu, 2007b). Ancak burada beden imgesinin nasıl ele alınması gerektiği, bu vakalarda algısal bir bozukluk mu yoksa tutumsal bir yanlılık mı olduğu açıkça belirtilmemektedir.

Beden imgesi ve yeme bozuklukları, beden imgesinin bileşeni olan algı ve tutumların bozulması veya sarsılması durumunda meydana gelir ve yeme bozukluğuna benzer davranışlar da görülür (Botta, 2003). Farklı metotlarla kilo kaybının sağlanması beden imgesinde anlamlı oranda gelişimle ilgilidir (Foster ve Matz, 2002). Hawkins, Richards, Granley ve Stein'in (2004) 21 tanesi YB tanısı almış olan toplamda 145 üniversite öğrencisiyle yaptıkları çalışmada katılımcılar random bir şekilde popüler magazin dergilerindeki zayıf ideallerin resimlerine ve nötr resimlere maruz kalmışlardır. Katılımcıların yeme bozukluğu davranışları ve beden memnuniyetsizlikleri EDI-2 ile benlik saygıları da Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile ölçülmüştür. Bu araştırmanın sonucunda zayıf idealleri gösteren medya resimlerine maruziyet beden memnuniyetsizliği, olumsuz duygulanım ve yeme bozukluğu belirtilerini arttırırken benlik saygısını da azaltmıştır. Maruziyet özellikle yemeye ilgili fonksiyonel olmayan inanç, tutum ve algıların kadınlar tarafından güçlü bir şekilde kabul edilmesinde ani ve kısa süreli etkiye sahiptir ve bu durum yeme bozukluğu olan ve olmayan kadınlarda hemen hemen aynıdır (Hawkins, Richards, Granley, ve Stein, 2004).

YB tanısı alan kadınlar sıklıkla moda dergilerindeki modelleri hastalıklarını tetikleyen unsurlar olarak belirtmektedirler (Tiggemann, 2002). Beden memnuniyetsizliği üniversite öğrencilerinde özellikle de kadınlar arasında neredeyse bir norm haline gelmiştir ve bu durumun klinik ya da eşik altı seviyeye ulaşmasa da yeme düzeninde bozulmaya yol açtığı bilinmektedir (Dunn, Neighbors ve Larimer, 2003). Aile ve yakın çevrenin zayıf idealleri ve anormal yeme paternlerini destekleyici özellikler göstermesi ergenlerde bulimik patolojinin öncülleri arasında

sayılabilir (Stice, 1998). Medyanın etkisine ek olarak sosyal pekiştiriciler ve model almanın da yeme bozukluğu geliştirmede öncül faktörler arasında yer aldığı düşünölmektedir.

Algısal açıdan bakıldığında ortalama bir YB hastası, normal bir bireye kıyasla beden ölçüsünü %73 oranında bozuk algılamaktadır, ancak YB hastalarıyla normal kontroller arasındaki bu sapma genel bir duygusal-algısal bozukluğu yansıtmamaktadır çünkü YB hastaları ve kontrol grubu arasında nesnelere ölçüsünün yorumlanmasında bir farklılık yoktur (Cash ve Deagle, 1997). Yapılan gözden geçirme çalışmaları YB hastalarındaki beden memnuniyetsizliği oranının da normal popölasyonla kıyaslandığında %87 daha fazla olduğunu göstermektedir (Cash ve Deagle, 1997).

AN'de Beden imgesindeki bozulmanın iki boyutu bulunmaktadır; ilki algısal bozulma yani bireyin kendi bedenini gerçekteki halinden farklı algılaması, diğeri ise beden memnuniyetsizliğidir (Garner, 2002). Araştırmalar Bİ'deki algısal bozulmanın AN'ye özgü olmadığını ancak bunun patoloji seviyesinde yükselmeyi, kontrol kaybı hissini, ego gücündeki düşüşü, depresyon seviyesindeki yükselmeyi, sosyal geri çekilmeyi, anksiyete, fiziksel anhedoni, yeme problemleri, klinik ilerlemedeki azalmayı ve tedavi başarısındaki düşüşü yordadığını göstermektedir (Garner, 2002).

AN hastaları sabit ve bozuk bir beden imgesinden ziyade, bedenlerinin kültürel güzellik idealleri kadar bilişsel ve duygusal değışkenler tarafından da çarpıtılmış güçsüz, değışken ve zayıf zihinsel temsillerine sahip olabilirler (Garner, 2002). Beden imgesinin algısal boyutundaki bozulma AN ve BN için aynı görünmekle birlikte tutumsal boyut BN'de daha öne çıkmaktadır. BN hastalarının beden imgesi tutumsal olarak değıerlendirildiğinde AN'lerindeki kadar neredeyse iki kat daha fazladır, yani kilolu bulimiklerin duyduğu beden memnuniyetsizliği aşırı zayıf anoreksiklerinkinden daha fazladır (Garner, 2002). Beden imgesi bozukluğu yalnızca AN ve BN'de değıil TYB ve Obezitenin de gelişiminde nedensel bir faktör olarak düşünölmektedir (Wolf ve Clark, 2001). Beden Memnuniyetsizliği aşırı kilolu ve obez yetişkinlerde bir dereceye kadar olumlu etkiye sahiptir, çünkü davranış

değişikliğinin meydana gelebilmesiyle o davranıştan duyulan rahatsızlık arasında ilişki olmalıdır. Dolayısıyla bedenden duyulan belli ölçüdeki kaygı kişiyi sağlıklı davranışa yönlendirebilir (Striegel-Moore ve Franko, 2002). Ancak YB’de bu kaygı o kadar üst seviyeye çıkmaktadır ki bozuk yeme örüntüsü kronikleşebilmektedir.

Yeme bozukluklarında tedavinin başarılı ve etkisinin uzun vadeli olması için beden imgesi bozukluğunun düzelmesi gerekmektedir (Bruch, 1982). Beden imgesi bozuklukları ve bilişsel yanlılıklar tedaviye oldukça direnç gösteren faktörler olup YB semptomları tedavi edilse bile Bİ kaygılarının devam etmesi relapsa yatkınlığı arttırmaktadır (Williamson, Stewart, White ve York-Crowe, 2002). Özellikle YB’nun BDT ile tedavisinde beden imgesiyle ilgili çalışmalar tedavinin sonlarına doğru ele alınmakta (Fairburn ve Cooper, 1989), vakanın belli konularda iç görü ve kontrol kazanması beklenmektedir.

E. Ülkemizde Beden İmgesi İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Beden İmgesiyle ilgili yapılan çalışmalar ülkemizde de batılı beden ideallerinin benimsendiğini göstermektedir (Çelikel, Cumurcu, Koç, Etikan ve Yücel, 2008). Araştırmalar büyük çoğunlukla Beden İmgesini, tutumsal açıdan yani bedenden duyulan hoşnutsuzluk üzerinden değerlendirmiş ve normal popülasyonda yürütülmüştür.

Aslan’ın (2001) beden imgesi, yeme bozuklukları ve medya ilişkisini incelediği çalışmasında 131 kadın üniversite öğrencisi yer almış, beden imgesi Beden İmgesi Doyumu Ölçeği, yeme davranışı Yeme Tutumu ölçeği ve medyanın etkisi de araştırmacının geliştirdiği bir soru formu ile ölçülmüştür. Bu çalışmada medya imgelerini içselleştiren, kendi bedenlerini arkadaşları ve medya imgeleriyle kıyaslama eğiliminde olan kızlarda yeme tutumlarının daha bozuk, beden imgesi doyumlarının ise daha düşük olduğu bulunmuştur.

Örsel, Işık-Canpolat, Akdemir ve Özbay’ın (2004) 531 lise öğrencisiyle yaptıkları çalışmalarında katılımcıların BKİ, diyet yapma durumunun yanı sıra

kendilik algıları ve beden bölgelerinden duydukları hoşnutsuzluk düzeyi değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kızların %33'ü normal bir kiloda olmalarına rağmen daha zayıf olmak için diyet yaptığını belirtmiştir. Diyet yapanlarda kendilik algısı ve beden imgesi puanları daha düşük bulunurken fiziksel görünüm ve genel kendilik değeri beden imgesinden duyulan doyum yordayan değişkenler olarak bulgulanmıştır.

Güneş'in (2009) düzenli spor yapan ve yapmayan şeklinde iki gruptan oluşan toplam 143 üniversite öğrencisi üzerinde medyada yer alan kadın beden imgeleri ve beden imgesi hoşnutsuzluğunu incelediği çalışmasında Mülazımoğlu-Ballı ve Aşçı tarafından (2006) geliştirilen Sosyal Fizik Kaygı Ölçeği, beden imgesinden hoşnutluk ölçeği ve kişilik özellikleri değerlendirilmiştir. Araştırmada deney grubuna kadın bedeninin vurgulandığı fotoğraflar ve nötr fotoğraflar gösterildikten sonra katılımcıların araştırma bataryasını doldurması istenmiştir, kontrol grubuna ise böyle bir gösterim yapılmamıştır. Araştırma sonucuna göre spor yapan bayanların beden imgesi doyumunu daha yüksek çıkarken, spor yapmayan grupta kişilik özellikleri spor yapanlara göre beden imgesinden duyulan doyum üzerinde daha etkili bulunmuştur. Medyada sunulan kadın figürlerine maruziyet sosyal fiziksel kaygıda artışa yol açmış ayrıca bu durum spor yapanlar da beden memnuniyetsizliğini de arttırmıştır.

Çepikkurt ve Çoşkun'un (2010) dansçılarda sosyal fizik kaygıları ve beden imgesinden memnun olma düzeyleri ile ilgili 62 üniversite öğrencisi dansçı ile yaptığı çalışmada Sosyal Fizik Kaygı Ölçeği ve Beden Bölgelerinden Hoşnut Olma Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada sosyal fiziksel kaygı puanları kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek çıkmış ve fiziksel kaygı ile bedenden duyulan hoşnutsuzluk arasında ilişki bulunmuştur.

Özetle Bİ ile ilgili araştırmalarda Bİ'nin yalnızca BM açısından ele alındığı ve bu alandaki çalışmaların ülkemizde son derece kısıtlı olduğu göze çarpmaktadır.

IV. YEME BOZUKLUKLARI VE TEDAVİ MOTİVASYONU

Bu noktaya kadar temel olarak yeme bozukluğu ele alınıp, yeme bozukluğunda önemli rol oynayan birincil psikopatolojilerden depresyon ve yeme bozukluğu tanı kriterlerinden beden imgesi ile ilgili araştırmalar ele alınmıştır. Öte yandan daha önce de belirtildiği gibi Yeme bozukluklarına yönelik tedaviler son derece zorlu olup izleme çalışmalarında nüks oranları da oldukça yüksektir. Son zamanlarda tedavi etkinliğinin artırılmasında tedavi motivasyonu ile ilgili çalışmalar dikkat çekmektedir.

Tedavi motivasyonu, yani kişinin tedavi olmak ve tedavinin gereklerini yerine getirmek için duyduğu istek çoğunlukla tedaviye uyumla ilişkisi açısından önem taşımaktadır (Drieschner, Lammers ve Staak, 2004). Bu sebeple kişinin tedavi motivasyonu tedaviye cevap vermeyi ve istenen tedavi sonuçlarını destekleyen önemli bir unsur olarak görülmektedir. Literatürde tedavi motivasyonunun tanımıyla ilgili çeşitli ifadeler olmakla birlikte güncel olarak belirtilen yaklaşım tedavi motivasyonunun tedavi süresince değişebilen ve etkilenebilen bir danışan durumu olduğudur (Drieschner, Lammers, Staak, 2004). Tedavi motivasyonu aynı zamanda Prochaska ve Diclemente'in (1982) geliştirdiği Transteorik Model bağlamında tedaviye hazır oluşun motivasyonel evreleri açısından da değerlendirilebilmektedir.

YB hastaları, yaşadıkları sorunun ne olduğunu daha iyi anlamak amacıyla tedaviye başvurabilmektedir. Pek çok hasta Anoreksiya Nervoza kavramını daha önce duymuş olmakla birlikte kendilerini bu kategoriye uygun görmedikleri için yardım alma konusundaki ambivalansları artmakta ve buna ihtiyaçları olup olmadığından emin olamamaktadırlar (Eivors, Button, Warner, ve Turner, 2003). BN hastaları da çoğunlukla tedaviye başvurmamakta, başvuranlar da ise psikiyatrik bozukluklar oldukça yüksek seviyede olmaktadır (Garner, 2002). Dolayısıyla bu da tedaviyi zorlaştıran bir etken olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu doğrultuda tedaviye hazır oluş ve tedavi motivasyonu Transteorik Model ve Değişim Evreleri bağlamında ele alınabilmektedir.

A. TRANSTEORİK MODEL VE DEĞİŞİM EVRELERİ

Prochaska ve Diclemente'nin (1982) ortaya koyduğu Transteorik Model (TTM) öne çıkan psikoterapi sistemlerinin bütünleştirici bir analiziyle başlamaktadır ve ismi de buradan gelmektedir (Prochaska, & Norcross, 2010). Modelin ortaya çıkışı Prochaska ve arkadaşlarının sigarayı kendi iradeleriyle kendi başlarına bırakanların kullandığı yöntemlerin analiziyle olmuştur (Prochaska, Redding, Evers, 2008). O zamandan bu yana model bir dizi değişim geçirmiştir ve son haliyle “değişimin evreleri”, “değişimin yöntemleri”, “değişimin işaretleri (yarar ve zararları, kararsal denge ve öz-etkinlik” ve “değişimin içeriği” olarak adlandırılan temel öğeler üzerine oturmaktadır.

1. Transteorik Model'in Yapıları

a. Değişimin Evreleri (Stages of Change)

Transteorik Model'e (TTM) göre bireyler, sağlıksız davranışı değiştirmek için bir dizi motivasyonel evreyi takip eder. Değişimin evreleri olarak adlandırılan bu evreler; tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eylem ve sürdürme şeklinde kısaca tarif edilebilir. Her evre yalnızca belirli bir zamanı değil aynı zamanda aşılması gereken belli görevleri de içermektedir ve ancak değişim tamamlanıp durağan hale geldiğinde sonlanmaya ulaşılmış olur. Her evrede kullanılan değişim yöntemleri de değişebilmektedir. Değişimin motivasyonel evreleri ve kısaca açıklamaları Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Değişimin motivasyonel evreleri (Prochaska, & Norcross, 2010).

Değişim Evresi	Açıklaması
Tasarlama Öncesi	Bu evrede yer alan kişilerin öngürebilir bir gelecekte davranışlarını değiştirmeye niyetleri yoktur hatta pek çoğu problemlerinin farkında bile değildir. Bu evrenin en belirgin problemi değişime karşı dirençtir.
Tasarlama	Kişiler problemin farkında ve onu değiştirmeye niyetlidirler ancak henüz bu doğrultuda bir adım atmamışlardır. Başka bir deyişle nereye gitmek istediklerini bilmelerine rağmen henüz gitme kararını vermemişlerdir. Bireyler bu evrede çok uzun süre boyunca takılı kalabilirler.
Hazırlık	Eyleme geçmeye hazırdırlar ve bazı davranışsal değişiklikleri çoktan yapmaya başlamışlardır. Tam anlamıyla eylemde olmamakla birlikte yakın bir gelecekte eyleme geçmeleri muhtemeldir.
Eylem	Sorunlarının üstesinden gelme yolunda bir takım davranış değişiklikleri yapmışlardır ki bu evre davranış değişiminin en belirgin görüldüğü evredir. Bireylerin eylem evresinde sayılabilmeleri için sorun davranışı bir gün ila 6 ay arasındaki bir süre içerisinde değiştirmiş olmaları gerekmektedir
Sürdürme	Kişiler problem davranışın yinelenmesini önlemek ve eylem evresindeki kazanımlarını sürdürmek için çalışmaktadırlar. Sürdürme değişimin durduğu sabit bir evre olarak düşünülmemelidir çünkü bazı kronik problemler için bu evre bir ömür boyu sürebilmektedir.

Nüks ve sonlanma bu evreler boyunca sık görülebildiği için ilerleyen dönemde evrelere eklenmiş ve değişimin doğal süreçleri olarak ele alınmıştır. Değişim düz bir çizgide değil spiraller çizerek giden bir süreç olarak kavramlaştırılmıştır (Prochaska, Diclemente ve Norcross, 1992; Prochaska ve Norcross, 2010).

Modele göre bireyler içerisinde buldukları evreye uygun müdahale programları ile tedavi edildikleri takdirde tedavi etkinliğinin artacağı öngörülmektedir. Pek çok teori ve bunların uygulaması temelini eylem

paradigmasından almaktadır. Buna göre; danışanlardan birkaç haftalık süreler içerisinde eyleme geçip daha sağlıklı yaşam şekilleri benimsemeleri beklenmektedir ve bunu yapamadıklarında danışanların kendileri motivasyonsuz ve iradesiz olmakla suçlanmaktadır oysa yüksek risk içeren on beşten fazla davranışın incelendiği bir araştırmada popülasyonun %20'den azının eylem evresinde olduğu bulgulanmıştır (Prochaska, Norcross ve Diclemente, 2006). Sonuç olarak değişim evreleri terapide kimin kalacağını ve hangi terapi yönteminin seçileceğini öngörmeye yardımcı olmaktadır (Prochaska, & Norcross, 2010). Psikoterapiye başvuran bireylerin %45'ten fazlasının tedaviyi bırakmasının sebebi belki de danışanın içinde bulunduğu evre ile tedavinin uyuşmamasıdır (Prochaska, Norcross ve Diclemente, 2006).

b. Değişimin Yöntemleri

Değişimin yöntemleri bireylerin belirli problem ya da yaşam tarzlarıyla ilgili düşünce, duygu ve davranışları değiştirmek için başvurdukları herhangi bir aktiviteye işaret etmektedir (Prochaska, Norcross ve Diclemente, 2006). Araştırmalarla da en çok desteklenen değişim yöntemleri şunlardır: bilinçlenme (eğitim ve geri bildirim), katarsis/duygusal boşalım, kendini yeniden değerlendirme, çevreyi yeniden değerlendirme, kendini özgürleştirme, sosyal özgürleşme, karşıt koşullama, uyarıcı kontrolü ve edimsel yöntem (Prochaska ve Norcross, 2010). Bu yöntemler tablo 5'de kısaca özetlenmiştir.

Tablo 5. TTM'ye göre değişim yöntemleri (Prochaska ve Norcross, 2010; Prochaska, Redding ve Evers, 2008; Prochaska, Diclemente ve Norcross, 1992).

Değişim Yöntemi	Açıklaması
Bilinçlenme	Davranışın neden ve sonuçları hakkında farkındalığın artması.
Katarsis/Duygusal Boşalım	Davranışsal risklerle ilgili korku, kaygı, endişe gibi olumsuz duyguları deneyimleme.
Kendini Yeniden Değerlendirme	Davranış değişiminin bireyin kimliğinin önemli bir parçası olduğunun farkına varma.
Çevreyi Yeniden Değerlendirme	Kişinin sosyal ve fiziksel çevresinde ağırlıklı davranışın olumlu sağlıklı davranışın ise olumsuz etkilerinin farkına varması.
Kendini Özgürleştirme	Kişinin değişebileceğine inanması ve bunun için kendine söz vermesi.
Sosyal Özgürleşme	Sosyal normların sağlıklı davranış değişimini destekleyen şekilde değiştığinin farkına varma.
Karşıt Koşullama	Daha sağlıklı alternatif davranışların sağlıklı problem davranışların yerine geçmesi.
Uyaran Kontrolü	Problem davranışı hatırlatan ipuçlarını kaldırıp, sağlıklı davranışı hatırlatan ipuçlarını onların yerine koymak.
Edimsel Yöntem	Olumlu davranışların ödüllendirilmesinin artması, olumsuz davranışların ödüllendirilmesinin azalması.
Yardımcı İlişkiler	Olumlu davranış değişimi için sosyal destek aranması ve sosyal desteğin kullanılması.

Değişim evreleri değiştikçe kullanılan değişim yöntemleri de değişmektedir. Tablo 6'da değişim evrelerinde ilerlemeye aracılık eden değişim yöntemleri verilmiştir. Sosyal özgürleşme yöntemi, evrelerle olan ilişkisi net olmadığı için dahil edilmemiştir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008).

Tablo 6. Değişim evrelerinde ilerlemeye aracılık eden değişim yöntemleri¹¹

Evreler	Tasarlama Öncesi	Tasarlama	Hazırlık	Eylem	Sürdürme
Değişim Yöntemleri	Bilinçlenme				
	Katarsis/Duygusal Boşalım				
	Çevreyi Yeniden Değerlendirme				
	Kendini Yeniden Değerlendirme				
	Kendini Özgürleştirme				
	Karşıt Koşullama				
Yardımcı İlişkiler					
Edimsel Yöntem					
Uyaran Kontrolü					

c. Değişimin İşaretleri

TTM değişimin işaretleri olarak kararsal denge ve öz-etkinliği almaktadır. TTM'ye göre kişiler davranış değişiminde değişimin artılarını yani değişimin yararlarını ve eksilerini yani değişimin zararlarını tartarak bir karar verirler. Bu da kararsal dengeye işaret etmektedir. Yakın zamanlı bir meta analiz çalışmasında kırksekiz farklı sağlık davranışı incelenmiş ve tasarlama öncesi evreden eylem evresine geçmek için artılar bir standart sapma artış gösterirken, eksilerin de 0.5 standart sapma düşüş göstermesi gerektiği ortaya konmuştur (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997; Hall ve Rossi, 2008).

Öz-etkinlik Bandura'nın (1982) öz etkinlik teorisinden entegre edilmiş bir TTM yapısı olup, modelde kişinin zorlu durumlarda değişimi sürdürebileceği ve

¹¹ Prochaska, J. O., Redding, C. A. ve Evers, K.E.: 2008 "The Transtheoretical Model and Stages of Change", **Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice**. 4 Baskı, Ed. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath, Jossey-Boss, San Francisco, USA. s.105.

çeldiricilerle baş edebileceğine yönelik kendine güveni ve inancı şeklinde tariflenmektedir (Prochaska, Redding ve Evers, 2008). Değişim motivasyonu yükseldikçe yükümlülük artmakta ve kişiler problemlerinden kurtulmak için daha yetkin bir hale gelebilmektedirler. Böylece çeldirici durumlarla karşılaştıklarında eski davranış kalıplarına geri dönmeksizin bu durumlarla baş edebilmektedirler. (Prochaska, Norcross ve Diclemente, 2006).

d. Değişimin İçeriği

Değişimin içeriği ise psikoterapide hedeflenen psikolojik problem alanlarını işaret etmektedir. Bunlar: güncel yaşam durumu yani semptom/durumsal problemler, uyumsuz inançlar ve tutumlar, güncel kişilerarası ilişkiler, aile/ sosyal sistemle ilgili çatışmalar ve kalıcı kişisel özellikler/içsel çatışmalardır.

2. Transteorik Model'in Farklı Sağlık Davranışlarındaki Uygulamaları ve Ülkemizdeki Uygulamalar

TTM'yi ve değişim evrelerini temel alan uygulama çalışmaları pek çok farklı sağlık davranışı üzerinde yürütülmüştür. Bunlar sigara bırakma (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi ve Tsoh, 2001; Prochaska, Diclemente ve Norcross, 1992), egzersiz (Sarkin, Johnson, Prochaska ve Prochaska, 2001; Woods, Mutrie ve Scott, 2002), cilt kanserini önleme/güneşten korunma (Prochaska, Velicer, Redding, Rossi, Goldstein, Depue ve ark., 2005), sağlıklı beslenme ve diyet (Beresford, Curry, Kristal, Lazovich, Feng, Wagner, 1997; Prochaska, Velicer, Redding, Rossi, Goldstein, Depue ve ark., 2005), kilo kontrolü (Johnson, Paiva, Cummins, Johnson, Dymont, Wright ve ark., 2008), düzenli mamografi yaptırma (Prochaska, Velicer, Redding, Rossi, Goldstein, Depue ve ark., 2005), güvenli cinsel ilişki/düzenli kondom kullanma (Fedding ve Rossi, 1999), alkol kötüye kullanımı (Carbonari ve Diclemente, 2000; Prochaska ve Diclemente, 1992), ilaca uyum (Johnson, Driskell, Johnsen, Prochaska, Zwick ve Prochaska, 2006), organ bağıışı (Robbins, Levesque, Redding, Johnson, Prochaska, Rohr ve ark., 2001), madde kötüye kullanımı

(Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski ve arkadaşları, 1994), kumar (Hodgings, 2001), obezite (Suris, Trapp, Diclemente ve Cousins, 1998) ve yeme bozukluğu (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg ve Schnyder, 2004; Rieger, 2000) gibi pek çok farklı örneği içermektedir. Bu çalışmalarda katılımcıların hangi evrede oldukları çoğunlukla Prochaska ve Diclemente'in (1983) geliştirdiği Değişim Evreleri Testi (The Process of Change Test) ve bunun farklı davranışlar için yapılan adaptasyonlarıyla ölçülmekte, ayrıca katılımcıların mevcut davranışı ne sıklıkta ya da süreyle yapıp yapmadıkları kaydedilmektedir.

Ülkemizde de TTM'yi temel alarak yapılan bazı çalışmalar vardır. Özellikle alkol bağımlılığı alanında değişimi ölçen iki ölçüm aracının Türkçeye kazandırılmış olması önemlidir.

Ryan, Plant ve O'Malley (1995) tarafından geliştirilen Tedavi Motivasyonu Anketi'nin (TMA) Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği Evren, Saatçioğlu, Dalbudak, Danışmant, Çakmak ve Ryan (2006) tarafından yapılmıştır. Alkol ve madde bağımlılığı tedavisine katılıp tedaviyi sürdürme ile ilgili 26 madde içermekte olup katılımcıların her soruya 5'li likert tipinde 0-hiç katılmıyorum'dan 4-kesinlikle katılıyorum'a değişen cevaplar verebildiği bir ölçektir. İçsel motivasyon, dışsal motivasyon ve yardım arama şeklinde üç alt ölçeği vardır.

Miller ve Tonigan'ın geliştirdiği Değişime Hazır Olma ve Tedavi İsteği Ölçeği (SOCRATES) alkol kullanımında kişinin hangi değişim evresinde olduğunu belirlemeye yarayan bir ölçektir. Katılımcıları İkilem, Farkına Varma ve Adım Atma şeklinde üç evrede değerlendiren ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışması Evren, Dalbudak ve Çakmak (2008) tarafından 171 alkol bağımlısı erkek hastayla yapılmıştır.

Savaşan'ın (2010) Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonunu incelediği çalışmasında 82 yatan hasta katılımcı olarak yer almış ve TMA ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda servis ortamının kişisel sorun yönelimi ve otoniminin gelişimine izin verici oluşunun tedavi motivasyonunu arttıran bir özellik olduğu bulgulanmıştır.

