

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

YEME BOZUKLUĞU VAKALARINDA SOSYAL
İŞLEVSELLİĞİN KEŞFİNE YÖNELİK NİTEL BİR
ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sonay Cumalı ARSLAN

İstanbul
Temmuz-2024

T.C.
İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

YEME BOZUKLUĞU VAKALARINDA SOSYAL
İŞLEVSELLİĞİN KEŞFİNE YÖNELİK NİTEL BİR ARAŞTIRMA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sonay Cumalı ARSLAN

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Fatima Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

İstanbul
Temmuz-2024

Lisansüstü Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Dr. Öğr. Üyesi F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ (İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Betül İLTER (İmza)

Üye Dr. Öğr. Üyesi Serra AĞIRAKÇA DİNÇ (İmza)

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

İmza

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Yeme Bozukluğu Vakalarında Sosyal İşlevselliğin Keşfine Yönelik Nitel Bir Araştırma**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Sonay Cumalı ARSLAN



ÖN SÖZ

Bu tezin hazırlanma sürecinde bana her daim desteğini sunan, akademik bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, sonu gelmeyen sorularıma sabırla yanıtlar veren, teşvik edici tutumuyla hep motive olmamı sağlayan, mesleki kimliğiyle bana örnek olan tez danışmanım, değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ'a Tez çalışmasına dahil olup değerli zamanlarını ve öykülerini benimle paylaşarak bu tezin temelini oluşturan 8 katılımcımın her birine,

Burada hepsinin ismini anmam mümkün olmasa da iş hayatında tanışıp bana çok yakın dost olan, ihtiyaç duyduğum her zaman yükümü hafifleten, manevi destekleriyle bana büyük bir moral kaynağı olan arkadaşlarıma,

Bu süreçte iyi kötü her anımda yanımda olan çocukluk arkadaşım Merve ÇÖYGÜN'e, koşulsuz kabulünü her daim hissettiren Esranur TAŞTAN'a ve tez yoldaşım Şefika Nur DEMİRÖZER'e,

Hayatıma girdiği günden beri tüm desteğini ve sevgisini üzerimde hissettiğim, tez sürecinde de her gün yanımda olan tüylü çocuğum Rita'ya ve yol arkadaşım Esat AKBAŞ'a,

Doğduğu günden beri tüm neşesi ve güzelliğiyle bana motivasyon kaynağı olan yeğenim İlbilge COŞKUN'a,

Yalnız tez sürecinde değil tüm hayatım boyunca maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, akademik gelişimimi her daim teşvik eden, hep güvende hissetmemi sağlayan ablam İlksen ARSLAN COŞKUN'a, annem Uğur ARSLAN'a ve bu süreçte beni her gün aramayı ihmal etmeyen babam Dursun ARSLAN'a çok teşekkür ederim.

Sonay C. ARSLAN

Temmuz, 2024

ÖZET

YEME BOZUKLUĞU VAKALARINDA SOSYAL İŞLEVSELLİĞİN KEŞFİNE YÖNELİK NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Sonay Cumalı ARSLAN

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

Temmuz-2024, 195 Sayfa

Yeme bozuklukları yaygınlığı giderek artan, genellikle kronik seyirli ilerleyen, fiziksel ve psikososyal işlevsellikte önemli sorunlara yol açan ciddi rahatsızlıklardır. Bu yüksek lisans tezinde, yeme bozukluklarında sosyal işlevselliğin rolü araştırılmaktadır. Çalışmanın amacı; yeme bozukluklarında sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açan deneyimleri keşfetmek ve bozulmuş sosyal işlevlerin yeme bozukluğu yaşantısına etkilerini analiz etmektir. Bu doğrultuda Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanılı 8 katılımcı ile görüşmeler yürütülmüştür. Görüşmeler, nitel araştırma desenlerinden biri olan yorumlayıcı fenomenolojik yöntemle analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açan faktörler ve sosyal işlevsellikte bozulmanın hastalık yaşantısına etkisi olmak üzere 2 ana temaya ve ilişkili alt temalara ulaşılmıştır. Araştırma bulguları; çocukluk çağı travmalarının, sağlıksız aile ilişkilerinin, bozulmuş benlik algısının ve süregiden yalnızlık hissini sosyal işlevsellik geliştirme becerilerini ketleyerek yeme bozukluğu gelişiminde rol oynadığını göstermektedir. Yeme bozukluğu tanısı almış bireylerde aile işlevselliği ve kişilerarası işlevselliğin düşük olmasının hastalık şiddetini artırdığı düşünülmüştür. Yeme bozukluklarının mesleki işlevselliği düşürdüğü ve kişilerin okul ve iş hayatlarına katılımını zorlaştırdığı görülmüştür. Tüm bu süreçlerin yanında, COVID-19 pandemisinin sosyal izolasyonu artırarak yeme bozukluğunun şiddetlenmesine yol açtığı fark edilmiştir. Son olarak, düşük sosyal işlevselliğin iyileşmeyi geciktirdiği ve yeme bozukluğu ile mücadelede sosyal desteğin hayati rol oynadığı bulgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Sosyal İşlevsellik, Aile İşlevselliği, Kişilerarası İşlevsellik

ABSTRACT

A QUALITATIVE STUDY ON THE DISCOVERY OF SOCIAL FUNCTIONING IN PEOPLE WITH EATING DISORDER

Sonay Cumalı ARSLAN

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. F. Elif ERGÜNEY OKUMUŞ

July-2024, 195 Pages

Eating disorders are serious disorders that are increasingly common, often have a chronic course, and cause significant problems in physical and psychosocial functioning. In this master's thesis, the role of social functioning in eating disorders is investigated. The study aims to explore the experiences that lead to impaired social functioning in eating disorders and to analyze the effects of impaired social functions on the eating disorder experience. In this regard, interviews were conducted with 8 participants diagnosed with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder. The interviews were analyzed using the interpretive phenomenological method, which is one of the qualitative research methods. As a result of the analyses, two main themes and related sub-themes were reached: factors that lead to deterioration in social functionality and the effect of deterioration in social functionality on disease experience. Research findings show that childhood traumas, unhealthy family relationships, impaired self-perception, and ongoing feelings of loneliness play a role in the development of eating disorders by inhibiting social functioning skills. Low family functionality and interpersonal functionality in individuals diagnosed with eating disorders increase the severity of the disease. Eating disorders reduce occupational functionality and make it difficult for people to participate in school and work life. In addition to all these processes, it has been noticed that the COVID-19 pandemic increases social isolation, leading to the exacerbation of eating disorder symptoms. Finally, it has been found that low social functioning delays recovery and social support plays a vital role in the treatment.

Keywords: Eating Disorders, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Social Functioning, Family Functioning, Interpersonal Functioning

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ.....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR.....	xii
BİRİNCİ BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	4
1.2. Araştırmanın Amacı ve Temel Soruları	5
1.3. Araştırmanın Önemi.....	5
1.4. Varsayımlar	6
1.5. Sınırlılıklar	6
1.6. Tanımlar	6
İKİNCİ BÖLÜM.....	7
GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Yeme Bozuklukları	7
2.1.1. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma	8
2.1.1.1. Anoreksiya Nervoza	8
2.1.1.2. Bulimiya Nervoza.....	10
2.1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	13
2.1.2. Yeme Bozukluklarında Klinik Görünüm.....	15
2.1.3. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji	18
2.1.4. Yeme Bozukluklarında Etiyoloji	20
2.1.4.1. Biyolojik Faktörlerle İlgili Açıklamalar	20
2.1.4.2. Sosyokültürel Faktörlerle İlgili Açıklamalar	21
2.1.4.3. Bireysel Faktörlerle İlgili Açıklamalar.....	21
2.1.4.4. Travma ile İlgili Açıklamalar	22

2.1.4.5. Psikanalitik Açıklamalar.....	23
2.1.4.6. Bağlanma Teorisi ile İlgili Açıklamalar	23
2.1.4.7. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar	24
2.1.5. Yeme Bozukluklarında Prognoz ve Tedavi	25
2.1.5.1. Farmakoterapi	27
2.1.5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).....	28
2.1.5.3. Kişilerarası Psikoterapi (KP)	29
2.1.5.4. Aile Temelli Terapi (ATT).....	30
2.1.5.5. Üçüncü Dalga Davranış Terapileri	30
2.2. Sosyal İşlevsellik.....	32
2.2.1 Tanım ve Sınıflama.....	32
2.2.2. Yeme Bozukluklarında Sosyal İşlevsellik	33
2.2.2.1. Kişilerarası İşlevsellik	34
2.2.2.2. Aile İşlevselliği.....	37
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	40
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	40
3.1. Araştırmanın Modeli	40
3.2. Çalışma Grubu	41
3.3. Veri Toplama Süreci	43
3.3.1. Veri Toplama Araçları	44
3.3.1.1. Demografik Bilgi Formu	45
3.3.1.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Kısa Form	45
3.3.1.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği	45
3.3.1.4. Görüşme Soruları.....	46
3.4. Veri Analizi.....	47
3.5. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği.....	48
3.6. Araştırmacının Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Özdüşünümsellik.....	50
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	53
ARAŞTIRMA BULGULARI.....	53
4.1. Sosyal İşlevselliğin Bozulmasına Yol Açan Faktörler.....	53
4.1.1. Çocuklukta Travmatik Deneyimler.....	54
4.1.1.1. Çocuklukta İhmal	55

4.1.1.2. Duygusal ve/veya Fiziksel İstismar	56
4.1.2. İşlevsel Olmayan Aile Ortamı	59
4.1.2.1. Sağlıksız Aile Dinamikleri	59
4.1.2.2. Ailede Yeme-Kilo Odağında İletişim.....	61
4.1.3. Erken Dönemde Başlayan Yalnızlık	64
4.1.4. Bireysel Risk Faktörleri	66
4.2. Sosyal İşlevsellikte Bozulmanın Hastalık Yaşantısına Etkisi.....	67
4.2.1. Hastalık Sürecinde Destekleyici Bir Ailenin Yokluğu	68
4.2.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Zorluklar	71
4.2.2.1. Yakın İlişkilerden Kaçınma.....	71
4.2.2.2. Sosyal İzolasyon ve İşselleştirilmiş Yalnızlık.....	76
4.2.3. Hastalıkla Yalnız Mücadele Etmek	78
4.2.3.1. Yalnızlığın Hastalık Seyrine Etkisi	79
4.2.3.2. Kendi Kendine Yetme Araçları	80
4.2.4. Hastalığın Eğitim/İş Hayatına Etkisi	81
4.2.5. Pandemi Sürecinin Tetikleyici Rolü	84
4.2.6. İyileşme Sürecinde Sosyal Desteğin Önemi	85
BEŞİNCİ BÖLÜM	89
TARTIŞMA	89
5.1. Genel Değerlendirme ve Tartışma	89
5.1.1. Sosyal İşlevselliğin Bozulmasına Yol Açan Faktörler	89
5.1.1.1. Çocuklukta Travmatik Deneyimler	89
5.1.1.2. İşlevsel Olmayan Aile Ortamı	94
5.1.1.3. Erken Dönemde Başlayan Yalnızlık.....	99
5.1.1.4. Bireysel Risk Faktörleri.....	100
5.1.2. Sosyal İşlevsellikte Bozulmanın Hastalık Yaşantısına Etkisi.....	102
5.1.2.1. Hastalık Sürecinde Destekleyici Bir Ailenin Yokluğu.....	103
5.1.2.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Zorluklar.....	105
5.1.2.3. Hastalıkla Yalnız Mücadele Etmek	108
5.1.2.4. Hastalığın Eğitim/İş Hayatına Etkisi	109
5.1.2.5. Pandemi Sürecinin Tetikleyici Rolü.....	110
5.1.2.6. İyileşme Sürecinde Sosyal Desteğin Önemi.....	112
5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	117

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	119
KAYNAKÇA	121
EKLER.....	170
Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu	170
Ek 2: Demografik Bilgi Formu	172
Ek 3: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Kısa Form	175
Ek 4: Sosyal İşlevsellik Ölçeği	177
Ek 5: Görüşme Soruları.....	182
ÖZGEÇMİŞ.....	183



TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1: DSM-5 Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri	9
Tablo 2.2: DSM-5 Anoreksiya Nervoza Alt Tipleri	10
Tablo 2.3: DSM-5 Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri.....	12
Tablo 2.4: DSM-5 Bulimiya Nervoza Alt Tipleri.....	12
Tablo 2.5: DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	14
Tablo 2.6: DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Alt Tipleri	15
Tablo 3.1: Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri.....	43
Tablo 4.1: Analiz Sonucunda Ulaşılan Temalar	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1: Ana Tema 1 Kavram Haritası	54
Şekil 4.2: Çocuklukta Travmatik Deneyimler	55
Şekil 4.3: İşlevsel Olmayan Aile Ortamı	59
Şekil 4.4: Ana Tema 2 Kavram Haritası	68
Şekil 4.5: Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Zorluklar	71
Şekil 4.6: Hastalıkla Yalnız Mücadele Etmek	78



KISALTMALAR

ACT	: Kabul ve Kararlılık Terapisi
A.g.e.	: Adı Geçen Eser
AN	: Anoreksiya Nervoza
ATT	: Aile Temelli Terapi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BN	: Bulimia Nervoza
DDT	: Diyalektik Davranış Terapisi
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EDE-Q-13	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu
KP	: Kişilerarası Psikoterapi
SIÖ	: Sosyal İşlevsellik Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
YFA	: Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

İnsanlığın en temel ihtiyacı olan yemek yeme davranışı; günümüzde, bozulmuş yeme tutumlarının her geçen yıl yaygınlaşmasıyla bir halk sağlığı sorununa dönüşmüştür. Yeme, kilo ve beden şekli üzerine düşünme sürecinin obsesif bir uğraş haline gelmesi ile yeme tutumlarında bozulma ve/veya kilo almayı önlemek için uygunsuz telafi davranışlarına başvurma (örn: kusma, yoğun egzersiz, laksatif ve diüretik kullanımı) sonucu; duygusal, fiziksel ve psikolojik sağlığın zarar görmeye başlaması ile ortaya çıkan tablo yeme bozuklukları olarak adlandırılmaktadır. Yeme bozukluklarının yaygınlığı giderek artmakta, çocukluk çağından itibaren hemen her yaşta kadınları ve erkekleri etkilemektedir (Morris ve ark., 2022: 1838; Qian ve ark., 2022: 424-427). Yeme bozukluğu tanısının genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda yaygınlığı %5,5-17,9 olarak bulgulanmıştır (Silén ve Keski-Rahkonen, 2022: 362).

Hastalık gelişimi ile bireylerin yaşantısını ve sağlığını çok yönlü etkileyen yeme bozuklukları; psikiyatrik hastalıklar içinde ölüm oranlarının en yüksek olduğu rahatsızlıklardan biridir ve eş tanı görülme oranı %70'in üzerindedir (Herpertz ve ark., 2011: 678; Treasure ve ark., 2020: 899). Bu hastalık en yoğun geç ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde başlamaktadır ve bu durum bireylerin okulda ve mesleki kariyerlerinde gerileme yaşamasına yol açmaktadır; erken müdahale edilmezse ileriki yaşlarda bireylerin kişilerarası ilişkilerini, aile yaşantılarını ve toplumda yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Herpertz ve ark., 2011: 678; Patel ve ark., 2016: 1). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı DSM-5'te yeme bozuklukları, Beslenme ve Yeme Bozuklukları olarak yeniden isimlendirilmiş; Pika, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu tanı grupları arasına eklenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013: 171). Tedavi merkezlerinde en sık görülen yeme bozuklukları Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimia Nervoza (BN)'dir (Nedved, 2015: 1).

Yeme bozukluklarının gelişiminde ve sürmesinde biyolojik, psikolojik ve sosyal pek çok faktörün etkisi tanımlanmıştır. İkiz çalışmaları ile desteklenen biyolojik faktörler üzerine yapılan çalışmalarda genetik yapının ve hormonal faktörlerin yeme bozuklukları için risk oluşturduğu bulgulanmıştır (Culbert ve ark., 2015: 1141). Yeme

ve kiloyla ilgili işlevsel olmayan bilişlerin, düşük benlik saygısının ve olumsuz beden imajının yeme bozukluklarının gelişimi ve devam etmesi üzerinde bilinen etkilerinin yanında; klinik mükemmeliyetçilik ve sosyal görünüş kaygısının da kayda değer risk faktörleri olduğuna dikkat çekilmiştir (Egan ve ark., 2015: 79; Levinson ve ark., 2013: 125; Stice ve Whitenton, 2002: 669). Medya maruziyeti ve bununla ilişkili zayıf olma baskısı ve zayıf beden ideali yeme bozuklukları gelişiminde temel sosyokültürel risk faktörleridir (Culbert ve ark., 2015: 1145). Öyle ki beden imajı ile ilgili sosyal normların daha katı olduğu toplumlarda yeme bozuklukları daha sık görülmektedir (Gramaglia ve ark., 2018: 427). Tüm bu risk faktörleri değerlendirildiğinde biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenler bir bütün içinde yeme bozukluğuna sahip bireylerin yaşantısını etkilemektedir ve bilişsel, duygusal ve sosyal işlevselliklerinde bozulmaya yol açmaktadır (Culbert ve ark., 2015: 1143). Bununla birlikte literatürde sosyal işlevsellik üzerine yapılan araştırmalara nispeten daha az yer verilmiştir (Bardone-Cone ve ark., 2010: 201).

Sosyal işlevsellik en genel tanımı ile bir bireyin çevresindeki sosyal etkileşimleri ve ilişkileri yönetme ve sürdürmedeki genel yeteneğini ifade eder. Sosyal normlara uyum sağlama düzeyini, sosyal kuralların ve sosyal rollerin beklentilerini karşılama düzeyini dikkate alır ve bireyin sosyal problem çözme becerilerinin, sosyal durumlarda rahatlık ve güven düzeyinin, arkadaşlık kurma ve sürdürme becerisinin, sosyal etkileşimlerdeki genel memnuniyet ve tatmin düzeyinin değerlendirmesini içerir (Kasper, 1999: 27). Aile ilişkileri, kişilerarası ilişkiler, roller, iş ve okul hayatı gibi pek çok tema bu konuya dahildir (Patel ve ark., 2016: 2). Tanı kriterleri arasında bulunmasa da yeme bozukluğu vakalarında sosyal ve duygusal işlevsellikte bozulmalar yaşandığı sistematik incelemelerde tekrarlı olarak bulgulanmıştır (Oldershaw ve ark., 2011: 970; Zucker ve ark., 2007: 976). Cardi ve arkadaşları (2018: 1122) yeme bozukluğu vakalarının hastalık öncesinde utangaçlık, boyun eğicilik, sosyal karşılaştırma eğilimi ve akran ilişkilerinde sorunlar gibi belli yatkınlıklarının olduğunu ve bu sorunların hastalık geliştikçe sosyal bilişlerde bozulma, artan tehdit duyarlılığı dahil olmak üzere başka sosyal zorluklara ortam hazırladığını belirtmiştir. Bu sosyal zorlanmalar kişinin aile, arkadaş ve diğer kişilerarası ilişkilerinde bozucu etki yaratmakta ve yeme bozukluklarının sürdürücü faktörleri arasında yer almaktadır (Cardi ve ark., 2018: 1122). Tedavileri tamamlanmış bireylerde dahi yeterli sosyal destek bulamayan, sosyal izolasyonunu sürdüren, diğerlerinden yardım almaya gönüllü olmayan

bireylerin fiziksel semptomları yeniden ortaya çıkabilmektedir (Federici ve Kaplan, 2007: 7). Bu bulgular bize sosyal işlevsellikte yaşanan problemlerin yeme bozukluklarının gelişiminde ve sürmesinde rol oynamasının yanı sıra tedavi sürecini de etkileyebildiğini düşündürmektedir.

Yeme bozukluğu tedavilerinde başarı oranını artırmak ve nüksleri önlemek için sosyal işlevselliğe yönelik kapsamlı çalışmaların yapılması gerekliliği literatürde dikkat çekmektedir (Federici ve Kaplan, 2007: 8-9; Noordenbos ve Seubring, 2006: 41; Patel ve ark., 2016: 3). Sosyal işlevsellikte hangi alanlarda bozulmaların olduğu, hangi temaların yeme bozukluğunun sürmesinde daha etkili olduğu, yeme bozukluklarının alt tiplerine göre bozulmuş işlevselliğin ne açılardan farklılaştığı gibi çeşitli alanlarda çalışmalar yürütülmüştür ancak yeme bozukluğu yaşayan bireylerin bakış açısından bu bozulmaların neden meydana geliyor olabileceği üzerine literatürde kısıtlı bilgi bulunmaktadır (Patel ve ark., 2016: 2). Nicel yöntemlere kıyasla bireysel deneyimlere odaklanarak “neden” ve “nasıl” sorularının cevaplarını arayan nitel çalışmalar kişilerin yaşadıkları zorlanmaların kendi bakış açılarından anlaşılmasını sağlamaktadır ve bu durum kişiye özgü, daha etkili müdahalelerin geliştirilmesine katkı sunmaktadır (Cromby, 2012: 88; Dingemans ve ark., 2016: 863). Ayrıca nicel araştırmalarla yürütülen işlevsellik çalışmalarında öz değerlendirme yanlılığının bulguları önemli ölçüde etkilediği düşünülmüştür (Moser ve ark., 2013: 111). Özellikle anoreksiya nervozalı bireylerin semptomlarının egosintonik doğası, hastalıklarına karşı içgörü geliştirmelerini engellemekte ve bu durum onların hastalıklarının iş ve sosyal yaşamlarına etkisini olduğundan daha az görmelerine sebep olabilmektedir (Tchanturia ve ark., 2013: 44). Tüm bu sebepler doğrultusunda; yeme bozukluklarında sosyal işlevselliğin incelenmesinin ve bilhassa nitel yöntemler kullanılmasının önem arz ettiği anlaşılmaktadır.

Mevcut tez çalışmasında 18 yaş üstü yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin hastalık deneyimleri sosyal işlevsellik, aile ilişkileri ve kişilerarası ilişkiler bağlamında incelenmiştir. Çalışmanın girişini oluşturan bu bölümde araştırmanın problemi, amacı, önemi, varsayımları ve sınırlılıkları üzerinde durulmuştur. Bölümü takiben araştırma konusuna ilişkin literatür detaylı biçimde ele alınmıştır. Araştırma yönteminin incelendiği üçüncü bölümde nitel araştırma yöntemlerinden biri olan yorumlayıcı fenomenolojik analiz anlatılmış, araştırmanın örnekleme, veri toplama araçları ve verilerin analiz süreçleri hakkında bilgi verilmiştir. Dördüncü bölümde araştırmaya

dair bulgular, ölçeklerden elde edilen veriler ile nitel analiz sonucu elde edilen verilerin kıyaslanması ile ele alınmıştır. Tez çalışmasının son bölümünde sonuç ve tartışmaya yer verilmiş, yapılan araştırmanın literatüre katkıları değerlendirilmiş, gelecek araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

1.1. Araştırmanın Problemi

Yeme bozuklukları bireyleri fiziksel, psikolojik, sosyal açılarından etkileyen ruhsal bir rahatsızlıktır. Yapılan çalışmalar göstermektedir ki yeme bozukluğu hastalarının fiziksel sağlıklarında meydana gelen bozulmayı etkileyen unsurların başında psikolojik ve sosyal işlevselliklerindeki bozulma gelmektedir (Bardone-Cone ve ark., 2010: 194). Öyle ki yeme bozukluğu semptomları büyük ölçüde iyileşmiş, fiziksel sağlığına kavuşmuş bireylerde dahi aile içinde ve kişilerarası ilişkilerde sorunların devam etmekte olduğu, yeterli sosyal çevreyi ve sosyal desteği bulamadıkları bulgulanmıştır (Bardone-Cone ve ark., 2010: 200; Striegel-Moore ve ark., 2003: 587). Bu durum hastalığın tekrarlama riskini artırmakta ve tedavi sürelerinin uzamasına sebep olabilmektedir (Nagamitsu ve ark., 2019: 9). Bununla birlikte literatürde yeme bozukluğu tedavilerinin fiziksel semptomları iyileştirme odaklı yürütüldüğü ve bu tedavilerin vakaların sosyal işlevlerinde iyileşmeye çok kısıtlı katkı sunduğu belirtilmiştir (Patel ve ark., 2016: 3). Yeme bozukluğu tedavilerinde sosyal işlevselliğe odaklanmak kişilerin hayat kalitelerini artıran, tedavi başarısını ve kalıcılığını sağlayan temel faktörlerden biridir (Moser ve ark., 2013: 111; Patel ve ark., 2016: 2).

Herhangi bir sağlık sorununun ciddiyetini ve tedavi süreçlerini değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir husus bireylerin rahatsızlıklarının günlük işlevselliklerini bozduğuna subjektif olarak ne ölçüde inandıklarıdır (Tchanturia ve ark., 2013: 44). Bireysel deneyimlerin incelenmesine imkân veren nitel araştırmalar aynı süreçlerden geçmiş kimi insanların iyileşirken kimilerinin neden iyileşemediği, hangi deneyimlerin iyileşme süreçlerini sekteye uğrattığı hakkında değerli bilgilere ulaşılmasını, bu rahatsızlıklara katkıda bulunan karmaşık faktörlerin daha derinlemesine anlaşılmasını ve bu yolla kapsamlı terapi modellerinin geliştirilmesini sağlamaktadır (Linville ve ark., 2012: 216). Ancak ülkemizde nitel araştırmalar yeme bozukluğu alanında çok kısıtlıdır ve sosyal işlevselliğin incelendiği çalışmalar yok denecek kadar azdır.

Bu bilgiler ışığında yeme bozukluğu vakalarının sosyal işlevsellikleri üzerine fenomenolojik bir çalışma yürütmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı ve Temel Soruları

Mevcut tez çalışmasında; yeme bozukluklarında sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açan deneyimleri keşfetmek, bozulmuş sosyal işlevlerin yeme bozukluğu yaşantısına etkilerini analiz etmek, yeme bozukluğu ile mücadelede aile ilişkilerinin ve kişilerarası ilişkilerin rolünü incelemek ve tedavi süreçlerinde sosyal işlevselliğe odaklanmanın önemine dikkat çekerek ilişkili müdahale stratejileri sunmak amaçlanmaktadır.

Çalışma kapsamında cevaplarına ulaşılması hedeflenen beş temel soru vardır:

1. Yeme bozukluğu yaşayan bireylerin sosyal çevrelerine dönük algıları ve tepkileri nasıldır?
2. Yeme bozukluğu yaşayan bireyler sosyal etkileşimlerinde ne tür zorluklarla karşılaşmaktadırlar?
3. Aile içi dinamikleri yeme bozukluğunun gelişimi ve sürdürülmesinde nasıl bir rol oynamaktadır?
4. Yeme bozukluğu gelişiminden sonra bireylerin aile içi ilişkileri ve sosyal ilişkileri nasıl etkilenmiş, çevresi ile ilişkisi nasıl bir değişim göstermiştir?
5. Bireylerin sosyal işlevleri ve sosyal ilişkileri yeme bozukluğunun seyrini nasıl etkilemektedir?

1.3. Araştırmanın Önemi

Literatürde yeme bozukluğunun gelişimi ve sürdürücü faktörleri üzerine pek çok çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmalarda genellikle nicel yöntemler kullanılmış, fiziksel semptomlar ve teşhis üzerine odaklanılmıştır (Striegel-Moore ve ark., 2003: 587). İşlevsellik üzerine yapılan kısıtlı çalışmalar ortaya koymaktadır ki yeme bozukluğu vakalarında psikososyal işlevsellikte ciddi bozulmalar görülmektedir (Ruuska ve ark., 2007: 452). Tedavi programlarına katılan yeme bozukluğu vakalarının fiziksel sağlıkları iyileşmiş, semptomları büyük ölçüde kaybolmuş olsa da sosyal çevre edinme, algılanan sosyal destek, kişilerarası ilişkilerde tatminiyet gibi sosyal alanlardaki bozulmaların kalıcı olduğu ve bu durumun kişilerin genel iyi oluşlarını olumsuz etkilediği çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur (Bardone-Cone ve ark., 2010: 194). Bu sebeple yeme bozukluğu tanılı bireylerde sosyal işlevsellikte bozulmaların meydana geldiği alanları tespit etmek ve müdahale önerileri geliştirmek önem taşımaktadır. Mevcut tez çalışmasından elde edilecek bulguların yeme

bozukluğu ile mücadele eden bireylerin sosyal alanlarda karşılaştıkları deneyimler ve zorluklar hakkında değerli bilgiler sağlanması ve yeme bozukluğunun gelişiminde etkili olan sosyal, kişilerarası ve ailesel faktörler hakkında derinlemesine bilgiler sunması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu faktörlerin tedavi sürecine etkilerini inceleyerek tedavi etkinliğini artıracak öneriler sunulmasının literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ele alınan konu üzerine Türkiye’de yapılan araştırmalar sınırlıdır ve bu alanda önemli bir boşluk bulunmaktadır. Bu tez, Türkiye’de yeme bozukluğu vakalarında sosyal işlevsellik hakkında yeni bilgiler sunarak, Türkçe literatüre özgün bir katkı sağlamayı hedeflemektedir.

1.4. Varsayımlar

Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ve yöntemlerinin geçerli ve amaca uygun olduğu varsayılmıştır.

Görüşmeler esnasında katılımcıların yaşantılarını dürüst ve açık bir şekilde paylaşacağı, araştırmacının katılımcıların deneyimlerini doğru ve tarafsız bir biçimde yorumlayabileceği varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Mevcut araştırmanın örneklemini tıknırcasına yeme bozukluğu, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza tanılı 18 yaş üstü, kadın katılımcılarla sınırlıdır. Çalışmanın nitel araştırma yöntemi ile yürütülmüş olması elde edilen verinin daha geniş popülasyonlara genellenebilirliğinin önüne geçmekte, araştırmanın gelecekte diğer araştırmacılar tarafından tekrar edilebilirliğini zorlaştırmaktadır.

1.6. Tanımlar

Yeme Bozuklukları: Vücut ağırlığına, beden biçimine ve yemeğe yönelik sıkıntı veren düşünce ve duygularla süregiden anormal yeme ve/veya kilo kontrolü davranışlarıyla karakterize psikiyatrik rahatsızlıklardır (Treasure ve ark., 2020: 899).

Sosyal İşlevsellik: Bir bireyin çevresindeki sosyal etkileşimleri ve ilişkileri yönetme ve sürdürme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Kasper, 1999: 27).

Aile İşlevselliği: Bir aile sistemi içindeki bireylerin refahını ve gelişimini şekillendirmede önemli rol oynayan, aile üyelerinin iletişim kurma, birbirlerini destekleme, karar verme ve çatışmaları çözme şeklini içeren aile içi genel dinamikler, etkileşimler ve örüntülerdir (Lewandowski ve ark., 2010: 1027).

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. Yeme Bozuklukları

Yeme Bozuklukları (YB); anormal yeme kalıpları, olumsuz beden algısı ve yoğun kilo alma korkusuyla karakterize, sıklıkla kronik bir gidişat sergileyen ve hem fiziksel hem psikososyal işlevsellikte önemli bozulmalara yol açan ciddi rahatsızlıklardır (Patel ve ark., 2016: 1; Treasure ve ark., 2020: 899). Yeme bozukluklarının gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkisi genel geçer bir kabul iken etiyoloji üzerine yapılan çalışmalarda kapsamlı ve ortak bir model henüz oluşturulamamıştır (Striegel-Moore ve Bulik, 2007: 181). Yaşam boyu yaygınlığın %0,91 olarak kaydedildiği bir meta analiz çalışmasında yaygınlığın; batı toplumlarında, kadınlarda ve tıknırcasına yeme bozukluğu gruplarında özellikle daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Qian ve ark., 2022: 415).

YB eş tanı ve nüks etme potansiyelinin yüksek oluşu ile tedavi edilmesi en zor psikolojik rahatsızlıklardan biridir (Herzog ve Eddy, 2009: 782). Tedaviyi takip eden yıllarda vakaların yaklaşık üçte birinde semptomların yeniden ortaya çıktığı bildirilmiştir (Keel ve ark., 2005: 2263; McFarlane ve ark., 2008: 587; Richard ve ark., 2005: 180). Hudson ve arkadaşları (2007: 348) yeme bozukluğu tanısı alan kişilerin %55 ila 95'inin yaşamları boyunca eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluk yaşadığını belirtmiştir. Kaygı bozuklukları ve duygudurum bozuklukları başta olmak üzere kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu komorbidite riski yüksek psikopatolojilerdir (Hambleton ve ark., 2022: 132).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA, 2013: 171) yayınladığı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5)'nda yeme bozuklukları "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak isimlendirilmiştir. Bu versiyonda Tıknırcasına Yeme Bozukluğu, Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu grubundan çıkarılarak resmi tanı haline getirilmiştir. DSM-IV'te bebek ya da küçük çocukların beslenme/yeme bozuklukları başlığında değerlendirilmekte olan Pika, Geri Çıkarma (Ruminasyon) Bozukluğu ve Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu güncel versiyonda Beslenme ve Yeme Bozuklukları tanı grubuna dahil edilmiştir (APA, 2013: 176). Bu rahatsızlıklarda bozulmuş yeme davranışlarının sebebi beden ve kilo ile ilgili zihinsel meşguliyetler değil iştahsızlık, yiyeceğin duyuşsal özelliklerinden kaçınma ve

boğulma korkusu gibi yeme eyleminin kendisi ile ilgili kaygılardır (Kennedy ve ark., 2018: 3). Bahsi geçen bu üç grup mevcut tezin kapsamı dışındadır ve çalışmada Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanı gruplarına odaklanılacaktır.

2.1.1. Yeme Bozukluklarında Tanı ve Sınıflandırma

2.1.1.1. Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya Nervoza (AN) batı kültürünün zayıf beden ideali ve kilo verme baskısı ile ilişkilendirilen bir modern çağ rahatsızlığı olarak bilinmesine rağmen hastalıklı kendini aç bırakma davranışının tarih boyunca farklı kültürlerde ortaya çıktığı görülmektedir (Davis ve Nguyen, 2014: 1). Antik Yunan ve Mısır kültürüne uzanan literatürde birkaç gün süreyle ritüelistik kendini aç bırakma davranışından bahsedilmiştir (Bemporad, 1996: 218). Genellikle erken ölümle sonuçlanan uzun süreli açlık nöbetlerinin varlığı ile ilgili bulgular orta çağlara, yoğun olarak 13.-16. yüzyıllara dayanmaktadır (Halmi, 2003: 4). Kendi bedeninin ihtiyaçlarını yok sayarak Tanrı'nın seçilmiş kişilerinden biri olacağı inancı ile kendini aç bırakma "Holy Anoreksiya" olarak adlandırılmıştır (Bemporad, 1996: 221).

Anoreksiya kelimesinin etimolojik kökeni yoksunluk, eksiklik anlamına gelen 'an' ve iştah anlamına gelen 'orexis' kelimelerinden türetilmiştir ve Sir William Gull tarafından 1874'te ilk kez 'Anoreksiya Nervoza' olarak kavramsallaştırılmıştır (Onar, 2008: 5; Yücel, 2009: 40). 'Sinirsel iştahsızlık' anlamına gelen bu isimlendirme aslında kavramla anlatılmak istenen karşılamamaktadır çünkü anoreksiya nervozalı bireyler iştahsızlık bir yana bütün o iştaha rağmen istedikleri bedene ve kiloya ulaşma arzusuyla yemeği reddetmektedirler (Yücel, 2009: 40).

Anoreksiya Nervoza enerji alımının ciddi derecede kısıtlanması sonucu vücut ağırlığındaki belirgin azalma, kilo almaya dönük yoğun korku duyma ve beden algısındaki bozulma ile karakterizedir (APA, 2013: 173). Kilo alma korkusu ile günlük alınan kalori miktarı her geçen gün azalır, beden algısı ile ilgili düşünceler gerçeklikten uzaklaşır ve kişi ne kadar zayıf olursa olsun kilo vermek için uğraşmaya devam eder (Walsh, 2013: 477). AN'nin iki alt tipi bulunmaktadır; sadece yeme alımının azaltıldığı kısıtlayıcı tip ve tıkinma ataklarını takip eden kusma, laksatif kullanımı gibi telafi davranışlarının bulunduğu bulimik alt tip (Dönmez, 2021, s.20). Anoreksiya Nervoza tanısında belirleyici özellik beden ağırlığındaki düşüklüktür. Zayıflık

kriterleri Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş olup beden kitle indeksi (BKI) değerlerine göre hastalık şiddeti 17 kg/m² üstü ağır olmayan düzey, 16-16.99 kg/m² orta derece, 15-15.99 kg/m² ağır ve 15 kg/m² altında aşırı düzey olarak belirlenmiştir (APA, 2013: 174).

AN tipik olarak ergenlik döneminde başlar ve kadınlarda daha sık görülür (Watson ve Bulik, 2012: 2477). Micali ve arkadaşları (2017: 12) tarafından yayınlanan bir çalışmada yaşam boyu yaygınlığı %3.64 olarak bulgulanmıştır. AN'nin tedaviye dirençli yapısı ve özellikle kötü beslenme kaynaklı gelişen fiziksel komplikasyonlar hayati tehlike oluşturmaktadır (Moskowitz ve Weiselberg, 2013: 70). Anoreksiya nervoza tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek ölüm oranına sahiptir ve intihar en büyük ölüm sebebidir (Brown ve Mehler, 2015: 419; Pompili ve ark., 2004: 99).

Yeme bozukluğuna sahip bireylerin %70'inden fazlası eş zamanlı psikiyatrik rahatsızlık deneyimlemektedir (Nitsch ve ark., 2021: 333). AN'de duygudurum bozuklukları ve sosyal fobi başta olmak üzere anksiyete bozuklukları en yaygın komorbid rahatsızlıklardır ve bunları takiben obsesif kompulsif bozukluk ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğu eş tanı olarak görülmektedir (Moskowitz ve Weiselberg, 2013: 70).

DSM-5'te yer alan AN tanı ölçütlerine aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 2.1: DSM-5 Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

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

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kişinin, kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunması.

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

Kaynak: APA, 2013: 173.

DSM-5'e göre AN'nin alt tipleri sınıflandırması aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 2.2: DSM-5 Anoreksiya Nervoza Alt Tipleri

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

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

Tam olmayan yatışma gösteren: Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü (düşük vücut ağırlığı) artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak ya B tanı ölçütü ya da C tanı ölçütü yine karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı ölçütü uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Kaynak: APA, 2013: 174.

2.1.1.2. Bulimiya Nervoza

Bulimiya kelimesinin kökü öküz anlamına gelen ‘bous’ ve açlık anlamına gelen ‘limos’ kelimelerinden türemiştir ve ‘öküz kadar aç olmak’ anlamına gelmektedir (Yücel, 2009: 41). Tıknırcasına yeme ve kusmayı içeren bulimik davranışlar psikolojik bir rahatsızlık olarak nitelendirilmeden çok öncesinde, Roma İmparatorluğu döneminde refah ve zenginliğin göstergesi olarak bilinmekteydi (Halmi, 2003: 4). Bulimik davranışların semptom veya bir tanı kategorisi olabileceği ile ilgili ilk yazınlar 18. yüzyılın sonlarında literatüre girmeye başlamıştır (Stein ve Laakso, 1988: 204). 19. yüzyılda anoreksiya nervozanın bir alt türü olarak nitelendirmeye başlanmış, zayıf olma idealine geçici olarak ara verilen dönemlerde doymak bilmeyen iştah hali olarak tanımlanmıştır (A.g.e.: 205). Bulimiya Nervoza terimi ilk kez 1979 yılında Gerald Russell tarafından kullanılmış, AN’nin kronik dönemlerinin bir sonucu olarak görülmüştür (Halmi, 2003: 10). Russell (1979: 429) BN tanısının aşırı yeme dürtüsü ve atakları, kusma ve müshil kullanımı gibi telafi edici davranışlar ve şişmanlama korkusu olmak üzere üç belirtiyi içerdiğini belirtmiştir.

Bulimiya Nervoza tıknırcasına yeme atakları ve bunları takip eden telafi edici davranışlarla karakterizedir (APA, 2013: 175). Bu bulimik davranışlar bireyin öz değerlendirmesini doğrudan etkileyen vücut ağırlığı ve beden görünümüne dair

endişeler ile ilişkilidir (Mohajan ve Mohajan, 2023: 26). Tıkınırcasına yeme atakları 2 saatlik süre içinde, 1000-2000 kalorilik, genellikle yağ, şeker ve karbonhidrat ağırlıklı besinlerin bir anda tüketilmesiyle yaşanan durumlardır (Fairburn ve Harrison, 2003: 407; Proulx, 2007: 52). BN'li bireyler bu ataklar esnasında ne kadar yediklerini kontrol edemediklerini, yeme üstünde kontrol kaybı hissi yaşadıklarını tarif ederler (Proulx, 2007: 52). Bu epizodik aşırı yemeleri takiben kilo kontrolü sağlayabilmek için kusma, aşırı egzersiz, laksatif ve diüretik kullanımı gibi uygunsuz telafi edici davranışlara başvururlar (Herpertz ve ark., 2011: 678). Bahsi geçen aşırı yeme ve telafi davranışlarının işlevsiz duygu düzenleme stratejisi olduğu ve bireylerin sözel olarak ifade edemediği duygusal zorlanmalarının bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Donahue ve ark., 2018: 900; Lehman ve Rodin, 1989: 117).

BN sıklıkla ergenlikten ilk yetişkinliğe geçişte ortaya çıkmaktadır (Volpe ve ark., 2016: 225). Yeme ile sağlıksız ilişki bireyde tikslenme, utanç, suçluluk duygularını tetikler (Allen ve ark., 1998: 143). Özellikle böbrek ve elektrolit sistemleri olmak üzere tüm beden fonksiyonlarını etkiler (Nitsch ve ark., 2021: 333). Ergenlik çağındaki kız çocuklarının ve genç kadın popülasyonunun %5'inde görülebilir ve erkeklere kıyasla kadınları 10 kat fazla etkilemektedir (Mohajan ve Mohajan, 2023: 26). Cinsiyet, yaş grubu, ırk ve etnik köken fark etmeksizin her bireyde görülebilir (Franko ve ark., 2007: 156). AN kadar belirgin olmamakla birlikte BN'de de ölüm oranları yüksektir (Arcelus, 2011: 724). En sık görülen mortalite nedenleri elektrolit ve metabolik bozukluklardır (Nitsch ve ark., 2021: 333). Himmerich ve arkadaşları (2019: 813) 1501 katılımcı ile yürüttükleri boylamsal bir çalışma sonucunda BN'li vakalarda ölüm oranlarının genel popülasyondan 2.5 kat daha yüksek olduğunu ve geçmiş araştırmalarla kıyaslandığında ölüm riskinin arttığını bildirmiştir.

BN, AN'ye kıyasla 4 kat daha yaygındır (Nitsch ve ark., 2021: 333). BN'yi AN'den ayıran temel özellik kısıtlı yeme süreçlerini takip eden kaçınılmaz tıkinmalar ve bunun sonucunda BN'li bireylerin normal veya normalin biraz üstü ağırlıkta kalabilmeleridir (Fairburn ve Harrison, 2003: 408). Ayrıca BN'li bireylerin sıklıkla norma uygun kilolarda olması bulimiyanın tespit edilmesini zorlaştırmaktadır (Proulx, 2007: 52). BN'yi AN'den ayıran bir diğer özellik; BN'li bireylerin yeme üzerinde kontrol kaybından ötürü yoğun stres ve utanç deneyimlemeleri ve bundan dolayı daha çok tedavi arayışında olmalarıdır (Fairburn ve Harrison, 2003: 408).

Diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi BN’de de eş tanı görülme riski yüksektir. Duygudurum ve anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları yaygın komorbid rahatsızlıklardır (Himmerich ve ark., 2019: 813). Özellikle madde kullanım ve kişilik bozukluklarının BN’li bireylerde artan dürtüsellik ve duygusal istikrarsızlıkla ilişkili olduğu; bu bağlamda BN tanılı hastalarda borderline kişilik eğilimlerinin yaygın olduğu düşünülmektedir (Del Pino-Gutiérrez ve ark., 2017: 396; Pearson ve ark., 2017: 531).

DSM-5’te yer alan BN tanı ölçütlerine aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 2.3: DSM-5 Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri

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

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

2. Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyememe duygusu)

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

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

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

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Kaynak: APA, 2013: 175.

DSM-5’e göre BN’nin alt tipleri sınıflandırması ise aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 2.4: DSM-5 Bulimiya Nervoza Alt Tipleri

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

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

Kaynak: APA, 2013: 175.

2.1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme belirli zaman dilimlerinde kontrol kaybı hissi ile anormal miktarlarda yüksek kalorilerin tüketilmesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013: 176). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) telafi edici davranışlar olmaksızın tekrarlayıcı biçimde tıkınırcasına yeme atakları ile karakterizedir.

“Tıkınırcasına Yeme” kavramı tarihte ilk kez Stunkard (1959: 284) tarafından ayrı bir yeme patolojisi olarak ele alınmıştır. 1980’lere kadar yeterince ilgi görmeyen bu tanım DSM-III-R’de bulimiya nervozanın bir semptomu olarak kendine yer edinmiştir (Cooper ve Fairburn, 2003: 89). DSM-IV-TR’te daha fazla çalışma gerektiren ve geçici bir tanı olarak ‘başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları’ içinde yer alan TYB DSM-5’te bağımsız bir tanı grubu olarak kabul edilmiştir (APA, 2000; APA, 2013: 176).

TYB tanısı konulabilmesi için 3 ay boyunca ortalama en az haftada bir kez meydana gelen tekrarlı tıkınırcasına yeme epizodlarının olması gereklidir ve bu epizodlar esnasında yeme üzerinde kontrol kaybı hissine ek yeme davranışına ilişkin yoğun bir sıkıntı tariflenmelidir (APA, 2013: 176). Temel özelliklere ek olarak tıkinma atakları normalden hızlı yeme, rahatsız edici derecede doyunluk hissedene kadar yeme, fiziksel açlık hissetmeden yeme, utanç hissi sebebi ile yalnız yeme ve yeme sonrası kendinden tiksinti duyma ile ilişkilidir (Crow, 2014: 307).

TYB en yaygın yeme bozukluğudur (Mitchell, 2015: 319). Genel toplumda yaşam boyu yaygınlığı %0.85 ve %2.8 aralığındadır (Hudson ve ark., 2007: 348; Udo ve Grilo, 2018: 345). Genellikle ergenlik döneminde başlamaktadır ancak tedaviye ilk yetişkinlik döneminde ve yoğun olarak 30’lu yaşlardan sonra başvurulmaktadır (Crow, 2014: 307). Kadınlarda görülme oranı erkeklerden 2 kat daha fazladır ancak diğer yeme bozuklukları ile kıyaslandığında TYB erkeklerde daha yaygındır (Barry ve ark., 2001: 63; Cossrow, 2016: 968; Kessler, 2013: 904). TYB’li bireylerin yaklaşık %50’sinde yeme bağımlılığı olduğu saptanmıştır ve neredeyse %40’ı obezite ile mücadele etmektedir (APA, 2013: 176; Dönmez, 2021: 25). Tıkınırcasına yemeleri olmayan obezite hastalarına kıyasla fiziksel rahatsızlıklarla karşılaşma riskleri daha yüksektir (Keshen ve ark., 2022: 416). Özellikle hipertansiyon ve tip 2 diyabet gelişimi ve metabolik sendrom açısından riskli gruptadırlar (Mitchell, 2015: 319).

TYB, AN ve BN hastalıklarının her üçünde de tıknıma atakları bulunmaktadır. TYB'yi BN'den ayıran temel özellik tıknıma ataklarını takip eden telafi edici davranışların bulunmamasıdır (Crow, 2014: 307). Ek olarak TYB'li grubun yaş ve beden kitle indeksi ortalamalarının BN'den daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Fitzgibbon ve Blackman, 1999: 238). AN bulimik alt tip ile TYB'nin tıknıma atakları birbirinden farklıdır çünkü TYB'den farklı olarak AN'li biri 'normal' olarak nitelendirilebilecek bir öğünü tıknıma atağı olarak yorumlayabilir ve kilo almaktan çok korktuğu için hemen telafi edici davranışlara başvurabilir ve bu sebeple de AN'li bireylerin TYB'li bireylere kıyasla beden kitle indeksleri çok düşüktür (Dönmez, 2021: 25).

TYB tanısı almış kişilerin %73,8'i en az bir psikiyatrik rahatsızlık daha geliştirmektedir (Grilo ve ark., 2009: 228). Diğer yeme bozuklukları ile paralel olarak duygudurum ve anksiyete bozuklukları, spesifik olarak majör depresif bozukluk ve panik bozukluk en yaygın eş tanılardır (Ulfvebrand, 2015: 294). Özellikle TYB'li erkeklerde madde kullanım bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk tanılarının yaşam boyu görülme oranları yüksektir (Grilo ve ark., 2009: 228).

DSM-5'te yer alan TYB tanı ölçütlerine aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 2.5: DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

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

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

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

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

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

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

E. Tıknırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Kaynak: APA, 2013: 176.

DSM-5'e göre TYB'nin alt tipleri sınıflandırması ise aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 2.6: DSM-5 Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Alt Tipleri

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

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

Kaynak: APA, 2013: 177.

2.1.2. Yeme Bozukluklarında Klinik Görünüm

Yeme bozukluklarında klinik tablo birden fazla eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik hastalığın bulunması, motivasyonel durumların belirsiz olması ve ailevi ve sosyal sorunları içermesi sebebi ile karmaşıktır (Yager, 2007: 32). Fairburn (2008: 10) yeme bozukluklarının klinik görünümünde en dikkate değer olan şeyin AN, BN ve TYB arasındaki farklılıklardan ziyade onların benzerlikleri olduğunu belirtmiştir. Yeme, kilo ve beden görünümü ile yoğun şekilde meşgul olma bu psikopatolojinin temel özelliklerindedir. Büyük çoğunlukla insanlar kendilerini hayatlarının farklı alanlarındaki performanslarına, yeteneklerine göre değerlendirirken yeme bozukluğu olan kişiler öz değerlerini beden görünümleri, kiloları ve bunlara ilişkin kontrol algıları üzerinden değerlendirirler (Fairburn ve Harrison, 2003: 407). Bu psikopatolojiye sahip bireylerin çoğu, kiloları ve beden görünümleri konusunda yoğun endişe duymaktadır ve bir kısmı sık sık tartılarak, kendilerini inceleyerek bedenlerindeki ufak değişimlerle meşgul olurken bazıları tüm endişesine rağmen aktif kaçınma gösterebilirler. Ek olarak tıknırcasına yeme davranışı her alt grupta karşımıza çıkmakla birlikte yeme alımını kısıtlama, aşırı egzersiz, kusma ve diğer telafi edici davranışlar TYB dışında yaygın olarak görülmektedir (Fairburn, 2008: 11-14).

AN'nin en temel kriteri düşük beden ağırlığıdır (Palmer, 2005: 2). Zayıf olma arzusu, şişmanlamaya dönük aşırı korku ve algılanan beden imajının bozulması sebebiyle

besin alımı sürekli olarak kısıtlanmaktadır (Özbek Şimşek, 2019: 4). Bazı AN'li bireyler kilo kaybını desteklemek için aşırı egzersiz yaparken kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanımı gibi diğer kilo kontrol yöntemleri de yaygın olarak görülmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003: 407). AN vakalarının duygulanımı sınırlı ve hastalıklarına dönük içgörülerini kısıtlıdır (Herzog ve Eddy, 2007: 5). Kişilik özellikleri ile ilişkili olarak, AN'li bireylerde mükemmeliyetçilik, obsesiflik, kişiler arası güvensizlik, olumsuz duygulara karşı tahammülsüzlük, kimlik karmaşası ve suçluluk görülebilir (Halmi ve ark., 2000: 1799; Vitousek ve Manke, 1994: 137; Westen ve Harnden-Fischer, 2001: 547). AN'nin belirli bir alt grubundaki -özellikle bulimik alt tip- bireylerde dürtüsellik ve kendine zarar verme davranışları da görülebilir (Herzog ve Eddy, 2007: 5).

BN'nin tipik özelliği tıknırcasına yeme ve telafi edici davranışlardır (kusma, müshil veya diğer diyet ilaçlarının kullanımı). BN'li bireyler düzensiz aralıklarla büyük miktarlarda yiyecek tüketir ve buna bağlı yaşadıkları kontrol kaybı hissiyle birlikte telafi edici davranışlara başvururlar (Miller ve Golden, 2010: 110). Aşırı yemeleri telafi etmek için başvurulan sağlıksız yöntemler BN'li bireylerde utanç, suçluluk ve tiksinti duygularına yol açar (Mohajan ve Mohajan, 2023: 26). AN'ye kıyasla BN'li bireylerin duygulanımı daha az kısıtlı, hastalıklarına dönük içgörülerini geliştirmiş, duygusal farkındalığı daha yüksek ve duygu ifadeleri daha fazladır. (Herzog ve Eddy, 2007: 14). Kişilik özelliklerine bakıldığında BN'li bireylerde dürtüsellik ve duygusal istikrarsızlık dikkat çekmektedir ve yeme ve kusma döngülerinin olumsuz deneyimlerden kaçınmanın, dayanılmaz öfke ve gerilim duyguları ile baş etmenin bir yolu olarak kullanıldığı düşünülmektedir (Vitousek ve Manke, 1994: 137).

TYB telafi edici davranışlara başvurmaksızın kişide yoğun sıkıntı ve kontrol kaybı hissine yol açan tıknıma atakları ile karakterizedir. AN ve BN'deki telafi edici davranışların ve yeme kısıtlamalarının olmaması TYB'li bireylerin de kilolarına ve beden görünümüne dönük aşırı endişe duydukları gerçeğini değiştirmemektedir (Wilfley ve ark., 2016: 2213). TYB'li bireylerde disforik duygulanım, somatik endişeler ve kişilerarası duyarlılık yüksektir (Herzog ve Eddy, 2007: 22). Araştırmalarda TYB'li bireylerin duygu düzenlemede belirgin zorluklar yaşadığı bulgulanmıştır (da Luz ve ark., 2023: 234; Walenda ve ark., 2021: 25).

Yeme bozukluklarında eş tanı görülme oranları hayli yüksektir ve genellikle birden fazla eşlik eden psikopatolojik rahatsız görülmektedir (Van Alsten ve Duncan, 2020:

709). Duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yeme bozukluklarında en sık görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır (Hudson ve ark., 2007: 348; Udo ve Grilo, 2019: 42). Udo ve Grillo (2019: 42) yürüttükleri çalışmada AN'ye eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların majör depresif bozukluk, kalıcı depresyon, panik bozukluğu, agorafobi, TSSB, alkol ve madde kullanım bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu; BN'ye eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların majör depresif bozukluk, kalıcı depresyon, alkol kullanım bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu ve davranış bozuklukları; TYB'ye eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların majör depresif bozukluk, kalıcı depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu bulgulamıştır.

