

Makale Geliş Tarihi**22.04.2025****Makale Yayın Tarihi****20.06.2025****YEME BOZUKLUKLARINDA AİLE VE ÇOCUKLUK DENEYİMLERİNİN ROLÜ
ÜZERİNE BİR DERLEME****A REVIEW ON THE ROLE OF FAMILY AND CHILDHOOD EXPERIENCES IN
EATING DISORDERS****Işıl ÜNÜVAR¹, Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ²**¹Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, **Corresponding Author,****Orcid: 0009-0005-5340-4038**²Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, **Orcid: 0000-0002-0085-612X****Özet**

Yeme bozukluğu, bireyin fiziksel sağlığını, psikolojik işlevselliğini ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyen, yeme davranışlarında ciddi bozulmalarla karakterize edilen psikiyatrik bir bozukluk grubudur. Bu derleme çalışmasının amacı Yeme Bozukluğu tanısı almış bireylerde aile ve çocukluk deneyimlerinin rolünü incelemektir. Yapılan çalışmada derleme yöntemi kullanılmış, herhangi bir ölçek kullanımı ya da saha çalışması yapılmamıştır. Bu çalışmanın incelenmesinde Google Akademik veri tabanındaki makaleler, YÖK Tez'deki tezler ve konuyla ilgili kitaplar incelenmiştir. İncelenen kaynaklar sonucunda Yeme Bozukluklarında aile ve çocukluk deneyimlerinin rolünün önemli olduğu, özellikle erken dönemde yaşanan travmaların ve aile işlevselliğinin önemi vurgulanmıştır. Yeme bozuklukları, yalnızca bireysel psikolojik faktörlerle değil; aynı zamanda erken dönem yaşantılar, aile içi etkileşimler ve duygusal düzenleme becerileri ile de yakından ilişkilidir. Bu doğrultuda yapılan derleme çalışmasında, çocuklukta yaşanan duygusal, fiziksel ve cinsel travmaların; düşük benlik saygısı, beden algısı bozukluğu ve aleksitimi gibi risk faktörleriyle birlikte yeme bozukluklarının ortaya çıkışında önemli rol oynadığı belirlenmiştir. İncelenen araştırmalar, aile içi işlevsizlik, ebeveynin psikolojik kontrolü ve bağlanma sorunlarının da yeme davranışlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, yeme bozukluklarının önlenmesi ve tedavisinde yalnızca bireysel müdahalelerin değil, aile temelli yaklaşımların da dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Aile, Çocukluk Deneyimleri**Abstract**

Eating disorder is a group of psychiatric disorders characterized by serious impairments in eating behaviors that negatively affect the physical health, psychological functioning and social life of the individual. The aim of this review study is to examine the role of family and childhood experiences in individuals diagnosed with eating disorders. In this study, the review method was used and no scale or field study was conducted. Articles in the Google Scholar database, theses in YÖK Thesis and books on the subject were examined. As a result of the sources

examined, it was emphasized that the role of family and childhood experiences in eating disorders is important, especially the importance of early traumas and family functionality. Eating disorders are closely related not only to individual psychological factors but also to early experiences, family interactions and emotional regulation skills. In this review study, it was determined that emotional, physical and sexual traumas experienced in childhood play an important role in the emergence of eating disorders together with risk factors such as low self-esteem, body image disorder and alexithymia. The reviewed studies show that family dysfunction, parental psychological control and attachment problems may also negatively affect eating behaviors. In this context, it is emphasized that not only individual interventions but also family-based approaches should be considered in the prevention and treatment of eating disorders.

Keywords: Eating Disorders, Family, Childhood Experiences

Giriş

Yeme Bozukluğu (YB) kimi zaman bireyin beslenme tercihi, geçici bir dönem ya da yaşam tarzı olarak görülse de aslında son derece ciddi sağlık problemlerine hatta ölüme yol açabilen bir rahatsızlıktır. Birçok Yeme Bozukluğu vardır ancak bunlardan 6 tanesi çok yaygındır. Bu rahatsızlık genel olarak besinler, vücut algısı ve şekli, kilo ile ilgili takıntılar sebebiyle olur (Culbert, 2015). Yeme Bozukluğu biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve çevresel olarak çok fazla sebebi olan genel olarak kadınlarda gözlemlenen ve son derece ciddi sonuçları olan bir hastalıktır (Deveci, 2020). YB'nin temelinde, kilo ve bedenle aşırı derecede meşgul olma ve bu konuya zihinsel olarak aşırı derecede kafa yorma yer aldığı görülür ve bunun sonucunda ise aşırı egzersiz, kusma, laksatif veya diüretik kullanımı gibi çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir (Fairburn vd., 2003). Yeme Bozukluğu olan bireyler hem fiziksel olarak hem de psikolojik olarak büyük sıkıntılar çektiği için tedavi sürecinde farklı alanlardaki doktorlar tarafından gözlemlenmelidir (Kaplan, 2002). Önceki dönemlerde yapılan çalışmalarda YB'nin batı kültüründe yaşayan ülkelerde daha sık gözlemlenirken yakın dönemlerde yapılan araştırmalarda YB'nin batı kültürüne uzak olan ülkelerde de görülmeye başlandığı görülmüştür (Hoek, 2016; Nakai, Nin, Noma, 2014; NEDA, 2013; Pike, Hoek ve Dunne, 2014). Çoğu psikolojik rahatsızlıkta ailenin önemi yadsınamayacak derecede büyüktür. Aile içindeki iletişim, çocuklarına karşı olan davranışları ve karakter özellikleri çocukların gelecekteki kişiliklerini önemli derecede etkilemektedir. Yeme davranışı bize çocuk ve ebeveyn arasındaki ilişki hakkında önemli bilgiler verebilir. Otoriter bir aile ile çocuğuyla çok fazla duygusal ilişki kurmayan aileler çocukta farklı şekillerde yeme davranışını etkiler. Bulimiya Nevroza tanısı almış bireylerin genelinde olumsuz aile ilişkisi göz önündedir. Bazı araştırmalar yeme krizlerinin anne ile özdeşleşme, kusma davranışının ise özgür bir birey olma çabasını temsil ettiği yönündedir (Toker ve Hocaoglu, 2009). Schneer'e (2002) göre, çocukluk döneminde ailesinden istismar ya da ihmal görmüş bireyler bu durumdan kaçmayı ve kendini korumayı bilmeyen çocuklar yeme konusunda olumsuz davranışlar sergileyerek bu durumdan kaçmaya çalışmaktadır. Bu çalışmada Yeme Bozukluğunun neden meydana geldiği, yaygınlığı, tedavisi ve Yeme Bozukluğunda Aile ve Çocukluk Deneyimlerinin Rolü ele alınmıştır.

Yeme Bozukluğu

Yeme Bozukluğu bireylerin sağlıksız yeme alışkanlıkları, düşünce ve tutumları olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde daha çok ergen ve genç yetişkinlerde görülen yeme bozukluğu, erkeklerden çok kadınlarda görülmektedir (Goldschmidt vd., 2008). Bu bozuklukta kilo almaya karşı aşırı derecede korku, yemek yememe gibi davranışlar bulunmaktadır ve bu davranışların altındaki temel sebepler genellikle toplumsal güzellik algıları, sosyal medya ve çevre olmaktadır (Zilfi ve Karaaziz, 2024). Yeme bozuklukları tüm yeme alışkanlıklarındaki

düzensizlikleri kapsayan ve bunları ifade etmek için kullanılan bir terimdir (Toker ve Hoccoğlu, 2010). Yeme bozukluğunda en önemli nokta kişinin diğer insanların kendini nasıl gördüğü, nasıl değerlendirdiği ve kendi vücut şekillerini nasıl gördükleridir. Bu duruma karşı olumsuz düşünceleri olması sonucunda kişide diyet yapma, kusma laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz gibi olumsuz davranışlar gözlemlenir (Fairburn, 2008). Yeme Bozukluğu bireyde nörobilişsel, kalıtsal, sosyokültürel gibi birçok açıdan ortaya çıkmaktadır (Zilfi ve Karaaziz, 2024). Yeme Bozukluğu tedavisi diğer hastalıklara göre daha güçtür ve tekrar etme ihtimali daha fazladır (Şentürk, 2020). Psikolojide olumsuz yeme tutumlarının istenmeyen duyguların kontrol altına alınması için kullanıldığı söylenmektedir. Bu sebeple olumsuz yeme tutumlarının duygusal ihtiyaca yönelik ortaya çıktığı düşünülmektedir (Turan, 2021). Toplumda en çok bilinen yeme bozuklukları Anoreksiya Nevroza ve Bulimiya Nevrozadır (Toker ve Hoccoğlu, 2010). DSM 5'te Yeme Bozuklukları sekiz grupta toplanmıştır bunlar Anoreksiya Nevroza (AN), Bulimiya Nevroza (BN), Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, Pika, Ruminasyon (Geri Çıkarma) Bozukluğu, Kaçınan / Kısıtlayıcı Beslenme, Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluklarıdır.

Anoreksiya Nevroza (AN)

Anoreksiya Nevroza eski dönemlerden beri toplumumuzda bulunan bir rahatsızlık olduğu bilinmektedir. Bu terimi ilk olarak Sir William Gull “Sinirsel İştahsızlık” olarak adlandırmış ve daha sonraki araştırmalarda Anoreksiya Nevroza olarak tanımlanmıştır (Silverman, 1964; Yücel, 2009). Genel tanımıyla AN kişinin kendi boy ve kilo ortalamasının olması gerekenden daha az olması gerektiğini düşünmesi ve kilo almaya karşı ileri derecede korku duyma ve bir kilo alma durumunda uygun olmayan telafi davranışları gösterme durumudur (Köroğlu, 2013). Laseque AN’yi makalesinde ilk kullananlardan biridir ve Anoreksiyadan makalesinde “Histerik Anoreksiya” olarak bahsetmiş ve bu hastalığın aile ilişkileri sebebiyle ortaya çıktığını söylemiştir. Daha sonra ise William Gull AN’yi daha çok kadınlarda ergenlik döneminde görülen, kişinin kendisini sürekli olarak aç bırakması ve bu durum sonucunda metabolizmada birtakım sorunların olduğu bir rahatsızlık olarak tanımlamıştır (Silverman, 1964). Günümüzde AN tanısı konulabilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün belirlediği Beden Kitle İndeksinin 17 kg/m² ya da altı olması ve bunun herhangi bir fiziksel hastalığa bağlı olmaması gerekmektedir (APA, 2013). AN tanısı alan bireylerde en fazla göze çarpan özellik kilo alımına karşı olan aşırı korku ve zayıf olsalar bile kilolu oldukları düşüncesidir (Morrison, 2016). AN’nin iki alt türü vardır bunlar Kısıtlayıcı Tür ve Tıkanırcasına Yeme Çıkarma Türüdür. Kısıtlayıcı Tür aşırı egzersiz ya da yemek yemeyi neredeyse tamamen kesme ve ileri derece diyeti içerir. Tıkanırcasına Yeme Çıkarma Türünde ise kişinin son üç ayda içerisinde tıkanırcasına yemek yeme ve kendini kusturma ya da laksatif, diüretik ilaçlarının kullanımı gibi olumsuz davranışları olmuştur (APA, 2013). DSM 5’e göre AN tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013).

Tablo 1 DSM-5'e göre Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

A. İhtiyaca göre enerji alımının azaltılması ve ciddi derecede yaş, aktivite, gelişim, cinsiyete göre düşük kilo. Olması gereken vücut ağırlığının en azı ya da çocuk ve ergenlerde beklenen vücut ağırlığının en azı olması.
B. Kilo alımından aşırı endişe duyma ve korkma. Vücut ağırlığının düşük olması durumunda dahi sürekli olarak kilo verme isteği. Kilo almaya sebep olabilecek davranışlardan sürekli kaçması.
C. Kişinin kendi vücudu hakkındaki olumsuz düşünceleri ve vücut şeklinden duyulan rahatsızlık vardır. Kişi kendi vücut ağırlığını değerlendirirken ciddiyeti anlayamaz.
Kısıtlayıcı Tür: Kişi son 3 ay içerisinde tekrarlanan tıkanırcasına yeme ya da çıkarma davranışları (kusma, laksatif ve diüretik kullanımı, yanlış yere lavman kullanımı) olmamıştır. Bu alt türde kişi daha çok diyet, aşırı egzersiz gibi yolları kullanır.
Tıkanırcasına Yeme Çıkarma Türü: Kişinin son 3 ayda tıkanırcasına yeme ya da çıkarma davranışları olmuştur.
Tam Olmayan Yatışma Gösteren: Daha önce kriterlerin hepsi karşılanıyorken zamanla A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık karşılanmıyor, ama B ve C tanı ölçütleri hala karşılanıyordu.
Tam Yatışma Gösteren: Kriterlerin hepsi daha önce karşılanıyorken, daha sonra zamanla hiçbirinin karşılanmamasıdır.

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014; 173-174.

