

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON, SOSYAL
KAYGI VE BAĞLANMA STİLLERİNİN YEME TUTUMU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melisa Sıla ÇİRİŞ

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gizem AKCAN

İSTANBUL - 2022

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON, SOSYAL
KAYGI VE BAĞLANMA STİLLERİNİN YEME TUTUMU
ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Melisa Sıla ÇİRİŞ

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez ____/____/20____ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygu olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Melisa Sıla ÇİRİŞ

12.09.2022



ÖN SÖZ

Bu çalışmanın yazım sürecinde, bana engin bilgileri ile ışık tutan ve yol gösteren sayın danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gizem AKCAN'a teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Ayrıca yardımını esirgemeyen, her zaman desteğini yanında tutan, sorduğum her soruyu sabırla yanıtlayan kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Aslan'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Yükseklisans eğitimim boyunca bu meslekte bana ışık olacak hayata farklı açıdan bakmamı sağlayan, insanları sadece kitaplardan okuduğumla değil gerçekten anlayabilmenin önemini öğreten, paylaştıkları bilgi ve deneyimlerle mesleğimi daha çok sevmemi sağlayan çok değerli hocalarım; Prof. Dr. Mehmet Zihni SUNGUR, Dr.Anıl GÜNDÜZ ve Dr. Burcu SEVİM'e teşekkür ederim.

Ve tüm eğitim hayatım boyunca, iyi günümde, kötü günümde, her zaman yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme de şükranlarımı sunarım.

Melisa Sıla ÇİRİŞ

12.09.2022

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	i
TABLolar LİSTESİ.....	ii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1: DEPRESYON.....	4
1.1. Depresyon.....	4
1.2. Depresyonla İlgili Kuramlar.....	6
1.2.1. Psikanalitik Kuram.....	6
1.2.2. Bilişsel Kuram.....	7
1.2.3. Davranışçı Kuram	7
1.2.4. Umutsuzluk Kuramı	8
1.2.5. Kişilerarası İlişkiler Kuramı.....	8
1.3. Depresyonun Etiyolojisi	9
1.4. Depresyonun Epidemiyolojisi	10
1.5. Depresyonun Diğer Değişkenler ile İlişkisi	11
1.5.1. Depresyon ile Yeme Tutumu İlişkisi	11
1.5.2. Depresyon ile Sosyal Kaygı İlişkisi	12
1.5.3. Depresyon ile Bağlanma Stilleri İlişkisi	14
BÖLÜM 2: YEME TUTUMU.....	16
2.1. Yeme Tutumu.....	16
2.1.1. Yeme Bozuklukları ve Sınıflandırılması.....	16
2.2. Anoreksiya Nervoza	17
2.2.1. Bulimia Nervoza	18
2.2.2. Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu	19
2.2.3. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu	20
2.2.4. Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu	21
2.3. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi.....	21
2.3.1. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisinde Risk Faktörleri.....	22
2.3.2. Genetik Faktörler.....	22

2.3.3. Sosyokültürel Etkenler	23
2.3.4. Ailesel Faktörler	25
2.4. Beden Biçimi Algısı	26
2.5. Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi	26
2.6. Yeme Tutumu Açıklayan Yaklaşımlar	27
2.6.1. Biyo-psikososyal Model	27
2.6.2. Aç Kalma ve Diyet Modelleri	28
2.6.3. Yaşam Döngüsü ve Geçiş Kuramları	29
2.6.4. Psikanalitik / Psikodinamik Kuramlar	29
2.6.5. Bilişsel Davranışçı Model	30
2.7. Yeme Tutumu ile Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkiler	31
2.7.1. Yeme Bozuklukları ile Sosyal Kaygı İlişkisi	31
2.7.2. Yeme Bozuklukları ile Bağlanma Stilleri İlişkisi	31
BÖLÜM 3: SOSYAL KAYGI	33
3.1. Sosyal Kaygı	33
3.1.1. Sosyal Kaygı Kriterleri	35
3.1.2. Sosyal Kaygının Nedenleri	35
3.1.3. Sosyal Kaygının Özellikleri	36
3.2. Sosyal Kaygı İle İlgili Kuramlar	36
3.2.1. Biyolojik Kuram	36
3.2.2. Psikanalitik Kuram	37
3.2.3. Bağlanma Kuramı	38
3.2.4. Davranışçı Kuram	39
3.2.5. Bilişsel Kuram	40
3.2.6. Sosyal Kaygı ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki	42
BÖLÜM 4: BAĞLANMA STİLLERİ	43
4.1. Bağlanma Kuramı ve Bağlanma Kavramı	43
4.1.1. İçsel Çalışan Modeller	44
4.2. Yabancı Ortam Çalışmaları	45
4.3. Çocukluk Döneminde Bağlanma	45
4.4. Ergenlik Döneminde Bağlanma	46
4.4.1. Yetişkinlik Döneminde Bağlanma	47
4.5. Bağlanma Stilleri	48