Yeme bozuklukları birçok tıbbi komplikasyonla ilişkilidir (Mehler ve ark., 2018: 305). AN'de tıbbi komplikasyonlar genellikle uzun süreli açlığa bağlı gelişirken bulimik tip AN ve BN'de tıkinma ve kusmalara bağlı komplikasyonlar görülebilir; TYB'de medikal komplikasyonlar aşırı kilolu olma ve obezite ile ilişkilendirilmektedir. (Herzog ve Eddy, 2007: 4-12). AN'de yetersiz beslenme ve kilo kaybından dolayı tüm vücut sistemi olumsuz etkilenebilir ve başarılı bir tedavi programı ile kişi sağlıklı beden ağırlığına ulaşsa bile bazı komplikasyonların kalıcı yan etkileri olabilir (Mehler ve Brown, 2015: 1). AN'de görülen medikal sorunlar, yavaş kalp atışı, düşük tansiyon ve aritmi gibi kardiyovasküler rahatsızlıklar; kemik erimesi, elektrolit dengesizliği, hipokalemi, amenore ve hipotiroidizm gibi endokrinolojik ve metabolik sorunlar; ciltte kuruma ve sarı lekeler, saç dökülmesi ve yüzde tüylenme gibi dermatolojik problemler; kabızlık ve mide iltihabı gibi gastrointestinal şikayetler; anemi ve beyaz kan hücresi sayısında azalma gibi hematolojik rahatsızlıklar; beyin atrofisine neden olan nörolojik rahatsızlıklar ve amfizem ile solunum yetmezliği gibi akciğer problemleriyle ilişkilidir (Brown ve Mehler, 2015: 419). AN'nin psikiyatrik rahatsızlıklar içinde en yüksek ölüm oranına sahip olması tüm bu tıbbi sorunların varlığı ile ilişkili görünmektedir (Mehler ve Brown, 2015: 1). BN'de en yaygın görülen medikal problemler kabızlık, ishal, irritabl bağırsak sendromu gibi gastrointestinal şikayetlerken ölüm riskini artıran medikal nedenler elektrolit dengesizlikleri, kronik dehidrasyon, hipokalemi (vücuttaki potasyom dengesinin bozulması) ve aritmi (düzensiz kalp atışı) gibi kardiyovasküler ve metabolik şikayetlerdir (Nitsch ve ark., 2021: 333). Ek olarak kusma davranışına bağlı diş çürümesi, ellerde nasırlaşma ve

periferik ödem görülebilmektedir (Mehler ve Rylander, 2015: 1-4). TYB’de görülen tıbbi sorunların başında hipertansiyon, tip 2 diyabet ve dislipidemi (kandaki yağ, kolesterol ve diğer lipid türlerinin anormal seviyelerde olması durumu) bileşenlerinden oluşan metabolik sendrom gelmektedir (Hudson ve ark., 2010: 1568). TYB ile ilişkilendirilen diğer komplikasyonlar; koroner kalp hastalığı, osteoartrit (kireçlenme), uyku apnesi, hiperlipidemi (kolesterol yüksekliği) ve menstrüel disfonksiyondur (Mitchell, 2015: 319).

Sonuç olarak; YB’de klinik tablo bir bireyin yeme, kilo ve beden imajı ile ilişkisini etkileyen psikolojik, fizyolojik ve davranışsal belirtilerin karmaşık bir etkileşimi ile kendini gösterir. Bu rahatsızlıklar sıklıkla depresyon, anksiyete ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla birlikte seyreder ve ciddi tıbbi komplikasyonlara yol açabilir.

2.1.3. Yeme Bozukluklarında Epidemiyoloji

Yeme bozuklukları yaygın olarak orta ve geç ergenlik ve yıllarında başlamaktadır (Garland ve ark., 2018: 187). AN, BN’ye kıyasla daha erken dönemlerde başlamaktadır; AN’de başlangıç yaşı ergenliğin ilk yıllarına kadar gerilerken BN yaygın olarak 18 yaş civarında başlamaktadır (Zhang ve Wing, 2015: 685). TYB’nin başlangıç yaşı ile ilgili veriler değişken olsa da AN ve BN’ye kıyasla daha geç başlangıçlı olduğu bulgulanmıştır (Herzog ve Eddy, 2007: 24; Udo ve Grillo, 2018: 345).

Hay ve arkadaşları (2008) 10 yıl arayla yürüttükleri iki çalışmada bozulmuş yeme davranışlarının (tıkınırcasına yeme, kusma, katı diyetler uygulama) 2 kattan daha fazla arttığını belirtmiştir. YB’nin yaygınlığı üzerine yapılan araştırmalar literatürde kısıtlı olmakla birlikte Preti ve arkadaşları (2009: 1125) 6 Avrupa ülkesinde 21425 katılımcı ile yürüttükleri çalışmada YB’nin yaşam boyu yaygınlığını %2.51 olarak bulgulanmıştır. Aynı çalışmada AN, BN ve TYB’nin yaşam boyu yaygınlığı sırasıyla %0.48, %0.51 ve %1.12 olarak belirtilmiştir. Tanı gruplarına göre değerlendirildiğinde yaşam boyu yaygınlık oranları tahmini AN’de %1, BN’de % 1-4.2, TYB’de % 0.7-4’dir (Herzog ve Eddy, 2007: 6-24). YB’nin görülme sıklığı erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek olup, YB hastalarının yaklaşık olarak %90-95’i kadındır (Herzog ve Eddy, 2007: 6-15; Lewinsohn ve ark., 2000: 1284). Ek olarak komorbid YB tanısı alanların yaşam boyu yaygınlığı % 0.22 olarak bulgulanmıştır (Udo ve Grillo, 2018: 345).

COVID-19 pandemisi yaşanan kayıplar, mecburi sosyal izolasyon ve uygulanan kısıtlamalar sebebiyle bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde bozucu etki yaratmıştır ve yeme bozuklukları bu dönemde önemli düzeyde risk altında olan mental hastalıklardan biridir (Cooper ve ark., 2022: 54; Touyz ve ark., 2020: 1). Araştırmalar pandemi sürecinde YB görölme riskinin arttığını ve mevcut YB'li bireylerin semptomlarının şiddetlendiğini göstermektedir (Haddad ve ark., 2020: 1; Taquet ve ark., 2022: 262). Bu dönemde hastane servislerine yapılan başvuruların arttığı, 2020 yılından önceki başvurularla kıyaslandığında YB tanısı alan kişilerde %15.3'lük bir artış olduğu belirtilmiştir (Lin ve ark., 2021: 660; Taquet ve ark., 2022: 262). Pandemi sürecinin YB üzerindeki etkisini araştıran 70 çalışmadan elde edilen bilgiye göre YB'li bireylerin şikayetlerinde %8-78 oranında kötüleşme olduğu bildirilmiştir (Linardon ve ark., 2021: 3). Aynı derleme çalışmasında katılımcıların %37-80'i genel ruhsal sağlıklarının (örneğin; depresyon, anksiyete) ve iyi oluşlarının (yaşam kalitesi vb.) olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. YB'ye özgü psikopatolojinin kötüleşmesinin altında yatan sebeplerin can sıkıntısı, yalnızlık, belirsizlik duyguları, sosyal medya maruziyetinin artması ve aile içi çatışmalardan kaynaklanan stres ve anksiyete ile ilişkili olabileceği düşünölmüştür (Cooper ve ark., 2022: 54; Haddad ve ark., 2020: 1; Monteleone ve ark., 2021: 83; Touyz ve ark., 2020: 1).

Ölkemizde yapılan yaygınlık araştırmaları incelendiğinde, 1876 kişi ile yürütölen bir çalışmada YB'nin nokta yaygınlığının % 1.55; TYB'nin % 0.21, BN'nin % 0.11 ve AN'nin %0.16 olduğu bildirilmiştir (Deveci, 2020). COVID-19 döneminde yürütölen bir diğer çalışmada YB'nin nokta yaygınlığı %3 olarak bulgulanmış olup en yüksek oran %1.3 ile TYB'de, %0.7 ile BN'de %0.4 ile AN'de bulunmuştur (Atlıoğlu, 2022). Bu sonuçlar ölkemizde YB nokta yaygınlığının arttığını ve özellikle pandemi sürecinin bu artışa katkı sağladığını göstermektedir (Atlıoğlu, 2022; Deveci, 2020).

Yeme bozuklukları ölüm oranlarının yüksek oluşu ile dikkat çekmektedir. 5830 YB vakası ile yürütölen boylamsal bir çalışmada ölüm oranları diğer gruplardan belirgin şekilde yüksek olan AN'de 5.35, BN'de 1.49, TYB'de 1.50 olarak bildirilmiştir (Fichter ve Quadflieg, 2016: 391). BN ve ayaktan tedavi gören AN'lerde kontrol grubu ile kıyaslandığında 2 kat fazla ölüm riski olduğu bulgulanmış olup; en yüksek ölüm riski (5 katın üzerinde) yatarak tedavi gören AN'li gruptadır (van Hoeken ve Hoek, 2020: 521). AN'de ölüm nedenleri en çok hastalığa bağlı tıbbi komplikasyonlar

sebebiyle meydana gelmektedir ve intihar tüm YB'li bireylerde en yaygın doğal yollarla gerçekleşmeyen ölüm sebebidir (Fichter ve Quadflieg, 2016: 391).

Özet olarak, genellikle ergenlik çağında başlayan yeme bozukluklarında hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlar ve intihar sebebiyle başta AN olmak üzere ölüm oranları yüksektir. YB tanısı alan kişilerin sayısı giderek artmaktadır ve COVID-19 pandemisi bu artışı hızlandırmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak YB'nin gelişimine etki eden faktörlerin ve tedavi yöntemlerinin incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

2.1.4. Yeme Bozukluklarında Etiyoloji

Yeme bozukluklarının etiyojisi hakkında net bir model henüz oluşturulamamıştır ancak YB gelişiminde biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003: 407; Yücel, 2009: 39). Bu etiyojistik faktörlerin birbirinden ayrı süreçlerde gelişmediği, aksine karşılıklı etkileşimlerinin YB oluşumuna sebep olduğu düşünülmüş olup risk faktörlerinin altında yatan işlemsel süreçleri anlatan kavramsal model önerilmiştir. Bu modele göre; çevresel olaylara karşı tepkilerimizi etkileyen biyolojik yatkınlıklar (gen-çevre korelasyonları), biyolojik yatkınlıklarımızla etkileşime giren çevresel faktörler (gen-çevre etkileşimleri) ve gen ifadesini değiştiren çevresel veya biyolojik süreçler (epigenetik etkiler) YB'nin gelişiminde etkili olan risk faktörlerini oluşturmaktadır (Culbert ve ark., 2015: 1143).

2.1.4.1. Biyolojik Faktörlerle İlgili Açıklamalar

YB'nin gelişiminde genetik yatkınlıkların ve nörobiyolojik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir. İkiz çalışmaları ve aile çalışmaları AN ve BN vakalarının birinci derece yakınlarında yaşam boyu YB görülme riskinin anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir (Rikani ve ark., 2013: 157; Himmerich ve ark., 2019: 1). YB'de nörobiyolojik faktörler incelendiğinde serotonin (5-HT) monoamin reseptörlerinin etkisi dikkat çekmektedir. Beyin serotonin fonksiyonundaki değişikliklerin özellikle tıkmırcasına yeme, beden algısında bozulma, mükemmeliyetçilik, dürtüsellik, davranışsal ketleme, anksiyete ve duygudurum düzenleme ile ilgili olarak yeme bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Bailer ve Kaye, 2011: 59; Steiger, 2004: 20). Çalışmalarda YB tedavisi sonrasında da serotonin fonksiyonunun bazı yönlerinin değişmeden kaldığı

bulgulanmış ve bu durum YB gelişiminde monoamin anormalliğinin etkisi ile ilişkilendirilmiştir (Bailer ve ark., 2005: 1032; Kaye, 2008: 121; Steiger, 2004: 20).

2.1.4.2. Sosyokültürel Faktörlerle İlgili Açıklamalar

YB gelişimini etkileyen sosyokültürel faktörler bireyin aile, çevre ve toplumla kurduğu etkileşimlere dayanmaktadır. Kişinin erken dönemde aile ve akran ilişkilerindeki olumsuz deneyimlerinin gelecekte yeme bozukluğu semptomlarının oluşması riskini artırdığı bilinmektedir (Cardi ve ark., 2018: 1122). İç içe geçmiş, sorun çözme becerileri zayıf, duygusal aşırı katılım veya duygusal ayrışma (emotional detachment) gösteren ve sevgi ve empatinin eksik olduğu aile örüntüsü YB gelişimi ile ilişkilendirilmiştir (Strober ve Humphrey, 1987: 654). Ayrıca ebeveynlerin anormal yeme tutumlarının ve yeme ve kilo üzerine yaptıkları yorumların çocuğun yeme ile ilişkisinde bozucu etkiye sebep olduğu düşünülmektedir (Hansson ve ark., 2017: 12; Smolak ve ark., 1999: 263). Akran ilişkileri değerlendirildiğinde çocuklukta ve ergenlikte zorbalık deneyimi YB gelişimi ile ilişkilendirilmiş olup; zorbalık yapan çocukların BN, zorbalığa uğrayan çocukların BN ve AN semptomları geliştirdiği bulgulanmıştır (Copeland ve ark., 2015: 1141). Sosyal ağ çalışmaları sağlıklı yeme davranışının yayılmasında akran etkisinin olduğuna dair güçlü kanıtlar sunuyor; yeme, kilo ve beden görünümü ile ilgili meşguliyetlerin artmasında ergenler arasında diyet ve fiziksel egzersizle ilgili “sosyal bulaşıcılık” etkisinin olduğu belirtilmiştir (Allison ve ark., 2013: 116).

Bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının oluşumunda ve devam etmesinde önemli rol oynayan sosyokültürel faktörler arasında medya maruziyeti ve zayıflık idealinin içselleştirilmesinin olduğu düşünülmektedir (Bearman ve ark., 2006: 217; Field ve ark., 2001: 54). Zayıflık idealinin içselleştirilmesi beden memnuniyetsizliğini artırmakta ve bireylerin yeme ile ilişkilerinde bozucu etki yaratarak yeme bozukluklarının gelişiminde rol oynamaktadır (Vander Wal ve ark., 2008: 277). Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde batı toplumlarının etkisinin artmasıyla birlikte, yeme bozukluklarının yaygınlığının arttığı gözlemlenmektedir (Rikani ve ark., 2013: 157; Vander Wal ve ark., 2008: 277).

2.1.4.3. Bireysel Faktörlerle İlgili Açıklamalar

YB ile ilişkili psikolojik risk faktörleri incelendiğinde yaygın kişilik özelliklerinin tanımlandığı dikkati çekmiştir. Kişinin kendine karşı çok eleştirel olması ve yüksek

standartlar belirlemesi olarak tanımlanan mükemmeliyetçilik, YB gelişimini artıran temel kişilik özelliklerinden biridir (Bardone-Cone ve ark., 2007: 384; Culbert ve ark., 2015: 1147). Diğer yaygın kişilik özellikleri arasında dürtüsellik, yenilik arayışı ve zarardan kaçınma YB ile ilişkilendirilmiştir (Rikani ve ark., 2013: 157). Yeme bozukluğu olan bireylerin genellikle kişilerarası ilişkilerinde utangaç ve sosyal karşılaştırmaya eğilimli olduğu, hastalık öncesi dönemde de akran ilişkilerinde zorlanmalar yaşadığı bulgulanmıştır (Cardi ve ark., 2018: 1122). Ek olarak nevroitik kişilik özelliğinin ve düşük öz güvenin YB gelişimi için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Cervera ve ark., 2003: 271).

2.1.4.4. Travma ile İlgili Açıklamalar

Travma yaşantısı yeme bozukluklarında yaygındır ve YB'li bireyleri etkilemektedir (Day ve ark., 2023: 947). 5000'den fazla katılımcı ile yürütülen bir araştırmada yeme bozukluğuna sahip bireylerin özellikle cinsel saldırı gibi kişilerarası travmaları genel popülasyona kıyasla daha yüksek oranda deneyimlediği bulunmuştur (Mitchell ve ark., 2012: 307). YB'li bireylerde TSSB eş tanı oranları yüksektir ve TSSB varlığı YB semptomlarını şiddetlendirmekte, tedavi prognozunu olumsuz etkilemektedir (Brewerton ve ark., 2020: 2061; Day ve ark., 2023: 947).

Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile YB gelişimi arasında belirgin bir ilişkinin olduğu literatürde vurgulanmaktadır (Day ve ark., 2023: 947; Trottier ve MacDonald, 2017: 45). Bunun yanında çocukluk çağında duygusal istismar (çocuğu aşağılamayı, küçük düşürmeyi, tehdit etmeyi içeren sözel saldırı) ve fiziksel ihmal (bakım verenin çocuğun beslenme, barınma gibi temel fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalması) deneyimi diğer risk faktörleri arasındadır (Kong ve Bernstein, 2009: 1897). Çocukluk çağı travmaları YB'nin daha erken yaşta başlaması ve daha şiddetli hastalık yaşantısı ile ilişki bulunmuştur (Trottier ve MacDonald, 2017).

Breland ve arkadaşları (2017: 160) tarafından yürütülen nitel bir araştırmada, travma deneyimlerinin yeme davranışındaki bozulmalara nasıl yol açtığı incelenmiştir. Çalışmanın bulgularına göre, travmanın yol açtığı olumsuz duygulanım ve uyumsuz düşünceler yeme ile ilişkinin bozulmasına yol açmaktadır; bozulmuş yeme davranışı travma ile ilişkili olumsuz duygulanımı hafifletmektedir ancak bu kısa süreliğine işe yaramaktadır; bozulmuş yeme davranışları travmatik deneyimi ve travma ile ilişkili kişileri hatırlamaya karşı dikkat dağıtıcı bir işlev sağlamaktadır (Breland ve ark., 2017: 160).

2.1.4.5. Psikanalitik Açıklamalar

Psikanalitik modeller yeme bozukluklarının altında yatan bilinçdışı dürtülere odaklanır ve çocuklukta hayal kırıklıklarına, duygusal ihmale ve kişinin gelişiminde belirgin rol oynayan ayrılma-bireyleşme süreçlerine vurgu yapar (Dönmez, 2022: 681; Jena, 2022: 83). YB üzerine ilk psikanalitik kuramlar dürtü ve çatışma modeline dayanmaktadır. Bu modeller, erken yaşam deneyimlerinin ve çözülmemiş çatışmaların bozulmuş yeme davranışlarına katkıda bulunduğu görüşündedir ve özellikle oral dönem fiksasyonlarına vurgu yapmaktadır (Caparrotta ve Ghaffari, 2006: 175; Erbaş, 2015). Çağdaş uygulamalarda dürtü kuramı, ego psikolojisi, nesne ilişkileri kuramı, kendilik psikolojisi ve bağlanma teorileri entegre edilerek YB'yi kapsamlı bir şekilde anlamak amaçlanmaktadır (Zerbe, 2001: 305).

Kendilik psikolojisi kuramı yeme bozukluklarının kişinin kendilik duygusunu devam ettirebilmesi için bir araç işlevi gördüğü fikrine odaklanır. YB'li bireylerin bütünleşmemiş bir kendilik duygusuna ve bedensel çaresizlik hislerine sahip olduğunu ve ergenlik döneminde yaşanan değişimlerin kendi kendine yetebilen bir yetişkin kadın haline gelmeyi ifade ettiği için kişi için tehdit oluşturduğu; bu sebeple AN'li bireylerin çocukluk dönemindeki bedenlerini koruyarak ayrılma sürecini durdurmaya çalıştığını vurgular (Caporrotta ve Ghaffari, 2006: 175).

Nesne ilişkileri açısından değerlendirildiğinde Sugarman ve Kurash (1982: 57) YB'li bireylerdeki ego kusurlarına odaklanmaktadır. Kurama göre; BN'li bireyler nesne devamlılığını sağlayamamaktadır ve simbiyotik nesneden ayrıldıklarında kendilerini sakinleştirecek kaynaklar geliştirememektedirler. Bu bağlamda tıknırcasına yeme davranışı simbiyotik anne temsilini oluşturmaya ve bireylerin kendini yatıştırmasına yardımcı olmaktadır.

2.1.4.6. Bağlanma Teorisi ile İlgili Açıklamalar

Bowlby tarafından geliştirilen bağlanma kuramı, erken dönemde bakımverenle geliştirilen bağlanma deneyimlerinin bireylerin yaşam boyunca kurduğu etkileşimleri etkilediği fikrine dayanmaktadır (Bartholomew ve Horowitz, 1991: 226). Yetişkin bağlanma teorileri ilk ilişkilerde öğrenilen beklentilerin ve tepkilerin yetişkinlikteki kişilerarası ilişki kurma biçimlerine model oluşturduğunu öne sürmektedir (Widom ve ark., 2018: 533). Yetişkin işlevselliğini doğrudan etkilediği düşünülen bu kuramın,

kişilerarası işlevlerde bozulmaların yaygın olarak görüldüğü yeme bozukluklarında anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir (Tasca ve Balfour, 2014: 710).

Bağlanma kategorileri ilk kez Ainsworth tarafından bebekler ve bakımverenleri arasındaki ayrılma bireyleşme süreçlerini gözlemlediği çalışmalarda ortaya atılmış ve Main tarafından yetişkin bağlanma biçimlerine uyacak şekilde genişletilmiştir ve güvensiz bağlanma; kaygılı, kaçınan ve dezorganize bağlanma türlerine ayrılmıştır (Ainsworth ve ark., 1978: 1; Main ve Hesse, 1990: 161). Kaçınan bağlanan bireyler yakın ilişkiler kurmanın önemini genellikle göz ardı ederler, duygularını saklamaya meyilli olurlar ve duygusal ifade konusunda güçlük çekerler. Yakın ilişkiler kurdukları kişileri ya aşırı idealize ederler ya da aşırı küçümserler ve bu durum onların ilişkiler hakkında gerçekçi olmayan düşüncelere sahip olmalarına neden olur ve başkalarının hislerini ve düşüncelerini kavramalarını zorlaştırır (Fasakhoudi ve ark., 2022; Ng ve Hou, 2017). Bunun yanında kaygılı bağlanan bireyler ilişkilerinde terk edilmeye ve diğerlerini kaybetmeye dönük yüksek kaygı duyarlar, bu kaygılardan dolayı duygusal tepkileri şiddetlenebilir ve ilişkilerini net bir şekilde değerlendirme, etkili iletişim kurma yetenekleri bozulabilir ve kendi aşırı yoğunlaşmış duygularına odaklanmaktan karşı tarafın duygusal deneyimlerini anlamakta zorlanabilirler (Fasakhoudi ve ark., 2022; Lee ve Park, 2020: 1).

Araştırmalar güvensiz bağlanma stiline, kontrol gruplarına göre YB'li bireylerde daha yaygın olduğunu ve YB gelişimi için bir risk faktörü olabileceğini belirtmektedir (Manaj, 2016: 112; Tasca ve Balfour, 2014: 710; Zachrisson ve Skårderud, 2010: 97). Ek olarak kaygılı bağlanmanın YB semptomlarını şiddetlendirdiği ve güvensiz bağlanma biçiminin psikoterapi sürecini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Tasca ve Balfour, 2014: 710).

2.1.4.7. Bilişsel Davranışçı Açıklamalar

Bilişsel davranışçı yaklaşımın YB'ye ilişkin ilk açıklamaları şişmanlama korkusu ve beden algısındaki bozuklamanın telafi edici davranışlar ve kendini aç bırakma için temel motivasyonlar olduğu yönündeydi (Russell, 1979: 429). Sonrasında tıknırcasına yemeye etki eden temel faktörün olumsuz duygulanımdan kaçış olduğu fikri öne sürüldü (Heatherton ve Baumeister, 1991: 86). Williamson ve arkadaşları (2004: 711) yaklaşık 30 yıldır geliştirilen teorileri sentezleyerek YB'ye ilişkin bütüncül bir bilişsel davranışçı model ortaya çıkarmıştır. Bu modele göre; YB'nin gelişimindeki temel risk faktörleri beden görünümü ve biçim ile ilgili aşırı endişe, şişmanlama korkusu, zayıf

beden idealini içselleştirme ve mükemmeliyetçilik/obsesyonelliktir. Benlik şemasını bu faktörler doğrultusunda oluşturan kişi kendi görünümü ve yeme ile ilişkili uyaranlara duyarlı hale gelmekte ve dikkat yanlılıkları, seçici hafıza yanlılıkları gibi bilişsel hatalar yapmaktadır. Ayrıca olumsuz duygular da bilişsel hata yapma eğilimini artırmakta ve döngüsel şekilde bilişsel hatalar da anksiyete, şişmanlık hissi, depresyon, öfke, kendinden tikslenme gibi olumsuz duygular uyandırmaktadır. Bu olumsuz duygular kişi için dayanılmaz hale gelmekte ve bir an önce bu duygulardan kaçmak/kaçınmak istemektedir. Kötü hislerden kurtulma dürtüsü de kişiyi kaçma/kaçınma davranışlarına (kısıtlayıcı yeme, tıknama, kusma, aşırı egzersiz vb.) yönlendirir. Bu davranışlar kişide geçici bir rahatlama sağlar ancak olumsuz duygulardan kurtulmak için kişinin aynı davranışları sürdürmesi, şişmanlamaktan korkması ve beden görünümü ile ilgili endişelenmesi gerektiği inancını yerleştirir. Sonuçta kişinin rahatsızlığı döngüsel bir biçimde devam eder (Williamson ve ark., 2004: 712).

Sonuç olarak yeme bozukluklarının etiyolojisi biyopsikososyal faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir. Biyolojik faktörlerde genetik yatkınlığın ve serotonin reseptörlerinin, psikolojik faktörlerde mükemmeliyetçi ve nevrotik kişilik özelliklerinin, travma yaşantısının ve güvensiz bağlanma biçiminin, sosyokültürel faktörlerde aile ve akran ilişkilerinin ve zayıflık idealinin içselleştirilmesinin YB gelişiminde önemli risk faktörleri olduğunun altı çizilmektedir.

2.1.5. Yeme Bozukluklarında Prognoz ve Tedavi

Yeme bozukluğu tedavilerinde etkili sonuçlar elde etmek için bireylerin yeme alışkanlıklarına, biyolojik faktörlere ve duygusal, sosyal ve bilişsel değişimlere odaklanılmaktadır ve tedavide remisyona ulaşılmasıyla birlikte nükslerin önlenmesi hedeflenmektedir (Chang ve ark., 2021: 2). YB başarılı şekilde tedavi edilmedikçe kronikleşir, ciddi sağlık sorunlarına yol açar ve kişilerin yaşamlarını önemli ölçüde kısıtlar (Klump ve ark., 2009: 97). Bununla birlikte YB’de tedavi başarısı orta düzeydedir ve tedaviyi bırakma ve nüks oranları yüksektir (Campbell, 2009: 239; Sala ve ark., 2023: 281; Treasure ve ark., 2020: 899).

Tedavi oranları tanı bazında değerlendirildiğinde; AN’li ergenlerde birkaç yıllık tedavilerde iyileşme oranı ortalama %50’dir ve bu oran takipte %75’lere yükselmektedir ancak çalışmalarda bu oranların erken tedavi alan gruplarda görüldüğü, yetişkin AN’lerde prognozun daha kötü ilerleyebileceği bildirilmiştir

(Jagielska ve Kacperska, 2017: 205; Johnson ve ark., 2003: 798; Mairs ve Nicholls, 2016: 1168). BN'de AN'ye kıyasla prognoz daha iyi ilerlemekte ve daha yüksek iyileşme oranları görülmektedir; tedaviyle hastaların %80'e yakını remisyona ulaşabilir ancak %20'sinde hastalığın nüks ettiği bildirilmiştir (Harrington ve ark., 2015: 46). TYB'nin boylamsal seyri ve tedavi sonuçlarına ilişkin araştırmalar daha kısıtlıdır ancak AN ve BN'ye kıyasla tedaviye daha iyi yanıt verdiği bilinmektedir (Mairs ve Nicholls, 2016: 1168).

Araştırmacılar, yeme bozukluklarındaki tedavi süreçlerinin daha etkili hale getirilmesi amacıyla hastalığın tekrarlamasına ve tedaviyi erken bırakmaya yol açan faktörleri incelemektedirler. Hastalığın tekrar ortaya çıkma riskini artıran temel faktörler arasında hastanın tedavi sonlarında düşük kiloya sahip olması, patolojik yeme davranışlarının ve olumsuz beden algısının sürmesi yer almaktadır (Chang ve ark., 2021: 2). Ayrıca BN'de uzun süreli hastalık yaşantısı, başarısız tedavi girişimleri, komorbid madde bağımlılığı ve B kümesi kişilik bozukluğunun varlığı kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir (Herzog ve Eddy, 2007: 14). Tedaviyi erken bırakma (drop out) ile ilişkili bulunan psikolojik risk faktörleri; yüksek olgun olma korkusu (high maturity fear), düşük kendi kendini yönetme (self directedness), düşük işbirlikçilik (cooperativeness) ve dürtüselliktir (Fassino ve ark., 2009). Ek olarak, AN'li bireylerde terapi ortamının kontrol kaybı hissi yarattığı ve bu kontrol kaybı hissinin tedaviyi bırakmaya yol açtığı düşünülmüştür (Eivors, 2002: 90).

YB tedavilerinin kısa ve uzun vadeli sonuçlarını değerlendiren araştırmalarda; tedavi sonucunun ve takip seanslarının olumlu ilerleyeceğini gösteren en temel ve tutarlı bulgu tedavinin erken dönemlerinde (genellikle ilk 4 seans) danışanın tedaviye iyi yanıt vermesi ve semptomlarında azalma görülmesidir (Chang ve ark., 2021: 8; Vall ve Wade, 2015: 946). Olumlu tedavi sonuçları iyileşmeye dönük yüksek motivasyon ve öz yeterlilik ile orta derecede ilişkili görünmektedir ve tıknama ve kusma davranışının, depresyonun, görünüm ve kiloya ilişkin kaygıların, komorbid hastalıkların ve ailesel problemlerin daha az; kişilerarası işlevselliğin daha yüksek olması diğer yordayıcılar arasındadır (Vall ve Wade, 2015: 946).

YB tedavileri psikiyatrist, psikolog, aile terapisti, diyetisyen ve diğer ilgili branşların iş birliği içinde olduğu multidisipliner ekip çalışması ile yürütüldüğünde daha etkili sonuçlara ulaşılmaktadır (House ve ark., 2012: 949; Mairs ve Nicholls, 2016: 1168). YB tedavileri incelendiğinde Farmakoterapi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT),

Kişilerarası Psikoterapi (KP), Aile Temelli Terapi (ATP) ve Üçüncü Dalga Davranış Terapileri öne çıkmaktadır. Bu tedaviler teorik ve pratik anlamda farklı yaklaşımlar benimsemektedirler ancak YB tedavilerde izlenen temel müdahale alanları şu şekildedir; fiziksel sağlık sorunlarını tespit etme, ek psikiyatrik rahatsızlıkları tespit ve tedavi etme, yiyecek kısıtlamasını ve uygunsuz telafi edici davranışları durdurma, kişinin uygun kilosuna ulaşmasını sağlama, yeme ve beden görünümü ile ilişkili işlevsel inançlara müdahale etme (Yücel, 2009: 42-43).

2.1.5.1. Farmakoterapi

Yeme bozukluklarında farmakolojik müdahalelerin etkililiğine dair yeterli kanıt bulunmaması sebebi ile mevcut klinik kılavuzlarda birinci basamak tedavi olarak önerilmemektedir (Chang ve ark., 2021: 2; Costandache ve ark., 2023: 40; NICE, 2017).

YB tedavilerinde antidepresan ilaçların antibulimik etkiye sahip olduğu bilinmektedir; özellikle fluoksetin kullanımının tıkinma ve kusmaların sıklığını azalttığı ve genel hastalık şiddetini düşürdüğü bulgulanmıştır (Fairburn ve Harrison, 2003: 414; Kotler ve ark., 2003: 329). Bununla birlikte BN tedavilerinde BDT'ye kıyasla antidepresan ilaçların ek bir faydası bulunmamıştır (Mitchell ve ark., 1990: 149).

TYB'li yetişkinlerde Topiramet ve Sertralin kullanımının semptom şiddetini azalttığı belirtilmiştir (Mairs ve Nicholls, 2016: 1168). Fluoksetin tıkinmaları kısmi azaltmakta ve kilo vermeye yardımcı olmaktadır ancak kilo kaybı etkisi kalıcı değildir (Crow, 2014: 307). BDT ile kombine tedavi uygulandığında orta düzeyde fayda sağlamaktadır ancak BN'de olduğu gibi TYB'de de BDT tedavilerinin etkililiğine ek bir katkı sunmamaktadır (Grilo ve ark., 2012: 1108; Mairs ve Nicholls, 2016: 1168).

AN tedavisinde ilaç kullanımının etkisi kısıtlıdır (Fairburn ve Harrison, 2003: 413). Ailede psikolojik rahatsızlık öyküsü bulunanlarda, YB başlangıcı öncesi ortaya çıkan semptomlarda ve nöksleri önlemede antidepresan kullanımının fayda sağlayabileceği belirtilse de kronik AN'de ve düşük BKİ'li vakalarda çok az etkili olmaktadır (Kaye ve ark., 2001: 644; Mairs ve Nicholls, 2016: 1168). Antipsikotik ilaçlar AN tedavisinde kaygıyı ve obsesyonel düşüncüyü azaltmak ve kilo alımını sağlamak amaçlı yaygın olarak kullanılmaktadır ancak araştırmalarda klinik fayda belirtilmemiştir (Mairs ve Nicholls, 2016: 1168).

Yeme bozukluklarında tek başına farmakolojik müdahale uygun görülmemekle birlikte eş tanıların varlığında tedaviyi güçlendirmek için kullanılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir (Reukert ve Wells, 2020). İlk basamak tedavilerde aile temelli, kişilerarası, bilişsel-davranışçı terapiler gibi farmakolojik olmayan müdahaleler önerilmektedir (Costandache ve ark., 2023: 40).

2.1.5.2. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)

Bilişsel Davranışçı Terapi, BN başta olmak üzere YB tedavisinde etkinliği ispatlanmış, kanıta dayalı temel yaklaşımlardan biridir (Fairburn ve Harrison, 2003: 413; Pisetsky ve ark., 2019: 219). BDT tedavi başlangıcında kişiye özel formülasyon geliştirmeye, danışanları mevcut sorunlarının üstesinden geleceği konusunda cesaretlendirmeye ve psikoeğitimlerle kişinin içinde bulunduğu durumu anlamasına odaklanır; süreç içinde bilişsel (bilişsel yeniden yapılandırma vb.) ve davranışçı (yeme kayıtları, uyaran kontrolü vb.) stratejiler kullanarak YB'nin sürmesine sebep olan işlevsiz düşünce ve davranış kalıplarını hedef alır; tedavinin sonlarına doğru temel amaç danışanın ilerlemesini kalıcılaştırmak ve nükslere yol açabilecek risk faktörlerini azaltmaktır (Murphy ve ark., 2010: 611).

BN ve TYB tedavisinde BDT'nin kısa vadeli ve uzun vadeli sonuçlarının etkinliğine dair pek çok araştırma yayımlanmıştır (Kass ve ark., 2013: 540; Linardon ve ark., 2017; Mairs ve Nicholls, 2016: 1168). BDT alan BN'li vakaların yaklaşık yarısında tam iyileşme ve küçük bir azınlık dışında önemli ölçüde semptomatik iyileşme görülmektedir (Herzog ve Eddy, 2007: 14). YB tedavisi için yayımlanan 8 klinik uygulama rehberinin tamamında BDT, BN ve TYB tedavilerinde önerilmektedir (Linardon ve ark., 2017: 125).

AN'li yetişkinlerin tedavilerinde BDT'nin etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur ama bu etki BN'ye kıyasla daha az görülmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003: 413; Pisetsky ve ark., 2019: 219). Araştırmalarda AN'nin genellikle kronik seyirli ilerlediği, tedavilerde vakaların yaklaşık %49'unda semptomların hafifleyebileceği ancak BDT de dahil herhangi bir tedavinin üstünlük sağlamadığı belirtilmiştir (Carter ve ark., 2011: 647; Kass ve ark., 2013: 540). Uzman Tarafından Yürütülen Destekleyici Klinik Yönetim (UDKY; specialist supportive clinical management) az bilinen YB ve özellikle AN tedavisi için geliştirilmiş bir psikoterapi yöntemidir (Bulut ve ark., 2017: 329). UDKY ve BDT'nin etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada; özellikle ileri yaşlarda, daha şiddetli psikopatolojiye sahip ya da yoğun depresif

belirtiler görünen AN’lerde BDT’nin daha etkili olduğu bulgulanmıştır (Vall ve Wade, 2015: 946).

Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi (G-BDT), yeme bozuklukları için kullanılan tanılar üstü bir tedavi yöntemidir. Yeme bozukluklarının temelde aynı sorunu paylaştıkları ve tanılar arası geçişin yaygın olduğu fikrini temel alarak tedavi sürecinde sorunu sürdüren davranışların çözümüne odaklanmaktadır (Oğur ve Taşkale, 2022: 58). G-BDT, BN ve TYB tanıları için hem ergen hem yetişkin grupta etkili sonuçlar vermektedir (Grave ve ark., 2015: 79; Melisse ve ark., 2022). Ergen ve yetişkin AN’lerde tedavi sonunda kilo alımının gerçekleştiği ve semptomların hafiflediği bildirilmiştir (Grave ve ark., 2013: 9; Grave ve ark., 2020: 1428). G-BDT, uzun süreli takip çalışmalarında alternatiflerine göre daha etkili bulunmamıştır ancak tedavi sürelerinin daha kısa olması sebebiyle avantajlı görünmektedir (Fairburn ve ark 2015: 64; de Jong ve ark., 2020: 717).

BN, TYB ve AN’li yetişkinlerde Kişilerarası Psikoterapi (KP); AN’li ergenlerde Aile Temelli Terapi (ATT) BDT’ye güçlü bir alternatiftir (Kass ve ark., 2013: 540; Linardon ve ark., 2017: 125).

2.1.5.3. Kişilerarası Psikoterapi (KP)

Kişilerarası Psikoterapi’nin YB’de etkililiği kanıta dayalı araştırmalarca desteklenmektedir ve alandaki sekiz klinik uygulama rehberinin yarısı BN ve TYB tedavilerinde KP’yi önermektedir (Linardon ve ark., 2017: 125; Pisetsky ve ark., 2019: 219). YB patolojileri bireylerin kişilerarası işlevselliklerini kötüleştirmekte, ilişkisel zorlanmalar YB şiddetini artırmaktadır. KP hastaların kişilerarası zorlukları çözmelerine yardımcı olmayı ve böylece yeme bozukluğunu sürdüren süreçleri ortadan kaldırmayı ve iyileşmelerini kolaylaştırmayı hedeflemektedir (Murphy ve ark., 2012: 150).

KP, BN ve TYB’nin uzun süreli takip çalışmalarında BDT kadar etkili bulunmuştur ancak BN’lerde tedavinin daha uzun sürdüğü belirtilmiştir (Agras ve ark., 2000: 459; Linardon ve ark., 2017: 125). YB’li ergenlerle yapılan bir çalışmada KP’nin depresyon ve anksiyeteyi hafiflettiği, obezite riskini azalttığı, yeme üstünde algılanan kontrol hissini artırdığı ve 12 aylık takipte tıkmırcasına yeme sıklığını azalttığı bulgulanmıştır (Tanofsky-Kraff ve ark., 2014: 1010). Ayrıca TYB için bir diğer alternatif tedavi yöntemi olan Davranışsal Kilo Kaybı Tedavisi (behavioral weight loss; BWL) ile

kıyaslandığında KP'nin daha etkili olduğu bulunmuştur (Tanofsky-Kraff ve ark., 2013: 193).

AN'li yetişkinlerde KP'nin etkililiği üzerine yapılan araştırmalar daha kısıtlıdır ancak mevcut çalışmalar uzun süreli takiplerde KP'nin BDT kadar etkisi olduğunu göstermiştir (Murphy ve ark., 2012: 150). Bununla birlikte, daha önce belirtildiği gibi, AN'li bireylerin tedavisinde aile temelli yaklaşımlar öne çıkmaktadır (Kass ve ark., 2013: 540).

2.1.5.4. Aile Temelli Terapi (ATT)

Maudsley Aile Terapisi olarak da adlandırılan Aile Temelli Tedavi çocuk ve ergenlere yönelik geliştirilmiş olup yeme sorumluluğunun tamamen ebeveynlere verilmesiyle YB'li bireyin kilo verme ve beslenme düzeninin sağlanmasını ve bu sayede kişinin kendi ortamında, uzun süreli iyileşmesini hedeflemektedir (Couturier ve ark., 2012; Stiles-Shields ve ark., 2012: 133).

AN'li ergenlerde etkililiği en yüksek tedavi türü ATT'dir (Kass ve ark., 2013: 540; Russell ve ark., 1987: 1047). ATT ile tedavi edilen AN'li ergenlerin %50'si tedavi sonunda normal kilosuna ulaşmış ve semptomları önemli ölçüde gerilemiştir (Couturier ve ark., 2012: 3). Ayrıca yeme ile ilgili obsesyonların daha şiddetli olduğu ergenlerde uzun süreli aile terapileri daha etkili sonuç vermektedir (Lock ve ark., 2005: 632).

BN tedavilerinde aile terapilerinin kısa dönemde BDT'den daha etkili olduğu bulunmuş ama uzun dönem sonuçlarda eşit düzey etki gözlenmiştir (Mairs ve Nicholls, 2016: 1168). Ek olarak, BN'li ergenlerde semptomların şiddeti arttıkça bireysel terapilere kısayla ATT'nin daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Vall ve Wade, 2015: 946).

2.1.5.5. Üçüncü Dalga Davranış Terapileri

Üçüncü dalga davranış terapileri şemsiyesi altında pek çok psikolojik tedavi modeli geliştirilmektedir ancak YB tedavilerinde sıklıkla karşılaşılan Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ve Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) bu çalışmanın temelini oluşturacaktır. Üçüncü dalga davranış terapileri; BDT ile benzer bileşenler içermektedir ancak düşünce ve duyguların içeriğini değiştirmekle uğraşmak yerine onların işlevini ve farkındalığını hedef alır ve deneyimsel kaçınmayı azaltan, kabullenmeyi ve psikolojik esnekliği artırmayı teşvik eden yöntemler kullanır (Hayes

ve ark., 2011: 141; Hofmann ve Asmundson, 2008: 1). Üçüncü dalga terapiler henüz YB’de ampirik olarak desteklenen tedavi kriterlerini karşılamamaktadır ancak yapılan araştırmalarda genel psikolojik semptomlarda orta ve büyük ölçüde iyileşme sağlandığı bulgulanmıştır (Linardon ve ark., 2017: 125).

DDT, YB’li bireylerde sağlıklı duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesini ve yeme ile dengeli bir ilişkinin kurulmasını hedeflemektedir (Wisniewski ve Ben-Porath, 2015: 129). BDT ile tedavi sonuçları arasında anlamlı bir fark görülmesi de BN ve TYB’li grupta etkili olduğu belirtilmiştir (Linardon ve ark., 2017: 125; Pisetsky ve ark., 2019: 219).

ACT, rahatsız edici içsel deneyimlerin varlığında bile kişinin uzun vadeli değerlerine odaklanarak daha uyumlu davranışlar ve deneyimler geliştirmesini hedefler (Hayes ve ark., 2006: 1). ACT; YB’li bireylerin beden görünümüne ve ağırlıklarına odaklanmaları dışında hayatlarında farklı değerlere açıklık getirmelerine ve bu değerlere yönelik harekete geçmelerine yardımcı olmayı ve zayıf olma dürtüsünün ötesindeki yaşam alanlarıyla yeniden etkileşime geçmelerini amaçlamaktadır (Juarascio ve ark., 2013: 459). YB tedavilerinde ACT’in etkililiğine ilişkin az sayıda çalışmaya ulaşılmaktadır ve bu çalışmalarda mevcut terapi yöntemlerinden daha etkili olduğu belirtilmemiştir (Pisetsky ve ark., 2019: 219). Bununla birlikte araştırmalar ACT’in, YB’li bireyler için uygun ve yararlı bir tedavi seçeneği olduğunu ve daha fazla araştırma yapılmasının gerekli olduğunu bildirmektedir (Juarascio ve ark., 2010: 175; Juarascio ve ark., 2013: 459).

Özet olarak AN’li yetişkinlerde herhangi bir tedavinin üstünlüğü bulunmamakta ve AN’li ergenlerde ATT en etkili tedavi yöntemi olarak görülmektedir. BN ve TYB tedavilerinde BDT ve KP öne çıkmaktadır. G-BDT, DDT ve ACT, YB tedavilerinde güçlü bir alternatif olarak görünmekte ancak daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Son olarak, farmakolojik tedaviler semptom bazında iyileşme sağlasa da kalıcı etki sunmamaktadır.

YB tedavilerinin etkililiği kayda değer olsa da geçtiğimiz yıl yayımlanan bir meta analize göre YB tedavisi gören bireylerin üçte biri yeniden hastalanmaktadır (Sala ve ark., 2023: 281). Nitel araştırmalar tedavi süreçlerini derinlemesine anlayabilmek için hastalıkla mücadele eden kişilerin bakış açılarına odaklanmaktadır. Bu çalışmalar iyileşen bireylerin en çok önem verdikleri faktörlerin sosyal destek alabilme, diğerleri ile yeniden iletişim kurabilme ve daha az yalnız hissetme ile ilgili olduğunu

bildirmiştir (Harney ve ark., 2014: 24; Jenkins ve Ogden, 2012: 23; Kinnear ve ark., 2023: 141; Tozzi ve ark., 2003: 143). Yeniden hastalanan bireylerde ise aile işlevsizliği, güven ilişkisi kuramama ve kabul görmeme temaları dikkat çekmektedir (Federici ve Kaplan, 2007: 6; Tozzi ve ark., 2003: 143). Tüm bu bulgular yeme bozukluklarında sosyal işlevselliğe odaklanmanın önemini göstermektedir.

2.2. Sosyal İşlevsellik

2.2.1 Tanım ve Sınıflama

Sosyal işlevsellik kavramı, mevcut literatürde kesin bir karşılık bulamamaktadır. Bunun nedeni, sosyolojik açıdan bakıldığında, sosyal işleyişin kültürel normlardan ve değerlerden büyük ölçüde etkilenmesi ve kesin bir bağlama oturtulamamasıdır (Nickerson, 2024). Öte yandan, klinik açıdan, işlevsel iyileşmeyi değerlendirmek, semptomatolojik iyileşmeyle karşılaştırıldığında daha belirsizdir, bu nedenle son yıllara kadar yeterince ilgi görmemiştir (Dickerson, 1997: 897). İşlevsellik değerlendirmesi günümüze kadar çalışmalarda farklı yollarla ve tanımlarla değerlendirilmiştir; psikososyal bozulma, iş bozulması (work impairment), iş uyumsuzluğu (work adjustment), günlük yaşam ve rol işlevselliği, global işlevsellik bu tanımlardan bazılarıdır (Altshuler ve ark., 2002: 161).

Sosyal işlevsellik bireylerin başkalarıyla anlamlı etkileşimlerde bulunma, ilişkileri sürdürme, topluma katılma ve kendine bakabilme yetisi olarak tanımlanabilir (Erol ve ark., 2009: 313). Bireyin sosyal rollere ve toplumsal kurallara uyma düzeyinin, işverenler, meslektaşlar, arkadaşlar, partnerler ve aile üyeleriyle ilişki kurma, memnuniyet duyma ve sürdürülebilir becerisinin değerlendirmesini kapsayan bir kavramdır (Bosc, 2000: 63). İşlevsellik kavramı komplekstir ve çalışma kapasitesi, bağımsız yaşama kapasitesi, dinlenme kapasitesi, romantik yaşam kapasitesi ve ders çalışma kapasitesi gibi birçok farklı alanı içerir (Rosa ve ark., 2007: 2). Weismann ve Bothwell (1976: 1111) geliştirdikleri 54 soruluk Sosyal Uyum Ölçeği'nde sosyal işlevsellik değerlendirmesini 7 başlıkta incelemektedir; mesleki işlev (çalışma, evde çalışma veya öğrencilik), sosyal aktiviteler veya boş zaman aktiviteleri, aile dışı ilişkiler, evlilik rolü, ebeveynlik rolü, aile işlevselliği ve ekonomik düzey.

Klinik alanda sosyal işlevsellik çalışmalarının en çok şizofreni hastaları ile yürütüldüğü dikkati çekmektedir (Brissos ve ark., 2011: 18). Bunun yanında Majör Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Psikotik Bozukluklar ve Travma Sonrası Stres

Bozukluğu sosyal işlevsellik çalışmalarının yürütüldüğü diğer alanlardır (Fagiolini ve ark., 2005: 281; Kasper, 1999: 27; Mancuso ve ark., 2011: 143; Scoglio ve ark., 2020: 356). Psikolojik rahatsızlıklarda psikososyal işlevsellikteki bozulmayı etkileyen pek çok faktör tanımlanmıştır; pozitif (halüsinasyonlar vb.) ve negatif (anhedoni vb.) semptomlar, duygudurum semptomları (depresyon, anksiyete vb.), bilişsel bozulmalar (dikkat, hafıza vb.), komorbid madde kullanımı ve ilaç yan etkileri (Lieberman, 2008: 155). Ayrıca yapılan çalışmalarda psikiyatrik hastalık geçmişi olmayan katılımcıların sosyal işlevsellik düzeylerinin psikiyatrik tanısı olan bireylere kıyasla daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Fredman ve ark., 1988: 103).

Araştırmalar bozulmuş sosyal işlevselliğin hastalık gelişimi açısından bir risk faktörü olmasının yanı sıra hastalık sürecini de doğrudan etkileyebileceğini göstermektedir (Schmidt ve Treasure, 2006: 343; Treasure ve ark., 2012: 431). Bunun yanında tedaviye yanıt veren ve iyileşmiş görünen kişilerde dahi sosyal işlevsellikteki bozulmanın devam ettiği görülmektedir ve bu durum yeniden hastalanma riskini artırmaktadır (Farooq ve Riaz, 2022: 97; Harrison ve ark., 2014: 187). Psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin genel iyi oluşunu ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla, sosyal işlevsellik ve psikopatolojiler arasındaki bu karşılıklı ilişkiyi dikkate alarak kapsamlı tedavi planları oluşturmak ve daha çok araştırmada sosyal işlevselliği odak noktası haline getirmek gerekmektedir (Bellido-Zanin ve ark., 2015: 189; Kupferberg ve ark., 2016: 313).

2.2.2. Yeme Bozukluklarında Sosyal İşlevsellik

Yeme bozukluklarının oluşumunda ve sürmesinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin önemli rol oynadığı uzun zamandır kabul edilmekle birlikte sosyokültürel işlevin etkisi literatürde nispeten yakın dönemlerde kendine yer bulmuştur (Bardone-Cone ve ark., 2010: 201; Fairburn ve Harrison, 2003: 407). YB'li bireylerin sosyal işlevsellik ile ilgili çeşitli alanlarda sorunlar yaşadığı sistematik incelemelerde bulgulanmış olup yaşanan sosyal zorlanmaların hastalık öncesi dönemde ortaya çıktığı, YB semptomlarını şiddetlendirdiği ve hastalığın tedavisini zorlaştırdığı bildirilmiştir (Arcelus ve ark., 2013: 156; Cardi ve ark., 2018: 1122; Ruuska ve ark., 2007: 452). Moser ve arkadaşları (2013: 111) YB tanısı almış bireylerin psikososyal işlevselliklerini değerlendirmiş ve önceki araştırmalarla uyumlu olarak YB'li bireylerde düşük psikososyal uyum ile kişilerarası işlevsellik ve aile işlevselliğinde bozulma olduğunu bildirmiştir.

2.2.2.1. Kişilerarası İşlevsellik

Kişilerarası işlevsellikte ve aile işlevselliğinde sorunlar, sosyal işlevsellikteki bozulma ile karakterize edilir ve yeme bozukluğu semptomlarının gelişimi ve sürmesinde önemli rol oynamaktadır (Jones ve ark., 2015: 563; Lyke ve Matsen, 2013: 497). YB patolojilerinde görülen kişilerarası sorunlar; atılganlık (assertiveness; girişkenlik, güvengenlik), sosyal beceri, sosyal uyum ve sosyal destek alanları ile ilişkilendirilmiştir. YB'li bireylerin sosyal yaşamlarında atılgan olmayan bir ilişki tarzı benimsedikleri gözlemlenmiştir ve bu durum yüksek düzeyde sosyal ketlenme (social inhibition) ve itaatkarlık ile ilişkili bulunmuştur (Cardi ve ark., 2018: 1122; Mizes, 1989: 603; Troop ve ark., 2003: 237). Atılganlık seviyesinin düşük olması; kendine güvenmeme, hakkını arayamama, manipülatif ve zorba davranışlara maruz kalma gibi sorunlarla bağlantılıdır ve atılgan olmayan bireylerin sosyal becerilerinin zayıf olabileceği düşünülmektedir (Arcelus ve ark., 2013: 159; Parray ve ark., 2020: 171). Araştırmalarda YB'li bireylerin sosyal yetersizliğinin yüksek olduğu, sosyal açıdan etkili davranışlar göstermede zorluklar yaşadığı bildirilmiştir (Grissett ve Norvell, 1992: 293; Wagner ve ark., 1987: 495). YB'ye eşlik eden depresyon ve anksiyetenin sosyal yetersizliğe neden olabileceği ve sosyal yetersizlikteki bu düşüklüğün sosyal anksiyete ve sosyal uyumsuzluğa yol açabileceği düşünülmektedir (Arcelus ve ark., 2013: 159; Godart ve ark., 2004: 249). Yapılan araştırmalar YB'li bireylerde kontrol gruplarına göre yüksek sosyal kaygı ve sosyal uyumsuzluk olduğunu bulgulamış ve sosyal uyumsuzluğun kronik ve tedaviye dirençli olduğunu belirtmiştir (Grissett ve Norvell, 1992: 293; Herzog ve ark., 1986: 355; Norman ve Herzog, 1984: 444). Ayrıca bu sosyal bozulmanın şiddeti tıknama ve kusmaların sıklığı ile ilişkili görünmektedir ve sosyal olarak uyumsuz olmanın yeterli sosyal ilişki kuramama ile sonuçlanabileceği bildirilmiştir (Arcelus ve ark., 2013: 159; Herzog ve ark., 1986: 355). YB'li bireylerin sosyal destek ağının daha kısıtlı olduğu ve kontrol gruplarına kıyasla daha az duygusal ve pratik destek gördükleri bulgulanmıştır (Grissett ve Norvell, 1992: 293; Tiller ve ark., 1997: 31). AN'li gruba göre BN'li bireylerin sosyal destek ağı daha geniştir ancak aileden ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek BN'li bireyler için önemli ölçüde daha az tatmin edicidir (Tiller ve ark., 1997: 31). Bununla birlikte her iki grupta da zayıf sosyal destek yeme bozukluğunun sürmesinde önemli rol oynamaktadır (Arcelus ve ark., 2013: 160). YB'li bireylerin yaşadığı sosyal zorlanmaların hastalık öncesinde başladığı, hastalık ilerledikçe sosyo-bilişsel bozulmalara yol açtığı ve tehdit

duyarlılığını artırdığı ve bu zorlanmalar nedeniyle aile ve akran ilişkileri dahil tüm sosyal ilişkilerin tehlikeye girdiği düşünülmektedir (Cardi ve ark., 2018: 1122).