431

Bulimiya Nevroza (BN)

Kelime anlamı olarak 'bous' ve 'limos' dan gelen Bulimiya bu iki sözcüğün birleşmesiyle 'ököz yiyebilecek kadar aç olmak' anlamına gelir (Yücel, 2009). Bulimiya Nevroza (BN)'da zaman zaman gelen aşırı yeme davranışı ve bu davranışa telafi olarak yapılan çıkarma davranışıyla süren bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2023). Sürekli olarak tekrarlanan yeme krizleri olur ve bu krizler sonucunda kilo alma korkusuyla kusma, diüretik ve laksatif kullanımı ya da aşırı egzersiz gibi olumsuz davranışlara başvurulur (Yücel vd., 2013, s.7). Birey bu krizlerden sonra kendine karşı aşırı suçluluk ve pişmanlık duyar (Yücel, 2009). Bu hastalığın AN'den en büyük farkı Anoreksiyada kişinin olması gereken kilodan çok daha düşük bir kilo varken BN hastalarında vücut ağırlığı normalden biraz daha fazladır (Ergüney, 2012). BN olan kişilerin yeme krizleri geldiğinde planlı olup bunu gizli yapma eğilimindedirler. Krizlerde çoğunlukla şekerli ve çok karbonhidratlı yiyecekleri tercih ederler. Yaşanan bu krizler genel olarak 30 dakika-2 saat aralığında olur (Altinel, 2018). BN Anoreksiya Nevrozaya kıyasla toplumda daha sık gözlemlenmiş olup, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (Morrison, 2016). BN hastalarının çoğunda içlerindeki boşluk hislerinden bahsettikleri ve bu boşluk hislerinden rahatsız oldukları bu sebeple de bu durumu aşırı yemeye doldurmaya çalıştıkları gözlemlenmiştir (Işık, 2009). DSM 5 kriterine göre tanı koymak için tıkanırcasına yemenin ve bunun sonucunda olan olumsuz davranışların son üç ayda iki kriter haftada en az görülmesi gerekmektedir. DSM 5'e göre BN tanı kriterleri tablodaki gibidir (APA, 2013)

Tablo 2. DSM-5'e göre Bulimiya Nervosa Tanı Kriterleri

A.	Tekrarlayan tıkanırcasına yeme davranışı. Tıkanırcasına yeme dönemi aşağıdaki gibi iki şekilde belirlenebilir.
1.	Kısa bir zaman dilimi içerisinde (2 saat gibi) birden fazla kişinin yiyebileceği bir yemeği çok daha fazla bir şekilde tek başına yemek
2.	Kriz sırasında ne kadar yediğinin farkında olamama ya da yemek yemeyi durduramama.
B.	Kilo alımından kaçınmak için kusma, lavman vb. ilaçları yanlış şekilde kullanma, aşırı egzersiz yapma ya da yemek yememe gibi sürekli tekrarlayan davranışlarda bulunma.
C.	3 ay içerisinde haftada en az 1 kere tıkanırcasına yeme ve bunun sonucunda yapılan olumsuz davranışlar bulunmalı
D.	Benlik algısı vücut şeklinden ve kilosundan aşırı derecede etkilenir
E.	Rahatsızlık yalnızca Anoreksiya Nervosa dönemlerinde ortaya çıkmamaktadır.
Tam Olmayan Yatışma Gösteren: Kriterlerin hepsi daha önce karşılanmıştır ancak bu kriterlerin birkaç tanesi uzun süredir karşılanmaktadır.	
Tam Yatışma Gösteren: Tanı kriterleri daha önce tamamen karşılanmıştır ancak uzunca bir süredir bir tanı kriteri karşılanmamaktadır.	

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014; 175-176

432

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)

Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) olan bireylerde sürekli tekrarlayan belirli bir süre içerisinde tek bir kişinin yemesi gereken miktardan çok daha fazla besin tüketme davranışı görülür. Bu hastalığı BN'den ayıran özellik, kişinin tıkanırcasına yeme davranışından sonra besinleri herhangi bir geri çıkarma için olumsuz bir davranışı kullanmamasıdır (Atlıoğlu, 2022). TYB tanısı olan bireyler tek başına yemek yeme eğilimindedirler. Genel olarak bir rahatsızlık hissi vardır ve bu his hem yeme krizi sırasında hem de sonrasında kendini gösterir. Bu kişiler beden imgelerinden rahatsızlık duydukları için genel olarak olumsuz bir ruh halindedirler ve aşırı kiloları sebebiyle kendi bedenlerinden hoşnut olmaz, sosyal ilişkilerde sıkıntı çekerler (Turan vd., 2015, s.423). Tanı kriterlerine göre ortalama 3 ay içinde haftada en az iki kere yeme krizleri olmuş olmalıdır. Atakların süresi ve obezite oranı kişiye bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Tanı alan bireyler genellikle kilo verme girişimlerinde bulunur ancak bir süre sonra bu girişimlerin başarısızlığından dolayı vazgeçerler. TYB'NİN DSM 5 tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013).

Tablo 3. DSM-5'e göre Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

A.	Tekrarlayan tıkanırcasına yemek yeme süreçleri. Tıkanırcasına yemeyi iki şekilde anlayabiliriz:
1.	Çok kısa zaman içerisinde birden fazla kişinin yiyebileceği yemeği tek başına yakın bir süre içerisinde yemek.
2.	Kişinin yemek yemeyi kontrol edememesi
B.	Tıkanırcasına yeme sürecine aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası eşlik eder:

1.	Normalden çok daha hızlı yemek yeme
2.	Rahatsız edici derecede tok olana kadar yeme
3.	Fiziksel olarak aç olmadığı halde çok fazla yemek yeme
4.	Yediği miktardan utanç duyulduğu için yalnız yeme
5.	Yeme krizinden sonra kendinden iğrenme, depresif ya da suçlu hissetme
C. Tikanırcasına yeme davranışı sebebiyle kişi sıkıntılı hisseder	
D. Tikanırcasına yeme davranışı ortalama 3 ay sürmeli ve bu 3 ay içerisinde haftada en az bir kez yeme krizi olmalı	
E. Tikanırcasına yemede yeme krizlerinden sonra olumsuz telafi edici davranışlar ortaya çıkmamaktadır. TYB yalnızca Bulimiya Nevroza ya da Anoreksiya Nevroza sürecinde ortaya çıkmaz.	
Tam olmayan yatışma gösteren: Tanı ölçütlerinin hepsi daha önce karşılanmıştır, fakat son dönemlerde tikanırcasına yeme süreçlerinin sıklığı uzun zamandır haftada birden azdır.	
Tam yatışma gösteren: Tanı ölçütlerinin hepsi daha önce karşılanmıştır, fakat son dönemlerde tanı ölçütleri uzun süredir karşılanmamıştır.	

Kaynak: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, 176-177

Pika

Pika Latince kelime anlamı olarak 'saksağan' anlamına gelmektedir. Saksagan kelimesinin kullanılma amacı da saksaganların her şeyi yiyebilmesidir (Ünal ve Samur, 2012). Pika rahatsızlığı olan bireyler genellikle yenilmesi uygun olmayan maddeleri yerler. Genellikle hamile ve kadınlarda görülen bu rahatsızlıkta yenilmemesi gereken maddelerin yenilmesi halinde bağırsak hastalıkları ortaya çıkar (Morrison, 2016). Alanda yapılan çalışmalarda Pika rahatsızlığının sebebi hakkında net bir bilgi olmamakla birlikte çinko, mineral ya da diğer besin eksikliklerin kaynakladığı, bunun yansısı sosyal ve psikolojik sebeplerin de olduğu düşünülmektedir (Ünal ve Samur, 2012). Pika hastalığı olan bireylerde bir ay ya da daha uzun bir süre boyunca besin değeri olmayan maddeleri tükettiği görülür (APA, 2013). Bu hastalığa sahip olan kişiler çoğunlukla tebeşir, toprak, çamur, sabun, sigara gibi maddeleri yer (Samur ve Çelik, 2018).

Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Geri Çıkarma bozukluğunda çoğunlukla kontrol dışı şekilde tüketilen besinlerin kusmadan ağza gelmesidir. Geri Çıkarma bozukluğu minimum bir ay süreyle sık sık yenilen yiyeceklerin ağza gelme belirtisiyle ortaya çıkar. Bu hastalığa sahip kişilerin mide-bağırsak rahatsızlığı olmaması ve YB sırasında ortaya çıkmaması gerekmektedir (APA, 2013). Hastalığın tanısı fizyolojik hastalıklar sebebiyle geç konulabilir (Özer Etik, 2019).

Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu (KKYAB)

KKYAB'de diğer bozuklukların aksine beden algısına bağlı olmaksızın besin alımının azaltılması durumudur. Kişiler kusma, boğulma, karın ağrısı gibi olumsuz düşünceler sebebiyle yemek yemeyi azaltırlar (Karadere ve Hocaoglu, 2018). KKYAB belirtilerine bakıldığında besin tüketimine ilgisizlik, yiyeceklerde aşırı seçici olma, kusma ya da boğulma korkusu vardır. Literatürde bozukluğun ileri derecede olması durumunda zeka geriliği, gelişimde gerilik, sosyal alanda zorlantılar görüldüğü belirtilmiştir (Strand vd.). KKYAB bozukluğu anksiyete, dikkat

bozukluğu, hiperaktivite ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) gibi hastalıklarla da eş tanı alabilmektedir (Davis ve Stone, 2020). DSM 5 tanı kriterlerinde tanı koyulabilmesi için;

1. Fark edilecek derecede kilo verme
2. Açık bir şekilde görülen besin eksikliği
3. Yemek için besin desteğine ya da tüpe ihtiyaç duyma
4. Sosyal işlevsizlikte fark edilir derecede düşüş

Semptomların en az biri görülmeli ve enerji ihtiyacı yeterince karşılanmamalı, bu durum herhangi bir fiziksel ya da psikiyatrik durumla açıklanamamalıdır (APA, 2013).

Tanımlanmış Diğer Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu tür bozukluklar Yeme Bozukluğu kategorisinde bulunan bozukluklardan hiçbirinin kriterlerini tam olarak karşılamayan, ancak Yeme Bozukluğu semptomlarının çoğunlukta olduğu, sosyal alanda ve toplumsal ilişkilerde önemli derecede işlevsellik kaybına sebep olan bozukluklar için kullanılır (Köroğlu, 2013). DSM 5'te verilen türleri şu şekildedir;

1. Değişik Tür (Atipik) Anoreksiya Nevroza: Kişide AN kriterlerinin hepsi bulunur ancak kişi gözle görülür derecede çok kilo kaybettiği halde kişinin kilosu normal ya da normalin üstüdür.
2. Bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): Kişide Tıkanırcasına yeme ve olumsuz telafi davranışları bir seferden az ve üç aydan kısa olması ve diğer tüm BN kriterlerini karşılaması durumunda bu tanı konulmaktadır.
3. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli): Kişinin tıkanırcasına yeme davranışını haftada bir seferden az veya üç aydan kısa zamanda olmasında görülür. Kişide bu kriter dışında tüm kriterler sağlanır.
4. Çıkarma Bozukluğu: Bu tanıya sahip kişiler vücut şekli ve algısından bağımsız olarak olumsuz çıkarma davranışlarında bulunurlar.
5. Gece Yemek Yeme Bozukluğu: Kişi gece uykudan uyanarak bilinçli bir şekilde aşırı yeme davranışını gösterir ve bu davranış devamlı tekrarlanır (APA, 2013).

434

Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bu tür bozukluklarda sosyal işlevsellik ve ilişkilerdeki sorunların temel nedeni Yeme Bozukluğu semptomlarıdır ancak tanı sınıfındaki hiçbir bozukluğun kriterlerinin karşılanmadığı durumlardan dolayı bu tanı konur (APA, 2013).

Yeme Bozukluğunun Etiyolojisi

Yeme Bozukluklarının kesin bir sebebi hala bilenememekle beraber biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin Yeme Bozukluğunun ortaya çıkmasında etkili faktörler olduğu bilinmektedir (Yücel, 2009).

