TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

YEME BOZUKLUĞU TANILI ERGENLERDE AYRILMA BİREYLEŞME ÖZELLİKLERİNİN VE BU ÖZELLİKLERİN DAYANIKLILIK ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇETİN GÖK

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

YEME BOZUKLUĞU TANILI ERGENLERDE, AYRILMA BİREYLEŞME ÖZELLİKLERİNİN VE DAYANIKLILIK ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ARŞ. GÖR. DR. EZGİ ÇETİN GÖK

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

DR. ÖĞR. ÜYESİ İREM DAMLA ÇİMEN
ETİK KURUL ONAYI: 01.09.2022 KÜGOKAEK
2022/181
2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……...III
KISALTMALAR DİZELGESİ……..V
TABLOLAR DİZELGESİ……VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ……7
2. GENEL BİLGİLER……...11
2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırması ……..11
2.2. Yeme Bozukluklarının Tanısal Özellikleri……12
2.2.1. Anoreksiya Nervoza……...12
2.2.2. Bulimiya Nervoza…….. 14
2.3. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi……16
2.4. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi…….17
2.4.1. Genetik ve Nörobiyolojik Risk Faktörleri ……18
2.4.1.1. Genetik Risk Faktörleri ……. 18
2.4.1.2. Nörobiyolojik Risk Faktörleri …..…… .18
2.4.2. Ruhsal Faktörler ..... ……...19
2.4.3. Gelişimsel-Sosyokültürel Risk Faktörleri 20
2.5. Ayrılma-Bireyleşme Kuramı ve Yeme Bozuklukları……21
2.6. Dayanıklılık……...24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 27
3.1. Örneklem 27
3.2. Yöntem…….....27
3.3. Veri Toplama Araçları……...28
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu……28
3.3.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)……28
3.3.3 Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi(AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA)...……..30
3.3.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5- Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]:……...…….……..31

3.3.5. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12) (The Child and Youth Resilience Measure-CYRM 12):……...……...32
3.4. İstatistiksel Analiz…….32
4.BULGULAR……34
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri…….....34
4.2. Katılımcıların Bakım Verenlerine Ait Özellikler……..38
4.3. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olaylarına Ait Özellikleri..…….39
4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)'ne İlişkin Veriler ……..41
4.5. Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT)'ne İlişkin Veriler …….42
4.6. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)'ne İlişkin Veriler …….45
4.7. Ayrılma-Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılığın Yeme Bozukluklarına Etkisi...46
4.8. Ayrılma-Bireyleşme Alt Ölçek Puanları ve Dayanıklılık Puanları Arasındaki Korelasyon.....…… 46
5. TARTIŞMA……48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 64
6.1. Sonuçlar…….64
6.2. Öneriler……..66
6.3. Kısıtlılıklar…….66
7. ÖZET 67
8. ABSTRACT 69
9. EKLER 71
10. KAYNAKLAR 92

TEŞEKKÜR

Hem uzmanlık eğitimim hem de tez çalışmam boyunca benden bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, yaşadığım sorunlarda destek olan, ilgisini hissettiren, her türlü yardımı ve anlayışı gösteren tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen'e,

İlgili ve güven veren yaklaşımı sayesinde birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, hastalara yaklaşımını, etik değerlerini ve öğretmeye olan arzusunu örnek aldığım, en zor günlerimde desteğini hissettiğim, asistanı olduğum için şanslı hissettiğim kıymetli hocam Prof. Dr. Ayşen Coşkun'a,

Kıymetli bilgilerinden çokça faydalandığım, kendimi geliştirmem adına katkılarını fazlaca hissettiğim, mesleki yaklaşımlarını örnek aldığım, her türlü problemimde bana destek olup aile sıcaklığı hissettiren Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyeleri, değerli hocalarım; Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu, Prof. Dr. Nursu Çakın Memik, Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Kardaş ve Dr. Öğr. Üyesi Ömer Kardaş'a,

Çocuk nörolojisi rotasyonu sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, kendisiyle birlikte çalışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim Prof. Dr. Bülent Kara'ya ve tüm yandal uzmanlarına,

Erişkin psikiyatrisi rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Aslıhan Polat, Prof. Dr. Cem Cerit, Prof. Dr. Elif Tatlıdil Yaylacı ve Dr. Öğr. Üyesi Bahadır Geniş'e,

Asistanlığa başladığım ilk günden beri yanımda olan, aynı yolu yürümekten çok keyif aldığım ve desteklerini her zaman hissettiğim eşkıdemlerime,

Uzmanlık eğitimim boyunca tanımaktan ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve bölümümüzün tüm değerli çalışanlarına,

Beni ve kardeşlerimi her zaman sevgiyle saran, her ihtiyacımızda orada olan, sık sık akıl danıştığım, bilgileri ve çalışkanlıkları ile bana rol model olan, işini elinden gelen en iyi şekilde yapmanın ve insanlara değer vermenin önemini bana öğreten ama en çok da iyi bir insan olmanın en büyük erdem olduğunu bana öğreten, canım annem Sevda Zübeyde Çetin'e ve canım babam İrfan Çetin'e,

Hayattaki en büyük şanslarım, güçlü, dingin, cesur, dürüst kişilikleriyle ve iyi kalpleriyle beni her zaman etkileyen, hayatımı anlamlı kılan, en iyi arkadaşlarım, canım kardeşlerim Aslı'm ve Pelin'ime

Lisede Kadıköy'de yollarımızın kesiştiği, uzun seneler görüşemesek de en sonunda hayatıma temelli giren, en zor ve en güzel günlerimde yanımda olan, azmi, çalışkanlığı ve insanları önemsemesiyle bana ilham veren, tez sürecinde desteklerini esirgemeyen, sevgisiyle ve ilgisiyle beni güçlü hissettiren, hayatımı keyifli hale getiren, canım yol arkadaşım Fırat Gök'e,

Sonsuz sevgi, minnet ve teşekkürlerimle…

Ocak 2024, Kocaeli

KISALTMALAR DİZELGESİ

AABT	Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi
AN	Anoreksiya Nervoza
BDNF	Brain-Derived Neutrophic Factor
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimia Nervoza
BTA YB	Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu
ÇGPSÖ-12	Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-V TR	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5 Metin Revizyonu
K-SADS-PL-DSM-5	Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present and Lifetime Version
MDB	Major Depresif Bozukluk
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖÖB	Özgül Öğrenim Bozukluğu
TDYB	Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YEDÖ	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

TABLOLAR DİZELGESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların Bakım Verenlerine Ait Özellikleri

Tablo 3: Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olaylarına Ait Özellikleri

Tablo 4: Olgu ve Kontrol Grupları Arasında YEDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5: Olgu ve Kontrol Grupları Arasında AABT Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 6: Kontrol ve Yeme Bozukluğu Alt Grupları Arasında AABT Puanlarının Karşılaştırması

Tablo 7: Olgu ve Kontrol Gruplarının ÇGPSÖ-12 Puanları

Tablo 8: Yeme Bozukluğu Alt Grupları ile Kontrol Grubunun ÇGPSÖ-12 Puanları Açısından Karşılaştırması

Tablo 9: Reddedilme Beklentisinin ve Dayanıklılığın Yeme Bozukluklarına Etkisi

Tablo 10: Ayrılma-Bireyleşme Alt Ölçek Puanları ve Dayanıklılık Puanları Arasındaki Korelasyon

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları, güzellik için gerçekçi olmayan beden ağırlığı standartlarıyla kendini tanımlama, yoğun duygusal sıkıntıya ve öz-düzenleme güçlüklerine neden olan sert özeleştiri, olumsuz beden imajı, fazla yemek yeme, sağlıksız kilo kontrol tutumları ve açlık-tokluk hissini yöneten nöroanatomik süreçlerdeki bozulmalarla karakterize sağlıksız yeme davranışlarını içeren bozukluklardır [1]. Bu bozukluklarda gözlenen olumsuz beden algısı ve sağlıksız yöntemler, ergenlik dönemindeki depresyon, tıkınırcasına yeme davranışı, sigara ve yasadışı uyuşturucu kullanımı riskini artırmaktadır [2].

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5)'nda yeme bozuklukları: Anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN) ve tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır [3]. Bu tanıların kriterlerini karşılamayan yeme bozukluğu olguları 'Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (TDYB)' veya 'Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu' başlıkları altında sınıflandırılmakta olup bu tanılar tüm olguların yaklaşık %20-40'ını oluşturmaktadır [4]. Genç popülasyonun %13'ünün 20 yaşına kadar yeme bozukluğu tanılarından en az birini aldığı, 12-18 yaş arası kızların %27'sinden fazlasında sağlıksız yeme tutum ve davranışlarının mevcut olduğu ve bu oranların giderek arttığı saptanmıştır [5,6]. Orta-geç ergenlik dönemi, yeme bozuklukları ve eşlik edebilen anksiyete ve depresyona ilişkin semptomlar açısından en riskli dönemdir. Ancak bu yaş grubunda yapılan araştırmalar yetişkin bireylerde yapılan araştırmalara göre daha az sayıda olup yeme bozukluklarının nedenlerini anlamanın çocuk ve ergenlerle çalışan kişiler açısından faydalı olacağı düşünülmektedir [7].

Yeme bozukluğu etiyolojisine yönelik etkenler şu üç başlıkta toplanmaktadır: 1) Genetik/biyolojik 2) Psikolojik 3) Sosyal-çevresel [8].

Genetik faktörlere baktığımızda; farklı toplumlarda ve çeşitli ölçme araçlarıyla yapılan ikiz çalışmalarında AN, BN ve bozulmuş yeme davranışlarının orta-yüksek düzeyde kalıtıldığı gösterilmiştir [9]. Dopaminerjik nöral yolakların yeme davranışı ve ödüle bağlı öğrenme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [10]. Bu durum; dopaminin, beslenme davranışının düzenlenmesinde, motor aktivitede, bozulmuş beden imajı algısında, ödül ve pekiştirme süreçlerinde rol oynamasıyla ilişkilendirilmektedir [11]. Serotonin, yeme davranışlarının

düzenlenmesinde; doygunluk hissini, dürtü kontrolünü ve ruh halini etkileyerek rol oynamaktadır [12].

Psikolojik etmenlerden, mizaç ve kişilik özellikleri yeme bozukluklarının güçlü belirleyicileri olarak bulunmuştur [13]. Aşırı mükemmeliyetçilik, fiziksel gelişmeyle ilgili korku hissi, düşük benlik saygısı ve düşük öz yeterliliğin yeme bozukluğu için yordayıcı olduğu tespit edilmiştir [13]. Literatürde, yeme bozukluklarında duygu düzenleme becerisinde de zorlukların olduğu gösterilmiştir. AN ve BN tanılı hastaların, duygusal tepkilerin süresini ve yoğunluğunu düzenleme, dürtüsel davranışları engelleme, duyguların farkındalığı ve kabulü alanlarında zorluk yaşadıkları saptanmıştır [14]. Yapılan çalışmalarda, anne çocuk ilişkisinde güvensiz bağlanmanın yeme bozukluğunu yordadığı gösterilmiştir [15]. Ayrıca psikolojik dayanıklılık da yeme bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur [16]. Amerikan Psikoloji Birliği 'dayanıklılığı'; zorluklara, travmaya ve diğer stres unsurlarına uyum sağlayabilme yeteneği şeklinde ifade etmektedir [17]. Bazı kişiler stresli yaşam olaylarına başarılı bir şekilde uyum sağlarken, bazıları olumsuz olarak etkilenmekte ve psikopatoloji geliştirmektedir. Psikolojik dayanıklılık, travmaya gösterilen uyumdaki bu farklılaşmayı açıklayan önemli bir faktördür [18]. Psikolojik dayanıklılığın yalnızca doğuştan kazanılan bir beceri olmadığı, çevresel etmenlerden de etkilenebildiği farz edilmektedir [19]. Psikolojik dayanıklılık faktörlerinden "kendini ve yaşamı kabul etme" ve "kişisel yeterlik" gibi alt başlıkların incelendiği, genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada, dayanıklılığın artmasının yeme bozuklukları semptomlarını azalttığı saptanmıştır [16].

Yeme bozuklukları ile aile özelliklerinin ilişkisine bakıldığında; yeme bozukluğu olan ergenlerin ailelerinde olmayanlara göre sosyal ilişkilerdeki işlevselliklerinin daha kötü olduğu ve sosyal ilişkilerinde daha fazla problem yaşadıkları gösterilmiştir [20]. Aile öyküsünde aşırı yeme davranışının bulunması, ebeveyn kaybı ve parçalanmış aile yapısı da yeme bozukluğu için risk faktörleri arasındadır [21]. Çalışmalar, AN tanılı bireylerin ebeveynlerinin daha kontrolcü ve koruyucu olduklarını, bu ailelerde sınırların daha belirsiz ve geçirgen olduğunu göstermektedir [22]. Bulimik çocukların ebeveynlerinin ise daha az denetleyici ve daha az şefkatli oldukları bildirilmiştir [23].

Yeme bozukluğu ile ilgili ortaya koyulan teoremler ayrılma-bireyleşme sürecine de atıfta bulunmaktadır. Bunlardan temel olanlar: Gelişimsel kuramlar, geleneksel yaşam

boyu kuramlar, feminist kuramlar ve Mahler'in ayrılma-bireyleşme kuramıdır. Gelişimsel kuramların pek çoğu ergenlik döneminde kişinin özerklik kazanma çabasıyla aile ile çatıştığı ve sonucunda bireyleşmeyi kazandığı yönünde fikir birliği halindedir [24]. Ergenlik dönemi; meydana gelen biyolojik değişimler tarafından tetiklenen, ebeveyn-çocuk ilişkinde dengesizliğin ve çatışmaların olduğu bir süreçtir. Youiniss ve Smollar (2007) bu sürecin, ergende huzursuzluğa yol açabileceğini ve bunun da kendini yeme bozukluğu şeklinde gösterebileceğini belirtmiştir [24]. Yaşam boyu kuramlara göre, kimlik gelişimi ve ebeveynlerden psikolojik özerklik kazanılması ergenlik döneminin çözülmesi gereken temel görevlerindendir [25]. Bu dönemde yaşanan kimlik krizinin, daha önce çözülmemiş özerklik sorunlarının yeniden ortaya çıkması sonucu olduğu düşünülmektedir [24]. Erikson'a göre yeme bozuklukları ve ergenlik dönemindeki diğer sorunlar, daha erken dönemlerdeki çatışmaların yansımaları olabilmektedir [26]. Feminist kuramlara göre kadın cinsiyetteki bireyler yakın ilişkiler yoluyla sosyalleşmekte olup kişilikleri başkalarına bağlanma yoluyla gelişirken, erkeklerin kişiliği daha özerk bir şekilde gelişmektedir. Bu duruma bağlı olarak ergenlik döneminde kadın cinsiyetteki kişiler bireysellik ve bağımsızlık gibi değerlerle karşılaştıkları zaman güçlükler ortaya çıkmaktadır. Gillingan (1982), bu çatışmaların yeme bozuklukları ve depresyonu içeren problemleri beraberinde getirebileceğini bildirmiştir [27]. Ortaya koyulan teoremlerden mühim bir tanesi ayrılma-bireyleşme süreci ile ilgili olandır. Olağan gelişimsel seyirde ayrı bir birey olma farkındalığının edinildiği aşama ayrılma-bireyleşme süreci olarak tanımlanır [28]. Ayrılma-bireyleşme süreci tanımlanırken bebeğin biyolojik doğumunun psikolojik doğum ile aynı olmadığı görüşü geliştirilmiş ve 'psikolojik doğum' kavramı ortaya konmuştur [29]. Mahler, anne-bebek ilişkisinin, bebeğin anne ile "ikili birlik" (dual unity) içinde ortak yaşam ilişkisi kurması ile başladığına inanmıştır. Bebek zamanla anne-çocuk birliğinden ayrılmakta ve kendiliğini oluşturmaktadır. Ayrılma-bireyleşme sürecindeki aksamalar ileri dönemlerde krizlere, ayrılma kaygısına ve kendilik oluşturulmasında problemlere yol açmaktadır [29]. Bazı araştırmacılar ergenlikteki nesne ilişkilerini, ikinci ayrılma bireyleşme dönemi olarak tanımlamıştır; fakat bahsedilen durum fiziksel olarak ayrılmadan öte ebeveyn tasarımlarının içsel olarak bırakılmasıdır [24]. Yaşamın ilk üç yılında, ayrılma-bireyleşme basamaklarının sağlıklı bir şekilde atlatılması sonucunda; ruhsal bağımsızlık elde edilmekte, benlik sınırları net bir şekilde çizilmekte ve özerk bir birey olma duygusu kazanılmaktadır. Ancak ergenlik döneminde ebeveyn tasarımlarından içsel olarak ayrılma

ihtiyacı, yenidoğan dönemindeki ayrılma-bireyleşme sürecine benzer çatışmaları ortaya çıkarmaktadır [30]. Bazı kuramcılar ayrılma-bireyleşme sürecindeki aksaklıkların veya farklı noktalardaki patolojik takılmaların ergenlik döneminde ortaya çıkan yeme bozukluklarında etkili olduğunu ileri sürmüşlerdir [31,32].

Yeme bozuklukları ile ayrılma bireyleşme süreci arasındaki bağlantıyı araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Buna ek olarak çalışmalar çoğunlukla erişkin yaş grubundaki kişilerle yapılmıştır. Hem ayrılma-bireyleşme ile ilgili güçlüklerin hem de yeme bozukluklarının ergenlik döneminde ortaya çıkmaya başladığını göz önüne alırsak, bu alandaki çalışmalarda önemli bir eksiklik olduğu dikkat çekmektedir. Literatürdeki bu eksiklik değerlendirildiğinde; bu araştırmanın amaçlarından biri, 12-18 yaş arasındaki ergenlerde yeme bozukluğu ile ayrılma-bireyleşme süreci arasındaki ilişkiyi incelemek olarak belirlenmiştir.

Yazına bakıldığında; yeme bozukluğu tanısı olan kişilerde psikolojik sağlamlık ile ilişkili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmamızda olguların psikolojik sağlamlıklarının da değerlendirilmesi planlanmıştır. Bu sayede ayrılma bireyleşme özellikleri ve dayanıklılık arasındaki ilişki de aydınlatılmaya çalışılacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozukluklarının Tanımı ve Sınıflandırması

Kişinin bedensel, zihinsel ve toplumsal açılardan iyilik haline sahip olmasında beslenme davranışı belirgin şekilde etkilidir [33]. Dengeli ve yeterli beslenme biyolojik ihtiyacın yanı sıra ruhsal iyilik hali için de gereklidir [34]. Büyüme ve gelişme hızının arttığı ergenlik döneminde yeme problemlerine oldukça sık rastlanmaktadır [33].

Yeme bozuklukları, bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik halini etkileyerek olumsuz sonuçlar doğurabilen ve önemli tıbbi sonuçlara yol açabilen, yeme davranışlarında bozulmaların olduğu ciddi durumlar arasındadır [35]. Hayatı tehdit edici olmalarının yanı sıra, yeme patolojileri, tedavisi en zor olan ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadırlar [36].

Geçmiş dönemler incelendiğinde, farklı yeme problemlerinin esasen uzun süredir var olduğu, fakat anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozanın literatürdeki sınıflama sistemlerine yakın dönemlerde dahil edildiği gözlemlenmektedir [37,38].

Anoreksiya nevroza, 1970'lerde oluşturulan spesifik tanı kriterleriyle ilk kez sınıflandırılan yeme bozukluğudur. 1979 yılında ise bulimiya nervoza tariflenmiştir. Günümüze daha yakın zamanlarda da tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) literatüre eklenmiştir [38,39].

Yeme Bozuklukları, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-3 (DSM-III) ve DSM-III-R'de 'Çocukluk ve Adolesan Çağında Ortaya Çıkan Bozukluklar' arasında bulunmaktadır [40,41]. DSM-4-TR'de 'Yeme Bozuklukları' ana başlığı; Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN) ve Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu (BTA YB) olmak üzere üç alt kategoriye ayrılmıştır [41,42].

Dalle Grave tarafından 2011 senesinde yapılan bir derlemede, yeme bozukluklarının:

1. Tartı kontrolü alışkanlıklarında veya yeme davranışlarında bozulma,
2. Bedensel ya da psikososyal iyilik hallerinde klinik olarak kayda değer aksaklığa yol açan davranış örüntüleri veya yeme bozukluğu özellikleri,
3. Başka bir tıbbi ya da mental hastalık sebebiyle oluşmayan davranış bozuklukları

şeklinde üç ana kategoriyi içerdiği saptanmıştır [43].

2013 senesinde yayımlanan DSM-5'te yeme bozuklukları sınıflamasında değişiklikler yapılmış ve bu alandaki hastalıklar "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" ana başlığı altına dahil edilerek sekiz alt başlığa ayrılmıştır.

DSM-5'te yeme bozuklukları:

1. Pika
2. Ruminasyon Bozukluğu
3. Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu
4. Anoreksiya Nervoza
5. Bulimiya Nervoza
6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu şeklinde sınıflanmıştır [4].

2022 senesinde yayımlanan DSM-5 TR'de yeme bozuklukları aynı şekilde tanımlanmıştır [44].

2.2. Yeme Bozukluklarının Tanısal Özellikleri

2.2.1. Anoreksiya Nervoza

AN, bireyin sürekli olarak enerji alımını kısıtladığı, beden ağırlığının artmasından ya da şişman olmaktan aşırı şekilde korktuğu, kilo alımını bozan davranışlar sergilediği ve beden algılamasında bozukluk yaşadığı ciddi bir yeme bozukluğudur [4]. Hastalığın tanısının konması dışarıdan fark edilebilen belirgin zayıf görüntü sayesinde kolay olmakla birlikte hastalar beden algılarının bozulması sonucu zayıf olduklarını inkar edebilmekte, bu ciddi tabloyu ilgisizlikle karşılayabilmekte ve tedaviye dirençleri oldukça yüksek olabilmektedir [45]. Kilo alma korkusu sebebiyle AN tanılı kişiler; idrar söktürücü ya da laksatif ilaçlar kullanabilmekte, abartılı egzersiz yapma davranışları sergileyebilmekte ve hastalığın bu temel özelliklerinin yanı sıra vücutlarında tüylenme artışı, vücut ısılarında düşme, diş ve saç kayıpları da görülebilmektedir [46].

AN tıbbi literatüre ilk olarak 1870'li yıllarda girmiş olup yeme bozuklukları içinde tanımlanan ilk tablodur. William Gull ve Charles Lasegue tarafından 1874'te ayrı bir klinik bozukluk olarak bildirilmiştir [47]. Ancak AN tanı kriterleri ilk kez 1970 senesinde Gerald Russel tarafından bildirilmiştir [48]. Russel 3 ana kriter öne sürmüş olup bu kriterler;

1. Vücut ağırlığının belirgin düzeyde azalmasına yol açan bozulmuş davranışlar,
2. Yeme eylemi sırasında kontrol kaybı yaşayarak kilo almaktan korkma,
3. Erkeklerde cinsel istek azalması, kadında adet görmeme şeklindedir.

AN'nin ayrı bir hastalık olarak tanımlanması ilk olarak DSM-III (1980)'te gerçekleşmiştir [40]. DSM-III'te tanı konulabilmesi için beden ağırlığının %25'inin azalması gerekirken, DSM- III-R'de %15 kilo kaybı yeterli görülmüş, ek olarak amenore ile ilgili kriter tanı ölçütlerine eklenmiştir [40,41]. AN, DSM-IV'te kısıtlı tip (AN-K) ve tıkınırcasına yeme/çıkartma (AN-YÇ) tipi şeklinde alt kategorilere ayrılmıştır. Ayrıca beden ağırlığının azalması ile ilgili kriter "beklenenin %85'inin altında vücut ağırlığı" olacak şekilde değiştirilmiştir [40,49].

DSM-5'te tanı kriterlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. Kişinin kilo ve beden kitle göstergesinin hesaplanmasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün ifade ettiği zayıflık ölçütleri baz alınmıştır. Klinisyenin, kilo değerlendirmesi için kişinin vücut ağırlığının yanı sıra, sayısal rehberleri göz önünde tutarak beden kitle indeksi (BKİ) hesaplaması yapması önerilmiştir [4]. Çocuklar ve ergenler için BKİ, yaşa ve cinsiyete uygun büyüme eğrilerine göre hesaplanmaktadır [4,50]. Önceki DSM tanımlamalarından farklı olarak DSM-5'te, hastanın niyetini değerlendirmenin güç olması sebebiyle istekten çok davranış temelli tanımlamalar yapılmaya çalışılmıştır [4,42]. Bu sayede hastanın kendi subjektif ifadelerine daha az, davranışlarına ise daha fazla önem verilmiştir. Bu değerlendirme şeklinin yargılama becerisi kısıtlı, iç görüsü az olan ergenlerde daha uygun bir yaklaşım şekli olduğu belirtilmiştir [51]. Ayrıca DSM-IV-TR'de bulunan amenore ile ilgili kriter, ciddi tanısal veri sağlamaması sebebiyle DSM-5'te tanı ölçütleri arasından çıkartılmıştır [4,42].

Anoreksiya Nervoza'nın DSM-5 tanı kriterleri aşağıda verildiği gibidir;

A. Bireyin gereksinimlerine göre ihtiyacı olan enerjiyi kısıtlı almasına bağlı olarak yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından vücut ağırlığının en düşük seviyede olması,
B. Kilo almaktan aşırı derecede korkma ya da belirgin seviyede düşük kiloda olmasına karşın kilo almayı engelleyici davranışlarda bulunması,

C. Bireyin beden ağırlığını ya da vücut şeklini algılamasında bozulma vardır, birey, beden ağırlığı ve şekline aşırı anlam yükler veya mevcut düşük beden ağırlığının önemini değerlendiremez.

DSM-5'te AN'nin o sıradaki şiddet düzeyinin belirlenmesi açısından BKİ değerlerine de yer verilmiş ve şiddet düzeyi şu şekilde gruplandırılmıştır:

Ağır olmayan: BKİ ≥ 17 kg/m²
Orta derecede: BKİ 16-16.99 kg/m²
Ağır: BKİ 15-15.99 kg/m²
Aşırı düzeyde: BKİ <15 kg/m² [4].

DSM-5'te anoreksiya nervoza iki alt türe ayrılmaktadır:

1. Kısıtlayıcı tür: Kişinin, son üç ayda, tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kusma davranışı ya da diüretik, laksatif, ilaç kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt türde, birey daha çok katı diyet yaparak ve/veya fazla seviyede egzersiz yaparak kilo kaybeder [4].
2. Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü: Bireyin, son üç aylık süreçte, tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme ya da çıkarma periyotları mevcuttur [4].

2022 senesinde yayımlanan DSM-5 TR'de AN aynı şekilde tanımlanmıştır [44].

2.2.2. Bulimiya Nervoza

Bulimia Nervoza (BN); tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları, bu ataklara eşlik eden kontrol kaybı hissi ve kendini durduramama korkusu sonrası kilo alımını engellemek için kusma, diüretik veya laksatif ilaç kullanımı ya da spor yapma gibi telafi edici davranışlarla seyreden yeme bozukluğu şeklinde tanımlanmaktadır [4].

Hastalar vücut görünümleri ve kilolarına abartılı şekilde önem atfetmektedir. Hoşa gitmeyen duyguların ve stres etkenlerinin tetikleyebildiği tıkınma atakları genellikle gizli şekilde yapılmaktadır. Kişi ataklar esnasında kalori değeri yüksek besinleri tüketirken ataklar arasında gıda alımını sınırlandırmaktadır.