Akgün'ün (2010) tedavi motivasyonu ve nöropsikolojik test performanslarını değerlendirdiği bir başka çalışmada, alkol bağımlısı olan 21 erkek hastaya TMA, SOCRATES, Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT, AUDIT), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (CBASDO), Hamilton Anksiyete ve Depresyon Envanterleri ve nöropsikolojik testler uygulamıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre motivasyon puanlarının artımıyla nöropsikolojik testlerdeki performansta artış olduğu bulgulanmıştır. Bu bulgular değişime hazır olma ve tedavi motivasyonu ile yürütücü işlevler arasında ilişki olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Alkol ve Madde Bağımlılığı'nın yanı sıra sağlığı güçlendirici davranışlar ve egzersiz davranışı da TTM açısından ele alınmıştır. Orjinali Marcus, Selby, Niaura ve Rossi (1992) tarafından geliştirilen Egzersiz Davranışının Değişim Basamakları ve Fiziksel Aktivite Tercihleri Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması Cengiz (2007) tarafından yapılmış ve Üniversite öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeyleriyle ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre erkekler kadınlardan daha yüksek motivasyon evrelerinde çıkmış ve tüm katılımcıların evrelere dağılımı şu şekilde bulgulanmıştır; %15,2'si tasarlama öncesi, %31,4'ü tasarlama, %25,3'ü hazırlık, %7,5'i eylem ve %20,6'sı sürdürme (Cengiz, 2007). Aynı ölçeğin kullanıldığı benzer bir çalışma Ebem (2007) tarafından 438 üniversite öğrencisiyle yapılmış ve burada da egzersiz ve fiziksel aktivite açısından katılımcıların %9,2'sinin tasarlama öncesi, %39,3'ünün tasarlama, %27,8'inin hazırlık, %14,5'inin eylem ve %9,2'sinin sürdürme basamaklarında olduğu bulgulanmıştır.

Yeme Bozukluğu alanında ise Ergüney ve Sertel-Berk (2012) tarafından Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa için iki ayrı değişime hazır oluş ölçeğinin (Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği-ANDEÖ ve Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği-BNDEÖ) Türkçe uyarlama çalışması yapılmıştır.

B. Yeme Bozukluklarında Tedaviye Hazır Oluş ve Değişimin Motivasyonel Evreleri

Yeme Bozukluğu alanında öne çıkan bir kavram olan Değişime Hazır olma ya da tedavi motivasyonu; hastaların hastalıklarında düzelmeye yol açacak değişimleri yerine getirme isteği olarak tanımlanmaktadır (Castro-Fornieles, Bigorra, Martinez-Mallen, Gonzalez, Moreno, Font ve ark., 2011; Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004; Treasure ve Schmidt, 2001).

YB vakalarının yalnızca küçük bir kısmı tedavi için yardım aramaktadır (Hackler, Vogel ve Wade, 2010). AN'lerde hastalığın inkarı ve BN'lerde semptomlardan duyulan utanç ve gizlilik, vakaların uzun yıllar boyunca tedaviye başvurmasını geciktirebilmektedir (Kaplan ve Garfinkel, 1999). Bu hastalar çoğunlukla tedavisi zor vakalar olarak tanımlanmaktadır. Değişime yönelik ambivalans yeme bozukluklarının belirgin bir özelliğidir. Buna karşın, hastaları tedaviye dirençli hale getiren faktörlerin anlaşılmasıyla tedavi sonuçlarının gelişmesi ve dolayısıyla bu bozukluklardaki ek hastalık ve ölüm oranlarının azalması mümkün olabilir (Kaplan ve Garfinkel, 1999).

Başarısız tedaviler genelde hastanın kişilik özellikleri ya da ikincil kazançları gibi hastayla ilgili faktörlere atfedilmektedir (Ward, Troop, Todd, Treasure, 1996). Yeme bozukluğu vakalarında tedavi motivasyonunu etkileyen faktörleri Kaplan ve Garfinkel (1999) iki başlıkta incelemişlerdir. Hastayla ilgili faktörler; güven problemi, ayaktan tedavinin çoğu zaman başarısız oluşu, semptom şiddetinin yüksek oluşu, komorbid psikopatolojik ve medikal durumların oluşu. Terapistle ilgili faktörler: vakaların terapistte uyandırdığı öfke kızgınlık ve başarısızlık gibi olumsuz duygular, terapistin tecrübesiz ve alanda yeterli donanıma sahip olmayışı. YB vakalarında zayıf olma arzusu baskın olduğu için bunu engelleyebilecek davranışlardan kaçınırlar oysa tedavi de çoğu zaman kaçınılan bu davranışların kazanılmasını hedeflemektedir.

YB vakaları motivasyonel durumları açısından alkol ve madde bağımlılığı vakalarıyla kıyaslanmışlar ve o alanda geliştirilen modeller YB alanında da kullanılmıştır. Tıpkı bağımlılarda olduğu gibi YB vakalarında da değişim doğrusal değil, ilerleme ve gerileme arasında değişen spiral bir yörüngededir (Procheska ve Diclemente, 1992). YB vakaları ve özellikle de AN'ler bedenleri üzerindeki kontrollerinden çoğu zaman gurur duymakta ve hastalıklarını onları diğerlerinden ayırt eden, üstün kılan olağanüstü bir başarı olarak algılayabilmektedirler (Kaplan ve Garfinkel, 1999). Dolayısıyla bu ayırım, YB vakalarının değişim için duydukları motivasyonu standart bir bağımlıdan daha da düşük düzeye indirebilmektedir.

YB hastalarının içerisinde bulunduğu değişim evresiyle tedavinin amaçları yanlış eşleştiğinde direnç ortaya çıkmaktadır (Touyz, Thornton, Rieger, George ve Beumont, 2003). Erken dönemdeki klinik betimlemelerde de belirtildiği gibi AN'de tedaviye hazır oluş çoğunlukla önemli bir problem olmuştur. Buna rağmen tedaviye hazır oluşu geliştirmek için ancak yakın zamanda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Touyz, Thornton, Rieger, George ve Beumont, 2003).

TTM ve Değişimin Motivasyonel Evreleri YB alanına başarıyla uyarlanmış ve YB'na özgü değişim evrelerini ve tedaviye hazır oluşu ölçecek araçlar geliştirmek için pek çok çalışma yapılmıştır (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997; Dunn, Neighbors ve Larimer, 2003; Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003; Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg ve Schnyder, 2004; Jordana, Redding, Treasure ve Serpell, 2003; Ward, Troop, Todd ve Treasure, 1996).

Bu alandaki çalışmalar yüksek orandaki yeme bozukluğu ve depresif semptomların düşük orandaki tedavi motivasyonu ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Geller, 2002a; 2002b; Rieger, Touyz, Schotte, Beaumont, Russel, Clarke ve ark., 2000; Zaitsoff ve Taylor, 2009). Vakanın tedaviye yönelik motivasyonu tedavi sonucu ile ilişkili ve bu sonucu yordayan bir değişken olarak görülmekte, tedaviye daha ileri evrelerde başlayanlar tedaviden daha çok yarar görmektedirler (Gusella, Butler, Nichols ve Bird, 2003).

TM'nin ve tedaviye hazır oluşun ölçümü YB tedavilerinde düzelmenin (kilo alımı, yeme bozukluğu ve depresif semptomlarda azalmanın), hastanede kalış süresinin (McHugh, 2007), nüksün, tedaviyi bırakmanın güçlü bir yordayıcısı olarak bulgulanmıştır (Gusella, Butler, Nichols ve Bird, 2003).

BN'li vakalarla BNDEÖ kullanılarak yapılan yakın zamanlı bir boylamsal çalışmada tedavi öncesindeki motivasyonel durum, semptomların azalmasını ve tedavi kazanımlarının sürdürülmesini yordayan bir değişken olarak bulgulanmıştır (Castro-Fornieles, Bigorra, Martinez-Mallen, Gonzalez, Moreno, Font ve ark., 2011). AN'ler ve BN'ler arasında tedavi motivasyonu açısından farklılıklar olduğu belirtilmiş, BN'li vakaların AN'lere göre tedaviye başvuru sırasındaki motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997).

YB'deki yüksek nüks oranları açısından düşündüğümüzde TTM'nin nüksü tedavi sürecinin doğal bir parçası olarak kabul eden bakış açısı YB vakalarının tedavi sürecindeki gerilemeleri başarısızlık olarak görmemeleri için yardımcı olabilir (Jordana, Redding, Treasure ve Serpell 2003). Tedaviye hazır oluştaki farklılıklar neden bazı vakaların standart tedavilerden yarar görürken bazılarının tedaviyi bıraktıklarını açıklamada fayda sağlayabilir (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003).

Kilo korunumunun sağlanması ve tedavinin sonlandırılmasının ardından dahi AN hastalarının büyük çoğunluğunda kilo ve biçimle ilgili endişeler devam etmekte, beden imgesi relapsın en büyük yordayıcılarından biri olmaktadır (Garner, 2002). Bu sebeple bazı YB vakaları tedavi sonrasında dahi değişimin eylem ve sürdürme evrelerine geçişi sağlayamamaktadırlar.

Ancak TTM'nin YB alanına uygulanmasında bir takım zorluklar da söz konusudur. Bu alandaki en önemli zorluklardan biri YB'de iyileşmenin kriteri olarak neyin alınacağıdır. Jordana, Redding, Treasure ve Serpell'in (2003) çalışmasında YB'de düzelmenin en önemli kriterinin telafi edici davranışların (Kısıtlama, TY, çıkartma) düzelmesi olduğu bulgulanmıştır. Bir diğer sorun ise TTM'de evrelerin ayrımındaki zamansal kıstasın (6 ay) YB için geçerli olduğuna dair kanıt eksikliğidir

(Jordana, Redding, Treasure ve Serpell 2003). Buna ek olarak diğerk sağlık davranışlarından farklı bir şekilde YB vakalarında ilk üç evre boyunca olan ilerlemede semptom görünümünde belirgin bir değişim gözlenmeyebilir (Jordana, Redding, Treasure ve Serpell 2003). Son olarak YB gibi karmaşık bir problemde vakanın tek bir evreye girmesi için ne derece uygun olduğu da tartışmalıdır (Ward, Troop, Todd, Treasure, 1996).

Öte yandan TTM'nin YB'deki uyarlaması yalnızca araştırma alanında değil uygulama ve tedavide de yapılmıştır. Touyz, Thornton, Rieger, George ve Beumont (2003) YB'larının tedavisinde TTM modelinden esinlenen bir ayaktan tedavi modeli geliştirmişlerdir. YB'de motivasyon artırıcı terapi semptom azalmasını, motivasyonun ve öz etkinliğin artmasını sağlamaktadır (Wade, Frayne, Edwards, Robertson, ve Gilchrist, 2009; Feld, Woodside, Kaplan, Olmsted ve Carter, 2001; Vitousek, Watson ve Wilson, 1998).

Bu doğrultuda önemli olan bir konu da vakaların tedaviye hazır oluşlarının nasıl ölçüleceğidir. Klinik sonucu öngörmeye YB'da farklı semptom türlerindeki hazır oluş ve motivasyonu ölçen ölçeklerin klinisyenlerin yargılarından daha yararlı olduğu bilinmektedir (Geller, 2002b). YB vakalarının ilk değerlendirmelerini yapan klinisyenlerin vakanın motivasyonunu ve değişime hazır oluşunu abartılı bir şekilde algıladıkları bulgulanmıştır (Geller, 2002b).

1.Yeme Bozukluklarında Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonunun Ölçüm ve Değerlendirilmesi

YB'de tedaviye hazır oluş ve tedavi motivasyonunu ölçmek için tasarlanmış birkaç farklı ölçek bulunmaktadır. Bunların bir kısmı basit algoritmalar şeklinde olup vakaya sorulan birkaç sorudan ibaret olmakta ya da vakanın tedaviye hazır oluşunu likert tipi olarak belirtmesi istenmektedir. Ayrıca Hazır oluş ve Motivasyon Görüşmesi (Readiness and Motivation Interview) gibi (Ward, Troop, Todd ve Treasure, 1996) yarı yapılandırılmış görüşme formatında olanlar da vardır.

Standart ölçüm araçlarından ise en yaygın kullanılanları Yeme Bozukluğundan İyileşen Ergenlerde Değişimin Motivasyonel Evreleri (Motivational Stages of Change for Adolescents Recovering from an Eating Disorder – MSCARED) (Gusella, Butler, Nichols ve Bird, 2003), Rhode Island Üniversitesi Değişim Değerlendirmesi (University of Rhode Island Change Assessment – URICA), Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire -ANSOCQ) ve Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği'dir (Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire-BNSOCQ). Literatürde YB alanında TM'yi ölçen ölçeklere yönelik getirilen eleştiriler özellikle bu ölçeklerin çoğu zaman basit bir algoritma ya da sorudan ibaret olması, hastaların motivasyonunu ölçmede yetersiz kalması ya da yanlış ölçmesi, aynı evrede yer alanların hepsini bir kabul etmesi, YB gibi karmaşık ve çok yönlü bir problemde tedaviye hazır oluşu ölçmenin zorlukları şeklindedir (bkz. Sullivan ve Terris, 2001). Oysa AN'nin iyileşme sürecinde bazı vakalarda bulimik özellikler görülebildiği için motivasyon ölçeğinin tüm bu özellikleri de dikkate alması önemlidir (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003). Bir diğer problem ise bu ölçeklerin klinik olmayan örneklemedeki zorluğuna yöneliktir. Metodolojik olarak tasarlama öncesi, sürdürme veya problemin aslında hiç olmayışını birbirinden ayırmak oldukça güçtür (Dunn, Neighbors ve Larimer, 2003). Literatürde sık kullanılan ölçekler kısaca tanıtılacaktır.

Yeme Bozukluğundan İyileşen Ergenlerde Değişimin Motivasyonel Evreleri (URICA): McConnaughy, Prochaska ve Velicer tarafından geliştirilen ve tüm problem davranışlar için kullanılabilen 32 maddeli bir ölçektir. YB alanında da oldukça yaygın kullanılmaktadır ancak buna yönelik oldukça fazla eleştiri getirilmiştir. Öncelikle uygulayıcının belli bir eğitimden geçmesini gerektirir ve bunun yanı sıra problem davranışı spesifiye etmemektedir, dolayısıyla kişinin hangi davranışını tam olarak değiştirmek istediği anlaşılammaktadır (Dunn, Neighbors ve Larimer, 2003; Martinez ve ark., 2007; Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg ve Schnyder, 2004; Jordana, Redding, Treasure ve Serpell 2003; Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004).

Rhode Island Üniversitesi Değişim Değerlendirmesi (MSCARED): Gusella, Butler, Nichols, ve Bird (2003) tarafından geliştirilen ve görüşme şeklinde uygulanan bu ölçekte uygulamacı vakaya değişimin 6 motivasyonel evresini açıklar (tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eylem, sürdürme ve iyileşme) ve vakadan bunlardan hangisine girdiğini belirlemesini ister. Eğer vaka eylem ya da sürdürmede olduğunu belirtirse sonrasında eylem listesinden hangi davranışları yaptığını seçmesi istenir. Test tekrar test güvenilirliği .92 ve yordayıcı geçerliliği kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003).

Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (ANSOCQ) ve Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (BNSOCQ): ANSOCQ (Rieger, Touyz ve Beumont, 2002; Rieger ve ark., 2000) tarafından Anoreksiya Nervosa'nın semptomlarına özgü geliştirilmiş 20 soruluk bir ölçektir. BNSOCQ ise Martinez, Castro, Bigorra, Morer, Calvo ve Vila (2007) tarafından ANSOCQ temel alınarak Bulimiya Nervosa'ya özgü olarak geliştirilmiştir. Her iki ölçeğin bazı soruları ortaktır. Uygulamadan önce vakayla güven ilişkisi oluşturmak adına kısa bir görüşme yapılması tavsiye edilmektedir.

2. Yeme Bozukluklarında Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonun Araştırıldığı Çalışmalar

YB'de Tedaviye Hazır Oluş ve Tedavi Motivasyonun araştırıldığı çalışmalar özellikle son dönemde önem kazanmaya başlamıştır. Öne çıkan çalışmalar, bunların metodolojik yapısı ve sonuçları kısaca özetlenmektedir.

Bu alandaki ilk uygulamalardan biri Blake, Turnbull ve Treasure'in (1997) Prochaska ve Diclemente'in değişim evreleri ölçeğini kullanarak 109 YB vakasında yürüttükleri çalışmadır. Bu çalışmada TTM yapılarının YB alanında da geçerli olduğu bulgulanmış ve BN'ler AN'lere göre daha yüksek motivasyonel evrelerde yer almıştır. Gusella, Butler, Nichols ve Bird'ün (2004) 34 YB vakasıyla yaptıkları çalışmalarında vakaların tedavi motivasyonu tedavi başlangıcında ve sonunda MSCARED ile ölçülmüş ve tedaviye daha ileri evrelerde başlayan vakaların

tedaviden daha çok yarar sağladığı bulgulanmıştır. Benzer bulgular Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg ve Schnyder'in (2004) çalışmasında da ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar ayaktan tedavi olan 88 YB vakasıyla yaptıkları çalışmada vakalara sekiz farklı terapi yöntemi seçeneği sunmuştur. Dört seans boyunca terapist vakaların en çok hangi yöntemleri kullandığını takip etmiştir. Katılımcıların YB semptomları SCID-I ve EDE ile ölçülmüş, seans öncesinde ve sonrasında da motivasyonları URICA ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre daha ileri motivasyonel evredeki vakaların, belirgin davranışsal değişim ve sürekli tedaviye başlamak gibi yöntemleri daha sık kullandıkları bulgulanmıştır. Zaitsoff ve Taylor'ın (2009) 54 YB vakasıyla yaptığı çalışmasında ise EDI ve MSCARED kullanılmış, motivasyondaki artışla yeme bozukluğu semptomları, depresyon ve beden memnuniyetsizliğinde düşüş arasında ilişki bulunmuştur.

Yalnızca AN vakalarıyla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar görülmektedir. Jordana, Redding, Treasure ve Serpell'in çalışmasında (2003) ise 278 AN vakasıyla Yeme Tutumu Testi'nin kısa Formu (EAT-26) kullanılmış ve vakaların tedaviye hazır oluşu, problem davranışlarını değiştirme konusunda 5'li likert tipi skalada 1-hiç hazır değil'den 5-artık benim için bir problem değil'e kadar verdikleri puanla ölçülmüştür. Vakaların motivasyonel durumu arttıkça yeme tutumlarında düzelme görülmüştür. Yatarak tedavi başlangıcı ve tedavi sonunda 65 AN vakasını değerlendiren McHugh'da (2007), çalışmasında ANSOCQ, BDE ve EDI'yi kullanmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre tedavi motivasyonu, vakaların hastanede kalış süresini yordamış, vakaların hastane yatışı ve taburculuklarında tüm skorlar açısından gelişme bulgulanmıştır.

Bulimiya Nervoza Grubuyla ayrı olarak yapılan çalışmalar son zamanlarda artış göstermiştir. Martinez ve arkadaşlarının (2007) 30 BN vakasıyla yürüttükleri kesitsel çalışmada tedavi motivasyonu (BNSCOQ) ile depresyon (BDE), zayıf olma isteği (EDI-'nin alt ölçeği ile ölçülen) ve beden memnuniyetsizliği (EDI-2'nin BM alt ölçeği ile ölçülen) arasında negatif ilişki bulgulanmıştır. Castro-Fornieles, Bigarro, Martinez-Mallen, Gonzalez, Moreno, Font ve Toro'nun (2010) yakın zamanlı çalışmasında BN tanısı olan 31 vaka tedavi başlangıcında tedaviden 6 ay

sonra yeme bozukluğu semptomları (EDI-2), depresyon (BDE) ve motivasyon (BNSOCQ) açısından değerlendirilmişlerdir. Araştırma sonuçları yeme bozukluğu semptomlarındaki dūřūřün en iyi yordayıcısının tedavi motivasyonu olduğunu gōstermiřtir.

Sonuç olarak yeme bozukluęu alanında tedavi motivasyonunu deęerlendiren çalıřmalarda, yeme bozukluęu semptom dūzeyi, depresyon ve beden memnuniyetsizlięinin artıřı motivasyonda dūřūřle iliřkili bulunmuřtur. Ancak bu çalıřmalar da beden imgesi bozukluęu doęrudan ele alınmamıř, yalnızca tutumsal boyut olan memnuniyetsizlik üzerinden deęerlendirilmiřtir.

AMAÇ ve HİPOTEZLER

Literatürdeki tüm bu bulgular ışığında bu araştırmanın amacı yeme bozukluklarında semptom düzeyi, depresyon ve çok boyutlu beden imgesinin incelenmesi ve bu değişkenlerle tedavi motivasyonu arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir.

Araştırmada hem değişkenlerin ve modelin test edilebilirliği açısından, hem de vaka bulmadaki güçlükler sebebiyle kesitsel bir desen tercih edilmiştir. Bu doğrultuda, tedavinin farklı evrelerinde olanların dolayısıyla farklı düzeyde yeme bozukluğu semptomu deneyimleyeceği ve motivasyonel açıdan da farklılık göstereceği öngörüldüğü için akut, kısmi ve tam remisyondaki yeme bozukluğu vakaları ile çalışılmıştır.

Araştırmada öncelikle YB vakalarının sağlıklı kontrollerden YB semptom düzeyi, BKİ, depresyon ve çok boyutlu beden imgesi açısından nasıl farklılaştığı incelenecektir. Ayrıca YB grupları kendi içlerinde (AN ve BN olarak) tedavi motivasyonu açısından karşılaştırılacaktır. Ardından YB vakalarında yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon düzeyi, çok boyutlu beden imgesi ve diğer psikopatolojilerin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı ilişkileri incelenecektir. Son olarak da çalışmada yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinin depresyon, çok boyutlu beden imgesi ve diğer psikopatolojilere göre değişip değişmediği değerlendirilecektir.

Ülkemizde yeme bozukluğu alanında yapılan çalışmalar sınırlıdır ve klinik popülasyonda tedavi motivasyonunun ve ilişkili faktörlerin incelendiği bir araştırma yapılmamıştır. Ayrıca beden imgesinin çok boyutlu olarak ele alındığı ve özellikle yeme bozukluğu vakalarıyla yapılan çalışmalar da kısıtlıdır. Dolayısıyla bu çalışmanın ülkemiz literatürüne bu alanda katkı sağlaması hedeflenmektedir.

Bu doğrultuda araştırmanın hipotezleri şu şekildedir:

1. Kontrol Grubu ile Yeme Bozukluğu Grubu vakaları; beden kitle indeksi (BKİ), YBDÖ toplam ve alt ölçekleriyle ölçülen yeme bozukluğu semptom

düzeyi, BDE puanlarıyla ölçülen depresyon, FRDÖ-BM ile ölçülen beden memnuniyetsizliği ve FRDÖ-BİB ile ölçülen beden imgesi bozukluğu puanları açısından farklılık gösterecektir.

2. Akut evrede olan yeme bozukluğu vakalarının kısmi ve tam remisyonda olanlara kıyasla ANDEÖ ve BNDEÖ ile kategorik olarak ölçülen tedavi motivasyonu evrelerine göre sıklık dağılımları farklı olacaktır.

3. Yeme Bozukluğu vakalarında YBDÖ Toplam ile ölçülen semptom düzeyi, BDE ile belirlenen depresyon, FRDÖ-BM ile belirlenen beden memnuniyetsizliği, FRDÖ-BİB ile belirlenen beden imgesi bozukluğu ve SCID-I ile değerlendirilen eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların oluşu, ANDEÖ ve BNDEÖ ile değerlendirilen tedavi motivasyonunu yordayacaktır.

4. YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide BDE ile ölçülen depresyon puanlarının biçimlendirici etkisi olacaktır. Bu etki Yeme bozukluğu grubu, Anoreksiya Nervoza Grubu ve Bulimiya Nervoza Grubu'nda ayrı ayrı gözlenecektir.

5. YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide FRDÖ-BM ile ölçülen beden memnuniyetsizliği puanlarının etkisi olacaktır. Bu etki Yeme bozukluğu grubu, Anoreksiya Nervoza Grubu ve Bulimiya Nervoza Grubu'nda ayrı ayrı gözlenecektir.

6. YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide FRDÖ-BİB ile değerlendirilen beden imgesi bozukluğu puanlarının biçimlendirici etkisi olacaktır. Bu etki Yeme bozukluğu grubu, Anoreksiya Nervoza Grubu ve Bulimiya Nervoza Grubu'nda ayrı ayrı gözlenecektir.

7. YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide SCID-I ile değerlendirilen eşlik eden diğer psikiyatrik tanının varlığının

biçimlendirici etkisi olacaktır. Bu etki Yeme bozukluğu grubu, Anoreksiya Nervoza Grubu ve Bulimiya Nervoza Grubu'nda ayrı ayrı gözlenecektir.

BÖLÜM 3

YÖNTEM

I. Katılımcılar

Araştırmada Yeme Bozukluğu Grubu (YBG) ve Kontrol Grubu (KG) olmak üzere her biri 75 kişiden oluşan iki grupta toplam 150 katılımcı yer almıştır. YBG içleme kriterleri: 13-45 yaş arasında kadın olmak, geçmişte ya da şuanda YB tanısı almış olmak, okuryazar olmak iken, dışlama kriterleri: Psikotik bozukluk tanısı almış olmak, 45 yaş üstü olmak, menapoz, gebelik ve YB sonucu aşırı malnütrisyonu bağlı olarak bilişsel kapasitenin azalmış olmasıdır. KG içleme kriterleri ise YBG ile eş yaş, eğitim, medeni durum ve ekonomik düzeyde kadın olmak, okur yazar olmaktır. KG dışlama kriterleri de geçmişte ya da şuanda YB veya başka bir psikiyatrik bozukluk tanısı almış olmak, gebelik ve menapoz olarak belirlenmiştir.

Farklı motivasyonel düzeydeki bireyleri kapsamaları için YBG’de Yeme Bozukluğu tanısı alan ve tedavinin farklı evrelerinde olan, ya da tedavi almayan, geçmişte Yeme Bozukluğu tanısı almış olup şu anda kısmi ya da tam remisyonunda olan katılımcılar yer almıştır. Bu bağlamda İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Birimi, Yeme Bozuklukları Polikliniği’nin veri tabanından yararlanılarak 2002 yılından beri tedaviye başvurmuş olan ve halen tedavisi devam eden 200 kişiye ulaşılmaya çalışılmıştır. 84 kişiye iletişim bilgileri olmadığı, değiştiği ya da yanlış olduğu için ulaşılamamıştır. 21 kişiye ulaşılmış ancak çalışmaya katılmak istememişler, 12 kişi de çalışmaya katılmayı kabul etmiş ancak randevuya gelmemişler, 3 kişi şehir dışında oldukları ve mail kullanmadıkları için araştırmaya alınmamışlardır. Ulaşılan 80 kişiyle uygulama yapılmış, 1 kişi 45 yaş üstü olduğu için, 1 kişi gebelik, 1 kişi malnütrisyonu bağlı olarak zihinsel fonksiyonlarının yavaşlaması, 1 kişi eşlik eden psikotik bozukluk sebebiyle ve 1 kişi de tanısı yeme bozukluğunu karşılamadığı için olmak üzere toplam 5 kişi çalışmadan elenmiştir. Böylece analizler geri kalan 75 vaka üzerinden yapılmıştır. Bu 75 vakanın 44’ü şimdi ya da geçmişte AN ve AN’ye benzer semptomlar gösterdikleri için AN grubunda (ANG), 31’i ise BN ve BN’ye benzer semptomlar gösterdikleri için BN

grubunda (BNG) yer almışlardır. KG için 100 katılımcıya ulaşılmış, 10 kişi KG dışlama kriterlerine uymadığı, 15 kişi de KG içleme kriterlerine uymadığı için araştırma dışında kalmıştır. Böylece KG’de YBG ile yaş, eğitim, ekonomik ve medeni durum açısından eşlenen ancak herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan 75 kadın katılımcı yer almıştır.

YBG ve KG arasında yaş, eğitim, medeni durum ve ekonomik düzey açısından anlamlı bir farklılık yoktur. YBG ve KG eğitim, medeni durum ve ekonomik düzeylerine ilişkin bilgileri Tablo 7’de görülebilir.