YB patolojilerinde kişilerarası işlevsellikte yaşanan sorunlar literatürde farklı nedenlerle açıklanmıştır. Troop ve arkadaşları (1998: 157) YB'li bireylerin yaşadıkları problemler karşısında daha az etkili baş etme stratejileri geliştirdiğini, sorunları bilişsel olarak yok sayma ya da tekrarlı şekilde düşünme ihtimallerinin daha yüksek olduğunu, özellikle BN'li kadınların sorunları hakkında daha çok kendini suçladığını ve yakınlarından destek almaya daha az eğilimli olduklarını bulgulamıştır. Uyumsuz başa çıkma mekanizmaları kişilerin duygusal sıkıntısını ve çaresizlik hissini artırmakta, çevrelerinden etkili yardım almalarını engellemektedir (Troop ve ark., 1998: 157). Özellikle kişilerarası problemlerde etkili baş etme yöntemleri kullanamayan bireylerde, YB semptomlarının daha şiddetli olduğu ve daha sık tıknama epizodları yaşandığı bulgulanmıştır (Svaldi ve ark., 2011: 331).

Negatif değerlendirilme korkusu, kişinin diğerleri tarafından yargılanacağı ve bu yargılanma sonucunda reddedileceğinden korkması olarak açıklanırken; sosyal görünüm kaygısı, kişinin özellikle dış görünüşünden dolayı insanlar tarafından olumsuz yargılanacağına dönük korku duyması olarak açıklanmaktadır (Levinson ve Rodebaugh, 2015: 744). Araştırmalar YB'li bireylerde sosyal görünüm kaygısı ve negatif değerlendirilme korkusunun yüksek olduğunu bildirmiştir (Arcelus ve ark., 2013: 160; Levinson ve ark., 2013: 125; Levinson ve Rodebaugh, 2015: 744; Rieger ve ark., 2010: 400). Negatif değerlendirilme korkusu; zayıflık dürtüsü, kısıtlama davranışı ve artan tıknırcasına yeme davranışıyla ilişkilendirilirken sosyal görünüm kaygısı; beden memnuniyetsizliği, tıknama/kusma davranışı, beden, kilo ve yeme ile ilgili yüksek endişe seviyesiyle ilişkili bulunmuştur (Levinson ve Rodebaugh, 2012: 27; Levinson ve Rodebaugh, 2015: 744). Negatif değerlendirilme korkusu ve sosyal görünüm kaygısı; kişilerin öz güvenini azaltmakta, olumsuz duygulanımı ve kişinin kendine dönük olumsuz inançlarını artırmaktadır ve bu faktörlerin YB gelişiminde ve sürmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Levinson ve Rodebaugh, 2015: 744; Rieger ve ark., 2010: 400).

Araştırmalar YB'li bireylerin kontrol gruplarına göre daha çok negatif sosyal kıyaslama yaptıklarını bildirmiştir (Cardi ve ark., 2018: 1122; Troop ve ark., 2003: 237). Özellikle beden görünümü ile ilgili kıyaslamaların daha şiddetli bozulmuş yeme tutumlarına yol açtığı, yemeyle ilgili kıyaslamaların tüm YB semptomlarının oluşma

ihtimalini artırdığı ve egzersizle ilgili kıyaslamaların kusma semptomlarını yordadığı bildirilmiştir (Fitzsimmons-Craft ve ark., 2016: 141). Negatif sosyal kıyaslama, bireyleri YB gelişimi açısından daha savunmasız hale getirmektedir ve mevcut YB semptomlarını artırmaktadır (Cardi ve ark., 2018: 1122; Fitzsimmons-Craft ve ark., 2016: 141). Bununla birlikte pozitif sosyal kıyaslama yapmanın YB patolojisine herhangi bir olumlu etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Fitzsimmons-Craft, 2017: 893). YB tedavilerine; sadece beden görünümü değil, yeme ve egzersizle ilgili sosyal kıyaslamalar için de müdahale stratejilerinin dahil edilmesi gerektiği belirtilmiştir (Fitzsimmons-Craft, 2017: 893; Fitzsimmons-Craft ve ark., 2016: 141).

Kişilerarası ilişkilerde soruna yol açan bir diğer sebebin duygu ifadeleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. YB'li bireylerin hem pozitif hem negatif uyaranlara karşı duygusal tepkilerinde daha az yüz ifadeleri kullandıkları bulgulanmıştır (Davies ve ark., 2016: 252). Özellikle AN'li bireylerin pozitif yüz ifadelerinde belirgin bir azalma olduğu ve çeşitli duyguları tanımakta ve taklit etmekte zorlandıkları bildirilmiştir (Dapelo ve ark., 2016: 1; Davies ve ark., 2016: 252; Lavender ve ark., 2015: 111). Duyguların yüz ifadesi, sosyal etkileşimler ve duygu düzenleme için çok önemlidir ve değişmiş yüz ifadeleri, sosyal izolasyonun artmasına ve sosyal işlevselliğin bozulmasına sebep olmaktadır (Dapelo ve ark., 2016: 1; Davies ve ark., 2016: 252). Ek olarak, YB'li bireylerin duygu düzenlemede zorluklar yaşadığı bulgulanmıştır (Momeñe ve ark., 2023; Ruscitti ve ark., 2016: 1). Bireylerin duygusal sıkıntıyı tolere etmekte zorlandığı, duygusal öz farkındalığının azaldığı, duygularını bastırma ve kabul etmeme eğiliminin arttığı bildirilmiş olup AN'lerin başkalarının duygularını tanımada da güçlük çektiği bildirilmiştir (Lavender ve ark., 2015: 111). YB'li bireylerin zayıf görünmemek ve böylece diğerleri tarafından zarar görmekten ve reddedilmekten korunabilmek için duygularını göstermekten kaçındığı ifade edilmiştir (Geller ve ark., 2000: 8; Meyer ve ark., 2010: 187). Araştırmalar, duygu düzenleme güçlüğü'nün YB semptomlarının şiddeti ile ilişkili olduğunu göstermektedir ve duygu düzenleme becerileri eğitimlerinin tedavi planlarına dahil edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Lavender ve ark., 2015: 111; Ruscitti ve ark., 2016: 1).

Kişilerarası güvensizlik ve yakınlık korkusu YB grubunda kişilerarası işlevselliği etkileyen diğer önemli faktörlerdendir. Yakınlık korkusu kişinin nispeten özel olarak nitelendirdiği düşünce ve duygularını en yakınında bulunduğu kişilerle bile paylaşamaması olarak tanımlanır (Descutner ve Thelen, 1991: 218). Kişilerarası

ilişkilerde güvensizliğin yüksek olduğu bireyler; yakın ilişkiler geliştirmeye ve duygularını ve düşüncelerini paylaşmaya karşı daha isteksiz olurlar, yakın ilişkilerde rahatsızlık hissederler ve ilişkilerden daha az tatmin olurlar (Evans ve Wertheim, 1998: 355; Dingemans ve ark., 2016: 871; Pruitt ve ark., 1992: 472). Kişilerarası güvensizlik ve yakınlık korkusu tedavi süreci için önemli bir risk faktörüdür; terapiyi erken bırakmaya (drop-out) sebep olabilir, bireyler terapistle ilişki kurmakta direnç gösterebilir, güvensizlik terapötik bağın gelişimini engelleyebilir ve bu durum terapinin etkililiğini azaltabilir (Dingemans ve ark., 2016: 871; Jones ve ark., 2015: 563).

2.2.2.2. Aile İşlevselliği

Kişilerarası işlevsellik ile ilgili çalışmalarda genellikle aile içi ilişkilere de yer verilmektedir ancak aile işlevselliği YB gelişimi açısından ayrıca ele alınması gereken önemli bir risk faktörüdür (Cerniglia ve ark., 2017: 305). Aile işlevselliği genellikle McMaster Aile Değerlendirme Ölçeği'ne dayanan 7 faktörle ölçülmektedir; genel işlevsellik, problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme (affective responsiveness), duygusal katılım (affective involvement ve davranış kontrolü (Epstein ve ark., 1983: 171). Sağlıksız yeme davranışlarının gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülen iki temel faktör genel işlevsellik ve ailenin duygusal tepki verebilme düzeylerindeki düşüklüktür (Lyke ve Matsen, 2013: 497). Aile tarafından kabul ile ilişkilendirilen yakınlık, empati ve duygusal desteğin zayıflığı ve aile bireyleri arasındaki kişilerarası bağımlılığın yüksekliği YB gelişiminde önemli risk faktörleridir (Croll ve ark., 2002: 166; Hoste ve ark., 2007: 152; Ruuska ve ark., 2007: 452). Dallos ve Denford (2008: 305) aile içi ilişki dinamiklerinin nesiller arası aktarıldığına dikkat çekmektedir. Araştırmada; ebeveynlerin, kendi çocukluklarındaki olumsuz deneyimleri onarmak için anoreksiyalı genci bir nevi araç olarak kullandıkları gözlemlenmiştir. Aynı zamanda, sadece AN'li birey değil tüm aile üyeleri kendini ve duygularını ifade etmek konusunda güvensizlik yaşamakta, diğer aile bireyleriyle iletişim kurmanın kafa karıştırıcı olduğunu düşünmektedir (Dallos ve Denford, 2008: 305).

İşlevselliğin yüksek olduğu aile ortamları incelendiğinde yeme ve beden algısıyla ilgili sorunların daha az olduğu dikkat çekmektedir. Aileden duygusal destek gördüğünü bildiren ergenlerde kiloyla ilgili endişelerin, beden memnuniyetsizliğinin, zayıflık ideallerinin ve tıkinma/kusma davranışlarının gelişme ihtimalinin daha düşük olduğu

bildirilmiştir (Hasenboehler ve ark., 2009: 332). Erriu ve arkadaşları (2020: 71) sağlıklı yeme tutumları ile pozitif aile işlevselliği arasında güçlü bir ilişki olduğunu, aile ilişkilerine dönük olumlu algının bozulmuş yeme tutumlarının gelişimine karşı önemli bir koruyucu faktör olduğunu bildirmiştir.

Nitel araştırmalar YB'li bireylerin yaşamları üzerinde düşük kontrol hissini, aile üyeleri ve akranlarıyla bağ kuramama hissini ve hayatlarındaki önemli kişilerle yoğun çatışmalar yaşamının hastalık gelişimine etki eden temel faktörler olduğunu belirtmiştir (Patching ve Lawler, 2009; Redenbach ve Lawler, 2003). Pozitif yönde değişimin gerçekleşebilmesi için; bireyin hayata aktif olarak katılması, kontrol duygusunu yeniden elde etmesi, yargılayıcı olmayan aile ve arkadaşlık ilişkileri kurabilmesi, kişinin kendisi ve diğerleriyle bağ kurabildiğini hissetmesi ve ilişkilerde güven duygusu geliştirebilmesi hayati rol oynamaktadır (Linville ve ark., 2012: 220; Patching ve Lawler, 2009: 10; Patel ve ark., 2016: 1; Redenbach ve Lawler, 2003: 148; Smethurst ve Kuss, 2018: 1287). Yeme bozukluğundan kurtulan bireyler sosyal desteğin kendileri için en önemli faktör olduğunu belirtmiştir (Patel ve ark., 2016: 17).

Mevcut çalışmada yeme bozukluklarının gelişimine ve sürmesine etki eden sosyal işlevsellikle ilişkili faktörler incelenmiştir. Literatürde bu faktörlerin hastalık şiddetini artırdığı, iyileşme sürecini yavaşlattığı ve müdahale yöntemlerinin bu bağlamda genişletilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Cardi ve ark., 2018: 1122; Moser ve ark., 2013: 111; Ung ve ark., 2017: 1). Nitel araştırmalar; rahatsızlığa yol açan karmaşık faktörlerin altında yatan nedenlerin incelenmesine ve bireylerin hastalık ve tedavi süreçlerindeki deneyimlerinin derinlemesine anlaşılmasına imkân sağlamaktadır (Linville ve ark., 2012: 218). Bununla birlikte yeme bozukluğu alanında sosyal işlevsellik üzerine yapılan nitel araştırmalar sınırlıdır (Patel ve ark., 2016: 2). Etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve hastalığın tekrarlama riskinin azaltılması için bu alanda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaca yönelik, çalışmamızda YB tanısı almış bireylerin deneyimlerinden yola çıkılarak sosyal işlevselliğin hastalığın oluşumunda ve süregelenleşmesinde oynadığı rolü keşfetmek amaçlanmaktadır. Çalışma kapsamında YB'li bireylerin sosyal çevrelerine dönük algıları ve tepkileri, sosyal etkileşimlerde yaşanan zorluklar, hastalığın gelişimine etki eden aile dinamikleri ve sosyal ilişkiler ve hastalığa yakalandıktan sonra sosyal işlevsellikte yaşanan değişimler araştırılacaktır. Bu doğrultuda YB'li bireyler ile aile ve kişilerarası ilişkileri, çocukluk çağı yaşantıları ve hastalık deneyimi üzerine

görüşmeler yapılması planlanmaktadır. Bu deneyimlere ışık tutabilmek ve sosyal işlevsellik ve yeme bozuklukları arasındaki çok boyutlu ilişkiyi kapsamlı inceleyebilmek için görüşmeler yorumlayıcı fenomenolojik yöntemle analiz edilecektir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Psikoloji araştırmaları, tarihinin hiçbir döneminde yalnız nicel yöntemlerle yürütülmemiştir (Howitt, 2019: 7). Nicel yöntemler her zaman baskın konumda olsa da psikolojide nitel araştırmaların önemi ve kullanımı giderek artmaktadır ve bu sayede, insan deneyiminin daha derin ve kapsamlı bir şekilde anlaşılması ve karmaşık psikolojik olguların daha detaylı bir şekilde incelenmesi mümkün olmaktadır (Elliott ve ark., 1999: 215; Howitt, 2019: 7; Pietkiewicz ve Smith, 2012: 361).

Nitel yaklaşımlar bireylerin yaşadığı deneyimlerin, davranışlarının ve duygularının daha derin bir şekilde anlaşılmasına olanak tanımaktadır (Cromby, 2012: 88). “Anlam” nitel araştırmaların temel odak noktasıdır. Nicel yöntemlerin merkeze aldığı deneyimler arasındaki nedensel ilişkilerin yerine deneyimin niteliğine vurgu yapılmaktadır. Nitel yöntemler deneyimin veya fenomenin özelliklerini zengin, kapsamlı ve tanımlayıcı şekilde açıklamaya odaklanır (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 361). Bu açıklamalar nicel yöntemin önceden belirlenmiş kelimeleriyle ifade etmenin mümkün olmadığı deneyimlerin anlaşılmasını sağlar (Larkin ve ark., 2006: 102). Ayrıca nitel yöntemler araştırmalara katılan kişilerin bakış açılarına mümkün olduğunca sadık kalmayı amaçlamaktadır ve bu nedenle nitel yöntemler nicel yöntemler ile ulaşmanın mümkün olmadığı bilgileri edinmenin güvenilir bir yolu olarak görülmüştür (Elliott ve ark., 1999: 215; Espíndola ve Blay, 2009: 69).

Nitel yöntem insanların deneyimlerini, davranışlarını, etkileşimlerini ve sosyal bağlamlarını açıklayan araştırma metodolojileri için kullanılan geniş bir şemsiye terimdir (Strauss ve Corbin, 1998: 10-11). Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz (YFA) bu metodolojilerden biridir (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 362). YFA diğer nitel yöntemlerin aksine spesifik olarak psikoloji için geliştirilmiştir (Howitt, 2019: 309; Smith ve Osborn, 2008: 229). YFA insanların temel yaşam deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını inceler ve deneyimi yaşayan kişinin bu deneyim üzerindeki tek otorite olduğu temel ilkesiyle hareket eder (Howitt, 2019: 309). İnsanlar “kendileri ve yaşadıkları üzerine düşünen, yorumlar yapan” varlıklardır ve hayatlarındaki olayları, nesnelere, kişileri aktif olarak yorumlama ve anlamlandırma süreci içindedirler

(Pietkiewicz ve Smith, 2012: 362). YFA bu süreçleri açıklamak için teorik temellerini fenomenoloji, hermönetik ve idiografiye dayandırmaktadır (Smith, 2004: 39).

Edmund Husserl'in ortaya attığı fenomenoloji kavramı deneyimlerin bireyler tarafından nasıl anlamlandırıldığıyla ilgilenir ve gerçekliği anlayabilmek için onu deneyimleyen kişinin bilincine güvenilmesi gerektiğini söyler (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 362). YFA bu temelde durumları deneyime sahip kişinin bakış açısından anlamayı amaçlar ve bunun için dinleyicinin önyargılarını ve varsayımlarını 'paranteze alması' (epoché) gerekliliğini vurgular (Howitt, 2019: 312). Bir metnin anlamını çözmeye, analiz etmeye anlamına gelen hermeneütik yaklaşımdan yola çıkarak YFA'da araştırmacı bir görüşmeden elde edilen bilgileri daha soyut ve kavramsal bir yapıya ulaştırmak için katılımcının söylediği kelimelerin analizini yapar (Howitt, 2019: 312-313). İdiografik yaklaşım durumları genel ifadelerle açıklamadan önce her durumu kendi içinde incelemeyi temel gereklilik olarak görür. YFA, bu temelde araştırmaya katılan her birey için ayrı vaka incelemeleri yaparak bireysel anlatımlar üzerinden daha genel ifadelere, temalara ulaşır (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 364; Smith ve Osborn, 2008: 229).

Mevcut tez çalışmasında yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin sosyal işlevsellikleri, kişilerarası ilişkileri ve aile yaşantılarındaki deneyimlerin derinlemesine anlaşılması hedeflenmiştir. Fenomenolojik yaklaşımın bireylerin öznel deneyimlerinin keşfedilmesine; onların düşüncelerine, duygularına ve davranışlarına ışık tutmasına (Colton ve Pistrang, 2004: 307) olanak tanınması bu çalışmada tercih edilmesinin temel sebebidir.

3.2. Çalışma Grubu

Mevcut tez çalışmasında, YFA ilkeleri doğrultusunda amaçlı ve homojen örnekleme yöntemleri kullanılmıştır (Smith ve Osborn, 2008: 229). Homojen örnekleme bir araştırma konusunun ayrıntılı incelenmesine olanak sağlayacak şekilde benzer deneyimleri paylaşan bir popülasyon içindeki belirli bir alt gruptan katılımcıların seçilmesi yöntemidir (Patton, 2015: 429; Suri, 2011: 63). Kriter (ölçüt) örnekleme kişilerin önceden belirlenmiş özelliklere veya koşullara uygun olacak şekilde seçildiği bir amaçlı örnekleme yöntemidir (Palinkas ve ark., 2013: 533). Bu koşullar araştırma amacına ve sorularına uygun olarak standardize edilmiş ölçeklerle belirlenebilir (Patton, 2015: 425). Amaçlı/kriter örnekleme için uygun olarak yeme bozukluğu tanısı almış bireylerin sosyal yaşantılarında ve ilişkilerinde paylaştıkları ortak deneyimleri

detaylı inceleyebilmek amacıyla nispeten az sayıda katılımcı ile görüşme yapılmış olup katılımcılara görüşmeler öncesi araştırma konusu ile ilişkili olarak yeme bozukluğu ve sosyal işlevsellik ölçekleri verilmiştir (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 364). Homojen örnekleme kriterlerine uygun olarak araştırmanın amacı ve soruları gözetilerek benzer demografik özelliklere sahip katılımcı grubu oluşturulmuştur (Smith ve Osborn, 2008: 229). Bu doğrultuda üç dahil edilme kriteri belirlenmiştir; yaş, cinsiyet ve tanı. Katılımcıların kadın ve 18-30 yaş aralığında olması gerekmektedir. Çalışmaya katılım için en temel gereklilik; bireylerin DSM-5 kriterleri doğrultusunda bir psikiyatrist veya klinik psikolog tarafından yeme bozukluğu tanısı almış olmasıdır.

Çalışma kapsamında 8 kadın katılımcı ile görüşülmüştür. Katılımcılar 18-29 yaş aralığındadır. Katılımcıların 3'ü BN, 3'ü AN-bulimik alt tip ve 2'si TYB tanılarını karşılamaktadır. 3 katılımcı üniversite öğrencisi, 4 kişi üniversite mezunu ve 1'i ilkokul mezunudur. Öğrenci olmayan 5 görüşmecinin 3'ü aktif çalışmakta, 2'si işsiz statüdedir. Katılımcıların 1'i boşanmış, diğer katılımcılar bekarıdır. 1 kişi yalnız, diğer katılımcılar aileleriyle yaşamaktadır. Katılımcıların tamamının bir veya daha fazla kardeşi vardır. Katılımcılardan 2'sinin ebeveynleri boşanmış, 5'inin birlikte ve 1 katılımcının anne ve babası vefat etmiştir. Katılımcıların tamamının ekonomik statüsü düşük-orta sınıftır.

Literatürde nitel araştırmaların tek katılımcılı vaka çalışmalarından 64 katılımcıya kadar yürütüldüğü görülmüştür ancak 1-15 katılımcılı daha küçük örneklemeler ile nitel çalışmaların yürütülmesi daha yaygın ve uygun olmaktadır (Howitt, 2019: 317; Smith ve Osborn, 2008: 229; Pietkiewicz ve Smith, 2012: 364). YFA'da örneklem büyüklüğünü belirlemek için dikkat edilen temel nokta; araştırma sürecinde elde edilen verilerin incelenen fenomenle ilgili yeni bilgiler sağlamadığını ifade eden veri doygunluğuna ulaşmaktır (Aldiabat ve Le Navenec, 2018: 245).

Mevcut çalışmada örneklem katılımcılardan elde edilen verilerin toplanması ve analizi sürecinde benzer kategoriler ve temalar tekrarlayana kadar genişletilmiştir ve 8 katılımcılı örneklem grubuna ulaşılmıştır. Son olarak, katılımcıların isimleri ve tanımlayıcı bilgileri gizlilik ilkesi gereğince değiştirilmiştir (Smith ve Osborn, 2008: 229).

Çalışma grubuna ilişkin demografik bilgiler Tablo 3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.1: Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Katılımcı	Yaş	Tanı	BKİ	EDE-Q-13 ¹	Sİ Ö ²	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Çalışma Durumu
G1	18	AN	23.7	14	159	Bekar	Lise mezunu	Öğrenci
G2	18	BN	30.5	13.8	146	Bekar	Lise mezunu	Öğrenci
G3	19	TYB	38.8	8	123	Bekar	Lise mezunu	Öğrenci
G4	25	BN	35.2	11.8	128	Bekar	Üniversite mezunu	Çalışıyor
G5	26	TYB	25.7	9	129	Bekar	Üniversite mezunu	Çalışıyor
G6	21	BN	27.3	5.8	131	Bekar	Üniversite mezunu	Çalışıyor
G7	23	AN	31.2	9.2	115	Bekar	Üniversite mezunu	Çalışmıyor
G8	29	AN	17.5	12.8	88	Boşanmış	İlkokul mezunu	Çalışmıyor

¹Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Kısa Formu

²Sosyal İşlevsellik Ölçeği

3.3. Veri Toplama Süreci

Mevcut tez çalışması kapsamında yürütülecek araştırmaya ilişkin etik kurul onayı Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu tarafından alınmıştır. Araştırmanın planlandığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi'nin eğitim birimi ile gerekli koordinasyon sağlanmış ve onayları temin edilmiştir. Araştırmanın hedef kitle grubuna ulaşabilmek için, söz konusu hastaneye bağlı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi klinik şefinden hastane bilgi sistemine erişim ve görüşmelerin yürütülmesine dair izinler alınmıştır.

Katılımcılar hastanenin psikiyatri servisi ve psikiyatri polikliniğine 2021-2023 yılları arasında başvuran kişilerden seçilmiş ve etik kurul onayının alınmasının ardından hastanenin telefon hattı aracılığı ile toplam 14 kişi ile görüşülmüştür. Bu görüşmede katılımcılara araştırmanın konusu, yapılacak görüşmenin içeriği ve yaklaşık süresi, çalışmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, görüşme esnasında ses kaydı alınacağı ve çalışmanın gizliliği ile ilgili gerekli bilgiler sözel olarak aktarılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişiler ile görüşme günü ve saati belirlenmiştir. 3 görüşmeci çalışmaya katılmayı reddetmiş, 2 görüşmeci randevu saatini tekrarlı

ertelediği için görüşme sağlanamamış, 1 görüşmeci ile görüşme yapılmış ancak kişinin psikiyatri başvurusunda BN tanısından şüphelenilse de kusmalarının gastrointestinal rahatsızlıkları sonucu ortaya çıktığı, beden ve kilosuna dönük yeme bozukluğu kriterlerini karşılayacak düzeyde endişesinin olmadığı öğrenilmiş ve bu sebeplerle araştırma kriterlerini sağlamadığına karar verilerek çalışmaya dahil edilmemiştir. Katılımcıların isteği doğrultusunda 3 kişi ile yüz yüze görüşülmüş, 5'i ile çevrimiçi görüşmeler yürütülmüştür. Çevrimiçi görüşülmesi planlanmış katılımcılara yalnız olabilecekleri ve kendilerini rahat ifade edebilecekleri bir yerde görüşmeye katılmaları önerilmiştir. Yüz yüze görüşmeler Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde gerçekleştirilmiş; çevrimiçi görüşmeler kullanım kolaylığı ve erişiminin yaygınlığı göz önünde bulundurularak WhatsApp ve FaceTime üzerinden yapılmıştır. Görüşmenin ilk aşamasında katılımcılara Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK 1) tüm detaylarıyla aktarılmış ve istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Bilgilendirmeyi takiben katılımcılardan gerekli formların ve ölçüklerin doldurulması istenmiştir. Bu doğrultuda Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu (EK 2) ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Kısa Form (EK 3) ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (EK 4) çevrimiçi görüşmelerde Google Forms aracılığıyla, yüz yüze görüşmelerde formların çıktıları alınarak katılımcılara iletilmiştir. Ölçeklerin tamamlanmasını takiben katılımcının onayı alınarak ses kaydı başlatılmış ve her katılımcı ile tek sefer görüşülmüştür. 45 dakika ile 65 dakika arasında süren bu görüşmeler araştırmacının ve katılımcının kameraları açık olacak şekilde gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama süreci yaklaşık 4 ay sürmüştür. Görüşmeler süresince araştırmacı görüşmelerde dikkat çeken noktalar, ilginç ve anlamlı olaylar, duygular ve düşünceleri hakkında düzenli notlar almıştır. Görüşmeler esnasında alınan ses kayıtları kelimesi kelimesine deşifre edilmiştir. Ses kayıtları araştırma sonuna kadar muhafaza edilecektir ve bu kayıtlara yalnızca araştırmacı erişebilmektedir. Deşifrelerde katılımcıların isimleri değiştirilmiş, çalışma süresince kimlik bilgilerini tanımlayıcı herhangi bir bilgi kullanılmamıştır.

3.3.1. Veri Toplama Araçları

Mevcut çalışmanın temel veri toplama aracı yarı yapılandırılmış görüşmelerdir. Bunun yanında kriter örnekleme yöntemi örnekleme seçiminde ölçük kullanımını ve bu yolla katılımcı grubunun ortak deneyimlere sahip bireylerden oluşmasını mümkün

kılmaktadır (Creswell, 2013: 155; Patton, 2015: 425). Daha kapsamlı değerlendirme yapabilmek ve bilgi toplayabilmek, çalışmaya katılan tüm bireylerin ortak fenomenleri deneyimlemiş kişiler tarafından temsil edilmesini güvence altına alabilmek için katılımcılara Demografik Bilgi Formu ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q-13)-Kısa Formu ve Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) verilmiştir. Analizler yalnızca görüşmelerden elde edilen bilgiler doğrultusunda gerçekleştirilmiş olup ölçeklerden alınan veriler analiz sürecinde kullanılmamıştır.

3.3.1.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve danışmanın onayıyla oluşturulan demografik bilgi formu; yaş, eğitim durumu, medeni durum, romantik ilişki, sağlık durumu, sosyo-ekonomik durum, yaşanılan yer ve kişiler, kardeş sayısı bilgilerini içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.3.1.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Kısa Form

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q-13)-Kısa Formu YBDÖ'nün sadeleştirilmiş versiyonudur. Ölçek 13 sorudan oluşmaktadır ve kısıtlı yeme, beden şekli ve vücut ağırlığı ile ilgili endişe, beden memnuniyetsizliği, tıknırcasına yeme ve arınma olmak üzere 5 alt testi bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Esin ve Ayyıldız (2022: 102) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı .89, test tekrar test güvenirliliği ise .93 olarak bulgulanmıştır. Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı alt ölçekler için .75-.94 aralığındadır (Esin ve Ayyıldız, 2022: 106).

Ölçekte toplam puan alt boyut sayısına bölünerek hesaplanmaktadır ve yüksek puanlar yeme bozuklukları patolojisinin şiddetini göstermektedir (Esin ve Ayyıldız, 2022:105). Verilen bilgiler doğrultusunda ölçekten alınabilecek en yüksek ve en düşük puan 0-15.6 aralığındadır. Katılımcıların EDE-Q-13 toplam skorları Tablo 1'de sunulmuştur.

3.3.1.3. Sosyal İşlevsellik Ölçeği

Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ), orijinal adıyla The Social Functioning Scale Birchwood ve arkadaşları tarafından 1990 yılında şizofreni hastaları ile yapılan çalışmalar sonucunda geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erakay (2001) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık

katsayısı 0.807; değerlendirmeler arası güvenirlik katsayısı hasta ile hasta yakını arasında 0,95 olarak bulgulanmıştır (Erakay, 2001).

Ölçek sosyal uğraşı/ sosyal geri çekilme, kişilerarası işlevsellik, öncül sosyal etkinlikler, boş zaman etkinlikleri, bağımsızlık-yetkinlik, bağımsızlık-performans, iş/ meslek olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır ve her alt boyuttan alınan puanlar toplanarak toplam test skoru elde edilmektedir. Yüksek puanlar gelişmiş sosyal işlevsellik düzeyine işaret ederken düşük puanlar sosyal becerilerde ve davranışlarda bozulmaya işaret etmektedir (Birchwood ve ark., 1990: 853). Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 223'tür. Katılımcıların Sİ toplam skorları Tablo 1'de sunulmuştur.

3.3.1.4. Görüşme Soruları

Mevcut çalışmada temel veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler kullanılmış ve YFA'nın yarı yapılandırılmış görüşme prosedürüne uygun şekilde görüşme soruları hazırlanmıştır (EK 5).

YFA için en uygun veri toplama yöntemi katılımcıların kendilerini kendi kelimeleriyle kapsamlı şekilde ifade etmelerini mümkün kılacak bir ortamın oluşmasıdır (Smith ve Osborn, 2008: 229). Yarı yapılandırılmış görüşmeler bu ortamı sağlayan YFA'da en çok kullanılan veri toplama yöntemidir (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 365). Yarı yapılandırılmış görüşmeler katılımcının detaylı cevaplar verebilmesini sağlayan bir dizi açık uçlu sorulardan oluşmaktadır (Howitt, 2019: 318). Görüşme öncesinde bir soru formatı hazırlanır ancak araştırmacı görüşmelerde bu soruları dikte etmeden, esnek bir biçimde katılımcıya yöneltir (Smith ve Osborn, 2008: 229). Görüşme katılımcının sorunları doğrultusunda yönlendirilir ve araştırmacı cevapların içeriğine göre sorulara ekleme veya çıkarma yapabilir, cevapları derinleştirebilmek amaçlı sondaj sorulardan faydalanabilir (Howitt, 2019: 318).

Mevcut araştırmanın amacı ve konusu göz önünde bulundurulduğunda yarı yapılandırılmış görüşme formatının en uygun veri toplama yöntemi olduğu düşünülmüştür. Bu doğrultuda yeme bozuklukları, sosyal işlevsellik ve yorumlayıcı fenomenolojik analiz ile ilgili literatür detaylı bir biçimde araştırılarak görüşme soruları hazırlanmıştır. Sonrasında oluşturulan soru listesi nitel yöntemlerde ve yeme bozukluğunda uzman Dr. Öğretim yesi iki klinik psikolog tarafından incelenmiş ve yapılan geri bildirimlere uygun olarak görüşme soruları yeniden düzenlenmiştir. Katılımcılar ile yapılacak görüşmeler öncesinde 1 kişiyle pilot görüşme yapılmıştır.

Pilot görüşme örneklem grubu ile uyumlu, yeme bozukluğu tanısı almış bir katılımcı ile gerçekleştirilmiştir ancak bu görüşme analize dahil edilmemiştir. Pilot görüşmenin yapılış amacına uygun olarak (Howitt, 2019: 318) katılımcının geri dönüşlerine göre sorular üzerinde gerekli değişiklikler yapılmıştır.

YFA kriterlerine uygun yarı yapılandırılmış görüşmelerin etkili şekilde yürütülebilmesi için araştırmacının görüşme becerilerini geliştirmesi, görüşme esnasında varsayımlardan ve ön yargılardan uzak aktif dinleme yapabilmesi gerekmektedir (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 365). Görüşmeler katılımcının kendini rahat hissedebileceği, sessiz ve yalnız bir ortamda yapılmıştır. Görüşmeler katılımcının gerginliğini azaltmak ve katılımcıyı daha kişisel konularda detaylı konuşmaya hazırlamak için (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 365) katılımcıya hafif sorular (“Burayı kolay bulabildiniz mi?”, “Kolay bağlanabildiniz mi?” vb.) yöneltilerek başlatılmıştır. Görüşmeler esnasında güçlü bir terapötik ilişkinin kurulmasına dikkat edilmiş; eleştirel, yargılayıcı sorulardan ve yorumlardan kaçınılmıştır. Katılımcının verdiği cevapların net anlaşılmadığı veya derinleştirilmesinin gerektiği noktalarda sondaj sorulardan faydalanılmıştır. Görüşmelerin sonunda ihtiyaç duyulması halinde destekleyici/umut aşılayıcı görüşmeler gerçekleştirilmiş ve katılımcıların istekleri doğrultusunda ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirme yapılmıştır.

3.4. Veri Analizi

Nitel araştırmalarda veri analizi, veri toplama ve rapor yazma süreçleriyle farklı aşamalarda ilerlemez; aksine eş zamanlı yürütülür (Creswell, 2013: 182). Veri analizi, veriyi analiz etmek için hazırlık aşaması olarak adlandırılan ses kayıtlarını deşifre etme işlemiyle başlar; kodlama süreci sonrası ortaya çıkan temalar arasında bağlantı kurularak üst düzey temalara ulaşılır. Her vaka için aynı süreç uygulanır ve ana temalara ulaşmak için tüm veriler birlikte değerlendirilir. Veri analizinin son aşamasında ana temalar kendini oluşturan veri setleriyle birlikte tablolar halinde sunulur (Creswell, 2013: 180; Smith ve Osborn, 2008: 229).

Mevcut çalışmadan elde edilen veriler YFA prosedürüne uygun olacak şekilde analiz edilmiştir. İlk olarak kaydedilen ses kayıtları deşifre edilmiş, görüşmelerde alınan notlarla birlikte yazıya geçirilmiştir. Bu aşamada transkriptlerin tekrarlı okunması, her okumada görüşmeye ilişkin gözlemlerin ve düşüncelerin yorum olarak kaydedilmesi büyük önem taşımaktadır çünkü her okumanın yeni bilgiler sağlayacak ve araştırmacı verilerine bu sayede aşinalık kazanacaktır (Creswell, 2013: 183; Howitt, 2019: 320;

Pietkiewicz ve Smith, 2013: 67). Verilerin transkripsiyonunu ve tekrarlı okumaları takiben her görüşme için ayrı tablo oluşturulmuş ve ilk kodlamalar yapılmıştır. Görüşme metinlerindeki verileri küçük bilgi kategorileri halinde toplamaya kodlama adı verilmiştir ve bu süreç verileri tanımlama, sınıflandırma aşamalarını içermektedir (Creswell, 2013: 184). Kodlama sürecini takiben her görüşme kendi içinde kategorilere ayrılmış ve tüm görüşmelerden elde edilen kategoriler karşılaştırmalı incelenmiştir. Kategoriler farklı kaynaklarda hem kodların hem temaların yerine kullanılan bir kavram olmakla birlikte mevcut çalışmada ilk temaları nitelendirmek için kullanılmıştır (Creswell, 2013: 184-186). Elde edilen kategoriler tüm verilerin tekrarlı incelenmesi ve ilişkilendirilmesi sonucunda 2 ana temada toplanmıştır. Tüm bu süreç tez danışmanının kontrolünde ilerlemiş, çalışma bulguları doktora öğretim üyesi iki klinik psikolog tarafından ayrıca incelenmiş, geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmış ve temalar son şekline ulaşmıştır. Kodlamaların tamamlanmasıyla amaç elde edilen verileri psikolojik terminoloji içinde, daha soyut kavramlarla, kısa ve öz ifade edecek şekilde temalara dönüştürmektir (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 367). Tema oluşturma sürecinde araştırmacı temalar arasında aktif şekilde bağlantılar arar; bu süreçte bazı temalar çıkarılabilir veya bir araya gelerek daha üst temaları oluşturabilir ve bu üst temalara daha kapsayıcı başlıklar atanabilir (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 368; Howitt, 2019: 320). Analizin son aşamasında, ulaşılan temalar tablo halinde düzenlenmiş; temalar ve katılımcıların alıntılarından elde edilen bulgular ve bulgulara ilişkin yorumlar mevcut çalışmanın bulgular ve tartışma bölümünde raporlanmıştır. Howitt (2019: 320) nitel analizin son aşamasının yazım olduğunu belirtmiştir. Bir analiz raporu önemli görülen tüm temaları içermeli, temalar detaylıca tanımlanıp katılımcıların cümlelerinin tam alıntısıyla ilişkilendirilmelidir. Son olarak araştırmacı belirlenen temalarla ilgili analitik yorumlarını rapora eklemeli ve tartışma bölümünde bulgularını mevcut literatürle ilişkilendirerek açıklamalıdır (Pietkiewicz ve Smith, 2012: 369).

3.5. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Nitel araştırmaların kalitesinin nicel araştırmalara ait geçerlilik ve güvenirlilik kriterleri ile değerlendirilmesi pek çok nitel araştırmacı tarafından eleştirilmiş ve araştırmacıları nitel araştırmanın kendi doğasına uygun değerlendirme kriterlerinin olması gerektiği fikrine yönlendirmiştir (Smith ve ark., 2009: 176). Bu konuya yönelik ilginin artması ile nicel araştırmadaki geçerlilik güvenirlilik kavramları yerine pek çok farklı ölçüt

belirlenmiştir (Creswell, 2013: 244). Lincoln ve Guba (1985: 300); iç geçerlik, dış geçerlik, iç güvenilirlik ve dış güvenilirlik kavramları yerine sırasıyla inandırıcılık, aktarılabirlik, tutarlılık ve doğrulanabilirlik kavramlarını önermiştir.

İnandırıcılık, elde edilen bulguların gerçeklikle uyum düzeyinin ölçüsüdür (Shenton, 2004: 63). Bir başka deyişle; araştırmacının ulaştığı bulguların katılımcıların deneyimlerini ve bakış açılarını ne düzeyde dürüst ve gerçekçi temsil ettiğinin yansımadır (Tobin ve Begley, 2004: 388). Nitel çalışmada inandırıcılığın sağlanabilmesi için üçgenleme (triangulation) başta olmak üzere veri doygunluğuna ulaşma, bir uzmanın denetiminde süreci yürütme, uzun süre verileri inceleme, farklı kaynaklardan veya farklı yollarla veri toplama gibi pek çok yöntem bulunmaktadır (Lincoln ve Guba, 1985: 301; Sousa, 2014: 216).

Aktarılabirlik, çalışmanın bulgularının farklı durumlara ne ölçüde uyarlanabilir olduğu ile ilgilidir (Shenton, 2004: 63). Veri setinin farklı çalışmalarda, farklı popülasyonlarda ve farklı bağlamlarda uygulanabilir olma düzeyidir (Lincoln ve Guba, 1985: 316). Bunu sağlamanın yolu araştırmacının bulguları, temaları, katılımcıları ayrıntılı ve zengin bir şekilde açıklamasıdır (Creswell, 2013: 252).

Tutarlılık ve doğrulanabilirlik kriterleri araştırma sürecinin denetlenebilir olması ile ilişkilidir (Creswell, 2013: 246). Pozitivist yaklaşımda tutarlılığı karşılayan güvenilirlik kavramı bir deneyin aynı bağlam, yöntem ve katılımcılarla tekrar uygulanması halinde benzer sonuçlar vermesini ifade eder. Tutarlılık kavramının sağlanabilmesi için araştırma süreci tüm detaylarıyla rapor edilmelidir; bu sayede aynı sonuçlar elde edilmese bile çalışma farklı araştırmacılar tarafından tekrarlanabilir olmalıdır (Shenton, 2004: 63). Doğrulanabilirlik; araştırma bulgularının teyit edilebilmesi için araştırmacının yeterince objektif olması, araştırma bulgularının araştırmacının kendi tercihlerinden ziyade açıkça katılımcılardan elde edilen verilerden türetilmesi anlamına gelir (Shenton, 2004: 63; Tobin ve Begley, 2004: 388). Bir araştırmanın doğrulanabilir olması için araştırmacının tüm süreç boyunca kendine dönük farkındalığının yüksek olması ve kendi ile ilişkili durumların ayırında olması gerekmektedir (Morrow, 2005: 250).

Mevcut çalışmada; inandırıcılık, aktarılabirlik, tutarlılık ve doğrulanabilirlik kriterlerine titizlikle dikkat edilerek çalışmanın güvenilirliğini sağlamaya özen gösterilmiştir. İnandırıcılık ilkesi gereğince görüşmeler ve analiz süreci eş zamanlı yürütülmüş, görüşmeler veri doygunluğuna ulaşana kadar devam ettirilmiştir.

Görüşmeler ve analize ayrılan toplam süre yaklaşık 7 aydır. Bu süreçte tüm görüşmeler kelimesi kelimesine deşifre edilmiş ve yazınlar tekrarlı şekilde okunmuştur. Görüşmelerden elde edilen verilerin doğruluğunu kıyaslayabilmek için katılımcılara ölçekler verilmiş ve bu sayede farklı kaynaklardan verileri denetleme imkânı sağlanmıştır. Ayrıca tüm analiz süreci söz konusu çalışmanın konusu olan yeme bozukluklarında ve nitel yöntemlerde uzman olan tez danışmanının kontrolünde yürütülmüştür. Aktarılabilirlik ilkesi doğrultusunda çalışma kapsamında görüşme ve analize dair tüm süreçler kayıt altına alınmıştır. Çalışmanın yöntem bölümünde katılımcılara, görüşmelerin nasıl yürütüldüğüne, veri analizinin adım adım nasıl ilerlediğine dair kapsamlı açıklamalar yapılmıştır. Sonuç bölümünde elde edilen bulgulardan temalara nasıl ulaşıldığı gösterilmiş ve temalara ilişkin alıntılara detaylıca yer verilmiştir. Ayrıca uygulanan ölçekler, formlar ve araştırma soruları ek olarak sunulmuştur. Tutarlılık ilkesi gereğince araştırmanın tekrarlanabilir olmasını sağlamak için araştırma süresi boyunca araştırmacı günlüğü tutulmuş, süreç tüm detaylarıyla raporlanmış ve tez danışmanının rehberliğinde ilerlemiştir. Analiz sonucunda ulaşılan temalar, tez danışmanına ek olarak nitel araştırmalarda deneyimli iki klinik psikolog tarafından kontrol edilmiş ve geribildirimler alınmıştır. Bu doğrultuda gerekli değişiklikler yapılmış ve detaylara sonuç bölümünde yer verilmiştir. Doğrulanabilirlik ilkesinin sağlanabilmesi için araştırmacı potansiyel ön yargılarına ve ön kabullerine dönük farkındalık geliştirmek için uğraşmış, tüm görüşmelerden sonra ve analiz süreçlerinde duygu ve düşüncelerini kayıt altına almıştır.

3.6. Araştırmacının Deneyimlerinin Değerlendirilmesi: Özdüşünümsellik

Nitel analiz, doğası gereği, subjektif bir yaklaşımdır. Araştırmacının bakış açısını ve dünyayı anlamlandırma biçimini araştırma sürecinin bir parçası olarak kabul eder (Morrow, 2005: 252). Bu nedenle çalışmanın tüm aşamalarında araştırmacının kendi değerlerinin, varsayımlarının, önyargılarının farkında olabilmesi için "paranteze alma" (bracketing) uygulamasının kullanılması önerilmektedir (Howitt, 2019: 312). Düşünümsellik araştırmacının kendi bakış açısının araştırma sürecine etkisinin ayırında olabilmesi ve paranteze alma uygulamasının daha etkili yürütülebilmesi için gerekli stratejilerden biridir (Ahern, 1999: 408). Bu doğrultuda, bu bölümde, yeme bozukluğuna yönelik klinik ilgimi ve deneyimlerimi açıklayacağım.

Yeme bozukluklarına dair ilgim ve araştırmalarım bu tez çalışmasından çok öncesine dayanıyor. Psikoloji lisans eğitimim esnasında bir tanı grubu olarak karşılaştığımda bu

konuda okumalar yapmaya karar verdim çünkü birinci derece yakınlarımdan birinin yaşadığı sıkıntıların adının bulimiya nervoza olduğunu fark ettim (daha sonra farklı uzmanlarca da tanı kesinleştirildi). Yaptığım okumalar ilerledikçe hem kendimin hem de ailemin yeme ve bedenle ilişki kurma biçimindeki sorunlar hakkında daha çok farkındalık kazandım. Lisans eğitimini takiben bir devlet hastanesine atanmamla klinik alanda çalışmaya başladım ve psikoterapi ve süpervizyon eğitimleri aldım. Alanda çalışırken yeme bozukluğu şikayetiyle gelen danışanların temel ve ortak şikayetlerinden birinin ‘anlaşılmamak’ olduğunu gördüm. Anlaşılmadıklarını, etiketlenmelere maruz kaldıklarını ve hastalıklarıyla ilgili konuşamadıklarını fark ettim. Öyle ki bazı meslektaşlarımda dahi yeme bozukluğunun kişinin iradesiyle ilişkili olduğuna dair inançların yaygın olduğunu gözlemledim. Tüm bu deneyimler yeme bozukluklarıyla ilgili çalışmalar yürütülmesinin, özellikle YB tanılı kişilerin deneyimlerinin anlaşılmasının ve yemek yemeden çok daha fazlası olan bu sorunun temelinde yatan nedenlerin incelenmesinin anlamlı ve gerekli olduğunu düşündürdü.

İlgili literatürü incelediğimde ve araştırmanın amacını da göz önünde bulundurarak çalışmanın nitel yöntemle yürütülmesinin en uygun seçenek olduğuna karar verdim. Bununla birlikte ilk kez nitel analiz yapacak olmak ve nitel analizde araştırmacıya biçilen rol ara ara kaygılanmama sebep oluyordu. Tüm tez süreci boyunca ilk kez nitel yöntemle çalıştığımın ve kendi bakışımın bu süreci etkileyeceğinin bilincinde oldum. Bunun için YFA ile ilgili kitaplar ve makaleler okudum, online eğitimler aldım. Çalışmanın her aşamasında tez danışmanımı bilgilendirip onun rehberliğinde ilerledim ve görüşmeler, analiz ve yazım aşamalarında kendi duygu-düşünce ve davranışlarımı incelememe olanak veren bir araştırmacı günlüğü tuttum. Ayrıca kendi terapi sürecimden geçmemiş olmanın bir dezavantaj olabileceğini göz önünde bulundurdum. Bununla birlikte meslek hayatım boyunca aldığım eğitimlerin, yaptığım okumaların ve klinik deneyimlerin de katkısıyla her zaman öz farkındalığımı geliştirmeye, yanlılıklarını ve aktarımlarını tanımlamaya çalışan biri olarak bu dezavantajı minimuma düşürmek için uğraştım.

Görüşmeler boyunca açık uçlu ve yönlendirici olmayan sorular sormaya, katılımcılar için güvenli ve rahat bir ortam oluşturmaya özen gösterdim. Katılımcılardan biri görüşmeden birkaç ay sonra bana ulaşıp bireysel terapi talebinde bulundu ve bu deneyim görüşmelerde iyi terapötik ilişki kurmuş olabileceğimi düşündürdü. Bu süreçte, katılımcıların yaşadıkları sıkıntıların ve çaresizliklerin büyük ölçüde sosyal

ilişkilerde yaşadıkları sorunlarla bağlantılı olduğunu ve sosyal işlevsellik üzerine çalışmalar yürütülmesinin ne kadar önemli olduğunu daha iyi kavradım. Sonuçta bu durum beni araştırmama daha sıkı sarılmaya yöneltti.

Görüşmeler devam ederken bir yandan deşifreleri yapıp ilk kodlamalara başladığım dönem benim için tez sürecinin en zorlu aşamasıydı. Katılımcıların travmatik deneyimlerini, çaresizliklerini ve hatta kendi sesimi tekrar tekrar dinlemek, yazıya geçirmek, bunları derinlemesine anlamaya çalışmak yorucuydu. Bu sebeple sürece yaymaya, daha çok dinlenmeye ve akran desteğine başvurmaya özen gösterdim. Nitekim tezin en uzun süren aşaması da bu kısımdı. Zaman zaman yaşadığım zorluklara ve yorgunluklara rağmen nihayetinde benim için doyurucu ve öğretici bir süreç oldu.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

Bu çalışmada, yeme bozukluklarında sosyal işlevsellikle ilişkili faktörlerin hastalık süreçlerine etkisi, yorumlayıcı fenomenolojik analiz yöntemi kullanılarak araştırılmıştır. Bu doğrultuda, YB tanısı almış 8 kişiyle derinlemesine görüşmeler yürütülmüş ve bu görüşmelerde sosyal işlevselliğin gelişiminin erken dönem deneyimlerinden başlayarak sekteye uğradığı ve bozulmuş sosyal işlevselliğin hastalık yaşantısını şiddetlendirdiği gözlemlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda 2 ana temaya ulaşılmıştır: Sosyal İşlevselliğin Bozulmasına Yol Açan Faktörler, Sosyal İşlevsellikte Bozulmanın Hastalık Yaşantısına Etkisi. Bu bölümde ana temalar ve alt temalar katılımcıların ifadelerinden elde edilen alıntılarla derinleştirilerek açıklanmaktadır. Ana temalar ve alt temalar Tablo 4.1’de sunulmuştur.

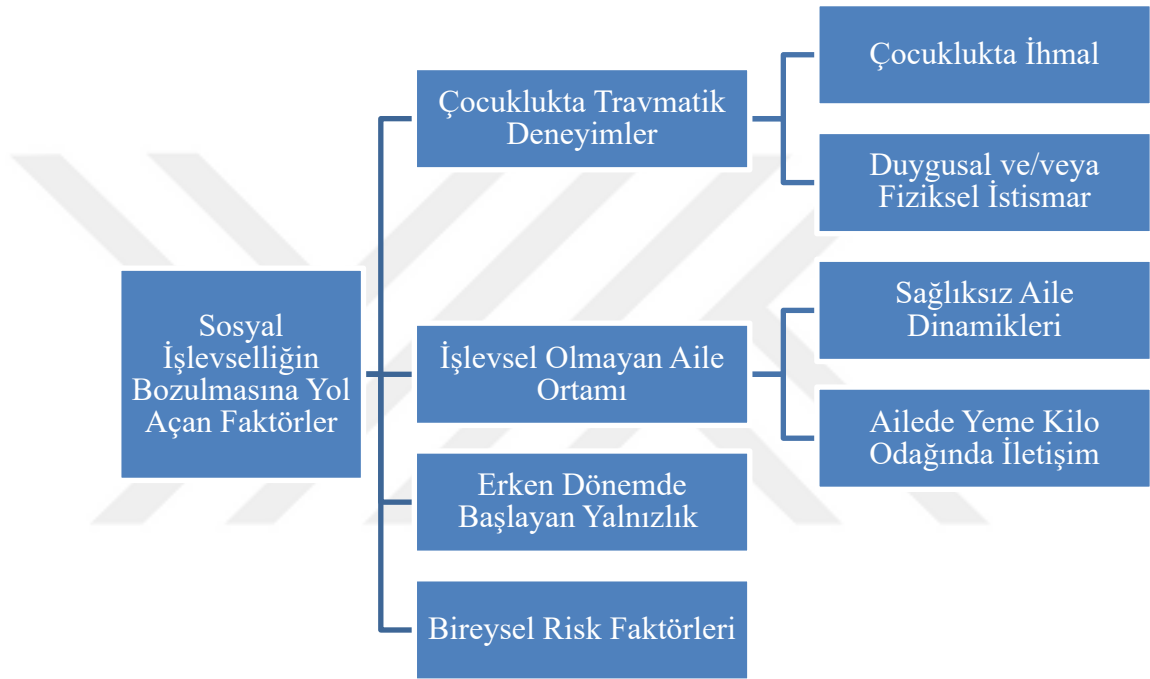
Tablo 4.1: Analiz Sonucunda Ulaşılan Temalar

ANA TEMA	ALT TEMA
Sosyal İşlevselliğin Bozulmasına Yol Açan Faktörler	Çocuklukta Travmatik Deneyimler İşlevsel Olmayan Aile Ortamı Erken Dönemde Başlayan Yalnızlık Bireysel Risk Faktörleri
Sosyal İşlevsellikte Bozulmanın Hastalık Yaşantısına Etkisi	Hastalık Sürecinde Destekleyici Bir Ailenin Yokluğu Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Zorluklar Hastalıkla Yalnız Mücadele Etmek Pandemi Sürecinin Tetikleyici Rolü Hastalığın Eğitim/İş Hayatına Etkisi İyileşme Sürecinde Sosyal Desteğin Önemi

4.1. Sosyal İşlevselliğin Bozulmasına Yol Açan Faktörler

Bu ana temada YB’li bireylerde gözlenen sosyal işlevsellikte bozulmanın altında yatan nedenler detaylı bir şekilde incelenmektedir. Özellikle aile dinamikleri, travma yaşantıları, kişilik özellikleri gibi faktörlerin bu süreçteki rolleri ele alınacaktır. Yapılan görüşmelerde katılımcılar çocukluk çağında yalnızlık, ihmal ve istismara ilişkin deneyimlerini dile getirmiştir. Tüm bu deneyimlerin kalıcı etkilerinin bireyin

sonraki yaşamında sağlıklı sosyal ilişkiler kurma ve sürdürme yeteneğini engelleyebileceği, benlik algısı üzerinde bozucu etki yaratabileceği düşünülmüştür. Bu ana temada; çocuklukta travmatik deneyimler, işlevsel olmayan aile ortamı, erken dönemde başlayan yalnızlık, bireysel risk faktörleri olmak üzere 4 alt tema belirlenmiştir. Çocuklukta travmatik deneyimler, çocuklukta ihmal ve duygusal ve/veya fiziksel istismar konularıyla bağlantılı olarak; işlevsel olmayan aile ortamı, sağlıksız aile dinamikleri ve ailede yeme-kilo odağında iletişim konularıyla bağlantılı olarak tartışılacaktır. Şekil 4.1’de tema organizasyonu sunulmaktadır.



