

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ANOREKSİYA NERVOZA TANISI OLAN ERGENLERDE
BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN
İNCELENMESİ: MÜKEMMELİYETÇİLİK, DUYGU
DÜZENLEME VE RUMİNASYON**

Dr. Neşe DİKMEER BEKTAŞ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**ANKARA
2020**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ANOREKSİYA NERVOZA TANISI OLAN ERGENLERDE
BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN
İNCELENMESİ: MÜKEMMELİYETÇİLİK, DUYGU
DÜZENLEME VE RUMİNASYON**

Dr. Neşe DİKMEER BEKTAŞ

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilşad FOTO ÖZDEMİR**

**ANKARA
2020**

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitim ve öğretim sürecimde kendisinden çok şey öğrendiğim, çalışkanlığıyla kendime örnek aldığım, zorlandığım her konuda beni her zaman güler yüzle karşılayarak teşvik edici sözleriyle rahatlatıp destek olmaya çalışan, tez süreci boyunca bilgi ve tecrübesini sabırla paylaşıp yol gösteren, beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum çok kıymetli danışman hocam Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca farklı bakış açılarıyla mesleki kimliğime büyük katkıları olan değerli hocalarım Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu Çetin, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür, Doç. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Tuna Çak Esen, Doç. Dr. Gülin Evinç, Yrd. Doç. Dr. Dilek Ünal, Yrd. Doç. Burcu Alan Ersöz'e,

Asistanlık sürecimin her döneminde birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım Uzm. Dr. Kevser Nalbant ve Uzm. Dr. Cihan Aslan'a, şimdiye kadar birlikte çalışmış olduğum tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm psikoloğumuz Şeniz Özusta, sosyal hizmet uzmanlarımız Ferda Karadağ ve Yaşar Çavdar, bölüm sekreterlerimiz Ayşe Mert, Nuran İnceoğlu ve Sevim Tombaş'a,

Çalışma ortamımın güzelliğini varlığıyla arttıran, iş koşulları dışında da hayatımın birçok anında birlikte olmaktan mutluluk duyduğum arkadaşım Uzm. Dr. Rahime Yaprakçı'ya,

Her zaman önümden giderek benim yolumu aydınlatan, tez sürecinde de tecrübeleri ve yardımlarıyla bana destek olan ablam Uzm. Dr. Ayşe Dikmeer'e,

Her türlü fedakarlıkla bugünlere ulaşmamı sağlayan annem Neriman Dikmeer ve babam Hüseyin Dikmeer'e, varlığından mutluluk duyduğum kardeşim Yunus Emre Dikmeer'e,

Hayatımı her anlamda kolaylaştırdığı gibi tez sürecinde de desteklerini esirgemeyen, kendimi her zaman güvende hissettiren eşim Özgür Bektaş'a, varlığı ile gündemimin değişmez bir numarası olarak diğer bütün konulardaki kaygılarımı azaltan, hayata bakışımı değiştiren, tüm insani duygularımı arttıran canım kızım Derin'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Dikmeer Bektaş, N. Anoreksiya Nervosa Tanısı Olan Ergenlerde Bilinçli Farkındalığın ve İlişkili Etmenlerin İncelenmesi: Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2020. Bu çalışma anoreksiya nervosa (AN) tanısı olan ergenler ile hastalığın remisyon döneminde olanlar ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin mükemmeliyetçilik, ruminasyon, duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerileri açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır. Ayrıca bu değişkenlerin yeme bozukluğu belirtileri, depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkisi de değerlendirilmiştir. Çalışmaya 12-18 yaş arasında, AN olan 20 ergen, AN hastalığının remisyon döneminde olan 16 ergen ve araştırma grubu ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik-sosyokültürel düzey açısından eşleştirilmiş 40 sağlıklı kontrol alınmıştır. Araştırma grubundaki ergenlerde şimdiki ve geçmiş dönemdeki AN tanısını doğrulamak ve kontrol grubundaki ergenlerde psikiyatrik hastalıkları dışlamak için KSADS-PL kullanılmıştır. Ergenler, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BBBFÖ), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği (BBÖHOÖ), Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (FÇBMÖ), Ruminatif Tepkiler Ölçeği, Kısa Formu (RTÖ-KF) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)'den yararlanılmıştır. Çalışma sonucunda AN olan ergenlerin yeme bozukluğu şiddetinin daha yüksek olduğu, daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı, mükemmeliyetçiliklerinin daha fazla olduğu, saplantılı düşünmeye (brooding) daha fazla sahip oldukları ve daha düşük bilinçli farkındalık becerilerine sahip oldukları bulunsa da depresyon ve anksiyete düzeylerine göre ölçek puanları düzeltildiğinde sadece yeme bozukluğu belirti şiddetinde olan farklılık anlamlılık göstermiştir. AN grubunda beden bölgelerinden hoşnutsuzluk yeme bozukluğu belirtilerinde yordayıcı iken, bilinçli farkındalıkta duygu düzenleme güçlükleri yordayıcı değişken olarak bulunmuştur. Tüm örneklem değerlendirildiğinde de beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ve depresif belirtilerin yeme bozukluğu belirtilerini yordayan, duygu düzenleme güçlüklerinin ve mükemmeliyetçiliğin ise bilinçli farkındalık becerilerini yordayan risk etkenleri olabileceği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Anoreksiya nervosa, bilinçli farkındalık, mükemmeliyetçilik, ruminasyon, duygu düzenleme.

ABSTRACT

Dikmeer Bektaş, N. Investigation of Mindfulness and Associated Factors in Adolescents with Anorexia Nervosa: Perfectionism, Emotion Regulation and Rumination, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2020. This is a cross-sectional study comparing adolescents diagnosed with anorexia nervosa (AN), those in the remission period of the disease and adolescents without any psychiatric disease, in terms of perfectionism, rumination, emotion regulation and mindfulness skills. Additionally, the relationship of these variables with symptoms of eating disorders, symptoms of depression and anxiety was evaluated. Seventy six adolescents between the ages 12-18 were enrolled in the study, 20 in AN group, 16 in remission group and 40 in healthy control group that matched for age, gender and socioeconomic-sociocultural level. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was used to confirm previous and current AN disease in research group and to exclude any psychiatric disease in healthy control group. All adolescents completed Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q, Five Facets Mindfulness Questionnaire-FFMQ, The Difficulties in Emotion Regulation Scale –DERS, Body Image Satisfaction Questionnaire –BISQ, Frost Multidimensional Perfectionism Scale - FMPS, Ruminative Response Scale Short Version – RRS-SV. Additionally, Beck Depression Inventory (BDI), Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED) were used. As a result, it was shown that adolescents with AN had higher eating disorder severity, had more emotional regulation difficulties, perfectionism, brooding thinking and had less mindfulness skills, thus when scale scores were corrected according to depression and anxiety levels, only the difference in eating disorder symptom severity showed significance. While dissatisfaction from body areas in the AN group was predictive of eating disorder symptoms, difficulties in emotion regulation were predictive of mindfulness. When the whole sample was evaluated, it was determined that dissatisfaction from body areas and depressive symptoms were predictive of eating disorder symptoms, and emotion regulation difficulties and perfectionism were predictive of mindfulness skills.

Key words: Anorexia nervosa, mindfulness, perfectionism, rumination, emotion regulation.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Yeme Bozuklukları	5
2.2. Anoreksiya Nervoza	6
2.2.1. Tanım ve Klinik Özellikler	6
2.2.2. DSM-5 ile Değerlendirme	8
2.2.3. Etiyoloji	12
2.2.4. Epidemiyoloji	15
2.2.5. Eşlik Eden Psikopatolojiler	16
2.2.6. Tedavi	17
2.2.7. Gidiş	20
2.3. Mükemmeliyetçilik	22
2.3.1. Genel Bilgiler	22
2.3.2. Yeme Bozuklukları ve Mükemmeliyetçilik	24
2.3.3. Mükemmeliyetçilik ve Anoreksiya Nervoza	25
2.4. Ruminasyon	28
2.4.1. Genel Bilgiler	28
2.4.2. Ruminasyon ve Yeme Bozuklukları	31
2.4.3. Ruminasyon ve Mükemmeliyetçilik	33
2.5. Duygu Düzenleme	33
2.5.1. Genel Bilgiler	33
2.5.2. Duygu Düzenleme Stratejileri	34
2.5.3. Duygu Düzenleme ve Yeme Bozuklukları	36

	Sayfa
2.5.4. Duygu Düzenleme, Mükemmeliyetçilik ve Ruminasyon	37
2.6. Bilinçli Farkındalık	38
2.6.1. Genel Bilgiler	38
2.6.2. Bilinçli Farkındalık ve Yeme Bozuklukları	40
2.6.3. Bilinçli Farkındalık ve Mükemmeliyetçilik	41
2.6.4. Bilinçli Farkındalık ve Ruminasyon	42
2.6.5. Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme	43
2.6.7. Bilinçli Farkındalık Temelli Terapiler	44
2.7. Araştırmanın Amacı	46
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	48
3.1. Araştırmanın Deseni	48
3.2. Araştırmanın �rneklemi	48
3.3. Örneklemin Seçimi	48
3.3.1. Araştırma Grubunun Oluşturulması	48
3.3.2. Kontrol Gruplarının Oluşturulması	49
3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler	51
3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	52
3.4.2. Hollingshead-Redich �l�eği	52
3.4.3. Okul �ağı çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme �izelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL)	53
3.4.4. Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık �l�eği –BBBF� (Five Facets Mindfulness Questionnaire-FFMQ)	54
3.4.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler �l�eği - DDGÖ (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)	54
3.4.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme �l�eği – YBD� (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)	56
3.4.7. Beden Bölgelerinden ve �zelliklerinden Hoşnut Olma �l�eği - BBÖHOÖ (Body Image Satisfaction Questionnaire - BISQ)	57
3.4.8. Frost �ok Boyutlu Mükemmeliyetçilik �l�eği - F�BM� (Frost Multidimensional Perfectionism Scale - FMPS)	57
3.4.9. Ruminatif Tepkiler �l�eği, Kısa Formu - RT�-KF (Ruminative Response Scale Short Version – RRS-SV)	58

	Sayfa
3.4.10. Beck Depresyon Ölçeği – BDÖ (Beck Depression Inventory - BDI)	59
3.4.11. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği – ÇATÖ (Screen for Child Anxiety and Related Disorders - SCARED)	59
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler	59
3.6. Uygulama	60
4. BULGULAR	62
4.1. Ergenlerin Demografik, Özgeçmiş-Soygeçmiş ve Klinik Özellikleri	62
4.1.1. Demografik Özellikler	62
4.1.2. Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri	63
4.1.3. Klinik Özellikler	64
4.2. Ergenlerde Yeme Davranışlarının ve Bu Davranışlarla İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi	66
4.2.1. Yeme Davranışının Değerlendirilmesi	66
4.2.2. Ergenlerde Ruminatif Özellikler	66
4.2.3. Ergenlerin Mükemmeliyetçilik Özellikleri	67
4.2.4. Annelerin Mükemmeliyetçilik Özellikleri	67
4.2.5. Ergenlerin Duygu Düzenleme Becerileri	68
4.2.6. Ergenlerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri	69
4.2.7. Ergenlerin Beden Algısının Değerlendirilmesi	70
4.2.8. Ergenlerin Depresyon Belirtilerinin Değerlendirilmesi	70
4.2.9. Ergenlerin Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi	71
4.3. Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmesi	72
4.4. Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Depresyon ve Anksiyete Puanlarına Göre Düzeltilmesi	73
4.5. Ergenlerin ve Annelerinin Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi	74
4.6. AN Grubunda Ölçek Puanlarının Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	75
4.7. Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Klinik ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi	76
4.7.1. Ergenlerde Ölçek Puanlarının Yaş İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	76
4.7.2. Ergenlerde BKİ İle Ölçek Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi	76
4.7.3. AN ve Remisyon Gruplarında Ölçek Puanlarının Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi	77

	Sayfa
4.7.4. AN ve Remisyon Gruplarında Ölçek Puanlarının Aktif Hastalık Süresi İle İlişkisi	77
4.8. Ergenlerde Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	77
4.8.1. AN Grubunda Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	77
4.8.2. Remisyon Grubunda Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	78
4.8.3. Sağlıklı Kontrol Grubunda Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	79
4.9. Ergenlerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	80
4.9.1. AN Grubunda Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	80
4.9.2. Remisyon Grubunda Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	81
4.9.3. Sağlıklı Kontrol Grubunda Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	82
4.10. Ergenlerde Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik ve Yeme Davranışlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi	83
4.11. AN Grubunda Yeme Davranışlarını ve Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler	84
4.11.1. AN Grubunda Yeme Davranışlarını Yordayan Değişkenler	84
4.11.2. AN Grubunda Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler	84
4.12. Tüm Örnekleme Yeme Davranışlarını ve Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler	85
4.12.1. Tüm Örnekleme Yeme Davranışlarını Yordayan Değişkenler	85
4.12.2. Tüm Örnekleme Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler	86
5. TARTIŞMA	87
5.1. Örneklemin Değerlendirilmesi	87

	Sayfa
5.1.1. Yaş, Sosyodemografik Özellikler ve Aile Özellikleri	87
5.1.2. Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi	88
5.1.3. AN ve Remisyon Grubunda Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi	89
5.1.4. Eşhastalanım Olarak Depresyon ve Anksiyete	90
5.2. Ergenlerde Yeme Davranışının Bedeninden Hoşnutluk, Depresyon, Ruminasyon, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Bilinçli Farkındalık İle İlişkisinin Değerlendirilmesi	92
5.2.1. Yeme Davranışı ve Beden Bölgelerinden/Özelliklerinden Hoşnut Olma Durumu	92
5.2.2. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Depresif Özellikler	93
5.2.3. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Ruminatif Özellikler	94
5.2.4. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Mükemmeliyetçilik	96
5.2.5. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Duygu Düzenleme Becerileri	98
5.2.6. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Bilinçli Farkındalık	104
5.3. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	109
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	111
7. KAYNAKÇA	113
EKLER	
Ek 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	
Ek 2: Hollingshead-Redich Ölçeği	
Ek 3: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
Ek 4: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği	
Ek 5: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	
Ek 6: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği (Kızlar)	
Ek 7: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği	
Ek 8: Ruminatif Tepkiler Ölçeği (Kısa Form)	
Ek 9: Beck Depresyon Envanteri	
Ek 10: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AN	Anoreksiya Nervosa
AN-BP	Anoreksiya Nervosa Binge-Purging (tıkınan/çıkarıcı)
AN-RT	Anoreksiya Nervosa Restrictive Type (kısıtlayıcı)
ATT	Aile Tabanlı Tedavi
BBBFÖ	Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği
BBÖHOÖ	Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDT	Bilişsel-davranışçı Terapi
BF	Bilinçli Farkındalık
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulimia Nervosa
ÇATÖ	Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği
ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
DBT	Diyalektik Davranış Terapisi
DDGÖ	Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
FÇBMÖ	Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği
MBCT	Bilinçli Farkındalık Temelli Kognitif Terapi
MBSR	Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
RTÖ-KF	Ruminatif Tepkiler Ölçeği, Kısa Formu
SED	Sosyoekonomik düzey
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SSRI	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TYB	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YB	Yeme Bozukluğu

YBDÖ	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
YBE	Yeme Bozukluğu Envanteri
YTT	Yeme Tutum Testi
χ^2	Ki Kare
n	Kişi sayısı
p	Anlamlılık düzeyi

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1: Grupların Demografik Özellikleri.....	62
Tablo 4.2: Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri.....	64
Tablo 4.3: Grupların Yeme Bozukluğu İle İlgili Klinik Özellikleri.....	65
Tablo 4.4: Anoreksiya Nervoza Grubundaki Ergenlerin BKİ'ye Göre Hastalık Şiddeti:	65
Tablo 4.5: Ergenlerin Gruplara Göre Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi	66
Tablo 4.6: Ergenlerin Gruplara Göre Ruminatif Özelliklerinin Karşılaştırılması	66
Tablo 4.7: Ergenlerin Gruplara Göre Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Karşılaştırılması	67
Tablo 4.8: Ergenlerin Annelerinin Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Karşılaştırılması	68
Tablo 4.9: Ergenlerin Gruplara Göre Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Değerlendirilmesi.....	69
Tablo 4.10: Ergenlerin Gruplara Göre Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması	70
Tablo 4.11: Ergenlerin Bedenlerinden Hoşnutluk Durumlarının Gruplara Göre Değerlendirmesi.....	70
Tablo 4.12: Ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanları Karşılaştırması ve Kesim Noktasına Göre Depresyon Durumu	71
Tablo 4.13: Ergenlerde Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Puanları Karşılaştırması ve Kesim Noktasına Göre Anksiyete Bozukluğu Durumu.....	72
Tablo 4.14: Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmesi.....	73
Tablo 4.15: Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının BDÖ ve ÇATÖ Puanlarına Göre Düzeltilmesi.....	74
Tablo 4.16: AN Grubunda Ölçek Puanlarının Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	75
Tablo 4.17: Ergenlerde Ölçek Puanlarının Yaş İle İlişkisinin Değerlendirilmesi....	76
Tablo 4.18: Ergenlerde BKİ İle Ölçek Puanlarının İlişkisi	77

Sayfa

Tablo 4.19: AN Grubunda YBDÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi	78
Tablo 4.20: Remisyon Grubunda YBDÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	79
Tablo 4.21: Sağlıklı Kontrol Grubunda YBDÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi	80
Tablo 4.22: AN Grubunda BBBFÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	81
Tablo 4.23: Remisyon Grubunda BBBFÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	82
Tablo 4.24: Sağlıklı Kontrol Grubunda BBBFÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi	83
Tablo 4.25: Araştırma Gruplarında BBÖHOÖ, FÇBMÖ ve YBDÖ Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	84
Tablo 4.26: Tüm Örneklemde YBDÖ Puanlarını Yordayan Değişkenler	85
Tablo 4.27: Tüm Örneklemde BBBFÖ Puanlarını Yordayan Değişkenler	86

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Anoreksiya nervoza (AN) , yaşa ve boya göre olması gereken en düşük beden ağırlığının altında olmaya rağmen şişmanlamaktan korkma, zayıf bir bedene sahip olmak isteme, bedeninin boyutlarını ve biçimini algılamada bozukluk olması ile karakterizedir. AN hastalarında beden ağırlığını kontrol altında tutmak amacıyla besin alımında kısıtlama, kendi kendini kusturma, çeşitli ilaçların kötüye kullanımı ve aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar da sıklıkla görülmektedir (1). Tüm bu özellikleri ve eşhastalanım oranlarının yüksekliği nedeni ile AN, en yüksek mortalite oranına sahip psikiyatrik hastalıklardan biridir (2).

Yeme Bozuklukları (YB), psikiyatrik hastalıklar içerisinde cinsiyet farklılığı en belirgin olan hastalık gruplarından biridir. Çalışmalarda, genel olarak kızlarda erkeklere göre 6-10 kat fazla görüldüğü gösterilse de, son zamanlarda erkeklerde görülme sıklığının da arttığını bildiren yayınlar mevcuttur (3). DSM-5'e göre yapılan çalışmalarda AN'nın yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda % 1.7, erkeklerde % 0.1 olarak bildirilmektedir (4). YB'larının başlangıç yaşı genellikle ergenlik ve genç erişkinlik yıllarındadır. Anoreksiya nervozanın başlangıç yaşının 13-20, bulimia nervozanın başlangıç yaşının 16-24 arasında olduğu bildirilmektedir (5).

AN tanısına sahip ergenlerin %60'ından fazlasında depresyon belirtilerinin olduğu bildirilmektedir (6-8). Benzer şekilde AN olan hastaların yaklaşık %25'inde en az bir anksiyete bozukluğu tanısı vardır (7). AN'li hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozukluklar sırasıyla depresyon, kaygı bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve sosyal fobidir (9).

Yeme bozukluklarının oluşması tek bir etkene dayandırılmamaktadır. Bu hastalıkların genel olarak genetik ve nörobiyolojik yatkınlıklarla; çevresel, sosyokültürel ve ruhsal faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığı varsayılmaktadır (10).

Bununla beraber alanyazın incelendiğinde YB patolojisiyle özellikle duygu düzenleme, stres intoleransı, ve bilişsel/duygusal kaçınma stratejileri arasında bir ilişki olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (11, 12). Bir izlem çalışmasında, duygu düzenleme becerisinde önemli sorunlar olmasının, AN belirtilerinin devam etmesinde önemli bir yordayıcı olduğu bildirilmiştir (13). Hastalarda görülen besin

kısıtlaması, tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarının, olumsuz duyguları düzenlemeye hizmet eden davranışlar oldukları ileri sürülmektedir (14).

Yeme bozukluklarının etiolojisi ve devamlılığıyla bağımsız olarak ilişkili olan diğer değişkenler ise mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve beden biçimi, kilo ve yeme ile ilgili ruminasyonlardır (15). Özellikle sosyal çevrenin mükemmeli beklediği düşüncesi ile büyük oranda ilişkili olan uyumsuz mükemmeliyetçilik, bozulmuş yeme davranışlarının etiolojisinde önemlidir. Bu kişiler toplumun kendisinden ideal bir bedene sahip olmasını beklediğini düşünerek, bedeninden memnuniyetsizlik ve yeme bozukluğu geliştirme riskine sahip olabilir (16). Ruminasyon ise, kişilerin problemlerinin üstesinden gelmek için çaba göstermeden, içinde bulunulan ruh halini ve bunun muhtemel sebep ve sonuçlarını süregelen biçimde düşünmesi olarak tanımlanmaktadır (17). Araştırmalarda mükemmeliyetçilerin ruminasyona daha yatkın oldukları, ruminasyonun adaptif olmayan mükemmeliyetçilik ve stres arasında mediyatör olabileceği belirtilmiştir (18, 19).

Yazında AN'de çekirdek belirti diyebileceğimiz ruminasyon ve mükemmeliyetçilik ile duygu düzenleme becerileri ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur. AN'de ruminasyon konusuna farklı teorik yaklaşımlar bulunmaktadır; bunun afektif bir kaçınma davranışına hizmet eden, negatif duygulanımdan korunmak için geliştirilen bir bilişsel duygu düzenleme stratejisi olduğu öne sürülmektedir (20). Ayrıca YB hastaları ile yapılan çalışmalarda da ruminasyonun bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanıldığı gösterilmiştir (21). Byrne ve arkadaşları (2016) YB tanısı olan ve olmayan 18-25 yaş aralığındaki kadınlarda, mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme ve afektif özelliklerin klinik bozulmadaki etkisine baktıkları çalışmada mükemmeliyetçiliğin ancak duygu düzenlemede güçlüklerle birlikte görüldüğünde klinik üzerine anlamlı etkisi olduğunu bildirmiştir (22). Klinik tanısı olmayan üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da duygu düzenlemede güçlük ve uyumsuz mükemmeliyetçilik etkileşiminin YB belirtileri üzerine anlamlı bir etkisi olduğu gösterilmiştir (16).

Kısıtlama, çıkarma gibi yeme bozukluğunun davranışsal belirtilerinin ötesinde, klinik vakalarda bu davranışlar remisyona girse dahi yeme bozukluğunun devamı ve relapslarla ilişkili olan duygu düzenlemede güçlükler, dürtüsellik, içsel

farkındalığın olmayışı devamlılık gösterdiği, dolayısıyla terapilerde bu noktalara odaklanması gerektiği vurgulanmaktadır (23).

Daha önce yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu tedavisi için kullanılan bilinçli farkındalık temelli terapi yaklaşımlarının, yeme bozukluğunun yeme atağı gibi yemeye özgü semptomları dışında, duygu düzenleme güçlükleri ve içsel farkındalık gibi anahtar psikolojik özelliklerde de değişimi sağladığı gösterilmiştir (24).

Günümüzde bilinçli farkındalığı konu alan araştırmaların oldukça arttığı, bilinçli farkındalık tekniklerinin içgörü, farkındalık ve kabul ile ilgili yaklaşımların baskın olduğu üçüncü dalga bilişsel-davranışçı psikoterapilerde daha sık kullanıldığı, bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi (MBCT), bilinçli farkındalık temelli stres azaltma (MBSR), diyalektik davranış terapisi (DBT) gibi birçok tedavi modelinin klinik olarak anlamlı sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (25, 26). Bilinçli farkındalık tekniklerini içeren tedavilerin hastaların üzerinde duygu düzenlenmesine ve empati yeteneğinin artmasına, tepkiselliğin azalmasına, kişisel ve kişiler arası ilişkilerin iyileşmesine katkıları olduğu gösterilmiştir (27, 28). Bir araştırmada bilinçli farkındalığı yüksek olan bireylerin stres veren yaşantılarla daha iyi baş ettikleri, kaçınma stratejileri yerine uyumlu başa çıkma stratejileri kullandıkları gösterilmiştir (29).

Kavramsal olarak baktığımızda ise bilinçli farkındalığı farklı yönleriyle ele alan tanımlar olduğu görülmektedir. Tanımlamaların çeşitliliği, bilinçli farkındalığın çok yönlü bir kavram olmasından kaynaklanmaktadır. Birbirinden farklı tanımlar birlikte değerlendirildiğinde, şimdiye odaklı dikkat, içsel gözlem, yargısızlık ve kabullenmenin farkındalığın temel bileşenleri olduğunun söylenmesi mümkündür (30).

Farkındalıkla davranma, gözlemlene ve içsel deneyimlere tepkisizliğin, bilinçli farkındalığın yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkili olabilecek boyutları olduğu gösterilmiştir. Yüksek düzeyde farkındalıkla davranan kişiler bozulmuş yeme davranışlarına sebep olan potansiyel tetikleyicileri tanıyabildikleri bildirilmiştir (31).

Bilinçli farkındalığın temel doğasındaki yargısızlık ve kabullenme özellikleriyle mükemmeliyetçi kişilik özellikleri ve bilişsel bir kaçınma stratejisi olan ruminasyon ters düşmektedir. Bu özelliklerle de bilinçli farkındalık ilişkisi çeşitli

popülasyonlarda çalışılmıştır. Sağlıklı popülasyonla yapılan bir çalışmada yeme, kilo ve beden algısı üzerine ruminasyon ve düşük bilinçli farkındalık düzeylerinin, YB belirtileri ile anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir (20). Mükemmeliyetçilik, ruminasyon ve bilinçli farkındalık ilişkisine bakılan bir çalışmada; ‘toplum değerlerine göre mükemmeliyetçiliğin’ bilinçli farkındalıkla ilişkili olan tek mükemmeliyetçilik boyutu olduğu, bilinçli farkındalığın ‘farkındalıkla davranma’ ve ‘içsel deneyimleri yargılamama’ boyutlarının mükemmeliyetçilikle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada yüksek bilinçli farkındalığa sahip olanların, uyumsuz mükemmeliyetçiliğinin, olumsuz tekrarlayıcı düşüncelerinin ve ruhsal sıkıntılarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunarak bilinçli farkındalığın mükemmeliyetçi kişileri negatif duygulanımdan koruyucu bir faktör olabileceği belirtilmiştir (18).

Bilinçli farkındalık ve yeme bozukluğu belirtileri ile ilgili yapılan çalışmaların çoğu klinik tanısı olmayan ve erişkin yaş grubu ile yapılan çalışmalardır. Alanyazında AN hasta grubunda bilinçli farkındalık düzeyi ile ilgili yapılan tek çalışma erişkin kadınları içermektedir ve sadece yeme ile ilgili doğrudan ilişkili belirtiler üzerinden yapılmıştır (32). Ergenlik döneminde AN hastalarında çekirdek belirti olarak değerlendirilen, tedavide değişim hedeflenen özelliklerden mükemmeliyetçilik, ruminasyon, duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerilerini bir arada değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışma AN tanısı olan ergenlerde hastalığın devamlılığı ve relapslarla ilişkilendirilen mükemmeliyetçilik, ruminatif özellikler ve duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin; bilinçli farkındalık becerileri ile ilişkisini incelerken aynı zamanda bedenden memnuniyet ve yeme bozukluğu belirtilerini de değerlendiren ilk çalışma olması nedeniyle önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Önemli halk sağlığı sorunları arasında yer alan yeme bozuklukları üzerinde yapılan araştırmalar son yıllarda giderek artmaktadır. Bu araştırmalar sonucunda YB başlığı altında değerlendirilen hastalıkların tanısal sınıflamaları değiştirilmiş, görülme sıklığının gelişmiş ülkeler dışında gelişmekte olan ülkelerde de artmış olduğu bildirilmiştir. Tüm bunlara rağmen YB hala tedavi bakımından psikiyatride zorluk yaşanan hastalıklar arasında bulunmaktadır (33).

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–5) YB'yi şu şekilde sınıflanmıştır:

1. Anoreksiya nervoza (AN),
2. Bulimia nervoza (BN),
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB),
4. Pika sendromu,
5. Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu,
6. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu,
7. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu,
8. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu (1).

YB diğer psikiyatrik hastalıklar ile eşhastalanımı sık görülmektedir ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklara kıyasla daha fazla süregenleşme ve olumsuz sonuçlara sebep olma eğilimindedir (34, 35).

Yeme bozukluklarının genel olarak batı ülkelerinde görüldüğüne inanılmakla birlikte, son yıllarda yapılan araştırmalarda diğer toplumlarda da yaygın olarak görülen ve sıklığı giderek artan bozukluklar olduğu gösterilmiştir (36). Genel popülasyonda yaklaşık %10 oranında YB olsa da çok az kişinin tedavi olma arayışı ile başvuruda bulunduğu düşünülmektedir (37). Ülkemizde 2006 yılında 414 kadın üniversite öğrencisi ile yapılan bir araştırmada, katılımcıların %17.1'inde bozulmuş yeme davranışı, % 1'inde YB olduğu bildirilmiştir (38). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise, üniversite öğrencilerinden oluşan 951 katılımcının % 2.2'sinde YB olduğu saptanmıştır (39).

2.2. Anoreksiya Nervoza

2.2.1. Tanım ve Klinik Özellikler

AN, süregelen bir şekilde enerji alımını kısıtlama, kilo alma ya da şişman görünmekten ciddi düzeyde korkma sonucu kilo almayı engelleyecek devamlı davranışlar ve kendi bedeninin görüntüsünü algılama bozukluğu ile giden bir yeme bozukluğudur (1). AN olan bireylerde bilişsel ve duygusal işlevsellik belirgin bir şekilde bozulmakta ve klinik tabloya sıklıkla ciddi tıbbi morbidite ve psikiyatrik komorbidite eklenmektedir (40, 41). "Global Hastalık Yüku Çalışması"nda (2015) gelişmiş ülkelerdeki ergen kızlarda AN ve BN; bireyin anlık durumu ile yaşamakta olduğu topluma göre belirlenen doğumda beklenen yaşam süresi ve tam olarak sağlıklı olduğu ideal durum arasındaki farkı gösteren parametre olan "İşlev Kaybına Uyarlanmış Yaşam Yılı" (DALYs-Disability Adjusted Life Years) değerlendirmesinde 300'den fazla hastalık arasında 12. sırada yer almaktadır (42, 43). Anoreksiya Nervoza, 15-24 yaş arasındaki ergenlerde en yüksek mortalite riskine sahip olan psikiyatrik bozukluktur (44). AN, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından da uzun dönem olumsuz sonuçları nedeniyle çocukluk ve ergenlik döneminin en önemli psikiyatrik bozuklukları arasında gösterilmiştir (45).

AN'li gençler hastalığın başlangıcında yemek yemeğe direnmekte, sıklıkla katı bir diyet uygulamakta ve/ya da aşırı fiziksel egzersiz yaparak zayıf kalmayı hedeflemektedir. Ayrıca hastaların birçoğu, şiddetli açlığa rağmen kendilerini şişman olarak görmektedir veya kalça ve bel gibi bazı vücut bölgelerinin görünümünü, diğer vücut bölgelerine göre daha abartılı kilolu algılamaktadır. Bu hastalar sıklıkla yiyeceklere takıntılıdır, yemek yeme davranışlarında ritüelleri vardır ve bunları katı bir şekilde uygular (46). Genellikle çok yavaş yemek yemekte ve yemek seçmektedirler, yemekten çok küçük ısırlıklar alma ve yağlı yiyeceklerden kaçınma davranışları göstermektedirler. Hastaların birçoğu sıklıkla kalori hesabı yapmakta, günde birkaç kez tartıya çıkmakta ve vücut şekillerini değerlendirmek için sık sık aynaya bakmaktadır (3).

AN'li hastaların ruhsal durumları büyük oranda kilo artışından etkilenmekte ve sıklıkla kilo kaybının artışıyla zayıflık üzerinde kontrolleri de artmaktadır(3). Hastaların yaklaşık %30-80'inde aşırı hareketlilik görülmektedir (47). Bu bireylerin

birçoğu spor yapmakta, jimnastiğe ve spor salonlarına gitmektedirler (3). AN hastalarında görülen fiziksel aşırı hareketlilik durumu, tedavide önemli bir engeldir ve daha ağır psikopatoloji, daha kronik bir hastalık seyri, daha düşük beden kitle indeksi (BKİ) ve kendi vücudundan daha fazla memnuniyetsizlikle ilişkilidir (48, 49).

AN'li bireylerin çoğu belirtileri egosintonik (benlikle uyumlu) olarak yaşantılamakta ve hastalığın sona ermesini istememektedir. Zayıf hissetmelerine ve yaşa uygun aktivitelerin dışında kalmalarına rağmen bu hastaların kendilerini akranlarından daha seçkin hissettiği bildirilmektedir (3, 46). Hastalar problemlili yeme davranışlarını gizli tutmak için çaba göstermekte veya kilo kaybını gizlemek için bol kıyafetler giyebilmektedir (50).

AN'de oluşan orta ya da ağır şiddetli açlık, çeşitli fiziksel belirtilerle de karakterizedir (46). Hastadaki fiziksel yakınmaların şiddeti ve hastalığın sonuçları; kilo kaybının miktarına, kilo verme hızına, mevcut zayıflık evresine ve kusmanın şiddetine bağlıdır (3). Kilo kaybı arttıkça dikkat, hafıza ve bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar; özgül olmayan somatik ağrılar, yorgunluk ve uyku problemlerinin görülme sıklığı da artmaktadır (51). AN hastalarında zayıflamış kol ve bacaklar, deri altı yağ dokusu ve kaslarının erimesi, kaburga kemiklerinin ve yüzde kemik çıkıntılarının belirginleşmesi, tekrarlayıcı kusmalara bağlı diş minesinin erozyonu gibi fiziksel belirtiler görülebilmektedir (3). Ayrıca bu hastalar üşüme hissi, kuru bir cilde sahip olma, saçlarda seyrelme ile yüzde, kollarda veya gövdede ince kıllar (lanugo) çıkması gibi durumlardan yakınabilmektedir (50). Açlığın kalp üzerindeki olumsuz etkileri ve düşük tiroid hormon seviyeleri; bradikardiye, düşük vücut ısısını, hipotansiyonu ve ortostatik sorunları açıklamaktadır. Tıkmircasına Yeme/ Çıkartma tipi AN hastalarında sıvı ve elektrolit bozuklukları ciddi problemlere yol açabilmektedir. Kardiyak arrest ile sonuçlanabilecek ağır bir komplikasyon olan hipokalemi; özellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde sık olarak görülmektedir. Böbrek fonksiyon bozukluğu, yüksek seviyelerdeki kreatinin veya kan üre azotu ile gözlenebilmekte ve dirençli yüksek kreatinin seviyeleri kronik böbrek anormalliklerini akla getirmelidir. Özellikle açlıklarını hafifletmek için bol miktarda su içen AN'li birçok hastada idrar konsantrasyonunda problem görülmektedir (3).

AN; hipogonadotropik hipogonadizm, hiperkortizolemi, düşük insülin benzeri büyüme faktörü 1 seviyesi (IGF-1), leptin ve diğer adiposit hormon düzeylerinde düşüklükler, ghrelin ve diğer bağırsak hormonlarındaki değişiklikler gibi yaygın endokrinolojik değişiklikler ile karakterizedir (3). Uzun süredir devam eden östrojen düzeyindeki düşüklük, hiperkortizolemi, hipoleptinemi ve azalmış insülin benzeri büyüme faktörü (IGF-1) sonuçta kemik yapısının bozulmasına ve kemik gücünün azalmasına neden olmaktadır. Ayrıca meydana gelen düşük kemik dansitesi, ergenlik döneminin büyüme ve gelişme için önemli bir dönem olması sebebiyle tedavi sürecinden sonra bile genellikle tamamen geri dönüşümlü değildir (46). Birçok çalışmada ergenlik dönemindeki AN'nin yaşamın ilerleyen dönemlerinde 2-7 kat daha yüksek kemik kırığı riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (3, 52).

Yapılan çalışmalarda ergenlik dönemindeki AN'li hastalarda erişkin dönemindeki hastalara göre daha büyük miktarda beyin hacmi değişiklikleri saptanmıştır (3, 53). AN'de ortaya çıkan uzun süreli açlık durumunda beyinde azalmış gri ve beyaz madde hacimleri görülmektedir. Kilo geri kazanımı durumlarında beyindeki bu azalmalarda düzelmeler görülmekle birlikte hastalık öncesi beyin hacimlerine ulaşabilme durumu ile ilgili veriler kısıtlıdır (3). Ayrıca uzun süredir devam eden gonadal hormon anormallikleri de beyin gelişimini etkilemekte ve nöropsikolojik işlev bozukluğuna neden olabilmektedir. Bunun da muhtemelen yaşamın ilerleyen dönemlerinde ruhsal bozukluklar için artmış duyarlılığa neden olduğu düşünülmektedir (46, 54, 55).

2.2.2. DSM-5 ile Değerlendirme

YB, DSM-II'de "Başka Yerde Sınıflandırılmayan Özel Belirtiler" başlığı içinde "Beslenme Bozuklukları" olarak, DSM-III'te "Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar" başlığı içinde sınıflandırılmıştır. DSM-IV'te YB ayrı bir sınıf olarak tanımlanmış ve AN ve BN için tanı ölçütleri ayrı ayrı belirtilmiştir (56). DSM-5'te yer alan tanısal ölçütlerde ise önemli gözden geçirmeler yapılmıştır.

DSM-5 AN tanı ölçütleri:

A. İhtiyaca göre enerji alımını kısıtlama davranışı, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak takip etmesi gereken yol ve beden sağlığı açısından belirgin bir

şekilde düşük bir vücut ağırlığına sahip olmasına sebep olur. Belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşük ağırlığın altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşük ağırlığın altında olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan aşırı bir şekilde korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığına sahip olmasına rağmen kilo almayı zorlaştıran süreğen davranışlarda bulunma.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da beden şeklini algılamasına ilişkin bir bozukluk vardır. Kişi, kendisini değerlendirirken kilosuna ve beden şekline fazlaca bir önem yükler ya da o esnadaki vücut ağırlığındaki düşüklüğün yarattığı önemi hiçbir zaman kavrayamaz.

Kısıtlayıcı tip: Kişi, son üç aylık dönemde, tekrarlayan tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma, laktasif ve diüretik ilaçlar ya da gereksiz lavman kullanımı) davranışlarında bulunmamıştır. Bu alt tipteki kişiler, daha çok diyet yapma, neredeyse hiç yememe ve/ya da aşırı spor yapma yoluyla kilo kaybeden hastalardır.

Tıknırcasına yeme/çıkarma tipi: Kişi, son üç aylık dönemde, tekrarlayan tıknırcasına yeme ya da çıkarma davranışlarında bulunmuştur.

Tam Olmayan Yatışma Gösteren: Anoreksiya nervoza için tüm tanı ölçütleri daha önceden karşılanırken A ölçütü uzunca süredir karşılanmamaktadır, ancak B tanı ölçütü ya da C tanı ölçütü hala karşılanmaktadır.

Tam Yatışma Gösteren: Anoreksiya nervoza için tanı ölçütlerinin hepsi önceden karşılandıktan sonra, artık tanı ölçütlerinden hiçbiri uzun bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki şiddetini belirtiniz:

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 (1).

DSM-5'te, AN tanısı koyarken kilo için konulan sınırlama daha önceden pratik bir şekilde uygulanmadığı, rakamsal bir sınır çizmenin arzu edilir bir durum olmadığı ve klinisyenin ilgili veriler ışığında karar vermesinin en doğru olduğu düşüncesiyle DSM-IV-TR'de bulunan "beklenen ağırlığın %85'in altında vücut

ağırlığı” şeklinde bulunan ifade kaldırılmış ve bu kilo ile ilgili madde biraz daha genişletilmiştir (57). DSM-5’e göre A ölçütünün karşılanıp karşılanmadığını belirlemede, klinisyen, bireyin vücut yapısı, ağırlık öyküsü ve herhangi bir fizyolojik bozukluğunun yanı sıra, ulaşılabilen sayısal rehberleri de göz önünde bulundurarak karar vermelidir. Ağırlık değerlendirmesi için beden kitle indeksi (BKİ) boy ve vücut ağırlığı ilişkisine göre hesaplanan kullanışlı bir ölçümdür (BKİ, ağırlığın boyun m cinsinden karesine bölünmesiyle elde edilir.). Erişkinler için 18.5 kg/m² BKİ, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından normal vücut ağırlığının en alt sınırı olarak kabul edilmiştir. 17.0 kg/m²’den düşük BKİ, DSÖ tarafından orta ya da ciddi zayıflık olarak kabul edilmektedir. BKİ 17.0 ve 18.5 kg/m² arasında ya da hatta 18.5 kg/m²’nin üzerinde olan bir yetişkin, eğer klinik öykü ya da diğer fizyolojik bilgiler yargıyı desteklerse anlamlı düşük ağırlık olarak kabul edilebilmektedir. DSM-5’te AN’nin o sıradaki şiddet düzeyi de BKİ’ne göre belirlenmektedir. Çocuklar ve ergenler için ise, yaşa ve cinsiyete uygun persantil eğrilerine göre BKİ değerlendirmesi yapılmaktadır (1). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, yaşa uygun BKİ’nin 5 persantilin altında olmasını düşük ağırlık olarak önermiştir, ancak bu sınırın üzerinde BKİ olan çocuk ve ergenler, beklenen ağırlık artışını gerçekleştirme yetersizliği ya da normal gelişimsel eğriyi koruyamama durumunda anlamlı olarak düşük ağırlıklı olarak kabul edilebilirler (1, 58). Çocuk ve ergenlerde BKİ persantil eğrilerinde 10. persantilin altının eşik değer olarak alınmasının uygun olduğu da savunulmaktadır (59).

DSM-5’te hastanın niyetini değerlendirmenin zor olması nedeniyle DSM-IV-TR’de A ölçütünde bulunan “yaş ve boyuna göre olağan sayılan en düşük kiloda ya da bunun üzerinde bir kiloda olmayı kabul etmeme” ifadesindeki “kabul etmeme” durumu çıkarılmış, bunun yerine kalori alımını kısıtlama gibi davranışların üzerine odaklanılmıştır (1, 58). Kişinin kendi bildirimine ve bilişsel belirtilere daha az, davranışsal belirtilereyse daha fazla ağırlık verilmiştir; bu da düşünme kapasitesi sınırlı olan gençlerde daha uygun bir tanımlamadır (60).

Bu bozukluğu olan bireyler, tipik olarak yoğun bir kilo alma ya da şişman olma korkusu sergilerler (B ölçütü). Bu yoğun şişman olma korkusu, genellikle kilo vermekle hafiflemesiz. Gerçekte, kilo verme süreci devam etse bile kilo alma ile ilgili kaygılar sıklıkla artar (1). Çocuk ve ergenlerde AN belirtilerinin ifade edilmesi

erişkinlere göre farklı olabilmektedir (61). Çocuk ve ergenler düşüncelerini sözelleştirmede yetersizdirler. Bu nedenle malnütrisyona yol açacak ölçüde yemeyi reddetme emosyonel durumun bir ifadesi olabilmektedir (62). AN'si olan daha genç bireyler, bazı erişkinlerde olduğu gibi, kilo alma korkusunu fark etmeyebileceği ya da bildirmeyebileceği için DSM-5'te DSM-IV-TR'deki kilo alma korkusuna ek olarak kilo almayı önleyecek devamlı davranışları destekleyen boylamsal gidişten elde edilen klinisyen görüşü B ölçütünü değerlendirmek için kullanılabilir (1, 58).

