

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

YEME TUTUMUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI  
TRAVMALARI KİŞİLERARASI PROBLEMLER VE  
BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE  
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Berna ÇELİK

İstanbul  
Şubat-2024

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

YEME TUTUMUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI  
KİŞİLERARASI PROBLEMLER VE BİLİŞSEL DUYGU  
DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN  
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Berna ÇELİK

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

İstanbul

Şubat-2024

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

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

Danışman Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

Üye Doç. Dr. Yusuf BİLGE

Üye Dr. Öğr. Üyesi Volkan KOÇ

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Erhan İÇENER

Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Yeme Tutumunun Çocukluk Çağı Travmaları Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkisinin İncelenmesi**” 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.

Berna ÇELİK

## ÖN SÖZ

Tezimin her aşamasında akademik bilgileri ve tecrübesiyle destekleyici ve yol gösterici olan, tezimin oluşumuna sağladığı tüm katkıları için tez danışmanım, kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tezin savunma aşamasında paylaştıkları değerli fikir ve önerileri için kıymetli hocalarım Doç. Dr. Yusuf Bilge ve Dr. Öğr. Üyesi Volkan Koç'a teşekkür ederim.

Eğitim sürecim boyunca emeği geçen saygı değer tüm hocalarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her bir anında olduğu gibi tez sürecimde de daima yanımda olan, hayallerim ve hedeflerime ulaşmada beni yüreklendiren, sevgi ve desteklerini her daim hissettiğim annem Hatice ÇELİK ve babam Mustafa ÇELİK ve biricik kardeşim Mehmet ÇELİK'e her şey için çok teşekkür ederim.

Son olarak, veri toplama sürecinde yardımcı olan tüm aileme, arkadaşlarıma ve katılımcılara buldukları katılardan dolayı teşekkür ederim.

**ÖZET**  
**YEME TUTUMUNUN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI**  
**KİŞİLERARASI PROBLEMLER BİLİŞSEL DUYGU**  
**DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE İLİŞKİSİNİN**  
**İNCELENMESİ**

**Berna ÇELİK**

Yüksek Lisans, Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

Şubat, 2024 -154 Sayfa

Mevcut araştırmanın amacı, yeme tutumunun çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkinin incelenmesidir. Araştırmanın örneklemini 20-60 yaş aralığındaki 402 yetişkin bireyden oluşup basit örneklem yöntemiyle veriler toplanmıştır. Veri toplama süreci, anket linkinin paylaşımı ve elden kâğıt kalem dağıtımıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi (YTT-40), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE-32) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ-36) kullanılmıştır. SPSS-27 programı üzerinde demografik değişkenler için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem T-Test ve non-parametrik Mann Whitney-U testi, 3 ve 3'ten fazla gruplu değişkenlerde Tek Yönlü ANOVA ve non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulanırken, ölçekler ve alt faktörleri için Pearson korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre, yeme tutumunda bozulma belirtileri ve çocukluk çağı travmaları ile bazı alt faktörleri, kişilerarası problemler ile alt faktörlerinin çoğunluğu ve bazı bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Regresyon analizi bulgularına göre, bazı bağımsız değişkenlerin yeme tutum düzeyini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordadığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Yeme Tutumu, Yeme Bozuklukları, Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri

## ABSTRACT

# EXAMINING OF THE RELATIONSHIP BETWEEN EATING ATTITUDE CHILDHOOD TRAUMAS INTERPERSONAL PROBLEMS AND COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES

**Berna ÇELİK**

Master, Clinical Psychology

Thesis Advisor: Asst. Prof. Dr. Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ

February, 2024 - 154 Pages

The aim of the present study is that investigation the relationship of eating attitude with childhood traumas, interpersonal problems and cognitive emotion regulation strategies. The sample of the research consisted of 402 adult individuals between the 20-60 ages and data was collected by using the simple sampling method. The data collection process was carried out by sharing the survey link and hand-delivering paper and pencil. Participant Informing and Consent Form, Demographic Information Form, The Eating Attitude Test (EAT-40), Childhood Trauma Questionnaire (ÇTQ-33), Interpersonal Problems Inventory (KPE-32) and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-36) were used to collect data. On SPSS-27 program, for the demografik variables independent sample T-Test and non-parametric Mann Whitney-U test in 2-group variables and, One-Way ANOVA and non-parametric Kruskal Wallis-H analysis in 3 or more than 3 group variables were used, for the scales and its sub-factors Pearson correlation and linear regression analysis were applied. According to the correlation analysis results, there are positive significant relationships between disordered eating attitude symptoms and childhood traumas and some of its sub-factors, interpersonal problems and most of its sub-factors, and some cognitive emotion regulation strategies sub-dimensions. According to the regression analysis findings, it is seen that some of the independent variables predict the eating attitude level statistically significant.

**Keywords:** Eating Attitude, Eating Disorders, Childhood Traumas, Interpersonal Problems, Cognitive Emotion Regulation Strategies

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ .....	ii
ÖN SÖZ .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar LİSTESİ .....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii

### BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi .....	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları .....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	4
1.6. Tanımlar.....	5

### İKİNCİ BÖLÜM

YEME TUTUMU VE BOZUKLUKLARI ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI KİŞİLERARASI PROBLEMLER VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ .....	6
2.1. Yeme Tutumu .....	6
2.2. Yeme Bozuklukları .....	8
2.2.1. Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	9

2.2.1.1. Pika .....	10
2.2.1.2. Yediğini Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu .....	11
2.2.1.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu .....	13
2.2.1.4. Anoreksiya Nervoza .....	15
2.2.1.5. Bulimiya Nervoza .....	17
2.2.1.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu .....	20
2.2.2. Yeme Bozukluklarının Risk Faktörleri .....	21
2.2.2.1. Biyolojik Faktörler .....	22
2.2.2.2. Psikolojik Faktörler .....	23
2.2.2.3. Sosyokültürel Faktörler .....	24
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları .....	25
2.3.1. Çocukluk Çağı Travma Türleri .....	27
2.3.1.1. Duygusal İstismar .....	27
2.3.1.2. Fiziksel İstismar .....	28
2.3.1.3. Cinsel İstismar .....	28
2.3.1.4. Duygusal İhmal .....	29
2.3.1.5. Fiziksel İhmal .....	29
2.3.1.6. Aşırı Koruma ve Kontrol .....	29
2.3.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı .....	30
2.3.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Risk Faktörleri .....	31
2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki .....	32
2.4. Kişilerarası Problemler .....	34
2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişki .....	38
2.4.2. Kişilerarası Problemler ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki .....	39
2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri .....	41

2.5.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki .....	43
2.5.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki.....	44
2.5.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişki .....	46
2.6. Yeme Tutumunun Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkisi .....	46

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>YÖNTEM .....</b>	<b>48</b>
3.1. Araştırmanın Modeli.....	48
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	48
3.3. Veri Toplama Araçları .....	48
3.3.1. Demografik Bilgi Formu.....	49
3.3.2. Yeme Tutum Testi (YTT-40).....	49
3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33) .....	50
3.3.4. Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE-32) .....	50
3.3.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ-36).....	51
3.4. Verilerin Toplanması .....	52
3.5. Verilerin Analizi .....	52

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>ARAŞTIRMA BULGULARI .....</b>	<b>54</b>
4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri .....	54
4.2. Araştırma Dahilinde Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Faktörlerinin Normallik Varsayımı ve Güvenirlilik Analizlerine Dair Bulgular.....	58

4.3. Araştırma Dahilinde Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Faktörlerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırma Analizlerine Dair Bulgular .....	64
4.4. Yeme Tutumu, Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkileri Gösteren Korelasyon Analizlerine Dair Bulgular .....	79
4.5. Yeme Tutumunu, Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yordama Gücünü Gösteren Regresyon Analizine Dair Bulgular.....	90

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>92</b>
5.1. Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırma Analizlerine Dair Bulguların Değerlendirilmesi .....	92
5.2. Yeme Tutumunun Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileriyle İlişmesine Dair Bulguların Değerlendirilmesi .....	98
5.3. Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Birlikte Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisine Dair Bulguların Değerlendirilmesi .....	103
<b>SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>105</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>108</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>141</b>
<b>ÖZ GEÇMİŞ .....</b>	<b>154</b>

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1: Demografik Bilgilerin Tanımlayıcı Değerleri.....	55
Tablo 4.2: Yaş, Beden Ağırlığı, Boy ve Beden Kitle İndeksinin Tanımlayıcı Değerleri .....	56
Tablo 4.3:Katılımcıların Psikiyatrik Tanısına Dair Tanımlayıcı Değerler .....	57
Tablo 4.4: Yeme Tutum Testi ve Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Faktörlerinin Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Katsayı Değerleri.....	59
Tablo 4.5: Kişilerarası Problemler Envanteri ve Alt Boyutlarının Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Katsayı Değerleri .....	61
Tablo 4.6: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeğinin Alt Faktörlerinin Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Katsayı Değerleri.....	63
Tablo 4.7: Yeme Tutum Düzeyinin Yaşa Göre Farklılaşması .....	64
Tablo 4.8: Yeme Tutum Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşması .....	65
Tablo 4.9: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşması....	66
Tablo 4.10: Yeme Tutum Düzeyinin Beden Kitle İndeksine Göre Farklılaşması... 67	
Tablo 4.11: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyinin Beden Kitle İndeksine Göre Farklılaşması.....	68
Tablo 4.12: Yeme Tutum Düzeyinin Beden Görünüşünden Memnun Olma Durumuna Göre Farklılaşması.....	69
Tablo 4.13: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyinin Beden Görünüşünden Memnun Olma Durumuna Göre Farklılaşması.....	70
Tablo 4.14: Yeme Tutum Düzeyinin Kilo Değerlendirme Durumuna Göre Farklılaşması.....	71
Tablo 4.15: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Kilo Değerlendirme Durumuna Göre Farklılaşması.....	72
Tablo 4.16: Yeme Tutum Düzeyinin Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması.....	73

Tablo 4.17: Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Faktörleri Düzeylerinin Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması .....	74
Tablo 4.18: Kişilerarası Problemler ve Alt Boyutları Düzeylerinin Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması .....	76
Tablo 4.19: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Alt Faktörleri Düzeylerinin Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması .....	78
Tablo 4.20: Yeme Tutumu ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları.....	80
Tablo 4.21: Yeme Tutumu ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları .....	81
Tablo 4.22: Yeme Tutumu ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları .....	82
Tablo 4.23: Çocukluk Çağı Travmaları ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları .....	83
Tablo 4.24: Çocukluk Çağı Travmaları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları.....	86
Tablo 4.25: Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları.....	88
Tablo 4.26: Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yeme Tutumuna Etkisini Gösteren Regresyon Analizi Bulguları .....	91

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Kişilerarası Döngüsel Model..... 37



## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>A.g.e.</b>	: Adı geçen eser
<b>Akt.</b>	: Aktaran
<b>APA</b>	: American Psychological Association
<b>APB</b>	: Amerikan Psikiyatri Birliği
<b>BDDSÖ</b>	: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği
<b>ÇÇTÖ</b>	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
<b>Çev.</b>	: Çeviren
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>Ed.</b>	: Editör
<b>KPE</b>	: Kişilerarası Problemler Envanteri
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>vd.</b>	: Ve Diğerleri
<b>YTT</b>	: Yeme Tutumu Testi

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Yeme bozuklukları, bozulmuş yeme tutum ve davranış belirtileri ile yiyecek, yeme ve beden imajına yönelik endişelerle kendini gösteren bir psikopatolojidir (Hay, vd., 2014: 978). Yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtilerinin anoreksiya ve bulimiya nervoza ile tıknırcasına yeme bozukluğunun karakteristik özelliklerini tanımlamasından dolayı bu tutum ve davranışlarının mekanizmasına ilişkin ayrıntılı bilgi edinmenin, yeme bozukluklarının anlaşılmasını sağlayabilmesinde, önemli olduğu belirtilmektedir. (Meyer ve Stanick, 2018: 7; Morrison, 2023: 276; Walsh, 2011: 525). Bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının yeme bozukluğuna yakalanmada risk teşkil etmesinin yanı sıra (Pengpid ve Peltzer, 2018; 349) yüksek yaygınlık oranlarına sahip olduğu vurgulanmaktadır (Celikel vd., 2008: 188). Bununla beraber, çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların yetişkinlik döneminde bozulmuş yeme tutum ve davranışları ve yeme bozukluklarının gelişmesinde önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Brustiengh, vd., 2019: 509; Smyth, vd., 2008: 195). Ayrıca, yeme bozukluklarının ciddi bir psikopatoloji olmasının yanı sıra biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel risk faktörlerinin etkileşimi sonucunda şekillendiği bilinmektedir (Culbert, vd., 2015: 1141). Psikososyal faktörlerden biri olarak, kişilerarasında sergilenen problemleri davranış örüntülerinin, bireyin yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtileri üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (Ansell, vd., 2012: 43). Bununla ilgili olarak, bireyin kişilerarası etkileşiminden kaynaklanan sıkıntılarının, psikopatolojisini sürdüren ya da geliştiren bir unsur olduğu ileri sürülmektedir (Horowitz ve Vitkus, 1986: 444). Çocukluk döneminde yaşanan travmaların yaşamın ileriki dönemlerinde ilişkisel işlevselliğe yansımalarının zarar verici ve süregelen etkileri olduğu vurgulanmaktadır (Dugal, vd., 2016: 71). Ayrıca, bireyin, erken dönemde, psikopatolojiye yatkınlığında önemli rol oynayan duygu düzenleme becerilerinde olgunlaşma süreci geçirdiğinin altı çizilmektedir (Szentágotai-Táatar ve Miu, 2016: 1). Çocukluk çağı travma yaşantılarına sahip olan bireylerin yetişkinliğinde uyumlu olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerine başvurmaya meyilli olduğu gösterilmektedir (Karataş ve Arıcıoğlu, 2021: 134). Kişilerarası problemlerin yanı sıra duygu düzenlemenin bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının üzerinde etkisinin olduğu ortaya konulmaktadır (Ambwani, vd., 2014: 552). Uyumlu

ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yeme bozukluğu geliştirme riski ile ilişkisinin incelenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Dworschak, vd., 2023: 1). Duygu düzenlemenin bilişsel yönünün yeme psikopatolojisiyle ilişkisini sunan çalışmalar, kabul etme, düşünceye odaklanma gibi bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çeşitli yeme bozukluğu belirtileri üzerinde etkisi olduğunu bildirmektedir (Prefit vd., 2019: 10).

### **1.1. Araştırmanın Problemi**

Günümüzde yeme bozukluklarının artış göstermekte olan psikopatolojiler arasına girdiği (Qian, vd., 2013: 212) göz önünde bulundurulduğunda bozulmuş yeme tutumu ve bu tutumlarla ilişkili olabilecek psikososyal unsurlarla yapılan çalışmaların, yeme bozukluğunu önleyici ve müdahale edici çalışmalara katkı sağlama niteliğinde olduğu düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında, genellikle, yeme tutumunun çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle ikili ilişkiler halinde incelendiği görülmektedir. Yapılan çalışmada, bu psikososyal unsurların birlikte yeme tutumunda bozulma belirtileri üzerinde ne düzeyde etkili olduğunun incelenmesi amaçlanmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Literatür incelendiğinde, yeme tutumlarında bozulma belirtileri ve yeme bozukluklarının çeşitli faktörlerin etkileşiminden kaynaklandığı görülmektedir. Bireyin duygu düzenleme becerileri ve kişilerarası problemlere yol açabilecek davranışlarının yaşamının ilk dönemlerinde deneyimlediği travmalarıyla ilişkisi araştırılmaktadır. Çocukluk dönemi travma geçmişi, duygu düzenlemede zorluk ve kişilerarası problem düzeyi, bireyi psikopatoloji geliştirmeye yatkın hale getirebilir. Literatürde yer alan araştırmalar incelendiğinde, yemeye ve bedene yönelik bozulmuş tutumların, çocukluk çağı travma deneyimlerinin bağlantılı olduğu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ve kişilerarası problemlerin varlığı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Mevcut çalışmada, yeme tutumunun çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisi incelenerek, yeme bozukluklarını önleme ve bu bozukluklara müdahale edici

çalışmalara katkıda bulunmak amaçlanmaktadır. Bu çalışmada, aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

**Soru 1:** Sosyodemografik değişkenlere göre yeme tutumu, çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermekte midir?

**Soru 2:** Çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve yeme tutumu arasında istatiksel açıdan anlamlı bir ilişki var mıdır?

**Soru 3:** Çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme strateji düzeyleri birlikte yeme tutumunu ne düzeyde yordamaktadır?

Araştırmanın sorularıyla önerilen hipotezler aşağıda sıralanmaktadır:

**Hipotez 1:** Yaşa göre yeme tutum düzeyi istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Hipotez 2:** Cinsiyet, beden kitle indeksi, kilo değerlendirme durumu ve beden görünüşünden memnuniyet durumuna göre yeme tutumu ve çocukluk çağı travma düzeyleri istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Hipotez 3:** Psikiyatrik tanı alma durumuna göre yeme tutumu, çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme strateji düzeyleri istatiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir.

**Hipotez 4:** Çocukluk çağı travmaları ve yeme tutumu arasında istatiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

**Hipotez 5:** Kişilerarası problemler ve yeme tutumu arasında istatiksel açıdan pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır.

**Hipotez 6:** Uyumlu olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve yeme tutumu arasında pozitif yönlü ilişki varken, uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve yeme tutumu arasında istatiksel açıdan negatif yönlü bir ilişki vardır.

**Hipotez 7:** Çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme strateji düzeyleri birlikte yeme tutum düzeyini anlamlı olarak yordamaktadır.

### **1.3. Araştırmanın Önemi**

Literatürde, bozulmuş yeme tutumlarının çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisi çeşitli çalışmalarla ortaya konulmaktadır. Çocukluk çağı travmalarının, duygu düzenleme becerileri ve sosyal işlevselliği etkileyen kişilerarası problemlerle bağlantısı araştırılmaktadır. Yeme tutumlarında bozulma belirtilerinin kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisinin, genellikle, ayrı ayrı ilişkilendirilerek incelendiği görülmektedir. Literatüre bakıldığında, bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının gelişmesi ya da sürdürülmesiyle bağlantılı bulunan çocukluk çağı travmalarının, kişilerarası problemlerin ve uyumlu ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerin birlikte incelendiği çalışmalara rastlanılmamıştır. Yapılan çalışmada, erken dönem travma geçmişi, olumsuz olay ya da durum karşısında başvuru alan bilişsel duygu düzenleme becerileri ve kişilerarası etkileşimlerden doğan kişilerarası problemlerin birlikte bozulmuş yeme tutumu üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

### **1.4. Araştırmanın Varsayımları**

- 1- Araştırmada kullanılan ölçek ve yöntemlerinin geçerli olduğu ve amaca uygunluğu varsayılmaktadır.
- 2- Araştırmaya katılan katılımcıların ölçme araçlarında bulunan maddeleri kendi düşüncelerini yansıtarak ve içtenlikle cevaplandıkları varsayılmaktadır.

### **1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- 1- Genç ve orta yaş yetişkin gruplarından elde edilen verilerle araştırmanın gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Fakat, genç yetişkinlerle karşılaştırıldığında daha ileri yaşta olan yetişkin katılımcılara beklenen sayıda ulaşılamamıştır.
- 2- Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının kendini değerlendirme ölçeği olması nedeniyle, katılımcıların kendileriyle ilgili ölçek maddelerini yanlış bir şekilde yanıtlama olasılıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

## 1.6. Tanımlar

**Yeme Tutumu:** Bireyin yiyecek seçimlerini ve sağlığını etkileyebilen yiyeceklerle ilgili inançlar, duygular, düşünceler ve davranışlarla bireyin yiyeceklerle olan ilişkisi olarak tanımlanmaktadır (Alvarenga, vd., 2012: 435).

**Beslenme ve Yeme Bozukluğu:** Yeme davranışı veya yemeye ilişkin davranışların kalıcı bir şekilde bozulmasıyla karakterizedir. Bu bozulma sonucunda beliren, gıdanın tüketimi veya sindirilmesinde bir değişim ve bedensel sağlık ile psikososyal işlevselliğin olumsuz etkilenmesiyle nitelendirilmektedir (APA, 2022: 371).

**Çocukluk Çağı Travmaları:** Duygusal, fiziksel ve cinsel istismar, ihmalkâr muamele ve her türlü kötüye kullanılmayı içerdiği ve sorumluluk, güç ve güven ilişkisi bağlamında çocuğun varlığını sürdürmesini tehdit ederken ruh ve beden sağlığı, gelişimsel süreci ve haysiyetine fiili ya da potansiyel zarar niteliği taşıdığı ifade edilmektedir (WHO, 1999: 15).

**Kişilerarası Problemler:** Bireylerin kişilerarası ilişkilerinde deneyimlediği zorluklar ve bu zorluklardan kaynaklı sıkıntı ile karakterize, diğer bir ifadeyle, bireyin kişilerarası etkileşimlerinde gözlemlenen işlevsiz örüntüler olarak ifade edilmektedir (Horowitz, vd., 1988: 885; Horowitz, 1996: 283).

**Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri:** Olumsuz bir yaşam olayı sürecinde ya da sonrasında bireyin duygu düzenlemesini bilişsel süreçler aracılığıyla gerçekleştirmesi, diğer bir ifadeyle, duygu düzenlemede kullanılan bilinçli düşünceler ya da bilişsel beceriler olarak tanımlanmaktadır (Akt. Onat ve Otrar, 2010: 125).

## İKİNCİ BÖLÜM

# YEME TUTUMU VE BOZUKLUKLARI, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, KİŞİLERARASI PROBLEMLER VE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ

Araştırmanın bu bölümünde, yeme tutumu ve bozuklukları, çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri değişkenlerine ve alt boyutlarına ilişkin tanımsal ve teorik bilgiler literatür eşliğinde açıklanmaya çalışılmıştır. Bununla birlikte, bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkileri yapılan araştırma sonuçlarıyla beraber ele alınmaktadır.

### 2.1. Yeme Tutumu

Tutumların sosyal etkileşim yoluyla oluşturulduğu, sürdürüldüğü, değiştirildiği kabul edilip bireyin zihnindeki bilişsel yapılar olduğu ve davranışı etkilediği ifade edilmektedir (Hogg ve Smith, 2007: 119). Bu tanımla bağlantılı olarak, yeme tutumu, bireyin yiyecek ve yemek yemeye dair duyguları, düşünceleri, inançları ve endişelerini ifade etmektedir (Johnson ve Bedford, 2004: 16). Tutumun davranış üzerindeki etkisinden yola çıkılarak (Fazio, 1990: 75) yeme tutumlarının da yeme davranışlarının bir belirleyicisi olabileceği düşünülmektedir. Yeme ile ilgili duygu, düşünce ve inançları ifade eden bozulmuş yeme tutumlarının ilişkili olduğu faktörlerin değerlendirilmesinin, yeme bozukluğunda gözlemlenen yeme davranışlarının önlenmesine katkı sağlayacağı belirtilmektedir (dos Santos Alvarenga, vd., 2010). Yeme davranışlarının ise genetik, fizyolojik, psikolojik, sosyo-ekonomik durum, kültür gibi pek çok faktörün kombinasyonu tarafından etkilendiği ifade edilmektedir. Riskli yeme davranışlarının meydana getirdiği gıda seçimlerinin de tip 2 diyabet, obezite ve çeşitli kanser türleri gibi bazı kronik hastalıkları geliştirme riskine yol açmasından dolayı bu faktörlerin anlaşılmasının önemi belirtilmektedir (Emilien ve Hollis, 2017: 233). Bununla beraber, şişmanlamaktan korkma, diyet yapma, takıntılı kilo kontrol davranışları, olumsuz beden imajına sahip olduğunu düşünme, bilişsel süreçlerin yeme ilgili olarak sürekli meşgul olması ve egzersiz yapma gibi bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tipik olmayan yeme bozukluklarının gelişiminde ciddi risk unsurları olduğu ifade edilmektedir

(Massaldjieva, vd., 2017: 1). Yapılan bir çalışmada, anoreksiya nervozaya sahip olan bireylerin en yaygın görülen başlangıç belirtisi diyet yapmayken, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunda bu belirtinin aşırı yeme davranışı olduğu gözlemlenmiştir (Hilbert, vd., 2014: 500). Ayrıca, yeme tutumlarında bozulma belirtilerinin, yeme bozukluklarının yanı sıra başka sağlık problemlerinin gelişiminde risk teşkil ettiği belirtilmektedir (Espinoza vd., 2010: 73; Özkan ve Bilici, 2018: 16; Walsh vd., 2000: 583). Örneğin, kadın atlet sporcularda ‘üçlü’ olarak bilinen bozulmuş yeme tutumları, adet düzensizliği ve kemik yoğunluğu kaybının uygunsuz diyet davranışları ve egzersiz sıklığındaki artışın etkisiyle meydana geldiği ve erken yaşlarda fiziksel sağlıklarını tehdit ettiği ifade edilmektedir (Hobart ve Smucker, 2000: 3357).

Bozulmuş yeme tutumlarının yüksek yaygınlık oranlarına sahip olduğu belirtilmektedir (Saleh, 2018: 5; Tam vd., 2007: 811). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, bozulmuş yeme tutumlarının yaygınlık oranı %22.07 olarak bildirilmektedir (Alfalahi, vd., 2022: 1). Bozulmuş yeme tutumları ve bu tutumlarla bağlantılı olan beden memnuniyetsizliği (Welch, vd., 2009: 168), kadınlarda erkeklere göre daha yüksek düzeyde görülürken, kitle iletişim araçları ve mükemmeliyetçi kişilik özelliğinin her iki cinsiyet içinde bozulmuş yeme tutumlarının gelişiminde etken faktör olabileceği vurgulanmaktadır (Elgin ve Pritchard, 2006: 5). Sosyal medya aracılığıyla maruz kalınabilen zayıf bir vücut imajına sahip olma idealinin, özellikle kadınlarda bozulmuş yeme tutumları ve ideal beden tipiyle uyuşmazlıktan kaynaklı mevcut beden görünüşünden memnun olmama ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Aparicio-Martinez, vd., 2019: 12). Erkeklerde ise sosyal medya etkisiyle oluşan ideal vücut şeklinin vücutta fazla yağ olması ya da daha az kaslı olma durumuna aykırı olmasından dolayı deneyimledikleri beden imajı memnuniyetsizliğinin bozulmuş yeme tutumları geliştirme olasılığını arttırabileceği bildirilmektedir (Ebrahim, vd., 2019: 1; Dominé, vd., 2009: 111). Bozulmuş yeme tutumları, beden imajı memnuniyeti, benlik saygısı ve egzersiz yapma nedenlerinin ilişkisini inceleyen bir çalışmada, erkeklerden ziyade kadınların beden memnuniyetsizliklerinin benlik saygılarıyla bağlantılı olduğu ve her iki cinsiyette de çekici olmak ve kilo alımını kontrol etmek amaçlı egzersiz yapma arttıkça benlik saygısının azaldığı ve yeme tutumlarında bozulma belirtilerinde artış olduğu ifade edilmektedir (Furnham, vd., 2002: 581-594). Buna ek olarak, bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının dış

görünümüne yönelik kaygılar ve duygusal iyi oluş ile ilişkili olarak (Croll, vd., 2002: 166) ergenlik döneminde özellikle kızlarda yaşları ilerledikçe artış gösterdiği bildirilmiştir (Jones, vd., 2001: 547). Son olarak, bireylerin bozulmuş yeme tutumları ve bu tutumlarla bağlantılı olan yeme davranışlarının, çeşitli risk faktörlerinin bir araya gelmesiyle ilişkili olabileceği ve yeme bozukluğu geliştirme riskine işaret ettikleri anlaşılmaktadır. Yapılan araştırma kapsamında bu bozukluklarının özellikleri ve ilişkili olduğu unsurlar ele alınmaya çalışılmaktadır.

## **2.2. Yeme Bozuklukları**

Yeme bozukluklarının, gıda, yemek yeme ve beden imajı endişeleri üzerine yoğunlaşan bir psikopatoloji ve yeme ile ilgili davranışlarda bozulma ile karakterize olduğu ifade edilmektedir (Hay, 2014: 978). Genellikle, kısıtlanan diyet ve tüketilen gıdanın çıkarılmasından kaynaklı, eş zamanlı sağlık sorunlarıyla görülen ciddi ve kronik ruhsal rahatsızlıklardır (Dickstein, vd., 2014: 255; Kondo ve Sokol, 2006: 64). Eş zamanlı fiziksel ve zihinsel sağlık problemlerinin yanı sıra bireylerin iş, akademi ve aile ilişkileri gibi yaşamının pek çok alanını önemli düzeyde etkileyebileceği vurgulanmaktadır (Babaei ve Alizadeh, 2020: 115). Bununla ilgili olarak, diğer fiziksel ve zihinsel rahatsızlıklara sahip olan bireylerle ve genel toplumla karşılaştırıldığında yeme bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitelerinde duygusal iyi oluş hali açısından (Doll, vd., 2005: 705) ciddi bir azalma meydana geldiği belirtilmektedir (Jenkins, vd., 2011: 113; Winkler, vd., 2014: 3).

Yapılan bir meta-analiz çalışmasına göre, yeme bozuklukları genel popülasyonda %1.01 oranında yaygınken anoreksiya nervozanın yaygınlık oranında önemli bir artış görülmüştür (Qian, vd., 2013: 212). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, 18-44 yaş aralığındaki 1122 katılımcının bozulmuş yeme tutumları değerlendirildikten sonra %5.25 oranında katılımcının yeme bozukluğu riski altında olduğu tespit edilmiş ve bu katılımcılarla yapılan klinik görüşmeler sonrasında ise %1.52 oranında yeme bozukluğu nokta yaygınlık oranı bildirilmiştir (Semiz, vd., 2012: 1). Bununla beraber, yeme bozukluklarında özellikle anoreksiya nervozada, diğer psikiyatrik bozukluklar ve genel nüfusa göre oldukça yüksek ölüm oranları görülmektedir (Steinhausen, 2009: 239; Sullivan, 1995: 1073). Bir derleme çalışmasına göre, erken yaşlarda artmış ölüm riskiyle ilişkilendirilen yeme bozukluklarında ölüm nedenleri değişkenlik göstermekte

ve bu nedenlerden birinin yetersiz beslenmeyle bağlantılı (Friars, vd., 2023: 1) kardiyovasküler problemler ve bozukluğun uzun süreli gidişatıyla ilişkili ani ölüm olduğu belirtilmektedir (Jáuregui-Garrido ve Jáuregui-Lobera, 2012: 91). Diğer bir ölüm nedeni olarak, intihar görülmekte ve anoreksiya nervozada intihar girişimi %3-20 oranlarında saptanırken bulimiyada yaklaşık %25-35 olduğu bildirilmekte ve bu durumun çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismar geçmişi ve eş zamanlı olarak görülen depresyon ve madde kötüye kullanımıyla ilişkili olduğu açıklanmaktadır (Franko ve Keel, 2006: 769).

### **2.2.1. Beslenme ve Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması**

Yeme bozukluklarının anlaşılması ve sınıflandırılmasında son yıllarda hızlı bir gelişme görülmüştür. Gerald Russell tarafından, 1970’de, belirgin kilo kaybına yol açan davranışsal bozukluk, kilo almaktan aşırı derecede korkma ve endokrin bozukluğu diye nitelendirilen kadınlarda adet görmeme ve erkeklerde cinsel ilginin azalması belirtileri ile tanımlanan anoreksiya nervoza, tanı kriterleriyle sınıflandırılmış ilk yeme bozukluğudur. Bulimiya nervoza ise, 1979’da ayrı bir tanı kriter kategorisi olarak belirlenmiştir. Russell tarafından, bulimiya nervoza, karşı konulamaz bir güçte aşırı yeme dürtüsü, aşırı yeme davranışını takiben yediğini geri çıkarma amaçlı telafi edici davranış ve bu davranışların temelinde olan aşırı derecede şişmanlama korkusunun bulunması olarak tanımlanmıştır. 1980’li yıllarda ise, anoreksiya ve bulimiya nervoza dışında kalan atipik yeme bozukluklarının farkına varılması ve tıknircasına yeme bozukluğunun tanı kriterlerinin belirlenmesiyle, bu bozukluklarda DSM sınıflandırma sistemine dahil edilmiştir (Garfinkel, 2002: 155-158). Yeme bozuklukları kapsamında anoreksiya ve bulimiya nervoza ile tıknircasına yeme bozukluğu yer alırken geviş getirme ve kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu ile pika, beslenme bozuklukları olarak ele almaktadır. DSM III-R’de anoreksiya ve bulimiya nervoza, pika ve ruminasyon bozukluğu ile birlikte bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminde ortaya çıkan bozukluklar olarak kabul edilmiştir. DSM-IV’de, anoreksiya ve bulimiya nervoza yeme bozuklukları kategorisine yerleştirilerek beslenme bozukluklarından ayrılmıştır. DSM-5’te ise psikopatolojide gelişimin yaşam boyu devam ettiği görüşüyle ortadan kaldırılan bebeklik, çocukluk ve ergenlikte tanısı konulan bozukluklar kategorisindeki beslenme bozuklukları, yeme bozukluklarıyla bir araya getirilmiştir (Keel, 2017: 16). Günümüze kadar beslenme ve yeme bozuklukları

tanı kriterleri sınıflandırmalarının çeşitli değişiklere uğramasının ardından DSM'nin güncelleştirilmiş hali DSM-5-TR'de, beslenme ve yeme bozuklukları kapsamında pika, yediğini geri çıkarma/geviş getirme (ruminasyon) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu başlıkları altında tanı kriterleri sınıflandırması yer almaktadır (APA, 2022: 371).

### **2.2.1.1. Pika**

Pika kelimesi latince kökenli olup neredeyse her şeyi yemesiyle ünlü bir kuş türü olan saksagan anlamına gelmektedir (Mishori ve McHale, 2014: 1). Pika, gıda dışı ve besleyici olmayan maddeleri yeme davranışı ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Hartmann ve Jurilj, 2017: 329). Besleyici olmayan maddelerin yenmesi, bazı kültürlerde yaygın bir davranış normu olması dolayısıyla tüm pika davranışları patolojik olarak değerlendirilmemektedir (Schnitzler, 2022 :531). Bu bozukluk kapsamında yenilen besin dışı maddelerden bazıları, toprak, kil, kağıt, tebeşir, sabun, toz, plastik, dışkı, taş, cam ve buz olup toprak ve buz tüketimi daha yaygın görülmektedir (Morrison, 2023: 288; Srivastava, 2019, 78). Pika davranışında bulunan bireylerde demir ve çinko eksikliği olduğu rapor edilmiştir (Ahmed, Gaboli ve Attalla, 2015: 6; Lumish, 2014: 4).

Aşağıda DSM-5-TR tanı ölçütleri kitabında yer alan pikanın tanı kriterleri maddeler halinde sıralanmaktadır (APB, 2022: 175):

- A. *En az bir ay süreyle, sürekli olarak, besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.*
- B. *Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu, kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.*
- C. *Bu yeme davranışı, kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.*
- D. *Bu yeme davranışı, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal gelişimsel bozukluk [anlıksal yetiyitimi], otizm kapsamında bozukluk, şizofreni), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.*

Farklı yaş gruplarında olan bireylerin pika davranışını sergilediğini ortaya koyan epidemiyolojik çalışmalar bulunmaktadır (Rajput ve Kumar, 2020: 13). Bununla birlikte, çocuklar ve hamile kadınların yüksek risk grubu oluşturduğu belirtilmiştir (Borgna-Pignatti ve Zanella, 2016: 1078). Pika belirtileri, düşük sosyoekonomik statüye sahip ailelerin çocuklarında, duygusal açıdan yoksun bırakılmış ve zihinsel engeli olan çocuklarda yaygın olarak görülürken normal zekaya sahip çocuklarda eğer pika davranışı bulunuyorsa, genellikle yiyecek olan ve olmayan maddeler arasında ayırım yapmayı öğrendikten sonra düzelmektedir (Leung ve Hon, 2019: 1). DSM-5-TR tanı kriterleri kitabında (2022: 372) bebeklerin nesnelere ağzına götürüp yutmasının normal sayılma durumunun dışlanması için pika tanısının 2 yaş ve üzerinde olan çocuklarda konulması önerilmektedir. Bir araştırmada, hamilelerde %5.7 oranında pika tanısı konulduğu bildirilmiştir. Aynı araştırma sonucunda, hamilelerin başkaları tarafından zayıf görülme isteği ve yemek hakkında fazla düşünme gibi bazı bozulmuş yeme tutumları sergiledikleri ve anoreksiya ve bulimiya nervoza geliştirme riski altında oldukları belirtilmiştir (Santos vd., 2016: 577). Eğitim düzeyinin düşük olması, ekonomik durumdan memnun olmama, hamilelikte anormal tıbbi durumlar, istenmeyen hamilelik, hamilelik sürecinde demir takviyesi alınıp alınmaması gibi unsurların hamilelik döneminde ortaya çıkan pika davranışıyla ilişkili olduğu görülmektedir (Ezzeddin vd., 2015: 457). Toplumsal örneklemede, 7-14 yaş aralığındaki çocuklarda pika davranışlarının görülme oranı %4.98 olarak raporlanmasının yanı sıra erkek çocuklarında pika davranışının daha yaygın olduğu ve 10 yaşından küçük çocuklarda ise cinsiyetler arası görülme oranında bir farklılık olmadığı ifade edilmiştir (Hartmann vd., 2018: 1499-1506). Yetişkinlerde pika davranışı %1.08 olarak bildirilmiştir (Hartmann, vd., 2022: 4). Pikanın psikiyatrik bozukluklarla eş zamanlı görünümüne bakıldığında şizofreni tanısı almış hastalarda nispeten yaygın görülüp sağlıkları için tehdit oluşturmaktadır (Khosravi, 2021: 1). Çocuklarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili bulunmasıyla beraber dopaminerjik sistemde işlev bozuklukları ve zayıf dürtü kontrolünün bu ilişkide etiyolojik faktör olabileceği düşünülmüştür (Cardoso vd., 2021: 12).

### **2.2.1.2. Yediğini Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu**

Ruminasyon terimi, Latince dilinde geviş getirmek anlamında olan ruminare kelimesinden türetilmiştir (Kaçar ve Hocoğlu, 2019: 350). Kişinin yediği yemeğin bir

miktarını midesinden istemsiz olarak ve bulantı olmadan geri çıkarıp tekrardan çiğnemesi ya da yutması olarak tanımlanan ruminasyon davranışı, gelişimsel sürece ve sağlığa potansiyel zarar verme niteliği taşıdığı belirtilmektedir (Morrison, 2023: 289-290; O'Brien ve Bruce, 1995: 1027; Öztürk ve Uluşahin, 2023: 460). Ruminasyon davranışında bulunan bireylerin genellikle her gün olmak üzere haftada birçok kez bu davranışı sergiledikleri görülmektedir (APA, 2022: 374).

DSM-5-TR tanı ölçütleri başvuru el kitabında yediğini geri çıkarma bozukluğunun tanı kriterleri şu şekilde yer almaktadır (APB, 2022: 176):

- A. *En az bir ay süreyle, kişinin, sık sık, yediği yiyeceği geri çıkarması. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükürülebilir.*
- B. *Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.*
- C. *Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknircasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişin sırasında ortaya çıkmamaktadır.*
- D. *Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlıksal gelişimsel bozukluk [anlıksal yetersizlik] ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk), ayrıca klinik değerlendirilmeyi gerektirecek denli ağırdır.*

Ruminasyon bebeklerde ve zihinsel engelli bireylerde daha yaygın bir davranış olmasının yanı sıra normal zihinsel kapasiteye sahip yetişkin bireylerde de görülmektedir (Birmingham ve Firoz, 2006: 85; Mayes vd., 1988: 300). Toplum temelli yapılan çalışmalara bakıldığında, 7-14 yaş aralığında olan çocuklarda ruminasyon davranışı görülme oranı %1.49 iken yetişkinlerde ruminasyon davranışı %0.71 olarak raporlanmıştır (Hartmann vd., 2018: 1499-1506; Hartmann, vd., 2022: 4). Normal zihinsel kapasiteye sahip çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada, cinsiyetler arasında ruminasyon davranışının yaygınlığında bir farklılık görülmeyip gastrointestinal rahatsızlıklarla birlikte görülme oranı oldukça yüksektir (Rajindrajith, Devanarayana ve Perera, 2012: 3). Ruminasyonun uzun süreli seyrinde görülen ciddi fiziksel sonuçlardan bazılarının, kilo kaybı, beslenme eksikliği, elektrolit

bozukluklar, ağız kokusu ve dişlerde aşınma olduğu bildirilmiştir (Khan vd., 2000 :530). Büyük çocuklarda ve yetişkinlerde beslenme eksikliği, kusarak çıkarma davranışına eşlik eden yiyecek alımının kısıtlanması sonucu görülebileceği belirtilmektedir (APA, 2022: 375). Yiyecek alımının kısıtlanması durumunun, olası bir geri çıkarma davranışını gizlemek için sosyal bir ortamda yemek yemekten kaçınma sonucu ortaya çıkabileceği ve bu durumda sosyal işlevselliği ciddi bir şekilde etkileyebileceği açıklanmaktadır (A.g.e: 376). Son olarak, yeme bozukluğu ve ruminasyon davranışının birlikte görüldüğü hastalarda, yeme bozukluğu belirtilerinin azaltılmasıyla ruminasyonunda azalabileceği ve yemekten sonra sakız çiğneme, derin nefes alma ve diyafram nefesi gibi davranışsal müdahalelerle ruminasyon davranışının başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği raporlanmıştır (Birmingham ve Firoz, 2006 :88; Halland ve Pandolfino, 2018 :7).