Bulimiya nevroza kriterleri ilk kez 1979 yılında Gerald Russell tarafından tanımlanmıştır [48]. Russell BN için aşağıdaki üç ölçütü bildirmiştir:

1. Kuvvetli ve engellenemez bir yeme isteği,
2.İstifra ederek ve/veya laksatif ajan kullanarak yiyeceklerin kilo aldırıcı etkisini azaltmaya çalışmak,
3. Kilo almaktan şiddetli biçimde korkmak.

BN, DSM-IV'te ayrı bir başlık olarak yer alan "Yeme Bozuklukları" başlığının altında yer almış olup BN için iki alt tür tanımlanmıştır. Bu türler; kusma, diüretik kullanımı gibi telafi edici davranışların gözlendiği 'çıkartma olan tür' ve besin alımını sınırlandırma veya aşırı egzersiz davranışlarının eşlik edebildiği 'çıkartma olmayan tür' şeklindedir [49]. DSM-IV-TR tıkınırcasına yeme ataklarının ve telafi edici davranışların her ikisinin de üç ay süreyle en az haftada iki kez görülmesi gerektiği bildirilmiştir [52]. DSM-5'te ise farklı olarak alt tür ayrımı sonlandırılmış, tıkınma atakları ve dengeleyici davranışların sıklığı ile ilgili kriter 'bu davranışların en az haftada bir kez görülmesi gerekmektedir' şeklinde değiştirilmiştir [4,38].

Bulimiya Nervoza DSM-5 Tanı Ölçütleri

Bulimia Nervoza için DSM-5 tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir:

A. Tekrarlayan tıkanırcasına yeme dönemlerinin görülmesi; bir tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdaki her iki durum da gözlenir:
1. Benzer zaman diliminde ve şartlar altında insanların büyük bölümünün yiyebileceğinden daha fazla miktarda gıdayı sınırlı bir zaman diliminde yemesi,
2. Yeme kontrolünün kaybedilme hissinin olması,

B. Kilo almını engelleme amacıyla istifra etme, laksatif veya diüretik ajanların uygunsuz kullanımı, çok sınırlı gıda alımı ya da şiddetli seviyede spor yapma gibi dengeleyici davranışlarda defalarca bulunması,

C. Tıkanma ataklarının ve telafi edici davranışların üç aylık süre içinde en az haftada bir kez görülmesi,
D. Kendini değerlendirirken beden şekline ve kiloya normalden fazla şekilde önem atfetme,
E. Rahatsızlığın AN ataklarından farklı zamanlarda da ortaya çıkması [4].

DSM-5'te telafi edici davranışların sıklığına göre BN şiddeti şu şekilde sınıflandırılmıştır;

• Ağır olmayan: Haftada ortalama bir-üç kez dengeleyici davranış olması.
• Orta derecede: Haftada ortalama dört-yedi kez dengeleyici davranış olması.
• Ağır: Haftada ortalama sekiz-on üç kez dengeleyici davranış olması.
• Aşırı derecede: Haftada ortalama on dört ya da daha fazla kez dengeleyici davranış olması [4].

DSM-5 TR'de BN aynı şekilde tanımlanmıştır [44].

2.3. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde olmak üzere yeme bozukluklarının görülme sıklığının giderek arttığı gösterilmiştir [53]. Ülkemizde de bu alanın daha fazla bilinmeye başlanması ve araştırılmasıyla saptanan olgu sayısında artış gözlenmiştir [54]. Bazı çalışmalar, DSM-5'te yeme bozukluklarının tanı kriterlerinde yapılan değişiklikler sonrasında, YB tanısının konulma oranlarının yükseldiğini, BTA-YB tanısının sıklığının azaldığını, AN ve BN gibi tanıların kriterlerinin karşılanmasında artış olduğunu bildirmiştir [55,56].

Son yıllarda AN'nin yaygınlığında belirgin bir artış gözlenmekle birlikte DSM-5 tanı ölçütlerine göre yaşam boyu yaygınlığı %2,4-4,3 olarak bildirilmiştir [57]. En sık 15-19 yaş aralığında tanı konulmakta olup kadın/erken oranı 6-10/1 arasında değişmektedir [58]. 2015 senesinde Beate tarafından yapılan bir araştırmada, 15-19 yaş arasındaki ergenlerde kadın cinsiyette yaygınlık oranı %0,3-0,9, erkeklerde ise %0,1-0,3 olarak bulunmuştur [59].

DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılan çalışmalarda, BN'nin ömür boyu görülme oranı %2,3 olarak saptanmıştır. Kadınlarda ömür boyu sıklık %0,9-1,3 iken erkeklerde bu oran %0,1-%0,5 olarak bildirilmiştir [60]. 2011 senesinde Vardar ve Erzengin tarafından yapılan bir araştırmada ise 2907 lise öğrencisi arasında yeme bozukluğu görülme oranı % 2,3 iken

kız ergenlerde yaygınlık %4 olarak bulunmuştur [61]. Ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki kadınlarda yeme bozukluğu benzer yaştaki erkeklere göre 1,5-2 kat daha fazla görülmektedir [62]. AN ve BN'de cinsiyet farklılığı belirgin şekilde göze çarpsa da bu hastalıklar her iki cinsiyetten bireyleri de etkilemekte olup iki cinsiyette de bu bozuklukların sıklığı son yıllarda artış göstermiştir [63-65].

BN ve AN'nin başlama zamanının 16-17 yaş civarı olduğu belirtilmektedir [66]. Ergenlik ve genç erişkinlik dönemi, yeme bozuklukları tanısının konulması açısından en riskli dönemlerdir [67]. Ergenlik dönemindeki kızların %30-60'ında, erkeklerin ise %17-30'unda beden ağırlığını kontrol etmek amacıyla sergilenen sağlıksız tutumlara rastlanmaktadır [68].

2.4. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının kökeni karmaşıktır ve henüz yeterince anlaşılamamıştır [8]. Ergenlik döneminde başlaması, kadın cinsiyette yüksek oranda rastlanması, hastalığın oluşumunda ailesel çatışmaların rolü ve ailesel yatkınlık gözlenmesi etiyolojiye yönelik araştırmaları artırmaktadır [58,69]. Çalışmalar her yeme bozukluğu tanısı için ayrı ayrı kategorik açıklamadan ziyade, yeme bozukluklarının genelinde etkili olan gelişimsel yollara değinen yaklaşımı desteklemektedir [21,70].

Etiyolojide birçok neden öne sürülmekle beraber esas olarak 3 ana başlıkta incelenmektedir;

1) Genetik/nörobiyolojik,
2) Ruhsal,
3) Gelişimsel-sosyokültürel [71].

2.4.1. Genetik ve Nörobiyolojik Risk Faktörleri

2.4.1.1. Genetik Risk Faktörleri

Farklı popülasyonlardaki araştırmalarda AN, BN ve sağlıksız yeme tutumlarının orta-ileri düzeyde kalıtsallığa sahip olduğu gösterilmiştir [9,72]. AN'de ailesel geçiş oranları %28-74 arasında bildirilmiştir [73]. AN tanısı alan hastaların ailelerinde yeme bozukluğu gelişme riski dört kata kadar artarken, ailedeki kadınlarda risk artışı on bir kata yakın olacak şekilde gözlenmiştir [74,75]. İkizlerle yapılan araştırmalarda AN'de genetik geçiş %48-88

oranları arasında, BN'de genetik geçiş ise %28-83 oranları arasında bildirilmiştir [76,77]. Başka bir çalışmada anoreksiya nervoza için geçiş oranı monozigotik ikizlerde yaklaşık %55, dizigotik ikizlerde %5; bulimiya nervoza için monozigotik ikizlerde %35 ve dizigotik ikizlerde %30 olarak bulunmuştur [78]. Genetik faktörlerin tıkınırcasına yeme bozukluğuna %41-57 oranında yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir [79].

2.4.1.2. Nörobiyolojik Risk Faktörleri

Yeme bozukluğu tanılı bireylerin yapısal beyin görüntüleme çalışmalarında bazı farklılıklar saptanmıştır [80]. AN tanısı alan bireylerin beyin görüntülemelerinde; gri ve beyaz madde miktarında genel bir azalma; hipotalamusun sol alanı ve bazal gangliyonun ödül merkezleriyle bağlantılı kısımlarında gri maddede kayıp, beyin omurilik sıvısı miktarında ise artış olduğu gözlenmiştir [81]. Bulimik bireylerde yapılan görüntüleme çalışmalarında yeme ataklarının ve kusma davranışlarının beyin korteks miktarında azalmaya neden olabileceği belirtilmiştir. BN tanılı bireylerde, AN tanılı bireylere benzer ancak daha az belirgin beyin korteks azalması gösterilmiştir [82,83]. TYB tanılı bireylerde ise anterior singulat ve medial-orbitofrontal kortekslerdeki gri madde hacimlerinde farklılıklar ve sağ striatum, sağ ventral-insular korteks ve sağ orbitofrontal kortekste atrofi görülmüştür [84,85].

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında ise; BN tanılı bireylerde anterior singulat korteks ile orbitofrontal korteks arasında artmış etkileşim saptanmıştır [86]. Bu iki bölge arasındaki fonksiyonel etkileşimin, yeme bozukluğu olan hastalarda yemek yeme isteğinin derecesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir [86]. AN tanılı bireylerde prefrontal kortekste ve alt parietal kortekste kontrollere göre aşırı duyarlılık olduğu ve bunun da beden algısında bozulma ile sonuçlandığı bildirilmiştir [87]. Bazı çalışmalarda AN hastalarına yiyecek resimleri gösterildiğinde; insula, orbitofrontal korteks, temporal ve parietal kortekste anormal aktivite sergiledikleri ve temporal bölgedeki aktivenin sıklıkla kaygıyı artırdığı gösterilmiştir [88,89]. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanılı bireylerin tepkiyi engelleme ve dürtüyü kontrol etme görevleri sırasında, TYB tanısı olmayan kişilerle karşılaştırıldığında farklı nöral aktivasyon gösterdikleri saptanmıştır [90]. TYB tanılı bireylerde azalan tepki kontrolünün ventromedial prefrontal korteks, alt frontal girus ve insuladaki aktivite azalması ile ilişkili olduğu bulunmuştur [91].

İdeal kilosunun aşağısında olan ve kısıtlı gıda alımı olan AN tanılı kişilerde nöropeptid Y, leptin ve endojen opioid seviyelerinde farklılık gözlenmiş ve bu tablonun tedavi yanıtıyla birlikte normal sınırlara döndüğü bildirilmiştir [92]. Nörobiyolojik çalışmalar, temelde serotoninin ve BDNF (brain-derived neutrophic factor) üzerinde yoğunlaşmıştır [8]. Serotonin açlık-tokluk hissi, duygu düzenleme ve dürtü kontrolü ile ilişkilendirilmiştir [93]. Çalışmalar, serotonin reseptör geninde kısa alleli taşıyan bireylerin, zorlayıcı stres unsurları ile karşılaşınca hormon dengesizliğine daha duyarlı olduklarını ve bunun sonucunda yeme bozukluğu geliştirme risklerinin yükseldiğini göstermiştir [94]. BDNF met-66 alleli ise BN tanısı ile ilişkilendirilmiştir [95].

2.4.2. Ruhsal Faktörler

Üniversite öğrencileri ile yapılan 10 yıllık takip çalışmasında, mükemmeliyetçi kişilik özelliğinin, büyüme kaygısının ve diğer bireylere karşı güvensiz bir yapıda olmanın yeme bozukluğu riskini artırdığı saptanmıştır [13]. 2013 yılında erkek ve kız ergenlerde yapılan bir kohort çalışmasında, öz saygı düzeyinin düşük olmasının yeme bozukluğu gelişimini yordadığı belirtilmiştir [96]. Ergenlerin ve genç erişkinlerin katıldığı farklı çalışmalarda, yeme bozuklukları ile öz yeterlilik arasında ters yönlü bir ilişki saptanmıştır [97,98].

Son yıllarda yeme bozukluklarının etyolojisinde; hayatın ilk yıllarındaki anne-çocuk bağlanmasının ve karşılıklı etkileşimlerinin önemli bir yeri olduğu görüşü vurgulanmaktadır. Hilde Bruch; kişinin düşüncelerinin sürekli olarak kilosu ve yeme davranışıyla ilgili olmasını, yetersiz bir benlik kavramına sahip olmasıyla ilişkilendirmiştir. Bruch'a göre yeme bozukluğu olan olgularda yaşamın erken dönemlerinde anne, bebeğin ihtiyaçlarını yeterince karşılamamıştır [99]. Bu dönemde bebeğin ihtiyaçları ile dış yanıtlar örtüşmediğinde, bebek, açlık-tokluk gibi fiziki ihtiyaçlarını ve diğer emosyonel ihtiyaçlarını ayırt edemez, bunun sonucunda, ileri yaşlarda vücut algısında bozulma ve YB gelişimi açısından ortam hazırlanmış olmaktadır [100,101].

Hayatın ilk üç yılını kapsayan ayrılma-bireyleşme döneminde yaşanan travmatik bir aksaklık, bu dönemdeki olumsuz duyguların bastırılmasına ve anneye yönelik öfke geliştirilmesine neden olmaktadır. Anne içe alınan nesnedir ve anneye duyulan öfke ile bedene duyulan öfke içiçe geçmektedir. Hasta, bedenini kontrol altında tutmaya çalışırken içe alınan nesne olan anneyi de kontrol altında tutmaktadır. Kişi kendisini etkin hissetmekte ve anne ile ilişkisindeki tehditlerin yol açtığı anksiyete ile bu şekilde mücadele

etmektedir. Kişi, yeme davranışı ile besini (anneyi) içe almakta ve kontrol edebilmek için içeride tutmaktadır. Kişi hem beslemeyi talep etme hem de reddetme yoluyla içselleştirilmiş anneyle olan ikircikli mücadeleyi canlandırabilmektedir. Anne (yiyecek) içeride ve kontrol altında olduğunda reddedilme tehlikesi olmamakta, dolayısıyla reddedilme beklentisi azalmaktadır. Bağlanma figürlerinin mevcudiyeti konusundaki kaygılar, anne ile ilk ilişkide ortaya çıkmakta ve ergenlik dönemi ile tekrar alevlenmektedir [102].

Yeme bozukluğu tanılı hastalarda, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere eş tanıya sık rastlanmaktadır. AN tanılı kız ergenlerle yapılan bir çalışmada psikiyatrik bir bozukluk eşlik etme oranı %73,3 olarak bulunmuş, sosyal fobi ve OKB en sık eşlik eden bozukluklar olarak saptanmıştır [103]. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranım bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi hastalıklar da yeme bozukluklarına eşlik eden diğer tanılardır [74,104].

2.4.3. Gelişimsel-Sosyokültürel Risk Faktörleri

Araştırmalarda yeme bozukluğu olan bireylerde olmayanlara kıyasla aile işlevselliğinin daha sağlıksız olduğu bulunmuş, ayrıca bu ailelerde daha fazla kişiler arası probleme rastlanmıştır [20].

Allen ve arkadaşları tarafından 2014 senesinde yapılan bir kohort çalışmasında; annenin eğitim seviyesinin düşük olması, çocuğun kilosu hakkındaki endişesi, aile içi tartışmalar, ergenlik döneminde çocuğun bireyselleşmesinin desteklenmemesi ve stresli yaşam olayları yeme bozukluğu belirtileri için yordayıcı olarak bulunmuştur [105]. Avrupa'da 1.664 çocuk ve ergenle gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada, yeme bozukluklarının ortaya çıkışı ile katı diyet kurallarının uygulanması ve ailenin yiyeceklere aşırı önem vermesi arasında pozitif bir ilişki saptanırken, sağlıklı bir diyetin sürdürülmesi arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir [106]. Haines ve arkadaşları tarafından, 2010 senesinde yapılan bir çalışmada ise aileyle akşam yemeği yeme alışkanlığının yeme bozuklukları ile ters yönde ilişkili olduğu bulunmuştur [107].

Kitle iletişim araçlarının ergenlerde yeme davranışı üzerinde güçlü bir etkisi olduğu gösterilmiştir [108]. Çin'de yapılan bir araştırmada, BN tanılı ergenlerin, sağlıklı akranlarıyla karşılaştırıldığında, kitle iletişim araçlarında görünüşleriyle ilgili kıyaslamalara ve olumsuz yorumlara daha duyarlı oldukları, daha fazla baskı ve korku hissettikleri bildirilmiştir [108].

White ve arkadaşları tarafından 2017 senesinde AN tanılı hastalarla yapılan bir araştırmada, sosyal medyanın neden olduğu stresin, yeme bozukluğu davranışlarına katkıda bulunabildiği bildirilmiştir [109].

AN tanılı bireylerin bir kısmında çocukluk döneminde istismar öyküsüne rastlanmıştır [57]. Yine başka bir çalışmada travma öyküsünün her iki cinsiyette de yeme bozukluğu ortaya çıkma riskini yükselttiği bulunmuştur [104]. Brustenghi ve arkadaşları tarafından, 2019 senesinde yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu olan kişilerde kontrol grubuna göre, travmatik deneyimler ve duygu düzenleme güçlüklerine daha fazla rastlanmıştır [110].

Avrupa'da 2016 senesinde yapılan bir araştırmada; anne veya babada duygudurum bozukluğu, anksiyete bozuklukları gibi ruhsal tanıların bulunmasının, doğum öncesi dönemde annenin stresli olmasının, çocukluk döneminde aşırı kilolu olmanın ve ergenlik döneminde vücut memnuniyetsizliğinin yeme bozuklukları riskini artırdığı bulunmuştur [111].

2.5. Ayrılma-Bireyleşme Kuramı ve Yeme Bozuklukları

Olağan gelişim sürecinde, bebeğin, anneden bağımsız bir birey olarak var olma algısını kazandığı dönem 'ayrılma-bireyleşme dönemi' olarak tanımlanmaktadır [112]. Bu süreç hakkında pek çok teorem bulunmakta olup Mahler tarafından ortaya atılan kuram da önemli kuramlardan bir tanesidir [24]. Mahler'in, psikodinamik ilkelerden temel alan ayrılma-bireyleşme kuramı, yazında yeme patolojilerine sahip bireylerin bu alanda yaşadığı güçlükleri tanımlamak için fayda sağlamıştır.

Kişinin birey olma sürecini sağlıklı bir şekilde tamamlamasında, bakım verenle kurulan ilişkinin katkısının olduğu savunulmaktadır [24]. Mahler bu kuramda, insan yavrusunun dış çevreye "uyumlanmadan" dünyaya geldiğini belirterek, bebeklerin fiziksel olarak doğuşuyla ruhsal açıdan doğmasının aynı olmadığı görüşünü geliştirmiştir [113]. Mahler'in ayrılma-bireyleşme teorisi hayatın ilk üç yılıyla ilişkili dönemsel gözlemler içermektedir [29]. Ayrılma-bireyleşme sürecinin dönemleri aşağıdaki gibidir [114]:

I. Otistik evre (ilk 1 ay)

II. Ortak yaşamsal evre (2-6. aylar)

III. Ayrılma-bireyleşme evresi:

A. Farklılaşma alt evresi (6-10. aylar)

B. Alıştırma alt evresi (10-17. aylar)

C. Yeniden yaklaşma alt evresi (17-24. aylar)

D. Birey olmanın sağlamlaşması ve nesne sürekliliğinin başlangıcı (24-36. aylar)

Otistik evrede çocuğun iç dünyası ile dış çevre arasındaki farklılık belirgin değildir. Çocuğun bakım verenin farkına varmasıyla ortak yaşamsal evre başlar. Bu evrede çocuğun kendisi ile öteki kişiler hala farklılaşmamıştır fakat iç ve dış dünyanın sınırları yavaşça anlamlandırılmaktadır [115].

Ayrılma-bireyleşme sürecinde ayrılma, bebeğin anne ile olan ortak yaşamsal durumdan ayrılması anlamına gelmektedir [24]. Çocuk, anne ile ortak yaşamsal birlikten aşama aşama ayrılarak bireyselliğini oluşturmaya çalışır. Kimlik duygusunu kazanma ve kendilik oluşturma isteği ile alıştığı anne çocuk simbiyotik ilişkisini sürdürme arzusu arasında çelişkiye düşer. Mahler, ilk otuz altı ayda bebeğin kendi arzu ve ihtiyaçlarını keşfetmesiyle bireysel özellikler kazandığını ve bireyleşmenin meydana geldiğini belirtmiştir [116]. Bu dönemde annenin gereksinimleri karşılaması ve özeni, bebeğin uyaran seli altında kalarak örselenmesini engeller. Ayrıca gereksinimleri doyan bebek, fiziksel duyumlarını çevreye yönlendirirken, dış dünyayı giderek daha çok fark etmeye başlar. Benlik duygusunun ve kimliğin oluşması için ayrılma-bireyleşme süreci mühim bir gerekliliktir [115]. Ayrılma-bireyleşme sürecinin ilerlemesinde kişisel farklılıklar gözlenebilmektedir. Ebeveyn tutumları bu süreç üzerinde etkilidir [29]. Örneğin abartılı düzeyde koruyucu kollayıcı tutum sergileyen annelerin çocuklarında ayrılık kaygısı gözlenebilmekte ve bu çocuklar farklılaşma sürecini daha zor tolere edebilmektedir. Bu sürecin ilerleyememesi krizlere sebep olabilmekte, bakım verene aşırı şekilde bağlı olma ve ayrılık kaygısı şeklinde açığa çıkabilmektedir [112]. Tam tersine yetersiz ve umursamaz bir bakım verenle yetişen çocukların sağlıksız farklılaşma alt evresi geçirmesi sonucunda benlik sınırları silikleşebilmekte ve ebeveyne yapışma gözlenebilmektedir. Bu durum ebeveynin bebeği daha sık geri çevirmesine neden olabilmekte ve ilerleyen zamanlarda çocuk normalden çok daha fazla özerkleşebilmektedir [112].

Ayrılma-bireyleşme kuramında hayatın ilk yılları esas alınsa bile, sonraki zamanlarda yaşanan dönüm noktalarının problemleri tekrar gün yüzüne çıkarabileceği ifade edilmiştir [29]. Pek çok araştırmacı bu kuramı, gelişimin diğer hassas noktalarının da bu sürece etki edeceğini düşünerek ergenlik dönemine kadar uzatmıştır [24]. Blos ve bazı kuramcılar Mahler'in kuramından yola çıkarak ergenlik döneminde ikinci kez ayrılma-bireyleşme

sürecinin yaşandığını ileri sürmüşlerdir [25,117]. Ergenlik döneminde ayrılma-bireyleşme krizinin çözümlenmesiyle kişi özerk bir kimlik oluşturmakta, diğer kişilerle ergin ve sağlam bağlar kurabilmektedir [118]. Bu süreçte ergen, hayatın erken evrelerinde şekillenmiş olan ebeveyn tasarımlarının idealize edilmesini bırakmakta ve bunların yerine geçecek nesneler bulmaya çalışmakta, ebeveyn ile oluşan sembolik bağ da çözülmektedir. Bu durum hoşnutsuzluk yaratan farklılaşma ve nesne eksikliği ile birlikte görülen boşluk hissine yol açabilmektedir [25].

Blos, ergenlik döneminde kişilerin, ebeveynleriyle süregelen deneyimlerinde yeterince bağımsız hissedememeleri sebebiyle akran ilişkilerine yöneldiklerini ve ebeveynleriyle temaslarının azaldığını ifade etmiştir. Blos'a göre akranlar, ergenlerin krizlerini çözümlemelerini ve ailelerinin inşa ettiği koruyucu kabuktan sıyrılmalarını sağlamaktadır [116,119]. Bu süreçte aile içinden, çevreye doğru yönelen ergen, akranlarıyla yakınlık kurma isteği ile yutulma kaygısı arasında ikilemde kalmaktadır [120]. Hayatın ilk yıllarında ayrılma-bireyleşmeyi sağlıklı şekilde deneyimlemeyen kişilerde, ergenlik döneminde eski krizler tekrar alevlenebilmektedir [113]. İlk yıllarda bu süreci ketleyen aşırı koruyucu veya umursamaz bakım veren tutumları, ergenlik döneminde de sürmekte ve yaşanan çatışmaları şiddetlendirmektedir.

Ergenlik dönemindeki bir takım problemli davranışların, bakım veren tutumları ve ayrılma-bireyleşmedeki güçlükler sebebiyle meydana geldiği öne sürülmüştür. Bir araştırmada ergenlerde görülen kaygı ve dışa vuran davranışların, ayrılma-bireyleşme güçlükleri sebebiyle olduğu belirtilmiştir [121]. Yeme problemleri olan kişiler incelendiğinde de; özerkliğe izin vermeyen aile tutumlarının AN'yi, ihmalkar tutumların ise BN'yi yordadığı bildirilmiştir [100,122,123].

Birincil bakım verenle ilişkideki güçlükler ayrılma-bireyleşme sürecini ketleyebilmektedir [124]. Yeme bozukluğu tanılı kişilerin ailevi özellikleri incelendiğinde; aile içinde problemli ilişkilerin, olumsuz ve soğuk bakım veren davranışlarının veya işlevsiz bir iletişimin olduğu görülmektedir [125]. Bazı araştırmacılar tarafından; hastada gözlemlenen tıkınma ataklarının anneyle bütünleşmeyi sembolize ettiği, sonrasında istifra etme ile anneden ayrılmaya ve bireyselleşmeye uğraşıldığı öne sürülmüştür [126]. Bakım verenle ilişkide ortaya çıkan krizi yönetemeyen ergenlerin gıda alımını sınırlandırabildiği ve sonucunda AN'nin ortaya çıkabildiği belirtilmektedir [124]. Sağlıksız atlatılan ayrılma-bireyleşme döneminin kişinin benlik saygısının düşmesine yol açtığı, bunu telafi

edebilmek için kişinin görünüşüyle uğraştığı ve azalmış özsaygının da AN ve BN tanılı kişilerde fazlaca görüldüğü ifade edilmiştir [127]. Yeme bozukluğu tanılı kişilerin bağlanma ve ayrılma-bireyleşme özelliklerinin incelendiği başka bir çalışmada; yeme bozukluğu tanısı olan kişilerin bakım verenlerinin çocukluk çağında kontrol grubuna göre daha koruyucu-kollayıcı olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında olgu grubundaki kişilerin ayrılık anksiyetesi düzeyi daha fazla bulunmuştur [128]. Skowron ve arkadaşlarının (1994) kadın atletlerle yaptığı bir çalışmada ise; anne ile sık çatışma ve anneden ayrışamama şeklinde gözlenen ikircikli ilişkinin, problemli yeme davranışlarını yordadığı saptanmıştır [129].

2.6. Dayanıklılık

Dayanıklılık; zorluklara, felaketlere, tehlikelere ve farklı stres unsurlarına adapte olabilme ve bunlarla baş edebilme kabiliyeti şeklinde tarif edilmektedir [17].

Psikolojik dayanıklılık "resilience" sözcüğünden dilimize çevrilmiştir. Dayanıklılık terimi ilk kez Amerika'da bir telefon firmasında yürütülen araştırmada yer almıştır. Araştırmada idarecilerin, yıldan yıla tekrarlanmak üzere, zorlayıcı olaylar ve hayat şartları ile baş etme seviyeleri bazı ölçeklerle değerlendirilmiştir. Bu alanda yetenekli bireylerin birbirine benzer karakter özellikleri taşıdıkları saptanmıştır [130].