Bu bireylerde beden ağırlığı ve şeklinin algısı belirgin biçimde bozulmuştur (C ölçütü). Bazı bireyler tümünden aşırı kilolu hissederler. Diğerleri, zayıf olduklarını fark ederler fakat halen bazı beden bölgelerinin, özellikle karın, kalçalar ve uylukların aşırı şişman olduğu konusunda kaygılıdır. Sık tartılma, beden bölgelerinin obsesif tarzda incelenmesi ve kontrol amaçlı olarak sürekli aynaya bakmayı içeren beden şekli ve ağırlığını değerlendirme teknikleri kullanabilirler (1). Bazı genç hastalar değerlendirme esnasında kilo ya da beden şekli ile ilgili endişelerini inkâr edebilirler ve sadece aç olmadıklarını söyleyebilirler ya da yalnızca karında rahatsızlık hissinden bahsedebilirler. Bu gibi durumlarda şişmanlatıcı gıdalardan sakınma ya da kilo almaktan korkuyu gösteren sık sık tartılma ya da ciltlerini sıkma gibi davranışlar tanıyı doğrulamak için kullanılabilir (63, 64). Bu ölçütte DSM-5'te herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. AN'si olan bireylerin özgüveni beden şekil ve ağırlık algılarına yüksek derecede bağımlıdır. Kilo kaybı etkileyici bir başarı ve sıradışı bir öz disiplin belirtisi olarak değerlendirilirken kilo alma, kendini kontrol etmede kabul edilemez bir başarısızlık olarak algılanır. Bu bozukluğu olan bazı bireyler zayıf olduklarını belirtse de, kötü beslenme durumlarının ciddi tıbbi sonuçlarını fark etmezler (1). Malnütrisyonun ciddiyetinin inkarı özellikle daha genç bireylerde yaygın olarak görülen bir belirtidir (65).

Çocuk ve ergenlerde tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarının bulunması daha az olasıdır. Bazı genç vakalarda kusma gibi dengeleyici davranışlar gelişmektedir ancak bu genellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde meydana gelmektedir (63). AN hastalarının küçük bir kısmı "çıkartır", fakat tıknmaz. Bunlar pek çok ortak özelliği paylaştığından "tıknanlarla" aynı şekilde sınıflandırılmaktadır (66). Bozukluğun gidişatı sırasında alt türler arasında geçiş görülür. Bu nedenle, alt

tür tanımlaması uzun dönemli gidiş yerine mevcut belirtilerin tanımlanması için kullanılmaktadır (1).

Kritik tanısal bilgi sağlamaması, erkeklere, premenarş, oral kontraseptif kullanan ya da postmenpozal kadınlara uygulanamaması ve ayrıca menstruel aktivite devam etmesine rağmen tüm diğer belirtileri gösteren vakaların varlığı nedeniyle DSM-IV-TR’de D ölçütü olan, ard arda en az üç menstruel siklusun olmaması ile tanımlanan amenore gerekliliği DSM- 5’te yer almamaktadır (1, 58, 67).

DSM-5’te “tam olmayan yatışma gösteren” ve “tam yatışma gösteren” şeklinde yeni iki remisyon alt türü eklenmiş fakat; bu iki alt türde tanımlı kesin süreler belirtilmediği ve remisyon ölçütleri net olarak belirtilmediği için halen tartışılmakta olan bir konudur (1, 46).

2.2.3. Etiyoloji

Yapılan araştırmalarda etiyolojik faktörler 3 ana başlıkta toplanmaktadır: 1) Genetik/biyolojik, 2) Psikolojik, 3) Sosyal-çevresel (68). Etiyolojik faktörler birbirlerinden tamamen ayrı olarak ele alınmamalıdır, çeşitli risk faktörleri arasında karmaşık bir etkileşim söz konusudur. Yeme bozukluğu olan kişilerin içinde bulunduğu çevresel faktörler (sosyokültürel, psikososyal) tarafından aktive edilen biyolojik ya da genetik yatkınlığa sahip oldukları düşünülmektedir (69).

Biyolojik Faktörler

Genetik Faktörler:

AN oluşumunun altında yatan nedenlere yönelik olarak yapılan araştırmaların çoğu psikodinamik ve sosyokültürel etkenlere odaklanmış olsa da, son yıllarda bu alanda yapılan genetik çalışmalar da artmaktadır. Hinney ve Volckmar (2013) YB’nin genetiğiyle ilgili derlemelerinde, ikiz çalışmalarında AN’nin kalıtımının % 48-88 oranlarında olduğu bildirmiştir (70). AN hastalarının ailelerinin toplum örneklemiyle karşılaştırıldığı bir başka çalışmada, AN hastalarının birinci derece akrabalarında AN gelişme riskinin 10 kat arttığı bildirilmektedir (71). AN ile ilgili moleküler genetik çalışmalar serotonin 2A reseptör geninin 1438/A alleli, AA genotipi ve serotonin 2C reseptör geni ile ilişkiyi desteklemektedir (72). Çok merkezli uluslararası olarak yapılan bir çalışmada, kromozom 1p üzerinde duyarlı bir lokusun AN’nin kısıtlayıcı alt tipi ile ilişkisi olduğu bulunmuştur (73). Norepinefrin

taşıyıcı gen, monoamin oksidaz A geni, serotonin taşıyıcı gen, serotonin geni HTR1D ve opioid geni OPRD1 ile AN arasında ilişki olabileceği de bildirilmektedir (74). AN gelişiminde cinsiyet farklılıkları üzerine yapılan çalışmalarda, genetik etkilerin pubertede aktive olduğu ve prenatal dönemde testesterona maruz kalmanın koruyucu olduğu bildirilmiştir (75, 76).

Nörokimyasal Faktörler:

Serotonerjik disregulasyonun, özellikle de serotonin düzeylerindeki düşüklüğün YB ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (77). Açlığın kendisi de hipotalamik ve metabolik işlevlerde nörokimyasal olarak değişikliklere yol açmakta, noradrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerde açlık ile birlikte çeşitli değişimler ortaya çıkmaktadır (78). AN olan kişilerde bozulmuş serotonin düzeylerinin iyileşme sonrasında da devam etmesi nedeniyle, bu nörotransmitterin hastalığın gelişiminden sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir (79).

Nöroanatmik Faktörler:

Tekrarlayan yapısal nörogörüntüleme çalışmalarında AN hastalarının beyinlerinde serebral atrofi, ventiküllerde genişleme, hem gri hem beyaz cevherde kusurlar olduğu gösterilmiştir. Ciddi uzun süreli malnütrisyon ve istikrarsız tıknama ve çıkarma davranışları gri ve beyaz cevherde atrofi ve beyinde serabrospinal sıvının artışı ile ilişkilidir (80). Fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmalarında yeme bozukluğu olan hastaların (AN, BN, TYB) inhibisyon kontrol süreçlerinde kontrol grubuna kıyasla azalmış aktivasyon görülmüştür (81). Yeme bozukluğu olan hastaların besinlerin tadı, ödül sistemi, bilişsel kontrol ve görüntü işleme süreçlerinde düzensizlikler olduğu saptanmıştır (82).

Psikolojik Faktörler

Yeme bozukluklarının etiyolojik modelleri incelenirken mizaç ve kişilik özelliklerine büyük ilgi gösterilmiştir (83). Yapılan çeşitli boylamsal çalışmalarda mizaç ve kişilik özellikleri yeme bozukluklarının güçlü belirleyicileri olarak bulunmuştur ve diğer etiyolojik faktörlerden daha yordayıcı olarak değerlendirilmiştir (84-86).

Yüksek mükemmeliyetçi özelliklerin, büyüme konusunda fazla kaygının ve kişilerarası ilişkilerde düşük güven düzeyinin yeme bozukluğu riskini yordayıcı olduğu tespit edilmiştir (23). Genel olarak olumsuz duygulanım, spesifik olarak da

algılanan stres düzeyinin yüksekliğinin ve nörotisizmin bozulmuş yeme davranışlarının yordayıcısı olduğu uzunlamasına çalışmalarda gösterilmiştir (87, 88).

Duygusal düzenleme, deneyimlenen duygunun yoğunluğu, süresi ve tipini etkileme amacına yönelik süreçler olarak tanımlanmaktadır (89). Geniş bir literatür YB hastalarında duygu düzenleme becerilerinde bozulma olduğunu ve bu bozulmanın YB psikopatolojisinde önemli rol oynadığını ortaya koymaktadır (11). Yapılan araştırmalar arasında yeme bozukluğu olanlarda olmayanlara göre duygu düzenlemede daha büyük zorluklarla bağlantılar bulunması açısından tutarlılık vardır (90, 91). Çalışmalarda AN ve BN hastaları kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, bu hastalarda daha yüksek düzeyde duygu düzenlemede güçlük yaşadığı saptanmıştır ve AN hastalarında alt tiplere göre fark saptanmamıştır (90, 92).

Bir toplum temelli kohort çalışmasında düşük benlik saygısı ergenlik ve genç erişkinlik döneminde yeme bozukluğu gelişimi riski açısından özgül olmayan bir risk faktörü olarak saptanmıştır (93).

Sosyal / Çevresel Faktörler

Çalışmalar AN'si olan çocukların ailelerinin daha kontrolcü, aşırı koruyucu olduklarını ve kişiler arası sınırların daha belirsiz ve geçirgen olduğunu göstermiştir (94). Yapılan bir kohort çalışmasında AN'si olan kadınların ailelerinin daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu, fakat erkek hastalarda bu açıdan bir fark olmadığı, fazla sayıda kardeşin AN riskini azalttığı saptanmıştır (95). Bir diğer kohort çalışmasında düşük anne eğitim düzeyinin duygusal yeme, kilo ile ilgili kaygılar ve beden görüntüsü ile ilgili kaygılar gibi yeme bozukluğu belirtileri için riski arttıran bir faktör olduğu saptanmıştır (96).

Yeme bozukluğunun sosyokültürel risk faktörü modellerinde ağırlıklı olarak kadınlarda zayıflık idaelizasyonu ile ilişkili faktörler üzerine odaklanılmıştır. Bu konuda dört temel bileşenin üzerinde durulmaktadır. İlk olarak 1950'li yıllardan itibaren ideal kadın imajı daha zayıf olarak çizilmeye başlanmıştır. İkincisi zayıf beden görüntüsü güzelliğin ve başarının sembolü haline getirilmiştir. Üçüncüsü özellikle ergenlik çağındaki kızlar diyet, egzersiz ve diğer zayıflama yöntemleri ile zayıf görünüm kazanabilecekleri düşüncesine inandırılmıştır. Son olarak beden şeklinin ve inceliğin önemi ile ilgili mesajlar sağlıksız zayıflama davranışlarını ve yeme bozukluklarını arttırmıştır (97).

Yapılan 10 yıllık bir izlem çalışmasında oda arkadaşında diyet davranışı bulunmasının genç kadınlarda zayıflama isteği, bulimiya ve çıkarma davranışı gelişmesinin yordayıcısı olduğu saptanmış ancak erkeklerde aynı sonuç saptanmamıştır (98). İnce ve zayıf görünmeyi teşvik eden sosyal normların erkeklere göre kızlarda daha güçlü olduğu tespit edilmiştir (99).

Yapılan çalışmalarda özellikle kilo ve beden şekli ile ilgili alay edilmiş olmanın da sağlıklı kontrollere göre AN, BN ve TYB riskinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur (100, 101). Özellikle istismar, saldırı gibi kişiler arası travma öyküsünün de hem kadınlarda hem erkeklerde yeme bozukluğu riskini arttırdığı saptanmıştır (102, 103).

2.2.4. Epidemiyoloji

Ergenlerde AN sıklığı ile ilgili yapılan araştırmalar; erişkinlerde yapılan çalışmalarda olduğu gibi, dünyanın farklı bölgelerinde prevalans yönünden farklılık göstermektedir. Ergenlik dönemindeki kızlarda yapılan çalışmalarda AN'nin yaşam boyu prevalansı %0.3 ila %2.6 arasında, ergenlik dönemindeki erkeklerde ise %0.1 ila %0.3 arasında saptanmıştır (6, 104). 2016 yılında Almanya'da yapılan kesitsel bir çalışmada ortalama yaşı 13 olan kadınlarda AN prevalansı %0.6 olarak bulunmuştur (105).

Keski-Rahkonen ve Mustelin (2016) 34 çalışmayı inceleyerek yaptıkları bir gözden geçirme yazısında Avrupalı kadınlarda AN'nin yaşam boyu sıklığının yaklaşık %1-4 arasında ve erkek-kadın oranı 1/10 olduğunu bildirmiştir (106).

ABD'de ergenlik dönemindeki kızlarda yapılan toplum temelli bir çalışmada, DSM-5 ölçütlerine göre AN'nin senelik insidansı 100000 kişide 104 olarak saptanmıştır (107). ABD'de 2017 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada yeme bozukluğu olan kız ergenlerin sadece %20'sinin, erkek ergenlerin ise %10'dan daha azının tedavi arayışında olduğu saptanmıştır (108).

Danimarka'da 2015 yılında 16 yıllık sağlık kayıtlarının taranmasıyla yapılan çalışmada AN'nin senelik insidansının 100000 kişide 6,4'ten 12,6'ya yükseldiği saptanmıştır (109). Danimarka'da 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 10-14 yaş arası kız ergenlerdeki senelik insidans 100000 kişide 20 iken; 15-19 yaş arası ergenlerde senelik insidans 100000

kişide 100 olarak saptanmıştır (2). Danimarka'daki sonuçlara benzer şekilde İsveç'te 2015 yılında kapsamlı sağlık verileriyle yapılan çalışmada AN'nin yıllık insidansının 11 yaşından sonra keskin bir şekilde yükseldiği ve 15-18 yaş arası genç kadınlarda pik yaparak senelik insidansının 100000 kişide 200'e çıktığı bildirilmiştir (110).

Yapılan araştırmalardaki AN prevalans ve insidanslarında farklı sonuçların olması, yapılan çalışmaların metodolojilerindeki yaş, görüşme tekniği, örneklem özelliklerinde bulunan farklılıklar ile de ilişkilidir (111). Tarihsel olarak YB'nin özellikle "sıksa, beyaz, zengin kızları" etkilediği düşünülmüştür (112). Bu nedenle yapılan araştırmalara erkeklerin, düşük sosyokültürel düzeydeki bireylerin ve diğer azınlıkların eklenmesi bilimsel önyargıları azaltarak sıklık çalışmalarının gücünü arttırmaktadır (111).

2.2.5. Eşlik Eden Psikopatolojiler

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda, AN'nin yaşam boyu en az 1 eşhastalanım yaygınlık oranının %45-%97 arasında değiştiği gösterilmiştir (3, 6, 113). En yaygın görülen komorbiditeler; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, madde kötüye kullanım bozukluğu ile kişilik bozukluklarıdır (3). Genel olarak, yapılan çalışmalarda AN'li ergenlerde erişkin hastalara göre daha düşük eşhastalanım oranları görüldüğü bulunmuştur (114).

Yeni tanı almış ergenlik dönemindeki 172 AN'li hastayla yapılan çalışmada; hastaların yaklaşık üçte birinde aktif bir duygudurum bozukluğu olduğu saptanmıştır (115). Yakın zamanda yapılan bir metaanalizde, yeme bozukluklarının depresyon için bir risk faktörü olduğu ve ayrıca depresyonun da yeme patolojileri için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (116). Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma tipi olan AN'li ergenlerde Kısıtlayıcı tipi olan AN'li ergenlere göre depresif yakınmalar genellikle daha belirgin olarak görülmektedir (117).

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda, mevcut AN'li ergen hastaların yaklaşık dörtte birinde anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir (6). Cederlöf ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları toplum temelli bir izlem çalışmasında OKB'si olan kadınlarda AN gelişme riskinin 16 kat arttığı; OKB'si olan erkeklerde AN gelişme riskinin 37 kat arttığı saptanmıştır (118). Geniş epidemiyolojik örneklemli bir

araştırmada AN'li ergenlerde madde kötüye kullanım bozukluğu gelişmesi için tahmini rölatif risk 1.3 olarak bildirilmiştir (6).

İntihar, erişkin yaştaki AN'li hastalarda önemli ölüm sebeplerinden biridir. Ergenlik döneminde ise AN'li kadın hastaların %3-17'sinde intihar girişimi görülmekte; ayrıca ergenlik dönemindeki AN'li hastaların %41-57'sinde intihar düşüncesi bildirilmektedir (46, 119, 120). Yapılan çalışmaların çoğunda ortaya çıkan sonuçlar AN'li bireylerin intihar riskinin BN'li bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (46, 121). Ayrıca yapılan çalışmalarda Tıkınırcasına Yeme/ Çıkartma tipi olan AN'li bireyler; kısıtlayıcı tipi olan AN'li bireylere göre intihara daha meyilli olarak saptanmıştır (46, 122).

2.2.6. Tedavi

AN hastaları için çeşitli tedavi alternatifleri bulunmaktadır. Ayaktan takip, hastanede gündüz yatış (kısmi yatış) ve yatarak takip başlıca tedavi biçimlerindedir. Bu tedavilerde ilaç tedavisi, farklı psikoterapi teknikleri veya ilaç ve psikoterapi kombine şekilde uygulanabilmektedir. Tedaviye şiddetli düzeydeki hastalarda ise beslenme açısından destekle başlamak gerekmektedir (123).

Psikososyal Tedaviler

AN hastalarının tıbbi durumunda stabilite sağlandıktan sonra, tedavilerinde en önemli kısım psikoterapidir. Bu sebeple hastalığa yönelik farklı psikoterapi yöntemleri uyarlanmaktadır (124). Bilişsel-davranışçı terapi (BDT), motivasyonel görüşme, destekleyici psikoterapi, aile terapisi ve bilişsel terapi sık olarak kullanılan psikoterapi yaklaşımlarındandır. Bu yaklaşımlardan yalnızca aile terapisinin özel bir alt tipi olan aile tabanlı tedavinin (ATT) (Maudsley Modeli) hastalık süresi üç yılın altında olan çocuk ve ergenlerde diğer bireysel psikoteraplere oranla daha etkili olduğu gösterilmiştir (125, 126). Hatta NICE (National Institute for Health and Care Excellence) kılavuzları ATT'yi çocuk ve ergenlerde YB tedavisinde B kanıt düzeyi içinde (tedavinin etkin olduğu uygun biçimde yürütülmüş olan klinik çalışmalarla desteklenmiştir) bir yaklaşım olarak sınıflandırmaktadır (127). ATT bu kılavuza göre, AN tedavisinde kullanılan tüm tedavi yaklaşımları içinde (ilaç, psikoterapi vb.) en yüksek kanıt düzeyine sahip tedavi biçimidir. ATT'nin 1. fazında; medikal açıdan iyileşmenin hızlandırılması için ailelerin, çocuklarının beslenmesi konusunda

desteklemesi için yardımcı olması yer almaktadır. Yiyeceklerden kaçınmanın engellenmesi için hastalık öncesinde o yiyeceklerden aldığı keyif hatırlatılır. Vücut ağırlığındaki düşüklüğün yarattığı zorluklar aşıldığında 2. faza geçilebilir. Bu aşamada eskiden olduğu gibi yaşına ve gelişimsel olarak kendisine uygun olarak yeme davranışı üzerinde kendi kontrolünü geri kazanması amaçlanır. 3. fazda ise nüksü önlemek hedeflenir ve AN hastalığının kimlik oluşumu sürecinde yarattığı olumsuz etkiler üzerinde durulur. Ergenin özerkliğinin artırılması hedeflenir ve yakın gelecekte gencin evden ayrılmasının ailesi ve sosyal yaşamı üzerinde ne gibi değişimler yaratacağı son fazda ele alınan başlıca konular arasındadır. Bu tedavi yaklaşık 6-12 ay devam etmektedir (128).

Özellikle BN ve TYB alanında olmak üzere AN tedavilerinde de bilişsel davranışçı terapilerin (BDT) etkinliği birçok araştırmada oldukça desteklenmiştir (129). Tedaviye dirençli BN vakaları ve AN vakalarının çoğunluğunda BDT uygulamalarının etkinliğini arttırmak için tedavi sürecine farklı modellerin eklenmesi de gündeme gelmiştir (127). Örneğin motivasyon düşüklüğü vakaların genelinde önemli bir sorun olduğu için tedavi başlangıcında motivasyonel terapi (68) ardından BDT ya da DDT ve son olarak kişilerarası terapi ilkelerinin benimsenmesinin tedavi sürecinde daha etkili olacağı düşünülmektedir. Bunun önemli nedenlerinden biri son yıllarda yapılan çalışmaların YB tedavisinde sadece BDT'nin temel bileşenlerinin kullanıldığı tedavilerin yeterli olmadığını ve izlem çalışmalarında tedaviye katılanların belirtilerinin geri döndüğünün gösterilmesidir. Bu nedenle daha efektif tedavilere ihtiyaç duyulmuş ve geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi (G-BDT) ile yapılan çalışmalar YB alanında ilgi çekmeye başlamıştır (130).

Fairburn'un transdiagnostik perspektifinden bakıldığında vakaların aldıkları YB tanısından daha çok hastalığı sürdüren ortak mekanizma olan 'yeme, kilo ve bedene yönelik zihin yapısının' çalışılması tedavinin merkezinde bulunmalıdır (14). Buradan hareketle G-BDT'de asıl amaçlanan yeme problemine odaklanarak bunun nasıl bir işlevi olduğu, sürdürücü mekanizmaların anlaşılması ve yeme problemine alternatif davranış şekillerinin bulunarak bunların etkisinin görülmesiyle YB zihin yapısında değişimin sağlanmasıdır (14). Klasik BDT'den farklı olarak bilişsel değişim; davranışlardaki değişimin etkisinin analiziyle sağlanır. Teknik anlamda ise tipik sokratik sorgulama, düşünce kayıtları (otomatik düşünce, temel inanç, şemalar

vb.), bilişsel yapılandırma ve seanslarda kayıt tutulması gibi yöntemler tercih edilmez, çünkü bunların yeme bozukluğunu sürdürücü ve tekrarlayıcı/ ruminatif düşünceyi tetiklediği varsayılır. Yani G-BDT'nin en önemli avantajı YB'ye transdiagnostik bir perspektiften yaklaşması ve tanı kategorilerinin ötesinde tüm YB hastalıklarında sürdürücü olan mekanizmayı hedeflemesidir (14). Bu doğrultuda 130 YB vakasıyla (BN, TYB ve diğer YB tanıları olan) yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada G-BDT'nin kişilerarası terapiye kıyasla daha hızlı iyileşme sağladığı ve tedavi kazanımlarının daha uzun süreli olduğu bildirilmiştir (131).

Son yıllarda BDT'ye özellikle duygu düzenleme becerisi tekniklerinin eklenerek terapi sürecinde kullanımının yaygın olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır. 2017 yılında yayınlanan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında YB'nin bireysel tedavilerinde bilişsel ve duygusal süreçlerin farkındalığını hedef alan üçüncü dalga davranış terapilerinin (diyalektik davranış terapisi, kabul-kararlılık terapisi, şema terapi, bilinçli farkındalık temelli müdahaleler, şefkat odaklı terapi ve metakognitif terapi) etkinliği de incelenmiştir. Bu çalışmada; üçüncü dalga terapilerin bekleme listesine kıyasla anlamlı etki gösterdiği ancak BDT veya grup psikoterapisi kadar etkili sonuçlar vermediği bulunmuştur. Dolayısıyla üçüncü dalga davranışçı psikoterapilerin sınırlı etki göstermekle birlikte sonuçların etkinliğini karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği yeterli sayıda araştırmanın olmaması nedeni ile BDT'ye eklenerek kullanılabilmesi belirtilmektedir (132).

Farmakolojik Tedaviler

YB içinde farmakoterapiye yanıtı en olumsuz olan grup AN grubudur ve herhangi bir ilacın akut dönemde kesin olumlu etkisi bu hasta grubunda gösterilememiştir (133). Bu nedenle AN tedavisinde farmakoterapi öncelikli bir tedavi biçimi değildir (134). Ayrıca BKİ'nin çok düşük olduğu durumlarda medikal sorunların varlığı ilaç kullanımını zorlaştırır (135). AN hastalarında sık olarak görülebilen esnek olmayan düşünce ve bilişsel yapı gibi obsesif kişilik özelliklerinin, AN ve OKB arasında yakın bir ilişki bulunması ve AN hastalığında serotonerjik işlevlerdeki farklılıkların ortaya konulması ile seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) tedavide ön plana çıkmış ve fluoksetin ile birçok çalışma yapılmıştır. Kullanılan fluoksetin tedavisinin küçük örneklemlemler ile yapılan çalışmalarda kilo alımına yararı olduğunu ve BKİ normale dönen hastalarda relapsı önlediğini bildiren

yayınlar olmakla birlikte (136, 137), beden ağırlığının düzeltilmesine yardımcı olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (138-140). Son yıllarda AN tedavisinde ikinci kuşak antipsikotikler kullanılmaya başlanmış ve özellikle olanzapin tedavisinin hastalarda kilo almaya ve anksiyete düzeylerinde düşmeye yardımcı olduğu ve yeme bozukluğunun temel semptomlarında azalmayı sağladığı bulunmuştur (141-143). Beden imgesi sanrı düzeyinde bozuk olan, hareketliliği fazla, kaygı ve kilo alma ile ilgili endişeleri yoğun olan, şiddetli AN hastalarının sağaltımında antipsikotik kullanımı önerilse de (144), yapılan çalışmalar aynı zamanda AN tedavisinde antipsikotiklerin başarısının kısıtlı olduğunu ve medikal durumu stabil olmayan hastalarda yan etki profillerinden dolayı kullanılmasının rutin olarak önerilemeyeceğini göstermektedir.

2.2.7. Gidiş

Ergenlik dönemindeki AN hastalarının yaklaşık %50'si 12 ay içinde tedaviye yanıt vermekte ve bunların %75-80'i ise tedavi türünden bağımsız olarak tam veya kısmi remisyona girmektedir (145, 146). Ancak bu durum bu hastaların yaklaşık %20-25'inin 2 yıllık tedavi sonrasında bile hala AN için tanı ölçütlerini karşılamakta olduğu anlamına gelmektedir (146, 147). Ergenlik dönemindeki AN'li hastalarla Avrupa'da yapılan 6 yıllık bir izlem çalışmasında hastaların %50'sinin iki kez; %40'ının ise üç veya daha fazla kez hastaneye yatışının olduğu bildirilmiştir (148).

İzlem çalışmalarının incelendiği bir metaanalizde, AN hastalarının %47'sinde tam iyileşme, %33'ünde şikayetlerde düzelme ve %20'sinde süregelenleşme olduğu belirtilmiştir (149). Ergen ve erişkin dönemindeki kadın hastanın alındığı izlem çalışmasında ise 9 yıllık izlemde %31.4, 22 yıllık izlemde %62.8 iyileşme oranları bildirilmiştir (150). Başka bir izlem çalışmasında; 10 yıllık izlem süresinde toplam örnekleme iyileşme oranı %29.6 olarak saptanırken; 20 yıl takip edilen alt grupta iyileşme oranı %39.3 olarak saptanmıştır (151).

Genel olarak, daha erken yaşta tanı alıp tedavi gören AN hastalarının, erişkin dönemde tedavi edilen AN hastalarına göre daha iyi uzun dönem prognoza sahip olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde, çocuk ve ergenler için olan sağlık kurumlarında tedavi edilen hastalar, erişkinler için olan sağlık kurumlarda tedavi edilen hastalara göre daha iyi sonuçlar ve daha düşük mortalite oranları

göstermektedir. Hastalığın seyri kronikleştiğinde; tedavi girişimleri giderek daha başarısız hale gelmekte, prognoz giderek kötüleşmektedir. Bu bulgular, erken dönemde tedaviye başlamanın önemini vurgulamaktadır (152). Başka bir izlem çalışmasında 219 kadın hasta; gençler (<18 yaş), genç erişkinler (18-39 yaş arası) ve orta yaş erişkinler (>40 yaş) şeklinde üç gruba ayrılmış; 11 yıllık izlem süresi sonucunda en yaşlı hasta grubunun (orta yaş erişkinler) en kötü prognoz oranlarına veya en yüksek ölüm oranlarına sahip olduğu saptanmıştır (153).

Ergenlik dönemi başlangıçlı AN'nin sonuçlarının incelendiği bir çalışmada; ilk değerlendirme yapıldıktan 18 sene sonra hastaların %12'sinde devam eden YB'nin olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada premorbid obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, AN'nin daha erken yaşta başlaması ve otistik özelliklerin kötü prognoz yordayıcıları olduğu belirtilmiştir (154). Uzun süreli başka bir izlem çalışmasında hastalığın kötü prognoz yordayıcılarından birisinin depresyon komorbiditesi olduğu saptanmıştır (155).

Çocukluk dönemi başlangıçlı (başlangıç yaşı <14) AN'nin sonuçlarını inceleyen 7.5 yıllık bir izlem çalışmasında 52 hastadan birinin öldüğü; hastaların %41'inin tedaviye iyi yanıt, %35'inin orta derecede yanıt ve %24'ünün kötü yanıt verdiği sonucu saptanmıştır. Bu çalışmada “çocukluk çağı başlangıçlı AN, birçok hastada olumsuz seyir gösteren ve genç erişkinlikte yüksek süreğenlik ve psikiyatrik eştanı oranlarının görüldüğü ciddi bir hastalıktır” sonucu vurgulanmıştır (156).

Alanyazında bulunan birçok çalışmada AN'den BN'ye geçişin yaklaşık %10 oranında meydana geldiği belirtilmiştir (151, 152, 157). AN'den TYB'ye geçişin ise neredeyse olmadığını gösteren yayınlar mevcuttur (151, 152, 158). Ayrıca; AN'li hastalar nadiren aşırı kilolu veya obez hale gelmektedir (152).

2016 yılında yayınlanan İsveç'te yapılan bir çalışmada, 1973-2010 yılları arasındaki AN tanılı 8069 kadın hastanın sağlık kayıtları incelenmiş; psikiyatrik eşhastalanım varlığının mortalite riskini arttırdığı saptanmıştır, ayrıca aynı çalışmada mortalite riskinin, alkol kullanım bozukluğu eştanısıyla da arttığı belirtilmiştir (159).

Yeme bozukluklarının mortalitesi son on yılda bir miktar azalmakla birlikte; AN hala en yüksek mortaliteye sahip ruhsal bozukluklar arasındadır. AN'nin sonuçları genellikle diğer yeme bozukluklarından daha kötü olduğundan, diğer YB türlerine göre ayrı olarak değerlendirmesinin önemi vurgulanmaktadır (160).

Yüksek mortalite ve morbiditesi nedeniyle hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce riskli grupların tanınması koruyucu müdahalelerin yapılması adına önemli görünmektedir. Sonraki bölümlerde yeme bozukluğu hastalarında belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli olduğu düşünülen özellikler genel çerçevede detaylandırılarak, sonrasında AN ile ilişkileri yazın doğrultusunda aktarılacaktır.

2.3. Mükemmeliyetçilik

2.3.1. Genel Bilgiler

Mükemmeliyetçilik, kişilerin kendisi ve başkaları ile ilgili değerlendirmelerini, olaylarla ilgili yorumlarını ve gelecekle ilgili beklentilerini kapsayan bilişsel bir süreç olarak tanımlanmaktadır (161). Mükemmeliyetçi özelliklere sahip kişiler ulaşmaları için kendilerine gerçeküstü hedefler belirler, bunlara sıkı sıkıya bağlanır ve benlik değerlerini bu hedeflere ulaşım ulaşıma durumlarına göre değerlendirirler (162, 163).

Hewitt ve Flett'e (1991) göre ise mükemmeliyetçi kişiler hem içsel hem de kişilerarası alanda, gerçeküstü standartlara sahiptir ve sürekli standartları için çabalarlar fakat bunlara ulaşamadıklarında benliklerini cezalandırdıkları gibi ulaştıklarında ise gerekli tatmini yaşamazlar. Dikkatleri hep seçici olarak başarısızlıklarına odaklıdır, ya hep ya hiç düşünme biçimleri tüm hayatlarına egemendir (164).

Bu bireylerde ebeveynlerin, kendilerine karşı koşullu, tutarsız bir şekilde kabul göstermesinin ve aşırı eleştirel/ yüksek beklentili tutumlarının, mükemmeliyetçi özelliklerinin içselleştirilmesi ile mükemmeliyetçiliğin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Esasen mükemmeliyetçilik her zaman olumsuz bir kişilik özelliği olmasa da, burada olumsuzluğu yaratan bu kişilerin standartlarına ulaşmak için çabalamak yerine, hiçbir şeyi istedikleri ve hedefledikleri düzeyde yapamadıkları duygusuyla kendilerini fazlaca eleştirmelerinden ve hedefleri için harekete geçememelerinden kaynaklanmaktadır. (162, 165). Farklı bir ifadeyle, sağlıklı mükemmeliyetçiler koşulları dâhilinde bir hedefe ulaşmak için çaba gösterirler ve bu süreçte kusurlarının da olabileceğini kabullenerek gerekirse hedeflerini yeniden güncellerler. Ayrıca hedeflerine ulaştıklarında kendilerini tatmin olmuş hissederler. Sağlıksız olarak değerlendirdiğimiz nitelikte olan

mükemmeliyetçilikte ise kişiler başarısız olma ve hata yapma endişesi ile hedefleri için harekete geçmekte zorlanırlar (162).

Bir başka çalışmada da başarısız olma kaygısının mükemmeliyetçiliğin temelinde bulunduğu ve bu kaygının eyleme geçmeden önce her olasılığı gözden geçirme, kontrolü arttırma, bir güvence bulma davranışlarına sebep olduğu ileri sürülmektedir (166). Ayrıca kişilerin iki uçlu, ya hep ya hiç düşünme biçimleri, süreçte ulaştıkları standartlarından ufak bir sapma olması durumunda dahi kendilerini başarısız olarak hissetmelerine neden olmaktadır (161).

Shafran, Cooper ve Fairburn ise mükemmeliyetçiliğin başarısızlık endişesi ve başarıya ulaşma yolunda sürekli bir uğraştan köken aldığını ileri sürmektedir. Bu kişiler yüksek hedeflerine ulaşmak için devamlı bir kendini kontrol mekanizması içinde bulunmakta, kendilerini hedeflerinden uzaklaştırabileceğini düşündükleri durumlardan uzak durmaya çalışmaktadırlar. Sürekli olarak hedeflerine ulaşma yolunda ortaya koydukları performanslarını ve çabalarını değerlendirme süreci içindedirler. Bu değerlendirme süreci içinde de yine iki uçlu düşünme biçimleri devrededir. Aynı zamanda mükemmeliyetçiler hatalarına ve başarısızlıklarına karşı fazlaca duyarlıdırlar. Başarılarından çok başarısızlıkları dikkatlerini çeker. Başarısızlıkları karşısında kendilerini acımasızca eleştirirler. Hedeflerine ulaşmaları durumunda ise hedefin yeterince zor olmadığı değerlendirmesini yaparak başarılarını küçümserler (167).

Mükemmeliyetçilik temel olarak ulaşılmaması zor gerçeküstü standartlara sahip olmakla tanımlanırken, zamanla bu kişilik özelliğinde esas bozucu olan faktörün standartlar nedeniyle kendiliğinden fazlaca eleştiri ve baskı altında bırakılması olduğu fikri kabul görmüştür (168). Buradan hareketle önceleri tek boyutlu bir yapı olarak değerlendirilen mükemmeliyetçilik 1990'lı yıllardan itibaren çok boyutlu bir kavram olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (162, 169).

Hewitt ve Flett mükemmeliyetçiliğin boyutlarını içsel (benlik yönelimli mükemmeliyetçilik), kişilerarası (başkası yönelimli mükemmeliyetçilik) ve sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik şeklinde 3 boyutlu olarak ele almıştır (170). Frost ise mükemmeliyetçiliği, hatalara aşırı dikkat, organizasyon/düzen, davranıştan şüphe duyma, ebeveyn eleştirelliği, ebeveyn beklentisi ve kişisel standartlar şeklinde 6 alt boyutta tanımlamıştır. Hatalara aşırı dikkatte yapılan hataların tamamen

başarısızlık olarak algılandığı anlatılmak istenmektedir. Davranışlardan şüphe duymada, kişilerin performanslarından şüphe etmesidir. Kişisel standartlar alt boyutunda, ulaşılması güç gerçeküstü hedeflere sahip olmak ve kendiliğin bu hedefler ile değerlendirilmesi temsil edilmektedir. Ebeveyn eleştireliliği ve ebeveyn beklentileri ise mükemmeliyetçiliğin kökenleriyle ilişkilidir. Ebeveyn beklentileri, kişilerin ebeveynlerinin kendisinden beklentileriyle ilgili algılarıyla; ebeveyn eleştireliliği ise ebeveynlerinin kendisine yaptığı eleştiri düzeyini algılaması ile ilişkilidir. Düzen alt boyutu ise hayatlarındaki düzen ve organizasyonun öneminin abartılı olarak vurgulanması ile ilişkilidir (162).

2.3.2. Yeme Bozuklukları ve Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçiliğin bir çok hastalıkla ilişkili bir kavram olduğunun gösterilmesinin yanında pek çok çalışmada AN ve BN'nin ortaya çıkmasında spesifik bir risk faktörü olduğu da gösterilmiştir (171). YB hastalıklarında mükemmeliyetçi kişilik özellikleri, kişileri hem hastalığa yatkınlaştıran hem de hastalığı sürdüren bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (167).

YB'de mükemmeliyetçiliğin nasıl bir rol oynadığına ilk yer veren kuramcılardan biri olan Bruch'a göre mükemmel standartlara ulaşmak için sarf edilen çaba AN'nin temel özelliklerindedir (172). Slad ise mükemmeliyetçiliği YB hastalıklarının oluşmasına zemin hazırlayan bir kişilik özelliği şeklinde tanımlamakta ve bu özelliğin, kişilerin hayatlarının her alanında ya da sadece yemekle ilgili kısıtlı alanlarda gösterdikleri kontrolü ele alma çabalarına öncül olduğunu ifade etmektedir. (173).

YB'de mükemmeliyetçilik önceleri, zayıf olma isteği ve bedenlerini kontrol etme üzerine çabalarla ilişkilendirilse de, sonradan hastalıktaki rolü iki uçlu düşünme tarzları, bilişsel olarak esneyememe ve her şeyi kontrolleri altında bulundurmaya yönelik duydukları ihtiyaç çerçevesinde ele alınmıştır (174). Bazı araştırmalarda ise YB ve mükemmeliyetçilik ilişkisinin altında, bu kişilerin benliklerini tam bir kontrol altında tutması gerektiğine ilişkin olan işlevsiz düşüncelerinin yattığı öne sürülmektedir (175). YB ve mükemmeliyetçilik ilişkisi birçok araştırmada değerlendirilerek hastalığın tanı sürecinde mutlaka ele alınması gereken bir durum olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmalardan yola çıkarak süreç içinde yeme

bozukluklarının tanısallık taramasında altın standart olarak değerlendirilen Yeme Bozukluğu Envanteri'nde (YBE) bir alt boyut olarak yer verilmiştir(174).

Vitousek ve Fairburn'e göre ise, YB olan kişiler yeme, beden biçimi, vücut ağırlığı ve bunları kontrol edebilmekle ilgili kendilerine mükemmeliyetçi standartlar koyarlar. Hastalar bu konularda yüksek olan standartları doğrultusunda süregelen bir çaba gösterirler. İki uçlu düşünme biçimleri nedeniyle BN hastalarında olduğu gibi zaman zaman tıknama zaman zaman çıkarma davranışlarına yakınlaşırlar. Standartlarını karşılayamamaları sonucu benlik acımasızca eleştirilir; olumsuz bir kendilik değeri ortaya çıkar. Bu alanlarda standartlara ulaşmak için çabalar döngüsel bir biçimde tekrarlanmaktadır (176, 177).

Fairburn, Cooper ve Shafran (2002) da benzer şekilde, YB'lerde mükemmeliyetçiliği, kendiliğin işlevsiz bir şekilde, yeme ve görüntüyle ilgili mükemmeliyetçi beklentiler ve standartlar ile bu doğrultuda gösterilen çabalarla değerlendirilmesiyle ilişkili olduğunu öne sürmektedir. YB hastalarında çekirdek mükemmeliyetçilik özelliği başarısızlık korkusu, kilo almaktan korkma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Hastaların dikkatleri sürekli olarak kalori hesaplama, görüntülerini çeşitli yöntemlerle kontrol etme, kilo takibi için sürekli tartılma gibi davranışlarla meşguldür. Vücut ağırlıkları ve yeme davranışlarıyla ilgili performanslarını olumsuz bir yanlılıkla değerlendirerek, kendilik değerlerini eleştirirler. Bu olumsuz taraflı değerlendirmeler, hastaları hedeflerine ulaşma konusunda daha sıkı biçimde güdüleyerek, hastalığın sürmesine sebep olan kısır bir döngüye girmelerine neden olur (178).

2.3.3. Mükemmeliyetçilik ve Anoreksiya Nervosa

Öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı birçok araştırmada, YB olanların, YB olmayan ve diğer eksen I bozukluklarına sahip olan kişilerden daha yüksek mükemmeliyetçilik puanları aldıkları gösterilmiştir (179-183). Yapılan çalışmalarda herhangi bir YB tanısı bulunmayan fakat diyetle kısıtlama, zayıflık isteği, görüntüyle ilgili yoğun kaygı gibi bozulmuş yeme tutumları gösteren kadınların da mükemmeliyetçilik ölçeklerinden yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (179, 184, 185). İzlem çalışmalarında ayrıca kilo tedavi ile normal sınırlara ulaşırsa dahi mükemmeliyetçiliğin sürdüğü gösterilmiştir (179, 183).

YB'lerde mükemmeliyetçiliğin sadece kişisel yüksek standartların yakalanma çabasıyla açıklanamayacağı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Çok boyutlu olarak bakıldığında çalışmalarda mükemmeliyetçilik alt boyutlarından ailesel beklentiler, aile eleştirelliği, davranışlardan şüphe duyma, benlik yönelimli mükemmeliyetçilik, hatalara aşırı dikkat, sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik gibi alt boyutlarla YB ilişkisi gösterilmiştir. Bu boyutların vücut ağırlığının ve görüntüsünün fazla önemsenmesi, diyetle kısıtlama, tıkinma çıkarma davranışları ve beden görüntüsünden rahatsızlık duyma ile ilişkisi olduğu bulunmuştur (171, 186).

AN hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalıklarının başlangıcında, 8. ve 16. yılında, yani 3 farklı zamanda görüşme yapılmış ve bu hastalara AN hastası olmalarından neyi sorumlu tuttıkları sorulmuştur. Araştırmanın sonucunda, hastaların en çok yüksek standartlara sahip olmalarını sorumlu tuttıkları gösterilmiştir. Ebeveynlerinin kendilerinin başarıları ya da görüntüleriyle ilgili yüksek beklentiye sahip olduklarını düşünmeleri de yine hastalıklarına sebep olarak gösterdikleri ölçütlerden olmuştur (187).

Mükemmeliyetçilik ve YB ilişkisini değerlendirmeye yönelik olarak klinik olmayan örneklerle de çalışmalar yapılmıştır. Mükemmeliyetçiliğin diyet yapma ve bulimik belirtilerle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada, üniversiteye devam eden kadınlar değerlendirilmiş, bu çalışmada çok boyutlu mükemmeliyetçilik alt boyutundan benlik yönelimli mükemmeliyetçiliğin diyet yapma davranışı ile ilişkili olduğu; diyet yapanlar az ve çok olarak gruplandığında ise çok diyet yapanların benlik yönelimli mükemmeliyetçilik skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulimik davranışları olanlarda ise bu davranışları hem benlik yönelimli mükemmeliyetçiliğin hem de sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçiliğin yordadığı saptanmıştır. Bulimik davranışlar açısından gruplar yüksek ve düşük olarak ayrıldığında ise, belirtileri yüksek olan grupta benlik yönelimli mükemmeliyetçilik ve sosyal olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik daha yüksek bulunsa da benlik yönelimli mükemmeliyetçiliğin etki gücünün daha yüksek olduğu saptanmıştır (171). 2007 yılında psikiyatrik tanısı olmayan bir grupta sürdürülen başka bir çalışmada ise, mükemmeliyetçiliğin çeşitli yeme davranışları ile ilişkisine bakılmış, özellikle diyet kısıtlaması ve tıkinma/çıkarma davranışlarının

mükemmeliyetçilikle daha güçlü ilişkili olan yeme davranışları olduğu saptanmıştır (188).