4.5.1. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi	49
BÖLÜM 5: YÖNTEM	51
5.1. Araştırmanın Yöntemi	51
5.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi	51
5.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi	51
5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	53
BÖLÜM 6: BULGULAR	54
6.1. Betimsel Analizler	54
6.2. Demografik Özellikler ile Yeme Tutumu Arasındaki Fark Testleri	55
6.3. Değişkenler Arası İlişki Testi Analiz Sonuçları	57
6.4. Korelasyon Analizi Sonuçları	57
6.5. Regresyon Analizleri Sonuçları	58
BÖLÜM 7: TARTIŞMA	59
SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKÇA	65
EKLER	80
ÖZ GEÇMİŞ	86

KISALTMALAR

AN	: Aneroksiya Nervoza
BN	: Bulimia Nervoza
DÖ	: Depresyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
LSA	: Liebowitz Sosyal Anksiyete
vd.	: ve diğerleri
YTT	: Yeme Tutum Testi



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Yaş'a Göre Dağılımı	54
Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı	54
Tablo 3: Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	54
Tablo 4: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Dağılımı	55
Tablo 5: Katılımcıların Depresyon Geçmişine İlişkin Dağılımı	55
Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetleri İle Yeme Tutumu Arasındaki Farklar	55
Tablo 7: Katılımcıların Yaşları ile Yeme Tutumu Arasındaki Farklar	56
Tablo 8: Katılımcıların Devam Ettikleri Eğitim Düzeyi ile Yeme Tutumu Arasındaki Farklar	56
Tablo 9: Katılımcıların Depresyon Geçmişi ile Yeme Tutumu Arasındaki Farklar	56
Tablo 10: Değişkenler Arasındaki İlişkileri Gösteren Korelasyon Tablosu	57
Tablo 11: Regresyon Modeli	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Bilişsel Yapı	41
------------------------------	----



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Üniversitesi Öğrencilerinde Depresyon, Sosyal Kaygı ve Bağlanma Sitillerinin Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi

Tezin Yazarı: Melisa Sıla ÇİRİŞ **Danışman:** Dr. Öğr. Üyesi Gizem AKCAN

Kabul Tarihi: 12.09.2022 **Sayfa Sayısı:** v (ön kısım) + 79 (tez) + 6

Anabilim Dalı: Psikoloji **Bilim Dalı:** Klinik Psikoloji

Çağımızda en sık karşılaşılan psikolojik rahatsızlıklardan bazıları depresyon, yeme bozuklukları, sosyal kaygı ve bağlanma sitilleri birbirileri ile de yakından ilişkili sorunlardandır. Bu psikolojik rahatsızlıklar diğerlerini de tetikleyebildiği gibi, var olan bir rahatsızlığı daha da artırabilmektedir. Bu çalışmanın amacı depresyon, yeme tutumu, sosyal kaygı ve bağlanma sitilleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Betimsel ve ilişkisel tarama modelinin kullanıldığı bu araştırmada evreni, 2020-2021 eğitim yılında İstanbul'daki vakıf üniversitelerinde öğretim görmekte olan üniversite öğrencileridir. Çalışmanın örnekleminde ise gönüllülük esasına dayanarak araştırma katılmayı kabul eden 295 öğrenci bulunmaktadır.