Her insan örseleyici bir olayla karşı karşıya kalabilmektedir, fakat bu olay tüm insanları eşit düzeyde etkilememektedir. Benzer travmalar sonrası kimi insanların işlevsellikleri ağır derecede bozulmaktayken, kimileriyse psikolojik dayanıklılıkları sebebiyle bu durumla baş edebilmekte, duruma kolayca adapte olabilmektedir [131]. Dayanıklı bireyler, zorlu hayat şartları ile karşılaşınca kaçınma davranışı sergilemektense sorunlara çözüm önerisi getirmeyi ve planlar yapmayı tercih etmektedir. İşlevsel baş etme becerilerine sahip olmaları ve bunları uygulamaları sebebiyle bu kişiler hayatlarında daha düşük strese sahip olmaktadır [132].

Dayanıklılığın; bağlılık, denetleme ve güçlü olma gibi alt unsurları bulunmaktadır. Bağlılık unsuru, kişinin stresli bir olayla karşılaşınca kenara çekilmesindense hayata tutunmasını tanımlamaktadır. Bağlılık unsuru gelişmiş kişiler, stres karşısında mesleğine veya kendisine daha fazla zaman ayırabilmekte, etrafındaki insanlarla daha ilgili olmaktadır [133]. Denetleme unsuru, kişinin kendi hayatı üzerinde kontrol sahibi olmasını tanımlamakta; kişinin düşünceleri, söylemleri ve tutumları ile hayatına etki edebileceğine ve yaşamında fark yaratabileceğine dair düşüncelerini içermektedir [132]. Güçlü olmak ise,

değişimden uzak durmanın aksine, bu durumu gelişim için bir şans olarak değerlendirmeyi tanımlamaktadır [133].

Ruhsal dayanıklılık, olumsuz etmenler ile önleyici unsurların birbirlerini karşılıklı etkilemesine bağlı olarak gelişmekte ve değişken bir seyir gösterebilmektedir [134]. Michael Rutter (1987) psikolojik sağlamlığın doğasını inceleyerek bu unsurların neticelerini tarif etmiştir. Örneğin; ailede meydana gelen örseleyici olaylara erkek çocuklarının kız çocuklara göre daha fazla karşılık vermesi, kızların olumsuz olaylara daha fazla katlanabilmesi gibi durumları, kadın cinsiyetin "önleyici unsur'' olmasının göstergesi şeklinde yorumlamıştır. Ayrıca Rutter (1987) olumsuz etmenlerde oluşturulacak farklılıkların riski düşüreceğini öne sürmüştür. Kişinin zorlayıcı olaylara hazırlıklı olması, olumsuzlukları denetimli biçimde deneyimlemesi veya riskli ortamlarda ailenin kontrolü bu duruma örnek verilebilmektedir [134].

Ergenlerde yapılan araştırmalarda dayanıklılıkta etkili unsurlar bireysel, ailesel ve eğitimsel nitelikler olmak üzere üç kısma ayrılmaktadır [135].

Bireysel nitelikler içinde; kişilerle ilişki kurma becerileri, karakter, öz saygı ve algılama düzeyi sayılabilmektedir [136]. Yüksek zeka seviyesi, yüksek benlik saygısı ve olumlu karakter özellikleri olumlu bireysel özellikler iken, zekanın düşük seviyede olması, bireyin kolay yönlendirilebilir olması, düşük benlik saygısı, olumsuz karakter özellikleri ve bir hastalığa sahip olma da dayanıklılığı olumsuz etkileyen bireysel faktörlerdendir [137].

Ailesel niteliklerden; bakım veren ve ergen arasında kurulan sağlıklı ilişki, aile ritüellerinin sürdürülmesi, işlevsel aile destek sistemi, ailenin sorunlarla proaktif yüzleşmesi, evdeki çatışmaların minimum düzeyde olması ve ekonomik seviyenin yüksek olması gibi etkenler olumlu ailesel özellikler arasında yer almaktadır [138,139]. Ailede psikiyatrik tanı varlığı, aile içinde katı kuralların olması, boşanma, ihmal ve ergen ile bozulmuş ilişkiler olumsuz ailesel özellikler olarak belirtilmektedir [137].

Okul deneyimleri ile öğretmen ve arkadaşlarla iletişim de eğitimsel nitelikler başlığı altındadır. Başa çıkma becerilerinin, farkındalığın, duygu tanıma ve yönetiminin, empatik ilişkilerin, kişisel yeterliliğin ve yardım arama davranışının geliştirilmesine odaklanan okul programları olumlu eğitimsel özellikler iken, öğretmenlerin değerlendirmelerine göre okulda yüksek duygusal tepkisellik sergileme, olumsuz mizaca sahip olma, düşük sosyal katılım gösterme ve çocuğun okulda yaşadığı olumsuz olayların sayısının çok olması olumsuz eğitimsel özellikler olarak belirtilmektedir [140,141].

Ruhsal dayanıklılık birçok ruhsal bozuklukla ilişkili olup yazında sağlamlık hakkındaki araştırmalarda güçlendirici unsurların incelenmesi gerekliliği vurgulanmaktadır. Ülkemizde bu konuda az sayıda çalışma yapılmıştır [142]. Travmatik deneyimin ardından, dayanıklılığa veya ruhsal hastalığa giden yoldaki işleyişin aydınlatılması, riskli bireylere yardım edebilmeyi sağlayabilmektedir [131]. Dayanıklılığın bir süreci mi yoksa sürecin sonrasındaki neticeyi mi belirttiği konusunda çeşitli varsayımlar bulunmaktadır [136]. Literatürde travmatik deneyimlerin etkilerinin ve dayanıklılığa etki eden unsurların belirlenmesi ile ilgili görüş birliği bulunmamaktadır [143]. Bu alandaki olumlu ya da olumsuz etkenlerin detaylandırılması ve görüş birliği sağlanması, önleme müdahalelerinin ve etkin tedavi uygulamalarının ortaya konması bakımından yarar sağlayacaktır [136].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmıştır. Çalışmamız kesitsel nitelikte bir çalışma olup verilerin toplanmasına Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra başlanmıştır. Etik kurul onayı 01.09.2022 tarihli 2022/181 sayı ile Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Çalışmaya katılmadan önce ergenler kendileri için hazırlanmış olan katılımcılar için aydınlatılmış gönüllü onam formunu, bakım verenler ise bakım verenler için aydınlatılmış gönüllü onam formunu okumuş ve imzalamışlardır.

3.1. Örneklem

Araştırmamızda olgu grubunun evreni Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine Aralık 2022 - Aralık 2023 tarihleri arasında, özgül olarak kısıtlı yemek yeme, kusma davranışı veya kilo ile ilgili endişeleri nedeni ile başvuran veya takipleri sırasında bu belirtilerin olduğu tespit edilmiş olan, çalışmaya katılmak için onay veren, 12 yaşını doldurmuş ve 18 yaşını tamamlamamış ergen hastalardan oluşmaktadır. Kontrol grubunun evreni Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine Aralık 2022 - Aralık 2023 tarihleri arasında başvuran, herhangi bir psikiyatrik tanı almamış veya ayrılma bireyleşme sürecinde sorun olmasının nadiren beklendiği DEHB, ÖÖG gibi 'nörogelişimsel bozukluklar' başlığı altındaki tanılarla takip edilen, çalışmaya katılmak için onay veren 12 yaşını doldurmuş ve 18 yaşını tamamlamamış, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nden eşik altı puan alan ergen hastalardan oluşmaktadır. Poliklinikler dışında davet posteri aracılığıyla çalışmaya katılmak için başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar da olgu ve kontrol grubuna alınmıştır.

Olgu ve kontrol grupları için dışlama kriterleri ise; hastanın nörolojik bozukluk, organik beyin hasarı, otizm spektrum bozukluğu, şizofreni ve mental retardasyon ek tanılarının olması, okuma yazma bilmemesi ve iletişimi bozacak düzeyde işitme veya konuşma sorununun olması olarak belirlenmiştir.

3.2. Yöntem

Polikliniğimize özgül olarak bozulmuş yeme davranışı nedeni ile başvuran veya görüşmelerde bu tarz davranışlarının olduğu saptanan ya da davet posteri vasıtasıyla çalışmadan haberdar olarak çalışmaya katılmak isteyen, dahil edilme kriterlerini karşılayan

gençler ve ailelerine yüz yüze ulaşılmış ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmak için hem kendisinden hem de bakım vereninden onam alınan ergenler ile klinik görüşmeler yapılmış ve yaklaşık 50-60 dk süren yarı yapılandırılmış K-SADS-PL-DSM-5 uygulanmış, bu görüşme ile hastaların psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Belirtilerin varlığı açısından hem ergenlerden hem de bakım verenlerinden bilgi alınmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucu AN, BN veya TDYB tanısı alan 49 ergen olgu grubuna dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise 126 ergenden oluşmaktadır.

Çalışmaya katılmayı kabul eden olgu ve kontrol grubundaki hastalardan formları doldurmaları istenmiştir. Sosyodemografik bilgiler bakım verenlerden ve ergenlerden alınmıştır. Her ergenden muayene odasında bakım verenlerinden ayrı bir şekilde Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Ölçekler, araştırmacının gözetiminde doldurtulmuş, katılımcıların anlamadıkları kısımlarla ilgili açıklamalar yapılmıştır. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Ergenlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla, alan yazın temel alınarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formunda (Ek-I); ergenlerin yaşı, cinsiyeti, fiziksel, duygusal veya cinsel açıdan travmatik yaşantı öyküsü varlığı, algılanan akademik başarı, ilk 3 yaş içinde karşılaşılan olumsuz yaşam olayı, okul öncesi dönemde bakım veren kişi, aile tipi, kardeş sayısı, anne-babanın yaşı, eğitim düzeyi, evlilik ve çalışma durumu, yeme tutumlarındaki sorunları, ailede tıbbi ve psikiyatrik hastalık varlığı gibi özellikler sorgulanmaktadır. Hazırlanan form toplam 22 sorudan oluşmaktadır. Bakım verenler ve ergenlerden formdaki kendileri ile ilgili alanları doldurmaları istenmiştir.

3.3.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)

Fairburn ve Beglin tarafından 1994'te tasarlanmış bir ölçektir [144]. Yeme bozukluğunun derecesini gösteren beş alt ölçek sunar. Bu alt ölçekler; kısıtlama davranışı, yeme ile ilgili

endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler, kilo endişeleri ve tıkınırcasına yeme davranışını sorgulayan sorular şeklindedir. İlk 4 alt ölçek likert tipte iken, tıkınırcasına yeme davranışını sorgulayan sorular açık uçludur. Kısıtlama davranışı ile ilgili yeme bozukluğu alt ölçeği; aşırı yiyecek miktarının kısıtlanması, yemek yemekten kaçınma, yiyeceklerden kaçınma, diyet kuralları, midenin boş kalması isteği gibi soruları içermektedir. Diğer pek çok diyet kısıtlaması ölçeğinden farklı olarak YEDÖ kısıtlama alt ölçeği hem davranışsal hem de bilişsel yeme kısıtlamasını değerlendirmektedir. Beden şekli ile ilgili endişeler alt ölçeğinde; düz bir karına sahip olma isteği, beden şekli ya da kilo ile aşırı zihinsel uğraş, şişmanlık hissi, kilo alma korkusu, vücut tipinden duyulan memnuniyetsizlik sorgulanmaktadır. Kilo endişeleri alt ölçeğinde; vücut ağırlığının önemi, kiloya tepki, kilo ile zihinsel uğraş, vücut ağırlığından duyulan memnuniyetsizlik, zayıflama isteği ile ilgili sorular bulunmaktadır. Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeğinde ise; besinler, yeme davranışı ya da yiyeceklerin kalorileriyle aşırı mental uğraşı, yeme davranışının kontrolünün kaybına dair korku hissi, insanlardan gizli yemek yeme, sosyal ortamlarda yemek yeme ve yeme davranışı ile ilgili suçluluk hissi değerlendirilmektedir.

Ölçekte 28 soru bulunmaktadır. Son dört hafta içindeki yeme bozukluğu şiddeti; 0-6 puan arasında seyreden yedili likert skalada belirtilmektedir. Alt ölçek puanı hesaplanırken, o alt ölçekle ilgili soruların puanları toplanmakta ve alt ölçekteki toplam soru sayısına bölünmektedir. Toplam puan hesaplanırken ise 4 alt ölçeğin puanları toplanmakta ve alt ölçek sayısına bölünmektedir. Ölçeğin kesme noktası yoktur. Değerlendirme, ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yeme bozukluğunun şiddetinin arttığı şeklindedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, ilkokul, ortaokul ve lise öğrencilerinden oluşan bir örneklemde, Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır (Ek-II) [145]. Ölçeğin çevirisi yapılmış, iç tutarlığı, test tekrar-test güvenilirliği, madde analizi ve doğrulayıcı faktör analizi çalışılmıştır. Türkçe formunun soru sayısı ve alt ölçekleri orjinalinde olduğu gibidir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93 olarak ve her alt ölçek için .70 ve üstü değerlerde bulunmuştur [145].

3.3.3. Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT) (Separation Individuation Test For Adolescents- SITA)

AABT, Mahler'in ayrılma-bireyleşme kuramının dinamikleri, psikopatolojinin saplanma noktaları ve sağlıklı gelişimi belirleyen öğelere özellikle vurgu yapılarak Levine ve arkadaşları (1986) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir [146]. AABT ebeveynler, öğretmenler ve arkadaşlarla ilişkilere yönelik davranışsal ifadeleri barındıran bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler "kesinlikle katılıyorum (1)" ve "kesinlikle katılmıyorum (5)" arasında seyreden beşli likert skalada yanıtlanmaktadır. Puan hesaplaması, her bir alt ölçek için o alt ölçekle ilgili soruların puanları toplanarak yapılmaktadır. AABT'nin yurtdışında kullanılan mevcut formunda her biri Mahler tarafından açıklanan erken çocukluk ayrılma-bireyleşme sürecinin türevleriyle bağlantılı olarak 9 alt ölçek vardır. Bu 9 alt ölçek:

- Ayrılma anksiyetesi (yaşamdaki önemli kişilerle duygusal ya da fiziksel bağlantının kaybedilmesiyle ilgili korkuları olan bireyleri tanımlar),
- Yutulma anksiyetesi (yakın ilişkilerden korkan ve bu ilişkileri kendi bağımsızlıklarına ve kendilik duygularına tehdit olarak görme eğiliminde olan bireyleri tanımlar),
- Bakım arama (kuvvetli bağ kurma ihtiyacı olan, bu ihtiyacın doyumunu bekleyen ve olumlu duyguları bu beklentiyle ilişkilendiren bireyleri tanımlar),
- Arkadaşa yapışma (akran ilişkileri arayışında olan bireyleri tanımlar),
- Öğretmene yapışma (öğretmenle yakın ilişki kurma ihtiyacı olan kişileri tanımlar),
- Pratik yapma-aynalama (narsistik arayış içinde olan bireyleri tanımlar),
- İhtiyacı inkar etme (bağ kurma gereksinimlerini reddeden ya da görmezlikten gelen bireyleri tanımlar),
- Reddedilme beklentisi (yaşamındaki önemli kişileri katı ya da düşmanca algılayan, o kişiler tarafından reddedileceğine dair beklentisi olan bireyleri tanımlar),
- Sağlıklı ayrılma (ayrılma-bireyleşmeyi kararlılıkla kazanan, kendi bağımlılık ve bağımsızlık ihtiyaçlarını, diğer insanların benzerliklerini ve farklılıklarını kabul eden bireyleri tanımlar) şeklindedir.

AABT'nin Türçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Bildik ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır (Ek-III) [147]. Ayrılma-bireyleşme kuramına dayanılarak hazırlanmış

bir test olan AABT'nin çevirisi yapılmış, iç tutarlığı, test tekrar-test güvenilirliği, madde analizi ve doğrulayıcı faktör analizi çalışılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda sağlıklı ayrılma alt ölçeği çıkarılmış ve 8 alt ölçek elde edilmiştir. Ölçeğin alt ölçekleri için iç tutarlılık (Cronbach alpha değeri) katsayıları.59 ile.86 arasında değişmekte olup AABT'nin 8 alt ölçek ve 65 maddesi için madde-yapı ilişkilerinin güvenilir olduğu saptanmıştır. Analizler, AABT'nin Türk lise ve üniversite öğrencileri üzerinde yeterli düzeyde geçerlik ve güvenirlik değerlerine sahip olduğunu göstermiştir [147].

3.3.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5- Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)]

K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerin DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur [148]. 2016 senesinde DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncellenmiş ve K-SADS-PL-DSM-5 olarak yenilenmiştir [149]. Ünal ve arkadaşları tarafından 2019 senesinde Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli DSM-5-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T)'nın geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır [150].

Hem çocuklara/gençlere hem de bakım verenlerine uygulanan bu yarı yapılandırılmış görüşme; yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları gibi tanı ve alt tanı ekleri ve çocuklar için genel değerlendirme ölçeğini içermektedir. Form üç bölümden oluşmaktadır.

Görüşme çizelgesinin ilk kısmında çocuğun/gencin sosyodemografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki şikayeti, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgiler ile çocuğun/gencin okuldaki işlevselliği, ilgi alanları, akran ve aile ilişkileri gibi bilgiler sorgulanmaktadır. İkinci kısımda hem geçmişteki hem de şu andaki belirtileri değerlendirmek için tarama soruları ve değerlendirme ölçütleri bulunmaktadır. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler saptanırsa tanıyı doğrulamak amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Tarama görüşmesi ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, dışa atım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü kısım

ise DSM-5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirmelerden oluşmaktadır. Alınan her bir bilgi hem ayrı ayrı hem de klinisyenin gözlemleriyle birleştirilerek puanlanmaktadır.

K-SADS-PL-DSM-5, bakım veren ve çocuğun/gencin kendisiyle görüşülerek uygulanmakta ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk/genç, okul vb.) alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirilmektedir. Eğer farklı kaynaklardan elde edilen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa hekim kendi klinik değerlendirmesini temel almaktadır [151].

3.3.5. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12) (The Child and Youth Resilience Measure-CYRM-12)

On bir farklı ülkeden toplanan veriler ışığında geliştirilen ölçeğin 28 maddelik orijinal formu, üç alt ölçek ve sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçme aracı Liebenberg, Ungar ve Van de Vijver tarafından 2012 yılında, nicel ve nitel yöntemler kullanılarak geliştirilmiştir [152]. Orijinal form, 7-18 yaş arasındaki tüm çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir [153].

Ölçeğin kısa formu da Liebenberg, Ungar ve LeBlanc tarafından geliştirilmiştir. İki farklı çalışma sonucunda toplam 12 maddeden ve tek boyuttan oluşan bir yapı elde edilmiştir [154]. Ölçekteki maddeler 5'li likert şekilde değerlendirilmekte ve "Beni tamamen tanımlıyor (5)" ile "Hiç tanımlamıyor (1)" arasında derecelendirilmektedir. Ölçeğin faktör yük değerleri .39 ile .88 arasında değişmektedir ve iç tutarlılık katsayısı .84 olarak bulunmuştur.

Ölçekten alınan yüksek puanlar, psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirliği Arslan (2015) tarafından 11-16 yaş arasındaki gençler için yapılmış olup, güvenirlik katsayısı .91 olarak rapor edilmiştir.

3.4. İstatiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmanın gücünü/örnek hacmini belirlemek amacıyla G*Power version 3.1.9.2 (Kiel University, Kiel, Germany) paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi ile değerlendirilmiştir.

Nümerik değişkenler (yaş, BKİ, her grubun ölçek puanları) medyan (25. - 75. persentil) ve frekans (yüzdelikler) olarak verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma

sahip olmayan nümerik değişkenler için Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Tek yönlü varyans analizi ve Dunn's çoklu karşılaştırma testi ile karşılaştırılmıştır.

Gruplar arası farklılıkları değerlendirmek amacı ile kategorik değişkenler (cinsiyet, kardeş sayısı, aile bütünlüğü, aile tipi, bakım veren, annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, babanın çalışma durumu, annenin yeme tutum sorunları, babanın yeme tutum sorunları, okul başarı düzeyi, ek psikiyatrik hastalığın varlığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, travmatik olay öyküsü, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar yaşantısı, çocuğun ilk 3 yaşta karşılaştığı olumsuz yaşam olayı) ile ilgili kıyaslamalar Fisher's Exact kikare testi, Yates' kikare testi ve Monte Carlo kikare testi kullanılarak yapılmıştır.

Ayrıca yeme bozukluğuna, AABT'nin alt ölçeklerinin (ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, arkadaşa yapışma, öğretmene yapışma, pratik yapma-aynalama, ihtiyacı inkar etme, reddedilme beklentisi, bakım arama) ve dayanıklılığın etkisinin değerlendirilmesi amacıyla lojistik regresyon analizi yöntemi kullanılmıştır. AABT ve dayanıklılık ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

İstatistiksel olarak $p<0,05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza 49'u olgu, 126'sı kontrol olmak üzere toplam 175 ergen alınmıştır. Grubun 124'ü kız (%70,9), 51'i erkek (%29,1) cinsiyette idi. Çalışmamıza katılan ergenlerin yaşları 12-18 arasında olup olgu grubunda ortalama yaş 15,2±1,5; kontrol grubunda ise 14,9±1,5 olarak bulunmuştur. Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin yaş ortalaması benzer olup iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Olgu grubunun 46'sı kız (%93,9), 3'ü erkek (%6,1) cinsiyette; kontrol grubunun 78'i kız (%61,9), 48'i erkek (%38,1) cinsiyette idi. Olgu grubunda kız cinsiyet kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Ergenlerin kardeş sayıları sorgulandığında; olgu grubundaki ergenlerin %14,3'ünün (n=7) tek çocuk olduğu, %34,6'sının (n=17) bir kardeşe sahip olduğu, %32,7'sinin (n=16) iki kardeşe sahip olduğu, %18,4'ünün (n=9) üç veya daha fazla sayıda kardeşe sahip olduğu; kontrol grubundaki ergenlerin ise %13,5'inin (n=17) tek çocuk olduğu, %27,8'inin (n=35) bir kardeşe sahip olduğu, %39,7'sinin (n=50) iki kardeşe sahip olduğu, %19'unun (n=24) üç veya daha fazla sayıda kardeşe sahip olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında kardeş sayısı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Ergenlerin aile bütünlüğüne baktığımızda; olgu grubunun %67,3'ünde (n=33) anne ve babanın beraber yaşadığı, %28,6'sında (n=14) ebeveynlerin boşandığı ve %4,1'inde (n=2) ebeveynlerden birinin vefat ettiği; kontrol grubunun ise %86,5'inde (n=109) anne ve babanın beraber yaşadığı, %12,7'sinde (n=16) ebeveynlerin boşandığı ve %0,8'inde (n=1) ebeveynlerden birinin vefat ettiği saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında aile bütünlüğü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup bu anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bu farklılığın; kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerinde olgu grubundaki ergenlerin ebeveynlerine göre beraber yaşama oranının, olgu grubundaki ergenlerin ebeveynlerinde ise kontol grubundaki ergenlerin ebeveynlerine göre boşanma oranının daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p=0,01$).

Ergenlerin aile yapısına baktığımızda; olgu grubunun %63,3'ünün (n=31) çekirdek aile, %32,6'sının (n=16) parçalanmış aile ve %4,1'inin (n=2) geniş aile; kontrol grubunun ise %85,7'sinin (n=108) çekirdek aile, %12,7'sinin (n=16) parçalanmış aile ve %1,6'sının

(n=2) geniş aile olarak dağılım gösterdiği saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında aile yapısı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve bu anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bu farklılığın; olgu grubundaki ergenlerde kontrol grubundaki ergenlere göre parçalanmış aile yapısının, kontrol grubundaki ergenlerde ise olgu grubundaki ergenlere göre çekirdek aile yapısının daha fazla olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (p=0,005).

Çalışmamızda ergenlerin okul başarı durumu sorgulandığında; olgu grubundaki ergenlerin %40,8'inin (n=20) okul başarısının iyi düzeyde olduğu, %28,6'sının (n=14) okul başarısının orta düzeyde olduğu, %30,6'sının (n=15) okul başarısının zayıf düzeyde olduğu; kontrol grubundaki ergenlerin ise %35,7'sinin (n=45) okul başarısının iyi düzeyde olduğu, %47,6'sının (n=60) okul başarısının orta düzeyde olduğu ve %16,7'sinin (n=21) okul başarısının zayıf düzeyde olduğu görülmüştür. Olgu ve kontrol grupları arasında okul başarısı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup bu anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bu farklılığın; olgu grubundaki ergenlerde kontrol grubundaki ergenlere göre düşük okul başarısının, kontrol grubundaki ergenlerde ise olgu grubundaki ergenlere göre orta düzeyde okul başarısının görülme oranının daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (p=0,038).

Çalışmamıza katılan ergenlerin psikiyatrik eş tanı durumu değerlendirildiğinde; hem olgu grubunda (%53,1), hem de kontrol grubunda (%53,2) ek psikiyatrik tanı bulunmayanların oranının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Olgu grubunda duygudurum bozuklukları (18,4), anksiyete bozuklukları (%16,3) ve DEHB (%12,2); kontrol grubunda ise DEHB (%46,8) eş tanılı ergenlerin olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik tanılar açısından değerlendirildiğinde; olgu ve kontrol grupları arasında ek psikiyatrik hastalık durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ve bu anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bu farkın, olgu grubundaki ergenlerde kontrol grubundaki ergenlere göre duygudurum bozuklukları oranının, kontrol grubundaki ergenlerde ise olgu grubundaki ergenlere göre DEHB oranının daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur (p<0,001).

Çalışmamıza katılan ergenler, bebeklik döneminden itibaren birincil bakım verenleri açısından değerlendirildiğinde; olgu grubunun %89,8'ine (n=44) anne-baba tarafından, %10,2'sine (n=5) büyükanne-dede tarafından; kontrol grubunun ise %98,4'üne (n=124)

anne-baba tarafından, %1,6'sına (n=2) büyükanne-dede tarafından bakım verildiği saptanmıştır. Olgu grubunda büyükanne-dede tarafından bakım verilme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,019). Katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	**Grup**	**Olgu (N=49)**	**Kontrol (N=126)**	**p**
		N (%)	**N (%)**	
Cinsiyet	Kız	46 (93,9)	78 (61,9)	**<0,001***
	Erkek	3 (6,1)	48 (38,1)	
Kardeş sayısı	Tek çocuk	7 (14,3)	17 (13,5)	>0,05
	1 kardeş	17 (34,6)	35 (27,8)	
	2 kardeş	16 (32,7)	50 (39,7)	
	3 ve daha fazla kardeş	9 (18,4)	24 (19,0)	
Aile bütünlüğü	Anne-baba beraber	33 (67,3) [b]	109 (86,5) [a]	**0,01***
	Anne-baba boşanmış	14 (28,6) [a]	16 (12,7) [b]	
	Ebeveyn kaybı	2 (4,1)[a]	1 (0,8)[a]	
Aile tipi	Çekirdek	31 (63,3)[b]	108 (85,7)[a]	**0,005***
	Geniş	2 (4,1)[b]	2 (1,6)[b]	
	Parçalanmış	16 (32,6)[a]	16 (12,7)[b]	
Okul başarısı	İyi	20 (40,8)[a]	45 (35,7)[a]	**0,038***
	Orta	14 (28,6) [a]	60 (47,6)[b]	
	Zayıf	15 (30,6)[b]	21 (16,7)[a]	
Ek psikiyatrik hastalık	Yok	26 (53,1)[a]	67 (53,2)[a]	**<0,001***
	DEHB	6 (12,2)[a]	59 (46,8)[b]	
	Anksiyete bozuklukları	8 (16,3)[a]	0 (0,0)[a]	
	Duygudurum bozuklukları	9 (18,4)[b]	0 (0,0)[a]	
Bakım veren	Anne-baba	44 (89,8)	124 (98,4)	**0,019***
	Büyükanne-dede	5 (10,2)	2 (1,6)	
Yaş (Ort±SS)		15,2±1,5	14,9±1,5	>0,05

p<0,05; [a-b]: Aynı harfe sahip bulgular arasında fark yoktur.