Biyolojik Faktörler

Yeme Bozukluğunda genetik son derece büyük bir yere sahiptir. Yapılan araştırmalarda Yeme Bozukluğu tanısı almış bireylerin ailelerindeki kişilerin de bu tanıyı alma ihtimalinin yüksek olduğu bulunmuştur (Bulik ve Tozzi, 2013). İkiz çalışmaları Yeme Bozukluğunda genetik faktörü anlamak için son derece önemlidir. Spesifik olarak AN hastalığı olan, tek yumurta ikizlerinde genetik aktarımın daha çok olduğu, çalışmalarda gözlemlenmiştir. AN'de genetik faktörü öne çıkarken BN'de çevresel faktörler ön plana çıkmaktadır (Stroaber ve Bulik, 2002). İkizlerle yapılan araştırmalarda genetik geçişin AN'de %28-74, BN'de %54-%83, TYB'de ise

%41-%57 arasında değişkenlik gösterdiği görülmüştür (Mayhew vd., 2018). Yeme Bozukluğunda yapılan araştırmalar serotonin, dopamin ve beyin sebepli nörotrofik etkenlerin sonuçlarına odaklanır. Beyindeki nörotransmitterler kişinin duygudurumu üzerinde etkili olduğu bilirse de direkt olarak YB ile bir bağlantısı olduğu bilinmemektedir. Yapılan bazı araştırmalarda nörotransmitterlerin reseptör aktivitelerindeki değişikliklerin YB semptomlarını etkileyebileceği görülmüştür (Deveci, 2020). Yapılan diğer araştırmalarda ise beyinde serotonin ve dopamin ile ilişkisi olan zevk ve ödül duygularını işlemeyi sağlayan sistemlerin AN tanılı bireylerde normal çalışmadığı gözlemlenmiştir. Bundan dolayı kişiler kendilerini daha kontrollü hissetmek için yeme davranışını kesebilir ya da azaltabilirler (Kaye vd., 2013). AN tanılı bireylerde aynı zamanda üreme hormonlarını kontrol eden sistemlerde az besin tüketimi sebebiyle bir gerileme görülür ve bu nedenle vücut ergenlik öncesi döneme dönmüş gibi olur. Ancak yeterli besin tüketilir ve kişinin kilosu normale dönerse bu durum düzelir (Yücel, 2009). TYB bozukluğu olan bireylerde ise beyindeki serotonin sisteminin düzgün çalışmaması biyolojik faktör olarak gösterilebilir. Serotonin duygudurum ve tokluk hissini düzenler. Eğer kişide bu hormon düzgün çalışmazsa kişi yeme dürtüsünü kontrol etmekte güçlük çeker ve bu da yeme ataklarına sebep olur (Andersen vd., 2017). Son zamanlarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarıyla YB ile beyindeki yapısal değişimlerin ilişkili olduğunu göstermiştir. BN tanılı bireylerin beyin görüntülemeleri incelendiğinde ventriküllerin genişlediği ve hipofiz bezinin küçüldüğü görülmüştür. Aynı zamanda tıkanırcasına yeme ve olumsuz telafi davranışı arttıkça beynin bazı bölgelerinde yapısal inceltme olduğu görülmüştür (Frank, 2019).

Psikolojik Faktörler

Psikolojik faktörler Yeme Bozukluğunda önemli bir role sahiptir. Kişilik özellikleri, aile ilişkileri, travmatik olaylar ve kişide olan diğer bozukluklar YB oluşmasında etkili olan faktörlerden birkaçıdır (Çoban, 2023). Aile ilişkilerinin ele alındığı çalışmalarda AN ve BN bozukluğu olan kişilerin olmayanlara oranla aileleri ile olan ilişkilerinin zayıf olduğu gözlemlenmiştir (Amianto vd., 2011). Bu gözlem sonucunda ailesi ile güçlü ilişkisi olan bireylerin YB tanısı alma eğilimi, ailesinden manevi destek almayan ve güçlü bir ilişkisi olmayan bireylere oranla daha düşük olduğu görülmüştür (Alantar ve Maner, 2008). Mükemmeliyetçi, kaygılı ve obsesif-kompulsif bir yapıya sahip olmak da YB için bir risk faktörüdür (Farstadt vd., 2016). Bu yapıya sahip bireyler çoğunlukla zayıf bir beden fikrine bağlanır ve buna ulaşmaya çalışır (Şentürk, 2021). Mükemmeliyetçi yapısı olan bireyler ile yapılan araştırmada sıkı diyet, vücut şekline olan takıntı ile YB arasındaki ilişki arasında anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Bu sebeple mükemmeliyetçi yapısı olan kişilerde AN riskinin yüksek olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür. (Varlık Özsoy, 2017). BN’de ise kişisel özellik olarak daha çok depresyon, kaygı, gibi olumsuz duyguları olan bireyler göz önüne çıkar. Özellikle dürtüsellik BN ve TYB’de çok sık rastlanan bir durumdur (Deveci, 2020). Farstadt ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada TYB olan bireylerde kaygı bozukluğu, paranoya, kaçınma ve duygu düzenlemede sıkıntı çekme gibi durumların daha fazla olduğunu gözlemlenmiştir. Prefit ve arkadaşları (2019) da kişinin kendi duygularını anlayamaması ve bunu kontrol edememesini bir YB belirtisi olarak değerlendirmiştir. Bu belirtiler göz önüne alınarak duygusal düzensizlik ve duygularının farkında olamamayı YB’de ortak bir etken olarak alabiliriz. YB dışında bir bozukluğa sahip olmak YB riskini arttıran faktörlerdendir. YB en çok depresyon, kaygı bozukluğu, kişilik bozukluğu ve madde ve alkol bağımlılığıyla eş tanı alır (Yücel, 2009; Ünsal vd., 2010). Özellikle travmatik yaşantı ve istismar YB’de önemli bir risk etkeni olarak yer almıştır (Larsen vd., 2017; Solmi vd., 2021). Yapılan çalışmalarda erken dönem travmaları ve YB ile ilişkisi incelenmiş ve sonuç olarak travma sonrası stres bozukluğu sonucunda ortaya çıkan duygu düzenleme sıkıntıları ve dissosiasyonun YB ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Moulton vd., 2015).

Sosyokültürel Faktörler

Bireyler yaşadığı toplum ve kültürden etkilenme eğilimindedirler. Kişinin yaşadığı kültürdeki beden imgesi, medyanın etkisi, sosyoekonomik durum gibi faktörler YB'da sosyokültürel faktörlerin arasındadır. Yapılan araştırmalarda daha yüksek sosyoekonomik düzeyi olan kişilerde YB riskinin daha fazla olduğu ve yüksek eğitim düzeyine sahip ebeveynlerinin çocuklarının da YB sahip olma eğiliminde oldukları görülmüştür (McClelland ve Crisp, 2001; Bould vd., 2016). Toplumdan topluma beğenilen vücut şekli sürekli olarak değişmektedir. Sürekli değişen beden algısı, zayıfın güzel bir vücut olduğu yönündeki düşünceler özellikle genç yaştaki kadınları etkilemekte ve bu bozukluğa sahip olma riskini yükseltmektedir (Polivy ve Herman, 2002). Önceki dönemlerde vücut imajı kültürden kültüre çok fazla değişirken şu anda sosyal medyanın ve reklamların etkisiyle beden imajı genel olarak tüm kültürlerde aynı olmuştur (Eapen vd., 2006). Eskiden batı kültüründe zayıf olmak güzellik sayılırken daha Doğuda etine dolgun olan kadınlar güzel olarak nitelendirilirdi (Nasser, 1997). Aile ve aile ilişkisi de YB'yi etkileyen risk faktörlerindendir. Yapılan çalışmalarda çoğunlukla otoriter, baskıcı, mükemmeliyetçi ebeveynlik stiline sahip olan ailelerinin çocuklarında YB olduğu görülmüştür. AN vakalarına bakıldığında ailelerinde olan mükemmeliyetçi tutumlar, duyguların ifade edilmemesi, ebeveyn kavgaları gibi problemler AN tanısı olmayan bireylerin ailesinde gözlemlenmemiştir (Toker ve Hocaoglu, 2009). YB tanısı olan kadın hastaların ailesinde başarı konusunda aşırı baskı sebebiyle kadınların olumsuz telafi davranışlarına başvurduğu gözlemlenmiştir (Dinç, 2016). YB tanısı almış bireyler genel olarak ailelerini soğuk, mesafeli, mükemmeliyetçi, katı olarak tanımlar. Bu aile yapısında büyümüş çocuklar onay ihtiyacı peşindedir ve bunu beden imajlarını toplumun istediği şekle sokma düşüncesiyle takıntı yapar ve olumsuz yeme davranışları gösterirler (Toker ve Hocaoglu, 2009). Yapılan araştırmalarda aşırı tutucu ailelerde çocuğun çok fazla baskı altında hissetmesi durumunda çocuk, özgür olabildiği tek alanın yemek yeme olduğunu düşünür ve bunun sonucunda olumsuz yeme tutamları edinir (Kabakçı ve Demir, 2001).

436

Epidemioloji

YB toplumumuzda güncel olarak çok yaygın kabul edilen bir hastalık olmasa da, son dönemlerde sosyal medyanın da etkisiyle özellikle ergenlerde son derece artmış bulunmaktadır. Dünya geneline baktığımızda AN için hayat boyu görülme oranı %0,13 BN için %0,63 ve TYB için ise %1,53'tür. Batı ülkelerinde YB görülme oranı ortalama %1,89 ve kadınlarda bu oran %2,58'e kadar çıkmaktadır (Qian vd., 2021). Kadınlarda genellikle AN 15-19, BN 20-24 yaş aralığında görülmektedir (Hoek ve van Hoeken, 2003). Yapılan araştırmalarda YB olan bireylerin %90-95'ini kadınlar olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin kadınlarda bulunan östrojen hormonu olduğunu belirten çalışmalar literatürde bulunmaktadır (Barakat, 2023). Eş tanı olarak YB alanların yaygınlığı ise %0,22 olarak bulunmuştur. Ülkemizde YB ile ilgili olan çalışmalara bakıldığında ise 1876 kişilik bir çalışma sonucunda YB'nin %1,55 TYB'nin %0,21 BN'nin %0,11 AN ise %0,16 oranında yaygın olduğu bulunmuştur (Arslan, 2024). Daha geniş çaplı yapılan bir araştırmada %0 ile %2 oranında değişebilecek şekilde insanların %1'inin hayatı boyunca belli bir dönemde YB yaşadığı saptanmıştır (Kessler vd., 2013). DSM 5'e göre YB'nin yaşam boyu yaygınlığını bulgulayan sistematik derlemeye göre AN kadınlarda %1,4, erkeklerde %0,2 ; BN kadınlarda %1,9. Erkeklerde %0,6 ; TYB kadınlarda %2,8, erkeklerde %1 olduğu bulunmuştur (Micali vd., 2013). DSM 5 'teki yapılan değişiklikler sebebiyle YB tanısı son yıllarda artış göstermekte, AN tanısı için oranlar hemen hemen iki katına çıktığı, BN tanısı için ise %30 oranında arttığı görülmektedir (Smink, Van Hoeken ve Hoek, 2013). Son derece ciddi bir bozukluk olan YB'da genel olarak ölüm sebebi intihar olup, ölüm oranlarının %5 ile %8 arasında olduğu bilinmektedir (Herzog vd., 2000; Smink, Van Hoeken ve Hoek, 2013).

Yeme Bozukluğunda Belirtiler

Yeme Bozukluğu bireyi sosyal, duygusal ve fiziksel açıdan ciddi boyutlarda rahatsız edebilecek olan bir sağlık sorunudur. Bu rahatsızlığın belirtilerini sosyal, fiziksel, davranışsal ve psikolojik açılardan görebiliriz. Aşağıdaki Tabloda YB sonucunda oluşabilecek fiziksel semptomlara yer verilmiştir (Intermountain Healthcare 2015) (Joy vd., 2016).

Tablo 4 Yeme bozuklukları Belirtileri

Genel:	- Ani kilo kaybı, alımı ya da vücut ağırlığında değişimler - Vücut ısısında düşme ve sürekli üşüme - Çocuk ve ergenlik döneminde gelişim geriliği - Devamlı halsiz ve yorgun hissetme
Ağız/Diş ve Boğaz	- Ağızda oluşan yaralar ve doku zedelenmesi - Tükürük bezlerinde şişlik - Diş minesinin aşınması ve dişlerde çürük oluşması - Devamlı olan boğaz ağrıları - Mide asidine bağlı dişte hasar oluşumu
Sindirim Sistemi	- Midenin hassas olması ya da devamlı olan mide ağrısı - Anüsteeki damarların şişmesi ve doku sarkması - Erken doyma hissi ve midenin boşalmasının gecikmesi - Bağırsak hareketlerinde düzensizlik, kabızlık
Endokrin	- Adet görmeme ya da adet düzensizliği - Cinsel isteksizlik - Üreme fonksiyonlarında bozulma
Nöropsikiyatrik	- Hafıza zayıflığı ve odaklanmada güçlük - Kendine zarar verme eğilimi - Uyku bozukluğu - Depresyon, anksiyete ve intihar düşünceleri - Bayılma atakları - Takıntılı düşünceler ve kompulsif davranışlar
Kalp ve Solunum Sistemi	- Göğüste ağrı - Kalp ritminde düzensizlik - Çarpıntı ve nabız düzensizliği - Nefes darlığı - Düşük tansiyon - Vücutta sıvı tutulumu ve ödem oluşu - Yavaş kalp atımı
Kas ve İskelet Sistemi	Kemik yoğunluğunda azalma ve kırılabilir kemik yapısı

	- Hafif darbelerle kolay kırılan kemikler - Kemiklerde tekrarlayan stres kırıkları
Deri ve Cilt	- Vücut tüylerinde artış - Ciltte oluşan yaraların yavaş iyileşmesi - Aşırı derecede saç dökülmesi - Kendine zarar vermeye bağlı cilt lezyonları - Cildin sarımsı renkte görülmesi - Parmak ve el bölgesinde nasır oluşumu
Böbrek ve Ürogenital Sistem	- Vücutta elektrolit dengesizliği - İdrar yapısında ve işlevinde bozulmalar

Tablo 3’te gösterildiği gibi yaşanan kalp rahatsızlıklarının genellikle sebebi kronik kusma olup, kalp kaslarının düzgün çalışmaması, kalbin etrafındaki zarda (perikard) sıvı birikimi gibi sağlık sorunlarını ortaya çıkarır (Katzman 2005, Kastner vd., 2012). YB’de fiziksel belirtilerin yanı sıra psikolojik belirtiler de görülür. Yapılan araştırmalarda Obsesif Kompulsif davranışlar ile Yeme Bozukluğu arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur (Usta, vd., 2015). Yapılan diğer araştırmalarda Üniversite öğrencileri için sosyoekonomik düzey, psikososyal zorluklar, yaş ve yaşanan ekonomik sıkıntılar sebebiyle YB için olası risk grubu içinde olduğu gözlemlenmiştir. Beden Kitle İndeksi ve depresyon tanısı olan bireylerin de risk grubunda olduğu saptanmıştır (Çelik, vd., 2016). Yeme bozuklukları genellikle kaygı bozukluğu, depresyon, madde bağımlılığı ve kişilik bozukluğu olan bireylerde daha sık görülmektedir. AN, BN, TYB ve Tanımlanmamış Yeme Bozuklukları ergenlerde daha çok değişen beden algısının bozulması sebebiyle görülmektedir (Çam, 2017).