Tablo 7. ANG, BNG, YBG, KG’de yer alan tüm katılımcıların medeni durum, eğitim, ekonomik durumlarına göre ham ve yüzde sıklık dağılımları

		ANG % (N)	BNG % (N)	YBG % (N)	KG % (N)	Toplam % (N)	Test İstatistiği
Medeni Durum	Bekar	86,4(38)	67,7 (21)	78,7(59)	76 (57)	77,3(116)	0.177
	Evli	11,4 (5)	25,8 (8)	17,3(13)	20 (15)	18,7 (28)	
	Ayrı	2,2 (1)	6,5 (2)	4 (3)	4 (3)	4 (6)	
Eğitim	Yok	0	0	0	0	0	0.135
	İlköğretim	13,6 (6)	6,4 (2)	10,7 (8)	10,7 (8)	10,7 (16)	
	Lise	25 (11)	32,3 (10)	28 (21)	30,7(23)	29,3 (44)	
	Üniv.	61,4(27)	61,3 (19)	61,3(46)	58,6(44)	60,0 (90)	
Ekonomik Düzey	Düşük	2,3 (1)	3,2 (1)	2,7 (2)	2,7 (2)	2,7 (4)	0.149
	Orta	68,2(30)	77,4 (24)	72 (54)	69,3(52)	70,6(106)	
	Üst Orta	25 (11)	19,4 (6)	22,6(17)	25,3(19)	24 (36)	
	Yüksek	4,5 (2)	0	2,7 (2)	2,7 (2)	2,7 (4)	

YBG katılımcılarının klinik özellikleri ise Tablo da özetlenmekte olup ANG’de yer alan akut durumdaki vakaların 7 tanesi AN-Kısıtlama (AN-K), 5 tanesi AN Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma (AN-TY/Ç) tanısını karşılamaktadır. BNG’deki akut vakaların 11 tanesi BN-Çıkartma (BN-Ç) ve 1 tanesi çıkartma tipi olmayan BN tanısını karşılamaktadır.

Tablo 8. Katılımcıların YB kategorilerindeki ham ve yüzde sıklık dağılımları

	ANG % (N)	BNG % (N)	YBG % (N)
Akut	27,3 (12)	38,7 (12)	32 (24)
BTA/Kısmi Rem.	43,2 (19)	51,6 (16)	46,7 (35)
Tam Remisyon	29,5 (13)	9,7 (3)	21,3 (16)

Katılımcıların yaş ortalamaları ve standart sapmaları ise gruplara göre şu şekildedir; ANG’de 24.1 (SS: 6.2), BNG’de 28.2 (SS: 7.6), YBG’de 25.8 (SS: 7), KG’de 26 (SS: 6.8) ve tüm grupta 25.9 (SS: 6.9). ANG ve BNG grupları arasında yaş açısından anlamlı farklılık bulunurken, YBG ve KG arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark yoktur (sırasıyla $Z=-2.139$, $p<0.05$; $t_{(148)}=0.188$, $p>0.05$).

II. Araştırma Materyalleri ve Ölçekler

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Bireyin kilosunun, boyunun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. BKİ’nin 17.5’in altında olması Anoreksiya Nervoza’nın tanı kriterleri arasında yer almaktadır. Dünya sağlık örgütüne göre BKİ’si 18,5’in altındakiler zayıf, 18,5-24.9 arasındakiler normal, 25.5-29.9 arasındakiler aşırı kilolu, 30 üzerindeki ise obez olarak kabul edilmektedir (WHO, 2000). Bu çalışmada BKİ’nin hesaplanmasında katılımcılara boy ve kiloları sorulmuştur. Literatürdeki çalışmalar boy ve kilonun kişinin kendisine sorulmasıyla, araştırmacı tarafından ölçülmesi arasında anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir (Spencer, Appleby, Davey ve Key, 2001).

Demografik Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından geliştirilen formda hem YBG hem de KG katılımcılarının demografik bilgilerinin (yaş, medeni durum, eğitim, ekonomik düzey, BKİ, en düşük, en yüksek ve ideal kilo, eşlik eden tıbbi durum, ilaç kullanımı, intihar düşüncesi ve girişimi, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü vb) yanı sıra YB grubunda ayrıca hastalık öncesi BKİ, hastalık süresi, hastalığı tetikleyici olay, DSM’ye göre hastalığın başlangıç yaşı, geçmiş YB tanısı, tedavi şekli, türü, geçmiş hastane yatışı, tedaviye başvuru şekli gibi hastalıkla ilgili bilgiler yer almaktadır. Formdaki sorular araştırmacı tarafından katılımcılara sorulmuş ve

katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda araştırmacı tarafından doldurulmuştur. YBG Demografik Bilgi Formu Ek 1’de, KG Demografik Bilgi formu Ek 2’de görülebilir.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): First, Spitzer, Gibbon ve Williams (1997) tarafından geliştirilmiş olan SCID-I’in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçıoğlu, Aydemir, Yıldız, Esen ve Köroğlu’ndan oluşan bir kurul tarafından 1999 yılında yapılmıştır. Katılımcıların yeme bozukluğu tanısını alıp almadıkları ve ayrıca bu tanıya başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik edip etmediğinin belirlenmesi amacıyla katılımcılara araştırmacı tarafından SCID-I uygulanmıştır. SCID-I’in bu araştırmada tercih edilmesinin sebebi DSM-IV tanı sistemine göre yapılandırılmış en yaygın kullanılan klinik görüşme formu olmasıdır.

Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ): Temelini Transteorik modelden alarak AN’li hastanın içerisinde bulunduğu motivasyonel değişim evresini belirlemek için Rieger ve arkadaşları (Rieger, Touyz, & Beumont, 2002; Rieger ve ark., 2000) tarafından Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ) geliştirilmiştir. 20 maddeden oluşan ANDEÖ’nün içeriğinde kilo, beden memnuniyeti, kilo kontrolü, duygusal ve kişilerarası problemler gibi yeme bozukluğunun semptomlarına özgü maddeler yer almaktadır. Ölçekte her bir maddenin altında değişime hazır oluşun 5 motivasyonel evresiyle paralel olarak hazırlanmış 5 ifade yer almakta, katılımcıdan kendisinin şuan ki durumuna uygun olan bir veya birden çok ifadeyi seçmesi istenmektedir. Sonrasında her madde için verilen cevaplar toplanıp, toplam madde sayısı olan 20’ye bölünerek katılımcının içerisinde bulunduğu değişim evresi hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puanların ortalaması 1 (tasarlama öncesi) ve 5 (sürdürme) arasında değişmekte olup toplam puanlar 0 ile 100 arasında olmaktadır. Artan puanlar motivasyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Her evrenin ortalama puanlara göre kesme noktaları vardır (< 1.5 = tasarlama, 1.5 – 2.4 = tasarlama, 2.5 – 3.4 = hazırlık, 3.5 – 4.4 = eylem, ≥ 4.5 = sürdürme). Böylece ölçekten alınan sonuçlar kategorik olarak da

değerlendirilebilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .90, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .89'dur (Rieger ve ark., 2000).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Ergüney ve Sertel-Berk tarafından (2012) gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda ölçeği geliştiren yazarlardan izin alınmış, ölçek araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiş, ardından İngilizce dilinde uzman bir başka araştırmacı tarafından İngilizceye geri çevrilerek yazarlara gönderilmiş ve yapılan düzeltmelerle son halini almıştır. ANDEÖ'nün güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık analizi kapsamında Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .92, yakınsak geçerliliği için Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ile yapılan korelasyonu -.734 ($p<.001$) bulunmuştur. Ayırdeden geçerlilik kapsamında remisyonda olan AN vakalarının tedavi motivasyonu puanlarının, akut durumda olan AN vakalarının tedavi motivasyonu puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu bulgulanmıştır ($t_{(42)}=-4.614$, $p<.001$) (Ergüney ve Sertel Berk, 2012). ANDEÖ'nün bu çalışmada kullanılma amacı tedavi motivasyonunu ölçmek için AN'ye özel olarak geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri açısından kabul edilebilir sonuçlar vermesidir (Ek 3).

Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (BNDEÖ): Martinez, Castro, Bigorra, Morer, Calvo, Vila ve arkadaşları (2007) tarafından ANDEÖ'den adapte edilen Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı .94, test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .93'tür. 20 maddelik bir ölçek olan BNDEÖ'nün 15 maddesi ANDEÖ ile aynı ancak farklı sıradadır, diğer 5 maddesi ise tıknırcasına yeme nöbetleriyle ilgilidir. Ölçeğin puanlanması ANDEÖ ile aynı şekilde olup, ölçeğin uyarlaması Ergüney ve Sertel-Berk tarafından (2012) gerçekleştirilmiştir. BNDEÖ'nün 1. ve 3. maddelerinin, madde toplam puanla olan korelasyonları .30'dan küçük çıktığı için bu maddeler elenmiş ve analizlerde ölçeğin 18 maddelik halinin toplam puanı esas alınmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .91, yakınsak geçerliliği kapsamında YBDÖ ile korelasyonu -.625 ($p<.001$) olarak belirtilmiştir. Ayırdeden geçerlilik kapsamında remisyonda olan BN vakalarının tedavi motivasyonu puanları, akut durumda olanlardan anlamlı derecede yüksek olarak bulgulanmıştır ($t_{(29)}=-3.300$, $p<.01$) (Ergüney ve Sertel Berk, 2012). Ölçeğin

bu çalışmada kullanılma amacı tedavi motivasyonunu ölçmek için BN semptomları doğrultusunda uyarlanması ve yapılan çalışmalarda psikometrik özellikler açısından kabul edilebilir sonuçlar vermesidir (Ek 4).

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ): YBDÖ, orijinal adıyla Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Görüşmesi'nin (EDE) (Fairburn ve Cooper, 1993) kendini bildirim ölçeği şeklindeki formudur. Ölçek 33 sorudan oluşmaktadır ve ölçeğin kısıtlama (K), tıknırcasına yeme (TY), beden şekliyle ilgili endişeler (BE), yemeyle ilgili endişeler (YE) ve kiloyla ilgili endişeler (KE) olmak üzere 5 alt testi vardır. Alt ölçek ve toplam puan 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen puanlar patolojinin büyüklüğüne işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk (2011) tarafından yapılmış olup ölçeğin bütün olarak iç tutarlılık katsayısı .93, test tekrar test güvenirliği ise .91 olarak bulgulanmıştır. Bu çalışmada YBDÖ'nün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise şu şekildedir; AN grubunda .89, BN grubunda .76, YBG'de .85, KG'de .91, örneklemin tamamında ise .87'dir (Ek 5).

Kadınlar için Fotoğraflı Resim Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ): Swami, Salem, Furnham ve Tove'e (2008) tarafından geliştirilmiş olan FRDÖ, BKİ'leri aşırı zayıftan obeze kadar değişen 10 kadın resminden oluşmaktadır. Her resmin BKİ'si EK 6'da resimlerin altında belirtilmiştir. İlk üç sorusu; algılanan fiziksel çekiciliği, 4 ve 5. sorusu ise beden memnuniyetsizliğini ölçmektedir. Ölçekten hem Beden İmgesi Bozukluğu'na (FRDÖ-BİB) dair hem de Beden Memnuniyetsizliğine (FRDÖ-BM) dair bilgi elde etmek mümkündür. Sertel Berk ve Yücel (2011) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçeğin, yapı geçerliliği kapsamında Beden İmgesinden Memnuniyet Ölçeği ile korelasyonu -.31, test tekrar test güvenirliği .83 olarak bulgulanmıştır.

Ölçeğin puanlanması önce ölçekte yer alan her bir resmin kapsadığı BKİ'nin orta noktası hesaplanarak her resme ait BKİ kategorileri oluşturulmuştur. Buna göre; 1. Resim 13.616 ve altını, 2. Resim 13.617-15.685, 3. Resim 16.686-17.55, 4. Resim

17.56-19.39, 5. Resim 19.40-21.71, 6. Resim 21.72-25.015, 7. Resim 25.016-28.10, 8. Resim 28.11-32.59, 9. Resim 32.60-38.57 ve 10. Resim 28.58 ve üstü BKİ'yi karşılamaktadır.

Katılımcının 4.soruya (Sizin şu anki beden görünümünüze en çok benzeyen resim hangisidir?) verdiği cevap, 5. soruya (Sizin sahip olmayı en çok istediğiniz beden görünümüne benzeyen resim hangisidir?) verdiği cevaba bölünüp 100 ile çarpılarak Beden Memnuniyetsizliği (FRDÖ-BM) puanı hesaplanır. FRDÖ-BM puanının 100 çıkması hiç memnuniyetsizlik olmadığını, 100'ün üstünde olması katılımcının kendini şişman bulduğu için, 100'ün altında olması ise kendini zayıf bulduğu için BM hissettiğini göstermektedir. Örneğin katılımcı 4. soruya 6 numaralı resmi seçerek, 5. soruya da 4 numaralı resmi seçerek cevap verdiyse, FRDÖ-BM puanı $6/4.100=150$ olacaktır, yani kendini şişman bulduğu için BM duymaktadır.

Katılımcının 4. soruya verdiği cevap, katılımcının kendi BKİ'sinin ölçekteki resimlere uyarlanmış haline bölünerek de Beden İmgesi Bozukluğu (FRDÖ-BİB) hesaplanmaktadır. FRDÖ-BİB puanının 100 olması katılımcının Bİ'nin tam olduğunu, 100'ün altında olması kendini olduğundan daha zayıf, 100'ün üstünde olması ise kendini olduğundan daha şişman değerlendirdiğini göstermektedir. Katılımcılar aynı zamanda bu sıralamaya göre kategorik olarak da değerlendirilebilmektedir. Örneğin katılımcı 4. soruya 5 numaralı resmi seçerek cevap verdiyse ve katılımcının BKİ'si de 22 ise bu durumda katılımcının resimlere uyarlanmış BKİ'si 6. resme denk gelmektedir. FRDÖ-BİB puanı ise $5/6.100=83.33$ olacaktır, yani katılımcı kendini olduğundan zayıf değerlendirmektedir.

Ölçeğin bu çalışmada kullanılma amacı beden memnuniyetsizliği ve beden imgesindeki bozulmayı tek bir ölçekle değerlendirme imkanı vermesi, bir başka deyişle fotoğraflı derecelendirme sayesinde beden imgesinin algılanan ve tutum olmak üzere 2 boyutuyla birden çok boyutlu ölçme imkanı vermesi, kolay ve çabuk uygulanabilmesidir.

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Beck (1961) tarafından geliştirilen BDE Hisli (1989) tarafından Türkçeye kazandırılmıştır. 21 maddeden oluşan BDE depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmektedir. Her

bir sorunun altında maddeler 0'dan 3'e kadar depresyonun ciddiyetine göre sıralanmıştır. Artan puanlar depresif belirtilerin artışına işaret etmektedir. Ölçeğin yarıya bölme güvenilirliği .74, MMP-D skalasıyla yapılan ölçüt bağımlı geçerliliği .63, kesme noktası ise 17'dir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .80 olup (Hisli, 1989), bu çalışmada .88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada kullanılma amacı depresif semptomları ölçmek için kullanılan en yaygın ölçek olmasının yanı sıra YB alanındaki araştırmalarda da en sık kullanılan ölçek olmasıdır (Ek 7)

III. Uygulama

Katılımcılar önce araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair onam formunu imzalamışlardır. Yeme Bozukluğu Grubu Onam Formu Ek 8'de, Kontrol Grubu Onam Formu Ek 9'da görülebilir. Ardından yaklaşık 20 dakikalık yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede önce katılımcının demografik bilgileri, beden kitle endeksi (kg/cm²) ve hastalığın semptomları değerlendirilmiş ardından da SCID-I uygulanarak katılımcının psikopatolojik tanı değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırmacı tezin uygulama aşamasına geçmeden önce SCID-I uygulaması ile ilgili sertifikalı eğitim ve uygulama boyunca da süpervizyon desteği almıştır. Sonrasında katılımcılardan rasgele şekilde hazırlanmış olan 4 ölçeğin (YBDÖ, FRDÖ, BDE, ANDEÖ/BNDEÖ) yer aldığı araştırma bataryasını doldurmaları istenmiştir. ANDEÖ ve BNDEÖ'den hangisinin uygulanacağına karar verirken katılımcının şuan ki ya da geçmişteki yeme bozukluğu tanısı ve öne çıkan semptomları göz önüne alınmıştır. Kontrol grubunda da uygulama aynı şekilde olup katılımcılara ANDEÖ veya BNDEÖ verilmemiştir, çünkü bu ölçekler yalnızca yeme bozukluğu ile ilgili bireylere özel geliştirilmiştir. Uygulamalar İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi (İTF) Psikiyatri Birimi Yeme Bozuklukları Polikliniği'nde yapılmıştır. Vaka kaybını azaltmak için, şehir dışında olup da İstanbul'a gelme imkanı olmayan 18 vaka (9'u BN ve 9'u AN grubunda yer almakta olan) ile önce telefonda görüşme yapılarak demografik bilgileri alınmış ve SCID-I uygulaması yapılmış, ardından ölçekler kendilerine maille gönderilmiştir.

Daha önceki çalışmalarda da akut, kısmı ya da tam remisyonadaki vakalara mail yoluyla uygulama yapılmış ve maille uygulama yapılanlarla birebir görüşülenler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Bkz. Jordana, Redding, Treasure ve Serpell, 2003). Uygulamanın tamamı YB grubunda ortalama 40 dakika, kontrol grubunda ise ortalama 30 dakika sürmüştür.

IV. İstatistiksel Analiz

SCID-I ve demografik bilgilerin alındığı klinik görüşmeden elde edilen bulgular betimsel istatistiki yöntemlerle (ortalama, standart sapma, ranj) değerlendirilmiştir. KG ile YBG'nin BKİ, YBDÖ, FRDÖ ve BDE puanlarının birbirinden farklı olup olmadığı gruplar arası farklar testi (Mann Whitney U) ile değerlendirilmiştir. Araştırma bataryasındaki ölçeklerden alınan puanların birbiriyle ilişkisi Spearman Sıralı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Testi Analiziyle değerlendirilmiştir. Ayrıca yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon ve beden imgesi bozukluk düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkisini analiz etmek için ise çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Yeme bozukluğu hastalarının yeme bozukluğu semptom boyutu ile içinde buldukları değişim evresi arasındaki ilişkiye, depresyon, beden memnuniyetsizliği, beden imgesi puanlarının biçimlendirici etkisi Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analiziyle değerlendirilmiştir. Bu analiz Baron ve Kenny'nin (1986) önerileri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Buna göre yordayıcı değişken ile yordanan değişken arasındaki ilişki/korelasyon anlamlı olmalıdır. Ancak yordayıcı değişken ve biçimlendirici değişken bunun yanı sıra biçimlendirici değişken ve bağımlı değişken arasında da anlamlı bir ilişki olması gerektiğine dair her hangi bir ön koşul yoktur. Bu doğrultuda bu analize dahil edilecek olan tüm ölçek puanları öncelikle standart skora dönüştürülmüştür. Yordayıcı ve biçimlendirici değişkene ait standart skor puanları çarpılarak ortak etki değişken puanları hesaplanmıştır. Regresyona I. adımda yordayıcı değişken, II. adımda biçimlendirici değişken ve III. adımda da ortak etki değişkeni girilerek analizler gerçekleştirilmiştir.

BÖLÜM 4

SONUÇLAR

Araştırma hipotezleri doğrultusunda önce YBG ve KG ardından da YBG kendi içinde ANG ve BNG olarak klinik özellikleri ve araştırma değişkenlerine göre gösterdikleri farklılıklar açısından değerlendirilmiştir. Ardından YBG için kurulan nedensel hipotezler doğrultusunda araştırma değişkenlerinin birbiriyle ilişkileri ele alınmıştır.

Tanımsal Bilgiler

Kontrol Grubu ile Yeme Bozukluğu Gruplarının Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Araştırmada yer alan katılımcıların klinik özelliklerine dair tanımsal incelemeler yapılmıştır. Buna göre tıbbi eş tanı, ailede YB ve diğer psikiyatrik bozuklukların varlığı, ilaç kullanımı ve Beden İmgesi Bozukluğu açısından hem AN ve BN grupları birbiriyle hem de tüm YB grubu ve kontrol grubu birbiriyle karşılaştırılmıştır. Kategori başına düşen vaka sayısı yeterli olduğu durumlarda YBG ve KG arasındaki farklar X^2 bağımsızlık testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 9'da görüldüğü gibi Tıbbi Eş tanının varlığı YBG'de %36 olup (n=27) KG'da %10.7 (n=8) olarak bulgulanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2_{(2)}=13.353$, $p<0.01$). ANG'de tıbbi eş tanı % 31.8 (n=14) oranında görülürken BN'de bu oran % 41.9'dur (n= 13). YBG'de ailede YB görülme oranı %21.3 olup, en sık obezite (%7) bildirilirken diğer YB'ler eşit oranda görülmektedir (%4). KG'de ise vakaların %96'sı (n=72) ailelerinde YB öyküsü tanımlanmamış, %1.3'ünde BTA ve %2.7'sinde obezite bildirilmiştir. Ailede YB görülme oranları ANG'de; %4.5 AN, %1 BN ve %11.4 obezite olurken, BNG'de ise %3.2 AN, %6.5 BN, %9.7 BTA ve %6.5 obezite şeklinde ANG'ye göre daha sık görülmüştür. Ailede Psikiyatrik bozukluk görülme oranları da YBG'de %54.7 (n=34) olup, KG'de gözlenen % 13.3'lük (n=10) orandan anlamlı derecede daha yüksektir ($X^2_{(2)}=18.525$, $p<0.001$). ANG'de ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü %40.9 iken (n=18), BNG'de bu oran %51.6'ya (n=16) çıkmaktadır.

İlaç kullanımının varlığı da YBG’de (%42.7), KG’den (%6.7) daha sıktır. ANG ve BNG’de ilaç kullanım sıklıkları birbirine yakın oranlarda bulunmuştur (sırasıyla %43.2 ve %41.9).

FRDÖ-BİB ile kategorik olarak ölçülen Beden İmgesi Bozukluğu açısından ise AN’ler kendilerini olduklarından daha zayıf (%43.2) ve BN’ler kendilerini olduğu gibi görme eğilimindedir (%61.3). Toplamda YB vakalarının %48’i kendilerini oldukları gibi değerlendirme eğilimindeyken, sağlıklı kontrollerin kendilerini belirgin çoğunlukla (%66.6) olduklarından daha zayıf algılama eğiliminde oldukları görülmektedir.

Tablo 9. ANG, BNG, YBG ve KG vakalarını tıbbi eş tanı, ailede yb ve psikiyatrik bozukluk öyküsü, ilaç kullanımı ve beden imgesi bozukluğu kategorilerindeki sıklık dağılımları.

		ANG % (N)	BNG % (N)	Test İstatistiği	YBG (N)	KG % (N)	Test İstatistiği
Tıbbi Eş Tanı	Var	31,8 (14)	41,9 (13)	$X^2=0.808$	36 (27)	10,7 (8)	$X^2=13.353^*$
	Yok	68,2 (30)	58,1 (18)		64 (48)	89,3 (67)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)		100 (75)	100 (75)	
Ailede Yeme Bozukluğu	Yok	81,8 (36)	74,2 (23)	$X^2=0.841$	78,7 (59)	96 (72)	$X^2=18.525^*$
	AN	4,5 (2)	3,2 (1)		4 (3)	0	
	BN	2,3 (1)	6,5 (2)		4 (3)	0	
	BTA	0	9,7 (3)		4 (3)	1,3 (1)	
	Obezite	11,4 (5)	6,4 (2)		9,3 (7)	2,7 (2)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)		100 (75)	100 (75)	
Ailede Psik. Bozukluk	Var	40,9 (18)	51,6 (16)	$X^2=0.012$	54,7 (34)	13,3 (10)	$X^2=26.154^*$
	Yok	59,1 (26)	48,4 (15)		45,3 (41)	86,7 (65)	
	Toplam	100 (44)	100(31)		100 (75)	100 (75)	
İlaç Kullanımı	Var	43,2 (19)	41,9 (13)	$X^2=4.215$	42,7 (32)	6,7 (5)	$X^2=15.706^*$
	Yok	56,8 (25)	58,1 (18)		57,3 (43)	93,3 (70)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)		100 (75)	100 (75)	
Beden İmgesini Değerlendirme	Zayıf	43,2 (19)	22,6 (7)	$X^2=4.215$	34,7 (26)	66,6 (50)	$X^2=15.706^*$
	Tam	38,6 (17)	61,3 (19)		48 (36)	26,7 (20)	
	Şişman	18,2 (8)	16,1 (5)		17,3 (13)	6,7 (5)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)		100 (75)	100 (75)	

* $p<0.001$

Yeme Bozukluğu Grubunun Klinik Özellikler Açısından Kendi İçinde Gösterdiği Farklar

Klinik Özellikler

YBG katılımcılarının Yeme Bozukluğuna özgü klinik özellikleri AN ve BN grupları birbiriyle kıyaslanarak değerlendirilmiştir. Tablo 10'da belirtildiği gibi BNG'de tedaviye başvuru çoğunlukla (%61.3) vakaların kendi istekleri doğrultusunda olurken ANG'de aile ve eş isteğiyle başvuru daha sık (%54.5) bulunmuştur. Hastalığın başlangıcından önce tetikleyici bir olayın varlığı tüm YBG'de oldukça sık görülmüş (%58.7), ANG'de (%60) BNG'ya (%55) göre biraz daha fazla bulunmuştur. Geçmiş hastane yatışının sıklığı açısından bakıldığında AN'lerde (%54.5) hastane yatışı BN'lere (%22.6) kıyasla daha fazla görülmektedir ($X^2_{(2)}=7.663$, $p<0.01$). Vakaların büyük çoğunluğu şuanda herhangi bir tedavi almamakta (%62.7) dolayısıyla planlanan bir tedavi programını da takip etmemektedirler (%69.3). ANG'de şimdiki tedavi türü %6.8 taburcu/ayaktan, %20.5 poliklinik ve %9.1 yatarak tedavi şeklindeyken bu oranlar BNG'de sırasıyla %3.2, %29 ve %6.5 şeklindedir. Geçmişte hastaların çoğu (%46.7) poliklinikten tedavi alırken AN'lerde yatarak tedavi alma oranları en yüksek düzeyde (%50), BN'lerde ise poliklinik tedavisi (%64.5) en yüksek düzeyde bulunmuştur. Şimdiki tedavi şekli ANG'de %13.6 bireysel terapi, %9.1 yalnızca ilaç tedavisi ve %6.8 ilaç+terapi şeklindeyken, vakaların %70.5'i herhangi bir tedavi almamaktadırlar. BNG'de ise vakaların %12.9'u ilaç tedavisi, %6.5'i bireysel terapi, %12.9'u ilaç+terapi şeklinde tedavi alırken %67.7'si şuanda herhangi bir tedavi almamaktadırlar. Geçmişte alınan tedavi şeklinde ise en yaygın olarak (%34.7) ilaç ve terapinin birlikte kullanıldığı kombin tedavilerin tercih edildiği görülmektedir. Bu oranlar ANG'de %29.6 sadece ilaç, %15.9 bireysel terapi, %31.8 ilaç+terapi şeklinde olup vakaların %22.7'si geçmişte hastalıkları için herhangi bir tedavi almamışlardır. BNG'de ise vakaların %25.8'i sadece ilaç, %25.8'i sadece bireysel terapi, %38.7'si ilaç ve terapi şeklinde tedavi alırken, %25.8'i hiçbir türde tedavi almamışlardır.