4.2. Katılımcıların Bakım Verenlerine Ait Özellikler

Çalışmamıza katılan ergenlerin anne ve babalarının özelliklerinden babaların eğitim durumuna bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %49'unun (n=24) babasının ilköğretim, %51'inin (n=25) lise ve üzeri bir okuldan mezun olduğu; kontrol grubundaki ergenlerin ise %47,6'sının (n=60) babasının ilköğretim, %52,4'ünün (n=66) lise ve üzeri bir okuldan mezun olduğu saptanmıştır. Baba eğitim düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Olgu ve kontrol gruplarındaki ergenlerin bakım verenlerine ait özelliklerden; annenin eğitim durumu ve anne-babanın iş durumu değişkenleri açısından istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ergenlerin ailelerinde psikiyatrik hastalık olup olmadığına bakıldığında; olgu grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık bulunanların oranı %46,9 (n=23), ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmayanların oranı ise %53,1 (n=26) olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki ergenlerin ise ailesinde psikiyatrik hastalık bulunanların oranı %17,5 (n=22), ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmayanların oranı ise %82,5 (n=104) olarak tespit edilmiştir. Olgu ve kontrol grupları arasında ailede psikiyatrik hastalık bulunma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışmamıza katılan ergenlerin babalarında kısıtlayıcı yeme, kalori kontrolü, yeme atakları gibi yeme tutum sorunlarına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %93,9'unun (n=46) babalarının herhangi bir yeme tutum sorununun olmadığı, %6,1'inin (n=3) ise yeme ataklarının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki ergenlerin babalarında ise herhangi bir yeme tutum sorunu saptanmamıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında babada yeme tutum sorunu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,021$).

Çalışmamıza katılan ergenlerin annelerinde kısıtlayıcı yeme, kalori kontrolü, yeme atakları gibi yeme tutum sorunlarına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin %89,8'inin (n=44) annesinin herhangi bir yeme tutum sorununun olmadığı, %10,2'sinin (n=5) ise kısıtlayıcı yeme davranışının olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki ergenlerin annelerinde ise herhangi bir yeme tutum sorunu saptanmamıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında annede yeme tutum sorunu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$). Tablo 2'de katılımcıların bakım verenlerine ait özellikler verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Bakım Verenlerine Ait Özellikleri

Değişken	Grup	Olgu (N=49)	Kontrol (N=126)	p
		N (%)	N (%)	
Baba eğitim durumu	İlköğretim	24 (49,0)	60 (47,6)	0,871
	Lise ve üzeri	25 (51,0)	66 (52,4)	
Anne eğitim durumu	Okuma yazma yok	0 (0,0)	4 (3,2)	0,300
	İlköğretim	23 (46,9)	66 (52,4)	
	Lise ve üzeri	26 (53,1)	56 (44,4)	
Baba iş	Çalışmıyor	6 (12,2)	10 (7,9)	0,389
	Çalışıyor	43 (87,8)	116 (92,1)	
Anne iş	Çalışmıyor	30 (61,2)	93 (73,8)	0,140
	Çalışıyor	19 (38,8)	33 (26,2)	
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	26 (53,1)	104 (82,5)	**<0,001***
	Var	23 (46,9)	22 (17,5)	
Babanın yeme tutum sorunları	Yok	46 (93,9)	126 (100,0)	**0,021***
	Aşırı yeme atakları	3 (6,1)	0 (0,0)	
	Kalori hesabı	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Kusma	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Kısıtlayıcı yeme	0 (0,0)	0 (0,0)	
Annenin yeme tutum sorunları	Yok	44 (89,8)	126 (100,0)	**0,001***
	Aşırı yeme atakları	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Kalori hesabı	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Kusma	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Kısıtlayıcı yeme	5 (10,2)	0 (0,0)	

p<0,05

4.3. Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olaylarına Ait Özellikleri

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %46,9'unun (n=23) geçmişinde travmatik bir olay öyküsünün olduğu, %53,1'inin (n=26) geçmişinde travmatik bir olay öyküsünün olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki ergenlerin ise %16,7'sinin (n=21) geçmişinde travmatik bir olay öyküsünün olduğu, %83,3'ünün (n=105) geçmişinde ise travmatik bir

olay öyküsünün olmadığı saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında travmatik olay öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Sonuçlara bakıldığında olgu ve kontrol grubu arasında fiziksel şiddet açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %30,6'sının (n=15) geçmişte cinsel istismara maruz kaldığı, %69,4'ünün (n=34) ise geçmişinde cinsel istismar öyküsünün olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki ergenlerin %7,1'inin (n=9) geçmişte cinsel istismara maruz kaldığı, %92,9'unun (n=117) ise geçmişinde cinsel istismar öyküsünün olmadığı saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında cinsel istismar öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Çalışmamızda olgu grubundaki ergenlerin %30,6'sının (n=15) geçmişte duygusal ihmale maruz kaldığı, %69,4'ünün (n=34) ise geçmişinde duygusal ihmal öyküsünün olmadığı görülmüştür. Kontrol grubundaki ergenlerin %11,9'unun (n=15) geçmişte duygusal ihmale maruz kaldığı, %88,1'inin (n=111) ise geçmişinde duygusal ihmal öyküsünün olmadığı saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında duygusal ihmal öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,006$).

Katılımcıların ilk 3 yaşta aile içinde karşılaştıkları olumsuz yaşam olayları incelendiğinde; olgu grubundaki ergenlerin %77,5'inin (n=38) olumsuz yaşam olayı tariflemediği, %4'ünün (n=2) ebeveyninde ciddi bir hastalık veya kayıp yaşandığı, %18,5'inin (n=9) ebeveyninde evlilik çatışması öyküsünün olduğu; kontrol grubundaki ergenlerin %93,6'sının (n=118) olumsuz yaşam olayı tariflemediği, %2,4'ünün (n=3) ebeveyninde ciddi hastalık veya kayıp yaşandığı, %4'ünün (n=5) ise ebeveyninde evlilik çatışması öyküsünün olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında ilk 3 yaşta aile içinde karşılaştıkları olumsuz yaşam olayları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup bu anlamlı farklılığın kaynağını tespit edebilmek için Post-Hoc Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Bu farklılığın; olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundaki ergenlere göre ebeveyninde evlilik çatışması öyküsünün, kontrol grubundaki ergenlerde ise olgu grubundaki ergenlere göre olumsuz yaşam olayı tariflemeyenlerin oranının daha yüksek saptanmasından kaynaklandığı bulunmuştur ($p=0,006$). Katılımcıların olumsuz yaşam olaylarına ait özellikleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Olumsuz Yaşam Olaylarına Ait Özellikler

Değişken	Grup	Olgu (N=49)	Kontrol (N=126)	p
		N (%)	N (%)	
Travmatik olay	Yok	26 (53,1)	105 (83,3)	**<0,001***
	Var	23 (46,9)	21 (16,7)	
Fiziksel şiddet	Yok	45 (91,8)	124 (98,4)	0,053
	Var	4 (8,2)	2 (1,6)	
Cinsel istismar	Yok	34 (69,4)	117 (92,9)	**<0,001***
	Var	15 (30,6)	9 (7,1)	
Duygusal ihmal	Yok	34 (69,4)	111 (88,1)	**0,006***
	Var	15 (30,6)	15 (11,9)	
İlk 3 yaşta olumsuz yaşam olayı	Yok	38 (77,5)[a]	118 (93,6)[b]	**0,006***
	Ebeveyn ölümü, yokluğu veya hastalığı	2 (4,0)[a]	3 (2,4)[a]	
	Ebeveyn evlilik çatışması	9 (18,5)[b]	5 (4,0)[a]	

p<0,05; [a-b]: Aynı harfe sahip bulgular arasında fark yoktur.

4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)'ne İlişkin Veriler

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin YEDÖ'nün tüm alt ölçek puanları arasında anlamlı farklılık elde edilmiştir (p<0,001). Olgu grubundaki ergenlerin YEDÖ alt ölçek puanları, kontrol grubundaki ergenlerden daha yüksek saptanmıştır. YEDÖ toplam puanı da benzer şekilde olgu grubunda daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). YEDÖ ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4: Olgu ve Kontrol Grupları Arasında YEDÖ Puanlarının Karşılaştırılması

YEDÖ alt ölçekleri	Grup	Medyan (25p-75p)	p
Kısıtlama	Olgu	5,2 (3,9-5,6)	**<0,001***
	Kontrol	0,2 (0-0,8)	
Yeme ile İlgili Endişeler	Olgu	4,0 (3,2-4,8)	**<0,001***
	Kontrol	0,2 (0-0,6)	
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	Olgu	5,4 (4,8-6,1)	**<0,001***
	Kontrol	0,7 (0,1-1,2)	
Kilo ile İlgili Endişeler	Olgu	4,8 (4,2-5,2)	**<0,001***
	Kontrol	0,6 (0,2-1,2)	
Toplam Ölçek Puanı	Olgu	4,8 (4,0-5,4)	**<0,001***
	Kontrol	0,4 (0,1-1,0)	

p<0,05

4.5. Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi (AABT)'ne İlişkin Veriler

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubundaki ergenler, AABT alt ölçekleri açısından karşılaştırılmıştır. Olgu ve kontrol grubu arasında AABT alt ölçeklerinden; arkadaşa yapışma, pratik yapma-aynalama ve bakım arama puanların karşılaştırmasında anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. Olgu grubunda AABT alt ölçeklerinden; ihtiyacı inkar etme, ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, öğretmene yapışma ve reddedilme beklentisi puanları kontrol grubuna göre istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,001). AABT ölçek puanlarının karşılaştırması Tablo 5'te gösterilmiştir.

Olgu grubunda anlamlı düzeyde yüksek saptanan AABT alt ölçekleri, yeme bozuklukları alt grupları arasında ayrı ayrı incelendiğinde; 'ayrılma anksiyetesi' ve 'reddedilme beklentisi' puanları tüm yeme bozukluğu alt gruplarında, 'yutulma anksiyetesi' puanları AN ve BN alt gruplarında, 'öğretmene yapışma' puanları BN alt grubunda, 'ihtiyacı inkar etme' puanları ise AN ve TDYB alt gruplarında, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,001). Yeme bozukluğu alt grupları ve kontrol grubu arasında AABT puanlarının karşılaştırması Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 5: Olgu ve Kontrol Grupları Arasında AABT Puanlarının Karşılaştırması

AABT alt ölçekleri	**Grup**	**Medyan (25p-75p)**	**p**
Ayrılma Anksiyetesi	Olgu	28,0 (24,5-34,5)	**<0,001***
	Kontrol	20,0 (15,0-25,0)	
Yutulma Anksiyetesi	Olgu	20,0 (17,0-24,5)	**<0,001***
	Kontrol	16,0 (12,0-20,0)	
Bakım Arama	Olgu	17,0 (14,0-21,0)	0,319
	Kontrol	19,0 (16,0-22,0)	
Arkadaşa Yapışma	Olgu	22,0 (18,5-27,0)	0,443
	Kontrol	22,0 (17,0-25,2)	
Öğretmene Yapışma	Olgu	17,0 (13,0-21,0)	**0,013***
	Kontrol	15,5 (11,0-18,0)	
Pratik Yapma-Aynalama	Olgu	33,0 (27,0-42,5)	0,984
	Kontrol	34,5 (27,0-41,0)	
İhtiyacı İnkar Etme	Olgu	13,0 (9,5-15,0)	**<0,001***
	Kontrol	9,0 (7,0-12,0)	
Reddedilme Beklentisi	Olgu	34,0 (25,0-39,5)	**<0,001***
	Kontrol	19,0 (14,0-27,0)	

p<0,05

Tablo 6: Kontrol ve Yeme Bozukluğu Alt Grupları Arasında AABT Puanlarının Karşılaştırması

AABT alt ölçekleri	Grup	N	Medyan (25p-75p)	p
Ayrılma Anksiyetesi	AN	16	27,0 (23,7-33,2)	**0,004***
	Kontrol	126	20,0 (15,0-25,0)	
	BN	23	28,0 (24,0-35,0)	**<0,001***
	Kontrol	126	20,0 (15,0-25,0)	
	TDYB	10	30,5 (24,5-35,7)	**0,002***
	Kontrol	126	20,0 (15,0-25,0)	
Yutulma Anksiyetesi	AN	16	21,0 (16,0-25,7)	**0,039***
	Kontrol	126	16,0 (12,0-20,0)	
	BN	23	21,0 (17,0-25,0)	**0,001***
	Kontrol	126	16,0 (12,0-20,0)	
	TDYB	10	19,5 (17,7-24,0)	0,116
	Kontrol	126	16,0 (12,0-20,0)	
Öğretmene Yapışma	AN	16	17,0 (14,5-21,0)	0,343
	Kontrol	126	15,5 (11,0-18,0)	
	BN	23	19,0 (16,0-22,0)	**0,005***
	Kontrol	126	15,5 (11,0-18,0)	
	TDYB	10	12,0 (6,7-14,5)	0,759
	Kontrol	126	15,5 (11,0-18,0)	
İhtiyacı İnkar Etme	AN	16	13,0 (9,2-17,5)	**0,025***
	Kontrol	126	9,0 (7,0-12,0)	
	BN	23	11,0 (8,0-14,0)	0,519
	Kontrol	126	9,0 (7,0-12,0)	
	TDYB	10	13,0 (11,0-16,5)	**0,020***
	Kontrol	126	9,0 (7,0-12,0)	
Reddedilme Beklentisi	AN	16	31,5 (25,0-40,7)	**<0,001***
	Kontrol	126	19,0 (14,0-27,0)	
	BN	23	34,0 (29,0-37,0)	**<0,001***
	Kontrol	126	19,0 (14,0-27,0)	
	TDYB	10	33,5 (24,5-39,2)	**0,003***
	Kontrol	126	19,0 (14,0-27,0)	

p<0,05; AN: Anoreksiya Nervoza; BN: Bulimiya Nervoza; TDYB: Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

4.6. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (ÇGPSÖ-12)'ne İlişkin Veriler

Çalışmamızda olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin ÇGPSÖ-12 puanları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir (p<0,001). Olgu grubundaki ergenlerin ÇGPSÖ-12 puanları, kontrol grubundaki ergenlerden daha düşük saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7: Olgu ve Kontrol Gruplarının ÇGPSÖ-12 Puanları

Ölçek	**Olgu**	**Kontrol**	**p**
	Medyan (25p-75p)	**Medyan (25p-75p)**	
ÇGPSÖ-12	37,0 (30,0-42,0)	48,0 (43,0-53,0)	**<0,001***

p<0,05

ÇGPSÖ-12 puanı, yeme bozuklukları alt grupları arasında ayrı ayrı incelendiğinde; tüm yeme bozukluğu alt gruplarında puanlar kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p<0,001). Yeme bozukluğu grupları arasında ise anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır. ÇGPSÖ-12 ölçek puanları karşılaştırması Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8: Yeme Bozukluğu Alt Grupları ile Kontrol Grubunun ÇGPSÖ-12 Puanları Açısından Karşılaştırması

Ölçek Puanı	**Grup**	**N**	**Medyan (25p-75p)**	**p**
ÇGPSÖ-12	AN	16	40,0 (30,5-43,7)	**<0,001***
	Kontrol	126	48,0 (43,0-53,0)	
	BN	23	35,0 (28,0-41,0)	**<0,001***
	Kontrol	126	48,0 (43,0-53,0)	
	TDYB	10	35,5 (30,5-43,0)	**<0,001***
	Kontrol	126	48,0 (43,0-53,0)	

p<0,05; AN: Anoreksiya Nervoza; BN: Bulimiya Nervoza; TDYB: Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozukluğu

4.7. Ayrılma-Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılığın Yeme Bozukluklarına Etkisi

Ergenlerin ayrılma-bireyleşme özelliklerinin ve dayanıklılık seviyelerinin yeme bozuklukları üzerindeki etkisinde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. AABT'nin alt ölçekleri ve ÇGPSÖ-12 lojistik regresyon analizine sokulduğunda; reddedilme beklentisi ve dayanıklılığın anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, AABT'nin diğer alt ölçeklerinin etkisinin olmadığı görülmüştür.

Ergenlerin reddedilme beklentisi puanlarının yeme bozukluğuna olan etkisi istatiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde yordayıcı olarak bulunmuştur ($p<0,05$). Reddedilme beklentisinin 1,09 kat (OR=1,088) yüksek olmasının yeme bozuklukları oluşumu için risk oluşturduğu görülmüştür. Dayanıklılık puanı ($\beta=-0,157$, $p<0,05$) yeme bozuklukları için anlamlı ve negatif yönde yordayıcı olarak bulunmuştur. Dayanıklılığın 1,17 kat (OR=0,855) düşük olmasının yeme bozuklukları oluşumu için risk oluşturduğu görülmüştür. Reddedilme beklentisi ve ÇGPSÖ-12 lojistik regresyon analizi sonuçları Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9: Reddedilme Beklentisinin ve Dayanıklılığın Yeme Bozukluklarına Etkisi

Bağımsız Değişkenler	**β ***	**Standart Hata**	**p**	**Odds Oranı**	**CI (%95)**	
					Alt	**Üst**
Reddedilme Beklentisi	0,084	0,043	**0,049****	1,088	1,000	1,183
Dayanıklılık	-0,157	0,040	**<0,001****	0.855	0,790	0,926

**** β (Beta): Standardize Regresyon Katsayısı; **p <0,05***

4.8. Ayrılma-Bireyleşme Alt Ölçek Puanları ve Dayanıklılık Puanları Arasındaki Korelasyon

Dayanıklılık ölçeği puanları ile reddedilme beklentisi ($r=-0,447$, $p<0,01$) ve yutulma anksiyetesi ($r=-0,283$, $p=0,48$) alt ölçek puanları arasında negatif yönde ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Dayanıklılık ölçeği puanları arttıkça reddedilme beklentisi ile yutulma anksiyetesi alt ölçek puanları düşmekte ya da tam tersi şekilde dayanıklılık ölçeği puanları azaldıkça reddedilme beklentisi ile yutulma anksiyetesi alt ölçek puanları artmaktadır.

Dayanıklılık ölçeği puanları ile bakım arama (r=0,364, p=0,01) alt ölçek puanları arasında pozitif yönde ve istatiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Dayanıklılık ölçeği puanları arttıkça bakım arama alt ölçek puanları artmakta ya da tam tersi şekilde dayanıklılık ölçeği puanları azaldıkça bakım arama alt ölçek puanları azalmaktadır. AABT'nin alt ölçeklerinden ayrılma anksiyetesi, arkadaşa yapışma, öğretmene yapışma, pratik yapma-aynalama, ihtiyacı inkar etme ve dayanıklılık ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Tablo 10'da AABT alt ölçek puanları ve dayanıklılık puanları arasındaki korelasyon gösterilmiştir.

Tablo 10: Ayrılma-Bireyleşme Alt Ölçek Puanları ve Dayanıklılık Puanları Arasındaki Korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Ayrılma Anksiyetesi	1								
2.Yutulma Anksiyetesi	,064	1							
3.Bakım Arama	,214	-,475**	1						
4.Arkadaşa yapışma	,384**	,338*	-,033	1					
5.Öğretmene Yapışma	,080	,192	,046	,232	1				
6.Pratik Yapma-Aynalama	,122	,385**	-,036	,341*	-,016	1			
7.İhtiyacı İnkar Etme	,090	,047	,062	-,126	-,222	,101	1		
8.Reddedilme Beklentisi	,385**	,330*	-,114	,174	,136	,058	,413**	1	
9.Dayanıklılık	-,138	-,283*	,364*	,025	,108	,212	-,221	-,447**	1

p<0,05; **p<0,01

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile yeme bozukluğu tanısı olan ergenlerin ayrılma-bireyleşme özellikleri ile dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi ayrıca bu iki parametrenin birbirleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarının yeme bozukluğunun önlenmesi veya etkin tedavisine yönelik uygun yaklaşımların planlanmasında yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda cinsiyet dağılımına bakıldığında olgu grubunda kontrol grubuna göre kız cinsiyet daha fazla bulunmuştur. Bu sonuçlar kız cinsiyet ile yeme bozukluklarının ilişkili olduğunu gösteren literatür sonuçları ile uyumludur [155,156]. Hoek ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, AN tanısında kadın/erkek oranı 10/1 olarak bildirilmiştir [58]. Herpertz ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada da 15-19 yaş arasındaki ergenlerde AN'nin kadın cinsiyette yaygınlık oranı %0,3-0,9, erkeklerde % 0,1-0,3; BN'nin kadın cinsiyette yaygınlık oranı % 1–2, erkeklerde % 0,3-0,5; BTA YB'nin kadın cinsiyette yaygınlık oranı % 1,5–2, erkeklerde % 0,4-0,8 olarak bulunmuştur [59]. Başka bir çalışmada da BN'nin kadınlarda ömür boyu görülme sıklığı %0,9-1,3 iken, erkeklerde bu oran %0,1-0,5 şeklinde belirtilmiştir [60]. Ergen ve genç erişkin kadınlarda yeme bozukluğunun benzer yaştaki erkeklere göre 1,5-2 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir [62]. Bould ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da, kız öğrenci oranının erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğu okullarda yeme bozukluğu olgularına daha sık rastlandığı bulunmuştur [157]. Kız cinsiyetteki kişilerin genellikle dış görünüşleri üzerinden daha fazla sosyal baskıya maruz kalması, stres ve travmaya daha duyarlı olması, medyada ince vücut tipinin idealize edilmesi, kız cinsiyetteki kişilerde yeme alışkanlıklarının değişmesine ve yeme bozukluklarının daha fazla görülmesine sebep oluyor olabilir.

Birçok çalışma, kardeş sayısı ile yeme bozukluğu riski arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmalarda çelişkili bulgular gösterilmiştir. Herzog, BN tanılı kız ergenlerde AN tanılı ergenlere göre tek çocuk olma durumunun daha fazla olduğunu rapor etmiştir [158]. Bazı çalışmalarda ailede çocuk sayısının fazla olması, yeme bozukluğu riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bonenberger ve Klosinski tarafından yapılan, yeme bozukluğu tanılı 80 hastanın ailesel özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların ailelerinde çocuk sayısının genel populasyona kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır [159]. Ancak diğer pek çok karşılaştırmalı çalışmada, yeme bozuklukları ile kardeş sayısı arasında ilişki saptanmamıştır [160]. Dolan, Evans ve Lacey, BN tanılı hasta grubu ile yeme bozukluğu

olmayan sağlıklı bir grubu karşılaştırmıştır. Çalışmada BN tanılı hasta grubu ile sağlıklı grup arasında ailedeki toplam kişi sayısı ve çocuk sayısı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır [161]. Ahren ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, AN tanılı hastalarda da hastalık ile kardeş sayısı ve doğum sırası arasında ilişki gösterilememiştir [162]. Çalışmamızda da benzer şekilde yeme bozuklukları ile kardeş sayısı arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda, olgu grubundaki ergenlerin ebeveynlerinde boşanma ve ebeveyn kaybı, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda bozulmuş yeme davranışları gösteren çocukların ailelerinde boşanma oranının daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur [96,163]. BN tanılı hastaların sağlıklı grup ile karşılaştırıldığı bir başka çalışmada da ebeveynlerin boşanması, yeme bozuklukları için önemli bir risk faktörü olarak belirtilmiştir [164]. İspanya'da yapılan bir kohort çalışmasında ebeveynlerin medeni durumu, yeme bozukluklarının başlamasında bir etken olarak saptanmış ve boşanmış ebeveynlerin çocuklarında yeme bozukluğu daha sık görülmüştür [165]. Pike ve arkadaşları tarafından, yapılan bir çalışmada; AN'li bireylerde, kontrol grubuna göre ailenin bir ferdinin evden ayrılmasına ya da kardeş doğumu gibi aileye birinin katılmasına daha fazla rastlanmıştır. Çalışmada aile yapısında değişikliğe neden olan stresli yaşam olaylarının, olumsuz duygu durum yaratarak AN etiyolojisinde yer aldığı saptanmıştır [166]. Hilbert ve arkadaşlarının yeme bozukluğu tanılı kişilerle sağlıklı kişileri risk faktörleri açısından karşılaştırdığı çalışmada; ebeveynin evdeki eksikliği ya da kaybı yeme bozuklukları açısından risk faktörü olarak saptanmıştır [21].

Çalışmamızda yeme bozukluğu tanılı gençlerin akademik başarıları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Bu durum yeme bozukluğu tanılı kişilerde; depresyon, anksiyete gibi eş tanı sıklığının fazla olması ile ilişkili olabilir. Ayrıca kişilerin günlük yaşamını, sosyal ve fiziksel işlevselliklerini etkileyebilecek düşük beden ağırlığı, halsizlik gibi belirtilerin olması veya dikkat ve öğrenmeyi etkileyen B12, D vitamini, demir ve hemoglobin düzeylerinin düşüklüğü gibi durumlardan da kaynaklanabilir. Winkler ve arkadaşları tarafından, 2014 senesinde yapılan bir meta-analizde; yeme bozukluğu tanılı hastalarda fiziksel ve akademik işlevsellik ile akran ilişkileri gibi alanlar değerlendirilmiş ve sağlıklı bireylere göre hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük seviyede olduğu bulunmuştur [167]. Bould ve arkadaşları tarafından, 2018 senesinde yapılan bir çalışmada akademik başarı düzeyi daha yüksek olan

okullardaki kız öğrencilerin kısıtlı yeme, aşırı yeme veya çıkarma gibi herhangi bir yeme bozukluğu davranışını bildirme olasılıkları daha düşük bulunmuştur. Başarı düzeyi düşük olan okullardaki öğrencilerde sosyoekonomik düzey daha düşük, düzensiz yeme davranışı ise daha yaygın bulunmuştur [168].