### **2.2.1.3. Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu**

DSM-5'te yeme bozuklukları kapsamında ilk kez yayınlanan kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, gıda alımının belirgin olarak kısıtlanmasıyla karakterize olup beden ağırlığının artmasına ilişkin endişe duymaması yönüyle anoreksiya ve bulimiya nervozadan ayrılmaktadır (Dovey, vd., 2019: 56; Karadere ve Hocoğlu, 2018: 110; Kreipe ve Palomaki, 2012: 421). Kaçınan veya kısıtlayıcı yeme davranışlarıyla kendini gösteren ve beden imajı memnuniyetsizliği ile zayıf bir bedene sahip olma arzusu olmayan bir bozukluk olduğu ifade edilmektedir (Bourne, vd., 2020: 1). Bu bozukluğun ana özelliği olan gıda alımını kısıtlama davranışının ciddi derece kilo kaybı, beslenmenin sağlığı olumsuz etkilecek biçimde eksik kalması, tüp yoluyla ya da ağızdan ek beslenmeye ihtiyaç duyma ve psikososyal işlevsellikte belirgin bir bozulma olarak sıralanan bu dört belirtiden bir ya da birden fazlasıyla birlikte görülmesi gerektiği belirtilmektedir (APA, 2022: 377).

Aşağıda DSM-5-TR tanı kriterleri başvuru kitabında yer alan kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun tanı kriterleri bulunmaktadır (APB, 2022: 176-177):

- A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örn. yemeye ya da yiyeceklere karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili olarak kaygı duyma).*

1. *Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).*
  2. *Belirgin bir beslenme eksikliği.*
  3. *Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.*
  4. *Ruhsal-toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi.*
- B. Bu bozukluk, ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.*
- C. Bu yeme bozukluğu, yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur.*
- D. Bu yeme bozukluğu, eşzamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu, başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa; söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.*

DSM-IV'te bebeklik veya erken çocukluk döneminde beslenme bozukluğu olarak, 6 yaş ve altındaki çocuklarla sınırlı bir tanı sınıflandırması olup DSM-5'te tüm yaş gruplarına özgü bir tanı olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (Bryant-Waugh, 2013: 420; Zimmerman ve Fisher, 2017: 95). Toplum temelli yapılan bir araştırmaya göre, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun yaygınlık oranınının 15 yaş ve üzerinde olan bireylerde %0.3 olduğu bildirilmiştir (Hay, vd., 2017: 1). Anoreksiya nervoza ve kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olan ergenlik dönemindeki hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada, kaçınan/kısıtlı yeme bozukluğu olanların daha genç olup cinsiyetinin ise erkek olma olasılığının yüksek olduğu ve iştahsızlık, kusma korkusu ve karın ağrısı bildirdikleri saptanmıştır (Katzman, vd., 2019: 1; Norris, vd., 2014: 495). Yine aynı çalışmada, her iki hasta grubunda düşük düzeyde kilolarda oldukları ve eş zamanlı psikopatoloji ve fiziksel rahatsızlığın hayati tehdit oluşturacak derecede yüksek oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (Norris, vd., 2014: 495). Bununla beraber, kaçınan yeme bozukluğu olan bireylerin çocukluğundan beri seçici yemek yediği, kaygı belirtileri, gastrointestinal belirtiler, belirli yiyeceklere

alerji, gıdanın dokusundan rahatsız olma, kusma ya da boğulma öyküsünden kaynaklı korku bildirdikleri ve kaygı bozukluğu, duygudurum bozukluğu, gelişimsel bozukluklar, öğrenme bozuklukları ve bazı tıbbi rahatsızlıklarla eş zamanlı tanılarının olduğu görülmektedir (Fisher, vd., 2014: 51; Nicely, vd., 2014: 1). Başka bir çalışmada, bebeklik dönemi anoreksiya tanısı almış ve sonrasında kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu olan çocukların annelerinde psikopatolojik belirtileri ve bozulmuş yeme tutumlarıyla çocukların yetersiz beslenmesi ve duygusal ve davranışsal problemleri arasında ilişki olduğu görülmektedir (Lucarelli, vd., 2018: 1).

#### **2.2.1.4. Anoreksiya Nervosa**

Anoreksiya nervosa kavramının, 'tedirginliğin meydana getirdiği iştahsızlık' anlamına geldiği, ancak bu yeme bozukluğunun temelinde görülen sıkıntının, iştahsızlıktan ziyade aşırı derecede kilo alma korkusuyla beraber normal beden ağırlığının altında olup mevcut kilonun bile muhafaza edilmemesi olduğu belirtilmektedir (Butcher ve Mineka 2013: 574-575). Anoreksiya nervozanın ayırt edici özelliğinin yaşa uygun beden kitle indeksi çizelgeleri ile tanımlandığı ve vücut ağırlığının beklenen ağırlığın yüzde 85'inde veya üzerinde tutulmasının reddedilmesiyle karakterize olduğu ifade edilmektedir (Strumia, 2009: 268). Anoreksiya nervozası olan hastaların çok zayıf olmalarına karşın, beden algılarındaki bozukluğun göstergesi olarak kendilerinin şişman olduğunu ya da kilo alacağını düşünerek yemeyi kısıtladığı bildirilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2023: 452-453). Bununla birlikte, yakınlarını endişelendirecek düzeyde zayıf görünümüne rağmen zayıf olmadığı inancıyla kilo verme davranışlarında buldukları belirtilmektedir (A.g.e.). Takıntılı bir şekilde egzersiz yapmanın, özellikle anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı türünde yaygın olarak gözlemlenen bir klinik özellik olduğu ve bu tür egzersizlerin nedenlerinin değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (Grave, 2009: 27). Bu egzersizlerin çoğunlukla, beden şekli ve ağırlığını kontrol etme şekli olduğu ancak bazı durumlarda ruh halini değiştirmek için kullanıldığı açıklanmaktadır (A.g.e.). Bununla ilgili olarak, yapılan bir çalışmayla, anoreksiya nervozanın gidişatı boyunca uzun süreli kalori kısıtlamasının yol açtığı fiziksel ve zihinsel huzursuzluk belirtileriyle birlikte artış gösteren hareket etme dürtüsünün yaşandığına dair bulgular ortaya konmaktadır (Casper vd., 2020: 8).

Yapılan bir metaanaliz çalışmasında, anoreksiya nervozanın iki türünden biri olan kısıtlayıcı türüne sahip olan hastaların zaman içerisinde, sıklıkla, tıknırcasına yeme/çıkarma türüne geçtiği ve varolan klinik tablonun ağırlaştığı vurgulanmaktadır (Serra vd., 2022: 857). Buna ek olarak, anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı türden tıknırcasına yeme/çıkarma türüne geçiş sonrası, intihar girişiminin sıklığında bir artış gözlemlendiği bildirilmektedir (Foulon vd., 2007: 513). Tıknırcasına yeme/çıkarma türünde anoreksiya nervozası olan bireylerin genellikle, tıknırcasına yemenin ardından kendi kendine kusturma ve laksatif, diüretik ya da lavmanların kötüye kullanımıyla yediklerinden kurtulmak için telafi edici davranışlarda bulunduğu, bu alt türe sahip olan bazı bireylerin ise tıknırcasına yemeyip küçük miktarda yiyecek tüketiminin ardından düzenli olarak telafi edici davranışlar sergilediği belirtilmektedir (APA, 2022: 382).

Aşağıda DSM-5-TR tanı ölçütleri kitabına göre anoreksiya nervozanın tanı kriterleri maddeler halinde sıralanmaktadır (APB, 2022: 177):

- A. *Gereksinimlere göre erke (enerji, kalori) 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.*

Ergenlik döneminde olan bireylerin bulunduğu geniş bir toplulukla yapılan araştırma sonucuna göre, anoreksiya nervozanın kızlarda %5, erkeklerde %0.03 oranında yaygın olduğu bildirilmektedir (Godart vd., 2013: 53). Aynı çalışmada, anoreksiya nervozanın kısıtlayıcı alt türünün %75'den fazlasında gözlemlenmesinin yanı sıra en yüksek yaygınlık oranının 16 yaşındakiler arasında olduğu belirtilmektedir (A.g.e.). Buna ek

olarak, 15-24 yaş arasındaki genç kadınlarda, anoreksiya nervoza yaygınlık oranı %3, bulimiya nervoza ise %1 olarak raporlanmıştır (Hoek, 2006: 389). Bununla birlikte, yeme bozukluklarında ölüm oranlarının önemli ölçüde yüksek olduğu ve anoreksiya nervozanın en yüksek ölüm oranına sahip olduğu bildirilmektedir (Arcelus vd., 2011: 724; Birmingham vd., 2005: 143). Anoreksiya nervozada ölüm riskini arttıran bazı faktörlerin, hastalığın uzun sürmesi, düşük beden ağırlığı, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları ve zayıf psikososyal işlevsellik olduğu vurgulanmaktadır (Franko vd., 2013: 917; Kask vd., 2017: 1489). Anoreksiya nervozada, beden ağırlığı normalin altında olup azalmaya devam ettikçe vücut sistemleri olumsuz yönde etkilenirken bu durumun birçok tıbbi komplikasyonlara neden olduğu belirtilmektedir (Mehler ve Brown, 2015: 6). Kilo almaktan aşırı derecede korkmayla beraber sınırlı yiyecek alımının, bu hastaların genel sağlığı açısından üreme ve iskelet sistemi ve kardiyovasküler sisteminde uzun vadeli biyolojik sonuçlar doğurduğu ifade edilmektedir (Meczekalski ve Podfigurna-Stopa, 2013: 219). Kardiyovasküler problemler ve iskelet sistemi ile ilgili sorunların yanı sıra kilo kaybıyla bağlantılı kemik mineral yoğunluğu kaybının, anoreksiyanın birkaç geri dönüştüremez fiziksel sonuçlarından biri olduğu bulgulanmıştır (Chidiac, 2019: 448). Ayrıca, kapsamlı bir metaanaliz çalışmasında, anoreksiya nervozası olan bireylerde madde kullanım yaygınlık oranının %16 olduğu ve uyuşturucu, alkol ve esrarın dahil olduğu madde kullanım bozuklukları eş zamanlılığının, anoreksiya nervozanın tıknırcasına yeme/çıkarma türünde, diğer türüne göre, daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Devoe vd., 2021: 12). Buna ek olarak, tıknırcasına yeme/çıkarma türünde ve bulimiya nervozada, B kümesi kişilik bozukluklarının yaygınlığında artış olduğu bildirilmektedir (Jordan vd., 2008: 47).

#### **2.2.1.5. Bulimiya Nervozası**

Bulimiya kelimesi, Yunan dilinde öküze anlamına gelen bous ve açlık anlamında limos sözcüklerinin birleşiminden oluşup bu kavramla, bir insanın neredeyse bir öküze yiyebilecek kadar açlığının şiddeti ifade edilmektedir (Butcher ve Mineka, 2013: 579). Bulimiya nervozanın, tekrarlayan aşırı yemenin ardından kilo alımını önlemek için uygun olmayan telafi edici davranışlarla ve kendilik değerlendirmesinin beden şekli ve ağırlığından gerektiğinden fazla etkilenmesiyle giden bir bozukluk olduğu açıklanmaktadır (APA, 2022: 388). Bazı araştırmalara göre, tıknırcasına yeme

davranışını tetikleyen öncüllerin depresif olma, boşluk hissi, umutsuzluk, gerginlik, öfkeli olma, tatminsizlik ve endişeli olma gibi olumsuz duygular, uyum bozucu bilişler, can sıkıntısı, sabah vaktinde yalnız olmak gibi günün saati ve sosyal koşullarla ilgili unsurlar, arzu edilen bir yemeği tüketmekten kaçınma, aç olmak ve tatlı yemeye aşerme gibi fizyolojik durumların farklı kombinasyonlarının olabileceği belirtilmektedir. Bununla beraber, olumsuz duygu ve düşüncelerden kurtulma, açlık ve aşermede azalma gibi tıknırcasına yemenin bazı kısa vadeli sonuçlarının olumsuz bir pekiştirme sağlayabileceği bildirilmektedir (Stickney ve Miltenberger 1999: 177; Vanderlinden vd., 2004: 300; Waters ve Hill, 2001: 17).

Anoreksiya nervozanın alt türlerinden birinde tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarının bulimiya ile ortak özellik olarak görüldüğü belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2023: 459). Fakat, anoreksiya nervozada yemeyi kısıtlama ve normal beden ağırlığının altında olma, bulimiya nervozada ise yemeyi durduramama ve normal veya normalin üzerinde beden ağırlığının varlığından dolayı bu bozuklukların ayırt edilebileceği bildirilmektedir (A.g.e.). Ayrıca, anoreksiya nervozayla benzer olarak, bulimiya nervozada kendilik değerlendirmelerinin vücut şekli ve görünümünden etkilendiği, ancak anoreksiya nervozadan farklı olarak bulimiya nervozada beden algısı çarpıtmalarının, diğer bir ifadeyle, zayıf olmalarına rağmen kilolu olduklarına dair çarpık görüşlerinin bulunmadığı belirtilmektedir (Morrison, 2023: 281).

Aşağıda DSM-5-TR tanı ölçütleri kitabına göre bulimiya nervozanın tanı kriterleri maddeler halinde sıralanmaktadır (APB, 2022: 179):

*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 denetleyemediği duygusu).*

*B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren [dışkılatıcı] (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) 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.*

Anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın, dünya çapında tüm yaş gruplarında kadın ve erkeklerde görüldüğü ve her iki bozuklukta da yüksek ölüm riski bulunduğu açıklanmaktadır (Smink, vd., 2012: 406). Bununla birlikte, anoreksiyanın genç kadınlarda daha yaygın ve 15-19 yaş aralığındaki kızlarda görülme oranında artış olduğu bildirilmektedir (A.g.e.). Anoreksiya nervozanın yaşam boyu görülme oranı, kadın ve erkeklerde sırasıyla %4 ve %3 iken bulimiya nervozada bu oranlar kadınlar için %3 erkekler için %1 olarak raporlanmıştır (van Eeden ve van Hoeken, 2021: 515). Bulimiya nervozanın hem ergenler hem de yetişkinlerde yüksek oranlarda görülmesinin yanı sıra önemli derecede hastalık sahibi olmaya ve ölüme neden olduğu belirtilmektedir (Castillo ve Weiselberg, 2017: 93; Hail ve Le Grange, 2018: 11). Anoreksiya nervozada olduğu gibi bulimiya nervozanın, birçok farklı tıbbi komplikasyonla ilişkili olduğu ve bu komplikasyonların çıkarma davranışının yöntemine ve sıklığına bağlı olduğu bildirilmektedir (Mehler ve Rylander, 2015: 4). Uygunsuz telafi edici davranışlardan diüretik ilaçlarının kötüye kullanımı ve kendi kendine kusma sonucunda asit-baz ve elektrolit anormallikleri görüldüğü ve bu komplikasyonların oldukça ciddi ve kalıcı olabileceği belirtilmektedir (A.g.e.). Son olarak, yapılan bir çalışmada, obsesif kompulsif, sosyal kaygı, panik ve travma sonrası stres bozukluğu gibi bazı kaygı bozukluklarıyla bulimiya nervoza ve anoreksiya nervozanın eş zamanlı olarak görülebileceği vurgulanmaktadır (Woodside ve Staab, 2006: 655).

### 2.2.1.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkınırcasına yeme, yiyecek tüketiminde kontrol kaybının yanı sıra olumsuz duygulanımı azaltmak için çok büyük miktarda yiyecek tüketme ile karakterize olduğu ifade edilmektedir (Telch ve Pratt, 1998: 313). Tıkınırcasına yeme bozukluğunun bulimiya nervoza ile ortak özelliğinin, tıkınırcasına yeme ataklarının bulunması, farklı özelliğinin ise bulimiya nervoza da olan telafi edici davranışların bu bozuklukta görülmemesi olduğu bildirilmektedir (Dingemans vd., 2002: 299). Bununla beraber, kilo vermek amaçlı yardım arayan bireylerde tıkınırcasına yeme bozukluğunun yüksek oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (A.g.e.).

Aşağıda DSM-5-TR tanı ölçütleri kitabına göre tıkınırcasına yeme bozukluğunun tanı kriterleri maddeler halinde sıralanmaktadır (APB, 2022: 180):

*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 denetiminin kalktığı duygusunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).*

*B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden 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 tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.*

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

Bu bozukluğun kadınlarda, erkeklere göre, daha yaygın olduğu ve obezitenin şiddeti ve geçmişte belirgin kilo dalgalanmaları yaşamakla ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Spitzer vd., 1992: 191). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kadınların, bulimiya nervoza olan kadınlarla karşılaştırıldığında, daha ileri yaşlı, anoreksiya nervoza öyküsünün olma olasılığının daha düşük olduğu ve bu bozukluğun obezite ile daha fazla ilişkilendirildiği bildirilmektedir (Striegel-Moore vd., 2001: 157). Ayrıca, anoreksiya nervoza tanısı alan bireylerin, tıkınırcasına yeme bozukluğuna geçişinin nadiren görüldüğü, anoreksiya nervoza ile bulimiya nervoza arasında ve bulimiya nervoza ile tıkınırcasına yeme bozukluğu arasında geçişlerin daha yaygın olduğu belirtilmektedir (Hilbert, vd., 2014: 500). Tıkınırcasına yeme bozukluğu ile birlikte görülen fiziksel ve zihinsel hastalıkların yanı sıra bu bozukluğa sahip olan bireylerde yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikte bozulma meydana geldiği açıklanmaktadır (Wilfley ve Wilson, 2003: 96). Bununla beraber, tıkınırcasına yeme bozukluğu ile eş zamanlı obezitesi olan bireylerin, yalnızca obezitesi olan bireylerle karşılaştırıldığında, hipertansiyon ve tip 2 diyabeti içeren fiziksel işlevselliklerinde bozulma riskine daha fazla sahip olduğu ve psikososyal açıdan işlevselliğinin daha fazla zarar gördüğü vurgulanmaktadır (Hudson vd., 2010: 1568; Rieger vd., 2005: 234).

### **2.2.2. Yeme Bozukluklarının Risk Faktörleri**

Yeme bozukluklarının gelişiminde rol oynayabilen tek bir etken faktörden ziyade birden fazla biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etken faktörden söz edilmekte olup bu bozuklukların çeşitli risk faktörlerinin birleşiminden kaynaklanabileceği ileri sürülmektedir (Polivy ve Herman, 2002: 205; Yates, 1989: 813). Kalıtsal faktörler, bireysel ve ailesel olumsuz yaşantılar ve kültürel baskıların, yeme bozuklukları kapsamında uygun olmayan bir şekilde diyet yapma, aşırı yeme ve çeşitli yollarla yediklerini çıkarma davranışlarının başlangıcını tetikleyebileceği ve bu bozulmuş yeme davranışları yoluyla oluşan fiziksel rahatsızlıkların da yeme bozukluklarının

gidişatının uzun seyirli olmasına yol açabileceği belirtilmektedir (Walsh ve Devlin, 1998: 1387). Ayrıca, günümüzde, diyatez-stres modeli çerçevesinde yeme bozukluklarının değerlendirildiği ve bu modele göre, birtakım genetik unsurların etkisiyle, bireylerin sahip olduğu mükemmeliyetçilik, depresif olma ve kaygıya yatkınlık gibi psikolojik unsurların dahilinde, çevresinde algıladığı zayıflık ideali gibi kültürel anlayışları içselleştirmeye daha meyilli olduğu ve bundan dolayı bozulmuş yeme tutum ve davranışlar geliştirebileceği bildirilmektedir (Butcher ve Mineka, 2013 :594). Aşağıda bozulmuş yeme tutum ve davranışları ile bu davranışların zemin hazırladığı yeme bozukluklarının gelişiminde ve sürdürülmesinde etkili olabilecek biyopsikososyal risk faktörler incelenmektedir.

### **2.2.2.1. Biyolojik Faktörler**

Genetik ve erken dönemde yaşanan gelişimsel travma gibi çeşitli biyolojik risk faktörlerin, yeme bozukluklarının ve yeme ile ilgili tutum ve davranışların oluşması ve sürdürülmesine katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Steiger, 2004: 27; Striegel-Moore ve Bulik, 2007: 193). Aile ve ikiz çalışmalarında, genetik ve çevresel faktörlerin, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunu geliştirmede rol oynadığı ifade edilmektedir (Klump ve Kaye, 2001: 215; Thornton, vd., 2011: 142). Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza için yapılan hem aile hem de ikiz çalışmaları, bu bozuklukların önemli derecede kalıtsal olabileceğini ortaya koymaktadır (Slof-Op't Landt, vd., 2005: 467). Boylamsal bir çalışmada, 11, 14 ve 18 yaşlarında ikiz kız katılımcıların oluşturduğu geniş bir örnekleme, bireylerin yaşları ilerledikçe beden memnuniyetsizliği, beden ağırlığı ile aşırı uğraş, tıknırcasına yeme ve yediğini çıkarma gibi yeme davranışlarında bozulma belirtileri üzerinde genetik etkenlerin etkisinin arttığı açıklanmaktadır. Bu sonuca göre, genetik faktörler, bireyi, ergenlik döneminde devreye giren zayıf olma baskısı gibi bazı psikososyal risk unsurlar karşısında bozulmuş yeme davranışlarını geliştirmeye meyilli kılarken genetik unsurların etkisinde artış olabileceği belirtilmektedir (Klump, vd., 2007: 1413). Yapılan bir aile çalışmasına göre, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin ailelerinde bu bozukluğa rastlanma olasılığının yüksek olduğu ve bu bozukluğu geliştirmede genetik unsurların etkisinin olduğu bildirilmiştir (Javaras, vd., 2008: 174). Anoreksiya ve bulimiya nervozada, yeme ile ilgili davranışları düzenlemede serotoninin (5-HT) önemli bir rol oynadığı ve bu nörotransmitterin yemeyle bağlantılı

davranışsal kısıtlama, kaygı belirtileri ve beden imajı bozukluğu ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Bailer ve Kaye, 2011: 60). Anoreksiya nervozaya sahip olan bireylerde azalmış serotonin düzeyi olduğu ve postsinaptik bölgede serotonin nörotransmisyonunun azalmasının, artmış hareket etme dürtüsü ve depresif belirtilere de yol açabileceği açıklanmaktadır (Haleem, 2012: 1). Bununla birlikte, bulimiya nervozası olan bireylerde de serotonin düzeyinde azalma gözlemlendiği öne sürülmektedir (Weltzin, vd., 1994: 399). Yapılan bir çalışmada, anoreksiya nervozası olan bireylerin tedavi süreci iyileşmeyle sonuçlandıktan sonra beyin omurilik sıvılarında serotoninin ana metaboliti olan 5-HIAA düzeyinde artış gözlemlendiği belirtilmektedir (Kaye, 1997: 335).

#### **2.2.2.2. Psikolojik Faktörler**

Yeme bozukluğunun psikolojik ve sosyal risk faktörleri olarak beden görünüşünden memnuniyetsizlik, sosyal çevre tarafından fiziksel görünüme ilişkin baskı altında tutulma ve benlik saygısında azalmanın yeme bozukluğu geliştirme riskinde etken faktör olabileceği bildirilmektedir (Alfoukha, vd., 2019: 1). Bununla birlikte, kişinin yaptığı hataları başarısızlık olarak yorumlayıp endişe duyması ve eylemlerden şüphe duyma gibi mükemmeliyetçi özellikler anoreksiya ve bulimiya nervoza ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmaktadır (Bulik, vd., 2003: 367). Ayrıca, bozulmuş yeme tutumu ve davranışlara sahip olup mükemmeliyetçi kişilik özellikleri olan bireylerde, gıdayla ilgili kurallara bağlılığın bireyin kendine yönelik mükemmeliyetçi tutumları ile bozulmuş yeme tutumları arasında aracı rolü olduğu rapor edilmektedir. Gıdayla ilgili kurallara bağlı kalınarak sağlıklı besleme şekli katı bir şekilde yorumlanıp kısıtlayıcı bir diyetle doğru gidilmesinden dolayı bozulmuş yeme tutumlarında artış gözlemlenebileceği belirtilmektedir (Brown, vd., 2012: 350-351). Bunlara ek olarak, beden görüşünden memnuniyetsizlik ve bireyin kendisine yönelik mükemmeliyetçi özelliklerin birlikte kilo alımını kısıtlama amaçlı katı bir şekilde diyet yapma ve egzersizi ön görebileceği açıklanmıştır. Aynı çalışmada, yeme tutumlarında bozulma belirtileri yüksek düzeyde olan bireylerde gözlemlenen yediğini çıkarma davranışı, mükemmeliyetçi tutumlarla ilişkili bulunmuştur (Donovan, vd., 2014: 189). Bunun dışında, olumsuz duygulanımın yeme bozukluklarının sürdürülmesini ön gören bir faktör olduğu belirtilmektedir (Stice, 2002: 825). Bireyin algıladığı stres düzeyinin artmasıyla bozulmuş yeme tutumlarında da artış olmasında, olumsuz duygulanımın

etken bir faktör olduğu gözlenmiştir (Chen, vd., 2012: 1). Bununla beraber, yapılan bir boylamsal çalışmada, ergenlik döneminde diyet yapma, depresif belirtiler ve algılanan beden imajında bozulmaların, yetişkinlikte diyet yapma ve aşırı kilo kontrol davranışlarını ön gördüğü açıklanmaktadır. Ayrıyeten, erken dönemde diyet yapma ve depresif belirtilerin yetişkinlikte deneyimlenen tıknırcasına yeme davranışının göstergeleri olduğu bildirilmektedir (Liechty ve Lee, 2013: 790). Tıknırcasına yeme davranışının duygulanımla ilişkisini inceleyen bir araştırmada, olumsuz duygulanımı hafifletmek amaçlı tıknırcasına yeme davranışının sergilendiği ve olumlu duygulanımda artış olduğunda ise tıknırcasına yeme davranışının azaldığı görülmüştür (De Young, vd., 2014: 31).

### **2.2.2.3. Sosyokültürel Faktörler**

Kültürler arası çeşitliliklerle ve bir kültür kendi içinde değişime uğradıkça farklılık gösteren yeme ile ilgili inanç ve tutumların yeme bozukluklarının gelişiminde önemli rol oynadığı ifade edilmektedir (Miller ve Pumariega, 2001: 93). Bununla ilgili olarak, genç kadınların kariyer gelişiminde karşılaştıkları zayıflık talebi gibi unsurların etkisiyle yeme bozukluğu geliştirmeye yatkın bir grup olmasıyla beraber, sanayileşmenin etkisiyle artmış sosyal hareketlilik, aile yapılarındaki ve beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerle ilişkili olan yeme bozukluklarının, batılı ülkelerde daha yaygın bir rahatsızlık olarak bilinmesinin yanı sıra dünyada pek çok ülkede de yaygın olduğu belirtilmektedir. Bu durumda, batılılaşma ifadesinin altında yer alan mekanizmanın kolektivist yapılardan bireyci yapılara geçiş, toplumun erkek ve kadınlardan beklediği sorumluluk ve bireyin yabancılaşması olabileceği ve zayıflık üzerine kültürel baskı ve karmaşa karşısında bedenle ilgili uğraşlara yönelebileceği ifade edilmektedir (Hoek, 1995: 233; A.g.e.; Nasser, 2009: 347). Kültürlerarası ve boylamsal çalışmalara göre, olumsuz duygusal süreçler ve mükemmeliyetçilik gibi bireysel özelliklerin etkisiyle zayıflık idealinin içselleştirilmesinin ortaya çıkardığı kilo alma endişeleri ve ergenlerde seçilen akran çevresinin özelliklerinin yeme bozukluklarının gelişiminde önemli risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (Keel ve Forney, 2013: 433). Bununla beraber, yapılan çalışmalara göre, yeme bozukluğu olan bireylerde kültürel anlayıştan gelen zayıflık idealinin aile aracılığıyla iletilebileceği ve ebeveynlerin baskılayan kontrolcü tutumları ile kilolu olma veya beden görünüşüne dair eleştirel yorumlarının yeme bozukluğu gelişiminde rol oynayabileceği

açıklanmaktadır (Haworth-Hoepfner, 2000: 212-223). Ayrıca, yeme bozukluklarına sahip olan bireylerin ebeveynleriyle ilişkilerinde problemler yaşadıkları ve ebeveynlerin yüksek başarı beklentisi gibi mükemmeliyetçi tutumlarının bu bozukluklar üzerinde etkili olabileceği belirtilmektedir (Toker ve Hocaoğlu, 2009: 36).

### **2.3. Çocukluk Çağı Travmaları**

Travma kelime anlamı olarak yaralanma anlamına gelmektedir. Bu anlama göre, tıp alanında travma kelimesi, doku ya da kemik hasarıyla oluşan fiziksel yaralanma anlamına gelirken ruhsal alanda travma, hissetme, düşünme, algılama, hafıza gibi süreçlerin işlevinde belirli bir zaman diliminde ya da uzun vadede bozulma meydana geldiğinde ruhsal bir yaralanmayı ifade etmek için kullanılmaktadır (Ruppert, 2014: 94). Travmatik deneyimlerin, genellikle, bireyin fiziksel şiddete ve cinsel saldırıya doğrudan maruz kalması, şiddete tanıklık etmesi ve yakın akraba veya arkadaşlarını etkilemiş kaza ya da şiddeti öğrenerek dolaylı yollardan maruz kalmasını içerdiği, kişilerarası ve kasten gerçekleştiğinde daha şiddetli ve uzun süreli sorunlarla ilişkili olduğu belirtilmektedir (APA, 2022: 305). Çocukluk döneminde duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmalkâr muamele görmenin yanı sıra çocuğun önem verdiği birinden ayrılması, önem verdiği birisini kaybetmesi ve aile içi şiddete tanıklık etmesi gibi unsurlarında kişilerarası çocukluk çağı travmaları kapsamında yer aldığı açıklanmaktadır (Fink vd., 1995: 1329). Çocukluk döneminde merkezi sinir sistemi ve bilişsel işlevlerin henüz tam anlamıyla olgunlaşmaması, bu dönemde deneyimlenmiş ani, kontrol edilemeyen ve korkutucu travmatik yaşantıları diğer bir ifadeyle çocukluk çağı travmalarını oldukça önemli kıldığı belirtilmektedir (Van der Kolk, 2003). Bununla bağlantılı olarak, erken dönem travma deneyimlerinin, bilişsel işlevlerden sorumlu beyin fonksiyonlarında nörobiyolojik değişikler meydana getirebileceği, bireyin gelişimini etkileyebileceği ve dolayısıyla yetişkinlik döneminde uzun süreli duygudurum, şizofreni ve madde bağımlılığı gibi zihinsel bozukluklar ve duygusal belirtilerle bağlantılı olabileceği ifade edilmektedir (Brietzke, vd., 2012: 480; Dye, 2018: 381). Çocukluk çağında yaşanan travmanın, çocukluk ve yetişkinlik döneminde, zihinsel bozukluğa yol açabilmesinin yanı sıra bireyin zihninde tekrarlı bir şekilde görselleştirilmiş ya da başka şekillerde travmatik olaya ilişkin anının canlanması, bireyin travmaya ilişkin nesnelere yanı sıra karanlık, yalnız kalmak gibi olağan durumlardan korkması, travmatik olayla bağlantılı tekrarlayan davranışlar ve

insanlara, geleceğe ve hayata yönelik tutumların değişmesi olarak belli bir zihinsel bozukluğa özgü olmayan, yaşam boyu devam edebilen ve yaygın görülen dört temel özellik vurgulanmaktadır (Ter, 2003: 322).

Çocuğa karşı yapılan kötü muamelenin hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde fiziksel, duygusal, sosyal ve gelişimsel etkilerinin yanı sıra uzun süreli sağlık sonuçları olan bir toplum sağlığı sorunu olduğu bildirilmektedir (WHO, 1999: 13). Yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde baba ve çocuğun ebeveynleri dışında kalan bireylerden ziyade annesi tarafından gerçekleştirilen istismar ve ihmalin yetişkinlik döneminde yüksek derecede psikopatoloji ile ilişkili olduğu açıklanmaktadır (VanMeter, vd., 2021: 824). İstismar deneyimi karşısında henüz olgunlaşmamış savunma mekanizmalarına başvurma durumunda kalan, güvensiz bağlanma biçimi ve olumsuz benlik algısına sahip olan çocukların, yetişkinlik döneminde depresyon, kaygı bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli psikolojik rahatsızlıklarla karşılaşma olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2018: 708; Örsel vd., 2011: 130). Bununla ilgili olarak, duygudurum, kaygı ve psikotik bozuklukları olup ayakta tedavi gören hastalar ile normal örneklem grubunun çocukluk çağı travma oranlarını karşılaştıran bir çalışmada, hasta grubunun daha yüksek oranlarda çocukluk çağı travmalarına sahip olduğunu bildirmektedir (Devi vd., 2019: 1). Bir meta-analiz çalışmasında da madde kullanım bozuklukları olan bireylerin genel nüfusa göre daha fazla çocukluk çağı travma yaşantısı deneyimlediği belirtilmektedir (Zhang vd., 2020: 14). Yapılan bir ileriye dönük çalışmada, çocukluğunda 0-11 yaş aralığında fiziksel ve cinsel istismar geçmişi olan ve ihmalkâr muamele görmüş yetişkinlerle görüşmeler yapılarak çocuk istismarı ve ihmalinin düşük düzeyde sosyal desteği ön gördüğü ve yetişkinlik dönemindeki zayıf sosyal desteğinde çocukluk çağı travma yaşantıları ile kaygı ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkide aracılık etkisine sahip olduğu belirtilmektedir (Sperry, vd., 2013: 415). Bu durumun, gerekli kişilerarası becerilere yeterli düzeyde sahip olmamaları ve çevresindeki insanların kendilerini desteklemeye daha az gönüllü olmalarına yol açabilecek uyumsuz davranışlarda bulunmalarından kaynaklanabileceği açıklanmaktadır (A.g.e: 423). Çocukluk çağı travmalarının bir sonucu olarak yetişkinlikte deneyimlenen kişilerarası zorlukların yanı sıra yapılan ileriye dönük bir çalışmada, fiziksel ve cinsel istismar ile ihmalkâr muameleye maruz kalmış çocuklar, travmatik deneyimleri olmayan çocuklarla eşleştirilmiş ve ortalama 40 yaşlarına

gelene kadar takip edilmiştir. Travmatik geçmişi olan yetişkin grubun daha düşük eğitim düzeyi, daha az maddi varlık ve maddi kazançlarının daha düşük miktarda olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum, çocukluk çağı travmalarının ciddi ve kalıcı bir şekilde ekonomik refahı etkileyebileceğini göstermektedir (Currie ve Widom, 2010: 111).

### **2.3.1. Çocukluk Çağı Travma Türleri**

Dünya Sağlık Örgütü (1999: 15) tarafından, genellikle çocuğun ebeveyni ya da bakım vereni tarafından gerçekleştirilen çocukluk çağı travma yaşantıları, cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmalkâr muamele olmak üzere dört ayrı gruba ayrılmıştır. DSM-5-TR tanı kriterleri kitabında, çocuğa kötü ve ihmalkâr muamele başlığı altında, fiziksel ve cinsel istismar, ihmalkâr muamele ve psikolojik istismar şeklinde dört ayrı sınıflandırma yer almaktadır (APA, 2022: 823). Bernstein ve diğerleri (1994: 1132) tarafından, çocukluk döneminde yaşanan istismar ve ihmal deneyimlerini geçmişe yönelik değerlendirmek amacıyla çocukluk çağı travmaları ölçeği geliştirilmiştir. Ülkemizde, Şar ve diğerleri (2012: 1060) tarafından, bu ölçüm aracının uyarlaması yapılarak çocukluk çağında yaşanmış travma türleri, fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal şeklinde beş ayrı kategoriye ayrılmaktadır. Daha sonrasında yapılan bir çalışmayla, çocuğun ebeveyni ya da bakım vereni tarafından maruz kalınan aşırı korumacı ve kontrolcü tutumları ifade eden aşırı koruma kontrol alt faktörü ölçeğe kazandırılmıştır (Şar vd., 2020: 35). Mevcut çalışmada, Şar ve diğerlerinin (2020: 35) çalışmasındaki çocukluk çağı travma alt boyutları göz önüne alınarak travma türleri incelenmektedir.

#### **2.3.1.1. Duygusal İstismar**

Çocuğun duygusal istismarı, çocuğu aşağılama, küçük düşürme, tehdit etme, önem verdiği kişilerin çocuğu terk etmesi ya da bu kişilere zarar verilmesi, değer verdiği nesneden ayrılması ya da o nesneye zarar verilmesi, çocuğun zapt edilmesi, dar bir alana kapatılması, suçsuz olduğu halde ısrarla suçlanması ve çocuğu disiplin etmek amaçlı sık olarak fiziksel veya fiziksel olmayan yollara başvurulması olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022: 825). Duygusal istismar kapsamında yer alan bu tür faaliyetlerin, çocukların fiziksel, zihinsel, manevi, ahlaki, sosyal gelişimine ve

sağlığına yüksek derecede zarar verme potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir (WHO, 2006: 10). Bu davranış kalıplarıyla, çocuklara değersiz oldukları, sevilmedikleri ve istenmedikleri ifade edilirken onların benlik algıları ve ruhsal durumunun kalıcı bir şekilde olumsuz olarak etkilenebileceği bildirilmektedir (Brassard, vd., 2000: 293). Bu istismarın diğer istismar türlerine göre, çocuğun gelişim sürecine yaşam boyu daha fazla zarar verici olmasının yanı sıra fiziksel ve cinsel istismar bağlamında da duygusal istismara maruz kalılabileceğini belirtilmektedir (Dye, 2020: 406; Rees, 2010: 59).

### **2.3.1.2. Fiziksel İstismar**

Fiziksel istismar, çocuğun, anne baba veya çocuktan sorumlu bir kişi tarafından, morluk ya da kırıklar gibi çocuğun kasten fiziksel yaralanması ve ölümüne yol açabilen dayak atma, yumruklama, sallama, tekmeleme, fırlatma, ısırma, boğma, yakma ve el, kemer, sopa ya da başka bir cisimle vurmaya maruz bırakılması olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022: 823). Fiziksel yaralanma durumunda çocuğa zarar verme niyeti olmasa da fiziksel istismar olarak kabul edildiği bildirilmektedir (A.g.e.). Fiziksel istismara uğrayan çocuğun sağlığı, gelişimi ve haysiyetinin olumsuz etkilenme olasılığının arttığı ve hayatta kalma durumunun tehdit edildiği vurgulanmaktadır (WHO, 2006: 10).

### **2.3.1.3. Cinsel İstismar**

Çocukluk döneminde cinsel istismar, çocuğun gelişimsel olarak tam anlayamadığı, hazır olmadığı ve toplum tarafından belirlenen yasalar ve tabuların ihlal edildiği herhangi bir cinsel faaliyete maruz kalması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2006: 10). Cinsel istismarın, bir yetişkin ya da sorumluluk, güç ve güven ilişkisi kurabilecek gelişimsel düzeye sahip bir çocuk tarafından gerçekleştirilebileceği bildirilmektedir (A.g.e.). Çocuğun cinsel organına dokunulması, tecavüz ve ensest gibi cinsel faaliyetlerin yanı sıra çocuğun cinsel eylemlere dahil olması için zorlanması, baskı görmesi, tehdit edilmesi, baştan çıkarılması ve kandırılmasının fiziksel temassız cinsel faaliyetler olarak cinsel istismar kapsamında yer aldığı belirtilmektedir (APA, 2022: 824).