Yeme Bozukluklarının Kuramsal Temellerle Açıklanması

Bilişsel Davranışçı Kuram

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kişinin istenmeyen davranışlarının altında yatan işlevsiz düşünce biçimini değiştirip, bunun sonunca da davranış değişikliğine kalıcı bir şekilde gitmeyi amaçlar (Beck, 2005). YB’nin vücut algısına karşı düşük saygıdan ve buna aşırı derecede takıntılı düşüncelerin eşlik etmesinden ötürü bilişsel bir rahatsızlık olarak değerlendirilmektedir. YB olan kişilerin psikolojisinin altında kilo almaya, vücut şekline, şişmanlığa karşı korkuların olması ve kişinin bundan ciddi derecede etkilenmesi yatar ve bu negatif düşüncelerin altında erken çocukluk deneyimlerinin rolü olduğu ifade edilmektedir (Cooper, 2005). BDT, YB için en etkili çözüm olarak görülmekte ve genellikle BN ve TYB’de tercih edilmektedir (Murphy vd., 2010). BDT’ye göre kişinin YB belirtilerini devam ettirmesinin sebepleri, kişinin yemek yemesinin kilosu üzerinde oluşturacağı yanlış inançlar, gerçekçi olmayan vücut şekline sahip olma isteği, hedef gördüğü kiloya ulaşmak isteme ve ulaşamazsa başarısız bir insan olacağı gibi düşünceler yatmaktadır (Geller ve Dunn, 2011). YB’de psikolojinin altında yatan kilo alma korkusu ve ideal vücuda ulaşamama düşünceleri ile kişi benliğini bu yönde geliştirir ve yeme ile ilişkisi olan tetikleyicilere daha fazla dikkat eder, bilişsel hatalar yapar. Bu bilişsel hatalar da kişinin kaygı bozukluğu, depresyon, sinir, kendinden iğrenme gibi olumsuz duygulanımlarını tetikler. Birey bu hislerden kurtulmak için aşırı diyet, tıkanırcasına yeme, aşırı egzersiz, kusma gibi davranışlarda bulunur ancak bunlar sadece geçici bir rahatlama sağladığı için kişi bu davranışları tekrarlamaya başlar ve bu durum bir döngü haline gelir (Williamson vd., 2004: 712). BDT, YB’ de üç şekilde uygulanır ilki YB

tanısı olan bireylere düzenli yeme alışkanlığı kazandırmaya çalışmaktır. Düzenli yeme davranışı kazanmış olan bireyin yeme krizlerinde ve olumsuz telafi davranışlarında azalma görmek amaçlanır. İkinci olarak aşırı yeme ve bunun sonucunda olan olumsuz davranışlar için uygun baş etme stratejileri geliştirmeye çalışılır. Son olarak ise negatif düşünceler düzeltilerek kişide davranış değişikliğine gitmek amaçlanır (Fairburn vd., 1993). BDT'ye göre tedavide hastanın yalnızca olumsuz telafi davranışlarına değil, aynı zamanda yeme krizi süreçlerinde yaşadığı duygular ve davranışlarını kontrol edebilme durumuna da bakılmalıdır (Fairburn, vd., 2003). BDT genel olarak davranış odaklı bir terapi olduğu için YB'de olumsuz telafi davranışlarını değiştirmeye ve bu davranışların ne kadar sağlıklı olduğunu ele alır. Ancak BDT YB'de her ne kadar etkili olsa da genel olarak YB olan bireylerde bu terapiyi alırken zorlanma, tedaviye başlayamama, tedaviye direnç gösterme söz konusudur çünkü bu bireyler değişime çok açık değildir (Mahon, 2000).

Psikanalitik Kuram

Psikanalitik Kuramlar Yeme Bozukluklarının altında yatan bilinçdışı dürtüleri ve çocukluk dönemindeki düş kırıklıkları, ihmal edilme hissi ve bireyin gelişiminde büyük yer tutan ayrılma-birleşme dönemlerinin etkisini vurgular. YB ile ilgili olan ilk psikanalitik yaklaşımlar dürtü ve çatışma modeline dayanır. Bu yaklaşımlar erken dönem yaşantılarının ve çözümlenmemiş içsel çatışmaların sonucunu bozulmuş yeme davranışı olduğunu gösterir ve özellikle oral dönem takıntılarına dikkat çeker (Caparrotta ve Ghaffar, 2006). Psikanalitik Kuramlar açısından ilk açıklamaların AN üzerine yapıldığı görülmektedir (Maner ve Aydın, 2007). Freud ilk çalışmalarında AN'yi konversiyon histerisi olarak tanımlayıp sebebinin oral dönemde yaşanan sapmalar olduğu vurgulamıştır. Daha sonra yaptığı çalışmalarda AN'yi hamile kalma korkusu ve cinsel dürtülere bağlamıştır. AN olan bireyin bilinçdışı olarak ağız ve vajinayı aynı gördüğü ve genital bir problem sonucunda kişi oral dönemine dönerek bu durumu kontrol ettiği hissine sahip olduğunu düşündüğü ifade edilmiştir (Pirim Düşgör, 2007). Sonuç olarak Freud AN'ye sahip olan bireylerin bilinçdışı olarak hamile olmaktan korktuğunu yeme davranışının bunu getireceğini düşündüklerini, aç kalma davranışının altında ise oral yol ile hamile kalmayı engelleyeceği düşüncesinin yattığını ifade etmektedir (Goodsitt, 1983). BN de ise Psikanalitik Kuramlar erken çocukluk dönemlerine ve bilinçdışı çatışmalara bağlar. Sperling'e göre (1983) yemek yeme davranışı baba ile birleşmeyi ve bu şekilde babayı "kastre etmeyi" temsil eder. Kastre etme iç güdüsünün altında babayı ortadan kaldırma ve anneye karşı kontrol sağlama içgüdüğü yataktadır. Bu durum kişinin süperegosunun gelişmesini engeller ve bu sebeple BN tanısı olan bireyler genellikle dürtülerini kontrol etmekte güçlük çekerler. Schwartz ise (1986) BN tanılı bireylerin kusma davranışını anne ve baba arasındaki cinsel ilişki fark edildikten sonra bir tepki olarak ortaya çıktığını ifade eder ve BN tanılı bireylerin kendi cinsel kimliklerinden kaçma eğiliminde olduğunu söyler (Erbaş, 2015). Sonuç olarak Psikanalitik Kuramlar YB 'yi bilinçdışı çatışma ve dürtülere bağlamış, erken dönem çocukluk deneyimlerinin önemli olduğunu söylemiştir.

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne İlişkileri Kuramı YB'yi kişinin erken dönemde içselleştirdiği nesne temsilleri ve anne çocuk ilişkisiyle açıklamaktadır. Nesne İlişkileri Kuramına göre YB olan bireylerde özerklik duygusu az, bağımsız olamayan ve anne ile sağlıklı ayrılma ve birleşme süreci geçirememiş olduğu ifade edilmiştir. Anneyle kurulan olumsuz ilişki kişinin bedenine yansımakta ve kişinin vücut algısı üstüne takıntılar kazanmasına sebep olmaktadır. YB olan kişilerde anneden tam olarak bağımsızlaşamama, ilişkilerde bağımlılık ya da kaçma, kontrol kaybı gibi duygular sıklıkla görülür (Erbaş, 2015). Nesne İlişkileri Kuramı açısından YB derinlemesine ele alınmasa da genel hatlarıyla değerlendirildiğinde ego kusurlarından kaynaklı olarak YB ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir Nesne İlişkilerine göre BN'ye sahip bireylerde nesne devamlılığı sağlanmakta güçlük çektiği ve sembiyotik nesneden ayrıldığında kişinin kendini

rahatlatamaması görülmüştür. Bu durum sonucunda kişi kendini rahatlatmak için tıkanırcasına yeme davranışı gösterir ve bu kişide rahatlatma sağlar (Arslan, 2024).

Yeme Bozukluklarının DSM 5 Sınıflandırması ve Tarihçesi

Yeme Bozukluklarının kökeni çok eski tarihlere dayanmaktadır. AN ilk defa 1874'te Gull ve Laségue'nun yaptığı çalışmalarda ortaya konmuştur (Gordon, 2000). DSM 1'de YB ayrı bir kategori olarak tanımlanmamış, psikonevroz başlığı altında yalnızca AN ele alınmıştır. AN bağımsız olarak değil mide ve bağırsak problemleri açısından ele alınmış, psikolojik faktörlerin sindirim sistemini nasıl etkilediğinden bahsedilmiştir (American Psychiatric Association [APA], 1952). DSM 2'de ise AN doğrudan bahsedilmemiştir ancak dolaylı yoldan Psikofizyolojik gastrointestinal bozukluk başlığı altında psikolojik faktörlerin sindirim sistemi etkilediği ifade edilmiştir (American Psychiatric Association [APA], 1968). AN ilk defa DSM 3'te "Çocukluk ve Adolesan Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar" altında sınıflandırılmış ve tanı ölçütleri konulmuştur. AN'yi bireyin normal kilodayken dahi kendini kilolu hissetmesi durumu olarak ifade etmişlerdir. Kişinin vücut ağırlığının %25'ini kaybetmesi ve kilosunun gelişimin dönemine göre normal kilosundan daha az olması gerektiğiyle ilgili kriterler vardır. Hastalık ilerlediğinde hipotansiyon, hipotermi, bağımlı ödem gibi fiziksel belirtilerin ortaya çıktığını belirtmişlerdir. AN ile beraber BN'de DSM 3'de ilk defa tanımlanmıştır. BN ile ilgili olarak tıkanırcasına yemek ve bunun sonrasında kusmak gibi davranışlar olduğu ifade edilmiştir. Bu hasatlığa sahip bireylerin cinsel açıdan isteksiz olması, ergenlerde ise gelişim döneminden geri kalma gibi durumların olabileceği belirtilmiştir (APA, 1980). DSM 4'te ise ilk defa ana bir başlık altında tanımlanmış ve kısıtlı tip ve tıkanırcasına yeme tipi olarak iki ayrı alt başlığı bulunmuştur. Tanısal değişiklik olarak kilo kaybının kişinin yaşı, cinsiyeti ve boyuna göre beklenen kilo kaybının %85 altına düşmesi olarak değişmiştir. BN içinse tanı sıklığı haftada iki kez olacak şekilde belirlenmiştir. (APA, 2000). DSM 5'te TYB ilk kez tanı kategorisine eklendi. AN'de önceden olan 3 ay boyunca adet görmeme kriteri kaldırıldı. BN'de ise haftada en az iki olması gereken tanı sıklığı bire indirildi ve atipik yeme bozuklukları "Diğer Belirtilen Yeme ve Beslenme Bozuklukları" yeniden isimlendirildi ve DSM güncel halini aldı (APA, 2013).

Yeme Bozukluğu Tedavisi

YB oldukça ciddi bir bozukluk olup bireyin psikolojik ve fizyolojik açıdan iyileştirmeyi amaçlayan birden fazla tedavi yöntemi vardır yöntemi vardır. YB'ye sahip bireylerde tedaviye iyi yanıt verme oranı orta derecede hastalığın tekrar etme olasılığı yüksektir. YB'de tedavi seçenekleri kişinin durumuna göre ayakta, yataklı serviste, kısmi yatışlı hastanede ya da ev tipi hastanelerde yapılabilmektedir (Anzai, vd., 2002). Tedavinin etkililiği artırılabilmesi için bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal durumlarına dikkat edilmeli ve bütüncül yaklaşılmalıdır (Chang, 2021). YB'ye sahip olan bireyler genel olarak tedaviye gönüllü olarak gelmemekte, aile ve arkadaşları tarafından yönlendirilmektedir (Siyez, 2006). YB tedavisinde tedavinin etkili olmaması ve tekrar edilme olasılığıyla ilgili yapılan araştırmalarda tedavinin etkili olmamasının altında kişinin olumsuz beden algısı düşüncesini devam ettirmesinin yattığı görülmüştür (Chang, vd., 2021). BN de ise hastalığın tekrar etmesi madde bağımlılığı ve B kümesi kişilik bozukluğuna sahip olmayla bağdaştırılmıştır (Herzog ve Eddy, 2007). Tedavinin yanı sıra tedaviden sonra hastaya ve hastanın ailesine YB ile ilgili eğitim verilmesi, beslenme danışmanlığına başlanması ve tekrar etme olasılığına karşın hastanın takip edilmesi gerekmektedir (Deveci, 2020).