Şekil 4.1: Ana Tema 1 Kavram Haritası

4.1.1. Çocuklukta Travmatik Deneyimler

Görüşmelerde neredeyse tüm katılımcıların çocukluk çağında travmatik deneyimler yaşadığı gözlemlenmiştir. Katılımcılar erken dönemden itibaren ihmal edildiklerine, duygusal veya fiziksel istismara uğradıklarına ve zorbalığa maruz kaldıklarına dair deneyimlerini dile getirmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinden hareketle, sosyal işlevlerde bozulma ile yeme bozukluğu gelişiminin ilişkili olduğu ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının bu ilişkiyi tetikleyen önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bu alt tema çocuklukta ihmal ve duygusal ve/veya fiziksel istismar alt başlıklarında incelenecektir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2: Çocuklukta Travmatik Deneyimler

4.1.1.1. Çocuklukta İhmal

Görüşmelerde tüm katılımcıların çocukluk yaşantısında ihmale uğradığı fark edilmiştir. Özellikle görüşmelere konu olan duygusal ihmal; kişinin duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması veya göz ardı edilmesi anlamına gelmektedir ve bireyin sevilmediğini, desteklenmediğini, anlaşılmadığını hissetmesine sebep olabilir. Görüşmelere katılan bireyler, sevgi ve ilgiden yoksun kaldıklarını, ebeveynlerine kendilerini açmakta ve sorunlarını paylaşmakta zorlandıklarını, ebeveynleri tarafından yeterince korunduğunu hissedemediklerini dile getirmiştir.

Katılımcı 8, çocukluğunda sevilmediğine ve istenmediğine yönelik hislerini şu cümlelerle anlatmıştır:

Yaşantım şöyle aslında dediğim gibi hep kötüydü çünkü annemin dışında hiç kimse sevmiyordu beni, bunu dile de getiriyorlardı. Yani abim bile getiriyordu bunu, babamın eşi getiriyordu, büyük eşi yani. Bunu herkes dile getiriyordu, beni sevmediğini yani. Arkadaşlarım bile beni istemiyorlardı. Sadece annem seviyordu beni, onu da kaybettim... (Katılımcı 8)

Benzer şekilde bir diğer katılımcı; anne ve babasından sevgi alamadığını, ilgisiz büyüdüğünü dile getirmiştir:

Biz küçükken, yani annemle babamın arası iyiiken, benim annemle bir ilişkim yoktu çünkü hani annemle babam birbirlerini sevmekten bizi sevmeyi unutmışlardı yani daha doğrusu beni sevmeyi unutmışlardı... Çocukluğumda annem tarafından ve babam tarafından ilgi yoktu. (Katılımcı 1)

Katılımcıların bazıları, ebeveynlerine kendilerini açamadıklarını ve sorunlarını paylaşamadıklarını dile getirmiştir:

Her zaman aynı şeyi söylerim çünkü çocukluğumuzda açılan yaralar kapanmıyor. Yani bir sıkıntın olduğunda, bir şeye üzüldüğünde annene ya da babana sarılıp ağlayamamak çocukken çok zor bir şey. Yani ben 14 yaşında da çocuktum. Her şeyi kendi içimde hallettim ve hepsi beni suçladı. (Katılımcı 1)

Ailem. Yok. Çok söylemiyordum. Hani onlar sey, arkadaşımın çok olmamasını şeye bağlıyordu; ben çok mesafeliyim filan diye. Zorbalığa uğradığımı bilmiyorlar, anlatmıyordum. (Katılımcı 6)

Görüşmelerde sorunların paylaşılmamasının, bu sorunların anlaşılmayacağı ve dinlenilmeyeceği inancından kaynaklandığı belirlenmiştir. Örneğin; Katılımcı 7 bu durumu, “Anlatmayı denerdim. Çok fazla denerdim, denedim bir şekilde ama hani beni yanlış anlayacaklarını düşündüm, anlamayacaklarını düşündüm” diyerek açıklamıştır. Katılımcı 2 ise orta okulda yaşadığı olumsuz bir deneyimini anlatırken aile içinde dinlenmediğini ve anlaşılmadığını, “Yani ağlamıştım okula gitmek istemiyordum diye. Sonra onlara hiçbir zaman bunu söyleyemedim çünkü dinlemediler beni, anlayacaklarını da düşünmedim hiç” sözleriyle aktarmıştır.

Bu alıntıların katılımcıların özellikle duygusal olarak ihmal edildiklerine, seilmeme, anlaşılmama, duyulmama ve ilgi görmeme deneyimlerinin yaygın olduğuna dair kanıtlar sunduğu düşünülmektedir.

4.1.1.2. Duygusal ve/veya Fiziksel İstismar

İstismar kişiye fiziksel veya duygusal zarar verme eylemidir ve şiddet, cinsel taciz, duygusal baskı gibi durumları içerir. Birinin hayatı üzerinde kontrol sağlamaya çalışma, zorbalık, tehdit gibi etmenlerin yanı sıra sürekli eleştiri, aşağılama, suçluluk hissettirme gibi duygusal etmenler de istismar olarak adlandırılmaktadır. Hem istismar hem ihmal bireye psikolojik ve fiziksel zarar verebilir ancak istismar genellikle kasıtlı yapılması yönüyle ihmalden ayrılmaktadır. Görüşmelerde, katılımcıların çoğunun aile içinde duygusal istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Katılımcılar; ebeveynlerinin genellikle memnuniyetsiz, baskıcı, kontrolcü ve kısıtlayıcı tutumları olduğunu ileri sürmektedir. Ayrıca katılımcılardan bazıları, aile içinde fiziksel şiddete maruz kaldığını bildirirken; akran zorbalığı katılımcıların geneli için öne çıkan bir diğer istismar yaşantısıdır.

Katılımcı 1; babasının baskı ve kısıtlamalarını, hissettiği korkuyu ve bunların hayatına etkilerini şöyle anlatmaktadır:

Hani ölmek istedim sadece çünkü kaldıramıyordum. Ne uyuyabiliyordum, yemek yiyemiyordum. Hiçbir şey yapamıyordum. Sosyal bir aktivitem de yoktu. Görüştüğüm kimse de yoktu. Cezalıydım çünkü hiçbir şekilde dışarı çıkarmıyorlardı. Telefon da kullanamıyordum. Hani böyle böyle başladı zaten. Babamdan küçüklüğümde beri bir korkum vardı. (Katılımcı 1)

Katılımcı 2, babası tarafından aşağılandığını şöyle açıklamaktadır:

Benimle iletişim kurmak yerine beni azarlamayı ya da ne bileyim aşağılamayı seçtiği için bir noktadan sonra onunla iletişimimi koparmayı, aslında koparmak istemedim ama mecbur kaldım. (Katılımcı 2)

Çocukluk çağında ebeveyninin olumsuz yorumlarına maruz kalan katılımcı kendini hala eksik hissettiğini şöyle anlatmaktadır:

Anneme mesela kırgın olduğum tek nokta bu. Bana böyle çok eksik hissettirdiği tek cümle bu ve unutamıyorum da. Hala da eksik hissediyorum kendimi... (Katılımcı 2)

Katılımcı 5, annesinin memnuniyetsiz tutumunu şu şekilde anlatmıştır:

Annemle ilişkim üniversite zamanında bayağı bir inişli çıkışlıydı. Çok çatışıyorduk. Çünkü annem biraz şeydir. Emir vermeyi sever. Eksikleri bulmayı sever, Bunları yüzüne vurmaya sever. Çok memnun edilebilecek bir kişi değil açıkçası. Hep bu konuda hâlâ da çatışıyoruz bir şey iyi yapıldıysa sessiz kalır ama kötü yapıldıysa bütün gün söylenir. (Katılımcı 5)

Katılımcı 3 ise, annesinin kontrolcü ve kısıtlayıcı biri olduğunu dile getirmiştir:

Annem birazcık baskıcı değil de kontrol etmeyi seviyor, kendi istediğinin olmasını istiyor. Çok sakınıyordu bizi... Şöyle annemle babam ayrı olduğu için bütün sorumluluğumuz annemin üzerindeydi ve annem de bu sorumluluğu fazlasıyla yerine getirmek istiyordu. Hani başımıza bir şey gelmesinden korkuyordu çünkü, hesap vermekten de korkuyordu. Bu sorumluluğu almak istemediği için çok kısıtlıyordu. (Katılımcı 3)

Katılımcılardan bazıları; anneleri tarafından kabul görmediğine dair hislerini paylaşmıştır:

Yaşadıklarımı anlattığımda anneme, bana kızılıyordu ve... Şey diyordum, anneme yetemiyor muyum acaba, beni böyle kabul etmiyor, beni anlamıyor diye düşünüyordum. (Katılımcı 2)

Katılımcıların bir kısmı aile içi fiziksel şiddete maruz kaldığını dile getirmiştir. Örneğin; Katılımcı 1 annesiyle yaşadığı bir tartışmayı anlatırken, “Ben annemden tokat yedim mesela” diyerek deneyimini anlatmıştır.

Katılımcı 4, babasından şiddet görmeyen yanı sıra bu süreçte annesi tarafından korunmadığını ve yalnız bırakıldığını söylemiştir:

Yani babam tamam kötüydü işte babam bizi üzerdi, kötüyü konuşurdu ama annem de bunlara karşılık hiç şey yapmazdı, bizi de korumazdı. Bizim arkamızda da durmazdı. Bizim yanımızda da olmazdı ağladığımda da tek başıma ağladığımı hatırlıyorum, dayak yediğimde de tek başıma dayak yediğimi hatırlıyorum... (Katılımcı 4)

Katılımcı 8 ise, ebeveynlerin arasındaki şiddete şahit olduğunu şu kelimelerle anlatmıştır:

Yani çocukluğum kötü geçti... 7 8 yaşlarında hep annem gözümün önünde şiddet görüyordu. Hiç kimsesi yoktu. Sonra o şiddetin içinde büyüdük işte... Babam, üvey anneyi de döverdi ama en çok annemi döverdi. Onu da döverdi. Ona da çok zalimlik yapardı. Ama unutamıyorum onu böyle 100 EKT bile görsem unutamıyorum. (Katılımcı 8)

Bir duygusal ve/veya fiziksel istismar biçimi olan zorbalık, katılımcıların önemli bir kısmı tarafından gündeme alınmıştır. Aşağıda akran zorbalığına ait alıntılara detaylı yer verilmiştir. Özellikle dış görünüm ile ilgili zorbalığa maruz kaldığını dile getiren katılımcılar bu deneyimin hayatlarında bıraktığı etkilerden bahsetmiştir:

Zaten çocukluğum da bu kilo yüzünden biraz zor geçti. Akran zorbalığına uğradım ben liseye başlayana kadar, lisenin ilk sınıfına kadar. (Katılımcı 1)

Çünkü dediğim gibi insanlar, hep kusurlara odaklanıyorlar demiştim ya, hep böyle bir kusuruma odaklanıyorlardı. Ya koluma ya kiloma ya yüzümdeki bir noktaya bir sivilceye. Çocukluktan beridir var. Ben hep zorbalanıyordum ya da hep zorbalandığımı düşünüyordum. Zaten bu zorbalıkların en başı kiloyla ilgili... (Katılımcı 2)

Çok kilohuydum ben lisedeyken, ortaokuldayken hep kilohuydum. Şikayetlerimin başlaması ortaokuldaki tüm arkadaşlarım tüm sınıfla ilişkili, platonik olduğum çocuk... Hani çocuklar dalga geçer ya öyle dalga geçiyorlardı işte açık açık. (Katılımcı 6)

Bazen şey düşündüm, “acaba okulda çok mu dışlandım ya da okulda çok dışlanan bir çocuk muydum?” bu aklıma geliyordu. Evet öyleydim, çok sessiz bir çocuktum ve bazı insanlar beni çok dışlıyordu ve sessiz olduğum için de bu beni biraz çok aşağılanmış gibi hissediyordum o okulda. (Katılımcı 7)

Görüşmelerde, zorbalığın okulla sınırlı olmadığı belirlenmiş olup katılımcılardan bazıları aile içinde de zorbalık yaşadığını dile getirmiştir. Bireylerin özellikle beden görünüşleri ve kiloları üzerinden yaşadıkları aile içi zorbalık “İşlevsel Olmayan Aile Ortamı” alt temasında, aile içi iletişimle ilişkilendirilerek detaylı biçimde ele alınacaktır.

4.1.2. İşlevsel Olmayan Aile Ortamı

Yapılan görüşmelerde aile işlevselliği; aile içi iletişim, roller, kardeş ilişkileri açısından değerlendirilmiş olup yeme bozukluğunun gelişiminde aile işlevselliğinin rolü araştırılmıştır. Katılımcıların tamamına yakınında; aile içi iletişimde yeme, kilo ve beden görünümünün önemli yer kapladığı belirlenmiş ve genel işlevselliğin düşük olduğu bulgulanmıştır. Bu alt tema sağlıklı aile dinamikleri ve ailede yeme-kilo odağında iletişim alt başlıklarında incelenecektir (Şekil 4.3).



Şekil 4.3: İşlevsel Olmayan Aile Ortamı

4.1.2.1. Sağlıksız Aile Dinamikleri

Aile dinamikleri incelendiğinde üç farklı ilişki örüntüsü tespit edilmiştir. Katılımcıların geneli aile bireyleriyle mesafeli ilişkileri olduğunu belirtmiştir. Mesafeli ilişkiler genellikle katılımcıların sevgi ve ilgi göremediklerini hissetmelerine

yol açmış olup bu konu çocuklukta ihmal başlığı altında detaylı incelenmiştir. Ayrıca görüşmelerde aile içi çatışmalar ve bağımlılık temelli ilişkiler göze çarpmaktadır. Son olarak kardeşlerle ilişkilerde tutarsızlık, yakınlık kuramama ve çatışmalar yaygındır.

Katılımcı 4; ailesiyle uzak ilişkilerini şu sözlerle ifade etmiştir:

Soğukluğa sebep olan şey aslında o bu şu değil de genel olarak bizim pek aile olamıyor olmamız muhtemelen. Çünkü birbirinden çok kopuk bir aileyiz... Hiçbir zaman bir bağım yoktu. Artık ihtiyacım da kalmadı. O yüzden görüşmek istemiyorum. (Katılımcı 4)

Katılımcıların geneli, babasıyla olan ilişkilerindeki mesafenin kendilerinde yarattığı olumsuz etkiyi dile getirmiştir. Ailede genel bir ilişkisizliğin olmasının yanı sıra bazıları babanın duygusal yokluğundan, bazıları fiziksel olarak olmadığından bahsetmiştir:

Babam şehir dışında çalışıyor. Sık sık olmasa da işte bayramlarda veya kendi özel izin alıp geliyor öyle. En başından beri bu şekilde görüşüyoruz bayramlarda, tatillerde... Yani zaten babamın olmadığı bir evde büyüdük. Çok nadiren geliyordu. (Katılımcı 3)

Katılımcı 8, babasının ailenin diğer üyelerine koyduğu sınırları şöyle anlatmıştır:

Babamın ayrı odası vardı. Hiçbir zaman onunla aynı sofraya oturmadık. Çocuklardan uzak bir odadaydı. Annem ona 7/24 hizmet ederdi. (Katılımcı 8)

Görüşmelerde aile bireyleri arasındaki rol değişimleri dikkat çekmektedir. Örneğin; Katılımcı 1 ebeveyne ebeveynlik yapma deneyimini şöyle açıklamaktadır:

Annem işte o stres altında çok fazla ilgilenemedi benimle. Ben annemin annesi oldum gibi oldum. Yani daha çok onu ben büyüttüm gibi bir şey oldu. (Katılımcı 1)

Ayrıca bazı ailelerde, büyük kardeşin ebeveyn rolü üstlendiği belirtilmiştir:

Sorunlarımı ablam olduğu için yani lisedeyken hani ergenken anneme değil, ablama her şeyimi anlatıyordum. Ablam da anne görevi görüyor. Bir nevi ablalar da anne oluyor. (Katılımcı 6)

Ablamla ilişkim kötü. Tabii hani biz böyle birbirine bağlıydık yani ailemizin yokluğundan dolayı, birbirine bağlı olmak zorundaydık çünkü ablam biraz

*bana anne gibi davranmak zorunda kaldı ebeveyn yoksunluğundan.
(Katılımcı 4)*

Görüşmelere katılan bireylerin aile yapısı incelendiğinde; aile içi çatışmaların özellikle anne çocuk arasında, evdeki sorumluluk üzerinden ortaya çıktığı fark edilmiştir:

*Yani ben 11 12 yaşındayken işe girdiği için biz o zamanlar böyle hep gün içinde işte kardeşimle ben hep yalnızdık. Tabii çok kavgalarımız oluyordu ve annem işten gelince işte evi çok dağınık, pis görünce çok kavgalarımız olurdu.
(Katılımcı 3)*

Katılımcı 6; aile üyelerinin birbirlerine oldukça bağlı ve yakın olduklarını belirtmiştir. Ancak bu ilişki tarzının kendi yaşamında neden olduğu zorluklara da görüşme sırasında değinmiştir. Aşağıdaki alıntıdan anlaşılacağı gibi, katılımcı sınırların iç içe geçtiği bağımlı aile yapısı ve aşırı korumacı ebeveyn tutumları tarif etmektedir:

Annemle çok bağılydık birbirimize, tuvalete bile birlikte giderdik. Bir de ben liseye kadar yani bayağı bir kocamanken bile annemle uyurdum... Yani kardeşler olarak birbirimize çok bağılyız. Ablam evli olmasına rağmen yani çok sık görüşürüz zaten. Abim de duygusal bir abi. Küçük 3 kız kardeşi var, o da çok bağılı bize. Ailemiz bayağı bağılı... Babam da aynı şekilde bizi 2 gün görmese hemen duygulanıyor, öznlüyor. Annem de hepimiz bağılyız, soğukluk yoktur aramızda. Anneannemlerde bile kalmaz. Kendi evinden 2 gün ayrı kalsa öznlüyor o kafa. (Katılımcı 6)

Katılımcıların geneli; kardeşiyle veya kardeşleriyle bağ kuramadığından, duygusal olarak genellikle mesafeli olduklarından bahsetmektedir:

Bu travmalarımın baş sahibi... benim bu halime bu şekilde böyle psikolojik sıkıntılar yaşamama sebep olan en büyük faktör o. (Katılımcı 2)

Bağılı değildir birbirimize. Bir ablam var. Bana çok yakın yaşıyor ama onunla da pek görüşmüyorum. Biraz aileden uzak tutuyorum kendimi. Hiçbir şekilde iletişime geçmedim 3-4 ay. (Katılımcı 4)

4.1.2.2. Ailede Yeme-Kilo Odağında İletişim

Görüşmelerde; aile içi iletişimde yeme, kilo ve beden görünümü odağında konuşmaların her zaman var olduğu dikkat çekmektedir. Bazı ailelerde yeme alışkanlıklarıyla ilgili sınırların sağlıklı olmadığı veya çocuğun yemekle aşırı

ödüllendirildiği belirtilmiştir. Aile üyeleri arasında birbirlerinin fiziksel görünüşlerine yönelik eleştiriler yapıldığı ve ailede zayıflığın idealize edildiği durumlar da bildirilmiştir. Katılımcılardan bazıları, ailenin diğer üyelerinin de yeme bozukluğuna yatkın olduğunu ifade etmiştir. Neredeyse tüm katılımcılar aile bireyleri tarafından yeme ve kiloyla ilgili yapılan yorumlardan rahatsızlıklarını dile getirmişlerdir.

Katılımcı 1 ve 6, çocuklukta ebeveynlerinin bakım verme aracı olarak yemeği nasıl kullandıklarını aşağıdaki cümlelerle anlatmaktadır:

Hep bana anlatırlar mesela ben bebekken bile soğanı elma gibi yiyen bir insanmışım çok fazla yemeğe düşkündüm. Hani yemeğimi saatinde yerdim ama çok yerdim hani aklım fikrim sürekli yemekte oluyordu. Hani sabah yiyordum akşam ne yesem acaba diye düşünüyordum. Çocuklukta ne istersem önüme konuluyordu. Bir tek o konuda şımartıldım sanırım. (Katılımcı 1)

Babam her akşam yine gelince yani hiç eli boş gelmiyor. Demiyor yok almayayım, kilo alırsın, yine getiriyor... Yine böyle hasta falan olalım yine bebekmişiz gibi davranıyor. Bir hemen tatlı matlı alıyor getiriyor. (Katılımcı 6)

Görüşmelerde, kilo ve görünümle ilgili aile tarafından yapılan yorumların zorbalık boyutuna ulaştığı dikkat çekmektedir:

Babamın eşi çok dalga geçerdi kilomla... Kardeşlerim de dalga geçerdi çünkü onlardan kiloluydum ben. (Katılımcı 8)

Ailemin kiloyla ilgili küçüklüğümde beri ciddi bir baskısı var. Ben yani baskı derken şöyle bir baskı; psikolojik olarak hep küçüklüğümde beri ben kilolu olduğum için çirkin olduğumu, kilolu olduğum için evde kalacağımı, kilolu olduğum için kimsenin beni beğenmeyeceğini, evlenmek istemeyeceğini söylüyorlardı. (Katılımcı 4)

En başında ailem yani “zayıf olsan daha güzel bir kızsın”. Benim zaten o bardağın son damlası. Düğün vardı ve elbise bakmaya gidiyorduk. Ne giysem olmuyor, daralıyorum, çıkıyorum dışarı gülüyorlardı çok komik oldu diye. Annem, kızım şey yapma diyordu ama gülüyordu yani o da gülüşünü saklamaya çalışıyordu ama gülüyordu. Babam... Beni o kadar korkunç zorbalıyorlardı ki... (Katılımcı 2)

Aşağıda, aile bireylerinin beden ağırlığı ve görünüm üzerinden birbirlerine yaptıkları zorbalık alıntılanmıştır. Kardeşlerin küçük yaştan itibaren birbirlerini eleştirdiği, ebeveynlerin ise bu duruma müdahale etmek yerine kendilerinin de bu eleştirilere dahil olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcı 4, konuyla ilişkin deneyimlerini şu şekilde açıklamaktadır:

Küçükken ben 7 yaşlarındayken ablamla kilolu olduğu için dalga geçtim. O zaman ablam 12 13 yaşlarındaydı. Sonra ben kilo almaya başladım ve bu sefer ablam ergenliğe girdi ve ablam bu sefer bana karşı fiziksel eleştirilerde bulunmaya başladı. Bir nevi intikam gibi belki bilmiyorum. İşte sürekli dış görünüşümü eleştirirdi, işte kız gibi görünmemekle ne bileyim işte kaşların birleşmiş, şu giydiklerine bak, şu üstüne başına biraz dikkat et işte şunu giyme, saçını şöyle yapma. Bir de bunu insan içinde çok fazla yapardı, o da beni çok utandırır. O yüzden özellikle fiziksel görünüşümle ilgili takıntılarımı biraz ablama borçluyum... Ben mesela ablamın kilosuyla dalga geçtiğim için ciddi bir tepki aldığımı hiç hatırlamıyorum. Aynı şekilde benimle dalga geçildiğinde de ciddi bir tepki verildiğini hatırlamıyorum. Kaldı ki babam da dalga geçerdi zaten kilomuzla. (Katılımcı 4)

Katılımcılar; ebeveynlerinin beslenmeleri, görünümüleriyle ilgili yorumlar yapmasının kendilerini olumsuz etkilediğini, yemeyle olan ilişkilerini daha çok bozduğunu iletmiştir:

Annem şakasına bile olsa bana ara sıra hani böyle kilolusun, çok yiyorsun gibi dediği zaman çok sinirleniyorum mesela. Ondan sonra iştahım kesiliyor. Hiçbir şey yiyemiyorum. (Katılımcı 1)

Yani bir şey olmayacak ama hani şu yoruma çok maruz kaldım “Hani işte kilo verecektin, hani az yiyecektin hani dikkat edecektin” Bu yorumlar da aslında daha çok tetikliyor. (Katılımcı 5)

Katılımcıların bazıları, diğer aile üyelerinde de yeme bozukluğu örüntüleri olduğundan bahsetmiştir. Örneğin bir katılımcı ablasının da kilo verme noktasında çok hassas olduğunu şu şekilde belirtmiştir:

Ablamın hep sıkıntısı var bu konuda. Yani hamileydi ve 2 gün önce doğurdu. Hala şey diyor: “hemen spora başlamam lazım, kilo vermem lazım.” Öyle manyaktır. (Katılımcı 2)

Benzer şekilde bir diğerkatılımcı da ablasının kilo takıntısını ve beraberinde gelen deneyimlerini aktarmıştır:

Ablam da kilolu ve o da sürekli kilosuna çok takıntılı. Ki o benden daha takıntılı, o benim kiloma da benden daha takıntılı. Yani o kilo aldığı zaman çok kötü hissediyor kendini, çok değersiz, çok mutsuz işte. O yüzden o sürekli o iniş çıkışı yaşıyor. (Katılımcı 4)

Son olarak bir diğerkatılımcı ise annesinin kilo sorunundan bahsetmektedir:

Annem çok kilolu. Ablamla anneme sürekli baskı yapıyoruz. Hani hem sağlığı yüzünden sürekli zayıfla diyoruz, dikkat edemiyor, yapamıyor. Annem bence o yüzden sosyal değil. Üstüne giydiklerini yakıştırmadığı için dışarı çıkmak istemiyor. Diyetisyene çok gitti. Hep ilk zamanlar uygular azıcık kilo verir, sonra bırakırdı. (Katılımcı 6)

4.1.3. Erken Dönemde Başlayan Yalnızlık

Yalnızlık, tüm görüşmelerde önemli bir yer kaplamaktadır. Hastalık gelişimiyle birlikte daha da belirgin hale gelen yalnızlık hissinin, aslında bireylerin hayatında çok daha köklü bir yeri olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcılar genellikle önceki temalarda belirtildiği gibi ebeveynlerden en az birinin duygusal veya fiziksel yokluğundan söz etmektedir. Bu yokluğun getirmiş olduğu çok boyutlu yalnızlık, tüm katılımcıların ortak bir deneyimi olarak öne çıkmaktadır. Yalnızca aile içinde değil aynı zamanda akran ilişkilerinde de yalnızlık deneyimlediklerini, okul çağında çok kısıtlı arkadaş çevreleri olduğunu bildirmişlerdir.

Katılımcılar, çocukluk çağında ev içindeki yalnızlıklarını şu şekilde aktarmıştır:

Kardeşimle ben hep yani yalnızdık. O okula gidiyordu ben sabahçıydım, o öğlenciydi. Ben sabah evde tek başımaydım. (Katılımcı 3)

Başka bir katılımcı ise yemek yemenin erken yaşlardan beri hep yalnız gerçekleştirilen bir eylem olduğunu ve sonrasında tıkinma ataklarının da yalnızlıkla birleştiğini aktarmıştır:

Tıkinmak aslında; ben kendimi bildim bileli herhalde zaten hep bu şekilde yemek yiyordum, son bir yıldır bunun adını koyduk. O yüzden de zaten kasmaya yeni başladığım için şaşırđım. Çünkü zaten küçüklüğümden beri hep çok hızlı, çok fazla büyük miktarlarda yemek yiyorum. O bozukluğu da

yalnızlıkla birleştiriyorum çünkü yani o tıknmayı yaşadığım anları hatırladığım zaman hep yalnız olduğum anlar geliyor. Yani mutfakta tek başıma yemek yediğim zamanları hatırlıyorum. (Katılımcı 4)

Katılımcı 5 ve Katılımcı 7 ise çocuklukta genellikle kendi kendine vakit geçirdiğinden ve ebeveynlerinin fiziksel olarak yanında olmadığından bahsetmiştir:

Babam çalışıyordu o dönemde, tekstil işi yapıyordu. Annem de genelde uyurdu işte dinlenirdi. Hastalıktan değil şeydi böyle hani şekerleme yapmayı severdi günün ortasında. Ondan sonra ben kendi kendime resim çizerdim, oyun oynardım. Sessizdi yani ev böyle çok sessiz olurdu. (Katılımcı 5)

Hani ben sürekli tek bir şeyleri yapmışım gibi hatırlıyorum. Yani böyle güzel anım olduğunu hatırlamıyorum çocuklukta. Hiç hatırlamıyorum. Sürekli bir koşuşturmaca içinde hatırlıyorum annemle babamı. (Katılımcı 7)

Bir katılımcı duygusal ihtiyaçları karşılanmadığı için yalnız bir çocukluk geçirdiğini aşağıda belirtmiştir:

Çocuklukta ailemle çok fazla ilişkim yoktu. Benim bir şeylere ihtiyacım oldukça ve ihtiyaçlarım karşılanmadıkça -bunlar duygusal ihtiyaçlar, maddi ihtiyaçlar değil-, ailemin yanımda hiç olmadığını fark ettikçe biraz daha yalnız... Yani yalnız bir çocukluk geçirdim. Annem de babam da ben çocukken pek yanımda değildi, hiç evde hatırlamıyorum. (Katılımcı 4)

Katılımcılar, okul hayatında sosyal çevrelerinin kısıtlı olduğunu aşağıdaki ifadelerle açıklamıştır:

Arkadaşım yoktu. Zaten arkadaşlarla bir yere gitmezdim. Gezilere de katılmazdım. Arkadaşlıkla alakalı hiçbir şey yapmazdım. (Katılımcı 6)

Ne ilkokuldan ne ortaokuldan ne liseden doğru düzgün bir arkadaşım yok. Hiç arkadaşım yok. Hatta yani 1-2 arkadaşım hala görüşüyorum. O da sürekli değil. Tatmin edici bir ilişkim olduğunu düşünmüyorum. (Katılımcı 4)

Çok fazla arkadaş çevrem yok. İçedönük bir insanım... Mesela bildim bileli zaten ilgi alanlarım çok fazlaydı ve çocuklukta da hani hiçbir anım olmadı onlarla da. Zaten çok fazla arkadaşım yoktu dediğim gibi. (Katılımcı 7)

4.1.4. Bireysel Risk Faktörleri

Analiz sürecinde, YB'li bireylerin kendilerini ve çevrelerini algılama biçimlerinde bazı ortak özellikler olduğu fark edilmiştir. Neredeyse tüm katılımcılar kendilerine dönük olumsuz atıflar yapmaktadır. Beden memnuniyetsizliğinin yanında süregelen bir değersizlik ve eksiklik hissi tarif etmişlerdir. İlişkilerde kendini öncelememe ve eleştiriye aşırı duyarlılık yaygın sorun alanlarıdır. Ayrıca katılımcıların bir kısmı duygu düzenlemeyle ilgili yaşadığı sorunlardan bahsetmiştir. Tüm bu faktörlerin, YB literatürüyle de uyumlu olarak, hastalık gelişiminden önce var olduğu bilinmektedir. Katılımcıların anlatımları değerlendirildiğinde, bu özelliklerin sosyal işlevselliği düşürebileceği ve bireyleri sosyal durumlarda daha savunmasız hale getirebileceği çıkarımını yapmak uygun görünmektedir.

Katılımcı 6, özellikle yakınlarıyla ilişkilerini anlatırken, kendini sürekli olumsuz bir şekilde eleştirmektedir:

*Ben şey sinirliyim, kırılanım, tüm kötü huylar bende, olumsuz huylar...
Ailemle ilişkimde bana katlandıkları için yani çok onları tebrik ederim.
Çünkü dediğim gibi dengesiz bir ilişkim var. (Katılımcı 6)*

Katılımcı 7 sosyal ortamlarda hata yapma ve yargılanma korkusunun nedenlerini, “Ben de içe dönük bir insan olduğum için, utanç duygusu olduğu, utangaç da olduğum için, hassas da olduğum için daha doğrusu bunlar beni çok tetikliyor” sözleriyle açıklamıştır.

Beden memnuniyetsizliği tüm görüşmelerde öne çıkan bir temadır. Örneğin; Katılımcı 1, “Hani istemiyordum çünkü kendimi o şekilde beğenmiyordum. Ben şu anki halimi de beğenmiyorum” ifadelerini kullanmıştır. Katılımcı 6 ise, “Ben kendimi çok çirkin hissediyordum. Genel olarak şişman olduğum için hep çirkin hissediyordum kendimi” sözleriyle memnuniyetsizliğini dile getirmiştir.

Katılımcılardan bazıları, kendini beğenmemekten öte kendini sevmediğini ve kabul edemediğini ifade etmiştir:

*Kendimi her anlamda her şekilde ezen, ezikleyen, zorbalayan bir insandım.
Eskiden tuttuğum notlarda günlüklerde bile kendimi o kadar aşağılıyordum ki... Benim şey yani kendimi zorbalama mekanizması. Çünkü hep böyle gördüm ve böyle aktarıyordum. (Katılımcı 2)*

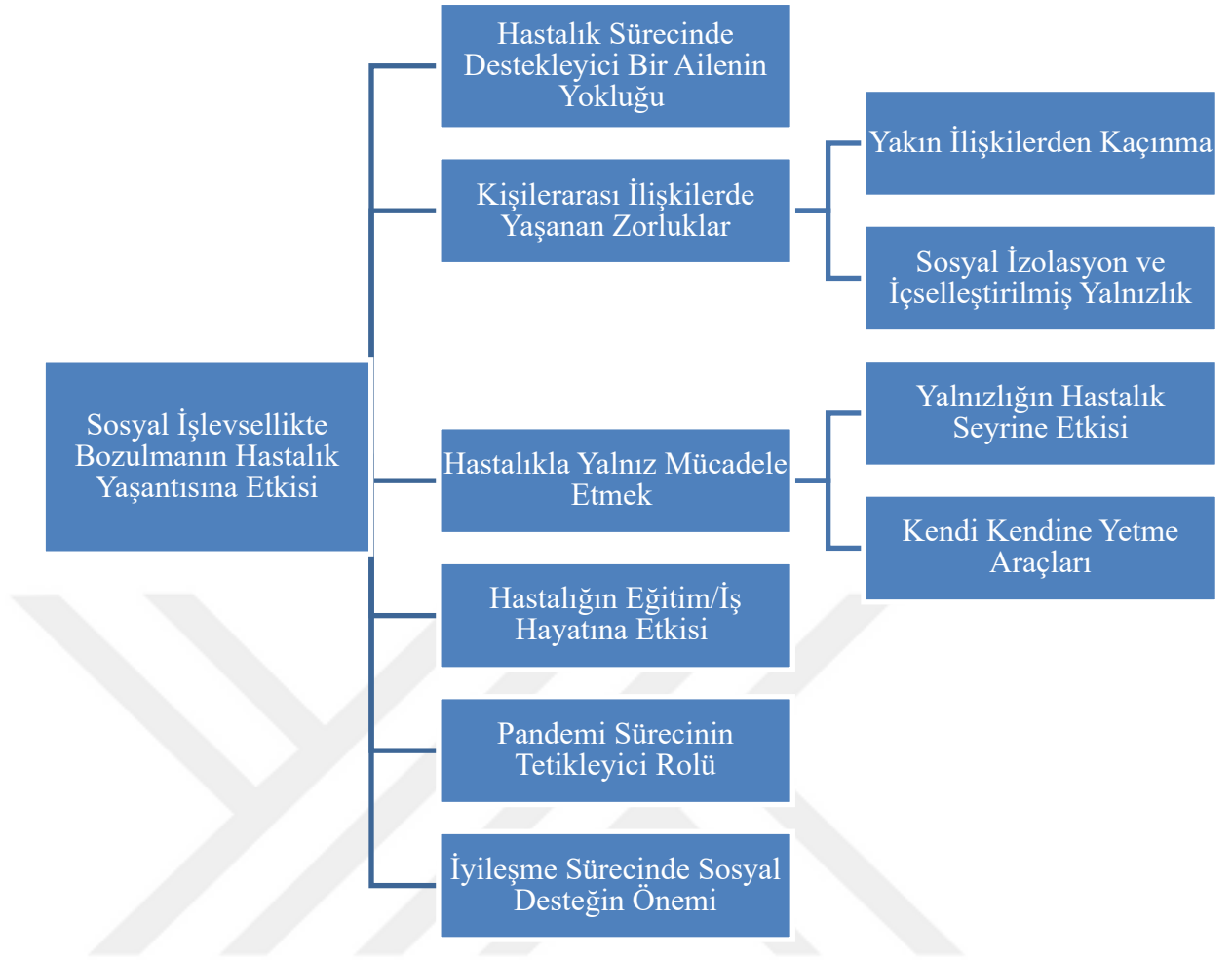
Kilolu olduğum için kendimi çirkin hissediyorum, kilolu olmaktan dolayı. Yani kendimi pek sevmiyorum, beğenmiyorum, kendimi kabullenemiyorum... Hiç düşünmemiştim gerçekten yani etrafımda benim kaybımdan dolayı mutsuz olacak birinin olduğunu düşünmemiştim. Ki hala düşünmüyorum yani. Kimse için değerli olmayacağımı, kimsenin beni sevmeyeceğini, kimsenin beni tam anlamıyla kabul etmeyeceğini, hiç kimse için öncelik olmayacağımı düşünüyorum, öyle düşünmeye de devam ediyorum. (Katılımcı 4)

Görüşmelere katılan bireylerin bir kısmı, ilişkilerinde kendilerini geri plana aldıklarını ve hayır diyemediklerini iletmiştir:

Yani hep kırıldım, hep böyle yanlış anlaşıldım. Hep böyle sanırım çok fazla şey gösterdim, çok fazla böyle ilgi gösterdim. Hiç hayır diyemedim. Sanırım benim suçumdu... Kendimden ödün veriyordum, bunu sonradan anladım. Keşke öncesinden anlasaydım ama işte insan biraz daha, bunları olgunlaşınca anlıyorum işte. (Katılımcı 7)

4.2. Sosyal İşlevsellikte Bozulmanın Hastalık Yaşantısına Etkisi

Bu ana temada, bozulmuş sosyal işlevselliğin hastalığın şiddetlenmesinde ve süregelenleşmesinde oynadığı rol açıklanmaktadır. Özellikle aile ilişkileri ve kişilerarası ilişkiler mercek altına alınmış olup hastalık ilerledikçe sosyal işlevlerdeki bozulmanın psikolojik ve sosyal açıdan yarattığı zorlanmalar ele alınmaktadır. Katılımcılar hastalık yaşantılarıyla ilgili deneyimlerinde yalnızlık ve sosyal izolasyona tekrarlı vurgu yapmaktadır. Bu doğrultuda; hastalık sürecinde destekleyici bir ailenin yokluğu, kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar, hastalıkla yalnız mücadele etmek, pandemi sürecinin tetikleyici rolü, hastalığın eğitim/iş hayatına etkisi, iyileşme sürecinde sosyal desteğin önemi olmak üzere 6 alt tema belirlenmiştir. Kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar alt teması, yakın ilişkilerden kaçınma ve sosyal izolasyon ve içselleştirilmiş yalnızlık konularıyla ilişkili olarak; hastalıkla yalnız mücadele etmek alt teması yalnızlığın hastalık seyrine etkisi ve kendi kendine yetme araçları konusuyla ilişkili olarak incelenecektir. Şekil 4.4'te tema başlıklarına ait diyagrama yer verilmektedir.



Şekil 4.4: Ana Tema 2 Kavram Haritası

4.2.1. Hastalık Sürecinde Destekleyici Bir Ailenin Yokluğu

Katılımcıların tamamı, yeme bozukluğuyla mücadelesinde ailelerinden etkili yardım alamadıklarını dile getirmiştir. Hastalık öncesinde de aileyle paylaşımın az olduğunu belirten katılımcılar, bu süreçte de yaşadıkları zorlukları aileleri ile paylaşmadıklarını belirtmiştir. Katılımcılardan bazıları, ailelerinin hastalığı önemsemediğini hissetmiş ve ailesi tarafından bu süreçte yalnız bırakıldığını dile getirmiştir. Yakınları tarafından ‘bu hastalığın kişinin bir uydurması’ olduğu söylemlerine maruz kalan katılımcıların yanı sıra psikiyatrik tedavinin onaylanmadığı ve engellendiği örneklere de rastlanmaktadır.

Katılımcı 7, anoreksiya nervoza ile mücadelesinde ailesinden destek göremediğini deneyimleri üzerinden açıklamıştır:

Hani ben tek başıma yemek yiyemiyordum, hani annemle vesaire yediğimde daha çok yiyordum. Mesela deseler ki geç yemek ye masada. Tek başıma hayatta yemek yiyemiyordum. Birisi olunca daha çok yiyorum. (Katılımcı 7)

Katılımcı 5 ise, annesinden görmek istediği desteği dile getirmiştir:

Biraz daha destek olsa hem duygusal anlamda hem de yani diyet sürecinde. Mesela atıyorum diyetisyene gittim ve bana listesi verdi diyelim, mümkün değil ben o listeye uyamam çünkü benim annem o listeye uygun yemekler yapmaz ya da mesela spora gideceğim diyeyim mümkünatı yok. O an bir iş varsa ben spora gidemem. Yani hem bu anlamda hem de duygusal anlamda bir desteği olsaydı çok daha iyi olurdu diye düşünüyorum. (Katılımcı 5)

Katılımcı 1, ailesiyle ilişkilerinin hastalık sürecini doğrudan etkilediğini “Kusmalar özellikle annemle aram kötüyken çok olur” sözleriyle ifade etmiştir.

Katılımcıların tamamına yakını, ailesiyle hastalığı hakkında konuşmakta zorlandığını, paylaştıklarında da ailesinin önemsemediğini iletmiştir:

Ben ailemin ihmalkarlığıyla ilgili bazı yorumlarda bulundum. Onlar da pek umursamadılar. Hatta babam bayağı gülerken işte "ne yapsaydık, yanında mı gelseydik, başına mı dikilseydik?" falan diye dalga geçti. Bunlar da beni çok sinirlendirdi. Yani ne yapalım, sanki biz yanında olsak olmayacak mı?" gibi umursamaz bir tepki aldım. O da benim için son noktaydı herhalde. (Katılımcı 4)

Bir diğer katılımcı ise yaşadığı YB belirtilerinin bile ailede görülmesini sağlamadığından bahsetmiştir:

Beni görmelerini istedim ve fark ettiklerinde aslında bir noktada sevindim, beni durduracaklar zannettim. Ama hiç umursamadılar bile... Ama ne bileyim olur ya benim bir çocuğum olsa yese ve kussa ben onu götürürüm psikoloğa, neyi var bu çocuğun diye, öyle bir şey olmadı. (Katılımcı 2)

Katılımcı 5 ve 6 ise ailesinin hastalığı öğrendiğinde kızdığını, anlamadıklarını ve olayın üstüne düşmediklerini aktarmıştır:

Annemle genelde bunu konuştuğunda, benim babam ve baba tarafım da kilolu, annem şunu söyler, sen babana çekmişsin. Babana çekmişsin deyip

konu kapanıyor açıkçası. Hani o yüzden ya bu konu hakkında oturup konuşsam da alacağım cevap yüksek ihtimal yine bu olacak. (Katılımcı 5)

Ben o konuları çok anlatmıyorum annem dalga geçer diye çünkü öyle de yapıyordu. Şey bir ara ya, o dönem işsiz kaldığım için evdekilere çok sarıyordum annem demişti işte bu kafayı yemiş filan öyle konuşuyordu. Çok üstüne de düşmediler. Babam sordu, babam biliyordu zaten. Kendimi kusturduğumu öğrenmişti. Kızdı işte, senin neyin var, sürekli zaten aynı tepkiler; senin neyin var, sen normalsin, sen şişman değilsin, güzelsin. Öyle bir şey. Çok üstüne düşmediler. (Katılımcı 6)

Katılımcı 1, şikayetlerinin psikiyatrik hastalıkla ilgili olduğunun ailesi tarafından öğrenilmesi sonrası aile üyelerinin öfkesine maruz kaldığını ifade etmiştir:

Hastalığımın sebebinin anoreksiya olduğunu öğrendikten sonra tavırları değişti çünkü hani kendime zarar verdiğimi öğrendi. Hani kendi kendime yaptığımı öğrendiği zaman sinirlendi. (Katılımcı 1)

Katılımcılardan biri yalnızca ebeveynler değil eşiyile de hastalığı hakkında konuşmanın zorluğundan bahsetmiştir:

Eşim beni çok yargılıyor, beni çok üzüyor ama diyorum ona elimde değil, baş edemiyorum kendimle diyorum, hala beni suçluyor. Hayır sen kendin yapıyorsun, senin iraden olsa yapmazsın diyor... Sonra hep kızdı, sen kendin yapıyorsun dedi. Hatta bazen sofraya oturuyoruz, yemek yiyoruz bana diyor ki yeme boşuna, ne yiyorsun ki, gidip kusuyorsun zaten. “Niye boşuna yemek yiyorsun?” diyor bana. (Katılımcı 8)

Katılımcıların yakınları ile hastalıkları hakkında konuşamadıklarını ve anlaşılmadıklarını aktarmasının yanı sıra bazı katılımcılar ailelerinin, psikiyatrik tedaviyi onaylamadıklarını ve engellemek istediklerini de bildirmiştir.

Yani şu an ilaçları bırakmamın çoğu nedeni onlar. Psikiyatrist saçma bir şey diyorlar, ilaçları kullanma diyorlar. Çok karşılar (Katılımcı 8)

Zaten bayağıdır vardı da hani toplumda genelde gidilmez ya anneme dediğimde saçmalama, sen deli misin, niye gidiyorsun falan diyordu. 2 yıldan fazla oldu belki, ilaç kullanacaktım. Onu da yine annem öğrendi içme dedi, yarıda bıraktım, ondan sonra da üstüne düşüp tekrar kontrollere gitmedim.

*Onu annem babama söyledi, babam da ikisi de izin vermedi kullanmama.
(Katılımcı 6)*

4.2.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Zorluklar

Görüşmelerde, katılımcıların tamamının kişilerarası işlevsellik düzeyinin düşük olduğu gözlemlenmiştir. Katılımcılar genellikle sosyal ilişkilerden kaçınmakta, sosyalleşmeleri gerektiğinde de bunu temkinli bir şekilde yürütmektedirler. İnsan içinde olmanın genellikle stres verici bir deneyim olduğunu ve yüzeysel ilişkiler kurmayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir. İnsanlarla ilgili olumsuz şemaları ve güvensizlik duyguları kişileri yalnız kalmaya ikna etmiş gibi görünmektedir. Tüm katılımcıların sosyal çevresi kısıtlıdır ve çoğu yeterli sosyal desteğinin olmadığını ifade etmektedir. Bu alt tema Yakın İlişkilerden Kaçınma, Sosyal İzolasyon ve İçselleştirilmiş Yalnızlık alt başlıklarında incelenecektir. Şekil 4.5'te tema hiyerarşik düzende sunulmaktadır.



Şekil 4.5: Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Zorluklar

4.2.2.1. Yakın İlişkilerden Kaçınma

Yakın ilişki kurmaya dönük isteksizlik tüm görüşmelerde gündeme gelmiştir. Katılımcıların tamamına yakını insanlara güven duymadığını ve sosyal etkileşimlerde yargılanmaya dönük yoğun bir kaygı yaşadıklarını ifade etmiştir. İnsanların “kötü” olduğuna dair inancın yaygın olduğu dikkati çekmektedir. Sosyal ortamlarda kendileri hakkında konuşmayı sevmediklerini, yakınlarına bile kendilerini açmak istemediklerini, diğerleriyle yüzeysel ilişkiler kurduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca romantik ilişkileri sürdürmekte zorlandığını ifade eden katılımcılar çoğunluktadır. Sosyal ilişkilere dönük tutumlar üç grupta değerlendirilmektedir; ilişki kurmayı tamamen değersizleştirme, sosyalleşmenin gerektiği durumlarda çok temkinli davranma ve maske kimlik aracılığıyla sosyalleşme. Değersizleştirmeyi seçen bireyler mümkün olduğunca dışarıyla temas kurmamaya çalışmaktadır. Temkinli davranan

bireyler kendilerini gizleyerek, ilişkinin başından sınırlar koyarak sosyalleşebilmektedir. Maske kimlik, kişinin tamamen olmadığı biri gibi davranmasını anlatmaktadır. Maske kimlik aracılığıyla sosyalleşen bireyler ancak kendileri gibi davranmadıklarında diğerleriyle iletişime geçebilmektedir. Tüm bu tutumlar, nihayetinde, bireylerin yakın ilişkilerden kaçmasına hizmet etmektedir.

Görüşmelere katılan bireyler, yargılanmaya dönük kaygıları olduğundan bahsetmiştir:

Yani işte bu benim kuzenlerimin akrabalarının düğünleri olsun... Hazırlandık gittik ama hiç rahat değilim yani sürekli birileri eleştirecek, sürekli birileri hani yargılayacak gibi düşünüyordum. Onun dışında işte çalıştığım zaman da aynı şekilde... Sosyal ortamlarda gerginim genelde. Herkes bana bakıyormuş gibi hissediyorum. (Katılımcı 1)

Bir diğer katılımcı ise yargılanmaya dönük kaygısının kendisini insanlardan nasıl uzaklaştırdığını dile getirmiştir:

Bir zamandan sonra insanların yüzlerini, seslerini, kendilerini görmek istememeye başladım çünkü beni yargıladıklarını, sadece kusurlarımı gördüklerini düşünüyordum. (Katılımcı 2)

Yargılanma kaygısı özellikle beden ve kilo özelinde hissedilebilmektedir. Katılımcı 4 bu durumu, “Yani kilolu olduğum için dışarı çıkmak istemiyordum. Dışarı çıkmaktan utanıyordum hani sürekli biri bana bakacak gibi hissediyordum” ifadeleriyle açıklamıştır.

Görüşmelerde katılımcılar; insanlara güvenmeme, insanlar hakkında olumsuz düşüncelere sahip olma ve bunların sonucunda diğerleriyle paylaşım yapmamaya ilişkin düşüncelerini paylaşmıştır. Katılımcı 6 insanlarla ilgili olumsuz inançlarını şu sözlerle açıklamıştır:

İnsanlar çıkarıcı oluyorlar, genel olarak hiç tek taraflı iyi olmuyorlar... İnsanlar çıkarıcılar. Kötü kalpliler. İyi yönleri var mı? Gelmiyor aklıma. (Katılımcı 6)

Katılımcılardan bazıları hayat boyu güven sorunu yaşadığını ve güvensizliğin ilişki kurmamaya neden olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir:

Güvensizlik var yani sanırım güvenmiyorum insanlara ve o yüzden arkadaşlık kurmuyorum kimseyle ve çabuk güvenmiyorum. Güvensizlik... ya kendimi bildim bileli var aslında diyebilirim. (Katılımcı 7)

Hani kimseye güvenmeyişi de hani etkiliyor bunu. Çevreme kimseye almak istemiyorum. Hani kimseyle konuşup bir şeyler paylaşasım gelmiyor. Hani konuşsam bile seviyeli, her şeyi anlatmayacak derecede çünkü insanları tanıyamıyoruz. (Katılımcı 1)

Aşağıdaki örnekte kendini açmama davranışının uzun süredir devam eden bir alışkanlık olduğu görülmektedir:

Ama ben genelde öyle sorunlarımı çok konuşan veya anlatan birisi değilim. Genelde paylaşmamayı tercih ediyorum. O şekilde kendim halletmeye çalışıyorum. Eğer böyle akıl almam gerekirse çok o şekilde paylaşırım. Onun dışında çok da paylaşmam. (Katılımcı 3)

Katılımcılar güvensizliklerini ve kendilerini açmaktan kaçınma nedenlerini, insanlara kendiyile ilgili koz vermemek ve güçlü görünmek gibi sebeplerle açıklamaktadır:

Güvenmem insanlara. Yani bu konuda gerçekten hatta yani hiç kimseye güvenmem bile diyebilirim bu konuda. Herkesin bir şekilde çok yakın bile olsa bir şekilde o insanların sanki ben yokken işte benim hakkımda kötü düşüncelerini veya da farklı düşüncelerini konuştuklarını düşünüyorum genelde. Bu yüzden de kötü yanlarımı veya sevmediğim yanlarımı çok da belli etmem kişilere. Hani benim hakkımda koz vermemeye çalışırım çünkü dediğim gibi öyle çok güvenebildiğim bir insan yok yani kendi ailem dışında. (Katılımcı 3)

Katılımcılar genellikle yüzeysel ilişkiler kurduklarını ifade etmişlerdir:

Öyle yüzeysel gündelik konuşmalar dışında çok ciddi bir şekilde bir paylaşımına giremiyorum çok fazla. Bu tarz paylaşımlarda bulunduğum insanlar çok azdır. Yani nadirdir. (Katılımcı 4)

Sosyal ilişki kurma biçimlerine bakıldığında; görüşmelerde katılımcı 6 ve 7'nin ilişki kurmayı değersizleştirdiği görülmektedir. Katılımcı 6, sadece çok yakın olduğu birkaç kişiyle ilişkisini sürdürürken katılımcı 7 kendini sosyal açıdan tamamen izole etmiştir. Bireylerin konuya ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

İş arkadaşım... ya iş yerinde çıkar üzerine mecbur samimi oluyorsun ama fazla sevmem yani zaten. Arkadaşlık ilişkisi de çok sevmiyorum. Sıkıcı geliyor. (Katılımcı 6)

Yani arkadaşlık ilişkilerim hep kötüydü diyebilirim çünkü zaten liseden bir arkadaşım var, bir de üniversiteden var. Çabuk kolay ısınan bir insan değilim, seçiciyim de biraz. (Katılımcı 7)

Katılımcı 3 ve 5; temkinli davranarak, sınırlar çizerek, yüzeysel ilişkiler kurarak sosyalleşebilmektedir:

Kendim olduğumda yargılanmayacağımı düşündüğüm bir ortamsa hemen alışıyorum. Biraz daha sınırlarımı koymam gerektiğini düşündüğüm bir ortamsa rahatlarım ama yine de hani temkinli davranırım. Kendi içimde sınırlar koyarım, o şekilde davranırım. (Katılımcı 3)

Kolay kolay böyle çok yakınma çekmiyorum insanları. Başka insanlarla tanışıyorum konuşuyorum, görüşüyorum ama en samimi olduğum o çekirdeğe koymuyorum açıkçası... Sürekli görüştüğüm ya da hani derdimi tasamı çok rahat bir şekilde anlatabildiğim çok fazla insan yok... (Katılımcı 5)

Maske kimlik, katılımcı 2'nin ifadelerinden yola çıkılarak ulaşılmış bir kavramdır. Maske kimlik kullanan katılımcılar, sosyal ortamlarda kendilerini sunma biçimleriyle yalnız kaldıklarındaki hallerinin tamamen farklı olduğunu ifade etmektedir. Bu maske, yüzeysel ilişkiler kurarak sosyalleşebilmelerini sağlamaktadır. Katılımcılar ilişki kurma biçimlerini şu şekilde ifade etmektedir:

Yani aslında küçükken çok sosyal bir kızdım insanlarla konuşur, sohbet eder. Hatta çok da komiğimdir. Beni çok neşeli, komik, eğlenceli buluyorlar. Hala da öyle buluyorlar ama bu benim aslında gerçek benliğimi saklamak için kurguladığım bir karakter, bir maske. O yüzden evet. Zaten bir zamandan sonra bu maskeden bu karakterden sıkıldığım için asosyalleşmeye başladım çünkü zor geliyor aynı şeyleri tekrarlamak, eve gelip senaryo yazmak, dışarıda nasıl davranacağım ile ilgili düşünmek külfet olmaya başladı ve omzumda böyle biriken yükler haline geldi ve ben artık yorulдум.... (Katılımcı 2)

Bir başka katılımcı, dışarıya sunduğu kimliğinde beden dilinin bile farklı olduğundan bahsetmektedir:

Arkadaş ortamında ya da dışarıda hani ya çok ulaşılmazımdır çünkü çok ciddi görünüyorum. Bazen alnım ağrıyor, ciddi yürümekten, kaşlarımı çatmaktan. Böyle sevdiğim bir ortama girdiysem, kasılmayacağım bir ortama, çok makaraya vururum işte havadan sudan konuşurum, sohbet sohbeti açar ama asla ailevi sıkıntılardır, işte ilişkilerdir o tarz şeyler konuşmam, konuşmayı da sevmiyorum. Kimsenin bir şey öğrenmesine gerek yok, ben böyleyim der gibi. (Katılımcı 1)

Bir başka katılımcı ise dışarıdan sevilen ve neşeli biri gibi görünüp rahatça arkadaşlık ilişkisi kurabildiğini ancak bu ilişkilerin derin bağlara dönüşmediğini ve insanlarla bağ kuramadığını dile getirmiştir:

Yani yüzeysel olarak işte sınıfta esprili şakacı işte herkesin konuştuğu, sevdiği biri olarak bilinirdim. Ama sınıftan çıktıktan sonra kimseyle konuşmaz, kimseyle hani okul dışında herhangi bir aktivitede bulunmaz... Çok rahat iletişim kurarım ama bağ kuramıyorum pek, o arkadaşlık bağına kuvvetlendiremiyorum. (Katılımcı 4)

Katılımcıların yarısı romantik ilişki deneyimi olduğunu bildirmiştir. Bunlardan biri sağlıklı ilişki tariflemektedir; bununla ilişkili detaylara ilerleyen temalarda yer verilecektir. Diğer katılımcılar, romantik ilişkilerini sürdürmekle ilgili problemler yaşadıklarını ifade etmiştir. Güvensizlik, görüşmelerde dile getirilen temel sorunlardan biridir:

Başaramıyorum. Yani herhangi bir kelime beni soğutabiliyor, itebiliyor. Bir daha görmek istemiyorum. Yani kimseyle yapamıyorum, sanırım aldatılacağım korkusu da olabilir. O da olabilir, güvensizlik var çünkü, kimseye güvenmiyorum. (Katılımcı 1)

Karşımdaki kişi için benden daha önemli bir şey varsa hayatında güvenmem. Çünkü muhakkak ki o öncelikle ilgili sınanması gereken bir nokta olduğunda ilk gözden çıkarılan ben oluyorum. (Katılımcı 4)

Aşağıdaki alıntılar yakın ilişkiler kurabilmek için öncelikle kişinin kendini sevmesinin gerekliliğini vurgular niteliktedir. Katılımcılar, ilişkilerinin sonlanmasına yol açan bir diğer sebebin öz sevgi eksikliği olduğunu dile getirmiştir:

Ben şöyle çirkin hissettiğimi düşündüğüm için aslında insanın ilk önce kendisini sevebilmesi gerekiyor başkasını sevebilmek için. Bende o olmadığı

için beni sevdiğini ya da bana bir iltifat ettiğinde gerçekçi olmadığını düşündüm. Bitti yani böyle bir ay kadar sürdü. Bu benim en uzun ilişkimdi zaten. (Katılımcı 2)

Bana eski sevgilim söylemişti ayrılırken, beni terk etme sebebiydi çünkü; benim kendimi sevmediğimi, bu yüzden onun beni sevmesinin zaten hiçbir anlam ifade etmediğini söylemişti. Çok doğru bir tespiti benimle ilgili. (Katılımcı 4)

4.2.2.2. Sosyal İzolasyon ve İçselleştirilmiş Yalnızlık

Görüşmeye katılan bireylerin tamamı önceki temalarda belirtildiği gibi sınırlı sosyal çevreye sahiptir. Bununla birlikte, yalnızlığın kendi tercihleri olduğuna dönük vurgu dikkat çekmektedir. Katılımcılar genellikle yalnız yapılan aktiviteleri tercih etmektedir. Bazıları sosyalleşmeyi stresli bulduğunu söylerken, diğerleri ise sosyalleşmeyi hem istediklerini hem de kaçındıklarını açıklamıştır. Katılımcıların geneli, yeterli sosyal ağ oluşturamadıklarını ve sosyal destek bulamadıklarını ifade etmiştir.