#### **2.3.1.4. Duygusal İhmal**

Çocukluk döneminde duygusal ihmalin, çocuğun duygusal ihtiyaçlarının karşılanamamasıyla karakterize olduğu belirtilmektedir (Stoltenborgh vd., 2013: 346). Bununla ilgili olarak, çocuğa duygusal yakınlık sağlanamaması, çocuğun aile içi şiddete tanık olması, uyumsuz davranışlarına müsaade edilmesi ve duygusal ve davranışsal problemlerine yönelik yardım sağlamada yetersiz kalınması bu travma türüne örnek olarak verilmektedir (A.g.e.). Bu tanımlamanın yanı sıra, çocukların yetişkinlikte belli bir yetkinliğe ulaşabilmeleri için, onlara yeterli düzeyde psikolojik, bilişsel ve fiziksel gelişime izin veren duygusal bir çevrenin sağlanamaması olarak tanımlanmaktadır (Hildyard ve Wolfe, 2002: 679; Rees, 2008: 527). Duygusal ihmalin gelişimsel etkilerinden biri olarak, bireylerin sosyal durumlardan yüksek düzeyde korkma ve kaçınmayla bağlantılı güvensiz bağlanma biçimlerine sahip olduklarını ve dolayısıyla yetişkinlikte sosyal işlevselliğinin bozulabileceği bildirilmektedir (Müller, vd., 2019: 73).

#### **2.3.1.5. Fiziksel İhmal**

Çocuklarda fiziksel ihmal, yetersiz beslenme, kişisel hijyenin sağlanmaması, yeterli kadar kıyafetin bulunmaması, denetim eksikliği ve tıbbi ihtiyaçların karşılanmaması gibi fiziksel ihtiyaçların giderilmemesi olarak tanımlanmaktadır (APA, 2022: 825; Stoltenborgh vd., 2013: 346). Yoksullukla ilişkili olduğu bilinen ihmalkâr muameleyi (Jonson-Reid, vd., 2013: 30) gerçekleştiren ebeveynlerin özelliklerini incelemek amaçlı yoksul çocukluklarla yapılan bir çalışmada, bakım verenlerinin depresif belirtilere sahip olması ve kendi çocukluklarında deneyimledikleri istismar ve ihmal geçmişi olması gibi özelliklerinin bu çocukların ihmale uğrama olasılığını yaklaşık iki kat arttırdığı ortaya konulmuştur (Shanahan, vd., 2017: 3).

#### **2.3.1.6. Aşırı Koruma ve Kontrol**

Parker ve diğerleri (1979: 8) tarafından aşırı koruma kavramı, kendi geliştirdikleri bir ölçeğin alt boyutu olmasının yanı sıra ebeveynin çocuğuna aşırı müdahale ya da temas etmesi, çocuğunun kişisel alanına zorla girmesi, çocuğunu fazlasıyla çocuklaştırması, çocuğunun bağımsız davranışını engellenmesi ve özerkliğine izin vermemesi olarak tanımlanmaktadır. Çocukluk döneminde, ebeveyn ya da çocuğun bakım vereni

tarafından sergilenen aşırı korumacı ve kontrolcü tutumun, diğer travma türleri gibi travmatik bir yaşantı olabileceği ifade edilmiştir (Şar vd., 2020: 35). Aşırı korumacı ebeveynlerin özellikleriyle ilgili, özel olarak annelerin yüksek düzeyde kaygılı, takıntılı ve kontrol ihtiyacı gibi kişilik özelliklerine sahip olabilecekleri belirtilmiştir (Parker ve Lipscombe, 1981:303). Çocukluk döneminde deneyimlenen kaygı belirtilerine, annenin kaygısı ve babanın kaygısıyla aşırı korumacı tutumunun katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Pereira, vd., 2014: 399). Aşırı korumacı tutumunda ebeveyn kaygısıyla ilişkilendirildiği öne sürülmektedir (Clarke, vd., 2013: 618).

### **2.3.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Yaygınlığı**

İstismarın bir suç teşkil etmesi, istismarı gerçekleştiren kişinin gizlemesine, deneyimlediği istismar ile tanınma ya da nitelendirilme kaygısı ise, mağdur olan çocuk ve ailesinin yaşadıklarını dile getirememesine yol açması nedeniyle, çocuk istismarı ve ihmalinin, sıklık ve yaygınlık oranlarının doğru bir şekilde belirlenmesi oldukça zor olan ruh sağlığı sorunları arasında yer aldığı ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2023: 611). Toplum temelli yapılan bir çalışmada, yetişkinlerin %14'ünde orta ve yüksek şiddette çocukluk çağında kötü muamele yaşantıları gözlemlenirken %67'si birden fazla çocukluk çağı travma türü deneyimlediğini bildirdiği açıklanmaktadır. Aynı çalışmada, duygusal ihmal en çok raporlanan travma türü olup kadınların duygusal istismarı erkeklerin ise fiziksel istismarı daha fazla deneyimlediği raporlanmıştır (Dias, vd., 2015: 767). Kapsamlı bir meta-analiz araştırması sonucuna göre, 7.082.279 katılımcının çocuklukta duygusal istismar yaygınlık oranının 1000'de 363 olduğu belirtilmektedir (Stoltenborgh, vd., 2012: 870). Başka bir çalışmada, 18-24 yaş aralığında 312 katılımcının çocukluk çağı duygusal istismar yaygınlık oranı %62 iken fiziksel istismar için %44, cinsel istismar için ise %18 yaygınlık oranları bildirilmiştir (Prino, vd., 2018: 1769). Başka bir meta-analiz çalışmasında ise, 9.911.748 katılımcı arasında çocukluk çağında cinsel istismar yaygınlık oranının 1000'de 127 olduğu raporlanırken cinsiyetler arası bu oran kadınlar için 1000'de 180, erkekler için 1000'de 76 olup kadınların daha yüksek oranlarda cinsel istismara maruz kaldığı açıklanmaktadır (Stoltenborgh, 2011: 79). On altı farklı ülkeden 22.224 kadın katılımcının bulunduğu bir meta-analiz çalışması sonucunda, çocuklukta yaşanan cinsel istismarın yaygınlığının %24 oranında olduğu ve bu bireylerin genel topluluğa göre daha yüksek oranda zihinsel rahatsızlığa sahip oldukları belirtilmektedir (Pan vd.,

2021: 1). Çocukluk çağı travmalarının Türkiye’de, kadınlar arasında yaygınlık oranını gösteren bir çalışmada, 628 kadından %2.5’inin cinsel istismar, %8.9’unun fiziksel istismar ve duygusal istismar geçmişlerini bildirdikleri açıklanmıştır (Akyuz, vd., 2005: 268).

### **2.3.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Risk Faktörleri**

Çocuğun istismar ve ihmalinin, genellikle çeşitli risk faktörlerin bir araya gelmesiyle oluştuğu bildirilmektedir (Dubowitz ve Bennett, 2007: 1891). Çocuklukta deneyimlenen kötü muamelede risk unsuru olabilecek faktörleri belirlemenin, istismara uğrayan çocukların tespit edilebilmesi ve istismarı önleme çalışmalarına katkı sağlama niteliği taşıması açısından önemli olduğu belirtilmektedir. Çocukluk çağında fiziksel, cinsel, duygusal istismar, ihmal edilme ve aile içi şiddete tanıklık etmede, ekonomik düzeyinin düşük olması, ailenin sosyal ilişkilerinde istikrarsızlık olması ve anne babanın zihinsel rahatsızlıkları ile madde kullanmasının risk faktör olarak değerlendirilebileceği ifade edilmektedir (Doidge, vd., 2017: 47). Bununla birlikte, çocuk istismarı ve ihmaliinde annenin genç yaşta doğum yapması, evli olmayan annelerin doğum yapması ve ebeveynin uyuşturucu kullanımının önemli risk unsurlarından olduğu belirtilmektedir (Morris, vd., 2019: 127). Yapılan bir çalışmada, çocuğa sıklıkla bağırılması, çocukken baba tarafından önemsenmediğinin algılanması, anne baba arasında geçen sözlü ve fiziksel saldırıya tanıklık etme, düşük ekonomik gelir gibi unsurların, çocuğun duygusal istismarında önemli etken faktör olabileceği belirtilmektedir (Black, vd., 2001: 200). Çocukların fiziksel istismarı ve ihmalinin risk unsurlarını inceleyen bir meta-analiz çalışmasına göre, anne ve babanın öfke düzeyi ile aile içi uyum ve çatışma durumları birlikte fiziksel istismar üzerinde etkili olurken anne ve babanın çocuğunu problemlili bulması, stres ve öfke düzeyi ve ebeveynlerin kendilerine saygı göstermemesinin çocuğun ihmal edilmesinde risk unsurları olabileceği görülmektedir (Stith, vd., 2009: 13). Başka bir meta-analiz çalışmasında, ebeveynin istismar öyküsünün olması, üvey baba ile yaşamak, ailede sosyal izolasyon gibi problemlerin olması, çocuğun cinsiyetinin kız olması ve çocukta zihinsel ya da fiziksel bir rahatsızlığının bulunması çocuğun cinsel istismarında etken faktör olabileceği bildirilmektedir (Assink, vd., 2019: 4). Çocuk ihmalinin etken unsurlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada, çocuğun annesi ya da babasının anti-sosyal davranış ya da cinayet suçu geçmişi, zihinsel ya da fiziksel sorunlarının olması ve

çocukluk çağı istismar öyküsünün olması kendi çocuklarının ihmalinde risk teşkil ettiği belirtilmektedir (Mulder, vd., 2018:198).

#### **2.3.4. Çocukluk Çağı Travmaları ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki**

Çocukluk çağında deneyimlenen travmatik yaşantılar, başta kronik diyet yapma olmak üzere kilo ve beden şekliyle ilgili kaygılar, tıknırcasına yeme ve sağlıksız kilo kontrol davranışları gibi çeşitli yeme tutumunda bozulma belirtileriyle ilişkili bulunmuştur (Emery, vd., 2021: 6). Ayrıca, duygusal ihmalin, yeme tutumu ve davranışlarında bozulma belirtileri için en belirgin risk unsuru olduğu bildirilmektedir (A.g.e.). Bununla birlikte, yeme bozukluğu olan bireylerde hem fiziksel hem de duygusal ihmalin yüksek derecede yaygınlığına dikkat çekilmekte ve bu bozukluğa sahip olan bireylerde duygusal ihmalin %53, fiziksel ihmalin ise %45 oranında gözlemlendiği belirtilmektedir (Pignatelli, 2017 :101). Duygusal, fiziksel ve cinsel istismarın bozulmuş yeme tutumlarıyla ilişkisini inceleyen bir çalışmada, çocukluk çağında yaşanmış cinsel istismar ilişkili değilken, duygusal istismarın bu tutumları en belirgin bir şekilde ön gören bir faktör olduğu ve fiziksel istismarın etkisi tek başına görülmezken, duygusal istismarla birlikte görüldüğü bildirilmiştir. Bu ilişkilerde özellikle duygusal istismarın doğasındaki belirsizlikle bağlantılı olan kronik kaygı belirtilerinin aracı rolünün, olumsuz duygulanım sürecinde uygun olmayan yeme davranışlarına başvurmayı açıklayabileceği belirtilmektedir (Kent, vd., 1999: 165-166). Yapılan bir araştırmada, yeme bozukluğuna sahip olan bireylerin normal grupla karşılaştırıldığında daha fazla oranlarda genel duygu düzenleme güçlüğü ve özel olarak zayıf duygu farkındalığı bildirdikleri görülmüştür. Bununla birlikte, aynı çalışmada, hem hasta hem de normal örneklem grubunda yeme bozukluğu belirtileri, duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkilendirilirken normal grupta bu güçlükler aşırı yemeye ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin üzgün olduklarında dürtü kontrolünde güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (Monell, vd., 2018: 6). Bununla ilgili olarak, çocukluk döneminde duygusal istismar ve ihmalkar muamele deneyimlerinin bozulmuş yeme tutum ve davranışlarını etkilediği ve bu ilişkide duygu düzenleme güçlük yaşamının aracı etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir (Ghanei, vd., 2020: 148).

Bir çalışmada, 18-30 yaş aralığında olup çocukluk çağında istismar ve ihmalkar muamele deneyimleyen kadınların, kendilerini yüksek düzeyde eleştiriye tabi tuttıkları ve öz eleştiri seviyelerinde, yeme bozukluklarının başlangıcında belirleyici rol oynayan beden görünüşünden memnuniyetsizlik (Stice, vd., 2011: 625) ile çocukluk çağı travma yaşantıları arasında aracılık etkisine sahip olduğu bildirilmektedir (Momeňe, vd., 2022: 5). Bununla birlikte, olumsuz benlik algısının duygusal istismar ile bozulmuş yeme tutum ve davranışları arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu belirtilmektedir. Yine bu çalışmada, duygusal istismarın, benlik saygısını olumsuz yönde etkilediği bu yüzden de yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtilerine katkıda bulunduğu açıklanmaktadır (Hymowitz, vd., 2017: 15-16). Yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu geliştirme riski altında olduğu tespit edilen bireylerin, daha düşük düzeyde benlik sayısı, daha yüksek düzeyde çocukluk çağı cinsel ve duygusal istismarın yanı sıra aile içi iletişim, ailede birliktelik ve duygusal yakınlıklarının daha düşük düzeyde olduğu gözlemlenmiştir (Kugu, vd., 2006: 129). Bununla beraber, çocukluk döneminde istismar yaşantısının, düşük aile birliği ve yüksek aile çatışmasıyla ilişkili olduğu ve çocukluk çağı istismarı bozulmuş yeme tutumlarıyla bağlantılı olup bu ilişkide kaygı, depresif belirtiler ve aleksitiminin aracılık rolü olduğu belirtilmektedir (Mazzeo, vd., 2008: 276-277). Ayrıca, çocukluk dönemindeki cinsel istismarın, bulimiya nervoza ile anoreksiya nervozayla olduğundan daha güçlü bir bağlantısı olduğu ve bu bozuklukların psikopatolojik belirtilerle yüksek düzeyde eş zamanlı görüldüğü bildirilmektedir (Wonderlich, vd., 1997: 1112-1113).

Anoreksiya nervozaya yönelik gelişimsel bir modelde, normal, sınırlı ve hedefi olan bir diyetin anoreksiya nervozaya dönüşmesinde, bu diyet davranışının bireyin başarı duyguları, kontrolün kendisinde olduğu ve benliğinden memnun olma hislerinde olumlu bir pekiştireç olma işlevinin, etken faktör olduğu açıklanmaktadır. Bu olumlu pekiştirmenin, bireyin aile, sosyal ya da yaşamının diğer alanlarında algıladığı başarısızlık veya kontrolden çıkmışlık bağlamında, yaptığı diyetle gelen başarı ve kontrol hissinin katkılarıyla oluştuğu savunulmaktadır. Bu durumda bireyin yaşamındaki mevcut bağlamı göz önüne alındığında, anorektik davranışının zarar verici sonuçlarının yanı sıra kontrol hissi sağlaması yönünden işlevsel bir yönünün olduğu görülmektedir (Slade, 1982: 176-177). Yeme bozuklukları olan bireylerin anne babalarından algıladıkları ilişkileri araştıran bir çalışmada, bu bireylerin babalarının

aşırı korumacı ve kontrolcü tutumları olduğunu bildirdiği ve bu durumunda özerkliklerinin gelişmesini olumsuz yönde etkilediği ve yaşamları üzerinde kontrol sahibi olamamalarına neden olduğu ifade edilmektedir (Calam, vd., 1990: 483-484). Anoreksiya, bulimiya nervoza ve sağlıklı kontrol grubunun bulunduğu bir çalışmada, kontrol grubundaki bireylerle karşılaştırıldığında yeme bozukluğu olan kişilerin daha yüksek oranda çocukluk dönemi travma yaşantıları olduğu ve ebeveynlerinden daha fazla kontrolcü tutum algıladığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada, ebeveynleri tarafından sevgisiz bir şekilde kontrol edilmiş bireylerde ise çocukluk çağı travmalarının yüksek yaygınlık oranına dikkat çekilmiştir (Monteleone, vd., 2020: 577).

#### **2.4. Kişilerarası Problemler**

Sullivan'a göre (1938: 121) bireyin kişiliği kişilerarası etkileşim esnasında gözlemlenebilir hale gelmektedir. Bununla birlikte, bireyi kişilerarası bağlamından ayırmadan bozulmuş kişilerarası ilişkileriyle birlikte ruhsal bozukluklarını incelemenin onu anlaşılabilir kılması açısından önemli olduğu bildirilmektedir (Sullivan, 1931: 978). Kişilerarası etkileşim, bireyin psikopatolojik belirtisini sürdüren unsur olarak ele alınıp bu etkileşimde ortaya çıkan olumsuz bilişler ve duygulanım yaşanırken genellikle ilişkideki problemli davranış örüntüsünün farkında olunmadığı belirtilmektedir (Horowitz ve Vitkus, 1986: 444). Diğer bir ifadeyle, ruhsal bozuklukların ağırlıklı bir kısmının kişilerarası etkileşim esnasında deneyimlenen problemli iletişimin katkılarıyla oluştuğu ve sürdürüldüğü bildirilmektedir (Sullivan, 1953: xii). Buna ek olarak, kişilerarası teoride önerilen tamamlayıcılık ilkesiyle, bireyin kişilerarası etkileşim anındaki davranışları, başka bir bireyde belirli davranış türlerini ortaya çıkaracağı ya da teşvik edebileceği öne sürülmektedir. Bu durumda, davranış karşısında verilen tepki tamamlayıcı nitelikte olup tüm bunlar kişilerarası etkileşimi oluşturmaktadır (Horowitz ve Vitkus, 1986: 445; Horowitz, vd., 1997: 347). Sullivan'ın kişilerarası kuramını temel alarak oluşturduğu ve kişilerarası davranış türlerini tanımladığı Leary'nin (1957) kişilerarası çembersel modeli, sonraki araştırmacıların kişilerarası davranışı incelemesinde güçlü bir şekilde etkili olduğu ifade edilmektedir (Akt. Paddock ve Nowicki, 1986: 108). Bununla birlikte, Horowitz (1979: 5) tarafından psikoterapiye başvuran bireylerin bildirildiği kişilerarası davranışsal sorunlar üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Bu bireylerin bildirdiği

davranışlardan yola çıkılarak kişilerarası süreçlerde deneyimlenen problemlili davranış türlerinin tanımlandığı belirtilmektedir. Ayrıca, bu çalışmayla, Leary'nin dairesel modeli esas alınarak dairesel düzlemde iki eksenli kişilerarası problemler envanteri oluşturulmuştur. Bu boyutlardan biri düşmanca ve arkadaşça davranışları kapsarken diğeri baskın ve itaatkar davranışlar içermektedir (Horowitz, vd., 1988: 887-888). Yapılan başka bir çalışmada, kişilerarası problemler ölçme aracının dairesel bir model üzerinde kişilerarası davranışları, 45, 90, 135, 180, 225, 270, 315 ve 360 derecelerinde açılara yerleşen ve her birinin kapsamında ortak kişilerarası problemlili davranış örüntülerinin bulunduğu 8 faktörlü bir yapısının elde edildiği ifade edilmektedir (Alden vd., 1990: 526-527). Bu 8 farklı kişilerarası problemlili davranış alanı, baskın-itaatkar ve düşmanca-arkadaşça davranışlarını sırasıyla temsil eden baskınlık ve ilişkiyel yakınlık olarak isimlendirilmiş iki eksenin kombinasyonlarıyla oluşmaktadır (Akyunus ve Gençöz, 2016: 37; A.g.e: 531). Envanterdeki kişilerarası problem alanlarını temsil eden alt boyutlarının da yerleştirildiği kişilerarası döngüsel model Şekil 2.1'de gösterilmektedir. Kişilerarası problemler envanterinin dairesel yapısında yer alan kişilerarası problem alanları aşağıda tanımlanmaktadır (Alden vd., 1990: 528; Akyunus ve Gençöz, 2016: 37):

**1-Baskın-Kontrolcülük:** Bireyin başkalarına karşı yüksek düzeyde saldırgan ya da agresif bir tutum ve davranış sergilemesi, başkalarıyla sıklıkla tartışması, kendi isteklerini yerine getirmek gibi amaçlardan ötürü onlara karşı manipülatif ya da yönlendirici davranışlarda bulunması ve onları değiştirmek için uğraşması olarak tanımlanabilmektedir.

**2-Kinci-Benmerkezcilik (Düşmanca-Baskın):** Bireyin başkalarına itimsiz ve şüpheli bir tutumla yaklaşması, birisinin herhangi bir konuda yardım isteğine kayıtsız kalması ve başka birisinin mutluluğuna ortak olmakta zorlanması şeklinde davranışlarla karakterizedir.

**3-Soğuk-Mesafelilik (Düşmanca-Soğuk):** Bireyin onun için özel olabilecek başka bir kişiye karşı şefkat ve sevgi gibi duyguları içeren yakınlık duygularını hissetmekte ya da sergilemekte güçlük yaşaması ve herhangi bir durum ya da olayla ilgili bir konuda anlaşmakta zorlanması olarak tanımlanabilmektedir.

**4-Sosyal Çekiniklik (Düşmanca-İtaatkar):** Bireyin bir toplulukta ya da yeni tanıştığı insanların yanında kendisini kaygılı ve utangaç hissetmesi ve etrafındaki insanlara

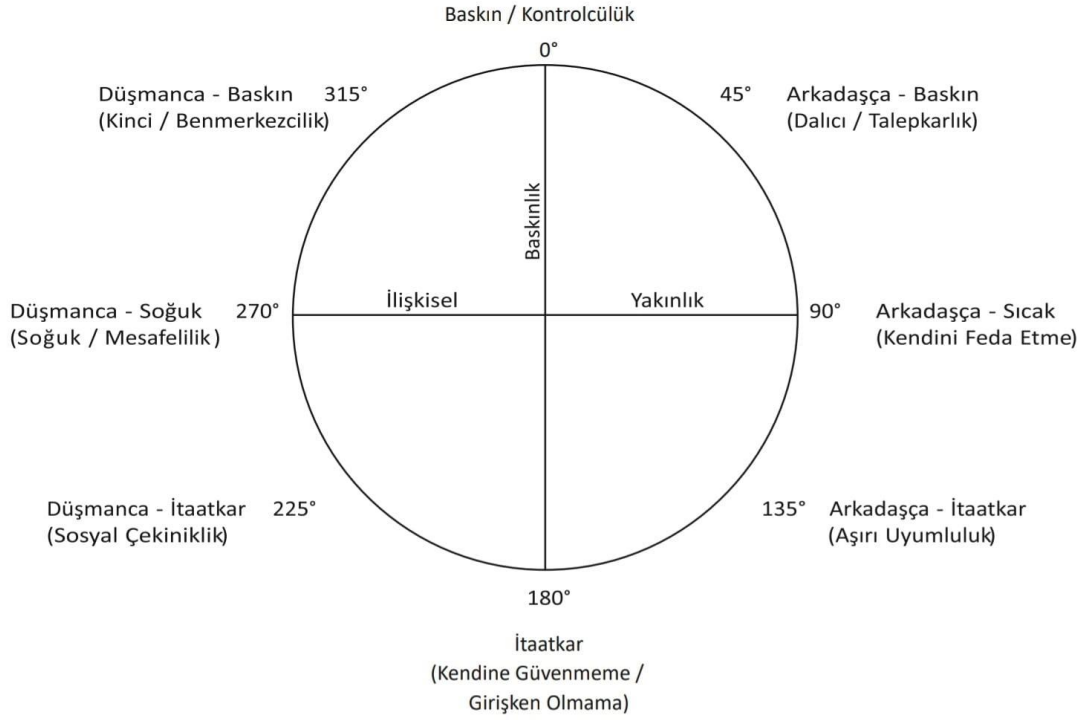
birlikte zaman geçirme amaçlı görüşme talebinde bulunmaktan kaçınma ya da yeni insanlarla tanışmakta zorlanma gibi kişilerarası etkileşimi başlatmakta ve sosyalleşmekte güçlük çekme olarak tanımlanabilmektedir.

**5-Kendine güvenmeme-Girişken olmama (İtaatkar/Hakkını Fikrini Savunmama):** Bireyin bir başkasına kendisini rahatsız etmemesini belirtmekte zorlanması, hatalı bir durumu dile getirme gibi anlarda kendisini rahat hissetmemesi ve genel olarak kişilerarası ilişkilerinde kararlı ve iddialı bir tutum sergileyememesi ve kendisini ifade etmesi gerektiğinde zorluk yaşaması olarak sıralanabilmektedir.

**6-Aşırı Uyumluluk (Arkadaşça-İtaatkar):** Başkalarını incitmekten korktuğu için bireyin onlara karşı öfke gibi duyguları hissetmekte ve onlara bu duyguları ifade etmekte güçlük yaşamasının yanı sıra başkalarının taleplerini geri çevirmekte zorlanma ve onların amaçlarına hizmet edecek şekilde kendisini kullandırması olarak tanımlanabilmektedir.

**7-Kendini Feda Etme (Arkadaşça-Sıcak):** Bireyin başkalarını desteklemek ve yardım etmek için çok çaba sarf etmesi, başkalarının ihtiyaçları ya da isteklerini kendi ihtiyaçlarının isteklerinin önüne koyması ve kişilerarası ilişkilerde maddi ve manevi açılardan aşırı derecede cömert, güvenilir, ilgi gösterici, şefkatli ve müsamahakar bir tutum sergilemesi olarak nitelendirilmektedir.

**8-Dalıcı-Talepkarlık (Arkadaşça-Baskın):** Bireyin kendisiyle ilgili olabilecek iş, aile ve yaşamında herhangi bir durum ya da olay hakkında kişisel konularını etrafındaki insanlara fazlasıyla açmasının yanı sıra sosyal ortamlarda başkalarının dikkatini çekmeyi arzulamasıyla karakterizedir.



**Şekil 2.1: Kişilerarası Döngüsel Model**

**Kaynak:** Alden, vd., 1990: 529; Akt. Akyunus ve Gençöz, 2016: 37

Kişilerarası Problemler Envanteri, bir bireyin kişilerarası etkileşimlerindeki işlevsiz davranış örüntülerini tespit edebilmek için kullanılan ve Sullivan'ın kişilerarası kuramını geliştiren Leary (1957)'nin kişilerarası döngüsel modeline dayanan bir araçtır. Yukarıda bulunan Şekil 2.1'e bakıldığında, kişilerarası problemler envanterinin alt faktörleri 2 boyut üzerinde 8 eşit oktanta ayrılarak gösterilmektedir. Diğer bir ifadeyle, modelde bulunan bu 8 oktant, kişilerarası problem alanlarını ifade etmek üzere 8 alt faktörü temsil etmektedir (Horowitz, 1996: 283).

Psikopatolojik bir belirtinin, birbirleriyle ilişkili duygusal, bilişsel, kişilerarası öğelerin bağlantısıyla oluşup kişiye özel karmaşık bir yapıda olduğu ve bireylerin psikopatolojik belirtileriyle kişilerarası problemleri arasındaki ilişkinin anlaşılmasına ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Horowitz ve Vitkus, 1986: 444). Yapılan bir çalışmada, kişilerarası problemlerin ve duygu düzenleme güçlüğü'nün birlikte bireylerin depresyon ve kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Solbakken, vd., 2023: 3). Başka bir çalışmada, kaçınan kişilik, sosyal fobi ve major depresyonun sosyal çekiniklik ve itaatkar kişilerarası davranış tarzı, obsesif kompulsif kişiliğin yine itaatkar kişilerarası tarz ve antisosyal kişilik, sınırda kişilik, uyuşturucu

ve alkol kullanımı, histrionik, narsistik ve paranoid kişiliğinde baskın kontrolcü kişilerarası tarz ile ilişkilendirildiği bildirilmektedir (Girard, vd., 2017: 16). Çocukluk döneminde yaşanan fiziksel ve cinsel istismar ilişkili değilken duygusal istismarın depresif belirtiler, duygu düzenlemede güçlük ve kişilerarası problemler ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada, duygusal istismarın depresif belirtiler üzerinde etkili olduğu duygu düzenleme güçlük ve kişilerarası problemlerden soğuk mesafeli ve baskın kontrolcü davranışların bu etkiye aracılık yaptığı ortaya konmuştur (Christ, vd., 2019: 1).

#### **2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişki**

Çocukluk çağında deneyimlenen travmaların yetişkinlik döneminde sergilenen kişilerarası problemlerle ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Yöyen ve Bozacı, 2023: 129). Çocukluk çağında yaşanan travma türlerinden cinsel ve duygusal istismar ile duygusal ihmalin yetişkinlik döneminde çeşitli kişilerarası problemler üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir (Huh, vd., 2014: 11). Yapılan bir çalışmada, travma yaşantısına sahip olan çiftlerin romantik ilişkilerinde daha fazla kişilerarası problemlerle davranış bildirdiği gözlenmiştir. Duygusal ihmale maruz kalmış bireylerin döngüsel modelde güney yarımküreye denk gelen itaatkarlık boyutlarıyla ilişkili olduğu ve fiziksel istismara uğramış erkeklerle duygusal istismara uğramış kadınların kuzey yarımküreye denk gelen baskıcı kişilerarası davranışlar sergileme eğiliminde olduğu belirtilmiştir (Paradis ve Boucher, 2019: 151). Bireyin çocukluğunda duygusal ihtiyaçlarının giderilmemesi ya da duygusal yakınlık görmemesi, yetişkinliğinde kendi istek ve ihtiyaçlarını ifade etmekten kaçınmasına yol açabilirken fiziksel veya duygusal anlamda saldırganlığa maruz kalmış bireylerin yetişkinliğinde başkalarını tehdit edici olarak algılamasına ve kendine olan saygısıyla kendi değer duygusunu korumak amaçlı partnerini kontrol etme ve manipüle etmeye ihtiyaç duyabileceği açıklanmaktadır (A.g.e.). Bununla birlikte, çocukluk çağı travmalarının kaygı ve depresyon belirtileri ile ilişkisinde benlik saygısıyla duygu düzenleme güçlüğüne birlikte aracılık etkisine sahip olduğu gösterilmektedir (Li, vd., 2023: 1). Son olarak, travma geçmişine sahip olma, bireyin kişilerarası etkileşimdeki sorunları ve psikolojik belirtilerini arttırabilmektedir (Slanbekova, vd., 2019: 803).

#### 2.4.2. Kişilerarası Problemler ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki

Yeme bozukluklarının sürdürülmesinde kişilerarası işlevselliğin rolünü açıklayan bir modelde, uyum bozucu kişilerarası özellikler ve bu özelliklerin zemin hazırladığı sosyal uyumsuzluğun belirli tip yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkilendirildiği görülmektedir. Kısıtlayıcı tip yeme bozukluğu olan bireylerde yaygın bir özellik olmak üzere, bu bireylerin özellikle olumsuz yönde algılanacaklarını düşündüklerinde duygularını ifade etmekten kaçınmaya meyilli oldukları bildirilmektedir. Bunun yanı sıra tıknırcasına yeme çıkarma psikopatolojisine sahip bireylerin başkalarına güvenmede zorlandıkları ve bunun sonucunda etrafındaki bireylerle olumsuz yönde etkileşim ve çatışma yaşayabilecekleri ileri sürülmektedir. Her iki tip yeme psikopatolojisinde sonuç itibarıyla, bahsedilen bu kişilerarası tutumların, sosyal kaygılarını devam ettirici ve sosyal ağlardan destek almalarını engelleyici olabileceği ifade edilmektedir (Arcelus, vd., 2013: 10). Bir çalışmada, aleksitiminin kişilerarası problemleri davranışlardan soğuk mesafelilik ile pozitif yönde, aşırı uyumluluk ve kendini feda etme ile negatif yönlü ve kinci-benmerkezcilik ile pozitif yönlü ilişkileri olduğu saptanmıştır (Vanheule, vd., 2010: 351). Sosyal ortamlarda soğuk mesafelilik ve sosyal çekiniklikle bireyin kişilerarasında mesafeli ve geri çekilmeci işlev gösterdiği davranışlarının aleksitimiye etkilediği bildirilmektedir (Vanheule, vd., 2007: 114-115). Bununla birlikte, anoreksiya nervozanın her iki alt tipinde olan bireylerin bulunduğu bir çalışmada, yeme bozukluğu belirtileri, aleksitimi, sosyal kaygı ve sosyal kaçınma arasında güçlü ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, bireyin duygularını tanımak ve ifade etmede zorlanmasının sosyal açıdan zorlanmasına ve izole olmasına yol açabileceği belirtilmektedir (Courty, vd., 2015: 217). Yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu olan bireylerin bozukluğunun şiddeti arttıkça sosyal çekiniklik, diğer bir ifadeyle sosyalleşmede güçlük çektikleri gösterilmektedir (Raykos, vd., 2014: 449). Özel olarak değerlendirildiğinde, anoreksiya nervozası olan hastaların bulimiya nervoza olanlara göre daha fazla sosyalleşmede güçlük ve itaatkar davranışlar sergilediği belirtilmektedir (A.g.e.). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, kişilerarası ilişkilerde sosyal çekinik davranışların bireylerin diyet kısıtlaması ve beden ağırlığı ve şeklini aşırı derecede değerlendirmelerini ön gördüğü bildirilmektedir. Ayrıca bu kişilerarası davranış türüyle beden ağırlığı ve şeklini değerlendirme arasındaki ilişkide benlik sayısının rol oynadığı belirtilmektedir. Bu sonuca bakıldığında, kişilerarasında yaşanan sorunların

benlik saygısında olumsuz bir etkisi olması nedeniyle bozulmuş yeme davranışlarını etkileyebileceği, bu durumda beden ağırlığı ve şekliyle ilgili başarı arayışına yönlendirebileceği açıklanmaktadır (Lampard, vd., 2011: 456). Son olarak, yeme bozukluğu olan bireylerin genellikle iddialı olmayan ya da itaatkar kişilerarası davranışlara sahip olmaya meyilli olduğu vurgulanmaktadır (Brugnera, vd., 2019: 603; Hartmann, vd., 2010: 619).

Yapılan bir çalışmada, kişilerarasında sergilenen problemlili davranış örüntülerinin yeme bozukluğu belirtileri üzerinde olumsuz duygulanım yoluyla etkisi olduğu belirtilmektedir (Ivanova, vd., 2017: 952). Benzer bir araştırma sonucunda, kişilerarası problemlilerin, tıknırcasına yeme gibi bozulmuş yeme tutum ve davranışlarını, depresif ruh hali, diğeri bir ifadeyle olumsuz duygulanım yoluyla etkilediği gösterilmektedir (Ansell, vd., 2012: 43). Buna ek olarak, kişilerarası problemlilerin duygu düzenleme güçlüğü ile birlikte bozulmuş yeme tutum ve davranışlarını etkilediği bildirilmektedir (Ambwani, vd., 2014: 552). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin ağırlıklı olarak aşırı uyumluluk başka bir ifadeyle arkadaşça itaatkar kişilerarası davranış sergilediği ve baskınlık, soğuk/mesafelilik, sosyal çekiniklik ve hakkını fikrini savunmayan kişilerarası davranışlarının tıknırcasına yeme davranışının şiddetini ve psikolojik sıkıntıyı etkilediği görülmektedir (Brugnera, vd., 2018: 36).

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, tedavi öncesinde bireylerin sahip olduğu kişilerarası problemlilerin tedaviye yanıtı ön görüp görmediğini belirlemek amaçlı bir çalışma yapılmıştır. Bu hastalara kişilerarası biliş ve davranışlara odaklanan bir tedaviden ziyade kilo vermeye yönelik bir programla tedavi uygulandığı belirtilmektedir. Tedavi sonucu kötü olan hastaların yeme bozukluğu belirtileri azalıp kilo verebilen hastalara kıyasla, sosyal çekiniklik sorunlarını daha fazla oranda yaşarken, kinci-benmerkezcilik sorunları daha az deneyimlediği gözlemlenmiştir (Eldredge, vd., 1998: 387). Başka bir çalışmada, anoreksiya ve bulimiya nervozası olan bireylerde tedavi öncesi ve sonrasındaki kişilerarası problemleri ölçülerek bu yeme bozukluklarının belirtilerinin sürdürülmesinde ve azaltılmasındaki rolünün incelendiği bir çalışmada, kişilerarası problemleri ile tedavi sonucu arasında genellikle negatif bir ilişki gözlemlendiği bildirilmektedir. Elde edilen bulguların genel bir değerlendirmesine göre, tıknırcasına yeme çıkarma tipi yeme bozuklukları olan bireylerin daha çok kişilerarası problemlerden sosyal çekiniklik davranış örüntüleri sergilediği ve bu bireylerin tedaviye devam etmeme eğiliminde ve gidişatında

olumsuz yönde ilerleme riski altında oldukları açıklanmaktadır (Jones, vd., 2015: 571). Buna ek olarak, yeme bozukluğu olan bireyler kişilerarası alanlarda soğuk-düşmanca diğer bir ifadeyle soğuk/mesafelilik davranış örüntüleri sergiliyorsa tedavi sonuçlarının olumsuz sonuçlanma ihtimallerinin yükseldiği bildirilmektedir (Ung, vd., 2017: 1).

## **2.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri**

Bireyin ruhsal hayatında bilişsel ve duygusal süreçler birbirleriyle bağlantılı süreçlerdir. Bilişsel kelimesiyle tanımak, algılamak, değerlendirmek, neden sonuç ilişkileri kurmak, zamana ve mekana yerleştirmek, hafızaya almak gibi zihinsel yetenekler anlaşılırken, duygulanım sözcüğüyle neşe, üzüntü, kin, öfke, nefret, iğrenme, utanç, bunaltı, korku, kaygı gibi duygusal tepkiler ifade edilir (Öztürk ve Uluşahin, 2023: 259). Duygu düzenleme kavramının, bireyin hedeflerine ulaşmak amacıyla duygusal tepkilerini değerlendirmesi, kontrol etmesi ve değiştirmesiyle görevli dışsal ve içsel süreçlerin tamamını kapsadığı ifade edilmektedir (Thompson, 1994: 27-28). Bununla birlikte, duygu düzenlemenin biyolojik, davranışsal, sosyal ve bilişsel süreçlerle gerçekleşebileceği belirtilmektedir (Garnefski, vd., 2001: 1312). Buna örnek olarak, bireyin nefes alıp vermesine odaklanması, bağırması, yürüyüşe çıkması, arkadaşıyla mesajlaşması, kitap okuması ve durumları farklı açılardan düşünerek değerlendirmesi gibi birey tarafından geniş bir aralıkta çeşitli duygu düzenleme stratejilerinin, beraberinde getirdiği sonuçlara göre, tercih edilebileceği ifade edilmektedir (Gross, 2015: 7). Stresli veya tehditkar bir yaşam olayını deneyimlerken ya da bu tür olayları yaşadıkdan sonra bireyin bu olaylarla bağlantılı duyguları üzerinde kontrol sahibi olması ve duygularını yönetmesi ve düzenlemesinde biliş veya bilişsel süreçlerin rol oynadığı ifade edilmektedir (Garnefski, vd., 2001 :1313). Bununla ilgili olarak, olumsuz bir yaşam olayı deneyimlediğinde bireyin, olayla ilgili düşüncelerine sıklıkla odaklanıp olumsuz duygular yaşantılaması ve olayı yeniden gözden geçirip durumu değiştirebilmek için neler yapabileceğini düşünmesi ya da değiştiremeyeceği durumları kabullenmek için çaba sarf etmesi gibi duygu düzenlemede kullanılan çeşitli bilişsel başa çıkma stratejilerinin bireyden bireye değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir (Garnefski ve Kraaij, 2007: 141). Olumsuz olaylar karşısında kişinin duygu düzenlemede kullanabileceği bilişsel stratejileri değerlendirmek amacıyla Garnefski ve diğerleri (2001: 1311) tarafından Bilişsel

Duygu Düzenleme  leği geliştirilmiştir. Ölçekte elde edilen alt faktörlerden pozitif yeniden gözden geçirme, kabul etme, pozitif yeniden odaklanma, bakış açısına yerleştirme ve plana yeniden odaklanma olumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri olarak bildirilirken; diğerlerini suçlama, kendini suçlama, düşünceye odaklanma ve yıkım ya da felaketleştirme olumlu olmayan stratejiler olarak belirlendiği aıklanlanmaktadır (A.g.e: 1321). Bu ölçekte stres verici ya da tehditkar olumsuz bir yaşam olayı karşısında bireyin ne yaptığına değil ne düşündüğüne odaklanan dokuz alt boyut bulunmakta olup (A.g.e: 1314) aşağıda ölçeğin her bir boyutu tanımlanmaktadır (Garnefski ve Kraaij, 2007: 141-142):

**1-Kendini Suçlama:** Bireyin yaşadığı olumsuz olaylarla ilgili, zihninde kendisini suçlayıcı düşüncelerin hakim olması ya da olanlardan sorumlu olan kişinin kendisinin olduğu düşüncelerine sahip olmasını açıklamaktadır.