Farmokoterapi

YB tedavisinde literatürde yapılan araştırmalarda farmokoterapinin etkisi sınırlı bulunmuş olup, ilk basamakta tercih edilmemektedir (Atlıoğlu, 2021). Antidepresanların antibulimik bir etkisinin olduğu literatürde bulunmaktadır. Özellikle fluoksetinin kullanımının genel hastalığın

etkisini azalttığı, kişide kusma ve yeme krizlerini azalttığı gözlemlenmiştir (Fairburn ve Harrison, 2003; Kotler vd., 2003). TYB'ye sahip bireyler için lisdexamfetamin (LDX) kullanılması önerilmektedir. LDX beyindeki kimyasalları etkileyerek dürtüsellik, inhibisyon (baskılama), iştah ve doyumluk gibi süreçleri etkileyerek bunları düzenler. Ayrıca bu ilaç bilişsel süreçleri de etkileyerek TYB'de hem hem biyolojik hem de bilişsel olarak yeme isteğini kontrol etmeyi sağlar (Citrome, 2021; Schneider. vd., 2021). TYB'li bireylerde Topiramet ve Sertralin kullanımının belirtileri azaltmakta etkili olduğu görülmüştür (Mairs ve Nicholls, 2016). BDT ile beraber yapılan tedavilerde Fluoksetin orta düzeyde iyileşme sağlamaktadır (Arslan, 2024). AN'de ise fluoksetin haricinde farmakolojik tedavi tasviye edilmemekle beraber hastalığın tekrar etmesine karşın antidepresan ilaçlarının kullanılabileceği belirtilmiştir (Kaye, vd., 2001).

Bilişsel Davranışçı Terapi

BDT YB tedavisinde son derece önemli ve etkin bir rol oynamaktadır. Bunun sebebi YB'de kişinin kendini ve beden algısını değerlendirmesi bilişsel bir süreçken, bu bilişsel süreçlerin aynı zamanda kişide olumsuz telafi davranışlarını ortaya çıkarmasıdır (Murphy, vd., 2010; Wilson, vd., 2002). BDT tedavisinin hedefi kişide beden algısıyla ilgili olumsuz düşüncelerin çalışılması, bu düşünceleri düzeltmek ve olumsuz telafi edici davranışları engellemektir (Geller ve Dunn, 2011). BDT daha çok BN ve TYB'de tercih edilmekle beraber AN tedavisinde de kullanılabilmektedir ancak BN ve TYB'ye kıyasla daha az etkin olduğu belirtilmektedir (Ergüney Okumuş, 2017). BDT'de BN için tedavi sürecinde ilk olarak kişide değişim için motivasyon artışı sağlanmaya çalışılır. Daha sonrasında kişinin kendi beden algısıyla ilgili çarpık ve yanlış düşünceleri belirlenir ve bu düşünceler üzerine çalışılır. Bu düşünceler üzerinde çalışıldıktan sonra çok sıkı olmayan bir diyet programı hazırlanır ve kişinin yeme krizlerine sebep olan durumlar tespit edilerek bu durumlarla nasıl başa çıkılabileceğine karşın beceriler kazandırılır (Chen vd., 2003; Fairburn, vd., 1993). BDT'de kullanılan bilişsel tekniklerde hastanın beden algısıyla ilgili yanlış olan düşünce yapısını değiştirmek için hastanın düşünceleri baştan oluşturulmaya çalışılır. Hastanın düşüncelerini tekrardan yapılandırmaya yardım ederken kendi beden algısıyla ilgili düşünceleri öğrenilir ve bu düşünceleri daha bilimsel bir şekilde ele almaya çalışması, araştırma yapması tavsiye edilir. Beden algısı hakkında yaşayabileceği en kötü durumlar ele alınır ve bu durumlar üzerine konuşulup ne kadar gerçeği yansıttığı değerlendirilir (Garner ve Bemis, 1982). Davranışsal olarak hastaya yardımcı olmak içinse hastanın yemek ile ilgili olan olumsuz telafi edici davranışları durdurmak için maruz bırakma, duyarsızlaştırma ve çeşitli davranışsal egzersizler gibi yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bunlara ek olarak hastayla rol oynama tekniği kullanılabilmektedir (Hauserman ve Lavin, 1977). BDT tekniği kullanılan BN hastalarının çoğunda tam iyileşme görülmekte, iyileşme görülmeyen bireylerde ise çok önemli derecede semptomatik olarak iyileşme görülmektedir (Herzog ve Eddy, 2007). Tedaviyi bırakanların çoğunda ise önceki dönemlerde AN tanısı olduğu, depresyon geçirdiği ya da sosyal uyumsuzluğunun olduğu saptanmıştır. Hastaları tedaviyi bırakmaya iten bir diğer nokta ise kişinin diyetini esnetmek ve düzenli olarak kilo kontrolü yapılmasıdır. Bu durum YB olan bireylerde kilo alma korkusunu artırır ve yoğun bir korku oluşturur (Fairburn, vd., 1993).

Geliştirilmiş Bilişsel Davranışçı Terapi (G-BDT)

G-BDT'de amaç YB'yi sürdüren düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmektir. Özellikle ayakta tedavi gören bireylerde G-BDT önemli ölçüde etkili olmaktadır. G-BDT Yeme Bozukluklarını tüm yönleriyle ele alır ve bireyin kendine özgü durumuna göre tedavi süreci şekillendirilir. Tedavi sürecinde hangi konulara odaklanılacağı kişinin ihtiyacına göre şekillenir ve ihtiyacına göre bir süreç izlenir. Bu sayede tedavi herkes için aynı değil, kişiye özel bir şekilde uyarlanmış olur (Fairburn vd., 2015). G-BDT BDT'den farklı olarak ilk olarak davranışsal değişikliğe gitmeye odaklanır ve bu davranışsal değişikliklerin de daha sonrasında

bilişsel değişiklikleri getireceğini söyler (Murphy vd., 2010). Bu terapi yönteminin “Geliştirilmiş” olarak nitelendirilmesinin sebebi hastalığın devam etmesinin sebebinin mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, duyguduruma tahammülsüzlük ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan sıkıntılar gibi durumlardan kaynaklandığını ifade etmesi ve patolojiyi geniş bir şekilde ele almasıdır (Fairburn vd., 2003). Tedavi 4 aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada hasta değerlendirilir daha sonraki aşamada ise hastalıkla beraber görülen mekanizmalar incelenir ve hastanın ihtiyacına göre bir terapi programı oluşturulur. Üçüncü aşamada YB ile ilgili konuşulur ve değerlendirilir, dördüncü aşamada ise ilerleme devam ettirilir (Fairburn, 2008). Tedavi aşırı derecede zayıf olan kişiler için 40 hafta boyunca 40 seans olarak uygulanırken beden kitle indeksi 17.5’in üzerinde olan bireyler için 20 hafta boyunca 20 seans olarak sürer (Fairburn, vd., 2009). G-BDT hastanın motivasyonunu artırırken hastanın kendisinin yaşadığı durumun farkına varması ve artı ve eksileri fark etmesini sağlaması açısından önemlidir. Hastaya farkındalık kazandırmadaki amaç kişinin kendi isteğiyle kilo almasını sağlamak ya da olumsuz telafi davranışlarından kendi isteğiyle vazgeçmesini sağlamaktır (Murphy vd., 2010).

Kişilerarası Psikoterapi (KP)

KP özellikle BN ve TYB son derece işe yaradığı kanıta dayalı olan bir tedavi şeklidir. YB’ye sahip bireylerin çoğunda kişilerarası ilişkilerde sıkıntılar görülmekte ve bu durum hastalığı etkilemektedir (Murphy vd., 2012). YB’ye sahip olan ergenlerde KP’nin TYB semptomlarını iyileştirdiği, kişinin yeme konusunda daha kontrollü hissettiği ve obezite riskini azalttığı yapılan çalışmalarda görülmüştür (Tanofsky-Kraff vd., 2014). KP’nin temel amacı BDT’nin aksine yeme davranışı ya da beden algısını değiştirmeye yönelik değil, YB olan bireylerin daha sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurabilmesini sağlamaktır (Deveci, 2020). Yapılan araştırmalarda BN için en etkili terapi yöntemi olarak G-BDT ve KP önerilirken G-BDT direkt olarak YB’ye sahip bireylerin beden algısı ve olumsuz davranışlarını değiştirmeye yönelirken KP daha çok kişilerarası ilişkileri ele almaktadır. Bu sebeple KP’de istenen etki G-BDT’ye göre daha uzun bir süre sonra ortaya çıkmaktadır (Sivyer vd., 2020). AN’ye sahip bireylerde ise KP alanında çok fazla araştırma yapılmamıştır ancak literatürde bulunan araştırmalar incelendiğinde KP’nin AN üzerinde BDT kadar bir etkisi olduğu fakat bu etkinin BDT’ye oranla daha uzun sürede ortaya çıktığı görülmüştür (Murphy vd., 2012).

Aile Temelli Terapi (ATT)

Maudsley Aile Terapisi olarak da bilinen ATT özellikle çocuk ve ergenlerde kullanılan bir terapi yöntemidir. ATT’de temel amaç çocuğun yeme ve kilo almasının sorumluluğunu tamamen ebeveynlere verme ve bu süreçte çocuğa sağlıklı beslenme alışkanlığı sağlamaktır. Bu terapi yöntemi sayesinde çocuk kendi ortamında bir iyileşme sağlar ve aileyi sürece dahil ederek çocuğun beslenmesi zorlanmadan kararlı bir şekilde yön verilir. Bu sayede çocuk yeme davranışını kontrol etmeyi öğrenir ve aile bu serece dahil olarak aşamalı bir şekilde ilerleme sağlanır (Couturier vd., 2012; Sties-Shields vd., 2012). Üç aşamadan oluşan bu tedavi yönteminde ilk aşamada ailelere çocuklarına nasıl sağlıklı bir beslenme düzenini nasıl kazandırabilecekleri anlatılır ve eğer çocuk kardeşe sahipse aralarındaki ilişkilerin güçlendirilmesi söylenir. İkinci aşamada aile sorunları ele alınır ve son olarak üçüncü aşama hasta normal kiloya ulaştıktan sonra başlar ve gelişimsel ve bireysel sorunlar ele alınır (Dare, Eisler vd., 1990). ATT özellikle AN’ye sahip bireylerde son derece etkili olmakla birlikte ATT uygulanan ergenlerin %50’si normal kilosuna ulaşmıştır (Couturier vd., 2012).

Psikodinamik Terapiler

Psikodinamik yöntemler YB’de özellikle AN tedavisinde son derecede etkili olmaktadır. Psikodinamik terapiye göre kişideki içsel çatışmaların dışarıya yansması YB olan bireylerde olumsuz yeme tutumlarıyla ortaya çıkmaktadır (Zerbe, 2015). Psikodinamik tedavide amaç

kişinin önceki deneyimlerinden yola çıkarak şuan ki duygularıyla bunu bağdaştırmasıdır. Bunun yanında terapist süreç boyunca hastanın bilinçdışı, rüyalarını, duygu aktarımı ve terapötik ilişkilerini analiz eder (Fries ve Sullivan, 2017). Psikodinamik terapiler YB'yi etkileşimsel bir bozukluk olarak ele alır ve terapötik ilişkiye odaklanır, aktarım süreçleri, empatik dinleme, yansıtma ve yüzleştirme teknikleriyle hastanın içsel çatışmalarını anlamasına yardımcı olur (Zerbe, 2007). Psikodinamik tedavinin etkililik oranını inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada (ANTOP Study) Psikodinamik tedavinin AN üzerinde BDT'den daha etkili olduğunu, BDT'nin etkisinin psikodinamik tedavi kadar olmadığı ancak standart bir tedaviden daha etkin olduğu saptanmıştır. Psikodinamik terapinin ise kişiyi yönlendirmede BDT kadar etkili olmadığı, daha çok kişilerarası ilişkiler ve içgörüyü etkilediği görülmüştür. Bu çalışma sonucunda Psikodinamik tedavinin AN'li bireylerde etkili olduğu saptanmıştır (Zipfel vd., 2014). BN tedavisinde psikodinamik tedavi yönteminin kullanıldığı araştırmalar sınırlıdır. Psikodinamik tedavide amaç kısa süreli semptom iyileşmeleri değil uzun süreli kişinin hayat kalitesini artırmaktır (Zerbe, 2015).

Yöntem

Yapılan araştırmada literatür taraması ile yapılan derleme yöntemi kullanılmıştır. Herhangi bir saha çalışması ya da ölçek kullanılmamıştır. Literatür taramasına dayalı olan derleme makaleleri belirli bir konuyu kuramsal çerçeve ve araştırma alanı doğrultusunda bulunan kaynaklardan yararlanarak inceler ve eleştirel bir bakış açısıyla değerlendirir (Ayraller, 2022).

Araştırmada Google Akademik veri tabanından Türkçe ve İngilizce yayımlanmış makaleler incelenmiş, YÖK Tez'de yayımlanmış tezler ve ilgili kitaplar gözden geçirilmiştir.