Katılımcıların çoğu bireysel aktivitelerle meşgul olduğunu iletmiştir:

Ben tek başıma kalmayı çok severim. Hani orman olsun deniz olsun, çoğu şeyi tek başıma yapmayı seviyorum. Hani yanımda birine ihtiyacım yok bir şey yapmak için...Şu an hani sessizliği tercih ediyorum, yalnızlığı tercih ediyorum. Çoğu şeyi tek başıma yapıyorum, yapmak istiyorum. (Katılımcı 1)

Özellikle beden memnuniyetsizliği bireylerin sosyal ortamlardan uzaklaşmasına ve bireysel aktivitelere yönelmesine neden oluyor gibi görünmektedir:

Çok kilolu olduğum dönemlerde çok dışarı çıkmak istemiyordum veya istediğim şeyleri giyemediğim için de çok sıkılıyordum ki çok yakın olduğum kişiler dışında çok sık görüşmüyordum. Çok böyle sosyal ortamlara girdiğimi de hatırlamıyorum. (Katılımcı 3)

Bireysel aktivitelerin tercih edilmesi için bir diğer gerekçe sosyalleşmenin korkutucu bir deneyim olmasıdır:

Dışarı çıkıp gezip tozmak bana biraz korkunç ve ürkütücü geldiği için bütün zamanım hatta çoğu zamanımı evde geçirdim yaz tatilinde çünkü korkuyorum

insanlardan, dışarı çıkmaktan, sosyalleşmekten onlarla iletişim kurmaktan 7-8 ay önceye kadar hiç göz teması bile kuramıyordum. (Katılımcı 2)

Yalnızlık deneyimi ve yakın ilişki kuramamak bir noktadan sonra sosyal ilişkilere ihtiyaç duyulmadığı şeklinde deneyimlenmektedir. Tüm katılımcılar yakın ilişkilere duyulan ihtiyacı reddetmektedir:

Küçükken hep hayal ettiğim bir hayat; ben küçükken böyle yalnız, bağımsız işte kendi halinde yaşayan biri olmak istiyordum. Ben küçüklüğümde de ailemden hep kopmak istiyordum sanırım onu gerçekleştirdiğim için memnunum. (Katılımcı 4)

Ben hep şeydim, çekirdek bir nasıl anlatayım, yani böyle herkesle konuşayım, inanılmaz sosyal onunla konuşayım bununla böyle bir şey ama böyle bir insan olmadım. Sevmezdim de zaten. (Katılımcı 5)

Arkadaş ilişkilerim çok yani iyi değil, sıkıcı geliyor. Çok yakın olduğum arkadaşım yok. Hani hayatımda fazlalıkmiş gibi çok samimi arkadaşlıklar. (Katılımcı 6)

Katılımcılardan biri, yakın ilişkilere ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir ancak yakınlık kuramayacağına dönük inancından dolayı bu ihtiyacı reddetmektedir:

Ya normalde samimi bir insanım hani, güler yüzlüyüm, pozitif bir enerjim var hani ama eve gittiğim zaman kimseyi arama ihtiyacı duymuyorum... İhtiyaç duyduğumda yanımda güvenebileceğim birilerinin olmasını isterdim. Yani en azından halledemediğim kısımda birini yanında isterdim. Ama şu an öyle bir şansım yok istemiyorum. (Katılımcı 1)

Başka bir katılımcı ise sosyal ilişki kurmanın zorluğu sebebiyle yalnız kalmak istemektedir. Öyle ki bu yalnızlığı hayat boyu sürdürmeyi düşünmektedir:

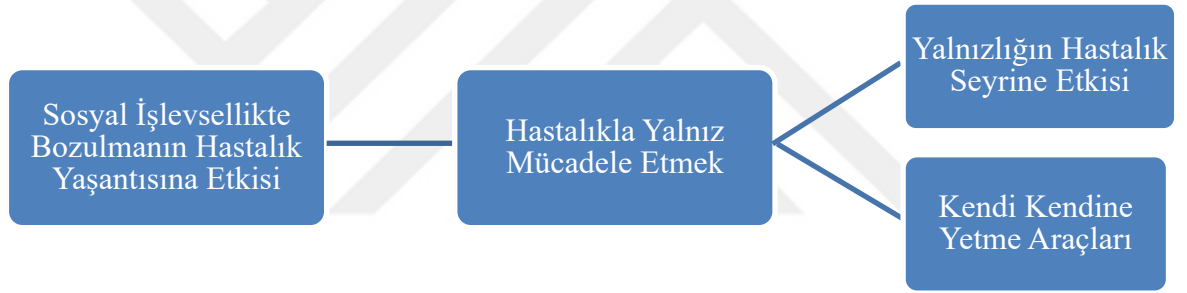
Bazen şey düşünüyorum, yani gerçekten kimseyle konuşmayayım. Kimse arkadaşım olmasın, tek başıma sorunsuz dertsiz tasasız evime gideyim. Çünkü iletişim kurmak çok yoruyor. Birilerine bir şeyler aktarmak, onların nazını kahrını çekmek beni yoruyor... Çünkü bir noktadan sonra bu benim hayatım ve ben evlenmeyi veya biriyle yaşamayı düşünmüyorum. (Katılımcı 2)

Son olarak, içselleştirilmiş yalnızlık bir diğer katılımcının anlatımında açıkça görülebilmektedir:

Belli bir yaştan sonra intihar edeceğimi düşünüyorum çünkü sürekli yalnız olacağımı ve belli bir noktadan sonra artık yalnız devam etmek istemeyeceğim için intihar edeceğimi düşünüyorum. Öyle bir plan var kafamda bununla ilgili. (Katılımcı 4)

4.2.3. Hastalıkla Yalnız Mücadele Etmek

Hastalık sürecine ilişkin önceki temalarda, katılımcıların aile ilişkilerinde ve sosyal ilişkilerde yaşadıkları sorunlara değinilmiştir. Önceki temalardan da anlaşılacağı gibi tüm bu sorunlar bireyleri yalnızlığa sürüklemiştir. Görüşmelerde, katılımcıların hastalık sürecini de tek başlarına deneyimledikleri ve hastalıkla yalnız mücadele etme yolları geliştirdikleri fark edilmiştir. Bununla birlikte, yalnızlığın hastalık şiddetini artırdığı gözlemlenmiştir. Bu alt tema, “yalnızlığın hastalık seyrine etkisi” ve “kendi kendine yetme araçları” alt başlıklarında incelenecektir. Şekil 4.6’da ilgili temaya ait şekil sunulmaktadır.



Şekil 4.6: Hastalıkla Yalnız Mücadele Etmek

Aşağıda, bireylerin yeme bozukluğu yaşantısında hissettikleri yalnızlığı daha iyi kavrayabilmek adına, görüşmelerden bazı alıntılara yer verilmiştir. Katılımcı 2, hastalık süreciyle birlikte artan yalnızlığını, hastalığının anlaşılması için insanlardan giderek uzaklaştığını ve bunun kocaman bir sırra dönüştüğünü şu ifadelerle anlatmaktadır:

Hastalığım ilerledikten sonra daha çok yalnızlaşmaya başladım. Zaten özünde hep yalnız hissediyordum ama bunu böyle hiç gerçek anlamda hiç hissetmemişim. Yani yanımda kimsenin olmadığını gördüğümde böyle bir ürküm, korktum. Bu beni daha çok korkunç hissettirdi. Aile iletişimim çöktü... Ben onlarla yemek yememeye başladım. Dışarıda yemek yememeye başladım. Sadece kendi odamda... Yemeklerimi de kendim yapıyordum zaten kusmaya başladığımdan sonra çünkü onlarla yediğimde falan hemen ardından kusmaya

gittiğimde anlayabilirler diye korktuğumdan. Hatta bunu fark ettiler. Onlarla da böyle iletişim daha da kopmaya başladı... Kimse bilmiyordu kustuğumu. Söylemesi çok zor bir şeydi bu benim için böyle çok gizli sırlarımdan birisiydi. (Katılımcı 2)

Hastalığıyla ilgili kimseyle konuşamadığını belirten Katılımcı 1, bu süreçteki en zorlayıcı deneyimi hakkında şu açıklamayı yapmıştır:

En zorlayıcı deneyim... Sanırım herkesten saklamış olmam. Annemin de haberi yoktu. Babamın da haberi yoktu. Hani kimsenin haberi olmadan ben yaptım bunu. Sonrasında hani bana sorduklarında ben söylemedim. (Katılımcı 1)

Katılımcı 4, hissettiği yalnızlığı “Annem babamla, ablam kendi eşiyile eniştemle, ben de ortada kalmış gibi oldum” sözleriyle anlatmıştır ve hastalık sürecinde ailenin rolü incelenirken “Ailemin bu şikayetlerden hiç haberi olmadı” ifadesini kullanmıştır.

Katılımcı 8 ise, hastalığının bilinmesinden utandığı ve öğrenilmesinin olumsuz sonuçlara yol açacağını düşündüğü için hastalığı yalnız başına deneyimlediğini açıklamıştır:

Daha önce hani korkmaktan değil de utanıyordum, çekiniyordum ona söylemeye. Gizliyordum ondan çünkü bana çok kötü davranırdı eğer onu bilseydi. Eşim de zaten bunu kaç yıl sonra fark etti. (Katılımcı 8)

4.2.3.1. Yalnızlığın Hastalık Seyrine Etkisi

Görüşmelere katılan bireyler tıkinma ve kusma davranışını duygusal rahatlama sağlamak için kullandıklarını dile getirmişlerdir. Aynı zamanda, hissettikleri sıkıntının ve duygusal rahatlama ihtiyacının en çok yalnızken arttığını belirtmişlerdir.

Katılımcılardan bazıları duygusal rahatlama sağlamak için tıkinma veya kusma davranışına yöneldiklerini belirtmişlerdir:

Anoreksiya zaten kendini öldüren tek psikolojik rahatsızlık. Hiçbir şey yemiyordum. Yediğim zaman hani sırf kusmak için kendimi rahatlatmak için bile yediğim oluyordu, zorla. Haftalarca yemek yemediğim sadece kahveyle durduğumu biliyorum... Hiçbir şekilde olmuyor, kurtulamıyorum. Sanırım hala kendimle tam anlamıyla barışık olmadığım için de olabilir. Ya da hala

ailevi problemlerim devam ettiği için kurtuluş yolu olarak da seçiyor olabilirim. (Katılımcı 1)

Genelde zaten ben bunu akşamları eve geldiğimde yaşıyorum. Yorgunluk yani stres. Belki şekerim aşırı derecede düşüyor. Çok açıkçası şeker düşmesine dair bir belirti de görmüyorum ama genelde hep böyle eve dönüşümde yorgunlukla bir fazla yemem oluyor açıkçası. (Katılımcı 5)

Yalnızlık ve yeme bozukluğu semptomlarının birbirleriyle doğrudan ilişkili olduğu aşağıda yer alan cümlelerde vurgulamaktadır:

Zaten bu belirtilerin ortaya çıkması benim yalnız kalmamla biraz ilişkili oluyor. Mesela ben kötü hissetmem bile hafta sonu evde yalnız kaldığım zaman sürekli bir şey yeme ihtiyacı duyuyorum. (Katılımcı 4)

Genelde tıknmalar yalnızken oluyor, hani insanlar içindeyken çok sık olmuyor. Zaten okul açılmadan önce de geçen dönemde online eğitim olduğu için çok evdeydik. Hareket hızım da azdı ve yalnız evdeyken de yalnızdım. O arada kız kardeşim çalışıyordu geçen dönemde. Genelde gün içinde çok sık bir şeylerle uğraşmıyordum o zamanlar. Ne yapayım işte yemek yiyeyim onu yapayım hani bunu yiyim, Şunu yiyim, bundan ibaretti benim için. (Katılımcı 3)

Yalnızlığın hastalık şiddetini artırdığı aşağıdaki alıntılarda açıkça görülmektedir:

Sonra böyle dışarı çıkmamaya başladığımda da evde daha çok yemek yiyip daha çok kustuğumu fark ettim. (Katılımcı 2)

Yani hafta sonları evde kalınca yine yememi kaçırıyorum diyorum ki kusayım, yine fikir geliyor aklıma... Tıknmalar evde kaldığım zaman oluyor. Üzüldüğüm zaman da hala öyle yiyorum. (Katılımcı 6)

4.2.3.2. Kendi Kendine Yetme Araçları

Görüşmelerde, bireylerin hastalıkla mücadelelerinde işlevsel olmayan başa çıkma yöntemler geliştirdikleri belirlenmiştir. Katılımcıların bazıları sosyal izolasyon arttıkça duygusal yakınlık ve paylaşım ihtiyaçlarını karşılamak için yazı yazmayı ve kişisel gelişime yönelmeyi tercih etmişlerdir. Bu yöntemler, kişilere geçici bir rahatlama sağlamış olsa da uzun vadede sorunlarının sürmesine sebep oluyor gibi

görülmektedir. Ek olarak; uzman desteği alma, sosyal destek alma gibi işlevsel başa çıkma yollarına ilerleyen bölümlerde yer verilecektir.

Bazı katılımcılar yazarak ve evcil hayvanı ile vakit geçirerek yeme bozukluğuyla baş etmeye çalıştığını aktarmıştır:

Sadece kendi içimde, kendim tek başıma ve kedim var ona anlatıyorum... Hiçbir şey konuşmasam da artık onlardan uzakta sadece kendi odamda oturup bir kitap yazıyorum. Yani öyle kendime hayali karakterler oluşturuyordum işte. Depresif depresif şiirler yazıyorum. (Katılımcı 2)

Sorunlarımı konuşmam onlarla yok, eskiden de konuşmazdım çünkü yani biraz daha çözümleri yazarak şey yapabiliyorum... Sürekli yazmayı tercih ettim. Çok fazla günlüğüm var. Çok fazla yazdığım hikayeler, öykü vesaire var. Hani onlar olmasa mesela ben sanırım boğulurdum çünkü yazmak bana çok iyi geliyor. Aşırı iyi oldu, sürekli yazıyorum ve bu beni rahatlatıyor aşırı şekilde. (Katılımcı 7)

Bir diğer katılımcı ise ders çalışma ve mükemmeliyetçi özelliklerinin hastalıkla baş etme ve yalnızlığın yarattığı boşluğu doldurma rolünü vurgulamıştır:

Çalışkan bir insanım. Yani şundan geçsem yeter dediğim bütün derslerden çok yüksek ortalama yaptım. Mükemmeliyetçilik de var. Yani programım dolu olmasa bile evde illaki bir şey okurum, eksik olduğum bir konuda oturur çalışırım. Genelde dolduruyorum bir şekilde. (Katılımcı 5)

4.2.4. Hastalığın Eğitim/İş Hayatına Etkisi

Katılımcıların tamamına yakını, hastalık sürecinin etkisiyle eğitim ve/veya iş hayatına uyum sağlamakta zorlandığını ve akademik başarısının düştüğünü ifade etmiştir.

Katılımcılar aşağıdaki alıntılarda yeme bozukluğunun okul hayatını ne denli etkilediğini dile getirmektedir. Örneğin bir katılımcı, okulda yemek yiyemediği için yaşadığı olumsuz deneyimleri şu sözlerle aktarmıştır:

Okulda hiç yemek yiyemiyordum, dersleri dinleyemiyordum. Başım dönüyordu. Okul tuvaletinde kusamam asla çünkü belki diğer yeme bozukluğu olan insanlar beni anlayabilirler ama böyle belli ve güvende hissettiğiniz alanlar vardır. Onun dışında asla eylemi yapamazsınız. Yemek yemezsiniz, yemek yemek istemezsiniz. Öyleydi benim. Okulda hiçbir yemek yemeyince

derslere odaklanamıyordum. Haliyle çok böyle her şeyimi etkiledi. O zamanlar derslerim düştü, üniversiteye hazırlık sürecim aksadı. Zorlandım çok zorlandım. (Katılımcı 2)

Bir diğer katılımcı, hastalığa yakalandıktan sonra yaşadığı odaklanma probleminin derslerine ve sınav başarısına etkisini anlatmaktadır:

Çok fazla etki ediyordu mesela okulda dersleri anlayamıyordum, odaklanamıyordum. Mesela halen de yani sınavlara girdiğimde odaklanamıyorum hiçbir şekilde. Böyle mesela atıyorum, sınavlara giriyorum, ÖSYM'nin sınavları atıyorum, ya böyle kâğıda bakıyorum sanki başka bir şey görüyorum. Başka bir şey aklıma geliyor ama sınav önümde hani veya derse giriyorum atıyorum, derse bakacağım dinleyeceğim; derisi dinlerken başka yere gidiyor odağım ve bunun hani o zamandan beri olduğunu düşünüyorum çünkü öncesinde yoktu. Gayet dersleri iyi dinliyordum, iyi idare ediyordum. Gayet hani iyiydi her şey. (Katılımcı 7)

Benzer şekilde, başka bir katılımcı YB'ye bağlı gelişen sağlık sorunlarının okul hayatına etkisini aşağıdaki sözlerle ifade etmektedir:

Okul derslerimi de etkiledi çok fazla etkiledi. Hani vücudumun yorgunluğu, uykusuzluğu derken derste böyle bakıp hani gözlerim açıkken bile daldığımı biliyorum. Hani bir bakmışım ders bitmiş, konu konuyu değiştirmiş, hani bana sesleniyorlar duymuyorum, bilincim kapanıyordu tamamen, baş dönmelerim çok oluyordu, baş ağrılarım kesilmiyordu, hala da kesilmiyor. (Katılımcı 1)

Katılımcı 6 ise, hastalık sürecinde duygusal olarak çok zorlandığı için sürekli uyduğunu ve okul hayatını verimli geçiremediğini iletmiştir:

Hayatımda uykuda geçirdiğim zamanda çok şey yapabilmişim, kitap okuyabilmişim. Çok fazla uyuyorum. Keşke uyumasaydım onun yerine spor yapsaydım kitap okusaydım başka şeyler yapsaydım... Uyuduğum için hiç derse çalışmıyordum. Yani keşke zamanında daha güzel, yani daha iyi bir bölüm tuttursaydım ders çalışıp. (Katılımcı 6)

Görüşmeye katılan bireyler, öğrenim hayatları boyunca yaşadıkları olumsuz sosyal deneyimler sonucunda okul hayatına uyum sağlamakta zorlandıklarını şu ifadelerle açıklamaktadır:

Okulu dondurdum. Ya hem ailevi sıkıntılarım var hem sağlık sıkıntılarım var. Hani hiçbirini yolunu oturtmadan bir de sosyal hayatı katmak istemiyorum aralarına. (Katılımcı 1)

Üniversite de benim için çok korkunç bir yerdi çünkü bir sürü insanın bir arada bulunduğu ve çok kalabalık bir yer. Her zaman böyle ortamlardan çok korktum ve korkmuşumdur. (Katılımcı 2)

Ortaokulu hiç sevmiyordum. Evet, hiç sevmiyordum ama derslerim de öyle çok da kötü değildi... Liseyi, istemediğim bir liseye gitmek zorunda kaldım. Onda da çok zorlandım. Özellikle ilk 2 senesinde... (Katılımcı 3)

Yalnızca akademik yaşam ve okul hayatı değil YB ile katılımcıların iş hayatlarının da olumsuz etkilendiği görülmektedir. Örneğin Katılımcı 1, iş hayatını sürdürmekte zorlandığını belirtmiştir:

İş yaşamımı çok fazla etkiledi çünkü sabah kalkıyordum, akşam eve dönüyordum. Günlük 12 saat çalışıyordum. Sabah 7-8'de işe gidip akşam 8-9 gibi çıkıp 2-3 saat spor yapıp ondan sonra eve dönüyordum ve vücuduma hiçbir besin almıyordum. Çok yorucuydu. Yani çöküyordum bir zaman sonra. (Katılımcı 1)

Katılımcı 7 ise, iş hayatına başlayamadığını ve hastalık sebebiyle ertelemek zorunda kaldığını bildirmiştir:

İş arıyorum ama kendime pek güvenemiyorum ama aramak zorundayım. Yani başka çarem yok. Bir şekilde hayata odaklanmak zorundayım. (Katılımcı 7)

Katılımcı 4, bir yakını tarafından uğradığı zorbalığın da etkisiyle olumsuz beden algısının mesleki tercihlerine yön verdiğini ifade etmiştir:

Mesela şey söylemişti kuzenim medyayla ilgili bir şey okuyacağımı söylediğim zaman; işte "sen hiç televizyonda şişman bir kadın gördün mü, sen şişman devam edersen televizyonda çalışamazsın, kim seni alacak medya sektörüne?" dedi ve ben bu yüzden reklamcılık okudum ve çok yani reklamcılık konusunda da başarılı olmama rağmen sektörde reklamcılık yapamadım bu cümle aklıma geldiği için. Yani beni istemeyecekler şişman olduğum için, beni istemeyeceklerini düşündüm sektörde. O yüzden akademi

daha güvenli bir alan olarak kaldı benim için. O yüzden akademiye girdim hatta yani. (Katılımcı 4)

4.2.5. Pandemi Sürecinin Tetikleyici Rolü

COVID-19 pandemisi başladığında lise çağında olan katılımcıların hepsi, yeme bozukluğunun bu süreçte başladığını veya hastalığın şiddetlendiğini bildirmiştir. Yeme, kilo ve beden görünümüyle ilgili endişelerin öncesine dayandığı bildirilse de sosyal izolasyon ve artan yalnızlıkla birlikte mevcut endişelerin arttığı ve başa çıkmanın zorlaştığı ifade edilmektedir.

Katılımcı 3 ve Katılımcı 6, pandemiyle birlikte başlayan hastalık süreçlerini şu şekilde açıklamaktadır:

Lise sona doğru ablam işte dedi ki, hadi spora yazılalım dedi. Bendeki bu durumu biliyordu zaten özgüvensizliğimi...Çok çabuk böyle kilo vermeye başladım... Sonra korona girdi araya. Tam o dönemde kapandık. Evde oturmaya başladık. Ben de evde kalınca çok yemeğe sarıyorum. İşte o sıra YKS'de vardı. Sürekli yemek yedim, yemeğe sardım. Yine kilo almaya başladım. Spora da gitmiyordum. Sonra da işte staj arkadaşımından kusarak kilo verme diye bir şey duymuştum. Sonra aklıma geldi koronada, evde kaldığımız dönem, o zaman başladım. Canım sıkılıyordu, yiyordum. Yedikten sonra kusuyordum çünkü kilo alıyordum. Yine eski çirkin halim aklıma geliyordu hani yine aynı olacağım yine çirkin olacağım diye... (Katılımcı 6)

Liseyi üçüncü senesinde biraz sevmeye başlamıştım... Onda da zaten bir dönem okuduktan sonra işte COVID'in başlamasıyla online eğitime geçildi. Çok yalnız olduğum bir dönemdi bence. Çok sık diyeteye başlıyordum, kısıtlıyordum. COVID'in başlamasıyla beraber 99 kiloya gelmiştim... Yani evde evet tektim yalnızdım belki de o itmiş olabilir. (Katılımcı 3)

Katılımcı 1, artan izolasyonla birlikte hastalığının şiddetlendiğini belirtmiştir:

Pandemiden bir sene öncesinde başladı şikayetlerim. Pandemi başladı, pandemi bitene kadar 11. sınıfa gelene kadar hep evdeydim. Hiç dışarı çıkmadım...Zaten kimseyle görüşmüyordum. Hani sürekli kendime sarıyordum. (Katılımcı 1)

Pandemiyle birlikte yeme bozukluğunun da başladığını belirten Katılımcı 2, sosyal izolasyonun kendisini duygusal olarak rahatlattığını ifade etmiştir:

Kusmalar üç yıl önce başladı. Pandeminin ilk zamanları... Zaten pandemi girdiğinde böyle bir derin bir oh çektim. Artık o insanları görmeyeceğim. Bana şişko muamelesi yapmayacaklar ve benim artık bir şey yapmam gerekiyor diye düşündüm. (Katılımcı 2)

4.2.6. İyileşme Sürecinde Sosyal Desteğin Önemi

Görüşmelere katılan bireylerin tamamı yeme bozukluğunun devam ettiğini bildirmiştir. Katılımcıların geneli geçmişte psikiyatrik tedavi almış ama ilaç kullanımını sonlandırmıştır ve 3 katılımcı psikoterapiye devam etmektedir. Yapılan görüşmelerde bireyler aile ilişkileri düzeldiğinde; ebeveynlerden, arkadaşlardan veya romantik partnerlerden destek aldıklarında semptomlarının azaldığını ifade etmiştir. Bununla birlikte, sosyal destek çekildiğinde hastalık şiddetinin arttığı bilinmektedir. Katılımcıların anlatımları göz önünde bulundurularak, YB tedavisinde süregelen ve etkili bir sosyal destek ağı oluşturulmasının hayati önem taşıdığı söylenebilir.

Hastalığı hala devam etmekte olan anoreksiya nervoza tanılı Katılımcı 1, hastalığının şiddetli olduğu bir dönemde annesinin desteğini almanın olumlu etkisinden bahsetmektedir:

Kilo alma sürecinde annemin desteği çok büyüktü. Hani bu hayatta en çok istediğim şeydir çünkü annemi üzmemek hani kırılmasını engellemek istedim. Çünkü beni gördükçe kendisi çok kötü oluyordu. Hani kardeşim çok kötü oluyordu. Ondan sonrasında zaten hani annem sayesinde, biraz da çevrem sayesinde almaya başladım. (Katılımcı 1)

Görüşme boyunca ailesiyle uzak ve kopuk ilişkileri olduğunu dile getiren Katılımcı 4, ailesiyle bağ kurabildiği bir dönemde hastalığının nasıl gerilediğini anlatmaktadır:

Depresyonun nispeten hani o sürecinin bitmesinin ve benim tekrardan motive olmamın, biraz daha hayata karışmak adına hevesli ve heyecanlı olmamın sebebi ailemle aramı düzeltmiş olmamdı. Bayramda ailemi ziyaret ettim. Ailemle aram düzeline otomatik olarak biraz daha motive oldum. Ve işte tekrardan giyim kuşam konusunda kendime, evde yemek yapmaya, kendimi daha iyi hissetmeye başladım. (Katılımcı 4)

Hayatı boyunca destek görmediğini ve hiç sosyal çevresinin olmadığını bildiren Katılımcı 8, psikiyatri servisinde kaldığı zaman diliminde arkadaş edinmiş olmanın geçici de olsa kendisine iyi geldiğini şu sözlerle anlatmıştır:

O zaman iyi olmuştum. O zaman içeride 1 2 arkadaşım da vardı. Hani çünkü benim hiçbir zaman arkadaşım olmadı. Hiçbir zaman. O zaman olmuştum. Bilmiyorum, mutluydum. (Katılımcı 8)

Görüşmeye katılan bireylerin geneli romantik ilişki kuramadığını ve sürdüremediğini bildirmiştir ancak sağlıklı bir romantik ilişkinin iyileşme sürecini destekleyebileceği aşağıdaki örneklerde görülmektedir:

Daha yeni yeni ilişkimde artık güzel hissetmeye başladım. Ondan öncesinde hep çirkin hissediyorum... Mesela erkek arkadaşımla özgüvenim geldi. Şu an güzel hissediyorum kendimi. (Katılımcı 6)

Birazcık da sanırım onunla beraber hani beraber ilişkiyken mutluyken, iyi hissediyorken biraz daha toparlamıştım. (Katılımcı 1)

Bazı katılımcılar; anneleri veya arkadaşlarıyla birlikte diyet yaptıkları zamanları, yeme alışkanlıklarının en sağlıklı olduğu dönemler olarak tanımlamışlardır:

İlk diyete başladığımda annem bayağı destek oluyordu, o da evdeydi. Hani o da yardımcı oluyordu, işte ona uygun yemekler yapıyordu. Yani bayağı destek oluyordu. (Katılımcı 3)

Okulda odadaki diğer hocalarla birlikte diyet yapıyorduk mesela birlikte diyet yapmaya başladık işte, birbirimizi desteklemeye başladık falan o süreçte daha iyiydim. (Katılımcı 4)

Benzer şekilde AN tanılı katılımcı ise, annesinin desteği olduğunda yeme ile nispeten sağlıklı bir ilişki kurduğunu dile getirmiştir:

Annemle beraber diyet yaptığım süre ben çok kilo vermiştim. 3 ayda 10 15 kilo kadar verdim. 60'lı kilolardaydım, 50'lilere düştüm. Ara sıra kaçamaklarımız oluyordu tabii her diyetle olduğu gibi. Annemle beraber yaptığım zaman yapabildim ama hani, kendi başıma kaldığım zaman hiçbir şey halledemeyeceğimi düşündüğüm zaman, bu yola başvurdum sanırım. (Katılımcı 1)

Psikoterapi sürecine devam etmekte olan BN tanılı Katılımcı 4; terapiden fayda görmeye başladığını, sosyal işlevselliğinin yükseldiğini, YB semptomlarının biraz gerilediğini bildirmektedir:

Terapiden beri daha iyiye gitmeye başladım. İlk 6 ayda terapiden de sonuç alamadım ama sonradan o iyiye gitmeye başladığından beri daha sosyalim. O anksiyeteyi aşmaya başladım sanırım ama zaman zaman 3'er aylık depresyona girip girip çıkıyorum. Şu an iyiyim. Çıkmış haldeyim. Sanırım... Arkadaşlarımla –son zamanlarda daha arkadaş canlısı oldum- vakit geçirmeye başladım. Daha öncesinde bu kadar sosyal değildim... Çünkü daha fazla kendimi dışarı atabilmeye başladım ama kendimi dışarı atamadığım zamanlarda yine evde kalıp çok tıkınıyorum. (Katılımcı 4)

BN tanılı Katılımcı 2 ise, terapiden kısmi fayda gördüğünü ve terapinin kendisine iyi geldiğini belirtmiştir:

En azından alışmaya çalışıyorum bazı duyguları aşmaya ki bunun bana psikolojik yardımdan sonra böyle çok artıları oldu. Bazı şeyleri kavradım ve anladım... Aslında böyle anlatıyorum ama ben tam olarak kendimin iyileştiğini ve normal bir kişiye dönüştüğümü hissediyorum ve bu tamamen terapiyle alakalı. (Katılımcı 2)

Yukarıdaki alıntılar, YB'li bireylerin destek aldıklarında tedavilerinin olumlu ilerlediğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu destekler geçici süreli ve farklı zamanlarda gelmektedir. Tüm bu görüşme notlarından yola çıkarak; aile desteğinin, sosyal desteğin ve uzman desteğinin eş zamanlı ve uzun süreli sağlanmasının kişilerin bu hastalıktan kurtulmasına yardımcı olacağını söylemek uygun görünmektedir. Uzun yıllardır AN ile mücadele eden ve etkili desteğe ulaşamayan Katılımcı 1 deneyimlerini şu şekilde anlatmaktadır:

En başlarda çok zorlandım. Aşırı hani artık yeter deyip ağladığımı biliyorum. Çünkü istemedim yapıyordum. Hani beynimle midem arasında bir savaş veriyorum yani... Hep kurtulmak istedim ama hiçbir şekilde kurtulamadım. O kadar ilaç tedavisi gördüm, psikologla görüştüm. Hastaneden çıkmadığım günleri biliyorum ama hiçbir şekilde olmuyor, kurtulamıyorum. (Katılımcı 1)

Mevcut çalışma kapsamında yürütülen görüşmeler analiz edildiğinde iki ana temaya ulaşılmıştır. Bu temalardan ilki YB'de sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açtığı

düşünülen etiyolojik faktörleri kapsamaktadır; ikinci ana tema ise, bozulmuş sosyal işlevselliğin hastalık sürecine etkilerini ele almaktadır. Çocukluk çağında zorlayıcı deneyimlere maruz kalmanın, sağlıksız aile ilişkilerinin ve düşük benlik saygısı gibi bireysel risk faktörlerinin sosyal işlevselliğin bozulmasında rol oynayabileceği düşünülmüştür. YB yaşantısında; aile işlevselliğinin ve kişilerarası işlevselliğin düşük olmasının hastalık şiddetini artırdığı ve pandeminin hastalık sürecini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Sosyal işlevsellik bozuldukça olumsuz duygusal deneyimlerin arttığı fark edilmiş olup YB'li bireylerin eğitim ve iş hayatında yaşadığı zorluklar detaylı biçimde incelenmiştir. Son olarak, düşük sosyal işlevselliğin iyileşmeyi geciktirdiği ve sosyal desteğin YB ile mücadelede önemli rol oynadığı bulgulanmıştır.



BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Genel Değerlendirme ve Tartışma

Yeme bozukluğu tanısı almış 8 katılımcı ile yürütülen mevcut tez çalışmasında bireylerin sosyal işlevselliklerine ilişkin deneyimleri nitel araştırma yöntemlerinden biri olan yorumlayıcı fenomenolojik analizle incelenmiştir. Katılımcıların sosyal işlevsellikleri değerlendirildiğinde; bireylerin çocukluk çağı deneyimlerinin sosyal işlevlerin gelişimini olumsuz yönde etkilediği, hastalıkla birlikte sosyal işlevsellikte bozulmanın arttığı ve sosyal işlevselliğin hastalığı şiddetlendiren ve sürdüren bir faktör haline geldiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, katılımcıların ifadelerinden elde edilen veriler “sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açan faktörler” ve “sosyal işlevsellikte bozulmanın hastalık yaşantısına etkisi” olmak üzere 2 ana temada özetlenmiştir. Önceki bölümde analiz sonucunda ulaşılan temalar ve alt temalar detaylı olarak açıklanmıştır. Bu bölümde, çalışmanın temel bulguları konuyla ilgili mevcut literatür ışığında tartışılacak ve sonrasında araştırmanın kısıtlılıkları değerlendirilecektir.

5.1.1. Sosyal İşlevselliğin Bozulmasına Yol Açan Faktörler

Bu ana temada görüşmeye katılan bireylerin hastalık öncesi yaşam deneyimleri ele alınmaktadır. Araştırma bulguları; aile ortamının, akran ilişkilerinin, kişilik özelliklerinin ve hissedilen yalnızlığın sosyal işlevsellik geliştirme becerilerini etkilediğini ve bozulmuş sosyal işlevselliğin YB gelişiminde rol oynadığını ortaya koymaktadır. Sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açan faktörler; çocuklukta travmatik deneyimler, işlevsel olmayan aile ortamı, erken dönemde başlayan yalnızlık ve bireysel risk faktörleri olmak üzere 4 alt temada incelenecektir.

5.1.1.1. Çocuklukta Travmatik Deneyimler

Araştırma kapsamında yapılan analizler sonucunda, YB gelişiminde etkili olduğu düşünülen ve sosyal işlevselliğin gelişimini engelleyen temel faktörlerden birinin çocukluk çağı travmaları olduğu düşünülmüştür. YB literatürü incelendiğinde çocuklukta ihmal ve istismar konularının bir arada çalışıldığı ve genellikle istismar üzerine yoğunlaştığı dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, birazdan daha detaylı ele alınacağı gibi, çocuklukta ihmal YB’li bireylerde daha sık karşımıza çıkmaktadır.

Travmatik deneyimlerin etkisinin derinlemesine anlaşılabilmesi için bu tema, çocuklukta ihmal ve duygusal ve/veya fiziksel istismar olmak üzere iki ayrı alt başlıkta incelenecektir.

a) Çocuklukta İhmal

Araştırmaya katılan bireylerin anlatımları değerlendirildiğinde, çocukluk çağında ihmal deneyimi, kişilerin ileriki yaşamlarında olumsuz etkiler yaratmaya devam etmektedir. Görüşmelerde özellikle duygusal ihmal konusu ön plana çıkmıştır. Çocukluk döneminde ihmalin, YB gelişiminde rol oynadığı ve sosyal işlevselliğin gelişimini sekteye uğrattığı düşünülmüştür. İlgili literatür çocuklukta ihmalin önemli bir risk faktörü olduğunu destekler niteliktedir.

Araştırmalar incelendiğinde, YB'li bireylerde çocukluk çağı travma öykülerinin yaygın olduğu ve maruz kalınan travma türüne bakıldığında en yüksek duygusal ihmalin bildirildiği görülmektedir. (Guillaume ve ark., 2016; Pignatelli ve ark., 2017: 100). Örneğin; TYB vakaları ile yürütülen bir çalışmada, katılımcıların %83'ü çocukluk çağı travması olduğundan ve bu kişilerin %59'u duygusal ihmale uğradığından bahsetmiştir (Grilo ve Masheb, 2001: 320). Pignatelli ve arkadaşları (2017: 100) tarafından yayımlanan bir meta analiz çalışmasında; YB'li bireylerin %53.3'ünün duygusal ve %45.4'ünün fiziksel ihmale uğradığı ve bu oranların genel popülasyonun hayli üstünde olduğu vurgulanmıştır. Bu tez çalışmasına dahil olan tüm bireylerin öykülerinde duygusal ihmalin izlerine rastlanmıştır.

Ebeveyn-çocuk bağlılığının (connectedness) ileriki yaşlarda davranışsal ve duygusal sağlığı olumlu etkilediği bildirilmiştir (Ackard ve ark., 2006: 59; Boutelle ve ark., 2009: 309). Ackard ve arkadaşları (2006: 59) tarafından yürütülen çalışmada; ebeveyn-çocuk bağlılığı, algılanan bakım ve iletişim seviyesi ile karakterize edilmiştir. Ebeveynlerinden yetersiz bakım aldığını ve problemleri hakkında ebeveynleriyle konuşmakta zorlandığını bildiren ergenlerde, sağlıksız kilo kontrol davranışları ve beden memnuniyetsizliği seviyesinin yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda; algılanan ebeveyn-çocuk bağlılığının düşük olduğu ergenlerde; öz saygının düşük, madde kullanımı ve intihar eğiliminin yüksek olduğu bildirilmiştir (Ackard ve ark., 2006: 59). Ebeveyn-çocuk bağlılığının duygusal işlevsellik üzerindeki etkisinin ölçüldüğü bir çalışmada; bireylerin ebeveynleriyle sorunları hakkında konuşurken zorlanma ve ebeveynler tarafından önemsendiğini hissetme seviyeleri araştırılmıştır. Beş yıllık takip sonunda ebeveynlerine sorunlarını açabilen ve önemsendiğini hisseden

bireylerin duygusal işlevsellik seviyeleri daha yüksek bulunmuştur. Bu bireyler daha az depresif semptom bildirmiş olup bireylerin beden memnuniyetleri ve öz güvenlerinin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Boutelle ve ark., 2009: 309). Çocukluk döneminde maruz kalınan travmalarla ilgili yapılan diğer araştırmalar da ihmal gören bireylerin düşük beden memnuniyeti ve öz güven seviyelerine sahip olduklarını göstermiştir ve duygusal ve fiziksel ihmalin; yeme ile ilişkide bozulmaya, aşırı kilo alma kaygısına ve telafi edici davranışlar geliştirmeye yol açtığı belirtilmiştir (Emery ve ark., 2021; Grilo ve Masheb, 2001: 320; Samudra ve ark., 2021: 120). Mevcut tez kapsamında yapılan görüşmelerde katılımcılar; anne ve babalarından yeterince sevgi ve ilgi görmediklerini, kendilerini açmakta ve onlarla sorunlarını paylaşmak konusunda sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yeme ve bedenleriyle ilişkili sorunlarının devam ettiği göz önüne alındığında araştırma bulgularının desteklendiği düşünülmektedir.

Çocukluk çağında duygusal ihmale uğramak kişinin kendiyile ve diğerleriyle sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürme becerilerinde yıkıcı etkiye sebep olabilir. Ebeveynleri tarafından ihmal edilen bireylerin aile kaynaklı yalnızlık hissini yoğun olduğu ve kendilerini dışlanmış hissettikleri bildirilmiştir. Bu kişilerin kendisi ve öteki arasında net sınırlar çizmekte zorluk çektiği ve kendilerini daha çok izole ettikleri düşünülmektedir (Musetti ve ark., 2021). Ayrıca benzer deneyimlere sahip bireylerde bozulmuş yeme tutumlarının duygu düzenleme işlevi görebileceği ifade edilmiş olup duygusal ihmale uğrayan bireylerin duyguları tanıma, deneyimleme ve ifade etme becerilerinin düşük olduğu belirtilmiştir (Minnich ve ark., 2017: 414). Mendes ve arkadaşları (2017: 286) aile figürleriyle ilişkilerinde yakınlık ve güvenlik duygusunun eksik olduğunu bildiren YB'li kadınların sosyal ilişkilerde güven duymakta ve bağlılık hissetmekte zorlandıklarını, diğerlerinden şefkat almaktan korktuklarını ve kendilerini daha çok yargılama eğiliminde olduklarını bulgulanmıştır. Ayrıca, bu kişilerin ilişkilerinde kendine dönük eleştirinin bir başa çıkma yolu olarak kullanıldığı fark edilmiştir (Momeñe ve ark., 2022: 24837). YB'li bireylerde görülen sosyal izolasyon, yalnızlık hissi, duygu ifadelerinde zorluklar, yıkıcı öz eleştiri ve kişilerarası güvensizlik gibi faktörler mevcut araştırmaya katılan bireyler tarafından da bildirilmiştir. Çalışmanın ilerleyen kısımlarında, bu faktörlerin bireylerin hayatlarını ve hastalık sürecini nasıl etkilediği ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

Mevcut literatür incelendiğinde; çocukluk çağında ihmal edilmenin yarattığı travmaların yeme bozukluklarının gelişimde rol oynadığını söylemek uygun görünmektedir. Ayrıca ebeveynlerle olumsuz ilişki deneyimlerinin kişinin kendiyile ve diğerleriyle ilişki kurma biçimini etkilediği açıkça görülmektedir.

b) Duygusal ve/veya Fiziksel İstismar

Çocuklukta duygusal ve fiziksel istismar deneyimi bireylerde travmatik etki yarattığı düşünülen bir diğer sorun alanıdır. Görüşmelerde, özellikle aile içi duygusal istismarın izlerine rastlanmıştır. Katılımcıların geneli baskıcı ve kontrolcü ebeveynlerle büyüdüklerini belirtmiştir. Akran zorbalığı ve aile içi fiziksel şiddet, istismar konusuyla ilişkili gündeme alınan diğer travma yaşantılarıdır.

Duygusal istismar, yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilen en yaygın çocukluk çağı travmaları arasındadır (Vajda ve Láng, 2014: 386). İstismara maruz kalan bireylerde, ihmalde olduğu gibi, bozulmuş yeme ve telafi edici davranışların, görünüm ve beden ağırlığına dönük endişelerin daha yüksek olduğu bulgulanmıştır (Samudra ve ark., 2021: 120). Duygusal istismarın YB semptomları üzerinde net bir etkisinin olduğu bildirilirken cinsel istismar ile YB arasında doğrudan bir ilişki görülmemektedir (Guillaume ve ark., 2016; Samudra ve ark., 2021: 120). YB'lerde duygusal istismar yaygınlığının, bipolar bozukluk ve bağımlılık gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla benzer oranda olduğu bulgulanmıştır ve bu durum duygusal istismarın, duygu düzenleme stratejilerinin öğrenilmesini engelleyerek, YB semptomlarının gelişimine ve şiddetlenmesine neden olabileceği fikrini akla getirmiştir (Guillaume ve ark., 2016). Nitekim, duygusal istismara maruz kalmış YB'li bireylerin duygu düzenlemede zorluklar yaşadığı çalışmalarca desteklenmektedir (Strodl ve Wylie, 2020; Vajda ve Láng, 2014: 386). Strodl ve Wylie (2020) bu bireylerin duygularını çok yoğun, karşı konulamaz ve zararlı olarak algıladıklarını bildirmiştir. Bireylerin duygu düzenleme ve işlemede yaşadığı zorluklar, kişilerarası ilişki kurma biçimlerini ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir (Castro ve Martins, 2009: 741). Çocuklukta istismar yaşantısı, bahsi geçen YB semptomlarının ve duygu düzenleme zorluklarının yanında, bireylerin ileriki yaşamında günlük işlevselliğinin bozulmasına yol açmaktadır (Guillaume ve ark., 2016). Ayrıca bu kişilerin daha düşük öz güvene sahip olduğu ve kişilerarası ilişkilerde daha çok problemler yaşadığı bulgulanmıştır (Mullen ve ark., 1996: 7). Mevcut araştırmaya katılan bireylerin tamamına yakınının çocuklukta duygusal istismara maruz kaldığı ve kişilerarası işlevselliklerinin düşük

olduğu saptanmıştır. Bu bakımdan çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu düşünülmektedir.

YB’li bireylerde; yeme, kilo ve beden görünümüyle ilgili eylemleri ve sonuçları hakkında yorum yapan genellikle ikinci veya üçüncü şahsa ait ‘içselleştirilmiş bir ses’ olduğu ifade edilmektedir ve bazı bireyler hastalığını bu ‘iç sesin’ bir temsili olarak açıklamaktadır. İçselleştirilmiş yeme bozukluğu sesi ve çocukluk travmaları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; içsel sesi güçlü ve yardımsever olarak tanımlayan bireylerin yemeye dönük tutumlarının daha olumsuz olduğu ve içsel sesi daha güçlü hisseden bireylerin çocuklukta daha yoğun duygusal istismara maruz kaldığı bildirilmiştir (Pugh ve ark., 2018: 197). İstismar öyküsü olan YB’li bireylerin aile birliğinin daha zayıf olduğu ve aile üyeleri arasındaki duygusal bağlılığın daha düşük olduğu bulgulanmıştır (Kuğu ve ark., 2006: 129). AN’li bireylerin ebeveynlerinin, özellikle babalarının, genellikle ilgisiz ve aşırı kontrolcü oldukları bildirilmiştir (Balottin ve ark., 2017: 319). BN’li bireylerin ise; annelerinin geçersiz kılan bir tutumda olduğu ve babalarının duygusal olarak soğuk ve aşırı korumacı tutumda olduğu bildirilmiştir (Fosse ve Holen, 2006: 404; Haslam, 2011). Geçersizleştirici (invalidating) veya geçersiz kılan (invalidation) ebeveyn tutumu; çocuğun duygularının, düşüncelerinin ve davranışlarının görmezden gelinmesi, yok sayılması anlamında kullanılmaktadır. Geçersizleştirici bir çocukluk ortamında büyüyen YB’li bireylerin terk edilme anksiyetesinin ve yakınlıktan kaçma eğiliminin yüksek olduğu bulgulanmıştır (Gonçalves ve ark., 2019: 5478). Ayrıca bu kişilerin, yetişkinlikte yakın ilişkiler kurmakta zorlanacağı ve kişilerarası ilişkilerde problemler yaşayacağı öngörülmektedir (Gonçalves ve ark., 2019: 5478; Haslam, 2011). Bu tez çalışmasına katılan YB’li bireyler de benzer ebeveyn-çocuk ilişkileri tariflemiştir. Katılımcılar anne ve babalarının aşırı kontrolcü, baskıcı ve kısıtlayıcı tutumları olduğundan bahsetmiş ve bazıları ebeveyninden korktuğunu dile getirmiştir. Katılımcılardan biri babası tarafından sürekli aşağılanmaktan duyduğu sıkıntıyı anlatırken bir diğeri annesinin aşırı eleştirel ve memnuniyetsiz olduğundan bahsetmiştir. Bunlara ek; bazı bireyler ebeveynleri tarafından beğenilmediğine ve kabul görmediğine yönelik hislerini paylaşmıştır. Katılımcıların geneli, literatürle tutarlı olarak, aile ilişkilerinin zayıf olduğunu ve yakın ilişkiler kurmaktan kaçındıklarını bildirmişlerdir ancak sonuçlara ilişkin bu konular çalışmanın ilerleyen bölümlerinde tartışılacaktır.

Aile içi istismar yaşantılarının dışında, çocukluk çağı travmalarında yaygın görülen bir diğer mesele akran zorbalığıdır. Akran zorbalığı, mevcut araştırma kapsamında yürütülen görüşmelerin tamamına yakınında gündeme gelmiştir. Özellikle fiziksel görünümü ile ilgili zorbalığa uğrayan katılımcılar; okula uyumda zorluk çektiklerini ve akademik başarılarının bu durumdan etkilendiğini belirtmiştir. Bireylerin bu olumsuz deneyimin etkilerini hala taşıdığı gözlemlenmiştir. Örneğin; bir katılımcı okul hayatından hiç kimseyle görüşmediğinden ve sosyal ilişkilerden hala uzak durduğundan bahsetmiştir. İlişkili araştırmalar, çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. YB'li bireylerin daha fazla akran zorbalığına uğradığı bildirilmiştir (Fosse ve Holen, 2006: 404; Oliveira ve ark., 2023). Kilo üzerinden zorbalığa uğramanın özellikle sağlıksız kilo kontrol davranışlarına yol açtığı ve beden memnuniyetsizliğini artırdığı bildirilmiştir (Eisenberg ve Neumark-Sztainer, 2008: 155). Ayrıca akran zorbalığına uğrayan bireylerin kişilerarası ilişkilerde daha korunmasız hale geldiği belirtilmiştir (Cook-Cottone ve ark., 2016: 354).

Araştırmalar; çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin YB'li grupta yaygın görüldüğünü ve bu deneyimlerin YB gelişimi açısından risk faktörleri olduğunu bildirmiştir. Aynı zamanda, ihmal ve istismara maruz kalmış bireylerin aile işlevselliği ve kişilerarası işlevselliğinin düşük olduğu ve bu deneyimlerin toplamda sosyal işlevsellik üzerinde bozucu etki yarattığı görülmektedir. Bununla birlikte YB'li bireylerde çocukluk travmalarının sosyal işlevsellik gelişimi üzerine etkilerini inceleyen az sayıda nitel çalışma olduğu fark edilmiştir. Bu noktada mevcut araştırma bulgularının, YB'li bireylerin çocukluk travmaları ve bu travmaların sonuçları hakkındaki öznel deneyimlerini de içermesi açısından, önemli olduğu düşünülmektedir.

5.1.1.2. İşlevsel Olmayan Aile Ortamı

Bu ana tema, hastalık ve sosyal işlevsellik gelişiminde aile işlevselliğinin rolüne odaklanmaktadır. Araştırma bulguları, YB'li bireylerin aile işlevselliğinin düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca yeme, kilo ve görünümle ilgili yorumların aile içi iletişimin bir parçası olduğu dikkat çekmektedir. İşlevsel olmayan aile ortamı, sağlıksız aile dinamikleri ve ailede yeme-kilo odağında iletişim alt başlıklarında incelenecektir.

a) Sağlıksız Aile Dinamikleri

Düşük aile işlevselliği hem YB gelişimine sebep olan hem de hastalığı şiddetlendiren bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile bireyleri arasında genellikle mesafeli ve kopuk ilişkilerin olduğu görülmektedir. Aile işlevselliğinin YB'lerdeki genel görünümü ve sosyal işlevselliğe etkisi, araştırma bulguları ve literatürdeki verilerin kıyaslanması yoluyla incelenecektir.