Yeme bozuklukları sıklıkla tedaviyi zorlaştırabilecek diğer psikiyatrik veya tıbbi durumlarla eş zamanlı olarak ortaya çıkmaktadır. Keski-Rahkonen ve Mustelin tarafından yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu olan bireylerin %70'inden fazlasında eşlik eden ruhsal bir sorun görülmüştür. Avrupa'da 2015-2016 yılları arasında genç erişkinlerle yapılan çalışmaların incelendiği bir derlemede, yeme bozukluğu tanısı olan bireylerin %70'inden fazlasında eşlik eden bir ruhsal sorun olduğu saptanmıştır. Eş tanısı olan katılımcıların %50'sinde anksiyete bozuklukları, %40'ında duygudurum bozuklukları, %20'sinde kendine zarar verme davranışı ve %10'unda madde kullanımı tespit edilmiştir [111]. İsveç'te, 2015 senesinde yapılan bir araştırmada, yeme bozukluğu hastalarından oluşan geniş bir klinik örneklemde en sık eşlik eden bozukluklar anksiyete bozuklukları (%53) ve duygudurum bozuklukları (%43) olarak saptanmıştır [169]. Fransa'da, Godart ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; anoreksiya nervoza hastalarının %75-85'inin ve bulimia nervoza hastalarının %80-90'ının yaşamları boyunca en az bir duygudurum bozukluğu epizodu bildirdikleri gözlenmiştir. Yeme bozukluğunun sosyal ve akademik alanlarda işlev kaybına neden olarak depresyona yol açabileceği öne sürülmüştür [170]. Almanya'da, yapılan bir araştırmada; çocukluk ve ergenlik dönemindeki yeme bozukluğu davranışının bu kişilerde depresif belirtilerin görülme riskini arttırdığı saptanmıştır. Yeme bozukluğu tanılı hastaların depresif ruh hali, duygusal boşluk, sosyal geri çekilme, libido kaybı ve düşük özsaygı hissettiklerini ifade ettikleri ve depresyon envanterlerinden genellikle hafif ile orta aralıkta puan aldıkları bildirilmiştir. Ayrıca hastaların kilo kaybı ve açlık hissi sonucu daha depresif hissettiklerini ifade ettikleri belirtilmiştir [59]. Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde duygudurum bozuklukları olgu grubunda kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlar klinikte yeme bozukluğu tanısı konan hastalarda duygudurum bozuklukları başta olmak üzere diğer ruhsal bozuklukları da taramanın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Olgu ve kontrol grubu arasında bakım veren kişiler açısından istatiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gözlenmiştir. Olgu grubunda büyükanne, dede gibi ikinci derece akrabaların daha sık bakım veren rolünü üstlendiği gözlenmiştir. Literatürde yeme

bozukluklarının etyolojisinde; hayatın ilk yıllarındaki anne-çocuk bağlanmasının ve karşılıklı etkileşimlerinin anlamlı bir etkisi olduğu görüşü son senelerde önem kazanmıştır. Hilde Bruch yeme bozukluğunun, yaşamın erken yıllarında bakım verenin bebeğin gereksinimlerini yeterince karşılayamaması ile ilişkili olduğunu bildirmiştir [99]. Bu süreçte dış kaynaklar ile bebeğin gereksinimleri örtüşmediğinde, bebek, beslenme gibi fiziksel gereksinimlerinin ve diğer duygusal ihtiyaçlarının ayırdına varamamakta, böylece sonraki yıllarda beden algısı ve yeme davranışındaki sorunlar için ortam hazırlanmış olmaktadır [100,101]. Çalışmamızın sonucuna baktığımızda, büyükanne, dede gibi bakım verenlerin yaşlarının daha büyük olması sebebiyle bebeğin ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalabilecekleri, sağlıklı bağlanma açısından güçlükler oluşabileceği, bunun sonucunda da kişide yetersiz bir benlik algısı oluşabileceği düşünülmüştür. Ayrıca ebeveynlerin bakım vermede rol almamaları veya ikinci derece akrabaların bakıma katılmaları ve müdahaleleri sonucu kaotik bir aile ortamına sebep olabilir, duygusal ihtiyaçların karşılanmasını güçleştirebilir. Bu durum da ilerleyen yaşlarda yeme bozukluğuna yol açabilir. Araştırmalara göre aile işlevselliğinin, yeme bozukluğu olan bireylerde olmayanlara kıyasla daha sağlıksız olduğu bulunmuş, ayrıca bu ailelerde daha fazla kişiler arası probleme rastlanmıştır [20]. Büyükanne-dede tarafından büyütülmüş çocuklarda anne-baba ile sıcak bir ilişki gelişememiş, iletişim sorunları yaşanmış, bunun sonucunda da yeme bozukluğu gelişmesi açısından zemin oluşmuş olabilir.

Literatürde yeme bozuklukları ile ebeveyn eğitim düzeyleri arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda ebeveynin eğitim veya sosyoekonomik düzeyinin yüksek olmasının yeme bozukluğu gelişimi riskini yordadığı saptanmıştır [156,171]. Bazı çalışmalarda ise tam tersi sonuçlar bulunmuştur [172,173]. İsveç'te 250.000 katılımcıyla yapılan bir kohort çalışmasında, ebeveyn eğitim düzeyinin yüksek olmasının kadınlarda yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu ancak erkeklerde böyle bir ilişkinin olmadığı gözlenmiştir [174]. Sundquist ve arkadaşları tarafından (2016), İsveç'te yapılan başka bir ulusal kohort çalışmasında da, ebeveyn eğitim düzeyinin yüksek olmasının kadınlarda AN ve BN ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [175]. Çalışmamızda, yeme bozukluğu grubunda anne-baba eğitim düzeylerine baktığımızda; anne-baba eğitim düzeyinin sıklıkla lise ve üzeri olduğu ancak gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Literatürde yeme bozuklukları ile ebeveynlerin çalışma durumu arasındaki ilişki ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Ünsal ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, lise öğrencilerinde yeme bozukluğu ile ilişkili faktörler incelenmiş olup, anne veya babası çalışan ve çalışmayan öğrenciler arasında yeme bozukluğu sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır [176]. Wang ve arkadaşlarının 10-18 yaş arası çocuk ve ergenlerle yaptıkları çalışmada da anne-baba çalışma durumu açısından benzer bir sonuç rapor edilmiştir [177]. Maor ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise, annesi çalışan ve çalışmayan lise öğrencilerinin yeme davranışları arasında fark olmadığı, babası çalışmayan öğrencilerin sağlıksız yeme davranışlarının, babası çalışan öğrencilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır [178]. Çalışmamızda, yeme bozukluğu ve anne-babanın çalışma durumuna baktığımızda; her iki grupta da babanın çalışma oranı ve annenin çalışmama oranı daha yüksek saptanmış olup gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda, olgu grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsü kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatüre baktığımızda, Boumann ve Yates tarafından yapılan bir çalışmada, BN tanısı olan 25 kadın ile sağlıklı 25 kadından oluşan kontrol grubu karşılaştırılmıştır. BN tanısı olan kadınların ebeveynlerinde psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı seviyede daha yüksek saptanmıştır [164]. Lilenfeld ve arkadaşları tarafından ergenler ve genç erişkinlerle yapılan bir araştırmada anoreksik ve bulimik hastaların akrabalarında yeme bozukluğunun, majör depresif bozukluğun ve obsesif kompulsif bozukluğun eşik altı formlarının eşlik etme riskinin arttığı, anksiyete bozukluklarının görülme olasılığının da yüksek olduğu bulunmuştur. Bulimik hastaların akrabaları arasında madde bağımlılığı riski, anoreksik hastaların akrabalarında ise obsesif kompulsif kişilik bozukluğu riski daha yüksek saptanmıştır [179]. Schmidt ve arkadaşları tarafından ergenlerle yapılan bir çalışmada ailede depresyon öyküsü gibi genetik ve yetersiz ebeveyn kontrolü gibi çevresel risk faktörlerine maruz kalma, bulimia nervozanın başlangıç yaşının daha erken olması ile ilişkili bulunmuştur [180].

Literatürde babaların yeme davranışının, çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalara bakıldığında, Canals ve arkadaşları tarafından yapılan, ergenlerin ve ebeveynlerinin incelendiği bir çalışmada; babadaki zayıf olma isteği ve mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ile ergenin yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur [181]. Goldschmidt ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, ebeveyn ve akranların aşırı yeme davranışlarının ergenlerin aşırı yeme davranışı geliştirmesi üzerindeki etkisi

incelenmiştir. Kız ergenlerin aşırı yeme davranışı, erkek arkadaşlarının ve babalarının aşırı yeme davranışı ile ilişkili bulunmuştur [182]. Khandpur ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada, yaşları 2 ile 10 arasında değişen çocukların babalarının, dengeli beslenmeye yönelik teşvik edici davranışları incelenmiştir. Babaların %35'inden fazlasının, çocuklarını dengeli beslenmeye teşvik etmek için rol modellemeyi kullandığı ve bu yöntemin etkili olduğu görülmüştür [183]. Guerrero ve arkadaşları tarafından 2441 kişi ile yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, 2 yaş döneminde babalarıyla birlikte daha sık kahvaltı yapan çocukların, 4 yaş döneminde şekerle tatlandırılmış içecek tüketme olasılıklarının daha düşük olduğu bulunmuştur [184]. Lydecker ve arkadaşları tarafından yapılan, ebeveynler ve çocukları arasındaki tıkınırcasına yeme davranışı ilişkisinin incelendiği bir araştırmada, kız çocuklarının babalarının aşırı yeme davranışını örnek aldığı saptanmıştır [185]. Walsh ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmada, babaların, çocuklarına sağlıklı beslenerek rol model olduğu, beraber geçirdikleri yemek saatlerindeki davranışları ile örnek olduğu ve çocuklarının yeme tutumlarını etkilediği saptanmıştır [186]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde, olgu grubunda babanın yeme atakları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babanın aşırı yeme davranışı ergen tarafından örnek alınmış ve benzer bir yeme davranışı geliştirilmiş, bunun sonucunda da yeme bozukluğu gelişimi açısından zemin oluşmuş olabilir.

Canals ve arkadaşları tarafından yapılan, ergenlerin ve ebeveynlerinin incelendiği bir çalışmada; annedeki zayıf olma isteği ve bedenine duyduğu hoşnutsuzluk ile ergenin yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu durumun annenin, daha zayıf olmak isteyerek kısıtlı gıda alması ve çocuğa rol model olmasından veya genel ebeveynlik becerilerinin bozulmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir [181]. Ziobrowski ve arkadaşları tarafından, 2019 senesinde yapılan bir araştırmada; annelerinde yeme bozukluğu öyküsü olan kız çocukları, hem yeme bozukluğu belirtileri gösterme hem de yeme bozukluğu tanısı alma açısından daha riskli bulunmuştur [187]. Martini ve arkadaşları tarafından, 2020 senesinde yapılan bir çalışmada ise yeme bozukluğu olan annelerin çocuklarının yeme davranışı ve ruhsal durum gibi çeşitli alanlarda zorlanma riskinin arttığı gösterilmiştir. Yeme bozukluğu tanılı annelerin, evde beslenme rutinlerinin oluşturulması konusunda zorluk yaşadığı, sıklıkla olumsuz bir duygudurum yaşadığı, bunu çocuğa yansıttığı ve yeme ile ilgili müdahaleci veya kısıtlayıcı davranışlarının bulunduğu görülmüştür. Bunun sonucunda yeme bozukluğu tanılı annelerin çocuklarının sağlıksız

yeme davranışları ve psikopatoloji geliştirme, duygusal alanlarda zorlanma ve zor bir mizaca sahip olarak tanımlanma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde annedeki yeme bozukluğunun, çocuğu psikolojik ve bilişsel açılardan etkilediği ve çocukta yeme bozukluğunun ortaya çıkmasına sebep olabileceği saptanmıştır [188]. Çocukların ve annelerin mevcut durum veya geçmişteki yeme bozukluğu semptomları açısından taranması, yeme bozukluğu gelişiminin önlenmesi ve tanının erken dönemde saptanıp tedavi edilmesi açısından önemli bulunmuştur [187]. Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde olgu grubundaki annelerin kısıtlayıcı yeme davranışı, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu durumun, annenin kısıtlı gıda alarak çocuğa rol model olmasından, evdeki yeme düzenini kendi yeme davranışına uygun şekilde düzenlemesinden, çocuğa yeme ile ilgili kısıtlayıcı ya da müdahaleci yaklaşımda bulunmasından veya olumsuz duygular yaşaması sonucunda ebeveynlik becerilerinin etkilenmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda travmatik yaşam olayı öyküsüne bakıldığında, olgu grubunda kontrol grubuna göre travmatik olay, cinsel istismar ve duygusal ihmal öyküsü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatüre baktığımızda, Brustenghi ve arkadaşlarının, 2019 senesinde genç erişkinlerle yaptığı çalışmada; yeme bozukluğu olan kişilerde, travma öyküsünün ve duygu düzenleme sorunlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Duygusal ihmal, yeme bozuklukları ile en yakın korelasyonu gösterirken, bunu duygusal istismar, fiziksel ihmal, fiziksel istismar ve cinsel istismar izlemiştir [110]. Avustralya'da yapılan 11 yıllık boylamsal bir çalışmada; genç kadınların, çocukluk döneminde birden fazla cinsel istismar yaşantısından sonra ergenlik döneminde BN tanısı alma olasılığının 4,9 kat daha fazla olduğu ve bir cinsel istismar olayından sonra bu olasılığın 2,5 kat arttığı bulunmuştur [189]. Trottier ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada da; hem çocuklukta hem de yetişkinlikte travma sonrası stres bozukluğu oluşturabilecek bir travmaya maruz kalmanın ve ihmal veya istismar yaşantısının yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu saptanmıştır [190]. Bir başka çalışmada, cinsel istismar yaşantısı bildiren gençlerin, fiziksel istismar öyküsü ile sosyodemografik, ailesel ve psikososyal risk faktörleri ortadan kaldırıldığında dahi yeme bozukluğu açısından yüksek risk düzeyinde oldukları görülmüştür [191]. Güncel literatüre göre cinsel istismar ile yeme bozuklukları arasında iki ana etiyolojik yol olduğu görülmektedir. İlk etiyolojik yol, mağdurun vücuduna ilişkin memnuniyetsizliği, utancı ve gelecekteki cinsel travma yaşama

korkusunu da içeren olumsuz algısından oluşmaktadır [192]. İtalya'da yapılan bir araştırmada; çocuklukta cinsel travma öyküsü olan bireylerin, cinsel travma yaşamayanlara ve ergenlikten sonra cinsel travma yaşayanlara göre, beden hoşnutsuzluğunun ve yeme bozukluğu belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu verilerin daha ileri değerlendirilmesinde; beden hoşnutsuzluğunun, çocukluk çağı cinsel istismarı ile yeme bozukluğu arasında aracı rolünün olduğu saptanmıştır [193]. Başka bir araştırmada, yeme bozukluğu hastalarının utanç duygularının, anksiyete ve depresyon yaşayan kişilere göre daha şiddetli olduğu gösterilmiştir [194]. Ayrıca kendi cinsel travmalarından utanç duyan kadınların, bir tür ceza olarak yemek yemeyi kısıtlayabildiği ve bu utancın kişinin kendi bedenine karşı nefret duygularına dönüşebilmesinin mümkün olduğu gözlenmiştir [195]. Bu sonuçlara bakıldığında yeme bozukluğu ve cinsel travmalardan kaynaklanan utanç duygusunun birbirini olumsuz yönde etkileyen bir döngü oluşturduğu düşünülebilir. Aynı zamanda kişinin; 'yaşamayı hak etmiyorum' veya 'cinsel istismar benim hatamdı ve cezalandırılmalıyım' gibi çarpık bilişler geliştirmesi de yemeği kısıtlama isteğiyle sonuçlanabilmekte ve bu olumsuz düşünce kalıpları tedavi edilmezse yeme bozukluğuna yol açabilmektedir [195,196]. Berge ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; cinsel istismar mağdurlarının, gelecekte yaşayabilecekleri travmaları en aza indirmek için, karşı cinsin gözünde 'çekici olmama' isteklerinin bulunduğu ve bunun yeme bozukluklarındaki aşırı yeme motivasyonuyla benzer olduğu belirtilmiştir. Bunun yanı sıra; cinsel istismar mağduru kadınlar için bir başka savunma stratejisi olarak kişinin kendisini gelecekteki travmalardan korumak için 'bedenen daha büyük olmak' amacıyla kilo almasını içeren aşırı yeme döngüsüne neden olan davranışlar tanımlanmıştır [197]. İkinci etiyolojik yol ise cinsel travmadan kurtulan kişinin çevreye olan güveninin sarsılması, çevreyi kontrol etme ihtiyacı ve duyguların düzenlenmesi dahil olmak üzere zorluklarla baş etme ihtiyacından kaynaklanmaktadır [192]. Benzer şekilde yeme bozukluğu da, kişinin vücudunu kontrol etme arzusuyla bağlantılı bulunmuştur [198]. Dolayısıyla kişinin kendi bedenini kontrol etme arzusu, kişinin çevresini kontrol etme arzusunun bir sonucu olabilmektedir [196]. Hund ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada da, çocukluktaki cinsel travma ile yetişkinlikteki yeme bozukluğu arasındaki ilişkiye ruhsal bozukluk olmasının ve aleksitiminin aracılık ettiği gösterilmiştir [192].

Çalışmamızda olgu grubunda ilk 3 yaşta yaşanan zorlayıcı yaşam olayı öyküsü, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Literatüre baktığımızda Larsen ve

arkadaşları tarafından Danimarka'da ergenler ve genç erişkinlerle yapılan bir çalışmada yaşamın ilk 6 yılı boyunca meydana gelen; ailenin parçalanması, taşınma, ebeveyn kaybı gibi olumsuz yaşam olaylarının BN ve TDYB riskinin artmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, olumsuz yaşantıların sayısı ile BN riski arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir [199]. Fairburn ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada; aile bütünlüğünün bozulmasının ve taşınmanın AN riskini artırdığını bulmuşlardır [200]. Webster ve Palmer tarafından yapılan bir araştırmada da; bulimia nervoza tanısı olan kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre çocukluk döneminde daha fazla olumsuz yaşam olayı bildirme eğiliminde oldukları saptanmıştır [201]. Wiss ve Brewerton tarafından, 2020 senesinde yapılan bir çalışmada; kişide olumsuz çocukluk yaşantılarının varlığının, yetişkinlikte obeziteyi öngördüğü gösterilmiştir. Olumsuz yaşam olayı öyküsünü obeziteye bağlayan en yaygın mekanizmalar da; sosyalleşmede bozulma ve kronik strese maruziyet olarak bulunmuştur [202].

Çalışmamızda, yeme bozukluğu olan olgularda 'kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler, kilo ile ilgili endişeler' alt ölçek ve toplam puanları olgu grubunda daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuçların mevcut literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir. Yeme bozukluklarında gıda alımının azaltılması, kilo kaybetmek ve genellikle tehlikeli derecede düşük kiloyu korumak için kullanılan sağlıksız bir yöntemdir [203]. Kronik kısıtlama farklı yeme bozukluklarında da yaygındır ancak genellikle en çok anoreksiya nervozada görülmektedir [203]. Stein ve arkadaşları tarafından, BN tanılı bireylerde diyet gibi kısıtlayıcı davranışların tıkınırcasına yeme davranışını da arttırabileceği gösterilmiştir [204]. Goldschmidt ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; ergenler ve genç erişkinlerden oluşan bir toplulukta, riskli diyet davranışlarının 5 yıllık süreçte tıkınırcasına yeme davranışını önemli ölçüde yordadığı saptanmıştır. Bu durumun diyet yapmanın uzun vadeli kilo yönetimi için etkisiz olup, kişide depresif duygudurum ve düşük benlik saygısı gelişimine katkı sağlayıp, bunun sonucunda da kişinin rahatlamak için sağlıksız atıştırmalıkları ve tıkınırcasına yeme davranışını kullanmasına neden olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Depresif belirtileri, düşük özsaygısı ve riskli diyet davranışları olan, yeme bozukluğu gelişimi için yüksek riskli bireylerin erken tanınması ve tedavisi önemli görülmüştür [205]. Manasse ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, BN'li bireylerin kilo alma korkularının artmasını takiben yemeklerini daha fazla kısıtladıkları ortaya konmuştur [206]. Lampe ve arkadaşları tarafından yapılan bir

çalışmada da, kilo almaktan duyulan korkunun derecesinin egzersiz yapma düzeyiyle, daha fazla patolojik egzersiz davranışlarının ise daha fazla kilo alma korkusuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir [207]. Killen ve arkadaşları boylamsal bir çalışmada kilo alma kaygısı ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Ergen kızlardan oluşan topluluk örneklemi 3 yıllık bir süre boyunca takip edilmiş, grubun %3,6'sında yeme bozukluğu semptomlarının bu süre içinde başladığı görülmüş ve bu durumun daha önceki kilo alma endişesiyle anlamlı bir ilişki gösterdiği saptanmıştır [208].

Hilbert ve Tuschen tarafından genç erişkin kadınlarla yapılan bir çalışmada; BN tanılı hastalarda, aynada vücut kısımlarına dikkatlice bakarak fiziksel görünümlerine maruz bırakılmaları sonrasında kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, bedenleriyle ilgili olumsuz bilişlerin daha fazla ortaya çıktığı saptanmıştır [209]. Gowers ve Shore tarafından yapılan bir çalışmada ise dürtüsellik, kontrolü kaybetme korkusu, kilo alma endişesi ve beden şekil endişesinin yeme bozukluklarının gelişmesinde etkili olduğu belirtilmiştir [210].

Çalışmamızın temel amaçlarından biri olan ergenlerde ayrılma-bireyleşme sürecinde yaşanan zorluklar ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde yeme bozukluğu tanısı alan ergenlerde ayrılma-bireyleşme sürecinde 'ihtiyacı inkar etme, ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi ve reddedilme beklentisi' alanlarında alınan puanların daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Daha önce ergenler ve genç yetişkinlerle yapılan çalışmalarda da ayrılma-bireyleşme sürecine ilişkin yüksek düzeyde sorun olması sağlıksız yeme davranışıyla ilişkilendirilmiştir [128,211,212]. Ayrıca Friedlander ve Siegal sağlıksız atlatılan ayrılma-bireyleşme sürecinin; düşük benlik saygısı, duyguların tanımlanmasında zorlanma, mükemmeliyetçilik gibi ego işlev bozukluğu özellikleri ve yeme bozuklukları ile ilişkili olduğunu belirtmiştir [212]. 'Ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, ihtiyacı inkar etme ve reddedilme beklentisi' alt ölçekleri ayrılma-bireyleşme süreci açısından olumsuzluk ya da zorlukları göstermektedir [147,213]. Literatürde 'ihtiyacı inkar etme' ve 'reddedilme beklentisi' başlıkları ile ilişkili olan özerklik ve ebeveynlerden ayrılma ile ilgili sorunların, yeme bozukluklarının gelişmesinde ve sürdürülmesinde rol oynadığı düşünülmüştür [214]. Laliberte, Boland ve Leichner'in araştırmalarında; bulimik semptomları olan hastaların ailelerini daha uyumsuz, anlayışsız, iletişimde zorlandıkları ve daha fazla çatışma yaşadıkları kişiler olarak tanımladıkları gözlenmiştir [215]. Tasca ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada; 'bağlanmadan kaçınma'nın yeme bozukluğu belirtileriyle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir [216]. Kaçıngan bağlanan

bireyler tarafından kullanılan inkar ve bastırma gibi baş etme mekanizmalarının hem bağlanmadan kaçınma hem de AN ile ilişkili olduğu bilinmektedir [217]. Ayrıca, 'bağlanmadan kaçınma'nın kişilerarası boyutu, yani ilişkilerin değersizleştirilmesi inkar etme veya bastırma eğilimi ile birleştiğinde, kaçınan bireylerde yeme bozukluğu semptomları şiddetlenebilmektedir [216]. Ek olarak 'bağlanmadan kaçınma', tedaviyi bırakma ve terapötik ilişkinin azalmasıyla da ilişkilendirilmiştir [218]. 'Reddedilme beklentisi', yeme bozukluklarının alt grupları arasında incelenmiş, tüm yeme bozukluğu alt gruplarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Reddedilme beklentisi olan kişilerin ebeveynini katı, hostil ve kayıtsız algılaması ayrıca bu beklentinin kaçıngan bağlanma özellikleri ile ilişkili olması kişinin, inkar ve bastırma mekanizmalarını sıkça kullanmasına, ilişkilerinde iletişim güçlükleri ve çatışma yaşamasına, başkalarına güvenme ve yakın ilişkiler kurmasında zorluklara yol açarak olumsuz duygudurum ve yeme bozukluğu geliştirmelerine neden olabilmektedir [219,220].

'İhtiyacı inkar etme' ile yeme bozuklukları alt gruplarının ilişkisine bakıldığında; AN ve TDYB gruplarında kontrol grubuna göre puanlar anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır, BN grubunda ise 'ihtiyacı inkar etme', kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde bulunmuş fakat istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. 'İhtiyacı inkar etme' durumunun daha çok simbiyotik evrede yaşanan parazitik yapışık ilişkiden kaynaklandığı düşünülmektedir. İhtiyaçlarını inkar eden kişilerin anneleri ile yapışık ilişkilerini sonlandırmak ve annelerinden ayrışmak için sembolik olarak gıdaları kullandıkları ve kusma davranışı ile 'anneyi' uzaklaştırmaları sonucu AN gelişimine neden olabilecekleri düşünülmektedir [219].

Literatüre 'yutulma anksiyetesi' açısından baktığımızda; Doba ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, yetersiz bireyleşme ile yeme bozukluğu semptomları ve yeme tutumlarıyla ilgili problemler arasındaki ilişkinin, daha çok erken/orta ergenlik döneminde saptandığı gözlenmektedir [221]. AN ile ilgili kuramlar; AN'li kişilerin annelerinin, bebek aç olduğuna dair sinyaller verdiğinde değil, annenin gerekli olduğunu düşündüğü durumlarda bebeği beslediğini vurgulamaktadır [222]. Hilde Bruch, annenin bebeğin her türlü endişesini onu besleyerek yanıtladığını bu nedenle yeme sürecinde hazzın yaşanmadığı ve beslenmenin mekanik bir davranışa dönüştüğünü belirtmiştir. Bruch'a göre bebeğin beslenme gereksinimine annenin duyarsız olması sebebiyle, ayrılma-bireyleşme sürecinde de engellenme meydana gelmekte ve bebek kendini annesinden ayrı

bir kişi olarak algılamakta zorluk yaşamaktadır [223]. Bruch'a göre AN'de, annenin kendi ihtiyaçları çocuğunkilere göre daha ön plandadır, çocuk, değerli olduğunu hissedemez ve sağlıklı bir benlik duygusu geliştiremez, kendisini annesinin uzantısı olarak algılar [222]. Beden algısı zayıflamış kişi, ergenlik dönemine geldiğinde beden imgesine dair problemler yaşamakta ve bedeninden gelen arzuları doyuramaması sebebiyle bunları oral dürtüleri ile bastırmaya ve kontrol etmeye çalışmaktadır [223]. Beden, ebeveynin bir uzantısı gibi algılanmakta ve özerklik hissi oluşmamaktadır. AN belirtileri, bedenin denetimini sağlamaya dair bir uğraşı haline gelmektedir. Kişi endişesini, kilosuna ve aldığı besinlerin kontrolüne yönlendirmektedir [222]. Ayrılma-bireyleşme sürecindeki güçlükler, kendisini besin alımını kısıtlama şeklinde gösterebilmektedir. Gıda alımının aşırı kontrolü, ergenin psikoseksüel açıdan erişkin bir bireye dönüşmesine engel olmakta ve ebeveynlerinden ayrılmasını zorlaştırmakta, sonuç olarak da özerk benliğin gelişmesi engellenmektedir [214]. Gıda alımını sınırlayıcı AN belirtilerinin, bu kişilerin daha immatür ve aile sistemine yapışık bireyler olarak kalmalarına sebep olduğu iddia edilmektedir [24].