Bulgular

İncelenen çalışmalarda Yeme Bozukluğunda birden fazla psikososyal etkenin olduğu görülmüştür. İncelenen çalışmalarda çocukluk çağı travmaları, duygusal istismar, aile yapısı, ebeveyn tutumları gibi değişkenlerin Yeme Bozukluğu ile anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada Yeme Bozukluğu riski ile aile yapısı ve sosyal görünüş kaygısı incelenmiştir. Çalışmada katılımcılara Yeme Tutum Testi (YTT), Ebeveyn Bağlanma Ölçeği (EBÖ) ve Çocukluk Çağı Travma (ÇÇT) ölçekleri kullanılmıştır. Çalışmada örneklem İzmır'de okuyan ve üniversiteye yeni başlamış olan 2700 öğrenciden oluşmaktadır. Katılımcıların yaşları 17 ile 19 arasındadır. Katılımcıların %3,5'inin babası, %1,3'ünün annesinin hayatta olmadığı görülmüştür. Araştırmada elde edilen bulgularda katılımcıların %10,2'sinde Yeme Bozukluğu saptanmıştır. Yapılan istatistiklere göre kadın olmak, düşük yaş grubunda olmak, otoriter yapıda bir babaya sahip olmak, olumsuz aile yapısı, yüksek sosyal görünüş kaygısına sahip olmak gibi değişkenlerin YB riski ile anlamlı bir farkı olduğu görülmüştür. YB riski olan bireylerde Aile Yapısı Değerlendirme Aracı (AYDA) puan ortalamasının risk taşımayan bireylere oranla ileri derecede yüksek çıkmıştır. Bu durum YB riski olan bireylerin aile yapısında işlevsellikte bozulma olduğunu göstermektedir. Çalışmada sosyal görünüş kaygısı ile YB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Öztürk, 2020). Bu bulgular kişinin sahip olduğu aile dinamiği, beden algısı ile ilgili olarak sosyal baskının olumsuz yeme davranışını nasıl ortaya çıkardığını göstermektedir.

Erken çocukluk döneminde aile tutumlarını inceleyen bir diğer çalışmada ise özellikle annenin tutumu üzerinde durulmuş ve sonuç olarak annenin tutumunun çocuğun yeme davranışında doğrudan bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Annenin yaşı, ekonomik durumu, eğitim düzeyi ve ev içindeki rolü gibi birden fazla faktör bu durumda rol oynamaktadır. Bu çalışmada da aile işlevsellik düzeyinin yeme davranışını etkilediği gözlemlenmiştir. Çalışma 266 anne ve 266 çocuk üzerinde uygulanmıştır. Annelere "Aile Değerlendirme Ölçeği", çocuklara "Çocuklara

Uygulanan Yeme Davranışı Anketi” uygulanmıştır. Bu çalışma sonucunda olumsuz yeme davranışının yalnızca kişisel psikolojik sebeplere bağlı olmadığı, aile içi işlevsellik ve özellikle anne tutumuna bağlı olduğu vurgulanmıştır (Lafçı, 2021).

Bir başka çalışmada da Helikopter Ebeveynlik (HE) ile YB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişki incelenmiş, aynı zamanda bu ilişkide anne-baba duygusal erişebilirliği ve çocuğun duygu düzenleme güçlüğü değişkenleri analiz edilmiştir. Çalışmadaki bulgulara göre annenin Helikopter Ebeveynliği arttıkça çocuğun duygu düzenlemede zorluk çektiği ve bunun sonucunda YB belirtilerinin daha şiddetli görüldüğü saptanmıştır. Babanın HE ile YB belirti şiddeti arasında ise dolaylı negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bulgulara göre babanın duygusal olarak erişilebilir olması çocukta pozitif yönlü bir etki yaratmakta ve bunun sonucunda YB riski azalmaktadır. Sonuç olarak Annenin aşırı müdahaleci bir tutumunun olması çocukta YB riskini arttırırken babanın HE davranışı duygusal erişilebilirlik ile destekleniyorsa çocuk için duygu düzenlemede pozitif bir etkisi olduğu bulunmuştur (Çoban, 2023).

Ergenlik döneminde çocukların olumlu ve olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma durumu ile emosyon regülasyon (ER) becerileri ve aleksitimi düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemiş; ayrıca geçmişte YB tanısı almış bireyler ile psikiyatrik eş tanı grubundaki klinik kontroller karşılaştırılmıştır. Araştırmada olumlu yaşam olaylarına maruz kalmanın YB grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüş, olumsuz yaşam olayları ile ise aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. YB tanısı olan grupta duygusal ihmalin kontrol grubuna oranla daha yüksek olduğu saptanmış, emosyon regülasyonunda işlevsel olmayan stratejileri daha fazla kullandıkları ve duyguları anlayabilmekte daha fazla zorluk çektikleri görülmüştür. Araştırmada YB tanısı olan bireylerin duygularla baş etmek için işlevsiz yöntemleri daha çok kullandığı görülmüştür. Çalışmada olumlu yaşam olayları ve duygularla baş etmede işlevsiz yöntemler kullanma arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Bu durum olumlu yaşam olaylarının bireylerin duygularını düzenlemede pozitif yönde bir katkı sağladığını göstermektedir. Sonuç olarak bulgular ergenlikte yaşanan duygusal ihmal ve olumsuz yaşam olaylarının YB riskini artırdığı yönündedir (Derviş, 2023).

İncelenen bir diğer çalışmada ise önceki dönemlerde yaşanan ihmal ve istismarın YB tanısı almış kişilerde benlik saygısı ve beden algısına olan etkisini incelemiştir. Elde edilen bulgulara YB tanısı almış bireylerin çocukluk döneminde duygusal ve fiziksel şiddete maruz kalması sağlıklı bireylere oranla anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Özellikle BN tanısı alan bireylerde travmatik yaşam olaylarının daha fazla olduğu görülmüştür. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden (CTQ-28) alınan toplam puanlar ile duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ihmal alt ölçek puanları, hasta grubunda daha yüksek çıkmıştır. Aynı zamanda travma puanları ile benlik saygısı ve beden algısı ile negatif ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak erken dönemlerde travma yaşayan bireylerin benlik saygısı ve beden memnuniyeti düşük olup bu durumun YB'na yol açabileceği saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda travmatik yaşam olaylarının kişinin psikolojisinde derin izler bırakabileceği ve bunun YB ile yakından ilişkisi olduğunu göstermektedir (Oğlağı, 2012).

2023 yılında yapılan bir araştırmada üniversite öğrencilerindeki olumsuz yeme tutumları ile çocukluk dönemi travmaları ve erken dönem uyumsuz şemaları ile olan ilişkide duygu düzenleme güçlüğü ve otomatik düşüncelerin rolü incelenmiştir. Araştırmaya 18-35 yaş arasında olan 398'i kadın, 381'i erkek 779 üniversite öğrencisi katılmıştır. Çalışmada Hollanda Yeme Davranışı Anketi, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Young Şema Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlükleri Ölçeği ve Otomatik Düşünceler Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda erken dönem uyumsuz şemalar, çocukluk çağı travmaları, duygu düzenleme güçlükleri ve yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmaya göre erken dönemde yaşanan olumsuz deneyimler, kişinin şema yapılanmasını etkileyerek

yeme tutumlarını olumsuz yönde etkileyebileceği görülmüştür. Duygu düzenleme güçlükleri ve negatif otomatik düşüncelerinde analiz sonucunda bu ilişkide anlamlı bir aracı olduğu görülmüştür. Sonuç olarak travmatik yaşantılar ve uyumsuz şemalar kişinin duygu düzenlemesini ve olumsuz otomatik düşüncelerini etkilediği için ileriki dönemlerde olumsuz yeme tutumlarının ortaya çıktığı görülmüştür (Kahraman, 2023).

Erken dönem travmaları ile bozulmuş yeme tutumları arasındaki ilişkide ebeveynden algılanan bağlanma tarzının düzenleyici etkisi inceleyen bir çalışmada 1070 üniversite öğrencisi katılım sağlamıştır. Araştırmada Yeme Tutum Testi (YTT), Ebeveyne Bağlanma Ölçeği (EBÖ) ve Çocukluk Çağı Travma (ÇÇT) ölçeği kullanılmıştır. Araştırma erken dönemde yaşanan travma, duygusal istismar gibi deneyimlerin yeme tutumlarına olumsuz bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bulgular özellikle annenin çocuğa karşı olan ilgi ve kontrolünün yeme tutumunu önemli derecede etkilediğini göstermiştir. Araştırmaya göre anneden gelen ilgi ve kontrol oranı arttıkça olumsuz yeme tutumlarının azaldığı, anneden gelen aşırı korumanın ise olumsuz yeme tutumlarını arttırdığı gözlemlenmiştir. Analiz sonuçlarına göre olumsuz yeme tutumlarının erken dönem olumsuz deneyimlerle pozitif ve anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bu bulgular, bağlanma kuramı çerçevesinde yeme bozukluklarının gelişimini açıklayan modellere katkı sağlamakta; psikoterapi süreçlerinde terapistin ilgi ve dengeleyici kontrol davranışlarının iyileştirici gücünü vurgulamaktadır (Tunç, 2020).

Yeme Bozukluğu eğilimlerinin erken dönem travmaları ve yaşam deneyimleriyle ilişkisini araştıran bir çalışmada YB tanısı olan katılımcıların duygusal, fiziksel ve cinsel istismar puanları tanısı olmayanlara oranla çok daha yüksek çıkmıştır. Araştırma Kuzey Kıbrıs'ta yaşayan 139 kadın, 150 erkek toplamda 289 katılımcıyla yapılmıştır. Katılımcıların yaş aralığı 21-49 arasındadır. Katılımcılara Yeme Bozuklukları Ölçeği (REZZY), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) ile Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ) uygulanmıştır. Bulgulara göre katılımcıların %34,3'ü YB için risk grubuna alınmıştır. İncelenen bulgular doğrultusunda erken dönemde yaşanan travmatik deneyimlerin ileriki süreçlerde kişide yeme davranışının bozulmasına etki ettiği görülmüştür. Aynı zamanda yaşam doyumunun YB tanısında önemli rol oynadığı, düşük yaşam doyumunun kişide YB riskini artırdığı saptanmıştır. Araştırmada düşük ebeveyn eğitimin travmatik yaşantıları artırabileceği ve bu durum YB riskini dolaylı yoldan etkileyebileceği söylenmiştir (Okumuşoğlu, 2022). Bu sonuçlar, yeme bozukluklarının yalnızca bireyin mevcut yaşam koşullarıyla değil, aynı zamanda geçmişte yaşadığı travmatik deneyimlerle de bağlantılı olduğunu vurgulayan literatür ile tutarlılık göstermektedir.

İncelenen bulgular Yeme Bozukluğunun yalnızca bireysel psikopatolojilere bağlı değil aynı zamanda ailesel dinamikler, erken dönem deneyimleri, sosyal faktörler gibi farklı etkenlere bağlı olduğunu göstermektedir.

Tartışma

Bu derleme çalışmasına YB tanısı olan bireylerde aile ve çocukluk deneyimlerinin rolünü incelenmiştir. Bu bağlamda tezde literatürde yayınlanan derleme makaleleri, tezler incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgulara göre YB eğiliminin aile yapısı, ebeveyn tutumları, çocukluk dönemi travmaları ve sosyal faktörlerle güçlü bir biçimde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda incelenen çalışmalarda otoriter bir aile yapısına sahip olmak, aile içindeki işlevsellikte bozulma olması ve annenin aşırı koruyucu ve müdahaleci davranışlarının çocuklarda yeme davranışını olumsuz bir şekilde etkilediği görülmüştür. Yapılan araştırmalarda özellikle erken dönem travmatik deneyimler ve duygusal ihmal gibi durumların YB riskini artırdığı görülmüştür. Sonuç olarak incelenen araştırmalar doğrultusunda çocukluk travmaları ve aile tutumlarının YB için önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur. YB tanısı alan bireylerde aile ve çocukluk deneyimlerinin rolünü inceleyen çalışmaları karşılaştıracak olursak; 2018 yılında yapılan bir çalışmada Yeme Bozukluğunun yalnızca yaşanan travmadan

kaynaklanmadığı, yaşanan travmanın inkar edilmesi ve bu inkarın uzun süre devam etmesi sonucunda ortaya çıktığı söylenmiştir (Gürçan ve Kolburan, 2018). 2021 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise YB'nin yalnızca kişisel psikolojik sebeplerden ortaya çıkmadığı, aile içi işlevselliğe ve özellikle annenin tutumlarına bağlı olduğunu belirtmiştir (Lafçı, 2021). Yapılan çalışmaların bulgularını inceleyecek olursak YB'nin oluşumunda yalnızca travmalar değil, bu travmaya verilen tepkiler, çevresel faktörler ve özellikle anne tutumunun önemli rol oynadığını görebiliriz

2022 yılında yapılmış olan bir çalışmada elde edilen bulgulara göre ergenlik döneminde olmak önemli bir risk faktörü olarak görülmüştür. Bunun yanı sıra YB riskinde en ciddi etkenin duygusal, fiziksel istismar ve duygusal ihmal olduğu elde edilen bulgularda görülmüştür. Çalışmada önceki araştırmalardan farklı olarak ailede psikiyatrik bir hastalığa sahip bireyin bulunmasının da risk faktörü olduğu saptanmıştır (Kovács-Tóth vd., 2022). Bu çalışmanın bulguları 2020 yılında yapılan bir çalışma ile önemli ölçüde örtüşmektedir. Yapılan çalışmada YB tanısı olan bireylerin çoğunda olumsuz aile yapılanması görülmüş olup, risk faktörleri arasında kadın olmak, ailede psikiyatrik rahatsızlığın bulunması, babanın otoriter ebeveynlik stiline sahip olması gibi faktörler yer almıştır. Çalışmada ayrıca sosyal görünüş kaygısının da YB riskini artırdığı belirtilmiştir (Öztürk, 2020).