Son yayınlanan bir meta analizde, AN grubunun sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek toplam mükemmeliyetçilik skorlarına sahip olduğu uyumsuz (maladaptif) mükemmeliyetçilikte AN ve BN grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı, AN tıkmırcasına yeme çıkarma tipi (AN-BP) ve AN kısıtlayıcı (AN-RT) alt grupları karşılaştırıldığında ise AN-BP grubunun daha yüksek mükemmeliyetçilik skorlarına sahip olduğu gösterilmiş (189).

AN hastalarında, psikoterapötik ve farmakolojik müdahaleler sonrasında mükemmeliyetçilik puanlarının değişip değişmediğini araştırmak üzere de çalışmalar yapılmıştır. 2001 yılında AN hastalarının 14 haftalık izleminin yapıldığı, tedavi öncesi ve sonrası Yeme Bozukluğu Envanteri'yle değerlendirildiği açık kontrollü bir çalışmada, sertralin yeme bozukluğu envanterindeki başlangıçtaki mükemmeliyetçilik puanlarının düşüşüyle ilişkili bulunurken, plasebo grubunda böyle bir değişiklik saptanmamıştır (190). Yatarak tedavi gören AN hastalarının yeme bozukluğu envanteri (YBE) ile değerlendirildiği bir çalışmada ise, taburculuk sırasında yapılan değerlendirmelerde YBE'deki tüm alt ölçeklerde yatışta yapılan değerlendirmelere göre anlamlı bir azalma görülürken; mükemmeliyetçilik alt ölçeğinde böyle bir değişim gösterilmemiştir (191).

Mükemmeliyetçiliğin tedavi sonuçlarına ve prognoza etkisini değerlendirmek için yapılan araştırmalarda, mükemmeliyetçiliğin AN hastalarında olumsuz sonuçları ve kötü prognozu yordadığı düşünülmüştür (171, 192).

AN hastalarının ebeveynlerinin kişilik özellikleri bakımından sağlıklı kontrollerin ebeveynleriyle karşılaştırıldığı bir çalışmada, AN hastalarının annelerinin sağlıklı kontrol grubunun annelerine göre Frost çok boyutlu mükemmeliyetçilik ölçeğinde anlamlı düzeyde yüksek puanlara sahip olduğu görülürken, babalar değerlendirildiğinde gruplar arasında böyle bir fark görülmemiştir (193).

İyileşmiş olarak kabul edilen AN hastaları ile YBE kullanılarak yapılan bir çalışmada, remisyondaki AN hastaları ile AN hastalarının sağlıklı kardeşleri ve sağlıklı kontrollerin YBE'deki mükemmeliyetçilik puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (194).

2.4. Ruminasyon

2.4.1. Genel Bilgiler

Ruminasyon, kişilerin problemlerinin üstesinden gelmek için çaba göstermeden, içinde bulunulan ruh halini ve bunun muhtemel sebep ve sonuçlarını süregelen biçimde düşünmesi olarak tanımlanmaktadır (17). Bir başka tanıma göre ise geçmişteki durumlar için istemsizce ortaya çıkan ve kişilerin odağının belli noktalarda takılıp kalmasına sebep olan, içsel olarak rahatsızlık yaratan tekrarlayan düşünceler şeklinde belirtilmiştir (195). Martin ve Tesser (1996) tarafından ruminasyon terimi ‘belli bir konu üzerinde yoğunlaşan, düşünmeye gerek olacak bir koşul olmasa dahi tekrarlayabilen bilinçli bir düşünce süreci’ şeklinde tarif edilmiştir. Bu yazarlara göre tekrarlayan tüm düşünceler ruminasyon başlığı altında toplanmıştır (196). Çevresel şartlar ruminatif düşünceleri doğrudan veya dolaylı yollardan tetiklemiş olsa dahi, ruminatif düşüncelerin devam etmesi için bu tür şartlar zorunlu değildir (196, 197). Toplum temelli ve boylamsal olarak yürütülen araştırmalarda ruminatif eğilimler bireyler arasında fark gösterse de bireyin kendi içinde değişmeyen sabit bir yapıda olduğu gösterilmiştir (198).

Ruminasyon terimi farklı yazarlar tarafından farklı teoriler çerçevesinde ele alınmıştır. İlk olarak Nolen-Hoeksema (1987) ruminasyonu depresyondaki ruh hali ile olağan olarak oluşan bir tepki biçimi olarak yorumlamışlar ve bu ilk teori ‘*Tepki Biçimleri Teorisi*’ olarak adlandırılmıştır. Bu teoride ruminasyon “kişilerin depresif belirtilerine ve belirtilerin muhtemel nedenlerine ve sonuçlarına odaklanan tekrarlayan bir düşünme tarzı” olarak tanımlanmıştır (199). Bu tepki biçimi, içinde bulunulan durumdan kurtulmak için sosyal destek arayan, olayları tekrar değerlendiren ve bunları çözmeye yardımcı olacak yöntemler arayan düşünce biçimlerinden farklı biçimdedir (197, 200). Tepki Biçimleri Teorisine göre ruminasyon depresyonu 4 bileşen yoluyla aktive etmekte, şiddetlendirmekte ve sürdürmektedir:

- I. *Olumsuz Düşünme*: Ruminatif düşüncelere sahip kişilerde depresif duygudurumun etkisiyle, olumsuz düşünce ve anılarla birlikte karamsar bir düşünce yapısı oluşmaktadır.

- II. *Sorunla Baş Etme Yeteneğinde Azalma:* Ruminatif düşünce yapısına sahip kişiler olayların sürekliliğiyle ilgili çoğunlukla kötümser bir ruh hali içinde olduklarından, problemlerinin çözümü konusunda da karamsar bir ruh hali içinde bulunmaktadır. Bu da sorunlarla baş etme yeteneğinde azalmaya ve umutsuzluğa yol açmaktadır.
- III. *Davranışsal Tutumlarda Azalma:* Sadece kendilerine ve sorunlarına odaklanmış kişilerde, girişim gerektiren her türlü olaya karşı isteksizlik ortaya çıkmaktadır.
- IV. *Sosyal Destekte Azalma:* Ruminatif düşünce yapısına sahip kişilerin günlük hayatlarında, kişilerarası ilişkilerinde sosyal destek görmelerine engel olacak birçok sorun oluşmaktadır (197).

Bu kuram sonrasında Wells ve Matthews (1996) Beck'in depresyon modelinden yola çıkarak, ruminasyonu '*Benlik Düzenleyici Yürütücü İşlevler Teorisi'ne* (Self-Regulatory Executive Function Theory) göre açıklamaya çalışmışlardır. Bu teoride dikkat, bilişsel düzenleme ve duygusal denetleme mekanizmalarına yönelik inançların yer aldığı 3 kademeli bir süreç yer almaktadır. Kurama göre ruminasyon, olumsuz duygu durum ya da depresif belirtilere özgü değil; birçok psikopatolojinin temelinde yer alan ortak bir yapıdır. Ruminasyon kendilikle ilgili işlenmesi için benliğe yönlendirilen bilgilerin, benlik tutarsızlığıyla karşılaşılması ile baş etme mekanizmaları tarafından üretilen, yinelenen, otomatik ve kontrol edilebilir düşüncelerdir. Bu teoriye göre ruminasyon kişilerin üst bilişsel inançlarından kaynaklı, olumsuzluklarla baş etme ve kendini düzenleme stratejisi olarak kullanılmaktadır. Ruminasyon her zaman isteğe bağlı olarak tetiklenmez; ruminatif süreçler, benlik ile bir hedef arasındaki tutarsızlıkları saptayan ve devam eden alt düzey süreçler tarafından da tetiklenebilir (201). Bu teoride duygusal açıdan savunmasız bireylerin baş etme mekanizması olarak, ruminasyon veya endişe gibi yineleyici olumsuz düşünme stillerini seçme ve bunlara yatkınlıklarının bu süreçten sorumlu olduğu belirtilmektedir (202). Bu teoriye göre ruminasyon problem çözme girişimini temsil etse de, sıklıkla başarısızlıkla sonuçlanmakta ve olumsuz duygu ve bilişi devam ettirmektedir. Ayrıca kısa vadede tehditler, kayıplar ve olumsuz benlik inançları hakkındaki farkındalığı arttırarak bunların korunmasına da neden olabilmektedir (201).

Martin ve Tesser (1996) ruminasyonu, hedefe ilerleme bağlamında ele alarak buna *'Hedefe Yönelik İlerleme Teorisi'* adını vermişlerdir. Bu teoriye göre kişinin amaçladığı herhangi bir şey için tatmin edici bir ilerlemenin olmaması ruminatif düşünceyi doğuran sebeptir (196). Yani ruminasyon; yarım kalmış, başarısız veya ulaşılamamış amaç ve hedefler hakkında tekrarlı biçimde süregelen bir derin düşünme biçimidir (203).

Bu teoride kişilerin hedeflerine ilerlerken sahip olması gereken 2 yetenekten bahsedilir. İlki başarısızlıklar ve çeldiriciler olsa da amaçtan sapmadan hedefe doğru ilerleyebilme, diğeri ise gereken durumlarda, hedefin peşinden gitme davranışına bir süreliğine de olsa ara verebilme becerisidir. Hedefe ilerlerken kısa süreli de olsa vazgeçip ara verebilme becerisi işler planlandığı gibi gitmediği takdirde, alternatif çözümler üretmek açısından önemlilik arz eder. Bu teoride ruminasyonun istenilen hedefe ulaşılması durumunda ya da gidişattan memnun olunması durumunda sona erdiği düşünülür. Rotada karşı karşıya kalınan zorluklara alternatif çözümler sunmasından dolayı da hedefe yönelik ilerleme teorisinde ruminasyon yararlı bir süreç olarak değerlendirilebilir. Burada ruminasyonun patolojik bir sürece ilerleyip ilerlemeyeceğini, ulaşılması planlanan hedefin nitelikleri belirlemektedir. Örneğin hedeflenen durum "güzel görünmek, zayıf olmak" gibi sınırları net olmayan subjektif bir şeyse, kişiler ne olması durumunda kendilerini hedeflerine ulaşmış olarak kabul edeceklerini bilemediğinden ruminatif süreçlerini durdurmaları için bazı durdurma stratejileri uygulamaları gerekecektir (204).

Alloy ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir diğer teoride ruminasyon kavramı Tepki Biçimleri Teorisi'ndeki (TBT) gibi depresyonla olan ilişki çerçevesinde ele alınır ve *'Strese Tepki Olarak Ruminasyon Teorisi'* olarak adlandırılır. Bu teoride ruminatif sürecin depresyon sonucunda değil, yaşanan zorlu bir olaydan sonra olaya ilişkin olumsuz yorumların yer aldığı düşüncelerle tetiklendiği öne sürülür (205). Nolen- Hoeksema 'Tepki Biçimleri Teorisinde' ruminatif düşünce biçiminin depresyon belirtilerinin sonucunda tepkisel olarak oluştuğunu iddia ederken, Alloy ve arkadaşları ise ruminasyonlar sonucunda depresif bir sürecin tetiklenebileceğini ifade etmektedir (206, 207).

Conway ve arkadaşları tarafından 2000 yılında *'Üzüntü İlişkili Ruminasyon Teorisi'* ortaya atılmıştır. Yazarlara göre ruminasyon, kişilerin üzüntüleri ve bu

üzüntüyle ilişkili olan durumlarla ilgili olan tekrarlayıcı düşünceler şeklinde tanımlanmaktadır. Burada ruminasyonu ortaya çıkartan -olumsuz duygulanımın içeriği ya da bunun öncülleridir-. Bunlar kişiyi hedefine yönelten ve ruhsal olarak onarılmasını sağlayan davranışlara dönüşmezler. Ayrıca kişiler ruminasyonlarını sosyal olarak da paylaşmazlar (195).

Watkins ve Teasdale (2004) ruminasyonu '*Kavramsallaştırıcı ve Yargılayıcı Kendine Odaklanma Teorisi*' çerçevesinde tanımlamışlardır (208, 209). Yaptıkları çalışmalarda kendine odaklanmayı 2'ye ayırmışlardır. İlk olarak maladaptif/ uyumsuz olarak da sınıflanabilecek kavramsallaştırıcı - değerlendirici kendine odaklanma, diğeri ise adaptif/uyumlu olarak sınıflanabilecek tecrübeyle ilişkili, yaşantısal kendine odaklanmadır (208) . Birincisinde soyut, yargılayıcı bir şekilde kişi kendi duygularının sebepleri, sonuçları ve anlamlarına ilişkin düşünerek sürekli kendine odaklanma tutumu gösterir. İkinci durumda ise, bu olumsuz duygular ve deneyimler yargılanmadan sadece anı deneyimlemeye çalışan ve duyguların nasıl yaşantılandığına odaklanılan, somut, deneyimlere dayanan bir yaklaşım söz konusudur (210).

2.4.2. Ruminasyon ve Yeme Bozuklukları

Beden biçimi, kilo ve yeme ile ilgili ruminasyon tüm YB'lerde çekirdek özelliklerden biridir (211). Ruminasyon aynı zamanda psikolojik esnekliğin olmayışının bir çeşidi olarak da kavramsallaştırılabilir (212). Yazında AN hastalarının da zorlu duygu, düşünce ve bedensel duyular karşısında esnek davranmakta zorlandıkları, kurallara uyan itaatkâr esnek olmayan kişiler olduğu öne sürülmüştür (24). Bu açıdan da ruminasyonun AN'lerde hastalıklarının devamlılığında bağımsız bir faktör de olabileceği öne sürülmüştür (15, 213). YB hastalarında YB belirtileriyle ilgili ruminasyona birkaç çalışmada yer verilerek süreç içinde YB spesifik ruminasyon için ölçüm yapmak amacıyla 'Yeme Bozuklukları İçin Ruminatif Tepkiler Ölçeği' de geliştirilmiştir. Bu ölçek orijinal 'Ruminatif Tepkiler Ölçeği'ne dayanarak bu ölçekteki saplantılı düşünme ve derin düşünme alt ölçeklerine benzer şekilde hazırlanmıştır (214).

Ruminasyon ve YB psikopatolojisinin araştırıldığı 2018 yılında yayınlanan bir metanalizde şu sonuçlara varılmıştır:

- I. Ruminasyon artmış YB patolojisiyle ilişkilidir.
- II. Ruminasyon ve YB patolojisi arasındaki ilişkinin yönü bu özelliklerin doğası gereği karşılıklı olabilir.
- III. YB olan grupta YB olmayan grupla karşılaştırıldığında daha yüksek ruminasyon düzeyleri görüldüğü gösterilmiştir.
- IV. Ruminasyon YB’de görülen belirtilerin deneysel şekilde uyarılması sonucu, artmış olumsuz duygulanım ve olumsuz bedenle ilgili düşüncelerle ilişkilidir.

Ayrıca aynı çalışmada ruminasyon düzeyleri açısından AN ve BN tanısı alan hastalar arasında anlamlı bir farklılık görülmediği belirtilerek, ruminasyonun YB psikopatolojileri içinde tanılar üstü bir özellik olduğu saptanmıştır (215).

YB’nin ruminasyonla ilişkisi bilişsel – davranışsal (178, 216) ve duygu düzenleme (217-220) modelleri olmak üzere başlıca 2 model çerçevesinde ele alınmaktadır. Bilişsel davranışsal modele göre YB, kendini değerlendirmede fonksiyonel olmayan şemalardan kaynak alır. Bu şemalarda özellikle kilo, görüntü, yeme üzerine olan aşırı düşünceler zaman içinde diyet kısıtlaması, tıknama davranışları, kompanse edici davranışlara dönüşür. Sonrasında tüm bunların üzerine ruminasyonlar da YB belirtilerinin ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır. İkinci modelde ise ruminasyonun YB belirtilerinin olumsuz duygulanımdan korunmak veya bunu kontrol etmek için geliştirilen bir bilişsel duygu düzenleme stratejisi olduğu öne sürülüyor (20). Bununla beraber ruminasyon maladaptif bir duygu düzenleme stratejisi olarak kavramsallaştırılırken bunun yeme bozukluklarında duygu düzenlemeye hizmet eden bir yapı olarak kabul edilmesi de uygun olmayacaktır (221).

YB belirtilerine özgü (yeme, kilo vb.) olan ya da bu belirtilerden bağımsız olan ruminasyonlar (yaklaşan sınavlar vb.), kişinin bilişsel odağını daraltarak ve ruhsal açıdan donakalmışlık hissine sebep olarak problem çözme becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir (213).

Genel olarak ruminasyon bilişsel afektif bir süreç olarak kavramsallaştırılır. AN hastalarında yapılan bir izlem çalışmasında ruminasyonun bu boyutunu anlamak için; görülen yiyeceklere ilişkin ruminasyonun uzun süreli açlık sonucu tetiklenen fizyolojik bir cevap olup olmadığına bakılmıştır. AN hastalarında yemeklere ilişkin

ruminasyon kilo restorasyonu sonrasında azalırken, vücut şekli ve kilo ile ilgili ruminasyonun aynı şekilde devam ettiği saptanmıştır. Bu çalışmada vücut şekli ve kilo ile ilgili ruminatif süreçlerin fizyolojik bir yanıtansa afektif bir süreç olduğu öne sürülmüştür (222).

2.4.3. Ruminasyon ve Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçi ve ruminatif kişilik özelliklerinin her ikisi de YB semptomatolojisinin ortaya çıkması ve devamlılığında rol alıyor gibi görünmektedir (223). Hatalara karşı aşırı dikkatini yöneltmiş kişiler, başarısızlıkları sonrasında ruminasyon eğilimine daha yatkındır (224). Ruminasyon ve mükemmeliyetçiliğin YB belirtileri üzerine etkisine bakılan bir araştırmada, iki faktörün de YB bozukluğu belirtilerini öngördüğü sonucuna varılmıştır (223). Ayrıca daha önce yapılan çalışmalarda ruminasyonun, mükemmeliyetçilik ve YB belirtileri arasında mediyatör olarak görev aldığı saptanmıştır (87, 181).

2.5. Duygu Düzenleme

2.5.1. Genel Bilgiler

Duygu, kişiler için önemli olduğu düşünülen yaşantılar karşısında koşullu olarak, bazı durumlardaysa neredeyse otomatik bir şekilde oluşan davranışlar, fizyolojik bir cevap ve şartlara göre tepki geliştirme stratejileri şeklinde tanımlanabilir (225). Mevcut duruma uygun olmayan, çok yoğun olan ve fazla uzun süren duygular işlevsiz hale gelerek sorunlar yaratmaya başlar (226). Duygu düzenleme kavramına bu çerçeveden bakıldığında, içsel veya dışsal bir uyarın fark edildiğinde bir gözden geçirme yapılmasıyla duygu düzenleme sürecinin başlayıp, bu gözden geçirmenin sonrasında ortaya çıkacak olan tepkinin davranışsal olarak düzenlenmesiyle sonlandığı görülmektedir (227, 228).

Gross ve Thompson'a (2007) göre duygu düzenleme kavramı, üç temel özelliğe sahiptir. İlki, bireyler pozitif veya negatif duygularının şiddetlerini artırabilirler veya azaltabilirler. İkinci olarak duygu düzenleyici etkinlikler ilk başlarda bilinçli olarak ortaya çıkarken, daha sonradan bilinçli farkındalık süreçlerinin dışında gelişirler. Üçüncüsü duygu düzenleme süreçleri tek başlarına

“iyi” veya “kötü” diye sınıflanamazlar. Bu sınıflamanın kişilerin işlevselliğine olumlu veya olumsuz olarak nasıl etki ettiğine bakılarak yapılması gerekir (89).

Duygu düzenleme güçlüğü ise; duygulara yönelik bilinçli bir farkındalığın olmaması, duyguların anlaşılması ve kabul edilmesine ilişkin süreçlerde güçlük yaşama, olumsuz duygulanım esnasında dürtü kontrolünde ve hedeflenen amaca yönelik eylemlere odaklanmakta zorlanma, duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada zorluk yaşama şeklindeki farklı boyutlarla tanımlanmaktadır (229).

2.5.2. Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenleme kavramının içinde kendi duygularını düzenleme becerisi, başkaları tarafından ortaya çıkarılan duyguları düzenleyebilme, duygunun altında yatan özellikleri düzenleyebilme ve duygunun kendisini düzenleyebilme gibi birçok düzenleme vardır (230). Alanyazında duygularla baş etme konusunda çeşitli stratejiler yer almaktadır.

Folkman’a (1984) göre bireylerin duygu düzenlemede iki esas baş etme yöntemi mevcuttur. İlki problem çözme odaklı baş etme yöntemi, diğeri duygusal rahatlama odaklı baş etme yöntemidir. Problem çözme odaklı baş etme yönteminde, bireyler olumsuz duygulanımı ortaya çıkartan durumu azaltabilecek veya tamamen ortadan kaldıracabilecek davranışlara yönelir. Duygusal rahatlama odaklı baş etme yönteminde ise bireyler çaba göstermeksizin içindeki buldukları süreci ya kabul eder ya da bu durumdan kaçınmaya yönelmektedir. Fakat duygusal rahatlama odaklı baş etme yönteminde kişilerin kaçınma davranışları zaman içinde kuvvetlenerek uzun süreçte sıkıntıların artmasına sebep olmaktadır (231).

Koole (2009) ise, duygu düzenleme stratejilerini üç gruba ayırmıştır:

1. *İhtiyaç yönelimli stratejiler*: Hoşlanılan ya da dinlendirici düşünceleri düşünmek, stres tesirli yakın ilişki, stres tesirli yemek yeme vb.
2. *Amaç yönelimli stratejiler*: Çaba göstererek dikkati dağıtma, bilişsel yeniden değerlendirme, düşünce bastırma, dışa vurumu baskılama, tepkileri abartma vb.

3. *Kişi yönelimli stratejiler*: Dikkati karşı düzenleme, zihinsellik pratikleri, kendini ifade eden yazılar, kontrollü nefes egzersizleri ve kas gevşetme egzersizleri vb. (232).

Duyguların nasıl düzenlendiğine ilişkin bir model öneren Gross'un (1998) "Duygu Düzenlemede Süreç Modeli" geniş çapta kabul görmüştür. Bu modele göre duygu düzenleme; duygu, davranış ve psikolojik tepki bileşenlerini arttırmak, sürdürmek ya da azaltmak için kullandığımız duygusal yanıtları oluşturan tüm bilinçli ve bilinçdışı süreçleri içerir (233). Duygu düzenleme stratejileri, duyguların, tepki öncesi ya da tepki sonrası ortaya çıkışına bağlı olarak değişmektedir. Bu modelde duygu oluşumu sırasında iki tür duygu düzenleme stratejisi yer almaktadır (233).

1. *Öncül-odaklı stratejiler (antecedent focused strategies)*: Duyguların gidişini başlangıçta değiştiren, davranışsal ve duygusal tepkiler henüz ortaya çıkmadan önce kullanılan stratejilerdir.
2. *Tepki-odaklı stratejiler (response focused strategies)*: Duygusal tepki ortaya çıktıktan, yani bir durum karşısında duygu oluşuktan sonra duyguyu kontrol etmek için kullanılan stratejilerdir.

Bir duygunun düzenlenmesi bu iki genel duygu düzenleme stratejisinin altında yer alan beş süreç üzerinden gerçekleşmektedir (234). Bu süreçlerden durum seçimi, durum değişimi, dikkat yayılması ve bilişsel değişim öncül-odaklı stratejiler içinde değerlendirilirken, tepki düzenleme tepki-odaklı stratejinin içinde değerlendirilmektedir.

1. *Durum Seçimi (Situation Selection)*: Geleceğe yönelik bir duygu düzenleme sürecidir. Kişinin olumlu ya da olumsuz duygulara neden olabileceğini düşündüğü bir duruma girip girmemeyi tercih etmesidir. Çekingen birinin sosyal ortamlardan kaçınması, kısa vadede kişiyi rahatlatırken, uzun dönemde sosyal yalıtımı getirir. Bu nedenle durum seçimi, kısa ve uzun vadedeki yarar ve zararları bakımından iyi değerlendirmeyi, çok boyutlu düşünerek durumlara diğer açılardan da bakmayı gerektiren karmaşık bir süreçtir (89).
2. *Durum Değişimi (Situation Modification)*: Bir kez bir durum seçildiğinde, duygusal etkiyi değiştirmek için, duruma ilişkin değişiklik yapılmasıdır. Bu

değişim, bilişsel bir değişiklikten çok fiziksel çevre ile ilgili olan değişiklikleri içeren bir düzenlemedir (89).

3. *Dikkat Yayılması (Attentional Deployment)*: Farklı bakış açılarına sahip olabilecek olan durumlarda, odaklanılacak yönü seçmek için kullanılır. Gelişim sürecinde görülen ilk duygu düzenleme süreçlerinden biridir. Çevre değişikliği yapmadan duyguları düzenlemeyi olanaklı kılar ve böylece birçok yönü olan durumlarda olayları ve/veya duyguları etkileyecek şekilde dikkati yönlendirmeyi içerir (89).
4. *Bilişsel Değişim (Cognitive Change)*: Bu süreçte bireyin içinde bulunduğu durumu yeniden değerlendirerek durumun duygusal önemini ve/veya yönünü değiştirmesi söz konusudur. Bilişsel değişim, durumun odaklanılacak yönü seçildiğinde, durumun kişi için anlamını değiştirmeye işaret eder (233).
5. *Tepki Düzenleme (Response Modulation)*: Duygular bir kez ortaya çıktıktan sonra verilecek tepkileri değiştirme girişimidir. Verilen tepkilerin artırılmasını ya da azaltılmasını içerir. Kendini yatıştırma, duyguyu bastırma, dikkatin dağıtılması ve eğlenceli aktiviteler bulma gibi girişimleri içerir (233).

2.5.3. Duygu Düzenleme ve Yeme Bozuklukları

Duygu düzenleme güçlükleri birçok psikiyatrik hastalığın ortaya çıkışı, sürmesi ve tedavisinde anahtar rol oynamaktadır. Ancak son dönemde artan çalışmalara rağmen duygu düzenleme güçlüğü'nün psikiyatrik hastalıklara zemin hazırlayan bir neden mi yoksa hastalıkların gelişimi sonrasında ortaya çıkan bir sonuç mu olduğu tam olarak aydınlatılamamıştır (235, 236)

Son zamanlarda AN'nin ortaya çıkışında, sürmesinde ve tedavisinde duygu düzenleme becerilerinin rol alabileceği gösterilmiştir (237). Duygu düzenlemede güçlükler modeline göre AN'de görülen bu güçlük AN gelişimine zemin oluşturan ve hızlandıran bir durumdur (237, 238). Yapılan bir izlem çalışmasında, duygu düzenleme becerisinde olan zorlukların, AN belirtilerinin devam etmesinde önemli bir yordayıcı olduğu bildirilmiştir (239)

YB olan hastaların genellikle adaptif duygu düzenleme stratejilerini kullanma konusunda yetersizlik yaşadıkları ve duygu düzenlemede adaptif olmayan stratejileri

kullandıkları düşünülmektedir (240). AN hastalarının duygusal uyaranlardan kaçınmak için yeme kısıtlaması, aşırı egzersiz gibi davranışlara yöneldiği düşünülmektedir (241). Yaşadıkları olumsuz duyguları azaltma beklentisiyle de tıknırcasına yeme ya da başka bozulmuş yeme davranışlarına yöneldikleri görülmektedir (242).

Yapılan birçok araştırmada, kontrol grupları ile karşılaştırıldıklarında AN ve BN hastalarının daha fazla duygu düzenleme gücünü yaşadığı, ancak AN alt tiplerinde duygu düzenleme açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (90, 92, 243, 244).

AN olan hastalar içsel uyaranlarını anlamada, tanımlamada, o esnada yaşantılanan duyguyu kabul etmede ve özellikle duygu düzenlemesine aracılık eden doğru stratejiye ulaşmada zorluk yaşamaktadırlar. Adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinden bastırmayı daha sık kullanmakta ve adaptif olan yeniden değerlendirme stratejisine daha az başvurumaktadırlar (245).

2.5.4. Duygu Düzenleme, Mükemmeliyetçilik ve Ruminasyon

Byrne ve arkadaşları (2016) tarafından; YB tanısı olan ve olmayan 18-25 yaş aralığındaki kadınların alındığı, mükemmeliyetçilik duygu düzenleme ve afektif özelliklerin klinik bozulmadaki etkisine bakılan bir çalışmada mükemmeliyetçiliğin tek başına değil duygu düzenlemede güçlükle birlikte görüldüğünde klinik üzerine anlamlı etkisi olduğu gösterilmiş (22). Klinik tanısı olmayan üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da duygu düzenlemede güçlük ve uyumsuz mükemmeliyetçilik etkileşiminin, yeme bozukluğu belirtileri üzerine anlamlı bir etkisi olduğu gösterilmiş (16).

Ruminasyon duygu düzenleme süreçlerinde bir kaçınma stratejisi olarak kabul edilmekte, duygusal deneyimin kendisinden uzaklaşmayı sağlamakta ancak aynı zamanda paradoksal olarak da negatif duyguların alevlenmesine sebep olmaktadır (246). Bu şekilde maladaptif bir duygu düzenleme stratejisi olarak kavramsallaştırılan ruminasyonun YB hastalarında olumsuz duygulanımdan korunmak veya bunu kontrol etmek için duygu düzenleme amaçlı kullanılması da içinde bulunulan mevcut durumun sürmesine neden oluyor gibi görünmektedir (20).

Sonuç olarak, birçok ayrı çalışmada AN’de duygu düzenleme becerilerinin yetersiz olduğu, bu kişilerin mükemmeliyetçi esnek olmayan kişilik özellikleri taşıdıkları, hem YB belirtilerinin bilişsel- davranışsal belirtileri konusunda, hem de afektif olarak ruminasyona yatkın oldukları gösterilmiştir. Yeme bozukluğu patolojisine zemin hazırlayan ve sürekliliğinde önemli olan, tedavi süreçlerinde fark edilerek müdahale edilmesi yararlı olarak değerlendirilen bu çekirdek kavramları ergen hasta grubunda bir arada değerlendiren çalışmaların olmayışı alanyazının önemli eksikliklerindedir.

2.6. Bilinçli Farkındalık

2.6.1. Genel Bilgiler

Bilinçli farkındalık, kişinin dikkatini anlık, içsel ve çevresel uyarılara yargısız bir biçimde yönlendirmesi (247) veya geçmişte yaşanmış veya gelecekteki muhtemel deneyim ve duyguların etkisi altında olmadan anlık deneyimleri yaşayarak ‘an’ı kabul etmesi olarak tanımlanmaktadır (248). Batı literatüründe son yıllarda bilinçli farkındalık ile ilgili yapılan araştırmaların artmasına karşın bu kavramın temelleri yaklaşık 2500 yıl öncesine, Budist felsefe ve bu yaklaşımda kullanılan meditasyon uygulamalarına kadar dayanmaktadır (25).

Bilinçli farkındalık, öz-düzenleyici yetenek, bir kabullenme becerisi ve üst bilişsel bir beceri olarak da tanımlanmıştır (248-250). Üst biliş en basit tanımıyla “düşünme hakkında düşünme” olarak tanımlanmaktadır (251). Bilinçli farkındalık becerisine sahip kişi, bu üst bilişsel beceri sayesinde kendi ruhsal süreçlerini gözlemleyebilecek bir kapasite geliştirir (252). Bu üst bilişsel süreç sonucunda kişi, düşüncelerini ‘gerçeklik’ olarak değil, ‘düşünceler’ olarak gözlemlemeyi öğrenir ve dolayısıyla da kendisinde anksiyete yaratan durumlarda, panik ve korku ile ‘tepki vermek’ yerine, daha etkili bir şekilde ‘cevap vermede’ beceri kazanır (253).

Yazında bilinçli farkındalık ile ilgili birbirinden farklı tanımlar olsa da özet olarak bu kavram; şimdije odaklı dikkat, kabullenme, yargısızlık ve içsel gözlem gibi temel bileşenlere sahiptir (30).

Germer’e (2004) göre bilinçli farkındalığın özellikleri şunlardır:

- ✓ Düşünce süreçlerinden geçmeden meydana gelen bir farkındalık halidir. Bu sebeple de kavramsal değildir (nonconceptual).

- ✓ Her zaman an içinde, şimdi odaklıdır (present- centered).
- ✓ Yargılayıcı değildir (nonjudgemental).
- ✓ Belirli bir duruma yönlendirilmiş dikkati kapsadığı için amaçlıdır (intentional).
- ✓ Zihni ve bedeni daha yakından fark edebilmek için katılımcı gözlemi gerektirir (participant observation).
- ✓ Kelimeler daha zihinde belirmeden önce oluşur, bu nedenle sözel değildir (nonverbal).
- ✓ Algının boyutlarını araştırmaya dayalıdır bu açıdan da keşfe dayalıdır (exploratory).
- ✓ Her durumda ortaya çıkabilecek hüzünden ve kederden uzaklaşmayı sağlaması açısından özgürleştiricidir (liberating) (254).

Kabat-Zinn (1990) bilinçli farkındalık becerilerinin temellerini atmak için öncelikle bazı tutumların geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedirler (255):

- ✓ Yargılamama: Zihin kendi akışına bırakıldığında aileden, çevreden ve geçmiş deneyimlerden oluşan altyapı ile, karşılaştığı durumları ve olayları değerlendirirken iyi veya kötü olarak kategorize etme eğilimindedir. Bu yaklaşım, yaşadığımız anı daha objektif bir şekilde fark etmemizi engelleyebilmektedir. Zihni kontrol altına almaya çalışmadan duyguları, davranışları ve kararları şefkat ile fark etmek ve merakla gözlem yapmak önemlidir.
- ✓ Sabır: Şu anı bütünüyle kabul etmek ve tüm yaşantıların hayata geçebilmesi için zamana ihtiyaç olduğunu fark etmektir.
- ✓ Acemi (yeni başlayan) zihni: Her gün yaptığımız işler, görüştüğümüz kişiler, bir süre sonra sıradanlaşmaya, farkındalığımızın azalmasına ve bu durum bizim otomatik pilota hareket etmemize neden olabilir. Bu çerçevede, bu beceriyle hem bilinçli farkındalık yolunda otomatik pilottan çıkıp yaşamın her anını deneyimleme fırsatının elde edilebilmesine hem de çevremizdekiler ile iletişimimizin daha verimli bir boyuta taşınabilmesine olanak sağlayacağı belirtilmektedir (256). Bununla birlikte, önyargılar ile sarılan zihnimizin farklı değerlendirmelere, farklı alternatif yollara açık olması için bu beceri kritik bir öneme sahiptir (257).

- ✓ Güven: Kendi benliğimizin ortaya konulmasını ve ona karşı duyarlılığımızın artmasını ifade etmektedir.
- ✓ Hırslanmamak: Bireyler devamlı olarak bir şeyler elde etmek için, bir amaç doğrultusunda çaba göstermeyi tercih etmektedir. Bilinçli farkındalıkta ise, herhangi bir amaç olmadan sadece kişinin var oluş durumuna dikkat çekilerek kendi bedenini duyumsaması istenmektedir.
- ✓ Kabul: Kişiler çoğu zaman istemediği duyguları bastırmaya, zorlandığı durumlarda kaçınmaya çabalar. Fakat bu çaba zaman içinde yersiz kalmakta ve bireylere daha çok stres yaratabilmektedir. Bu bağlamda kabul, kendimizi tüm gerçekliğiyle görmeye gönüllü olduğumuz bir teslimiyet olarak tanımlanmaktadır. Olumlu ve olumsuz yaşantılara aynı mesafeden bakabilmek, başarıyı kabul ettiğimiz gibi başarısızlığı da kabul etmektir (256).
- ✓ Akışına bırakmak (izin vermek): Bu kavramda ise zihni belirli bir görüş, istek veya duygu ile sınırlamamanın ve dünyayı var olduğu gibi anlamaya, görmeye çaba göstermenin önemi vurgulanmaktadır.

Bilinçli farkındalık kavramı yalnızca çevredeki uyaranların farkında olma halini değil, aynı zamanda içsel deneyimleri kabullenmeyi, duygularını düzenleyebilme becerisini ve bilişsel olarak esnek olmayı da içeren bir ruhsal denge halini de ifade etmektedir (258).

Bilinçli farkındalığı bir kişilik özelliği olarak ele aldığımızda, bu özelliği olan kişilerde, aynı zamanda daha yüksek düzeyde kişisel kontrol, otonomluk duygusu, yönetici işlevler, özsaygı, empati, yaşam doyumu, kişisel yeterlilik algısı, iyimserlik, olumlu duygulanımlar görüldüğü belirtilmiştir (259).

2.6.2. Bilinçli Farkındalık ve Yeme Bozuklukları

Bilinçli farkındalığın kilo alma korkusu, toplum tarafından idealize edilen beden ölçülerine sahip olma isteği, kendilik değerinin kilo ve diyetle ilgili durumlara bağlı olması gibi bozulmuş yeme belirtilerinin bilişsel boyutlarıyla ters ilişki içinde olduğu saptanmıştır (260). Kesitsel çalışmalarda da bozulmuş yeme davranışları ile de bilinçli farkındalık arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir (261). Boylamsal çalışmalarda yeme ile ilgili bozuk bilişlerin bozulmuş yeme davranışı geliştirmeyi

yordadığı gösterilmiştir (262, 263). Ayrıca klinik olmayan örnekleme yapılan bir çalışmada, bilinçli farkındalığın ‘bozulmuş yeme davranışları’ ile ‘yeme ile ilgili bilişsel süreçler’ arasında da moderatör olarak yer aldığı gösterilmiştir (264, 265).

Farkındalıkla davranma, gözlemlene ve içsel deneyimlere tepkisizliğin, bilinçli farkındalığın yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkili olabilecek boyutları olduğu gösterilmiştir. Yüksek düzeyde farkındalıkla davranan kişilerin bozulmuş yeme davranışlarına sebep olan potansiyel tetikleyicileri tanıyabileceği öne sürülmüştür (31). YB hastalarının yer aldığı klinik örneklemlerle yapılan sınırlı sayıda çalışmada da bilinçli farkındalık düzeyleri ile yeme bozukluğu belirtileri arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (32, 249, 266-268).

Yakın bir geçmişte AN tanısı olan yetişkin kadınlarla yapılan bir araştırmada da bilinçli farkındalık düzeyleri ile yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği kullanılarak değerlendirilen yeme bozukluğu belirtilerinden beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (269).

Yeme bozukluğu tanısı olan 124 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada hangi bilinçli farkındalık alt boyutunun hangi yeme bozukluğu belirtisini öngördüğüne bakılmış. Klinik örnekleme daha düşük farkındalıkla davranma ve daha yüksek gözlemlene olduğu görülmüş. Bu grupta 1 ay sonra tekrar yapılan değerlendirmelerde daha yüksek oranda bedeninden memnuniyetsizliğin daha düşük farkındalıkla davranmayı öngördüğü, düşük farkındalıkla davranmanın ise bulimik belirtileri ve ince olma isteğini öngördüğü saptanmıştır (267).

2.6.3. Bilinçli Farkındalık ve Mükemmeliyetçilik

Araştırmalar ve teorik bilgiler bilinçli farkındalığın, mükemmeliyetçilikle ilişkili tekrarlayan negatif düşüncelere ve ruminasyona karşı koruyucu bir faktör olarak görev yapabileceğini belirtmektedir (18). Mükemmeliyetçi kişilik özellikleri, düşük derecede öz kabulü olan kişilerde uyumsuz, yüksek öz kabulü olan kişilerde ise uyumlu olarak kabul ediliyor. Bazı araştırmalar bu mükemmeliyetçilik/kabul teorisini şu şekilde destekliyor: Yüksek standartlara sahip olmanın tek başına işlevselliğe bozucu etkisi olmayabilir, burada bozucu etkisi olan durum kusurları kabul etmemek ve kendini yargılamak olarak değerlendirilebilir (270-272).

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada düşük bilinçli farkındalık düzeylerinin mükemmeliyetçilik, ruminasyon ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (273). Bir başka çalışmada AN ve madde bağımlılığı hastaları dışlanarak, Frost çok boyutlu mükemmeliyetçilik ölçeğinde hatalara aşırı dikkat alt ölçeğinde 22 üzeri puan alan ve mükemmeliyetçiliğinin klinik görüşmelerle işlevselliğini bozduğu düşünülen üniversite öğrencileri MBCT ve BDT (kendine yardım şeklinde planlanmış bir program ile uzaktan yapılan bir şekilde) olacak şekilde randomize olarak iki gruba ayrılmıştır. Müdahalenin başında, 8 hafta sonra ve tedavi sonlandıktan 10 hafta sonra yapılan değerlendirmelerde; MBCT alan grupta mükemmeliyetçilik, ruminasyon ve bilinçli farkındalık düzeylerinde diğer gruba göre anlamlı düşüş olduğu saptanmıştır. 10 hafta sonraki takipte yapılan değerlendirmede de mükemmeliyetçilikteki düşüşün korunduğu bulunmuştur (274).

Mükemmeliyetçilik, ruminasyon ve bilinçli farkındalık ilişkisine bakılan diğer bir çalışmada; ‘toplum değerlerine göre mükemmeliyetçiliğin’ bilinçli farkındalıkla ilişkili olan tek mükemmeliyetçilik boyutu olduğu, bilinçli farkındalığın ‘farkındalıkla davranma’ ve ‘içsel deneyimleri yargılamama’ boyutlarının mükemmeliyetçilikle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada yüksek bilinçli farkındalığa sahip olanların, uyumsuz mükemmeliyetçiliğinin, olumsuz tekrarlayıcı düşüncelerinin ve ruhsal sıkıntılarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunarak bilinçli farkındalığın mükemmeliyetçi kişileri negatif duygulanımdan koruyucu bir faktör olabileceği bildirilmiştir (18).

2.6.4. Bilinçli Farkındalık ve Ruminasyon

Bilinçli farkındalık ile ruminasyon arasındaki ilişkiye bakıldığında, ruminasyon düzeyinin artması ile birlikte ruminatif düşünceye ait içeriğin bireyin gerçekliği haline gelmeye başlayacağı ve bu durumun bir sonucu olarak da kişinin çevresinde olanlara yönelik farkındalığının azalacağı belirtilmiştir (25). Kuramsal olarak bakıldığında ise ruminasyonun zihinsel süreçlere yönelik yoğun uğraş içerisinde olmayı tanımladığı (275), bilinçli farkındalığın ise ruminasyondan farklı olarak düşünceden bağımsız bir biçimde yaşanan an ile ilgili bedensel ve çevresel duyuların farkında olma durumunu kapsadığı görülmektedir (247). Kadın üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada bilinçli farkındalık ile ruminatif

düşünme biçimi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (276). Literatürde bu sonucu destekleyen deneysel çalışmalar da bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalığı artırmaya yönelik olarak gerçekleştirilen müdahalelerin ruminasyon düzeyini azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur (277-280).

Sağlıklı popülasyonla yapılan bir çalışmada da yeme, kilo ve beden algısı üzerine ruminasyon (alt boyut olarak saplantılı düşünme) ve düşük bilinçli farkındalık düzeylerinin yeme bozukluğu belirtileri ile anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada sağlıklı grup içinden öncesinde AN öyküsü olan kişiler sonrasında ayrı bir grup olarak analiz edildiğinde, bu grupta yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olan ruminasyon alt boyutunun derin düşünme alt boyutu olduğu gösterilmiştir (20).

Ruminasyon ile ilgili alanyazın incelendiğinde ruminasyonun daha çok depresyon ile ilişkisinin araştırıldığı görülmektedir. Ayrıca bilinçli farkındalık ve ruminasyon ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda ise AN hastaları alınarak yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır.

2.6.5. Bilinçli Farkındalık ve Duygu Düzenleme

Bilinçlilik hali aynı zamanda dikkati de içerir, dikkati bir duruma yönlendirerek kaçınma davranışı göstermemek duygu düzenlenmesini de sağlamaktadır, bu durum da bireyi olumsuz duygulanıma karşı koruyucudur (281, 282)

Duygu düzenlemeye yönelik terapötik müdahalelerin amacı, olumsuz ve arzu edilmeyen duyguları yok etmek değil, olumlu duygularla birlikte olumsuz duyguları da kişinin kabul etmesini sağlamaktır (283). Araştırmalar, farkındalığın bir duygu düzenleme stratejisi olarak etkisine vurgu yapmaktadır (284). Duygu düzenleme ile ilgili teorik çalışmalar, bilinçli farkındalığın temel mekanizmasını duygu düzenleme olarak göstermektedir (285).