**2-Düşünceye Odaklanma (Ruminasyon):** Bireyin olumsuz bir olayda deneyimledikleri hakkında duygu ve düşüncelerine sık olarak odaklanmasıyla karakterizedir.

**3-Yıkım (Felaketleştirme):** Bireyin olumsuz bir yaşantısı hakkında başkalarının deneyimlerine göre en kötüsü olduğu ya da yaşadığı olayın son derecede kötü olduğu düşüncelerine sahip olmasını tanımlamaktadır.

**4-Diğerlerini Suçlama:** Bireyin olumsuz bir olayı yaşantılarken ya da olay sonrasında başına gelenlerden dolayı çevresindeki insanları suçlayıcı düşüncelere sahip olması ya da olanlardan onların sorumlu olduğu ile ilgili düşüncelerini açıklamaktadır.

**5-Pozitif Tekrar odaklanma:** Bireyin deneyimlediği olumsuz bir olay hakkındaki düşüncelerine odaklanmasından ziyade sevinç verici ya da keyifli konularla ilgili düşüncelerini zihninde canlandırmasını açıklamaktadır. Buna ek olarak, bireylerin düşüncelerini olumlu konulara yöneltmesi kısa vadede duygu düzenlemede yardımcı fakat uzun vadede olaylarla uyumsal baş etmeyi engelleyici olabileceği belirtilmektedir (Garnefski, vd., 2001: 1315).

**6-Plana Tekrar Odaklanma:** Bireyin olumsuz bir olaya müdahale etmek amaçlı yeni bir plan oluşturması ya da atacağı adımlar hakkında düşünmesini ve bu olayla baş etme biçimleriyle ilgili düşünmesini tanımlamaktadır.

**7-Pozitif Yeniden Gözden Geçirme:** Bireyin yaşadığı olumsuz olayın kişisel gelişimine ya da olgunlaşma sürecine katkıda bulunduğuna dair düşüncelere sahip

olması ve olaydan çıkarılabilecek olumlu anlamlar hakkında düşünmesi olarak tanımlanmaktadır.

**8-Bakış Açısına Yerleştirmek:** Yaşanılan olumsuz bir olay başkalarının deneyimlediği ya da bireyin kendisinin deneyimlediği diğer olumsuz olaylarla karşılaştırıldığında, olayın olumsuzluk derecesi değerlendirilirken daha kötüsüyle karşılaşılabileceğini düşünmesini ifade etmektedir. Diğer bir ifadeyle, başka olaylara göre olumsuz olayın göreceliliğinin göz önünde bulundurulması olarak tanımlanmaktadır.

**9-Kabul Etme:** Bireyin deneyimlediği olumsuz bir olayın gerçekliğini kabullendiğine ve bu olayla ilgili yapılabilecek bir şeyler olmadığına dair düşüncelere sahip olması olarak tanımlanabilmektedir.

Stresli durumlar karşısında bireyin olumsuz duygularını düzenlemede başvurduğu bilişsel duygu düzenleme stratejileri psikopatolojik belirtilerden depresyon ve kaygıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Potthoff, vd., 2016: 222). Bununla ilgili olarak, major depresif bozukluğu olan bireylerin depresif belirtileri arttıkça kendini suçlama, kabullenme ve felaketleştirme stratejileri kullanma eğilimi artış gösterirken pozitif yeniden gözden geçirme stratejisine daha az başvurdukları bildirilmektedir (Lei, vd., 2014: 4).Yapılan bir çalışmaya göre plana yeniden odaklanma ve pozitif yeniden gözden geçirmenin psikolojik iyi oluşla pozitif yönde ilişkili olduğu, kendini suçlama, yıkım ve ruminasyonun negatif yönde ilişkili olduğu gösterilmektedir (Balzarotti, vd., 2016: 1).

### **2.5.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki**

Çocuklukta yaşanan travmaların, hem yaşamın erken dönemlerinde hem de yetişkinlik dönemi boyunca duygusal sorunlara zemin hazırlayan duygu düzenlemede eksiklikler için bir risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (Marusak, vd., 2015: 1250). Çocukluk çağı travmalarına sahip olan bireylerdeki bilişsel yönden duygu düzenleme güçlüğüne, depresyon ve kaygı gibi psikopatolojik belirtilerin gelişiminde veya sürdürülmesinde etken rolü olduğu belirtilmektedir (Huh, vd., 2017: 3). Aynı çalışmada çocukluk çağı travmalarından özel olarak duygusal istismarın uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri yoluyla depresyon ve kaygı belirtilerini etkilediği

bildirilmektedir (A.g.e.). Çocukluk çağı travmalarına maruz kalan bireylerin daha çok uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullandığı ve daha az uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerine başvurduğu belirtilmektedir (Karataş ve Arıcıoğlu, 2021: 134). Çocukluk çağı travma geçmişinin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanmayla ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, duygusal istismarın kendini suçlama, düşünceye odaklanma, yıkım ve başkalarını suçlamayı; fiziksel istismarın yıkım ve başkalarını suçlamayı etkilemesinin yanı sıra cinsel istismarın yıkımla ilişkili olduğu gösterilmektedir (Gorgi, vd., 2019: 255). Bireyin duygu düzenleme becerilerinde eksiklikler yaşamasının çocukluk döneminde yaşadığı travma geçmişiyle ilişkili olan depresyonunun şiddeti ve sürmesinde etken rol oynadığı ve bu ilişkide aracılık rolü olduğu belirtilmektedir (Hopfinger, vd., 2016: 189).

### **2.5.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişki**

Beden imajına yönelik endişeler, kaçınan bağlama tarzı ve olumsuz duyguları düzenlemede kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yeme tutumlarında bozulma belirtilerini güçlü bir şekilde ön gördüğü belirtilmektedir. Bunun yanı sıra, güvenli bağlanma tarzının yeme tutumunda bozulma belirtileriyle ilişkili olmadığı sonuca dayanarak bireyin beden görüşüne yönelik memnuniyet duymaması, olumsuz olaylar karşısında duygularını düzenleyememesi ve olumsuz duygulanım gibi unsurların güvenli bağlanma tarzına rağmen yemeyle ilgili bozulmalara yol açabileceği açıklanmaktadır (Davodi, vd., 2016: 4-5). Bireyin, toplumda idealize edilmiş zayıf beden imajıyla karşılaştırma yapması neticesinde, kendi beden ağırlığı ve imajına ilişkin olumsuz düşünceleriyle duygu düzenlemede güçlük yaşamasının bozulmuş yeme tutumlarına yönelmesinde etkili olduğu bildirilmektedir (Bento, vd., 2017: 11). Bireylerin beden imajına yönelik sıklıkla endişe duymasının hem depresyon hem de bulimiya belirtilerini sergilemeleriyle bağlantılı olduğu ve bu ilişkide işlevsiz duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü bulunduğu belirtilmektedir (Hughes ve Gullone, 2011: 224). Erkek katılımcıların dahil olduğu bir çalışmada, duygu düzenlemede güçlük yaşayan bireylerin bu durumunun, bozulmuş yeme davranışları ve bedenlerinden memnuniyetsiz olmalarında etkili olduğu tespit edilmiştir (Lavender ve Anderson, 2010: 355). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, kadınların yüksek düzeyde düşüncelerine odaklanmasının tıkracasına yeme belirtileriyle ilişkilendirildiği, her iki cinsiyetinde düşüncelerini bastırmalarının kendilerini aç

bırakma ve kusmalarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (Smith, vd., 2019: 95). Kadınlarla yapılan bir çalışmada, anoreksiya nervoza kısıtlayıcı tip olan 32 hasta, anoreksiya nervoza tıknırcasına yeme ve çıkarma tipi 32 hasta, bulimiya nervozaya sahip olan 30 hasta ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan 28 hastanın bulunduğu klinik örneklem gruplarıyla, bu bozukluklara sahip olmayan 62 kişinin bulunduğu bir grubun olduğu belirtilmektedir. Bu gruplardan elde edilen sonuçlara bakıldığında, yeme bozukluklarına sahip kadınların kontrol grubuna göre, duygularını bastırma eğilimde olup duygularını yeniden değerlendirmede yetersizliğinden dolayı duygu düzenlemede güçlük yaşadığı gösterilmiştir (Danner, vd., 2014: 730). Buna ek olarak, tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip olan hastaların duygularını yeniden değerlendirme açısından kontrol grubundan düşük düzeyde farklılık gösterdiği ve bu stratejinin düzeyinde anoreksiya nervoza tıknırcasına yeme çıkarma alt türü için anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (A.g.e.). Başka bir çalışmada, katılımcılar, tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip olan 35 kadın hasta ile 41 kişiden oluşan sağlıklı kontrol gruplarına ayrılıp hasta grubun ruminasyon ve kendini suçlama uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanmaya meyilliyken, olumlu yeniden odaklanma ve bakış açısına yerleştirmek uyumlu stratejilerine daha düşük düzeyde başvurduğu açıklanmaktadır (Walenda, vd., 2021: 1). Aynı çalışmada, bireyin duygu düzenlemede güçlük düzeyinin aleksitimi, kaygı ve depresyon belirtileri ile pozitif yönde ilişkisinin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca duygu düzenleme güçlüğü yaşamasına zemin hazırlayabilen bilişsel süreçlerden kendini suçlama ve yıkımın kaygı belirtileriyle, yalnızca yıkımın ise yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkisi ortaya konmuştur (A.g.e.). Yapılan bir çalışmaya göre, sosyal olarak belirlenen standartları karşılamadaki başarısızlık açısından mükemmeliyetçi tutumlara sahip olmanın kiloyla ilgili endişe duyma ve kısıtlı diyet gibi bozulmuş yeme tutum ve davranışlarıyla bağlantısında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden ruminasyonun ilişkiyi arttırıcı bir rol oynadığı bildirilmektedir (Tng ve Yang, 2021: 11). Bu bulgunun yanı sıra, felaketleştirmenin bozulmuş yeme tutum ve davranışlarına etkisi olduğu saptanmıştır (A.g.e.:12).

### **2.5.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişki**

Yaşamın ilk dönemlerindeki gelişim sürecinde, bireyin ebeveyni ya da bakım vereniyile güvenli bağlanmasının, çocukluğunda stresle baş etme ve duygu düzenleme becerilerini edinebilmesine zemin hazırladığı öne sürülmektedir (Dosman ve Gallagher, 2022: 327). Duygu düzenlemenin ise bilişsel ve kişilerarası işleyişin temel bir unsuru olduğu belirtilmektedir (A.g.e.). Yapılan bir çalışmada, duygu düzenleme güçlüğünün kişilerarası problemleri ön gördüğü bildirilmektedir (Euler, vd., 2021: 1). Başka bir çalışmada, kaygılı ile kaçınan bağlanmanın hem olumsuz duygulanım hem de kişilerarası problemlere etkisinde farklı duygu düzenleme stratejilerinin aracı rol oynadığı tespit edilmiştir (Wei, vd., 2005: 14).

### **2.6. Yeme Tutumunun Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkisi**

Çocukluk çağı travma türlerinden duygusal, fiziksel ve cinsel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmalin yeme bozukluğu belirtilerini dolaylı veya doğrudan ön gördüğü ve yeme bozukluklarının gelişimi üzerinde etkisi olduğu gösterilmektedir (Örge ve Volkan, 2023: 652). Meta-analitik bir çalışmaya göre, yeme bozuklukları ve bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının özel olarak cinsel istismarla düşük derecede ilişkisi bulunmaktadır (Smolak ve Murnen, 2002: 136). Bununla beraber, çocukluk döneminde maruz kalınan travmaların yetişkinlikte yaşanan duygu düzenleme güçlüğü ve yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Burns, vd., 2012: 32). Ayrıca, duygusal istismarın yeme bozukluğu belirtileri üzerindeki etkisinde duygu düzenleme güçlüğünün aracılık etkisine sahip olduğu görülmektedir (A.g.e.; Mills, vd., 2015: 156). Buna ek olarak yapılan bir çalışmada, yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtilerinin bilişsel duygu düzenleme stratejileri aracılığıyla mükemmeliyetçi tutumlar tarafından etkilendiği bildirilmektedir (Vacca, 2021: 72-73).

Literatürde, yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtilerinin kişilerarası problemler ve duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkisinin incelendiği çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, kişilerarası problemler ve duygu düzenleme güçlüğünün birlikte yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtilerini etkilediği bildirilmektedir (Ambwani, vd., 2014: 552). Ülkemizde yapılan bir tez

alışmasında, 18-40 yaş aralığında bulunan genç yetişkin bireylerin yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtilerinin duygu düzenlemede zorluk düzeyi aracılığıyla kişilerarası problem düzeyiden etkilendiğı bulunmuştur (Maden, S. M., 2021: 45). Mevcut çalışmanın amacı, yeme tutumunda bozulma belirtilerinin çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle birlikte ilişkisinin incelenmesi ve literatürde bulunan benzer araştırmalar ışığında değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesidir.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

Bu bölümde, çalışmanın modeli, evreni, örnekleme açıklandıktan sonra veri toplarken kullanılan araçlar, veri toplama şekli ve yapılan analizlere dair bilgiler bulunmaktadır.

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan çalışmada, yeme tutumunun çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisinin değerlendirilmesi için nicel araştırma modelleri esas alınmıştır. Araştırmanın analizleri, demografik değişkenler için karşılaştırma, kullanılan ölçekler ve alt faktörleri için korelasyon ve doğrusal regresyon yöntemleri uygulanarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmada, evren 20-60 yaş aralığındaki yetişkin bireylerden oluşup örneklem, basit örneklem yöntemi kullanılarak araştırmaya katılım sağlayan gönüllü katılımcılardan oluşmaktadır. Katılımcıların 290'ı kadın 112'si erkek olmak üzere toplam sayısı 402 olup yaş ortalamaları 28.02 (SS = 9.846) olarak elde edilmiştir.

#### 3.3. Veri Toplama Araçları

Yapılan araştırma doğrultusunda, katılımcıları araştırma hakkında bilgilendirmek ve araştırmaya katılma hususunda gönüllü olduklarına dair onaylarını almak amaçlı Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu, katılımcıların demografik bilgileri ve araştırmanın konusuyla ilgili soruları içeren Demografik Bilgi Formu, yeme tutumunda bozulma belirtilerini ölçen Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiş Yeme Tutum Testi (YTT-40), çocukluk çağı travmalarını geriye dönük bir şekilde değerlendirmek amaçlı Şar ve diğerleri (2020) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), kişilerarasında deneyimlenen problemleri ölçen Akyunus ve Gençöz (2016) tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE-32) ve

olumsuz bir olay karşısında duygu düzenlemede başvurulan bilişsel stratejileri ölçmek üzere Onat ve Otrar (2010) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiş Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ-36) kullanılmıştır.

### **3.3.1. Demografik Bilgi Formu**

Katılımcıların demografik bilgilerini ölçmek amacıyla cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu ve ekonomik duruma dair sorular bulunmaktadır. Bununla beraber araştırmanın konusuyla ilgili olan beden kitle indeksini hesaplamak amaçlı beden ağırlığı ve boy, bireyin mevcut kilosunu değerlendirme durumu, beden görünüşünden memnuniyet durumu ve psikiyatrik tanısına dair sorular yer almaktadır.

### **3.3.2. Yeme Tutum Testi (YTT-40)**

Garner ve Garfinkel (1979: 276-277) tarafından yeme tutumunda bozulma belirtilerini hem klinik hem de toplumsal örnekleme ölçmek amacıyla bir kendini değerlendirme ölçeği geliştirilmiştir. Yeme tutum testinin orijinal versiyonunda iç tutarlılık değerini gösteren Cronbach alfa katsayısı, anoreksiya nervoza belirtilerine sahip klinik grupta .79 olarak saptanırken klinik ve normal örneklem gruplarının toplam katsayısı .94 olduğu gözlemlenmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Savaşır ve Erol (1989: 24) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu uyarılma çalışmasında elde edilen Pearson momentler çarpımı korelasyon test tekrar test güvenilirlik katsayısı .65 olarak hesaplanırken testin iç tutarlılığını gösteren cronbach alfa katsayısı .70 olduğu bildirilmektedir. Ölçeğin toplam madde sayısı 40 olup 6'li likert şeklinde (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=sık sık, 5=çok sık, 6=daima) derecelendirilmektedir. Ölçekte ters maddeler (1, 18, 19, 23, 27, 39) bulunmaktadır. Ölçekte yer alan diğer maddeler ise düz madde olarak işlev görmektedir. Ölçeğin puanlanmasında ters maddelerin seçenekleri bazen '1', nadiren '2', hiçbir zaman '3' ve daima, çok sık ve sık sık yanıtları '0' puan verilerek hesaplanırken ters olmayan maddelerde sık sık '1', çok sık '2', daima '3' ve bazen, nadiren ve hiçbir zaman '0' puan atanarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanında artış olduğunda bireylerin yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtileri düzeyinde artış olduğuna işaret etmektedir. (Savaşır ve Erol, 1989: 19-22).

### 3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇCTÖ-33)

Bernstein ve diğerleri (1994: 1132-1134) tarafından çocukluk çağı travmalarını yetişkinlerde geriye dönük bir şekilde ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Alt faktörlerinin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değerleri .79-.94, test tekrar test güvenilirliği .80-.83 arasında bulunmuştur. Tüm ölçeğin Cronbach alfa değeri .95, test tekrar test değeri ise .88 olarak saptanmıştır. Şar ve diğerleri (2012: 1054) tarafından ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması gerçekleştirilmiştir. Ölçek toplam 28 madde ve 5 faktörden oluşmakta ve bu faktörler duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri .93 ve Gutmann yarım test katsayısının ise .97 olduğu saptanmıştır. Test tekrar test korelasyon değeri .90 iken alt boyutların korelasyon sonuçları .73-.90 arasında bulunmuştur. Şar ve diğerleri (2021: 35) tarafından, 28 maddeden oluşan çocukluk çağı travmaları ölçeğinin bazı maddeleri revize edilip aşırı koruma ve kontrol alt faktörünün eklenmesiyle genişletilerek 33 maddelik versiyonu literatüre kazandırılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı .87 iken Gutmann yarım test değeri .69 olarak bulunmuştur. Ölçeğin 33 maddelik versiyonu ile orijinal 28 maddelik versiyonu arasında .94, revize edilmiş 28 maddelik versiyonu arasında .98 oranlarında korelasyon katsayı değerleri hesaplanmıştır. Bu ölçek 5 dereceli (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=kimi zaman, 4=sık olarak, 5=çok sık) likert tipinde olup alınan en az toplam puanın 30, en fazla toplam puanın ise 150 olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin bazı maddeleri (1, 2, 4, 5, 7, 10, 13, 19, 26, 28, 31) ters çevrilmektedir. Buna ek olarak ölçeğin inkâr/minimizasyon puanını veren 3 madde (10, 16, 22) bulunmakta ve inkâr puanı toplam puana dahil edilmemektedir. Katılımcıların inkâr maddesine 5 puan vermesi halinde 1 puana çevrilmesiyle inkâr puanı hesaplanır ve 0-3 arasında inkâr puanı elde edilir.

### 3.3.4. Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE-32)

Kişilerarası problemler envanteri, Horowitz ve diğerleri (1988: 886) tarafından psikoterapi sürecinde danışanların ifade ettiği kişilerarası sorunlar göz önünde bulundurularak 127 maddelik bir kendini değerlendirme envanteri oluşturulmuştur. Ardından, Alden ve diğerleri (1990: 521) tarafından Leary'nin geliştirdiği Kişilerarası Döngüsel Model temel alınarak 8 ayrı kişilerarası problem alanını gösteren 64

maddelik dairesel ölçek yapısı oluşturulmuştur. Ölçeğin orijinal formunun iç tutarlılık korelasyon değeri .94, test tekrar test katsayısının .98 olduğu bildirilmektedir (Horowitz, vd., 887). Alden ve diğerlerinin (1990: 528) çalışmasında elde edilen alt faktörlerin güvenilirlik korelasyon katsayı değerleri .72 ve .85 arasında değişmektedir. Akyunus ve Gençöz (2016: 36-37) tarafından envanterin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Envanterde bulunan toplam madde sayısı 32 olup bu maddeler 5'li likert biçiminde (5=fazlasıyla, 4=oldukça, 3=orta derecede, 2=biraz, 1=hiç değil) değerlendirilmektedir. Envanterde elde edilen toplam puan genel kişilerarası problem düzeyini ifade ederken ölçeğin kişilerarası problem alanlarını belirten ve ölçeğin orijinal yapısıyla uyumlu baskın kontrolçülük, kinci/benmerkezcilik, soğuk mesafelilik, sosyal çekiniklik, kendine güvenmeme/girişken olmama, aşırı uyumluluk, kendini feda etme, dalıcı/talepkarlık olmak üzere toplam 8 alt faktör bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, envanterin toplam iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı .86 iken alt boyutlarının katsayıları en düşük .66 en yüksek .86 arasında saptanmıştır. Envanterde toplam iç tutarlılık test tekrar test katsayısı .78 iken alt faktörlerin katsayıları .67 ile .85 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Guttman iki yarım test katsayısı ise .90 olarak saptanmıştır (A.g.e: 40-41). Ölçeğin toplam ve alt boyut puanlarının artması kişinin kişilerarasında deneyimlediği stres ve günlük düzeyinin arttığını belirtmektedir (A.g.e: 38).

### **3.3.5. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ-36)**

Garnefski, ve diğerleri (2001: 1311) tarafından bireylerin olumsuz yaşam olayları deneyimlediklerinde ya da olumsuz bir durum karşısında kullanma eğiliminde oldukları bilişsel başa çıkma stratejilerini ölçmek amacıyla bilişsel duygu düzenleme ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal formunun toplam güvenilirlik Cronbach alfa değerinin .93, test tekrar test katsayısının .64 olduğu saptanmıştır. Alt faktörlerinin Cronbach alfa değerleri .68 ve .83 arasındayken test tekrar test katsayılarının en düşük .41 en yüksek .63 olduğu raporlanmıştır (A.g.e: 1322). Onat ve Otrar (2010: 123) tarafından ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada elde edilen iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısının .78, test tekrar test değerinin 1 olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin toplam Spearman-Brown ve Guttman iki yarım test katsayıları her iki değer için de .75 olduğu saptanmıştır. Ölçekte yer alan alt faktörlerin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayı değerleri .42 ve .71 arasında

değişmektedir. Ölçek toplam 36 maddeden oluşup 5 dereceli likert (5=hemen hemen her zaman, 4=sık sık, 3=bazen, 2=nadiren, 1=hemen hemen hiçbir zaman) biçimindedir. Ölçekte bulunan alt faktörler, olumlu stratejiler olan kabul etme, bakış açısına yerleştirmek, plana tekrar odaklanma, pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme iken olumsuz stratejiler, düşünceye odaklanma, kendini suçlama, yıkım ve diğerlerini suçlama olmak üzere toplam sayısı 9 olup ölçeğin puanlanmasında toplam puanı hesaplanmazken her bir alt faktörünün toplam puanı hesaplanmaktadır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Öncelikle, ölçeklerin araştırmada kullanılmak üzere mail yoluyla kullanım izinleri alınmıştır. Araştırma için hazırlanan anket kapsamında, ilk etapta bilgilendirilmiş onam formunda katılımcıların araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair onayları alındıktan sonra yönlendirilen Demografik Bilgi Formu, Yeme Tutum Testi (YTT-40), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ-33), Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE-32) ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ-36) veri toplama amaçlı uygulanmıştır. Veri toplama sürecinde, yaş kriteri ve anketin eksik doldurulması gibi gerekli şartlara uymayan katılımcıların elenmesi sonucu, 159 kişi internet aracılığıyla Google form linkin paylaşımı ve elden kâğıt kalem verilmesiyle 243 kişi olmak üzere toplam 402 kişiden veri toplanmıştır.

### **3.5. Verilerin Analizi**

Araştırmanın analizi SPSS-27 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Demografik değişkenler için frekans analizi uygulanmıştır. Kullanılan ölçeklerin ve alt faktörlerinin normallik varsayımı ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Demografik değişkenlerin grup ortalamaları arasındaki farklılıkları görmek amaçlı bağımsız örneklem t-test 2 gruplu değişkenlerde, One-Way ANOVA analizi de 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde gerçekleştirilmiştir. Parametrik test uygulamak için yeteri kadar kişi sayısı olmayan demografik değişkenlerde, 2 gruba ayrılmış olanlar bağımsız örneklem non-parametrik Mann Whitney-U testi, 3 ve 3'ten fazla gruba ayrılmış olanlarda ise non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulanmıştır. Ölçekler ve alt faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi ve

bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni etkileme gücünü görmek için doğrusal regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analizler  $\alpha=.05$  seviyesinde uygulanmıştır.



## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırmanın bu bölümünde, veri toplama sürecinde elde edilen verilerin analiz sonuçları tablo ve metin halinde yer almaktadır. Öncelikle, katılımcıların demografik bilgilerine dair yapılan frekans analizi sonuçları verildikten sonra ölçekler ve alt faktörlerinin güvenirlik ve normallik varsayımı analizlerine ilişkin bulgular bildirilmektedir. Ardından, araştırmanın konusu kapsamında oluşturulan hipotezlerin analiz sonuçlarına yer verilmektedir.

#### **4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri**

Araştırmaya dahil olan katılımcıların demografik bilgilerine dair tanımlayıcı değerler aşağıdaki tabloda bulunmaktadır (Tablo 4.1.).

**Tablo 4.1: Demografik Bilgilerin Tanımlayıcı Değerleri**

Değişkenler	Grup	N	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	290	%72.1
	Erkek	112	%27.9
Medeni Durum	Bekar	303	%75.4
	Evli	99	%24.6
Eğitim Durumu	İlkokul	21	%5.2
	Ortaokul	13	%3.2
	Lise	154	%38.3
	Üniversite	184	%45.8
	Üniversite üstü	30	%7.5
Ekonomik Durum	Düşük	34	%8.5
	Orta	341	%84.8
	Yüksek	27	%6.7
Kilo Değerlendirme Durumu	Zayıf	38	%9.5
	Normal	277	%68.9
	Şişman	87	%21.6
Beden Görünüşünden Memnun Olma Durumu	Memnun değilim	124	%30.8
Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumu	Evet	47	%11.7
	Hayır	355	%88.3
Yaş	20-24	211	%52.5
	25-39	132	%32.8
	40-60	59	%14.7
Beden Kitle İndeksi	Zayıf	27	%6.7
	Normal Kilolu	247	%61.4
	Fazla Kilolu	93	%23.1
	Obez	35	%8.7

Tablo 4.1'deki demografik bilgilere bakıldığında, araştırmanın örneklemini 290'ı (%72.1) kadın, 112'si (%27.9) erkek olmak üzere toplam 402 yetişkin katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında 303'ü (%75.4) bekar iken 99'unun (%24.6) evli olduğu, eğitim durumları ise 21'i (%5.2) ilkokul, 13'ü

(%3.2) ortaokul, 154'ü (%38.3) lise, 184'ü (%45.8) üniversite, 30'u (%7.5) üniversite üstü mezunu olup katılımcıların 34'ünün (%8.5) düşük, 341'inin (%84.8) orta, 27'sinin (%6.7) yüksek olarak kendi ekonomik durumlarını değerlendirdikleri görülmektedir. Mevcut kilo değerlendirme durumuna dair tanımlayıcı değerler, katılımcıların 38'inin (%9.5) zayıf, 277'sinin (%68.9) normal, 87'sinin (%21.6) şişman olarak mevcut beden ağırlığını değerlendirdiklerini göstermektedir. Beden görünüşünden memnun olma durumuna bakıldığında ise katılımcıların 278'inin memnunun (%69.2), 124'ünün memnun değilim (%30.8) şeklinde kendini ifade ettikleri görülmektedir. Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna dair tanımlayıcı değerlere bakıldığında 47'sinin (%11.7) evet olarak belirttiği, 355'inin (%88.3) ise hayır diyerek tanı almadığını ifade ettikleri rapor edilmektedir. Son olarak katılımcıların 27'sinin (%6.7) zayıf, 247'sinin (%61.4) normal kilolu, 93'ünün (%23.1) fazla kilolu, 35'inin (%8.7) obez olduğu bulunmakla birlikte 211'inin (%52.5) 20-24 aralığında, 132'inin (%32.8) 25-39 aralığında ve 59'unun (%14.7) 40-60 aralığında olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaş, beden ağırlığı, boy ve beden kitle indeksine dair tanımlayıcı değerler aşağıda yer alan tabloda bulunmaktadır (Tablo 4.2.).

**Tablo 4.2: Yaş, Beden Ağırlığı, Boy ve Beden Kitle İndeksinin Tanımlayıcı Değerleri**

Değişkenler	N	Min.	Maks.	Ort.	SS
Yaş	402	20.00	60.00	28.02	9.846
Beden Ağırlığı	402	41.00	120.00	66.67	14.544
Boy	402	148.00	192.00	167.67	8.327
Beden Kitle İndeksi	402	15.62	38.56	23.59	4.212

Tablo 4.2'ye bakıldığında, katılımcıların yaşlarının en az 20 en fazla 60 ve yaş ortalamalarının 28.02 (SS = 9.846) olduğu görülmektedir. Bu yetişkin bireylerin beden ağırlığına dair elde edilen düşük değer 41 kg en yüksek değer 120 kg olup ortalamasının 66.67 kg (SS = 14.544) olduğu, boylarının en kısa 148 cm en uzun 192 cm olup ortalamasının 167.67 cm (SS = 8.327) ve beden kitle indeksi değerlerinin ise

15.62 ile 38.62 aralığında değişiklik gösterirken ortalama değerinin 23.59 (SS = 4.212) olduğu belirtilmektedir.

Katılımcıların aldıkları psikiyatrik tanıya dair sözel yanıtlarının gruplandırılmasıyla elde edilen psikiyatrik tanı dağılımları aşığıdaki tabloda gösterilmektedir (Tablo 4.3.).

**Tablo 4.3: Katılımcıların Psikiyatrik Tanısına Dair Tanımlayıcı Değerler**

		N	Yüzde (%)
Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumu	Evet	47	%11.7
	Hayır	355	%88.3
Depresyon Bozukluğu Tanısı Alma Durumu	Hayır	386	%96.0
	Evet	16	%4.0
Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu Tanısı Alma Durumu	Hayır	384	%95.5
	Evet	18	%4.5
Tanı Belirtilmeme / Diğer	Hayır	388	%96.5
	Evet	14	%3.5
Nörogelişimsel Bozukluğu Tanısı Alma Durumu	Hayır	399	%99.3
	Evet	3	%.7
Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozuklukları Tanısı Alma Durumu	Hayır	397	%98.8
	Evet	5	%1.2

Tablo 4.3'te, toplam 47 katılımcının psikiyatrik tanı alma durumunu tanı aldığını belirtmek üzere evet diye ifade ettiği görölüp alınan tanı grupları incelendiğinde bazı katılımcıların birden fazla tanı grubunda yer aldığı görölmektedir. Tabloda depresyon bozukluğu tanısı alan 16 (%4.0) kişi, kaygı bozukluğu tanısı alan 18 (%4.5) kişi, nörogelişimsel bozukluğu tanısı alan 3 (%.7) kişi, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozuklukları tanısı alan 5 (%1.2) kişi ve tanısını belirtmeyen ya da diğer gruplara dahil edilemeyen 14 (%3.5) kişi olduğu belirtilmektedir.

#### **4.2. Araştırma Dahilinde Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Faktörlerinin Normallik Varsayımı ve Güvenirlik Analizlerine Dair Bulgular**

Tablo 4.4'te Yeme Tutum Testi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin genel puanı ile Fiziksel İstismar, Duygusal İstismar, Cinsel İstismar, Duygusal İhmal, Fiziksel İhmal ve Aşırı Koruma Kontrol olmak üzere alt faktörlerinin normallik dağılımı ve güvenirlik analizleri sonucunda elde edilen minimum, maksimum değerleri, ortalama, standart sapmaları, Kolmogorov smirnov, çarpıklık, basıklık ve Cronbach alpha güvenirlik katsayı değerleri yer almaktadır.



**Tablo 4.4: Yeme Tutum Testi ve Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Faktörlerinin Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Katsayı Değerleri**

Ölçek	N	Min.	Maks.	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbac's Alpha
Yeme Tutum Testi	402	2	41	13.96	7.421	<.001	1.306	1.922	.739
Duygusal İstismar Alt Boyutu	402	4	19	7.58	3.155	<.001	1.503	1.872	.792
Fiziksel İstismar Alt Boyutu	402	5	19	5.80	1.961	<.001	3.742	16.886	.816
Fiziksel İhmal Alt Boyutu	402	5	21	7.95	3.465	<.001	1.415	1.727	.839
Duygusal İhmal Alt Boyutu	402	5	24	11.10	4.578	<.001	.610	-.286	.859
Cinsel İstismar Alt Boyutu	402	4	25	5.71	2.271	<.001	4.477	23.976	.897
Aşırı Koruma - Kontrol Alt Boyutu	402	5	24	10.24	4.148	<.001	.967	.564	.811
İnkâr Alt Boyutu	402	0	3	.61	.912	<.001	1.301	.531	.642
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	402	30	101	48.07	13.466	<.001	1.194	1.684	.918

Araştırma dahilinde kullanılan ölçekler ve alt faktörlerinin basıklık ve çarpıklık değerlerine bakıldığında, Yeme Tutum Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve alt faktörlerinden Duygusal İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, Aşırı Koruma-Kontrolün -2 ve +2 değer aralıklarını aşmaması sonucunda bu değişkenlerle yapılan analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Cinsel İstismar ve Fiziksel İstismar alt boyutlarının ise basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2 ve +2 sınırını aştığı görülüp bu değişkenlerle yapılan analizlerde normal dağılım görülmediği için non-parametrik testler uygulanmıştır. Araştırmanın

normallik varsayımında, George ve Mallery'nin (2010) kaynağında normal dağılım olarak belirtilen -2 ve +2 basıklık ve çarpıklık değer aralıkları referans alınmaktadır. Ayrıca, bu ölçeklerin ve alt faktörlerinin güvenilirlik analizi sonucu elde edilen Cronbach alpha güvenilirlik değerleri incelendiğinde yeterli düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5'te Kişilerarası Problemler Envanterinin toplam puanı ve Baskın/Kontrolcülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk, Kendini Feda Etme ve Dalıcı/Talepkarlık olmak üzere alt boyutlarının güvenilirlik ve normallik varsayımı analizleri sonucunda elde edilen minimum, maksimum değerleri, ortalama, standart sapmaları, Kolmogorov smirnov, çarpıklık, basıklık ve Cronbach alpha güvenilirlik katsayı değerleri yer almaktadır.

**Tablo 4.5: Kişilerarası Problemler Envanteri ve Alt Boyutlarının Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Katsayı Değerleri**

Ölçek	n	Min.	Maks.	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
Baskın/Kontr olcülük Alt Boyutu	402	4	20	7.93	3.115	<.001	.871	.553	.740
Kinci/Benme rkezcilik Alt Boyutu	402	3	20	7.59	3.181	<.001	.891	.248	.757
Soğuk/Mesaf elilik Alt Boyutu	402	3	19	8.17	3.361	<.001	.808	.334	.721
Sosyal Çekiniklik Alt Boyutu	402	4	20	7.75	3.132	<.001	.806	.473	.786
Kendine Güvenmeme/ Girişken Olmama Alt Boyutu	402	3	19	8.84	3.420	<.001	.599	-.060	.751
Aşırı Uyumluluk Alt Boyutu	402	3	20	9.31	3.573	<.001	.568	-.123	.715
Kendini Fedatme Alt Boyutu	402	4	20	11.62	3.636	<.001	.326	-.455	.738
Dalıcı/Talep karlık Alt Boyutu	402	4	20	9.70	3.387	<.001	.620	.210	.687
Kişilerarası Problemler Envanteri	402	33	134	70.91	16.146	<.001	.484	.241	.875

Araştırmada kullanılan Kişilerarası Problemler Envanteri ve alt boyutlarının basıklık ve çarpıklık değerleri -2 ve +2 değer aralıklarını aşmadığı için normal dağılım gösterdikleri kabul edilip bu envanter ve alt boyutlarıyla gerçekleştirilen analizlerde parametrik testler uygulanmıştır. Bununla birlikte, bu envanter ve alt faktörlerinin güvenilirlik analizi sonucu elde edilen Cronbach alpha güvenilirlik katsayı değerleri, güvenilirliklerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 4.5.).

Tablo 4.6’da Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeğinin Kabul Etme, Kendini Suçlama, Düşünceye Odaklanma, Pozitif Yeniden Gözden Geçirmek, Pozitif Tekrar Odaklanma, Plana Tekrar Odaklanma, Yıkım, Bakış Açısına Yerleştirmek ve Diğerlerini Suçlama olmak üzere alt boyutlarının güvenirlik ve normallik varsayımı analizleri sonucunda elde edilen minimum, maksimum değerleri, ortalama, standart sapmaları, Kolmogorov Smirnov, çarpıklık, basıklık ve Cronbach Alpha güvenirlik katsayı değerleri bulunmaktadır.



**Tablo 4.6: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeğinin Alt Faktörlerinin Normallik Varsayımı ve Güvenilirlik Katsayı Değerleri**

Ölçek	N	Min.	Maks.	Ort.	SS	Kolmogorov Smirnov (p)	Çarpıklık	Basıklık	Cronbac's Alpha
Kendini Suçlama Alt Boyutu	402	4	20	11.38	3.067	<.001	.439	.116	.729
Kabul Etme Alt Boyutu	402	4	20	12.58	3.086	<.001	-.022	-.033	.656
Düşünceye Odaklanma Alt Boyutu	402	4	20	13.99	3.443	<.001	-.245	-.354	.787
Pozitif Tekrar Odaklanma Alt Boyutu	402	5	20	12.46	2.778	<.001	.193	-.107	.529
Plana Tekrar Odaklanma Alt Boyutu	402	6	20	15.01	3.160	<.001	-.323	-.497	.765
Pozitif Yeniden Gözden Geçirme Alt Boyutu	402	4	20	14.48	3.451	<.001	-.346	-.203	.781
Bakış Açısına Yerleştirmek Alt Boyutu	402	4	20	12.89	3.168	<.001	-.034	-.175	.653
Yıkım Alt Boyutu	402	3	20	9.37	3.374	<.001	.457	-.261	.747
Diğerlerini Suçlama Alt Boyutu	402	4	19	10.75	2.873	<.001	.105	.200	.699

Araştırmada kullanılan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeğinin alt faktörlerinin basıklık ve çarpıklık değerleri -2 ve +2 değer aralıklarını aşmadığı için normal dağılım gösterdikleri kabul edilerek bu alt faktörlerle uygulanan analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Bununla beraber, bu alt faktörlerinin güvenilirlik analizi sonucu elde edilen Cronbach alpha güvenilirlik katsayı değerleri, güvenilirliklerinin yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 4.6.).

### 4.3. Araştırma Dahilinde Kullanılan Ölçeklerin ve Alt Faktörlerinin Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırma Analizlerine Dair Bulgular

Yeme Tutum Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puan ve Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Cinsel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Aşırı Koruma Kontrol alt boyutlarının puanlarının, Kişilerarası Problemler Envanteri toplam puan ve Baskın/Kontrolçülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk, Kendini Feda Etme ve Dalıcı/Talepkarlık alt faktörlerinin ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri alt boyutları olan Kendini Suçlama, Bakış Açısına Yerleştirmek, Kabul Etme, Düşünceye Odaklanma, Plana Yeniden Odaklanma, Yıkım, Pozitif Yeniden Gözden Geçirme, Pozitif Yeniden Odaklanma ve Diğerlerini Suçlama puanlarının psikiyatrik tanı alma durumuna göre karşılaştırma analizi yapılmıştır. Bununla beraber, yeme tutumu düzeyinin yaşa göre ve yeme tutumunun yanı sıra çocukluk çağı travmaları düzeylerinin cinsiyet, beden kitle indeksi, mevcut kilo değerlendirme durumu ve beden görünüşünden memnuniyet durumuna göre karşılaştırma analizleri uygulanmıştır. Yapılan karşılaştırma analizlerinde normallik varsayımı analizleri sonucu normal dağılım gösteren 2 gruptan oluşan değişkenlerde t-testi kullanılırken normal dağılım görülmeyen değişkenlerde non-parametrik Mann Whitney-U testi ile analiz gerçekleştirilmiştir. Normal dağıldığı belirlenen 3 ve 3'ten fazla gruba ayrılan değişkenlerde One-Way ANOVA analizi, normal dağılmayanlarda ise non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulanmıştır.