2017 yılında yapılan bir çalışmada YB riski yüksek olan çocukların anne ve babalarının ebeveynlik stillerini olumsuz algılama ihtimalinin daha yüksek olduğunu ve bu bireyleri erken dönem uyumsuz şemalarının daha güçlü olduğu, aynı zamanda duygu düzenleme de daha çok güçlük çektiğini göstermiştir. Aynı zamanda annenin olumsuzluk ebeveyn algısının da YB riskini dolaylı olarak etkilediği görülmüştür (Yurtsever ve Sütcü, 2017). 2023 yılında yapılan bir çalışmada ise benzer bir şekilde erken dönem uyumsuz şemaların ve duygu düzenleme güçlüklerini YB tanısı için riskli olduğu belirtilmiş olup, özellikle annenin olumsuz ve müdahaleci tutumunu YB riskini olumsuz etkilediği saptanmıştır. Bunun yanı sıra önceki çalışmadan farklı olarak babanın HE davranışının duygusal erişilebilirlik ile desteklendiği zaman YB riskini azalttığı gözlemlenmiştir (Çoban, 2023).

2024 yılında yapılan bir araştırmada elde edilen bulgulara göre YB tanısı alan bireylerin çoğunda çocukluk travmaları, işlevsiz aile yapısı, düşük benlik algısı, sosyal işlevsizlik gibi faktörlerin YB'de önemli bir rol oynadığı saptanmıştır. Araştırma sonucunda YB tanısı alan bireylerin pek çoğunda travmatik geçmiş yaşantılar olduğu görülmüş, aile işlevsizliği ve sosyal işlevselliğin düşük olmasının da YB şiddetini negatif yönde etkilediği görülmüştür (Arslan, 2024). 2012 yılında yapılan bir çalışmada ise benzer şekilde YB tanısı almış bireylerin çocukluk döneminde travmatik deneyimler yaşadığı ve benlik algısı ile beden memnuniyetinin YB için bir risk faktörü olabileceği ortaya konmuştur (Oğlaoglu, 2012).

2021 yılında yapılan bir çalışmada önceki çalışmalarla benzer şekilde çocukluk çağında yaşanan travmanın YB riskini artırdığı görülmüştür. Buna ek olarak YB tanısı alan bireylerde fiziksel istismar ve duyguları ifade etmede güçlük çekme (aleksitimi) oranı yüksek çıkmıştır (Özdemir ve Tükel, 2021). 2023 yılında yapılan bir çalışmada ise benzer şekilde duygusal ihmal ve fiziksel istismarın YB tanısı için kritik bir rol oynadığı belirtilmiştir. Aynı zamanda önceki çalışmaya benzer şekilde yapılan araştırmada YB tanısı olan bireylerin aleksitimi düzeyleri yüksek çıkmıştır (Derviş, 2023).

2017 yılında yapılan bir araştırmada ebeveynlerin müdahaleci ve baskıcı bir tutumda olmasının ergenlerde olumsuz yeme tutumlarının oluşmasında etkili bir faktör olduğu belirtilmiştir. Bunun yanı sıra duygusal şemaların da yeme tutumunda rol oynadığı bulgular sonucunda görülmüştür. Özellikle duygulara karşı zayıflık, farklı hissetme, suçluluk gibi şemaların sağlıklı yeme tutumlarını etkilediği görülmüştür (Gürel, 2017). 2020 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise özellikle annenin çocuğa karşı olan tutumunun yeme davranışını etkilediğini

belirtmiştir. Bulgulara göre annenin aşırı koruyucu bir tutumda olmasının çocuğun olumsuz yeme tutumunu artırdığı gözlemlenmiştir. Aynı zamanda bulgulara erken dönemde yaşanan travmatik olayların da yeme tutumunu olumsuz etkilediği saptanmıştır (Tunç, 2020).

2019 yılında yapılan bir araştırmada erken dönemde yaşanan travmaların olumsuz yeme tutumlarında ciddi derecede etkili olduğu görülmüştür. Araştırmada özellikle fiziksel ihmal ve cinsel istismara uğrayan bireylerin olumsuz yeme tutumlarına sahip olma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bulgulara göre erken dönemde fiziksel ihmal düzeyi arttıkça kişinin zayıflama isteği ve katı diyet gibi olumsuz yeme tutumlarının arttığı görülmüştür (Tunç, 2019). 2022 yılında yapılan bir çalışmada ise benzer bir şekilde çocukluk çağı travmalarının ilerleyen zamanlarda kişide olumsuz yeme tutumlarının ortaya çıkmasında rol oynadığı görülmüştür. Bulgular sonucunda travmatik yaşantıların yanı sıra kişinin yaşam doyumunun da YB’de önemli rol oynadığı, düşük yaşam doyumunun YB tanı riskini artırdığı saptanmıştır. Araştırmada bahsedilen bulgularla beraber ebeveyn eğitim düzeyinin de YB riskinde dolaylı olarak rol oynadığı analizler sonucu gözlemlenmiştir (Okumuşoğlu, 2022).

2023 yılında yapılan bir araştırmada YB tanısı alan bireylerin daha fazla erken dönem travmaları yaşadığı saptanmıştır. Aynı zamanda yaşanan travmaya bağlı olarak farklı YB’ye sahip olunduğu görülmüştür. Araştırmada YB’ye sahip bireylerin travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete gibi durumlara tepki olarak olumsuz yeme tutumlarının çıkabileceği gözlemlenmiştir (Seven, 2023). 2023 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise benzer bir şekilde çocukluk çağında yaşanan travmatik deneyimlerin olumsuz yeme tutumlarını ortaya çıkardığı görülmüştür. Ancak farklı olarak yalnızca çocukluk döneminde yaşanan travmalar değil, erken dönemde oluşan uyumsuz şema yapılanması ve duygu düzenlemede güçlük gibi faktörlerin de olumsuz yeme tutumlarında etkili olduğu savunulmuştur (Kahraman, 2023).

Sonuç ve Öneriler

447

Yeme Bozuklukları kişinin yeme tutumunda ciddi boyutta olumsuz davranış gösteren, fiziksel ve psikolojik sağlığı etkileyen bir bozukluktur. Yapılan derleme çalışmasında incelenen bulgular doğrultusunda YB’nin yalnızca bireysel psikolojik etkenlerden değil aynı zamanda çocukluk çağı travması, aile içi işlevsizlik gibi birden çok faktörün bir araya gelmesi sonucu ortaya çıktığı görülmüştür. Tedavi sürecinde bireysel terapi ve ailesel terapinin yanında bir diyetisyenle beraber çalışılması, aynı zamanda gerekirse farmakolojik destek alınması tavsiye edilmektedir. Terapide özellikle çocukluk dönemi deneyimleri ve aile içi işlevlere dikkat edilmelidir. İncelenen araştırmalar doğrultusunda aile tutumları, ebeveyn kontrol düzeyi, duygusal ihmal ve istismar gibi erken dönem deneyimleri YB oluşumunda son derecede önemli bir rol oynadığını göstermiştir. İncelenen araştırmalar doğrultusunda yeme bozuklukları konusunda aile yapısı ve çocukluk deneyimlerinin etkisini ele alan çalışmaların artırılması ve bu alanda daha fazla psikoeğitim ve önleyici müdahale programına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

Alantar, Z., ve Maner, F. (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 97–104

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Arlington, VA, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1st ed.). American Psychiatric Association

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC. 2000.

Anzai, N., Lindseydudley, K., Bidwell, R. J.: 2002 “Inpatient and Partial Hospital Treatment for Adolescent Eating Disorders”, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11/2, 279-309.

Arslan, S. C. (2024). *Yeme bozukluğu vakalarında sosyal işlevselliğin keşfine yönelik nitel bir araştırma* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.

Atlioğlu, N. (2022). *Covid-19 döneminde yeme bozukluğu yaygınlığı: yeme bozukluğu semptomlarının yordayıcıları* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Haliç Üniversitesi.

Ayraller, A. (2022). Özet. Ö. O (Ed.), *Derleme nasıl hazırlanır?* içinde (s. 49-52). Türkiye Klinikleri.

Barakat, S., McLean, S. A., Bryant, E., Le, A., Marks, P., P., Touyz, S. (2023). Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders*.11(8) doi:10.1186/s40337-022-00717-4

Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953–959.

Bould, H., De Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., Dalman, C., & Lewis, G. (2016). The influence of school on whether girls develop eating

Bulik, C. M., & Tozzi, F. (2013). The Genetics of eating disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 9, 589-620.

Caparrotta, L. and Ghaffari, K. (2006). A historical overview of the psychodynamic contributions to the understanding of eating disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20(3), 175-196. <https://doi.org/10.1080/02668730600868807>

Chang, P., Delgadillo, J., Waller, G. (2021). Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 86, 102032.

Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., Russell, J., Schotte, D. E., Gertler, R., Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitivebehavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 241–254.

Citrome L. (2021). Binge Eating Disorder: A Psychiatrist's Commentary on Clinical Considerations. *Clinical Therapeutics*, 43(1), 7–16.

Cooper, M. (2005). Cognitive theory in anorexi nervosa and bulimia nervosa: progress, deveopment and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(4), 511-531

Couturier, J., Kimber, M. ve Szatmari, P. (2012). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3–11. doi: <https://doi.org/10.1002/eat.22042>

Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:1141-1164

Çam, H. H., (2017) Ergenlerde yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ruhsal semptomlarla ilişkisi. *Turkish Journal of Public Health* 15(2), 96-105

Çelik, S., Yoldaşcan, E. B., Okyay, R. A. ve Özenli, Y. (2016). Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal Of Psychiatry*, 1(17), 42-50. <https://doi.org/10.5455/apd.175836>

Çoban, S. (2023). *The relationship between helicopter parenting and eating disorder symptoms in university students: the roles of parental emotional availability and emotion regulation difficulty* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Tobb University Of Economics And Technology..

Dakanalis, A., Pla-Sanjuanelo, J., Caslini, M., Volpato, C., Riva, G., Clerici, M., Carrà, G. (2016) Predicting onset and maintenance of men's eating disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, 16(3), 247–255

Dare, C., Eisler, I., Russell, G. F., Szmulker, G. I.: 1990 “The Clinical and Theoretical Impact of A Controlled Trial of Family Therapy in Anorexia Nervosa”, *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 39–57.

Derviş, S. A. (2023). *Yeme bozukluğu tanılı ergenlerde olumsuz çocukluk çağı yaşam olaylarının emosyon regulasyonu ve aleksitimi ile ilişkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış Uzmanlık tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.

Deveci, E. (2020). *Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun görülme sıklığı ve psikososyokültürel yordayıcıları: istanbul örnekleme* [Yayımlanmamış doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi.

Dinç, S. Y. (2016). Yeme bozuklukları tedavisinde aile terapisi yaklaşımı ile ilgili araştırmalar: bir gözden geçirme . *İnternational Journal Of Social Science* , 50(2), 541-551.

Eapen, V., Mabrouk, A. A., & Bin-Othman, S. (2006). Disordered eating attitudes and symptomatology among adolescent girls in the United Arab Emirates. *Eating Behaviors*, 7(1), 53– 60. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.07.001>

Erbaş, S. (2015). *Yeme tutumlarının nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde incelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi

Ergüney Okumuş F. E., (2017). Tutumlar, inançlar ve üst bilişlerin yeme davranışı üzerindeki yordayıcı etkileri. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi.

Ergüney, F. E. (2012). *Yeme bozukluğu hastalarında tedavi motivasyonu, beden imgesi ve depresyonun değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Fairburn, C. G., Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., Cooper, Z.: 2015 “A Transdiagnostic Comparison of Enhanced Cognitive Behaviour Therapy (CBT-E) and Interpersonal Psychotherapy in The Treatment of Eating Disorders”, *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. New York, The Guildford Press

Fairburn, C. G. ve Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361(9355), 407– 416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O’Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitivebehavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528
- Fairburn, C. G., Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet* (London, England), 361(9355), 407–416.
- Fairburn, C. G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitivebehavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. Guilford Press, 361–404
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D., Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In Fairburn CG, Wilson GT (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (ss.61-404). New York, Guilford Press
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004–2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 91–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
- Frank, G. (2019). Neuroimaging and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(6), 478–483.
- Fries, J., Sullivan, V.: 2017 “The Treatment of Eating Disorders” In *Eating Disorders in Special Populations*. Eds by Jonna Fries and Veronica Sullivan. Taylor & Francis Group, New York, pp. 67-97
- Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 123-150.
- Geller, J., & Dunn, E. C. (2011). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: Tailoring interventions to patient readiness for change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(1), 5-15.
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, 16(2), 257-264.
- Goodsitt, A. (1983). Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2(3), 51-60
- Gordon RA. *Eating disorders: Anatomy of a social epidemic*: Blackwell Publishing; 2000
- Gürçan, N., Kolburan, Ş.G. (2018). Üniversitedeki kız öğrencilerin yeme tutumlarının yaşam doyumu ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkisi. *Aydın Toplum ve İnsan Dergisi*, 4(2), (17-34).
- Gürel, A. (2017). *Ergenlerin duygusal şemaları ve ebeveyn kontrollerinin yeme tutumlarıyla ilişkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Maltepe Üniversitesi
- Hauserman, N., & Lavin, P. (1977). Post-hospitalization continuation treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8(3), 309-313.