Olumsuz deneyimlerden kaçınma, bastırma veya sürekli olarak duygu deneyimleri ile meşgul olmak, endişe ve takıntılar ile boğuşmak duygu düzenleme problemlerinin iki ucu olarak görülmektedir (285). Farkındalığın duygusal düzenleme üzerindeki etkileriyle ilgili çalışmaların bir bölümünde, farkındalığın

tepkisel düzenleme aşamasındaki etkileri araştırılmıştır (286). Bu çalışmalarda farkındalığın, özellikle ruminasyon ya da bastırma gibi tepkisel düzenleme mekanizmaları üzerindeki etkilerine bakılmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarında, farkındalığın ruminasyon ve bastırmayı azalttığı gösterilmiştir (280, 287, 288).

Alanyazın incelendiğinde bilinçli farkındalık ile olumsuz duygulanım (289), duygusal düzenleme (246), kaygıya yönelik duygulanım düzeyi (290) ve duygu düzenleme güçlüğü (291) arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Kısıtlama, çıkarma gibi bozulmuş yemenin davranışsal belirtilerinin ötesinde, klinik vakalarda bu davranışlar remisyona girse bile yeme bozukluğunun devamı ve relapslarla ilişkili olan duygu düzenlemede güçlükler, dürtüsellik, içsel farkındalığın olmayışı devamlılık gösterdiğinden terapilerde bu noktalara odaklanılmalıdır (23).

Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi çalışmasında, terapi süreci sonunda gençlerin duygu düzenlemede güçlükler ölçeğinden aldıkları puanların başlangıca göre anlamlı düzeyde azaldığı, ayrıca 15 ay sonraki izlem değerlendirmesinde de bu anlamlılığın korunduğu saptanmıştır (292).

2.6.7. Bilinçli Farkındalık Temelli Terapiler

Bilinçli farkındalık öğrenilebilen, her insanda az ya da çok bulunan ve geliştirilebilen bir beceridir (249). Yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalık becerilerinin bireyi olumsuz duygulanımdan ve ruminatif düşüncelerden uzaklaştırarak kaygı bozukluğu, OKB, depresyon, YB riskine karşı koruyucu olduğu ve limbik sistem tepkilerinin denetiminde faydalı olduğu gösterilmiştir (27, 293-297). Bilinçli farkındalık tekniklerini içeren tedavilerin hastalarda duygu düzenleme becerilerine ve empati yapabilme yeteneğine yardımcı olduğu, tepkiselliği azalttığı, bireysel ve kişiler arası ilişkilerde iyileşmeye yardımcı olduğu gösterilmiştir (27, 28).

Bilinçli farkındalık temelli terapilerde, farkına varma ve durumun fonksiyonunu anlayıp kabullenebilme, değişim süreçlerinin ilk hedefidir (298). Kabullenme durumu ile, değişimin hedeflendiği terapi süreçlerinin genel yaklaşımları birbirine ters düşüyor gibi görünmektedir. Ancak tüm sürecin sonunda, farkındalık ve kabullenme ile paradoksal bir şekilde değişim meydana gelmektedir. Bu sebeple bilinçli farkındalık temelli terapiler, kabul ve bilişsel ayrışma gibi

yöntemleri kullanmaktadır (299). Bilinçli farkındalık kavramı köken olarak içebakış yönelimli meditasyon pratikleriyle ilişkili olsa da, bilinçli farkındalık temelli terapiler içgörü yönelimli terapiler sınıfında değil, bilişsel ve davranışçı terapiler sınıfında ele alınmaktadır (300).

Günümüzde bilinçli farkındalığı konu alan araştırmaların oldukça arttığı, bilinçli farkındalık tekniklerinin üçüncü dalga bilişsel-davranışçı psikoterapilerde daha sık kullanıldığı, bilinçli farkındalık temelli kognitif terapi (MBCT), farkındalık temelli stres azaltma (MBSR), diyalektik davranış terapisi (DBT) gibi birçok tedavi modelinin klinik olarak anlamlı sonuçlar doğurduğu bilinmektedir (25, 26). Bu terapi tekniklerine göre olumlu ya da olumsuz tüm duyguların bir işlevi vardır ve duygu düzenleme becerilerinin kazandırılmasının asıl amacı, olumsuz duyguları yok etmek değil, olumlu veya olumsuz tüm duygularla ilgili kişilere kabul, farkındalık ve anlayış kazandırılmasıdır (283).

Bilinçli farkındalık temelli terapiler, depresyon, stres, yeme bozuklukları, sosyal anksiyete ve madde bağımlılığı gibi birçok ruhsal hastalığın sağaltımına yönelik olarak uygulanmaktadır (265, 301-305).

Yeme bozukluklarında bilinçli farkındalık temelli terapilerin şu boyutlarla etki ettiği düşünülmektedir:

1. BF temelli terapilerde içsel farkındalığın artışı ile tıknırcasına yeme davranışları azalır (306).
2. Yeme bozukluğu belirtileri ile ters ilişkili olduğu gösterilen yargılayıcı olmayan bir tutum gelişmesine aracılık eder (301). Bu tutum YB ortaya çıkmasında ve relapstan korunmada etkin olduğu gösterilen bir beceri olan öz-şefkat gelişimine öncülük eder (307). Öz-şefkat ruminasyonu, sosyal karşılaştırmayı, olumsuz duygulanım ve beden memnuniyetsizliğini azaltarak YB’de riskli davranışları azaltır (308, 309).
3. Kontrol edilemeyen ve değiştirilemeyen içsel deneyimlerin, sürekli bir çaba halinde olmadan kabul edilmesine yardımcı olur (310). Ayrıca kabul etme durumu YB patolojisinde olası sebeplerden olduğu düşünülen kaçınma davranışlarını azaltarak etkin bir duygu düzenleme stratejisi kullanılmasına yardımcı olur (284).

4. Düşünceleri gerçeklik olarak kabul etmeden gözlemlene becerisi sunarak bilişsel bir ayrışmaya olanak sağlar. Bu düşüncelerin zihinden kolayca akıp gitmesine yardımcı olarak kişilerin ruminasyon, depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltır (311).

Tüm bu süreçler duygusal ve dürtüsel yemek yemeyi, olumsuz duygulanımı, beden memnuniyetsizliğini azaltıp, duygu düzenleme becerilerinin ve içsel farkındalığın artmasına öncülük eder (312). Yakın geçmişte yayınlanan bir meta analizde BF temelli yeme bozukluğu önleme programlarının, beden görüntüsüne yönelik uğraşları, olumsuz duygulanımı azalttığı ve beden algısını iyileştirdiği saptanmıştır (313).

2.7. Araştırmanın Amacı

Bu kesitsel vaka-kontrol çalışmasının amacı AN tanısı olan 12-18 yaşındaki kız ergenlerde yeme bozukluğu belirtileri ile bilinçli farkındalık becerilerinin ilişkisini değerlendirmek ve hastalığın devamlılığı ve relapslarla ilişkilendirilen mükemmeliyetçilik, ruminatif özellikler ve duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin; bilinçli farkındalık ve yeme bozukluğu belirtileriyle olan ilişkisini araştırmaktır.

Bu araştırmanın hipotezleri şunlardır:

1. Bu çalışmada AN hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre ruminasyonun ve mükemmeliyetçilik özelliklerinin daha yüksek olacağı, duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşayarak bunların bilinçli farkındalık düzeylerini olumsuz etkileyeceği,
2. Tüm gruplarda duygu düzenlemede güçlüklerin arttıkça ve bilinçli farkındalık düştükçe, yeme bozukluğu belirti şiddetinin artacağı,
3. Yeme bozukluğunun belirtileri açısından AN hastalık ve remisyon grupları arasında fark olsa da mükemmeliyetçilik, ruminasyon ve duygu düzenleme gibi bilişsel beceriler arasında fark olmayacağı,
4. Remisyon grubunun AN hastalık grubundan daha yüksek bilinçli farkındalık düzeyinin olacağı,

5. Sağlıklı kontrol grubunda yüksek mükemmeliyetçilik ve bedeninden memnuniyetsizliği fazla olan ergenlerde yeme bozukluğu belirtilerinin artacağı varsayılmıştır.

Ayrıca bu çalışmada şu sorulara cevap aranmaktadır:

1. Gruplarda yeme bozukluğu belirtileri ile bilinçli farkındalık hangi boyutlarda ilişkilidir?
2. AN grubunda ve tüm örneklemede yeme bozukluğu belirtileri ve bilinçli farkındalık becerilerinin yordayıcıları nelerdir?

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örnekleme

Bu araştırma Mart 2020 ile Temmuz 2020 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırma grubu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, 12-18 yaş arasında AN tanısı olan 20 olgu, benzer sosyodemografik özelliklere sahip remisyonda AN ile izlenen 16 olgu ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran hasta grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip 40 sağlıklı kontrol olgusundan oluşmaktadır.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 17.03.2020 tarih ve 2020/06-52 karar numarası ile onaylanmıştır.

3.3. Örneklemin Seçimi

3.3.1. Araştırma Grubunun Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne yemek yememe ve/veya kilo kaybı gibi yakınmalar ile başvurarak, klinik olarak değerlendiren hekim tarafından AN tanısı konulan ya da AN tanısı ile izlenen hastalar araştırma ekibine yönlendirilmiştir. Çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan ve onam veren hastalar ve anneleri ile AN tanısının doğrulanması amacıyla görüşme yapılmış ve AN tanısı DSM-5 ölçütleri göz önünde bulundurularak konulmuştur. Çalışmaya alınan tüm hastaların psikiyatrik değerlendirmeden önce, medikal açıdan stabil olup olmadıkları kontrol edilmiştir. Hastalığın akut döneminde bulunan ve medikal açıdan stabil olmayıp, yatırılarak izlenen hastalar hastaneden taburcu olduktan sonraki bir ay

içinde değerlendirilmiştir. Araştırma grubu AN tanısı alan, 12-18 yaş arasında, 20 kız ergenden oluşmaktadır.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- a. DSM-5 ölçütlerine göre AN tanısı alıyor olma
- b. 12-18 yaş arasında olma
- c. Kız cinsiyetinde olma
- d. Klinik olarak zihinsel geriliğin olmaması
- e. Psikotik bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, psikotik depresyon gibi ağır psikopatolojilerin bulunmaması
- f. Tıbbi açıdan stabil olma, hastaneye yatma gerekliliğinin olmaması
- g. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek bir hastalığının olmaması
- h. Anne ya da baba ve ergenin onam formunu okuyarak imzalaması

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

- a. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olma
- b. Erkek cinsiyetinde olma
- c. Klinik olarak zeka geriliğinin olması
- d. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olması
- e. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

3.3.2. Kontrol Gruplarının Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na yeni başvuran ya da izlenmekte olan hastalardan, önceden AN tanısına sahip olup da şu an remisyonda olan hastalar araştırma ekibine yönlendirilmiştir. Çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan ve onam veren hastalar ve anneleri ile geçmişteki AN tanısının doğrulanması amacıyla görüşme yapılmış ve geçmiş dönemdeki AN tanısı DSM-5 ölçütleri göz önünde bulundurularak doğrulanmıştır. Dosya kayıtları incelenerek, takip eden hekimleri ile görüşülerek, hasta ve anneleri ile görüşülerek kabaca klinik açıdan ne kadar süredir remisyonda oldukları belirlenmiştir. Değerlendirme sonucunda geçmiş dönemdeki AN tanısı doğrulanan, çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırma grubu ile sosyodemografik özellikleri benzer olan 16 ergen birinci kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- a. DSM-5 ölçütlerine göre geçmiş dönemde AN tanısı alıp şu anda almıyor olma
- b. 12-18 yaş arasında olma
- c. Kız cinsiyetinde olma
- d. Klinik olarak zihinsel geriliğin olmaması
- e. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olmaması
- f. Çalışmaya katılmayı kabul etme
- g. Anne ya da baba ve ergenin onam formunu okuyarak imzalaması

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

- a. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olma
- b. Erkek cinsiyetinde olma
- c. Klinik olarak zeka geriliğinin olması
- d. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olması
- e. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

İkinci kontrol grubuna yine Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, değerlendirmeler sonucunda geçmişte herhangi bir psikiyatrik başvurusu olmadığı ve şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütünü karşılamadığı, psikiyatrik tedavi almasına gerek görülmeyen kişiler araştırma ekibine yönlendirilmiştir. Çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan ve onam veren hastalar ve anneleriyle ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşme sonucunda geçmişte ya da şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütünü karşılamadığı doğrulanan, nörolojik ya da uzun süreli takip gerektirecek kronik fiziksel hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırma grubu ile sosyodemografik özellikleri benzer olan 12-18 yaş arasındaki 40 gönüllü kız ergen ikinci kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 41 ergenden 1 ergenin BKİ'nin fazla kilolu saptanması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Böylece değerlendirmeye alınan 41 hastanın 40'ı araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri:

- a. 12-18 yaş arasında olma
- b. Kız cinsiyetinde olma

- c. Klinik olarak zihinsel geriliğin olmaması
 - d. Herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmaması
 - e. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olmaması
 - f. Çalışmaya katılmayı kabul etme
 - g. Anne ya da baba ve ergenin onam formunu okuyarak imzalaması
- Araştırmadan dışlama ölçütleri:
- a. 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olma
 - b. Erkek cinsiyetinde olma
 - c. Klinik olarak zeka geriliğinin olması
 - d. Nörolojik ve uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olması
 - e. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Çalışmaya katılan tüm ergenlerin sosyodemografik özellikleri ve yeme bozukluğu ile ilgili klinik özellikleri araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu ile, ailelerin sosyoekonomik düzeyi Hollingshead-Redich Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ayrıca tüm ergenlere duygu düzenlemedeki güçlükleri ölçmek için Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (Difficulties in Emotion Regulation Scale), gencin ruminasyon düzeyini değerlendirmek için Ruminatif Tepkiler Ölçeği Kısa Formu (Ruminative Response Scale Short Version), bilinçli farkındalık düzeylerini değerlendirmek için Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Five Facets Mindfulness Questionnaire), yeme bozukluğu semptom şiddetini ölçmek için Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire), bedeniyle ilgili hoşnutsuzluk düzeyini değerlendirmek için Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (Body Image Satisfaction Questionnaire), depresyon belirti düzeylerini değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory), anksiyete belirtisi düzeylerini saptamak için Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (Screen for Child Anxiety and Related Disorders) verilmiştir. Araştırmaya katılan tüm ergenlere ve annelerine ise mükemmeliyetçilik düzeylerini değerlendirebilmek için Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (Frost Multidimensional Perfectionism Scale) verilmiştir. Ayrıca şimdiki ve geçmiş dönemdeki AN tanısını

doğrulamak ve sağlıklı kontrol grubunun psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığını göstermek için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL) yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Kontrol gruplarını oluşturan ergenlere ve annelerine de aynı değerlendirme araçları uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form araştırmaya katılan ergenlerin yaşı, eğitim süresi, anne ve babalarının yaşı, mesleği, eğitim durumu ve aile yapısı gibi sosyodemografik verilere ek olarak özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini, medikal öykülerini ve hastalığa ilişkin klinik bilgileri ayrıntılı olarak sorgulamaktadır. Tıbbi öyküde belirtinin başlangıç şekli, süresi, eşlik eden hastalıklar, belirtinin başlamasına neden olan stres etkenleri, ailede benzer belirti varlığı, kullanılan ilaç ve diğer tedavi yöntemleri ile ilgili sorular bulunmaktadır (Bkz. EK 1).

3.4.2. Hollingshead-Redlich Ölçeği

Ailelerin sosyoekonomik düzeyini saptamak için kullanılmıştır. Ölçeğin Comprehensive Assessment of Symptoms and History'den (CASH, Andersen 1987) Türkçe'ye çevirisi Tiryaki (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçek, anne ve babanın meslek ve eğitim durumlarını göz önüne alarak, belirli bir süre içinde ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan genel bir ölçüm yapmaktadır. Ölçekte beş ayrı sosyoekonomik düzey tanımlanmıştır: “Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile” ‘1 = üst’; “üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne baba” ‘2 = üst orta’; “küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne baba” ‘3 = orta’; “yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne baba” ‘4 = alt orta’; “yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne baba” ‘5 = alt’ olarak kodlanır. Ailenin sosyoekonomik düzeyi saptanırken anne ya da babadan en yüksek düzeyde olanın durumu esas alınarak değerlendirme yapılmıştır. (Bkz. EK 2)

3.4.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K-SADS-PL)

ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikiyatrik hastalıklarını belirlemek için ilk kez Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Formun ilk Türkçe'ye çeviri-geri çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda çalışan bir ekip tarafından yapılmıştır (314). DSM-5 için görüşme çizelgesinin güncellenmesi yine Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılmıştır (315). Görüşme çizelgesi üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm yapılandırılmamış bir başlangıç görüşmesidir ve bu bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi onu genel olarak tanımaya yarayan bilgiler sorgulanmaktadır. İkinci bölümde psikiyatrik tanıları değerlendirmek amacıyla özgül belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri bulunmaktadır. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler bulduysa o psikopatolojiyi daha kapsamlı değerlendirmek için ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamandaki işlev düzeyini saptamak amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Tüm görüşme 45-120 dakika sürer.

ÇDŞG-ŞY anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşerek uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgiler doğrultusunda puanlama yapılır. Ergenlik öncesi döneme uygulanırken önce anne-baba ile görüşme yapılır. Ergenlere uygulanırken, önce ergenin kendisi ile görüşülür. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında tutarsızlık varsa, klinisyen kendi klinik yargısını kullanarak karar verir.

3.4.4. Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği –BBBFÖ (Five Facets Mindfulness Questionnaire-FFMQ)

BBBFÖ günlük yaşamdaki anlık deneyimlere karşı farkındalık ve bunlara karşı dikkatli olma durumunu ölçmek amacıyla Baer ve ark. tarafından geliştirilmiştir (302). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması üniversite öğrencilerinden oluşan bir grup üzerinde Kınay tarafından yapılmıştır (316). 1 (kesinlikle doğru değil) ile 5 (her zaman doğru) arasında puanlanan 5 dereceli Likert tipi 39 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı .67 ile .85 arasında değişmektedir.

Ölçek; “Gözlemleme”, “Tanımlama”, “Farkındalıkla Davranma”, “İçsel Deneyimleri Yargılamama”, “İçsel Deneyimlere Tepkisizlik” şeklinde 5 farklı alt boyuttan oluşmaktadır.

Gözlemleme alt ölçeği, hisler, duygular, bilişler, kokular, sesler ve görüntüler gibi içsel ve çevresel uyarınları fark etmeyi ve onlara dikkatini vermeyi ölçen maddelerden,

Tanımlama alt ölçeği, gözlemlenen deneyimleri kelimelerle etiketleme becerisini ölçen maddelerden,

Farkındalıkla davranma, anlık deneyimlere dikkatini vermeyi içeren veya kişinin hareketlerinin farkında olmadığı otomatik pilotun veya mekanik davranışın tersi davranışları ölçen maddelerden,

İçsel deneyimleri yargılamama, biliş ve duygulara karşı değerlendirme yapmayan tutum almayı ölçen maddelerden,

İçsel deneyimlere tepkisizlik alt ölçeği ise düşüncelerin ve hislerin, onlara esir olmadan veya yakalanmadan, gelip gitmesine izin verme eğilimini ölçen maddelerden oluşmaktadır. Bu çalışmada, ölçeğin iç tutarlık katsayısı, 60 olarak bulunmuştur. (Bkz. EK 3)

3.4.5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği - DDGÖ (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS)

Gratz ve Roemer tarafından duygu düzenlemedeki güçlükleri ölçmek için geliştirilen 36 maddeli bir ölçektir (317). 5’li likert tipi şeklinde olan ölçek duygu düzenlemeyi altı alt boyutta değerlendirir. Sorular “hemen hemen hiç = 1”, “bazen =

2”, “yaklaşık yarı yarıya = 3”, “çoğu zaman = 4” ve “hemen hemen her zaman = 5” şeklinde puanlanır.

Ölçeğin altı alt ölçeği şu şekildedir:

1. Amaç: Olumsuz duygulanımda iken amaca yönelik davranışı başlatma becerisini değerlendirir. Artan puanlar amaca yönelik davranışı başlatmada güçlüğe işaret eder.

2. Strateji: Duygu düzenlemede etkin stratejiler kullanabilme becerisini değerlendirir. Artan puanlar etkin stratejiler kullanmada güçlüğe işaret eder.

3. Dürtüsellik: Dürtüsel davranışları kontrol edebilme becerisini değerlendirir. Artan puanlar dürtüsel davranışları kontrol etmede zorluğa işaret eder.

4. Farkındalık: Duygusal yanıtların farkında olma durumunu değerlendirir. Artan puanlar duygusal yanıtlarda farkındalığın azalmasına işaret eder.

5. Netlik: Duygusal yanıtlarda net olma durumunu değerlendirir. Artan puanlar duygusal yanıtlarda netliğin azalmasına işaret eder.

6. Kabul etmeme: Olumsuz duyguları kabul edebilme becerisini değerlendirir. Artan puanlar olumsuz duyguların kabul edilmesinde güçlüğe işaret eder.

Ölçeğin en önemli özelliği, duygu düzenleme güçlüklerini altı farklı alt boyutta ölçmesinin yanında duygu düzenleme ile ilgili yaşanan genel güçlüğü de değerlendirmesidir. Bu bağlamda ölçeğin tüm alt ölçeklerinden alınan puanların toplanmasından elde edilmiş bir “toplam ölçek puanı” (toplam duygu düzenlemede güçlük puanı) bulunmaktadır. Ülkemizde ölçeğin erişkinler için geçerlik çalışmaları Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır ve orijinal ölçekteki gibi altı faktörlü yapı desteklenmiştir (318). Ölçeğin altı alt boyutu için Cronbach alfa değerleri .75 ile .90 arasında değişiklik göstermiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği genel güçlük için .83, alt ölçekler için .60 ile .85 arasındadır. Türkçe ölçeğin ergenler için psikometrik değerlendirmeleri ise Sarıtaş ve Gençöz tarafından yapılmıştır (319). Ölçeğin orijinal ölçekle benzer şekilde genel güçlük iç tutarlık katsayısı .93 ve test-tekrar test güvenilirliği .83 bulunmuştur. (Bkz. EK 4)

3.4.6. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği – YBDÖ (Eating Disorder Examination Questionnaire –EDE-Q)

Fairburn ve Beglin tarafından 1994'te geliştirilmiş bir ölçektir (320). Yeme bozukluğu psikopatolojisinin belirti şiddetini yansıtan alt ölçeklerden oluşur. Bu alt ölçekler kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve kilo endişelerinden oluşmaktadır. Ayrıca tıknırcasına yemeyi sorgulayan açık uçlu sorular da bulunmaktadır. Bu sorular tıknırcasına yeme bozukluğu tanısını desteklemek için kullanılmaktadır. Kısıtlama ile ilgili yeme bozukluğu alt ölçeği aşırı yemenin kısıtlanması, yemek yemeden kaçınma, yiyeceklerden kaçınma, diyet kuralları, midenin boş kalması isteği ile ilgili soruları içermektedir. Diğer pek çok diyet kısıtlaması ölçeğinden farklı olarak YBDÖ'nün 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, beden şeklinin önemi, kilo alma korkusu, beden şeklinden duyulan hoşnutsuzluk, bedeni görmekten rahatsızlık, yüzleşmekten kaçınma, şişmanlık hissi sorgulanmaktadır. Kilo endişeleri alt ölçeğinde kilonun önemi, belirlenen kiloya tepki, beden şekli ya da kilo ile zihinsel uğraş, kilodan duyulan hoşnutsuzluk, kilo verme arzusu sorgulanmaktadır. Yeme ile ilgili endişeler alt ölçeğinde yiyecek, yeme ya da kalorilerle aşırı zihinsel uğraş, yeme üzerindeki kontrolün kaybı korkusu, gizli yemek yeme, sosyal yemek yeme, yeme ile ilgili suçluluk sorgulanmaktadır. Ölçek 28 soru içermektedir. Son dört hafta içindeki yeme bozukluğu şiddetinin 0-6 arasında işaretlendiği yedi ayrı puanlama bulunmaktadır. Belli bir alt ölçek puanı elde etmek için o alt ölçekle ilgili soruların puanları toplanmakta ve alt ölçekteki toplam soru sayısına bölünmektedir. Toplam puan için ise 4 alt ölçekten elde edilen puanlar toplanmakta ve alt ölçek sayısına bölünmektedir. Ölçeğin kesim noktası yoktur. Ölçek puanı yükseldikçe yeme bozukluğunun şiddeti artmaktadır. Yücel ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (321). Ölçeğin çevirisi yapılmış, iç tutarlığı, test tekrar-test güvenilirliği, madde analizi ve doğrulayıcı faktör analizi çalışılmıştır. Türkçe formunun soru sayısı ve alt ölçekleri orijinalinde olduğu gibidir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93 olarak ve her alt ölçek için .70 ve üstü değerlerde bulunmuştur. (Bkz. EK 5)

3.4.7. Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği - BBÖHOÖ (Body Image Satisfaction Questionnaire - BISQ)

Kişilerin beden bölgelerinden hoşnut olma düzeylerini ölçmek amacıyla Berscheid ve ark. (1973) tarafından geliştirilmiştir (322). Türkçe'ye uyarlaması Gökdoğan (1988) tarafından yapılan envanterde kızlar için 26, erkekler için 27 madde yer almaktadır (323). Kültürel uygunluğu arttırmak için uyarlama esnasında bazı maddelerde değişiklikler yapılmıştır. Maddeler “son derece hoşnut olma” ile “pek hoşnut olmama” arasında değişen beşli likert tipte değerlendirilmektedir. Puan yükseldikçe beden imgesinden hoşnutluğun arttığı ifade edilmektedir. Güvenilirlik çalışması için test-tekrar test yöntemi uygulanmış ve korelasyon katsayısı $r=.88$ bulunmuştur (Bkz. EK 6).

3.4.8. Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği - FÇBMÖ (Frost Multidimensional Perfectionism Scale - FMPS)

Frost ve arkadaşları tarafından 1990 yılında mükemmeliyetçiliğin çok boyutlu değerlendirmesini yapabilmek amacıyla geliştirilmiştir. 35 maddeden oluşmakta ve 5'li likert tipte puanlanmakta olan bir öz bildirim ölçeğidir(162) . Ölçek altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar *ebeveyn eleştirelliği*, *ebeveyn beklentisi*, *hatalara aşırı dikkat*, *organizasyon/düzen*, *davranışlardan şüphe duyma*, ve *kişisel standartlardır*. Ölçeğin özgün formunun alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları hatalara aşırı dikkat alt boyutu için .88, kişisel standartlar alt boyutu için .83, ebeveyn beklentileri alt boyutu için .84, ebeveyn eleştiriselliği alt boyutları için .84, davranışlardan şüphe duyma alt boyutu için .77 ve organizasyon alt boyutu için .93 olarak bulunmuştur. Organizasyon alt ölçeğinin ölçeğin tümü ve diğer alt ölçekleriyle korelasyonunun düşük olması nedeniyle ayrı ele alınabileceğini ve toplam puana katılmayabileceğini belirtmişlerdir.

FÇBMÖ'nün Türkçeye ilk çevirisi ve faktör yapısının incelenmesi Özbay ve Mısırlı-Taşdemir tarafından 489 fen lisesi öğrencisi ile yaptıkları çalışma ile gerçekleştirilmiştir (324). Açımlayıcı faktör analizinde özgün madde dağılımına uygun bir şekilde 35 madde, altı faktör altında toplanmıştır. Altı faktörlü yapı varyansın %47.8'ini açıklamış ve faktör yükleri 0.30'un üzerinde bulunmuştur. Bu

çalışmada 35 maddenin iç tutarlılığı 0.83, testi yarılama güvenilirliği 0.80 ve alt ölçeklerin iç tutarlılıkları 0.63-0.87 arasında hesaplanmıştır.

Ölçeğin psikometrik özellikleri Sayıl ve arkadaşları (2012) tarafından da 28-65 yaş arası anne ve babalardan oluşan örnekleme incelenmiş, bu yaş grubunda 5 faktörlü yapının uygun olduğu görülmüştür (325). Bu boyutlar *organizasyon/kişisel standartlar, hatalara aşırı dikkat, ebeveyn beklentisi, davranışlardan şüphe duyma ve ebeveyn eleştireliliğidir*. Alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları .68-.82 arasında değişmektedir.

Bu araştırma kapsamında ergenler için Özbay ve Mısırlı-Taşdemir'in tanımladığı 6 faktörden oluşan yapı esas alınırken, annelerin doldurduğu ölçekte Sayıl ve arkadaşlarının çalışmasında ortaya konan 5 faktörlü yapı esas alınmıştır (Bkz. EK 7).

3.4.9. Ruminatif Tepkiler Ölçeği, Kısa Formu - RTÖ-KF (Ruminative Response Scale Short Version – RRS-SV)

Treynor ve arkadaşları tarafından 2003 yılında geliştirilen, uzun formundan depresif belirtilerle benzerliği tartışmalı olan 12 maddenin çıkarılmasıyla, saplantılı düşünme ve derinlemesine düşünme olmak üzere 2 faktörlü, 10 maddeden oluşan 4'lü likert tip bir ölçektir (199). Her madde 1 ile 4 arasında puanlanarak hesaplanmaktadır (1=Hiçbir zaman ve 4=Her zaman). Hesaplanan toplam puanın yükselişi ruminasyon eğiliminin artışı gösterir. Ölçeğin uzun formu ve aynı zamanda özgün hali ile yüksek korelasyon gösterdiği ($r=0,90$) bulunmuş ve toplam RTÖ-KF, derin düşünme ve saplantılı düşünme alt boyutları için iç tutarlılık katsayıları sıra ile 0,85, 0,72 ve 0,77 olarak bulunmuştur. Treynor ve arkadaşlarına göre; derin düşünme, kişinin depresif belirtilerini bilişsel olarak çözüm adına zihinsel çabası; saplantılı düşünme ise, bireylerin bazı karşılanmamış beklentileriyle mevcut durumu arasında pasif olarak karşılaştırma yapma eğilimidir (199). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Erdur-Baker ve Bugay tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yürütülmüştür (326). Bu çalışmada özgün ölçeğe benzer bir faktör yapısına sahip olduğu belirtilmiştir. Toplam ölçek ve alt boyutlardan derin düşünme ve saplantılı düşünme iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,85, 0,77, 0,75 saptanmıştır (Bkz. EK 8).

3.4.10. Beck Depresyon Ölçeği – BDÖ (Beck Depression Inventory - BDI)

BDÖ, Beck ve arkadaşları tarafından ergen ve erişkinlerdeki depresyonun davranışsal belirtilerini ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (327). Depresyonu tanımlayabilmek, şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek için tasarlanmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve her bir madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Hastalardan kendilerinin içinde bulunduğu durumu en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmektedir. 1978 yılında ölçeğin tümü gözden geçirilerek hastalığın şiddetini tanımlayan tekrarlayıcı sorular ayıklanmış ve kişilerin son bir haftadaki durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçek orijinalinde klinisyenin maddeleri yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmışken, sonradan kendini değerlendirme ölçeği şeklinde uygulanmaya başlanmıştır. Toplam puan olarak 0-9 = minimal, 10-16 = hafif, 17-29 = orta, 30-63 = şiddetli depresyon belirtisi şeklinde yorumlanmaktadır. BDÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve depresyon için kesim noktası 17 olarak kabul edilmiştir (328) (Bkz. EK 9).

3.4.11. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği – ÇATÖ (Screen for Child Anxiety and Related Disorders - SCARED)

ÇATÖ, çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını taramak amacıyla Birmaher ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir (329). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çakmakçı (2004) tarafından yapılmıştır (330). ÇATÖ'nün anne baba ve çocuk formu mevcuttur. 8-18 yaş arasındaki tüm çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de her bir madde 0 ile 2 arasında puanlanır. 25 ve üzeri puanın anksiyete bozuklukları için uyarıcı olduğu kabul edilmektedir. Ayrıca ölçeğin somatizasyon, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul fobisi alt ölçekleri bulunmaktadır. (Bkz. EK 10)

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

AN tanısı olan, remisyonda olan ve sağlıklı ergenlerde yeme bozukluğu belirtileri ile bilinçli farkındalık becerilerinin ilişkisini ve mükemmeliyetçilik, ruminatif özellikler ve duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin; bilinçli farkındalık ve yeme bozukluğu belirtilerini yordama gücünün belirlenmesinin hedeflendiği bu

çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olup, araştırmadan elde edilen veriler SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences-22) paket programına kaydedildikten sonra grupların genel özellikleri için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma şeklinde, normal dağılmayan sürekli değişkenler için ortanca (minimum- maksimum) şeklinde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği tek yönlü varyans analizi ile, ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher's Exact Testi ile değerlendirilmiştir.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler, grupların dağılımı normal olması durumunda Pearson korelasyon katsayısı ile normal dağılım varsayımı sağlanmadığı zaman Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken, Ancova Kovaryans Analizi ile, ölçek puanlarının tanı gruplarında farklılık gösterip göstermediği ilk olarak BDÖ ve ÇATÖ toplam puanının, sonrasında yaşa göre ayrı ayrı etkisi arındırılarak düzeltme yapılmıştır. Yeme bozukluğu belirtileri ve bilinçli farkındalık becerilerini yordayan değişkenler ise Forward Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir.

Tüm testlerde $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.6. Uygulama

Araştırma ve kontrol gruplarında çalışmaya katılım ölçütlerini karşılayan ergenlere ve anne ya da babalarına araştırmanın amacı, değerlendirme sürecinde yapılacak işlemler ve çalışmanın yararlı olabilecek sonuçları anlatılarak bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Araştırma grubundaki tüm hastaların psikiyatrik değerlendirmeden önce medikal açıdan stabil olup olmadıklarının belirlenmesi amacıyla yapılan değerlendirilmeleri ve muayeneleri kontrol edilmiştir. Medikal açıdan stabil olmayan ve yatırılarak izlenen hastalar hastaneden taburcu olduktan sonraki bir ay içerisinde görülmüştür. Psikiyatrik değerlendirmede

araştırmacı sosyodemografik verileri, hastanın gelişim ve medikal öyküsünü, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini ve hastalığa ilişkin verileri sorgulamış ve aile ve ergenler ile klinik görüşme yapmıştır. Özbildirim ölçekleri ayrıntılı olarak anlatılmış ve ergenlerin bu ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılan annelere de ayrıca Frost çok boyutlu mükemmeliyetçilik ölçeği uygulanmıştır. Psikiyatrik görüşme yapılması ve ölçeklerin doldurulması her bir olgu için yaklaşık olarak bir buçuk saat sürmüştür.

4. BULGULAR

4.1. Ergenlerin Demografik, Özgeçmiş-Soygeçmiş ve Klinik Özellikleri

4.1.1. Demografik Özellikler

Araştırmamıza 12-18 yaş aralığında, 20'si AN, 16'sı remisyon, 40'ı sağlıklı kontrol grubunda olmak üzere toplam 76 ergen katılmıştır. AN grubunun yaş ortalaması 15.5 ± 1.42 yıl, remisyon grubunun yaş ortalaması 16.7 ± 1.4 , kontrol grubunun yaş ortalaması ise 15.4 ± 1.38 yıldır. Gruplar arasındaki yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, remisyon grubunun ortalamasının diğer gruplardan anlamlı yüksekliği nedeniyle gruplar arasında farklı bulunmuştur ($p=0.001$).

AN grubunun eğitim süresi ortancası 10 (7-12), remisyon grubunun 11 (8-12), sağlıklı kontrol grubunun ise 10 (7-12) olarak bulunmuştur. Gruplar arasında eğitim süresi ortancaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Tablo 4.1: Grupların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Yaş (Yıl)	Ort±SS 15.5±1.42	Ort±SS 16.7±1.4*	Ort±SS 15.4±1.38	p=0.001
Eğitim Yılı	Ortanca 10 (7-12)	Ortanca 11 (8-12)	Ortanca 10 (7-12)	p=0.14
Aile Yapısı	n (%)	n (%)	n (%)	p=0.06 ^a
Çekirdek Diğer	16 (%80) 4 (%20)	12 (%75) 4 (%25)	38 (%95) 2 (%2.5)	
Kardeş Sayısı	Ortanca 1 (0-2)	Ortanca 1.5 (1-4)	Ortanca 1 (0-3)	p=0.08
Ebeveyn Yaşları	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	p=0.44 p=0.65
Anne Baba	44.1±5.4 45.9±4.5	44.4±5.42 47.3±6.21	42.6±5.52 45.4±5.34	
Ebeveyn Eğitim Durumu (Anne)	n (%)	n (%)	n (%)	p=0.09 ^a
İlköğretim	5 (%25)	5 (%31.3)	11 (%27.5)	
Lise	4 (%20)	5 (%31.3)	11 (%27.5)	
Üniversite	11 (%55)	6 (%37.4)	18 (%45)	
Ebeveyn Eğitim Durumu (Baba)	n (%)	n (%)	n (%)	p=0.09 ^a
İlköğretim	3 (%15)	3 (%18.8)	10 (%25)	
Lise	5 (%25)	5 (%31.2)	8 (%20)	
Üniversite	12 (%60)	8 (%50)	22 (%55)	

Tablo 4.1 (devam): Grupların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Anne Çalışma Durumu				
Evet	15 (%75)	8 (%50)	21 (%52.5)	p=0.19 ^b
Hayır	5 (%25)	8 (%50)	19 (%47.5)	
Baba Çalışma Durumu				
Evet	19 (%95)	15 (%93.8)	38 (%95)	p=1.00 ^a
Hayır	1 (%5)	1 (%6.2)	2 (%5)	
Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzy				
Varlıklı-eğitimli	0 (%0)	0 (%0)	1(%2.5)	p=0.95 ^a
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	12 (%60)	9 (%56.2)	19 (%47.5)	
Küçük iş adamı, vasıflı işçi, memur, lise mezunu anne-baba	4 (%20)	3 (%18.8)	12 (%30)	
Yarı vasıflı işçi, lise altı eğitimli anne-baba	2 (%10)	3 (%18.8)	6 (%15)	
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba	2 (%10)	1 (%6.2)	2 (%5)	

* Farkın nedeni olan grup, a: Fisher's exact teste göre, b: Pearson ki-kareye göre

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma,

n: Kişi sayısı

4.1.2. Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Araştırma grupları arasında prenatal / perinatal sorun, gelişim öyküsü, tıbbi hastalık öyküsü ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bulunmamıştır. Ayrıca AN grubunda 1 kişinin ve remisyon grubunda 2 kişinin birinci derece yakınlarında bir yeme bozukluğu tanısı bulunmaktadır. Araştırma gruplarının özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2: Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Özgeçmiş ve Soygeçmiş	Anoreksiya Nervoza n (%)	Remisyon n (%)	Sağlıklı Kontrol n (%)	p
Prenatal/Perinatal Sorun				
Yok	19 (%95)	14 (%87.5)	40 (%100)	p=0.06 ^a
Var	1 (%5)	2 (%2.5)	0 (%0)	
Gelişim Öyküsü				
Normal	20 (%100)	15 (%93.8)	39 (%97.5)	p=0.45 ^a
Normal Değil	0 (%0)	1 (%6.2)	1 (%2.5)	
Tıbbi Hastalık Öyküsü				
Yok	17 (%85)	15 (%93.8)	38 (%95)	p=0.46 ^a
Var	3 (%15)	1 (%6.2)	2 (%5)	
Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü				
Yok	15 (%75)	15 (%93,8)	32 (%80)	p=0.36 ^a
Var	5 (%25)	1 (%6.2)	8 (%20)	
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü				
Yok	14 (%70)	10 (%62,5)	32 (%80)	p=0.37 ^b
Var	6 (%30)	6 (%37,5)	8 (%20)	
Ailede Benzer Hastalık Öyküsü				
Yok	19 (%95)	14 (%87.5)	40 (%100)	p=0.06 ^a
Var	1 (%5)	2 (%12.5)	0 (%0)	

a: Fisher's exact teste göre, b: Pearson ki-kareye göre

4.1.3. Klinik Özellikler

Araştırma grupları BKİ açısından karşılaştırıldığında AN grubu remisyon ve sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük BKİ'ne sahiptir ($p < 0.001$). Remisyon ve sağlıklı kontrol grupları arasında BKİ açısından fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

AN grubunda 16 (% 80) hastanın kısıtlayıcı tipte, 4 (% 20) hastanın tıkınırcasına yeme/çıkartma tipinde AN olduğu saptanmıştır. Remisyon grubunda ise geçmiş tanıları 12 (% 75) hastanın kısıtlayıcı tipte, 3 (% 18.8) hastanın tıkınırcasına yeme/çıkartma tipinde, 1 (%6.2) hastanın da hem kısıtlayıcı hem de tıkınırcasına yeme/çıkartma tipinde olduğu belirlenmiştir. Remisyondaki hastaların remisyondaki ortalama süreleri 5.8 ± 2.2 ay olarak bulunmuştur. Gruplar arasında hastalık alt tipi, başlangıç yaşı, aktif hastalık süresi, psikiyatrik ilaç kullanımını açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3: Grupların Yeme Bozukluğu İle İlgili Klinik Özellikleri

Klinik Özellikler	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
BKİ	Ort±SS 17.22 ± 1.76*	Ort±SS 19.78 ± 2.35	Ort±SS 20.87 ± 2.41	p<0.001
Hastalık Alt Tipi	n (%)	n (%)	-	p=0.82 ^a
Kısıtlayıcı	16 (%80)	12 (%75)		
Tıkınırcasına yeme çıkartma	4 (%20)	3 (%18.8)		
Mikst	0	1 (%6.2)		
Hastalık Başlangıç Yaşı	Ortanca 14.5 (12-16)	Ortanca 15 (13-17)	-	p=0.12 ^b
Hastalık Süresi (ay)	Ortanca 10.5 (2-28)	Ortanca 10.5 (4-34)	-	p=0.96 ^b
Remisyon Süresi (ay)	-	Ort±SS 5.8 ± 2.2	-	
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	n (%)	n (%)	-	p=0.27 ^a
Yok	3 (%15)	4 (%25)		
Fluoksetin	11 (%55)	11 (%68.8)		
Fluoksetin + Olanzapin	6 (%30)	1 (%6.2)		

* Farkın nedeni olan grup, a: Fisher's exact teste göre, b: Mann – Whitney U teste göre

AN grubunda BKİ'nin ortalama 17.22 ± 1.76 olduğu (Tablo 3.) bulunmuş ve DSM-5'e göre hastalığın şiddeti BKİ'ne göre değerlendirildiğinde, 13 (% 65) hastanın hafif, 3 (% 15) hastanın orta, 1 (% 5) hastanın ağır ve 1 (% 15) hastanın aşırı şiddetli düzeyde AN'ye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Anoreksiya Nervoza Grubundaki Ergenlerin BKİ'ye Göre Hastalık Şiddeti

BKİ'ye Göre Hastalık şiddeti	AN Grubu	
	n	%
Hafif (≥ 17.00)	13	65
Orta (16.00 - 16.99)	3	15
Ağır (15.00 - 15.99)	1	5
Aşırı şiddetli (<15.00)	3	15
Toplam	20	100

BKİ: Beden Kitle İndeksi

4.2. Ergenlerde Yeme Davranışlarının ve Bu Davranışlarla İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi

4.2.1. Yeme Davranışının Değerlendirilmesi

YBDÖ alt ölçek ve toplam puanlarına bakıldığında AN grubundaki ergenlerin diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p < 0.001$). Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.5’de verilmiştir.