Tablo 10. ANG, BNG ve YBG’de tedaviye başvuru şekli, hastalığı tetikleyici olayın varlığı, geçmişte hastane yatışının varlığı, şimdiki ve geçmişteki tedavi şekli, şimdiki ve geçmişteki tedavi türünün sıklık dağılımları

		ANG % (N)	BNG % (N)	Toplam YBG	Test İstatistiği
Tedaviye Başvuru	Kendi İsteğiyle	45,5 (20)	61,3 (19)	52 (39)	$X^2=1.827$
	Aile/eş İsteğiyle	54,5 (24)	38,7 (12)	48 (36)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Tetikleyici Olay	Var	60 (33)	55 (22)	58,7 (44)	$X^2=0.151$
	Yok	40 (11)	45 (9)	41,3 (31)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Hospitalizasyon	Var	54,5 (24)	22,6 (7)	41,3 (31)	$X^2=7.663^*$
	Yok	45,5 (20)	77,4 (24)	58,7 (44)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Şimdiki Tedavi Türü	Tedavi almıyor	63,6 (28)	61,3 (19)	62,7 (47)	
	Taburcu ayaktan takip	6,8 (3)	3,2 (1)	5,3 (4)	
	Poliklinik	20,5 (9)	29 (9)	24 (18)	
	Yatarak	9,1 (4)	6,5 (2)	8 (6)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Şimdiki Tedavi Şekli	Yok	70,5 (31)	67,7 (21)	69,3 (52)	
	İlaç	9,1 (4)	12,9 (4)	10,7 (8)	
	Bireysel Terapi	13,6 (6)	6,5 (2)	10,7 (8)	
	İlaç+Terapi	6,8 (3)	12,9 (4)	9,3 (7)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Geçmiş Tedavi Türü	Tedavi almamış	15,9 (7)	12,9 (4)	14,7 (11)	
	Taburcu-Ayaktan	0 (0)	3,2 (1)	1,3 (1)	
	Poliklinik	34,1 (15)	64,5 (20)	46,7 (35)	
	Yatarak	50 (22)	19,4 (6)	37,3 (28)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Geçmiş Tedavi Şekli	Yok	22,7 (10)	25,8 (8)	24 (18)	
	İlaç	29,6 (13)	25,8 (8)	28 (21)	
	Bireysel terapi	15,9 (7)	9,7 (3)	13,3 (10)	
	İlaç+terapi	31,8 (14)	38,7 (12)	34,7 (26)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	

* $p<0.01$

Psikiyatrik Eş Tanı

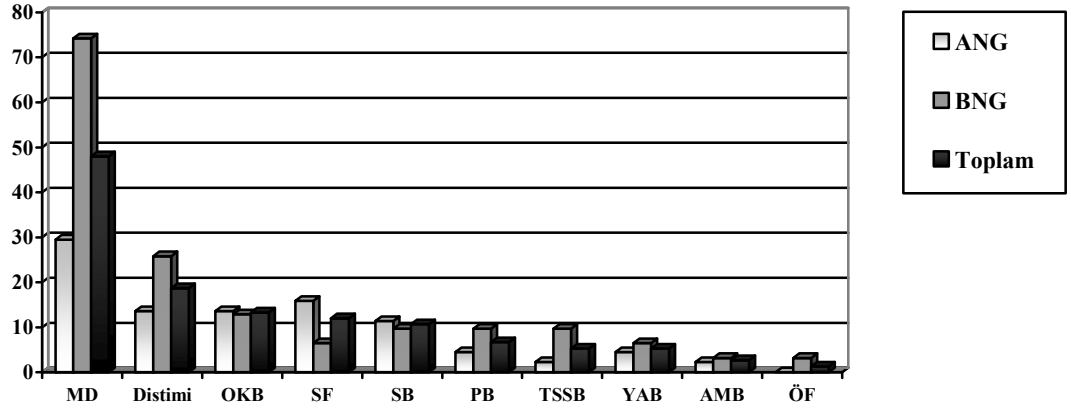
YB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığı da ayrıca incelenmiştir. Tablo 11 ve Şekil 2'de görüldüğü gibi tüm YBG vakalarının %67'sinde ek psikiyatrik tanı olurken bu oran ANG'de %50, BNG'de % 80 çıkmıştır. YB vakalarında en yaygın görülen psikiyatrik eş tanı %48 ile Majör Depresyon (MD) olup diğer psikiyatrik bozuklukların tüm YBG'de görülme oranları ise sırasıyla şöyle bulgulanmıştır; Distimi %18.7, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) %13.3, Sosyal Fobi %12, Somatoform Bozukluklar % 10.7, Panik Bozukluk %6.7, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ve Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun (YAB) her ikisi de %5.3, Alkol ve Madde kullanımı ile ilgili bozukluklar %2.7 ve Özgül Fobi %1.3. Psikiyatrik eş tanının AN ve BN gruplarındaki dağılımı değerlendirildiğinde ise BNG'de MD (%74), Distimi (%25,8), Panik Bozukluk (%9,7), TSSB (%9,7), YAB (%6,5), Alkol Madde kullanımı ile ilgili bozukluklar (%3,2) ve Özgül Fobi (%3,2) ANG'ye kıyasla daha sık görülürken; OKB, sosyal fobi ve somatoform bozukluklar ANG'de BNG'ye kıyasla daha yaygın görülmüştür (sırasıyla %13.6, %15.9 ve %11.4). YB'ye eşlik eden psikiyatrik Bozuklukların sıklık dağılımları tablo ve şekilde gösterilmiştir.

Tablo 11. YB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların ANG, BNG ve tüm YBG'deki sıklık dağılımı

		ANG % (N)	BNG % (N)	YBG % (N)
MD	Var	29,5 (13)	74,2 (23)	48 (36)
	Yok	70,5 (31)	25,8 (8)	52 (39)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Distimi	Var	13,6 (6)	25,8 (8)	18,7 (14)
	Yok	86,4 (38)	74,2 (23)	81,3 (61)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
OKB	Var	13,6 (6)	12,9 (4)	13,3 (10)
	Yok	86,4 (38)	87,1(27)	86,7 (65)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Sosyal Fobi	Var	15,9 (7)	6,5 (2)	12 (9)
	Yok	84,1 (37)	93,5 (29)	88 (66)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Somatoform Bozukluklar	Var	11,4 (5)	9,7 (3)	10,7 (8)
	Yok	88,6 (39)	90, 3 (28)	89,3 (67)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Panik Bozukluk	Var	4,5 (2)	9,7 (3)	6,7 (5)
	Yok	95,5 (42)	90, 3 (28)	93,3 (70)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
TSSB	Var	2,3 (1)	9,7 (3)	5,3 (4)
	Yok	97,7 (43)	90, 3 (28)	94,7 (71)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
YAB	Var	4,5 (2)	6,5 (2)	5,3 (4)
	Yok	95,5 (42)	93,5 (29)	94,7 (71)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Alkol Madde Kul. İle İlgili Boz.	Var	2,3 (1)	3,2 (1)	2,7 (2)
	Yok	97,7 (43)	96,8 (30)	97,3 (73)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Özgül Fobi	Var	0	3,2 (1)	1,3 (1)
	Yok	100 (44)	96,8 (30)	98,7 (74)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Toplam YBG'de Psikiyatrik Eştanı	Var	50 (22)	80 (25)	62,7 (47)
	Yok	50 (22)	20 (6)	37,3 (28)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)

MD: Majör Depresyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, TSSB= Travma Sonrası Stres Bozukluğu, YAB=Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Şekil 2. ANG, BNG ve YBG’de eşlik eden psikiyatrik eş tanıların sıklık dağılımı



MD: Majör Depresyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, SF=Sosyal Fobi, PB=Panik Bozukluk, TSSB= Travma Sonrası Stres Bozukluğu, YAB=Yaygın Anksiyete Bozukluğu, AMB=Alkol Madde Kullanımıyla İlgili Bozukluklar, ÖF=Özgül Fobi

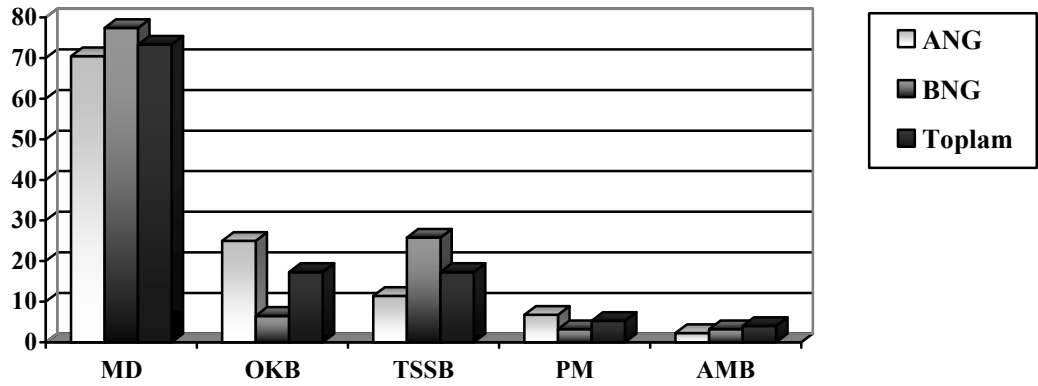
YB vakalarının yalnızca şuan ki değil geçmişte aldıkları ek psikiyatrik tanıları da değerlendirilmiştir. Tablo 12 ve Şekil 3’te görüldüğü gibi, YBG’ye en sık eşlik eden tanı %73.3 ile yine MD olarak bulgulanmıştır. Bunu %17,3 ile OKB ve TSSB, %5.3 ile panik bozukluk ve %4 ile alkol ve madde kullanımıyla ilgili bozukluklar takip etmiştir. ANG ve BNG’de geçmişte görülen psikiyatrik bozuklukların dağılımı ise şöyle olmuştur; MD, TSSB ve alkol madde kullanımıyla ilgili bozukluklar BNG’de daha yaygınken (sırasıyla %77.4, %25.8 ve %3.2); OKB ve Panik Bozukluk ANG’de daha yaygın olarak bildirilmiştir (sırasıyla %25 ve %6.8).

Tablo 12. ANG, BNG ve YBG’de geçmişte tanı alınan psikiyatrik bozuklukların sıklık dağılımı

		ANG % (N)	BNG % (N)	YBG % (N)
MD	Var	70,5 (31)	77,4 (24)	73,3 (55)
	Yok	29,5 (13)	22,6 (7)	26,7 (20)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
OKB	Var	25 (11)	6,5 (2)	17,3 (13)
	Yok	75 (33)	93,5 (29)	82,7 (62)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
TSSB	Var	11,4 (5)	25,8 (8)	17,3 (13)
	Yok	88,6 (39)	74,2 (23)	82,7 (62)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Panik Bozukluk	Var	6,8 (3)	3,2 (1)	5,3 (4)
	Yok	93,2 (41)	96,8 (30)	94,7 (71)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)
Alkol ve Madde Kull. İle ilgili Bozukluklar	Var	2,3 (1)	3,2 (2)	4 (3)
	Yok	97,7 (43)	96,8 (29)	96 (72)
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)

MD=Majör Depresif Bozukluk, OKB=Obsesif Kompulsif Bozukluk, TSSB= Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Şekil 3. ANG, BNG ve YBG’de geçmişte görülen psikiyatrik bozuklukların sıklık dağılımı



MD: Majör Depresyon, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, TSSB= Travma Sonrası Stres Bozukluğu, PB=Panik Bozukluk, AMB=Alkol Madde Kullanımıyla İlgili Bozukluklar

Diğer Klinik Özellikler

Hastalık süresi ve hastalık öncesi BKİ açısından BNG'nin ortalamaları ANG'den anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $Z=-2.200$, $p<0.05$; $Z=-2.815$, $p<0.01$). Tanı süresinin uzunluğu ve DSM-IV'e göre semptom başlangıç yaşı ele alındığında ise ANG ve BNG arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla, $Z=-.409$, $Z=-.234$, $p>0.05$). Sonuçlar Tablo 13'te görülebilir.

Tablo 13. ANG ve BNG'nin hastalık süresi, şimdiki tanı süresi ve DSM-IV'e göre semptom başlangıç yaşı ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri

	ANG (N=44)	BNG (N=31)	Toplam (N=75)	Test İstatistiği
	<i>Ort / SS</i>	<i>Ort / SS</i>	<i>Ort / SS</i>	
<i>HS (ay)</i>	59 / 39,1	93,4 / 68,2	73,2 / 55,4	$Z= -2,200^*$
<i>HÖ BKİ</i>	20,5 / 3,3	22,9 / 3,7	57,5 / 10,4	$Z= -2,815^{**}$
<i>Tanı Süresi</i>	26,9 / 28,1	20,2 / 14,7	24,1 / 23,6	$Z= -,409$
<i>SBYaşı</i>	17,4 / 4,2	17,3 / 3,1	17,4 / 3,8	$Z= -,234$

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

HS=Hastalık süresi (ay), HÖ BKİ=Hastalık Öncesi BKİ, Tanı Süresi= Şimdiki tanının konulduğundan beri geçen süre (ay), SB Yaşı=DSM-IV'e göre yeme bozukluğu semptomlarının başlangıç yaşı

Hipotez 1. KG ile YBG; beden kitle indeksi (BKİ), YBDÖ toplam ve alt ölçekleriyle ölçülen yeme bozukluğu semptom düzeyi, BDE puanlarıyla ölçülen depresyon, FRDÖ-BM ile ölçülen beden memnuniyetsizliği ve FRDÖ-BİB ile ölçülen beden imgesi bozukluğu puanları açısından farklılık gösterecektir.

YB vakalarının araştırma değişkenleri açısından sağlıklı kontrollerden ne düzeyde farklılaştığını belirlemek amacıyla iki grubun BKİ, yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon düzeyi, beden memnuniyetsizliği düzeyi ve beden imgesi bozukluğu puanlarının ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda 14'de görüldüğü üzere YBG ve KG boy ve FRDÖ-BM açısından birbirinden anlamlı derecede farklılık göstermezken (sırasıyla $Z=-0.713$, $Z=-0.312$, $p>0.05$); YBDÖ toplam (YBDÖ-T), YBDÖ-K, YBDÖ-YE, YBDÖ-BE ve YBDÖ-KE alt ölçek

puanların yanı sıra, BDE ve FRDÖ-BİB puanları ve kilo, açısından anlamlı derecede farklılık göstermişlerdir (sırasıyla $Z=-4.706$, $p<0.001$; $Z=-3.896$, $p<0.001$; $Z=-3.618$, $p<0.001$; $Z=-4.191$, $p<0.001$; $Z=-3.718$, $p<0.001$; $Z=-3.952$, $p<0.001$; $Z=-4.452$, $p<0.001$; $Z=-2.954$, $p<0.001$; $Z=-4.013$, $p<0.01$).

ANG ve BNG kıyaslandığında ise YBDÖ-T puanları ve tüm alt testlerde BN vakaları AN vakalarından daha yüksek puanlar almışlardır (sırasıyla $Z=-4.666$, $Z=-3.923$, $Z=-5.062$, $Z=-4.554$, $Z=-4.025$, $p<0.001$). BNG'nin depresyon puanları da ANG'ye göre daha yüksektir ($Z=-4.664$, $p<0.01$). FRDÖ-BİB ile ölçülen beden imgesi bozukluğu puanları açısından ANG ve BNG arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($Z=-1.651$, $p>0.05$). FRDÖ-BM, kilo, BKİ, BNG'nin ortalamaları ANG'den anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $Z=-5.039$, $p<0.01$; $Z=-5.260$, $p<0.001$; $Z=-5.084$, $p<0.01$).

Tablo 14. ANG, BNG, YBG, KG'nin yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu, kilo, boy, BKİ'lerine ait ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri

	ANG (N=44) Ort / SS	BNG (N=31) Ort/SS	Test İstatistiği	YBG (N=75) Ort/SS	KG (N=75) Ort/SS	Toplam (N=150) Ort/SS	Test İstatistiği
YBDÖ-T	1,3 / 1,2	3,1 / 1,4	$Z= -4,664^{***}$	2,1 / 1,6	1,0 / 0,9	1,6 / 1,4	$Z= -3,896^{***}$
YBDÖ-K	1,4 / 1,5	2,9 / 1,7	$Z= -3,923^{***}$	2,0 / 1,7	1, / 1,3	1,6 / 1,6	$Z= -3,618^{***}$
YBDÖ-YE	0,1 / 1,2	3,2 / 1,5	$Z= -5,062^{***}$	1,9 / 1,7	0,6 / 0,8	1,3 / 1,5	$Z= -4,191^{***}$
YBDÖ-BE	1,6 / 1,5	3,7 / 1,7	$Z= -4,554^{***}$	2,5 / 1,8	1,3 / 1,2	1,9 / 1,6	$Z= -3,718^{***}$
YBDÖ-KE	1,5 / 1,5	3,1 / 1,5	$Z= -4,025^{***}$	2,2 / 1,7	1,1 / 0,9	1,6 / 1,5	$Z= -3,952^{***}$
BDE	10,8 / 9,2	19,1 / 8,8	$Z= -4,664^{**}$	14,3 / 9,9	7,4 / 5,3	10,8 / 8,6	$Z= -4,452^{***}$
FRDÖ-BM	99,7 / 35,8	175 / 93,5	$Z= -5,039^{**}$	130,8 / 75,4	124,5 / 43,8	127,7 / 61,5	$Z= -3,12$
FRDÖ-BİB	95,1 / 33,2	99,4 / 13,0	$Z= -1,651$	96,7 / 26,7	85,4 / 15,9	91,1 / 22,7	$Z= -2,954^{**}$
Kilo	47,2 / 6,9	60,9 / 13,6	$Z= -5,260^{***}$	52,89 / 12,2	59,9 / 11,5	56,3 / 12,3	$Z= -4,013^{**}$
Boy	162,9 / 6,7	164,7 / 6,9	$Z= -1,305$	163,6 / 6,8	163,1 / 5,0	163,4 / 5,9	$Z= -,713$
BKİ	17,8 / 2,1	22,5 / 5,0	$Z= -5,084^{**}$	19,7 / 4,3	22,5 / 4,5	21,1 / 4,6	$Z= -4,706^{***}$

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

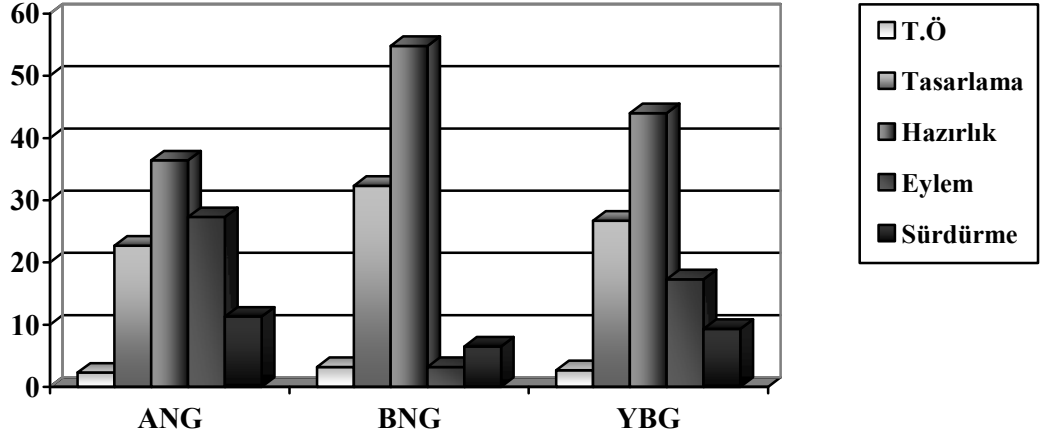
Hipotez 2: Akut evrede olan yeme bozukluğu vakalarının kısmi ve tam remisyonunda olanlara kıyasla ANDEÖ ve BNDEÖ ile kategorik olarak ölçülen tedavi motivasyonu evrelerine göre sıklık dağılımı farklı olacaktır.

Yeme Bozukluğu vakaları tedavi motivasyonu açısından değerlendirildiğinde vakaların %44'ünün Hazırlık, %26.7'sinin Tasarlama, %17.3'ünün Eylem, %9.3'ünün Sürdürme ve %2.7'sinin de Tasarlama Öncesinde yer aldığı bulgulanmıştır. Tablo 15 ve Şekil 4'te görüldüğü gibi AN ve BN gruplarında değişimin motivasyonel evrelerine göre dağılım oranları hemen hemen benzer olmakla birlikte (Tasarlama Öncesi: ANG:%2.3, BNG:%3.2, Tasarlama ANG:%22.7, BNG: %32.3, Hazırlık: ANG: %36.4, BNG: %54.8, Sürdürme: ANG: %11.3, BNG: %6.5) ANG'de Eylem Evresinde olanların sıklığı (%27.3) BNG'dekilere (%3.2) kıyasla oldukça yüksek görülmüştür. Vakaların tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerine göre dağılımları Tablo 15 ve Şekil 4'te görülebilir.

Tablo 15. ANG, BNG ve YBG'nin tedavi motivasyonu ortalama puanları, standart sapmaları ve değişimin motivasyonel evrelerindeki sıklık dağılımları

	TM Puan Ort / SS	T. Öncesi % (N)	Tasarlama % (N)	Hazırlık % (N)	Eylem % (N)	Sürdürme % (N)	Toplam %(N)
ANG	3.1 / 0.9	2,3 (1)	22,7 (10)	36,4 (16)	27,3 (12)	11,3 (5)	100
BNG	2.7 / 0.8	3,2 (1)	32,3 (10)	54,8 (17)	3,2 (1)	6,5 (2)	100
YBG	2.9 / 0.9	2,7 (2)	26,7 (20)	44 (33)	17,3 (13)	9,3 (7)	100 (75)

Şekil 4. ANG, BNG ve YBG vakalarının tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerine göre yüzde sıklık dağılımları



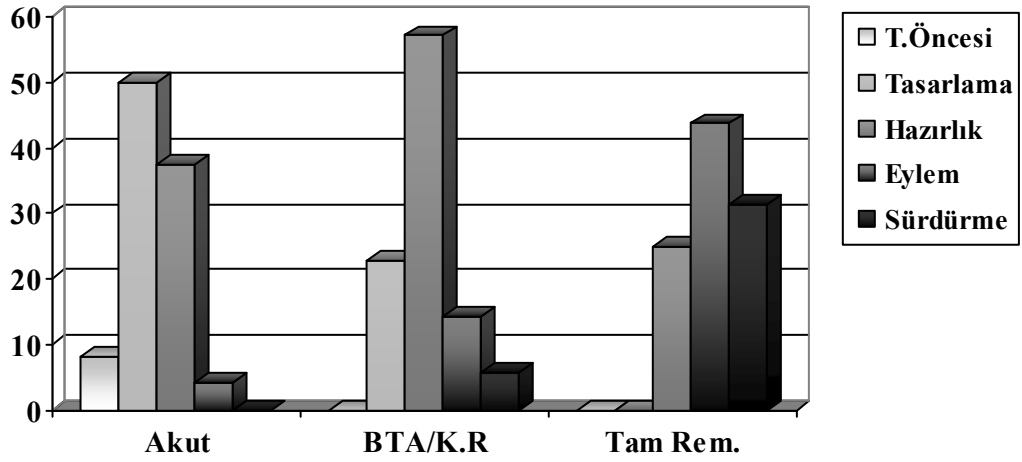
Tedavi Motivasyonu sürekli değişken olarak alındığında; tedavi motivasyonu ortalama ve standart sapmaları; YBG’de 2.9 (SS: 0.9), ANG’de 3.1 (SS: 0.9) ve BNG’de 2.7 (SS: 0.8). ANG ve BNG’nin tedavi motivasyonu açısından farklılık gösterip göstermedikleri de karşılaştırıldığında ise ANG’nin tedavi motivasyonu ortalama puanları BNG’ye göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($t=2.292$, $p<0.05$).

Tablo 16 ve Şekil 5’te belirtildiği gibi YB semptom durumu akut tam remisyona doğru ilerledikçe vakaların içerisinde buldukları motivasyonel evre de ilerlemektedir. YB akut durumda olanların %8.3’ü Tasarlama Öncesi, %50’si Tasarlama, %37.5’i Hazırlık, %4.2’si Eylem evrelerindeyken, sürdürme evresinde hiç vaka yoktur. BTA/Kısmi Remisyonda olan vakaların ise büyük çoğunluğu Hazırlık (%57.1), Eylem (%14.3), Sürdürme (%5.7) gibi ileri evrelerdeyken, %22.9’u tasarlama evresinde olup T. Öncesi’nde hiç vaka yer almamaktadır. Tam Remisyonda olan vakaların ise hiç biri T. Öncesi ve Tasarlama Evresinde olmazken, %25’i Hazırlık, %43.7’si Eylem ve %31.3’ü Sürdürme evresinde çıkmıştır.

Tablo 16. YB tanısının durumuna göre tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerindeki sıklık dağılımı

	T. Öncesi % (N)	Tasarlama % (N)	Hazırlık % (N)	Eylem % (N)	Sürdürme % (N)	Toplam % (N)
Akut	8,3 (2)	50 (12)	37,5 (9)	4,2 (1)	0 (0)	100 (24)
BTA/Kısmi Rem.	0 (0)	22,9 (8)	57,1 (20)	14,3 (5)	5,7 (2)	100 (35)
Tam Remisyon	0 (0)	0 (0)	25 (4)	43,7 (7)	31,3 (5)	100 (16)
Toplam	2,7 (2)	26,7 (20)	44 (33)	17,3(13)	9,3 (7)	100 (75)

Şekil 5. Akut, Kısmi ve Tam Remisyon'daki YBG vakalarının değişimin motivasyonel evrelerindeki yüzde sıklık dağılımları



Hipotez 3: Yeme Bozukluğu vakalarında YBDÖ Toplam ile ölçülen semptom düzeyi, BDE ile belirlenen depresyon, FRDÖ-BM ile belirlenen beden memnuniyetsizliği, FRDÖ-BİB ile belirlenen beden imgesi bozukluğu ve SCID-I ile değerlendirilen eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklarının varlığı, ANDEÖ ve BNDEÖ ile değerlendirilen tedavi motivasyonunu yordayacaktır.

Araştırma değişkenlerinin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkisini incelemek için öncelikle tüm gruplarda Bağımlı, Bağımsız ve Biçimlendirici değişkenlerin arasındaki korelasyonlara bakılmıştır.

ANG, BNG, YBG ve KG’de araştırma değişkenleri arasındaki ilişkileri incelemek amacı ile Spearman Sıralı Korelasyon Katsayı Analizi yapılmıştır. Buna göre tedavi motivasyonu puanları (TM) Yeme bozukluğu semptom düzeyini ölçen YBDÖ-T puanlarıyla ve YBDÖ’nün K, YE, BE ve KE alt ölçekleriyle hem ANG’de (Sırasıyla ANG: $r=-0.734$, $r=-0.621$, $r=-0.666$, $r=-0.715$, $r=-0.637$, $p<0.001$) hem BNG’de (sırasıyla $r=-0.625$, $p<0.001$; $r=-0.556$, $p<0.01$; $r=-0.546$, $p<0.01$; $r=-0.435$, $p<0.05$; $r=-0.525$, $p<0.05$) ve toplam YBG’de (sırasıyla $r=-0.715$, $r=-0.657$, $r=-0.654$, $r=-0.667$, $r=-0.665$, $p<0.001$) anlamlı düzeyde ilişkili çıkmıştır. Tablo 17’de görüldüğü gibi tedavi motivasyonu ve depresyon arasındaki ilişki YBG ve ANG’de ileri düzeyde anlamlıyken (sırasıyla $r=-0.469$, $r=-0.520$, $p<0.001$), BNG’de anlamsız bulunmuştur ($r=-0.127$, $p>0.05$).