YB yatkınlığı olduğu tespit edilen bireylerde; aile üyeleri arasındaki yakınlığın önemli ölçüde az olduğu ve ilişkilerin çatışmalı olduğu bildirilmiş olup bu kişilerin zayıf olma isteği, beden memnuniyetsizliği ve tıkinma-kusma davranışı geliştirme ihtimalinin çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bowles ve ark., 2011: 47). Ebeveyn-çocuk ilişkileri bağımsız değerlendirildiğinde; anneyle kurulan ilişkide güven duygusunun ve duygusal yakınlığın sınırlı olduğu, anneyle ilişkisinde mesafelerin olduğu bireylerin YB'ye daha yatkın olduğu bulgulanmıştır (Almenara ve ark., 2016: 216). Babayla kurulan ilişkiler incelendiğinde; babadan bakım almayan ve saplantılı ve korkulu bağlanma geliştiren bireylerin daha sık tıkinırcasına yeme davranışı gösterdiği bildirilmiştir (Pace ve ark., 2012: 282). Horesh ve arkadaşları (2015: 114) daha az ilgili ve aşırı korumacı baba tutumunun, sağlıklı veya farklı psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylere göre YB'de daha yaygın olduğunu belirtmiştir. Kontrol gruplarına göre babayla ilişkide daha kaçınan bağlandığı ve daha az ilgi gördüğü saptanan YB'li bireyler bu ilişkiyi daha yıkıcı, tehdit edici ve zararlı olarak tanımlamıştır (Horesh ve ark., 2015: 114). Bu tez çalışmasında da katılımcıların geneli, literatürle uyumlu olarak, ebeveynleriyle ilişkilerini mesafeli olarak tanımlamıştır ve sevgi dilinin ve paylaşımın kısıtlı olduğu, ilgi görmedikleri bir aile ortamında büyüdüklerinden bahsetmişlerdir. Bazı katılımcılar aile içi çatışmaların yoğun olduğundan bahsetmiştir. Bu çatışmaların özellikle evdeki sorumluluklar üzerinden gerçekleştiği fark edilmiştir. Araştırmalar yeme ile ilişkili herhangi bir sorun yaşamayan bireylerle YB'li grubu kıyasladığında; bu grubun aile işlevselliğinin düşük olduğunu, ilişkilerin daha çatışmalı olduğunu ve daha kuralcı bir aile yapısının olduğunu bildirmiştir (Gillett ve ark., 2009: 159). Tüm bu bulguları destekler nitelikte, 18-38 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışma; aile içi çatışmalar arttıkça YB riskinin, uyumsuz yeme davranışlarının ve beden memnuniyetsizliğinin arttığını bulgulamış olup risk grubundaki bireylerin babayla iletişimlerinin kısıtlı olduğunu ve destekleyici olmayan bir baba figürüne sahip olduklarını vurgulamıştır (Steinhilber ve ark., 2020: 1083).

Araştırmamızda mesafeli ve çatışmalı aile ilişkilerinin yanı sıra aile üyeleri arasındaki sınırların belirsizleştiği, bağımlı örüntülere de rastlanmıştır. Literatürde bu bulgulara paralel olarak, YB'li bireyler ve ailelerinin birbirlerine son derece bağlı olduğunu gösteren çalışmalar yayımlanmıştır (Fisher ve Bushlow, 2015: 443). Bu çalışmalara göre, söz konusu ailelerde bireysel ayrışmanın gerçekleşmediği, iç içe geçmiş bir yapı öne çıkmaktadır (Aragona ve ark., 2011: 10).

Aile dinamiklerinin incelendiği çalışmalarda kardeş ilişkilerinin genellikle göz ardı edildiği dikkat çekmektedir ancak YB'li bireylerde kardeşlerle kurulan ilişkinin hastalık gelişimi ve YB süreçlerinde önemli etkisinin olduğu belirtilmiştir (de Leeuw ve ark., 2007: 464; Latzer ve ark., 2013: 626). Buist ve arkadaşları (2013: 97) kardeşlerle daha yakın ve daha az çatışmalı ilişkiler kuran bireylerin daha az içselleştirilmiş ve dışsallaştırılmış problemler yaşadıklarını belirtmiştir. YB'li bireylerin kardeş ilişkilerini önemli ölçüde daha olumsuz değerlendirdiği ve bu bireylerin depresyona daha yatkın oldukları belirtilmiştir (Latzer ve ark., 2013: 626). YB'li bireyler ile yürütülen bir fenomenolojik araştırmada; katılımcıların kardeşleriyle olan deneyimlerinin genellikle bireye zarar verici ölçüde olumsuz olduğu gözlemlenmiştir. Bireyler kardeşleriyle ilişkilerinde anlayışın az; rekabet, çatışma ve sıkıntının fazla olduğunu bildirmiştir. Ancak, tüm katılımcılar ilişkilerinin güçlü yönlerinden de bahsetmiş ve kardeşleriyle daha yakın bir ilişki geliştirmeyi arzuladıklarını dile getirmişlerdir (Smith, 2011). Mevcut tez çalışmasında da katılımcıların geneli çocukluklarından beri kardeşleriyle bağ kuramadığından ve çatışmaların fazla olduğundan bahsetmiştir.

Aile işlevselliğinin değerlendirmesinde dikkat edilen bir diğer konu rol dağılımıdır. 12-18 yaşları arasında AN tanılı bireylerle yürütülen bir çalışmada, katılımcıların yarısına yakını aile rollerinde bozulma olduğunu bildirmiştir (Ciao ve ark., 2015: 81). YB'li bireylerin ebeveynleri ve kardeşleriyle yürütülen nitel bir araştırmada rol değişimlerinin genel aile işlevselliğini düşürdüğü ve özellikle YB'li olmayan kardeşin bu durumdan olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (Karlstad ve ark., 2022: 147). Her iki çalışmada da aile işlevselliğinin artması için aile bireylerinin rollerinin ve sorumluluklarının netleştirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (Ciao ve ark., 2015: 81; Karlstad ve ark., 2022: 147). Literatürdeki araştırmaların çoğunlukla hastalık gelişimi sonrasında aile rollerinin işlevine odaklandığı fark edilmiştir ve bu çalışmalarda YB'li grupta iç içe geçmiş aile rollerinin yaygın olduğu görülmektedir. Mevcut araştırma

kapsamında yapılan görüşmelerde de aile üyeleri arasındaki rol değişimleri dikkat çekmektedir. Katılımcılardan bazıları ebeveynine ebeveynlik yaptığından, bazıları büyük kardeşin ebeveyn rolünü üstlendiğinden bahsetmiştir. Katılımcılar, ebeveynlerin duygusal yokluğundan dolayı, kardeşlerin ebeveyn rolüne bürünmek zorunda kaldığını dile getirmiştir. Mevcut araştırma bulgularının aile içi rol değişimlerinin YB gelişiminde bir risk faktörü olarak da ortaya çıkabileceğini göstermesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

b) Ailede Yeme-Kilo Odağında İletişim

Araştırma kapsamında yapılan görüşmelerde; yalnız YB'li bireyin değil diğer aile üyelerinin de yeme, kilo ve beden görünümüne dair tutumlarında bozulma olduğu ve bazı aile üyelerinin YB'ye yatkınlığı olduğu fark edilmiştir. Ailelerin genel tutumlarında zayıflığın idealize edildiği ve bu ailelerde bireylerin birbirlerinin görünümleri ve kiloları hakkında yaptığı yorumların zorbalık düzeyine vardığı dikkat çekmektedir. Aile bireylerinin yeme üzerinden kurduğu bu ilişki ve iletişim örüntülerinin, YB gelişiminde doğrudan rol oynadığı ve YB'li bireyin kendisiyle ve diğerleriyle kurduğu ilişki biçimini şekillendirdiği düşünülmektedir.

Kluck (2008: 471) işlevsiz aile yapısının ve aile içinde yeme ile ilişkili olumsuz deneyimlerin varlığının YB gelişimi açısından önemli risk faktörleri olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, yeme ile ilişkili aile deneyimlerinin (ailenin yeme ve fiziksel görünüm hakkındaki genel tutumları, kilo ve görünümle ilgili eleştirileri ve şakaları) daha büyük etkisinin olduğunu vurgulamıştır (Kluck, 2008: 471). Çocuğun yeme davranışlarının gelişiminde ebeveyn tutumlarının etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; yeme motivasyonlarının, besin tercihlerinin ve beden memnuniyetinin şekillenmesi üzerinde ebeveyn-çocuk ilişkisinin doğrudan etkisi olduğu belirtilmiştir. Çocuğun beslenmesi üzerinde aşırı kontrol sağlamanın, ödüller sunmanın ve çocuğu beslenmeye ilgili bilgilendirmeye çalışmanın yeme davranışlarını olumsuz etkilediği; bunun yerine ebeveynin kendi sağlıklı tercihleriyle çocuğa rol model olmasının olumlu alışkanlıkları teşvik ettiği bildirilmiştir (Scaglioni ve ark., 2008: 22). TYB'li, obez ve yeme ile ilişkili rahatsızlığı bulunmayan bireylerin ebeveynlerinin yeme tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada; YB'li bireylerin ebeveynlerinin kendi çocukluklarında daha fazla aşırı yeme davranışı gösterdikleri, çocuklarının beslenmeleri konusunda daha fazla sorumluluk hissettikleri ve çocuğun kilosuyla ilgili daha çok endişelendikleri bulunmuştur (Lydecker ve Grilo, 2016: 648). Söz konusu araştırmalar, aile

tutumlarının çocuğun yemeyle ilişkisini doğrudan etkilediğini göstermektedir. Mevcut tez çalışmasında, katılımcıların anlatımları doğrultusunda, ebeveynlerin yeme ile ilişkide sağlıklı sınırlar çizemediği, kendilerinin de bozulmuş yeme tutumlarının olduğu dikkat çekmektedir. Katılımcılardan bazıları ailelerinin yemeği bir bakım verme aracı ya da ödül olarak kullandığını, çocuklukta yemeyle şımartıldıklarını bildirmişlerdir. Bu konuyla ilişkili literatürdeki bazı bulgular çelişkilidir. Örneğin, bir çalışmada yemeği ödül olarak kullanmanın sağlıksız yeme davranışlarının gelişimine neden olabileceği belirtilmiştir ancak doğrudan bir bağlantı bulunamamıştır (Jansen ve ark., 2020).

Araştırmalarda, YB'li bireylerin aile üyelerinde de YB yatkınlığı olduğu görülmektedir. Genetik faktörlerin ve aile ortamının bu yatkınlığı geliştirdiği düşünülmektedir (Erriu ve ark., 2020: 71; Reichborn-Kjennerud ve ark., 2004: 307). Özellikle annede YB semptomlarının görülmesi, annenin çocuğun kilosuyla ilgili kaygılanması, annenin eğitim seviyesinin düşük olması ve aile içi stresin yüksek olması YB gelişimi için önemli risk faktörleri olarak gösterilmektedir (Allen ve ark., 2014: 143). Çalışmamızda, katılımcıların yarısı aile üyelerinin yeme ve kiloyla sorunlu ilişkiler kurduğundan bahsetmiştir. Bazıları yakın akrabaları dahil ailede obezite yatkınlığının olduğunu, bazıları annelerinin veya kardeşlerinin risk grubunda olduğunu ifade etmiştir. Kardeşlerin yeme davranışlarının birbirleri üzerindeki etkisinin araştırıldığı boylamsal bir çalışmada; küçük kardeşin duygusal ve davranışsal yeme tutumlarının büyük kardeşinkini hafif düzeyde etkilediği, büyük kardeşin küçük kardeşin yeme davranışları üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmüştür (de Leeuw ve ark., 2007: 464). Bununla birlikte kardeşlerin beden memnuniyetsizliği, ebeveynleri model alma, bozulmuş yeme tutumları ve kilolarını algılama biçimleri açısından birbirlerine paralel tutumlar sergilediğini ve kardeşi model almanın doğrudan diyet kısıtlamasını ve bulimik davranışları artırdığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Christensen, 2014: 103; Coomber ve King, 2008: 81).

Literatürde ailenin yeme, kilo ve görünümle ilgili yorumlarının YB gelişimi için önemli bir risk faktörü olduğunun altı çizilmektedir. Yapılan görüşmelerde katılımcıların tamamına yakını; aile içinde yeme düzeni ve kilo verme süreçleriyle ilgili eleştirilere maruz kaldığını, görünüm ve kilosu yüzünden alay edildiğini ifade etmiştir. Araştırmalar akran zorbalığının bozulmuş yeme-kilo davranışlarına etkisiyle aile içi zorbalığın etkisinin neredeyse eşit düzeyde olduğunu bildirmiştir (Eisenberg

ve Neumark-Sztainer, 2008: 155). Keery ve arkadaşları (2005: 120) annenin görünümle ilgili alay etmesinin daha çok depresif semptomlara yol açtığını; babanın görünümle ilgili alay etmesinin ise beden memnuniyetsizliği, zayıf beden ideali, tıkinma-kusma davranışları ve depresyonu tetiklediğini bulgulamıştır. Ayrıca babanın alay etmesinin kardeşlerin alay etme ihtimalini artırdığı ve birey üstünde en çok kardeş zorbalığının yıkıcı etki yarattığı bildirilmiştir ve aile içi zorbalığın sıklığı arttıkça yeme, kilo, beden görünümü, özgüven ve depresyonla ilişkili belirtilerin şiddetlendiği belirtilmiştir (Keery ve ark., 2005: 120).

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, aile dinamiklerinin, ebeveynlerin yeme ile ilişkili tutumlarının ve yorumlarının, kardeş ilişkilerinin YB gelişiminde etkili olduğu görülmektedir ve araştırma bulgularımızın desteklendiği düşünülmektedir.

5.1.1.3. Erken Dönemde Başlayan Yalnızlık

Yalnızlık görüşmelerde ortaya çıkan en çarpıcı temalardan biridir. Çocukluk çağı travmalarının ve işlevsel olmayan aile ortamının da bir sonucu olarak oluştuğu düşünülen yalnızlık, bireylerin tüm hayatlarında önemli yer kaplamaktadır. Yalnızlığın YB gelişimine etki eden ve hastalık şiddetini artıran temel faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda, erken dönemde yalnızlaşmanın sosyal işlevselliğin gelişimi için gerekli becerileri edinmeyi zorlaştırdığı ve bozulmuş sosyal işlevselliğin yalnızlığı artırdığı fark edilmiştir. Bu alt temada yalnızlığın hastalık gelişimindeki rolüne odaklanılacak ve hastalık süreçlerine etkisi ilerleyen temalarda tartışılacaktır.

Çocuklukta ve ergenlikte yalnızlığın duygusal, sosyal ve davranışsal pek çok sorunla ilişkili olduğu belirtilmiştir. Düşük özgüven, depresyon ve sosyal anksiyete gibi duygusal problemler; sınırlı arkadaş çevresi ve nitelikli arkadaşlık kuramama gibi sosyal problemler; sosyal içe çekilme, uzun süreler yalnız vakit geçirme, okul aktivitelerinden uzak durma gibi davranışsal problemler yalnızlıkla ilişkilendirilmiştir (Kupersmidt ve ark., 1999: 263). YB ve yalnızlık arasındaki ilişkiyi araştıran bir derleme makale; YB'nin tüm alt tiplerinin (AN, BN ve TYB) yalnızlıkla ilgili sorun yaşadığını ve hem kişilerarası ilişkilerdeki olumsuz deneyimlerin hem de algısal çarpıtmaların yalnızlık hissini şiddetlendirdiğini bulgulamıştır. YB'li bireylerde çocukluk dönemi olumsuz yaşantılarının yalnızlık duygusunun gelişimine sebep olduğu düşünülmektedir. Akran zorbalığına maruz kalmanın YB gelişimini açıkça etkilediğinden daha önce bahsedilmiştir. Bununla birlikte akran zorbalığı bireylerin

bağ kurabilme duygularını da olumsuz etkilemektedir (Levine, 2012: 248). Zorbalığa uğrayan çocuklar kendilerini daha mutsuz, umutsuz ve yalnız hissetmekte; bu durum süregelenleştikçe olumlu bağları da daha az hissedip daha çok yalnızlaşmaktadır (Fleming ve Jacobsen, 2010: 75). Öz ve Saltukoğlu (2023: 131) çocuklukta ihmal ve istismara maruz kalmanın YB gelişimini etkilediği ancak travmatik deneyimler yaşayan herkesin YB geliştirmedeği fikrinden hareketle bu farklılığın sebebini araştırmıştır. Sonuçta zihinselleştirme becerilerinin eksikliği, sosyal izolasyon ve yalnızlığın YB riskini artıran diğer faktörler olduğunu bildirmiştir (Öz ve Saltukoğlu, 2023: 131). Erken ergenlikten yetişkinliğe geçişte yalnızlığın bozulmuş yeme tutumlarına etkilerinin araştırıldığı boylamsal bir çalışmada 13 yıllık süreçte 4 farklı ölçüm yapılmıştır. Kadın katılımcılarda; geç ergenlik döneminde (yaklaşık 17 yaşlarında) düzensiz yeme tutumlarının ve tıknama-kusma davranışlarının yetişkinliğe geçişte (yaklaşık 22 yaşlarında) yalnızlık hissini artırdığı, sonraki yıllarda bu yalnızlık hissini daha şiddetli tıknama-kusma davranışlarına ve bozulmuş yeme tutumlarına yol açtığı bildirilmiştir (Cortés-García ve ark., 2022: 1678). Tüm bu çalışmalar; olumsuz yaşam olaylarının yalnızlık hissini artırdığını, yalnızlaşan bireylerin YB'ye karşı savunmasız hale geldiğini ve YB gelişimi ile birlikte bireylerin daha da yalnızlaştığını göstermekte ve sorunların birbirini şiddetlendirdiği döngüsel bir süreci akla getirmektedir. Mevcut araştırmaya katılan bireyler; çocuklukta kısıtlı bir sosyal çevreye sahip olduklarından, ebeveynlerinin duygusal ve fiziksel yokluğundan, kardeşleriyle ilişki kurmakta zorlandıklarından bahsetmişlerdir. Hem aile hayatında hem okul hayatında yalnızlık hissettiklerini ve bu yalnızlığın zaman içinde yeme eylemiyle bütünleştiğini ifade etmişlerdir. Araştırma bulgularımızın literatürle uyumlu olduğu ve yalnızlığın YB gelişiminde kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir.

5.1.1.4. Bireysel Risk Faktörleri

Önceki bölümlerde, çocuklukta aile bireyleriyle ve akranlarla ilişki deneyimlerimin YB ve sosyal işlevsellik gelişimine etkisi ele alınmıştır. Diğerleriyle kurulan ilişkinin yanında kişinin kendiyi kurduğu ilişki biçimi de bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Görüşmelerde YB'li bireylerin kendilerinden ve bedenlerinden neredeyse hiçbir zaman memnun olmadığı, değersiz ve eksik olduklarına dair bir inanç geliştirdikleri fark edilmiştir. Kişilerarası işlevsellik üzerinde bozucu etki yarattığı düşünülen eleştiriye aşırı duyarlılık ve ilişkilerde kendini ikinci plana alma görüşmelerde öne çıkan diğer faktörlerdir. Ek olarak, YB'li bireylerin, duygusal ihmal

ve istismara bağlı, duygu dzenleme zorlukları yaşayabileceği önceki bdlumlere bahsedilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin de duygu dzenleme sreceğinde bozulma olduğu tespit edilmiştir. Tm bu bireysel risk faktrlerinin YB ve sosyal işlevsellik gelişiminde rol oynadığı dűřnvlmektir.

Araştırmalar olumsuz oz değerlendirmelerin YB gelişiminde onde gelen faktrlerden biri olduğunu gstermektedir (Dunkley ve Grilo, 2007: 139). Kendine ynelik sreklı eleştiri yapan bireylerde, utanç duygusu da yksek olduğundan YB semptomlarının şiddetlendiği gvrvlmektir (Kelly ve Carter, 2012: 148). Depresyon, yeme bozukluğu ve herhangi bir psikolojik rahatsızlığı bulunmayan bireylerde oz eleştirel dűřnme sreceğinin araştırıldığı bir çalışmada; hem depresif hem YB'li bireylerin zamanının yarısından çoğunu oz eleştiri yaparak geçirdiği, bu dűřncelerin ısrarcı ve kontrol edilemez bir yapıda olduğu bildirilmiş olup depresyona kıyasla YB'li bireylerin daha sert oz eleştiriler yaptığı, oz eleştiryi kişiliklerinin bir parçası olarak kabul ettiği ve faydalı gdrdıkları bildirilmiştir ancak bu durumun ruh hallerini ve gnvlk işlevlerini onemli olde olumsuz etkilediği gvrvlmektir. Alışkanlık haline getirilmiş oz eleştirilerin; oz saygıyı ve oz şefkati dűřrdűđü ve istemsiz tekrarlı dűřnceleri ve negatif mkkemmeliyetiliği artırdığı bulgulanmıştır (Thew ve ark., 2017: 751). Bu alışma bulgularıyla paralel olarak; sreklı oz eleştiri yapan bireylerin bozulmuş yeme davranışlarının arttığı ve oz şefkatlerinin azaldığı bildirilmiştir (Paranjothy ve Wade, 2024: 473). Mevcut araştırma ve literatür bulguları birbirlerini destekler niteliktedir. Çalışma kapsamında yapılan gvrşmelerde; katılımcılar değerersizlik ve yetersizlik duygularını sıklıkla dile getirmiştir ve sreklı kendilerine dvnk olumsuz eleştirilerde buldukları dikkat çekmiştir.

Araştırma kapsamında ele alınan diğer bireysel risk faktrleri eleştiriye duyarlılık ve kendini oncelemeyle ilgili sorunlardır. alışmalar, YB'li bireylerin diğerlerine bakım verme eğiliminin yksek olduğunu ve ilişkilerde boyun eğici davranışlar sergilediğini gstermektedir (Arcelus ve ark., 2013: 159). Atlas (2004: 368) YB'li bireylerde eleştiri ve reddedilme hassasiyetinin gvrnvmle ilgili hassasiyetle ilişkili olduğunu ve bu duyarlılığın zayıf olma ve diyet yapmaya dvnk isteği artırdığını bildirmiştir. Ayrıca olumsuz değerlendirilme kaygısı yksek bireylerin daha çok YB semptomları sergilediği ve gvrnvmle ilgili kaygısı yksek bireylerin beden memnuniyetsizliğinin daha yksek olduğu belirtilmiştir (Levinson ve Rodebaugh, 2015: 747; McClintock ve Evans, 2001: 247).

Mevcut çalışmada literatürle tutarlı olarak çocuklukta ihmal ve istismara uğrayan ve akran zorbalığına maruz kalan bireylerde beden memnuniyetsizliğinin ve YB geliştirme riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Eisenberg ve Neumark-Sztainer, 2008: 155; Grilo ve Masheb, 2001: 320). Araştırmamızda beden kitle indeksi aşırı zayıftan morbid obeze uzanan bireylerin tamamı bedenlerinden memnun olmadığını belirtmiştir. Beden memnuniyetsizliği kişilerin öz saygısını ve ruh halini olumsuz etkileyerek bozulmuş yeme tutumlarını artırmaktadır (Cruz-Sáez ve ark., 2018: 1098). Ek olarak; öz saygının beden ağırlığı ve görünümü üzerine inşa edilmesi veya yakın ilişkiler temelinde güçlendirilmesi YB semptomlarının şiddetlenmesine yol açmaktadır (Geller ve ark., 2002: 344).

Çalışmamızda YB'li bireylerde sosyal işlevselliğin bozulmasına yol açan faktörler incelenmiştir. Bulgular; çocukluktan itibaren aile ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan olumsuz deneyimlerin, yalnızlık hissini ve olumsuz benlik algısını da tetikleyerek, sosyal işlevselliğin gelişimini engellediğini ve YB semptomlarının gelişimine yol açtığını göstermektedir. Konuya ilişkin araştırmalar incelendiğinde, bu bulgular daha önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde, bozulmuş sosyal işlevselliğin YB'nin seyrini nasıl etkilediği ayrıntılı şekilde incelenecektir.

5.1.2. Sosyal İşlevsellikte Bozulmanın Hastalık Yaşantısına Etkisi

Bu ana tema bozulmuş sosyal işlevselliğin hastalık sürecine etkilerini anlatmaktadır. Yapılan analizler sonucunda; aile ilişkilerinde ve kişilerarası ilişkilerde hali hazırda zorluklar yaşayan bireylerin YB gelişimiyle birlikte tamamen yalnızlaştığı, pandemi süreci gibi dışsal faktörlerin de etkisiyle hissettikleri yalnızlığın ve sosyal izolasyonun şiddetlendiği, sosyal işlevsellikleri düştükçe gündelik yaşamlarının ve eğitim/iş hayatlarının sekteye uğradığı, uyumsuz başa çıkma yolları geliştirdikleri ve kendilerine çok kısıtlı ve kısa süreli sosyal destek bulabildikleri belirlenmiştir. Bu bulgular, bozulmuş sosyal işlevselliğin YB'nin şiddetlenmesine ve kronikleşmesine yol açtığını göstermektedir. Bu ana tema; hastalık sürecinde destekleyici bir ailenin yokluğu, kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar, hastalıkla yalnız mücadele etmek, pandemi sürecinin tetikleyici rolü, hastalığın eğitim/iş hayatına etkisi ve iyileşme sürecinde sosyal desteğin önemi alt başlıklarında, mevcut literatürdeki verilerle karşılaştırılarak incelenecektir.

5.1.2.1. Hastalık Sürecinde Destekleyici Bir Ailenin Yokluğu

Geçmiş bölümlerde, YB'li bireylerin aile işlevselliğinin düşük olduğu ifade edilmiştir. Yapılan görüşmelerde, bozulmuş aile işlevlerinin bireyin hastalık sürecini olumsuz etkilediği fark edilmiştir. Aile ilişkilerinde yaşanan zorluklar; katılımcıların sorunlarını paylaşamamasına, ailelerinden yeterince destek alamamasına ve yalnız hissetmelerine neden olmuştur.

Araştırmalar işlevsiz aile ortamının ve yetersiz sosyal desteğin YB'li bireyleri önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir (Berge ve ark., 2012: 205; Erriu ve ark., 2020: 71; Hasenboehler ve ark., 2009: 332; Kluck, 2008: 471). Leonidas ve Santos (2015: 1435) 12 YB'li bireyle aile ilişkilerine dönük yarı yapılandırılmış görüşmeler yürütürerek her birey için genogram (aile diyagramı) oluşturmuşlardır. Görüşmelerin ve aile genogramlarının analizi sonucunda YB'li bireylerin ailelerinin stresli olayları yönetme ve çatışmaları çözme konusunda yetersiz olduğu ve bunun da aile bağlarının zayıflamasına ve bireyler arasındaki duygusal mesafenin artmasına yol açtığı bildirilmiştir (Leonidas ve Santos, 2015: 1435). Bu bulgulara paralel olarak AN'li bireylerle yürütülen bir diğer çalışmada; katılımcıların, sağlıklı bireylere kıyasla aile içi uyumunu daha zayıf ve aile üyelerinin stresli durumları yönetme becerilerini daha kötü olarak değerlendirdikleri bulgulanmıştır. Ayrıca bu bireylerin aileleri ve akranlarıyla daha az iletişim kurdukları ve onlara daha az güvendikleri; aile ve akranlarına daha çok yabancılaştığı belirtilmiştir (Cunha ve ark., 2009: 229). Bu bulgular YB'li bireylerin aile ilişkilerinde sorunlar yaşadığını ve aile işlevlerine dönük algılarının olumsuz olduğunu göstermektedir. Çocuktan yetişkin YB tedavi programına geçen 15 bireyle yapılan nitel görüşmelerde; katılımcıların, iyileşme sürecinde ebeveynlerinin rolünün ne olması gerektiğinden emin olmadıkları ancak ebeveynlerinin duygusal katılımına ve sosyal desteğine ihtiyaç duydukları belirlenmiştir. Bireyler, bu desteğin kontrolcü ve zorlayıcı değil iş birliği içinde kendilerine de söz hakkı verilerek sunulmasını istemiştir (Dimitropoulos ve ark., 2016: 255). 2793 katılımcının aile işlevlerinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada; aile işlevselliğinin yüksek olmasının (aile içi iletişimin, problem çözme becerilerinin ve koşulsuz kabulün yüksek olmasının), ebeveynlerin sevgisini ve ilgisini göstermesinin bozulmuş yeme davranışlarını azalttığı; babanın ebeveynlik rolünü yerine getirmemesinin ve ailenin psikolojik kontrol sağlamaya çalışmasının diyet yapma eğilimini ve bozulmuş yeme davranışlarını artırdığı tespit edilmiştir (Berge ve ark.,

2012: 205). Aile dinamiklerinin hastalık sürecini doğrudan etkilediğine vurgu yapan bu çalışmalar YB'li bireylerin ailelerinin desteğine duydukları ihtiyacı da açıkça göstermektedir. Bu tez çalışmasına katılan bireyler de aile içi iletişimlerinin zayıf olduğunu, hastalıkları hakkında aileleriyle konuşamadıklarını, ebeveynlerinden destek alamadıklarını ancak bu desteğe ihtiyaç duyduklarını dile getirmiştir. Bazı görüşmelerde, ailelerin yeme bozukluğunun ne olduğunu anlayamadığı ve bu sebeple hastalığı görmezden geldikleri fark edilmiştir ancak bu durum YB'li bireylerin önemsenmediklerini ve anlaşılmadıklarını hissetmelerine sebep olmuştur. Katılımcılar aile desteğini hissedemediği ve ilişkilerinin bozulduğu süreçlerde hastalıklarının şiddetlendiğini ifade etmiştir. Aile üyelerinin bu hastalığın doğasını ve etkilerini anlamlandırabilmesi; YB'li bireylere daha çok destek olmalarını ve bireyin iyi oluşunun artmasını sağlamaktadır. Örneğin bir çalışmada; AN, BN ve TYB tanılı 21 kişinin ailelerine 3 hafta boyunca eğitimler verilmiştir. Eğitim sonunda ailelerin duygularını ifade etme düzeylerinin yükseldiği ve hastalığı inkâr etme düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca yeme bozukluğuna (bireyin bozulmuş yeme davranışına ve kilo ve yemekle ilgili endişelerine) dönük anlayış geliştirdikleri ve bu anlayışın güçlenmesinde en çok aktif dinleme eğitimlerinin rolü olduğu tespit edilmiştir (Gísladóttir ve Svavarsdóttir, 2011: 122).

Bununla birlikte, YB'li bireylerde aile desteğinin önemi ve ailenin destek sağlamamasıyla ilgili yaygın kanıların aksine araştırmalar da bulunmaktadır. Limbert (2010: 170) tarafından yürütülen çalışmada aile üyelerinden algılanan desteğin artmasının sosyal destekten duyulan memnuniyeti artırmadığı ve ailenin sosyal desteği ile YB şiddeti arasında doğrudan bir ilişki olmadığı bulgulanmıştır. Çalışmada YB şiddetinin en önemli belirleyicisinin sosyal destekten memnuniyet düzeyi olduğu bildirilmiştir (Limbert, 2010: 170). AN, BN ve TYB tanılı 98 katılımcıyla yürütülen bir diğer çalışmada; katılımcıların %87.6'sı annesinden, romantik ilişkisi olan bireylerin %73.1'i ise partnerinden destek aldığını bildirmiştir (Marcos ve Cantero, 2009: 226). Bu araştırmalar, mevcut tez çalışmasının bulgularıyla örtüşmemektedir. İlk çalışmayla (Limbert, 2010: 170) mevcut araştırma arasındaki temel farklılığı; ilk çalışmanın klinik popülasyonla değil YB eğilimi olan bireylerle yürütülmüş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İkinci çalışmada (Marcos ve Cantero, 2009: 226) YB'li bireylerin sosyal desteği çok yüksek görünmektedir ancak çalışmanın ilerleyen bölümlerinde bireylerin yalnızca %40'ının romantik ilişkide

olduğu, kişilerarası ilişkilerde ve diğer aile bireyleriyle ilişkilerinde yeterli destek alamadığı ve özellikle babanın hastalığı inkâr ettiği anlatılmaktadır. İkinci çalışmanın bu bulgularının mevcut araştırmayla benzerlik gösterdiği, farklılıkların ise destek t¼rlerinin ayrı ayrı incelenmesinden kaynaklandığı d¼ř¼n¼lmektedir.

Son olarak; YB tedavisine devam etmekte olan 27 katılımcı ile y¼r¼t¼len nitel çalışmada hastalık s¼recinde ailenin rol¼ araştırılmış ve bireylerin anlatımlarından yola çıkarak ebeveynlere tavsiye niteliğinde 8 tema belirlenmiştir. Bu temalar; aile desteğinin artırılması, kilo ve beden g¼r¼n¼m¼yle ilgili konuşmaların azaltılması, destekleyici ev yemekleri sunulması, sağlıklı beslenme ve spor aktiviteleri için model oluşturulması, bireyin ¼z g¼veninin artırılmasına yardım edilmesi, duyguların ifade edilmesi için uygun ortam oluşturulması, YB belirtilerine d¼n¼k anlayışın geliştirilmesi ve ebeveynlerin kendi sorunlarını özzebilmek için uygun destek bulmaları gerekliliğini vurgulamaktadır (Loth ve ark., 2008: 146). Araştırma bulguları, YB'li bireylerin ailelerine duyduğu çok boyutlu ihtiyaı ¼zetler niteliktedir.

5.1.2.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Zorluklar

Kişilerarası ilişkilerde yaşanan zorluklar incelendiğinde g¼vensizlik ve yargılanma korkusu ¼ne çıkan temalardır. Ayrıca katılımcıların tamamı yalnız kendileri değil diğer insanlarla ilgili de olumsuz şemalara sahiptir. Bireyler kendilerini açma, ilişki kurma ve s¼rd¼rmeyle ilgili sorunlar yaşamaktadır. Hastalık s¼reciyle birlikte bireylerin kişilerarası işlevselliklerinin ¼nemli ¼l¼de bozulduğu g¼zlemlenmiřtir. Katılımcıların geneli ilişki kurmayı değersizleştirmekte veya ilişki kurmaktan korkmakta ve çekinmektedir. T¼m bu zorluklar bireylerin sosyal izolasyonunu ve yalnızlığını artırmaktadır. Hali hazırda aile ilişkilerinde de sorunlar yaşayan katılımcılar yeterli sosyal destek bulamamaktadır. Araştırma bulguları kişilerarası işlevsellikte bozulmanın hastalık s¼recini başlatan ve s¼ređenleřmesine neden olan ¼nemli bir fakt¼r olduğunu g¼stermektedir.

Literat¼r bulguları; YB'li bireylerin kişilerarası işlevselliğinin d¼ř¼k olduğunu, bozulmuş kişilerarası işlevselliğin YB'nin başlamasına ve s¼rmesine ¼nemli ¼l¼de katkıda bulunduğunu g¼stermektedir ve mevcut çalışma bulgularının desteklendiği d¼ř¼n¼lmektedir (Haslam, 2011; Jones ve ark., 2015: 563; Monterubio ve ark., 2017: 454). Kişilerarası işlevsellik değerlendirilirken dikkate alınan fakt¼rlerden biri kişilerarası g¼ven d¼zeyidir ve YB'li bireylerde kişilerarası g¼vensizliđin yaygın g¼r¼ld¼đu bildirilmektedir (Holland ve ark., 2013: 405; Qadir ve Muhsin, 2020: 597).

Çalışmalar kişilerarası güvensizliğin YB semptomlarının başlaması ve şiddetlenmesine doğrudan etki etmediğini göstermektedir (Blomquist ve ark., 2012: 1088; Pelletier Brochu ve ark., 2018: 388). Bununla birlikte dolaylı etkilerinin işlevselliği düşürdüğü ve hastalığı süregelenleştirdiği görülmektedir. Örneğin; tıknama-kusma belirtileri arttıkça kişilerarası güvensizliğin de yükseldiği ve bu durumun yalnızlık hissini artırdığı bulgulanmıştır (Rotenberg ve ark., 2013: 282). Ayrıca kişilerarası güvensizlik düzeyi yüksek bireylerin YB tedavilerinde değişime karşı daha dirençli olduğu bulunmuştur (Dingemans ve ark., 2016: 871). Bu araştırma bulgularına göre kişilerarası güvensizliğin yalnızlığı artırarak YB semptomlarını tetiklediği ve tedavi başarısını düşürdüğü söylenebilir. Ek olarak diğerlerine güvenmekte zorlanan bireylerin kendini açmakta da zorlandığı ve durumun da yalnızlık seviyesini artırarak hastalığın kötüleşmesine neden olduğu bulgulanmıştır (Rotenberg ve ark., 2013: 282). Bu çalışma bulgularına benzer şekilde; daha şiddetli YB semptomları gösteren bireylerin kendini açmama eğiliminin daha yüksek olduğu ve bu bireylerin beden memnuniyetlerinin düşük, olumsuz yargılanma korkularının yüksek ve depresif bulgularının daha yoğun olduğu belirlenmiştir (Ali ve ark., 2017: 9; Basile, 2004: 221; Masuda ve ark., 2011: 133).

Araştırmalar güvensizlik ve kendini açmama eğiliminin yanında yargılanma korkusu ve sosyal geri çekilmenin de kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açtığını ve tüm bu faktörlerin yakın ilişkiler kurmayı zorlaştırdığını göstermektedir. Brown ve Levinson (2022: 956) YB'li bireylerin olumsuz yargılanma korkularının yüksek olduğunu, bu korkuların YB semptomlarına ve kaçınma davranışlarına yol açtığını, bu davranışların geçici rahatlama sağlasa da korkuyu güçlendirdiğini ve YB'nin devam etmesine neden olan bir kısır döngüye dönüştüğünü açıklamıştır. Rotenberg ve arkadaşları (2023: 354) YB'li bireylerde sosyal geri çekilme ölçümünü duygusal geri çekilme, yakın ilişkilerde güven duyma ve kendini açma boyutlarıyla değerlendirmiş ve bulimiya belirtilerinin tüm boyutlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bir diğer çalışmada; AN'li bireylerde sosyal mesafenin (social aloofness) ve sosyal geri çekilmenin hem hastalık başlangıcından önce hem hastalık sürecinde yüksek olduğu ve bu durumun AN'li bireylerin yakın ilişkiler kurmasını zorlaştıran faktörler olduğu ifade edilmiştir (Monterubio ve ark., 2017: 454). BN tanılı bireylerle kişilerarası ilişki deneyimlerinin görüşüldüğü nitel bir araştırmada; bireyler sosyal ilişkilerde kaçınma, kaygı ve girişken olmama ile ilgili sorunlar yaşadıklarını ve samimiyet geliştirmekte

zorlandıklarını dile getirmişlerdir (Haslam, 2011). Hastalığı nüks eden 26 YB'li bireyle yapılan görüşmelerde; içsel duygusal durumların ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunların temel tetikleyiciler olduğu fark edilmiştir. Yakın ilişkilerde hayal kırıklıkları ve çatışmalar yaşamak ve yakın ilişkilerden kaçınmak hastalığın tekrarlamasına sebep olan kişilerarası sorunlar olarak belirlenmiştir (Wasson, 2003: 73).

Yakın ilişkiler geliştirmekten kaçınmak YB'li bireylerin romantik ilişkilerinde de sorunlara yol açıyor gibi görünmektedir. Örneğin; bir çalışmada YB'li bireylerin evliliklerinde yüzeysel bir aşırı bağlanma sergiledikleri ve böylece ilişkideki yakınlık eksikliğini telafi ettikleri açıklanmıştır (Broucke ve ark., 1988: 165). Araştırmalar YB'li bireylerin romantik ilişkilerinde; iletişim, cinsel işlevsellik, ilişki sınırları ve duygusal sağlık gibi birçok alanda sorunlar yaşandığını ve bu sorunların iyileşmeyi geciktirdiğini belirtmektedir (Dick ve ark., 2013: 232). Son olarak; bir derleme makalesinde yeme ve beden görünümüyle ilgili sorunların ilişkilerden duyulan memnuniyetsizlikle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Arcelus ve ark., 2012: 147).

Mevcut tez çalışmasında; YB'li bireylerin kişilerarası ilişkilerde güvensizlik ve yargılanma korkusu yaşadığı, kendini açmakla ilgili isteksiz oldukları, derin ilişkiler kurmaktan kaçındıkları ve romantik ilişki kurmakta zorlandıkları belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuçların literatürdeki diğer çalışmalarla uyumlu olduğu düşünülmektedir. Tüm görüşmeler analiz edildiğinde; sosyal etkileşimlere yönelik üç tutum tespit edilmiştir; ilişki kurmayı değersizleştiren ve sosyal teması minimuma düşürenler, ilişkilerin başında sınırlar belirleyip çok dikkatli hareket edenler, başkalarıyla etkileşime geçmek için sahte bir kimlik benimseyenler. Bu tutumlar kişilerin sosyal etkileşime girme olasılığını etkilemektedir (sahte kimlik benimseyenler en çok, değersizleştirenler en az sosyalleşenler). Bununla birlikte; sosyalleşip sosyalleşememelerinden bağımsız, tüm bu tutumlar, bireylerin yakın ve samimi ilişkiler geliştirmemesine hizmet etmekte ve sonucunda, tüm bireyler sosyal açıdan daha da izole olmaktadır.

Araştırmalar YB'li bireylerin hastalık öncesinde de sosyal çevrelerinin kısıtlı olduğunu, hastalık ilerledikçe sosyal ağın daha da küçüldüğünü bildirmektedir (Tiller ve ark., 1997: 31; Westwood ve ark., 2016). Ayrıca çocukluk döneminden itibaren daha fazla bireysel aktivitelere yöneldikleri ve bu eğilimin yetişkinlikte de devam ettiği bulgulanmıştır (Krug ve ark., 2013; Westwood ve ark., 2016). Hali hazırda

güvensizlik seviyeleri yüksek, kendilerini açmaktan kaçınan, sosyal çevresi kısıtlı YB'li bireyler hastalıkları şiddetlendikçe kendilerini daha çok izole etmektedir ve bu durum kişilerin sosyal destek bulma ihtimallerini önemli ölçüde azaltmaktadır (Quiles Marcos ve Terol Cantero, 2009: 226). Bu çalışmaya paralel olarak; AN, BN, TYB'li bireyler ile YB patolojisi olmayan bireylerin kıyaslandığı bir çalışmada YB'li grubun ilişkilerinden daha az memnun olduğu, daha yalnız oldukları ve sosyal desteklerinin daha kısıtlı olduğu bildirilmiştir. Sosyal destek azaldıkça bireylerin yalnızlık hisleri ve depresyon seviyeleri artmaktadır (Makri ve ark., 2022: 142). Çalışmamızda katılımcıların tamamı sosyal ilişkilerinin az olduğunu ve yalnız vakit geçirmeyi sevdiğini belirtmiştir. Araştırmalarla uyumlu olarak, mevcut çalışmada düşük kişilerarası işlevselliğin daha fazla sosyal izolasyona yol açtığı, bunun da yalnızlık hissini artırarak hastalığın şiddetlenmesine ve sosyal destek bulmayı engellediği için hastalığın kronikleşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

5.1.2.3. Hastalıkla Yalnız Mücadele Etmek

Çalışmanın önceki kısımlarında; katılımcıların çocukluktan itibaren yalnız hissettiği, aile ilişkilerinde ve sosyal ilişkilerde yaşanan olumsuz deneyimlerin yalnızlık hissini artırdığı tekrarlı şekilde belirtilmiştir. Bununla birlikte, bireyler yeme bozukluğuna yakalandıktan sonra daha da yalnızlaştıklarını ifade etmiştir. Görüşmelerde tıknakusma eylemlerinin yalnızlıkla doğrudan ilişkilendirildiği dikkat çekmiştir. Aynı zamanda, yalnızlık hissini yıkıcı etkisinden kurtulmak isteyen bireyler hastalıkla yalnız mücadele edebilecekleri kaynaklar geliştirmiştir. Bununla birlikte; araştırma bulguları, yalnızlığın hastalığı şiddetlendiren ve kronik hale getiren temel faktör olduğuna işaret etmektedir.

AN, BN ve TYB ile yalnızlık arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır (Makri ve ark., 2022: 142; Levine, 2012: 243). Levine (2012: 245) yayımladığı derleme makalede yalnızlık ve YB arasındaki ilişkinin gelişimini açıklamıştır. Buna göre; YB gelişiminde önemli rol oynayan duygusal istismar ve çocukluk travmaları bireyin özgüvenine zarar vermekte, incinebilirliğini artırmakta ve diğerlerinden yardım istemesini engellemektedir. Böylece aile ve arkadaşlarının varlığına rağmen yalnız hissetmeye başlayan birey; kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşamaya başlamakta, insanlara duyduğu güven giderek azalmaktadır. YB semptomlarının başlamasıyla, kişilerarası sorunların ve güvensizliğin de etkisiyle, hastalığı hızlı ilerlemekte ve yalnızlık duygusu artmaktadır (Levine, 2012: 245). Diğer çalışmalar da yalnızlık ve

YB arasındaki karşılıklı ilişkiye vurgu yapmış ve birbirlerini başlatan, sürdüren ve şiddetlendiren faktörler olduklarını vurgulamıştır (Grech ve ark., 2023: 128; Rotenberg ve ark., 2013: 282).

Yeme bozukluğu olan kişiler kendilerini daha yalnız hissettiklerinde, bu duyguları yönetmenin bir yolu olarak yeme davranışına yönelebilirler (Grech ve ark., 2023: 128). Kinnear ve arkadaşları (2023: 141) tarafından yürütülen nitel araştırmada; katılımcıların bozulmuş yeme davranışlarını yeme, kilo ve beden görünümü ile ilgili endişelerini hafifletmek ve benlik algısını, duygularını ve kişilerarası ilişkilerini düzenlemek için kullandığı ortaya çıkmıştır. Duygu düzenleme işleviyle ilgili olarak; tıknıma-kusma davranışlarının yalnızlık, üzüntü gibi olumsuz duyguları azaltmaya veya duygulardan tamamen kaçınmaya yardımcı olduğu bildirilmiştir (Kinnear ve ark., 2023: 141). Mevcut tez çalışmasına katılan bireylerin tamamına yakını; yalnız kaldıkları her zaman tıknırcasına yediklerini, kendileri için yalnızlığın tıknıma-kusmalar ile neredeyse eş anlamlı olduğunu ifade etmiştir.

5.1.2.4. Hastalığın Eğitim/İş Hayatına Etkisi

Sosyal işlevselliğin temel belirleyicilerinden biri olan mesleki işlevsellik; bireylerin eğitim ve iş hayatını sürdürebilme ve uyum sağlayabilme becerilerini değerlendirmektedir. Görüşmelerde; sosyal ilişkilerde sorunlar yaşayan bireylerin okula uyumda zorlandığı, YB'nin gelişimiyle birlikte uyumsuzluğun arttığı ve akademik başarılarının düştüğü fark edilmiştir. Ayrıca, katılımcılar hastalığın fiziksel ve ruhsal etkilerinin işe başlamayı ve sürdürmeyi zorlaştırdığını dile getirmiştir. Araştırma bulguları, YB'nin mesleki işlevselliği düşürdüğünü göstermektedir.

Yeme bozukluklarının öğrencilerin nöropsikolojik işlevlerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada hem AN hem BN tanılı öğrencilerde sağlıklı kontrollere kıyasla önemli ölçüde bilişsel bozulma olduğu görülmüştür. Özellikle AN'li bireylerin sözel ve görsel öğrenme, hafıza, görsel-uzamsal yetenek, kısa-sürelilik bellek ve yürütücü işlev alanlarında gerileme olduğu; düşük BKİ ve depresyonun bu bozulmayı tetiklediği bildirilmiştir (Weider ve ark., 2014: 397). Bilişsel işlevlerdeki bu bozulmanın akademik performansı etkilemesi kaçınılmaz görünmektedir. Helling ve Bowles (2007: 60) YB'den muzdarip çocukların ve ergenlerin hastalığın etkisiyle eğitim hayatlarının olumsuz etkilendiğini belirtmiştir. Hastalığın şiddetlenmesiyle ruh hallerinin, bilişsel yeteneklerinin ve fiziksel sağlıklarının belirgin şekilde olumsuz etkilenebileceğini; sosyal yaşamlarının, konsantrasyon becerilerinin ve akademik

performanslarının zarar görebileceğini; hastalık daha da şiddetlenirse tedavi için okuldan uzaklaşmaları gerekeceğini ve bunun eğitim ve meslek hayatlarıyla ilgili uzun vadeli seçimlerini etkileyebileceğini; akran ilişkilerinde de zorluklar yaşanabileceğini, ruh hallerindeki değişimlerin ve diğerlerine sıra dışı gelebilecek davranışların bireylerin dışlanmasına yol açabileceğini belirtmişlerdir (Helling ve Bowles, 2007: 60). Yapılan görüşmelerde, katılımcılar, benzer sorunlar yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Hastalık şiddetlendikçe yaşadıkları psikolojik, fiziksel, sosyal sorunların arttığını ve okul hayatına uyum sağlamakta zorlandıklarını söylemişlerdir. Bu sorunlar okul değiştirmelerine, gelecek planlarının etkilenmesine sebep olmuştur. Ek olarak, araştırma bulgularımız, sosyal sorunların YB'den çok önce başladığını göstermektedir.

Araştırmalar YB'li bireylerin iş yaşamında da hastalığın etkisiyle sorunlar yaşadıklarını göstermektedir. Aktif çalışma hayatına devam eden 117272 kişiyle yürütülen bir çalışmada; mesleki işlevselliği en çok bozulan grubun tıknırcasına yeme semptomları olan obez bireyler olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca tıknırcasına yeme davranışları olan ama obez olmayan bireylerin işlevselliklerinin sadece obez olan bireylerden daha çok bozulduğu kaydedilmiştir (Striegel ve ark., 2012: 995). Diğer bir çalışmada; AN'li bireylerin mesleki ve sosyal uyumlarının, sağlıklı kontrollere kıyasla, önemli ölçüde bozulduğu gözlemlenmiştir (Tchanturia ve ark, 2013: 41). Hastalık süresi uzadıkça ve hastalık şiddeti arttıkça mesleki işlevselliğin düştüğü bildirilmiştir (Ruuska ve ark., 2007: 452; Tchanturia ve ark, 2013: 41). Çalışmamızda, katılımcıların geneli, YB semptomlarına veya hastalığın psikolojik ve fiziksel sağlık üzerindeki olumsuz etkilerine bağlı olarak iş yaşamına dahil olmakta zorlandığını ifade etmiştir. Çalışma bulgularının literatürle uyumlu olduğu düşünülmektedir.

5.1.2.5. Pandemi Sürecinin Tetikleyici Rolü

Katılımcıların yarısı COVID-19 pandemisi başladığında liseye devam ettiklerini ve bu süreçte YB semptomlarının başladığını veya şiddetlendiğini dile getirmiştir. Araştırma bulguları, pandemi sürecinin sosyal izolasyonu ve yalnızlık hissini artırarak bireylerin sosyal işlevlerinde bozulmaya sebep olduğunu ve YB'yi tetiklediğini göstermektedir.

Çalışmalar; YB'li bireylerin, özellikle ergen ve genç yetişkinlerin, COVID-19 salgınının etkilerine karşı savunmasız gruplardan biri olduğunu göstermektedir (McLean ve ark., 2022; Priyanka ve ark., 2022: 62). 72 araştırmanın incelendiği bir sistematik derleme makalesinde; pandemi döneminde yeme bozukluklarının ve

bozulmuş yeme davranışlarının arttığı bildirilmiştir (McLean ve ark., 2022). 5469 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada; YB tanılı bireylerin pandemi sürecinde kısıtlama, tıknırcasına yeme, kusma ve egzersiz davranışlarında artış görüldüğü; YB tanısı olmayan genel popülasyonda ise hem kısıtlayıcı hem de tıknırcasına yeme davranışlarında artış görüldüğü ancak daha az egzersiz yaptıkları bildirilmiştir (Phillipou ve ark., 2020: 1158). YB'li grupta semptomların şiddetlenmesi; yaşam rutinlerin bozulması, ruhsal sağlık hizmetlerine erişimin zorlaşması, sosyal desteğin azalması ve sosyal izolasyonla ilişkili görünmektedir (Priyanka ve ark., 2022: 62). Nitel yöntemle yürütülen bir araştırmada pandemi sürecinin bozulmuş yeme tutumlarına etkisi araştırılmıştır. Sonucunda; düşünmeden yeme ve atıştırma davranışının ve genel gıda tüketiminin arttığı, iştahta ve diyet beslenmede azalma olduğu, başa çıkma stratejisi olarak yemeye başvurulduğu ve yeme bozukluğu semptomlarının yeniden ortaya çıktığı veya belirgin şekilde arttığı bulgulanmıştır (Simone ve ark., 2021: 1189). Literatür bulgularının mevcut araştırma sonuçlarını desteklediği düşünülmektedir. Bununla birlikte; yayımlanan bazı nitel araştırmalar, pandemi sürecinin hatta sosyal izolasyonun YB semptomlarını hem şiddetlendirdiğini hem hafiflettiğini bildirmiştir (Brown ve ark., 2021; Frayn ve ark., 2021: 6249). Frayn ve arkadaşları (2021: 6249) toplam stres ve anksiyete seviyesinin YB semptomlarını ve tıknıma epizodlarını artırdığını bildirirken; Brown ve arkadaşları (2021) bazı YB'li bireylerin bu süreci iyileşmek için fırsat olarak gördüklerini belirtmiştir. Mevcut araştırmaya katılan bireylerden bazıları pandemi kısıtlamaları başladığında iyi hissettiklerini çünkü okulda olumsuz deneyim yaşamak zorunda kalmayacaklarını belirtmişlerdir. Bu durum sosyal izolasyonun iyi gelmesi gibi yorumlanabilirken bireyin anlatımı derinleştikçe bu izolasyonun toplamda daha çok zarar getirdiği fark edilmektedir. Pandemi sürecinden olumsuz etkilendiklerini belirten 4 katılımcı; zorunlu sosyal kısıtlamaların başında kilo vermek ve diyet yapmak için büyük motivasyonlarının olduğunu hatta bir süre kilo verebildiklerini ancak kısıtlamalar ve sosyal izolasyon devam ettikçe tıknıma/kusma davranışlarının başladığını veya arttığını dile getirmişlerdir. Önceki çalışmalarla mevcut araştırma bulguları arasındaki farklılığın; bu araştırmanın pandemi döneminden yıllar sonra yapılması ve pandeminin bıraktığı etkileri inceleyebilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.2.6. İyileşme Sürecinde Sosyal Desteğin Önemi

Görüşmelere katılan bireyler, hastalık sürecinde sosyal destek aldıkları ve aile ilişkilerinin düzeldiği dönemlerde daha iyi hissettiklerini ve profesyonel destek alan bireylerin geneli psikoterapiden fayda gördüğünü belirtmiştir. Özellikle sosyal desteğin yokluğunda hastalığın şiddetlendiği fark edilmiş olup tüm katılımcıların YB semptomları devam etmektedir. Katılımcıların geneli YB'den kurtulamamış olmaktan duydukları sıkıntıyı dile getirmiştir. Araştırma bulguları, YB tedavisinde sosyal desteğin çok önemli olduğunu göstermektedir.