Tablo 4.5: Ergenlerin Gruplara Göre Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

YBDÖ	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Kısıtlama	3.0 (0.6-6) *	0.3 (0-6)	0.5 (0-5)	p<0.001
Yeme ile ilgili endişeler	2.4 (0.2-5.2) *	0.4 (0-5.6)	0.4 (0-4)	p<0.001
Beden şekli ile ilgili endişeler	4.31 (2-5.75) *	0.81 (0-6)	1.25 (0-5.25)	p<0.001
Kilo ile ilgili endişeler	3.6 (0.6-6) *	0.6 (0-4)	0.8 (0-4.6)	p<0.001
Toplam	3.19 (1.1-5.7) *	0.55(0-5.1)	0.86 (0-3.9)	p<0.001

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir, * Farkın nedeni olan grup

4.2.2. Ergenlerde Ruminatif Özellikler

Gruplar arasında RTÖ puanlarına bakıldığında saplantılı düşünme alt boyutu AN grubunda diğer iki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı iken ($p=0.03$); derin düşünme alt boyutu ve toplam RTÖ puanı açısından gruplar arasında farklılık bulunmamaktadır ($p=0.34$). Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6: Ergenlerin Gruplara Göre Ruminatif Özelliklerinin Karşılaştırılması

RTÖ - KF	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Saplantılı Düşünme	13 (5-17) *	10 (6-18)	11 (6-16)	p=0.03
Derin Düşünme	10 (6-19)	11 (6-14)	10 (5-19)	p=0.95
Toplam	23 (12-34)	20 (12-32)	21 (11-35)	p=0.34

RTÖ-KF: Ruminatif Tepkiler Ölçeği – Kısa Formu

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir, * Farkın nedeni olan grup

4.2.3. Ergenlerin Mükemmeliyetçilik Özellikleri

Gruplar arasında FÇBMÖ puanlarına bakıldığında hatalara karşı aşırı ilgi ve davranışlardan şüphe alt boyutlarında AN grubunun; düzen alt boyutunda ise remisyon grubunun diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanları olduğu görülmektedir.

Ailesel eleştiri alt boyutu ile toplam FÇBMÖ puanında ise fark AN grubunun sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puana sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7: Ergenlerin Gruplara Göre Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Karşılaştırılması

FÇBMÖ	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Düzen	24.5 (11-30)	28 (16-30)*	21.5 (6-30)	p=0.003
Hatalara aşırı ilgi	35.5 (10-45)*	27 (9-39)	23 (11-42)	p=0.001
Davranışlardan şüphe	18 (6-25)*	12.5 (6-21)	12.5 (5-24)	p=0.007
Aile Beklentileri	12.5 (5-25)	16.5 (9-25)	15 (5-24)	p=0.28
Ailesel Eleştiri	9.5 (5-19)	10 (4-19)	7 (4-15)	p=0.02^a
Kişisel Standartlar	24 (9-30)	23.5 (16-29)	23 (12-30)	p=0.76
Toplam †	102.5 (42-135)	89 (46-116)	79 (45-121)	p=0.005^a

FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir, * Farkın nedeni olan grup

† Hatalara aşırı ilgi, davranışlardan şüphe, aile beklentileri, ailesel eleştiri, kişisel standartlar puanlarının toplamı olarak hesaplanmıştır.

a: Fark anoreksiya nervoza ile sağlıklı kontrol grupları arasından kaynaklanmaktadır.

4.2.4. Annelerin Mükemmeliyetçilik Özellikleri

Araştırmadaki ergenlerin annelerinin doldurduğu FÇBMÖ puanları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0.18). Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8: Ergenlerin Annelerinin Mükemmeliyetçilik Özelliklerinin Karşılaştırılması

FÇBMÖ -Anne	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Hatalara aşırı ilgi	16.5 (9-31)	17 (9-43)	19 (10-41)	p=0.38
Davranışlardan şüphe	10.5 (5-22)	9 (5-25)	10.5 (5-22)	p=0.87
Aile Beklentileri	10 (5-21)	10 (5-22)	13.5 (6-25)	p=0.09
Ailesel Eleştiri	6.5 (4-17)	7.5 (4-15)	8 (4-19)	p=0.35
Düzen + Kişisel Standartlar	45 (25-55)	46 (32-59)	47 (33-60)	p=0.08
Toplam †	64.5 (33-107)	68.5 (41-125)	70.5 (44-113)	p=0.18

FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir, * Farkın nedeni olan grup

† Hatalara aşırı ilgi, davranışlardan şüphe, aile beklentileri, ailesel eleştiri, kişisel standartlar puanlarının toplamı olarak hesaplanmıştır.

4.2.5. Ergenlerin Duygu Düzenleme Becerileri

AN grubundaki ergenlerin DDGÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları diğer gruplar ile karşılaştırıldığında; toplam puanı, strateji ve farkındalık alt ölçeklerinin puanlarının remisyon ve sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Dürtüsellik alt ölçeğinde AN grubu remisyon grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek puana sahipken, netlik alt ölçeğinde AN grubu sağlıklı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek puana sahiptir. Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9: Ergenlerin Gruplara Göre Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Değerlendirilmesi

DDGÖ	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Amaç	18 (5-25)	13.5 (7-25)	16 (5-23)	p=0.39
Strateji	25.5 (8-40)*	15.5 (8-29)	16.5 (8-38)	p=0.008
Dürtüsellik	16.5 (7-30)	10 (6-25)	12 (6-29)	p=0.003^a
Farkındalık	21 (9-30)*	14.5 (7-26)	15 (8-24)	p=0.006
Netlik	14.5 (5-25)	11.5 (5-17)	11 (5-23)	p=0.01^b
Kabul etmeme	12.5 (6-27)	9.5 (5-21)	10 (6-24)	p=0.07
Toplam	108.5 (48-172)*	79.5 (43-115)	80 (44-141)	p=0.003

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir, * Farkın nedeni olan grup

a: Fark anoreksiya nervoza ile remisyon grupları arasından kaynaklanmaktadır.

b: Fark anoreksiya nervoza ile sağlıklı kontrol grupları arasından kaynaklanmaktadır.

4.2.6. Ergenlerin Bilinçli Farkındalık Düzeyleri

BBBFÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında tanımlama alt ölçeğinde AN grubunun sağlıklı kontrollere göre anlamlı olacak şekilde düşük puana sahip olduğu, farkındalıkla davranma alt boyutunda ise AN grubunun remisyon grubundan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük puana sahip olduğu saptanmıştır. Toplam BBBFÖ puanlarına bakıldığında ise gruplar arasındaki farkın p değeri 0.05 olarak bulunmuş, gruplar ikili olarak Mann – Whitney U testi ile karşılaştırıldığında ise AN grubunun sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük puana sahip olduğu bulunmuştur (p=0.022). Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10: Ergenlerin Gruplara Göre Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Karşılaştırılması

BBBFÖ	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Gözlemeleme	29 (16-43)	28.5 (15-39)	30 (17-43)	p=0.13
Tanımlama	22 (10-38)	29.5 (15-40)	29 (16-40)	p=0.02^a
Farkındalıkla davranma	24.5 (8-40)	32 (25-40)	29 (19-40)	p=0.008^b
İçsel deneyimleri yargılama	22 (11-38)	25.5 (15-33)	20.5 (9-39)	p=0.15
İçsel deneyimlere tepkisizlik	15.5 (8-20)	15 (10-24)	17 (12-32)	p=0.13
Toplam	115.5 (79-155)	130.5 (101-155)	128.5 (92-160)	p=0.05 ^c

BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir.

a: Fark anoreksiya nervoza ile sağlıklı kontrol grupları arasından kaynaklanmaktadır.

b: Fark anoreksiya nervoza ile remisyon grupları arasından kaynaklanmaktadır.

c: AN ve sağlıklı kontrol grubu arasında mann-whitney u testi ile farka bakıldığında p=0.022, AN ve remisyon arasında p=0.052 çıkmıştır.

4.2.7. Ergenlerin Beden Algısının Değerlendirilmesi

Gruplar arasında BBÖHOÖ puanlarına bakıldığında AN grubunun diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük beden memnuniyetine sahip olduğu saptanmıştır. Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11: Ergenlerin Bedenlerinden Hoşnutluk Durumlarının Gruplara Göre Değerlendirmesi

	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
BBÖHOÖ	2.86 (1.64-4.6)*	4.06 (2.32-4.8)	3.86 (2.4-4.8)	p<0.001

BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir.

* Farkın nedeni olan grup

4.2.8. Ergenlerin Depresyon Belirtilerinin Değerlendirilmesi

Gruplar arasında BDÖ puanlarına bakıldığında AN grubunun diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır. AN, remisyon ve sağlıklı kontrol gruplarındaki ergenlerin BDÖ

puanları ölçeğin kesim noktasına göre kategorik olarak incelendiğinde, AN grubundaki ergenlerin 12'si (% 60), remisyon grubundaki ergenlerin 5'i (%31.2), sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin 8'inin (% 20) depresyon için kesim noktası olan 17'den yüksek puan aldığı saptanmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark AN grubundan kaynaklanmaktadır ($p=0.008$). Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.12'de verilmiştir.

Tablo 4.12: Ergenlerin Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puanları Karşılaştırması ve Kesim Noktasına Göre Depresyon Durumu

	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
BDÖ Puanı	Ortanca 23.5 (4-54)*	Ortanca 8.5 (0-41)	Ortanca 7 (0-22)	p<0.001
BDÖ Puanlarına Göre Depresyon Durumu	n (%)	n (%)	n (%)	
Var	12 (%60)*	5 (%31.2)	8 (%20)	p=0.008
Yok	8 (%40)	11 (%68.2)	32 (%80)	

* Farkın nedeni olan grup

4.2.9. Ergenlerin Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Gruplardaki ÇATÖ toplam puanı ve alt ölçek puanlarından panik/somatik bozukluk, okul korkusu puanlarındaki istatistiksel anlamlı farklılık, AN grubunun remisyon grubundan daha yüksek puan almasından kaynaklanmaktadır. Yaygın anksiyete alt ölçek puanında ise AN grubu sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek puana sahiptir.

Gruplardaki ergenlerin ÇATÖ puanları ölçeğin kesim noktası olan 25'e göre kategorik olarak incelendiğinde, AN grubundaki ergenlerin 15'inin (% 75), remisyon grubundaki ergenlerin 8'inin (%50), sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin 26'sının (% 65) anksiyete bozukluğu için kesim noktası olan 25'ten yüksek puan aldığı saptanmıştır. ÇATÖ puanları kategorik olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemektedir ($p=0.296$). Gruplardaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13: Ergenlerde Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Puanları Karşılaştırması ve Kesim Noktasına Göre Anksiyete Bozukluğu Durumu

ÇATÖ	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	p
Panik/Somatik Bozukluk	11.5 (2-30)	8 (1-21)	10 (1-25)	p=0.049^a
Sosyal Fobi	6 (0-10)	3 (0-10)	6 (1-10)	p=0.16
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	11 (0-15)	6.5 (1-13)	6.5 (0-14)	p=0.02^b
Okul Korkusu	3 (0-9)	1 (0-4)	2 (0-7)	p=0.04^a
Ayrılık Anksiyetesi	3 (0-7)	2.5 (0-6)	3.5 (0-8)	p=0.24
Toplam	37.5 (7-66)	22.5 (4-49)	28.5 (6-55)	p=0.03^a
ÇATÖ Puanlarına Göre Anksiyete Durumu	n (%)	n (%)	n (%)	
Var	15 (%75)	8 (%50)	26 (%65)	p=0.296
Yok	5 (%25)	8 (%50)	14 (%35)	

Tabloda ortanca (en küçük-en büyük) değerler verilmiştir, * Farkın nedeni olan grup

a: Fark anoreksiya nervoza ile remisyon grupları arasından kaynaklanmaktadır.

b: Fark anoreksiya nervoza ile sağlıklı kontrol grupları arasından kaynaklanmaktadır.

4.3. Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmesi

Çalışmaya alınan ergenlerin ölçek puanları yaşa göre düzeltildiğinde, BBBFÖ'de düzeltme öncesi gruplar arasındaki istatistiksel anlamlı fark AN ve sağlıklı kontrolün farklı olmasından kaynaklanırken, yaşa göre düzeltme sonrasında AN grubunun iki gruptan da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük puana sahip olduğu bulunmuştur.

FÇBMÖ puanları arasında, düzeltme öncesinde AN ve sağlıklı kontrol gruplarının istatistiksel olarak farklı olmasından kaynaklanan fark, yaşa göre düzeltme yapıldığında da değişmemiştir.

ÇATÖ puanları arasında ise, düzeltme öncesinde AN ve remisyon gruplarının istatistiksel olarak farklı olmasından kaynaklanan fark, yaşa göre düzeltme yapıldığında da değişmemiştir.

YBDÖ, DDGÖ, BBÖHOÖ ve BDÖ puanları için AN grubundan kaynaklanan fark yaşa göre düzeltme sonucunda değişmemiştir. RTÖ ise düzeltme

öncesinde de gruplarda farklılık göstermezken düzeltme sonrasında da göstermemiştir. Araştırma gruplarında ölçek puanlarının yaşa göre düzeltilmesi Tablo 4.14’te verilmiştir.

Tablo 4.14: Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Yaşa Göre Düzeltilmesi

	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	F
RTÖ	23.57±1.20	19.20±1.41	21.63±0.86	F=2.71
FÇBMÖ	97.07±4.02	85.49±4.71	82.39±2.86	F=4.53**^a
BBBFÖ	116.38±3.74 [†]	131.81±4.38	128.04±2.66	F=4.18*
YBDÖ	3.4±0.25 [†]	1.1±0.30	1.1±0.18	F=29.80***
DDGÖ	105.79±4.83 [†]	75.62±5.66	84.11±3.44	F=9.76***
BBÖHOÖ	3.01±0.14 [†]	3.91±0.16	3.8±0.1	F=12.71***
BDÖ	23.52±2.08 [†]	8.98±2.43	9.20±1.48	F=17.60***
ÇATÖ	34.98±2.96	19.53±3.47	29.42±2.11	F=5.64***^b

Kovaryans analizi, yaş=15.73 ortalamaya göre düzeltilerek ANCOVA ile yapılmıştır.

Ortalama±standart hata değerleri verilmiştir. * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

a:Fark anoreksiya nervoza ile sağlıklı kontrol grupları arasından kaynaklanmaktadır.

b:Fark anoreksiya nervoza ile remisyon grupları arasından kaynaklanmaktadır.

†Farkın nedeni olan grup

RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, BDÖ Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği

4.4. Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Depresyon ve Anksiyete Puanlarına Göre Düzeltilmesi

Çalışmaya alınan ergenlerin ölçek puanları BDÖ ve ÇATÖ puanlarına göre düzeltildiğinde; gruplar arasında AN’den kaynaklanan YBDÖ puanları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farkın devam ettiği; DDGÖ, FÇBMÖ, BBÖHOÖ, BBBFÖ puanlarında ise gruplar arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığının ortadan kalktığı saptanmıştır. Ölçek puanlarının BDÖ ve ÇATÖ puanlarına göre düzeltilmiş hali Tablo 4.15’te verilmiştir.

Tablo 4.15: Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının BDÖ ve ÇATÖ Puanlarına Göre Düzeltilmesi

	Anoreksiya Nervoza	Remisyon	Sağlıklı Kontrol	F
RTÖ	20.57±1.28	21.91±1.28	22.05±0.85	F=0.42
FÇBMÖ	86.20±3.61	92.19±3.61	85.15±2.40	F=1.35
BBBFÖ	123.96±3.60	125.31±3.60	126.85±2.40	F=0.20
YBDÖ	2.79±0.24†	1.35±0.24	1.30±0.16	F=13.11***
DDGÖ	91.41±4.03	86.66±4.03	86.87±2.68	F=0.45
BBÖHOÖ	3.36±0.12	3.69±0.12	3.71±0.08	F=2.79

Kovaryans analizi, BDÖ=12.92 ortalama ve ÇATÖ=28.80 ortalamaya göre düzeltilerek ANCOVA ile yapılmıştır.

Ortalama±standart hata değerleri verilmiştir.

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

†Farkın nedeni olan grup

RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği

4.5. Ergenlerin ve Annelerinin Mükemmeliyetçilik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Araştırmaya alınan tüm gruplarda, annelerin toplam FÇBMÖ ile ergenlerin FÇBMÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Alt ölçek puanlarına bakıldığında ise AN grubunda annelerin kişisel standartlar + düzen puanı ile çocuklarının aile beklentileri alt ölçek puanları arasında olan pozitif yöndeki orta dereceli istatistiksel olarak anlamlı ilişki (r=0.45, p=0.048) ve sağlıklı kontrol grubunda annelerin kişisel standartlar + düzen puanı ile çocuklarının kişisel standartlar (r=0.42, p=0.007) alt ölçek puanları arasında olan pozitif yöndeki orta dereceli istatistiksel olarak anlamlı ilişki dikkat çekmektedir.

4.6. AN Grubunda Ölçek Puanlarının Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

BBBFÖ ile FÇBMÖ arasında negatif yönde çok yüksek düzeyde,
YBDÖ ile; RTÖ ve FÇBMÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde,
DDGÖ ile; FÇBMÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, BBBFÖ ile
negatif yönde yüksek düzeyde,

BBÖHOÖ ile; RTÖ arasında negatif yönde orta düzeyde, FÇBMÖ ve YBDÖ
ile negatif yönde yüksek düzeyde,

ÇATÖ ile; RTÖ, YBDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde; FÇBMÖ,
DDGÖ ile arasında pozitif yönde yüksek düzeyde; BBBFÖ ile negatif yönde orta
düzeyde, BBÖHOÖ ile negatif yönde çok yüksek düzeyde,

BDÖ ile; FÇBMÖ, DDGÖ, ÇATÖ pozitif yönde yüksek düzeyde; YBDÖ
pozitif yönde orta düzeyde; BBBFÖ ile negatif yönde orta düzeyde; BBÖHOÖ ile
negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Ölçeklerin toplam
puanlarının birbirleri ile ilişkisi Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16: AN Grubunda Ölçek Puanlarının Birbirleri İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

	RTÖ	FÇBMÖ	AFÇBMÖ	BBBFÖ	YBDÖ	DDGÖ	BBÖHOÖ	ÇATÖ	BDÖ
RTÖ	1								
FÇBMÖ	0.34	1							
AFÇBMÖ	0.30	-0.06	1						
BBBFÖ	-0.31	-0.84***	0.09	1					
YBDÖ	0.56**	0.48*	0.14	-0.20	1				
DDGÖ	0.35	0.76***	-0.05	-0.77***	0.33	1			
BBÖHOÖ	-0.49*	-0.65**	-0.009	0.49*	-0.66**	-0.49*	1		
ÇATÖ	0.50*	0.60**	0.12	-0.45*	0.57**	0.60**	-0.84***	1	
BDÖ	0.43	0.76***	0.11	-0.59**	0.57**	0.64**	-0.69**	0.64**	1

Spearman korelasyon analizi, * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, AFÇBMÖ: Anne Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.7. Araştırma Gruplarında Ölçek Puanlarının Klinik ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

4.7.1. Ergenlerde Ölçek Puanlarının Yaş İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Ölçek puanlarının yaşla ilişkisine bakıldığında;

Sağlıklı kontrol grubunda yaş ile BDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde;

AN grubunda yaş ile RTÖ, DDGÖ, BDÖ ve ÇATÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır.

Remisyon grubunda ise yaş ile ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gruplardaki ölçek toplam puanlarının yaş ile ilişkisi Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17: Ergenlerde Ölçek Puanlarının Yaş İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

		RTÖ	FÇBMÖ	BBBFÖ	DDGÖ	YBDÖ	BBÖHOÖ	BDÖ	ÇATÖ
Yaş	SK	0.30	0.06	-0.09	0.19	0.16	-0.20	0.55***	0.27
	AN	0.53*	0.29	-0.37	0.54*	0.26	-0.20	0.48*	0.45*
	Remisyon	0.19	-0.14	0.26	-0.06	-0.11	0.12	-0.11	-0.18

Spearman korelasyon analizi, * p<0.05 , ** p<0.01 , *** p<0.001

SK: Sağlıklı Kontrol, AN: Anoreksiya Nervoza, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.7.2. Ergenlerde BKİ İle Ölçek Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

Ölçek puanlarının BKİ ile ilişkisine bakıldığında sadece sağlıklı kontrol grubunda YBDÖ ile pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gruplardaki ölçek toplam puanlarının BKİ ile ilişkisi Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18: Ergenlerde BKİ İle Ölçek Puanlarının İlişkisi

		RTÖ	FÇBMÖ	BBBFÖ	DDGÖ	YBDÖ	BBÖHOÖ	BDÖ	ÇATÖ
BKİ	SK	0.13	0.09	-0.01	0.28	0.58***	-0.12	0.19	0.29
	AN	0.27	0.99	-0.20	0.35	0.22	-0.01	0.01	0.24
	Remisyon	0.35	0.18	-0.25	-0.06	0.18	-0.11	-0.04	-0.12

Spearman korelasyon analizi, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

SK: Sağlıklı Kontrol, AN: Anoreksiya Nervoza, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.7.3. AN ve Remisyon Gruplarında Ölçek Puanlarının Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi

AN ve remisyon grubundaki ergenlerin RTÖ, FÇBMÖ, DDGÖ, YBDÖ, BBBFÖ, BBÖHOÖ, BDÖ, ÇATÖ ölçeklerinin toplam puanları ile psikiyatrik tedavi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

4.7.4. AN ve Remisyon Gruplarında Ölçek Puanlarının Aktif Hastalık Süresi İle İlişkisi

AN grubundaki ergenlerin hastalık süreleri, remisyon grubundaki ergenlerin ise remisyona girmeden önceki aktif hastalık süreleri ile RTÖ, FÇBMÖ, DDGÖ, YBDÖ, BBBFÖ, BBÖHOÖ, BDÖ, ÇATÖ ölçeklerinin toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

4.8. Ergenlerde Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

4.8.1. AN Grubunda Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yeme ile ilgili endişeler boyutuyla; BDÖ, ÇATÖ arasında pozitif yönde, BBÖHOÖ arasında negatif yönde orta düzeyde,

Beden şekli ile ilgili endişeler alt boyutuyla; FÇBMÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, BBBFÖ arasında negatif yönde orta düzeyde, DDGÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde, BBÖHOÖ ile arasında negatif yönde yüksek düzeyde,

Kilo ile ilgili endişeler alt boyutuyla; FÇBMÖ, RTÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde, BBÖHOÖ ile arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. AN grubunda YBDÖ alt ölçek puanları ve toplamı ile diğer tüm ölçek toplam puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.19'da verilmiştir.

Tablo 4.19: AN Grubunda YBDÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

YBDÖ	BDÖ	ÇATÖ Toplam	RTÖ Toplam	FÇBMÖ Toplam	BBBFÖ Toplam	BBÖHOÖ	DDGÖ Toplam
Kısıtlama	r=0.23 p=0.33	r=0.04 p=0.85	r=0.10 p=0.68	r=-0.20 p=0.9	r=0.36 p=0.12	r=-0.17 p=0.47	r=-0.59 p=0.8
Yeme ile ilgili endişeler	r=0.55 p=0.01	r=0.45 p=0.04	r=0.38 p=0.10	r=0.44 p=0.05	r=-0.26 p=0.27	r=-0.50 p=0.02	r=0.33 p=0.15
Beden şekli ile ilgili endişeler	r=0.61 p=0.004	r=0.79 p<0.001	r=0.43 p=0.05	r=0.63 p=0.003	r=-0.50 p=0.02	r=-0.80 p<0.001	r=0.55 p=0.02
Kilo ile ilgili endişeler	r=0.59 p=0.005	r=0.51 p=0.02	r=0.49 p=0.03	r=0.57 p=0.01	r=-0.38 p=0.09	r=-0.57 p=0.008	r=0.39 p=0.8
Toplam	r=0.57 p=0.009	r=0.57 p=0.009	r=0.56 p=0.01	r=0.48 p=0.03	r=-0.20 p=0.39	r=-0.66 p=0.002	r=0.32 p=0.16

* Spearman Korelasyon Analizi

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

4.8.2. Remisyon Grubunda Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Kısıtlama alt boyutuyla; BBBFÖ ve BBÖHOÖ arasında negatif yönde yüksek düzeyde, DDGÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde,

Yeme ile ilgili endişeler boyutuyla; FÇBMÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, BBÖHOÖ arasında negatif yönde yüksek düzeyde, BBBFÖ arasında negatif yönde orta düzeyde,

Beden şekli ile ilgili endişeler alt boyutuyla; FÇBMÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, BBBFÖ arasında negatif yönde orta düzeyde, DDGÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde, BBÖHOÖ ile arasında negatif yönde yüksek düzeyde,

Kilo ile ilgili endişeler alt boyutuyla; DDGÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, BBÖHOÖ ile arasında negatif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Remisyon grubunda YBDÖ alt ölçek puanları ve toplamı ile diğer tüm ölçek toplam puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.20’de verilmiştir.

Tablo 4.20: Remisyon Grubunda YBDÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

YBDÖ	BDÖ	ÇATÖ Toplam	RTÖ Toplam	FÇBMÖ Toplam	BBBFÖ Toplam	BBÖHOÖ	DDGÖ Toplam
Kısıtlama	r=0.65 p=0.007	r=0.59 p=0.02	r=0.23 p=0.39	r=0.35 p=0.19	r=-0.61 p=0.01	r=-0.64 p=0.008	r=0.59 p=0.01
Yeme ile ilgili endişeler	r=0.69 p=0.004	r=0.59 p=0.02	r=0.33 p=0.2	r=0.65 p=0.006	r=-0.57 p=0.02	r=-0.73 p=0.001	r=0.48 p=0.06
Beden şekli ile ilgili endişeler	r=0.79 p<0.001	r=0.62 p=0.01	r=0.46 p=0.08	r=0.61 p=0.01	r=-0.57 p=0.02	r=-0.74 p=0.001	r=0.70 p=0.002
Kilo ile ilgili endişeler	r=0.64 p=0.008	r=0.56 p=0.02	r=0.35 p=0.18	r=0.50 p=0.05	r=-0.43 p=0.09	r=-0.69 p=0.003	r=0.65 p=0.007
Toplam	r=0.78 p<0.001	r=0.64 p=0.008	r=0.45 p=0.08	r=0.60 p=0.01	r=-0.59 p=0.02	r=-0.76 p=0.001	r=0.69 p=0.003

* Spearman Korelasyon Analizi

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

4.8.3. Sağlıklı Kontrol Grubunda Yeme Davranışlarının Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yeme ile ilgili endişeler boyutuyla; BDÖ, ÇATÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde, RTÖ arasında pozitif yönde düşük düzeyde,

Beden şekli ile ilgili endişeler alt boyutuyla; BBÖHOÖ ile arasında negatif yönde düşük düzeyde,

Kilo ile ilgili endişeler alt boyutuyla; BBÖHOÖ ile arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda YBDÖ alt ölçek puanları ve toplamı ile diğer tüm ölçek toplam puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.21: Sağlıklı Kontrol Grubunda YBDÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

YBDÖ	BDÖ	ÇATÖ Toplam	RTÖ Toplam	FÇBMÖ Toplam	BBBFÖ Toplam	BBÖHOÖ	DDGÖ Toplam
Kısıtlama	r=0.16 p=0.31	r=0.17 p=0.22	r=0.12 p=0.45	r=-0.02 p=0.89	r=-0.14 p=0.36	r=-0.27 p=0.09	r=0.19 p=0.22
Yeme ile ilgili endişeler	r=0.47 p=0.002	r=0.4 p=0.009	r=0.37 p=0.02	r=0.02 p=0.90	r=-0.15 p=0.36	r=-0.31 p=0.05	r=0.27 p=0.09
Beden şekli ile ilgili endişeler	r=0.25 p=0.12	r=0.39 p=0.11	r=0.26 p=0.11	r=0.19 p=0.23	r=-0.24 p=0.13	r=-0.31 p=0.04	r=0.26 p=0.10
Kilo ile ilgili endişeler	r=0.19 p=0.24	r=0.37 p=0.02	r=0.16 p=0.34	r=0.16 p=0.34	r=-0.29 p=0.13	r=-0.36 p=0.02	r=0.25 p=0.11
Toplam	r=0.28 p=0.08	r=0.41 p=0.008	r=0.23 p=0.15	r=0.10 p=0.50	r=-0.26 p=0.09	r=-0.35 p=0.03	r=0.26 p=0.10

* Spearman Korelasyon Analizi

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

4.9. Ergenlerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

4.9.1. AN Grubunda Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Gözleme alt boyutuyla; YBDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde,

Tanımlama alt boyutuyla; FÇBMÖ ve DDGÖ arasında negatif yönde yüksek düzeyde,

Farkındalıkla davranma alt boyutuyla; RTÖ, DDGÖ arasında negatif yönde yüksek düzeyde, FÇBMÖ arasında negatif yönde orta düzeyde, BBÖHOÖ ile arasında pozitif yönde orta düzeyde,

İçsel deneyimleri yargılamama alt boyutuyla; BDÖ ve YBDÖ arasında negatif yönde orta düzeyde,

İçsel deneyimlere tepkisizlik alt boyutuyla; FÇBMÖ ve DDGÖ arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. AN grubunda BBBFÖ alt ölçek puanları ve toplamı ile diğer tüm ölçek toplam puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.22’de verilmiştir.

Tablo 4.22: AN Grubunda BBBFÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

BBBFÖ	BDÖ	ÇATÖ Toplam	RTÖ Toplam	FÇBMÖ Toplam	YBDÖ Toplam	BBÖHOÖ	DDGÖ Toplam
Gözlemleme	r=0.30 p=0.20	r=0.36 p=0.12	r=0.38 p=0.10	r=0.14 p=0.55	r=0.53 p=0.02	r=-0.40 p=0.09	r=0.04 p=0.87
Tanımlama	r=-0.54 p=0.01	r=-0.43 p=0.13	r=-0.25 p=0.30	r=-0.80 p<0.001	r=-0.17 p=0.50	r=0.51 p=0.02	r=-0.65 p=0.002
Farkındalıkla davranma	r=-0.65 p=0.002	r=-0.64 p=0.002	r=-0.65 p=0.002	r=-0.57 p=0.008	r=-0.40 p=0.08	r=0.58 p=0.007	r=-0.69 p=0.001
İçsel deneyimleri yargılamama	r=-0.45 p=0.04	r=-0.35 p=0.13	r=-0.25 p=0.28	r=-0.43 p=0.05	r=-0.50 p=0.02	r=0.32 p=0.16	r=-0.33 p=0.16
İçsel deneyimlere tepkisizlik	r=-0.38 p=0.10	r=-0.30 p=0.19	r=-0.33 p=0.15	r=-0.57 p=0.009	r=0.05 p=0.83	r=0.23 p=0.33	r=-0.51 p=0.02
Toplam	r=-0.60 p=0.006	r=-0.45 p=0.04	r=-0.31 p=0.18	r=-0.84 p<0.001	r=-0.20 p=0.38	r=0.49 p=0.03	r=-0.77 p<0.001

*Spearman Korelasyon Analizi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

4.9.2. Remisyon Grubunda Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Gözlemleme alt boyutuyla; BBÖHOÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde,

Farkındalıkla davranma alt boyutuyla; YBDÖ arasında negatif yönde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Remisyon grubunda BBBFÖ alt ölçek puanları ve toplamı ile diğer tüm ölçek toplam puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.23’te verilmiştir.

Tablo 4.23: Remisyon Grubunda BBBFÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

BBBFÖ	BDÖ	ÇATÖ Toplam	RTÖ Toplam	FÇBMÖ Toplam	YBDÖ Toplam	BBÖHOÖ	DDGÖ Toplam
Gözlemleme	r=-0.36 p=0.17	r=-0.41 p=0.11	r=-0.11 p=0.68	r=-0.42 p=0.10	r=-0.46 p=0.07	r=0.71 p=0.002	r=-0.49 p=0.05
Tanımlama	r=-0.60 p=0.01	r=-0.75 p=0.01	r=-0.38 p=0.15	r=-0.24 p=0.37	r=-0.43 p=0.09	r=0.47 p=0.07	r=-0.44 p=0.09
Farkındalıkla davranma	r=-0.82 p<0.001	r=-0.85 p<0.001	r=-0.30 p=0.26	r=-0.38 p=0.15	r=-0.67 p=0.004	r=0.57 p=0.02	r=-0.56 p<0.001
İçsel deneyimleri yargılamama	r=0.07 p=0.78	r=0.26 p=0.32	r=0.04 p=0.88	r=-0.06 p=0.83	r=0.28 p=0.29	r=-0.23 p=0.38	r=0.23 p=0.39
İçsel deneyimlere tepkisizlik	r=-0.51 p=0.04	r=-0.67 p=0.004	r=-0.17 p=0.54	r=-0.21 p=0.40	r=-0.44 p=0.09	r=0.50 p=0.05	r=-0.46 p=0.07
Toplam	r=-0.72 p=0.002	r=-0.77 p=0.001	r=-0.26 p=0.33	r=-0.42 p=0.10	r=-0.59 p=0.02	r=0.66 p=0.005	r=-0.67 p=0.004

* Spearman Korelasyon Analizi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

4.9.3. Sağlıklı Kontrol Grubunda Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Yeme Davranışı, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Ruminasyon İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Gözlemleme alt boyutuyla; RTÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde, DDGÖ arasında pozitif yönde düşük düzeyde,

Tanımlama alt boyutuyla; FÇBMÖ ve DDGÖ arasında negatif yönde düşük düzeyde, BBÖHOÖ arasında pozitif yönde düşük düzeyde,

Farkındalıkla davranma alt boyutuyla; FÇBMÖ, YBDÖ ve DDGÖ arasında negatif yönde orta düzeyde,

İçsel deneyimleri yargılamama alt boyutuyla; RTÖ ve FÇBMÖ arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda BBBFÖ alt ölçek puanları ve toplamı ile diğer tüm ölçek toplam puanlarının ilişkisinin değerlendirilmesi Tablo 4.24'te verilmiştir.

Tablo 4.24: Sağlıklı Kontrol Grubunda BBBFÖ Alt Ölçek Puanları İle Diğer Ölçek Toplam Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

BBBFÖ	BDÖ	ÇATÖ Toplam	RTÖ Toplam	FÇBMÖ Toplam	YBDÖ Toplam	BBÖHOÖ	DDGÖ Toplam
Gözlemeleme	r=0.42 p=0.007	r=0.25 p=0.12	r=0.51 p=0.01	r=-0.06 p=0.70	r=0.23 p=0.15	r=-0.12 p=0.45	r=0.35 p=0.03
Tanımlama	r=-0.60 p=0.72	r=-0.40 p=0.01	r=0.10 p=0.50	r=-0.38 p=0.01	r=-0.14 p=0.3	r=0.36 p=0.02	r=-0.40 p=0.01
Farkındalıkla davranma	r=-0.42 p=0.007	r=-0.45 p=0.003	r=-0.26 p=0.10	r=-0.28 p=0.08	r=-0.54 p<0.001	r=0.28 p=0.8	r=-0.59 p<0.001
İçsel deneyimleri yargılamama	r=-0.32 p=0.04	r=-0.37 p=0.02	r=-0.50 p=0.001	r=-0.43 p=0.005	r=-0.13 p=0.14	r=0.13 p=0.43	r=-0.37 p=0.02
İçsel deneyimlere tepkisizlik	r=-0.06 p=0.70	r=-0.30 p=0.07	r=-0.30 p=0.80	r=-0.16 p=0.33	r=-0.13 p=0.14	r=0.18 p=0.27	r=-0.05 p=0.7
Toplam	r=-0.14 p=0.38	r=-0.50 p=0.001	r=-0.06 p=0.70	r=-0.47 p=0.002	r=-0.27 p=0.09	r=0.33 p=0.04	r=-0.39 p=0.01

* Spearman Korelasyon Analizi

BBBFÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Bozuklukları Tarama Ölçeği, RTÖ: Ruminatif Tepkiler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

4.10. Ergenlerde Bilinçli Farkındalık, Mükemmeliyetçilik ve Yeme Davranışlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

Gruplarda FÇBMÖ, BBÖHOÖ, YBDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlıklı kontrollerde BBÖHOÖ ile YBDÖ arasında negatif yönde düşük düzeyde ilişki saptanırken; AN grubunda BBÖHOÖ ile FÇBMÖ ve YBDÖ arasında negatif yönde iyi düzeyde, FÇBMÖ ile YBDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde; remisyon grubunda da AN'ye benzer şekilde BBÖHOÖ ile FÇBMÖ arasında negatif yönde çok iyi düzeyde, YBDÖ ile de negatif yönde iyi düzeyde, FÇBMÖ ile de YBDÖ arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır.

AN ve remisyon gruplarında mükemmeliyetçilik ve beden bölgelerinden hoşnutsuzluk arttıkça, yeme bozukluğu belirtilerinin yüksek düzeyde arttığı görülürken, sağlıklı kontrol grubunda bu değişkenler arasında böyle bir ilişki saptanmamıştır. Ölçek puanlarının birbiriyle ilişkisi Tablo 4.25'te verilmiştir.

Tablo 4.25: Araştırma Gruplarında BBÖHOÖ, FÇBMÖ ve YBDÖ Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi

		FÇBMÖ	BBÖHOÖ	YBDÖ
Sağlıklı Kontrol	FÇBMÖ	1		
	BBÖHOÖ	-0.19	1	
	YBDÖ	0.11	-0.35*	1
Anoreksiya Nervoza	FÇBMÖ	1		
	BBÖHOÖ	-0.65**	1	
	YBDÖ	0.48*	-0.66**	1
Remisyon	FÇBMÖ	1		
	BBÖHOÖ	-0.82***	1	
	YBDÖ	0.60*	-0.76**	1

Spearman korelasyon analizi, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, BBÖHOÖ: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

4.11. AN Grubunda Yeme Davranışlarını ve Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler

4.11.1. AN Grubunda Yeme Davranışlarını Yordayan Değişkenler

Çalışmada araştırılan değişkenlerin AN'de yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı gücünün incelenmesi amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır. Örneklem sayısının yeterince büyük olmaması nedeniyle bağımlı değişkenle en anlamlı derecede ilişkili olan BBÖHOÖ, RTÖ ve FÇBMÖ değişkenleri modele alınmıştır. Farklı regresyon modelleri oluşturuldu ve Forward modelinin örneklemimizi en iyi açıklayan model olduğu düşünüldü. Model 1'de diğer değişkenler modelden çıkarak sadece BBÖHOÖ modelde kalarak AN'da yeme bozukluğu belirtileri varyansının %41'ini açıklamıştır (R Square = .41, $p = .002$). Lineer regresyon analizi sonucunda beden bölgelerinden hoşnutsuzluğun, yeme bozukluğu belirtileri için yordayıcı değişken olduğu saptanmıştır.

4.11.2. AN Grubunda Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler

Çalışmada araştırılan değişkenlerin AN'de bilinçli farkındalık becerilerini yordayıcı gücünün incelenmesi amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır.

Örneklem sayısının yeterince büyük olmaması nedeniyle bağımlı değişkenle en anlamlı derecede ilişkili olan FÇBMÖ, DDGÖ ve BBÖHOÖ değişkenleri modele alınmıştır. Farklı regresyon modelleri oluşturuldu ve Forward modelinin örneklemimizi en iyi açıklayan model olduğu düşünüldü. Model 1’de diğer değişkenler modelden çıkararak sadece DDGÖ modelde kalarak AN’da bilinçli farkındalık becerileri varyansının % 64’ünü açıklamıştır (R Square = .64, p <0.001). Lineer regresyon analizi sonucunda duygu düzenleme becerilerinin, bilinçli farkındalık becerisi için yordayıcı değişken olduğu saptanmıştır.

4.12. Tüm Örneklemde Yeme Davranışlarını ve Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler

4.12.1. Tüm Örneklemde Yeme Davranışlarını Yordayan Değişkenler

Çalışmada araştırılan değişkenlerin tüm örneklemdeki yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı gücünün incelenmesi amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır. Modele çalışmada ergenlere verilmiş olan tüm ölçekler alınmıştır (RTÖ, FÇBMÖ, DDGÖ, BBBFÖ, BBÖHOÖ, BDÖ, ÇATÖ). Farklı regresyon modelleri oluşturuldu ve Forward modelinin örneklemimizi en iyi açıklayan model olduğu düşünüldü. Model 1’de BBÖHOÖ, yeme bozukluğu belirtileri varyansının % 53’ünü açıkladı (R Square = .53, p <0.001). Model 2’ye BDÖ’nün girmesiyle tüm örneklemde yeme bozukluğu belirtileri varyansının % 61’ini açıklanmıştır (R square = .61, p < 0.001). Lineer regresyon analizi sonucunda tüm örneklemde beden bölgelerinden hoşnutsuzluğu ve depresif belirtilerin, yeme bozukluğu belirtileri için yordayıcı değişken olduğu saptanmıştır (Tablo: 4.26.).

Tablo 4.26: Tüm Örneklemde YBDÖ Puanlarını Yordayan Değişkenler

Yordayıcı Değişken	β	Standartize β	t	p	% 95 Güven Aralığı
BBÖHOÖ	-,947	-,448	,219	<0.001	-3.408 / .075
BDÖ	,053	,396	,014	<0.001	.800 /1.676

Forward Modeli Lineer Regresyon Analizi

BBÖHOÖ: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.12.2. Tüm Örneklemde Bilinçli Farkındalığı Yordayan Değişkenler

Çalışmada araştırılan değişkenlerin tüm örneklemdeki bilinçli farkındalık becerilerini yordayıcı gücünün incelenmesi amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır. Modele çalışmada ergenlere verilmiş olan tüm ölçekler alınmıştır (RTÖ, FÇBMÖ, DDGÖ, YBDÖ, BBÖHOÖ, BDÖ, ÇATÖ). Farklı regresyon modelleri oluşturuldu ve Forward modelinin örneklemimizi en iyi açıklayan model olduğu düşünüldü. Model 1’de DDGÖ, bilinçli farkındalık varyansının % 47’sini açıkladı (R Square = .47, p <0.001). Model 2’ye FÇBMÖ’nün girmesiyle tüm örneklemde bilinçli farkındalık becerileri varyansının % 52’si açıklanmıştır (R square = .52, p=0.013). Lineer regresyon analizi sonucunda tüm örneklemde bilinçli farkındalık becerileri için, duygu düzenleme becerileri ve mükemmeliyetçiliğin yordayıcı değişken olduğu saptanmıştır (Tablo: 4.27.).

Tablo 4.27: Tüm Örneklemde BBBFÖ Puanlarını Yordayan Değişkenler

Yordayıcı Değişken	β	Standartize β	t	p	% 95 Güven Aralığı
DDGÖ	-,346	-,481	-4.17	<0.001	-,511 / -,181
FÇBMÖ	-,271	-,294	-2.549	0.013	-,482 / -,059

Forward Modeli Lineer Regresyon Analizi

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, FÇBMÖ: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışma 12-18 yaş arasında AN aktif hastalık döneminde olan ergenler ile remisyon döneminde olan AN hastaları ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin bilinçli farkındalık becerileri ve yeme bozukluğu belirtileri ile bununla ilişkili olması beklenen mükemmeliyetçilik, ruminasyon, duygu düzenleme becerileri açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır.

5.1. Örneklem Değerlendirilmesi

5.1.1. Yaş, Sosyodemografik Özellikler ve Aile Özellikleri

Çalışmaya alınan ergenler gruplar arasında cinsiyet, eğitim süresi ve sosyoekonomik düzey açısından farklılık göstermemektedir. Yaşların da eşlenmesi hedeflense de remisyon grubuna alınan hastaların yaşlarının diğer gruplardan büyük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu AN hastalığının başlangıç yaşı göz önüne alındığında, AN grubunda yeni tanı döneminde de olan hastaların olmasından remisyon grubunda ise belli bir hastalık periyodunu geçirmiş ergenlerin olmasından kaynaklanmış olabilir.

Gruplar arasında ergenlerin aile yapıları, ebeveynlerinin yaş ve eğitim durumları ve çalışma durumları, kardeş sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Annelerdeki yüksek eğitim düzeyinin AN riskini arttıran bir etken olduğunu gösteren çalışmalar olsa da bizim örneklemimizde bu bulgu desteklenmemiştir (95).

AN grubunda hastalık başlangıç yaşı ortalama 14.15 ± 1.4 olarak bulunmuştur. Literatürde hastalık başlangıç yaşı AN için 13-18 arası olarak yer aldığından, çalışmamızın bu bulgusunun literatürle uyumlu bir bulgu olduğu görülmektedir (6).