YBG’de ve BNG’de beden memnuniyetsizliği puanları arttıkça tedavi motivasyonu puanlarında düşüş görülmekteyken ANG’de bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki yoktur (sırasıyla $r=-0.383$, $p<0.01$; $r=-0.460$, $p<0.01$; $r=-0.078$, $r>0.05$). Benzer şekilde beden imgesi bozukluğu puanları ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki de YBG ve BNG’de anlamlı düzeydeyken ANG’de anlamsız bulunmuştur (sırasıyla $r=0.308$, $p<0.01$; $r=-0.358$, $p<0.05$, $r=-0.217$, $r>0.05$). ANG’de BKİ düştükçe tedavi motivasyonunda da düşüş gözlenirken, aynı etki YBG ve BNG’de görülmemektedir (sırasıyla $r=0.485$, $p<0.01$, $r=0.083$, $p>0.05$, $r=0.080$, $r>0.05$).

YBDÖ-T, YBDÖ-K, YBDÖ-YE alt test puanlarındaki yükselme ANG ve YBG'de BDE puanlarındaki yükselmeyle ilişkiliyken (sırasıyla $r=0.493$, $p<0.001$; $r=0.510$, $p<0.001$; $r=0.506$, $p<0.001$; $r=0.474$, $p<0.001$; $r=0.388$, $p<0.01$; $r=0.455$, $p<0.001$), BNG ve KG'de bu ilişki anlamsızdır (sırasıyla $r=0.67$, $r=0.182$, $r=0.014$, $r=0.40$, $r=0.087$, $r=0.124$, $p>0.05$). YBDÖ-BE ile BDE arasındaki ilişki ise ANG ve YBG'ye ek olarak bu kez BNG'de de anlamlı olarak bulgulanmıştır (Sırasıyla $r=0.495$, $r=0.526$, $r=0.865$, $p<0.001$). KG'de YBDÖ-KE alt testi ile BDE arasındaki ilişki anlamlı düzeyde bulgulanırken ($r=0.246$, $p<0.05$), bu ilişki ANG ve YBG için de anlamlı düzeyde olup (sırasıyla $r=0.331$, $p<0.05$; $r=0.431$, $p<0.001$) BNG'de anlamsız olarak gözlenmiştir ($r=-0.048$, $p>0.05$).

Beden Memnuniyetsizliğindeki artış ile yeme bozukluğu semptom düzeyindeki artış ANG hariç hemen hemen diğer tüm gruplarda anlamlı olarak bulunmuştur. FRDÖ-BM ile YBDÖ-T, YBDÖ-K, YBDÖ-YE ve YBDÖ-KE arasındaki ilişki BNG (sırasıyla $r=0.756$, $p<0.001$, $r=0.492$, $p<0.01$; $r=0.658$, $p<0.001$, $r=0.771$, $p<0.001$), YBG (sırasıyla $r=0.600$, $r=0.491$, $r=0.607$, $r=0.567$, $p<0.001$) ve KG'de anlamlı düzeyde bulunmuştur (sırasıyla $r=0.513$, $p<0.001$; $r=0.385$, $p<0.01$, $r=0.413$, $p<0.001$; $r=0.472$, $p<0.001$). YBDÖ-BE ile FRDÖ-BM arasındaki ilişki yalnızca YBG ve KG'de anlamlı düzeydedir (sırasıyla $r=0.636$, $p<0.001$; $r=0.532$, $p<0.001$). FRDÖ-BM puanlarındaki artış ile BDE puanlarındaki artış da sadece YBG'de anlamlı düzeyde gözlenmiştir ($r=0.285$, $p<0.05$). FRDÖ-BM ile FRDÖ-BİB arasındaki ilişki tüm gruplarda (ANG, BNG, YBG ve KG) anlamlı olarak bulgulanırken (sırasıyla $r=0.456$, $p<0.01$; $r=0.441$, $p<0.01$; $r=0.442$, $p<0.001$; $r=0.425$, $p<0.001$), FRDÖ-BM ve BKİ ilişkisi ANG hariç diğer gruplarda anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $r=0.247$, $p>0.05$; $r=0.407$, $p<0.05$; $r=0.522$, $r<0.001$; $r=0.815$, $p<0.001$).

YBG'de FRDÖ-BİB ile YBDÖ-T, YBDÖ-K, YBDÖ-YE alt testleri arasında düşük düzeyde anlamlı ilişki bulgulanmıştır (sırasıyla $r=0.230$, $r=0.252$, $r=0.279$, $p<0.05$). Ayrıca BNG'de de FRDÖ-BİB ile YBDÖ-K alt testi puanlarında düşük düzeyde anlamlı ilişki gözlenmiştir ($r=0.383$, $p<0.05$).

KG'de BKİ'deki artış YBDÖ-T ve tüm alt testlerdeki puanlarda anlamlı düzeyde artış ile ilişkilidir (sırasıyla $r=0.472$, $p<0.001$; $r=0.409$, $p<0.001$; $r=0.244$, $p<0.05$; $r=0.522$, $p<0.001$; $r=0.402$, $p<0.001$). Benzer şekilde YBG'de de BKİ ile YBDÖ-T, YBDÖ-YE, YBDÖ-BE ve YBDÖ-KE alt test puanları arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir (sırasıyla $r=0.321$, $p<0.05$; $r=0.352$, $p<0.01$; $r=0.344$, $p<0.01$; $r=0.295$, $p<0.05$). Son olarak sadece ANG'de BKİ'deki düşüş BDE puanlarındaki yükselme ile düşük düzeyde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-0.339$; $p<0.05$). Sonuçlar Tablo 17'de gösterilmektedir.

Tablo 17. ANG, BNG, YBG ve KG'nin bağımlı, bağımsız ve biçimlendirici değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu

<i>Değişken</i>	<i>Grup</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
1.TM	ANG	-	-.734***	-.621***	-.666***	-.715***	-.637***	-.520***	-.078	-.217	.485**
	BNG	-	-.625***	-.556**	-.546**	-.435*	-.525**	-.127	-.460**	-.358*	.080
	YBG	-	-.715***	-.657***	-.654***	-.667***	-.665***	-.469***	-.383**	-.308**	.083
	KG										
2.YBDÖ-T	ANG	-	.876***	.874***	.932***	.910***	.493**	.126	.080	-.225	
	BNG	-	.793***	.911***	.866***	.834***	.067	.756***	.259	.240	
	YBG	-	.895***	.937***	.948***	.938***	.510***	.600***	.230*	.321**	
	KG	-	.796***	.831***	.929***	.879***	.182	.513***	.169	.472***	
3.YBDÖ-K	ANG	-	.710***	.758***	.701***	.506***	.116	.084	-.184		
	BNG	-	.722***	.569**	.560**	.014	.492**	.383*	.077		
	YBG	-	.809***	.794***	.779***	.474***	.491***	.252*	.215		
	KG	-	.590***	.617***	.630***	.040	.385**	.268	.409***		
4.YBDÖ-YE	ANG	-	.798***	.790***	.388**	.216	.219	-.190			
	BNG	-	.789***	.734***	.087	.658***	.275	.167			
	YBG	-	.887***	.855***	.455***	.607***	.279*	.352**			
	KG	-	.758***	.669***	.124	.413***	.230	.244*			
5.YBDÖ-BE	ANG	-	.893***	.495***	.125	.069	-.244				
	BNG	-	.819***	.865***	.175	.208	.385*				
	YBG	-	.919***	.526***	.636***	.218	.344**				
	KG	-	.818***	.215	.532***	.124	.522***				
6.YBDÖ-KE	ANG	-	.331*	.148	.033	-.198					
	BNG	-	-.048	.771***	.268	.300					
	YBG	-	.431***	.567***	.191	.295*					
	KG	-	.246*	.472***	.151	.402***					
7.BDE	ANG	-	-.170	.013	-.339*						
	BNG	-	.204	.133	.062						
	YBG	-	.285*	.159	.125						
	KG	-	-.075	.123	-.158						
8.FRDÖ-BM	ANG	-	.456**	.247							
	BNG	-	.441**	.407*							
	YBG	-	.442***	.522***							
	KG	-	.425***	.815***							
9.FRDÖ-BİB	ANG	-	-.276								
	BNG	-	-.200								
	YBG	-	-.120								
	KG	-	.224								
10.BKİ	ANG	-									
	BNG	-									
	YBG	-									
	KG	-									

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

YBG’de tedavi motivasyonun yordayıcılarını belirlemek amacıyla tedavi motivasyonun yordanan değişken olarak alındığı ve yeme bozukluğu semptom düzeyi, beden imgesi bozukluğu, eşlik eden psikiyatrik tanının varlığı, beden memnuniyetsizliğinin ve depresyonun yordayıcı değişkenler olarak model sokulduğu adımsal (stepwise) doğrusal çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda depresyon haricindeki tüm değişkenlerin bir arada tedavi motivasyonundaki değişimin %59’unu açıkladığı bulgulanmıştır. Tablo 18’de görüldüğü üzere yeme bozukluğu semptom düzeyi tek başına tedavi motivasyonundaki değişimin %48’ini anlamlı bir şekilde açıklamakta olup ($t=-7.556$, $p<0.001$), beden imgesi bozukluğunun katkısıyla bu değişimin %4.2 oranında arttığı ($t=-2.720$, $p<0.01$), eşlik eden psikiyatrik bozukluğun varlığının değişime %3.2’lik katkı sağladığı ($t=-2.501$, $p<0.05$) ve son olarak beden memnuniyetsizliğinin eklenmesiyle değişimin oranında %3.4’lük bir artış olduğu bulgulanmıştır ($t=2.407$, $p<0.05$).

Tablo 18. YBG’de yeme bozukluğu semptom düzeyi, beden imgesi bozukluğu, psikiyatrik eş tanının varlığı ve beden memnuniyetsizliğinin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkilerine dair adımsal doğrusal çoklu regresyon analizi sonuçları

	ΔR^2	F	B	T
Toplam	0.59			
Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,480	67,287**	-,73	-7,56***
Beden İmgesi Bozukluğu	,042	6,346*	-,22	-2,72**
Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluğun Oluşu	,032	5,060*	-,20	-2,50*
Beden Memnuniyetsizliği	,034	5,792*	-,23	-2,41*

Not: Tablodaki standardize β katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Hipotez 4: YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide BDE ile ölçülen depresyon puanlarının biçimlendirici etkisi olacaktır. Bu etki YBG, ANG ve BNG’de ayrı ayrı gözlenecektir.

YBG, ANG ve BNG’de ayrı ayrı yapılan YB semptom düzeyinin Tedavi Motivasyonu (TM) üzerindeki etkisinde Depresyonun biçimlendirici rolünün araştırıldığı Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi’nde ise regresyon denkleminde birinci adımda bağımsız değişken olarak Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi Toplam Puanı (YBDÖ-T), ikinci adımda biçimlendirici değişken olarak Depresyon Puanı (BDE) ve üçüncü adımda Yeme Bozukluğu Semptom Puanı X Depresyon Puanının ortak etkisi birlikte girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 19’da gösterilmektedir. Görüldüğü gibi Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi, Tedavi Motivasyonu puanlarındaki değişimin YBG’de %48’ini, ANG’de %44’ünü, BNG’de ise %55’ini yüksek derecede anlamlı düzeyde yordamaktadır (sırasıyla $t=-6.353$, $t=-4.002$, $t=-6.550$, $p<0.001$). İkinci adımda regresyon denkleminde biçimlendirici değişken olarak sokulan Depresyon puanlarının tedavi motivasyonundaki değişime katkısı YBG ve ANG’de anlamlı düzeyde olmazken, BNG’de anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $t=-1.981$, $p>0.05$; $t=-1.638$, $p>0.05$; $t=-2.375$, $p<0.05$). Üçüncü adımda regresyona girilen Yeme Bozukluğu Semptom düzeyi ve Depresyonun ortak etkisi Tedavi Motivasyonundaki değişimin YBG’de %2’sini, ANG’de % 0.5’ini ve BNG’de % 7’sini açıkladığı görülmüş ve bu katkı YBG’de marjinal düzeyde anlamlı olurken, ANG’de anlamsız, BNG’de ise anlamlı olarak bulgulanmıştır (sırasıyla $t=1.736$, $p<0.1$; $t=0.628$, $p>0.05$; $t=2.38$, $p<0.05$).

Şekil 6’da görüldüğü gibi BNG’de depresyon düzeyi düşük olanlarda yeme bozukluğu semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki, depresyon düzeyi yüksek olanlardakine kıyasla daha güçlü olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyon düzeyi yüksek olanlarda yeme bozukluğu semptom düzeyi düşük dahi olsa tedavi motivasyonu, depresyon düzeyi düşük olanlardan daha az olmaktadır.

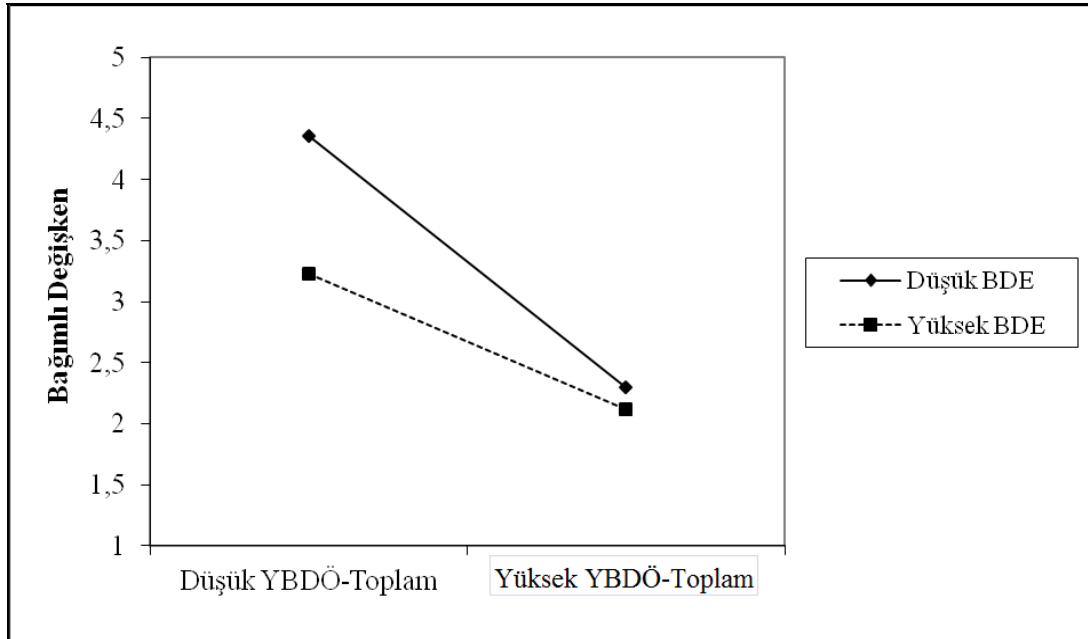
Tablo 19. YBG, ANG ve BNG’de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde depresyon düzeyinin biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları

Değişkenler		β	ΔR^2
1. Adım: Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi (a)	YBG	-0,60***	,480***
	ANG	-0,54***	,440***
	BNG	-0,79***	,553***
2. Adım: Depresyon (b)	YBG	-0,19	,019
	ANG	-0,21	,037
	BNG	-0,33	,021**
3. Adım: a X b	YBG	-0,15	,020*
	ANG	-0,08	,005
	BNG	-0,34**	,074**

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.1$ ** $p < 0.05$ *** $p < 0.001$

Şekil 6. BNG’de yeme bozukluğu semptom düzeyi’nin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde depresyonun biçimlendirici rolü



Hipotez 5: YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide FRDÖ-BM ile ölçülen beden memnuniyetsizliği puanlarının etkisi olacaktır. Bu etki YBG, ANG ve BNG’de ayrı ayrı gözlenecektir.

YB semptom düzeyinin Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisinde Beden Memnuniyetsizliğinin biçimlendirici etkisini araştırmak için YBG, ANG ve BNG için ayrı ayrı yapılan Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi yürütülmüştür. Analizin birinci adımında bağımsız değişken olarak Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi Toplam Puanı (YBDÖ-T), ikinci adımda biçimlendirici değişken olarak Beden Memnuniyetsizliği (FRDÖ-BM) ve üçüncü adımda Yeme Bozukluğu Semptom Puanı X Beden Memnuniyetsizliği Puanının ortak etkisi birlikte girilmiştir. Tablo 20’de görüldüğü gibi Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi’nin, Tedavi Motivasyonu puanlarındaki yordayıcı etkileri hipotez 4’teki gibidir. İkinci adımda regresyon denklemine biçimlendirici değişken olarak sokulan Beden Memnuniyetsizliği puanlarının tedavi motivasyonundaki değişime katkısının her üç grupta da anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir (sırasıyla $t=0,704$; $t=-0,473$; $t=-0,216$, $p>0.05$). Üçüncü adımda regresyona girilen Yeme Bozukluğu Semptom düzeyi ve Beden Memnuniyetsizliği ortak etkisi Tedavi Motivasyonundaki değişimin YBG’de %1’ini, ANG’de %2’sini ve BNG’de %1’sini açıklamakta olup bu katkı her üç grupta da anlamlı düzeyde değildir (sırasıyla $t=0.289$, $t=-1.339$, $t=-0.784$, $p>0.05$).

Tablo 20. YBG, ANG ve BNG’de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde beden memnuniyetsizliği düzeyinin biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları

Değişkenler		β	ΔR^2
1. Adım: Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi (a)	YBG	-0,777*	,480*
	ANG	-0,795*	,440*
	BNG	-0,826*	,553*
2. Adım: Beden Memnuniyetsizliği (b)	YBG	-0,124	,018
	ANG	-0,058	,000
	BNG	-0,091	,039
3. Adım: a X b	YBG	-0,044	,001
	ANG	-0,215	,024
	BNG	0,302	,009

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.001$

Hipotez 6: YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide FRDÖ-BİB ile değerlendirilen beden imgesi bozukluğu puanlarının biçimlendirici etkisi olacaktır. Bu etki YBG, ANG ve BNG’de ayrı ayrı gözlenecektir.

YB semptom düzeyinin Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisinde Beden İmgesi Bozukluğu Düzeyinin biçimlendirici etkisinin araştırmak için de YBG, ANG ve BNG’de üç ayrı Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi yapılmıştır. Analizde birinci adımda bağımsız değişken olarak Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi Toplam Puanı (YBDÖ-T), ikinci adımda biçimlendirici değişken olarak Beden İmgesi Bozukluğu (FRDÖ-BİB) ve üçüncü adımda Yeme Bozukluğu Semptom Puanı X Beden İmgesi Bozukluğu Puanının ortak etkisi birlikte girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 21’de gösterilmektedir. İkinci adımda regresyon denkleminde biçimlendirici değişken olarak sokulan Beden İmgesi Bozukluğu puanlarının tedavi motivasyonundaki değişime katkısı YBG’de anlamlı düzeydeyken ANG ve BNG’de anlamsız olarak bulunmuştur (sırasıyla $t = -2,536$ $p < 0.05$; $t = -2,002$, $p > 0.05$; $t = -1,174$ $p > 0.05$). Üçüncü adımda regresyona girilen Yeme Bozukluğu Semptom düzeyi ve

Beden İmgesi Bozukluğu ortak etkisi Tedavi Motivasyonundaki değişimin YBG'de ve BNG'de %1'ini ANG'de ise %3'ünü açıklamakta olup bu katkılar anlamlı düzeyde değildir (sırasıyla $t=-0.410$, $t=0.046$, $t=-0.463$, $p>0.05$).

Tablo 21. YBG, ANG ve BNG'de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde beden imgesi bozukluğu düzeyinin biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları

Değişkenler		β	ΔR^2
1. Adım: Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi (a)	YBG	-0,663**	,480**
	ANG	-0,652**	,440**
	BNG	-0,676**	,553**
2. Adım: Beden İmgesi Bozukluğu (b)	YBG	-0,215*	,042*
	ANG	-0,248	,050
	BNG	-0,231	,046
3. Adım: a X b	YBG	-0,034	,001
	ANG	-0,059	,003
	BNG	-0,009	,000

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılarıdır.

* $p<0.05$, ** $p<0.001$

Hipotez 7: YBDÖ-Toplam ile ölçülen Yeme bozukluğu semptom düzeyi puanı ile ANDEÖ ve BNDEÖ ile ölçülen tedavi motivasyonu puanı arasındaki ilişkide SCID-I ile değerlendirilen eşlik eden diğer psikiyatrik tanının varlığının biçimlendirici etkisi olacaktır. Bu etki YBG, ANG ve BNG'de ayrı ayrı gözlenecektir.

YB semptom düzeyinin Tedavi Motivasyonu üzerindeki etkisinde eşlik eden psikiyatrik tanının varlığının biçimlendirici etkisini araştırmak için de yine YBG, ANG ve BNG'de üç ayrı Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi yürütülmüştür. Regresyon denkleminde birinci adımda bağımsız değişken olarak Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi Toplam Puanı (YBDÖ-T), ikinci adımda biçimlendirici değişken olarak dummy değişkene çevrilmiş eşlik eden psikiyatrik

tanının oluşu ve üçüncü adımda Yeme Bozukluğu Semptom Puanı X Eşlik Eden Psikiyatrik Tanı ortak etkisi birlikte girilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 22’de gösterilmektedir. İkinci adımda regresyon denklemine biçimlendirici değişken olarak sokulan eşlik eden psikiyatrik tanının oluşu tedavi motivasyonundaki değişime katkısı YBG ve BNG’de anlamlı düzeydeyken, ANG’de anlamsız çıkmıştır (sırasıyla $t=-2,380$ $p<0.05$; $t=-3,187$, $p<0.01$; $t=-1,869$ $p>0.05$). Üçüncü adımda regresyona girilen Yeme Bozukluğu Semptom düzeyi ve eşlik eden psikiyatrik tanı ortak etkisi Tedavi Motivasyonundaki değişimin YBG’de %1’ini, ANG’de %6’sını ve BNG’de %8’ini açıklamakta olup bu katkı anlamlı düzeyde değildir (sırasıyla $t=0.303$, $t=-0.696$, $t=0.814$, $p>0.05$).

Tablo 22. YBG, ANG ve BNG’de yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde eşlik eden psikiyatrik tanının biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları

Değişkenler		B	ΔR^2
1. Adım: Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi (a)	YBG	-0,657***	,480***
	ANG	-0,571***	,440***
	BNG	0,771***	,553***
2. Adım: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanı (b)	YBG	-0,209*	,041*
	ANG	-0,248	,040
	BNG	0,388**	,115**
3. Adım: a X b	YBG	0,040	,001
	ANG	-0,110	,006
	BNG	0,162	,008

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, yeme bozukluklarında semptom düzeyi, depresyon ve çok boyutlu beden imgesinin incelenmesi ve bu değişkenlerle tedavi motivasyonu arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir. Araştırmada öncelikle yeme bozukluğu grubuyla eş yaş, eğitim, ekonomik ve medeni durumdaki yeme bozukluğu ya da herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı olmayan ve geçmişte de bu tanıları hiç almamış olan sağlıklı kontroller yeme bozukluğu semptomları, depresyon düzeyi, beden memnuniyetsizliği, beden imgesi bozukluğu ve klinik özellikler açısından karşılaştırılmıştır. Yeme bozukluğu grubu kendi içinde Anoreksiya Nervosa ve Bulimiya Nervosa grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Bu ayrım yapılırken vakaların geçmişteki ve şimdiki tanılarının yanı sıra gösterdikleri semptomlar da esas alınmıştır. Ardından yeme bozukluğu grubunda olan vakalar tedavi motivasyonları, hastalık süresi, tanı süresi, semptom başlangıç yaşı ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından birbirleriyle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmişlerdir. Sonrasında araştırma değişkenlerinin birbiriyle ilişkisi tüm gruplarda incelenmiştir. Yordayıcı ilişkileri tespit etmek amacıyla araştırma hipotezleri doğrultusunda tedavi motivasyonunun yordayıcıları belirlenmiştir. Son olarak yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde depresyon, beden memnuniyetsizliği, beden imgesi bozukluğu ve eşlik eden psikiyatrik tanının varlığının biçimlendirici etkisi hem tüm yeme bozukluğu vakalarında hem de anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa gruplarında ayrı ayrı analiz edilmiştir.

Katılımcıların Genel Özellikleri

Çalışmamızın örneklemini büyük çoğunluğu son ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde, bekar, yüksek eğitilmiş ve orta ekonomik seviyedeki kadınlardan oluşmaktadır.

Yeme bozukluğu grubunda yer alan vakaların yüzde elliye yakını kısmi remisyondayken, akut durumda olanlar yüzde otuz civarındayken, tam remisyondayken olanların oranı da yüzde yirmi civarındadır. Hem anoreksiya hem de bulimiya

grubunda akut ve kısmi remisyonda olan vakaların oranları benzer olmakla birlikte, bulimiya grubunda tam remisyonda olan vaka sayısı oldukça azdır. Anoreksiya Nervoza tanısı alan akut durumdaki vakaların yedisi kısıtlama tipindeyken, beşi tıknırcasına yeme ve çıkartma tipindedir. Bulimiya nevroza tanısı alan akut durumdaki vakalardan ise yalnızca biri çıkartma olmayan tipteyken, diğer on biri çıkartma olan tiptedir.

Yeme bozukluğu vakalarının yaş ortalaması genelde bu alandaki araştırmalarda yer alan katılımcıların yaş ortalamasından yüksek çıkmıştır. Örneğin Gusella, Butler, Nichols ve Bird'ün (2004) tedavi motivasyonunu araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların yaş ortalaması 15 civarındadır. Ülkemizde Yeme bozukluğu vakalarıyla yapılan bir çalışmada da hastaların yaş ortalaması 17.25 çıkmıştır (Aslantaş-Ertekin, 2010). Ancak bu çalışmalar özellikle akut durumdaki yani araştırma sırasında tanı kriterlerini karşılayan ya da hastalığı yeni başlamış vakalarla yapılmıştır. Bu çalışmanın örnekleminde hem remisyonda olan vakalar hem de yeme bozukluğu kronikleşmiş olan vakalar yer almaktadır. Buna bağlı olarak yeme bozukluğu vakalarının hastalık süresi de oldukça yüksek olarak bulgulanmıştır. Nitekim Aslantaş-Ertekin'in (2010) çalışmasında hastalık süresi ortalama 52 ay olarak görülürken, bu çalışmada ortalama 73 ay olarak görülmüştür.

Yeme bozukluğu vakalarıyla kontrol grubundaki vakaların klinik özelliklerine bakıldığında tıbbi eş tanı ve buna bağlı olarak psikiyatrik ve diğer ilaçların kullanımı, yeme bozukluğu grubunda beklenildiği gibi daha yaygın çıkmıştır. Ailede yeme bozukluğu veya başka bir psikiyatrik bozukluk öyküsünün oluşu da, yeme bozukluğu vakalarında kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek görülmüştür. Bu durum yeme bozukluğunun genetik temeline vurgu yapmaktadır. Ayrıca anoreksiya ve bulimiya grupları arasında ailede yeme bozukluğu görülme sıklığı açısından bir farklılık olmayışı yeme bozukluğuna dair ortak bir çevresel ya da genetik yatkınlık olabileceğini akla getirmektedir.

Yeme Bozukluğu Gruplarının Klinik Özellikleri

Yeme bozukluğuna özgü klinik özellikler incelendiğinde, DSM'ye göre semptom başlangıç yaşı hem anoreksiye hem de bulimiya vakalarında 17 civarında

olup, hastalık süresi (ilk tanı konduğundan beri geçen süre) bulimiya grubunda daha uzundur. Hastalık öncesindeki BKİ açısından gruplar değerlendirildiğinde beklenildiği gibi Anoreksiya grubunun ortalamaları Bulimiya grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Anoreksiya grubunda tedaviye başvuru çoğunlukla aile ya da eş gibi diğerlerinin kararıyla olurken, Bulimiya grubundaki vakalarda genelde başvuru kendi istekleriyle olmaktadır. Bu durum geçmiş çalışmalarla da tutarlı olup Bulimiya Nervozadaki tıknırcasına yeme ve kusma döngüsünün daha rahatsız edici oluşunun bunun bir nedeni olabileceği belirtilmektedir (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997).