Aşağıdaki tabloda yeme tutumunda bozulma belirtileri düzeyinin yaş değişkenine göre karşılaştırma analizinin sonucu bulunmaktadır (Tablo 4.7.).

**Tablo 4.7: Yeme Tutum Düzeyinin Yaşa Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var. K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Yeme Tutum Testi	20-24	211	14.36	8.144	GA	212.988	2	106.494	1.943	.145
	25-39	132	12.95	6.486	GI	21872.5	39	54.818		
	40-60	59	14.81	6.479	Toplam	22085.5	40			
	Toplam	402	13.96	7.421		06	1			

\*p<.05

Tablo 4.7'ye bakıldığında, katılımcıların yaşlarına göre oluşturulan gruplara göre yeme tutumu puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık görülmemektedir ( $F_{2,399} = 1.943; p = .145 > .05$ ).

Yeme tutumunda bozulma belirtileri düzeyinin cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılmasını gösteren bulgulara aşağıdaki tabloda yer verilmektedir (Tablo 4.8.).

**Tablo 4.8: Yeme Tutum Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t/z	Sd	P
Yeme	Kadın	290	14.43	8.018	2.381*	400	.018
Tutum Testi	Erkek	112	12.77	5.438			

\* $p < .05$

Tablo 4.8'de katılımcıların dahil oldukları cinsiyet gruplarına göre Yeme Tutum Testi puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p = .018 < .05$ ). Kadınların yeme tutumu puan ortalamasının (Ort. = 14.43, SS = 8.018), erkeklerin yeme tutum puan ortalamasından (Ort. = 12.77, SS = 5.438) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir ( $t = 2.381, p = .018$ ).

Aşağıda yer alan tabloda çocukluk çağı travmaları ve alt faktörleri düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırma analizinin sonuçları bulunmaktadır (Tablo 4.9.).

**Tablo 4.9: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyinin Cinsiyete Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t/z	Sd	P
Duygusal	Kadın	290	7.66	3.226	.788	400	.431
İstismar Alt	Erkek	112	7.38	2.969			
Boyutu							
Fiziksel	Kadın	290	5.66	1.870	z=	400	.000
İstismar Alt					-3.880*		
Boyutu	Erkek	112	6.16	2.146			
Fiziksel	Kadın	290	7.38	3.185	-5.201*	400	.000
İhmal Alt	Erkek	112	9.45	3.720			
Boyutu							
Duygusal	Kadın	290	10.69	4.607	-2.890*	400	.004
İhmal Alt	Erkek	112	12.15	4.350			
Boyutu							
Cinsel	Kadın	290	5.89	2.585	z=	400	.010
İstismar Alt					-2.568*		
Boyutu	Erkek	112	5.26	.975			
Aşırı	Kadın	290	10.29	4.390	.460	400	.646
Koruma -	Erkek	112	10.10	3.459			
Kontrol Alt							
Boyutu							
İnkâr Alt	Kadın	290	.59	.916	-.910	400	.363
Boyutu	Erkek	112	.68	.903			
Çocukluk	Kadın	290	47.13	13.749	-2.262*	400	.024
Çağı	Erkek	112	50.50	12.435			
Travmaları							
Ölçeği							

\*p&lt;.05

Tablo 4.9’da katılımcıların cinsiyet gruplarına göre duygusal istismar, aşırı koruma-kontrol ve inkâr düzeylerinde anlamlı bir değişiklik saptanmadığı gösterilmektedir (sırasıyla  $p=.431>0,05$ ;  $p=.646>.05$ ;  $p=.363>.05$ ). Bununla birlikte, katılımcıların cinsiyetine göre Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar ve Çocukluk Çağı Travmaları toplam düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

görülmektedir. Erkeklerin Duygusal İhmal, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ortalamasının (sırasıyla Ort. = 12.15, SS = 4.350; Ort. = 6.16, SS = 2.146; Ort. = 9.45, SS = 3.720; Ort. = 50.50, SS = 12.435), kadınların Duygusal İhmal, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ortalamasından (sırasıyla Ort. = 10.69, SS = 4.650; Ort. = 5.66, SS = 1.870; Ort. = 7.38, SS = 3.185; Ort. = 47.13, SS = 13.749) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bildirilmektedir (sırasıyla  $t=-2.890$ ,  $p=.004$ ;  $z = -3.880$ ,  $p<.001$ ;  $t = -5.201$ ,  $p<.001$ ;  $t = -2.262$ ,  $p= .024$ ). Buna ek olarak, kadınların Cinsel İstismar ortalamasının (Ort. = 5.89, SS = 2.585), erkeklerin Cinsel İstismar ortalamasından (Ort. = 5.26, SS = .975) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmüştür ( $z=-2.568$ ,  $p= .010$ ).

Yeme tutumunda bozulma belirtileri düzeyinin beden kitle indeksi değişkenine göre karşılaştırılmasını gösteren analiz sonucu aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 4.10.).

**Tablo 4.10: Yeme Tutum Düzeyinin Beden Kitle İndeksine Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	SD	H	P
Yeme	Zayıf	27	12.48	5.747	3	4.970	.174
Tutum	Normal Kilolu	247	13.44	7.102			
Testi	Fazla Kilolu	93	15.29	8.226			
	Obez	35	15.29	8.122			
	Toplam	402	13.96	7.421			

\* $p<.05$

Tablo 4.10'a bakıldığında, katılımcıların boy ve beden ağırlığı hesaplanarak oluşturulan beden kitle indeksi değişkeni gruplarına göre yeme tutumu ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık görülmemektedir ( $H(3) = 4.970$ ;  $p = .174 > 0,05$ ).

Aşağıdaki tabloda, Çocukluk Çağı Travmaları toplam ve alt faktörleri düzeylerinin beden kitle indeksi değişkenine göre karşılaştırılmasını gösteren analiz sonuçlarına yer verilmektedir (Tablo 4.11.).

**Tablo 4.11: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyinin Beden Kitle İndeksine Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	SD	H	P
Duygusal İstismar Alt Boyutu	Zayıf	27	7.78	3.806	3	16.644*	.000
	Normal Kilolu	247	7.17	2.803			
	Fazla Kilolu	93	7.95	3.434			
	Obez	35	9.40	3.541			
	Toplam	402	7.58	3.155			
Fiziksel İstismar Alt Boyutu	Zayıf	27	5.37	.688	3	15.383*	.002
	Normal Kilolu	247	5.64	1.800			
	Fazla Kilolu	93	6.05	2.388			
	Obez	35	6.60	2.226			
	Toplam	402	5.80	1.961			
Fiziksel İhmal Alt Boyutu	Zayıf	27	7.19	2.746	3	18.047*	.000
	Normal Kilolu	247	7.43	3.026			
	Fazla Kilolu	93	8.86	3.908			
	Obez	35	9.83	4.462			
	Toplam	402	7.95	3.465			
Duygusal İhmal Alt Boyutu	Zayıf	27	10.78	4.774	3	13.444*	.004
	Normal Kilolu	247	10.62	4.495			
	Fazla Kilolu	93	11.69	4.688			
	Obez	35	13.17	4.127			
	Toplam	402	11.10	4.578			
Cinsel İstismar Alt Boyutu	Zayıf	27	6.26	2.850	3	3.170	.366
	Normal Kilolu	247	5.64	2.211			
	Fazla Kilolu	93	5.71	2.185			
	Obez	35	5.83	2.455			
	Toplam	402	5.71	2.271			
Aşırı Koruma -Kontrol Alt Boyutu	Zayıf	27	10.22	4.902	3	3.043	.385
	Normal Kilolu	247	10.09	4.158			
	Fazla Kilolu	93	10.38	4.107			
	Obez	35	10.89	3.636			
	Toplam	402	10.24	4.148			
İnkar Alt Boyutu	Zayıf	27	.59	.797	3	2.317	.509
	Normal Kilolu	247	.60	.935			
	Fazla Kilolu	93	.71	.951			
	Obez	35	.43	.698			
	Toplam	402	.61	.912			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Zayıf	27	47.59	15.169	3	18.536*	.000
	Normal Kilolu	247	46.07	11.955			
	Fazla Kilolu	93	50.63	14.738			
	Obez	35	55.71	15.279			
	Toplam	402	48.07	13.466			

\*p<.05

Tablo 4.11. incelendiğinde, katılımcıların beden kitle indeksine göre Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Duygusal İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık görülmektedir (sırasıyla  $H(3) = 16.644$ ,  $p=.000$ ;  $H(3) = 15.383$ ,  $p=.002$ ;  $H(3) = 18.047$ ,  $p=.000$ ;

$H(3)=13.444$ ,  $p=.004$ ;  $H(3) = 18.536$ ,  $p=.000$ ). Obez grubunun Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal puan ortalaması (sırasıyla Ort. = 9.40, SS = 3.541; Ort. = 13.17, SS = 4.127), normal kilolu grubunun Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal puan ortalamasından (sırasıyla Ort. = 7.17, SS = 2.803; Ort. = 10.62, SS = 4.495) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bildirilmektedir. Obez grubunun Fiziksel İstismar puan ortalaması (Ort. = 6.60, SS = 2.226), zayıf grubun Fiziksel İstismar puan ortalamasından (Ort. = 5.37, SS = .688) anlamlı olarak farklı ve yüksek olduğu bulunmuştur. Obez grubunun Fiziksel İhmal puan ortalaması (Ort. = 9.83, SS = 4.462), normal kilolu ve zayıf grubun Fiziksel İhmal puan ortalamasından (sırasıyla Ort. = 7.43, SS = 3.026; Ort = 7.19 SS = 2.746) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, fazla kilolu grubunun Fiziksel İhmal puan ortalaması (Ort. = 8.86, SS = 3.908), normal kilolu grubun Fiziksel İhmal puan ortalamasından (Ort. = 7.43, SS = 3.026) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir. Obez ve fazla kilolu grubunun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puan ortalaması (sırasıyla Ort. = 55.71 SS = 15.279; Ort. = 50.63, SS = 14.738), normal kilolu grubun Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puan ortalamasından (Ort. = 46.07, SS = 11.955) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bildirilmektedir. Bunlara ek olarak, katılımcıların beden kitle indeksine göre Cinsel İstismar, Aşırı Koruma-Kontrol ve İnkâr düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik görülmemektedir ( $H(3) = 3.170$ ,  $p=.366>.05$ ;  $H(3) = 3.043$ ,  $p=.385>.05$ ;  $H(3) = 2.317$ ,  $p=.509>.05$ ).

Bozulmuş yeme tutumu belirtileri düzeyinin beden görünüşünden memnun olma durumu değişkenine göre karşılaştırma analizi sonuçlarına aşağıdaki tabloda yer verilmektedir (Tablo 4.12.).

**Tablo 4.12: Yeme Tutum Düzeyinin Beden Görünüşünden Memnun Olma Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t/z	Sd	P
Yeme	Memnunum	278	12.75	6.357	-4.489*	400	.000
Tutum	Memnun	124	16.69	8.816			
Testi	değişim						

\* $p<.05$

Tablo 4.12’de katılımcılarının beden görünüşünden memnun olma durumu gruplarına

göre Yeme Tutum Testi Puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılık bulunduğu bildirilmektedir ( $p=.000$ ). Beden görünüşünden memnun olmayan grubunun yeme tutumu puan ortalamasının (Ort. = 16.69, SS = 8.816), memnun olan grubun yeme tutumu puan ortalamasından (Ort. = 12.75, SS = 6.357) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir ( $t=-4.489$ ,  $p <.001$ ). Aşağıdaki tabloda, Çocukluk çağı travmaları toplam ve alt faktörleri düzeylerinin beden görünüşünden memnun olma durumu değişkenine göre karşılaştırma analizinden elde edilen bulgular yer almaktadır (Tablo 4.13.).

**Tablo 4.13: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeyinin Beden Görünüşünden Memnun Olma Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t/z	Sd	P
Duygusal	Memnunum	278	7.11	2.985	-4.440*	400	.000
	İstismar Alt Boyutu değilim	124	8.64	3.280			
Fiziksel	Memnunum	278	5.63	1.664	z=-2.357*	400	.018
	İstismar Alt Boyutu değilim	124	6.18	2.469			
Fiziksel	Memnunum	278	7.72	3.278	-1.885	400	.061
	İhmal Alt Boyutu değilim	124	8.47	3.816			
Duygusal	Memnunum	278	10.51	4.527	z=-2.413*	400	.016
	İhmal Alt Boyutu değilim	124	12.42	4.432			
Cinsel	Memnunum	278	5.52	1.680	-2.092*	400	.038
	İstismar Alt Boyutu değilim	124	6.15	3.191			
Aşırı	Memnunum	278	10.00	4.106	-1.741	400	.083
	Koruma - Kontrol Alt Boyutu değilim	124	10.77	4.208			
İnkâr Alt Boyutu	Memnunum	278	.74	.978	5.179*	400	.000
	Memnun değilim	124	.31	.655			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Memnunum	278	46.27	12.842	-4.085*	400	.000
	Memnun değilim	124	52.10	14.004			

\* $p <.05$

Tablo 4.13’de gösterildiği gibi katılımcıların beden görünüşünden memnun olma durumu değişkeni gruplarına göre Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal

İhmal, Cinsel İstismar, İnkâr ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Beden görünüşünden memnun olmayan grubunun Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puan ortalaması (sırasıyla Ort. = 8.64, SS = 3.280; Ort. = 6.18, SS = 2.469; Ort. = 12.42, SS = 4.432; Ort. = 6.15, SS = 3.191; Ort. = 52.10, SS = 14.004), beden görünüşünden memnun olan grubun Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puan ortalamasından (sırasıyla Ort. = 7.11, SS = 2.985; Ort. = 5.63, SS = 1.664; Ort. = 10.51, SS = 4.527; Ort. = 5.52, SS = 1.680; Ort. = 46.27, SS = 12.842) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir (sırasıyla  $t = -4.440$ ,  $p < .001$ ;  $z = -2.357$ ,  $p = .018$ ;  $z = -2.413$ ,  $p = .016$ ;  $t = -2.092$ ,  $p = .038$ ;  $t = -4.085$ ,  $p < .001$ ). Katılımcıların beden görünüşünden memnun olma durumu değişkeni gruplarına göre Fiziksel İhmal ve Aşırı Koruma-Kontrol puanında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık saptanmamıştır (sırasıyla  $t = -1.885$ ,  $p = .061 > .05$ ;  $t = -1.741$ ,  $p = .083 > .05$ ).

Yeme tutumunda bozulma belirtileri düzeyinin kilo değerlendirme durumu değişkenine göre karşılaştırılmasını gösteren analiz sonuçlarına aşağıdaki tabloda yer verilmektedir (Tablo 4.14.).

**Tablo 4.14: Yeme Tutum Düzeyinin Kilo Değerlendirme Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var.K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Yeme Tutum Testi	Zayıf	38	13.71	5.704	<b>GA</b>	718.193	2	359.097	6.706*	.001
	Normal	277	13.21	6.946	<b>GI</b>	21367.313	399	53.552		
	Şişman	87	16.49	8.924	<b>Toplam</b>	22085.506	401			
	Toplam	402	13.96	7.421						

\* $p < .05$

Tablo 4.14'e bakıldığında, katılımcıların mevcut kilolarını değerlendirme durumu gruplarına göre Yeme Tutum Testi puanında istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir değişiklik bulunduğu görülmektedir ( $p = .001 < .05$ ). Mevcut beden ağırlıklarını şişman olarak değerlendiren grubunun yeme tutumu puanı ortalamasının (Ort = 16.49, SS = 8.924), normal grubun yeme tutumu puan ortalamasından (Ort = 13.21, SS = 6.946)

istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir ( $F_{2,399} = 6.706$ ;  $p = .001$ ).

Aşağıda yer alan tabloda, çocukluk çağı travmaları genel ve alt faktörleri düzeylerinin kilo değerlendirme durumu değişkeni gruplarına göre karşılaştırılma analizinden elde edilen bulgulara yer verilmektedir (Tablo 4.15.).

**Tablo 4.15: Çocukluk Çağı Travmaları Düzeylerinin Kilo Değerlendirme Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	Var. K	K.T.	SD	K.O.	F	P
Duygusal İstismar Alt Boyutu	Zayıf	38	7.39	3.089	<b>GA</b>	172.871	2	86.436	9.032*	.000
	Normal	277	7.22	2.972	<b>GI</b>	3818.580	399	9.570		
	Şişman	87	8.83	3.458	<b>Toplam</b>	3991.451	401			
	Toplam	402	7.58	3.155						
Fiziksel İstismar Alt Boyutu	Zayıf	38	6.11	2.874				<b>H=</b> 5.893	<b>SD=</b> 2	.053
	Normal	277	5.64	1.629						
	Şişman	87	6.20	2.362						
	Toplam	402	5.80	1.961						
Fiziksel İhmal Alt Boyutu	Zayıf	38	8.16	3.908	<b>GA</b>	57.924	2	28.962	2.430	.089
	Normal	277	7.71	3.191	<b>GI</b>	4756.178	399	11.920		
	Şişman	87	8.63	4.006	<b>Toplam</b>	4814.102	401			
	Toplam	402	7.95	3.465						
Duygusal İhmal Alt Boyutu	Zayıf	38	11.63	4.505	<b>GA</b>	248.551	2	124.276	6.079*	.003
	Normal	277	10.59	4.537	<b>GI</b>	8157.469	399	20.445		
	Şişman	87	12.48	4.480	<b>Toplam</b>	8406.020	401			
	Toplam	402	11.10	4.578						
Cinsel İstismar Alt Boyutu	Zayıf	38	6.18	3.092				<b>H=</b> 1.032	<b>SD=</b> 2	.597
	Normal	277	5.61	2.043						
	Şişman	87	5.85	2.527						
	Toplam	402	5.71	2.271						
Aşırı Koruma - Kontrol Alt Boyutu	Zayıf	38	10.16	4.169	<b>GA</b>	57.811	2	28.905	1.685	.187
	Normal	277	10.02	4.109	<b>GI</b>	6842.739	399	17.150		
	Şişman	87	10.95	4.231	<b>Toplam</b>	6900.550	401			
	Toplam	402	10.24	4.148						
İnkâr Alt Boyutu	Zayıf	38	.55	.891	<b>GA</b>	6.056	2	3.028	3.690*	.026
	Normal	277	.69	.962	<b>GI</b>	327.407	399	.821		
	Şişman	87	.39	.705	<b>Toplam</b>	333.463	401			
	Toplam	402	.61	.912						
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Zayıf	38	48.00	13.007	<b>GA</b>	2709.566	2	1354.783	7.722*	.001
	Normal	277	46.55	12.680	<b>GI</b>	70003.612	399	175.448		
	Şişman	87	52.94	15.006	<b>Toplam</b>	72713.178	401			
	Toplam	402	48.07	13.466						

\* $p < .05$

Tablo 4.15'te katılımcıların kilo değerlendirme durumu değişkeni gruplarına göre Duygusal İstismar, Duygusal İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Toplam

puanında istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir değişiklik olduğu bildirilmektedir. Mevcut beden ağırlıklarını şişman olarak değerlendiren grubunun Duygusal İstismar puan ortalamasının (Ort. = 8.83, SS = 3.458), normal ile zayıf olarak değerlendiren grupların Duygusal İstismar puan ortalamasından (sırasıyla Ort. = 7.22, SS = 2.972; Ort. = 7.39, Ort. = 3.089) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu belirtilmektedir ( $F_{2.399} = 9.032$ ;  $p < .001$ ). Mevcut beden ağırlıklarını şişman olarak değerlendiren grubunun Duygusal İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları toplam puan ortalamasının (sırasıyla Ort. = 12.48, SS = 4.480; Ort. = 52.94, SS = 15.006), normal olarak değerlendiren grubun Duygusal İhmal ve Çocukluk Çağı Travmaları toplam puan ortalamasından (sırasıyla Ort. = 10.59, SS = 4.537; Ort. = 46.55, SS = 12.680) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu bildirilmektedir (sırasıyla  $F_{2.399} = 6.079$ ,  $p = .003$ ;  $F_{2.399} = 7.722$ ,  $p = .001$ ). Katılımcıların kilo değerlendirme durumu değişkeni gruplarına göre Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal, Cinsel İstismar ve Aşırı Koruma-Kontrol puanında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılık saptanmamıştır (sırasıyla  $H(2) = 5.893$ ,  $p = .053 > .05$ ;  $F_{2.399} = 2.430$ ,  $p = .089 > .05$ ;  $H(2) = 1.032$ ,  $p = .597 > .05$ ;  $F_{2.399} = 1.685$ ,  $p = .187 > .05$ ).

Yeme tutumunda bozulma belirtileri düzeyinin daha önce psikiyatrik tanı alma durumu değişkenine göre farklılaşmasını gösteren analiz sonuçlarına aşağıdaki tabloda yer verilmiştir (Tablo 4.16.).

**Tablo 4.16: Yeme Tutum Düzeyinin Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t/z	Sd	P
Yeme Tutum Testi	Evet	47	15.25	8.816	1.269	400	.205
	Hayır	355	13.79	7.214			

\* $p < .05$

Tablo 4.16’da gösterildiği gibi araştırmaya katılan bireylerin psikiyatrik tanı alma durumu değişkeni grupları karşılaştırıldığında yeme tutum testinin puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişiklik bulunamamıştır ( $t = 1.269$ ,  $p = .205 > .05$ ).

Aşağıdaki tabloda, çocukluk çağı travmaları toplam ve alt faktörlerinden alınan puan düzeylerinin daha önce psikiyatrik tanı alma durumu değişkeni gruplarına göre karşılaştırılma analizi sonuçları yer almaktadır (Tablo 4.17.).

**Tablo 4.17: Çocukluk Çağı Travmaları ve Alt Faktörleri Düzeylerinin Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	t/z	Sd	P
Duygusal İstismar Alt Boyutu	Evet	47	9.74	4.229	3.836*	400	.000
	Hayır	355	7.30	2.873			
Fiziksel İstismar Alt Boyutu	Evet	47	6.34	2.689	z= -2.375*	400	.018
	Hayır	355	5.73	1.837			
Fiziksel İhmal Alt Boyutu	Evet	47	7.68	2.942	-.572	400	.568
	Hayır	355	7.99	3.530			
Duygusal İhmal Alt Boyutu	Evet	47	12.70	5.141	2.571*	400	.010
	Hayır	355	10.89	4.464			
Cinsel İstismar Alt Boyutu	Evet	47	6.96	4.175	z= -2.808*	400	.005
	Hayır	355	5.55	1.829			
Aşırı Koruma - Kontrol Alt Boyutu	Evet	47	11.66	4.936	2.147*	400	.036
	Hayır	355	10.05	4.003			
İnkâr Alt Boyutu	Evet	47	.26	.607	-3.979*	400	.000
	Hayır	355	.66	.935			
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	Evet	47	53.66	15.441	3.062*	400	.002
	Hayır	355	47.33	13.028			

\*p<.05

Tablo 4.17’de katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna göre Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar, Aşırı Koruma-Kontrol ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişiklik saptandığı bildirilmektedir. Daha önce psikiyatrik tanı alan grubunun Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar, Aşırı Koruma-Kontrol ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puan ortalamasının (Ort. = 9.74, SS = 4.229; Ort. = 6.34, SS = 2.689; Ort. = 12.70, SS = 5.141; Ort. = 6.96, SS = 4.175; Ort. = 11.66, SS = 4.936; Ort. = 53.66, SS = 15.441), daha önce psikiyatrik tanı almayan grubun Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Duygusal İhmal, Cinsel İstismar, Aşırı Koruma-Kontrol ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puan ortalamasından (Ort. = 7.30, SS = 2.873; Ort. = 5.73, SS = 1.837; Ort. = 10.89, SS = 4.464; Ort. = 5.55, SS = 1.829; Ort. = 10.05, SS = 4.003; Ort. = 47.33, SS = 13.028) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir ( $t = 3.836, p < .001$ ;  $z = -2.375, p = .018$ ;  $t = -2.571, p = .010$ ;  $z = -2.808, p = .005$ ;  $t = 2.147, p = .036$ ;  $t = 3.062, p = .002$ ). Ayrıca, katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumu değişkeni gruplarına göre Fiziksel İhmal puan ortalamalarında istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik bulunamamıştır ( $t = -.572, p = .568 > 0,05$ ).

Kişilerarası Problemler Envanteri ve alt boyutlarından alınan puan düzeylerinin daha önce psikiyatrik tanı alma durumu değişkeni gruplarına göre farklılaşmasını gösteren bulgulara aşağıdaki tabloda yer verilmektedir (Tablo 4.18.).

**Tablo 4.18: Kişilerarası Problemler ve Alt Boyutları Düzeylerinin Daha Önce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Baskın/Kontrol cülük Alt Boyutu	Evet	47	8.34	2.768	.972	400	.332
	Hayır	355	7.87	3.158			
Kinci/Benmerk ezcilik Alt Boyutu	Evet	47	7.87	3.449	.637	400	.525
	Hayır	355	7.56	3.147			
Soğuk/Mesafeli lik Alt Boyutu	Evet	47	8.40	2.990	.510	400	.610
	Hayır	355	8.14	3.409			
Sosyal Çekiniklik Alt Boyutu	Evet	47	8.77	4.114	1.862	400	.068
	Hayır	355	7.61	2.959			
Kendine Güvenmeme/Gi rişken Olmama Alt Boyutu	Evet	47	9.66	3.697	1.746	400	.082
	Hayır	355	8.74	3.373			
Aşırı Uyumluluk Alt Boyutu	Evet	47	9.87	3.826	1.157	400	.248
	Hayır	355	9.23	3.537			
Kendini Feda Etme Alt Boyutu	Evet	47	12.81	3.579	2.395*	400	.017
	Hayır	355	11.46	3.620			
Dalıcı/Talepkar lık Alt Boyutu	Evet	47	11.53	3.900	3.487*	400	.001
	Hayır	355	9.46	3.243			
Kişilerarası Problemler Envanteri	Evet	47	77.26	15.933	2.894*	400	.004
	Hayır	355	70.07	16.008			

\*p<.05

Tablo 4.18’de, katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna göre Baskın/Kontrolcülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk düzeyinde istatistiksel

açından anlamlı olarak değişiklik bulunamadığı belirtilmektedir ( $t = .972, p = .332 > .05$ ;  $t = .637, p = .525 > .05$ ;  $t = .510, p = .610 > .05$ ;  $t = 1.862, p = .068 > .05$ ;  $t = 1.746, p = .082 > .05$ ;  $t = 1.157, p = .248 > .05$ ). Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna göre Kendini Feda Etme, Dalıcı/Talepkarlık ve Kişilerarası Problemler Envanteri toplam düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak değişiklik görülmektedir. Daha önce psikiyatrik tanı alan grubun Kendini Feda Etme, Dalıcı/Talepkarlık ve Kişilerarası Problemler Envanteri puan ortalamasının (Ort. = 12.81, SS = 3.579; Ort. = 11.53, SS = 3.900; Ort. = 77.26, SS = 15.933), daha önce psikiyatrik tanı almayan grubun Kendini Feda Etme, Dalıcı/Talepkarlık ve Kişilerarası Problemler Envanteri puan ortalamasından (Ort. = 11.46, SS = 3.620; Ort. = 9.46, SS = 3.243; Ort. = 70.07, SS = 16.008) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu görülmektedir ( $t = 2.395, p = .017$ ;  $t = 3.487, p = .001$ ;  $t = 2.894, p = .004$ ).

Aşağıdaki tabloda, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeğinin alt faktörlerinden alınan puan düzeylerinin daha önce psikiyatrik tanı alma durumu değişkeni gruplarına göre karşılaştırma analizi sonuçlarına yer verilmektedir (Tablo 4.19.).

**Tablo 4.19: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Alt Faktörleri Düzeylerinin Daha  nce Psikiyatrik Tanı Alma Durumuna Göre Farklılaşması**

Ölçek	Grup	N	Ort.	SS	T	Sd	P
Kendini	Evet	47	13.15	3,310	4.309*	400	.000
Suçlama Alt	Hayır	355	11.14	2,960			
Boyutu							
Kabul Etme Alt	Evet	47	13.47	2,926	2.116*	400	.035
Boyutu	Hayır	355	12.46	3,091			
Düşünceye	Evet	47	15.06	3,124	2.298*	400	.022
Odaklanma Alt	Hayır	355	13.84	3,462			
Boyutu							
Pozitif Tekrar	Evet	47	11.85	2,836	-1.603	400	.110
Odaklanma Alt	Hayır	355	12.54	2,764			
Boyutu							
Plana Tekrar	Evet	47	14.57	3,269	-1.000	400	.318
Odaklanma Alt	Hayır	355	15.06	3,145			
Boyutu							
Pozitif Yeniden	Evet	47	13.45	3,616	-2.184*	400	.030
Gözden	Hayır	355	14.61	3,411			
Geçirme Alt							
Boyutu							
Bakış Açısına	Evet	47	11.64	2,722	-2.905*	400	.004
Yerleştirmek	Hayır	355	13.05	3,189			
Alt Boyutu							
Yıkım Alt	Evet	47	10.34	3,447	2.106*	400	.036
Boyutu	Hayır	355	9.24	3,348			
Diğerlerini	Evet	47	11.13	2,983	.962	400	.337
Suçlama Alt	Hayır	355	10.70	2,859			
Boyutu							

\*p<.05

Tablo 4.19’da katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna göre Kendini Suçlama, Kabul Etme, Düşünceye Odaklanma, Yıkım, Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ve Bakış Açısına Yerleştirmek düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir değişiklik olduğu bildirilmektedir. Daha önce psikiyatrik tanı alan grubunun göre Kendini Suçlama, Kabul Etme, Düşünceye Odaklanma ve Yıkım puan ortalamasının (Ort. =

13.15, SS = 3.310; Ort. = 13.47, SS = 2.926; Ort. = 15.06, SS = 3.124; Ort. = 10.34, SS = 3.447), daha önce psikiyatrik tanı almayan grubun Kendini Suçlama, Kabul Etme, Düşünceye Odaklanma ve Yıkım puan ortalamasından (Ort. = 11.14, SS = 2.960; Ort. = 12.46, SS = 3.091; Ort. = 13.84, SS = 3.462; Ort. = 9.24, SS = 3.348) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu gösterilmektedir ( $t = 4.309, p < .001$ ;  $t = 2.116, p = .035$ ;  $t = 2.298, p = .022$ ;  $t = 2.106, p = .036$ ). Bununla birlikte, daha önce psikiyatrik tanı almayan grubunun Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ve Bakış Açısına Yerleştirmek puanı ortalamasının (Ort. = 14.61, SS = 3.411; Ort. = 13.05, SS = 3.189), daha önce psikiyatrik tanı alan grubun Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ve Bakış Açısına Yerleştirmek puan ortalamasından (Ort. = 13.45, SS = 3.616; Ort. = 11.64, SS = 2.722) anlamlı bir şekilde farklı ve yüksek olduğu gösterilmektedir ( $t = -2.184, p = .030$ ;  $t = -2.905, p = .004$ ). Katılımcıların psikiyatrik tanı alma durumuna göre Pozitif Tekrar Odaklanma, Diğerlerini Suçlama ve Plana Tekrar Odaklanma düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlı olarak bir değişiklik olduğu saptanmamıştır ( $t = -1.603, p = .110 > .05$ ;  $t = .962, p = .337 > .05$ ;  $t = -1.000, p = .318 > .05$ ).

#### **4.4. Yeme Tutumu, Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkileri Gösteren Korelasyon Analizlerine Dair Bulgular**

Tablo 4.20’de yeme tutumu ile çocukluk çağı travmaları ve alt faktörleri arasındaki ilişkinin Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizine dair sonuçlar gösterilmektedir.

**Tablo 4.20: Yeme Tutumu ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları**

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Yeme Tutum Testi (1)	1								
Duygusal İstismar Alt Boyutu (2)	.103*	1							
Fiziksel İstismar Alt Boyutu (3)	.080	.443**	1						
Fiziksel İhmal Alt Boyutu (4)	.111	.000		1					
Duygusal İhmal Alt Boyutu (5)	.068	.356**	.350**	.619**	1				
Cinsel İstismar Alt Boyutu (6)	.093	.279**	.202**	.051	.202**	1			
Aşırı Koruma - Kontrol Alt Boyutu (7)	.155**	.556**	.308**	.230**	.501**	.156**	1		
İnkâr Alt Boyutu (8)	-.008	-.390**	-.215**	-.220**	-.505**	-.215**	-.328**	1	
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (9)	.869	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	1
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (9)	.113*	.809**	.526**	.643**	.858**	.298**	.695**	-.455**	1
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (9)	.023	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000

\*\*p<.01 \*p<.05

Tablo 4.20’de yer alan korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında, Yeme Tutum Testi toplam düzeyi ile Duygusal İstismar puanı, Duygusal İhmal puanı, Aşırı Koruma-Kontrol puanı ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği toplam puanı arasında (sırasıyla  $r = .103$ ,  $p = .040$ ;  $r = .106$ ,  $p = .033$ ;  $r = .155$ ,  $p = .002$ ;  $r = .113$ ;  $p = .023$ ) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 4.21’de Yeme Tutum Testi ve Kişilerarası Problemler Envanteri arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizine dair bulgulara yer verilmektedir.

**Tablo 4.21: Yeme Tutumu ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları**

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yeme Tutum Testi (1)	1									
Baskın /Kontrolçülük Alt Boyutu (2)	.141**	1								
Kinci /Benmerkezcilik Alt Boyutu (3)	.044	.252**	1							
Soğuk /Mesafelilik Alt Boyutu (4)	.165**	.232**	.555**	1						
Sosyal Çekiniklik Alt Boyutu (5)	.067	.107*	.302**	.510**	1					
Kendine Güvenmeme /Girişken Olmama Alt Boyutu (6)	.105*	.106*	.263**	.421**	.608**	1				
Aşırı Uyumluluk Alt Boyutu (7)	.156**	.059	.140**	.246**	.422**	.697**	1			
Kendini Feda Etme Alt Boyutu (8)	.002	.240	.005	.000	.000	.000		1		
Dalıcı /Talepkarlık Alt Boyutu (9)	.179**	.415**	.014	.015	-.009	.271**	.364**	.483**	1	
Kişilerarası Problemler Envanteri (10)	.215**	.476**	.465**	.614**	.626**	.779**	.745**	.551**	.541**	1

\*\*p<.01 \*p<.05

Tablo 4.21’de, Yeme Tutum Testi toplam düzeyi ile Baskın/Kontrolçülük, Soğuk /Mesafelilik, Kendine Güvenmeme /Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk, Kendini

Feda Etme, Dalıcı /Talepkarlık ve Kişilerarası Problemler Envanteri toplam puanı arasında (sırasıyla  $r = .141$ ;  $p = .005$ ;  $r = .165$ ;  $p = .001$ ;  $r = .105$ ;  $p = .035$ ;  $r = .156$ ;  $p = .002$ ;  $r = .165$ ;  $p = .001$ ;  $r = .179$ ;  $p = .000$ ;  $r = .215$ ;  $p = .000$ ) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı zayıf bir ilişki bulunduğu bildirilmektedir.

Tablo 4.22’de Yeme Tutum Testi ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi sonuçları bulunmaktadır.

**Tablo 4.22: Yeme Tutumu ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları**

Ölçekler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Yeme Tutum Testi (1)	1									
Kendini Suçlama Alt Boyutu (2)	.131**	1								
Kabul Etme Alt Boyutu (3)	.119*	.502**	1							
Düşünceye Odaklanma Alt Boyutu (4)	.100*	.428**	.422**	1						
Pozitif Tekrar Odaklanma Alt Boyutu (5)	-.018	.038	.082	.081	1					
Plana Tekrar Odaklanma Alt Boyutu (6)	.046	.046	.136**	.333**	.426**	1				
Pozitif Yeniden Gözden Geçirme Alt Boyutu (7)	.044	.067	.152**	.288**	.542**	.666**	1			
Bakış Açısına Yerleştirmek Alt Boyutu (8)	.126*	.199**	.271**	.236**	.409**	.327**	.498**	1		
Yıkım Alt Boyutu (9)	.123*	.307**	.248**	.238**	-.190**	-.176**	-.214**	.108*	1	
Diğerlerini Suçlama Alt Boyutu (10)	.013	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.030	.063	.352**
	.065	.053	.116*	.113*	-.124*	-.034	-.114*	.063	.352**	1
	.197	.293	.020	.024	.013	.502	.023	.210	.000	

\*\* $p < .01$  \* $p < .05$

Tablo 4.22’de yer alan korelasyon analizi bulguları incelendiğinde, Yeme Tutum Testi toplam düzeyi ile Kendini Suçlama, Bakış Açısına Yerleştirmek, Kabul Etme, Yıkım ve Düşünceye Odaklanma düzeyi arasında (sırasıyla  $r = .131, p = .008$ ;  $r = .126, p = .012$ ;  $r = .119, p = .017$ ;  $r = .123, p = .013$ ;  $r = .100, p = .046$ ) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Kişilerarası Problemler Envanteri arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlı yapılan korelasyon analizinden elde edilmiş bulgular aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 4.23.).