Çalışmada AN grubundaki ergenlerin ailelerinin birçoğu üst-orta sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyde bulunmaktadır. Son dönemlere kadar AN'nin daha çok üst sosyoekonomik düzey hastalığı olduğu düşünülse de, yazında AN'nin daha düşük sosyoekonomik düzeyde de görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir. (331, 332). Ülkemizde AN ve sosyoekonomik düzey ilişkisinin değerlendirildiği çalışmalarda da aralarında anlamlı bir ilişki olmadığını gösteren araştırmalara

rastlanmaktadır (333, 334). Bizim çalışmamızda gruplar kendi içinde incelendiğinde daha çok üst - orta sosyoekonomik düzeyden ergenler olduğu görülse de, gruplar arasında bu açıdan bir fark bulunmamıştır. Bunun araştırmanın yapıldığı hastanenin 3. basamak bir referans hastanesi olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

5.1.2. Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızdaki grupların yeme davranışlarına bakıldığında; AN grubundaki ergenlerin yeme bozukluğu belirti puanlarının sağlıklı kontrol ve remisyon grubundaki ergenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Remisyon ve sağlıklı kontrol grubu arasında ise bir farklılık bulunmamıştır. Ayrıca ölçek puanlarında depresyon ve anksiyeteye göre düzeltme yapıldığında da anlamlılığını sürdürmüştür. Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeklerinden AN grubunun sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde yüksek puan alması, hastalığın ölçütleri de göz önüne alındığında beklenen ve alanyazınla uyumlu bir bulgudur (335).

AN grubunda BKİ ortalaması 17.22 ± 1.76 olarak bulunmuş olup, bu bulgu, araştırma grubunda hafif şiddette hastalığın olduğunu göstermektedir. BKİ açısından gruplar arasındaki farklılığa bakıldığında ise AN grubunun diğer iki gruptan anlamlı düzeyde düşük BKİ'ye sahip olduğu, remisyon grubu ile sağlıklı kontrol grupları arasında ise BKİ açısından anlamlı bir fark bulunmadığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda BKİ ile hastalığın şiddeti arasında bir ilişki olduğu, ilk değerlendirmelerdeki BKİ'nin prognozda önemli olduğu, bu nedenle BKİ'nin değerlendirilmesi gerektiği savunulmaktadır (336, 337).

Araştırmamızda remisyon grubuna dahil edilme ölçütü olarak DSM-5'e göre AN ölçütlerini karşılamaması göz önüne alınmıştır. Birçok tedavi çalışmasında remisyon ölçütleri ise şu şekilde sınıflanarak kullanılmıştır (338).

- ✓ Tam remisyon: Yaş, cinsiyet ve boya göre beklenen ağırlığın %95'ine ulaşma, YBDÖ toplam skorlarının 1 standart sapma içinde olması, klinik olarak ve YBDÖ ile son 28 gün içinde tıkinma-çıkarma davranışının bulunmaması.
- ✓ Kısmi remisyon: Yaş, cinsiyet ve boya göre beklenen ağırlığın %85 - %95'inde olma, YBDÖ toplam skorunun ortalamaya göre artmış olması ya da son 28 gün içinde haftada 1'den az tıkinma-çıkarma davranışının bulunması.
- ✓ Kötü yanıt: Yaş, cinsiyet ve boya göre beklenen ağırlığın %85'ine ulaşamama, son 28 gün içinde haftada 1 veya daha fazla tıkinma-çıkarma davranışının bulunması.

Çalışmaya alınan remisyon grubu belirlenirken YBDÖ skoru, BKİ, belirtisiz geçen süre gibi ölçütler kullanılmadığından alınan ergenlerin remisyon düzeyleri de farklılık göstermekte ve grubun heterojenitesine neden olmaktadır. Fakat gruplar arası değerlendirme yapıldığında remisyon grubu BKİ ve YBDÖ skorları açısından karşılaştırılan sağlıklı kontrol grubu ile farklılık göstermemiştir. Bu açıdan AN kliniğın yatışmış olduğu, BKİ ve yeme tutumları açısından sağlıklı kontrol grubuna daha çok benzediği, araştırmanın amacına uygun, klinik değerlendirmede doğru ölçütler kullanılarak oluşturulmuş bir remisyon grubu olduğu söylenebilir.

5.1.3. AN ve Remisyon Grubunda Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

AN grubunda hastalık süresi ortancası 10.5 (2-28) ay, remisyon grubunda da remisyona kadar geçen aktif hastalık süresi 10.5 (4-34) ay olarak saptanmıştır. Remisyon grubunda ortalama remisyonda oldukları süre 5.8 ± 2.2 ay olarak bulunmuştur. Yeme bozukluklarında DSM-5 ile remisyona ilişkin ölçütler tam olarak belirlenmediğinden son yapılan bir retrospektif izlem çalışmasında bunun için bazı ölçütler önerilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda BN belirti bileşenleri ve tıkinırcasına yeme-çıkarma belirtilerinin 6 ay süre ile olmaması remisyon için anlamlı bulunurken, AN belirtileri ve sağlıklı kiloda olma durumunda hastalık relapsı için böyle anlamlı bir süre bulunmamıştır (339). AN'nin kliniği yaş, gelişim düzeyi, hastalık süresi gibi birçok etkene göre değişir. Bazı kişiler daha çabuk iyileşirken bazıları daha uzun periyotlarda hafif, orta, ağır düzeyde değişen hastalık belirtileri göstermeye devam ederler (340). Tüm tıbbi hastalıkları bu nedenle klinik olarak evrelere ayırarak

sınıflamak yaklaşımlarda önemlidir (337). Çalışma grubumuza bakıldığında da AN ve remisyon grubunda aktif hastalık belirtilerinin ortancasının aynı olmasına rağmen, bir grup remisyona girmişken diğer grup hala aktif belirtilere sahiptir. Hastalık seyrinin gruplar arasında bu şekilde farklı olmasının nedenlerini saptamak mümkün görünmemektedir. Ayrıca AN grubu ve remisyondakiler için klinik bir evreleme yapılmamasının da grupların içinde heterojeniteye sebep olmuş olabileceği düşünülmektedir. Hastalık süresi ile ölçek puanlarının ilişkisine bakıldığında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

AN grubunda medikal tedaviye bakıldığında 11 (%55) hastanın yalnızca fluoksetin, 6 (%30) hastanın fluoksetin + olanzapin tedavisi almakta olduğu; remisyon grubunda ise 11 (%68.8) ergenin fluoksetin, 1 (%6.2) ergenin fluoksetin + olanzapin tedavisine devam etmekte olduğu belirlenmiştir. AN tedavisinde ilaç kullanımı ve faydalarıyla ilgili çelişkili veriler mevcuttur. Bazı çalışmalarda fluoksetin kullanımının kilo restorasyonuna yardımcı olduğu ve BKİ normale döndüğünde relapsı önlediği gösterilmiştir (341, 342). Olanzapin tedavisinin AN hastalarında etkisine bakıldığında ise kilo restorasyonuna yardımcı olmasının yanında hastalarda anksiyete belirtileri ve temel yeme belirtilerinde düşüşe de yardımcı olduğu gösterilmiştir (343-345). Beden imgesi bozukluğu sanrı düzeyinde olan, hiperaktivitesi belirgin, yüksek kilo alma kaygısına sahip ve şiddetli anksiyete belirtileri olan hastalarda tedavide antipsikotik ajanların eklenmesi önerilmektedir (346). Bizim örneklemimizde ise hastalık belirti süresi ve tedavi durumu ile ölçek puanlarının arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Burada hastalar zaman ve tedavi açısından farklı evrelerde olsa da bu ilişkilerin kurulamayışı, hastalığın temelinde değişimin zor sağlandığı premorbid özelliklerin yatıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.1.4. Eşhastalanım Olarak Depresyon ve Anksiyete

Alanyazına baktığımızda yeme bozukluklarında eş hastalanım oranlarının yüksekliğiyle ilgili birçok çalışma olduğu görülmektedir. 13-45 yaş arasındaki 75 YB hastası ile yapılan bir çalışmada, YB'de eşhastalanım oranının % 63 olduğu, AN grubu ayrı olarak değerlendirildiğinde komorbiditenin % 50 oranında olduğu ve en sık komorbid durum olarak depresyonun görüldüğü bulunmuştur (347). Yeni tanı

almış ergenlik dönemindeki 172 AN'li hastayla yapılan çalışmada; hastaların yaklaşık üçte birinde aktif bir duygudurum bozukluğu olduğu saptanmıştır (115). Bir metaanalizde de, yeme bozukluklarının depresyon için bir risk faktörü olduğu ve ayrıca depresyonun da yeme patolojileri için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (116). Kadın üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada depresif belirtileri olanların yeme bozukluğu belirtileri geliştirme açısından risk altında olduğu saptanmıştır (348).

Çalışmamızdaki gruplar arasında depresyon belirtileri karşılaştırıldığında, AN grubundaki ergenlerin anlamlı olarak yüksek depresif belirtileri olduğu gözlenmiştir. BDÖ'nün kesim noktasına göre gruplarda kategorik değerlendirme yapıldığında ise AN grubundaki ergenlerin 12'sinin (%60), remisyon grubundaki ergenlerin 5'inin (%31.2), kontrol grubundaki ergenlerin 8'inin (%20) depresyon için kesim noktası olan 17'den yüksek puan aldığı saptanmıştır. Anksiyete düzeyleri açısından bakıldığında ise farklı bir bulgu olarak AN grubundaki ergenlerin remisyon grubundan anlamlı olarak yüksek anksiyete düzeyleri olduğu, sağlıklı kontrol grubundan ise diğer grupların istatistiksel olarak farklı olmadığı saptanmıştır. ÇATÖ için kesim noktası olan 25'e göre kategorik değerlendirme yapıldığında ise AN grubunda ergenlerden 15 (%75), remisyon grubundaki ergenlerden 8 (%50), sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerden 26 (% 65) ergen bu düzeyin üzerinde bulunmuştur. Yaşa göre düzeltme yapıldığında da remisyon grubundakilerin AN grubundan anlamlı düzeyde düşük anksiyete puanlarına sahip olduğu saptanmıştır. Klinik ve epidemiyolojik çalışmalara göre, AN'li ergen hastaların yaklaşık dörtte birinde anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir (6). Depresyon açısından çalışma bulguları alanyazınla uyumlu olsa da, anksiyete bozuklukları açısından sağlıklı kontrol grubunun da eşik altı belirtilerinin fazla olması nedeniyle AN grubundan istatistiksel olarak farklılaşmadığı düşünülmüştür. Ayrıca remisyon grubundaki hastaların AN ve sağlıklı kontrol grubundan farklı olarak uzun süredir medikal tedavi veya psikoterapi alıyor oluşunun ya da savunucu oluşlarının anksiyete belirtilerindeki düşüklüğün gerekçesi olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Ergenlerde Yeme Davranışının Bedeninden Hoşnutluk, Depresyon, Ruminasyon, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme ve Bilinçli Farkındalık İle İlişkisinin Değerlendirilmesi

5.2.1. Yeme Davranışı ve Beden Bölgelerinden/Özelliklerinden Hoşnut Olma Durumu

Beden memnuniyetsizliği, birçok kurama göre YB ortaya çıkışında en önemli öncül olarak ele alınır (349). Çalışmada bu memnuniyetin değerlendirme sonuçlarına bakıldığında AN grubundaki ergenlerin sağlıklı kontrol ve remisyon gruplarından anlamlı düzeyde düşük beden memnuniyetine sahip olduğu görülmüş, remisyon ve sağlıklı kontrol grupları arasında ise fark saptanmamıştır. Yapılan araştırmalarda da AN hastalarında bedenlerinden memnuniyetsizlik oranlarının sağlıklı kontrollere kıyasla çok daha yüksek olduğu gösterilmiştir (153). Bizim çalışmamızda da bu bulgu desteklenmiştir. DSM-5 ölçütlerine göre ergenlik dönemindeki kadınlarda yeme bozukluğunun risk faktörlerinin ele alındığı bir çalışmada; incelik idealinin peşinde koşulması ve bunun sonucunda ortaya çıkan beden görüntüsünden memnun olmama, diyet ve sağlıksız kilo kontrolü davranışlarının yeme bozukluğu gelişme riskini arttırdığı saptanmıştır (337). Bizim çalışmamızda da bu bulguyla uyumlu bir şekilde beden bölgelerinden ve özelliklerinden hoşnut olmanın tüm gruplarda yeme davranışı ile negatif yönde anlamlı ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır. Bu ilişki sağlıklı kontrol gruplarında düşük düzeyde iken AN ve remisyon gruplarında yüksek düzeydedir. Buradan da bu hastaların tedavi sonrasında dahi sağlıklı akranlarından daha farklı bir şekilde, bedenleriyle ilgili algıladıkları olumsuzluklarda daha fazla düzeyde yeme bozukluğu belirtisi geliştirmeye yatkın oldukları düşünülebilir.

Beden bölgelerinden hoşnut olma durumu ile depresif belirtiler ilişkisine bakıldığında ise sağlıklı kontrol grubunda bu değişkenler arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanırken, AN ve remisyon grubunda bu ilişkinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Ayrıca AN grubunda bedenden memnuniyetsizlikle anksiyete belirtileri pozitif yönde çok yüksek derecede ilişkilidir. Buradan AN hastalarında çekirdek belirti olarak bedeninden hoşnutsuzluğun, olumsuz duyguları sağlıklı ergenlerden daha fazla tetikleyebildiği, bunun da yeme bozukluğu belirtilerini sürdürücü bir döngüye neden olduğu düşünülebilir. Ya da tam tersi

olarak mevcut olumsuz duygulanımlar bu kişilerde bedenden hoşnutsuzluğu arttırarak yeme bozukluğu belirtilerinde sürdürücü oluyor olabilir. Hastalar remisyona girseler dahi bedenlerinden memnuniyet ve depresyon arasındaki ilişkinin sürmesi relaplara neden olma riski nedeniyle önemli olabilir.

Genç kadınların alındığı 3 yıllık bir izlem çalışmasında bedenden memnuniyetsizliğin yeme bozukluğu geliştirme riskini arttırdığı bulunmuştur (350). Bazı araştırmalarda yaş ilerledikçe vücut ağırlığının, benlik değerini, bedenden memnuniyeti ve yeme davranışlarını daha az etkilediği bulunmuştur (351). Bu ileri yaşlarda bedenden hoşnutluğun kilo ve görsellik üzerinden değil, sağlıklı oluş üzerinden değerlendirildiği saptanmıştır (352). Bizim çalışmamızda sadece ergen grubundaki kişilerin olması, yaş ile bedenden memnuniyet arasında ilişki bulunmamasının nedeni olmuş olabilir. Beden memnuniyetsizliğinin özellikle ergenlik döneminde psikopatoloji gelişimine zemin hazırladığı vurgulanmaktadır (353, 354). Çalışmamızda da yapılan regresyon analizinde de tüm grup değerlendirildiğinde yeme bozukluğu belirtilerinin yordayıcısı olarak bedenden memnuniyetsizlik ve depresif belirtiler bulunurken, AN grubunda yeme bozukluğu belirtilerinin en güçlü yordayıcısı olarak beden memnuniyetsizliği bulunmuştur. Bu nedenle özellikle bu yaş grubunda, sağlıklı grupta dahi beden görüntüsünden memnun olmama durumunun önemsenererek bu yönde müdahaleler yapılması önemli olabilir.

5.2.2. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Depresif Özellikler

Bu çalışmada yeme davranışları ile depresyon belirtileri arasında AN grubunda orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptanırken, remisyon grubunda aynı ilişkinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluğu belirtileri gösteren kişilerde zihnin sürekli kilo, yemek düzeni, beden görüntüsü gibi konularla meşgul olması, yemek sonrası duyulan suçluluk ve sosyal kaçınmalar hastaların hayatını kısıtlar. Ayrıca tüm bunlara ek olarak kendilerini aç bırakmaları fizyolojik bir şekilde depresif belirtileri tetikler (355). Alanyazında AN hastalarında yeme bozukluğu belirti şiddeti, depresyon düzeyi ve bedenden memnuniyetsizlik arttıkça tedavi motivasyonunun düştüğü de yer alan bir bilgidir (356, 357). Kadın üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada depresif belirtileri olanların yeme bozukluğu

belirtileri geliştirme açısından risk altında olduğu saptanmıştır (348). Bu nedenle YB hastalarında tedavi ve izlemde depresif belirtilere müdahale ile kişilerin kendilerini daha olumlu algılamasına yardımcı olunarak yeme bozukluğu belirtilerinin azalması sağlanabilir.

Yatarak izlenen AN hastalarında depresif belirtilerin, buna yönelik medikal tedavi almadıkları durumda dahi kilo restorasyonu ile beraber bir miktar düzeldiği, fakat sağlıklı kiloya ulaştıklarında bile bu belirtilerin tamamen geçmediği bulunmuştur. Depresif belirtilerin tedavi sürecinde daha iyiye gitmesi sadece kilo alımıyla değil, bu süreçte diğer tedavilerin de devam ediyor oluşuyla ilişkili olabilir (358). Kilo alımı sonrasında bile depresyon ve anksiyete belirtilerinin devam etmesi bunların hastalığın doğası ile ilgili bir durum olabileceğini de düşündürmektedir (359). Bizim çalışmamızda da remisyon grubunda da depresif belirtilerle yeme bozukluğu belirtileri ve beden memnuniyeti arasında ilişki oluşu bu bulguları destekler niteliktedir. Ayrıca araştırmamızda yapılan regresyon analizinde tüm örneklem değerlendirildiğinde yeme bozukluğu belirtilerinin yordayıcıları olarak beden hoşnutsuzluğu ve depresyon belirtileri saptanmıştır. Uzun süreli bir izlem çalışmasında AN'de kötü prognoz yordayıcılarından birisinin depresyon komorbiditesi olduğu saptanmıştır (155). Bu bulgular sonucunda AN dinamiğine sahip ergenlerde depresyon belirtilerinin yeme bozukluğu belirtilerine neden olabileceği öngörülerek erken terapötik müdahalelerde bulunulması önemli görünmektedir.

5.2.3. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Ruminatif Özellikler

Yapılan çalışmalarda ruminasyonun AN'lerde hastalığın devamlılığında bağımsız bir etken olabileceği öne sürülmüştür (15, 213). Bu nedenle aktif hastalık sürecinde olanların ruminatif belirtilerinin değerlendirilmesi hastalığın seyri açısından önemli görünmektedir. Çalışmada gruplar arasında ruminatif özelliklere bakıldığında, saplantılı düşünmenin AN grubunda anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunurken, derin düşünme ve toplam ruminasyon puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Genç erişkin AN hastalarının RTÖ kullanılarak sağlıklı gençlerle karşılaştırıldığı bir çalışmada, saplantılı düşünme alt boyutu AN grubunda anlamlı derecede yüksek bulunurken, derin düşünme alt boyutunda böyle

bir farklılık görülmemiştir (360). Çalışmamızın bulguları bu açıdan yazında yer alan verilerle benzerlik göstermektedir.

Toplum temelli ve boylamsal olarak yürütülen araştırmalarda ruminatif eğilimler bireyler arasında fark gösterse de bireyin kendi içinde değişmeyen sabit bir yapıda olduğu gösterilmiştir (198). Bu yazın bilgisine dayanarak remisyon grubunun premorbidinde de ruminatif düşünceler açısından şimdiki durumlarına benzer özelliklere sahip olabileceği öne sürülerek, düşük düzeyde ruminatif özelliklerinin de hastalıklarının devamlılığı açısından koruyucu bir etken olmuş olabileceği düşünülebilir.

Saplantılı düşünme alt boyutu ruminasyonun maladaptif bir formudur ve sorunların çözilemeyen noktasına odaklanarak kişinin sürekli kendisini sorgulamasına neden olur. İzlem çalışmalarında ruminasyonun saplantılı düşünme alt boyutunun depresyon ile anlamlı oranda ilişkili olduğu saptanmıştır (361). Başka bir çalışmada ise saplantılı düşünme alt boyutunun yatkınlığı olan kişilerde AN belirtilerinin ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği fakat yeme, kilo ve beden üzerine derin düşünmenin AN ile daha ilişkili olabilecek alt boyut olduğu belirtilmiştir (15). Çalışmamızda sağlıklı kontrol ve remisyon gruplarında toplam ruminasyon puanları ile depresif belirtiler yüksek düzeyde ilişkili iken, AN grubunda ruminasyon puanlarının depresyonla ilişkisi saptanmamıştır. Bu sonuçtan AN grubunda her ne kadar depresyonla ilişkili olduğu düşünülen ruminasyon alt boyutu diğer gruplardan yüksek bulduysa da, AN grubunda ruminasyonun beden memnuniyetsizliği ve yeme belirtileri ile mevcut olan ilişkisinden, hastalığın aktif döneminde yeme ve bedenle ilgili uğraşların patolojik bir şekilde yaşantılandığı sonucu öne sürülebilir.

Erişkin sağlıklı kişilerin alındığı bir çalışmada toplam yeme davranışı puanının, yeme, kilo ve beden görüntüsü ile ilgili saplantılı ruminasyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur (20). Çalışmamızda ruminasyonun değerlendirildiği ölçekte YB belirtileri üzerine ek maddeler olmaması sağlıklı ergenlerde böyle bir ilişkinin kurulamamasına neden olmuş olabilir. Fakat bizim örneklemimizde sadece AN grubunda ruminasyon toplam puanı ile yeme davranışı arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu ilişkidir hastalığın akut döneminde sadece yeme ile ilgili davranışlar ve bilişler üzerine değil, genel bilişsel ruminasyonun da yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olan bir durum olduğu düşünülebilir.

5.2.4. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçiliğin bir çok hastalıkla ilişkili bir kavram olduğunun gösterilmesinin yanında pek çok çalışmada AN ve BN'nin ortaya çıkmasında spesifik bir risk faktörü olduğu da gösterilmiştir (171). YB hastalarında mükemmeliyetçi kişilik özellikleri, kişileri hem hastalığa yatkınlaştıran hem de hastalığı sürdüren bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (167). Casper ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada remisyondaki AN hastalarının mükemmeliyetçilik düzeyleri, öyküsünde AN olmayan sağlıklı kız kardeşleriyle ve sağlıklı kontrol gruplarıyla benzer bulunmuştur (194). Bizim çalışmamızda bu çalışmaya benzer şekilde mükemmeliyetçilik açısından üç grup arasındaki farkın, AN ile sağlıklı kontrol grubu arasındaki mükemmeliyetçilik özelliklerindeki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. AN grubunun mükemmeliyetçilik özellikleri açısından hatalara aşırı ilgi ve davranışlardan şüphe alt boyutları diğer gruplardan anlamlı derecede yüksekken, ailesel eleştiri alt boyutunda anlamlı fark sadece sağlıklı kontrol grubuyla belirlenmiştir. Remisyon grubunda ailesel eleştiri alt puanı ise AN grubu ile benzer bulunmuştur ve bunun da relapslar için risk etkeni olabileceği düşünülmüştür. Alanyazına bakıldığında da AN hastalarında mükemmeliyetçiliğin hatalara aşırı ilgi, davranışlardan şüphe etme, ailesel eleştiri ve aile beklentileri gibi daha maladaptif alt boyutlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (181).

Özbidirim ölçeklerinin kullanıldığı birçok araştırmada, YB olanların, YB olmayan ve diğer eksen 1 bozukluklarına sahip olan kişilerden daha yüksek mükemmeliyetçilik puanları aldıkları gösterilmiştir (179-183). Yapılan çalışmalarda herhangi bir YB tanısı bulunmayan fakat diyetle kısıtlama, zayıflık isteği, görüntüyle ilgili yoğun kaygı gibi bozulmuş yeme tutumları gösteren kadınların da mükemmeliyetçilik ölçeklerinden yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (179, 184, 185). İzlem çalışmalarında kilo tedavi ile normal sınırlara ulaşsa dahi mükemmeliyetçiliğin sürdüğü gösterilmiştir (179, 183). Mevcut çalışmamızda da AN ve remisyon gruplarında mükemmeliyetçilik puanları benzer düzeydedir ve tüm gruplarda BKİ ile mükemmeliyetçilik puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Özellikle sosyal çevrenin mükemmeli beklediği düşüncesi ile büyük oranda ilişkili olan uyumsuz mükemmeliyetçilik, bozulmuş yeme davranışlarının etiolojisinde önemlidir. Bu kişiler toplumun kendisinden ideal bir bedene sahip

olmasını beklediğini düşünerek, bedeninden memnuniyetsizlik ve yeme bozukluğu geliştirme riskine sahip olabilir (16). Çalışma gruplarında da mükemmeliyetçilik, bedeninden hoşnut olma ve yeme davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde; AN ve remisyon gruplarında mükemmeliyetçilik ve beden bölgelerinden hoşnutsuzluk arttıkça, yeme bozukluğu belirtilerinin arttığı görülürken, sağlıklı kontrol grubunda bu değişkenler arasında böyle bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçtan hastalığın ortaya çıkışında önemli olan bedenden hoşnutsuzluğun mükemmeliyetçilikle bir araya geldiğinde işlevselliği bozucu yeme bozukluğu belirtilerini tetiklediği düşünülebilir. Bununla bağlantılı olarak ergenlerde bedenden hoşnutsuzluğun yeme davranışı üzerine etkisine bakarken mükemmeliyetçiliğin aracı rolünün incelenmesi değerli olacaktır.

AN olan çocuklar ve aileleriyle yapılan çalışmalarda farklı yazın bilgileri mevcuttur. Woodside ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada AN olan çocukların annelerinin mükemmeliyetçilik düzeylerini sağlıklı çocukların annelerinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (193). YB hastalarının ailelerinin, çocuklarından üst düzeyde ve fazla sayıda alanda başarı beklediği, çocuklarına karşı fazla eleştirel davranışlarının olduğu ve çocuklarına karşı anlayışlı davranmadıkları da belirtilmektedir (362). YB hastalarının anneleri ile diğer psikiyatrik hastalıkları olan ergenlerin annelerinin mükemmeliyetçilik düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada bu sonuçlardan farklı olarak, YB çocuğu olan annelerin anlamlı derecede düşük mükemmeliyetçilik puanlarına sahip olduğu bulunmuştur (363). Bizim araştırmamızda annelerin mükemmeliyetçilik düzeyleri gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Annelerin mükemmeliyetçi özellikleri ergen gruplarından; sağlıklı kontrol grubunda anksiyete belirtileri ile pozitif yönde düşük düzeyde, remisyon grubunda ise yeme bozukluğu belirtileri ile negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlıklı ergenlerde annelerin mükemmeliyetçiliği artarken çocuklarının kaygı belirtilerinin arttığı, remisyon grubunda bulunan bu ilişkiden ise ailelerin tedavi ve takip süreci sonunda tedavi başarısı için de kendi mükemmeliyetçi beklentileri devam etse de psikoeğitime uyum göstererek çocuklarına yansıtmama konusunda başarılı olabildikleri düşünülebilir.

Psikiyatrik tanısı olmayan bir grupla sürdürülen başka bir araştırmada ise, mükemmeliyetçiliğin çeşitli yeme davranışları ile ilişkisine bakılmış, özellikle diyet

kısıtlaması ve tıknma/çıkarma davranışlarının mükemmeliyetçilikle daha güçlü ilişkili olan yeme davranışları olduğu saptanmıştır (188). Bizim çalışmamızda ise sağlıklı kontrol grubunda mükemmeliyetçilikle yeme belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, remisyon grubunda yeme ve beden şekli ile ilgili endişelerle mükemmeliyetçilik arasında yüksek düzeyde, AN grubunda ise beden şekli ile ilgili endişelerle yüksek düzeyde, kilo ile ilgili endişeler ve mükemmeliyetçilik ile orta düzeyde ilişki bulunmuştur. Buradan da AN öyküsüne sahip kişilerde mükemmeliyetçi kişilik örüntüsünün bozulmuş yeme davranışlarını sürdürme konusunda risk faktörü olduğu bulgusu desteklenmektedir.

AN hastalarının 14 haftalık izleminin yapıldığı açık kontrollü bir çalışmada, sertralin başlangıçtaki Yeme Bozukluğu Envanteri'ndeki (YBE) mükemmeliyetçilik puanlarının düşüşüyle ilişkili bulunurken, plasebo grubunda böyle bir değişiklik saptanmamıştır (190). Yatarak tedavi gören AN hastaları ile yapılan bir çalışmada ise, taburculuk sırasında yapılan değerlendirmelerde YBE'deki tüm alt ölçeklerde yatışta yapılan değerlendirmelere göre anlamlı bir azalma görülürken; mükemmeliyetçilik alt ölçeğinde böyle bir değişim gösterilmemiştir (191). Bizim çalışmamızda da mükemmeliyetçilik puanları karşılaştırıldığında yaşa göre düzeltme öncesi ve sonrasında, AN ve remisyon grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Ruminasyon ve mükemmeliyetçiliğin YB belirtileri üzerine etkisine bakılan bir araştırmada, iki faktörün de YB belirtilerini öngördüğü sonucuna varılmıştır (221). Ayrıca daha önce yapılan çalışmalarda ruminasyonun, mükemmeliyetçilik ve YB belirtileri arasında mediyatör olarak görev aldığı saptanmıştır (87, 181). Mevcut çalışmamızda ise tüm örnekleme yeme bozukluğu belirtilerinin yordayıcıları regresyon analizi ile araştırılırken bu bulguyu destekleyebilecek bir sonuca ulaşılamamıştır. Burada örneklem sayısının yeterince büyük olmaması bunun nedeni olmuş olabilir.

5.2.5. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Duygu Düzenleme Becerileri

AN'de duygu düzenleme becerilerinin değerlendirildiği çalışmaların çoğu, AN hastalarının duygu düzenlemede sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir (244, 364). Çalışmamızdaki ergenlerin duygu düzenleme

becerileri incelendiğinde; AN grubundaki ergenlerin duygu düzenleme güçlükleri total puanı ve strateji ile farkındalık alt boyutlarından diğer gruplardaki ergenlere göre daha yüksek puanlar aldığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin olduğu saptanmıştır. Netlik alt boyutunda ise AN ve sağlıklı kontrol grupları, dürtüsellik alt boyutunda ise AN ve remisyon grupları arasında istatistiksel anlamlı farkla AN grubunun daha çok zorluk yaşadığı bulunmuştur. Amaç ve kabul etmeme alt boyutlarında ise gruplar arasındaki fark anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Bu değerlendirme sonuçları anksiyete ve depresyon puanlarına göre düzeltilindiğinde ise gruplar arasındaki anlamlı fark ortadan kalkmıştır. Buradan AN hastalarının duygularını fark etmede, duygularıyla ilgili net olmada ve duygu düzenlemede uygun stratejiler geliştirmede daha fazla zorlanmalarının temel sebebinin anksiyete ve depresyon belirtileri olduğu düşünülebilir.

AN'de görülen duygu düzenleme güçlükleri genel olarak şu boyutlarla ele alınmaktadır. İlk olarak AN kısıtlayıcı tip ve AN tıknama / çıkarma tipleri arasında duygu düzenleme becerileri açısından farklılık olmadığı öne sürülmektedir (364). Fakat aktif hasta grubu ve remisyondaki hastalar karşılaştırıldığında yazında bu açıdan çelişkili sonuçlar yer almaktadır. Harrison ve arkadaşları aktif hastalık döneminde duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla görüldüğünü bildirirken (365), Brockmeyer ve arkadaşları ise AN'de duygu düzenleme güçlüğünün sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğünü ayrıca hastalığın akut ve remisyon dönemleri arasında bu açıdan bir fark gözlenmediğini bildirmektedir (366). Haynos ve arkadaşlarının yaptığı izlem çalışmasında da buna benzer sonuçlar bulunmuştur (367). Bizim çalışmamızda görülen bulgular ise Harrison ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer olarak görülmektedir.

Başka bir çalışmada da vücut ağırlığı restorasyonu sonrasında da duygu düzenlemedeki genel güçlüklerin devam ettiği, AN alt tipleri arasında da farklı olmadığı gösterilmiştir (218). Ayrıca yapılan bir izlem çalışmasında, duygu düzenleme becerisinde olan zorlukların, AN belirtilerinin devam etmesinde önemli bir yordayıcı olduğu bildirilmiştir (239). Bu verilere dayanarak duygu düzenleme güçlüğünün AN hastaları iyileşse bile devam ettiğinden bunun hastaların premorbid kişilik örüntüleriyle ilişkili olabileceği ve AN oluşmasına zemin hazırlayan bir faktör olabileceği vurgulanmaktadır (364). BKİ ile gruplardaki ergenlerin duygu düzenleme

güçlükleri karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda da bir ilişki saptanmamıştır. Yazın bilgileri ile beraber AN grubunda hastalığın çeşitli evrelerinde hastalar bulunduğu göz önüne alındığında da, bu grubun belli bir süredir tedavi almalarına rağmen premorbid kişilik özellikleri nedeniyle hastalıklarının devam ediyor olduğu da düşünülebilir. Bu ilişkiyi daha iyi ortaya koymak için izlem çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda duygu düzenleme gücüğü alt boyutları açısından incelendiğinde; AN olan ergenlerin diğer gruplardaki ergenlere göre strateji alt boyutunda daha başarısız olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda uygun duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada AN olan hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla güçlük yaşadığı (368) ayrıca uygun duygu düzenleme stratejilerinden olan bilişsel yeniden değerlendirme, çerçevlendirme, gözlemlene ve olumlu düşünme gibi becerilerde güçlük yaşadıkları bildirilmektedir (244, 369). Başka bir çalışmada hastaların olumsuz duyguları kabul etmeyerek bastırma, kaçınma gibi uygun olmayan duygu düzenleme süreçlerine başvurdukları görülmektedir (245, 370). Genel duygu düzenlemede başarılı olabilmek için uygun stratejileri kullanabilmek önemli görülmektedir (225). Bu nedenle bu hasta grubunda duygu düzenleme becerilerine yardımcı olabilmek için uygun stratejiye ulaşabilme becerisinin artırılmasına yönelik çalışmaların faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada AN olan ergenlerin remisyon grubundaki ergenlere göre dürtüsellik alt boyutundan daha yüksek puan aldığı, yani remisyon grubuna göre daha dürtüsel oldukları saptanmıştır. Amaç alt boyutunda ise gruplar arasında fark saptanmamıştır. AN olan hastaların sağlıklı kontrol gruplarına göre duygusal zorlanma durumlarında dürtüsel davranışlarını engelleyip, amaçlarına uygun yönde ilerleyebilme ile ilgili daha çok zorluk yaşadığı bildirilmektedir (90, 244). AN hastalarında dürtüsellik yönünden alt tiplerdeki farklılıklara bakıldığında, tıknırcasına yeme/çıkartma alt tipindekilerin kısıtlayıcı alt tiptekilere göre dürtüsel davranışlarını kontrol etmekte daha fazla zorlandıkları bilinmektedir (90). Ayrıca duygusal zorlanmalarda amaca uygun davranma konusundaki sıkıntının vücut ağırlığı normale geldikten sonra düzeldiği bildirilmektedir (367). Bu çalışmada hastalık alt tipleri arasında AN ve remisyon grupları arasında fark olmadığı halde, AN grubunda dürtüsellüğün remisyonlardan fazla görülmesi hastalığın akut dönemine

ilişkin bir bozulma olduğunu düşündürebileceği gibi premorbid özelliklerle de ilişkili bir durum olabilir. Tıkınırcasına yeme/çıkartma alt tipinde olan hastaların az sayıda olması alt tipler arasında ayırım yaparak değerlendirmeyi olanaklı kılmamıştır. Bu değerlendirmeleri yapabilmek için hastalığın her iki alt tipindeki hastaları da içeren daha büyük örneklemlerle gruplarla izlem çalışmalarının yapılması önerilebilir.

AN hastaları ile duygusal farkındalığı öz bildirim ölçekleri ve performansa dayalı yöntemlerle ölçen araştırmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Yapılan bir çalışmada AN hastalarında duygusal farkındalığın sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu, ancak iyileşmiş AN hastaları ile sağlıklı kontroller arasında bu açıdan bir farklılık olmadığı bulunmuştur (371). Başka bir çalışmada ise duygusal farkındalıkta AN hastaları ile sağlıklı kontroller arasında bir fark bulunmamıştır (372). Fakat öz bildirim ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda farkındalık ve netlik alt boyutları genel olarak alt tipinden bağımsız olarak AN grubunda hep daha düşük olarak bulunmuştur (373-375). Bizim çalışmamızın sonuçları da AN grubunun farkındalık ve netlik alt boyutunda daha fazla zorlandıklarını gösterdiğinden yazınla uyumlu görünmektedir.

Alanyazında BKİ ile duygu düzenleme becerisi arasındaki ilişkinin incelendiği farklı çalışmalar da mevcuttur. YB hastalarında duygu düzenleme becerilerinin araştırıldığı bir çalışmada, hastaların BKİ düştükçe duygu düzenlemede daha fazla zorluk yaşadıkları bulunmuştur (376). Bu çalışmanın aksine yeni tanı almış AN hastaları, remisyonda olan AN hastaları ve sağlıklı kontrol gruplarıyla yapılan bir çalışmada duygu tanıma ve duygu düzenleme becerilerinin BKİ ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (375). Bulgularımız BKİ ile duygu düzenleme becerisi arasında ilişki olmadığını bildiren yazın bilgileri ile uyumlu görünmektedir.

Ülkemizde üniversite öğrencisi genç kadınlarla DDGÖ kullanılarak yapılan bir çalışmada, grup YTT puanlarına göre yeme bozukluğu geliştirme riski yüksek ve düşük olacak şekilde iki gruba ayrılmış, yüksek riskli grubun duygu düzenleme alt boyutlarından 'farkındalık' dışındaki tüm alt boyutlarda daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur (377).

Alanyazında yeme davranışları ve bedenden hoşnutsuzluk ilişkisinde duygu düzenleme becerilerinin rolünün incelendiği çalışmalar da mevcuttur. YB belirtilerinde beden memnuniyetsizliğinin yordayıcı olduğunu bildiren çalışmalar

olmakla beraber (350) bunun yeme bozukluğu ile sonlanmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (378). Bu süreçte kişilere özgü koruyucu faktörlerin ne olabileceği de araştırılmıştır. Bu koruyucu faktörler sayesinde kişilerin belirtilerinin eşik altı düzeyde kalarak klinik olarak bozucu bir sonuçla karşı karşıya kalınmadığı düşünülmektedir. Duygu düzenleme becerilerinin de bu koruyucu faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir. Örneğin, erkek hastalarla yapılan bir çalışmada BKİ ve depresif belirtiler kontrol edilerek değerlendirme yapıldığında, duygu düzenleme güçlüklerinin bedenden hoşnutsuzluğu ve bozulmuş yeme davranışlarını arttırdığı bulunmuştur (11). Ergen kızlarla yapılan bir çalışmada da yaş, BKİ ve depresif belirtiler bedenden memnuniyetsizliği yordarken; duygusal farkındalıkta düşüklük, BKİ, bedenden hoşnutsuzluk ise yeme bozukluğunu anlamlı olarak yordamıştır (379). Bizim çalışmamızda da sağlıklı kontrol grubunda bedenden hoşnutluk ile yeme bozukluğu belirtileri ve duygu düzenleme becerileri negatif yönde düşük düzeyde ilişkili iken yeme bozukluğu belirtilerinin duygu düzenleme becerileriyle anlamlı ilişkisi saptanmamıştır. Buradan sağlıklı kişilerde bedenden duyulan hoşnutsuzluk duygu düzenlemede zorluğa sebep olsa da bunun yeme bozukluğu belirtileriyle sonlanmadığı düşünülebilir. AN grubunda ise bedenden hoşnutsuzluk ile yeme bozukluğu belirtileri arasında yüksek düzeyde, duygu düzenleme becerileri arasında orta düzeyde ilişki varken yeme bozukluğu belirtileri ile duygu düzenleme becerileri arasında ilişki yoktur. AN grubunda ise bu açıdan ilişki sağlıklı kontrollerle benzer bulunmuş olsa da burada mükemmeliyetçilik ve depresif belirtiler gibi farklı bazı özelliklerin eklenmesi, yeme bozukluğu belirtileri görülmesine neden oluyor olabilir. Remisyon grubuna bakıldığında ise, bedenden memnuniyet ile yeme bozukluğu belirtileri ve duygu düzenleme becerileri arasında negatif yönde güçlü, yeme bozukluğu belirtileri ile duygu düzenleme arasında ise pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır. Yapılan regresyon analizinde de AN'de yeme bozukluğunu en çok yordayan etmenin bedenden hoşnutsuzluk olduğu göz önüne alındığında, akut dönemde duygu düzenlemede güçlüklerin nedeninin eşlik eden depresyon- anksiyete belirtileri nedeniyle olabileceği; fakat özellikle remisyon döneminde yeme bozukluğu belirtilerinin relapsının olmaması için duygu düzenleme becerilerinin kazandırılmasının relapsları önlemede önemli olduğu önerilebilir.

Bir araştırmada kadınlar, ideal vücut görüntüsünün olduğu görsellere maruz bırakılmış, bu şekilde kendi görüntülerine yönelik negatif duygularının artması sağlanmıştır. Bu deney düzeneğinde duygu düzenleme stratejisi olarak ruminasyonu kullananlarda görüntülerine yönelik olumsuz hislerinin arttığı, kabullenmeyi kullananlarda ise olumsuz hislerin başlangıca göre düştüğu bulunmuştur (380). Bizim çalışmamızda ise gruplardaki ruminasyon puanları açısından AN ve remisyon gruplarında duygu düzenleme arasında ilişki olmadığı, sağlıklı ergenlerde ise düşük düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

AN hastalarında yeme bozukluğu belirti şiddeti, duygu düzenleme becerileri ve anksiyete belirtileri incelenmiş, anksiyete belirtileri kontrol edilerek analiz yapıldığında da duygu düzenlemede güçlüklerin yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu araştırma sonucunda AN'de, duygu düzenleme becerilerinde güçlüğün kaygıya ikincil olarak ortaya çıkmadığı, hastalıkta bağımsız bir değişken olduğu sonucuna varılmıştır (381). AN, depresif bozukluk ve sağlıklı kontrollerden oluşan 3 grupta yürütölen bir çalışmada da, sağlıklı kontrol grubunun duygu düzenlemede diğer hastalık gruplarına göre daha iyi olduğu, AN ve depresyon tanılılar arasında duygu düzenlemede fark olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçlardan duygu düzenleme güçlüğünün psikiyatrik hastalıklara spesifik olmadığı, tanılar arası geçişlere neden olan ve hastalıkları sürdüren bir risk faktörü olabileceği öne sürölmüştür (244). Yine AN, depresif bozukluk ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılan başka bir çalışmada da depresyonu olanların duygu düzenlemede daha fazla güçlük yaşadığı bunun sonucunda da çeşitli psikiyatrik tanılara kayma konusunda duygu düzenleyememenin bir risk etkeni olduğu savunulmuştur (366). Bir başka çalışmada da depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarının, YB ve madde kullanım bozukluğu olanlarla karşılaştırıldığında daha fazla uygunsuz duygu düzenleme stratejileri kullandığı bulunmuştur (382). Bizim çalışmamızda anksiyete ve depresyon puanlarına göre ölçek puanları düzeltildiğinde gruplar arasındaki duygu düzenleme güçlüklerindeki farkın ortadan kalkmasından, AN grubunda duygu düzenlemedeki güçlüğün nedeninin depresif belirtiler olduğu öne sürölebilir. Ayrıca yeme bozukluğu belirtileri için yordayıcı değişkenlerin bedenden hoşnutsuzluk ve depresyon olduğu düşünölrse, depresif belirtilerin duygu düzenlemeyi bozarak AN dinamiğine sahip kişilerde hastalık başlangıcını tetikleyebileceği düşünölebilir.