Yeme Bozukluğunun başlangıcından önce hastalığı tetikleyici bir olayın varlığı hem anoreksiya hem de bulimiya grubunda oldukça sık olarak belirtilmiştir. Klinik görüşmede vakaların bazıları bu olayı anlatmak istememişlerdir, olayın niteliğini anlatanlar ise en sık; kiloyla ilgili akran/aile alayı, sosyal çevreden gelen kiloyla ilgili mesajlar, akademik stres (ÖSS, sınıfta kalma, başarısızlık), yakın arkadaşın zayıf oluşu gibi küçük t travmalar bildirmişlerdir. Menzel, Schaefer, Burke, Mayhew, Brannick, Thompson'ın (2010) yaptığı bir gözden geçirmeye göre alay, özellikle de kiloyla ilgili alaya maruz kalma ile beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişki literatürde kanıtlanmış olmakla birlikte, alaya maruz kalma ve bozulmuş yeme arasındaki ilişki daha az araştırılmıştır. Buna karşın alaya maruz kalmanın hem beden memnuniyetsizliği hem de bozulmuş yeme paterni üzerinde önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Yeme bozukluğu grubunda katılımcılar hastalığın başlamasından önce daha nadir olmakla birlikte, ayrıca aileden ya da sevilen birinden ayrılma, kayıp, hamilelik, kürtaj, iflas, depresyon gibi büyük travmalar da bildirmişlerdir. Bu sonuçlar bize yeme bozukluğu gelişiminde sosyal çevreye ek olarak, vakaların geçmişte %20'ye yakın oranda Travma Sonrası Stres Bozukluğu şikayeti gösterdiklerini de göz önüne aldığımızda travmatik durumların etkisini de göstermektedir. Dolayısıyla Yeme Bozukluğu vakalarına travma perspektifinden yaklaşımın önemli olabileceği düşünülmektedir.

Hastaneye yatış sıklığı ve yatarak tedavi beklenildiği gibi Anoreksiya vakalarında daha yaygındır, bu da anoreksiya nervozaya tıbbi komplikasyonların daha sık eşlik etmesiyle ilişkili olabilmektedir. Dikkat çeken bir diğer nokta ise

vakaların çoğunun şimdi ya da geçmişte sistematik bir tedaviyi takip etmemiş olmalarıdır. Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler'in (2007) çalışmasında da benzer şekilde vakaların neredeyse yarısının tedaviye hiç başvurmadığı, başvuranların ise çoğunlukla duygusal problemler ya da medikal problemlerden kaynaklandığı belirtilmiştir. Araştırmamızda tedavi alan yeme bozukluğu vakaları ise büyük oranda psikofarmakoterapi ve psikoterapinin kombine edildiği literatürde de en etkin tedavi şekli olarak önerilen tedavileri tercih etmektedirler.

Yeme Bozukluklarına Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Literatürde belirtildiği gibi bu çalışmada da Yeme Bozukluğuna sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklar eşlik etmektedir. Yeme bozukluğu vakalarının %63'ü aynı zamanda başka en az bir psikiyatrik bozukluk tanısı almaktadırlar. Bu oran Anoreksiya grubunda %50'iken, bulimiya grubunda %80'lere çıkmaktadır. Bu sonuçlar önceki çalışmalara oldukça yakındır (Blinder, Cumella ve Sanathara, 2006; Sansone ve Sansone, 2007; Steinhausen, 2002). Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler'in (2007) çalışmasında eşlik eden psikiyatrik bozukluk oranları AN'de %55 ve BN'de %95 civarındayken, ülkemizde yakın tarihte yapılan bir araştırmada bu oran tüm yeme bozukluğu grubunda %72 olarak bulunmuştur (Aslantaş-Ertekin, 2010). Yine literatürle tutarlı olarak Yeme Bozukluğuna en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk depresyon olurken, distimi, kaygı bozuklukları (Obsesif Kompulsif Bozukluk, Panik Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Fobi, Özgül Fobi), somatoform bozukluklar ve alkol madde kullanımıyla ilgili bozukluklar da komorbid olarak görülmüştür. Travma Sonrası Stres Bozukluğu görülme oranları da bizim çalışmamızda %20 olarak bulgulanmıştır. Tagay, Schlegl ve Senf'in 101 yeme bozukluğu vakasıyla yaptıkları çalışmaya göre (2010) Anoreksiya Nervoza vakalarının %63.3'ü, Bulimiya Nervoza vakalarının %57.7'si geçmişlerinde travmatik olay yaşadıklarını belirtmişlerdir. Her iki gruptaki Travma Sonrası Stres Bozukluğu görülme oranları ise %10 civarında bulunmuştur. Vardar ve Erzen'in yakın tarihli çalışmasında da (2011) yeme bozukluğu vakaları kontrol grubuna kıyasla daha çok istismar öyküsü bildirmişlerdir.

Aslantaş-Ertekin'in (2010) çalışmasında da benzer oranlar görülmekle birlikte eşlik eden distimik bozukluk en düşük oranda belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oranın daha yüksek çıkması, vakaların hastalık sürelerinin uzamasıyla açıklanabilir. Bu doğrultuda mevcut depresif durum uzun vadede distimiye dönüşüyor olabilir (Ateşçi, 2006). Klein ve Santiago'nun (2003) gözden geçirmesinde de depresyonun kronik formlarıyla distimik bozukluğu ayırmanın zorlukları ve iki durumun birbirine fazlasıyla benzer olduğu belirtilmektedir. Nitekim bu çalışmada vakaların geçmişteki psikiyatrik durumları da ele alındığında en sık majör depresyon görülmesi bu hipotezi destekleyen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Depresyon görülme oranları bulimiya grubunda anoreksiya grubuna kıyasla daha sık olurken, anoreksiya vakaları da geçmişte daha sık depresyon öyküsü bildirmişlerdir. Diğer psikiyatrik bozukluklar da bulimiya grubunda daha sık bildirilmekle birlikte, geçmişte obsesif kompulsif bozukluk öyküsü anoreksiya grubundaki vakalar tarafından daha çok bildirilmiştir. Mevcut ve geçmişteki psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde bu çalışmada SCID kullanımı bazı açılardan kısıtlayıcı olmuştur, zira vakaların DSM'de yer alıp SCID içerisinde yer almayan cinsel işlev bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları gibi bir takım tanıları da olmuştur. Bu doğrultuda ileriki araştırmalarda psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinde SCID kullanımının kısıtlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Yeme Bozukluğu Gruplarında Semptom Şiddeti, Depresyon ve Çok Boyutlu Beden İmgesi'nin Birbiriyle İlişkileri

Yeme bozukluğu grupları kendi içerisinde kıyaslandığında Bulimiya Nervosa grubunda depresyon ve yeme bozukluğu semptomlarının Anoreksiya grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek çıktığı görülmüştür.

Yeme Bozukluğu grubu kendi içinde araştırma değişkenlerinin birbiriyle ilişkisi açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre Bulimiya Nervosa Grubunda yeme bozukluğu semptomlarının yalnızca bedenle ilgili endişeler boyutundaki artış depresyon puanlarındaki artışla ilişkili olurken, bedenle ilgili endişeler, beden memnuniyetsizliği ile ilişkili çıkmayan tek faktör olmuştur. Anoreksiya Nervosa Grubunda ise yeme bozukluğu semptomlarıyla Beden Memnuniyetsizliği arasında

anlamli bir ilişki gözlenmemiştir. Benzer olarak yeme bozukluğu semptom düzeyiyle Beden İmgesi Bozukluğu ilişkisi de çoğunlukla anlamsız çıkmıştır. Yani beden imgesi bozukluğu ve beden memnuniyetsizliği hastalığın şiddetinden etkilenmiyor gibi gözükmetedir. Beklendiği gibi Anoreksiya Nervoza Grubunda yeme bozukluğu semptom düzeyi azaldıkça BKİ'de artış gözlenmiştir.

Depresyon puanları da beden memnuniyetsizliği ile yalnızca tüm yeme bozukluğu grubunda düşük düzeyde anlamli bir ilişki gösterirken, beden imgesi bozukluğu ile ilişkisiz çıkmış, ancak sadece Anoreksiya Nervoza grubunda BKİ'deki artışla depresyon puanlarında azalma düşük düzeyde ilişkili çıkmıştır. Her iki yeme bozukluğu grubunda da beden memnuniyetsizliği ile beden imgesi bozukluğu puanları arasında yüksek düzeyde anlamli bir ilişki çıkmıştır. Bu da beden imgesinin algısal ve kognitif boyutunun birbiriyle ilişkili olduğu ve araştırmalarda ikisinin de değerlendirilmesinin önemini göstermektedir.

Kontrol Grubu ve Yeme Bozukları Grupları Arasında BKİ, Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi, Depresyon ve Çok Boyutlu Beden İmgesi Açısından Gözlenen Farklılıklar

Kontrol Grubu ve Yeme Bozukluğu Grupları karşılaştırılmıştır. BKİ açısından gruplar ele alındıkında, beklenildiği gibi en düşük BKİ Anoreksiya Nervoza grubunda görülürken, toplamda yeme bozukluğu vakalarının BKİ'si kontrol grubundan anlamli derecede düşük çıkmıştır. Yeme bozukluğu ve kontrol grupları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, öngörüldüğü gibi yeme bozukluğu grubunun pek çok yönden sağlıklı kontrollere kıyasla dez avantajlı olduğu anlaşılmaktadır. Depresyon ve yeme bozukluğu semptom düzeyi (YBDÖ'nün tüm alt testleri) yeme bozukluğu vakalarında anlamli derecede daha yüksek çıkarken, beden memnuniyetsizliği her iki grupta da hemen hemen aynı oranda gözlenmiştir. Bu sonuçlar bize normal popülasyondaki genç kadınlarda beden memnuniyetsizliğinin yaygınlığını göstermektedir.

Yeme bozukluğunun tanı kriterlerinden biri olan beden imgesi bozukluğu yeme bozukluğu grubunda görülürken, sağlıklı kontrollerin bedenlerini tam algılamaları beklenmektedir. Nitekim beden imgesi bozukluğu sürekli değişken olarak

alındığında kontrol grubuyla yeme bozukluğu grubu arasında anlamlı farklılık çıkmıştır. Ancak beden imgesi bozukluğu kategorik değişken olarak ele alındığında yani katılımcının beden imgesini olduğundan zayıf, olduğu gibi ya da olduğundan şişman olarak algılaması şeklinde değerlendirildiğinde sonuçlar beklenilenden farklı çıkmıştır. DSM kriterleri açısından da bakıldığında yeme bozukluğu vakalarının özellikle de anoreksiya nervoza vakalarının kendilerini olduklarından şişman algılamaları beklenmektedir. Bruch (1962) yeme bozukluğu vakalarında ‘neredeyse delüzyonel seviyede’ bir beden imgesi bozukluğu olduğunu ve bu vakaların aşırı zayıf olmalarına karşın kendilerini şişman olarak algıladıklarını belirtmiştir. Oysa bu çalışmada yeme bozukluğu grubundaki vakalar kendilerini çoğunlukla tam algılama eğilimi göstermişlerdir. Buna karşın kontrol grubundaki vakaların %70’e yakın bir kısmı kendisini olduğundan daha zayıf algılamaktadır. Bu doğrultuda yeme bozukluğu vakaları kendilerini kontrol grubundaki vakalara göre daha şişman algılamaktadır. Ancak beden imgesi bozukluğu söz konusu olduğunda bu durum kontrol grubunda daha yaygın görülmektedir.

Yeme bozukluğu grubunu kendi içerisinde değerlendirdiğimizde ise Anoreksiya Nervosa vakalarının kendini çoğunlukla olduğundan daha zayıf ya da tam değerlendirme eğiliminde olduğu, Bulimiya Nervosa vakalarının ise büyük çoğunlukla kendilerini tam algıladıkları görülmektedir. Ancak beden imgesi bozukluğu sürekli değişken olarak kabul edildiğinde iki grup arasında fark çıkmamıştır. Buna karşın beden memnuniyetsizliği, literatürde de belirtildiği gibi (bkz. Striegel-Moore ve Franko, 2002) Bulimiya Nervosa vakalarında daha yüksek oranlarda görülmüştür.

Beden imgesi bozukluğunda sağlıklı kontrollerle yeme bozukluğu vakaları arasındaki bu farklılık literatürde de tartışmalı bir konudur. Bazı çalışmalar yeme bozukluğu vakalarıyla kontroller arasında beden imgesi bozukluğu açısından bir fark bulmazken (Freeman, Thomas, Solyom ve Koopman 1985; Huon ve Brown, 1986; Meerman, 1983; Thompsen, Berland, Linton ve Weinsler, 1986), bazıları da yeme bozukluğu vakalarının kendilerini kontrollerden daha şişman algıladığını belirtmektedir (Lindholm ve Wilson, 1988; Thompsen, 1987; Willmouth, Leitenberg, Rosen, Fondacaro ve Gross, 1985).

Collins, Beumont, Touyz, Krass, Thompson ve Philips'in (1987) anoreksik, bulimik, obez ve kontrollerle yürüttükleri çalışmalarında tüm gruplardaki katılımcıların çoğunluğu bedenlerini tam algılamakta, bu oranlar en yüksek kontrol grubunda çıkmıştır. Willmuth, Leitenberg, Rosen, Fondacaro ve Gross'un (1985) Bulimiya Nervoza vakalarıyla normal kontrolleri kıyasladıkları çalışmalarında ise bulimiklerin kendilerini kontrollere göre daha şişman algıladıkları bulgulanmıştır.

Dolan, Birtchnell ve Lacey'in (1987) normal popülasyondaki 100 katılımcıyla yürüttükleri çalışmalarında, katılımcıların kendilerini çoğunlukla olduklarından şişman algıladıkları ve beden memnuniyetsizliği oranlarının da yüksek olduğu bulgulanmıştır. Araştırmacılar bu sonuçları beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğunun yeme bozukluğu hastalarına özgü olmadığı şeklinde değerlendirmişlerdir. Thompson ve Thompson'ın (1986) normal popülasyonda yaptıkları çalışmalarında da benzer olarak katılımcılar kendilerini olduklarından şişman algılama eğilimi göstermişlerdir.

Fernandez, Probst, Meermann ve Vandereycken'in (1994) 41 yeme bozukluğu vakası ve 34 kontrolle görsel teknikler kullanarak yaptıkları çalışmalarında beden imgesini algılama açısından gruplar arasında bir farklılık çıkmazken, bulimiklerin hepsinin ve kontrol grubunun %92'sinin daha zayıf olma yönünde beden memnuniyetsizliği duyduğunu, buna karşın anoreksiklerin %43'ünün daha zayıf, %24'ünün ise daha şişman olmak istediği için beden memnuniyetsizliği duyduğu bulgulanmıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızdakine benzerlik göstermektedir.

Huon ve Brown (1986) ise yeme bozukluğu vakalarının normal kontrollerden beden imgesini değerlendirme açısından farklılaşmadığını (kendilerini daha şişman görmemekte) ancak kendilerini daha şişman hissettiklerini belirtmekte, dolayısıyla beden imgesinin duygusal/tutumsal boyutunda bir farklılık olabileceğine dikkat çekmektedirler.

Lindholm ve Wilson'un (1988) çalışmalarında, bizim bulgularımıza oldukça paralel bir şekilde bulimiklerin beden imgelerini, kontrol grubundan daha doğru değerlendirdikleri bulunmuştur. Beden imgesinin tutumsal bileşeni olan beden memnuniyetsizliği ile algısal bileşeni olan beden imgesi bozukluğu bizim

çalışmamızda birbiriyle ilişkili çıkmıştır. Lindholm ve Wilson'un (1988) çalışmasında da bu ilişki bulgulanmış ve araştırmacılar bu sonuçları beden algısı ve bedenle ilgili duygu ve tutumların birbiriyle yakından ilgili olduğu şeklinde yorumlamışlardır.

Sertel-Berk ve Yücel'in (2012) 333 kadınla FRDÖ'nün Türkçe adaptasyonunu yaptıkları çalışmalarında da katılımcıların kendilerini olduklarından zayıf değerlendirme eğiliminde oldukları bulgulanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun normal kilo sınırında olduğu bu araştırmanın sonuçları bizim araştırmamızla tutarlılık göstermektedir.

Sonuç olarak literatürde beden imgesi bozukluğunun yeme bozukluğu ve normal popülasyondaki görünümü açısından bir fikir birliği yoktur. Ancak Hsu ve Sobkiewicz'in de (1991) gözden geçirmelerinde belirttikleri gibi 'kendini olduğundan şişman algılama' yeme bozukluğuna özel bir durum değildir, çünkü bu durum vakaların bazılarında görülürken bazılarında görülmemektedir. Ayrıca bu bağlamda yeme bozukluğu vakalarını kontrollerden ayırma açısından da kriter olarak kabul edilmesi tartışmalıdır (Huon ve Brown, 1986; Thompsen, Berland, Linton ve Weinsler, 1986). Nitekim bu çalışmada çok boyutlu ölçülen beden imgesinin tutumsal boyutu olan beden memnuniyetsizliği anoreksiya ve bulimiya gruplarını birbirinden ayırt etmekte ancak kontrol ve yeme bozukluğu gruplarını birbirinden ayırt etmemektedir. Beden imgesi bozukluğu ise yeme bozukluğu gruplarına göre farklılaşmamaktadır ancak yeme bozukluğu ve kontrol grubunu birbirinden ayırt etmektedir. Bu da beklenenin aksine beden imgesi bozukluğunun kontrol grubunda daha yaygın olması şeklinde görülmektedir. Yine de bu sonuçlar beden imgesinin ölçülmesindeki metodolojiden kaynaklanabileceği için ihtiyatla ele alınmalı ve geniş örneklemlili uluslararası çalışmalarla desteklenmelidir.

Geçmiş çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada normal kontrollerin kendilerini olduklarından zayıf algılamaları olumlu anlamda bir beden imgesi bozukluğunun belki de yeme bozukluğu geliştirme açısından koruyucu bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum Beck'in (1991) depresyon kuramında bahsettiği depresif realizme benzemektedir. Buna göre normal kişilerde olayları algılamak

olumlu anlamda bir yanlılık varken depresif kişiler olayları normal kişilere göre daha gerçekçi algılamaktadır. Algıdaki bu bozulma aslında sağlıklı kişilerde koruyucu bir özellik olarak hizmet vermektedir. Ancak beden imgesi bozukluğunun bu boyutu daha güçlü ve boylamsal desenler kullanılan çalışmalarda kontroller ve yeme bozukluğu vakaları karşılaştırılarak detaylı incelenmelidir.

Araştırmada dikkat çeken bir bulgu da kontrol grubunda tanı alacak seviyede olmamakla birlikte yeme bozukluğu semptomları ve depresif belirtilerin görülmesidir. Kontrol grubundaki korelasyonel sonuçlara göre depresyon, beden memnuniyetsizliği, beden imgesi bozukluğu ve BKİ arttıkça yeme bozukluğu semptomları da artış göstermektedir. Ülkemizde öğrenci popülasyonu ile yapılan önceki çalışmalarda da katılımcılarda bozulmuş yeme paternlerine ek olarak; BKİ'leri normal standartlarda olmasına karşın kilo verme arzusu bulgulanmıştır (Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol, 2000; Polat, Yücel, Genç ve Meteris, 2005) Literatürle tutarlı olan bu sonuçlar, genç kadınların yeme bozukluğu geliştirme açısından risk altında olduğunu göstermekte ve bu bağlamda toplum temelli önleyici sağlık çalışmalarının önemine dikkat çekmektedir.

Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu

Yeme Bozukluğu vakaları tedavi motivasyonu açısından değerlendirildiğinde vakaların değişime hazır oluş evrelerine göre dağılımı en çoktan en aza şu şekilde olmuştur; hazırlık, tasarlama, eylem, sürdürme ve tasarlama öncesi. Tasarlama öncesi evrede çok az vakanın yer alıyor oluşu, tedavi motivasyonu en düşük olan vakaların çalışmaya katılmayı zaten kabul etmemiş olmaları ile açıklanabilir. Anoreksiya nervoza grubunda bu dağılım; hazırlık, eylem, tasarlama, sürdürme ve tasarlama öncesi şeklinde olurken, bulimiya nervoza grubunda; hazırlık, tasarlama sürdürme, eylem ve tasarlama öncesi şeklindedir. Vakaların evrelere dağılımı literatürde de belirtildiği gibi (Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004) seçilen örneklemin yapısına göre (tedavinin hangi evresinde çalışmaya alındıkları, akut ya da remisyonda olmaları gibi) değişmektedir.

Önceki çalışmalarda bulimiya vakalarının anoreksiya vakalarına kıyasla tedavi motivasyonları daha yüksek bulgulanmıştır (Martinez ve ark., 2007; Serrano,

Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004). Ancak bu duruma Blake, Turnbull ve Treasure (1997) Şu Şekilde bir açıklama getirmiŐlerdir; her ne kadar bulimiya nervozadaki tıknırcasına yeme ve kusma döngüsü daha rahatsız edici olsa ve tedaviye başvuru çoğunlukla hastaların kendileri tarafından yapılsa da bulimiya vakaları da kilo kontrol yöntemlerinden vazgemede isteksizdirler ve tedavi hedefi olarak birebir bulimik semptomlar alındığında muhtemelen eylem evresinde çıkan vakaların sayısı az olacaktır. Bu çalışmada anoreksiya vakalarının tedavi motivasyonu bulimiya vakalarından anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Bu durumun çoğunlukla örneklemin özelliğinde kaynaklandığı dŐünlmektedir. Nitekim anoreksiya nervoza grubunda tam remisyonda olan vakaların sayısı bulimiya nervoza grubuna göre daha yüksektir.

Beklenildiği gibi vakaların durumları akuttan remisyona doğru iyileŐtikçe içinde buldukları motivasyonel değişim evreleri de ilerlemektedir. Bu sonuçlar her iki yeme bozukluğu grubunda da yeme bozukluğu semptom düzeyinin azalmasıyla (YBDÖ'nn toplam ve tüm alt test puanlarındaki azalma) tedavi motivasyonu puanlarındaki (ANDE ve BNDE) artış arasındaki iliŐkiyle de tutarlıdır. Buna ek olarak literatürde belirtildiği gibi depresyon puanları azaldıkça tedavi motivasyonu da artmaktadır (Geller, 2002, Rieger ve ark., 2000, Zaitsoff ve Taylor, 2009). Ancak bu ilişki bulimiya nervoza grubunda gözlenmemiŐtir. Bunun bir nedeni bulimiya grubundaki vakalarda eşlik eden depresyon oranının anoreksiya grubuna kıyasla yüksek oluşu olabilir.

nceki çalışmalarla tutarlı olarak her iki yeme bozukluğu grubunda da beden memnuniyetsizliğindeki azalma tedavi motivasyonundaki artışla ilişkili bulunmuştur (Jordana, Redding, Treasure ve Serpell, 2003; Martinez, Castro, Bigorra, Morer, Calvo, Vila, Toro ve Rieger, 2007; Zaitsoff ve Taylor, 2009). Bu ilişkinin anoreksiya nervoza grubunda gözlenmiyor oluşu hali hazırda anoreksiya vakalarının beden memnuniyetsizliği puanlarının dŐuk oluşuyla ilişkili olabilir. Bu vakalar zaten kendi vücutlarını oldukları zayıf haliyle beğendikleri ve bunu koruma çabasında oldukları için tedavi sürecinde beden memnuniyetsizliğinde değişim gzlenmeyebilmektedir. Ancak kilo almalarına karşın beden memnuniyetsizliğinin artmaması iyileşmenin önemli bir ipucu sayılabilmektedir.

Literatürde tedavi motivasyonu ile ilgili çalışmalarda direkt ilişkisi incelenmemiş olan bir değişken beden imgesi bozukluğudur. Bu çalışmada beden imgesi bozukluğundaki azalma da tedavi motivasyonundaki artışla her iki yeme bozukluğu grubunda da ilişkili bulunmuştur. Öngörüldüğü gibi hastalık süresi, yaş ve tanı süresi ile tedavi motivasyonu arasında bir ilişki çıkmamıştır. Bu sonuçlar literatürle tutarlıdır (Hasler, Delsignore, Milos, Buddeberg ve Schnyder, 2004; Martinez ve ark., 2007; Castro-Fornieles ve ark., 2011; Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004). BKİ'deki artışla tedavi motivasyonu düzeyindeki artış yalnızca anoreksiya nervoza grubunda gözlenmiştir. Tüm bu sonuçlar bize vakaların iyileşmeye giden yolda semptom düzelmesinin yanı sıra motivasyonlarının da yükseldiğini göstermektedir.

Literatürde de yeme bozukluğu vakalarının tedavi motivasyonlarındaki artışın yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon düzeyi ve beden memnuniyetsizliğindeki düşüşle ilişkisi hem anoreksiye nervoza vakalarında (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003; Jordana, Redding, Treasure ve Serpell 2003; Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004), hem bulimiya nervoza vakalarında (Martinez ve ark., 2007; Castro-Fornieles ve ark., 2011), hem de iki grubun birlikte incelendiği çalışmalarda (Zaitsoff ve Taylor, 2009) bildirilmiştir.

Bu çalışmada tedavi motivasyonunun en güçlü yordayıcısı yeme bozukluğu semptom düzeyi olarak bulgulanmıştır. Yeme bozukluğu semptom düzeyi tedavi motivasyonundaki değişimin neredeyse yarısını açıklamaktayken, beden imgesi bozukluğu, beden memnuniyetsizliği ve eşlik eden psikiyatrik bozukluğun varlığı da tedavi motivasyonundaki değişimi anlamlı derecede yordamaktadır. Tüm bu değişkenlerin hepsi birlikte tedavi motivasyonundaki varyansın %60'a yakınına açıklamaktadır. Literatürde bu alanda genelde boylamsal çalışmalara rastlanmakta ve bu çalışmalarda tedavi motivasyonu tedavi sürecinde semptom düzeyindeki azalmanın en iyi yordayıcısı olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda McHugh'ın da (2007) belirttiği gibi tedavi sonuçlarıyla tedavi motivasyonunun değişimi arasında özellikle anoreksiya nervozanın egosintonik yapısını da destekler şekilde iki yönlü bir ilişki vardır. Dolayısıyla semptom düzeyinin azalması ile tedavi motivasyonunun yükselmesi birbiriyle etkileşimsel olarak değişmektedir.

Yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde, tedavi motivasyonunu anlamlı şekilde yordayan değişkenlerin biçimlendirici rolü incelenmiştir. Yalnızca bulimiya nervoza grubunda depresyonun yeme bozukluğu semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu ilişkisine biçimlendirici etkisi anlamlı çıkmıştır. Bulimiya vakalarında depresyon düzeyi düşük olduğunda yeme bozukluğu semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki, depresyon düzeyi yüksek olan vakalara kıyasla daha güçlü görünmektedir. Depresyon düzeyi yüksek olduğunda ise yeme bozukluğu semptomları düşük düzeyde de olsa tedavi motivasyonu azalmaktadır. Yani bulimiya nervoza vakalarının özellikle de semptom düzeyi düşük olanlar da depresyon tedavi motivasyonu açısından önemli bir risk faktörüdür.