Veri toplama araçları olarak da bilgilendirilmiş onam formu, demografik veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği, Yeme Tutum Testi-40 ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 26 programında analiz edilmiştir.

Araştırma sonuçlarında; katılımcıların tüm ölçeklerden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayrıca yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre depresyon, sosyal kaygı ve bağlanma sitillerinin yeme tutumunu anlamlı düzeyde yordadığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Depresyon, Yeme Tutumu, Sosyal Kaygı, Bağlanma Stilleri

ABSTRACT

İstanbul Kent University Institute of Graduate Education Abstract of Master's Thesis

Title of the Thesis: Investigation of the Effects of Depression, Social Anxiety and Attachment Styles on Eating Attitudes in University Students	
Author: Melisa Sıla ÇİRİŞ	Supervisor: Dr. Lecturer Gizem AKCAN
Date: 12.09.2022	Nu. of pages: v (pre text) + 79 (min body) + 6
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
Some of the most common psychological disorders in our age are depression, eating disorders, social anxiety and close relationships are closely related problems. These psychological disorders can trigger others, as well as exacerbate an existing disorder. The aim of this study is to examine the relationship between depression, eating attitude, social anxiety and experiences in close relationships. The universe of this research, in which descriptive and relational scanning model is used, is university students studying at foundation universities in Istanbul in the 2020-2021 academic year. In the sample of the study, there are 295 students who agreed to participate in the research on a voluntary basis. Informed consent form, demographic data form, Beck Depression Scale, Liebowitz Social Anxiety Scale, Eating Attitude Test-40 and Experiences in Close Relationships Inventory-II (FRI-II) were also used as data collection tools. The obtained data were analyzed in SPSS 26 program. In the research results; It was observed that there was a moderately significant positive correlation between the scores of the participants from all scales. In addition, according to the results of the regression analysis, it is seen that depression, social anxiety and experiences in close relationships significantly predict eating attitude.	
Keywords: Depression, Eating Attitudes, Social Anxiety, Attachment Styles	

GİRİŞ

Bu başlık altında çalışmayla alakalı kısa bilgilerin sunulduğu problem durumunun ardından araştırmanın amacı ve önemine dair açıklamalar, araştırmada ele alınan temel soru ve bu soruya dayalı araştırılacak alt sorular, sayıtlar ve sınırlılıklara yer verilmiştir.

Problem Durumu

Depresyon, çağımızın en yaygın görünen rahatsızlarının başında gelmektedir. Bu açıdan depresyon sadece kişisel bir risk unsuru olmanın yanı sıra aynı zamanda toplum sağlığı açısından da önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir (Angst, 1992). Ruhsal sorunların çoğunda olduğu gibi depresyonda da farklı risk faktörleri vardır. Yaş, cinsiyet, ekonomik durum, eğitim seviyesi, iş durumu, medeni hal, sigara ve alkol kullanımı, fizyolojik sorunlar gibi unsurlar depresyon durumunu etkileyebilmektedir (Ünal vd., 2002). Benzer durum sosyal kaygı sorunları için de geçerlidir. Kaygı sorunlarında sınıflandırılmış olan sosyal kaygı bozukluğu, bireyin içinde olduğu sosyal yapıyla alakalı alanlarda değerlendirilmesine dair duyduğu yoğun korku ve anksiyete halidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Sosyal kaygı ile depresyon arasında ilişki olduğu ve birbirini arttıran ve tetikleyen unsurlar oldukları da bilinmektedir. Lewis (1934) sosyal kaygı ile depresyon arasında süreklilik bulunduğunu söylemiş ve sosyal kaygının depresyonun bir parçası olduğunu belirtmiştir.