**Tablo 4.23: Çocukluk Çağı Travmaları ve Kişilerarası Problemler Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları**

Ölçekler	Duygusal İstismar		Fiziksel İstismar		Fiziksel İhmal Alt Boyutu	Duygusal İhmal Alt Boyutu	Cinsel İstismar Alt Boyutu	Aşırı İnkâr Alt Boyutu	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
	Alt Boyutu	Alt Boyutu	Alt Boyutu	Alt Boyutu					
Baskın/Kontrolçülük Alt Boyutu	.199**	.126*	.146**	.204**	.140**	.179**	-.198**	.214**	
Kinci/Benmerkezcilik Alt Boyutu	.167**	.155**	.258**	.302**	.079	.180**	-.164**	.252**	
Soğuk/Mesafelilik Alt Boyutu	.214**	.167**	.251**	.314**	.144**	.202**	-.143**	.288**	
Sosyal Çekiniklik Alt Boyutu	.153**	.200**	.219**	.322**	.161**	.208**	-.189**	.280**	
Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama Alt Boyutu	.277**	.165**	.184**	.315**	.231**	.246**	-.275**	.324**	
Aşırı Uyumluluk Alt Boyutu	.163**	.139**	.122*	.189**	.171**	.178**	-.186**	.212**	
Kendini Feda Etme Alt Boyutu	.124*	.091	.046	.061	.144**	.115*	-.047	.126*	
Dalıcı/Talepkarlık Alt Boyutu	.285**	.048	.051	.083	.185**	.155**	-.157**	.160**	
Kişilerarası Problemler Envanteri	.328**	.218**	.261**	.366**	.266**	.302**	-.280**	.383**	

\*\* $p < .01$  \* $p < .05$

Tablo 4.23'te yer alan korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında, Duygusal İstismar düzeyi ile Baskın/Kontrolçülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk, Kendini Feda Etme, Dalıcı/Talepkarlık puanı arasında (sırasıyla  $r = .199, p = .000$ ;  $r = .167, p = .001$ ;  $r = .214, p = .000$ ;  $r = .153, p = .002$ ;  $r = .277, p = .000$ ;  $r = .163, p = .001$ ;  $r = .124, p = .013$ ;  $r = .285, p = .000$ ) pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki varken Kişilerarası Problemler Envanteri genel puanıyla pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $r=.328, p=.000$ ). Ayrıca, Fiziksel İstismar düzeyi ile Baskın/Kontrolçülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk, Kişilerarası Problemler Envanteri genel puanı arasında (sırasıyla  $r = .126, p = .011$ ;  $r = .155, p = .002$ ;  $r = .167, p = .001$ ;  $r = .200, p = .000$ ;  $r = .165, p = .001$ ;  $r = .139, p = .005$ ;  $r = .218, p = .000$ ) pozitif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Fiziksel İhmal puanı ile Baskın/Kontrolçülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk ve Kişilerarası Problemler Envanteri genel puanı arasında (sırasıyla  $r=.146, p=.003$ ;  $r=.258, p=.000$ ;  $r=.251, p=.000$ ;  $r=.219, p=.000$ ;  $r=.184, p=.000$ ;  $r=.122, p=.015$ ;  $r=.261, p=.000$ ) pozitif yönde anlamlı düşük derecede bir ilişki bulunmaktadır. Duygusal İhmal puanı ile Baskın/Kontrolçülük ve Aşırı Uyumluluk puanı arasında ( $r=.204, p=.000$ ;  $r=.189, p=.000$ ) pozitif yönlü anlamlı düşük derecede bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Duygusal İhmal puanı ile Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama ve Kişilerarası Problemler Envanteri genel puanı arasında (sırasıyla  $r=.302, p=.000$ ;  $r=.314, p=.000$ ;  $r=.322, p=.000$ ;  $r=.315, p=.000$ ;  $r=.366, p=.000$ ) pozitif yönde anlamlı orta düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir. Cinsel İstismar düzeyi ile Baskın/Kontrolçülük, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk, Kendini Feda Etme, Dalıcı/Talepkarlık ve Kişilerarası Problemler Envanteri genel düzeyi arasında (sırasıyla  $r = .140, p = .005$ ;  $r = .144, p = .004$ ;  $r = .161, p = .001$ ;  $r = .231, p = .000$ ;  $r = .171, p = .001$ ;  $r = .144, p = .004$ ;  $r = .185, p = .000$ ;  $r = .266, p = .000$ ) pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir. Aşırı Koruma-Kontrol düzeyi ile Baskın/Kontrolçülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama, Aşırı Uyumluluk, Kendini Feda Etme, Dalıcı/Talepkarlık puanı arasında (sırasıyla  $r=.179, p=.000$ ;  $r=.180, p=.000$ ;  $r=.202, p=.000$ ;  $r=.208, p=.000$ ;  $r=.246, p=.000$ ;  $r=.178,$

$p=.000$ ;  $r=.115$ ,  $p=.021$ ;  $r=.155$ ,  $p=.002$ ) pozitif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, Aşırı Koruma-Kontrol puanı ile Kişilerarası Problemler Envanteri genel puanı arasında pozitif yönlü anlamlı orta derecede bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=.302$ ,  $p=.000$ ). Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği genel düzeyi ile Baskın/Kontrolcülük, Kinci/Benmerkezcilik, Soğuk/Mesafelilik, Sosyal Çekiniklik, Aşırı Uyumluluk, Kendini Feda Etme ve Dalıcı/Talepkarlık puanı arasında (sırasıyla  $r=.214$ ,  $p=.000$ ;  $r=.252$ ,  $p=.000$ ;  $r=.288$ ,  $p=.000$ ;  $r=.280$ ,  $p=.000$ ;  $r=.212$ ,  $p=.000$ ;  $r=.126$ ,  $p=.011$ ;  $r=.160$ ,  $p=.001$ ) pozitif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Kendine Güvenmeme/Girişken Olmama ve Kişilerarası Problemler Envanteri arasında pozitif yönde anlamlı orta düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmektedir (sırasıyla  $r=.324$ ,  $p=.000$ ;  $r=.383$ ,  $p=.000$ ).

Aşağıdaki tabloda, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği arasındaki ilişkinin değerlendirildiği korelasyon analizinden elde edilen sonuçlar gösterilmektedir (Tablo 4.24.).

**Tablo 4.24: Çocukluk Çağı Travmaları ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları**

Ölçekler	Duygusal İstismar Alt Boyutu	Fiziksel İstismar Alt Boyutu	Fiziksel İhmal Alt Boyutu	Duygusal İhmal Alt Boyutu	Cinsel İstismar Alt Boyutu	Aşırı Koruma - Kontrol Alt Boyutu	İnkâr Alt Boyutu	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
Kendini Suçlama Alt Boyutu	.281**	.131**	.054	.169**	.216**	.191**	-.262**	.221**
Kabul Etme Alt Boyutu	.172**	.101*	.044	.146**	.066	.158**	-.225**	.156**
Düşünceye Odaklanma Alt Boyutu	.112*	-.020	-.080	-.016	.110*	.115*	-.109*	.033
Pozitif Tekrar Odaklanma Alt Boyutu	-.165**	-.029	-.097	-.234**	-.117*	-.144**	.226**	-.187**
Plana Tekrar Odaklanma Alt Boyutu	-.115*	.022	-.202**	-.203**	-.065	-.079	.073	-.184**
Pozitif Yeniden Gözden Geçirme Alt Boyutu	-.118*	-.059	-.207**	-.254**	-.145**	-.111*	.166**	-.212**
Bakış Açısına Yerleştirmek Alt Boyutu	-.067	.001	.012	-.078	-.032	-.035	.157**	-.029
Yıkım Alt Boyutu	.203**	.129**	.202**	.174**	.099*	.142**	-.085	.217**
Diğerlerini Suçlama Alt Boyutu	.199**	.083	.177**	.153**	.097	.178**	-.102*	.216**

\*\*p<.01 \*p<.05

Tablo 4.24'te, Duygusal İstismar düzeyi ile Kendini Suçlama, Kabul Etme, Düşünceye Odaklanma, Yıkım ve Diğerlerini Suçlama puanı arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r=.281$ ,  $p=.000$ ;  $r=.172$ ,  $p=.001$ ;  $r=.112$ ,  $p=.025$ ;  $r=.203$ ,  $p=.000$ ;  $r=.199$ ,  $p=.000$ ). Bu bulguların yanı sıra, Duygusal İstismar düzeyi ile Pozitif Tekrar Odaklanma, Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ve Plana Tekrar Odaklanma düzeyi arasında negatif yönde anlamlı zayıf ilişkiler bulunduğu bildirilmektedir ( $r=-.165$ ,  $p=.001$ ;  $r=-.118$ ,  $p=.018$ ;  $r=-.115$ ,  $p=.021$ ). Fiziksel İstismar

düzeyi ile Kendini Suçlama, Kabul Etme ve Yıkım puanı arasında pozitif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişkiler olduğu görülmektedir ( $r=.131, p=.009; r=.101, p=.044; r=.129, p=.010$ ). Fiziksel İhmal ile Plana Tekrar Odaklanma, Pozitif Yeniden Gözden Geçirme arasında ( $r=-.202, p=.000; r=-.207, p=.000$ ) negatif yönlü anlamlı zayıf ilişkiler varken Yıkım ve Diğerlerini Suçlama arasında ( $r=.202, p=.000; r=.177, p=.000$ ) pozitif yönde anlamlı düşük derecede ilişkiler bulunmaktadır. Duygusal İhmal düzeyi ile Kendini Suçlama, Yıkım, Kabul Etme ve Diğerlerini Suçlama arasında ( $r=.169, p=.001; r=.174, p=.000; r=.146, p=.003; r=.153, p=.002$ ) pozitif yönde anlamlı zayıf ilişkiler olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, Duygusal İhmal ile Pozitif Yeniden Odaklanma, Plana Yeniden Odaklanma, Pozitif Yeniden Gözden Geçirme arasında ( $r=-.234, p=.000; r=-.203, p=.000; r=-.254, p=.000$ ) negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Cinsel İstismar ile Kendini Suçlama, Yıkım ve Düşünceye Odaklanma puanı arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu bildirilmektedir ( $r=.216, p=.000; r=.099, p=.047; r=.110, p=.027$ ). Bunun yanı sıra, Cinsel İstismar ile Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ve Pozitif Tekrar Odaklanma arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=-.145, p=.004; r=-.117, p=.019$ ). Aşırı Koruma -Kontrol düzeyi ile Kendini Suçlama, Diğerlerini Suçlama, Yıkım, Kabul Etme ve Düşünceye Odaklanma arasında pozitif yönde anlamlı çok düşük düzeyde ilişkiler olduğu bildirilmiştir ( $r=.191, p=.000; r=.178, p=.000; r=.142, p=.004; r=.158, p=.002; r=.115, p=.021$ ). Aşırı Koruma -Kontrol düzeyi ile Pozitif Tekrar Odaklanma ve Pozitif Yeniden Gözden Geçirme düzeyi arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ( $r=-.144, p=.004; r=-.111, p=.026$ ). Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği genel düzeyi ile Kendini Suçlama, Kabul Etme, Diğerlerini Suçlama ve Yıkım puanı arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır ( $r=.221, p=.000; r=.156, p=.002; r=.216, p=.000; r=.217, p=.000$ ). Bu sonuçların yanı sıra Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği genel düzeyi ile Pozitif Tekrar Odaklanma, Plana Tekrar Odaklanma ve Pozitif Yeniden Gözden Geçirme puanı arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=-.187, p=.000; r=-.184, p=.000; r=-.212, p=.000$ ).

Aşağıdaki tabloda, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizinden elde edilen bulgular yer almaktadır (Tablo 4.25.).

**Tablo 4.25: Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişkiyi Gösteren Korelasyon Analizi Bulguları**

Ölçekler	Baskın /Kontrolçülük Alt Boyutu	Kinci /Benmerkezcilik Alt Boyutu	Soğuk /Mesafelik Alt Boyutu	Sosyal Çekiniklik Alt Boyutu	Kendine Güvenme /Girişken Olmama Alt Boyutu	Aşırı Uyumluluk Alt Boyutu	Kendini Fedakarlık Alt Boyutu	Dalıcı/Taşıma Problemleri	Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu
Kendini Suçlama Alt Boyutu	.106*	-.055	.136**	.345**	.436**	.439**	.389**	.261**	.437**
Kabul Etme Alt Boyutu	.167**	.040	.188**	.244**	.340**	.346**	.326**	.217**	.394**
Düşünceye Odaklanma Alt Boyutu	.074	-.131**	.025	.120*	.214**	.228**	.278**	.229**	.223**
Pozitif Tekrar Odaklanma Alt Boyutu	-.131**	-.214**	-.123*	-.099*	-.030	.030	.120*	.004	-.084
Plana Tekrar Odaklanma Alt Boyutu	-.034	-.199**	-.164**	-.188**	-.175**	-.123*	.052	-.068	-.183**
Pozitif Yeniden Gözden Geçirme Alt Boyutu	-.188**	-.287**	-.158**	-.139**	-.160**	-.095	.043	-.071	-.213**
Bakış Açısına Yerleştirmek Alt Boyutu	-.034	-.106*	-.016	-.009	.013	.093	.197**	.047	.045
Yıkım Alt Boyutu	.269**	.203**	.205**	.171**	.219**	.186**	.226**	.219**	.352**
Diğerlerini Suçlama Alt Boyutu	.285**	.233**	.149**	.006	.071	.061	.034	.249**	.222**

\*\*p<.01 \*p<.05

Tablo 4.25'te, Baskın /Kontrolcülük ile Kabul Etme, Kendini Suçlama, Yıkım ve Diğerlerini Suçlama puanı arasında pozitif yönde anlamlı düşük düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmektedir ( $r=.167, p=.001$ ;  $r=.106, p=.033$ ;  $r=.269, p=.000$ ;  $r=.285, p=.000$ ). Bunun yanı sıra, Baskın /Kontrolcülük ile Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ve Pozitif Tekrar Odaklanma arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=-.188, p=.000$ ;  $r=-.131, p=.009$ ). Kinci /Benmerkezcilik ile Düşünceye Odaklanma, Pozitif Tekrar Odaklanma, Bakış Açısına Yerleştirmek ve Plana Tekrar Odaklanma düzeyi arasında negatif yönlü anlamlı düşük düzeyde bir ilişki olduğu bildirilmektedir ( $r=-.131, p=.009$ ;  $r=-.214, p=.000$ ;  $r=.106, p=.033$ ;  $r=-.199, p=.000$ ). Bununla beraber, Kinci /Benmerkezcilik düzeyi ile Pozitif Yeniden Gözden Geçirme, Yıkım ve Diğerlerini Suçlama düzeyi arasında pozitif yönde zayıf anlamlı ilişkiler olduğu belirtilmektedir ( $r=.287, p=.000$ ;  $r=.203, p=.000$ ;  $r=.233, p=.000$ ). Soğuk /Mesafelilik düzeyi ile Kendini Suçlama, Diğerlerini Suçlama, Yıkım ve Kabul Etme puanı arasında ( $r=.136, p=.006$ ;  $r=.149, p=.003$ ;  $r=.205, p=.000$ ;  $r=.188, p=.000$ ) pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Bunun yanı sıra Soğuk /Mesafelilik ile Pozitif Yeniden Gözden Geçirme, Pozitif Tekrar Odaklanma ve Plana Tekrar Odaklanma arasında ( $r=-.158, p=.002$ ;  $r=-.123, p=.014$ ;  $r=-.164, p=.001$ ) pozitif yönlü anlamlı zayıf düzeyde ilişkiler olduğu belirtilmektedir. Sosyal Çekiniklik ile Kendini Suçlama arasında ( $r=.345, p=.000$ ) pozitif yönde anlamlı orta düzeyde bir ilişki varken Düşünceye Odaklanma, Kabul Etme ve Yıkım arasında ( $r=.345, p=.000$ ;  $r=.120, p=.016$ ;  $r=.244, p=.000$ ;  $r=.171, p=.001$ ) pozitif yönde anlamlı zayıf ilişkiler saptanmıştır. Buna ek olarak, Sosyal Çekiniklik ile Pozitif Tekrar Odaklanma, Plana Tekrar Odaklanma ve Pozitif Yeniden Gözden Geçirme arasında negatif yönlü anlamlı düşük düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=-.099, p=.046$ ;  $r=-.188, p=.000$ ;  $r=-.139, p=.005$ ). Kendine Güvenmeme /Girişken Olmama ile Kendini Suçlama ve Kabul Etme arasında ( $r=.436, p=.000$ ;  $r=.340, p=.000$ ) pozitif yönlü anlamlı orta derecede bir ilişki bulunurken Düşünceye Odaklanma ve Yıkım arasında ( $r=.214, p=.000$ ;  $r=.219, p=.000$ ) pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kendine Güvenmeme /Girişken Olmama ile Pozitif Yeniden Gözden Geçirme ve Plana Tekrar Odaklanma arasında negatif yönde anlamlı düşük düzeyde ilişkiler olduğu bildirilmektedir ( $r=-.160, p=.001$ ;  $r=-.175, p=.000$ ). Aşırı Uyumluluk ile Kendini Suçlama ve Kabul Etme arasında ( $r=.439, p=.000$ ;  $r=.346, p=.000$ ) pozitif yönde anlamlı orta derecede bir ilişki olduğu görülürken Düşünceye Odaklanma ve Yıkım arasında ( $r=.228, p=.000$ ;  $r=.186, p=.000$ ) anlamlı zayıf ilişkiler olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, Aşırı Uyumluluk ile Plana Tekrar Odaklanma arasında negatif yönde

anlamli düşük düzeyde bir iliski olduğu grlmŖtr ( $r=-.123$ ;  $p=.013$ ). Kendini Feda Etme ile Kendini Suçlama ve Kabul Etme arasında ( $r=.389$ ;  $p=.000$ ;  $r=.326$ ;  $p=.000$ ) pozitif yönlü anlamli orta derecede iliskiler bulunup DŖnceye Odaklanma, Yıkım, Pozitif Tekrar Odaklanma ve BakıŖ Açıısına YerleŖtirmek arasında ( $r=.278$ ,  $p=.000$ ;  $r=.226$ ,  $p=.000$ ;  $r=.120$ ,  $p=.016$ ;  $r=.197$ ,  $p=.000$ ) anlamli zayıf iliskiler olduğu saptanmıŖtır. Dalıcı/Talepkarlık ile Kabul Etme, Kendini Suçlama, DŖnceye Odaklanma, Yıkım ve Diğerlerini Suçlama arasında pozitif yönde anlamli düşük düzeyde iliskiler olduğu görülmektedir ( $r=.217$ ,  $p=.000$ ;  $r=.261$ ,  $p=.000$ ;  $r=.229$ ,  $p=.000$ ;  $r=.219$ ,  $p=.000$ ;  $r=.249$ ,  $p=.000$ ). KiŖilerarası Problemler Envanteri toplam puanı ile Kendini Suçlama, Yıkım ve Kabul Etme arasında ( $r=.437$ ;  $p=.000$ ;  $r=.352$ ;  $p=.000$ ;  $r=.394$ ;  $p=.000$ ) pozitif yönde anlamli orta derecede iliskiler olup DŖnceye Odaklanma ve Diğerlerini Suçlama arasında ( $r=.223$ ;  $p=.000$ ;  $r=.222$ ;  $p=.000$ ) anlamli zayıf bir iliski olduğu saptanmıŖtır KiŖilerarası Problemler Envanteri genel puanı ile Plana Tekrar Odaklanma ve Pozitif Yeniden Gözden Geçirme arasında negatif yönde anlamli düşük düzeyde bir iliski olduğu bildirilmektedir ( $r=-.183$ ;  $p=.000$ ;  $r=-.213$ ;  $p=.000$ ).

#### **4.5. Yeme Tutumunu, Çocukluk Çağı Travmaları, KiŖilerarası Problemler ve BiliŖsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yordama Gücünü Gösteren Regresyon Analizine Dair Bulgular**

Çocukluk Çağı Travmaları, KiŖilerarası Problemler ve BiliŖsel Duygu Düzenleme Stratejileri lçeklerinin alt faktörlerinin puanlarının birlikte Yeme Tutumu puanını ne düzeyde yordadığını ve yordamanın yönünü bulmak amaçlı çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıŖtır. Tablo 4.26'da regresyon analizinden elde edilen bulgular gösterilmektedir.

**Tablo 4.26: Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Yeme Tutumuna Etkisini Gösteren Regresyon Analizi Bulguları**

Yordanan	Yordayan	Std. Olm.	Std.	T	P	F	R
		B	S.H.	B		(p)	AdjR <sup>2</sup>
Yeme Tutum Testi	(Sabit)	2.391	2.074	-	1.153	.250	.289
						(.000)	(.074)
	Dalıcı/Talepkarlık Alt Boyutu	.338	.107	.154	3.170*	.002	
	Soğuk/Mesafelilik Alt Boyutu	.316	.108	.143	2.919*	.004	
	Bakış Açısına Yerleştirmek Alt Boyutu	.292	.113	.125	2.586*	.010	
	Aşırı Koruma/Kontrol Alt Boyutu	.190	.089	.106	2.139*	.033	

Yapılan regresyon analizi sonucuna göre, Dalıcı/Talepkarlık Alt Boyutu puanı Yeme Tutum Testi Puanını istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta = .338$ ;  $t = 3.170$ ;  $p = .002$ ). Soğuk/Mesafelilik Alt Boyutu puanı Yeme Tutum Testi Puanını istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta = .316$ ;  $t = 2.919$ ;  $p = .004$ ). Bakış Açısına Yerleştirmek Alt Boyutu puanı Yeme Tutum Testi Puanını istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta = .292$ ;  $t = 2.586$ ;  $p = .010$ ). Aşırı Koruma/Kontrol Alt Boyutu puanı Yeme Tutum Testi Puanını istatistiksel açıdan anlamlı ve pozitif yönlü yordamaktadır ( $\beta = .190$ ;  $t = 2.139$ ;  $p = .033$ ). Bununla birlikte, dalıcı/talepkarlık, soğuk/mesafelilik, bakış açısına yerleştirmek ve aşırı koruma/kontrol alt boyutları, katılımcıların Yeme Tutum Testinden aldığı puanın %7.4'ünü açıklamaktadır (Tablo 4.26.).

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE DEĞERLENDİRME

Mevcut çalışmada, yeme tutumunun çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde, araştırmanın amacına yönelik oluşturulan hipotezlerin sınanması için uygulanan analiz sonuçlarının literatür eşliğinde değerlendirilmesine yer verilmektedir.

#### 5.1. Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırma Analizlerine Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmanın örneklemini, yaş aralığı 20-60 yaş aralığında olup yaş ortalaması 28.02 (SS = 9.346) olan 290'ı kadın, 112'si erkek olmak üzere toplam 402 yetişkin bireyden oluşmaktadır. Bu bireylerin diğer demografik özelliklerine bakıldığında çoğunluğunun bekar, lise ve üniversite mezunu olduğu ve kendilerini orta gelire sahip olarak değerlendirdiği görülmektedir. Katılımcıların bozulmuş yeme tutum belirtileriyle ilişkili olan sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde, bu bireylerin bir çoğunun mevcut beden ağırlığını normal olarak değerlendirdiği, beden görünüşlerinden memnun olduğunu belirttikleri, sağlık bakanlığının web sitesindeki hesaplama göre (<https://sbn.saglik.gov.tr/BKindeksi.aspx>) beden kitle indekslerinin normal kilolu olarak bulunduğu ve daha önce psikiyatrik tanı almış bireylerin daha az oranda gözlemlendiği anlaşılmaktadır.

Yapılan çalışmada, yeme tutumu, çocukluk çağı travmaları ve alt faktörleri, kişilerarası problemler ve alt faktörleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları düzeylerinin psikiyatrik tanı alma durumu değişkeni gruplarına göre karşılaştırması, yeme tutumunun yaş gruplarına göre ve yeme tutumunun yanı sıra çocukluk çağı travmalarının cinsiyet, beden kitle indeksi, beden görünüşünden memnuniyet ve mevcut kilonun değerlendirme durumu gruplarına göre farklılaşmasını gösteren analiz sonuçlarının değerlendirilmesi ele alınmaktadır.

Yeme tutumunun katılımcıların yaş gruplarına göre karşılaştırma analizi bulguları, yaşlarına göre yeme tutumunda bozulma belirtileri düzeyinde bir farklılaşma

olmadığını göstermiştir. Bu durum araştırmaya katılan yetişkin bireylerin yaşından bağımsız olarak yeme tutumlarında bozulma belirtileri gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu bulguyla benzerlik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Hallit, vd., 2021: 7; Johnson ve Bedford, 2004: 18). Mevcut araştırmada elde edilen sonuçtan farklı olarak, genellikle, genç yetişkinlerde bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının daha yaygın olduğu gözlemlenen çalışmalar bulunmaktadır (Fadipe, vd., 2017: 513; Oğur, vd., 2016: 14). Buna ek olarak, genç yetişkin kadınlarda, daha ileri yaş gruplarıyla karşılaştırıldığında tıknırcasına yeme davranışları gibi bozulmuş yeme tutumlarının en yaygın görülen grup olduğu tespit edilmiştir (Hadjigeorgiou, vd., 2018: 104). Literatür incelendiğinde, genel olarak genç yetişkin bireylerde bozulmuş yeme tutum belirtilerinin yüksek olduğu göz önüne alındığında, mevcut araştırmada elde edilen bu sonuç beklenmediktir.

Yapılan araştırmada, katılımcıların yeme tutumunda bozulma belirtileri ile çocukluk çağı travmaları ve alt faktörleri düzeylerinin cinsiyetlerine göre karşılaştırma analizleri gerçekleştirilmiştir. Yeme tutum düzeylerinde cinsiyete göre değişiklik olduğu bulunmuştur. Buna göre, kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında daha fazla bozulmuş yeme tutumları sergilediği görülmektedir. Elde edilen bu sonuçla, literatürdeki çalışmalar paralellik göstermektedir (Elgin ve Pritchard, 2006: 5; Milligan ve Pritchard, 2006: 32). Örnekleminin hem modeller diğer bir ifadeyle mankenler hem de normal popülasyondaki bireylerden oluştuğu bir çalışmada, kadınların erkeklerden daha fazla yeme bozukluğuna işaret eden davranışlar sergilediği ve beden görünüşünden tatminsizlik duyduğu saptanmıştır (Brenner ve Cunningham, 1992: 413). Mevcut sonucu desteklemeyen bir araştırmada, üniversite öğrencileri arasında bozulmuş yeme tutumlarının cinsiyetler arasında bir farklılaşma göstermediği bildirilmektedir (Edman ve Yates, 2004: 190).

Çocukluk çağı travmaları alt faktörlerinden aşırı koruma kontrol ve duygusal istismar düzeylerinin cinsiyete göre farklılık göstermediği bildirilmiştir. Bununla birlikte, katılımcıların cinsiyetine göre fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve çocukluk çağı travmaları genel düzeyinde farklılaşma olduğu gözlemlenmektedir. Erkeklerin fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal alt faktörleri ve çocukluk çağı travmaları genel düzeyinin daha yüksek olduğu saptanırken kadınların cinsel istismar puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulguyla paralel olarak, kadınların daha yüksek oranda cinsel istismar

deneyimlediği saptanmıştır (Stoltenborgh, 2011: 79; Vila-Badia, vd., 2021: 159). Literatürde benzerlik gösteren bir çalışmada, erkeklerin daha yüksek düzeyde çocukluk çağı travma yaşantıları olduğu gösterilmektedir (Idig-Camuroglu ve Gölge, 2018: 410). Hem benzer hem de farklı sonuçların bulunduğu bir araştırmada, kadınların daha fazla çocukluk çağı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar yaşantılarına sahip olduğu belirtilmektedir (Shi, 2013: 207). Yine benzer ve farklı sonuç olarak kadınların duygusal istismarı erkeklerin ise fiziksel istismarı daha yüksek düzeyde bildirdiği görülmektedir (Dias, vd., 2015: 767).

Mevcut araştırmada, araştırmaya katılan bireylerin yeme tutumu ile çocukluk çağı travma ve alt faktörleri düzeylerinin beden kitle indeksi gruplarına göre karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Beden kitle indeksi gruplarına göre, katılımcıların bozulmuş yeme tutumu düzeyinde bir farklılık olmadığı bildirilmektedir. Elde edilen bulguyla paralellik gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bayramoğlu, vd., 2023: 6). Bununla birlikte, literatürde, genellikle, bireylerin beden kitle indeksi yüksek olduğunda bozulmuş yeme tutumlarına sahip olmaya daha yatkın olduklarını gösteren çalışmalara rastlanılmaktadır (Argyrides ve Kkeli, 2015: 431; Celik, vd., 2016: 42; Şanlıer, vd., 2008: 641). Yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğunun gelişiminde etken faktörler olan zayıflık idealinin içselleştirilmesi ve kiloya ilişkin kaygı duymanın, yüksek oranlarda beden kitle indeksine sahip olma ve beden imajından memnun olmamaya ilişkili olduğu açıklanmaktadır (Argyrides ve Kkeli, 2015: 431). Başka bir çalışmada, obezitesi olan çocuk ve ergenlerin, özgüvenlerinde azalma, depresif ruh haline sahip olma, kişilerarası ilişkilerinde dışlanma, beden görünüşünden memnuniyetsizlik duyma ve yemeyle ilgili psikopatoloji yaşamaya meyilli olduğu ifade edilmektedir (Esin ve Şanlıer, 2012: 153). Buna ek olarak, yetişkinlerle yapılan bazı çalışmalarda, beden kitle indeksine göre zayıf bireylerin fazla kilolu bireylere göre bozulmuş yeme tutumları sergilemeye daha az eğilimli oldukları saptanmıştır (Celik, vd., 2016: 42; Şanlıer, vd., 2008: 641).

Katılımcıların fiziksel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt faktörleri ve genel çocukluk çağı travmalarından aldıkları puan düzeylerinde beden kitle indeksine göre farklılık olduğu görülmektedir. Bu karşılaştırma analizinden elde edilen bulgular incelendiğinde, obez grubun duygusal istismar ve duygusal ihmal puanının normal kilolu grubun puanından yüksek olduğu bulunmuştur. Yine, obez grubun fiziksel istismar düzeyi ise zayıf grubun fiziksel istismar düzeyinden daha

yüksek olduğu saptanmıştır. Buna ek olarak, obez grubun fiziksel ihmal puanının normal kilolu ve zayıf grubun fiziksel ihmal puanından daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, fazla kilolu grubun fiziksel ihmal düzeyi normal kilolu bireylerin fiziksel ihmal düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Son olarak, Çocukluk çağı travmaları genel düzeyi obez olan ve fazla kiloya sahip olan bireylerin normal kilosunu olan bireylere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara bakıldığında, çocukluk çağı travmaları ortalamalarında, beden kitle indeksi yükseldikçe artış olduğu görülmektedir. Literatürde bu bulguyla benzer sonuçlara rastlanılmaktadır (Pederson ve Wilson, 2009: 111). Bir araştırmada, cinsel istismara uğrayan kadınların yüksek beden kitle indeksine sahip olduğu ve majör depresif bozukluğun bu ilişkide aracılık etkisine sahip olduğu bulunmuştur (Elsenburg, vd., 2023: 286). Çocukluk dönemindeki travmatik deneyimlerle tıknırcasına yeme bozukluğu arasındaki ilişkileri inceleyen bir çalışmada, bu bozukluğa sahip olan bireylerde duygusal ihmalin en sık karşılaşılan travma türü olduğu saptanmıştır (Quilliot, vd., 2019: 134). Ayrıca obez erkek hastalarda fiziksel istismar ve duygusal ihmalin tıknırcasına yeme bozukluğunu etkilediği, kadın obez hastalarda ise bu travma türlerine ek olarak cinsel istismarın etkilediği belirtilmektedir (A.g.e.). Çocukluk çağı travmalarının beden kitle indeksinin artışında etken rol oynadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu travma deneyimleri, yetişkinlikte, yeme bozukluğu belirtilerinin gelişimine zemin hazırlarken travmatik yaşantıların etkisiyle artmış beden kitle indeksinin de bu bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin bozulmuş yeme tutumu ile çocukluk çağı travmaları ve alt faktörleri düzeylerinin beden görünüşünden memnun olup olmamalarına göre karşılaştırma analizleri uygulanmıştır. Katılımcıların beden görünüşünden memnuniyetine göre bozulmuş yeme tutumu düzeylerinde bir farklılık olduğu ve bu farklılığın beden görünüşünden memnun olmayan grubun bozulmuş yeme tutumu puanının daha yüksek olmasından kaynaklandığı bildirilmektedir. Elde edilen bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir (Stice, vd., 2011: 625; Welch, vd., 2009: 168; Ebrahim, vd., 2019: 1; Dominé, vd., 2009: 111). Bu bulguyla benzerlik gösteren bir araştırma sonucunda, genç kızların beden görünüşünden memnun olmama durumlarının, kısıtlayıcı bir diyet uygulamalarında ve beden kitle indeksini düşürmek

amaçlı sağlıksız yiyecekleri tercih etmelerinde etken rol oynadığı saptanmıştır (Zarychta, vd., 2020: 48).

Mevcut araştırmaya katılan bireylerin, çocukluk çağı travmaları alt faktörlerinden aşırı koruma kontrol ve fiziksel ihmal dışında tüm alt faktörleri ve çocukluk çağı travmaları genel düzeylerinde beden görünüşünden memnun olup olmamalarına göre farklılık olduğu görülmektedir. Katılımcıların beden görünüşünden memnun ve memnun olmama gruplarına göre fiziksel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları genel puanında farklılık olduğu ve bu farklılığın beden görünüşünden memnun olmayan bireylerin daha yüksek oranda travma bildirmesinden kaynaklandığı bulunmuştur. Elde edilen bu bulguyla paralel olarak, tıknircasına yeme bozukluğu olan bireylerle yapılan bir çalışmada, duygusal ve cinsel istismarın beden memnuniyetsizliği ile ilişkisinde öz eleştirinin aracılık etkisine sahip olduğu bildirilmiştir (Dunkley, vd., 2010: 274).

Araştırmaya dahil olan katılımcıların, bozulmuş yeme tutumu ile çocukluk çağı travmaları ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının, kilo durumlarını zayıf, normal ve şişman olarak değerlendirme gruplarına göre farklılaşmasını görmek amaçlı karşılaştırma analizleri gerçekleştirilmiştir. Bu bireylerin mevcut kilolarını değerlendirme gruplarına göre bozulmuş yeme tutumu puanlarının farklılaştığı görülmektedir. Beden ağırlığına göre kendisini şişman olarak değerlendiren grubun yeme tutumu puan ortalamasının normal olarak değerlendiren gruptan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Beden ağırlığına göre kendisini şişman olarak değerlendiren bazı bireylerin, beden görünümünden hoşnut olmama ihtimallerinin yanı sıra bozulmuş yeme tutum ve davranışlarına sahip olmaları beklenen bir durumdur. Mevcut araştırmada elde edilen bu bulguyla benzerlik gösteren literatürde çalışmalar bulunmaktadır (Pengpid ve Peltzer, 2018: 349).

Katılımcıların çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal ihmal ve duygusal istismar alt faktörleri ve çocukluk çağı travmaları genel düzeyinde kilo değerlendirme durumlarına göre farklılaşma olduğu belirtilmektedir. Kendilerini şişman olarak değerlendiren bireylerin duygusal istismardan aldıkları puanların normal ve zayıf olarak değerlendiren bireylerle karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu bulunmuştur. Beden ağırlığına göre kendisini şişman olarak değerlendiren bireylerin normal olarak değerlendiren bireylere kıyasla daha yüksek oranda duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları bildirdikleri görülmektedir.

Yapılan araştırmada, bireylerin yeme tutumu, çocukluk çağı travma ve alt faktörleri, kişilerarası problemler ve alt faktörleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörleri puanlarının psikiyatrik tanı alma durumuna göre karşılaştırma analizleri uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların psikiyatrik tanı alıp almama durumuna göre bozulmuş yeme tutum belirtilerinde bir değişiklik saptanmamıştır. Yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtilerinin duygusal güçlüklerle ilişkili olduğu göz önünde bulundurulduğunda (Monell, vd., 2018: 6), yapılan araştırmada elde edilen bu bulgu beklenmediktir. Bununla ilgili olarak, literatürde, psikopatolojinin, yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtileri ve yeme bozukluklarıyla eş zamanlı olarak görüldüğünü ortaya koyan araştırmalar bulunmaktadır (Gadalla ve Piran, 2008: 467; Fassino, vd., 2003: 565; Fawzi ve Fawzi, 2012: 259; McLaren, vd., 2001: 51; Pigott, vd., 1991: 1556).

Fiziksel ihmal alt boyutu haricinde çocukluk çağı travmaları genel ve tüm alt faktör düzeylerinin psikiyatrik tanı alıp almama durumuna göre farklılaştığı görülmektedir. Bu analiz sonuçlarına bakıldığında, çocukluk çağı travmaları genel ve duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar, aşırı koruma kontrol ve duygusal ihmal alt boyutları düzeylerinin psikiyatrik tanı alan bireylerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumda, çocukluğunda fiziksel, cinsel, duygusal istismara; duygusal yönden ihmalkâr muameleye ve aşırı korumacı ve kontrolcü anne baba tutumlarına maruz kalan bireylerin, yetişkinliğinde, psikolojik bozukluklar sergilemeye meyilli oldukları anlaşılmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ve alt faktörlerinin neredeyse tamamının psikiyatrik tanısı olan bireylerde daha yüksek oranlarda olması beklenen bir sonuçtur. Bu bulguları destekleyen literatürde pek çok çalışma mevcuttur (Devi, vd., 2019: 3; Kelleher, vd., 2008: 378; MacMillan, 2001: 1878; Salokangas, vd., 2019: 376; Zlotnick, vd., 2008: 163).

Araştırmaya katılım gösteren bireylerin baskın/kontrolçülük, kinci/benmerkezcilik, soğuk/mesafelilik, sosyal çekiniklik, kendine güvenmeme/girişken olmama ve aşırı uyumluluk kişilerarası problemler alt faktörleri düzeylerinin psikiyatrik tanı alma durumuna göre farklılaşmadığı görülürken kendini feda etme ve dalıcı/talepkarlık alt boyutları ile kişilerarası problemler genel düzeyleri psikiyatrik tanı alıp almama durumuna göre değişiklik göstermektedir. Kendini feda etme ve dalıcı/talepkarlık alt boyutunun ve kişilerarası problemler genel düzeylerinin, psikiyatrik tanı alan bireylerde daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmanın sonucuyla

benzer olarak, kişilerarası problemlerin psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (Gilbert, vd., 1996: 23). Mevcut araştırmada elde edilen bulgulardan farklı olarak, psikopatolojinin baskın/kontrolcülük, sosyal çekiniklik ve kendine güvenmeme kişilerarası problemler alt boyutları ile bağlantılı olduğu bildirilmektedir (Girard, vd., 2017: 16).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörlerinden plana tekrar odaklanma, pozitif tekrar odaklanma, diğerlerini suçlama alt faktörlerinde psikiyatrik tanı alma durumuna göre bir farklılık görülmezken kabul etme, kendini suçlama, düşünceye odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme, yıkım ve bakış açısına yerleştirmek düzeylerinde psikiyatrik tanı alıp almamaya göre değişiklik olduğu bulunmuştur. Psikiyatrik tanı almış bireylerin kabul etme, kendini suçlama, düşünceye odaklanma ve yıkım puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bununla beraber, psikiyatrik tanısı olmayan bireylerin ise bakış açısına yerleştirmek ve pozitif yeniden gözden geçirme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle, psikiyatrik tanısı olan bireyler olumsuz bir olay karşısında kendini suçlama, kabul etme, düşünceye odaklanma ve yıkım stratejilerini kullanmaya meyilliyken tanı almayan bireylerin tanı alanlara göre daha fazla oranda pozitif yeniden gözden geçirme ve bakış açısına yerleştirmek stratejilerini kullandığı görülmektedir. Elde edilen sonuçlarla paralel olarak, bir çalışmada, çocukluk dönemi travmaları ile depresif belirtiler arasında uyumlu olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılığıyla ilişki olduğu bildirilmiştir (Yin, vd., 2022: 1). Başka bir çalışmada, yine benzer bir sonuç olarak, yıkım, düşünceye odaklanma ve kendini suçlama ile depresyon ve kaygı belirtileri arasında anlamlı ilişkiler olduğu bulunmuştur (Hossain, vd., 2017: 27-28). Aynı çalışmada hem benzer hem de farklı bulgularla, pozitif yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme ve pozitif yeniden odaklanma stratejileri kullanan bireylerin daha az depresyon ve kaygı belirtileri olduğu gösterilmektedir (A.g.e.).

## **5.2. Yeme Tutumunun Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileriyle İlişisine Dair Bulguların Değerlendirilmesi**

Yeme tutumu ile çocukluk çağı travmaları genel düzeyi ve alt faktörleri arasında olan ilişkiye dair bulgular incelendiğinde, yeme tutumu ile fiziksel istismar, cinsel istismar

ve fiziksel ihmal arasında anlamlı ilişki görülmezken çocukluk çağı travmaları genel düzeyi, duygusal ihmal, duygusal istismar ve aşırı koruma kontrol alt boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Literatürde, bu bulgularla benzer sonuçlar yer almaktadır (Emery, vd., 2021: 6; Kent, vd., 1999: 165; Smyth, vd., 2008: 199; Ghanei, vd., 2020: 148; Hymowitz, vd., 2017: 15-16; Mazzeo, vd., 2008: 276-277; Calam, vd., 1990: 483-484). Bu sonuçlardan birinde, duygusal ihmalin yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtileri için öne çıkan bir risk unsuru olduğu gösterilmektedir (Emery, vd., 2021: 6). Bununla beraber, bozulmuş yeme tutumlarıyla cinsel istismar bağlantılı olmayıp duygusal istismarın bu yeme tutumlarını etkilediği bildirilmiştir (Kent, vd., 1999: 165; Smyth, vd., 2008: 199). Hem benzer hem de farklı bir sonuç olarak, duygusal ihmal ve fiziksel ihmalin yeme bozukluğu olan bireylerde oldukça yaygın görüldüğü belirtilmektedir (Pignatelli, 2017 :101). Bir araştırmada, mevcut araştırmada elde edilen bulgulardan farklı olarak, cinsel istismar geçmişine sahip olan bireylerin gıda ve kilo alımına dair endişeli olma ve kalori hesaplaması gibi bozulmuş yeme tutumları sergilemeye meyilli oldukları belirtilmektedir (Meyer ve Stanick, 2018: 6).

Yeme tutumu ile kişilerarası problemler ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında, bozulmuş yeme tutumlarının kinci/benmerkezcilik ve sosyal çekiniklik alt faktörleriyle ilişkisi anlamlı değilken baskın/kontrolcülük, soğuk/mesafelilik, kendine güvenmeme/girişken olmama, aşırı uyumluluk, kendini feda etme, dalıcı/talepkarlık alt faktörleri ve kişilerarası problemler genel düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuçlar literatür ile bağdaşmaktadır (Brugnera, vd., 2019: 603; Hartmann, vd., 2010: 619; Ivanova, vd., 2017: 952; Ansell, vd., 2012: 43; Ambwani, vd., 2014: 552). Mevcut araştırma sonucunu destekleyici nitelikte olan bir araştırmada, yeme bozukluğu olan bireylerin kendine güvenmeme/girişken olmama ve aşırı uyumluluk kişilerarası davranışlarında bulunduğu belirtilmektedir (Ung, vd., 2017: 1). Literatürde, elde edilen bulgularla farklılık gösteren bazı çalışmalarda, kişilerarasında sosyal çekinik davranışların bozulmuş yeme tutum ve davranışlarını etkilediği bildirilmektedir (Jones, vd., 2015: 571; Lampard, vd., 2011: 456; Raykos, vd., 2014: 449).