Buna karşın depresyonun yeme bozukluğu semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkiye biçimlendirici etkisi tüm yeme bozukluğu grubunda da marjinal düzeyde anlamlı çıkmıştır. Ancak anoreksiya grubunda bu etki anlamsız çıkmıştır. Bu durum bulimiya vakalarında daha fazla depresyon ek tanısı görülmesi ve bulimiya vakalarının depresyon skorlarının yüksek oluşuyla açıklanabilir. Benzer olarak Akgün'ün (2010) çalışmasında da alkol bağımlılarında depresyon ve tedavi motivasyonu arasında ilişki çıkmamıştır.

Bu bulgular ışığında yeme bozukluğu vakalarında depresyon oranlarının yüksek görülmesi ve öz etkinliğin hem tedavi motivasyonu hem de depresyonla ilişkili bir kavram oluşu depresyon ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkide öz etkinliğin bir rolü olabileceğini akla getirmektedir. Teorik olarak vakalar semptomları üzerinde kontrol kazanmaya başladıkça öz etkinlikleri artacak ve bu da depresif semptomlarda düşüşe yol açacaktır. Vakaların semptom şiddetine göre umutsuzluk düzeyleri de yükseldiğinde, semptomlarını kontrol edebileceklerine dair inançları (öz etkinlikleri) azalmakta yani değişim için gerekli içsel motivasyondan yoksun olabilmektedirler (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003). Bu da tedavi motivasyonundaki düşüşle ilişkili olabilmektedir.

Öz etkinlik yeme bozukluğu vakalarında daha önce de çalışılmış ve öz etkinliği ölçen standart ölçeklerin yerine yeme bozukluğuna özgü bir öz etkinlik

ölçeği geliştirilmiştir (Eating Disorder Recovery Self Efficacy Questionnaire, Pinto, Guarda, Heinberg ve DiClemente, 2006). Ülkemizde de normal popülasyonda yapılan bir çalışmada yeme tutumundaki bozulmayı en iyi yordayan faktör de benlik saygısı olarak bulgulanmıştır (Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol, 2000). Dolayısıyla ileriki çalışmalarda yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon ve tedavi motivasyonun öz etkinlikle ilişkisinin ele alınması önemlidir.

Araştırmada beden memnuniyetsizliğinin, beden imgesi bozukluğunun ve yeme bozukluğuna diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik etmesinin ise yeme bozukluğu semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkide biçimlendirici rolü olmadığı bulgulanmıştır. Literatürde kesitsel çalışmalarda benzer değişkenlerle yapılan araştırmalar olmadığı için bu sonuçlar şu şekilde değerlendirilebilir; yeme bozukluğu semptom düzeyi, tedavi motivasyonu düzeyi üzerinde beden memnuniyetsizliği, beden imgesi bozukluğu ve eşlik eden psikiyatrik tanıdan daha fazla etkilidir. Bu değişkenlerin de eklenmesiyle tedavi motivasyonundaki değişim artmaktadır. Ancak yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde beden memnuniyetsizliği, beden imgesi bozukluğu ve eşlik eden psikiyatrik tanının ilişkinin yönünü değiştirecek ya da ilişkiyi arttırıp azaltacak derecede bir etkisi yoktur. Dolayısıyla özellikle semptom düzeyi yüksek olan vakalarda tedavi motivasyonunu arttırmaya yönelik çalışmalar önem taşımaktadır. Bu bağlamda tedavi motivasyonu ile ilişkili diğer değişkenlerin de vakanın tedavisi planlanırken ele alınması ve vakanın motivasyonel düzeyine göre bir tedavi planının yapılması, tedavi sonuçlarının etkili olabilmesi açısından önem taşımaktadır.

Yeme bozukluğu vakaları literatürde çoğunlukla tedaviye uyumsuz ve tedaviyi yüksek oranda bırakan vakalar olarak belirtilmektedir. Oysa bu vakalar sıklıkla motivasyonel düzeylerine bakılmaksızın eylem odaklı tedavi programlarına yönlendirilmektedirler. Dolayısıyla yeme bozukluğu vakaları için kullanılan 'tedaviye uyumsuz vakalar' yerine 'uygun tedavi verilmeyen vakalar' ifadesinin daha doğru olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biri örneklemin küçüklüğüdür. Her ne kadar ülkemizde yeme bozukluğu vakalarıyla klinik örnekleme yapılan çalışmalardan görece daha büyük bir örneklem kullanılmış olsa da, yurt dışındaki benzer çalışmalardan vaka sayısı olarak düşüktür. Bu doğrultuda araştırma sonuçlarının tüm popülasyona genellenmesi zorluğu ortaya çıkmaktadır.

Örnekleme ulaşılmadaki zorluk ve araştırma değişkenlerinin yapısı gereği kesitsel desenin kullanılması araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Benzer değişkenlerin boylamsal bir desenle araştırılması, sonuçların yabancı literatürle daha iyi kıyaslanmasını sağlayabilir. Ancak ülkemizde standart tedavi hizmeti sunan yeme bozukluğu poliklinikleri neredeyse hiç yoktur ve bu tarz araştırmalar yurt dışında yeme bozukluğu birimlerinde yapılmaktadır. Bu çalışmada şehir dışında ikamet eden vakalar telefon ve mail ile ulaşılması, araştırmanın bir diğer kısıtlılığı olmakla birlikte literatürde bu uygulamanın araştırma sonuçları açısından farklılık yaratmadığı bildirilmektedir (Jordana, Redding, Treasure ve Serpell, 2003). Bu çalışmada birebir görüşülen ve telefon/mail yoluyla iletişime geçilen vakalar YB tanı ve semptom şiddetleri açısından eşlenemediği için karşılaştırılmamışlardır.

ANDEÖ ve BNDEÖ ülkemizde daha önce herhangi bir araştırmada kullanılmamıştır. Bunun yanı sıra araştırma değişkenlerinin aynı ölçüm araçlarıyla incelendiği başka bir araştırmanın da olmayışı sonuçların karşılaştırılması açısından kısıtlılık oluşturmaktadır. Fakat bu sonuçlar ileriki araştırmalar için bir temel oluşturabilir. Ayrıca beden imgesinin ve depresyonun ölçümünde metodolojiden kaynaklanan kısıtlılıklara da ileriki çalışmalarda dikkat edilmelidir.

Son olarak uygulama sırasında özellikle 18 yaş altındaki bazı vakaların kendilerini iyi göstermek için semptom şiddetlerini az ve motivasyonlarını yüksek gösterme çabaları gözlenmiştir. Bu durum da vakanın klinik görünümüyle ölçek puanları arasında tutarsızlığa yol açmıştır. Bunun etkisini azaltmak için önce vakayla ilişki kurulması adına klinik görüşme yapılmıştır. Ancak yine de tedavi motivasyonunun klinik uygulamada ölçümü sırasında özellikle de genç vakalarda dikkatli olunması gerekmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Yeme bozukluğu vakalarıyla yapılan bu çalışmada vaka bulmadaki zorluklara ve az vaka sayısına karşın sonuçların anlamlı çıkması önemli bir bulgudur. Benzer bir çalışmanın daha önceden yapılmamış olması, bu çalışmanın alandaki ileri çalışmalara temel hazırlaması açısından önem taşımaktadır.

Araştırma sonuçları yeme bozukluğunun etkin tedavi uygulanmadığı takdirde kronikleşme eğilimini desteklemektedir. Nitekim vakaların hastalık süreleri uzun olmasına karşın neredeyse yarısı daha önce hiç bir tedavi almamıştır.

Araştırmanın ortaya koyduğu bir diğer önemli bulgu ise normal popülasyondaki genç kadınlar arasında yeme bozukluğu ve depresyon semptomlarının yaygın görülmesidir. Buna ek olarak beden memnuniyetsizliği oranları ise yeme bozukluğu vakalarıyla fark göstermemektedir. Dikkat çeken bir unsur da yeme bozukluğu vakalarının beden imgelerini oldukları gibi algılamak, kontrol grubu katılımcılarının kendilerini olduklarından daha zayıf algılamalarıdır. Literatürden farklı çıkan bu bulgu ileri araştırmalarla desteklenmelidir. Buna ek olarak araştırma bulguları beden imgesinin hem algısal hem de tutumsal boyutunun bir arada değerlendirilmesinin önemini de ortaya koymuştur.

Bu çalışmanın sonuçları yeme bozukluğu vakalarında tedavi motivasyonun önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Tedavi motivasyonunun en iyi yordayıcısı yeme bozukluğu semptom düzeyi olurken, depresyonun da bu ilişkiyi biçimlendirici etkisi gözlenmiştir. Özellikle bulimiya vakalarında depresyon, tedavi motivasyonu açısından önemli bir risk oluşturmaktadır. Dolayısıyla tedavi motivasyonu ve bununla ilişkili değişkenlerin ele alındığı çalışmalar bu alandaki tedavi sonuçlarının iyileştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Klinik uygulamalarda iyileşmenin nasıl bir süreci takip ettiği bir motivasyonel evreden diğerine geçişin ne kadar sürdüğünün belirlenmesi için ileri araştırmalara gerek vardır. Her evrede kullanılan yöntemler farklı olduğu için kullanılan baş etme tarzlarının ve öz etkinliğin bu sürece etkisinin araştırılması, terapide belirlenecek hedeflerin evreye göre uyarlanması açısından yarar sağlayabilir.

KAYNAKÇA

- AGRAS, W.S.,
WALSH, B.T.,
FAIRBURN, C.G.,
WILSON, G.T.,
KRAEMER, H.C.: 2000
- “A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy”, **Archives General Psychiatry**, 57, s. 459-466.
- AKDEMİR, D.
ÇUHADAROĞLU-ÇETİN, F.:
2008
- “Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri”, **Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi**, 15/1, s.5-14.
- AKDEMİR, A.,
TÜRKÇAPAR, M.H.: 1995
- “Yeme Bozukluklarında Aile Terapisi”, **3P Dergisi**, 3/(Ek.4), s.53-57.
- AKGÜN, B.: 2010
- “Alkol Bağımlılarında Tedavi Motivasyonu Bağlamında Nöropsikolojik Test Performansının İncelenmesi’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Klinik Sinirbilimler Anabilim Dalı.
- ALLEN, A.,
HOLLANDER, E.: 2002
- “Psychopharmacological Treatments for Body Image Disturbances” **Body Image: A handbook of theory, research and clinical practice**. Ed. by: Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky. New York: Guilford Press. s.450-458.
- ANNAGÜR, B.B.,
SAVAŞ, H.A.: 2011
- “Depresyonda Ekhostalık, Ekhostalık Olarak Depresyon: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların

- Gözden Geçirilmesi”, **Journal of Mood Disorders**, 1/2, s. 87-94.
- ANNAGÜR, B.B.,
TAMAM, L.: 2010
- “Major Depresyon Hastalarında Diğer Psikiyatrik Bozukluklar”, **Anatolian Journal of Clinical Investigation**, 4/2, s.111-117.
- ANTHONY, T.M.,
YAGER, J.: 2007
- “Cultural Considerations in Eating Disorders”, In: Yager J, Powers PS; eds. **Clinical Manual of Eating Disorders**. Washington DC: American Psychiatric Publishing; s.387-405.
- ARAS, Ş.,
ÜNLÜ, G.,
VAROL-TAŞ, F.: 2007
- “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar veTaniya Yönelik İncelemeler”, **Klinik Psikiyatri**, 10, s.28-37.
- ASLAN, H.: 2001
- “Beden İmgesi ve Yeme Davranışı Bozuklukları ile Medya İlişkisi”, **Düşünen Adam**, 14/1, s.41-47.
- ASLANTAŞ-ERTEKİN, B.:
2010
- “Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- ATEŞÇİ, Ç.F.: 2000
- “Depresyonun Seyri”, **Duygudurum Dizisi**, 2, s.99-103.

- BANDURA, A.: 1982 “Self-Efficacy Mechanism in Human Agency”, **American Psychologist**, 37, s.122-147.
- BARON, R. B.,
KENNY, D. A.: 1986 “The Moderator - Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 51/6, s.1173-1182.
- BECK, A.T.: 1991 “Cognitive Therapy: A 30-Year Retrospective”, **American Psychologist**, 46 (4), s. 368-375.
- BERESFORD, S.A.A.,
CURRY, S.J.,
KRISTAL, A.R.,
LAZOVICH, D.,
FENG, Z.,
WAGNER, E.H.: 1997 “A Dietary Intervention in Primary Care Practice: The Eating Patterns Study”, **American Journal of Public Health**, 87, s.610-616.
- BIRCHALL, H.: 1999 “Interpersonal Psychotherapy in the Treatment of Eating Disorders”, **European Eating Disorders Review**, 7, s.315-320.
- BLAKE, W.,
TURNBULL, S.,
TREASURE, J.: 1997 “Stages and Processes of Change in Eating Disorders: Implications for Therapy”, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 4/3, s.186-191.
- BLINDER, B.J., “Psychiatric Comorbidities of Female

- CUMELLA, E.J.,
SANATHARA, V.A.: 2006
Inpatients With Eating Disorders”, **Psychosomatic Medicine**, 68, s.454–462.
- BOTTA, R.A.: 2003
“For Your Health? The Relationship Between Magazine Reading and Adolescents, Body Image and Eating Disturbances”, **Sex Roles**, 48, 9/10, s.389-399.
- BRAMBILLA, F.,
MONTELEONE, P.: 2003
‘Physical Complications and Physiological Aberrations in Eating Disorders: A review’’. In: Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N; eds. **Eating Disorders**. WPA Series. West Sussex: John Wiley & Sons; s.139-192.
- BREWERTON, T.D.: 2003
“The Problem of Classification and Comorbidity: Relationship to Trauma and Post-traumatic Stress Disorder,” Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.40-43.
- BRUCH, H.: 1962
“Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa”, **Psychosomatic Medicine**, 24/2, s.187-194.
- BRUCH, H.:1982
“Anorexia Nervosa: Therapy and Theory”, **American Journal of Psychiatry**, 139/12, s.1531-1538.
- CAMPBELL, M.:2009
“Drop-Out from Treatment for the Eating Disorders: A Problem for Clinicians and

- Researchers’’, **European Eating Disorders Review**, 17, s.239–242.
- CARBONARI, J.P.,
DÍCLEMENTE, C.C.: 2000
“Using Transtheoretical Model Profiles to Differentiate Levels of Alcohol Abstinence Success’’, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68/5, s.810-817.
- CASH, T.F.:2002
“Cognitive Behavioral Perspectives on Body Image’’, **Body Image: A handbook of theory, research and clinical practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York: Guilford Press, s.38-46.
- CASH, T.F.,
DEAGLE, E.A.: 1997
“The Nature and Extent of Body-image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A meta-analysis’’, **International Journal of Eating Disorders**, 22, s. 107-125.
- CASH, T.F.,
PRUZINSKY, T.: 2002
Body Image: A handbook of theory, research and clinical practice, New York: Guilford Press.
- CASPER, R.C.: 1998
“Depression And Eating Disorders’’, **Depression and Anxiety**, 8/1, s.96–104.
- CASPER, R.C.: 2003
“Minde Over Matter in the Eating Disorders’’. Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.341-344.

- CASTRO-FORNIELES, J.,
BIGORRA, A.,
MARTINEZ-MALLEN, E.,
GONZALEZ, L.,
MORENO, E.,
FONT, E. ve ark...: 2011
- CASTRO, J.: 2003
- CENGİZ, C.: 2007
- COLLINS, J.K.,
BEUMONT, P.J.V.,
TOUYZ, S.W.,
KRASS, J.K.,
THOMPSON, P.,
PHILIPS, T.:1987.
- CORSON, P.W.,
ANDERSON, A.E.: 2002
- “Motivation to Change in Adolescents with Bulimia Nervosa Mediates Clinical Change After Treatment”, **European Eating Disorders Review**, 19, s. 46–54.
- “Biological Abnormalities in Eating Disorders”, Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.216-217.
- “Physical Activity and Exercise Stages Of Change Levels of Middle East Technical University Students”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, ODTÜ, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı.
- “Variability in Body Shape Perception in Anorexic, Bulimic, Obese, and Control Subjects”, **International Journal of Eating Disorders**, 6, (5), s.633-638.
- “Body Image Issues among Boy and Men”, **Body Image: A handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.192-199.

- COUGHLIN, J.W.,
KALODNER, C.: 2006
“Media Literacy as A Prevention Intervention for College wWmen at Low or High-risk for Eating Disorders”, **Body Image**, 3, s.35–43.
- CROW, S.J.,
PETERSON, C.B.: 2003
“The Economic and Social Burden of Eating Disorders: A Review”, Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.383-396.
- CURRAN-CELENTANO, J.,
ERDMAN, J.W.,
NELSON, R.A.,
GRATER, S.J. E.: 1985
“Alterations in Vitamin A and Thyroid Hormone Status in Anorexia Nervosa and Associated Disorders”, **American Journal of Nutrition.**, 42, s.1183-1191.
- ÇELİKEL, F.C.,
CUMURCU, B.E.,
KOÇ, M,
ETİKAN, İ.,
YÜCEL, B.: 2008
“Psychologic Correlates of Eating Attitudes in Turkish Female College Students”, **Comprehensive Psychiatry**, 49, s.188–194.
- ÇEPIKKURT, F.,
ÇOŞKUN, F.: 2010
“Social Physique Anxiety And Body Image Satisfaction Levels Of Collegian Dancers”, **Pamukkale Journal of Sport Sciences**, 1/2, s.17-24.
- ÇOK, F.: 1990
“Body Image Satisfaction in Turkish Adolescent”, **Adolescence**, 98, s.409-413.
- ÇORAPÇIOĞLU A.,
DSM-IV Eksen I Bozuklukları için

- AYDEMİR Ö.,
YILDIZ M.,
ESEN A,
KÖROĞLU E.: 1999
- DAVISON, G.C.,
NEALE, J.M.: 2004
- DOĞAN, O.: 2000
- DOLAN, B.M.,
BİRTCHNELL, S.A.,
LACEY, J.H.: 1987
- DRIESCHNER, K.H.,
LAMMERS, S.M.,
STAACK, C.P.F.: 2004
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ:
1993
- DUNN, E.C.,
NEIGHBORS, C.,
LARIMER, M.: 2003
- EBEM, Z.: 2007
- Yapılandırılmış Klinik Görüşme**, Hekimler
Yayın Birliği, Ankara.
- Anormal Psikolojisi**, Çev. Ed: İhsan Dağ,7.
Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları,
Ankara.
- “Depresyonun Epidemiyolojisi”,
Duygudurum Dizisi, 1, s.29-38.
- “Body Image Distortion in Non-eating
Disordered Women and Men”, **Journal of
Psychosomatic Research**, 31/4, s.513-520.
- “Treatment Motivation: An Attempt for
Clarification of An Ambiguous Concept”,
Clinical Psychology Review, 23, s.1115–
1137.
- ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar
Sınıflandırması, Klinik Tanımlamalar ve Tanı
Kılavuzu, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı
Derneği Yayınları, Ankara, s.167-170.
- “Assessing Readiness to Change Binge Eating
and Compensatory Behaviors”, **Eating
Behaviors**, 4, s.305–314.
- “Üniversiteye Geçişte Öğrencilerin Sağlığı

- Güçlendirici Davranışları ve Egzersiz Davranışı Değişim Basamak Düzeyleri”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bölümü.
- 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, s.90–107.
- ENGELN-MADDOX, R.: 2006 “Buying a Beauty Standard or Dreaming of a New Life? Expectations Associated with Media Ideals”, **Psychology of Women Quarterly**, 30, s.258–266.
- ERGÜNEY, F.E.,
SERTEL-BERK, H.Ö.: 2012 Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ) ve Bulimia Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (BNDEÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Poster bildiri, 17. Ulusal Psikoloji Kongresi Boğaziçi Üniversitesi.
- EROL, A.: 2011 “Yeme Bozuklukları ve İki Uçlu Mizaç Bozuklukları Ekstremliği”, **Journal of Mood Disorders**, 1/2, s.75-80.
- EROL, A.,
TOPRAK, G.,
YAZICI, F.,
EROL, S.: 2000 “Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu Belirtilerini Yordayıcı Olarak Kontrol Odağı ve Benlik Saygısının Karşılaştırılması”, **Klinik Psikiyatri**, 3, s.147-152.

- ERSAN, E.,
ABAY, E.: 2001
“Depresyonun Genetik Nedenleri”,
Duygudurum Dizisi, 6, s.277-282.
- EŞEL, E.,
SOFUOĞLU, S.: 2001
“Depresyonun Nöroendokrinolojisi”,
Duygudurum Dizisi, 3, s.132-143.
- EVREN, C.,
DALBUDAK, E.,
ÇAKMAK, D.: 2008
“Değişime Hazır Olma ve Tedavi isteği Ölçeği (SOCRATES) Türkçe Versiyonu’nun Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği ve Güvenirliği”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 18, s.84-91.
- EVREN, C.,
SAATÇIOĞLU, Ö.,
DALBUDAK, E.,
DANIŞMENT, B.S.,
ÇAKMAK, D.,
RYAN, R.M.: 2006
“Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliği ve Güvenirliği”, **Bağımlılık Dergisi**, 7, s.117-122.
- FAIRBURN, C.G.,
COOPER, P.J.: 1989
“Eating Disorders”, **Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide**, Ed. Keith Hawton, Paul M. Salkovskis, John Kirk, David M. Clark, Oxford Univ. Press, New York, s.277-314.
- FAIRBURN, C.G.,
COOPER, Z.,
DOLL, H.A.,
NORMAN, P.,
O’CONNOR, M.: 2000
“The Natural Course of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder in Young Women”, **Archives General Psychiatry**, 57, s.659-665

FAIRBURN, C.G.,
COOPER, Z.,
SHAFRON, R.: 2003

“Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment”, **Behaviour Research and Therapy**, 41, s.509–528.

FEDDING, C.A.,
ROSSI, J.S.: 1999

“Testing a Model of Situational Self-Efficacy for Safer Sex among College Students: Stage of Change and Gender-based Differences”, **Psychology & Health**, 14/3, s.467-486.

FELD, R.,
WOODSIDE, D.B.,
KAPLAN, A.S.,
OLMSTED, M.P.,
CARTER, J.C.: 2001

“Pretreatment Motivational Enhancement Therapy for Eating Disorders: A Pilot Study”, **International Journal of Eating Disorders**, 29/4, s.393-400.

FENNELL, M.J.V.: 1989

“Depression”, **Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide**, Ed. Keith Hawton, Paul M. Salkovskis, John Kirk ve David M. Clark, Oxford Univ., Press, New York, s.169-234.

FENNIG, S.,
HADAS, A. : 2010

“Suicidal Behavior and Depression in Adolescents with Eating Disorders”, **Nordic Journal of Psychiatry**, 64/1, s.31-39.

FERNANDEZ, F.,
PROBST, M.,
MEERMANN, R.,
VANDEREYCKEN, W: 1994

“Body Size Estimation and Body Dissatisfaction in Eating Disorder Patients and Normal Controls”, **International Journal of Eating Disorders**, 16, (3), s.307-310

- FICHTER, M.M.: 2003 “Getting to the Essence of Eating Disorders”, Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.44-46.
- FIRST M.B.,
SPITZER R.L.,
GIBBON M.,
WILLIAMS, J.B.W.:1997 **Structured Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-I), Clinical Version**, Washington D.C., American Psychiatric Press Inc.
- FOSTER, G.D.,
MATZ, P.E.: 2002 “Weight Loss and Changes in Body Image” **Body Image: A handbook of theory, research and clinical practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.405-413.
- FREEMAN, R.J.,
THOMAS, C.D.,
SOLYOM, L.,
KOOPMAN, R.F.: 1985 “Clinical and Personality Correlates of Body Size Overestimation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 4/4, s.439-45
- GARDNER, R.M.: 2002 “Body Image Assesstment of Children”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.127-134.
- GARNER, D.M.,
GARFINKEL, P.E.: 1979 “The Eating Attitudes Test: An index of the Symptoms of Anorexia Nervosa”, **Psychological Medicine**, 9, s.273-279.

- GARNER, D.M.: 2002 “Body Image and Anorexia Nervosa”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.295-303.
- GELLER, J.: 2002a “What a Motivational Approach Is and What a Motivational Approach Isn’t: Reflections and Responses”, **European Eating Disorders Review**, 10, s.155–160.
- GELLER, J.: 2002b “Estimating Readiness for Change in Anorexia Nervosa: Comparing Clients, Clinicians, and Research Assessors”, **International Journal of Eating Disorders**, 31, s.251–260.
- GELLER, J.,
DUNN, E.: 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, s.5–15.
- GODART, N.T.,
PERDEREAU, F.,
REIN, Z.,
BERTHOZ, S.,
WALLIER, J.,
JEAMMET, P.H. ve ark. : 2007 “Comorbidity Studies of Eating Disorders and Mood Disorders: Critical Review of the Literature”, **Journal of Affective Disorders**, 97, s.37–49.
- GORDON, K.H., “The Classification of Eating Disorders”,

- DENOMA J.M.,
JOINER, T.E.: 2005
Assessment of Eating Disorders, Ed. James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, Guilford Press, New York, s.17-31.
- GÖĞÜŞ, A.K.: 2000
“Depresyonun Klinik Belirtileri”,
Duygudurum Dizisi, 1, s.39-43.
- GÖRKER, I.,
KORKMAZLAR, Ü.
DURUKAN, M.,
AYDOĞDU, A.: 2007
“Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti ve Tanı Dağılımı”, **Klinik Psikiyatri**,7, s.103-110.
- GRILO, C.M.: 2005
“Structured Instruments”, **Assessment of Eating Disorders**, Ed. James E. Mitchell, Carol B. Peterson, Guilford Press, New York, s.79-97.
- GUSELLA, J.,
BUTLER, G.,
NICHOLS, L.,
BIRD, D.: 2003
“A Brief Questionnaire to Assess Readiness to Change in Adolescents with Eating Disorders: Its Applications to Group Therapy”, **European Eating Disorders Review**, 11, s.58–71.
- GÜNEŞ, İ.: 2009
“Medyada Yer Alan Kadın Bedeni İmgeleri ve Kadınlarda Beden İmgesi Hoşnutsuzluğu”,
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sporda Psikososyal Alanlar Anabilim Dalı.
- HACKLER, A.H.,
VOGEL, D.L.,

- WADE, N.G.: 2010 and Anticipated Outcomes”, **Journal of Counseling & Development**, 88, s.424-431.
- HALL, K.L.,
ROSSI, J.S.: 2008 “Meta-Analytic Examination of the Strong and Weak Principles across 48 Health Behaviours”, **Preventive Medicine**, 46, s.266-274.
- HALMI, K.A.: 2003 “Classification, Diagnosis and Comorbidities of Eating Disorders: A Review”, Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.1-33.
- HALMI, K.A.: 2007 “Management of Anorexia Nervosa in Inpatient and Partial Hospitalization Settings”, Ed. Yager J, Powers PS, **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.113-125.
- HARRISON, K.,
CANTOR, J.: 1997 “The Relationship Between Media Consumption and Eating Disorders”, **Journal of Communication**, 47/1, s.40-67.
- HARTMANN, A.,
WEBER, S.,
HERPERTZ, S.,
ZEECK, A.: 2011 “Psychological Treatment for Anorexia Nervosa: A Meta-Analysis of Standardized Mean Change”, **Psychotherapy and Psychosomatics**, 80, s.216–226.
- HASLER, G., “Application of Prochaska’s Transtheoretical

- DELSIGNORE, A.,
MILOS, G.,
BUDDEBERG, C.,
SCHNYDER, U.: 2004
Model of Change to Patients with Eating Disorders”, **Journal of Psychosomatic Research**, 57, s.67–72.
- HAWKINS, N.,
RICHARDS, P.S.,
GRANLEY, H.M.,
STEIN, D.M.: 2004
“The Impact of Exposure to The Thin-Ideal Media Image on Woman”, **Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention**, 12, s.35–50
- HERZOG, D.B.,
EDDY, K.T.: 2007
“Diagnosis, Epidemiology, and Clinical Course of Eating Disorders”, Ed. Yager J, Powers PS, **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.1-29.
- HERZOG, D.B.,
GREENWOOD, D.N.,
DORER, D.J.,
FLORES, A.T.,
EKEBLAD, E.R.,
RICHARDS, A. ve ark.: 2000
“Mortality in Eating Disorders: A Descriptive Study”, **International Journal of Eating Disorders**, 28, s.20–26.
- HİSLİ, N.: 1989
“Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği”, **Psikoloji Dergisi**, 7/23, s.3-13.
- HODGINGS, D.: 2001
“Processes of Changing Gambling Behavior”, **Addictive Behaviors**, 26, s.121-128
- HOLLON, S.D.
“Depression: Cognitive Approaches”, In:

- JACOBSON, V.: 1983 **Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults**, Ed. Michel Hersen ve Allan S. Bellack, New York, Plenum Press, s.169-199.
- HOLMSTROM, A.J.: 2004 “The Effects of the Media on Body Image: A Meta-Analysis”, **Journal Of Broadcasting & Electronic Media**, 48/2, s.796-217.
- HSU, L.K.G.,
SOBKIEWICZ, T.A.: 1991 “Body Image Disturbance: Time to Abandon the Concept for Eating Disorders?”, **International Journal of Eating Disorders**, 10,/1, s.15-30.
- HUDSON, J.I.,
HIRIPI, E.,
POPE, H.G.,
KESSLER, C.K.: 2007 “The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication”, **Biological Psychiatry**, 61, s.348–358.
- HUON, G.F.,
BROWN, L.B.: 1986 “Body Images in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 5/3, s.421-439.
- JACKSON, L.A.: 2002 “Physical Attractiveness; A sociocultural Perspective”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.13-21.
- JANSEN, A.: 2003 “Nothing is as Practical as a Good Theory”, Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6,

West Sussex, John Wiley & Sons, s.370-373.