'Yutulma anksiyetesi' ile yeme bozuklukları alt grubu arasındaki ilişkiye bakıldığında, AN ve BN gruplarında anksiyete düzeyi kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. TDYB grubunda 'yutulma anksiyetesi', kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde bulunmuş fakat fark istatiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

'Ayrılma anksiyetesi', yeme bozuklukları alt grupları arasında incelenmiş ve tüm yeme bozukluğu alt gruplarında kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. 'Ayrılma anksiyetesi' alt başlığı incelendiğinde, Rodos ve Kroger'in yaptığı bir çalışmada; geç ergenlik döneminde yeme bozukluğu olan kadınların annelerinin çocukluk döneminde aşırı koruyucu olduğu ve yeme bozukluğu olmayanlara göre önemli ölçüde daha yüksek ayrılma kaygısı ve daha düşük sağlıklı ayrılma puanlarına sahip oldukları görülmüştür [128]. Tasca ve arkadaşlarının yeme bozukluğu olan kadınlarla yaptığı bir çalışmada yeme bozukluğu ile güvensiz bağlanma, vücut hoşnutsuzluğu ve olumsuz duygulanım arasında doğrudan ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada; bağlanma anksiyetesinin, duygusal tepkisellik yoluyla hem depresif belirtilere hem de yeme bozukluğu belirtilerine katkıda bulunduğu gösterilmiştir [216]. Ayrıca Tasca tarafından yetersiz ebeveyn bakımı ve erken dönem travmatik yaşantının güvensiz bağlanmaya yol açabildiği ve bunun da daha şiddetli yeme bozukluğu semptomlarına sebep olabildiği vurgulanmıştır. Güvensiz bağlanma ile yeme bozukluğu şiddeti arasındaki ilişkiye duygu düzenleme güçlüğü ve

mükemmeliyetçiliğin aracılık etmekte olduğu gösterilmiştir [218]. BN tanılı kişilerin annelerinin çocukluk döneminde besleme konusunda tutarsız ve güvenilmez olduğu öne sürülmektedir. Annelerin, çocuklarının açlıkla ilgili sinyallerine tepkisiz olduğu ve bebeği açlık durumuna göre değil de tutarsız ve tahmin edilemez bir düzende besledikleri, bu ebeveynlik tutumunun da sonraki yıllarda kişinin, başka insanlara güvenmekte sorun yaşamasına, erken özerklik kazanmasına ve aşırı ayrılma eğiliminde olmasına yol açabildiği öne sürülmektedir. Ergenlikte, ayrılma-bireyleşme ile ilgili sürecin alevlenmesinin ve ebeveynin uzak ve duyarsız davranışlarının süregelmesinin de bireylerin ebeveynlerinden aşırı ayrılma eğilimlerini arttırdığı ifade edilmiştir [122]. Bu durum kişide, AN'den farklı olarak beslenmeyi kısıtlama yerine, tıkınma ve çıkarma atakları görülmesine sebep olabilmektedir. BN tanılı kişinin besini ağız yoluyla içine alması ve sonrasında çıkarması, kontrol hissini sembolize edebilmektedir [123]. Besinleri içe alma ve çıkarma, kötü nesne imgesinin önce içselleştirilmesi, daha sonrasında dışarıya atılarak yansıtılmasını simgeleyebilmektedir [222]. Kişi bu yolla sadece kendisine güvenmekte, yiyeceklerini kontrol etmekte ve bebeklik döneminde ihtiyaç duyduğu ve kontrol edemediği annesini denetim altına alarak güven duygusuna ulaşmaya çalışmaktadır [211].

Yeme bozukluğu tanısı alan ergenlerde 'öğretmene yapışma' puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. 'Öğretmene yapışma' yeme bozuklukları alt grupları arasında incelendiğinde ise, BN grubunda, kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu durum; yeme bozukluğu tanılı kişilerin ilişkilerinde yeterli yakınlığı sağlayamamaları, etraflarında özdeşim yapabilecekleri ve rol model alabilecekleri kişileri bulamamaları, takdir edilme, onaylanma ihtiyaçları sebebiyle günün büyük kısmında vakit geçirdikleri ve otorite figürü olarak gördükleri öğretmenleri ile yakın ilişki kurma ihtiyaçlarından kaynaklanmış olabilir. Literatüre baktığımızda Crum ve arkadaşları öğretmenleri, öğrenciler için önemli bağlanma figürü olarak tanımlamıştır [224]. Pianta ve arkadaşları öğretmenleri, ilgili ve duyarlı davranarak öğrencilerde güvenlik duygusu oluşturan ve öğrencilerin okula uyum sağlamasını kolaylaştıran rol modeller olarak tanımlamışlardır [225]. Resnick ve arkadaşları ergenlik dönemindeki öğrencilerle yaptıkları çalışmada, öğretmenlerle kurulan yakın ilişkinin, duygusal iyilik haliyle pozitif yönde, şiddet davranışı ve madde bağımlılığıyla ise negatif yönde ilişkili olduğunu göstermişlerdir [226]. Bu nedenle yeme bozukluğunun tedavi sürecinde öğretmenler ile iletişim içinde olmanın, aile, akran ilişkilerinin ve rol model alabilecekleri kişileri keşfetmelerinin

desteklenmesinin ve tedaviden sonraki dönemler için okulu da kapsayan hedefler oluşturmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Literatürde 'öğretmene yapışma' ve yeme bozuklukları ilişkisi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamış ve çalışma sonuçlarımızın yazına katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

AABT alt ölçeklerinden 'arkadaşa yapışma', 'pratik yapma-aynalama' ve 'bakım arama' puanları karşılaştırıldığında olgu ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. 'Pratik yapma-aynalama', 'bakım arama' ve 'arkadaşa yapışma' alt ölçekleri, sağlıklı atlatılan bir ayrılma bireyleşme sürecini ya da bu dönemin sağlıklı taraflarını öne çıkarmaktadır [147,213]. Blos, ergenlik döneminde kişilerin, ebeveynleriyle temaslarının azaldığını ve bağımsız hissedebilmek için arkadaş ilişkilerine yöneldiklerini ifade etmektedir [116,119]. İki grup arasında anlamlı bir fark olmamasının her iki grubun da ergenlik dönemindeki katılımcılardan oluşmasından, bağ kurmaya, başkaları tarafından onaylanmaya ve akran ilişkisine yönelik ihtiyaçlarının benzer olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

İkinci ayrılma bireyleşme sürecinin yaşandığı ergenlik dönemi, yeme bozuklukları tanısının konması açısından riskli bir dönemdir [67]. Sonuç olarak, hem yeme bozukluklarında ayrılma bireyleşme açısından olumsuz özelliklerin daha fazla olduğu, hem de sağlıksız atlatılan ayrılma bireyleşme süreci ile yeme bozukluğu belirtilerinin pozitif bir ilişki içinde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda ÇGPSÖ-12 puanları kontrol grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek olarak saptanmıştır. Psikolojik dayanıklılık tüm yeme bozukluğu alt gruplarında da kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Yeme bozukluğu alt grupları arasında ise anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçların mevcut literatürde ergenler ve erişkinlerle yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Literatüre baktığımızda Gustafsson ve arkadaşları tarafından İsveçli ergenlerle yapılan bir çalışmada yüksek özsaygı, bedeni kabul edici tutum ve özellikle fiziksel ve psikolojik özelliklerle ilgili olumlu öz-değerlendirmenin, yeme bozuklukları riskini önemli ölçüde azalttığı gözlenmiştir [227]. Erişkinlerde yapılan çalışmalara bakıldığında; Masuda ve arkadaşları tarafından yaşları 18-22 arasında değişen 209 erkek ve kadın katılımcı ile yapılan bir çalışmada, psikolojik esneklik ile yeme bozukluğu belirtileri arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur [228]. Calvete ve arkadaşları, yeme bozukluğu tanılı 184 genç erişkin hastayı altı ay arayla, dayanıklılık, yaşam kalitesi ve yeme bozukluğu semptomları

açısından değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada; 'kendini ve yaşamı kabul etme' ve 'kişisel yeterlilik' gibi dayanıklılıkla ilişkili faktörlerin, yaşam kalitesinin psikolojik sağlık ve sosyal ilişki alanlarındaki iyileşmeleri ve zamanla yeme bozukluğu semptomlarındaki azalmayı öngördüğü gözlenmiştir [16]. Lie ve arkadaşları tarafından, 2023 senesinde yapılan bir çalışmada; yeme bozukluğu olan ve olmayan bireylerde stresli yaşam olaylarına maruz kalma ve koruyucu kaynakların mevcudiyeti incelenmiştir. Koruyucu faktörlerin daha düşük bulunduğu bireyler, yaşam boyu yeme bozukluğu geliştirme açısından daha riskli bulunmuş ve belirti düzeyi ölçümlerinde daha yüksek puanlarla ilişkilendirilmişlerdir. Yüksek dayanıklılık düzeyi ve duygu düzenleme becerisi gibi koruyucu unsurların, yaşam boyu yeme bozukluğuna yakalanma ve belirti şiddeti ile ters yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir [229]. Grogan ve arkadaşları yeme bozukluğu tanılı yetişkinlerde, tedavi sürecini desteklemek amacıyla, dayanıklılığı arttırıcı unsurları araştırmışlardır. 15 hasta ve onları takip eden 15 klinisyen ile yapılan görüşmelerde dayanıklılıkla ilgili sorulara yanıt aramışlardır. Yeme bozukluğu tanılı hastaları takip eden klinisyenler, iyileşme sırasında sadece yeme bozukluğunu sürdüren kilo göstergeleri ve yeme davranışlarına değil, aynı zamanda iyileşen kişinin psikolojik dayanıklılığına da odaklanılması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu çalışma, dayanıklılığı yalnızca kişisel düzeyde değil, aynı zamanda kişinin yaşadığı çevreden de etkilenen dinamik bir süreç olarak kavramsallaştırmıştır [230]. Robert ve arkadaşlarının kohort çalışmasında; Fransız erişkinlerden oluşan geniş bir örneklemde, dayanıklılık ve yeme bozuklukları arasındaki kesitsel ve boylamsal ilişkiler değerlendirilmiştir. Kesitsel analizlerde, dayanıklı bireylerin, daha az dayanıklı katılımcılara göre daha az yeme bozukluğu tanısı aldığı gösterilmiştir. Boylamsal analizlerde, üç yıllık takip sırasında daha yüksek bilişsel esnekliğin, yeme bozukluğu gelişimi ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Dayanıklılığın daha az yeme bozukluğu semptomu ve daha yüksek iyileşme oranları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir [231]. Literatürdeki sonuçlar klinikte yeme bozukluğu-dayanıklılık ilişkisinin çalışılmasının önemini göstermektedir. Ancak çalışmaların çoğunun erişkin yaş grubuyla yapılmış olması nedeniyle ergenlerle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Hipotezimizden yola çıkarak ayrılma-bireyleşme özelliklerinin ve dayanıklılığın yeme bozuklukları ile ilişkili olabileceği düşünülerek, AABT'nin alt ölçekleri ve dayanıklılık ölçeği lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde, 'reddedilme beklentisi' alt ölçeği

ve dayanıklılığın anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, AABT'nin diğer alt ölçeklerinin ise etkisinin olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda iki grup arasındaki karşılaştırmada 'reddedilme beklentisi' yeme bozukluğu hastalarında anlamlı düzeyde yüksek saptanmış olup lojistik regresyon analizi sonucunda 'reddedilme beklentisi'nin 1,09 kat (OR=1,088) yüksek olmasının yeme bozuklukları oluşumu için risk oluşturduğu görülmüştür. İki grup dayanıklılık düzeyi açısından karşılaştırıldığında; dayanıklılık yeme bozukluğu hastalarında anlamlı düzeyde düşük saptanmış olup lojistik regresyon analizi sonucunda da dayanıklılığın 1,17 kat (OR=0,855) düşük olmasının yeme bozukluklarının oluşumu için risk oluşturduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar yeme bozukluğu hastalarında reddedilme beklentisinin ve dayanıklılığın semptomatoloji açısından anlamlı etkisinin olabileceğini düşündürmektedir. Bu alanda yapılmış az sayıda çalışma olup ilişkinin aydınlatılabilmesi için daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olup tedavi sürecinde bu konuların üzerinde durulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Ayrılma-bireyleşme özelliklerinin dayanıklılık üzerine etkisini incelemek amacıyla hasta grubunda AABT alt ölçekleri ve dayanıklılık puanlarının ilişkisi korelasyon analizi yöntemiyle incelenmiştir. 'Bakım arama' alt ölçeği ile dayanıklılık puanı arasında pozitif yönde; 'reddedilme beklentisi' ve 'yutulma anksiyetesi' ile dayanıklılık arasında negatif yönde bir ilişki elde edilmiştir.

Levine ve arkadaşları tarafından yapılan AABT geçerlik çalışmasında, 'Millon Ergen Kişilik Envanteri' kullanılarak alt mizaç grupları oluşturulmuştur. 'Bakım arama' alt ölçeği puanlarının 'sağlıklı ayrılma' alt ölçek puanlarına benzer şekilde, 'dostça-uyumlu' mizaç grubunda en yüksek seviyede olup 'kızgın-huysuz', 'endişeli' gibi olumsuz mizaç gruplarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir [146]. 'Bakım arama' alt ölçeği ayrılma-bireyleşme döneminin sağlıklı atlatılmasıyla ilişkili olup kişinin etrafındaki diğer kişilerle bağ kurma ihtiyacını, bu ihtiyacın doyumuyla olumlu duygular hissetmeyi tanımlaması sebebiyle bu alt ölçeğin psikolojik dayanıklılığın artmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür [213].

Thompson ve Patterson, 'yutulma anksiyetesi' hisseden ergenlerin, hayal kırıklığına toleranslarının düşük olduğunu ve yetişkinlerin beklentilerini karşılamakta zorladıklarını gözlemlemişlerdir [232]. Levine ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 'yutulma anksiyetesi' tutarsız ve çatışmalı ilişkilere sahip kişilerde, 'reddedilme beklentisi' ise

bağlanmaktan kaçınan veya ilişkilerde saldırgan davranışlar sergileyen kişilerde gözlenmiştir [146,220]. 'Yutulma anksiyetesi', diğer kişilerle yakın ilişki kurmaya dair korkulara neden olarak, 'reddedilme beklentisi' ise kişilerarası ilişkilerin bozulmasına neden olarak psikolojik dayanıklılığın azalmasıyla ilişkili bulunmuş olabilir.

Literatürde ayrılma-bireyleşme sürecinin dayanıklılık üzerine etkisiyle ilgili daha önce yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın erken yaşlardan itibaren dayanıklılığı etkileyen faktörleri anlamamıza yardımcı olup sağlıklı ebeveyn çocuk ayrılmasının çalışılmasına, dayanıklılığın arttırılarak yeme bozukluğu gibi psikopatolojilerin önüne geçilmesine ve koruyucu ruh sağlığı uygulamalarını geliştirmeye katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yeme bozukluğu bulunan ergenler ile nörogelişimsel bozukluk tanısı bulunan veya herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunmayan sağlıklı ergenler bazı temel sosyodemografik özellikler, olumsuz yaşam olayları, ayrılma-bireyleşme özellikleri ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda elde edilen veriler özet olarak şu sonuçları göstermiştir:

Yeme bozukluğu tanılı ergenler kontrol grubu ile karşılaştırıldığında olgu grubunda kız cinsiyette olma, parçalanmış aileye sahip olma, anksiyete ve duygudurum bozuklukları eş tanısının olma olasılığı daha yüksek; okul başarı düzeyi ise daha düşük bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerde ikinci derece akrabanın bakım vermesi, annelerinde ve babalarında yeme tutum sorunları olması, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Bu değişkenlerin yeme bozukluğu için risk faktörü olabileceği düşünülmüştür.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerde; travmatik yaşantı, cinsel istismar, duygusal ihmal ve ilk 3 yaştaki olumsuz yaşam olayı öyküsü kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Bu durum olumsuz yaşam olaylarının ergenlerde yeme bozukluğu tanısı alma riskini arttırdığını destekler niteliktedir.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinin toplam puan ortalaması ile kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili

endişeler, kilo ile ilgili endişeleri değerlendiren alt ölçeklerin puan ortalaması kontrol grubundaki ergenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerin ayrılma-bireyleşme alt ölçeklerinden; 'ihtiyacı inkar etme', 'ayrılma anksiyetesi', 'yutulma anksiyetesi', 'öğretmene yapışma' ve 'reddedilme beklentisi' puanları kontrol grubundaki ergenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Literatürde ergenlerde ayrılma-bireyleşme özelliklerinin yeme bozuklukları ile ilişkisini araştıran çalışmalarda, ayrılma-bireyleşme sürecine ilişkin yüksek düzeyde sorun olması, sağlıksız yeme davranışıyla ilişkilendirilmiştir. Bu bulgu sağlıksız atlatılan ayrılma-bireyleşme süreci ile yeme bozuklukları arasında pozitif ilişki olduğunu desteklemektedir.

Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerin psikolojik dayanıklılık puanları kontrol grubundaki ergenlere göre daha düşük saptanmıştır. Literatürde erişkinlerde yüksek dayanıklılık düzeyi ve duygu düzenleme becerisi gibi koruyucu unsurların yeme bozukluğu ile ters yönde ilişkili oldukları gösterilmiştir. Dayanıklılığın yeme bozukluğu üzerindeki önemi çalışmamızda doğrulanmıştır. Çalışmamız ergenlerde yeme bozukluğu ve dayanıklılığın ters ilişkili olduğunu ortaya koyarak literatür bilgisini desteklemektedir.

Ayrılma-bireyleşme alt ölçeklerinden 'reddedilme beklentisi' puanı ve yeme bozukluğu arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ergenlerin 'reddedilme beklentisi'nin 1,09 kat yüksek olmasının yeme bozuklukları oluşumu için risk oluşturduğu görülmüştür. Dayanıklılık puanı ve yeme bozukluğu arasında istatistiksel açıdan negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ergenlerde dayanıklılığın 1,17 kat düşük olmasının yeme bozuklukları için risk oluşturduğu görülmüştür. Literatürde bu konuda kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ergenlerde yeme bozukluğu ve dayanıklılık ilişkisine yönelik daha fazla çalışma yapılması ve dayanıklılığa yönelik çalışmaların yeme bozukluğu tedavi sürecine katılması yararlı olacaktır.

Ayrılma-bireyleşme alt ölçekleri ve dayanıklılık arasındaki ilişki incelendiğinde 'bakım arama' alt ölçeği ile dayanıklılık arasında pozitif yönde; 'reddedilme beklentisi' ve 'yutulma anksiyetesi' ile dayanıklılık arasında negatif yönde ilişki elde edilmiştir. 'Bakım arama' alt ölçeği ayrılma-bireyleşme döneminin sağlıklı atlatılmasıyla ilişkili olup, bu ilişki üzerinden psikolojik dayanıklılığın artmasıyla da ilişkili olabileceği düşünülmüştür. 'Yutulma anksiyetesi'nin yakın ilişki kurmaya dair korkulara neden olarak, 'reddedilme

beklentisi'nin ise kişilerarası ilişkilerin bozulmasına neden olarak psikolojik dayanıklılığın azalmasına yol açabileceği düşünülmüştür. Çalışmamız ergenlerde ayrılma-bireyleşme süreci ve dayanıklılığın ilişkili olduğunu ortaya koyarak literatüre katkı sağlamıştır.

6.2. Öneriler

Ülkemizde çocuk ve ergenlerde sık görülen yeme bozukluklarının risk etkenlerini anlamaya yönelik toplum tabanlı geniş örneklemli çalışmaların yapılması toplum ruh sağlığı ve koruyucu ruh sağılığı açısından oldukça önemlidir. Özellikle bu konuda yapılacak izlem çalışmalarının ergenlerin yeme bozukluğu geliştirmesini yordayan faktörleri daha net ortaya koyacağı düşünülmektedir.

Çocuk ve ergen ruh sağlığı uzmanlarının psikolojik belirtileri ele alırken ergenlerin ruhsal dayanıklılığını da değerlendirmeleri önemlidir. Dayanıklılığı arttırmaya yönelik yaklaşımlar psikopatoloji oluşum riskini azaltabilmektedir. Ayrıca ebeveyn-çocuk ilişkisinin geliştirilmesine yönelik olarak çocuğun doğumundan itibaren ailelere yönelik bilgilendirici psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ve sosyal hizmet kurumları aracılığı ile ebeveynlere sağlıklı ayrılma-bireyleşme konusunda verilecek seminerlerin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bakım veren desteği ve psikososyal desteğin erken dönemde sağlanması gelecekte yeme bozukluğu gelişimini engellemeye yardımcı olacaktır.

Herhangi bir ruhsal şikayetle çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniklerine başvuran ergenlerin izleminde psikopatoloji açısından önemli bir risk faktörü olduğu görünen olumsuz yaşam olaylarının atlanmaması ve değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Çocukluk döneminde meydana gelen olumsuz yaşam olaylarının tartışılan bağlamlarda tedavi edilmesi ve risk altındaki ergenlere yönelik önleyici ve acil müdahalelerin hedeflenmesi gerekmektedir. Buna göre dayanıklılıklarını geliştirmeye yönelik müdahalelerin çocukluk çağı olumsuz yaşam olayları ile ilişkili klinik belirtilerin azaltılması ve iyileştirilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

6.3. Kısıtlılıklar

Çalışmamızın kesitsel bir çalışma olması bulgularımız arasında neden-sonuç ilişkisi kurmayı güçleştirmektedir. Gelecekteki araştırmalarda boylamsal çalışmaların yapılması neden-sonuç ilişkisi kurabilmek için faydalı olacaktır.

Çalışmamızın örneklemi kliniğe başvuran ergenlerden oluşmuştur. Bu nedenle kliniğe başvurmamış ergenler örneklemde temsil edilmemiştir.

Çalışmamızda örneklem sayısı görece azdır. Bu durum bazı verilerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmış olabilir. Daha büyük örneklem sayısı ile yapılacak toplum temelli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca çalışmamızda yeme bozukluğu bulunan grubun çoğunluğunu kızlar oluşturmuştur. Bu nedenle bulgularımızı her iki cinsiyete genellemek zordur.

Çalışmamızda ergenlere uygulanan ölçekler öz bildirim şeklindedir; bu nedenle daha az veya daha çok sorun belirtilmiş olup değerlendirmeyi etkilemiş olabilir. Özellikle, ayrılma-bireyleşme ölçeği puanları, ergenlerin algıları üzerinden değerlendirilmiş ancak bakım verenlerden alınan bilgiler ile doğrulaması yapılmamıştır. Ergenlerden öz bildirim yoluyla elde edilen verilerin yanı sıra, gelecek araştırmalarda bakım verenlerin yanıtları da değerlendirilebilir.

7. ÖZET

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda yeme bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde ayrılma-bireyleşme özelliklerinin ve psikolojik dayanıklılığın yeme bozukluğu ile ilişkisini incelemek ayrıca yeme bozukluklarına yönelik koruyucu faktörleri ve risk faktörlerini tanımlamak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine yeme bozukluğu belirtileri ile başvuran, 12 – 18 yaş arası 49 ergen ve aynı yaşlar arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine başvuran nörogelişimsel bozukluk tanılı veya herhangi bir psikopatoloji saptanmayan 126 ergen dahil edilmiştir. Olgu grubu ile K-SADS-PL-DSM-5 tanı görüşmesi yapılmıştır. Ergenlerden; sosyodemografik veri formunu, Adolesan Ayrılma Bireyleşme Testi'ni, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'ni, Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'ni doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 175 ergenin %70,9'u kız (n=124), %29,1'i erkek (n=51) cinsiyette idi. Olgu grubunda kız cinsiyet oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Olgu grubunun yaş ortalaması 15,2±1,5; kontrol grubunun ise 14,9±1,5 olup yaş ortalaması benzer saptanmıştır. Olgu grubundaki ergenlerde kontrol grubuna göre; boşanmış anne-

babaya ve parçalanmış aileye sahip olma ile anksiyete ve duygudurum bozuklukları eş tanısının olma oranı daha yüksek, okul başarısı ise daha düşük bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerde akraba tarafından bakım verilme, anne ve babalarında yeme tutum sorunları, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerde; travmatik yaşantı, cinsel istismar, duygusal ihmal ve ilk 3 yaştaki olumsuz yaşam olayı öyküsü kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur. Yeme bozukluğu tanısı bulunan ergenlerin ayrılma-bireyleşme alt ölçeklerinden; ihtiyacı inkar etme, ayrılma anksiyetesi, yutulma anksiyetesi, öğretmene yapışma ve reddedilme beklentisi puanları kontrol grubundaki ergenlere göre daha yüksek, psikolojik dayanıklılık puanları ise kontrol grubundaki ergenlere göre daha düşük saptanmıştır. Bununla birlikte yeme bozukluğu ile reddedilme beklentisi arasında pozitif yönde, dayanıklılık arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ayrılma-bireyleşme alt ölçeklerinden bakım arama ile dayanıklılık arasında pozitif yönde; reddedilme beklentisi ve yutulma anksiyetesi ile dayanıklılık arasında negatif yönde ilişki gözlenmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda ergenlerin olumsuz yaşam olaylarına maruz kalmasının, ayrılma-bireyleşme sürecinde problem yaşamalarının ve dayanıklılık düzeylerinin düşük olmasının yeme bozukluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca ayrılma-bireyleşme sürecindeki aksaklıkların, dayanıklılık düzeyini de etkilediği saptanmıştır. Yeme bozukluklarının gelişimini önlemek için klinik görüşmelerde çocukluk döneminde meydana gelen olumsuz yaşam olaylarının fark edilmesi, ergenler ve ebeveynler ile ayrılma-bireyleşme sürecini sağlıklı atlatmaları açısından çalışılması ve dayanıklılığı arttırmaya yönelik girişimlerde bulunulmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir. Dayanıklılığı düşük gençleri saptamak ve görüşmelerde bu konuları çalışmak ruhsal sorunlar özellikle de yeme bozuklukları açısından koruyucu olacaktır. Yeme bozukluğu ile başvuran olgularda ayrılma-bireyleşme sürecinin ve ergenlik dönemi özelliklerinin değerlendirilmesi de oldukça önemlidir. Literatürde ‘öğretmene yapışma’ ve yeme bozuklukları ilişkisi ve ayrılma-bireyleşme sürecinin dayanıklılık üzerine etkisine yönelik daha önce yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır ve çalışma sonuçlarımızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ayrılma-bireyleşme, ergen, psikolojik dayanıklılık, yeme bozukluğu, olumsuz yaşam olayları

8. ABSTRACT

Objective: Our study aimed to examine the relationship between separation-individuation characteristics, psychological resilience and eating disorders in adolescents with and without eating disorders and to identify the relevant protective factors and risk factors for eating disorders.

Method: Our study included 49 adolescents between the ages of 12 and 18, who applied to the outpatient clinics of Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Diseases with eating disorder symptoms and 126 adolescents with a diagnosis of neurodevelopmental disorder or no psychopathology between the ages of 12 and 18, who applied to the Kocaeli University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Diseases and without any psychopathology were included. K-SADS-PL-DSM-5 diagnostic interview was conducted with the case group. Adolescents were asked to fill in the sociodemographic data form, Adolescent Separation Individuation Test, Eating Disorder Rating Scale, and Child and Adolescent Psychological Resilience Scale.

Results: Of the 175 adolescents who participated in our study, 70.9% were girls (n=51) and 29.1% were boys (n=51). The proportion of girls was significantly higher in the case group. The mean age of the case group was 15.2±1.5 years and the mean age of the control group was 14.9±1.5 years and the mean age was found to be similar. When the adolescents in the case group were compared with the control group; having divorced parents and broken families, having a history of anxiety and mood disorders comorbidity were found to be higher and school achievement was found to be lower. In addition, caregiving by relatives, eating attitude problems in their mothers and fathers, and history of psychiatric illness in the family were found to be higher in adolescents diagnosed with eating disorders. History of traumatic experiences, sexual abuse, emotional neglect and negative life events in the first 3 years of life were found to be higher in adolescents diagnosed with eating disorders compared to the control group. Among the separation-individuation subscales of adolescents diagnosed with eating disorders; need denial, separation anxiety, engulfment anxiety, clinging to the teacher and expectation of rejection scores were higher

than the adolescents in the control group, and psychological resilience scores were lower than the adolescents in the control group. In addition, it was determined that there was a significant positive relationship between eating disorder and expectation of rejection from the separation-individuation subscales and a significant negative relationship between resilience. There was a positive correlation between care-seeking and resilience among the separation-individuation subscales, and a negative correlation between rejection expectancy and resilience.