YB tanısı olan ve olmayan 18-25 yaş aralığındaki kadınların alındığı, mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme ve afektif özelliklerin klinik bozulmadaki etkisine bakılan bir çalışmada mükemmeliyetçiliğin tek başına değil duygu düzenlemede güçlüklerle birlikte görüldüğünde klinik üzerine anlamlı etkisi olduğu gösterilmiştir (22). Klinik tanısı olmayan üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da duygu düzenlemede güçlük ve uyumsuz mükemmeliyetçilik etkileşiminin, yeme bozukluğu belirtileri üzerine anlamlı bir etkisi olduğu gösterilmiştir (16). Bizim çalışmamızda da her grupta mükemmeliyetçiliğin duygu düzenleme gücüyle ilişkili olduğu, ancak AN ve remisyon gruplarında mükemmeliyetçiliğin yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olup sağlıklı kontrollerde olmadığı bulunmuştur. Ayrıca sadece remisyon grubunda duygu düzenlemede güçlüklerle yeme bozukluğu belirtileri arasında ilişki mevcuttur. Bu da aktif AN hastalığının kliniği üzerine mükemmeliyetçilik ve duygu düzenleyememe dışında depresif belirtiler gibi başka değişkenlerin de katkısının olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca duygu düzenleme güçlükleri ile yeme bozukluğu belirtilerinin remisyonda devam etmesi, relapsların önüne geçmek için bu hastaların takiplerinde duygu düzenleme odaklanması gereken önemli noktalardan biri olabilir.

5.2.6. Ergenlerde Yeme Davranışı ve Bilinçli Farkındalık

Bilinçli farkındalık yeme, kilo ve beden şekli ile ilgili ruminasyonları azaltarak YB patolojisinde koruyucu bir rol üstlenebilir (269). Kesitsel çalışmalarda bozulmuş yeme davranışları ile bilinçli farkındalık becerileri arasında ters bir ilişki olduğu gösterilmiştir (261). YB hastalarının yer aldığı klinik örneklerle yapılan sınırlı sayıda çalışmada da bilinçli farkındalık düzeyleri ile yeme bozukluğu belirtileri arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır (32, 249, 266-268). Çalışmamızdaki gruplar karşılaştırıldığında da bilinçli farkındalık açısından alanyazındaki bulgulara benzer şekilde bulunmuştur; yaşa göre düzeltme öncesinde AN grubunun sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak bilinçli farkındalık düzeylerinin daha düşük olduğu, remisyon grubu ile olan farkın ise anlamlılık sınırında olduğu bulunurken, yaşa göre düzeltme sonrasında AN grubunun diğer iki gruptan da anlamlı olarak düşük bilinçli farkındalığa sahip olduğu gösterilmiştir. Bilinçli

farkındalık alt boyutlarına bakıldığında ise farkındalıkla davranma ve tanımlama alt boyutunda AN grubunda remisyon grubundan anlamlı düşüklük belirlenirken, AN grubundaki bilinçli farkındalığın tanımlama alt boyutundaki farklılığın AN grubunun sağlıklı kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. Alanyazına bakıldığında da farkındalıkla davranma, gözleme ve içsel deneyimlere tepkisizliğin, bilinçli farkındalığın yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkili olabilecek boyutları olduğu gösterilmiştir. Yüksek düzeyde farkındalıkla davranan kişilerin bozulmuş yeme davranışlarına sebep olan potansiyel tetikleyicileri tanıyabileceği öne sürülmüştür (31). Ayrıca sağlıklı üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da depresyon ve anksiyete belirtilerinin ötesinde bilinçli farkındalık alt boyutlarından tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimlere tepkisizlik ve içsel deneyimleri yargılamama alt boyutlarının yeme bozukluğu belirtileri için yordayıcı değişkenler olduğu bulunmuştur (301). Bizim çalışmamızda ise depresyon ve anksiyete puanlarına göre ölçek puanlarında düzeltme yapıldığında, gruplar arasında bilinçli farkındalık puanındaki farklılık anlamını yitirmiştir.

Yakın bir geçmişte AN tanısı olan yetişkin kadınlarla yapılan bir araştırmada da bilinçli farkındalık düzeyleri ile YBDÖ kullanılarak değerlendirilen yeme bozukluğu belirtilerinden beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler arasında ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada bilinçli farkındalığın AN'de yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı etkisine de bakıldığında, AN'de yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı anlamlı bir etkisi olmadığı ve YBDÖ toplam puanı ile de anlamlı bir ilişkisi olmadığı bulunmuştur (269). Mevcut çalışmamızda da benzer şekilde AN grubunda YBDÖ'de beden şekliyle ilgili endişeler alt boyutunun bilinçli farkındalıkla orta düzeyde ilişkili olduğu fakat toplam YBDÖ ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Yazında yer alan verilerin aksine bizim çalışmamızda sağlıklı kontrol grubunda yeme bozukluğu belirtileri ile bilinçli farkındalık arasında bir ilişki saptanmazken; remisyon grubunda kısıtlama davranışının negatif yönde yüksek düzeyde, yeme ile ilgili endişeler, beden şekliyle ilgili endişeler ve toplam ölçek puanının bilinçli farkındalıkla negatif yönde orta düzeyde ilişkisi olduğu bulunmuştur. Yani AN olan ergen grubunda akut dönemde bilinçli farkındalık düşükçe beden şekliyle ilgili kaygılar artarken; remisyon grubunda bilinçli farkındalık düzeyleri düşükçe kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler ve beden şekliyle

ilgili endişelerin arttığı görülmektedir. Bilinçli farkındalığın AN hastalarında remisyon sonrasında hastalığın davranışsal belirtilerinin ortaya çıkmaması için yardımcı olduğu, iyilik halinin devamı için önemli bir beceri olduğu düşünülebilir.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yüksek öz-şefkat düzeylerinin (kendiliği yargılamamayı içeren bilinçli farkındalık ile ilişkili bir kavram) bedenden hoşnut olma ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (383). Çalışmamızda da bu bulguya benzer şekilde tüm gruplarda bedenden memnuniyet ile bilinçli farkındalık düzeyleri arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Buradan genel bilinçli farkındalık becerisinin gençlerde kendileriyle ilgili memnuniyeti arttırdığı düşünülebilir.

Bilinçli farkındalık alt boyutlarının yeme davranışı ile ilişkisine bakıldığında ise, sağlıklı kontrol grubunda farkındalıkla davranma alt boyutuyla negatif yönde orta düzeyde ilişkili, remisyon grubunda yine farkındalıkla davranma alt boyutuyla negatif yönde yüksek düzeyde ilişkili, toplam bilinçli farkındalık puanı ile de negatif yönde orta düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bilinçli farkındalık temelli terapilerde de bilinçli farkındalığın yeme bozukluğu belirtileri ile ters ilişkili olduğu, yargılayıcı olmayan bir tutum gelişmesine aracılık ettiği gösterilmiştir (301). Bu tutum YB ortaya çıkmasında ve relapstan korunmada etkin olduğu gösterilen bir beceri olan öz-şefkat gelişimine öncülük eder (307). Öz-şefkat ruminasyonu, sosyal karşılaştırmayı, olumsuz duygulanım ve beden memnuniyetsizliğini azaltarak YB'de riskli davranışları azaltır (308, 309). Sağlıklı ergenlerde içinde buldukları ana dikkat etmeyip otomatik pilottaymış gibi davrandıklarında bozulmuş yeme davranışlarının arttığı, remisyon grubunda ise bilinçli farkındalık becerilerinin bozulmuş yeme davranışlarına yönelmeme için koruyucu olduğu düşünülebilir. AN grubunda ise sadece içsel deneyimleri yargılamama alt boyutuyla negatif yönde orta düzeyde, gözlemlene alt boyutuyla da pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Yeme bozukluğu tanısı olan 124 üniversite öğrencisiyle yapılan bir çalışmada hangi bilinçli farkındalık alt boyutunun hangi yeme bozukluğu belirtisini öngördüğüne bakılmış. Klinik örnekte daha düşük farkındalıkla davranma ve daha yüksek gözlemlene olduğu görülmüş (267). Gözlemlene açısından bizim sonuçlarımız da bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Alt boyutlardan gözlemlene arttıkça AN grubunda yeme bozukluğu belirtilerinin arttığı görülürken, remisyon grubunda ise bedenden hoşnutluğun arttığı görülmektedir. Buradan AN grubunda kendi içsel

uyaranlarına ve çevresel uyaranlara fazla dikkat ettiklerinde, aynı zamanda bunları yargılayıcı tutum takındıklarında yeme bozukluğu belirtileri arttığı sonucuna ulaşılabilir. Hastalarda bu sonucun ortaya çıkması kendilerinden bir türlü memnun olmayan ve acımasızca eleştiren mükemmeliyetçi tutumları nedeniyle de olabilir. Kendilerinin olumsuz değerlendirilmesi duygu düzenlemede de zorlandıklarından depresif belirtilerin de tetikleyicisi olabilir. Remisyon döneminde ise hastaların gözlemlene becerisinin olumlu bir durum olan beden hoşnutluğuyla ilişkili olması bu hastalarda bilinçli farkındalığın koruyucu bir duruma hizmet etmesi olarak yorumlanabilir.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada düşük bilinçli farkındalık düzeylerinin mükemmeliyetçilik, ruminasyon ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (273). Mükemmeliyetçilik, ruminasyon ve bilinçli farkındalık ilişkisine bakılan diğer bir çalışmada; ‘toplum değerlerine göre mükemmeliyetçiliğin’ bilinçli farkındalıkla ilişkili olan tek mükemmeliyetçilik boyutu olduğu, bilinçli farkındalığın ‘farkındalıkla davranma’ ve ‘içsel deneyimleri yargılamama’ boyutlarının mükemmeliyetçilikle ilişkili olduğu gösterilmiş. Bu çalışmada yüksek bilinçli farkındalığa sahip olanların, uyumsuz mükemmeliyetçiliğinin, olumsuz tekrarlayıcı düşüncelerinin ve ruhsal sıkıntılarının anlamlı olarak düşük olduğu bulunarak bilinçli farkındalığın mükemmeliyetçi kişileri negatif duygulanımdan koruyucu bir faktör olabileceği önerilmiştir (18). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde sağlıklı kontrol grubunda mükemmeliyetçilik ve bilinçli farkındalık arasında orta düzeyde, AN grubunda ise çok yüksek düzeyde ters ilişki olduğu, remisyon grubunda ise böyle bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Ayrıca AN grubunda mükemmeliyetçilikle ilişkili olduğu bulunan bilinçli farkındalık alt boyutları tanımlama, farkındalıkla davranma, içsel deneyimlere tepkisizlik iken; sağlıklı kontrollerde tanımlama, içsel deneyimleri yargılamama olarak bulunmuştur.

Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada araştırmacılar bilinçli farkındalık ile stres arasındaki ilişkide günlük ruminasyonun aracı rolü olduğunu bulmuşlardır (384). Kadın üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da bilinçli farkındalık ile ruminatif düşünme biçimi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (276). Yazında bu sonucu destekleyen deneysel çalışmalar da bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda bilinçli farkındalığı arttırmaya yönelik olarak

gerçekleştirilen müdahalelerin ruminasyon düzeyini azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur (277-280). Sağlıklı popülasyonla yapılan bir çalışmada da yeme, kilo ve beden algısı üzerine ruminasyon (alt boyut olarak saplantılı düşünme) ve düşük bilinçli farkındalık düzeylerinin yeme bozukluğu belirtileri ile anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada sağlıklı grup içinden öncesinde AN öyküsü olan kişiler de ayrı bir grup olarak değerlendirilmiş, yeme bozukluğu belirtileri ile ilişkili olan ruminasyon alt boyutunun derin düşünme alt boyutu olduğu gösterilmiştir (20). Bizim çalışmamızda ise ruminasyon ile bilinçli farkındalık arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Alanyazın incelendiğinde bilinçli farkındalık ile olumsuz duygulanım (289), duygusal düzenleme (246), kaygıya yönelik duygulanım düzeyi (290) ve duygu düzenleme güçlüğü (291) arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da tüm gruplarda anksiyete belirtileri ile bilinçli farkındalık becerileri arasında ters bir ilişki mevcutken, depresif belirtilerle bilinçli farkındalık ilişkisi sadece AN ve remisyon grubunda mevcuttur. Bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar içsel farkındalığı ve bedenden gelen uyarılara dikkati arttırarak, AN hastalarında anksiyete belirtilerinin azalmasında da faydalı olabilir (301).

Duygu düzenleme ile ilgili teorik çalışmalar, bilinçli farkındalığın temel mekanizmasını duygu düzenleme olarak göstermektedir (285). Yeme bozukluklarında bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar duygusal ve dürtüsel yemek yemeyi, olumsuz duygulanımı, beden memnuniyetsizliğini azaltıp, duygu düzenleme becerilerinin ve içsel farkındalığın artmasına öncülük eder (312). Yakın geçmişte yayınlanan bir meta analizde BF temelli yeme bozukluğu önleme programlarının, beden görüntüsüne yönelik uğraşları, olumsuz duygulanımı azalttığı ve beden algısını iyileştirdiği saptanmıştır (313). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir MBCT çalışmasında, terapi süreci sonunda gençlerin DDGÖ'den aldıkları puanların başlangıca göre anlamlı düzeyde azaldığı, ayrıca 15 ay sonraki izlem değerlendirmesinde de bu anlamlılığın korunduğu saptanmıştır (292). Bizim çalışmamızda da alanyazına uygun olarak duygu düzenleme güçlükleri ile bilinçli farkındalık becerileri arasında tüm gruplarda ters bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kısıtlama, çıkarma gibi bozulmuş yemenin davranışsal belirtilerinin ötesinde, klinik vakalarda bu davranışlar remisyona girse bile yeme bozukluğunun devamı ve

relapslarla ilişkili olan duygu düzenlemede güçlükler, dürtüsellik, içsel farkındalığın olmayışı devamlılık gösterdiğinden terapilerde bu noktalara odaklanması hastaların yararına olacaktır (23).

Çalışmamızda tüm örneklem alınarak, kullanılan bütün ölçekler bir regresyon modeline dahil edildiğinde de tüm bu yazın bilgileri ile bu kavramların ilişkisi de göz önüne alındığında uyumlu bir bulgu olarak duygu düzenlemede güçlükler ve mükemmeliyetçilik, bilinçli farkındalıkta en güçlü yordayıcılar olarak bulunmuştur. Bilinçli farkındalığın birçok psikopatolojide koruyucu bir faktör olduğu göz önüne alındığında, klinik bozulmaya sebep olan mükemmeliyetçilik ve duygu düzenleme güçlükleri gençlerde tedavi süreçlerinde değişim hedeflenen noktalar olarak önerilebilir.

5.3. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmada AN tanısı alan ergenler ile önceden AN tanısı olan, şu an DSM-5'e göre tanı almayan remisyonda olan ergenler ve sağlıklı ergenlerde mükemmeliyetçilik, ruminasyon, duygu düzenleme, bilinçli farkındalık işlevleri birlikte değerlendirilmiştir. Ayrıca AN'de hastalığın ortaya çıkmasında ve prognozunda önemli olduğu bilinen beden memnuniyeti ile depresyon ve anksiyete belirtileri de incelenmiş, bu değişkenler ile diğer özelliklerin ilişkisi de araştırılmıştır. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda alanyazında bu değişkenlerin hepsinin bir arada incelendiği bir araştırma bulunmamaktadır. Ayrıca AN hastaları değerlendirilirken hastalar ile remisyonda olan AN hastalarının karşılaştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır.

Yeme bozukluğu hastalarında bilinçli farkındalık değerlendirmesi için yapılan çalışmalarda yazında genel olarak bilinçli farkındalığın yeme bozukluğu belirtileri ile olan ilişkisine odaklanılmıştır. Bilinçli farkındalık ile ilişkide olan diğer kavramların da çalışmaya dahil edilmesi bu çalışmanın güçlü yanlarından biridir. Ayrıca yazında AN'de bilinçli farkındalığın incelendiği tek çalışma erişkin yaş grubunda yapılmıştır. AN'nin ergenlik döneminin önemli bir hastalığı olduğu düşünüldüğünde bu yaş grubunda tedavi ve prognozu etkileyecek müdahaleleri belirleyebilmek için kapsamlı değerlendirmelerin yapılması önemli görünmektedir. Ayrıca sağlıklı kontroller dışında hastalığın aktif döneminde olmayan ergenlerle karşılaştırma yapılması da

çalışmanın güçlü yanlarından biridir. Çalışmaya sadece kız ergenlerin alınması cinsiyet açısından homojen bir grup oluşturulmasına yardımcı olmuştur.

Bu çalışmada örneklem sayısı en büyük kısıtlılığı oluşturmaktadır. Ayrıca AN grubunda yeni tanı almış veya uzun süredir psikoterapi desteği ve medikal tedaviyle izlenen hastaların oluşu grup içinde heterojeniteye sebep olmaktadır. Yeme bozukluğu belirtileri bu süreçte sabitlik gösterip AN tanıları hala devam etse de tüm bu süreçlerde değerlendirilen diğer duygusal ve bilişsel belirtilerde değişiklikler olmuş olabilir. Aynı zamanda remisyon grubunda da bazı kişiler AN tanı ölçütlerini karşılamasa da subklinik belirtiler göstermekte, bazıları ise uzunca bir süredir tam iyileşme göstermektedir. Remisyon evrelerinin değerlendirilmemesi ve bu gruba dahil edilme için ek ölçütler konulmaması da remisyon grubunun homojen dağılımını bozmuş olabilir. Bu hastaların ilerleyen dönemlerde tekrar yeme bozukluğu belirtileri gösterip göstermeyeceği de bilinmemektedir. Remisyon grubundaki hastaların aktif hastalık dönemlerindeki değerlendirmelerinin olmayışı, bu grubun AN grubundan tedavi öncesinde de ayrılıp ayrılmadığını belirlemeyi mümkün kılmamaktadır. Çalışmanın kesitsel doğası ve örneklemin yalnızca üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan oluşması bu çalışmada genelleme yapmayı ve neden sonuç ilişkisi kurmayı engellemektedir. Bunun için karşılaştırma grubu olarak oluşturulan remisyon grubunun daha homojen özellikler gösteren hastalardan oluşturulması, yazında tartışmalı olan remisyon ölçütlerinden bir model oluşturulması ve daha büyük örneklemlemler ile izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen veriler özet olarak şu sonuçları göstermiştir:

- ✓ AN hastalarında, ruminasyonun daha maladaptif ve depresyonla ilişkili olduğu düşünülen saplantılı düşünme şekli daha fazla görülmektedir. Depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol edilerek değerlendirme yapıldığında bu fark ortadan kalkmaktadır.
- ✓ AN hastalarında ve remisyon grubunda depresyon ve anksiyete belirtilerine göre kontrol edilmeden değerlendirilme yapıldığında mükemmeliyetçilik düzeyleri benzerlik göstermektedir. AN grubunda ise sağlıklı kontrolden farklı olarak daha yüksek düzeyde mükemmeliyetçi özellikler olduğu saptanmıştır. Fakat kovaryans analizi sonrasında gruplar arasında farklılık kalkmaktadır.
- ✓ AN grubunda duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğu, bu hastaların duygularını fark etme ve duygu düzenlemede daha fazla zorluk yaşadığı bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol edildikten sonra ise bu farklılık da ortadan kalkmıştır. Ayrıca AN grubunda duygu düzenleme ve yeme bozukluğu belirtileri arasında ilişki saptanmazken remisyon grubunda güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Akut dönemde hastalığın belirtilerinin ortaya çıkmasında duygu düzenleyememeye ek durumların da olabileceği, remisyonda olan hastalarda ise relapsın önlenmesi için duygu düzenleme becerilerinin kazanılması önemli görülmektedir.
- ✓ Tüm gruplar ayrı ayrı değerlendirildiğinde beden bölgelerinden hoşnutsuzluk ile yeme bozukluğu belirtileri arasında üç grupta da ilişki olsa da bu ilişki AN ve remisyon gruplarında yüksek düzeydedir. Ayrıca mükemmeliyetçilik ile yeme bozukluğu belirtileri arasında AN ve remisyon gruplarında ilişki mevcutken sağlıklı kontrollerde bu ilişki yoktur. Mükemmeliyetçilik ve bedenden hoşnutsuzluk sağlıklı kişilerde yeme bozukluğu belirtilerini ortaya çıkartmıyorken, AN dinamiğinde mevcut olan ek başka durumlarla etkileşim sonucu hastalığın tetiklenebildiği düşünülebilir. Ayrıca bu etkileşim remisyon grubunda bile hala devam ettiğinden, bunun relapsları önlemek için odaklanması gereken önemli noktalardan biri olduğu düşünülmektedir.

- ✓ Bilinçli farkındalık becerileri AN grubunda daha düşükken kovaryans analizi sonrasında bu farklılık ortadan kalkmıştır. Ayrıca bilinçli farkındalık ile AN ve sağlıklı kontrollerde yeme bozukluğu belirtileri arasında ilişki yokken remisyon grubunda ilişki mevcuttur. Bilinçli farkındalığın da relapsların önlenmesinde önemli olduğu düşünülebilir.
- ✓ AN grubunda yeme bozukluğu belirtileri için bedenden hoşnutsuzluk yordayıcı değişken olarak bulunmuşken; tüm örnekleme bakıldığında bedenden hoşnutsuzluk ve depresif belirtiler yordayıcı olarak bulunmuştur.
- ✓ AN grubunda bilinçli farkındalık becerilerini yordayan duygu düzenleme becerileri olarak bulunmuşken; tüm örnekleme bilinçli farkındalığı yordamada duygu düzenleme becerileri ve mükemmeliyetçilik risk etkeni olarak bulunmuştur.

AN dinamiğine sahip ergenlerde mükemmeliyetçi beklentiler bedene de yönelerek kendilerinden hoşnutsuzluğa sebep oluyor, sonrasında da bununla ilgili saplantılı düşünceler ve depresif belirtilerin eklenmesi akut patolojiyi ortaya çıkarıyor gibi görünmektedir. Aynı zamanda kendi bedenlerinden ve çevreden gelen uyaranları fazla gözlemlediklerinde ve bunlara karşı yargılayıcı bir tutum takındıklarında bu belirtiler devam ediyor olabilir. AN grubunda direk bir ilişkisi olduğu gösterilmese de remisyonunda olan hastaların duygu düzenleme ve bilinçli farkındalık becerileri ile yeme bozukluğu belirtileri arasında ilişki olmasından, bu hastalığın relapsını engellemek için koruyucu faktörler olabileceği düşünülebilir. Hastalığın sağaltım sürecinde ise klinisyenlerin hastaların somut belirtileri dışında bu hastalıkta sürdürücü olabilecek duygusal ve bilişsel özelliklere de odaklanması önemli görünmektedir. Özellikle akut dönemde depresif belirtilerin tedavi edilmesi hastalığın seyrinde önemli görülmektedir.

Hastalığın seyrine farklı boyutlarla katkısı olan bu çoklu değişkenler daha geniş örneklemlerde farklı istatistiksel metotlar (yapısal eşitlik modeli vb.) da kullanılarak değerlendirildiğinde bu ilişkilerin patofizyolojiye etkisinin daha net aydınlatılabileceği düşünülmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
2. Smink FR, van Hoeken D, Donker GA, Susser ES, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 2016;46(6):1189-96.
3. Herpertz-Dahlmann BJC, Clinics AP. Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. 2015;24(1):177-96.
4. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW, JIJED. Prevalence and severity of DSM- 5 eating disorders in a community cohort of adolescents. 2014;47(6):610-9.
5. Favaro A, Caregario L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P, JJoCP. Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. 2009;70(12):1715-21.
6. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*. 2011;68(7):714-23.
7. Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E. Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child psychiatry and human development*. 2008;39(3):261-72.
8. Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, et al. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first- onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2014;22(1):39-44.
9. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, Leckman J. *Current diagnosis & treatment in psychiatry*: Lange Medical Books/McGraw-Hill; 2000.
10. Klein DA, Walsh BT, JP, behavior. Eating disorders: clinical features and pathophysiology. 2004;81(2):359-74.
11. Lavender JM, Anderson DA, JIJED. Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. 2010;43(4):352-7.
12. Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M, JEb. Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? 2007;8(2):162-9.
13. Racine SE, Wildes JE, Jc, psychology c. Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. 2015;83(4):785.
14. Fairburn CG. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press; 2008.
15. Park RJ, Dunn BD, Barnard P, JIJED. Schematic models and modes of mind in anorexia nervosa I: A novel process account. 2011;4(4):415-37.
16. Donahue JM, Reilly EE, Anderson LM, Scharmer C, Anderson DA, JJon, disease m. Evaluating Associations between Perfectionism, Emotion Regulation, and Eating Disorder Symptoms in a Mixed Gender Sample. 2018;206(11):900.
17. Nolen-Hoeksema S, JPb. Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. 1987;101(2):259.

18. Short MM, Mazmanian DJP, Differences I. Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness. 2013;55(6):716-21.
19. Di Schiena R, Luminet O, Philippot P, Douilliez CJP, Differences I. Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. 2012;53(6):774-8.
20. Cowdrey FA, Park RJJEb. The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. 2012;13(2):100-5.
21. Serpell L, Treasure J, Teasdale J, Sullivan VJIJoED. Anorexia nervosa: Friend or foe? 1999;25(2):177-86.
22. Byrne ME, Eichen DM, Fitzsimmons-Craft EE, Taylor CB, Wilfley DE. Perfectionism, emotion dysregulation, and affective disturbance in relation to clinical impairment in college-age women at high risk for or with eating disorders. Eating behaviors. 2016;23:131-6.
23. Holland LA, Bodell LP, Keel PKJEEDR. Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10- year follow- up. 2013;21(5):405-10.
24. Merwin RM, Timko CA, Moskovich AA, Ingle KK, Bulik CM, Zucker NLJED. Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. 2010;19(1):62-82.
25. Ögel KJAHBY. Farkındalık (ayrısama) ve kabullenme temelli terapiler. 2012.
26. Carmody J, Baer RA, LB Lykins E, Olendzki NJJocp. An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness- based stress reduction program. 2009;65(6):613-26.
27. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. The British Journal of Psychiatry. 1996;168(1):38-42.
28. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. Trends in cognitive sciences. 2008;12(4):163-9.
29. Weinstein N, Brown KW, Ryan RMJJorip. A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress attribution, coping, and emotional well-being. 2009;43(3):374-85.
30. Çatak PD, Ögel KJKP. Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. 2010;13(1):85-91.
31. Sala M, Levinson CAJM. A longitudinal study on the association between facets of mindfulness and disinhibited eating. 2017;8(4):893-902.
32. Thompson-Brenner H, Boswell JF, Espel-Huynh H, Brooks G, Lowe MRJPR. Implementation of transdiagnostic treatment for emotional disorders in residential eating disorder programs: A preliminary pre-post evaluation. 2019;29(8):1045-61.
33. Maner FJPD. Yeme bozuklukları. 2001;5(4):130-9.
34. Berkman ND, Lohr KN, Bulik CM. Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. The International journal of eating disorders. 2007;40(4):293-309.
35. Field AE, Sonnevile KR, Micali N, Crosby RD, Swanson SA, Laird NM, et al. Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. Pediatrics. 2012;130(2):e289-95.

36. Kaya B, YIGÝTTÜRK D, YALVAÇ HD. Two Sisters with Anorexia Nervosa: Case Report. 2003;6(1):56-61.
37. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
38. Uzun O, Gulec N, Ozsahin A, Doruk A, Ozdemir B, Caliskan U. Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Compr Psychiatry*. 2006;47(2):123-6.
39. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(2):129-35.
40. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The lancet Psychiatry*. 2015;2(12):1099-111.
41. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet (London, England)*. 2003;361(9355):407-16.
42. Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, Abbasoglu Ozgoren A, Abd-Allah F, Abera SF, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet (London, England)*. 2015;386(10009):2145-91.
43. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2016;29(6):336-9.
44. Hoang U, Goldacre M, James A. Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001-2009. *The International journal of eating disorders*. 2014;47(5):507-15.
45. WHO. WHO. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference: WHO Regional Office Europe; 2005.
46. Herpertz-Dahlmann B. Adolescent Eating Disorders—Definition, Symptomatology and Comorbidity: Elsevier: St. Louis, Missouri, USA; 2019.
47. Hebebrand J, Exner C, Hebebrand K, Holtkamp C, Casper R, Remschmidt H, et al. Hyperactivity in patients with anorexia nervosa and in semistarved rats: evidence for a pivotal role of hypoleptinemia. 2003;79(1):25-37.
48. Sternheim L, Danner U, Adan R, Van Elburg AJIJoED. Drive for activity in patients with anorexia nervosa. 2015;48(1):42-5.
49. Alberti M, Galvani C, El Ghoch M, Capelli C, Lanza M, Calugi S, et al. Assessment of physical activity in anorexia nervosa and treatment outcome. 2013;45(9):1643-8.
50. Prusky M, Shear M, Attia E. Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa in Children and Adolescents. *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*: Springer; 2017. p. 333-52.
51. Wood D, Knight CJP, Health C. Anorexia nervosa in adolescence. 2019.
52. Fazeli PK, Klibanski A. Bone metabolism in anorexia nervosa. *Current osteoporosis reports*. 2014;12(1):82-9.
53. Castro-Fornieles J, Bargalló N, Lázaro L, Andrés S, Falcon C, Plana MT, et al. A cross-sectional and follow-up voxel-based morphometric MRI study in adolescent anorexia nervosa. 2009;43(3):331-40.

54. Mainz V, Schulte-Rüther M, Fink GR, Herpertz-Dahlmann B, Konrad KJPm. Structural brain abnormalities in adolescent anorexia nervosa before and after weight recovery and associated hormonal changes. 2012;74(6):574-82.
55. Paulukat L, Frintrop L, Liesbrock J, Heussen N, Johann S, Exner C, et al. Memory impairment is associated with the loss of regular oestrous cycle and plasma oestradiol levels in an activity-based anorexia animal model. 2016;17(4):274-84.
56. APA APA. Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000): American Psychiatric Association; 2000.
57. Föcker M, Bühren K, Timmesfeld N, Dempfle A, Knoll S, Schwarte R, et al. The relationship between premorbid body weight and weight at referral, at discharge and at 1-year follow-up in anorexia nervosa. 2015;24(5):537-44.
58. Association AP. Diagnostic criteria from dsM-iV-tr: American Psychiatric Pub; 2000.
59. Micali N, Hebebrand J. Anorexia nervosa through the looking glass of the draft ICD-11 diagnostic criteria: a disorder in transition. *European child & adolescent psychiatry*. 2015;24(10):1149-52.
60. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. 2013;53(2):303-5.
61. Bravender T, Bryant- Waugh R, Herzog D, Katzman D, Kriepe R, Lask B, et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM- V. 2010;18(2):79-89.
62. Couturier J, Lock J, Forsberg S, Vanderheyden D, Yen HLJJoED. The addition of a parent and clinician component to the eating disorder examination for children and adolescents. 2007;40(5):472-5.
63. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2006;39(6):800-5.
64. Lock J, La Via MCJJotAAoC, Psychiatry A. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. 2015;54(5):412-25.
65. Couturier JL, Lock JJIJoED. Denial and minimization in adolescents with anorexia nervosa. 2006;39(3):212-6.
66. Garfinkel PE. Classification and diagnosis of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*2002. 155-61 p.
67. Roberto CA, Steinglass J, Mayer LE, Attia E, Walsh BTJJIJoED. The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. 2008;41(6):559-63.
68. Dean HY, Touyz SW, Rieger E, Thornton CEJEEDRTPJotEDA. Group motivational enhancement therapy as an adjunct to inpatient treatment for eating disorders: A preliminary study. 2008;16(4):256-67.
69. Jacobi C, Hayward C, de Zwaan M, Kraemer HC, Agras WSJPb. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. 2004;130(1):19.
70. Hinney A, Volckmar AL. Genetics of eating disorders. *Current psychiatry reports*. 2013;15(12):423.

71. Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*. 2000;157(3):393-401.
72. Klump KL, Culbert KM. Molecular Genetic Studies of Eating Disorders: Current Status and Future Directions. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007;16(1):37-41.
73. Grice DE, Halmi KA, Fichter MM, Strober M, Woodside DB, Treasure JT, et al. Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet*. 2002;70(3):787-92.
74. Attia E, Schroeder L. Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: where do we go from here? *The International journal of eating disorders*. 2005;37 Suppl:S60-3; discussion S87-9.
75. Klump KL, Burt SA, McGue M, Iacono WG. Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(12):1409-15.
76. Culbert KM, Breedlove SM, Burt SA, Klump KL. Prenatal hormone exposure and risk for eating disorders: a comparison of opposite-sex and same-sex twins. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(3):329-36.
77. Gordon KH, Denoma J.M., Joiner TE. *The Classification of Eating Disorders. Assessment of Eating Disorders*. 2005(Guilford Press, New York):17-31.
78. Herzog DBE, Kamryn T J *Clinical manual of eating disorders. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders*. 2007:1-29.
79. Frank GK, Bailer UF, Henry S, Wagner A, Kaye WH. Neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr*. 2004;9(7):539-48.
80. Titova OE, Hjorth OC, Schiöth HB, Brooks SJJb. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. 2013;13(1):110.
81. Lock J, Garrett A, Beenhakker J, Reiss ALJAJoP. Aberrant brain activation during a response inhibition task in adolescent eating disorder subtypes. 2011;168(1):55-64.
82. Bakalar JL, Shank LM, Vannucci A, Radin RM, Tanofsky-Kraff MJCpr. Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders. 2015;17(6):42.
83. Lilienfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell JJCpr. Eating disorders and personality: A methodological and empirical review. 2006;26(3):299-320.
84. Wonderlich SA, Connolly KM, Stice EJJJoED. Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: Assessment implications with adolescents. 2004;36(2):172-82.
85. Bloks H, Hoek HW, Callewaert I, van Furth EJTJon, disease m. Stability of personality traits in patients who received intensive treatment for a severe eating disorder. 2004;192(2):129-38.
86. Stice EJPb. Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. 2002;128(5):825.
87. Lilienfeld L, Stein D, Bulik C, Strober M, Plotnicov K, Pollice C, et al. Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. 2000;30(6):1399-410.

88. Pryor T, Wiederman MWJJoPA. Measurement of nonclinical personality characteristics of women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. 1996;67(2):414-21.
89. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. 2007.
90. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. 2014;55(3):565-71.
91. Racine SE, Wildes JEJJoED. Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. 2013;46(7):713-20.
92. Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, Jeczmiern PJD, anxiety. Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? 2006;23(6):331-9.
93. Allen KL, Byrne SM, Oddy WH, Crosby RDJJoACP. Early onset binge eating and purging eating disorders: Course and outcome in a population-based study of adolescents. 2013;41(7):1083-96.
94. Horesh N, Apter A, Ishai J, Danziger Y, Miculincer M, Stein D, et al. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. 1996;35(7):921-7.
95. Ahrén JC, Chiesa F, af Klinteberg B, Koupil IJJoED. Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa—results from the Stockholm Birth Cohort Study. 2012;45(3):362-9.
96. Allen KL, Gibson LY, McLean NJ, Davis EA, Byrne SMJJoed. Maternal and family factors and child eating pathology: Risk and protective relationships. 2014;2(1):11.
97. Levine MP, Smolak L, Hayden HJTJoEA. The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. 1994;14(4):471-90.
98. Keel PK, Forney KJ, Brown TA, Heatherton TFJJoap. Influence of college peers on disordered eating in women and men at 10-year follow-up. 2013;122(1):105.
99. Grogan S. Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children: Taylor & Francis; 2016.
100. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm F-A, et al. Risk factors across the eating disorders. 2014;220(1-2):500-6.
101. Machado PP, Gonçalves S, Hoek HWJJoED. DSM- 5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. 2013;46(1):60-5.
102. Mitchell KS, Mazzeo SE, Schlesinger MR, Brewerton TD, Smith BNJJoED. Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey- replication study. 2012;45(3):307-15.
103. Groleau P, Steiger H, Bruce K, Israel M, Sycz L, Ouellette AS, et al. Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. 2012;45(3):326-32.
104. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2010;49(10):980-9.

105. Hammerle F, Huss M, Ernst V, Bürger A. Thinking dimensional: prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. *BMJ open*. 2016;6(5):e010843.
106. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*. 2016;29(6):340-5.
107. 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):445-57.
108. Forrest LN, Smith AR, Swanson SA. Characteristics of seeking treatment among U.S. adolescents with eating disorders. *The International journal of eating disorders*. 2017;50(7):826-33.
109. Steinhausen HC, Jensen CM. Time trends in lifetime incidence rates of first-time diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a Danish nationwide psychiatric registry study. *The International journal of eating disorders*. 2015;48(7):845-50.
110. Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, et al. Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete swedish 1979-2001 birth cohort. *The International journal of eating disorders*. 2015;48(8):1070-81.
111. Keski-Rahkonen A, Silén YJbED, Children Oi, Elsevier AeeM. Incidence and Prevalence of Eating Disorders Among Children and Adolescents. 2019:53-62.
112. Sonnevile K, Lipson SJIJoED. Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. 2018;51(6):518-26.
113. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VAJPM. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. 2006;68(3):454-62.
114. Bühren K, Mainz V, Herpertz-Dahlmann B, Schäfer K, Kahraman-Lanzerath B, Lente C, et al. Cognitive flexibility in juvenile anorexia nervosa patients before and after weight recovery. 2012;119(9):1047-57.
115. Bühren K, Schwarte R, Fluck F, Timmesfeld N, Krei M, Egberts K, et al. Comorbid psychiatric disorders in female adolescents with first-onset anorexia nervosa. 2014;22(1):39-44.
116. Puccio F, Fuller-Tyszkiewicz M, Ong D, Krug IJIJoED. A systematic review and meta-analysis on the longitudinal relationship between eating pathology and depression. 2016;49(5):439-54.
117. Bühren K, von Ribbeck L, Schwarte R, Egberts K, Pfeiffer E, Fleischhaker C, et al. Body mass index in adolescent anorexia nervosa patients in relation to age, time point and site of admission. 2013;22(7):395-400.
118. Cederlöf M, Thornton LM, Baker J, Lichtenstein P, Larsson H, Rück C, et al. Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. 2015;14(3):333-8.
119. Fennig S, Hadas AJNjop. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. 2010;64(1):32-9.

120. Smith AR, Zuromski KL, Dodd DRJCoip. Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research. 2018;22:63-7.
121. Fichter MM, Quadflieg NJIJoED. Mortality in eating disorders- results of a large prospective clinical longitudinal study. 2016;49(4):391-401.
122. Kostro K, Lerman JB, Attia EJJoed. The current status of suicide and self-injury in eating disorders: a narrative review. 2014;2(1):19.
123. Yager J, Devlin MJ, Halmi KA, Herzog DB, Mitchell III JE, Powers P, et al. Guideline watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 2014;12(4):416-31.
124. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *The International journal of eating disorders*. 2011;44(7):647-54.
125. Keel PK, Haedt A. Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008;37(1):39-61.
126. Russell GF, Szmukler GI, Dare C, Eisler I. An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*. 1987;44(12):1047-56.
127. Health Nif, Excellence C. Eating disorders: Recognition and treatment: NICE; 2017.
128. Stiles-Shields C, Rienecke Hoste R, M Doyle P, Le Grange DJRorct. A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. 2012;7(2):133-40.
129. Hay PJIJoED. A systematic review of evidence for psychological treatments in eating disorders: 2005–2012. 2013;46(5):462-9.
130. Fairburn CG, Cooper D Phil DP, Zafra, Doll D Phil HA, O'Connor ME, Bohn D Phil DP, Kristin, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. 2009;166(3):311-9.
131. Fairburn CG, Bailey-Straebler S, Basden S, Doll HA, Jones R, Murphy R, et al. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. 2015;70:64-71.
132. Linardon J, Fairburn CG, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE, Brennan L. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017;58:125-40.
133. Pike K, Attia E, Brown A. Treatment for anorexia nervosa. *Annual review of eating disorders*. 2008:137-48.
134. nice NifCE. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *Clinical guideline*. 2010;9.
135. Yager J. Management of patients with chronic, intractable eating disorders. *Clinical manual of eating disorders: American Psychiatric Publishing Arlington*; 2007. p. 465-502.
136. Gwirtsman HE, Guze BH, Yager J, Gainsley B. Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. *J Clin Psychiatry*. 1990;51(9):378-82.

137. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*. 2001;49(7):644-52.
138. Bulik CM, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN. Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *The International journal of eating disorders*. 2007;40(4):310-20.
139. Claudino AM, Silva de Lima M, Hay PP, Bacaltchuk J, Schmidt UU, Treasure J. Antidepressants for anorexia nervosa. *The Cochrane Library*. 2006.
140. Zhu AJ, Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. *Can J Psychiatry*. 2002;47(3):227-34.
141. Barbarich NC, McConaha CW, Gaskill J, La Via M, Frank GK, Achenbach S, et al. An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(11):1480-2.
142. Bosanac P, Norman T, Burrows G, Beumont P. Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: a role for atypical antipsychotics? *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(3):146-53.
143. Malina A, Gaskill J, McConaha C, Frank GK, LaVia M, Scholar L, et al. Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *The International journal of eating disorders*. 2003;33(2):234-7.
144. Küey AG, Kesgin, E. Yeme Bozukluklarında İlaç Tedavileri. In: Yüksel N, editor. *Temel Psikofarmakoloji*. 1 ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2010.
145. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(10):1025-32.
146. Nicholls D, Barrett EJBA. Eating disorders in children and adolescents. 2015;21(3):206-16.
147. Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. 2007;191(5):427-35.
148. Steinhausen HC. Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2009;18(1):225-42.
149. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry*. 2002;159(8):1284-93.
150. Eddy KT, Tabri N, Thomas JJ, Murray HB, Keshaviah A, Hastings E, et al. Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *The Journal of clinical psychiatry*. 2017;78(2):184-9.
151. Fichter MM, Quadflieg N, Crosby RD, Koch S. Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *The International journal of eating disorders*. 2017;50(9):1018-30.
152. Fichter MM, Quadflieg N. Chapter 26 - Outcomes of Anorexic and Bulimic Eating Disorders. In: Hebebrand J, Herpertz-Dahlmann B, editors. *Eating Disorders and Obesity in Children and Adolescents*. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 159-64.
153. Ackard DM, Richter S, Egan A, Cronmeyer C. Poor outcome and death among youth, young adults, and midlife adults with eating disorders: an investigation of risk

- factors by age at assessment. *The International journal of eating disorders*. 2014;47(7):825-35.
154. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsäter H, Gillberg C, Råstam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009;194(2):168-74.
 155. Franko DL, Tabri N, Keshaviah A, Murray HB, Herzog DB, Thomas JJ, et al. Predictors of long-term recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Data from a 22-year longitudinal study. *Journal of psychiatric research*. 2018;96:183-8.
 156. Herpertz-Dahlmann B, Dempfle A, Egberts KM, Kappel V, Konrad K, Vloet JA, et al. Outcome of childhood anorexia nervosa-The results of a five- to ten-year follow-up study. *The International journal of eating disorders*. 2018;51(4):295-304.
 157. Amemiya N, Takii M, Hata T, Morita C, Takakura S, Oshikiri K, et al. The outcome of Japanese anorexia nervosa patients treated with an inpatient therapy in an internal medicine unit. *Eating and weight disorders : EWD*. 2012;17(1):e1-8.
 158. Castellini G, Lo Sauro C, Mannucci E, Ravaldi C, Rotella CM, Faravelli C, et al. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosomatic medicine*. 2011;73(3):270-9.
 159. Kask J, Ekselius L, Brandt L, Kollia N, Ekblom A, Papadopoulos FC. Mortality in Women With Anorexia Nervosa: The Role of Comorbid Psychiatric Disorders. *Psychosomatic medicine*. 2016;78(8):910-9.
 160. TUNÇTÜRK M, TANIDIR CJTKÇP-ÖK. Ergenlerde Anoreksiya Nervoza. 2020;6(1):26-32.
 161. Burns D. *Feeling good. The new mood therapy*. New York: A Signet Book. The New American Library. Inc; 1980.
 162. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 1990;14(5):449-68.
 163. Shafran R, Mansell WJ. Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. 2001;21(6):879-906.
 164. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. 1991;60(3):456.
 165. Frost RO, Lahart CM, Rosenblate RJ. The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. 1991;15(6):469-89.
 166. Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. 1998;36(12):1143-54.
 167. Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. 2002;40(7):773-91.
 168. Dunkley DM, Blankstein KR, Masheb RM, Grilo CM. Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al.(2002, 2003) and Hewitt et al.(2003). 2006;44(1):63-84.
 169. Burns DJ. *Perfectionists script for self defeat*. 1980;34-52.
 170. Hewitt PL, Flett GL, Turnbull-Donovan W, Mikail SF. The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, validity, and psychometric properties in psychiatric samples. 1991;3(3):464.