Literatürdeki araştırmalar, mevcut çalışma bulgularını desteklemekte olup, YB tedavisinin çok boyutlu bir süreç olduğunu ve sosyal destek almanın hayati önem taşıdığını göstermektedir (Blocks ve ark., 2004: 157; Bowlby ve ark., 2012: 1; Las Hayas ve ark., 2016: 576). Yeme bozukluklarında aile, arkadaşlar ve ruh sağlığı uzmanlarından oluşan destek sistemi iyileşme sürecini doğrudan etkilemektedir (Meno ve ark., 2008: 91; Shomaker ve Furman, 2009: 97; Linville ve ark., 2012: 220). Nitel araştırmaların meta-analizini içeren bir çalışmada; iyileşmeye ilişkin temel göstergelerin semptomların azalması, psikolojik iyi oluş ve psikolojik dayanıklılığı içerdiği bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmalarda kendini kabul, özerklik ve sosyal ilişkiler geliştirmenin önemi sıkça vurgulanmıştır (de Vos ve ark., 2017). İyileşme sürecindeki 15 YB'li bireyle yürütülen bir çalışmada; bireylerin kendilerini YB'den ayrı bir kimlikle tanımlayabilmesinin ve YB'ye artık ihtiyaç duymamalarının psikolojik dayanıklılığı artırdığı bildirilmiştir. Çalışmada; bireyin aile ve sosyal çevresiyle yakın ilişkiler kurabilmesinin dayanıklılığı artıran temel faktör olduğu bildirilmiştir (Grogan ve ark., 2021). Diğer bir çalışmada YB tanısı almış YB alanında uzman bireylerle tedavi süreçleri üzerine nitel görüşmeler yapılmıştır. Katılımcılar iyileşebilmek için bu sürecin inişli çıkışlı bir yol olduğunu kabul etmenin, bireyin kendine yönelik tutumlarını değiştirmesinin, hastalıkla özdeşim kurmayı sonlandırmanın, bir amaç duygusu geliştirilmesinin ve anlamlı sosyal ilişkiler edinmenin gerekliliğini vurgulamıştır (Bowlby ve ark., 2012: 1). Harney ve arkadaşları (2014: 24) YB şikayetleri devam eden bireylerin kısmen ve tamamen iyileşen bireylere göre önemli ölçüde daha çok yalnızlık hissettiğini ve YB'nin kapsamlı tedavi edilebilmesi için kişilerarası işlevsellik ve sosyal destek algılarının iyileşmesi gerektiğini bildirmiştir.

Mevcut tez çalışmasına katılan bireylerin tamamına yakınının aile ve kişilerarası işlevselliğinin düşük olduğu ve tedavi sürecinde yeterli sosyal destek alamadıkları bilinmektedir. Ayrıca katılımcılar ilaç tedavisinden fayda görmediğini ya da yan etkileri fazla olduğu için ilacı kestğini bildirmiştir. 8 katılımcıdan yalnızca 3'ü terapiye gitmiştir. Katılımcılar sürecin BDT veya dinamik terapi ekolü ile yürütüldüğünü ve psikoterapiden kısmi fayda gördüklerini iletmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin hastalıkları ya hiç gerilememiş ya da nüks ederek devam etmektedir. Tedaviye ilişkin bulgular literatürle uyumlu görünmektedir. YB tedavilerinde; farmakoterapilerin etkililiğinin düşük olduğu bilinmektedir ve BDT öne çıkan tedavi yöntemidir (Costandache ve ark., 2023: 40; Kass ve ark., 2013: 549; Pisetsky ve ark., 2019: 219). YB'de birinci basamak tedavilerde orta düzeyde başarı sağlanmakta ve her üç YB'li bireyden biri yeniden hastalanmaktadır (Sala ve ark., 2023: 281; Treasure ve ark., 2020: 899). Önceki araştırmalar ve mevcut çalışmanın bulguları birlikte değerlendirildiğinde yalnızca terapi almanın, ilaç tedavisinin ve kısıtlı sosyal desteğin iyileşme için yeterli olmadığı söylenebilir. Bu sebeple sosyal işlevselliğe yönelik müdahale stratejilerinin ön plana çıktığı kişilerarası psikoterapi, aile temelli terapiler ve grup psikoterapilerinin YB tedavisindeki rolünün daha iyi anlaşılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Kişilerarası ilişkilerin gelişimi için kritik bir dönem olarak görülen geç ergenlik ve ilk yetişkinlik, YB'li bireylerin genellikle hastalığın da etkisiyle artan sosyal geri çekilme ve düşük özgüven nedeniyle yakın ilişkiler geliştirme ve sürdürme konusunda yoğun sıkıntılar yaşadıkları süreçler olarak bilinmektedir (Murphy ve ark., 2012: 150). Kişilerarası psikoterapi, diğerleriyle ilişki kurmada yaşanan bu sıkıntıların; benlik saygısını ve duygulanımı daha da kötü etkileyerek YB semptomlarının baş etme aracı olarak kullanmasına yol açtığını ve böylece sosyal zorlukların daha da yoğunlaşarak bireyi bir döngüye sürüklediğini öne sürmektedir (Karam ve ark., 2019: 206). YB tedavilerinde; ilişkilerde yakınlık eksikliği, kişilerarası rol anlaşmazlıkları, rol geçişleri (büyük yaşam değişimlerinde yaşanan sorunlar), komplike yas (sevilen birinin kaybının ardından kişilerarası bağları yeniden kurmanın zor olduğu durumlar) ve yaşam hedefleri (kişilerarası işlevselliğe müdahale eden yaşam planlarıyla ilgili sorunlar) olmak üzere kişilerarası sorunlara yönelik beş farklı müdahale alanı tanımlanmıştır (Murphy ve ark., 2012: 154). Araştırmalar BN ve TYB tedavilerinde kişilerarası psikoterapinin etkili olduğunu göstermektedir (Linardon ve ark., 2017:

125; Pisetsky ve ark., 2019: 219). Kişilerarası psikoterapi; BN tedavilerinde bireyin sağlıklı ilişkiler geliştirmesine, sosyal destek ağlarını kullanmasına ve kişilerarası eksiklikleri yönetme becerisi kazanmasına yardımcı olurken bulimik tutum ve davranışları azaltmayı amaçlamaktadır (Haslam, 2011: 46-49). TYB tedavilerinde ise, kişilerarası işlevselliği artırarak duygusal yeme ve beden ağırlığı üzerinde kontrol sağlamaya yardımcı olmaktadır (Miniati ve ark., 2018: 367). Mevcut tez çalışmasında YB'li bireylerde kişilerarası sorunların yaygın görüldüğü, yakınlık kurma ve sosyal destek ağı oluşturmayla ilgili sorunlar yaşandığı tekrarlı şekilde dile getirilmiştir. Tüm bu bilgiler ışığında, sosyal işlevsellik gelişimini doğrudan teşvik eden kişilerarası psikoterapinin YB tedavilerinde yaygınlaştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

AN ve şiddetli BN tedavilerinde aile temelli terapilerin etkili olduğu bilinmektedir (Kass ve ark., 2013: 549; Vall ve Wade, 2015: 946). Rienecke (2017: 70) çalışmasında aile temelli yaklaşımın AN ve BN tedavisinde nasıl işlediğini detaylı şekilde açıklamıştır. Buna göre, AN tedavisi üç aşamadan oluşur. Tedavinin başlarında fiziksel sağlığın iyileşmesine odaklanılır. Yeme ile ilgili düzenlemeler geçici süreyle ebeveynlere verilirken kardeşin destekleyici bir rol üstlenmesi sağlanır. Burada amaç YB'li bireyin destek sistemini oluşturarak günlük yaşamı içinde iyileşmesini sağlamaktır. İlerleyen aşamalarda aile yemeklerinin düzenlenmesi, hem hastalığın hem YB'li bireyin sorunlarının aile tarafından daha iyi anlaşılabilmesine dönük müdahale stratejileri geliştirilir. Tedavinin sonlarına doğru aile yaşamı kendi rutinlerine geri dönerken YB'li bireyin sorunlar karşısında hastalığı yeniden bir başa çıkma aracı olarak kullanmaması için önlemler alınır. BN tedavisi, AN'ye benzer şekilde ilerlese de süreç daha iş birliği içinde yürütülmektedir. Tedavide amaç tıkmakusma örüntüsünü sonlandırırken ailenin eleştirel dilini değiştirmek ve YB'li bireyin utanç ve kendini gizleme eğilimini azaltmaktır (Rienecke, 2017: 70). YB tedavilerinde ATT'nin işe yaramasının altında yatan mekanizmaların anlaşılması için 15 YB'li ergenle nitel bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmada tüm aile üyeleri arasında güven oluşturmanın tedavinin en önemli bileşeni olduğu vurgulanmaktadır. Çalışmaya katılan tüm bireyler hastalık sürecinde desteğe olan ihtiyaçlarını reddettiklerinden, tedavi boyunca ailelerinden samimi ve tutarlı bir yardım geldikçe aralarındaki ilişkinin, iletişimin ve güvenin yeniden inşa edildiğinden ve bunun iyileşmelerini sağlayan temel faktör olduğundan bahsetmişlerdir (Baudinet ve ark., 2024).

Araştırmamızda YB'li bireylerin aile ilişkilerinde yaşanan sorunların YB gelişimi açısından risk oluşturduğu ve aileden yeterli destek alamamanın hastalığı şiddetlendirdiği önemle vurgulanmıştır. Aile temelli terapilerin, YB'li gençlerin tedavilerinde ebeveyn desteğinin sağlanması ve ailelerin güçlendirilmesini hedef alması açısından mevcut çalışmada ele alınan sorunların çözümünde etkili bir tedavi yöntemi olabileceği düşünülmektedir (Loeb ve le Grange, 2009: 243).

Grup psikoterapileri aynı anda birden çok danışana ulaşılmasını sağlayan, kişilerarası ilişkilerin gelişimini merkeze alan, nispeten uygun maliyetli bir tedavi yöntemidir (Gökkaya ve ark., 2020: 260). Grup terapileri BDT, psikodinamik, şema ve aile temelli yaklaşımlarla yürütülebilmektedir (Polnay ve ark., 2014: 2241; Prestano ve ark., 2008: 302; Simpson ve ark. 2010; Tantillo, 2003: 950). YB'de kişilerarası işlevsellikte bozulmanın yaygın olduğu ve bu sorunun hastalığın gelişiminde, şiddetlenmesinde ve süregelenleşmesinde önemli bir rol oynadığı değerlendirildiğinde grup psikoterapilerinin etkili bir tedavi yöntemi olabileceği varsayılmaktadır (Ergüney-Okumuş ve Deveci, 2019: 341). YB'de grup psikoterapilerinin etkililiğinin incelendiği çalışmaların kısıtlı olduğu dikkat çekmektedir. Bununla birlikte AN, BN ve TYB tedavilerinde bireylerin grup terapilerinden fayda gördüğü bilinmektedir (Grenon ve ark., 2017: 997; Wanlass ve ark., 2005: 47). Yalnız YB semptomlarının gerilemesi değil sosyal izolasyonda azalma, sosyal destek edinme, akran ilişkileri geliştirme ve iletişim ve sosyal beceriler kazanma açısından da yararlı olmaktadır (Chen ve ark., 2003: 253; Ergüney-Okumuş ve Deveci, 2019: 342; Okamoto ve ark., 2017). Ergüney-Okumuş ve arkadaşları (2018: 307) tarafından grup sürecine etki eden deneyimlerin anlaşılabilmesi amacıyla YB tanılı 4 katılımcı ile 8 seanslık grup psikoterapisi yürütülmüş ve görüşmeler nitel yöntemle analiz edilmiştir. Çalışma bulguları grup sürecinin bireyler için faydalı olduğunu göstermektedir ve katılımcılar terapinin yaşadıklarını normalize edebilmelerine ve anlaşıldıklarını hissetmelerine yardımcı olduğunu bildirmiştir (Ergüney-Okumuş ve ark., 2018: 314). Mevcut tez çalışmasından elde edilen bulgular YB'li bireylerin çok azının terapi desteğine ulaşabildiğini ve tedavilerde kişilerarası işlevsellik gelişimine odaklanılmadığında tam iyileşmenin sağlanamadığını göstermektedir. Bu noktada, grup psikoterapilerinin YB tedavilerinde yaygınlaştırılması kişilerarası problemlere doğrudan müdahale etmesi ve bireysel terapilere kıyasla tedavi maliyetlerini azaltarak daha fazla kişiye ulaşılmasını sağlaması açısından büyük önem taşımaktadır.

Araştırma bulguları ilgili literatür ışığında incelenmiş olup YB tedavilerinde sosyal işlevselliğe odaklanmanın gerekliliğinin altı çizilmiştir. Bu doğrultuda kişilerarası psikoterapi, aile temelli terapiler ve grup psikoterapilerinin YB tedavilerindeki rolü tartışılmıştır. Ek olarak, bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının YB'ye yol açan bir risk faktörü olabileceği ve sosyal işlevsellik gelişimini engelleyerek ileriki yaşamda sosyal destek ağı oluşturma, yakın ilişkiler geliştirme gibi kişilerarası sorunlara yol açabileceği saptanmıştır. Katılımcıların genelinde YB'nin kronik seyirli ilerlediği, tedaviden kısmi yanıt alındığı ve nükslerin görüldüğü daha önce belirtilmiştir. Çalışma bulgularından yola çıkarak YB'de yaygın görülen bu tabloya yol açan ana sebeplerden birinin çocukluk çağı travmaları olduğu ve travma odaklı terapilerin YB tedavilerinin etkililiğini artırabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki araştırmalar bu bulguları desteklemekte ve YB tedavilerinde travma yaşantısının erken belirlenebilmesinin daha şiddetli semptomların gelişimini önleyebileceğini bildirmektedir (Groth ve ark., 2019: 443; Rabito-Alcón ve ark., 2021: 114). Ayrıca YB tedavilerindeki etkililiği hakkında ileri araştırmaların gerektiği bildirilse de Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisinin YB'de etkili olabileceğini gösteren çalışmalar yayımlanmaktadır (Balbo ve ark., 2017: 321; Bloomgarden ve Calogero, 2008: 418; Ergüney-Okumuş, 2021: 233-234). Sonuç olarak; YB tedavilerinde sosyal işlevselliğe odaklanan kişilerarası psikoterapi, grup terapileri gibi tedavi seçeneklerinin yanında EMDR gibi travma odaklı terapilerin de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut araştırma kapsamında yapılan görüşmeler ve analizler sonucunda elde edilen bulgular literatürdeki ilgili araştırmalar doğrultusunda ayrıntılı şekilde incelenmiştir. Buna göre; işlevsiz aile ortamının, çocukluk çağı travmalarının, yalnızlığın ve olumsuz benlik algısının sosyal işlevsellik gelişimini kitlediği ve düşük sosyal işlevselliğin yeme bozukluğunu başlatan ana faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, hastalık sürecinde bireylerin sosyal işlevselliklerinin daha da bozulduğu gözlemlenmiştir. Bozulmuş sosyal işlevsellik; mevcut ilişkileri sürdürmeyi, yeni ilişkiler kurmayı ve günlük işlevleri devam ettirmeyi zorlaştırarak bireylerin sosyal açıdan izole olmasına ve hissettikleri yalnızlığın köklenmesine neden olmaktadır. Böylece hastalıkları daha da şiddetlenen bireyler çok kısıtlı sosyal desteğe erişebilmekte, bu destek kayb olduğunda YB belirtileri yeniden şiddetlenmektedir. Tüm bu süreçte, sosyal işlevsellik ve yeme bozukluğu birbirleri üzerinde bozucu etki yaratarak bireyleri bir kısır döngünün içine hapsediyor gibi görünmektedir. Araştırma

bulguları; sosyal işlevsellikte bozulmanın yeme bozukluğunun başlamasına, şiddetlenmesine ve kronikleşmesine yol açtığını göstermektedir.

5.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın önemli kısıtlarından biri örneklem büyüklüğüyle ilgilidir. Görüşmeler 8 katılımcı ile yürütülmüş olup uluslararası literatürdeki benzer çalışmaların daha fazla katılımcıya ulaştığı bilinmektedir. Ayrıca araştırmaya yalnızca kadın bireylerin dahil edilmesi de bir diğer sınırlılık olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşmeler kullanılmıştır. Bu görüşmeler, katılımcıların talepleri ve müsaitliği doğrultusunda çevrimiçi ve yüz yüze yürütülmüştür. Görüşme ortamı rahatlık seviyesi ve beden dili gibi faktörleri etkileyerek bireylerin iletişim kurma biçimlerini değiştirebilmektedir. Farklı görüşme ortamlarının, veriler arasındaki tutarlılığı etkileyebileceği düşünülmektedir.

Görüşmeler AN, BN ve TYB tanılı bireylerle yürütülmüştür ancak görüşmelerin analizi ve yazımı sırasında tanılar arası farklılıklar incelenmemiştir. Araştırma tüm YB'li bireylerin ortak deneyimlerine odaklanıyor olsa da gruplar arası farklılıkların incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Görüşmelerde tüm katılımcıların sosyal işlevselliğinin çok düşük olduğu fark edilmiştir ve analizler sırasında sosyal işlevselliğin sadece zayıf olduğu alanlar incelenmiştir. Bununla birlikte gelecek araştırmalarda güçlü yanların da incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ana temalar sosyal işlevsellik merkeze alınarak oluşturulmuş ve yalnızlık ve sosyal işlevsellik arasındaki ilişki tekrarlı şekilde vurgulanmıştır. Bu çalışmada sosyal işlevsellikte bozulmanın yalnızlığı artırıcı temel faktörlerden biri olduğu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte temaların yalnızlık etrafında da şekillendirilebileceği düşünülmüştür. Ayrıca yalnızlık ve YB arasındaki nedensel ilişkinin ileri araştırmalarda incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın “Sosyal İşlevselliğin Hastalık Sürecine Etkisi” başlıklı ana teması, başlangıçta “Yeme Bozukluğu Yaşantısında Sosyal İşlevsellik” ve “Sosyal İşlevsellikte Bozulmanın Sonuçları” olarak iki ana temada incelenmiştir. Daha sonra başlangıçta sonuç olarak değerlendirilen hastalıkla yalnız mücadele etme, hastalığın eğitim/iş hayatına etkisi gibi alt temaların aynı zamanda hastalık süreçlerinin devam etmesine de yol açtığı fark edilmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalar değerlendirilerek

ve uzman görüşüne başvurularak tek bir ana tema oluşturulmasına karar verilmiştir. Bununla birlikte seçilen yöntemin araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biri olduğu düşünülmektedir. Sosyal işlevselliğin YB'ye hem neden olan hem hastalığı sürdüren ve kronikleştiren aynı zamanda YB'den etkilenen çok boyutlu bir faktör olması kodların ve temaların iç içe geçmesine neden olmuştur. Anlam karmaşasını önlemek amacıyla bulgular ve tartışma kısmında temalar arasındaki farklılıklar, temaların oluşturulma nedenleri ve içerikleri detaylı bir biçimde incelenmiştir. Yine de yorumlayıcı fenomenolojik analiz yerine gömülü teorinin kullanılmasının, birbirine benzer kodları analiz etmek için daha uygun bir yöntem olabileceği düşünülmektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut tez çalışmasında, YB oluşumuna ve YB sürecine etki eden sosyal işlevsellikle ilişki faktörler araştırılmıştır. Literatürdeki çalışmalar incelenmiş ve ilgili konunun nitel yöntemle araştırılmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda AN, BN ve TYB tanıılı bireylerle görüşmeler yürütülmüştür. Bu görüşmelerde katılımcıların çocukluk döneminden itibaren aile ve kişilerarası ilişkileri ve hastalık süreçleri ele alınmıştır. Bireylerin aile içi dinamiklerine, sosyal ilişkilerine ve YB yaşantısına ilişkin deneyimleri yorumlayıcı fenomenolojik yöntemle analiz edilmiştir.

Görüşmeye katılan bireylerin sosyal işlevselliklerinin önemli ölçüde bozulduğu, aile ve sosyal ilişkilerde zorluklar yaşandığı ve bu deneyimlerin hastalık sürecini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Görüşmelerde tüm katılımcıların yalnızlık hissettiği ve bu hissin çocukluk yaşantısına uzandığı fark edilmiştir. Yalnızlık hissinin oluşmasına da yol açtığı düşünülen çocukluk dönemi travmalarının ve aile dinamiklerinin benlik algısında da bozulmaya sebep olduğu görülmektedir. Tüm bu faktörler sosyal işlevselliğin gelişimini sağlayacak becerilerin kazanılmasını engellemekte ve YB gelişimi için risk teşkil etmektedir.

YB yaşantısı bireylerin sosyal işlevselliğinin daha da düşmesine neden olmaktadır. YB ile mücadelesinde aile üyelerinden destek görmediğini ve anlaşılmadığını hisseden bireylerin bozulmuş sosyal işlevselliği kişilerarası ilişkilerde de olumlu deneyimler geliştirme ihtimalini düşürmektedir. İnsanlara güvenmekte ve kendini açmakta zorlanan bireyler yakın ilişkiler kuramamaktadır. Böylece sosyal izolasyonları artmakta ve yalnızlık duygusunu giderek içselleştirmektedirler. Yine de yalnızlık duygusu sıkıntı vermeye devam etmekte ve bununla başa çıkabilmek için bireyler YB semptomlarına daha çok tutunmaktadır. Tüm bu süreçler kişilerin günlük yaşamlarını, akademik hayatlarını ve mesleki işlevlerini olumsuz etkilemektedir. Bireyler iyileşmek için dönem dönem profesyonel desteğe başvurmakta, yakınlarıyla ilişkileri düzeldikçe daha iyi hissetmekte ama kendilerine kalıcı destek bulamamaktadır. Bu doğrultuda, bozulmuş sosyal işlevselliğin YB gelişimine ve sürmesine, hastalığın tekrarlamasına ve daha geç iyileşmesine yol açan önemli bir etmen olduğu düşünülmüştür.

Araştırma bulgularının, 18-30 yaş arası YB tanıılı kadınların aile ve sosyal ilişkilerinde yaşadıkları zorlanmalara ışık tuttuğu düşünülmektedir. Ülkemizde ve uluslararası

literatürde, bilindiği kadarıyla, YB tanılı yetişkin bireylerde sosyal işlevselliğin hem aile işlevselliği hem kişilerarası işlevsellik boyutlarıyla incelendiği nitel yöntemle yürütülen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda, mevcut araştırmanın, YB yaşantısında sosyal işlevsellik faktörünün anlaşılmasını sağlayarak literatüre ve klinik uygulamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın sonuçlarından hareketle, YB tedavilerinde sosyal işlevsellik değerlendirmelerinin yapılmasının ve çözüme yönelik müdahale stratejilerinin geliştirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Sosyal işlevsellik ve sosyal desteği doğrudan tedavi bileşeni olarak ele alan kişilerarası psikoterapi, aile temelli terapiler ve grup psikoterapilerinin yaygınlaştırılmasının ve bu terapilerin etkililiğine dönük ileri araştırmaların yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Ek olarak, YB tedavi programlarına erken dönem travmalarının tespitine ve tedavisine yönelik çalışmaların eklenmesinin klinik uygulamalara önemli katkı sunacağı düşünülmektedir.

Son olarak, YB ile mücadelede tedavi yöntemlerine ek olarak koruma-önleme programlarının da incelenmesi gerekmektedir. Bu programlar risk faktörlerini azaltmak, koruyucu etmenleri geliştirmek ve sonuçta toplumdaki YB yaygınlığını azaltmak için oluşturulmuştur. Literatür incelendiğinde bu programların ağırlıklı olarak YB semptomlarına odaklandığı ve kısıtlayıcı yeme davranışları, beden memnuniyetsizliği, zayıf-beden ideali gibi risk faktörlerine yönelik müdahaleler geliştirdiği gözlemlenmiştir (Ciao ve ark., 2014: 453; Koreshe ve ark., 2023: 38). Bununla birlikte koruma önleme çalışmalarında da, YB gelişimine karşı koruyucu olabileceği ve nüksleri engelleyebileceği için, sosyal işlevsellik faktörüne odaklanılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Story, M. ve Perry, C. (2006). Parent–child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.09.013>
- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T. ve Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 57(5), 459–466. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.5.459>
- Ahern, K. J. (1999). Ten tips for reflexive bracketing. *Qualitative Health Research*, 9(3), 407-411. <https://doi.org/10.1177/104973239900900309>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. ve Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Aldiabat, K. M. ve Le Navenec, C. (2018). Data saturation: The mysterious step in grounded theory method. *The Qualitative Report*, 23(1), 245-261. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2018.2994>
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S. ve Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9-21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Allen, C. L., Scannell, E. D. ve Turner, H. R. (1998). Guilt and hostility as coexisting characteristics of bulimia nervosa. *Australian Psychologist*, 33(2), 143–147. doi:10.1080/00050069808257396
- Allison, S., Warin, M. ve Bastiampillai, T. (2013). Anorexia nervosa and social contagion: clinical implications. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2), 116–120. doi:10.1177/0004867413502092
- Almenara, C. A., Umemura, T. ve Macek, P. (2016). Parent-daughter relationships and disordered eating among emerging adult women from the Czech republic. *Studia Psychologica*, 58(3), 216-230. doi: 10.21909/sp.2016.03.718

- Altshuler, L., Mintz, J. ve Leight, K. (2002). The life functioning questionnaire (LFQ): A brief, gender-neutral scale assessing functional outcome. *Psychiatry Research*, 112(2), 161-182. doi:10.1016/S0165-1781(02)00180-4
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). *Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı* (E. Köroğlu, Çev.; 4. baskı). Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı* (E. Köroğlu, Ed. ve Çev.; 5. baskı). Hekimler Yayın Birliği.
- Aragona, M., Catapano, R., Loredano, C. ve Alliani, D. (2011). The "psychosomatic" family system: are families with eating disorders more enmeshed and rigid than normal controls?. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neurosciences* 4(1), 10-15.
- Arcelus, J., Haslam, M., Farrow, C. ve Meyer, C. (2013). The role of interpersonal functioning in the maintenance of eating psychopathology: A systematic review and testable model. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.009>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. ve Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724–731. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74>
- Arcelus, J., Yates, A. ve Whiteley, R. (2012). Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: A review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(2), 147–161. doi:10.1080/14681994.2012.696095
- Atlas, J. G. (2004). Interpersonal sensitivity, eating disorder symptoms, and eating/thinness expectancies. *Current Psychology*, 22(4), 368-378. <https://doi.org/10.1007/s12144-004-1041-y>
- Atlioğlu, N. (2022). *COVID-19 döneminde yeme bozukluğu yayınlığı: Yeme bozukluğu semptomlarının yordayıcıları* (Yayın no. 770810). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Haliç Üniversitesi] Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi
- Bailer, U. F., Frank, G. K., Henry, S. E., Price, J. C., Meltzer, C. C., Weissfeld, L., Mathis, C. A., Drevets, W. C., Wagner, A., Hoge, J., Ziolkko, S. K., McConaha, C. W. ve Kaye, W. H. (2005). Altered brain serotonin 5-HT1A receptor binding

- after recovery from anorexia nervosa measured by positron emission tomography and [carbonyl¹¹C]WAY-100635. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 1032–1041. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.9.1032>
- Bailer, U.F. ve Kaye, W.H. (2011). Serotonin: imaging findings in eating disorders. *Current topics in behavioral neurosciences*, 6, 59-79.
- Balbo, M., Zaccagnino, M., Cussino, M., ve Civiliotti, C. (2017). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and eating disorders: A systematic review. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 14(5), 321–329.
- Balottin, L., Mannarini, S., Rossi, M., Rossi, G. ve Balottin, U. (2017). The parental bonding in families of adolescents with anorexia: Attachment representations between parents and offspring. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 319–327. <https://doi.org/10.2147/NDT.S128418>
- Bardone-Cone, A. M., Harney, M. B., Maldonado, C. R., Lawson, M. A., Robinson, D. P., Smith, R. ve Tosh, A. (2010). Defining recovery from an eating disorder: Conceptualization, validation, and examination of psychosocial functioning and psychiatric comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.001>
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. ve Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384–405.
- Barry, D. T., Grilo, C. M., ve Masheb, R. M. (2001). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 63-70. <https://doi.org/10.1002/eat.1112>
- Bartholomew, K. and Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Basile, B. (2004). Self-disclosure in eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(3), 217-223. <https://doi.org/10.1007/BF03325070>

- Baudinet, J., Eisler, I., Konstantellou, A., Simic, M., ve Schmidt, U. (2024). How young people perceive change to occur in family therapy for anorexia nervosa: A qualitative study. *Journal of Eating Disorders*, 12(11). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00971-8>
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E. ve Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 217–229. doi:10.1007/s10964-005-9010-9
- Bellido-Zanin, G., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A. ve Vázquez-Morejón, A. J. (2015). Social functioning as a predictor of the use of mental health resources in patients with severe mental disorder. *Psychiatry research*, 230(2), 189–193. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.037>
- Bemporad, J. R. (1996). Self-starvation through the ages: Reflections on the prehistory of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(3), 217-237.
- Berge, J. M., Wall, M. M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A. ve Neumark-Sztainer, D. (2012). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(2), 205-217. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9478-1>
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. ve Copestake, S. (1990). The social functioning scale the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157(06), 853–859. doi:10.1192/bjp.157.6.853
- Bloks, H., Furth, E. F. v., Callewaert, I. ve Hoek, H. W. (2004). Coping strategies and recovery in patients with a severe eating disorder. *Eating Disorders*, 12(2), 157-169. <https://doi.org/10.1080/10640260490445131>
- Blomquist, K. K., Ansell, E. B., White, M. A., Masheb, R. M. ve Grilo, C. M. (2012). Interpersonal problems and developmental trajectories of binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(8), 1088-1095. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.05.003>

- Bloomgarden, A. ve Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating Disorders*, 16(5), 418–427.
- Bosc M. (2000). Assessment of social functioning in depression. *Comprehensive psychiatry*, 41(1), 63–69. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(00\)90133-0](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(00)90133-0)
- Boutelle, K., Eisenberg, M. E., Gregory, M. L. ve Neumark-Sztainer, D. (2009). The reciprocal relationship between parent–child connectedness and adolescent emotional functioning over 5 years. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(4), 309–316. doi:10.1016/j.jpsychores.2008.10.019
- Bowlby, C. G., Anderson, T. L., Hall, M. E. L. ve Willingham, M. M. (2012). Recovered professionals exploring eating disorder recovery: A qualitative investigation of meaning. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10615-012-0423-0>
- Bowles, T., Kurlender, M. ve Hellings, B. (2011). Family functioning and family stage associated with patterns of disordered eating in adult females. *The Educational and Developmental Psychologist*, 28(1), 47-60. doi:10.1375/aedp.28.1.47
- Breland, J. Y., Donalson, R., Dinh, J. ve Maguen, S. (2017). Trauma exposure and disordered eating: a qualitative study. *Women & Health*, 58(2), 160-174. <https://doi.org/10.1080/03630242.2017.1282398>
- Brewerton, T. D., Perlman, M. M., Gavidia, I., Suro, G., Genet, J. ve Bunnell, D. W. (2020). The association of traumatic events and posttraumatic stress disorder with greater eating disorder and comorbid symptom severity in residential eating disorder treatment centers. *The International journal of eating disorders*, 53(12), 2061–2066. <https://doi.org/10.1002/eat.23401>
- Brissos, S., Molodynski, A., Dias, V. V. ve Figueira, M. L. (2011). The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Annals of General Psychiatry*, 10(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-10-18>
- Broucke, S. V. d. ve Vandereycken, W. (1988). Anorexia and bulimia nervosa in married patients: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2), 165-173. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(88\)90010-7](https://doi.org/10.1016/0010-440x(88)90010-7)

- Brown, C. ve Mehler, P. S. (2015). Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: An update on some critical aspects. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20(4), 419–425. doi:10.1007/s40519-015-0202-3
- Brown, M. ve Levinson, C. A. (2022). Core eating disorder fears: Prevalence and differences in eating disorder fears across eating disorder diagnoses. *International Journal of Eating Disorders*, 55(7), 956-965. <https://doi.org/10.1002/eat.23728>
- Brown, S., Opitz, M. C., Peebles, A. I., Sharpe, H., Duffy, F. ve Newman, E. (2021). A qualitative exploration of the impact of COVID-19 on individuals with eating disorders in the UK. *Appetite*, 156, 104977. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104977>
- Buist, K. L., Deković, M. ve Prinzie, P. (2013). Sibling relationship quality and psychopathology of children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.007>
- Bulut, N. S., Yorguner Küpeli N., Bulut, G. Ç. ve Topçuoglu, V. (2017). Anoreksiya Nervoza'da Psikososyal Tedaviler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 329-345. DOI:10.18863/pgy.288664
- Campbell, M. (2009). Drop-out from treatment for the eating disorders: A problem for clinicians and researchers. *European Eating Disorders Review*, 17(4), 239-242. <https://doi.org/10.1002/erv.934>
- 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>
- Cardi, V., Matteo, R. D., Corfield, F. ve Treasure, J. (2013). Social reward and rejection sensitivity in eating disorders: An investigation of attentional bias and early experiences. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14(8), 622-633. doi:[10.3109/15622975.2012.665479](https://doi.org/10.3109/15622975.2012.665479)
- Cardi, V., Tchanturia, K. ve Treasure, J. (2018). Premorbid and illness-related social difficulties in eating disorders: An overview of the literature and treatment

developments. *Current Neuropharmacology*, 16(8), 1122-1130.
doi:10.2174/1570159X16666180118100028

Carter, F. A., Jordan, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Frampton, C. M., Bulik, C. M. ve Joyce, P. R. (2011). The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *The International journal of eating disorders*, 44(7), 647–654.
<https://doi.org/10.1002/eat.20879>

Castro, L. C. ve Martins, M. (2009). Emotional Processing in Eating Disorders. *European Psychiatry*, 24(1), 741. doi:10.1016/S0924-9338(09)70974-5

Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G. ve Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: Family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 10*, 305–312.
doi:10.2147/prbm.s145463

Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. de ve Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271–280. doi:10.1002/eat.10147

Chang, P. G. R. Y., Delgado, J. ve Waller, G. (2021). Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 86, 102032.
doi:10.1016/j.cpr.2021.102032

Chen, E., Touyz, S. W., Beumont, P. J., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P., Russell, J., Schotte, D. E., Gertler, R. ve Basten, C. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 33(3), 241–256.
<https://doi.org/10.1002/eat.10137>

Christensen, V. (2014). My sibling, my weight. how gender, sibling gender, sibling weight and sibling weight level perception influence weight perception accuracy. *Nutrition & Diabetes*, 4(1), 103.
<https://doi.org/10.1038/nutd.2013.44>

- Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J. ve Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 48(1), 81–90. <https://doi.org/10.1002/eat.22314>
- Ciao, A. C., Loth, K., ve Neumark-Sztainer, D. (2014). Preventing eating disorder pathology: Common and unique features of successful eating disorders prevention programs. *Current psychiatry reports*, 16(7), 453. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0453-0>
- Colton, A. ve Pistrang, N. (2004). *Adolescents' experiences of inpatient treatment for anorexia nervosa*. *European Eating Disorders Review*, 12(5), 307–316. doi:10.1002/erv.587
- Cook-Cottone, C.P., Serwacki, M.L., Guyker, W., Sodano, S.M., Nickerson, A.B., Keddie-Olka, E. ve Anderson, L. (2016). The role of anxiety on the experience of peer victimization and eating disorder risk. *School Mental Health*, 8, 354-367.
- Coomber, K. ve King, R. (2008). The role of sisters in body image dissatisfaction and disordered eating. *Sex Roles*, 59(1-2), 81-93. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9413-7>
- Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharvit, S., Pisetsky, E. M. ve Anderson, L. M. (2022). Eating disorders during the COVID-19 pandemic and quarantine: An overview of risks and recommendations for treatment and early intervention. *Eating disorders*, 30(1), 54–76. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1790271>
- Cooper, Z. ve Fairburn, C. G. (2003). Refining the definition of binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 89-95. <https://doi.org/10.1002/eat.10208>
- Copeland, W. E., Bulik, C. M., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S. T. ve Costello, E. J. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *The International journal of eating disorders*, 48(8), 1141–1149. <https://doi.org/10.1002/eat.22459>

- Cortés-García, L., Rodríguez-Cano, R. ve von Soest, T. (2022). Prospective associations between loneliness and disordered eating from early adolescence to adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 55(12), 1678-1689. <https://doi.org/10.1002/eat.23793>
- Cossrow, N., Pawaskar, M., Witt, E. A., Ming, E. E., Victor, T. W., Herman, B. K., Wadden, T. A. ve Erder, M. H. (2016). Estimating the prevalence of binge eating disorder in a community sample from the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(8), 968-974.
- Costandache, G. I., Munteanu, O., Salaru, A., Oroian, B. ve Cozmin, M. (2023). An overview of the treatment of eating disorders in adults and adolescents: pharmacology and psychotherapy. *Postepy Psychiatrii I Neurologii*, 32(1), 40-48. <https://doi.org/10.5114/ppn.2023.127237>
- 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:10.1002/eat.22042
- Creswell, J. W. (2013) *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. (3. baskı). Los Angeles: SAGE Publications.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M. ve Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *The Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166–175. [https://doi.org/10.1016/s1054-139x\(02\)00368-3](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(02)00368-3)
- Cromby, J. (2012). Feeling the way: Qualitative clinical research and the affective turn. *Qualitative Research in Psychology*, 9(1), 88-98. <https://doi.org/10.1080/14780887.2012.630831>
- Crow, S. (2014). Treatment of Binge Eating Disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(4), 307–314. doi:10.1007/s40501-014-0023-4
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Włodarczyk, A. ve Echeburúa, E. (2018). The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem

and negative affect in male and female adolescents. *Journal of Health Psychology*, 25(8), 1098-1108. <https://doi.org/10.1177/1359105317748734>

Culbert, K. M., Racine, S. E. ve Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders- a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141–1164. doi:10.1111/jcpp.12441

Cunha, A. I., Relvas, A. P. ve Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 229–240.

da Luz, F. Q., Mohsin, M., Jana, T. A., Marinho, L. S., Santos, E. D., Lobo, I., Pascoareli, L., Gaeta, T., Ferrari, S., Teixeira, P. C., Cordás, T. ve Hay, P. (2023). An examination of the relationships between eating-disorder symptoms, difficulties with emotion regulation, and mental health in people with binge eating disorder. *Behavioral sciences*, 13(3), 234. <https://doi.org/10.3390/bs13030234>

Dallos, R. ve Denford, S. (2008). A qualitative exploration of relationship and attachment themes in families with an eating disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 305-322. doi:10.1177/1359104507088349

Dapelo, M. M., Bodas, S., Morris, R. ve Tchanturia, K. (2016). Deliberately generated and imitated facial expressions of emotions in people with eating disorders. *Journal of affective disorders*, 191, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.044>

Davies, H., Wolz, I., Leppanen, J., Fernandez-Aranda, F., Schmidt, U. ve Tchanturia, K. (2016). Facial expression to emotional stimuli in non-psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 64, 252–271. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.02.015>

Davis, A. A. ve Nguyen, M. (2014). A case study of anorexia nervosa driven by religious sacrifice. *Case Reports in Psychiatry*, 2014, 512764. doi:10.1155/2014/512764

- Day, S., Hay, P., Tannous, K., Fatt, S. J. ve Mitchison, D. (2023). A systematic review of the effect of ptsd and trauma on treatment outcomes for eating disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(2), 947-964. <https://doi.org/10.1177/15248380231167399>
- de Jong, M., Spinhoven, P., Korrelboom, K., Deen, M.L., van der Meer, I., Danner, U.N., van der Schuur, S., Schoorl, M. ve Hoek, H.W. (2020). Effectiveness of enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: A randomized controlled trial. *The International Journal of Eating Disorders*, 53, 717- 727.
- de Leeuw, R. N., Snoek, H. M., van Leeuwe, J. F., van Strien, T. ve Engels, R. C. (2007). Similarities and reciprocal influences in eating behavior within sibling pairs: a longitudinal study. *Eating behaviors*, 8(4), 464-473. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.01.002>
- de Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T. ve Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: A systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5(34). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0164-0>
- Del Pino-Gutiérrez, A., Jiménez-Murcia, S., Fernández-Aranda, F., Agüera, Z., Granero, R., Hakansson, A., Fagundo, A. B., Bolao, F., Valdepérez, A., Mestre-Bach, G., Steward, T., Penelo, E., Moragas, L., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Rigol-Cuadras, A., Martín-Romera, V. ve Menchón, J. M. (2017). The relevance of personality traits in impulsivity-related disorders: From substance use disorders and gambling disorder to bulimia nervosa. *Journal of behavioral addictions*, 6(3), 396-405. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.051>
- Descutner, C. J. ve Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a fear-of intimacy scale. *Psychological Assessment*, 3(2), 218-225.
- Deveci, E. (2020). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun görülme sıklığı ve psikososyokültürel yordayıcıları: İstanbul örnekleme (Yayın no. 634679). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.

- Dick, C., Renes, S., Morotti, A. ve Strange, A. (2013). Understanding and assisting couples affected by an eating disorder. *The American Journal of Family Therapy*, 41, 232 - 244. <https://doi.org/10.1080/01926187.2012.677728>.
- Dickerson F. B. (1997). Assessing clinical outcomes: The community functioning of persons with serious mental illness. *Psychiatric services*, 48(7), 897–902. <https://doi.org/10.1176/ps.48.7.897>
- Dimitropoulos, G., Herschman, J., Toulany, A. ve Steinegger, C. (2016). A qualitative study on the challenges associated with accepting familial support from the perspective of transition-age youth with eating disorders. *Eating disorders*, 24(3), 255–270. <https://doi.org/10.1080/10640266.2015.1064276>
- Dingemans, A. E., van Son, G. E., Aardoom, J. J., Bruidegom, K., Slof-Op 't Landt, M. C. ve van Furth, E. F. (2016). Predictors of psychological outcome in patients with eating disorders: A routine outcome monitoring study. *The International journal of eating disorders*, 49(9), 863–873. <https://doi.org/10.1002/eat.22560>
- Donahue, J. M., Reilly, E. E., Anderson, L. M., Scharmer, C. ve Anderson, D. A. (2018). Evaluating associations between perfectionism, emotion regulation, and eating disorder symptoms in a mixed-gender sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(11), 900–904. doi:10.1097/nmd.0000000000000895
- Dönmez, A. (2021). *Yeme Bozukluğunun Üstesinden Gelmek: Kendi Kendine Yardım Kitabı* (1. baskı). İstanbul: Epsilon
- Dönmez, A. (2022). Evaluation of night eating syndrome within the context of object relations through projective tests. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 9(3), 681–702. <https://doi.org/10.31682/ayna.1070000>
- Dunkley, D. M. ve Grilo, C. M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 139-149. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.017>
- Egan, S. J., Shafran, R., Lee, M., Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Palmer, R. L., ve Watson, H. J. (2016). The reliability and validity of the clinical

- perfectionism questionnaire in eating disorder and community samples. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(1), 79-91. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000629>
- Eisenberg, M. E. ve Neumark-Sztainer, D. (2008). Peer harassment and disordered eating. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 155-164. <https://doi.org/10.1515/ijamh.2008.20.2.155>
- Eivors, A., Button, E., Warner, S. ve Turner, K. (2002). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 90-107. <https://doi.org/10.1002/erv.492>
- Elliott, R., Fischer, C. T. ve Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215–229. doi:10.1348/014466599162782
- Emery, R., Yoon, C., Mason, S. ve Neumark-Sztainer, D. (2021). Childhood maltreatment and disordered eating attitudes and behaviors in adult men and women: Findings from project EAT. *Appetite*, 163, 105224. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105224>.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. ve Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171–180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Erakay, SY (2001). Şizofreni tanılı hastalarda sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması [Yayımlanmamış uzmanlık tezi]. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.
- Erbaş, S. (2015). Yeme tutumlarının nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde incelenmesi (Yayın no. 388349). [Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Ergüney-Okumuş, F. E. (2021). Integrating EMDR with enhanced cognitive behavioral therapy in the treatment of bulimia nervosa: A single case study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(4), 231-243. <https://doi.org/10.1891/emdr-d-21-00012>

- Ergüney Okumuş, F. E. ve Deveci, E. (2019). Yeme bozukluklarında grup psikoterapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3): 338-350. doi:10.18863/pgy.439773
- Ergüney Okumuş, F. E., Başer Baykal, N., Deveci, E. ve Karaköse, S. (2018). Yeme bozukluğu vakalarında hastalık yaşantısı ve grup süreci: Nitel bir çalışma. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 2(4), 307-318. doi:10.31461/ybpd.472118
- Erol A, Keleş ÜE., Tunç AE., Mete L. (2009). Şizofrenide sosyal işlevselliği yordayan etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(4), 313-321.
- Erriu, M., Cimino, S. ve Cerniglia, L. (2020). The role of family relationships in eating disorders in adolescents: A narrative review. *Behavioral Sciences*, 10(4), 71. <https://doi.org/10.3390/bs10040071>
- Esin, K ve Ayyıldız, F. (2022). Validity and reliability of the Turkish version of the eating disorder examination questionnaire (EDE-Q-13): Short-form of EDE-Q. *Journal of Eating Disorders* 10(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00628-4>.
- Espíndola, C. R. ve Blay, S. L. (2009). Anorexia nervosa's meaning to patients: A qualitative synthesis. *Psychopathology*, (42), 69-80. doi: 10.1159/000203339
- Evans, L. ve Wertheim, E. H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of psychosomatic research*, 44(3-4), 355–365. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(97\)00260-2](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(97)00260-2)
- Fagiolini, A., Kupfer, D. J., Masalehdan, A., Scott, J. A., Houck, P. R. ve Frank, E. (2005). Functional impairment in the remission phase of bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 7(3), 281–285. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00207.x>
- 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., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M. E. ve 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. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.010>

Farooq, N. ve Riaz, S. (2022). Psychosocial factors as the determinants of relapse in individuals with substance use disorder. *International Journal of Innovations in Science & Technology*, 4(6), 97–104.

Fasakhoudi, M. A., Abbasi, Z., Roudsari, A. B. ve Mazaheri, M. (2022). Structural relationship of anxious attachment style with pain catastrophizing, fear of pain, and vigilance to pain in non-clinical pain cases. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 16(1), e111215. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.111215>

Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. ve Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: A comprehensive literature review. *BMC psychiatry*, 9(67). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>

Federici, A. ve Kaplan, A. S. (2007). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: A qualitative study. *European Eating Disorders Review*, 16(1), 1–10. doi:10.1002/erv.813

Fichter, M. M. ve Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>

Field, A. E., Camargo Jr, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B. ve Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54–60. doi:10.1542/peds.107.1.54

Fisher, M. ve Bushlow, M. (2015). Perceptions of family styles by adolescents with eating disorders and their parents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 27(4), 443-449. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2014-0058>

Fitzgibbon, M. L. ve Blackman, L. R. (2000). Binge eating disorder and bulimia nervosa: Differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 238–243

- Fitzsimmons-Craft E. E. (2017). Eating disorder-related social comparison in college women's everyday lives. *The International journal of eating disorders*, 50(8), 893–905. <https://doi.org/10.1002/eat.22725>
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Ciao, A. C. ve Accurso, E. C. (2016). A naturalistic examination of social comparisons and disordered eating thoughts, urges, and behaviors in college women. *The International journal of eating disorders*, 49(2), 141–150. <https://doi.org/10.1002/eat.22486>
- Fleming, L. C. ve Jacobsen, K. H. (2010). Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health promotion international*, 25(1), 73–84. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap046>
- Fosse, G. K. ve Holen, A. (2006). Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating Behaviors*, 7(4), 404-409. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.12.006>
- Franko, D. L, Becker, A. E., Thomas, J. J. ve Herzog, D. B. (2007). Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *International Journal of Eating Disorders*. 40, 156-164. doi:10.1002/eat.20341
- Frayn, M., Fojtu, C. ve Juarascio, A. S. (2021). COVID-19 and binge eating: Patient perceptions of eating disorder symptoms, tele-therapy, and treatment implications. *Current Psychology*, 40(12), 6249-6258. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01494-0>
- Fredman, L., Weissman, M. M., Leaf, P. J., ve Bruce, M. L. (1988). Social functioning in community residents with depression and other psychiatric disorders: Results of the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of affective disorders*, 15(2), 103-112. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(88\)90077-8](https://doi.org/10.1016/0165-0327(88)90077-8)
- Garland, B. H., Caldwell, K. L., Acosta, A. B., Wiemann, C. M., Gonzales, S. A., ve Wolfe, R. S. (2018). Clinical Considerations for Emerging Adults with Eating Disorders and Transition to Adult-Based Care. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 4(2), 187–201. <https://doi.org/10.1080/23794925.2018.1504637>

- Geller, J., Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Goldner, E. M. ve Flett, G. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions and interpersonal orientation in anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 28(1), 8–19.
- Geller, J., Zaitsoff, S.L. ve Srikameswaran, S. (2002). Beyond shape and weight: exploring the relationship between nonbody determinants of self-esteem and eating disorder symptoms in adolescent females. *The International journal of eating disorders*, 32(3), 344-51.
- Gillett, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E. ve Hardman, R. K. (2009). Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 35(2), 159–174. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00113.x>
- Gísladóttir, M. ve Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(2), 122–130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x>
- Godart, N. T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F. venisse, J. L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P. ve Flament, M. F. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and weight disorders: EWD*, 9(4), 249–257. <https://doi.org/10.1007/BF03325078>
- Gonçalves, S.F., Vieira, A.I., Rodrigues, T.F., Machado, P.P., Brandão, I., Timóteo, S., Nunes, P. ve Machado, B.C. (2019). Adult attachment in eating disorders mediates the association between perceived invalidating childhood environments and eating psychopathology. *Current Psychology*, 40, 5478-5488.
- Gökkaya, F., Zorluoğlu, E., Işık, İ., Önkür, B., Bozdemir, T., Kızıltan, R., Mıh, C., Salıkyüz, S. ve Deniz, C. (2020). Türkiye’de bilişsel davranışçı grup terapisi, psikodrama ve sanat terapisi kullanılarak yapılmış etkililik çalışmalarının incelenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(2), 258-273. <https://doi.org/10.18863/pgy.569156>
- Gramaglia, C., Delicato, C. ve Zeppegno, P. (2018). Body image, eating, and weight. some cultural differences. Cuzzolaro, M. ve Fassino, S. (Ed.), *Body Image*,

Eating, and Weight, içinde (s. 427-439). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-90817-5_31

Grave, R. D., Calugi, S., Doll, H. ve Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy?. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R9-R12.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>

Grave, R. D., Calugi, S., Sartirana, M. ve Fairburn, C. G. (2015). Transdiagnostic cognitive behaviour therapy for adolescents with an eating disorder who are not underweight. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 79-82.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.014>

Grave, R. D., Conti, M. ve Calugi, S. (2020). Effectiveness of intensive cognitive behavioral therapy in adolescents and adults with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1428-1438.
<https://doi.org/10.1002/eat.23337>

Grech, P., Azzopardi, A. ve Borg, S. (2023). An account of loneliness while living with an eating disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(2), 127-132. <https://doi.org/10.1111/jpm.12967>

Grenon, R., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., ve Tasca, G. A. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, 50(9), 997–1013.
<https://doi.org/10.1002/eat.22744>

Grilo, C. M. ve Masheb, R. M. (2001). Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity research*, 9(5), 320–325. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.40>

Grilo, C. M., Crosby, R. D., Wilson, G. T. ve Masheb, R. M. (2012). 12-month follow-up of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1108–1113.
<https://doi.org/10.1037/a0030061>

- Grilo, C. M., White, M. A. ve Masheb, R. M. (2009). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228–234. doi:10.1002/eat.20599
- Grissett, N. I. ve Norvell, N. K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60(2), 293–299. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.60.2.293>
- Grogan, K., O’Daly, H., Bramham, J., Scriven, M., Maher, C. ve Fitzgerald, A. (2021). A qualitative study on the multi-level process of resilience development for adults recovering from eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(66). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00422-8>
- Groth, T., Hilsenroth, M., Boccio, D. ve Gold, J. (2019). Relationship between trauma history and eating disorders in adolescents. *Journal of child & adolescent trauma*, 13(4), 443–453. <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00275-z>
- Guillaume, S., Jausset, I., Maimoun, L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E. ve Courtet, P. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific reports*, 6(1), 35761. <https://doi.org/10.1038/srep35761>
- Haddad, C., Zakhour, M., Bou Kheir, M., Haddad, R., Al Hachach, M., Sacre, H. ve Salameh, P. (2020). Association between eating behavior and quarantine/confinement stressors during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Journal of eating disorders*, 8(40). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00317-0>
- Halmi, K. A. (2003). Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: A review. Maj, M., Halmi, K., López-Ibor, J. J. ve Sartorius N. (Ed.), *Eating Disorders*, içinde (s. 1-74). Wiley Publication. doi:10.1002/0470867183.ch1
- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., ve Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *The American journal of psychiatry*, 157(11), 1799–1805. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1799>

- Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S. ve Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: Findings from a rapid review of the literature. *Journal of eating disorders*, 10(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2>
- Hansson, E., Daukantaitė, D. ve Johnsson, P. (2017). Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents. *BMC psychology*, 5(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0180-5>
- Harney, M. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., Maldonado, C. R. ve Bardone-Cone, A. M. (2014). Negative affective experiences in relation to stages of eating disorder recovery. *Eating behaviors*, 15(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.10.016>
- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C. ve Jimerson, D. C. (2015). Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American family physician*, 91(1), 46–52.
- Harrison, A., Mountford, V. A. ve Tchanturia, K. (2014). Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders. *Psychiatry research*, 218(1-2), 187–194. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.007>
- Hasenboehler, K., Munsch, S., Meyer, A. H., Kappler, C. ve Vögele, C. (2009). Family structure, body mass index, and eating behavior. *The International journal of eating disorders*, 42(4), 332–338. <https://doi.org/10.1002/eat.20612>
- Haslam, M. (2011). *Interpersonal functioning and eating-related psychopathology* [Doktora Tezi, Loughborough University]. Loughborough Institutional Repository. <https://dspace.lboro.ac.uk/>
- Hay, P. J., Mond, J., Buttner, P. ve Darby, A. (2008). Eating disorder behaviors are increasing: Findings from two sequential community surveys in South Australia. *PloS one*, 3(2), e1541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0001541>

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. ve Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. ve Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 141–168. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Heatherton, T. F. ve Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hellings, B. ve Bowles, T. (2007). Understanding and managing eating disorders in the school setting. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 17(1), 60–67. <https://doi.org/10.1375/ajgc.17.1.60>
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietersheim, J. V., Cuntz, U. ve Zeeck, A. (2011). Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(40), 678–85. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0678>
- Herzog, D. B. ve Eddy, K. T. (2009). Eating disorders: What are the risks?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(8), 782–783. doi:10.1097/chi.0b013e3181aa03d7
- Herzog, D. B., Norman, D. K., Rigotti, N. A. ve PePOSE, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *Journal of psychiatric research*, 20(4), 355–361. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(86\)90038-5](https://doi.org/10.1016/0022-3956(86)90038-5)
- 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.
- Himmerich, H., Bentley, J., Kan, C. ve Treasure, J. (2019). Genetic risk factors for eating disorders: An update and insights into pathophysiology. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 9, 1-20. <https://doi.org/10.1177/2045125318814734>

- Himmerich, H., Hotopf, M., Shetty, H., Schmidt, U., Treasure, J., Hayes, R. D., Stewart, R. ve Chang, C. K. (2019). Psychiatric comorbidity as a risk factor for the mortality of people with bulimia nervosa. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(7), 813–821. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01667-0>
- Hofmann, S. and Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat?. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Holland, L. A., Bodell, L. P. ve Keel, P. K. (2013). Psychological factors predict eating disorder onset and maintenance at 10-year follow-up. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 405-410. <https://doi.org/10.1002/erv.2241>
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E. ve Zalsman, G. (2015). Father–daughter relationship and the severity of eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.004>
- Hoste, R. R., Hewell, K. ve le Grange, D. (2007). Family interaction among white and ethnic minority adolescents with bulimia nervosa and their parents. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 15(2), 152–158. <https://doi.org/10.1002/erv.743>
- House, J., Schmidt, U., Craig, M., Landau, S., Simic, M., Nicholls, D., Hugo, P., Berelowitz, M. ve Eisler, I. (2012). Comparison of specialist and nonspecialist care pathways for adolescents with anorexia nervosa and related eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 45(8), 949–956. <https://doi.org/10.1002/eat.22065>
- Howitt, D. (2019). *Introduction to qualitative research methods in psychology: Putting theory into practice* (4. baskı). Pearson.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. ve Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.04
- Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S. J., Bulik, C. M., Hudson, M. S., Yanovski, J. A., Rosenthal, N. R. ve Pope, H. G., Jr (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic

- syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American journal of clinical nutrition*, 91(6), 1568–1573. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29203>
- Jagielska, G. ve Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria polska*, 51(2), 205–218. <https://doi.org/10.12740/PP/64580>
- Jansen, P. W., Derks, I. P. M., Mou, Y., van Rijen, E. H. M., Gaillard, R., Micali, N., Voortman, T. ve Hillegers, M. H. J. (2020). Associations of parents' use of food as reward with children's eating behaviour and BMI in a population-based cohort. *Pediatric obesity*, 15(11), e12662. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12662>
- Jena, S. P. K. (2022). Why do people suffer from eating disorders? A critical evaluation of the contemporary etiological models of eating disorders. *Indian Journal of Health Studies*, 04(02), 83-96. <https://doi.org/10.56490/ijhs.2022.4204>
- Jenkins, J. ve Ogden, J. (2012). Becoming 'whole' again: A qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European eating disorders review: The journal of the Eating Disorders Association*, 20(1), 23–31. <https://doi.org/10.1002/erv.1085>
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., ve Eisler, I. (2016). Family therapy for child and adolescent eating disorders: A critical review. *Family Process*, 55(3), 577-594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>
- Johnson, C., Lund, B. C. ve Yates, W. R. (2003). Recovery rates for anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 798-798. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.798>
- Jones, A., Lindekilde, N., Lübeck, M. ve Clausen, L. (2015). The association between interpersonal problems and treatment outcome in the eating disorders: A systematic review. *Nordic journal of psychiatry*, 69(8), 563–573. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1019924>
- Juarascio, A. S., Forman, E. M. ve Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175-190. <https://doi.org/10.1177/0145445510363472>

- Juarascio, A., Shaw, J., Forman, E., Timko, C. A., Herbert, J., Butryn, M., Bunnell, D., Matteucci, A. ve Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy as a novel treatment for eating disorders: An initial test of efficacy and mediation. *Behavior modification*, 37(4), 459–489. <https://doi.org/10.1177/0145445513478633>
- Karam, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Tanofsky-Kraff, M., ve Wilfley, D. E. (2019). Interpersonal psychotherapy and the treatment of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 205–218. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.003>
- Karlstad, J., Moe, C. F., Adelsten Stokland, R. ve Brinchmann, B. S. (2022). "Balancing within a closed family system": A grounded theory study of how family life is affected by having a family member with an eating disorder. *Journal of eating disorders*, 10(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00669-9>
- Kasper, S. (1999). From symptoms to social functioning: Differential effects of antidepressant therapy: *International Clinical Psychopharmacology*, 14(1), 27–31. <https://doi.org/10.1097/00004850-199905001-00006>
- Kass, A. E., Kolko, R. P. ve Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549–555. doi:10.1097/ycp.0b013e328365a30e
- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology and Behavior*, 94(1), 121–135. doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.037
- Kaye, W. H., Greeno, C. G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilienfeld, L. R., Weltzin, T. E., ve Mann, J. J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 55(10), 927–935. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.927>
- 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 placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-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)

- Keel, P. K., Dorer, D. J., Franko, D. L., Jackson, S. C. ve Herzog, D. B. (2005). Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, *162*(12), 2263–2268. doi:10.1176/appi.ajp.162.12.2263
- Keery, H., Boutelle, K. N., Berg, P. v. d., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, *37*(2), 120-127. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.015>
- Kelly, A. C. ve Carter, J. C. (2012). Why self-critical patients present with more severe eating disorder pathology: The mediating role of shame. *British Journal of Clinical Psychology*, *52*(2), 148-161. <https://doi.org/10.1111/bjc.12006>
- Kennedy, G. A., Wick, M. R. ve Keel, P. K. (2018). Eating disorders in children: Is avoidant-restrictive food intake disorder a feeding disorder or an eating disorder and what are the implications for treatment? *F1000Research*, *7*, 88. doi:10.12688/f1000research.13110.1
- Keshen, A., Kaplan, A. S., Masson, P., Ivanova, I., Simon, B., Ward, R., Ali, S. I. ve Carter, J. C. (2022). Binge eating disorder: Updated overview for primary care practitioners. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, *68*(6), 416–421. <https://doi.org/10.46747/cfp.6806416>
- 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. ve 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. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020
- Kinnear, A., Siegel, J. A., Masson, P. C. ve Bodell, L. P. (2023). Functions of disordered eating behaviors: a qualitative analysis of the lived experience and clinician perspectives. *Journal of eating disorders*, *11*(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00854-4>
- Kluck, A. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating behaviors*, *9*(4), 471-83. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.006>.

- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. ve Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *The International journal of eating disorders*, 42(2), 97–103. <https://doi.org/10.1002/eat.20589>
- Kong, S. ve Bernstein, K. S. (2009). Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, 18(13), 1897-1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02740.x>
- Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., ve Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00758-3>
- 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>
- Kuğu, N., Akyüz, G., Doğan, O., Ersan, E. ve İzgiç, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40(2), 129–135. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01759.x>
- Kupersmidt, J. B., Sigda, K. B., Sedikides, C., ve Voegler, M. E. (1999). Social self-discrepancy theory and loneliness during childhood and adolescence. K. J. Rotenberg ve S. Hymel (Ed.), *Loneliness in Childhood and Adolescence* içinde (s. 263–279). Cambridge University Press.
- Kupferberg, A., Bicks, L. ve Hasler, G. (2016). Social functioning in major depressive disorder. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 69, 313–332. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.07.002>
- Larkin, M., Watts, S. ve Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102–120. doi: 10.1191/1478088706qp062oa

- Las Hayas, C., Padierna, J. A., Muñoz, P., Aguirre, M., Gómez del Barrio, A., Beato-Fernández, L. ve Calvete, E. (2016). Resilience in eating disorders: A qualitative study. *Women & Health, 56*(5), 576–594. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1101744>
- Latzer, Y., Katz, R. ve Berger, K. (2013). Psychological distress among sisters of young females with eating disorders. *Journal of Family Issues, 36*(5), 626–646. <https://doi.org/10.1177/0192513x13487672>
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H. ve Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 40*, 111–122. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.010
- Lee, O. N. ve Park, G. (2020). The mediating effects of attachment styles on the relationship between sensory processing styles and interpersonal problems in healthy university students. *Occupational Therapy International, 2020*, 1–6. <https://doi.org/10.1155/2020/6204120>
- Lehman, A. K. ve Rodin, J. (1989). Styles of self-nurturance and disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(1), 117–122. doi:10.1037/0022-006x.57.1.117
- Leonidas, C. ve Santos, M. A. (2015). Family relations in eating disorders: The genogram as instrument of assessment. *Ciencia & saude coletiva, 20*(5), 1435–1447. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.07802014>
- Levine, M. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology, 146*(1–2), 243–257. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.606435>.
- Levinson, C. A. ve Rodebaugh, T. L. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors, 13*(1), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006>
- Levinson, C. A. ve Rodebaugh, T. L. (2015). Negative social evaluative fears produce social anxiety, food intake, and body dissatisfaction: Evidence of similar mechanisms through different pathways. *Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science, 3*(5), 744–757. <https://doi.org/10.1177/2167702614548891>

- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., White, E. K., Menatti, A. R., Weeks, J. W., Iacovino, J. M. ve Warren, C. S. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation: Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders?. *Appetite*, *67*, 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.002>
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S. ve Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, *11*(11), 1027-1038. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.04.005>
- Lewinsohn, P. M., Striegel-Moore, R. H. ve Seeley, J. R. (2000). Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(10), 1284–1292. doi:10.1097/00004583-200010000-00016
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation* (1. baskı). American Psychiatric Publication.
- Limbirt, C. (2010). Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care for Women International*, *31*(2), 170-178. <https://doi.org/10.1080/07399330902893846>
- Lin, J. A., Hartman-Munick, S. M., Kells, M. R., Milliren, C. E., Slater, W. A., Woods, E. R., Forman, S. F. ve Richmond, T. K. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the number of adolescents/young adults seeking eating disorder-related care. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, *69*(4), 660–663. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.05.019>
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E. ve Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *58*, 125–140. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.005
- Linardon, J., Messer, M., Rodgers, R. F. ve Fuller-Tyszkiewicz, M. (2022). A systematic scoping review of research on COVID-19 impacts on eating disorders: A critical appraisal of the evidence and recommendations for the

field. *The International journal of eating disorders*, 55(1), 3–38.
<https://doi.org/10.1002/eat.23640>

Lincoln, Y. ve Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publication.

Linville, D., Brown, T., Sturm, K. ve McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*, 20(3), 216–231. doi:10.1080/10640266.2012.668480

Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. ve Kraemer, H. C. (2005). A comparison of short- and long-term family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(7), 632–639.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000161647.82775.0a>

Loeb, K. L., ve le Grange, D. (2009). Family-based treatment for adolescent eating disorders: Current status, new applications and future directions. *International journal of child and adolescent health*, 2(2), 243–254.

Loth, K. A., Neumark-Sztainer, D. ve Croll, J. (2008). Informing family approaches to eating disorder prevention: Perspectives of those who have been there. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 146–152.
<https://doi.org/10.1002/eat.20586>

Lydecker, J. A. ve Grilo, C. M. (2016). Children of parents with bed have more eating behavior disturbance than children of parents with obesity or healthy weight. *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 648–656.
<https://doi.org/10.1002/eat.22648>

Lyke, J. ve Matsen, J. (2013). Family functioning and risk factors for disordered eating. *Eating Behaviors*, 14(4), 497–499.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.08.009>

Main, M. ve Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? Greenberg, M. T., Cicchetti, D. ve Cummings, E. M. (.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* içinde (s. 161–182). The University of Chicago Press.

- 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
- Makri, E., Michopoulos, I. ve Gonidakis, F. (2022). Investigation of loneliness and social support in patients with eating disorders: A case-control study. *Psychiatry International*, *3*(2), 142-157. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint3020012>.
- Manaj, S. (2016). Attachment style and the predisposition to eating disorders in adolescence. *European Journal of Interdisciplinary Studies*, *6*(1), 112. <https://doi.org/10.26417/ejis.v6i1.p112-120>
- Mancuso, F., Horan, W. P., Kern, R. S. ve Green, M. F. (2011). Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophrenia Research*, *125*(2-3), 143-151. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.11.007>
- Marcos, Y. Q. ve Cantero, M. C. T. (2009). Assessment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, *12*(1), 226–235. doi:10.1017/S1138741600001633
- Masuda, A., Boone, M. S. ve Timko, C. A. (2011). The role of psychological flexibility in the relationship between self-concealment and disordered eating symptoms. *Eating Behaviors*, *12*(2), 131-135. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.01.007>
- McClintock, J. ve Evans, I. (2001). The underlying psychopathology of eating disorders and social phobia: A structural equation analysis. *Eating behaviors*, *2*(3), 247-61. [https://doi.org/10.1016/S1471-0153\(01\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S1471-0153(01)00032-0).
- McFarlane, T., Olmsted, M. P. ve Trottier, K. (2008). Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(7), 587–593. doi:10.1002/eat.20550
- McLean, C., Utpala, R. ve Sharp, G. (2022). The impacts of COVID-19 on eating disorders and disordered eating: A mixed studies systematic review and implications. *Frontiers in Psychology*, *13*, 926709. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.926709>

- Mehler, P. S. ve Brown, C. (2015). Anorexia nervosa – medical complications. *Journal of Eating Disorders*, 3(11), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0040-8>
- Mehler, P. S., Blalock, D. V., Walden, K., Kaur, S., McBride, J., Walsh, K. ve Watts, J. (2018). Medical findings in 1,026 consecutive adult inpatient-residential eating disordered patients. *International Journal of Eating Disorders*, 5(4), 305–313. doi:10.1002/eat.22830
- Mehler, P. S., ve Rylander, M. (2015). Bulimia nervosa- medical complications. *Journal of eating disorders*, 3(12), 1-5. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0044-4>
- Melisse, B., Dekker, J., van den Berg, E., de Jonge, M., van Furth, E. F., Peen, J. ve de Beurs, E. (2022). Comparing the effectiveness and predictors of cognitive behavioural therapy-enhanced between patients with various eating disorder diagnoses: A naturalistic study. *the Cognitive Behaviour Therapist*, 15(20). <https://doi.org/10.1017/S1754470X22000174>
- Mendes, A. L. ve Marta-Simões, J. (2017). Childhood emotional experiences and eating psychopathology: The mediational role of different emotion regulation processes. *European Psychiatry*, 41(S1), 286. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.143>
- Meno, C. A., Hannum, J. W., Espelage, D. E. ve Douglas Low, K. S. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Eating behaviors*, 9(1), 91–101. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2007.06.002>
- Meyer, C., Leung, N., Barry, L. ve De Feo, D. (2010). Emotion and eating psychopathology: Links with attitudes toward emotional expression among young women. *The International journal of eating disorders*, 43(2), 187–189. <https://doi.org/10.1002/eat.20659>
- Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C. M., ve Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: A population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC medicine*, 15(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>

- Miller, C. A., ve Golden, N. H. (2010). An introduction to eating disorders: Clinical presentation, epidemiology, and prognosis. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 25(2), 110–115. <https://doi.org/10.1177/0884533609357566>
- Miniati, M., Callari, A., Maglio, A., ve Calugi, S. (2018). Interpersonal psychotherapy for eating disorders: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 353-369. <https://doi.org/10.2147/prbm.s120584>
- Minnich, A., Gordon, K., Kwan, M. ve Troop-Gordon, W. (2017). Examining the mediating role of alexithymia in the association between childhood neglect and disordered eating behaviors in men and women. *Psychology of Men ve Masculinity*, 18, 414–421. <https://doi.org/10.1037/men0000060>.
- Mitchell, J. E. (2015). Medical comorbidity and medical complications associated with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 49(3), 319-323. <https://doi.org/10.1002/eat.22452>
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C. ve Zimmerman, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 47(2), 149–157. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810140049008>
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D. ve Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold ptsd among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *The International journal of eating disorders*, 45(3), 307–315. <https://doi.org/10.1002/eat.20965>
- Mizes, J. S. (1989). Assertion deficits in bulimia nervosa: Assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy*, 20(4), 603–608. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80137-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80137-6)
- Mohajan, D. ve Mohajan, H. (2023). Bulimia nervosa: A psychiatric problem of disorder. *Innovation in Science and Technolog*, 2(3), 26-32.
- Momeñe, J., Estévez, A., Griffiths, M.D., Macía, P., Herrero, M., Olave, L. ve Iruarrizaga, I. (2022). Childhood trauma and body dissatisfaction among young

adult women: The mediating role of self-criticism. *Current Psychology*, 42, 24837-24844.

Momeñe, J., Estévez, A., Herrero, M., Griffiths, M. D., Olave, L. ve Iruarrizaga, I. (2023). Emotional regulation and body dissatisfaction: the mediating role of anger in young adult women. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1221513. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1221513>

Monteleone, A. M., Cascino, G., Barone, E., Carfagno, M. ve Monteleone, P. (2021). COVID-19 pandemic and eating disorders: What can we learn about psychopathology and treatment? A systematic review. *Current psychiatry reports*, 23(12), 83. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01294-0>

Monterubio, G. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. ve Wilfley, D. E. (2017). Interpersonal dysfunction as a risk factor for eating disorders. Wade, T. (Ed.), *Encyclopedia of feeding and eating disorders*, içinde (s. 454-457). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-287-104-6_29

Morris, A., Elliott, E. J., ve Madden, S. (2022). Early-onset eating disorders in Australian children: A national surveillance study showing increased incidence. *International Journal of Eating Disorders*, 55(12), 1838-1842. <https://doi.org/10.1002/eat.23794>

Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>

Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250

Moser, C. M., Lobato, M. I. R., Rosa, A. R., Thomé, E., Ribar, J., Primo, L., Santos, A. C. F. D. ve Brunstein, M. G. (2013). Impairment in psychosocial functioning in patients with different subtypes of eating disorders. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(2), 111-118. <https://doi.org/10.1590/S2237-60892013000200004>

- Moskowitz, L. ve Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4), 70–84. doi:10.1016/j.cppeds.2017.02.003
- Mullen, P. E., Martin, J. C., Anderson, J., Romans, S. ve Herbison, P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7-21. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00112-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00112-3)
- Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z. ve Fairburn, C. G. (2012). *Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150–158. doi:10.1002/cpp.1780
- Murphy, R., Straebler, S., Cooper, Z. ve Fairburn, C. G. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Musetti, A., Grazia, V., Manari, T., Terrone, G. ve Corsano, P. (2021). Linking childhood emotional neglect to adolescents' parent-related loneliness: Self-other differentiation and emotional detachment from parents as mediators. *Child Abuse & Neglect*, 122, 105338. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105338>
- Nagamitsu, S., Fukai, Y., Uchida, S., Matsuoka, M., Iguchi, T., Okada, A., Sakuta, R., Inoue, T., Otani, R., Kitayama, S., Koyanagi, K., Suzuki, Y., Suzuki, Y., Sumi, Y., Takamiya, S., Fujii, C., Tsurumaru, Y., Ishii, R., Kakuma, T. ve Yamashita, Y. (2019). Validation of a childhood eating disorder outcome scale. *BioPsychoSocial Medicine*, 13(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0162-3>
- National Guideline Alliance (UK). (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).
- Nedved, A. (2015). *The relationship between father-daughter relationships and eating disorders or weight* (Yayın No. 1588666) [Doktora Tezi, Southern Illinois University]. ProQuest Dissertations Publishing.

- Ng, S. M. ve Hou, W. K. (2017). Contentment duration mediates the associations between anxious attachment style and psychological distress. *Frontiers in Psychology*, 8(258). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00258>
- Nickerson, Charlotte. "Functionalist Perspective & Theory in Sociology". <https://www.simplypsychology.org/functionalist-perspective.html>
[13.02.2024]
- Nitsch, A., Dlugosz, H., Gibson, D. ve Mehler, P. S. (2021). Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 88(6), 333–343. <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20168>
- Noordenbos, G. ve Seubring, A. (2006). Criteria for recovery from eating disorders according to patients and therapists. *Eating Disorders*, 14(1), 41–54. doi:10.1080/10640260500296756
- Norman, D. K. ve Herzog, D. B. (1984). Persistent social maladjustment in bulimia: A 1-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 141(3), 444–446. <https://doi.org/10.1176/ajp.141.3.444>
- Oğur, M. ve Taşkale, N. (2022). Yeme bozukluklarında geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi: bulimiya nervoza üzerine bir gözden geçirme. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 11(1), 58-73. <https://doi.org/10.5455/JCBPR.77511>
- Okamoto, Y., Miyake, Y., Nagasawa, I. ve Shishida, K. (2017). A 10-year follow-up study of completers versus dropouts following treatment with an integrated cognitive-behavioral group therapy for eating disorders. *Journal of eating disorders*, 5(52). <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0182-y>
- Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J. ve Schmidt, U. (2011). The socio-emotional processing stream in anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral reviews*, 35(3), 970-988. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.11.001>
- Oliveira, P. D. R., Silva, M. A. I., Oliveira, W. A., Komatsu, A. V., Brunherotti, M. A. A., Rosário, R. ve Silva, J. L. D. (2023). Associations between bullying and risk for eating disorders in adolescents. *Revista brasileira de enfermagem*, 76(5), e20220643. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0643>

- Onar, A. (2008). *Ergenlik ve genç erişkinlik dönemindeki kızlarda yeme bozukluğu tanısı bulunanlar ile bulunmayanların aile ortamı, sosyotropik, otonomik kişilik özelliği, beden memnuniyeti, benlik saygısı açısından karşılaştırılması*. (Yayın no. 262445). [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Öz, T. ve Saltukoglu, G. (2023). Yeme tutumları üzerinde çocukluk çağı travmalarının rolü: yalnızlık, sosyal izolasyon ve zihinselleştirme perspektifleri. *Aydın Sağlık Dergisi*, 9(3), 131-150.
- Özbek Şimşek, D. (2019). *There Is More to It Than Just Being Thin: An Interpretative Phenomenological Analysis of Patients' Perceptions of Anorexia Nervosa* (Yayın no. 588488). [Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Pace, U., Cacioppo, M. ve Schimmenti, A. (2012). The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 282–292. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0269-7>
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N. ve Hoagwood, K. (2013). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 533–544. doi:10.1007/s10488-013-0528-y
- Palmer, B. (2005). Concepts of eating disorders. Treasure, J., Schmith U. ve van Furth E. (Ed.) *Handbook of Eating Disorders*, içinde (s. 1-10). Wiley Publication. <https://doi.org/10.1002/0470013443.ch1>
- Paranjothy, S. M. and Wade, T. D. (2024). A meta-analysis of disordered eating and its association with self-criticism and self-compassion. *International Journal of Eating Disorders*, 57(3), 473-536. <https://doi.org/10.1002/eat.24166>
- Parray, W. M., Kumar, S. ve David, B. E. (2020). Investigating the impact of assertiveness training on assertiveness and self-esteem of high school students. *Polish psychological bulletin*, 51(3) 171–176. <https://doi.org/10.24425/ppb.2020.134724>

- Patching, J. ve Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: A life-history approach. *Nursing inquiry*, 16(1), 10–21. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x>
- Patel, K., Tchanturia, K. ve Harrison, A. (2016). An exploration of social functioning in young people with eating disorders: A qualitative study. *PLOS ONE*, 11(7), e0159910. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159910>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (4. baskı). SAGE Publications.
- Pearson, C. M., Lavender, J. M., Cao, L., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Peterson, C. B. ve Crow, S. J. (2017). Associations of borderline personality disorder traits with stressful events and emotional reactivity in women with bulimia nervosa. *Journal of abnormal psychology*, 126(5), 531–539. <https://doi.org/10.1037/abn0000225>
- Pelletier Brochu, J., Meilleur, D., DiMeglio, G., Taddeo, D., Lavoie, É., Erdstein, J., Pauzé, R., Pesant, C., Thibault, I. ve Frappier, J.Y. (2018). Adolescents' perceptions of the quality of interpersonal relationships and eating disorder symptom severity: The mediating role of low self-esteem and negative mood. *Eating Disorders*, 26(4), 388 - 406.
- Phillipou, A., Meyer, D., Neill, E., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E. ve Rossell, S. L. (2020). Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *The International journal of eating disorders*, 53(7), 1158–1165. <https://doi.org/10.1002/eat.23317>
- Pietkiewicz, I. ve Smith, J.A. (2012) A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 18(2), 361-369.
- Pignatelli, A., Wampers, M., Loredio, C., Biondi, M. ve Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma ve Dissociation*, 18, 100-115. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>.

- Pisetsky, E. M., Schaefer, L. M., Wonderlich, S. A. ve Peterson, C. B. (2019). Emerging psychological treatments in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 219–229. doi:10.1016/j.psc.2019.01.005
- Polnay, A., James, V. A., Hodges, L., Murray, G. D., Munro, C. ve Lawrie, S. M. (2014). Group therapy for people with bulimia nervosa: Systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(11), 2241–2254. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002791>
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. ve Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 99–103. doi:10.1002/eat.20011
- Prestano, C., Lo Coco, G., Gullo, S. ve Lo Verso, G. (2008). Group analytic therapy for eating disorders: Preliminary results in a single-group study. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 302–310. <https://doi.org/10.1002/erv.871>
- Preti, A., Girolamo, G.d, Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R.d, Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P. ve ESEMeD-WMH Investigators (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research*, 43(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Priyanka, R. A., Nayan, M. I. H., Alam, M. M. ve Nandi, T. (2022). The influences of COVID-19 pandemic on patient with eating disorders - a literature review. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 34(56) 62-76. <https://doi.org/10.9734/jpri/2022/v34i567252>
- Proulx, K. (2007). Experiences of women with bulimia nervosa in a mindfulness-based eating disorder treatment group. *Eating Disorders*, 16(1), 52–72. doi:10.1080/10640260701773496
- Pruitt, J. A., Kappius, R. E. ve Gorman, P. W. (1992). Bulimia and fear of intimacy. *Journal of clinical psychology*, 48(4), 472–476.
- Pugh, M., Waller, G. ve Esposito, M. (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child abuse & neglect*, 86, 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.10.005>

- Qadir, S.A. ve Muhsin, S.S. (2020). Association between eating disorders with depression: A descriptive study. *Medico-Legal Update*, 20(2), 597-601.
- Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., ve Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Eating and weight disorders: EWD*, 27(2), 415–428. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
- Quiles Marcos, Y. ve Terol Cantero, M. C. (2009). Assesment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish journal of psychology*, 12(1), 226–235. <https://doi.org/10.1017/s1138741600001633>
- Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I. ve Vanderlinden, J. (2021). Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: A systematic review. *Children*, 8(2), 114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>
- Redenbach, J. ve Lawler, J. (2003). Recovery from disordered eating: What life histories reveal. *Contemporary nurse*, 15(1-2), 148–156. <https://doi.org/10.5172/conu.15.1-2.148>
- Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Tambs, K. ve Harris, J. R. (2004). Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: A population-based twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(3), 307-314. <https://doi.org/10.1002/eat.20047>
- Richard, M., Bauer, S. ve Kordy, H. (2005). Relapse in anorexia and bulimia nervosa- A 2.5-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 13(3), 180–190. doi:10.1002/erv.638
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R. ve Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 400-410. doi:10.1016/j.cpr.2010.02.001
- Rienecke R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: Current insights. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 8, 69–79. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S115775>

- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., Waheed, A. ve Mobassarrah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Annals of neurosciences*, 20(4), 157–161. <https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409>
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Ayuso-Mateos, J. L., Kapczinski, F. ve Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the functioning assessment short test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 3(5). <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Rotenberg, K. J., Bharathi, C., Davies, H. ve Finch, T. (2013). Bulimic symptoms and the social withdrawal syndrome. *Eating Behaviors*, 14(3), 281–284. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.003>
- Rotenberg, K. J., Manley, E. ve Mee, S. (2023). A test of the social withdrawal syndrome hypothesis of bulimia nervosa. *Health psychology report*, 11(4), 354–359. <https://doi.org/10.5114/hpr/161657>
- Ruscitti, C., Rufino, K., Goodwin, N. ve Wagner, R. (2016). Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(3). <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0037-1>
- Russell G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(3), 429–448. <https://doi.org/10.1017/s0033291700031974>
- Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C. ve Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 44(12), 1047–1056. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800240021004>
- Ruuska, J., Koivisto, A.-M., Rantanen, P. ve Kaltiala-Heino, R. (2007). Psychosocial functioning needs attention in adolescent eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 452–458. <https://doi.org/10.1080/08039480701773253>
- Sala, M., Keshishian, A., Song, S., Moskowitz, R., Bulik, C. M., Roos, C. R. ve Levinson, C. A. (2023). Predictors of relapse in eating disorders: A meta-

- analysis. *Journal of psychiatric research*, 158, 281–299.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.01.002>
- Samudra, M., Davis, S., Gupta, N., Chaudhury, S. ve Saldanha, D. (2021). Association of childhood psychological trauma with eating disorders in undergraduate medical students. *Industrial Psychiatry Journal*, 30, 120-126.
<https://doi.org/10.4103/0972-6748.328802>.
- Scaglioni, S., Salvioni, M. ve Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *The British journal of nutrition*, 99(1), 22-25. <https://doi.org/10.1017/S0007114508892471>
- Schmidt, U. ve Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *The British journal of clinical psychology*, 45(3), 343–366.
<https://doi.org/10.1348/014466505x53902>
- Scoglio, A. A. J., Reilly, E. D., Girouard, C., Quigley, K. S., Carnes, S. ve Kelly, M. M. (2020). Social functioning in individuals with post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 356-371.
<https://doi.org/10.1177/1524838020946800>
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63–75. doi:10.3233/efi-2004-22201
- Shomaker, L. B. ve Furman, W. (2009). Interpersonal influences on late adolescent girls' and boys' disordered eating. *Eating behaviors*, 10(2), 97–106.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.02.003>
- Silén, Y. ve Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, 35(6), 362–371.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Simone, M., Emery, R. L., Hazzard, V. M., Eisenberg, M. E., Larson, N. ve Neumark-Sztainer, D. (2021). Disordered eating in a population-based sample of young adults during the COVID-19 outbreak. *The International journal of eating disorders*, 54(7), 1189–1201. <https://doi.org/10.1002/eat.23505>

- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in psychology, 1*(182). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
- Smethurst, L. ve Kuss, D. (2018). 'Learning to live your life again': An interpretative phenomenological analysis of weblogs documenting the inside experience of recovering from anorexia nervosa. *Journal of health psychology, 23*(10), 1287–1298. <https://doi.org/10.1177/1359105316651710>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 1*(1), 39-54.
- Smith, J. A. ve Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. *Doing Social Psychology Research, 229–254*. doi:10.1002/9780470776278.ch10
- Smith, J. A., Flowers, P. ve Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method, and Research*. London: SAGE Publications.
- Smith, J.A. (2011). *How do women under the care of eating disorder services experience sibling relationships: A phenomenological perspective* [Doktora Tezi, University of Lincoln]. University of Lincoln Institutional Repository. <https://core.ac.uk/reader/29202960>
- Smolak, L., Levine, M. P. ve Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *The International journal of eating disorders, 25*(3), 263–271. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199904\)25:3<263::aid-eat3>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199904)25:3<263::aid-eat3>3.0.co;2-v)
- Sousa, D. (2014). Validation in qualitative research: General aspects and specificities of the descriptive phenomenological method. *Qualitative Research in Psychology, 11*(2), 211-227. <https://doi.org/10.1080/14780887.2013.853855>
- Steiger H. (2004). Eating disorders and the serotonin connection: State, trait and developmental effects. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, 29*(1), 20–29.
- Stein, D. M. ve Laakso, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorders, 7*(2), 201–210.

- Steinhilber, K. M., Ray, S., Harkins, D. A. ve Sienkiewicz, M. E. (2020). Father-daughter relationship dynamics and daughters' body image, eating patterns, and empowerment: An exploratory study. *Women & Health, 60*(10), 1083–1094 <https://doi.org/10.1080/03630242.2020.1801554>
- Stice, E. ve Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*(5), 669-678. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.38.5.669>
- 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.
- ▼ Strauss, A., ve Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2. baskı). Sage Publications.
- Striegel-Moore, R. H. ve Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American Psychologist, 62*(3), 181-198. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.181>
- Striegel-Moore, R. H., Seeley, J. R. ve Lewinsen, P. M. (2003). Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experienced an eating disorder during adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(5), 587-593. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046838.90931.44>
- Striegel, R. H., Bedrosian, R. C. ve Wang, C. (2012). Comparing work productivity in obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders, 45*(8), 995-998. <https://doi.org/10.1002/eat.22069>
- Strober, M. ve Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of consulting and clinical psychology, 55*(5), 654–659. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.55.5.654>
- Strodl, E. ve Wylie, L. (2020). Childhood trauma and disordered eating: Exploring the role of alexithymia and beliefs about emotions. *Appetite, 154*, 104802. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104802>
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *The Psychiatric Quarterly, 33*(2), 284–295. doi:10.1007/bf01575455

- Sugarman, A. ve Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1(4), 57–67.
- Suri, H. (2011). Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63–75. doi:10.3316/qrj1102063
- Svaldi, J., Dorn, C. ve Trentowska, M. (2011). Effectiveness for interpersonal problem-solving is reduced in women with binge eating disorder. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 19(4), 331–341. <https://doi.org/10.1002/erv.1050>
- Tanofsky-Kraff, M., Bulik, C. M., Marcus, M. D., Striegel, R. H., Wilfley, D. E., Wonderlich, S. A. ve Hudson, J. I. (2013). Binge eating disorder: The next generation of research. *The International journal of eating disorders*, 46(3), 193–207. <https://doi.org/10.1002/eat.22089>
- 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>
- Tantillo, M., McGraw, J. S., Lavigne, H. M., Brasch, J., ve Le Grange, D. (2019). A pilot study of multifamily therapy group for young adults with anorexia nervosa: Reconnecting for recovery. *The International journal of eating disorders*, 52(8), 950–955. <https://doi.org/10.1002/eat.23097>
- Taquet, M., Geddes, J. R., Luciano, S. ve Harrison, P. J. (2022). Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry*, 220(5), 262–264. doi:10.1192/bjp.2021.105
- Tasca, G. A. ve Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: A review of current research. *International Journal of Eating Disorders*, 47(7), 710–717. <https://doi.org/10.1002/eat.22302>
- Tchanturia, K., Hambrook, D., Curtis, H., Jones, T., Lounes, N., Fenn, K., Keyes, A., Stevenson, L. ve Davies, H. (2013). Work and social adjustment in patients

- with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 41-45. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.03.014>
- Thew, G. R., Gregory, J. D., Roberts, K. ve Rimes, K. A. (2017). The phenomenology of self-critical thinking in people with depression, eating disorders, and in healthy individuals. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 751-769. <https://doi.org/10.1111/papt.12137>
- Tiller, J. M., Sloane, G., Schmidt, U., Troop, N., Power, M. ve Treasure, J. L. (1997). Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 21(1), 31–38. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-108x\(199701\)21:1<31::aid-eat4>3.0.co;2-4](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199701)21:1<31::aid-eat4>3.0.co;2-4)
- Tobin, G. A. ve Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 388–396. [doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x)
- Touyz, S., Lacey, H. ve Hay, P. (2020). Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of eating disorders*, 8(19). <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00295-3>
- Tozzi, F., Sullivan, P. F., Fear, J. L., McKenzie, J. ve Bulik, C. M. (2003). Causes and recovery in anorexia nervosa: the patient's perspective. *The International journal of eating disorders*, 33(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/eat.10120>
- Treasure, J., Corfield, F. ve Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European eating disorders review: The journal of the Eating Disorders Association*, 20(6), 431–438. <https://doi.org/10.1002/erv.2181>
- Treasure, J., Duarte, T. A. ve Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet*, 395(10227), 899-911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J. L. ve Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and psychotherapy*, 76(3), 237–249. <https://doi.org/10.1348/147608303322362479>
- Troop, N. A., Holbrey, A. ve Treasure, J. L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 24(2), 157-166.

- Trottier, K. ve MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: State of the research and future research directions. *Current psychiatry reports*, 19(8), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
- Udo, T. ve Grilo, C. M. (2018). Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults. *Biological psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Udo, T. ve Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, 52(1), 42–50. doi:10.1002/eat.23004
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., ve von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research*, 230(2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.008>
- Ung, E. M., Erichsen, C. B., Poulsen, S., Lau, M. E., Simonsen, S. ve Davidsen, A. H. (2017). The association between interpersonal problems and treatment outcome in patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 5(53), 1-9 <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0179-6>
- Vajda, A. ve Láng, A. (2014). Emotional abuse, neglect in eating disorders and their relationship with emotion regulation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 131, 386-390. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.135>
- Vall, E. ve Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946–971. doi:10.1002/eat.22411
- Van Alsten, S. C. ve Duncan, A. E. (2020). Lifetime patterns of comorbidity in eating disorders: An approach using sequence analysis. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(6), 709–723. <https://doi.org/10.1002/erv.2767>

- Van Hoeken, D. ve Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521-527. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000641>
- Vander Wal, J. S., Gibbons, J. L. ve del Pilar Grazioso, M. (2008). The sociocultural model of eating disorder development: Application to a Guatemalan sample. *Eating Behaviors*, 9(3), 277–284.
- Vitousek, K. ve Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137–147. doi:10.1037/0021-843x.103.1.137
- Volpe, U., Tortorella, A., Manchia, M., Monteleone, A. M., Albert, U. ve Monteleone, P. (2016). Eating disorders: What age at onset? *Psychiatry Research*, 238, 225–227.
- Wagner, S., Halmi, K. A. ve Maguire, T. V. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 495–505.
- Walenda, A., Kostecka, B., Santangelo, P. S. ve Kucharska, K. (2021). Examining emotion regulation in binge-eating disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00166-6>
- Walsh B. T. (2013). The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 170(5), 477–484. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12081074>
- Wanlass, J., Kelly Moreno, J., ve Thomson, H. M. (2005). Group therapy for eating disorders: A retrospective case study. *The Journal for Specialists in Group Work*, 30(1), 47–66. <https://doi.org/10.1080/01933920590908697>
- Wasson, D. H. (2003). A qualitative investigation of the relapse experiences of women with bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 11(2), 73–88. doi:10.1080/10640260390199271
- Watson, H. J. ve Bulik, C. M. (2012). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions.

- Weider, S., Indredavik, M. S., Lydersen, S. ve Hestad, K. (2014). Neuropsychological function in patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 397–405. <https://doi.org/10.1002/eat.22283>
- Weissman, M. M. ve Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of general psychiatry*, 33(9), 1111–1115. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770090101010>
- Westen, D. ve Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *The American journal of psychiatry*, 158(4), 547–562. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.4.547>
- Westwood, H., Lawrence, V., Fleming, C. ve Tchanturia, K. (2016). Exploration of friendship experiences, before and after illness onset in females with anorexia nervosa: a qualitative study. *PloS one*, 11(9), e0163528. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163528>
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Kozakowski, S. S. ve Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes?. *Child Abuse & Neglect*, 76, 533–545. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002>
- Wilfley, D. E., Citrome, L. ve Herman, B. K. (2016). Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2213–2223. <https://doi.org/10.2147/ndt.s107777>.
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E. ve Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28(6), 711–738. doi:10.1177/0145445503259853
- Wisniewski, L. ve Ben-Porath, D. D. (2015). Dialectical behavior therapy and eating disorders: The use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 129–140. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.129>
- Yager, J. (2007). Assessment and determination of initial treatment approaches for patients with eating disorders, J. Yager ve P.S. Powers (Ed.), *Clinical manual*

of eating disorders içinde (s. 1-29). Washington D.C: American Psychiatric Publishing.

Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: Yeme bozuklukları. *Klinik Gelişim Dergisi*: 22(4), 39-44.

Zachrisson, H. D. ve Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 97-106. <https://doi.org/10.1002/erv.999>

Zerbe K. J. (2001). The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *The Psychiatric clinics of North America*, 24(2), 305–313. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70226-4](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70226-4)

Zhang, M. ve Wing, T. L. M. (2015). Eating disorders. *InnovAiT: Education and Inspiration for General Practice*, 8(11), 685–691. doi:10.1177/1755738015594475

Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K. S., Piven, J. ve Pelphrey, K. A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: Guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological Bulletin*, 133(6), 976-1006. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.6.976>

EKLER

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sizi İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, Sonay Cumalı ARSLAN ve Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Fatima Elif ERGÜNEY OKUMUŞ tarafından yürütülen “Yeme Bozukluğu Vakalarında Sosyal İşlevselliğin Keşfine Yönelik Nitel Bir Araştırma” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı yeme bozukluğu örüntüsü gösteren bireylerin aile ilişkilerine, kişilerarası ilişkilerine ve sosyal yaşamlarına yönelik kişisel deneyimleri hakkında bilgi toplamak ve bu deneyime verdikleri anlamı incelemektir. Araştırmanın ilk kısmında size verilen ölçekleri doldurmanız için tahmini 15 dakika ayırmanız istenmektedir. Takiben yaklaşık 45 dakika sürecek olan bireysel görüşmeler yapılacaktır. Bu görüşmelerde araştırmacı tarafından sözel olarak sunulacak bir grup soruyu kendi deneyimleriniz çerçevesinde değerlendirerek cevaplandırmanız beklenmektedir. Görüşmeler elektronik ortamda ve yüz yüze gerçekleştirilecektir. Görüşme süresince ses kaydı alınacaktır ancak verilen bilgiler ve görüşler tamamen gizli tutulacak sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Görüşmenin kayıt altına alınmasının amacı derinlemesine analiz yapmaktır, ardından kayıtlar silinecektir. Gizlilik, kişilere anonim isim verilerek sağlanacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahiptir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Araştırmada Kişisel veri toplanacağından **6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu** ve ilgili mevzuat uyarınca kişisel verileri korumak amacıyla gerekli tüm tedbirler alınacaktır. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya arslan.sonay@std.izu.edu.tr e-posta adresi ve 05437494918 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güvence verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Sonay Cumalı ARSLAN

Ek 2: Demografik Bilgi Formu

1. Kişisel Bilgiler:

Yaşınız:

İletişim Numaranız:

2. Medeni durumunuz:

3. Öğrenim durumunuz:

Okuryazar değil () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu ()
Üniversite mezunu ()

4. Çalışıyor musunuz?

Evet () Hayır () Öğrenci () Diğer ()

Cevabınız evet ise; mesleğiniz:

5. Tanısı konmuş herhangi bir sağlık sorununuz var mı?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise belirtiniz:

6. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise hangi ilacı kullandığınızı ve neden kullandığınızı belirtiniz:

.....

7. Tanısı konmuş herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise belirtiniz:

8. Soruyu Evet diye yanıtladıysanız; bu rahatsızlık için tedavi alıyor musunuz?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise ne tür tedavi aldığınızı belirtiniz:

.....

9. Tanısı konmuş herhangi bir yeme bozukluğunuz (Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Obezite vb) var mı?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise belirtiniz:

Cevabınız evet ise; ilk tanıyı ne zaman aldığınızı belirtiniz:

10. Daha önce psikiyatrik ilaç kullanımınız oldu mu?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise belirtiniz:

11. Daha önce psikiyatri servisine yatışınız gerçekleşti mi?

1- Hayır 2- Evet

12. Daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım ya da danışmanlık aldınız mı?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise belirtiniz:

13. Ailenizde psikolojik / psikiyatrik yardım alan var mı?

1- Hayır 2- Evet

Cevabınız evet ise kim/kimler ve neden belirtiniz:

14. Aşağıdaki seçeneklerden hangisinin sizin sosyo-ekonomik durumunuzu daha iyi tanımladığını düşünüyorsunuz?

Çok düşük () Düşük () Orta () Yüksek () Çok yüksek ()

15. En uzun süreyle yaşadığınız yer:

Büyükşehir () İl () Kasaba/ilçe () Köy ()

16. Şu anda kim(lerle) yaşıyorsunuz:

Aile ya da akrabalarla () Yurt ya da arkadaşlarla ev paylaşma ()

Erkek/kız arkadaşla ev paylaşma () Yalnız ()

17. Anne-Baba

Bir arada () ayrı () boşanmış () anne-vefat etmiş () baba-vefat etmiş ()

18. Kaç kardeşiniz? (Belirtiniz)

19. Kardeşiniz varsa, doğum sırasına göre ailedeki kaçınıcı çocuksunuz?

1 () 2 () 3 () 4 ve üstü ()

20. Şu an romantik bir birlikteliğiniz/ ilişkiniz var mı?

Evet () Hayır ()

21. Bir önceki soruya cevabınız ‘Hayır’ ise, daha önce bir ilişkiniz oldu mu?

Evet () Hayır ()

22. Çocuğunuz var mı?

Yok () 1 () 2 () 3 ve üstü ()

23. Boyunuz: cm

24. Kilonuz: kg

25. İdeal kilonuz (olmak istediğiniz kilo):kg

26. Yetişkinlik dönemindeki en düşük kilonuz: kg

27. Yetişkinlik dönemindeki en yüksek kilonuz: kg

28. Şimdiki kilonuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

çok zayıf		zayıf		normal		kilolu		çok kilolu	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ek 3: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği-Kısa Form

Açıklama

Aşağıdaki sorular sadece son dört hafta (28 gün) ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz. **Aşağıdaki ifadeleri son 28 gününde kaç gününde deneyimlediyseniz o kadar gün sayısını işaretleyiniz.** Lütfen tüm soruları yanıtlayınız ve her soru için bir yanıt seçiniz. Teşekkür ederiz.

EDE-Q-13	Son 28 günün kaç gününde...	0	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Her gün
1.	bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yediğiniz yiyecek miktarını kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
2.	bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için sevdiğiniz herhangi bir yiyeceği beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
3.	bedeninizin şeklini veya vücut ağırlığınızı değiştirmek için yemenizle ilgili belirli kurallara (örneğin, kalori sınırlandırması) uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)							
4.	vücut ağırlığınız, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							
5.	bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi?							
6.	vücut ağırlığınızdan memnun değildiniz?							
7.	bedeninizin şeklinden memnun değildiniz?							
8.	başka insanların alışılmadık miktarda fazla olarak tanımladıkları kadar (şartlara göre) yemek yediniz?							
9.	yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yemek yediğiniz sırada)?							
10.	aşırı yeme atakları yaşadınız (örn. alışılmadık miktarda fazla yemek							

	yediniz ve o sırada kontrolü kaybettiğinizi hissettiniz)?							
11.	bedenizin şeklini veya vücut ağırlığınızı kontrol etmek için kendinizi kusturdunuz?							
12.	bedenizin şeklini veya vücut ağırlığınızı kontrol etmek için müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?							
13.	vücut ağırlığınızı, bedeninizin şeklini veya vücut yağ miktarınızı kontrol etmek veya kalori yakmak amacıyla “takıntılı” ya da “zorlayıcı” biçimde egzersiz yaptınız?							



Ek 4: Sosyal İşlevsellik Ölçeği

Bu ölçek hastalanmanızdan bu yana ne durumda olduğunuzu anlamamıza yardımcı olacaktır.

Ölçeğin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürer. (Doldurmaya başlamadan önce lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.)

1. Nerede yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

2. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

Cevap: _____

SOSYAL UĞRAŞI / SOSYAL ÇEKİLME

1. Her gün kaçta kalkıyorsunuz?

Hafta içi ortalama _____

Hafta sonu ortalama _____ (eğer farklıysa)

2. Günün kaç saatini yalnız geçiriyorsunuz?

örn. odada tek başına, tek başına dolaşarak, radyo dinleyerek ya da televizyon izleyerek vb.

Lütfen kutulardan birini işaretleyin:

Tek başına geçirdiğiniz saatler

0-3 Tek başına geçirdiği süre çok az.

3-6 Zamanın bir kısmı.

6-9 Zamanın önemli bir kısmı.

9-12 Zamanın büyük bir kısmı.

12 Hemen hemen zamanın hepsi.

3. Evde ne kadar sıklıkla bir sohbeti başlatıyorsunuz?

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

4. Evden ne sıklıkla çıkıyorsunuz? (herhangi bir nedenle)

Hemen hemen hiç / nadiren / bazen / sık sık

5. Yabancıların varlığına nasıl tepki gösterirsiniz?

Onlardan kaçınma

Huzursuz olma

Onları kabul etme

Onlardan hoşlanma

KİŞİLERARASI İŞLEVSELLİK

1. Şu anda kaç arkadaşınız var? (düzenli olarak görüştüğü, birlikte etkinliklerde bulunduğu vb.)

2. Karşı cinsten bir arkadaşınız var mı? (eğer evli değilseniz)

Evet / Hayır

3. Anlamlı veya mantıklı konuşmayı ne sıklıkla başarıyorsunuz?

Lütfen kutuyu işaretleyiniz

Hemen hemen hiç

Nadiren

Bazen

Sık sık

4. Şu sıralar insanlarla konuşmak size ne kadar zor ya da ne kadar kolay geliyor?

Çok kolay

Oldukça kolay

Orta

Oldukça zor

Çok zor

ÖNCÜL SOSYAL ETKİNLİKLER

Son üç ay içinde aşağıdaki etkinliklerin her birine ne sıklıkta katıldığınızı göstermek üzere uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Sinema				
Tiyatro / konser				
Kapalı salon sporunu izleme (örneğin; masa tenisi)				
Açık alan sporunu izleme(örneğin; futbol)				
Sanat galerisi / müze				
Sergi				
İlgi duyulan yerleri gezme				
Toplantı, konuşma vb.				
Gece okulu				
Akrabaları evlerinde ziyaret etme				
Akrabaların ziyarete gelmesi				
Arkadaşlarını ziyaret etme (erkek/kız arkadaşı dahil)				
Arkadaşları tarafından ziyaret edilme (erkek / kız arkadaşı dahil)				
Partiler				
Resmi toplantılar				
Disko vb.				
Gece kulübü / sosyal kulüp				
Kapalı salon sporu yapmak				
Açık alan sporu yapmak				
Kulüp / dernek				
Kahve / kafelere gitme				
Dışarıda yemek yemek				
Dini etkinliklere katılmak				

BOŞ ZAMANLARI DEĞERLENDİRME

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Müzik aleti çalma				
Dikiş-nakış, örgü				
Bahçe işleri				
Okuma				
Televizyon izleme				
Teyp ya da radyo dinleme				
Yemek pişirme				

Kendi başına yapılan etkinlikler (maket uçak yapma vb.)				
Tamir işleri (araba, bisiklet, ev vb.)				
Yürüyüş, dolaşma				
Araba kullanma / bisiklete binme (hobi olarak)				
Yüzme				
Hobi (örneğin; koleksiyon yapma)				
Alışveriş yapma				
Sanatsal etkinlikler (resim yapma, el sanatları vb.)				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ – YETKİNLİK

Lütfen son üç ay içinde aşağıdaki etkinlikleri ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için uygun olan bölümü işaretleyiniz:

	Yeterli	Yardım gerekir	Yapamaz	Bilinmiyor
Toplu ulaşım				
Parayı doğru biçimde değerlendirme				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için yemek pişirme				
Haftalık alışveriş				
İş arama				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
Kişisel temizlik				
Yıkanma, düzenli olma vb.				
Dükkanlardan alışveriş yapma				
Evden tek başına çıkma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

BAĞIMSIZLIK DÜZEYİ- PERFORMANS

Lütfen son üç ay içinde aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaptığınızı belirtmek için işaretleyiniz.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık
Alışveriş yapma (yardım almadan)				
Bulaşık yıkama, yerleştirme vb..				
Düzenli olarak yıkanma, banyo yapma vb..				
Kendi çamaşırlarını yıkama				
İş arama (eğer işsizseniz)				
Gıda alışverişi yapma				
Yemek hazırlama ve pişirme				
Evden tek başına ayrılma				
Otobüs, tren vb. binme				

Para harcama				
Parasının hesabını yapma				
Kendisi için giysi seçme ve alma				
Dış görünüşüne özen gösterme				

İŞ / MESLEK

Düzenli bir işiniz var mı? (Rehabilitasyon ya da yeniden eğitim kursları dahil)

Evet / Hayır (altını çiziniz)

1. EĞER YANITINIZ EVETSE:

Ne tür bir iş? -----

Haftada kaç saat çalışıyorsunuz? -----

Ne zamandır bu işte çalışıyorsunuz? -----

2. EĞER YANITINIZ HAYIRSA:

En son ne zaman bir işte çalıştınız?-----

Ne tür bir işti?-----

Haftada kaç saat çalışırdınız?-----

Engelli olduğunuza ilişkin bir belge verildi mi? EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Ayaktan tedavi için hastaneye gidiyor musunuz? EVET / HAYIR (altını çiziniz)

Herhangi bir işte çalışabileceğinizi düşünüyor musunuz?

Kesinlikle evet

Zorlanırım

Kesinlikle hayır

Ne sıklıkla yeni iş bulma girişiminde bulunuyorsunuz? (Örneğin; İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurma, gazete ilanlarına bakma)

hemen hemen hiç

nadiren

bazen

sık sık

Ek 5: Görüşme Soruları

1. Kendinizi tanıtır mısınız? (Bireyin kendisi, aile ve arkadaşlık ilişkileri hakkında detaylı bilgi alınması amaçlanmaktadır, eğer ilgili bilgi gelmezse soru açılabilir.)
2. Yeme bozukluğu öykünüzden bahseder misiniz?
 - a. Şikâyetleriniz ilk ne zaman ortaya çıktı? Nasıl başladı? Nasıl gelişti?
 - b. Şikayetleriniz nelerdi?
 - c. Şikayetlerinizin başlamasıyla ilişkili olduğunu düşündüğünüz durumlar ya da kişiler oldu mu? Ne tür etkileri olduğunu düşünüyorsunuz?
 - d. İlk tanıyı ne zaman almıştınız? Tedavi aldınız mı? Ne tür tedavilerdi?
 - e. Tedavi sürecini olumlu ya da olumsuz etkileyen durumlar olduğunu düşünüyor musunuz?
 - f. Siz tanınızı/şikayetinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Bu konu hakkında ne düşünüyorsunuz?
 - g. Şikayetlerinizin başladığı ilk zamanlardan bu yana kişilerarası ilişkilerinizde ve sosyal yaşamınızda en zorlayıcı deneyimleriniz nelerdi ve bu süreçlerle nasıl başa çıktınız?
3. Şikayetlerinizin öncesini ve sonrasını düşünerek ailenizle ilişkilerinizi nasıl değerlendirirsiniz?
 - a. Şikayetleriniz başlamadan öncesini düşünerek olursak aile ilişkileriniz nasıldı? Şikayetleriniz başlamasının aile ilişkileriniz üzerinde herhangi bir etkisinin olduğunu düşünüyor musunuz?
 - b. Şikâyetiniz/hastalığınız hakkında ailenizle konuşur musunuz? Ailenizde destek istediğiniz/aldığınız kişiler var mı?
4. Şikayetlerinizin öncesini ve sonrasını düşünerek yakınlarınızla ilişkilerinizi ve sosyal yaşamınızı nasıl değerlendirirsiniz?
 - a. Şikâyetiniz/hastalığınız hakkında konuşur musunuz? Kimlerle bu konu hakkında konuşursunuz? Destek istediğiniz/aldığınız kişiler var mı?
 - b. Şikayetlerinizin iş/okul yaşamınızı ve sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

ÖZGEÇMİŞ

Sonay Cumalı ARSLAN

Eğitim

Yüksek Lisans 2022-2024 İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Klinik Psikoloji

Lisans 2014-2019 Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Psikoloji

İş

2020-devam İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Psikolog

2019-2020 Defne Duru Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Psikolog

Sertifikalar

2023-2024 Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitimi, DATEM

2020-2022 Rorschach Testi ve TAT Eğitimi, Rorschach ve Projektif Testler Derneği