Yeme tutumu ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörleri arasındaki ilişkilere dair korelasyon analizinden elde edilen bulgular incelendiğinde, bozulmuş yeme

tutumlarının kendini suçlama, kabul etme, düşünceye odaklanma, bakış açısına yerleştirmek ve yıkım ile pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, yeme tutumu ve pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme, plana tekrar odaklanma ve diğerlerini suçlama alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. Mevcut araştırmada elde edilen sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir (Davodi, vd., 2016: 4; Hughes ve Gullone, 2011: 224; Smith, vd., 2019: 95; Walenda, vd., 2021: 1). Mevcut araştırma sonucuyla benzerlik gösteren bir çalışmada, düşünceye odaklama ve yıkım alt boyutlarının bulimiya nervoza belirtileriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Verschuere, vd., 2021: 1). Yine benzer bir çalışma olarak, düşünceye odaklanma ve felaketeleştirme bozulmuş yeme tutum ve davranışlarına etkisine dikkat çekilmektedir (Naumann, vd., 2015: 412; Tng ve Yang, 2021: 11). Mevcut araştırma sonucundan farklı olarak, bir çalışmada, diğerlerini suçlama alt faktörünün yeme tutumlarında bozulma belirtileriyle ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Babaei ve Alizadeh, 2020: 120).

Çocukluk çağı travmaları ve kişilerarası problemler ölçekleri ve alt faktörlerinin arasındaki ilişkileri gösteren korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında, çocukluk çağı travmaları ölçeği alt faktörlerinden duygusal istismar, aşırı koruma kontrol ve ölçeğin toplam puanı ile kişilerarası problemler alt faktörlerinin tamamı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal ile kendini feda etme ve dalıcı/talepkarlık alt boyutları dışında kişilerarası problemler alt boyutlarının tamamı ve ölçeğinin toplam puanı ile pozitif yönlü anlamlı ilişkileri olduğu bulunmuştur. Cinsel istismar alt boyutu ile kinci/benmerkezcilik alt faktörü arasında anlamlı ilişki bulunmazken kişilerarası problemler ölçeği ve alt faktörleri arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır. Mevcut araştırmada elde edilen bulgularla paralel olarak, literatürde, genel kişilerarası problem ve alt alanları düzeylerinin çocukluk çağında deneyimlenen travma türleriyle ilişkili olduğu, yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır (Huh, vd., 2014: 11; Paradis ve Boucher, 2019: 151; Slanbekova, vd., 2019: 803; Yöyen ve Bozacı, 2023: 129).

Çocukluk çağı travmaları genel toplam ve alt faktörleri ile Bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları arasında olan ilişkileri gösteren korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, duygusal istismar alt boyutunun bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bakış açısına yerleştirmek alt boyutu ile anlamlı ilişkisi bulunmazken

diğer tüm alt boyutlarıyla anlamlı ilişkileri olduğu görülmüştür. Kendini suçlama, düşünceye odaklanma, kabul etme, diğerlerini suçlama ve yıkım alt boyutlarıyla pozitif yönde ilişkiler bulunurken pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ve plana tekrar odaklanma alt boyutlarıyla negatif yönde ilişkiler olduğu saptanmıştır. Fiziksel istismar alt boyutuyla diğer bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörleri arasında anlamlı ilişki bulunmazken kabul etme, kendini suçlama ve yıkım alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu belirlenmiştir. Fiziksel ihmal alt boyutuyla plana tekrar odaklanma ve pozitif yeniden gözden geçirme alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler görülürken diğerlerini suçlama ve yıkım alt faktörleriyle pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Diğer bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle fiziksel ihmal arasında ise anlamlı ilişkiler gözlenmemiştir. Duygusal ihmal alt faktörüyle bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörlerinden kabul etme, kendini suçlama, diğerlerini suçlama ve yıkım arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanırken pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ve plana tekrar odaklanma ile negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Bakış açısına yerleştirmek ve düşünceye odaklanma alt boyutlarıyla ise anlamlı ilişkiler saptanmamıştır. Cinsel istismar alt boyutuyla bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutlarından düşünceye odaklanma, kendini suçlama ve yıkım alt faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülürken pozitif yeniden gözden geçirme ve pozitif tekrar odaklanma arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Kabul etme, diğerlerini suçlama, bakış açısına yerleştirmek ve plana tekrar odaklanma alt faktörleriyle cinsel istismar arasında anlamlı ilişkiler görülmemektedir. Aşırı Koruma Kontrol alt boyutuyla bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörlerinden kendini suçlama, kabul etme, düşünceye odaklanma, yıkım ve diğerlerini suçlama arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanırken pozitif tekrar odaklanma ve pozitif yeniden gözden geçirme arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler gözlemlenmektedir. Plana tekrar odaklanma ve bakış açısına yerleştirmek ile aşırı koruma kontrol arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır. Çocukluk çağı travmaları ölçeği ile kabul etme, kendini suçlama, diğerlerini suçlama ve yıkım alt faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler görülürken bu ölçeğin pozitif tekrar odaklanma, plana tekrar odaklanma ve pozitif yeniden gözden geçirme ile negatif yönlü anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Bununla beraber, bakış açısına yerleştirmek ve düşünceye odaklanma ile çocukluk çağı travmaları ölçeğinin genel düzeyi arasında anlamlı ilişkiler görülmemiştir. Mevcut araştırmada elde edilen sonuçlar, genel olarak,

literatürde bulunan araştırma sonuçlarıyla uyuşmaktadır (Gorgi, vd., 2019: 255; Huh, vd., 2017: 3; Karataş ve Arıcıoğlu, 2021: 134). Elde edilen bulgularla benzer olarak, bir çalışmada, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kabulün genel çocukluk çağı travmaları ve alt faktörlerinden duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve duygusal ve fiziksel ihmal arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu gösterilmektedir (Güler, vd., 2013: 1). Aynı çalışmada farklı olarak, duygusal ihmal, cinsel istismar ve çocukluk çağı travmaları ile bakış açısına yerleştirmek arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur (A.g.e.).

Kişilerarası Problemler ölçeğinin genel düzeyi ile alt boyutlarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörleriyle ilişkisine dair korelasyon analizinden elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, kişilerarası problemler envanterinin baskın kontrolçülük alt faktörünün düşünceye odaklanma, bakış açısına yerleştirmek ve plana tekrar odaklanma haricinde kendini suçlama, kabul etme, yıkım ve diğerlerini suçlama alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bulunurken pozitif tekrar odaklanma ve pozitif yeniden gözden geçirme arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler görülmüştür. Kinci/Benmerkezcilik alt faktörüyle kendini suçlama ve kabul etme alt faktörleri anlamlı ilişkiler göstermezken diğerlerini suçlama, yıkım ve pozitif yeniden gözden geçirme alt faktörleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Düşünceye odaklanma, pozitif tekrar odaklanma, plana tekrar odaklanma ve bakış açısına yerleştirmek alt faktörleri ile negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır. Soğuk/mesafelilik alt faktörüyle bakış açısına yerleştirme ve düşünceye odaklanma alt faktörleri haricinde diğer bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörleri arasında anlamlı ilişkiler görülmüştür. Yıkım, kendini suçlama, diğerlerini suçlama ve kabul etme alt faktörleriyle pozitif yönde, pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ve plana tekrar odaklanma alt faktörleriyle negatif yönde ilişkiler gözlemlenmektedir. Sosyal çekiniklik alt faktörüyle bakış açısına yerleştirmek ve diğerlerini suçlama alt faktörleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmazken düşünceye odaklanma, kendini suçlama, yıkım ve kabul etme ile pozitif yönde, pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ve plana tekrar odaklanma ile negatif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Kendine güvenmeme/girişken olmama alt boyutuyla pozitif tekrar odaklanma, bakış açısına yerleştirmek ve diğerlerini suçlama alt faktörleri dışında diğer bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Kendini suçlama, yıkım, düşünceye odaklanma

ve kabul etme ile pozitif yönde, pozitif yeniden gözden geçirme ve plana tekrar odaklanma ile negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu bildirilmiştir. Aşırı Uyumluluk alt faktörünün pozitif tekrar odaklanma, bakış açısına yerleştirmek, pozitif yeniden gözden geçirme ve diğerlerini suçlamayla anlamlı bir ilişkisi bulunmazken kendini suçlama, kabul etme, düşünceye odaklanma ve yıkımla pozitif yönlü, plana tekrar odaklanma ile negatif yönlü ilişkiler gözlemlenmektedir. Kendini Feda Etme alt faktörüyle pozitif yeniden gözden geçirme, plana tekrar odaklanma ve diğerlerini suçlama dışında diğer bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir. Kendini feda etme alt faktörüyle kendini suçlama, düşünceye odaklanma, yıkım, pozitif tekrar odaklanma, kabul etme ve bakış açısına yerleştirmek arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Dalıcı/Talepkarlık alt faktörüyle plana tekrar odaklanma, pozitif tekrar odaklanma, bakış açısına yerleştirmek ve pozitif yeniden gözden geçirme alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler görülmezken düşünceye odaklanma, diğerlerini suçlama, yıkım, kendini suçlama ve kabul etme arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Kişilerarası Problemler envanterinin toplam puanıyla bakış açısına yerleştirmek ve pozitif tekrar odaklanma alt faktörleri dışında kalan tüm bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörleri arasında anlamlı ilişkiler olduğu bildirilmiştir. Kendini suçlama, düşünceye odaklanma, diğerlerini suçlama, yıkım ve kabul etme ile pozitif yönde, pozitif yeniden gözden geçirme ve plana tekrar odaklanmayla negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir. Literatürde, benzer araştırma sonuçlarına rastlanılmıştır (Euler, vd., 2021: 1; Wei, vd., 2005: 14). Yapılan bir çalışmada, sınır kişilik bozukluğuna sahip bireylerin duygu düzenleme güçlük düzeyinin kişilerarası problemleriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Herr, vd., 2013: 191).

### **5.3. Çocukluk Çağı Travmaları, Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Birlikte Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisine Dair Bulguların Değerlendirilmesi**

Mevcut çalışmada, çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri düzeylerinin birlikte yeme tutum düzeyini ne düzeyde yordadığı ve ne kadar oranda açıkladığını bulmak amaçlı doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır.

Çocukluk çağı travma, kişilerarası problem ve bilişsel duygu düzenleme strateji düzeylerinin birlikte yeme tutum düzeyine etkisini görmek amaçlı, çoklu doğrusal regresyon analizi sonucu incelendiğinde, çocukluk çağı travmaları ölçeğinin alt faktörlerinden aşırı koruma/kontrol, kişilerarası problemler envanterinin alt boyutlarından dalıcı/talepkarlık ve soğuk/mesafelilik ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin alt faktörlerinden olan bakış açısına yerleştirme puanlarının yeme tutumu puanını pozitif yönlü anlamlı bir şekilde yordadığı görülmektedir. Ayrıca, dalıcı/talepkarlık, soğuk/mesafelilik, bakış açısına yerleştirmek ve aşırı koruma/kontrol alt boyutlarının birlikte Yeme Tutum Testi puanının %7.4'ünü açıkladığı tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada elde edilen bulgularla benzerlik gösteren bir araştırmaya göre, çocukluğunda anne ve babası tarafından aşırı korumacı bir tutum algılamış olan hem kadın hem erkek bireyler, düşük beden memnuniyetine sahip olup yalnızca kadınlar yeme tutum ve davranışlarında bozulma belirtileri sergilemektedir (Tata, vd., 2001: 194). Yapılan bir derleme çalışmasında, otoriter, ihmalkâr, aşırı kontrolcü anne baba tarzlarının, zayıflığa yönelik dürtüler ve bedeninden memnuniyetsiz olma gibi bilişsel, sağlıksız kilo kontrol davranışları gibi davranışsal yeme psikopatolojisi geliştirmede etkisinin olduğu bildirilmektedir (Hampshire, vd., 2022: 1). Algılanan aşırı korumacı ebeveyn tutumlarının ebeveyn tarafından yemenin takip edilmesi, kısıtlanması ve yemeye yönelik baskı yapılması gibi tutumlara maruz kalmayla ilişkili olduğu saptanmış, tüm bunlarda yetişkinlik dönemindeki yeme tutum ve davranışlarda bozulmalarla ilişkilendirilmiştir (Liu, vd., 2023: 1). Bu bağlamda, çocuğa karşı aşırı korumacı ve kontrolcü tutum sergileyen ebeveynlerin aynı zamanda bu tutumlarını yeme üzerine de yönlendirebileceği ve dolayısıyla çocukluğunda bu tutumları algılayan yetişkin bireylerin yeme psikopatolojisi geliştirmeye daha yatkın olabileceği anlaşılmaktadır. Ayrıca, tüm çocukluk çağı travma türleriyle kısıtlama, kontrol dışı yeme ve duygusal yeme şeklinde sorunlu yeme tutum ve davranışları arasında duygu düzenleme stratejileri aracılığıyla ilişki olduğu gösterilmektedir (Dawson, vd., 2022: 6). Duygu düzenlemedeki güçlüklerin kişilerarası problemlerle birlikte yeme davranışlarında bozulmaları etkilediği belirtilmektedir (Ambwani, vd., 2014: 552).

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Yapılan araştırma doğrultusunda elde edilen bulgulara bakıldığında, yeme tutumunda bozulma belirtilerinin yaşa göre farklılık göstermediği görülürken, kadınların daha yüksek oranda bozulmuş yeme tutumlarına sahip olduğu görülmüştür. Çocukluk çağı travmalarının genel düzeyi ve alt faktörlerinden fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar düzeyinin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği bulunmuştur. Kadınlar cinsel istismarı daha yüksek oranda bildirirken erkeklerin çocukluk çağı travmaları genel düzeyi ve türlerinden fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmali daha çok deneyimlediği saptanmıştır.

Beden kitle indeksi zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez olmalarına göre katılımcıların bozulmuş yeme tutum ve davranışlarında bir değişiklik bulunmazken, çocukluk çağı travmaları genel düzeyi ve alt faktörlerinden duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeylerinin beden kitle indeksi gruplarına göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu farklılık, beden kitle indeksi yükseldikçe çocukluk çağı travmaları düzeylerinin arttığını göstermektedir.

Beden görünüşünden memnun olmayan katılımcıların daha yüksek derecede bozulmuş yeme tutumlarına sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca, bu katılımcıların daha yüksek düzeyde çocukluk çağı travmaları genel ve duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar bildirdiği görülmüştür.

Katılımcılara kendi kilo durumunu değerlendirmeleri için zayıf, normal ve şişman seçeneklerini işaretlediği bir soru yöneltilmiştir. Kendilerini şişman olarak değerlendiren bireylerin normal olarak değerlendiren bireylere kıyasla daha fazla bozulmuş yeme tutumu sergilediği bulunmuştur. Çocukluk çağı travmaları genel ve duygusal istismar ve duygusal ihmal düzeyinin de kilo değerlendirme durumuna göre farklılaştığı görülüp kilo durumunu şişman olarak bildirenlerin daha yüksek oranda travma deneyimlediği saptanmıştır.

Psikiyatrik tanı alma durumuna göre bozulmuş yeme tutumlarında farklılık görülmezken çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin bazı alt faktör düzeylerinin psikiyatrik tanı alan bireylerde daha yüksek olduğu görülmüştür.

Yeme tutumunun çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri genel düzeyleri ve alt faktörleriyle ilişkisi incelendiğinde, yeme tutumunda bozulma belirtileri arttıkça çocukluk çağı travmaları genel düzeyi ve duygusal ihmal, duygusal istismar ve aşırı koruma-kontrol alt faktörlerinin artış gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca, kişilerarası problemler genel düzeyi ile alt faktörlerinden baskın/kontrolçülük, soğuk/mesafelilik, kendine güvenmeme/girişken olmama, aşırı uyumluluk, kendini feda etme, dalıcı/talepkarlık ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri alt faktörlerinden kendini suçlama, kabul etme, düşünceye odaklanma, bakış açısına yerleştirmek ve yıkım ile pozitif yönlü anlamlı ilişkiler görülmüştür.

Yapılan regresyon analizi sonucuna göre, çocukluk çağı travmaları alt faktörlerinden aşırı koruma kontrol, kişilerarası problemlerden dalıcı/talepkarlık ile soğuk/mesafelilik ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden bakış açısına yerleştirmenin birlikte yeme tutumunda bozulma belirtilerinde etkisi olduğu bulunmuştur.

Klinik uygulama alanında yapılan çalışmalarda, bozulmuş yeme tutumlarına sahip olan bireylerin çocukluk döneminde maruz kaldığı duygusal istismar ve ihmalkâr muamele ile algıladıkları aşırı korumacı ve kontrolcü ebeveyn tutumlarının göz önünde bulundurulması, bununla birlikte, bu bireylerin kişilerarası etkileşimlerinden kaynaklanan sıkıntıları ve olumsuz olaylar karşısında başvurduğu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin değerlendirilmesi önemli olabilir.

Mevcut araştırmanın regresyon analizi sonucunda, soğuk/mesafeli kişilerarası davranışlarla ortaya çıkan kişilerarası sıkıntının bozulmuş yeme tutumlarını pozitif yönlü etkilediği saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, soğuk/mesafelilik ve sosyal çekiniklik gibi sosyal uyumsuzluğa yol açan kişilerarası problemlerin duyguları ifade edememekle ilişkilendirildiği görülmektedir (Arcelus, vd., 2013: 164; Vanheule, vd., 2007: 114). Bu durumda bireyin kişilerarası stres düzeyinden kaynaklanan olumsuz duygularını düzenleyemediği, dolayısıyla bu stres düzeyinin bozulmuş yeme tutumlarını etkileyebileceği anlaşılmaktadır. Ayrıca, korelasyon analizi sonuçlarına bakıldığında, bozulmuş yeme tutumlarının uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileriyle pozitif yönlü ilişkili olduğu görülmüştür. Bireyin yaşamında stresli ya da olumsuz bir olay karşısında uyumlu olmayan bilişsel duygu düzenleme

stratejilerine başvurmasıyla yaşadığı duygu düzensizliğinin, bozulmuş yeme tutum ve davranışlarını sürdürebileceği düşünülmektedir.

Mevcut araştırma bulgusuyla tutarlı olarak, sosyal olmak başka bir ifadeyle yakınlık kurmanın zor olduğu ve çevresindeki insanlara şefkat göstermenin zorluğunu ifade eden soğuk/mesafelilik boyutunun yeme bozukluğu olan bireylerde yüksek olduğu bildirilmektedir (McEvoy, vd., 2013: 141). Bozulmuş yeme tutumlarına sahip olan bireylerin beden görünümünden memnuniyetsiz olmalarından kaynaklanabilen olumsuz değerlendirilme korkusuyla, sosyal yalıtılmışlık düzeylerinin yüksek olabileceği düşünülmektedir. Bununla ilgili olarak, psikoterapi ortamında bozulmuş yeme tutum ve davranışlarına sahip olan bireylerin sosyalleşmeleri teşvik edilip aile bireyelerine ya da arkadaşlarına duygularını ifade etmesi için cesaretlendirecek çalışmalar yapılabilir. Bu bağlamda, bu bireylerin sosyal deneyimlerinin artırılması planlanırken kişilerarası yetersizlikleri tespit edilip sosyal becerilerinin geliştirilmesi sağlanabilir. Bu amaçla, bireylerin bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının oluşumuna ya da sürdürülmesine katkıda bulunduğu düşünülen kişilerarası zorluklarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak için kişilerarası psikoterapinin uygulanabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, kişilerarası psikoterapinin yeme bozuklukların tedavisinde etkili olduğuna dikkat çekilmektedir (Xie, vd., 2021: 10). Kişilerarası psikoterapinin anoreksiya nervozanın tedavisindeki rolünü öne çıkaran bir çalışmada, bu bireylerin kişilerarası ilişkilerindeki bozulmalara ve ailelerinin işlevsel olmayan iletişim kalıplarına odaklanılmasıyla bu bozukluğun belirtilerinin azaltılabileceği açıklanmaktadır (McIntosh, vd., 2000: 135-136).

Mevcut araştırmanın örneklem grubunun normal popülasyondan oluşması neticesinde, çocukluk çağı travmaları, kişilerarası problemler ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile bozulmuş yeme tutumunun ilişkisi ve bu değişkenlerin yeme tutumunu ne derecede yordadığını gösteren sonuçların zayıf olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, yeme bozukluğu olan katılımcıların dahil edildiği klinik örneklem grubuyla ileride yapılan çalışmalarda, daha belirgin sonuçların elde edilebileceği düşünülmektedir. Bunun dışında, mevcut çalışmada, çoğunlukla genç yetişkin katılımcılara ulaşılabiliştir. Gelecekteki çalışmalarda, daha ileri yaşta olan katılımcıların, elde edilen sonuçları bu popülasyona da genelleymek adına, genç yetişkin grupta bulunan katılımcılara yakın oranda dahil edilmesi önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Ahmed, F. E., Gaboli, H. O. ve Attalla, B. (2015). Pica among Sudanese children with sickle cell anemia. *Basic Res J Med Clin Sci*, 4(1): 1-7.
- Akyunus, M., ve Gençöz, T. (2016). Kişilerarası Problemler Envanteri-Döngüsel Ölçekler Kısa Formu psikometrik özellikleri: Güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 29(1): 36-48.
- Akyuz, G., Sar, V., Kugu, N. ve Doğan, O. (2005). Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *European Psychiatry*, 20(3): 268-273.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S. ve Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55(3-4): 521-536.
- Alfalahi, M., Mahadevan, S., Balushi, R. A., Chan, M. F., Saadon, M. A., Al-Adawi, S. ve Qoronfleh, M. W. (2022). Prevalence of eating disorders and disordered eating in Western Asia: a systematic review and meta-Analysis. *Eating Disorders*, 30(5): 556-585.
- Alfoukha, M. M., Hamdan-Mansour, A. M. ve Banihani, M. A. (2019). Social and psychological factors related to risk of eating disorders among high school girls. *The Journal of School Nursing*, 35(3): 169-177.
- Alvarenga, M. D. S., Scagliusi, F. B. ve Philippi, S. T. (2012). Comparison of eating attitudes among university students from the five Brazilian regions. *Ciencia & saude coletiva*, 17: 435-444.
- Ambwani, S., Slane, J. D., Thomas, K. M., Hopwood, C. J. ve Grilo, C. M. (2014). Interpersonal dysfunction and affect-regulation difficulties in disordered eating among men and women. *Eating behaviors*, 15(4): 550-554.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, (2022). *DSM-5-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Ankara: Esenkal Yayıncılık.

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychiatric Association, (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*, (5th ed, text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Ansell, E. B., Grilo, C. M. ve White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1): 43-50.
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C. ve Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(21): 4177.
- 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.
- 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.
- Argyrides, M. ve Kkeli, N. (2015). Predictive factors of disordered eating and body image satisfaction in Cyprus. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4): 431-435.
- Assink, M., van der Put, C. E., Meeuwse, M. W., de Jong, N. M., Oort, F. J., Stams, G. J. J. ve Hoeve, M. (2019). Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 145(5): 459.
- Babaei, S. ve Alizadeh, L. (2020). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and body image with eating disorder symptoms in secondary school students. *Journal of Research in Applied and Basic Medical Sciences*, 6(2): 115-122.

- Bailer, U. F. ve Kaye, W. H. (2011). Serotonin: imaging findings in eating disorders. *Behavioral neurobiology of eating disorders*, 59-79.
- Balzarotti, S., Biassoni, F., Villani, D., Prunas, A. ve Velotti, P. (2016). Individual differences in cognitive emotion regulation: Implications for subjective and psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 17: 125-143.
- Bayramoğlu, A., Koç, F., Aksoy, D., Vural, S., Dulkadir, Ş. E., Günay, M. ve Bakay, H. (2023). Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Yeme Davranışları ve Ortoreksiya Nervosa Eğiliminin Saptanması. *Artvin Çoruh Üniversitesi Mühendislik ve Fen Bilimleri Dergisi*, 1(1): 1-11.
- Bento, S., Ferreira, C., Mendes, A. L. ve Marta-Simões, J. (2017). Emotion regulation and disordered eating: The distinct effects of body image-related cognitive fusion and body appreciation. *Psychologica*, 60(2): 11-25.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. ve Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151(8): 1132-1136.
- Birmingham, C. L. ve Firoz, T. (2006). Rumination in eating disorders: literature review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11: e85-e89.
- Birmingham, C. L., Su, J., Hlynsky, J. A., Goldner, E. M. ve Gao, M. (2005). The mortality rate from anorexia nervosa. *International journal of eating disorders*, 38(2): 143-146.
- Black, D. A., Slep, A. M. S. ve Heyman, R. E. (2001). Risk factors for child psychological abuse. *Aggression and violent behavior*, 6(2-3): 189-201.
- Borgna-Pignatti, C. ve Zanella, S. (2016). Pica as a manifestation of iron deficiency. *Expert review of hematology*, 9(11): 1075-1080.
- Bourne, L., Bryant-Waugh, R., Cook, J. ve Mandy, W. (2020). Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Research*, 288: 112961.

- Brassard, M. R., Hart, S. N. ve Hardy, D. B. (2000). Psychological and emotional abuse of children. *Case studies in family violence*, 293-319.
- Brenner, J. B. ve Cunningham, J. G. (1992). Gender differences in eating attitudes, body concept, and self-esteem among models. *Sex roles*, 27: 413-437.
- Brewerton, T. D., Ralston, M. E., Dean, M., Hand, S. ve Hand, L. (2020). Disordered eating attitudes and behaviors in maltreated children and adolescents receiving forensic assessment in a child advocacy center. *Journal of child sexual abuse*, 29(7): 769-787.
- Brietzke, E., Kauer-Sant'anna, M., Jackowski, A., Grassi-Oliveira, R., Bucker, J., Zugman, A., Barbachan Mansur, R. ve Bressan, R. A. (2012). Impact of childhood stress on psychopathology. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 34: 480-488.
- Brown, A. J., Parman, K. M., Rudat, D. A. ve Craighead, L. W. (2012). Disordered eating, perfectionism, and food rules. *Eating behaviors*, 13(4): 347-353.
- Brugnera, A., Coco, G. L., Salerno, L., Sutton, R., Gullo, S., Compare, A. ve Tasca, G. A. (2018). Patients with Binge Eating Disorder and Obesity have qualitatively different interpersonal characteristics: Results from an Interpersonal Circumplex study. *Comprehensive Psychiatry*, 85: 36-41.
- Brugnera, A., Carlucci, S., Compare, A. ve Tasca, G. A. (2019). Persistence of friendly and submissive interpersonal styles among those with binge-eating disorder: Comparisons with matched controls and outcomes after group therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(5): 603-615.
- Brustiengh, F., Fiore Mezzetti, F. A., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P. ve Tortorella, A. (2019). Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina*, 31(suppl 3): 509-511.
- Bryant-Waugh, R. (2013). Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5): 420-423.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S. ve Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160(2): 366-368.

- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. ve Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child abuse & neglect*, 36(1): 32-39.
- Butcher, J. N., Mineka, S. ve Hooley, M. J. (2013). *Anormal Psikoloji* (O. Gündüz, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Calam, R., Waller, G., Slade, P. ve Newton, T. (1990). Eating disorders and perceived relationships with parents. *International Journal of Eating Disorders*, 9(5): 479-485.
- Cardoso, D., Duarte, L., Fonseca-Pinto, V. ve Cartaxo, T. (2021). Pica and attention deficit hyperactivity disorder: is there a link?. *Nascer & Crescer-Birth and Growth Medical Journal*, 30(1): 12-17.
- Carrard, I. ve Rothen, S. (2020). Factors associated with disordered eating behaviors and attitudes in older women. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 25: 567-575.
- Casper, R. C., Voderholzer, U., Naab, S. ve Schlegl, S. (2020). Increased urge for movement, physical and mental restlessness, fundamental symptoms of restricting anorexia nervosa?. *Brain and behavior*, 10(3): e01556.
- Castillo, M. ve Weiselberg, E. (2017). Bulimia nervosa/purging disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47(4): 85-94.
- Celikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koc, M., Etikan, I. ve Yucel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive psychiatry*, 49(2): 188-194.
- Çelik, F. G. H. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Çocukluk çağı travmaları: Bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(4): 695-711.
- Çelik, S., Yoldaşcan, E. B., Okyay, R. A. ve Özenli, Y. (2016). Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(1).
- Chen, J., Wang, Z., Guo, B., Arcelus, J., Zhang, H., Jia, X., Xu, Y., Qiu, J., Xiao Z. ve Yang, M. (2012). Negative affect mediates effects of psychological stress on disordered eating in young Chinese women.

- Chidiac, C. W. (2019). An update on the medical consequences of anorexia nervosa. *Current opinion in pediatrics*, 31(4): 448-453.
- Christ, C., De Waal, M. M., Dekker, J. J., van Kuijk, I., Van Schaik, D. J., Kikkert, M. J., Goudriaan, A. E., Beckman, A. T. F. ve Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PloS one*, 14(2): e0211882.
- Clarke, K., Cooper, P. ve Creswell, C. (2013). The Parental Overprotection Scale: Associations with child and parental anxiety. *Journal of affective disorders*, 151(2): 618-624.
- Courty, A., Godart, N., Lalanne, C. ve Berthoz, S. (2015). Alexithymia, a compounding factor for eating and social avoidance symptoms in anorexia nervosa. *Comprehensive psychiatry*, 56: 217-228.
- 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. *Journal of Adolescent Health*, 31(2): 166-175.
- 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.
- Currie, J. ve Widom, C. S. (2010). Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect on Adult Economic Well-Being. *Child Maltreatment*, 15(2): 111-120.
- Danner, U. N., Sternheim, L. ve Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub) types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry research*, 215(3): 727-732.
- Davodi, I., Firoozi, A. A. ve Zargar, Y. (2016). The relationship between symptoms of eating disorders and worry about body image, attachment styles, and cognitive emotion regulation strategies among students of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. 1-7.

- Devi, F., Shahwan, S., Teh, W. L., Sambasivam, R., Zhang, Y. J., Lau, Y. W., Ong, S. H., Fung, D., Gupta, B., Chong, A. S. ve Subramaniam, M. (2019). The prevalence of childhood trauma in psychiatric outpatients. *Annals of General Psychiatry, 18*(1): 1-8.
- Devoe, D. J., Dimitropoulos, G., Anderson, A., Bahji, A., Flanagan, J., Soumbasis, A., Patten, S. B., Lange, T. ve Paslakis, G. (2021). The prevalence of substance use disorders and substance use in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders, 9*: 1-15.
- Dawson, D., Strodl, E. ve Kitamura, H. (2022). Childhood maltreatment and disordered eating: The mediating role of emotion regulation. *Appetite, 172*: 105952.
- De Young, K. P., Zander, M. ve Anderson, D. A. (2014). Beliefs about the emotional consequences of eating and binge eating frequency. *Eating Behaviors, 15*(1): 31-36.
- Dias, A., Sales, L., Hessen, D. J. ve Kleber, R. J. (2015). Child maltreatment and psychological symptoms in a Portuguese adult community sample: the harmful effects of emotional abuse. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*: 767-778.
- Dickstein, L. P., Franco, K. N., Rome, E. S. ve Auron, M. (2014). Recognizing, managing medical consequences of eating disorders in primary care. *Cleve Clin J Med, 81*(4): 255-263.
- Dingemans, A. E., Bruna, M. J. ve van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity, 26*(3): 299-307.
- Dubowitz, H. ve Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet, 369*(9576): 1891-1899.
- Dugal, C., Bigras, N., Godbout, N. ve Bélanger, C. (2016). Childhood interpersonal trauma and its repercussions in adulthood: An analysis of psychological and interpersonal sequelae. *London, UK: IntechOpen, 71-107*.

- Dunkley, D. M., Masheb, R. M. ve Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3): 274-281.
- Doidge, J. C., Higgins, D. J., Delfabbro, P. ve Segal, L. (2017). Risk factors for child maltreatment in an Australian population-based birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 64: 47-60.
- Doll, H. A., Petersen, S. E. ve Stewart-Brown, S. L. (2005). Eating disorders and emotional and physical well-being: Associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36. *Quality of life research*, 14: 705-717.
- Dominé, F., Berchtold, A., Akre, C., Michaud, P. A. ve Suris, J. C. (2009). Disordered eating behaviors: what about boys?. *Journal of Adolescent Health*, 44(2): 111-117.
- Donovan, C. L., Chew, D. ve Penny, R. (2014). Perfecting weight restriction: The moderating influence of body dissatisfaction on the relationship between perfectionism and weight control practices. *Behaviour Change*, 31(3): 189-204.
- Dosman, C. ve Gallagher, S. (2022). Parenting principles primer. *Paediatrics & Child Health*, 27(6): 327-332.
- dos Santos Alvarenga, M., Scagliusi, F. B. ve Philippi, S. T. (2010). Eating attitudes of female Brazilian university students with eating disorder risk behavior. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(1): 47-54.
- Dovey, T. M., Kumari, V. ve Blissett, J. (2019). Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: Same or different?. *European Psychiatry*, 61: 56-62.
- Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 28(3): 381-392.
- Dye, H. L. (2020). Is emotional abuse as harmful as physical and/or sexual abuse?. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(4): 399-407.

- Ebrahim, M., Alkazemi, D., Zafar, T. A. ve Kubow, S. (2019). Disordered eating attitudes correlate with body dissatisfaction among Kuwaiti male college students. *Journal of Eating disorders*, 7: 1-13.
- Edman, J. L. ve Yates, A. (2004). Eating attitudes among college students in Malaysia: An ethnic and gender comparison. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 12(3): 190-196.
- Eldredge, K. L., Locke, K. D. ve Horowitz, L. M. (1998). Patterns of interpersonal problems associated with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 23(4): 383-389.
- Elgin, J. ve Pritchard, M. (2006). Gender differences in disordered eating and its correlates. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11: e96-e101.
- Elsenburg, L. K., Liefbroer, A. C., van Eeden, A. E., Hoek, H. W., Oldehinkel, A. J. ve Smidt, N. (2023). Relationship between childhood abuse and body mass index in young adulthood: mediated by depression and anxiety?. *Child maltreatment*, 28(2): 286-296.
- Emery, R. L., Yoon, C., Mason, S. M. 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.
- Emilien, C. ve Hollis, J. H. (2017). A brief review of salient factors influencing adult eating behaviour. *Nutrition research reviews*, 30(2): 233-246.
- Dworschak, C., Polack, R. G., Winschel, J., Joormann, J. ve Kober, H. (2023). Emotion regulation and disordered eating behaviour in youths: Two daily-diary studies. *European Eating Disorders Review*.
- Esin, K. ve Şanlıer, N. (2012). Çocukluk Çağı Obezitesinin Psikososyal Etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 40(2): 149-154.
- Espinoza, P., Penelo, E. ve Raich, R. M. (2010). Disordered eating behaviors and body image in a longitudinal pilot study of adolescent girls: What happens 2 years later?. *Body image*, 7(1): 70-73.
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., Fonagy, P. ve Personality and Mood Disorders Research Network. (2021). Interpersonal

- problems in borderline personality disorder: associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2): 177-193.
- Ezzeddin, N., Zavoshy, R., Noroozi, M., Jahanihashemi, H. ve Riseh, S. H. (2015). Prevalence and risk factors for pica during pregnancy in Tehran, Iran. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 20: 457-463.
- Fadipe, B., Oyelohunnu, M. A., Olagunju, A. T., Aina, O. F., Akinbode, A. A. ve Suleiman, T. F. (2017). Disordered eating attitudes: demographic and clinico-anthropometric correlates among a sample of Nigerian students. *African health sciences*, 17(2): 513-523.
- Fairburn, C. G. ve Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 40(S3): S107.
- Fassino, S., Leombruni, P., Pierò, A., Abbate-Daga, G. ve Rovera, G. G. (2003). Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of psychosomatic research*, 54(6): 559-566.
- Fawzi, M. H. ve Fawzi, M. M. (2012). Disordered eating attitudes in Egyptian antipsychotic naive patients with schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*, 53(3): 259-268.
- Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: The MODE model as an integrative framework. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 23, pp. 75-109). Academic Press.
- Fink, L. A., Bernstein, D., Handelsman, L., Foote, J. ve Lovejoy, M. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: a new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma. *The American journal of psychiatry*, 152(9): 1329-1335.
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., Callahan, T., Malizio, J., Kearney, S. ve Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 55(1): 49-52.

- Foulon, C., Guelfi, J. D., Kipman, A., Adès, J., Romo, L., Houdeyer, K. ve Gorwood, P. (2007). Switching to the bingeing/purging subtype of anorexia nervosa is frequently associated with suicidal attempts. *European Psychiatry*, 22(8): 513-519.
- Franko, D. L. ve Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical psychology review*, 26(6): 769-782.
- Franko, D. L., Keshaviah, A., Eddy, K. T., Krishna, M., Davis, M. C., Keel, P. K. ve Herzog, D. B. (2013). A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 170(8): 917-925.
- Friars, D., Walsh, O. ve McNicholas, F. (2023). Assessment and management of cardiovascular complications in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 11(1): 1-12.
- Furnham, A., Badmin, N. ve Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of psychology*, 136(6): 581-596.
- Gadalla, T. ve Piran, N. (2008). Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. *Women & Health*, 48(4): 467-484.
- Garfinkel, P. E. (2002). Classification and diagnosis of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2: 155-161.
- Garnefski, N., Kraaij, V. ve Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8): 1311-1327.
- Garner, D. M. ve Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2): 273-279.
- George, D. ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson.
- Ghanei, N., Pourshahriar, H. ve Shokri, O. (2020). The relationship between childhood emotional maltreatment and disordered eating behaviors among students:

- Mediating role of emotion dysregulation: A cross-sectional study. *Chronic Diseases Journal*, 8(3): 139-151.
- Gilbert, P., Allan, S. ve Goss, K. (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 3(1): 23-34.
- Girard, J. M., Wright, A. G., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L. N., Stepp, S. D. ve Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal problems across levels of the psychopathology hierarchy. *Comprehensive psychiatry*, 79: 53-69.
- Godart, N. T., Legleye, S., Huas, C., Coté, S. M., Choquet, M., Falissard, B. ve Touchette, E. (2013). Epidemiology of anorexia nervosa in a French community-based sample of 39,542 adolescents.
- Gorgi, K., Dolatshahi, B., Shakiba, S. ve Kamizi, S. (2019). The Relationship Between Different Forms of Maltreatment and Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Practice in Clinical Psychology*, 7(4): 255-262.
- Grave, R. D. (2009). Features and management of compulsive exercising in eating disorders. *The Physician and Sportsmedicine*, 37(3): 20-28.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1): 1-26.
- Güler, K., Demir, Z. G. ve Yurtseven, C. S. (2023). Investigation of the relationship between childhood traumas, psychological resilience, cognitive flexibility and emotion regulation skills in adults. *The European Research Journal*, 1-12.
- Hadjigeorgiou, C., Solea, A., Querol, S. E., Keski-Rahkonen, A., Michels, N., Russo, P., Thumann, B. F., Pala, V. ve Danner, U. (2018). Disordered eating in three different age groups in Cyprus: a comparative cross-sectional study. *public health*, 162: 104-110.
- Hail, L. ve Le Grange, D. (2018). Bulimia nervosa in adolescents: prevalence and treatment challenges. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 11-16.
- Halland, M., Pandolfino, J. ve Barba, E. (2018). Diagnosis and treatment of rumination syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16(10): 1549-1555.