171. Bardone-Cone AM, Wonderlich SA, Frost RO, Bulik CM, Mitchell JE, Uppala S, et al. Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. 2007;27(3):384-405.
172. Bruch HJBB. Eating disorders. Obesity, anorexia and the person within. New York. 1973;357.
173. Slade PD, Owens RGJBM. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. 1998;22(3):372-90.
174. Garner DM, Olmstead MP, Polivy JJJjoed. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. 1983;2(2):15-34.
175. Garner DM, Bemis KMJCT, research. A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. 1982;6(2):123-50.
176. Vitousek KM. The current status of cognitive-behavioral models of anorexia nervosa and bulimia nervosa. 1996.
177. Clark DM, Fairburn CG, Jones JV. The science and practice of cognitive behaviour therapy. Springer; 1997.
178. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran RJBr, therapy. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. 2003;41(5):509-28.
179. Bastiani AM, Rao R, Weltzin T, Kaye WH. Perfectionism in anorexia nervosa. The International journal of eating disorders. 1995;17(2):147-52.
180. Slade PD, Dewey MEJJoED. Development and preliminary validation of SCANS: A screening instrument for identifying individuals at risk of developing anorexia and bulimia nervosa. 1986;5(3):517-38.
181. Halmi KA, Sunday SR, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Fichter M, et al. Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. 2000;157(11):1799-805.
182. Moor S, Vartanian LR, Touyz SW, Beumont PJCP. Psychopathology of EDNOS patients: To whom do they compare? 2004;8(2):70-5.
183. Srinivasagam N, Plotnicov K, Greeno C, Weltzin T, Rao R, Kaye WJAJP. Persistent perfectionism, symmetry, and exactness in anorexia nervosa after long-term recovery. 1995;152:1630-4.
184. Hewitt PL, Flett GL, Ediger EJJJoed. Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. 1995;18(4):317-26.
185. Joiner Jr TE, Heatherton TF, Rudd MD, Schmidt NBJJoaP. Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. 1997;106(1):145.
186. Mas MB, Navarro MLA, Jiménez AML, Pérez IT, Sánchez CDR, San Gregorio MÁPJJoC, et al. Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. 2011;11(2):205-27.
187. Nilsson K, Abrahamsson E, Torbiornsson A, Hägglöf BJED. Causes of adolescent onset anorexia nervosa: patient perspectives. 2007;15(2):125-33.
188. Forbush K, Heatherton TF, Keel PKJJJoED. Relationships between perfectionism and specific disordered eating behaviors. 2007;40(1):37-41.

189. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Anorexia nervosa and perfectionism: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*. 2019;52(3):219-29.
190. Santonastaso P, Friederici S, Favaro AJJoC, Psychopharmacology A. Sertraline in the treatment of restricting anorexia nervosa: an open controlled trial. 2001;11(2):143-50.
191. Szabo CP, Terre BMJTAjop. Perfectionism in anorexia nervosa. 1997;154(1):132.
192. Sutandar- Pinnock K, Blake Woodside D, Carter JC, Olmsted MP, Kaplan ASJJoED. Perfectionism in anorexia nervosa: A 6–24- month follow- up study. 2003;33(2):225-9.
193. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. 2002;31(3):290-9.
194. Casper RCJPM. Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. 1990.
195. Conway M, Csank PA, Holm SL, Blake CKJJopa. On assessing individual differences in rumination on sadness. 2000;75(3):404-25.
196. Martin LL, Tesser AJAisc. Some ruminative thoughts. 1996;9:1-47.
197. Papageorgiou C, Wells A. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*: Wiley Online Library; 2004.
198. Nolen-Hoeksema S, Morrow JJC, Emotion. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. 1993;7(6):561-70.
199. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003;27(3):247-59.
200. Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BLJJoap. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. 1993;102(1):20.
201. Wells A, Matthews GJBr, therapy. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. 1996;34(11-12):881-8.
202. Papageorgiou C, Wells AJBT. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. 2001;32(1):13-26.
203. Sarıçam HJYdtSÜ. Çözüm odaklı kısa süreli yaklaşıma dayalı bir müdahale programının ruminasyon üzerinde etkisi. 2014.
204. Martin LL, Shrira I, Startup HMJDrN, theory, treatment. Rumination as a function of goal progress, stop rules, and cerebral lateralization. 2004:153-76.
205. Pennebaker JWJPs. Writing about emotional experiences as a therapeutic process. 1997;8(3):162-6.
206. Spasojevic J, Alloy LB, Abramson L, Maccoon D, Robinson MSJDrN, theory, treatment. Reactive rumination: Outcomes, mechanisms, and developmental antecedents. 2004:43-58.
207. Alloy LB, Abramson LY, Safford SM, Gibb BEJCvted. The cognitive vulnerability to depression (CVD) project: Current findings and future directions. 2006:33-61.
208. Watkins E, Teasdale JDJJoap. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. 2004;82(1):1-8.
209. Watkins E, Teasdale JDJJoap. Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. 2001;110(2):353.

210. Watkins E, Moberly NJ, Moulds MLJE. Processing mode causally influences emotional reactivity: distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. 2008;8(3):364.
211. Wolff G, Serpell L, Nitoed. 18 A Cognitive Model and Treatment Strategies for Anorexia Nervosa. 1998;4:407.
212. Whitmer AJ, Banich MTJPs. Inhibition versus switching deficits in different forms of rumination. 2007;18(6):546-53.
213. Startup H, Lavender A, Oldershaw A, Stott R, Tchanturia K, Treasure J, et al. Worry and rumination in anorexia nervosa. 2013;41(3):301.
214. Cowdrey FA, Park RJJEb. Assessing rumination in eating disorders: Principal component analysis of a minimally modified ruminative response scale. 2011;12(4):321-4.
215. Smith KE, Mason TB, Lavender JMJCpr. Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. 2018;61:9-23.
216. Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT. Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. 1993.
217. Wonderlich SA, Peterson CB, Smith TL. Integrative cognitive-affective therapy for bulimia nervosa: A treatment manual: Guilford Publications; 2015.
218. Haynos AF, Fruzzetti AEJCPS, Practice. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. 2011;18(3):183-202.
219. Heatherton TF, Baumeister RFJFPb. Binge eating as escape from self-awareness. 1991;110(1):86.
220. Hawkins R, Clement PFJTbpsD, treatment,, research. Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. 1984:229-51.
221. McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema SJBr, therapy. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. 2011;49(3):186-93.
222. Fürtjes S, Seidel M, King JA, Biemann R, Roessner V, Ehrlich SJBr, et al. Rumination in anorexia nervosa: Cognitive-affective and neuroendocrinological aspects. 2018;111:92-8.
223. Rivière J, Douilliez CJP, differences i. Perfectionism, rumination, and gender are related to symptoms of eating disorders: A moderated mediation model. 2017;116:63-8.
224. Harris PW, Pepper CM, Maack DJJP, differences I. The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. 2008;44(1):150-60.
225. Gross JJJP. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. 2002;39(3):281-91.
226. Werner K, Gross JJ. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. 2010.
227. Gross JJ, Levenson RWJJop, psychology s. Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. 1993;64(6):970.
228. Gross JJJRogp. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. 1998;2(3):271-99.

229. Gratz KL, Roemer LJJop, assessment b. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. 2004;26(1):41-54.
230. Thompson RA, Calkins SD. The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*. 1996;8(01):163-82.
231. Folkman SJJop, psychology s. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. 1984;46(4):839.
232. Koole SLJC, emotion. The psychology of emotion regulation: An integrative review. 2009;23(1):4-41.
233. Gross JJ. Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*. 1998;74(1):224.
234. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39(03):281-91.
235. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry*. 2014;22(3):149-61.
236. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):128-34.
237. Treasure J, Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord*. 2013;1:13.
238. Wildes JE, Marcus MD. Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *The International journal of eating disorders*. 2011;44(5):421-7.
239. Racine SE, Wildes JE. Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *J Consult Clin Psychol*. 2015;83(4):785-95.
240. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217-37.
241. Haynos AF, Fruzzetti AE. Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2011;18(3):183-202.
242. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*. 1991;110(1):86.
243. Harrison A, Sullivan S, Tchanturia K, Treasure JJPm. Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. 2010;40(11):1887.
244. Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring TJPR. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? 2012;197(1-2):103-11.
245. Danner UN, Sternheim L, Evers C. The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Res*. 2014;215(3):727-32.

246. Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DSJBT. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. 2009;40(2):142-54.
247. Kabat- Zinn JJCpS, practice. Mindfulness- based interventions in context: past, present, and future. 2003;10(2):144-56.
248. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. 2017.
249. Brown KW, Ryan RMJOp, psychology s. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. 2003;84(4):822.
250. Brown KW, Ryan RM, Creswell JDJPI. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. 2007;18(4):211-37.
251. Çakıroğlu AJTSAD. Üstbiliş. 2007;11(2):21-7.
252. Baer RAJCPs, practice. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. 2003;10(2):125-43.
253. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn JGhp. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. 1995;17(3):192-200.
254. Germer C. What is mindfulness. Insight Journal. 2004;22(3):24-9.
255. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. 1990.
256. Atalay ZJİ, İnkılâp Yayınevi. Mindfulness-Bilinçli Farkındalık: Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı. 2019.
257. Aktepe İ, Tolun ÖJCAiPPGY. Bilinçli Farkındalık: Güncel Bir Gözden Geçirme. 2020;12(4).
258. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. Clinical Psychology: science and practice. 2004;11(3):255-62.
259. Bowlin SL, Baer RA. Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. Personality and Individual Differences. 2012;52(3):411-5.
260. Masuda A, Wendell JWJEB. Mindfulness mediates the relation between disordered eating-related cognitions and psychological distress. 2010;11(4):293-6.
261. Lavender JM, Jardin BF, Anderson DAJEb. Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. 2009;10(4):228-31.
262. Culbert KM, Racine SE, Klump KLJJoCP, Psychiatry. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. 2015;56(11):1141-64.
263. Stice EJARoCP. Interactive and mediational etiologic models of eating disorder onset: Evidence from prospective studies. 2016;12:359-81.
264. Masuda A, Marshall RD, Latner JDJFip. Mindfulness as a moderator of the association between eating disorder cognition and eating disorder behavior among a non-clinical sample of female college students: A role of ethnicity. 2018;9:700.

265. Masuda A, Price M, Latzman RDJJop, assessment b. Mindfulness moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a non-clinical college sample. 2012;34(1):107-15.
266. Grecucci A, Pappaianni E, Siugzdaite R, Theuninck A, Job RJBri. Mindful emotion regulation: exploring the neurocognitive mechanisms behind mindfulness. 2015;2015.
267. Sala M, Vanzhula IA, Levinson CA. A longitudinal study on the association between facets of mindfulness and eating disorder symptoms in individuals diagnosed with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2019;27(3):295-305.
268. Lattimore P, Mead BR, Irwin L, Grice L, Carson R, Malinowski P. 'I can't accept that feeling': Relationships between interoceptive awareness, mindfulness and eating disorder symptoms in females with, and at-risk of an eating disorder. *Psychiatry research.* 2017;247:163-71.
269. Dunne JP, Shindul-Rothschild J, White L, Lee CS, Wolfe BE. Mindfulness in persons with anorexia nervosa and the relationships between eating disorder symptomology, anxiety and pain. *Eating Disorders.* 2019:1-12.
270. Campbell JD, Paula AD. Perfectionistic self-beliefs: Their relation to personality and goal pursuit. 2002.
271. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism: Theory, research, and treatment: American Psychological Association; 2002.
272. Lundh L-G, Saboonchi F, Wångby MJCT, Research. The role of personal standards in clinically significant perfectionism. A person-oriented approach to the study of patterns of perfectionism. 2008;32(3):333-50.
273. Hinterman C, Burns L, Hopwood D, Rogers WJM. Mindfulness: seeking a more perfect approach to coping with life's challenges. 2012;3(4):275-81.
274. James K, Rimes KAJM. Mindfulness-based cognitive therapy versus pure cognitive behavioural self-help for perfectionism: A pilot randomised study. 2018;9(3):801-14.
275. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky SJPops. Rethinking rumination. 2008;3(5):400-24.
276. Raes F, Williams JMGJM. The relationship between mindfulness and uncontrollability of ruminative thinking. 2010;1(4):199-203.
277. Campbell TS, Labelle LE, Bacon SL, Faris P, Carlson LEJJobm. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on attention, rumination and resting blood pressure in women with cancer: a waitlist-controlled study. 2012;35(3):262-71.
278. Deyo M, Wilson KA, Ong J, Koopman CJE. Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? 2009;5(5):265-71.
279. Michalak J, Hölz A, Teismann TJP, Psychotherapy: Theory R, Practice. Rumination as a predictor of relapse in mindfulness- based cognitive therapy for depression. 2011;84(2):230-6.
280. Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JRJCT, research. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. 2004;28(4):433-55.
281. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review.* 2010;30(2):217-37.

282. Schäfer JÖ, Naumann E, Holmes EA, Tuschen-Caffier B, Samson AC. Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*. 2017;46(2):261-76.
283. Gratz KL, Tull MT, JAm, theory apicIt, change po. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. 2010:107-33.
284. Arch JJ, Craske MG, JBr, therapy. Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. 2006;44(12):1849-58.
285. Hayes AM, Feldman G, JCPs, practice. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. 2004;11(3):255-62.
286. Brown KW, Cordon S. Toward a phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. *Clinical handbook of mindfulness*: Springer; 2009. p. 59-81.
287. Bowen S, Witkiewitz K, Dillworth TM, Marlatt GA, JAb. The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. 2007;32(10):2324-8.
288. Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mills PJ, Bell I, et al. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. 2007;33(1):11-21.
289. Giluk TL, J, P, Differences I. Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. 2009;47(8):805-11.
290. Sears S, Kraus S, J, J, ocp. I think therefore I om: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. 2009;65(6):561-73.
291. Gündüz H, JNÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. Yetişkinlerde bilinçli farkındalık (mindfulness) ve duygu düzenleme arasındaki ilişki (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). 2016.
292. Demir V, Gündoğan NA, JEED. Bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi programının üniversite öğrencilerinin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmadaki etkisi. 2018;19(1):46-66.
293. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*. 2004;11(3):230-41.
294. Cassone AR. Mindfulness training as an adjunct to evidence-based treatment for ADHD within families. *Journal of Attention Disorders*. 2015;19(2):147-57.
295. Crane B. Full catastrophe living; using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. Jon Kabat- Zinn, 1996 Publisher: Piatkus, London ISBN: 0-749- 915- 854. *Spirituality and Health International*. 2002;3(2):52-.
296. Desrosiers A, Vine V, Klemanski DH, Nolen- Hoeksema S. Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depression and anxiety*. 2013;30(7):654-61.
297. Kuyken W, Crane R, Dalgleish T. Does mindfulness based cognitive therapy prevent relapse of depression? *Bmj*. 2012;345:e7194.
298. Siegel RD, Germer CK, Olendzki A. Mindfulness: What is it? Where did it come from? *Clinical handbook of mindfulness*: Springer; 2009. p. 17-35.

299. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMGJCPs, practice. Mindfulness training and problem formulation. 2003;10(2):157-60.
300. Catak PD, Ögel KJN-PA. Bir Terapi Yöntemi Olarak Farkındalık/Mindfulness as a Therapy Method. 2010;47(1):69.
301. Lavender JM, Gratz KL, Tull MTJCBT. Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. 2011;40(3):174-82.
302. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27-45.
303. Caldwell K, Harrison M, Adams M, Quin RH, Greeson JJJoACH. Developing mindfulness in college students through movement-based courses: effects on self-regulatory self-efficacy, mood, stress, and sleep quality. 2010;58(5):433-42.
304. Rasmussen MK, Pidgeon AMJA, Stress,, Coping. The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. 2011;24(2):227-33.
305. Witkiewitz K, Marlatt GA, Walker DJJocp. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. 2005;19(3):211-28.
306. Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. 1999;4(3):357-63.
307. Kelly AC, Carter JC, Borairi SJJJoED. Are improvements in shame and self-compassion early in eating disorders treatment associated with better patient outcomes? 2014;47(1):54-64.
308. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KEJM. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. 2015;6(3):444-54.
309. Ferreira C, Matos M, Duarte C, Pinto- Gouveia JJEEDR. Shame memories and eating psychopathology: The buffering effect of self- compassion. 2014;22(6):487-94.
310. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis JJBr, therapy. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. 2006;44(1):1-25.
311. Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, et al. The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*. 2014;45(1):83-101.
312. Turgon R, Ruffault A, Juneau C, Blatier C, Shankland RJM. Eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis of the efficacy of mindfulness-based programs. 2019:1-20.
313. Beccia AL, Dunlap C, Hanes DA, Courmeene BJ, Zwickey HLJMH, Prevention. Mindfulness-based eating disorder prevention programs: A systematic review and meta-analysis. 2018;9:1-12.
314. Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. [Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children--Present and Lifetime Version--Turkish Version (K-SADS-PL-T)]. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;11(3):109-16.
315. Fatih ÜNAL FÖ, Füsün ÇETİN ÇUHADAROĞLU, S. Ebru ÇENGEL KÜLTÜR, Devrim AKDEMİR, Dilşad FOTO ÖZDEMİR, Halime TUNA ÇAK, Dilek ÜNAL, Kevser TIRAŞ, Cihan ASLAN, Bilge Merve KALAYCI, Büşra Sultan AYDOS,

- Funda KÜTÜK, Emine TAŞYÜREK, Remzi KARAOKUR, Başak KARABUCAK, Burak KARAKÖK, Yusuf KARAER, Abdulkaki ARTIK Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- DSM- 5 Kasım 2016- Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG- ŞY- DSM- 5- T) Geçerlik ve Güvenirliği Türk Psikiyatri Dergisi 2019;30(1):42-50.
316. Kınay F. Beş boyutlu bilinçli farkındalık ölçeği'ni türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.; 2013.
317. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004;26(1):41-54.
318. Rugancı RN, Gençöz T. Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of clinical psychology*. 2010;66(4):442-55.
319. Sarıtaş D, Gençöz,T. . Ergenlerin duygu düzenleme güçlüklerinin, annelerinin duygu düzenleme güçlükleri ve çocuk yetiştirme davranışları ile ilişkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2011;18(2):117-26.
320. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *The International journal of eating disorders*. 1994;16(4):363-70.
321. Yucel B, Polat A, İkiz T, Duşgor 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.
322. Berscheid E, Hatfield [Walster], E., Bohrnstedt, G. . Body image - A Psychology Today Questionnaire. *Psychology Today*. 1972;6:57-67.
323. F. G. Orta Öğretime Devam Eden Ergenlerde Beden İmajından Hoşnut Olma Düzeyi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara 1988.
324. Özbay Y M-TÖ. Çok Boyutlu Mükemmellikçilik Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. VII Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi, 9-11 Temmuz; Malatya2003.
325. Sayıl M, Kındap, Y. Bayar, Y., Bayraktar, F., Kurt, D., Tığrak, A. & Yaban, E. H. . Ergenlik Döneminde Ebeveynlik ve Ergenin Psikososyal Uyumu. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını; 2012.
326. Erdur-Baker Ö, Bugay AJP-S, Sciences B. The short version of ruminative response scale: reliability, validity and its relation to psychological symptoms. 2010;5:2178-81.
327. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4(6):561-71.
328. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi*. 1989;7(23):3-13.
329. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J, et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(4):545-53.
330. Karaceylan Çakmakçı F. Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Unpublished Expertise Thesis, Department of child and adolescent psychiatry Kocaeli University, Faculty of Medicine, Kocaeli. 2004.

331. Vandereycken W, Van Deth R. From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation: New York University Press; 1994.
332. HANTAŞ Y, MANER F, ERKIRAN M, TURAN F, GÖKALP P. Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. *Düşünen Adam*. 2003;16:24-7.
333. Demir T, Eralp-Demir KM. Yeme bozukluğu olan ergenlerin sosyo-demografik, ailesel ve kişisel özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9:257-64.
334. Izmir M, Erman H, Canat S. Evaluation of the Results of Eating Attitudes Test Applied in Three Different Schools of Ankara. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 1994;1(2):70-4.
335. Alvarenga M, Koritar P, Pisciolaro F, Mancini M, Cordás T, Scagliusi FJP, et al. Eating attitudes of anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity without eating disorder female patients: differences and similarities. 2014;131:99-104.
336. Robin AL, Gilroy M, Dennis AB. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. 1998;18(4):421-46.
337. Steinglass JE, Glasofer DR, Dalack M, Attia EJJJoED. Between wellness, relapse, and remission: Stages of illness in anorexia nervosa. 2020.
338. Marzola E, Knatz S, Murray SB, Rockwell R, Boutelle K, Eisler I, et al. Short-term intensive family therapy for adolescent eating disorders: 30-month outcome. 2015;23(3):210-8.
339. De Young KP, Kambanis PE, Bottera AR, Mancuso C, Thomas JJ, Franko DL, et al. Identifying duration criteria for eating-disorder remission and recovery through intensive modeling of longitudinal data. 2020.
340. Steinhausen H-CJAJoP. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. 2002;159(8):1284-93.
341. Gwirtsman HE, Guze BH, Yager J, Gainsley BJTJocp. Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. 1990;51(9):378-82.
342. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LG, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting-and restricting-purging-type anorexia nervosa. 2001;49(7):644-52.
343. Barbarich NC, McConaha CW, Gaskill J, La Via M, Frank GK, Achenbach S, et al. An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. 2004;65(11):1480.
344. Bosanac P, Norman T, Burrows G, Beumont PJA, Psychiatry NZJo. Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: a role for atypical antipsychotics? 2005;39(3):146-53.
345. Malina A, Gaskill J, McConaha C, Frank GK, LaVia M, Scholar L, et al. Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. 2003;33(2):234-7.
346. Yüksel N, Soygür H, Tural Ü, Demet MJA, Türkiye Psikiyatri Derneği. *Temel psikofarmakoloji*. 2010.
347. ERGÜNEY FEJYLTIÜ. YEME BOZUKLUĞU HASTALARINDA TEDAVİ MOTİVASYONU, BEDEN İMGESİ VE DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ. 2012.
348. Deveci E, Doksat N, Yektaş Ç, Doksat KJAC. Üniversite öğrencisi kızların yeme tutumlarının duygudurum bozukluğu ile ilişkisi. 2016;21(2):129-34.

349. Cash TF, Pruzinsky T. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*: The Guilford Press; 2004.
350. Stice E, Desjardins CDJBr, therapy. Interactions between risk factors in the prediction of onset of eating disorders: Exploratory hypothesis generating analyses. 2018;105:52-62.
351. Okumuşoğlu SJEJoM, Science, Education T. Examination of depressive tendencies via negative automatic thoughts in university students. 2017;14(1):205-12.
352. Reboussin BA, Rejeski WJ, Martin KA, Callahan K, Dunn AL, King AC, et al. Correlates of satisfaction with body function and body appearance in middle-and older aged adults: The Activity Counseling Trial (ACT). 2000;15(2):239-54.
353. Özgen L, Kinaci B, Arlı MJJoFoES. Ergenlerin Yeme Tutum ve Davranışları. 2012;45(1).
354. Uskun E, Şabaplı AJTPMB. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. 2013;12(5).
355. Polivy J, Herman CPJArop. Causes of eating disorders. 2002;53(1):187-213.
356. Gusella J, Butler G, Nichols L, Bird DJEEDRTPJotEDA. A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: Its applications to group therapy. 2003;11(1):58-71.
357. Serrano E, Castro J, Ametller L, Martínez E, Toro JJP, Psychotherapy: Theory R, et al. Validity of a measure of readiness to recover in Spanish adolescent patients with anorexia nervosa. 2004;77(1):91-9.
358. Levy AB, Dixon KNJIJoED. relationship between anorexia nervosa and depression: a reevaluation. 1985.
359. Pollice C, Kaye WH, Greeno CG, Weltzin TEJIJoED. Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. 1997;21(4):367-76.
360. Rawal A, Park RJ, Williams JMGJBr, therapy. Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. 2010;48(9):851-9.
361. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema SJCT, research. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. 2003;27(3):247-59.
362. Toker DE, Hocaoğlu ÇJDA. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. 2009;22(1-4):36-42.
363. Cassidy E, Allsopp M, Williams TJEC, Psychiatry A. Obsessive compulsive symptoms at initial presentation of adolescent eating disorders. 1999;8(3):193-9.
364. Lavender JM, Wonderlich SA, Engel SG, Gordon KH, Kaye WH, Mitchell JEJCpr. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. 2015;40:111-22.
365. Harrison A, Tchanturia K, Treasure JJBp. Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? 2010;68(8):755-61.
366. Brockmeyer T, Bents H, Holtforth MG, Pfeiffer N, Herzog W, Friederich H-CJPr. Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. 2012;200(2-3):550-3.
367. Haynos AF, Roberto CA, Martinez MA, Attia E, Fruzzetti AEJIJoED. Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. 2014;47(8):888-91.

368. Hantaş Y, Maner F, Erkıran M, Turan F, Gökalp PJDA. Alkol-madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda yeme özellikleri ve yeme bozuklukları taraması. 2003;16(1):24-7.
369. Danner UN, Sternheim L, Evers CJPR. The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub) types when assessing emotion regulation strategies. 2014;215(3):727-32.
370. Oldershaw A, DeJong H, Hambrook D, Broadbent H, Tchanturia K, Treasure J, et al. Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2012;20(6):502-9.
371. Oldershaw A, Hambrook D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U. Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*. 2010;72(1):73-9.
372. Parling T, Mortazavi M, Ghaderi A. Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept? *Eating behaviors*. 2010;11(4):205-10.
373. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, Bresslein E, Rudofsky G, Herzog W, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(3):565-71.
374. Svaldi J, Griepenstroh J, Tuschen-Caffier B, Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res*. 2012;197(1-2):103-11.
375. Harrison A, Tchanturia K, Treasure J. Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? *Biological psychiatry*. 2010;68(8):755-61.
376. Racine SE, Wildes JE. Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *The International journal of eating disorders*. 2013;46(7):713-20.
377. Yurtsever SS, Sütcü STJTPD. Algılanan ebeveynlik biçimleri ile bozulmuş yeme tutumu arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların ve duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü. 2017;32(80):20-43.
378. Jung J, Forbes GBJSR. Multidimensional assessment of body dissatisfaction and disordered eating in Korean and US college women: A comparative study. 2006;55(1-2):39-50.
379. Sim L, Zeman JJJoy, adolescence. The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. 2006;35(2):207-16.
380. Svaldi J, Naumann E, Trentowska M, Lackner HK, Tuschen-Caffier BJJEP. Emotion regulation and its influence on body-related distress in overweight women. 2013;4(5):529-45.
381. Haynos AF, Roberto CA, Attia EJCp. Examining the associations between emotion regulation difficulties, anxiety, and eating disorder severity among inpatients with anorexia nervosa. 2015;60:93-8.
382. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer SJCpr. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. 2010;30(2):217-37.

383. Liss M, Erchull MJJBI. Not hating what you see: Self-compassion may protect against negative mental health variables connected to self-objectification in college women. 2015;14:5-12.
384. Ciesla JA, Reilly LC, Dickson KS, Emanuel AS, Updegraff JAJJoCC, Psychology A. Dispositional mindfulness moderates the effects of stress among adolescents: Rumination as a mediator. 2012;41(6):760-70.

EKLER**Ek 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu****1.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ**

Başvuru Tarihi:

Katılımcı No:

Cinsiyeti: Kız Erkek

Doğum Tarihi:../../...

Yaşadığı Yer:

Yaş:

Sınıfı:

Bilgi kaynağı:

Aile yapısı:

Anne Yaşı/Eğitimi/Mesleği...../...../.....

Baba Yaşı/Eğitimi/Mesleği...../...../.....

Kardeşler (yaş, cinsiyet):

Ailenin ortalama aylık geliri:

2. ÖZGEÇMİŞ/SOYGEÇMİŞ BİLGİLERİ

Gelişim öyküsü:

Prenatal Sorun/Perinatal sorun...../.....

Tıbbi hastalık öyküsü:

Kullandığı psikiyatrik ilaçlar ve süresi:

Ailede psikiyatrik öykü:

Ailede tıbbi hastalık öyküsü:

Geçmişteki psikiyatrik öykü:

Ailede benzer hastalık öyküsü:

3. KLİNİK BİLGİ

Psikiyatri polikliniğine ilk başvuru yaşı:

Başvuru yakınmasının tanımı:

Belirtinin süresi:

Hastaneye başvurma süresi:

Belirtileri başlatan nedenler:

Belirtiler başlamadan önce fiziksel hastalık varlığı:

Hastalık nedeniyle okul devamsızlığı:

Tanılar:

Remisyonda izlenen hastalar için kabaca ne kadar süredir remisyonda olduğu:

Tedavi planı:

İlaç tedavisi:

Şimdiki boy / kilo:

BMI:

Ek 2: Hollingshead-Redich Ölçeği

Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redich Ölçeğini kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan “genel ya da “gestalt” bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden “1” şeklinde kodlanmalıdır).

-Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile	1
-Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	2
-Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	3
-Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba	4
-Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba	5
-Bilinmeyen	9

Ek 3: Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Aşağıda verilen maddelerdeki ifadelere ne derece katılıp katılmadığınızı altta verilen derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Lütfen kendi fikrinizi yansıtan ve size en uygun ve yakın gelen sayıyı işaretleyiniz.	Kesinlikle Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Her zaman Doğru
1. Yürürken bedenimde oluşan hareketlerin verdiği hislere özellikle dikkat ederim.	1	2	3	4	5
2. Duygularımı tanımlayan kelimeleri bulmakta iyiyimdir.	1	2	3	4	5
3. Mantiğa aykırı veya yersiz duygular yaşadığımda kendimi eleştiririm.	1	2	3	4	5
4. Tepki göstermek zorunda olmadan duygularımı algılarımla.	1	2	3	4	5
5. Bir şeyler yaparken dikkatim kolay dağılır ve konudan uzaklaşıyorum.	1	2	3	4	5
6. Duş alırken veya banyo yaparken, suyun bedenimde yarattığı duylara duyarlıyım.	1	2	3	4	5
7. İnanç, görüş ve beklentilerimi kolayca kelimelere dökebilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne yaptığıma dikkat etmem; çünkü ya hayal kuruyorumdur, ya endişelenmekteyimdir ya da bir şekilde dikkatim dağılmıştır.	1	2	3	4	5
9. Duygularımın içinde kaybolup gitmeden onları izleyebilirim.	1	2	3	4	5
10. Kendi kendime hissettiğim şekilde hissetmemem gerektiğini söylerim.	1	2	3	4	5
11. Yediğim ve içtiğim şeylerin düşüncelerimi, bedensel duylarımla ve duygularımı nasıl etkilediklerini fark ederim.	1	2	3	4	5
12. Düşündüklerimi tanımlayan kelimeleri bulmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
13. Dikkatim kolay dağılır.	1	2	3	4	5
14. Bazı düşüncelerimin anormal veya kötü olduğuna ve o şekilde düşünmemem gerektiğine inanırım.	1	2	3	4	5
15. Saçlarımla arasında dolaşan rüzgar ve yüzüme vuran güneş gibi duyları farkına varmaya dikkat ederim.	1	2	3	4	5

Aşağıda verilen maddelerdeki ifadelere ne derece katılıp katılmadığınızı altta verilen derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Lütfen kendi fikrinizi yansıtan ve size en uygun ve yakın gelen sayıyı işaretleyiniz.	Kesinlikle Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Her zaman Doğru
16. Bir şeyler hakkında nasıl hissettiğimi ifade edecek doğru kelimeleri düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
17. Düşüncelerimin iyi veya kötü olup olmadığı konusunda ayırım yaparım.	1	2	3	4	5
18. Şu anda olup bitene odaklanmak benim için zordur.	1	2	3	4	5
19. Bana sıkıntı veren düşünce veya imgelere sahip olduğumda, bir adım geri durur ve etki altında kalmadan o düşünce veya imgeyi fark ederim.	1	2	3	4	5
20. Saatlerin tıklaması, kuşların cıvıltısı ya da yoldan geçen arabaların gürültüleri gibi seslere dikkatimi veririm.	1	2	3	4	5
21. Zor durumlarda, hemen tepki vermeden bekleyebilirim.	1	2	3	4	5
22. Bedenimde bir şey duyumsadığımda, bunu tanımlamak bana zor gelir; çünkü doğru kelimeleri bulamam.	1	2	3	4	5
23. Ne yaptığımın pek farkına varmaksızın, otomatikçe bağlanmışım gibime geliyor.	1	2	3	4	5
24. Sıkıntı veren düşünce veya imgelere sahip olduğumda, çok geçmeden kendimi sakin hissedirim.	1	2	3	4	5
25. Kendi kendime, düşündüğüm şekilde düşünmemem gerektiğini söylerim.	1	2	3	4	5
26. Çevremdeki koku ve aromaları fark ederim.	1	2	3	4	5
27. Kendimi çok kötü hissettiğim durumlarda bile, bu durumu kelimelere dökmenin bir yolunu bulabilirim.	1	2	3	4	5
28. Ne yaptığıma çok dikkat etmeksizin, işlerimi acele ile yapıp geçerim.	1	2	3	4	5
29. Bana sıkıntı veren düşünce veya imgelere sahip olduğumda, tepki vermeksizin, onları sadece fark edebilirim.	1	2	3	4	5
30. Bazı duygularımın kötü veya yersiz olduğunu ve bunları hissetmemem gerektiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5

Aşağıda verilen maddelerdeki ifadelere ne derece katılıp katılmadığınızı altta verilen derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz. Lütfen kendi fikrinizi yansıtan ve size en uygun ve yakın gelen sayıyı işaretleyiniz.	Kesinlikle Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Her zaman Doğru
31. Sanat veya doğadaki görsel öğeleri; örneğin renkleri, şekilleri, dokuları ya da ışık ve gölge motiflerini fark ederim.	1	2	3	4	5
32. Deneyimlerimi kelimelere dökmek benim doğal bir eğilimimdir.	1	2	3	4	5
33. Bana sıkıntı veren düşünce veya imgelere sahip olduğumda, onları sadece fark eder ve geçiştiririm.	1	2	3	4	5
34. Ne yaptığımın farkına varmaksızın, iş ve görevlerimi otomatikçe bağlanmış gibi yaparım.	1	2	3	4	5
35. Bana sıkıntı veren düşünce veya imgelere sahip olduğumda, o düşünce/ imgenin ne hakkında olduğuna bağlı olarak kendimi iyi veya kötü bir insan olarak yargılarım.	1	2	3	4	5
36. Duygularımın düşünce ve davranışlarımı nasıl etkilediğini farketmeye dikkat ederim.	1	2	3	4	5
37. O anda nasıl hissettiğimi genellikle ayrıntılı bir biçimde tanımlayabilirim.	1	2	3	4	5
38. Kendimi, ne yaptığıma dikkat etmeksizin bir şeyler yaparken bulurum.	1	2	3	4	5
39. Mantığa aykırı düşüncelerim olduğunda kendimi onaylamam.	1	2	3	4	5

Ek 4: Duygu Düzenlemede G cl kler  l eği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz.

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur.	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi �nemserim.	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden ıkarım.	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı s�rd�rebilirim.	1	2	3	4	5

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem uzun zaman alır.	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

Ek 5: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

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

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

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 - 12 gün	13 - 15 gün	16 - 22 gün	23 - 27 gün	Her gün
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 duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 - 12 gün	13 - 15 gün	16 - 22 gün	23 - 27 gün	Her gün
7-	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle</u> ilgili düşünmeniz, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6
8-	<u>Bedeninizin şekli ve kiloyla</u> ilgili düşünmeniz, 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)...	Sayı
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 müşil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıknırcasına 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? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç birinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıknırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç bir 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? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
		0	1	2	3	4	5	6

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

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6

		Hiç	Biraz	Orta	Önemli Ölçüde			
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

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

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek 6: Beden Bölgelerinden ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Ölçeği (Kızlar)

Bedeniniz ile ilgili düşünceleriniz yandaki derecelendirmeye göre hangisine en yakındır? Lütfen işaretleyiniz.	Hiç Hoşnut Değilim	Hoşnut Değilim	Kararsızım	Hoşnutum	Son Derece Hoşnutum
BEDENİN GENEL GÖRÜNÜMÜ					
Beden Oranları	1	2	3	4	5
Bedenin Duruşu	1	2	3	4	5
Spor Yeteneği	1	2	3	4	5
Ten Rengi	1	2	3	4	5
Kas Gücü	1	2	3	4	5
Boy	1	2	3	4	5
Kilo	1	2	3	4	5
YÜZ					
Yüz Güzelliği	1	2	3	4	5
Saçlar	1	2	3	4	5
Gözler	1	2	3	4	5
Kulaklar	1	2	3	4	5
Burun	1	2	3	4	5
Ağız	1	2	3	4	5
Dişler	1	2	3	4	5
Ses	1	2	3	4	5
Çene	1	2	3	4	5
BEDEN ÜYELERİ					
Omuzlar	1	2	3	4	5
Kollar	1	2	3	4	5
Eller	1	2	3	4	5
Ayaklar	1	2	3	4	5
GÖVDE					
Karın	1	2	3	4	5
Kalçalar	1	2	3	4	5
Bacak ve Bilekler	1	2	3	4	5
Göğüsler ve Üst Bölge	1	2	3	4	5
Cinsel Organ	1	2	3	4	5

Ek 7: Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

Aşağıda SİZİNLE ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen bu ifadeleri dikkatlice okuyun ve sizin için ne kadar geçerli olduğunu size uyan rakamı daire içine alarak belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Pek Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
1. Anne-babamın benim için hedef ve beklentileri çok yüksekti.	1	2	3	4	5
2. Plan yapmak benim için çok önemlidir.	1	2	3	4	5
3. Çocukken, işleri en iyi şekilde (mükemmel) yapamadığım için cezalandırıldım.	1	2	3	4	5
4. Kendim için yüksek standartlar belirlemezsem ikinci sınıf bir insan olurum.	1	2	3	4	5
5. Anne-babam hiçbir zaman hatalarımı anlamaya çalışmadılar.	1	2	3	4	5
6. Yaptığım her şeye tam anlamıyla hakim olmak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
7. Düzenli/tertipli biriyim.	1	2	3	4	5
8. Planlı, programlı olmak için çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
9. Eğer, yaptığım işte başarısız olursam, kişi olarak başarısızımdır.	1	2	3	4	5
10. Eğer, bir hata yaparsam üzgün olmam gerekir.	1	2	3	4	5
11. Anne-babam benim her şeyde en iyi olmamı istediler.	1	2	3	4	5
12. Birçok insana göre, daha yüksek hedeflerim vardır.	1	2	3	4	5
13. Eğer birisi, bir işi benden daha iyi yaparsa, kendimi o işte tamamen başarısız hissederim.	1	2	3	4	5
14. Kısmen başarısız olmam, tamamen başarısız olmam kadar kötü bir şeydir.	1	2	3	4	5
15. Anne-babam için sadece üstün başarı iyi bir sonuçtu.	1	2	3	4	5
16. Çabalarımı bir amaca (hedefe) doğru yöneltmekte çok iyiyimdir.	1	2	3	4	5
17. Bir işi çok dikkatli yapsam bile, sık sık, o işi çok doğru yapmadığımı hissederim.	1	2	3	4	5
18. Yaptığım işlerde en iyi olamamaktan nefret ederim.	1	2	3	4	5
19. Çok yüksek hedeflerim vardır.	1	2	3	4	5
20. Anne-babam benden mükemmel olmamı beklerlerdi.	1	2	3	4	5
21. Eğer bir şeyde hata yaparsam, insanlar, beni olduğumdan daha beceriksiz düşüneceklerdir.	1	2	3	4	5
22. Anne babamın beklentilerini karşılayabildiğim duygusunu hiçbir zaman hissetmedim.	1	2	3	4	5
23. Eğer bir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapmazsam, bu benim işe yaramaz bir insan olduğum anlamına gelir.	1	2	3	4	5
24. Kendimle karşılaştığımda, diğer insanlar daha düşük yaşam koşullarından memnun gibiler.	1	2	3	4	5
25. Yaptığım işte her zaman iyi olmazsam insanlar bana saygı duymazlar.	1	2	3	4	5

Aşağıda SİZİNLE ilgili bazı ifadeler yer almaktadır. Lütfen bu ifadeleri dikkatlice okuyun ve sizin için ne kadar geçerli olduğunu size uyan rakamı daire içine alarak belirtiniz.	Hiç Katılmıyorum	Pek Katılmıyorum	Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
26. Anne babamın geleceğim hakkındaki beklentileri daima benimkilerden yüksekti.	1	2	3	4	5
27. Düzenli/tertipli olmak için çaba gösteririm.	1	2	3	4	5
28. Basit gündelik işleri bile iyi yaptığım konusunda sık sık kuşku duyarım.	1	2	3	4	5
29. Düzen ve tertiplilik benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
30. Günlük işlerimi yaparken, çoğu insana göre, kendimden daha yüksek performans beklerim.	1	2	3	4	5
31. Planlı biriyim.	1	2	3	4	5
32. Yaptığım işte genellikle geri kalırım çünkü tekrar tekrar yaptığıma geri dönerim.	1	2	3	4	5
33. Bir şeyi “tam” yapmak çok zamanımı alır.	1	2	3	4	5
34. Ne kadar az hata yaparsam insanlar benden o kadar çok hoşlanacaklardır.	1	2	3	4	5
35. Anne babamın standartlarını karşılayabildiğim duygusunu hiçbir zaman hissetmedim.	1	2	3	4	5

Ek 8: Ruminatif Tepkiler Ölçeği (Kısa Form)

İnsanlar kötü bir deneyim yaşadıklarında bir sürü farklı şey yapar ya da düşünürler. Lütfen aşağıdaki cümleleri okuyup, son iki hafta içinde, belirtilenleri ne kadar sıklıkta yaptığınızı işaretleyin. Lütfen, ne yapmanız gerektiğini değil, gerçekte ne yaptığınızı belirtin.	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğunlukla	Her Zaman
1. “Bunu hak etmek için ne yaptım” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
2. Son zamanlarda yaşadığın olayları analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
3. “Niye bu şekilde bir tepki gösteriyorum?” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
4. Bir köşeye çekilip “Neden bu şekilde hissediyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
5. Ne sıklıkla, düşüncelerini yazıp, çözümlemeye ve anlamaya çalışıyorsun?	1	2	3	4
6. Son zamanlarda yaşadığın olaylar hakkında “Keşke daha iyi sonuçlansaydı” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
7. “Niye benim problemlerim var da, diğer insanların yok” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
8. “Neden olayları daha iyi idare edemiyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
9. Kişilik özelliklerini analiz edip “Kendimi niye böyle üzgün hissediyorum” diye ne sıklıkla düşünüyorsun?	1	2	3	4
10. Ne sıklıkla tek başına bir yere gidip duygularını anlamaya çalışıyorsun?	1	2	3	4

Ek 9: Beck Depresyon Envanteri

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- 1) 0. Kendimi üzgün hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzgün hissediyorum.
 2. Her zaman üzüntülüym ve bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2) 0. Gelecek hakkında umutsuz değilim.
 1. Gelecek hakkında umutsuzum.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda pek çok başarısızlıklarım olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4) 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) 0. Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
 1. Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
 2. Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) 0. Kendimden memnunum.
 1. Kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8) 0. Başkalarından daha kötü bir durumda olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi suçlarım.
 3. Her aksilik karşısında kendimi suçluyorum.

- 9) 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat böyle bir şeyi yapamam.
 2. Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10) 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0. Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
 3. Şimdilerde her an için sinirli ve tedirginim.
- 12) 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Eskisine göre başkalarıyla daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak ve görüşmek istemiyorum.
- 13) 0. Rahat ve kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum, erteliyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiç çalışamıyorum.
- 16) 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi kolay ve rahat uyuyamıyorum.
 2. Eskisine göre 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
 2. Artık, neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

- 18) 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19) 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. Son zamanlarda istemediğim halde iki kilodan fazla kilo verdim.
2. Beş kilodan fazla kilo verdim.
3. Yedi buçuk kilodan fazla kilo kaybettim.
- 20) 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21) 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
2. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 10: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise **2**'yi, biraz ya da bazen doğru ise **1**'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise **0**'i işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünseniz de, **lütfen boş bırakmayın.**

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2	Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7	Huzursuzum.	0	1	2
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9	Birçok insan bana huzursuz görüdüğümü söyler.	0	1	2
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11	Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12	Korktuğum zaman aklımı kaçırarak gibi hissederim.	0	1	2
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	0	1	2
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19	Titrerim.	0	1	2

20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23	Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36	Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38	Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	0	1	2
40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
41	Utangacım.	0	1	2