Conclusion: In our study, it was found that adolescents' exposure to negative life events, having problems in the separation-individuation process and having low levels of resilience were associated with eating disorders. It was also found that disruptions in the separation-individuation process affected the level of resilience. In order to prevent the development of eating disorders, recognizing the negative life events that occur in childhood in clinical evaluation, healthy parental separation-individuation process and making attempts to increase resilience will reduce the risk of developing eating disorders in adolescents. Identifying young people with low resilience and working on these issues in interviews will be protective in terms of mental problems, especially eating disorders. It is important to evaluate the separation-individuation process and the characteristics of adolescence and to increase resilience in cases presenting with eating disorders. Since our study was a cross-sectional study, follow-up studies with larger samples are needed to examine cause and effect relationships.

Keywords: Separation-individuation, adolescents, psychological resilience, eating disorders, negative life events

9. EKLER

1. EK – ETİK KURUL ONAYI

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 3. Kat, 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ	
	Tel / Faks / E-posta	0262 303 74 50 - 0262 303 74 63, gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr	
Başvuru Bilgileri	Araştırmanın Adı	Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin İncelenmesi	
	Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi İrem Damla Çimen	
	Sorumlu Arş. Uzmanlığı	Çocuk Psikiyatrisi	
	Araştırma Merkez(ler)i	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	
	Destekleyici		
	Araştırmanın Türü		
	Araştırmanın Tipi		
Karar ve Dayanak	**Tarih : 01/09/2022**	**Karar No: KÜ GOKAEK-2022/14.01**	**Proje No: 2022/181**
	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi ilgili maddelerine göre; yukarıda ismi geçmekte olan araştırmacının sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik ve bilimsel açıdan, ☒ Uygun bulunmuştur. ☐ Uygun bulunmamıştır. ☐ Kapsam dışı olarak değerlendirilmiştir.		

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Toplantıda Bulunma		İmza
Prof. Dr. Nurettin Özgür DOĞAN Başkan	Acil Tıp	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Cem CERİT Başkan Yardımcısı	Psikiyatri	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Canan BAYDEMİR Üye	Biyoistatistik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Yusufhan YAZIR Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof. Dr. Evren DEMİRSOY Üye	Dermatoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Çiğdem VURAL Üye	Patoloji	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Ceyla ERALDEMİR Üye	Biyokimya	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Enver Alper SİNANOĞLU Üye	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	Kocaeli Üni. Diş Hek. Fak.	Erkek	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üni. Tıp Fakültesi	Kadın	E ☒	H ☐	

	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Onay formu	09.02.2021/KOGOEK01.6	1/1

2. EK – KONTROL VE OLGU GRUBU ERGEN ONAM FORMU

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

ERGEN (12 - 18 YAŞ) - KONTROL GRUBU

Gönüllü Kodu:

1. Çalışmanın adı:
   Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin incelenmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
   Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
   Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
   Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
   Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran yeme bozukluğu tanısı alan 12-18 yaş arası ergenlerde; anneden ayrılabilme ve bireysellik duygusunun oluşması olarak tanımlanan ayrılma bireyleşme özelliklerinin, stress faktörlerine uyum yapabilme becerisi olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. Neden ben seçildim?
   Yaşın 12-18 yaş arasında olduğu, yeme bozukluğu, major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi tanıların bulunmadığı ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvurun olduğu için çalışmaya seçildin.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
   Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğin zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsin.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?
   Çalışmaya katılmayı kabul ettiğin takdirde poliklinik başvurun sırasında verilen ölçekleri doldurman istenecektir. Ölçekleri doldurman tahmini olarak 20-30 dakikanı alacaktır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
   Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
   Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

9. Araştırma masrafları:
   Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
    Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecektir. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin üzerinizde kalıcı bir etkisi yoktur.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemen halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsin.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır. Sonuçlar gönüllülerin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

16. İAEK onayı:
İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının "GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" tarafından onaylandığı belirtilecek ve antetli kağıda karar numarası ile basılacaktır.

17. Şikâyet için başvuru adresi:

Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Rapotörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar
Tel:0262 303 70 55

ONAM FORMU (D^2)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin İncelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

ERGEN (12 - 18 YAŞ) - OLGU GRUBU

Gönüllü Kodu:

1. Çalışmanın adı:
   Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin incelenmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
   Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
   Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
   Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
   Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran yeme bozukluğu tanısı alan 12-18 yaş arası ergenlerde; anneden ayrılabilme ve bireysellik duygusunun oluşması olarak tanımlanan ayrılma bireyleşme özelliklerinin, stress faktörlerine uyum yapabilme becerisi olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. Neden ben seçildim?
   12-18 yaş arasında olduğun ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümü polikliniğinde yeme bozukluğu tanısı ile takipli olduğun için çalışmaya seçildin.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
   Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğin zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsin.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?
   Çalışmaya katılmayı kabul ettiğin takdirde poliklinik başvurun sırasında yüz yüze görüşme yöntemiyle tanın netleşecek ve sonrasında verilen ölçekleri doldurman istenecektir. Ölçekleri doldurmanız tahmini olarak 20-30 dakikanı alacaktır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
   Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
   Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

9. Araştırma masrafları:
   Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
    Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecektir. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin üzerinizde kalıcı bir etkisi yoktur.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemen halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsin.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır. Sonuçlar gönüllülerin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

16. İAEK onayı:
İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının "GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" tarafından onaylandığı belirtilecek ve antetli kağıda karar numarası ile basılacaktır.

17. Şikâyet için başvuru adresi:

Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Rapotörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar
Tel:0262 303 70 55

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

ONAM FORMU (D^2)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin İncelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

3. EK – KONTROL VE OLGU EBEVEYN ONAM FORMU

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

EBEVEYN FORMU - KONTROL GRUBU

Gönüllü Kodu:

1. Çalışmanın adı:
   Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin incelenmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
   Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
   Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
   Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
   Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran yeme bozukluğu tanısı alan 12-18 yaş arası ergenlerde; anneden ayrılabilme ve bireysellik duygusunun oluşması olarak tanımlanan ayrılma bireyleşme özelliklerinin, stress faktörlerine uyum yapabilme becerisi olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. Neden ben seçildim?
   Çocuğunuzun yaşı 12-18 yaş arasında olduğu, yeme bozukluğu, major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi tanıları bulunmadığı ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvurunuz olduğu için çalışmaya seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
   Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?
   Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz sırasında çocuğunuza verilen formu doldurması istenecektir. Formu doldurması tahmini olarak 20-30 dakikasını alacaktır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
   Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
   Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

9. Araştırma masrafları:
   Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
    Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecektir. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin sizin ve çocuğunuz üzerinde kalıcı bir etkisi yoktur.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır. Sonuçlar gönüllülerin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

16. İAEK onayı:
İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının "GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" tarafından onaylandığı belirtilecek ve antetli kağıda karar numarası ile basılacaktır.

17. Şikâyet için başvuru adresi:

Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Rapotörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar
Tel:0262 303 70 55

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

ONAM FORMU (D^2)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin İncelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU:

EBEVEYN FORMU - OLGU GRUBU

Gönüllü Kodu:

1. Çalışmanın adı:
   Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin incelenmesi

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları:
   Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
   Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
   Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:
   Bu çalışmada; çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne başvuran yeme bozukluğu tanısı alan 12-18 yaş arası ergenlerde; anneden ayrılabilme ve bireysellik duygusunun oluşması olarak tanımlanan ayrılma bireyleşme özelliklerinin, stress faktörlerine uyum yapabilme becerisi olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. Neden ben seçildim?
   Çocuğunuzun yaşı 12-18 yaş arasında olduğu için ve çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümü polikliniğinde yeme bozukluğu tanısı ile takipli olduğu için çalışmaya seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?
   Araştırmaya katılmak gönüllü olup, istediğiniz zaman herhangi bir gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?
   Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde poliklinik başvurunuz sırasında çocuğunuz ve sizle yüz yüze görüşme yapılarak tanı netleşecek ve sonrasında çocuğunuzdan verilen ölçekleri doldurması istenecektir. Ölçekleri doldurması tahmini olarak 20-30 dakikasını alacaktır. Görüşmeler sırasında herhangi bir kayıt alınmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?
   Uygulanacak olan görüşme veya testlerin bir zararı yoktur.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?
   Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır.

9. Araştırma masrafları:
   Katılımcılardan ücret istenmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?
    Katılımcılar araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilecektir. Uygulanacak olan testlerin ve görüşmenin sizin ve çocuğunuz üzerinde kalıcı bir etkisi yoktur.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?
Tüm formlar araştırmacılar tarafından toplanıp, dosyalarda tutulacaktır. Çalışmaya katılan araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?
Bilgi istemeniz halinde araştırma bittiğinde çalışmacılardan bilgi alabilirsiniz.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?
Değerlendirme sonuçları tez ve makale olarak yayınlanacak, ilgili bilim alanında ileriki dönemlerde yapılacak araştırma ve alınacak önlemlere ışık tutacaktır. Sonuçlar gönüllülerin kimliği bildirilmeden bilimsel bir dergide yayımlanacaktır.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,
Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64

15. Teşekkür:
Bu çalışmaya katıldığınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.

16. İAEK onayı:
İAEK tarafından onaylandıktan sonra bilgilendirme formlarının "GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU" tarafından onaylandığı belirtilecek ve antetli kağıda karar numarası ile basılacaktır.

17. Şikâyet için başvuru adresi:

Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

Doktor Öğretim Üyesi İrem Damla Çimen 0262 303 87 02
Arş. Gör. Dr. Ezgi Çetin 0537 812 81 08
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 0262 303 87 02
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Tel: 0262 303 71 64
Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Rapotörü Dr. Öğretim Üyesi Aslıhan Akpınar
Tel:0262 303 70 55

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU

ONAM FORMU (D^2)

(Araştırmacı nüshası ve Katılımcı nüshası olmak üzere iki nüsha halinde basılmalı ve imzalı araştırmacı nüshası saklanmalıdır. Gerekli olduğunda Etik Kurul tarafından onam formları istenebilir)

Araştırmanın Adı: Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza Tanılı Ergenlerde, Ayrılma Bireyleşme Özelliklerinin ve Dayanıklılık Üzerine Etkisinin İncelenmesi

	Evet	Hayır
Gönüllü Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	☐	☐
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	☐	☐
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	☐	☐
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	☐	☐
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	☐	☐
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	☐	☐
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	☐	☐
Araştırmada elde edilen biyolojik örneklerin madde 6'da belirtilen şartlarda gelecekte de kullanılmasına onay veriyor musunuz?	☐	☐
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı?		

Gönüllü	Araştırmacı
İmza:	İmza:
Adı / Soyadı:	Adı / Soyadı:
Tarih:	Tarih:

4. EK- SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1) **Tarih:**
2) **Çocuğunuzun Yaşı: ----------**
3) **Çocuğunuzun Cinsiyeti**
   a. Kız b. Erkek
4) **Çocuğunuzun Kardeş Sayısı:**
   a. Tek çocuk b.1 Kardeş c.2 Kardeş d. 3 ve daha fazla kardeş
5) **Anne ve Baba için hangisi doğru?**
   a. Beraberler b. Boşandılar ya da ayrılar c. Ebeveyn kaybı
6) **Çocuğunuz Kimlerle Yaşıyor?**
   a. Çekirdek aile b. Geniş aile c. Parçalanmış
7) **Size göre çocuğunuzun okuldaki başarı durumu**
   a. İyi b. Orta c. Zayıf
8) **Küçüklüğünde çocuğunuzu büyüten :**
   a. Anne-Baba b. Büyükanne-büyükbaba c.Yetiştirme yurdu d.Diğer….
9) **Babanın eğitim durumu**
   a. Okula gitmemiş b.İlköğretim c.Lise ve üzeri
10) **Annenin eğitim durumu**
   a. Okula gitmemiş b.İlköğretim c.Lise ve üzeri
11) **Babanın işi**
   a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor
12) **Annenin işi**
   a. Çalışıyor (İş……) b. Çalışmıyor
13) **Ailede psikiyatrik bir hastalığı olan**
   a. Var (……) b.Yok
14) **Babada yeme tutum sorunu (varsa);**
   a. Aşırı yeme atakları b. Kalori kontrolü c.Kusma d. Kısıtlayıcı yeme
15) **Annede yeme tutum sorunu (varsa);**
   a. Aşırı yeme atakları b. Kalori kontrolü c.Kusma d. Kısıtlayıcı yeme
16) **Çocuğunuz etkilediğini düşündüğünüz travmatik bir olay yaşadı mı?**
   a. Evet b. Hayır

17) Fiziksel istismar öyküsü

a. Var b.Yok

18) Cinsel istismar öyküsü

a. Var b.Yok

19) Duygusal istismar öyküsü

a. Var b.Yok

20) Ailede Yaşam Olayı (Çocuğunuzun ilk 3 yaş içinde karşılaştığı olay varsa)

a. Ebeveyn Ölümü
b. Ebeynin Ciddi Hastalığı / Kazası
c. Şiddetli Evlilik Çatışması
d. Yerleşim Yeri Değişikliği
e. Diğer (……..)

5. EK- YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YÖNERGE : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler. 1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

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

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

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

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

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
		0	1	2	3	4	5	6

6. EK- ADOLESAN AYRILMA BİREYLEŞME TESTİ (AABT)

Aşağıda gençlerin çeşitli duygu, tutum ve davranışlarını tanımlayan ifadeler sıralanmıştır. Sizi en iyi tanımlayan seçeneği kutucuklarına çarpı koyarak işaretleyin. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Eğer bazı sorular sizin duygularınızı tam yansıtmıyorsa ve yanıtlamakta güçlük çekerseniz, size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

1-Annem ve babam bazen öyle koruyucu olur ki kendimi boğuluyormuş gibi hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
2-Bazen kendimi öyle güçlü hissederim ki kazanamayacağım hiçbir başarı yokmuş gibi gelir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
3-Yalnız kalmak benim için korkunç bir düşüncedir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
4-Annem ve babamdan ayrı, kendi başıma yaşayacağım günü sabırsızlıkla bekliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
5-Bazen insanlar gerçekten beni incitmek istiyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
6-Ölüm beni endişelendiriyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
7-Birçok anne baba aşırı kontrolcü, aslında çocuklarının büyümesini istemiyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
8-Bazen ihtiyaçlarımı başkaları karşıladığında, küçük bir çocuk olmanın hoş olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
9-Sıcak ve duygusal ilişkileri anlamıyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
10-Aynada özellikle vücuduma bakmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
11-Eğer bir sorunumu birine anlatacak olsam, büyük olasılıkla beni anlamayacaktır.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
12-Arkadaşlarımla bir şeyler yaparken genellikle lider gibi davranırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
13-Ne kadar sürerse sürsün annem ve babamdan uzak kaldığımda yalnız hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
14-Bütün hislerimi paylaşabileceğim arkadaşlarımla birlikteyken rahat olurum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
15-Sık sık arkadaşlarım tarafından reddedilmekten korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
16-Sık sık kız/erkek arkadaşımdan ayrılmaktan korkuyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
17-Annem ve babam kendi planlarıyla benimkilerden çok daha fazla ilgileniyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
18-En yakın arkadaşlarımın bile ihtiyacım olduğunda yanımda olmayacaklarını düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
19-Başkalarına yakın olmak beni rahatsız eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
20-Diğer insanları düşündüğümde kendimi onlara göre daha iyi hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

21-Annem ve babamın yapmam gereken şeyleri söylemesi beni rahatsız eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
22-Çok sevdiğim öğretmenimden ayrılırken onunla vedalaşmaktan üzüntü duyarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
23-Yalnız kaldığım zamanlarda bazı arkadaşlarımı düşünürüm çünkü onları çok özlerim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
24-Gelecek 10 yılda olabilecek ve dünyanın büyük bölümüne zarar verebilecek nükleer bir savaşın çıkmasından korkuyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
25-Arkadaşlık anlayışım "en iyi arkadaş" olma yönündedir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
26-Diğer insanların bana hayran kaldıklarını ve bana baktıklarını hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
27-Beni çok iyi tanıyan arkadaşlarımdan bazıları düşüncelerimi de okuyabilir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
28-Arkadaşlık çok emek harcamaya değmez.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
29-Öğretmenimin benim hakkımdaki düşüncelerine çok önem veririm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
30-Bazı arkadaşlarımı o kadar iyi tanırım ki düşüncelerini bile okuyabilirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
31-Arkadaşlarımla birlikteyken bazen grubun lideri gibi bazen de gruba katılımcı gibi davranırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
32-En sevdiğim öğretmenimle bazı kişisel korku ve kaygılarımı paylaşabilirim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
33-Tanrının beni gözlediğine ve tehlikelerden koruduğuna inanırım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
34-Bazen ailemin, benim hiç doğmamış olmamı istediğini düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
35-Annem ve babamdan bağımsız bir kişi olmak için mücadele ederim, çünkü bu benim için çok önemlidir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
36-Annem veya babamdan biri ölürse diye korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
37-Arkadaşlarımla bir şeyler yaparken kendimi yalnız olduğumdan daha rahat hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
38-Söylemeseler bile bazen insanların bana hayran gözlerle baktığını biliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
39-Gerçekte hiç kimseyi sevmiyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
40-Annem ve babam özgürlüğümü çok fazla kısıtlar.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
41-İnsanlar yeteneklerim karşısında bazen şaşırır.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
42-Yakın arkadaşlarım benim hem iyi hem de kötü yanlarımı bilir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
43-İnsanlarla birlikteyken bile yalnızlık hissederim.	Kesinlikle	Genellikle	Biraz	Genellikle	Kesinlikle
	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum

44-Ne zaman birilerinin benim için bir şeyler yapacağını ümit etsem çoğunlukla hayal kırıklığına uğrarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
45-Hiç kimse beni anlamıyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
46-Uyumadan önce bazen kendimi yalnız hissederim ve etrafımda konuşacak birilerini arar ya da sadece birilerinin orada olmasını isterim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
47-Eğer birilerinin bana yaklaşmasına izin verirsem bundan zarar görürüm diye düşünürüm.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
48-Tanrı beni nereye yönlendirirse o yöne giderim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
49-Diğer insanlar benden çok kolay etkilenir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
50-Ailem benden nefret ediyormuş gibi hissediyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
51-Birisine bağımlı olmadığım sürece incinmem.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
52-İnsanların benim fiziksel görünümümü çekici bulmaları beni memnun eder.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
53-Çevremdeki insanlar sık sık bana hayranlık duyar.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
54-Hiç kimseyi tanımadığım büyük bir partiye gitme fikri bana korkutucu gelir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
55-Diğer insanlarla karşılaştırdığımda kendimi özel hissederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
56-Arkadaş grubumun içinde çoğunlukla ilgi odağı olurum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
57-Çocukluk yıllarımdaki gibi annem ve babamın kontrolünde yaşamayı tercih ederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
58-İhtiyaçlarım yakın arkadaşlarım tarafından yeterince karşılanmıyor.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
59-Öğretmenim beni yeterince beğenmeyecek diye korkarım.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
60-Diğer insanlar yeteneklerimden etkilenir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
61-Her zaman annem, babam ve kardeşlerimle daha fazla birlikte olabilmek için onlarla aynı şehirde yaşamayı tercih ederim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
62-Öğretmenlerim sosyal yaşantımla ilgili öğütler verir.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
63-Yakın arkadaşlarımın olduğu samimi partileri çok severim.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
64-Annem ve babamın kurallarından kurtulmayı sabırsızlıkla bekliyorum.	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
65-Eğer öğretmenimi hayal kırıklığına uğratırsam ya da kızdırırsam çok üzülürüm	Kesinlikle Katılıyorum	Genellikle Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Genellikle Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum

7. EK- ÇOCUK VE GENÇ PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ (ÇGPSÖ-12)

	Aşağıda doğru ya da yanlış cevabı bulunmayan bazı durumlar ifade edilmektedir. Lütfen bunları dikkatlice okuyun ve hangi ifade size en doğru geliyorsa (**X**) işareti koyun.	**Beni Hiç Tanımlamıyor**	**Beni Çok Az Tanımlıyor**	**Beni Biraz Tanımlıyor**	**Beni Oldukça Tanımlıyor**	**Beni Tamamen Tanımlıyor**
1.	Hayatımda saygı duyabileceğim insanlar var.	1	2	3	4	5
2.	Eğitim almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
3.	Ailem benim hakkımda birçok şeyi bilir (Örneğin, arkadaşlarımın kim olduğunu, nelerden hoşlandığımı) .	1	2	3	4	5
4.	Başladığım faaliyetleri/işleri bitirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5.	Bir şeyler istediğim şekilde gitmediğinde, diğer insanlara ve kendime zarar vermeden bu durumu çözebilirim. (Örneğin, şiddete başvurmadan veya kötü şeyler söylemeden)	1	2	3	4	5
6.	Yardıma ihtiyacım olursa, nereden yardım alabileceğimi bilirim.	1	2	3	4	5
7.	Kendimi okuluma ait hissediyorum.	1	2	3	4	5
8.	Ailem zor zamanlarımda yanımdadır. (Örneğin hasta olduğumda veya başım sıkıştığında).	1	2	3	4	5
9.	Arkadaşlarım zor zamanlarımda yanımdadır.	1	2	3	4	5
10.	Yaşadığım toplumda bana adil bir şekilde davranılır.	1	2	3	4	5
11.	Hayatımda gelecekte kullanacağım yeteneklerimi geliştireceğim fırsatlara sahibim (mesleki beceriler gibi)	1	2	3	4	5
12.	Ailemin aile geleneklerini ve kültürünü seviyorum.	1	2	3	4	5

10. KAYNAKLAR

1. Levine M, Piran N, Jasper K. Eating disorders. Handbook of adolescent behavioral problems evidence-based. Springer Science Business Media New York; 2015.
2. Ferreiro F, Seoane G, Senra C. Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study.Journal of youth and adolescence. 2012;41:607-622.
3. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders–a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research.Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015;56(11):1141-1164.
4. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. vol 5. American psychiatric association Washington, DC.; 2013.
5. Stice E, Marti CN, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women.Journal of abnormal psychology. 2013;122(2):445.
6. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study.Cmaj. 2001;165(5):547-552.
7. Abebe DS, Lien L, von Soest T. The development of bulimic symptoms from adolescence to young adulthood in females and males: A population-based longitudinal cohort study.International Journal of Eating Disorders. 2012;45(6):737-745.
8. Bakalar JL, Shank LM, Vannucci A, Radin RM, Tanofsky-Kraff M. Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders.Current psychiatry reports. 2015;17:1-10.
9. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. The influence of gender and puberty on the heritability of disordered eating symptoms.Behavioral neurobiology of eating disorders. 2011:177-185.
10. Gervasini G, Gordillo I, García-Herráiz A, et al. Influence of dopamine polymorphisms on the risk for anorexia nervosa and associated psychopathological features.Journal of Clinical Psychopharmacology. 2013;33:551-555.
11. Rask-Andersen M, Olszewski PK, Levine AS, Schiöth HB. Molecular mechanisms underlying anorexia nervosa: focus on human gene association studies and systems controlling food intake.Brain Res Rev. 2010;62(2):147-64.
12. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa.Nat Rev Neurosci. 2009;10(8):573-84.
13. Holland LA, Bodell LP, Keel PK. Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up.European Eating Disorders Review. 2013;21(5):405-410.
14. Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JE. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature.Clin Psychol Rev. 2015;40:111-22.
15. Dakanalis A, Timko CA, Zanetti MA, et al. Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: a latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups.Psychiatry Res. 2014;215(1):176-84.

16. Calvete E, las Hayas C, Gómez del Barrio A. Longitudinal associations between resilience and quality of life in eating disorders.Psychiatry Research. 2018;259:470-475.
17. Association AP. The road to resilience. Washington, DC: American Psychological Association. 2014.
18. Kim-Cohen J. Resilience and developmental psychopathology.Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2007;16(2):271-83, vii.
19. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression.Science. 2012;338(6103):79-82.
20. Holtom-Viesel A, Allan S. A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families.Clin Psychol Rev. 2014;34(1):29-43.
21. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, et al. Risk factors across the eating disorders.Psychiatry research. 2014;220(1-2):500-506.
22. Horesh N, Apter A, Ishai J, et al. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(7):921-7.
23. Berg ML, Crosby RD, Wonderlich SA, Hawley D. Relationship of temperament and perceptions of nonshared environment in bulimia nervosa.Int J Eat Disord. 2000;28(2):148-54.
24. Eggert JW. Separation-individuation and disordered eating in adolescence. ProQuest; 2007.
25. Blos P. The second individuation process of adolescence.Psychoanal Study Child. 1967;22:162-86.
26. Blasi A. Identity and the Development of the Self. In: Lapsley DK, Power FC, eds. Self, Ego, and Identity: Integrative Approaches. Springer New York; 1988:226-242.
27. Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1982:184-184.
28. Edward J, Ruskin N, Turrini P. Separation/individuation: Theory and application. vol 2. Psychology Press; 1992.
29. Mahler MS, Pine F, Bergman A. İnsan Yavrusunun Psikolojik Doğumu. Çeviri. Metis Yayınları; 2003.
30. Masterson JF, Costello JL. From borderline adolescent to functioning adult: The test of time. Routledge; 2014.
31. Lerner HD. Current developments in the psychoanalytic psychotherapy of anorexia nervosa and bulimia nervosa.The Clinical Psychologist. 1986;
32. Masterson J. Primary anorexia in the borderline adolescent-an object relations review.Borderline Personality Disorders; The Concept, the Syndrome, the Patient. 1977;
33. Demirezen E, Coşansu G. Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi.Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2005;14(8):174-178.
34. İnalkaç S, Arslantaş H. Duygusal yeme.Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2018;27(1):70-82.
35. Becker AE, Grinspoon SK, Klibanski A, Herzog DB. Eating Disorders.New England Journal of Medicine. 1999;340(14):1092-1098.
36. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Palmer RL, Dalle Grave R. Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study.Behaviour research and therapy. 2013;51(1):R2-R8.

37. Yager J, Andersen AE. Anorexia Nervosa.New England Journal of Medicine. 2005;353(14):1481-1488.
38. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E. Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı.Ankara: TPD Yayınları. 2013;
39. Garfinkel PE. Classification and diagnosis of eating disorders.Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook. 2002;2:155-161.
40. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. vol 3. American psychiatric association Washington, DC; 1980.
41. R. E. Kendell. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R).American Journal of Psychiatry. 1988;145(10):1301-1302.
42. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). American psychiatric association Washington, DC; 2000:1-3.
43. Dalle Grave R. Eating disorders: progress and challenges.European Journal of Internal Medicine. 2011;22(2):153-160.
44. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American psychiatric association; 2022.
45. Halmi KA. The diagnosis and treatment of anorexia nervosa.The Clinical Guide to Child Psychiatry. 1984:218-228.
46. Erbay LG, Seçkin Y. Yeme bozuklukları.Güncel gastroenteroloji. 2016;20(4):473-477.
47. Vandereycken W, Van Deth R. Who was the first to describe anorexia nervosa: Gull or Lasègue?Psychological medicine. 1989;19(4):837-845.
48. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa.Psychological medicine. 1979;9(3):429-448.
49. American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. vol 4. American psychiatric association Washington, DC; 1994.
50. Zhang Z, Lai HJ. Comparison of the use of body mass index percentiles and percentage of ideal body weight to screen for malnutrition in children with cystic fibrosis.The American journal of clinical nutrition. 2004;80(4):982-991.
51. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders.Journal of Adolescent Health. 2013;53(2):303-305.
52. Segal DL. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR).The corsini encyclopedia of psychology. 2010:1-3.
53. Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders.Clinical manual of eating disorders. 2007:1-29.
54. Gürdal A. Yeme bozuklukları ve tedavisi.Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 1999;9(1):21-27.
55. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, course, and outcome of eating disorders.Current opinion in psychiatry. 2013;26(6):543-548.
56. Mancuso SG, Newton JR, Bosanac P, Rossell SL, Nesci JB, Castle DJ. Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria.The British Journal of Psychiatry. 2015;206(6):519-520.
57. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry 10th edition. United States of America: Wolters Kluwer; 2017.
58. Hoek HW, Van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders.International Journal of eating disorders. 2003;34(4):383-396.

59. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders: Update on Definitions, Symptomatology, Epidemiology, and Comorbidity.Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2015;24(1):177-196.
60. Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates.Current Psychiatry Reports. 2012;14(4):406-414.
61. Vardar E, Erzengin M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma.Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22(4):205-212.
62. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication.Biological psychiatry. 2007;61(3):348-358.
63. Lapid MI, Prom MC, Burton MC, McAlpine DE, Sutor B, Rummans TA. Eating disorders in the elderly.International Psychogeriatrics. 2010;22(4):523-536.
64. Newton JR. Presentations of eating disorders later in life.Journal of Pharmacy Practice and Research. 2013;43(3):231-236.
65. Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000–2009: findings from the General Practice Research Database.BMJ open. 2013;3(5):e002646.
66. Campbell K, Peebles R. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review.Pediatrics. 2014;134(3):582-592.
67. Pedersen CB, Mors O, Bertelsen A, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders.JAMA psychiatry. 2014;71(5):573-581.
68. Larson NI, Neumark-Sztainer D, Story M. Weight control behaviors and dietary intake among adolescents and young adults: longitudinal findings from Project EAT.Journal of the American Dietetic Association. 2009;109(11):1869-1877.
69. Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: A report on 135 patients.American Journal of Psychiatry. 1997;154(8):1127-1132.
70. Lavender JM, Crosby RD, Wonderlich SA. Dimensions in the eating disorders: past, present, and future. Commentary on Wildes and Marcus: Incorporating dimensions into the classification of eating disorders.2013;
71. Klein DA, Walsh BT. Eating disorders: clinical features and pathophysiology.Physiology & behavior. 2004;81(2):359-374.
72. Trace SE, Baker JH, Peñas-Lledó E, Bulik CM. The genetics of eating disorders.Annual review of clinical psychology. 2013;9:589-620.
73. Yilmaz Z, Hardaway JA, Bulik CM. Genetics and epigenetics of eating disorders.Advances in genomics and genetics. 2015;5:131.
74. Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, Munk-Jørgensen P, Strober M. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations.International journal of eating disorders. 2015;48(1):1-8.
75. Bulik CM, Tozzi F. Genetics in eating disorders: state of the science.CNS spectrums. 2004;9(7):511-515.
76. Hinney A, Volckmar A-L. Genetics of eating disorders.Current Psychiatry Reports. 2013;15:1-9.
77. Hinney A, Volckmar A-L. Genetics of Eating Disorders.Current Psychiatry Reports. 2013;15(12):423.
78. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders.Lancet. 2003;361(9355):407-16.

79. Donato K, Ceccarini MR, Dhuli K, et al. Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder.J Prev Med Hyg. 2022;63(2 Suppl 3):E297-e305.
80. Van den Eynde F, Suda M, Broadbent H, et al. Structural magnetic resonance imaging in eating disorders: a systematic review of voxel-based morphometry studies.European Eating Disorders Review. 2012;20(2):94-105.
81. Titova OE, Hjorth OC, Schiöth HB, Brooks SJ. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies.BMC psychiatry. 2013;13:1-11.
82. Berner LA, Stefan M, Lee S, et al. Altered cortical thickness and attentional deficits in adolescent girls and women with bulimia nervosa.Journal of Psychiatry and Neuroscience. 2018;43(3):151-160.
83. Hoffman GW, Ellinwood EH, Rockwell WJK, Herfkens RJ, Nishita JK, Guthrie LF. Cerebral atrophy in bulimia.Biological Psychiatry. 1989;25(7):894-902.
84. Schäfer A, Vaitl D, Schienle A. Regional grey matter volume abnormalities in bulimia nervosa and binge-eating disorder.NeuroImage. 2010;50(2):639-643.
85. Woolley JD, Gorno-Tempini ML, Seeley WW, et al. Binge eating is associated with right orbitofrontal-insular-striatal atrophy in frontotemporal dementia.Neurology. 2007;69(14):1424-33.
86. Kim KR, Ku J, Lee J-H, Lee H, Jung Y-C. Functional and effective connectivity of anterior insula in anorexia nervosa and bulimia nervosa.Neuroscience letters. 2012;521(2):152-157.
87. Wagner A, Ruf M, Braus DF, Schmidt MH. Neuronal activity changes and body image distortion in anorexia nervosa.Neuroreport. 2003;14(17):2193-7.
88. Nozoe S, Naruo T, Nakabeppu Y, Soejima Y, Nakajo M, Tanaka H. Changes in regional cerebral blood flow in patients with anorexia nervosa detected through single photon emission tomography imaging.Biol Psychiatry. 1993;34(8):578-80.
89. Ellison Z, Foong J, Howard R, Bullmore E, Williams S, Treasure J. Functional anatomy of calorie fear in anorexia nervosa.Lancet. 1998;352(9135):1192.
90. Hege MA, Stingl KT, Kullmann S, et al. Attentional impulsivity in binge eating disorder modulates response inhibition performance and frontal brain networks.Int J Obes (Lond). 2015;39(2):353-60.
91. Balodis IM, Molina ND, Kober H, et al. Divergent neural substrates of inhibitory control in binge eating disorder relative to other manifestations of obesity.Obesity (Silver Spring). 2013;21(2):367-77.
92. Kaye W. Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa.Physiology & behavior. 2008;94(1):121-135.
93. Calati R, De Ronchi D, Bellini M, Serretti A. The 5-HTTLPR polymorphism and eating disorders: A meta-analysis.International Journal of Eating Disorders. 2011;44(3):191-199.
94. Akkermann K, Kaasik K, Kiive E, Nordquist N, Oreland L, Harro J. The impact of adverse life events and the serotonin transporter gene promoter polymorphism on the development of eating disorder symptoms.Journal of psychiatric research. 2012;46(1):38-43.
95. Ribasés M, Gratacòs M, Fernández-Aranda F, et al. Association of BDNF with anorexia, bulimia and age of onset of weight loss in six European populations.Human molecular genetics. 2004;13(12):1205-1212.

96. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RD. DSM–IV–TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents.Journal of abnormal psychology. 2013;122(3):720.
97. Ghaderi A. Structural modeling analysis of prospective risk factors for eating disorder.Eating Behaviors. 2003;3(4):387-396.
98. Chisuwa N, O'Dea JA. Body image and eating disorders amongst Japanese adolescents. A review of the literature.Appetite. 2010;54(1):5-15.
99. Bruch H. Disturbed communication in eating disorders.American Journal of Orthopsychiatry. 1963;33(1):99-104.
100. Bruch H. Anorexia Nervosa: therapy and theory.The American Journal of Psychiatry. 1982;
101. Hendrick SS. The school counselor and anorexia nervosa.The School Counselor. 1984;31(5):428-432.
102. Küey GA. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. vol 42. Ergenlerde Yeme Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği; 2008.
103. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa.Child Psychiatry Hum Dev. 2008;39(3):261-72.
104. Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BN. Comorbidity of partial and subthreshold ptsd among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study.Int J Eat Disord. 2012;45(3):307-15.
105. Allen KL, Gibson LY, McLean NJ, Davis EA, Byrne SM. Maternal and family factors and child eating pathology: risk and protective relationships.J Eat Disord. 2014;2:11.
106. Krug I, Treasure J, Anderluh M, et al. Associations of individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: a multicentre European study of associated eating disorder factors.Br J Nutr. 2009;101(6):909-18.
107. Haines J, Gillman MW, Rifas-Shiman S, Field AE, Austin SB. Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents.Eat Disord. 2010;18(1):10-24.
108. Jackson T, Chen H. Sociocultural experiences of bulimic and non-bulimic adolescents in a school-based Chinese sample.J Abnorm Child Psychol. 2010;38(1):69-76.
109. White EK, Warren CS, Cao L, et al. Media exposure and associated stress contribute to eating pathology in women with Anorexia Nervosa: Daily and momentary associations.Int J Eat Disord. 2016;49(6):617-21.
110. Brustenghi F, Mezzetti FAF, Di Sarno C, Giulietti C, Moretti P, Tortorella A. Eating Disorders: the Role of Childhood Trauma and the Emotion Dysregulation.Psychiatr Danub. 2019;31(Suppl 3):509-511.
111. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors.Curr Opin Psychiatry. 2016;29(6):340-5.
112. Edward J, Ruskin N, Turrini P. Separation/Individuation: Theory And Application. 1981.
113. Mahler MS. Symbiosis and individuation. The psychological birth of the human infant.Psychoanal Study Child. 1974;29:89-106.
114. Vahip I. Ayrılma-bireyleşme kuramı.Türk Psikiyatri Dergisi. 1993;(4):60-66.

115. Mahler MS. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation.J Am Psychoanal Assoc. 1967;15(4):740-63.
116. Atak H. Yetişkinliğe geçişte kimlik biçimlenmesi ve eylemlilik (agency): Bireyleşme sürecinde iki gelişimsel kaynak vol Doktora Tezi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara Üniversitesi; 2010.
117. Kroger J. Identity in Adolescence: The Balance Between Self and Other. 2004.
118. Cote J. An empirical test of the identity capital model.Journal of adolescence. 1997;20:577-97.
119. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties.Am Psychol. 2000;55(5):469-80.
120. Huprich SK, Stepp SD, Graham A, Johnson L. Gender differences in dependency, separation, object relations and pathological eating behavior and attitudes.Personality and Individual Differences. 2004;36:801-811.
121. Eliezer K, Yahav R, Hen K. The Internalization of the "Father" Object Among Young Men and Its Relation to Separation–Individuation Patterns, Anxiety and Depression.Child and Adolescent Social Work Journal. 2012;29
122. Johnson CL. Treatment of eating-disordered patients with borderline and false-self/narcissistic disorders. Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. The Guilford Press; 1991:165-193.
123. Marsden P, Meyer C, Fuller M, Waller G. The relationship between eating psychopathology and separation-individuation in young nonclinical women.Journal of Nervous and Mental Disease. 2002;190:710-713.
124. ÖZYURT G, ÖZTÜRK Y, PEKCANLAR AKAY A. Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Yeme Bozukluklarının Güncel Psikoterapötik Tedavisinin Gözden Geçirilmesi.Turk J Child Adolesc Ment Health. 2017;24:81-96.
125. Toker D, Hocaoglu C. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme.Düşünen Adam Dergisi. 2009;
126. Ertaş HS. Yeme bozuklukları, anoreksiya, bulimia ve diğerleri. Timaş Yayınları; 2006.
127. Baird P, Sights JR. Low self-esteem as a treatment issue in the psychotherapy of anorexia and bulimia.Journal of Counseling & Development. 1986;64:449-451.
128. Rhodes B, Kroger J. Parental bonding and separation-individuation difficulties among late adolescent eating disordered women.Child Psychiatry Hum Dev. 1992;22(4):249-63.
129. Skowron EA, Friedlander ML. Psychological separation, self-control, and weight preoccupation among elite women athletes.Journal of Counseling & Development. 1994;72:310-315.
130. Durak M. Deprem Yaşamış Üniversite Öğrencilerinin Psikolojik Belirtilerini Yordamada Psikolojik Dayanıklılığın Rolü. Orta Doğu Teknik Üniversitesi; 2002.
131. Bonanno GA, Mancini AD. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma.Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2012;4:74-83.
132. Klag S, Bradley G. The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender.Br J Health Psychol. 2004;9(Pt 2):137-61.
133. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing.J Adv Nurs. 2001;33(5):660-7.
134. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms.Am J Orthopsychiatry. 1987;57(3):316-331.

135. Haase JE. The adolescent resilience model as a guide to interventions.J Pediatr Oncol Nurs. 2004;21(5):289-99; discussion 300-4.
136. Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Brodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience: a concept analysis.J Adolesc. 2003;26(1):1-11.
137. Ülker Tümlü G, Recepoğlu E. Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki.Yükseköğretim ve Bilim Dergisi. 2013;3:205-213.
138. Barnard CP. Resiliency: A shift in our perception?American Journal of Family Therapy. 1994;22(2):135-144.
139. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children.American Psychologist. 1998;53:205-220.
140. Smith J, Prior M. Temperament and stress resilience in school-age children: a within-families study.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995;34(2):168-79.
141. Fenwick-Smith A, Dahlberg EE, Thompson SC. Systematic review of resilience-enhancing, universal, primary school-based mental health promotion programs.BMC Psychology. 2018;6(1):30.
142. Gizir C, Aydın G. Psikolojik Sağlamlık ve Ergen Gelişim Ölçeği'nin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları.Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2006;26(3):87-99.
143. Zolkoski SM, Bullock LM. Resilience in children and youth: A review.Children and Youth Services Review. 2012;34:2295-2303.
144. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire?Int J Eat Disord. 1994;16(4):363-70.
145. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dusgor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents.Eur Eat Disord Rev. 2011;19(6):509-11.
146. Levine J, Green C, Millon T. The Separation-Individuation Test of Adolescence.Journal of personality assessment. 1986;50:123-37.
147. Bildik T, Tamar M, Dural S, et al. Adolesan ayrılma bireyleşme testi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması 20. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, 162. Doctoral dissertation; 2010.
148. Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children--a preliminary psychometric study.J Psychiatr Res. 2009;43(7):680-6.
149. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent DR. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children: present and life time version (K-SADS-PL) DSM-5.November 2016 working draft. 2016;
150. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroğlu F, et al. [Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T)].Turk Psikiyatri Derg. 2019;30(1):42-50.
151. Aliyeva N. Romatizmal kalp hastalıklarında yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi.2020;
152. Liebenberg L, Ungar M, Van de Vijver F. Validation of the Child and Youth Resilience Measure-28 (CYRM-28) Among Canadian Youth.Research on Social Work Practice. 2012;22:219-226.

153. Arslan G. Çocuk ve Genç Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (ÇGPSÖ) Psikometrik Özellikleri: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması.Ege Eğitim Dergisi. 2015;16:1.
154. Liebenberg L, Ungar M, Leblanc J. The CYRM-12: A brief measure of resilience.Canadian journal of public health Revue canadienne de santé publique. 2013;104:e131-5.
155. Ho TF, Tai BC, Lee EL, Cheng S, Liow PH. Prevalence and profile of females at risk of eating disorders in Singapore.Singapore Med J. 2006;47(6):499-503.
156. Lindberg L, Hjern A. Risk factors for anorexia nervosa: A national cohort study.International Journal of Eating Disorders. 2003;34(4):397-408.
157. Bould H, DeStavola B, Magnusson C, et al. The influence of school in the development of eating disorders: a record-linkage study.Lancet. 2015;385 Suppl 1:S24.
158. Herzog DB. Bulimia: the secretive syndrome.Psychosomatics. 1982;23(5):481-3, 487.
159. Bonenberger R, Klosinski G. [Parent personality, family status and family dynamics in anorexia nervosa patients with special reference to father-daughter relations (a retrospective study)].Z Kinder Jugendpsychiatr. 1988;16(4):186-95.
160. Vandereycken W, Van Vreckem E. Siblings of patients with an eating disorder.International Journal of Eating Disorders. 1992;12(3):273-280.
161. Dolan BM, Evans C, Lacey JH. Family composition and social class in bulimia. A catchment area study of a clinical and a comparison group.J Nerv Ment Dis. 1989;177(5):267-72.
162. Ahrén JC, Chiesa F, Af Klinteberg B, Koupil I. Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa--results from the Stockholm Birth Cohort Study.Int J Eat Disord. 2012;45(3):362-9.
163. Suisman JL, Burt SA, McGue M, Iacono WG, Klump KL. Parental divorce and disordered eating: an investigation of a gene-environment interaction.Int J Eat Disord. 2011;44(2):169-77.
164. Boumann CE, Yates WR. Risk factors for bulimia nervosa: a controlled study of parental psychiatric illness and divorce.Addict Behav. 1994;19(6):667-75.
165. Martínez-González MA, Gual P, Lahortiga F, Alonso Y, de Irala-Estévez J, Cervera S. Parental factors, mass media influences, and the onset of eating disorders in a prospective population-based cohort.Pediatrics. 2003;111(2):315-20.
166. Pike KM, Hilbert A, Wilfley DE, et al. Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study.Psychol Med. 2008;38(10):1443-53.
167. Winkler LA-D, Christiansen E, Lichtenstein MB, Hansen NB, Bilenberg N, Støving RK. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis.Psychiatry Research. 2014;219(1):1-9.
168. Bould H, De Stavola B, Lewis G, Micali N. Do disordered eating behaviours in girls vary by school characteristics? A UK cohort study.European Child & Adolescent Psychiatry. 2018;27(11):1473-1481.
169. Ulfvebrand S, Birgegård A, Norring C, Högdahl L, von Hausswolff-Juhlin Y. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database.Psychiatry Res. 2015;230(2):294-9.
170. Godart N, Radon L, Curt F, et al. Mood disorders in eating disorder patients: Prevalence and chronology of ONSET.J Affect Disord. 2015;185:115-22.
171. Ahrén-Moonga J, Silverwood R, Klinteberg BA, Koupil I. Association of higher parental and grandparental education and higher school grades with risk of

hospitalization for eating disorders in females: the Uppsala birth cohort multigenerational study.Am J Epidemiol. 2009;170(5):566-75.
172. Gard MC, Freeman CP. The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status.Int J Eat Disord. 1996;20(1):1-12.
173. Råstam M, Gillberg C. The family background in anorexia nervosa: a population-based study.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1991;30(2):283-9.
174. Ahrén JC, Chiesa F, Koupil I, Magnusson C, Dalman C, Goodman A. We are family--parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females.Int J Eat Disord. 2013;46(7):693-700.
175. Sundquist J, Ohlsson H, Winkleby MA, Sundquist K, Crump C. School Achievement and Risk of Eating Disorders in a Swedish National Cohort.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016;55(1):41-46.e1.
176. Ünsal A, Tozun M, Ayrancı Ü, Arslantaş D. Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler.Dirim Tıp Gazetesi. 2010;85(3):100-112.
177. Wang Z, Byrne NM, Kenardy JA, Hills AP. Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents.Eat Behav. 2005;6(1):23-33.
178. Maor NR, Sayag S, Dahan R, Hermoni D. Eating attitudes among adolescents.Isr Med Assoc J. 2006;8(9):627-9.
179. Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity.Arch Gen Psychiatry. 1998;55(7):603-10.
180. Schmidt U, Hodes M, Treasure J. Early onset bulimia nervosa: who is at risk? A retrospective case–control study.Psychological Medicine. 1992;22(3):623-628.
181. Canals J, Sancho C, Arija MV. Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents.European Child & Adolescent Psychiatry. 2009;18(6):353-359.
182. Goldschmidt AB, Wall MM, Choo TH, Bruening M, Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D. Examining associations between adolescent binge eating and binge eating in parents and friends.Int J Eat Disord. 2014;47(3):325-8.
183. Khandpur N, Charles J, Blaine RE, Blake C, Davison K. Diversity in fathers' food parenting practices: A qualitative exploration within a heterogeneous sample.Appetite. 2016;101:134-145.
184. Guerrero AD, Chu L, Franke T, Kuo AA. Father involvement in feeding interactions with their young children.American journal of health behavior. 2016;40(2):221-230.
185. Lydecker JA, Grilo CM. Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors.Journal of Psychosomatic Research. 2016;86:63-69.
186. Walsh AD, Hesketh KD, van der Pligt P, Cameron AJ, Crawford D, Campbell KJ. Fathers' perspectives on the diets and physical activity behaviours of their young children.PloS one. 2017;12(6):e0179210.
187. Ziobrowski HN, Sonneville KR, Eddy KT, et al. Maternal Eating Disorders and Eating Disorder Treatment Among Girls in the Growing Up Today Study.J Adolesc Health. 2019;65(4):469-475.
188. Martini MG, Barona-Martinez M, Micali N. Eating disorders mothers and their children: a systematic review of the literature.Arch Womens Ment Health. 2020;23(4):449-467.

189. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study.Arch Pediatr Adolesc Med. 2008;162(3):261-7.
190. Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions.Curr Psychiatry Rep. 2017;19(8):45.
191. Neumark-Sztainer D, Story M, Hannan PJ, Beuhring T, Resnick MD. Disordered eating among adolescents: associations with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors.Int J Eat Disord. 2000;28(3):249-58.
192. Hund AR, Espelage DL. Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress.Child Abuse & Neglect. 2006;30(4):393-407.
193. Preti A, Incani E, Camboni MV, Petretto DR, Masala C. Sexual abuse and eating disorder symptoms: the mediator role of bodily dissatisfaction.Comprehensive Psychiatry. 2006;47(6):475-481.
194. Grabhorn R, Stenner H, Kaufbold J, Overbeck G, Stangier U. [Shame and social anxiety in anorexia and bulimia nervosa].Z Psychosom Med Psychother. 2005;51(2):179-93.
195. Goss K, Allan S. Shame, pride and eating disorders.Clinical Psychology & Psychotherapy. 2009;16(4):303-316.
196. Madowitz J, Matheson BE, Liang J. The relationship between eating disorders and sexual trauma.Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. 2015;20(3):281-293.
197. Berge JM, Loth K, Hanson C, Croll-Lampert J, Neumark-Sztainer D. Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach.Journal of Clinical Nursing. 2012;21(9-10):1355-1363.
198. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician.J Gen Intern Med. 2000;15(8):577-90.
199. Larsen JT, Munk-Olsen T, Bulik CM, et al. Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study.International Journal of Eating Disorders. 2017;50(12):1404-1412.
200. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons.Arch Gen Psychiatry. 1999;56(5):468-76.
201. Webster JJ, Palmer RL. The childhood and family background of women with clinical eating disorders: a comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder.Psychol Med. 2000;30(1):53-60.
202. Wiss DA, Brewerton TD. Adverse Childhood Experiences and Adult Obesity: A Systematic Review of Plausible Mechanisms and Meta-Analysis of Cross-Sectional Studies.Physiol Behav. 2020;223:112964.
203. Martini M, Longo P, Tamarin T, et al. Exploring Caloric Restriction in Inpatients with Eating Disorders: Cross-Sectional and Longitudinal Associations with Body Dissatisfaction, Body Avoidance, Clinical Factors, and Psychopathology.Nutrients. 2023;15(15)
204. Stein RI, Kenardy J, Wiseman CV, Dounchis JZ, Arnow BA, Wilfley DE. What's driving the binge in binge eating disorder?: A prospective examination of precursors and consequences.Int J Eat Disord. 2007;40(3):195-203.

205. Goldschmidt AB, Wall M, Loth KA, Le Grange D, Neumark-Sztainer D. Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults.Journal of Adolescent Health. 2012;51(1):86-92.
206. Manasse SM, Lampe EW, Srivastava P, Payne-Reichert A, Mason TB, Juarascio AS. Momentary associations between fear of weight gain and dietary restriction among individuals with binge-spectrum eating disorders.Int J Eat Disord. 2022;55(4):541-552.
207. Lampe EW, Wons O, Taylor LC, Juarascio AS, Manasse SM. Associations between fear of weight gain and exercise in binge-spectrum eating disorders.Eat Weight Disord. 2022;27(6):2121-2128.
208. Killen JD, Taylor CB, Hayward C, et al. Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis.International Journal of Eating Disorders. 1994;16(3):227-238.
209. Hilbert A, Tuschen-Caffier B. Body-related cognitions in binge-eating disorder and bulimia nervosa.Journal of Social and Clinical Psychology. 2005;24(4):561-579.
210. Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders.Br J Psychiatry. 2001;179:236-42.
211. Smolak L, Levine MP. Separation-individuation difficulties and the distinction between bulimia nervosa and anorexia nervosa in college women.Int J Eat Disord. 1993;14(1):33-41.
212. Friedlander ML, Siegel SM. Separation-individuation difficulties and cognitive-behavioral indicators of eating disorders among college women.Journal of Counseling Psychology. 1990;37(1):74-78.
213. Taşkin EO, Özmen E, Yüksel GE. Üniversite birinci sınıf öğrencilerinde ayrılma bireyleşme özellikleri ve depresyon ilişkisi.Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10(3):174-180.
214. O'Kearney R. Attachment disruption in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A review of theory and empirical research.International Journal of Eating Disorders. 1996;20(2):115-127.
215. Laliberté M, Boland FJ, Leichner P. Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa.Journal of Clinical Psychology. 1999;55(9):1021-1040.
216. Tasca GA, Szadkowski L, Illing V, et al. Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies.Personality and Individual Differences. 2009;47(6):662-667.
217. Ward A, Ramsay R, Turnbull S, Steele M, Steele H, Treasure J. Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective.British Journal of Medical Psychology. 2001;74(4):497-505.
218. Tasca GA. Attachment and eating disorders: a research update.Curr Opin Psychol. 2019;25:59-64.
219. Özbaran NB. Majör defresif bozukluğu olan ergenlerin ayrılma bireyleşme özelliklerinin ve ana baba tutumlarının değerlendirilmesi.2004;
220. Levine JB, Saintonge S. Psychometric properties of the Separation-Individuation Test of Adolescence within a clinical population.J Clin Psychol. 1993;49(4):492-507.
221. Doba K, Berna G, Constant E, Nandrino JL. Self-differentiation and eating disorders in early and middle adolescence: A cross-sectional path analysis.Eat Behav. 2018;29:75-82.
222. Gençtan E. Psikodinamik psikiyatri ve normaldışı davranışlar. Metis Yayınları; 2006.

223. Bruch H. Eating Disorders. Basic Books; 1985.
224. Crum KI, Waschbusch DA, Willoughby MT. Callous-unemotional traits, behavior disorders, and the student–teacher relationship in elementary school students.Journal of Emotional and Behavioral Disorders. 2016;24(1):16-29.
225. Pianta RC, Hamre B, Stuhlman M. Relationships between teachers and children. Handbook of psychology: Educational psychology, Vol 7. John Wiley & Sons, Inc.; 2003:199-234.
226. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, et al. Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health.Jama. 1997;278(10):823-832.
227. Aila Gustafsson S, Edlund B, Kjellin L, Norring C. Risk and protective factors for disturbed eating in adolescent girls - aspects of perfectionism and attitudes to eating and weight.Eur Eat Disord Rev. 2009;17(5):380-9.
228. Masuda A, Boone MS, Timko CA. The role of psychological flexibility in the relationship between self-concealment and disordered eating symptoms.Eat Behav. 2011;12(2):131-5.
229. Lie S, Wisting L, Stedal K, Rø Ø, Friborg O. Stressful life events and resilience in individuals with and without a history of eating disorders: a latent class analysis.J Eat Disord. 2023;11(1):184.
230. Grogan K, O'Daly H, Bramham J, Scriven M, Maher C, Fitzgerald A. A qualitative study on the multi-level process of resilience development for adults recovering from eating disorders.J Eat Disord. 2021;9(1):66.
231. Robert M, Shankland R, Andreeva VA, et al. Resilience Is Associated with Less Eating Disorder Symptoms in the NutriNet-Santé Cohort Study.Int J Environ Res Public Health. 2022;19(3)
232. Thompson MGG, Patterson PGR. The Thompson-Patterson Scale of Psychosocial Development: I. Theoretical Basis.The Canadian Journal of Psychiatry. 1986;31(5):387-397.