- JOHNSON, S.S.,
DRIKSKELL, M.M.,
JOHNSEN, J.L.,
PROCHASKA, J.M.,
ZWICK, W.,
PROCHASKA, J.O.: 2006
- “Efficacy of a Transtheoretical Model-Based Expert System For Antihypertensive Adherence”, **Disease Management**, 9/5, s.291-301.
- JOHNSON, S.S.,
PAIVA, A.L.,
CUMMINS, C.O.,
JOHNSON, J.L.,
DYMENT, S.J.,
WRIGHT, J.A. ve ark.: 2008
- “Transtheoretical Model-based Multiple Behavior Intervention for Weight Management: Effectiveness on a Population Basis”, **Preventive Medicine**. 46/3, s.238–246.
- JORDANA, P. J.,
REDDING, C. A.,
TROOP, N. A.,
TREASURE, J.,
SERPELL, L.: 2003
- “Developing a Stage of Change Measure for Assessing Recovery from Anorexia Nervosa”, **Eating Behaviors**, 3, s.365–385.
- KADIOĞLU, M.: 2009
- “Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozuklukları ve Öz- Etkililik”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniveritesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.
- KAPLAN, A.S.,
GARFINKEL, P.E.: 1999
- “Difficulties in Treating Patients With Eating Disorders: A Review of Patient and Clinician Variables”, **Can J Psychiatry**, 44, s.665–670.

- 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, s.63–69
- KLEIN, D.N.,
SANTIAGO, N.J.: 2003
- “Dysthymia and Chronic Depression:
Introduction, Classification, Risk Factors, and
Course”, **Journal of Clinical Psychology**,
59/8, s.807-816.
- KÖROĞLU, E.: 2007a
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal
Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,
4.Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam
Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri
Birliği, Washington DC,2000, Köroğlu E
(çeviri ed.), cilt 1, Ankara, Hekimler Yayın
Birliği.
- KÖROĞLU, E.: 2007b
- Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal
Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı,
4.Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam
Metin (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri
Birliği, Washington DC,2000, Köroğlu E
(çeviri ed.), cilt 2, Ankara, Hekimler Yayın
Birliği.
- KUĞU, N.,
AKYÜZ, G.,
DOĞAN, O.,
- “The Prevalence of Eating Disorders among
University Students and the Relationship with
Some Individual Characteristics”, **Australian**

- ERSAN, E.,
İZGİÇ, F.: 2006 **and New Zealand Journal of Psychiatry**, 40, s.129–135.
- KURUOĞLU-ÇEPİK, A.: 2000 “Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler”, **Klinik Psikofarmakoloji Bülteni**, 10, s.32-37
- LAWRENCE, M.: 2003 “Pschoanalytic Psychotherapy in the Eating Disorders” Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.361-363.
- LEVINE, M.P.,
SMOLAK, L.: 2002 “Body Image Development in Adolescence”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.74-82.
- LEVY, A.B.,
DIXON, K.N.: 1985 “The Relationship Between Anorexia Nervosa and Depression: A Reevaluation”, **International Journal of Eating Disorders**, 4/4, s.389-405.
- LINDHOLM, L.,
WILSON, G. T.: 1988 “Body Image Assessment in Patients with Bulimia Nervosa and Normal Controls”, **International journal of Eating Disorders**, 7/4, s.527-539.
- MAHON, J.: 2000 “ Dropping out from Treatment for Eating Disorders: What are the Issues?”, **European Eating Disorders Review**, 8, s.198–216.

- MANER, F.: 2001 “Yeme Bozuklukları”, **Psikiyatri Dünyası**, 5, s.130-139.
- MANER, F.: 2007 “Yeme Bozuklukları”, **RCHP**, 1/1, s.21-28.
- MARCUS, B.H.,
SELBY, V.C.,
NIAURA, R.S.,
ROSSI, J.S.: 1992 “Self-efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change”, **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 63/1, s.60-66.
- MARTINEZ, E.,
CASTRO J.,
BIGORRA, A.,
MORER, A.,
CALVO, R.,
VILA, M. ve ark.: 2007 “Assessing Motivation to Change in Bulimia Nervosa: The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire”, **European Eating Disorders Review**, 15, s.13–23.
- MCHUGH, M.D.: 2007 “Readiness for Change and Short-Term Outcomes of Female Adolescents in Residential Treatment for Anorexia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 40/7, s.602–612.
- MEEHAN, K.G.,
LOEB, K.L.,
ROBERTO, C.A.,
ATTIA, E.: 2006 “Mood Change During Weight Restoration in Patients with Anorexia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorder**, 39, s.587–589.
- MEERMAN, R. :1983 “Experimental Investigation of Disturbances in Body Image Estimation in Anorexia

- Nervosa Patients, and Ballet and Gymnastics Pupils”, **International Journal of Eating Disorder**, 2/4, s.91-100.
- MENZEL, J.E.,
SCHAEFER, L.M.,
BURKE, N.L.,
MAYHEW, L.L.,
BRANNICK, M.T.,
THOMPSON, J.K.: 2010
- “Appearance-related Teasing, Body Dissatisfaction, and Disordered Eating: A Meta-Analysis”, **Body Image**, 7, s.261–270.
- MILLER, W. R.,
ROLLNICK, S.: 2009
- Motivasyonel Görüşme: İnsanları Değişime Hazırlama, çev. ed. Figen Karadağ, Kültegin Ögel, Ahmet Ertan Tezcan, HYB Basım Yayın, Ankara.
- MITCHELL, J.E.: 2005
- “Treatment Planning”, **Assessment of Eating Disorders**, Ed. James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, New York, Guilford Press, s.221-233.
- MITCHELL, J.E.,
STEFFEN, K.J.,
ROERIG, J.L.: 2007
- “Management of Bulimia Nervosa”, Ed. Yager J, Powers PS, **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.171-193.
- MOLLAHALİLOĞULU, S.,
HÜLÜR, Ö.,
YARDIM, N.,
ÖZBEY, H.,
ÇAYLAN, A. K.,
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Ruhsağlığı Araştırması. Türkiye’de Sağlığa Bakış, Ankara, Bölük Ofset Matbacılık.

ÜNÜVAR, N. ve ark.: 2007

MURPHY, R.,
STRAEBLER, S.,
BASDEN, S.,
COOPER, Z.,
FAIRBURN, C.G.: 2012

“Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders”, **Clinical Psychology and Psychotherapy**, 19, s.150–158.

MÜLAZIMOĞLU-BALLI, Ö.,
AŞÇI, F.H.: 2006

“Sosyal Fizik Kaygı Envanteri”nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, **Hacettepe Spor Bilimleri Dergisi**, 17/1, s.11-19.

MYERS, E.S.: 2007

“Counseling Clients with Eating Disorders”, **Nutrition Therapy: Advanced Counseling Skills**, Ed. Kathy King, Bridget Klawitter, 2.Baskı, New York, Lippincott Williams & Wilkins, s.203-218.

OĞUZ, G.Y.: 2005

“Bir Güzellik Miti Olarak İncelik ve Kadınlarla İlgili Beden İmgesinin Televizyonda Sunumu”, **Selçuk İletişim**, 4/1, s.31-37.

ORSEL, S.,
IŞIK-CANPOLAT, B.,
AKDEMİR, A.,
ÖZBAY, M. H.: 2004

“Diyet Yapan ve Yapmayan Ergenlerin Kendilik Algısı, Beden Ümajı ve Beden Kitle İndeksi Açısından Karşılaştırılması”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 15/1, s.5-15

ÖZTÜRK, H.,
AYDIN, E.: 2001

“Depresyonla İlgili Nöroanatomik Çalışmalar”, **Duygudurum Dizisi**, 3, s.126-131

- PETERSON, C.B.: 2005 “Conducting the Diognastic Interview”, **Assesment of Eating Disorders**, Ed. James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, New York, Guilford Press, s.32-58.
- PİRİM-DÜŞGÖR, B.: 2007 “Anoreksiya Nervoza’da Babalık İşlevinin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- PINTO, A.M.,
GUARDA, A.S.,
HEINBERG, L.J.,
DICLEMENTE, C.C.: 2006 “Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire”, **International Journal of Eating Disorders**, 39/5, s.376–384.
- POLAT, A.,
YÜCEL, B.,
GENÇ, A.,
METERİS, H.: 2005 “Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Yeme Davranışı Özellikleri: Bir Ön Çalışma”, *Nöropsikiyatri Arşivi* 42/1-2-3-4, s.5-8.
- POLIVY, C.,
HERMAN, C.P.: 2002 “Causes of Eating Disorders”, **Annual Review of Psychology**, 53, s.187–213.
- POLLICE, C.,
KAYE, W.H.,
GREENO, C.G.,
WELTZIN, T.E.: 1997 “Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 21, s.367-376.
- PROCHASKA J.O., “Transtheoretical Therapy: Toward a more

- DICLEMENTE C.C.: 1982 Integrative Model of Change”, **Psychotherapy: Theory, Research, and Practice**, 19, s.276–288.
- PROCHASKA, J.O.,
DICLEMENTE, C.C.: 1983 “Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change”, **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 51/3, s.390-395.
- PROCHASKA, J.O.,
DICLEMENTE, C.C.,
NORCROSS, J.C.: 1992 “In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors”, **American Psychologist**, 47/9, s.1102-1114.
- PROCHASKA, J.O.,
VELICER, W.F.,
ROSSI, J.S.,
GOLDSTEIN, M.G.,
MARCUS, B.C.,
RAKOWSKI, W. ve ark.: 1994 “Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors”, **Health Psychology**, 13/1, s.39-46.
- PROCHASKA, J.O.,
NORCROSS, J.C.:2010 **Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis**. 7. Baskı, ABD Brooks/Cole, Cengage Learning.
- PROCHASKA, J.O.,
NORCROSS, J.C.,
DICLEMENTE, C.C.: 2006 **Changing for Good**, Harper Colins Publishers, New York.
- PROCHASKA, J.O.,
REDDING, C.A.,
EVERS, K.E: 2008 “The Transtheoretical Model and Stages of Change”, **Health Behavior and Health Education; Theory, Research and Practice**.

4. Baskii Ed. Karen Glanz, Barbara K. Rimer, K. Viswanath, , San Francisco, Jossey-Boss, s.97-121.

PROCHASKA, J.O.,
VELICER, W.F.,
FAVA, J.L.,
ROSSI, J.S.,
TSOH, J.Y.: 2001

“Evaluating a Population-based Recruitment Approach and Stage-Based Expert System Intervention for Smoking”, **Addictive Behaviours**, 26, s.583-602.

PROCHASKA, J.O.,
VELICER, W.F.,
REDDING, C.,
ROSSI, J.S.,
GOLDSTEIN, M.,
DEPUE, J. ve ark.: 2005

“Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms”, **Preventive Medicine**, 41, s.406 – 416.

RIEGER, E.: 2000

“The development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa”, Unpublished Doctorate Thesis, University of Sydney.

RIEGER E.,
TOUYZ, S.,
BEAUMONT, P.: 2002

“The anorexia Nervosa stages of change questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties”, **International Journal of Eating Disorders**, 32, s.24–38.

RIEGER, E.,
TOUYZ, S.,
SCHOTTE,, D.,

“Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**,

- BEAUMONT, P., 28, s.387–396.
 RUSSELL, J.,
 CLARKE, S. ve ark.: 2000
- ROBBINS, M.L., “Assessing Family Members’ Motivational
 LEVESQUE, D.A., Readiness and Decision Making for
 REDDING, C.A., Consenting to Cadaveric Organ Donation”,
 JOHNSON, J.L., **Journal of Health Psychology**, 6, 523-536.
 PROCHASKA, J.O.,
 ROHR, M.S. ve ark. : 2001
- ROBERTSON, M.: 1999 “Interpersonal Therapy: An Introduction For
 Clinicians”, **Australasian Psychiatry**, 7/1, s.
 25-27.
- ROCK, C.L.: 2005 “Nutritional Assesment”, **Assesment of
 Eating Disorders**, Ed. James E. Mitchell ve
 Carol B. Peterson, New York, Guilford Press,
 s.129-147.
- RYAN, R.M., “Initial Motivations for Alcohol Treatment:
 PLANT R.W., Relations with Patient Characteristics,
 O’MALLEY, S.: 1995 Treatment Involvement, and Dropout”,
Addictive Behaviours, 20, s.279-297.
- SANSONE, R.A., “Eating Disorders and Psychiatric
 SANSONE, L.A.: 2007 Comorbidity”, Ed. Yager J, Powers PS; eds.
Clinical Manual of Eating Disorders,
 Washington DC, American Psychiatric
 Publishing, s.79-111.

- SARKIN, J.A.,
JOHNSON, S.S.,
PROCHASKA, J.A.,
PROCHASKA, J.M.: 2001
“Applying the Transtheoretical Model to Regular Moderate Exercise in an Overweight Population: Validation of a Stages of Change Measure”, **Preventive Medicine**, 33, s.462–469.
- SAVAŞAN, A.: 2010
“Bağımlılığı Olan Hastalarda Servis Ortamı ve Tedavi Motivasyonu İlişkisinin İncelenmesi”, **Klinik Psikiyatri**, 13, s.119-126.
- SAVAŞIR, I.,
EROL, N.: 1989
“Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi”, **Psikoloji Dergisi**, 7/23, s.19-25.
- SAVAŞIR, I.,
BATUR, S.: 2003
“Depresyonun Bilişsel Davranışçı Tedavisi”, **Bilişsel Davranışçı Terapiler**, Ed. Savaşır, I., Soygüt, G. ve Kabakçı, E., 3. Baskı, Ankara, Türk Psikologlar Derneği, s.17-46.
- SERRANO, E.,
CASTRO, J.,
AMETLLER, L.,
MARTINEZ, E.,
TORO, J.: 2004
“Validity of a Measure of Readiness to Recover in Spanish Adolescent Patients with Anorexia Nervosa”, **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 77, s.91–99.
- SERTEL-BERK, H. Ö.,
YÜCEL B.: 2011
“Body Image Distortion and Eating Disorders: The Turkish Validation Study of the Female Photographic Figure Rating Scale”, Sözlü bildiri, ECP.
- SMOLAK, L.: 2002
“Body Image Development in Children”

- Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.65-73.
- SOYGÜT, G.: 2003
“Yeme Bozukluklarının Bilişsel Davranışçı Tedavisi”, **Bilişsel Davranışçı Terapiler**, Ed. Savaşır, I., Soygüt, G. ve Kabakçı, E., 3. Baskı, Ankara, Türk Psikologlar Derneği, s.112-139.
- SPENCER, E. A.,
APPLEBY, P.N.,
DAVEY, G.K.,
KEY, T.J.: 2001
“Validity of Self-reported Height and Weight in 4808 EPIC-Oxford Participants”, **Public Health Nutrition**, 5, s.561–565.
- SPINDLER, A.,
MILOS, G.: 2007
“Links Between Eating Disorder Symptom Severity and Psychiatric Comorbidity”, **Eating Behaviors**, 8, s.364–373.
- STEINHAUSEN, H.C.: 2002
“The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century”, **American Journal of Psychiatry**, 159, s.1284–1293.
- STEINHAUSEN, H.C.,
SEIDEL, R.,
METZKE, C.W.: 2000
“Evaluation of Treatment and Intermediate and Long-term Outcome of Adolescent Eating Disorders”, **Psychological Medicine**, 30, s.1089–98.
- STICE, E.: 1998
“Modeling of Eating Pathology and Social Reinforcement of the Thin-ideal Predict Onset of Bulimic Symptoms”, **Behaviour Research**

- and Therapy**, 36, s.931-944.
- STICE, E.: 2002a “Body Image and Bulimia Nervosa”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.304-311.
- STICE, E.: 2002b “Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review”, **Psychological Bulletin**, 128/5, s.825–848.
- STICE, E.,
RIZVI, S.L.,
TELCH, C.F.: 2000 “Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia, and Binge-Eating Disorder”, **Psychological Assessment**, 12/2, s.123-131.
- STICE, E.,
SPANGLER, D.,
AGRAS, W.S.: 2001 “Exposure to Media-Portrayed Thin-Ideal Images Adversely Affects Vulnerable Girls: A Longitudinal Experiment”, **Journal of Social and Clinical Psychology**, 20/3, s. 270-288.
- STRIEGEL-MOORE, R.H.,
FRANKO, D.L.: 2002 “Body Image Issues among Girls and Women”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**. Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.183-191.
- STUNKARD, A.J. ,
ALLISON, K.C.: 2003 “Two Forms of Disordered Eating in Obesity: Binge Eating and Night Eating”,

- International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders**, 27, s.1-12.
- SULLIVAN, V.,
TERRIS, C.: 2001
“Contemplating the Stages of Change Measures for Eating Disorders”, **European Journal of Eating Disorders Review**, 9, s.287-291.
- SURIS, A.M.,
TRAPP, M.C.,
DICLEMENTE, C.C.,
COUSINS, J.: 1998
“Application of the Transtheoretical Model of Behavior Change for Obesity in Mexican American Women”, **Addictive Behaviors**, 23/5, s.655–668.
- SWAMI, V.,
SALEM, N.,
FURNHAM, A.,
TOVE'E, M.J.: 2008
“Initial Examination of the Validity and Reliability of the Female Photographic Figure Rating Scale for Body Image Assessment”, **Personality and Individual Differences**, 44, s.1752–1761.
- SWAMI, V.,
FREDERICK, D.A.,
AAVICK, T.,
ALCALAY, L.,
ALLIK, J.,
ANDERSON, D. ve ark.: 2010
“Project (IBP-I). The Attractive Female Body Weight and Female Body Dissatisfaction in 26 Countries Across 10 World Regions: Results of the International Body Project I”, **Personality and Social Psychology Bulletin**, 36/3, s.309-325.
- SWINBOURNE, J.M.,
TOUYZ, S.W.: 2007
“The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review”, **European Eating Disorders Review**, 15, s.253–274.
- TAGAY, S.,
“Traumatic Events, Posttraumatic Stress

- SCHLEGL, S.,
SENF, W.: 2010
Symptomatology and Somatoform Symptoms in Eating Disorder Patients”, **European Eating Disorders Review**, 18, s.124–132.
- THOMPSON, J.K.,
BERLAND, N.W.,
LINTON, P.H.,
WEINSIER, R.L.: 1986
“Utilization of a Self-Adjusting Light Beam in the Objective Assessment of Body Distortion in Seven Eating Disorder Groups”, **International Journal of Eating Disorders**, 5/1, s.113-120.
- THOMPSON, J.K.,
GARDNER, R.M.: 2002
“Measuring Perceptual Body Image Among Adolescents and Adults”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.135-141.
- THOMPSON, J.K., ve
THOMPSON, C.M.: 1986
“Body Size Distortion and Self-Esteem In Asymptomatic, Normal Weight Males and Females”, **International Journal of Eating Disorders**, 5/6, s.1061-1068.
- THOMPSON, J.K.,
HEINBURG, L.J.: 1999
“The Media's Influence on Body Image Disturbance and Eating Disorders: We've Reviled Them, Now Can We Rehabilitate Them?”, **Journal of Social Issues**, 55/2, s.339-353
- THOMPSON, J.K.,
ROEHRIG, M.,
CAFRI, G.,
“Assesment of Body Image Disturbance”, **Assesment of Eating Disorders**, Ed. by James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, New

- HEINBERG, L.J.: 2005
York, Guilford Press, s.175-202.
- TIGGEMANN, M.: 2002
“Media Influences on Body Image Development”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. by: Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.91-98.
- TOKER, D.E.,
HOCAOĞLU, Ç.: 2009
“Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme”, **Düşünen Adam**, 22/1-4, s.36-42
- TOUYZ, S.,
THORNTON, C.,
RIEGER, E.,
GEORGE, L.,
BEUMONT, P.: 2003
“The Incorporation of the Stage of Change Model in the Day Hospital Treatment of Patients with Anorexia Nervosa”, **European Child & Adolescent Psychiatry**, 12, s.65–71.
- TREASURE, J.,
SCHMIDT, U.: 2001
“Ready, Willing and Able to Change: Motivational Aspects of the Assessment and Treatment of Eating Disorders”, **European Eating Disorders Review**, 9, s.4-18.
- TREASURE, J.,
WARD, A.: 1997
“A Practical Guide to the Use of Motivational Interviewing in Anorexia Nervosa”, **European Eating Disorders Review**, 5, s.102-114.
- TSAI, G.,
CURBOW, B.,
HEINBERG, L.J.: 2003
“Sociocultural and Developmental Influences on Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes and Behaviours of Asian Women”,

- Journal of Nervous and Mental Disease**, 191, s.258-269.
- TURY, F.,
GÜLEÇ, H.,
KOHLS, E.: 2010
- “Assessment Methods for Eating Disorders and Body Image Disorders”, **Journal of Psychosomatic Research**, 69, s.601–611.
- UZUN, Ö.,
GÜLEÇ, N.,
ÖZŞAHİN, A.,
DORUK, A.,
ÖZDEMİR, B.,
ÇALIŞKAN, U.: 2006
- “Screening Disordered Eating Attitudes and Eating Disorders in a Sample of Turkish Female College Students”, **Comprehensive Psychiatry**, 47, s.123– 126.
- ÜNÜVAR, N.,
MOLLAHALİLOĞLU, S.,
YARDIM, N.: 2006
- T. C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık yükü Çalışması, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- ÜNAL, S.,
KÜEY, L.,
GÜLEÇ, C.,
BEKAROĞLU, M.,
EVLİCE, Y.E.,
KIRLI, S.: 2002
- “Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri”, **Klinik Psikiyatri**, 5, s.8-15.
- VARDAR, E.,
ERZENGİN, M.: 2011
- “Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma”, **Türk Psikiyatri Dergisi**, 22/4, s.205-12

- VITOUSEK, K.,
WATSON, S.,
WILSON, G.T.: 1998
“Enhancing Motivation for Change in Treatment –Resistant Eating Disorders”, **Clinical Psychology Review**, 18/4, s.391-420.
- 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, s.205–217.
- WADE, T.,
FRAYNE, A.,
EDWARDS, S.A.,
ROBERTSON, T.,
GILCHRIST, P.: 2009
“Motivational Change in an Inpatient Anorexia Nervosa Population and Implications for Treatment”, **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 43, s.235-243
- WALSH, B.T.,
SATIR, D.A.: 2005
“Diagnostic Issues”, **Assessment of Eating Disorders**, Ed. James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, New York, Guilford Press, s. 1-16.
- WARD, A.,
TROOP, N.,
TODD, G.,
TREASURE, J.: 1996
“To change or Not to Change? – ‘How’ is the question?”, **British Journal of Medical Psychology**, 69, s.139-146.
- WHO: 2000
“Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic”, Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894), Geneva.

- WILLCOX, M.,
SATTLER, D.N.: 1996
- WILLIAMSON, D.A.,
STEWART, T.M.,
WHITE, M.A.,
YORK-CROWE, E.: 2002
- WILLMUTH, M.E.,
LEITENBERG, H.,
ROSEN, J.C.,
FONDACARO, K.M.,
GROSS, J.: 1985
- WILSON, G.T.: 2003
- WOLF, G.E.,
CLARK, M.M.: 2001
- WOODS, C.,
MUTRIE, N.,
SCOTT, M.: 2002
- “The Relationship Between Eating Disorders and Depression”, **The Journal of Social Psychology**, 136/2, s.269-271.
- “An Information-Processing Perspective on Body Image”, **Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice**, Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Prozinsky, New York, Guilford Press, s.47-54.
- “Body Size Distortion in Bulimia Nervosa”, **International Journal of Eating Disorders**, 4/1, s.71-78.
- “Psychological Interventions for Eating Disorders: a Review”, Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.315-338.
- “Changes in Eating Self- Efficacy and Body Image Following Cognitive-Behavioral Group Therapy for Binge Eating Disorder: A Clinical study”, **Eating Behaviors**, 2, s.97-104.
- “Physical Activity Intervention: A Transtheoretical Model-Based Intervention Designed to Help Sedentary Young Adults Become Active”, **Health Education**

Research, 17/4, s.451-460.

YAGER, J.: 2007a

“Assesment and Determination of Initial Treatment Approaches for Patients with Eating Disorders”, Ed. Yager J, Powers PS, **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.1-29.

YAGER, J.: 2007b

“Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders”, Ed. Yager J, Powers PS, **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.287-305.

YAGER, J.: 2007c

“Managements of Patients with Chronic, Intractable Eating Disorders”, Ed. Yager J, Powers PS, **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.407,439.

YEŞİLBURSA, D.,
İMRE, H.H.,
TÜRKCAN, S.,
UYGUR, N.: 1992

“Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza”, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 29/3, s.138-144.

YÜCEL, B.: 2009

“Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol”, **Klinik Gelişim**, 22/4, s.39-44.

- YÜCEL B.,
POLAT, A.,
İKİZ, T.,
PİRİM-DÜŞGÖR, B.,
YAVUZ, A.E.,
SERTEL-BERK, H.Ö.: 2011
- “The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents”, *European Eating Disorders Review*, 19, s.509-511.
- ZAITSOFF, S. L.,
TAYLOR, A.: 2009
- “Factors Related to Motivation for Change in Adolescents with Eating Disorders”, **European Eating Disorders Review**, 17, s.227–233.
- ZERBE, K.J.: 2007
- “Psychodynamic Management of Eating Disorders”, Ed. Yager J, Powers PS, **Clinical Manual of Eating Disorders**, Washington DC, American Psychiatric Publishing, s.307-334.
- ZWAAN, M.,
ROERIG, J.: 2003
- “Pharmacological Treatment of Eating Disorders: a Review”, Ed. Maj M, Halmi K, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N., **Eating Disorders**, WPA Series, Vol.6, West Sussex, John Wiley & Sons, s.222-285.