Herzog, D. B., Greenwood, D. N., Dorer, D. J., Flores, A. T., Ekeblad, E. R., Richards, A., Blais, M. A., & Keller, M. B. (2000). Mortality in eating disorders: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 20- 26

Herzog, D.B. ve Eddy, K.T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders, J. Yager ve P.S. Powers (Ed.), *Clinical manual of eating disorders içinde* (s. 1-29). American Psychiatric Publishing.

Herzog, D.B. ve Eddy, K.T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders, J. Yager ve P.S. Powers (Ed.), *Clinical manual of eating disorders içinde* (s. 1-29). American Psychiatric Publishing

Hoek, H. W.: 2016 “Review of the Worldwide Epidemiology of Eating Disorders”, *Current Opinion in Psychiatry*, 29/6, 336-339.

Joy E. Kussman A.Na ttiv A (2016). 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 154-162

Kabakçı, E., & Demir, B. (2001). Yeme Bozuklukları. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 32(2), 125-131.

Kahraman, S. (2023). Üniversite öğrencilerinde yeme tutumları ile erken dönem uyumsuz şemalar ve çocukluk çağı travmaları ilişkisinde otomatik düşünceler ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolünün incelenmesi. *Aydın İnsan vetoplum Dergis*, 10(1), 49-83.

Kaplan, A. S., (2002) “Eating Disorders Services” In *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. 2nd Edition Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (Ed), New York. The Guilford Press, pp.293-297.

Kastner S, Salbach-Andrae H, Renneberg B, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Schmitz L (2012) Echocardiographic findings in adolescents with anorexia nervosa at beginning of treatment and after weight recovery. *Eur Child Adolesc Psychiatry*,21:15-21.

Katzman DK, Peebles R, Sawyer SM, Lock J, Le Grange D (2013) The role of the pediatrician in family-based treatment for adolescent eating disorders: opportunities and challenges. *J Adolesc Health*,53:433-440

Kaye, W. H., Nagata, T., Weltzin, T. E., Hsu, L. K., Sokol, M. S., McConaha, C., Plotnicov, K. H., Weise, J. ve Deep, D. (2001). Double-blind placebocontrolled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purgings type anorexia nervosa. *Biological psychiatry*, 49(7), 644–652. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01013-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01013-1)

Kaye, W. H., Wierenga, C. E., Bailer, U. F., Simmons, A. N., & Bischoff-Grethe, A. (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: The neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in Neurosciences*, 36(2), 110–120. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2013.01.003>

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Maria Haro, J., Kovess-Masfety, V., O'Neill, S., Posada-Villa, J., Sasu, C., Scott, K., Viana, M. C., ... Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73(9), 904–914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>

Kotler, L. A., Devlin, M. J., Davies, M. ve Walsh, B. T. (2003). An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(3), 329–335. <https://doi.org/10.1089/104454603322572660>

- Kovács-Tóth, B., Oláh, B., Kuritárné Szabó, I., & Túry, F. (2022). Adverse childhood experiences increase the risk for eating disorders among adolescents. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 1063693. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1063693>
- Lafçı, E. N. (2021). *Yeme bozukluğu görülen 7-12 yaş aralığındaki çocuklarda anne tutumunun yeme davranışına etkisi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Larsen, J. T., Munk-Olsen, T., Bulik, C. M., Thornton, L. M., Koch, S. V., Mortensen, P. B., & Petersen, L. (2017). Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. *The International Journal of Eating Disorders*, 50(12), 1404–1412. <https://doi.org/10.1002/eat.22798>
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues?. *European Eating Disorders Review: the Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 8(3), 198-216.
- Mairs, R. ve Nicholls, D. (2016). Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 101(12), 1168– 1175.doi:10.1136/archdischild-2015-309481
- Maner, F., & Aydın, A. (2007). Bulimiya nervozada psikososyalkültürel etmenler. *Düşünen Adam*, 20(1), 25-37.
- Mayhew, A. J., Pigeyre, M., Couturier, J., Meyre, D. (2018). An evolutionary genetic perspective of eating disorders. *Neuroendocrinology*. 106(3), 292-306.
- McClelland, L., & Crisp, A. (2001). Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 150-156.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: Findings from the general practice research database. *BMJ open*, 3(5), 1-8
- Morrison, J. (2016). DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi. (Çev. M. Şahin ve H. Uğur Kural.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. (Orijinal yayın tarihi, 2014).
- Morrison, J. (2016). DSM-5'i kolaylaştıran klinisyenler için tanı rehberi. (Çev. M. Şahin ve H. Uğur Kural.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. (Orijinal yayın tarihi, 2014).
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse Negl.*, 39, 167–74.
- Murphy, R., Straebl, S., Basden, S., Cooper, Z. ve Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150–158. doi: <https://doi.org/10.1002/cpp.1780>
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627
- Nakai, Y., Nin, K., Noma, S.: 2014 "Eating Disorder Symptoms Among Japanese Female Students in 1982, 1992 and 2002", *Psychiatry Research*, 219/1, 151-156.
- Nasser, M. (1997). The emergence of eating disorders in other cultures/societies. In M. Nasser (Ed.), *Culture and weight consciousness* (pp. 24-60). London and New York:Routledge.
- NEDA (NATIONAL EATING DISORDERS ASSOCIATION).: 2013 "Eating Disorders on the College Campus: A National Survey of Programs and Services". (Çevrimiçi) <http://www.nationaleatingdisorders.org/collegiatesurveyproject>, 27 Ocak 2020.

- Oğlağı, Z. (2012). *Yeme bozukluklarında çocukluk çağı travmalarının benlik saygısı ve beden algısı değişkenleri üzerine etkisi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Özdemir, İ. ve Tükel, Ş. (2021). Investigating alexithymia, emotional expression, childhood trauma, and attachment in self-reported disordered eating behaviour. *Journal Of Clinical Psychology Research* , 5(3), 266-274. <https://doi.org/10.5455/kpd.26024438m000050>
- Özer Etik, D., Bor, S. (2019). Ruminasyon sendromu: Az mı görüyoruz, az mı tanıyoruz? *Güncel Gastroenteroloji*, 1-7.
- Öztürk, A. (2020). *Dokuz eylül üniversitesine başlayan öğrencilerde aile yapısı ve sosyal görünüş kaygısının yeme bozukluğu riski ile olan ilişkisi* [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2023) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* Bayt yayınevi
- Pike, K., Hoek, H.W., Dunne, P.E.: 2014 "Recent Cultural Trends and Eating Disorders", *Curr Opin Psychiatry*, 27, 436–442.
- Pirim Düşgör, B. (2007). Anoreksiya nervozada babalık işlevinin projektif testlerle değerlendirilmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
- Prefit, A. B., Căndea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2021). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(2), 415–428.
- Samur, F. G., & Çelik, M. N. (2018). Gebelik ve Yeme Davranış Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(15), 130-134.
- Schneer, A. (2002). Eating disorders: A disorder of in and out. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 10(2), 161-176
- Schneider, E., Higgs S., Dourish C. T. (2021). Lisdexamfetamine and binge-eating disorder: A systematic review and meta-analysis of the preclinical and clinical data with a focus on mechanism of drug action in treating the disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 49-78.
- Seven, B. G. (2023). Çocukluk çağı travmaları ve yeme bozukluklarının ilişkisinin incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 9(107). <http://dx.doi.org/10.29228/sssj.67344>
- SevenOkumuşoğlu, S. (2022). Yeme bozukluklarının çocukluk travmaları ve yaşam doyumu ile ilişkisinin incelenmesi. *Cyprus Turkish Journal Of Psychiatry & Psychology*, 4(1), 43-53. [10.35365/ctjpp.22.1.05](https://doi.org/10.35365/ctjpp.22.1.05)
- Silverman, S. (1964). The role of motivation in psychotherapeutic treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 18(2), 212-229.
- Sivyer, K., Allen, E., Cooper, Z., Bailey-Straebl, S., O'Connor, M. E., Fairburn, C.G., Murphy, R. (2020). Mediators of change in cognitive behavior therapy and interpersonal

psychotherapy for eating disorders: A secondary analysis of a transdiagnostic randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(12), 1928–1940.

Siyez, D. (2006). Yeme bozukluğu olan çocuklar ve ergenler etiyolojisi ile ilgili çalışmalar, müdahale, değerlendirme ve tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 20, 21-27.

Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 26(6), 543- 548.

Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A. F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A. M., Shin, J. I., Fusar-Poli, P., & Castellini, G. (2021). Risk factors for eating disorders: An umbrella review of published meta-analyses. *Revista Brasileira De Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil:1999)*, 43(3), 314–323. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099>

Stiles-Shields, C., Rienecke Hoste, R., M. Doyle, P. ve Le Grange, D. (2012). A review of family-based treatment for adolescents with eating disorders. *Reviews on Recent Clinical Trials*, 7(2), 133–140.

Strand, M., Haussollff, J. Y., & Welch, E. A. (2019). A Systematic Scoping Review of Validity in Avoidant/ Restrictive Food İntake Disorder. *Int J Eat Disord*, (4), 331-360.

Strober, M., Bulik, C. M. (2002). Genetic epidemiology of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, New York, Guildford Press

Şentürk, Z. (2020). *Yeme bozukluğu hastalarında tedavi motivasyonu ve tedavide bilişsel davranışçı terapi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi.

Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Wilfley, D. E., Young, J. F., Sbrocco, T., Stephens, M., Ranzenhofer, L. M., Elliott, C., Brady, S., Radin, R. M., Vannucci, A., Bryant, E. J., Osborn, R., Berger, S. S., Olsen, C., Kozlosky, M., Reynolds, J. C. ve Yanovski, J. A. (2014). Targeted prevention of excess weight gain and eating disorders in high-risk adolescent girls: A randomized controlled trial. *The American journal of clinical nutrition*, 100(4), 1010–1018. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.092536>

Toker, D. E. ve Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam Dergisi*, 22(1-4, 36-42

Tunç, P. (2019). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travması ve yeme tutumları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 203-219. 10.18863/pgy.612616

Tunç, P. (2020). Çocukluk çağı travması ile bozulmuş yeme tutumları ilişkisinde ebeveyne bağlanmanın düzenleyici rolünün incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 27(2), 75-84. 10.4274/tjcamh.galenos.2020.03521

Turan, İ. (2021). Yeme Bozukluklarında Eşitlik Psikiyatrik Hastalıklar (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

Turan, Ş., Poyraz, C.A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 44(7), 419-435

Usta, E., Sağlam, E., Sevim, E., Aygin, D. ve Sert, H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Journal Of Health Sciences And Professions*, 2(2), 187-197. [10.17681/hsp.48687](https://doi.org/10.17681/hsp.48687)

Ünal, R. N., Samur, F. G. (2012). Pika davranışının insan sağlığı üzerine etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(2), 155-162.

Ünsal, A., Tozun, M., Ayrancı, Ü., Arslantaş, D. (2010). Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dirim*, 85, 100-112.

Varlık Özsoy, E.: 2017 "Yeme Bozukluklarında Kişilik Özellikleri", *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3/1, 255-266

Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E. ve Stewart, T. M. (2004). Cognitivebehavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711-738. doi:10.1177/0145445503259853

Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 267- 274

Yurtsever, S. S. ve , S. T. S. (2017). Algılanan ebeveynlik biçimleri ile bozulmuş yeme tutumu arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şemaların ve duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(80), 20-37.

Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol. *Klinik Gelişim*, 22(4), 39-44

Zerbe, K.J.: 2007 ‘‘Psychodynamic Management of Eating Disorders’’, *Clinical Manual of Eating Disorders*, (Ed. Yager, J. ve Powers, P.S.) Washington DC. American Psychiatric Publishing, 307-334.

Zerbe, K.J.: 2015 ‘‘Psychodynamic Theory of Eating Disorders’’, *The Wiley Handbook of Eating Disorders*, 253-268

Zilifli, Y., Karaaziz, M., (2024). Yeme bozukluğu olan bireylerde bilişsel davranışçı terapinin kullanılması üzerine bir derleme. *Journal Of Criminology Sociology And Law*, 11(6). [10.52096/jcs1.06.11.01](https://doi.org/10.52096/jcs1.06.11.01)

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., Giel, K. E., de Zwaan. M., Dinkel, A., Herpertz, S., Burgmer, M., Löwe, B., Tagay, S., von Wietersheim, J., Zeeck, A., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Herzog, W. (2014). ANTOP study group. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*, 11(383), 127-37.