- Haleem, D. J. (2012). Serotonin neurotransmission in anorexia nervosa. *Behavioural pharmacology*, 23(5 and 6): 478-495.
- Hallit, S., Brytek-Matera, A. ve Obeid, S. (2021). Orthorexia nervosa and disordered eating attitudes among Lebanese adults: Assessing psychometric proprieties of the ORTO-R in a population-based sample. *PloS one*, 16(8): e0254948.
- Hampshire, C., Mahoney, B. ve Davis, S. K. (2022). Parenting styles and disordered eating among youths: A rapid scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12: 802567.
- Hartmann, A., Zeeck, A. ve Barrett, M. S. (2010). Interpersonal problems in eating disorders. *International journal of eating disorders*, 43(7): 619-627.
- Hartmann, A. S. ve Jurilj, V. (2017). Pica. *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*, Salt Lake City: Springer, 319-332.
- Hartmann, A. S., Poulain, T., Vogel, M., Hiemisch, A., Kiess, W. ve Hilbert, A. (2018). Prevalence of pica and rumination behaviors in German children aged 7–14 and their associations with feeding, eating, and general psychopathology: a population-based study. *European child & adolescent psychiatry*, 27: 1499-1508.
- Hartmann, A. S., Zenger, M., Glaesmer, H., Strauß, B., Brähler, E., de Zwaan, M. ve Hilbert, A. (2022). Prevalence of pica and rumination behaviours in adults and associations with eating disorder and general psychopathology: findings from a population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 31: e40.
- Haworth-Hoepfner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of marriage and family*, 62(1): 212-227.
- Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S. ve Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11): 977-1008.
- Hay, P., Mitchison, D., Collado, A. E. L., González-Chica, D. A., Stocks, N. ve Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders,

- including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of eating disorders*, 5(1): 1-10.
- Herr, N. R., Rosenthal, M. Z., Geiger, P. J. ve Erikson, K. (2013). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and mental health*, 7(3): 191-202.
- Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A. ve Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*, 220: 500-506.
- Hildyard, K. L. ve Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child abuse & neglect*, 26(6-7): 679-695.
- Hobart, J. A. ve Smucker, D. R. (2000). The Female Athlete Triad. *American Family Physician*, 61(11): 3357-3364.
- Hoek, H. W. (1995). The distribution of eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 207-211.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(4): 389-394.
- Hogg, M. A. ve Smith, J. R. (2007). Attitudes in Social Context: A Social Identity Perspective. *European Review of Social Psychology*, 18(1): 89-131
- Hopfinger, L., Berking, M., Bockting, C. L. ve Ebert, D. D. (2016). Emotion regulation mediates the effect of childhood trauma on depression. *Journal of affective disorders*, 198: 189-197.
- Horowitz, L. M. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(1): 5-15.
- Horowitz, L. M. ve Vitkus, J. (1986). The interpersonal basis of psychiatric symptoms. *Clinical Psychology Review*, 6(5): 443-469.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G. ve Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6): 885.

- Horowitz, L. M. (1996). The study of interpersonal problems: A Leary legacy. *Journal of Personality Assessment*, 66(2): 283-300.
- Horowitz, L. M., Dryer, D. C. ve Krasnoperova, E. N. (1997). The circumplex structure of interpersonal problems.
- Hossain, S., Garnefski, N. ve Kraaij, V. (2017). Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Archives of Depression and Anxiety*, 3(2): 23-29.
- 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 Jr, H. G. (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.
- Hughes, E. K. ve Gullone, E. (2011). Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. *Body image*, 8(3): 224-231.
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J. ve Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of general psychiatry*, 13: 1-13.
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K. ve Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*, 213: 44-50.
- Hymowitz, G., Salwen, J. ve Salis, K. L. (2017). A mediational model of obesity related disordered eating: The roles of childhood emotional abuse and self-perception. *Eating behaviors*, 26: 27-32.
- Idig-Camuroglu, M. ve Gölge, Z. B. (2018). Non-suicidal self-injury among university students in Turkey: the effect of gender and childhood abuse. *Psychiatria Danubina*, 30(4): 410-420.
- Ivanova, I. V., Tasca, G. A., Proulx, G. ve Bissasda, H. (2017). Contribution of interpersonal problems to eating disorder psychopathology via negative affect in treatment-seeking men and women: Testing the validity of the

- interpersonal model in an understudied population. *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(4): 952-964.
- Javaras, K. N., Laird, N. M., Reichborn-Kjennerud, T., Bulik, C. M., Pope Jr, H. G. ve Hudson, J. I. (2008). Familiality and heritability of binge eating disorder: Results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2): 174-179.
- Jáuregui-Garrido, B. ve Jáuregui-Lobera, I. (2012). Sudden death in eating disorders. *Vascular health and risk management*, 91-98.
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C. ve Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 31(1): 113-121.
- Johnson, C. S. ve Bedford, J. (2004). Eating attitudes across age and gender groups: A Canadian study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(1): 16-23.
- 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.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L. ve Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Cmaj*, 165(5): 547-552.
- Jonson-Reid, M., Drake, B. ve Zhou, P. (2013). Neglect subtypes, race, and poverty: Individual, family, and service characteristics. *Child maltreatment*, 18(1): 30-41.
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., Horn, J., McIntosh, V. V., Luty, S. E. ve Bulik, C. M. (2008). Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1): 47-56.
- Kaçar, M. ve Hocaoğlu, Ç. (2019). Pika, geri çıkarma bozukluğu nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(3): 347-354.
- Karadere, M. E. ve Hocaoğlu, Ç. (2018). Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu nedir? tanı ve tedavi yaklaşımları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4): 110-118.

- Karataş, U. Y. ve Arıcıoğlu, A. (2021). Investigation of Childhood Traumas and Cognitive Emotion Regulation as the Predictors of Unforgiveness. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 29(4): 134-148.
- Kask, J., Ramklint, M., Kolia, N., Panagiotakos, D., Ekblom, A., Ekselius, L. ve Papadopoulos, F. C. (2017). Anorexia nervosa in males: excess mortality and psychiatric co-morbidity in 609 Swedish in-patients. *Psychological medicine*, 47(8): 1489-1499.
- Katzman, D. K., Norris, M. L. ve Zucker, N. (2019). Avoidant restrictive food intake disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1): 45-57.
- Kaye, W. H. (1997). Anorexia nervosa, obsessional behavior, and serotonin. *Psychopharmacology bulletin*, 33(3): 335-344.
- Keel, P. K. ve Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5): 433-439.
- Keel, P. K. (2017). *Eating disorders*. Oxford University Press.
- Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arseneault, L., Fitzpatrick, C. ve Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193(5): 378-382.
- Kent, A., Waller, G. ve Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: The role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders*, 25(2): 159-167.
- Keski-Rahkonen, A. ve Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6): 340-345.
- Khan, S., Hyman, P. E., Cocjin, J. ve Di Lorenzo, C. (2000). Rumination syndrome in adolescents. *The Journal of pediatrics*, 136(4): 528-531.
- Khosravi, M. (2021). Pica behaviors in schizophrenia: a call for further research. *Journal of Eating Disorders*, 9(1): 117.

- Klump, K. L., Burt, S. A., McGue, M. ve Iacono, W. G. (2007). Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Archives of general psychiatry*, 64(12): 1409-1415.
- Klump, K. L., Kaye, W. H. ve Strober, M. (2001). The evolving genetic foundations of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2): 215-225.
- Kreipe, R. E. ve Palomaki, A. (2012). Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Current psychiatry reports*, 14: 421-431.
- Kondo, D. G. ve Sokol, M. S. (2006). Eating disorders in primary care: A guide to identification and treatment. *Postgraduate medicine*, 119(3): 59-65.
- Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E. ve Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(2): 129-135.
- Lampard, A. M., Byrne, S. M. ve McLean, N. (2011). Does self-esteem mediate the relationship between interpersonal problems and symptoms of disordered eating?. *European Eating Disorders Review*, 19(5): 454-458.
- Lavender, J. M. ve Anderson, D. A. (2010). Contribution of emotion regulation difficulties to disordered eating and body dissatisfaction in college men. *International Journal of Eating Disorders*, 43(4): 352-357.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. Wipf and Stock Publishers.
- Lei, H., Zhang, X., Cai, L., Wang, Y., Bai, M. ve Zhu, X. (2014). Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry research*, 218(1-2): 87-92.
- Leung, A. K. ve Hon, K. L. (2019). Pica: a common condition that is commonly missed-an update review. *Current pediatric reviews*, 15(3): 164-169.
- Li, C., Fu, P., Wang, M., Xia, Y., Hu, C., Liu, M., Zhang, H., Sheng, X ve Yang, Y. (2023). The role of self-esteem and emotion regulation in the associations between childhood trauma and mental health in adulthood: a moderated mediation model. *BMC psychiatry*, 23(1): 1-11.

- Liechty, J. M. ve Lee, M. J. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the US. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8): 790-800.
- Liu, Y., Cui, T., Barnhart, W. R., Wang, Q., Yu, Y. ve He, J. (2023). Associations among retrospective parenting styles, retrospective food parenting, and current eating behaviors in Chinese adults. *Appetite*, 184: 106512.
- Lucarelli, L., Sechi, C., Cimino, S. ve Chatoor, I. (2018). Avoidant/restrictive food intake disorder: a longitudinal study of malnutrition and psychopathological risk factors from 2 to 11 years of age. *Frontiers in Psychology*, 9: 1608.
- Lumish, R. A., Young, S. L., Lee, S., Cooper, E., Pressman, E., Guillet, R. ve O'Brien, K. O. (2014). Gestational iron deficiency is associated with pica behaviors in adolescents. *The Journal of nutrition*, 144(10): 1533-1539.
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. ve Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158(11): 1878-1883.
- Maden, S. M. (2021). *Genç Yetişkinlerde Yeme Bozukluğu ile Kişilerarası Problemler ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi* (Yüksek Lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Marusak, H. A., Martin, K. R., Etkin, A. ve Thomason, M. E. (2015). Childhood trauma exposure disrupts the automatic regulation of emotional processing. *Neuropsychopharmacology*, 40(5): 1250-1258.
- Massaldjieva, R. I., Bakova, D., Semerdjieva, M., Torniova, B., Tilov, B. ve Raykova, E. (2017). Disordered eating attitudes and behaviors: gender differences in adolescence and young adulthood. *J. Women's Health Care*, 6(368): 2167-0420.
- Mayes, S. D., Humphrey II, F. J., Handford, H. A. ve Mitchell, J. F. (1988). Rumination disorder: differential diagnosis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(3): 300-302.
- Mazzeo, S. E., Mitchell, K. S. ve Williams, L. J. (2008). Anxiety, alexithymia, and depression as mediators of the association between childhood abuse and

eating disordered behavior in African American and European American women. *Psychology of Women Quarterly*, 32(3): 267-280.

- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P. ve Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2): 129-147.
- McIntosh, V. V., Bulik, C. M., McKenzie, J. M., Luty, S. E. ve Jordan, J. (2000). Interpersonal psychotherapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2): 125-139.
- Meczekalski, B., Podfigurna-Stopa, A. ve Katulski, K. (2013). Long-term consequences of anorexia nervosa. *Maturitas*, 75(3): 215-220.
- Mehler, P. S. ve Brown, C. (2015). Anorexia nervosa—medical complications. *Journal of eating disorders*, 3: 1-8.
- Mehler, P. S. ve Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa—medical complications. *Journal of eating disorders*, 3(1): 1-5.
- Meyer, L. K. ve Stanick, C. F. (2018). College students' relationship between trauma and disordered eating. *Journal of college student psychotherapy*, 32(3): 242-250.
- McLaren, L., Gauvin, L. ve Steiger, H. (2001). A two-factor model of disordered eating. *Eating Behaviors*, 2(1): 51-65.
- Miller, M. N. ve Pumariega, A. J. (2001). Culture and eating disorders: A historical and cross-cultural review. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, 64(2): 93-110.
- Milligan ve Pritchard, M. (2006). The relationship between gender, type of sport, body dissatisfaction, self esteem and disordered eating behaviors in division I athletes. *Athletic Insight*, 8(1): 32-46.
- Mills, P., Newman, E. F., Cossar, J. ve Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child abuse & neglect*, 39: 156-166.

- Mishori, R. ve McHale, C. (2014). Pica: an age-old eating disorder that's often missed. *J Fam Pract*, 63(7): E1-4.
- Mitchell, S. A. ve Black, M. J. (2014). *Freud ve Sonrası, Modern Psikanalitik Düşüncenin Tarihi* (A. Eğrilmez, Çev.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Momeñe, J., Estévez, A., Griffiths, M. D., Macia, P., Herrero, M., Olave, L. ve Iruarrizaga, I. (2022). Childhood trauma and body dissatisfaction among young adult women: the mediating role of self-criticism.
- Monell, E., Clinton, D. ve Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 51(8): 921-930.
- Monteleone, A. M., Ruzzi, V., Patriciello, G., Pellegrino, F., Cascino, G., Castellini, G., Steardo Jr, L., Monteleone, P. ve Maj, M. (2020). Parental bonding, childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: an investigation of their interactions. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, bulimia and obesity*, 25: 577-589.
- Morrison, J. (2023). DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler İçin Tanı Rehberi. M. Şahin. (Çev. Ed.). New York: Guilford Press.
- Morris, M. C., Marco, M., Maguire-Jack, K., Kouros, C. D., Im, W., White, C., Bailey, B., Rao, U. ve Garber, J. (2019). County-level socioeconomic and crime risk factors for substantiated child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 90: 127-138.
- Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G. J. J. ve Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child abuse & neglect*, 77: 198-210.
- Müller, L. E., Bertsch, K., Bülow, K., Herpertz, S. C. ve Buchheim, A. (2019). Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a population-based study. *International Journal of Psychophysiology*, 136: 73-80.
- Nasser, M. (2009). Eating disorders across cultures. *Psychiatry*, 8(9): 347-350.

- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S. ve Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *Journal of eating disorders*, 2(1): 1-8.
- Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W. ve Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5): 495-499.
- Naumann, E., Tuschen-Caffier, B., Voderholzer, U., Caffier, D. ve Svaldi, J. (2015). Rumination but not distraction increases eating-related symptoms in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2): 412.
- O'Brien, M. D., Bruce, B. K. ve Camilleri, M. (1995). The rumination syndrome: clinical features rather than manometric diagnosis. *Gastroenterology*, 108(4): 1024-1029.
- Oğur, S., Aksoy, A. ve Selen, H. (2016). Üniversite öğrencilerinin yeme davranışı bozukluğuna yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 5(1): 14-26.
- Onat, O. ve Otrar, M. (2013). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 31(31): 123-143.
- Örge, E. ve Volkan, E. (2023). Effect of Childhood Traumas on Eating Disorders: Systematic Review. *Current Approaches in Psychiatry*, 15(4): 652-664.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahıloğulları, A. K. ve Aktaş, E. A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2).
- Özkan, N. ve Bilici, S. (2018). Yeme davranışında yeni yaklaşımlar: sezgisel yeme ve yeme farkındalığı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 16-24.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2023). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

- Paradis, A. ve Boucher, S. (2019). Child maltreatment history and interpersonal problems in adult couple relationships. In *The Effect of Childhood Emotional Maltreatment on Later Intimate Relationships* (pp. 139-158). Routledge.
- Pederson, C. L. ve Wilson, J. F. (2009). Childhood emotional neglect related to posttraumatic stress disorder symptoms and body mass index in adult women. *Psychological Reports, 105*(1): 111-126.
- Pereira, A. I., Barros, L., Mendonça, D. ve Muris, P. (2014). The relationships among parental anxiety, parenting, and children's anxiety: The mediating effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies, 23*: 399-409.
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loriedo, C., Biondi, M. ve Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(1): 100-115.
- Pigott, T. A., Altemus, M., Rubenstein, C. S., Hill, J. L., Bihari, K., L'Heureux, F., Bernstein, S. ve Murphy, D. L. (1991). Symptoms of eating disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry, 148*(11): 1552-1557.
- Paddock, J. R. ve Nowicki Jr, S. (1986). An examination of the Leary circumplex through the Interpersonal Check List. *Journal of Research in Personality, 20*(2): 107-144.
- Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F. ve Wu, J. (2021). Prevalence of childhood sexual abuse among women using the childhood trauma questionnaire: a worldwide meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 22*(5): 1181-1191.
- Parker, G. ve Lipscombe, P. (1981). Influences on maternal overprotection. *The British Journal of Psychiatry, 138*(4): 303-311.
- Parker, G., Tupling, H. ve Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology.*
- Pengpid, S. ve Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 23*: 349-355.

- Polivy, J. ve Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1): 187-213.
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M. ve Kraaij, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98: 218-224.
- Prefit, A. B., Candeia, D. M. ve Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143, 104438.
- Prino, L. E., Longobardi, C. ve Settanni, M. (2018). Young adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Prevalence of physical, emotional, and sexual abuse in Italy. *Archives of sexual behavior*, 47: 1769-1778.
- Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z. ve Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4): 212-223.
- Quilliot, D., Brunaud, L., Mathieu, J., Quenot, C., Sirveaux, M. A., Kahn, J. P., Ziegler, O. ve Witkowski, P. (2019). Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder. *Psychiatry research*, 276: 134-141.
- Rajindrajith, S., Devanarayana, N. M. ve Crispus Perera, B. J. (2012). Rumination syndrome in children and adolescents: a school survey assessing prevalence and symptomatology. *BMC gastroenterology*, 12(1): 1-6.
- Rajput, N., Kumar, K. ve Moudgil, K. (2020). Pica an eating disorder: an overview. *Pharmacophore*, 11(4).
- Raykos, B. C., McEvoy, P. M., Carter, O., Fursland, A. ve Nathan, P. (2014). Interpersonal problems across restrictive and binge-purge samples: Data from a community-based eating disorders clinic. *Eating behaviors*, 15(3): 449-452.
- Rees, C. (2008). The influence of emotional neglect on development. *Paediatrics and Child Health*, 18(12): 527-534.
- Rees, C. A. (2010). Understanding emotional abuse. *Archives of disease in childhood*, 95(1): 59-67.

- Rieger, E., Wilfley, D. E., Stein, R. I., Marino, V. ve Crow, S. J. (2005). A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of eating disorders*, 37(3): 234-240.
- Ruppert, F. (2014). Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları, (2. baskı) (F. Zengin, Çev.). İstanbul: Kaknüs Psikoloji.
- Saleh, R. N., Salameh, R. A., Yhya, H. H. ve Sweileh, W. M. (2018). Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: a cross-sectional study. *Journal of eating disorders*, 6: 1-6.
- Santos, A. M., Benute, G. R., Nomura, R. M., Santos, N. O., De Lucia, M. C. ve Francisco, R. P. (2016). Pica and eating attitudes: A study of high-risk pregnancies. *Maternal and child health journal*, 20: 577-582.
- Savaşır, I. ve Erol N., (1989). Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23): 19-25.
- Schnitzler, E. (2022). The neurology and psychopathology of pica. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 22(8): 531-536.
- Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G. ve Kuğu, N. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3): 149-57.
- Serra, R., Di Nicolantonio, C., Di Febo, R., De Crescenzo, F., Vanderlinden, J., Vrieze, E. ve Tarsitani, L. (2022). The transition from restrictive anorexia nervosa to bingeing and purging: a systematic review and meta-analysis. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27(3): 857-865.
- Shanahan, M. E., Runyan, D. K., Martin, S. L. ve Kotch, J. B. (2017). The within poverty differences in the occurrence of physical neglect. *Children and youth services review*, 75: 1-6.
- Shi, L. (2013). Childhood abuse and neglect in an outpatient clinical sample: Prevalence and impact. *The American Journal of Family Therapy*, 41(3): 198-211.
- Smith, K. E., Mason, T. B., Anderson, N. L. ve Lavender, J. M. (2019). Unpacking cognitive emotion regulation in eating disorder psychopathology: The differential relationships between rumination, thought suppression, and

eating disorder symptoms among men and women. *Eating behaviors*, 32: 95-100.

Smolak, L. ve Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2): 136-150.

Slanbekova, G. K., Chung, M. C., Ayupova, G. T., Kabakova, M. P., Kalymbetova, E. K. ve Korotkova-Ryckewaert, N. V. (2019). The relationship between posttraumatic stress disorder, interpersonal sensitivity and specific distress symptoms: The role of cognitive emotion regulation. *Psychiatric Quarterly*, 90: 803-814.

Slof-Op't Landt, M. C., Van Furth, E. F., Meulenbelt, I., Slagboom, P. E., Bartels, M., Boomsma, D. I. ve Bulik, C. M. (2005). Eating disorders: from twin studies to candidate genes and beyond. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5): 467-482.

Salokangas, R. K., Schultze-Lutter, F., Schmidt, S. J., Pesonen, H., Luutonen, S., Patterson, P. ve Hietala, J. (2019). Childhood physical abuse and emotional neglect are specifically associated with adult mental disorders. *Journal of Mental Health*.

Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21(3): 167-179.

Smink, F. R., Van Hoeken, D. ve Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4): 406-414.

Smyth, J. M., Heron, K. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D. ve Thompson, K. M. (2008). The influence of reported trauma and adverse events on eating disturbance in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3): 195-202.

Solbakken, O. A., Ebrahimi, O. V., Hoffart, A., Monsen, J. T. ve Johnson, S. U. (2023). Emotion regulation difficulties and interpersonal problems during the COVID-19 pandemic: predicting anxiety and depression. *Psychological medicine*, 53(5): 2181-2185.

- Sperry, D. M. ve Widom, C. S. (2013). Child abuse and neglect, social support, and psychopathology in adulthood: A prospective investigation. *Child abuse & neglect*, 37(6): 415-425.
- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J. ve Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International journal of eating disorders*, 11(3): 191-203.
- Srivastava, M. C. (2019). PICA: A Menace for Oral Health. *Saudi Journal of Oral and Dental Research*, 4(2): 78-81.
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1): 225-242.
- Stice, E., Marti, C. N. ve Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(10): 622-627.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. ve Van Ijzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8): 870-890.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J. ve Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48: 345-355.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. ve Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child maltreatment*, 16(2): 79-101.
- Steiger, H. (2004). Eating disorders and the serotonin connection: state, trait and developmental effects. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 29(1): 20-29.
- Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E. ve Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2): 157-165.

- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 128(5): 825.
- Stickney, M. I., Miltenberger, R. G. ve Wolff, G. (1999). A descriptive analysis of factors contributing to binge eating. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 30(3): 177-189.
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M. ve Dees, J. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 14(1): 13-29.
- Striegel-Moore, R. H. ve Bulik, C. M. (2007). Risk Factors for Eating Disorders. *American Psychologist*, 62(3): 181-198.
- Strumia, R. (2009). Skin signs in anorexia nervosa. *Dermato-endocrinology*, 1(5): 268-270.
- Sullivan, H. S. (1931). Socio-psychiatric research: Its implications for the schizophrenia problem and for mental hygiene. *American Journal of Psychiatry*, 87(6): 977-991.
- Sullivan, H. S. (1938). Psychiatry: Introduction to the Study of Interpersonal Relations. *Psychiatry*, 1(1): 121-134.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Routledge.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7): 1073-1074.
- Szentágotai-Tátar, A. ve Miu, A. C. (2016). Individual Differences in Emotion Regulation, Childhood Trauma and Proneness to Shame and Guilt in Adolescence. *PLoS ONE*, 11(11).
- Şanlıer, N., Yabancı, N. ve Alyakut, Ö. (2008). An evaluation of eating disorders among a group of Turkish university students. *Appetite*, 51(3): 641-645.
- Şar, V., Necef, I., Mutluer, T., Fatih, P. ve Türk-Kurtça, T. (2021). A revised and expanded version of the Turkish Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-33): Overprotection-overcontrol as additional factor. *Journal of Trauma & Dissociation*, 22(1): 35-51.

- Sar, V., Öztürk, E. ve İkikardes, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Gecerlilik ve Güvenilirliği/Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri. Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4): 1054.
- Tam, C. K., Ng, C. F., Yu, C. M. ve Young, B. W. (2007). Disordered eating attitudes and behaviours among adolescents in Hong Kong: prevalence and correlates. *Journal of paediatrics and child health*, 43(12): 811-817.
- Tata, P., Fox, J. ve Cooper, J. (2001). An investigation into the influence of gender and parenting styles on excessive exercise and disordered eating. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(3): 194-206.
- Telch, C. F., Pratt, E. M. ve Niego, S. H. (1998). Obese women with binge eating disorder define the term binge. *International Journal of Eating Disorders*, 24(3): 313-317.
- Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3): 322-334.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 25-52.
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E. ve Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Behavioral neurobiology of eating disorders*, 141-156.
- Toker, D. E. ve Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4): 36-42.
- Tng, G. Y. ve Yang, H. (2021). Interactional effects of multidimensional perfectionism and cognitive emotion regulation strategies on eating disorder symptoms in female college students. *Brain Sciences*, 11(11): 1374.
- 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(1): 1-9.

- Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B. ve Çalışkan, U. (2006). Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Comprehensive psychiatry*, 47(2): 123-126.
- Vacca, M. (2021). *Perfectionism and eating disorder symptoms in adolescents and young adults: the mediating role of cognitive emotion regulation strategies*. (Ph.D. program).
- Van Eeden, A. E., van Hoeken, D. ve Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6): 515-524.
- Van der Kolk, B. A. (2003). *Psychological trauma*. American Psychiatric Pub.
- Vanderlinden, J., Dalle Grave, R., Fernandez, F., Vandereycken, W., Pieters, G. ve Noorduyn, C. (2004). Which factors do provoke binge eating? An exploratory study in eating disorder patients. *Eating and weight disorders: EWD*, 9(4): 300-305.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R. ve Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and Interpersonal Problems. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, 63(1): 109-117.
- Vanheule, S., Vandenberghe, J., Verhaeghe, P. ve Desmet, M. (2010). Interpersonal problems in alexithymia: A study in three primary care groups. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4): 351-362.
- VanMeter, F., Nivison, M. D., Englund, M. M., Carlson, E. A. ve Roisman, G. I. (2021). Childhood abuse and neglect and self-reported symptoms of psychopathology through midlife. *Developmental psychology*, 57(5): 824-836.
- Verschueren, M., Claes, L., Palmeroni, N., Raemen, L., Buelens, T., Moons, P. ve Luyckx, K. (2021). Identity functioning and eating disorder symptomatology: The role of cognitive emotion regulation strategies. *Frontiers in psychology*, 12: 667235.
- Vila-Badia, R., Butjosa, A., Del Cacho, N., Serra-Arumí, C., Esteban-Sanjusto, M., Ochoa, S. ve Usall, J. (2021). Types, prevalence and gender differences of childhood trauma in first-episode psychosis. What is the evidence that

- childhood trauma is related to symptoms and functional outcomes in first episode psychosis? A systematic review. *Schizophrenia Research*, 228: 159-179.
- 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): 1-10.
- Walsh, B. T. ve Devlin, M. J. (1998). Eating disorders: progress and problems. *Science*, 280(5368): 1387-1390.
- Walsh, B. T. (2011). The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiology & behavior*, 104(4): 525-529.
- Walsh, J. M., Wheat, M. E. ve Freund, K. (2000). Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders: The Role of the Primary Care Physician. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8): 577-590.
- Waters, A., Hill, A. ve Waller, G. (2001). Internal and external antecedents of binge eating episodes in a group of women with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 29(1): 17-22.
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. Y. ve Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of counseling psychology*, 52(1): 14.
- Welch, E., Miller, J. L., Ghaderi, A. ve Vaillancourt, T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors?. *Eating behaviors*, 10(3): 168-175.
- Weltzin, T. E., Fernstrom, M. H. ve Kaye, W. H. (1994). Serotonin and bulimia nervosa. *Nutrition Reviews*, 52(12): 399-408.
- Wildes, J. E., Ringham, R. M. ve Marcus, M. D. (2010). Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5): 398-404.
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T. ve Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International journal of eating disorders*, 34(S1): S96-S106.

- Winkler, L. A. D., Christiansen, E., Lichtenstein, M. B., Hansen, N. B., Bilenberg, N. ve Støving, R. K. (2014). Quality of life in eating disorders: a meta-analysis. *Psychiatry research*, 219(1): 1-9.
- Woodside, B. D. ve Staab, R. (2006). Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS drugs*, 20: 655-663.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S. ve Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8): 1107-1115.
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva* (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.
- Xie, Q., Yi, P., Hu, X., Lei, J., Kong, J., Zhang, Y., Liang, M., Luo, J. ve Li, X. (2021). The Effectiveness of Interpersonal Psychotherapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis.
- Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders: I. History, psychological and biological aspects. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6): 813-828.
- Yin, W., Pan, Y., Zhou, L., Wei, Q., Zhang, S., Hu, H., Lin, Q., Pan, S., Dai, C. ve Wu, J. (2022). The relationship between childhood trauma and depressive symptom among Zhuang adolescents: Mediating and moderating effects of cognitive emotion regulation strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 13: 994065.
- Yoon, C. Y., Mason, S. M., Loth, K. ve Jacobs Jr, D. R. (2022). Adverse childhood experiences and disordered eating among middle-aged adults: Findings from the coronary artery risk development in young adults study. *Preventive medicine*, 162: 107124.
- Yöyen, E. ve Bozacı, U. (2023). Childhood Traumas, Emotional Differences and Resilience as Predictives of Interpersonal Problems. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 5(2): 129-139.

- Zarychta, K., Chan, C. K., Kruk, M. ve Luszczynska, A. (2020). Body satisfaction and body weight in under-and healthy-weight adolescents: mediating effects of restrictive dieting, healthy and unhealthy food intake. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25: 41-50.
- Zhang, S., Lin, X., Liu, J., Pan, Y., Zeng, X., Chen, F. ve Wu, J. (2020). Prevalence of childhood trauma measured by the short form of the Childhood Trauma Questionnaire in people with substance use disorder: A meta-analysis. *Psychiatry research*, 294: 113524.
- Zimmerman, J. ve Fisher, M. (2017). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4): 95-103.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. ve Saldivia, S. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive psychiatry*, 49(2): 163-169.

# EKLER

## Ek 1. Katılımcı Bilgilendirme ve Onam Formu

### KATILIMCI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Bu çalışma, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans alanında Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ALTUNKAYA ERDOĞMUŞ danışmanlığında Berna ÇELİK tarafından yapılan bilimsel bir araştırma için veri toplamayı amaçlamaktadır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmada sizden kimlik belirleyici herhangi bir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuat uyarınca tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilerek elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlar kapsamında kullanılacaktır.

Çalışmanın konusu, Yeme Tutumunun Çocukluk Çağı Travmaları Kişilerarası Problemler ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ile İlişkinin İncelenmesidir. Ölçekler, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz ölçekleri cevaplamayı bırakıp çalışmayı sonlandırmakta serbestsiniz. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

*Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.*

Tarih:...../...../.....

Katılımcının İmzası:.....

## Ek 2. Demografik Bilgi Formu

### DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz doldurunuz.

1. Yaşınız:.....

2. Cinsiyet:

Kadın  Erkek

3. Medeni Durum:

Bekar  Evli  Ayrılmış  Eşi Vefat Etmiş

4. Eğitim Durumunuz:

İlkokul mezunu  Ortaokul mezunu  Lise mezunu  Üniversite  
mezunu  Üniversite üstü (Yüksek Lisans/Doktora) mezunu

5. Ekonomik Durum:

Düşük  Orta  Yüksek

6. Beden Ağırlığınız (kg):.....

7. Boyunuz (cm):.....

8. Şu andaki kilonuz için kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Zayıf  Normal  Şişman

9. Beden görünüşünüzden memnun musunuz?

Memnunum  Memnun değilim

10. Daha önce hiç psikiyatrik tanı aldınız mı?

Evet  Hayır

Evetse lütfen belirtiniz:.....

### Ek 3. Yeme Tutum Testi (YTT-40)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size en uygun gelen şıkkı kutu içine (X) işareti koyarak işaretleyiniz.	Daima	Çok Sık	Sık Sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yemeğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						

21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım(vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınıyorum.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Perhiz yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

#### Ek 4. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ-36)

<b>OLAYLARLA NASIL BAŞA ÇIKARSINIZ?</b> Herkes zaman zaman tatlı acı olaylarla karşılaşmakta ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Aşağıdaki sorular, olumsuz durumlarla karşılaştığınızda genelde neler düşündüğünüzü belirlemeyi amaçlamaktadır.	Hemen	Hemen	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Hemen	Hemen
1. Genelde kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4	5		
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5		
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5		
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5		
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm	1	2	3	4	5		
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5		
7. Herşey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5		
8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5		
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5		
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5		
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5		
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılırım.	1	2	3	4	5		
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5		
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5		
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5		

16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissedirim.	1	2	3	4	5
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Olayla ilgili olarak birşeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşadıklarımın dolaylı hissettiklerimin sebebini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim.	1	2	3	4	5
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

## Ek 5. Kişilerarası Problemler Envanteri (KPE-32)

İnsanlar başkalarıyla ilişkilerinde aşağıda belirtilen problemleri yaşadıklarını ifade etmektedirler. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve her maddeyi hayatınızdaki **HERHANGİ BİR ÖNEMLİ KİŞİYLE** (aile bireyleri, dostlar, iş arkadaşları gibi) **İLİŞKİNİZDE** sizin için problem olup olmadığına göre değerlendirin. Problemin **SİZİN İÇİN NE KADAR RAHATSIZ EDİCİ OLDUĞUNU** numaralandırılmış daireleri yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki ifadeler başkalarıyla ilişkilerinizde yapmakta ZORLANDIĞINIZ şeylerdir. Benim için,	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
1. Başkalarına “hayır” demek zordur.	1	2	3	4	5
2. Gruplara katılmak zordur.	1	2	3	4	5
3. Birşeyleri kendime saklamak zordur.	1	2	3	4	5
4. Birine beni rahatsız etmemesini söylemek zordur.	1	2	3	4	5
5. Kendimi yeni insanlara tanıtmak zordur.	1	2	3	4	5
6. İnsanları ortaya çıkan problemlerle yüzleştirmek zordur.	1	2	3	4	5
7. Başkalarına kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5
8. Başkalarına kızgınlığımı belli etmek zordur.	1	2	3	4	5
9. Başkalarıyla sosyalleşmek zordur.	1	2	3	4	5
10. İnsanlara sıcaklık/ şevkat göstermek zordur.	1	2	3	4	5
11. İnsanlarla anlaşmak/ geçinmek zordur.	1	2	3	4	5
12. Başkalarıyla ilişkimde, gerektiğinde kararlı durabilmek zordur.	1	2	3	4	5
13. Başka birisi için sevgi/ aşk hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
14. Başka birinin hayatındaki amaçları için destekleyici olmak zordur.	1	2	3	4	5
15. Başkalarına yakın hissetmek zordur.	1	2	3	4	5
16. Başkalarının problemlerini gerçekten umursamak zordur.	1	2	3	4	5
17. Başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan öne koymak zordur.	1	2	3	4	5
18. Başka birinin mutluluğundan memnun olmak zordur.	1	2	3	4	5
19. Başkalarından benimle sosyal amaçla bir araya gelmesini istemek zordur.	1	2	3	4	5
20. Başkalarının duygularını incitmekten endişe etmeksizin kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.	1	2	3	4	5

Aşağıdaki ifadeler ÇOK FAZLA yaptığınız şeylerdir.	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
21. İnsanlara fazlasıyla açılırım/ içimi dökerim.	1	2	3	4	5
22. Başkalarına karşı fazlasıyla agresifim/ saldırganım.	1	2	3	4	5
23. Başkalarını memnun etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
24. Fark edilmeyi fazlasıyla isterim.	1	2	3	4	5
25. Başkalarını kontrol etmek için fazlasıyla uğraşırım.	1	2	3	4	5
26. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımla önüne koyarım.	1	2	3	4	5
27. Başkalarına karşı fazlasıyla çömertim	1	2	3	4	5
28. Kendi istediğimi elde edebilmek için başkalarını fazlasıyla yönlendiririm.	1	2	3	4	5
29. Başkalarına kişisel bilgilerimi fazla anlatırım.	1	2	3	4	5
30. Başkalarıyla fazlasıyla tartışırım.	1	2	3	4	5
31. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının benden faydalanmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
32. Başkalarının ızdırapından/ mağduriyetinden fazlasıyla etkilenirim.	1	2	3	4	5

## Ek 6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇCTÖ-33)

Her bir madde için aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyiniz: Çocukluğumda ya da ergenliğimde...	Hiçbir Zaman	Nadiren	Kimi Zaman	Sık Olarak	Çok Sık
1.Yeterli yemeğim olurdu.					
2.Gündelik bakım ve güvenliğim sağlanıyordu.					
3.Anne ya da babam kendilerine layık olmadığımı ifade ederlerdi.					
4.Fiziksel ihtiyaçlarım tam olarak karşılanırdı.					
5.Ailemde sorunlarımı paylaşabileceğim biri vardı.					
6.Üst baş açısından bakımsızdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ya da babam kendimden utanmama neden olurdu.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde değiştirmek istediğim şeyler vardı.					
11. Ailemdelikiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Anne ya da babam fikirlerimi önemserdi.					
14. Ailemdelikiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Fiziksel bakımdan hırpalanmış olduğuma inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Biri bana cinsel amaçla dokunmaya ya da kendisine dokundurmaya çalıştı.					
21. Kendisi ile cinsel ilişki kurmadığım takdirde bana zarar vermekle tehdit eden biri vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Ailemdekiler bana karşı suçlayıcıydı.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel istismara uğradığım kanısındayım.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
29. Ailemdekiler yaşitlarımla ve arkadaşlarımla görüşmemi kısıtlardı.					
30. Ailemdekiler her şeyime karışırdı.					
31. Anne ve babam bir işi kendi başıma yapmama fırsat verirdiler.					
32. Ailemdekiler rahat vermeyecek derecede peşimdeydiler.					
33. Anne ya da babam beni kontrol etmek için kişisel eşyalarımı benden habersiz karıştırırdı.					

## Ek 7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Kullanım İzni

On Sun, Mar 13, 2022 at 4:28 PM

wrote:

Kullanabilirsiniz.

Vedat Şar, MD

Professor and Chair, Department of Psychiatry

Koç University School of Medicine ([www.ku.edu.tr](http://www.ku.edu.tr)) &

Koç University Hospital ([www.kuh.ku.edu.tr](http://www.kuh.ku.edu.tr)), Istanbul, Turkey

ORCID ID: 0000-0002-5392-9644

[https://www.researchgate.net/profile/Vedat\\_Sar](https://www.researchgate.net/profile/Vedat_Sar)

[www.vedatsar.com](http://www.vedatsar.com)

---

**From:** Berna Çelik

**Sent:** Saturday, March 12, 2022 9:13 PM

**To:**

**Subject:** Ölçek Kullanım İzni Hakkında

Sayın Vedat Şar,

Ben Berna Çelik. Şu anda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nde klinik psikoloji alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam için uyarlamasını yaptığınız Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'ni izniniz dahilinde kullanmak istiyorum.

Saygılarımla, iyi çalışmalar.

## Ek 8. Kişilerarası Problemler Envanteri Kullanım İzni

On Sun, Mar 13, 2022 at 7:34 PM Miray Akyunus

> wrote:

Merhaba Berna,  
Ekte ölçeği ve makalesini bulabilirsin, iyi çalışmalar dilerim.  
Klinik Psikolog Dr. Miray Akyunus  
Psikoloji Bölümü Öğr. Üyesi  
Işık Üniversitesi / İstanbul

Berna Çelik < > 2

Cmt, 21:49 tarihinde şunu yazdı.

Sayın Miray Akyunus,  
Ben Berna Çelik. Şu anda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nde klinik psikoloji alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam için uyarlamasını yaptığınız Kişilerarası Problemler Envanteri'ni izniniz dahilinde kullanmak istiyorum.  
Saygılarımla, iyi çalışmalar.

## Ek 9. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği Kullanım İzni

On Sun, Mar 13, 2022 at 11:08 AM

Merhaba Berna Hanım,

Ölçeğe gösterdiğiniz teveccüh sebebi ile teşekkür ederim. Doç.Dr.Oya Onat Kocasabıyık hocamla birlikte uyarladığımız ölçeği kullanmanızdan memnuniyet duyuyorum. Ölçeği, puanlama bilgilerini ekli dosyalarda gönderiyorum.

Kolaylıklar diler saygılarımı sunarım.

Mustafa Otrar (Doç.Dr.)

Millî Eğitim Bakanlığı

**From:** Berna Çelik

**Sent:** Saturday, March 12, 2022 9:31 PM

**To:**

**Sub,** .....da

Sayın Mustafa Otrar,

Ben Berna Çelik. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi'nde klinik psikoloji alanında yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği'ni izniniz dahilinde kullanmak istiyorum.

Saygılarımla, iyi çalışmalar.

## ÖZ GEÇMİŞ

Berna ÇELİK

### EĞİTİM

**Yüksek Lisans:** İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Psikoloji Anabilim Dalı,  
Klinik Psikoloji Bilim Dalı, 2023, İstanbul (Tez Aşaması)

**Lisans:** Marmara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü (%100 İngilizce), Fen-Edebiyat  
Fakültesi, 2020, İstanbul

### STAJLAR

2022 – İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir  
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2020 – Özel bir anaokulunda stajyer psikolog

2018 – Özel bir eğitim ve rehabilitasyon merkezinde stajyer psikolog