Yaygın görünen bir diğer psikolojik rahatsızlık yeme tutumu bozukluklarıdır. Yeme bozukluklarının görülmesinde neden olan unsurların başında yeme tutumunda yaşanan bozulmalardır (Işık 2018). Hayat şartlarının keskin bir şekilde değişmesi, yemek yemeğe yeterli zamanın ayrılmaması, fast-food alışkanlığı, yemek yerken farklı şeylerle de uğraşılması yeme tutumun değişmesine neden olmaktadır. Bireyin yaşam düzeninde oluşan önemli farklılıklar da yeme tutumunda değişikliğe sebep olabilecektir (Büşhi, 2015). Heaven vd. (2001), kişilerin depresyondayken daha çok yediklerini belirtmiştir. Dolayısıyla depresyon ile yeme tutumu bozuklukları arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Aynı şekilde sosyal kaygı ile de yeme tutumu arasında bir ilişki olduğu farklı araştırmalarda da konu edilmiştir. Swinbourne, (2008) Sosyal kaygı sorunlarının yeme bozuklukları ile birlikte en fazla morbiditeye sahip olduğu belirtmiştir.

Araştırmacılar insanın dünyaya gelişinden itibaren, henüz ilk anlarından itibaren, onun ihtiyaçlarıyla ilgilenen insanlarla kurduğu ilişkinin, geleceğinde kuracağı ilişkilerde de belirleyici olduğunu belirtmiştir (Thompson, 2002; Özdoğan Kavzoğlu, ve Üstündağ, 2011). Dolayısıyla bağlanma stilleri, kişinin hayatındaki pek çok şeyde etken bir unsur olmaktadır. Bu nedenle de depresyon, sosyal kaygı ve yeme tutumu gibi pek çok psikolojik sorunla da

doğrudan ilişkili olabilmektedir. Örneğin Bifulco, Moran, Ball ve Bernazzani, (2002) çalışmalarında uyumsuz bağlanma tarzlarının depresyonla ilişkisi ortaya konmuştur. Dağ ve Gülüm (2013) ise araştırmalarında, kadınlarda ve erkeklerde kaygılı bağlanma ile sosyal kaygı ilişkisinde ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Oral ve Hisli Şahin (2008) ve Tetley ve diğerlerinin (2014) çalışmalarında da yeme tutumu ile bağlanma stilleri ilişkileri üzerine incelemeler bulunmaktadır.

Amaç

Bu araştırmada, vakıf üniversitesinde öğrenim gören öğrencilerde depresyon, sosyal kaygı, yeme tutumu ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda da ele alınan sosyodemografik özellikler temelinde oluşturulan gruplar arasında yeme tutumu bakımından anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Depresyon, sosyal kaygı ve bağlanma stillerinin yeme tutumunu yordaması incelenecektir.

Önem

Bu çalışmada ele alınan psikolojik sorunlar, insanlar arasında en sık görülen psikolojik rahatsızlıklardandır ve bu rahatsızlıklar bir diğerini tetikleyen ve/veya arttıran unsurlardır. Bu bakımdan bu rahatsızlıkların nedenlerini ve yaygınlığını bilmek/anlamak, bu rahatsızlıkların yok edilmesi açısından da yol gösterici olacaktır. Ayrıca alanyazında bu değişkenlerin bazılarının birbiri ile ilişkisini mercek altına almış pek çok çalışma olmasına karşın, bu değişkenleri bir arada ele alan çalışma sayısı yok denecek kadar azdır. Bu açıdan da bu çalışmanın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Problem Cümlesi

Üniversite öğrencilerinde depresyon, sosyal kaygı, yeme tutumu bozukluğu ve bağlanma stilleri arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır? Bu rahatsızlıkların seviyesi ile öğrencilerin sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı bir fark var mıdır?

Alt Problemler

Kadın ve erkek üniversite öğrencilerinin yeme tutumu puanları anlamlı farklılık göstermekte midir?

Yaş ve eğitim düzeyi açısından üniversite öğrencilerinin yeme tutumu puanları anlamlı farklılık göstermekte midir?

Depresyon öyküsü olan ve olmayan bireylerin yeme tutumu puanları anlamlı farklılık göstermekte midir?

Depresyon, sosyal kaygı, bağlanma stilleri ve yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Üniversite öğrencilerinde depresyon yeme tutumunu yordamakta mıdır?

Üniversite öğrencilerinde sosyal kaygı yeme tutumunu yordamakta mıdır?

Üniversite öğrencilerinde kaçınmacı ve kaygılı bağlanma stilleri yeme tutumunu yordamakta mıdır?

Sayıtlılar

Araştırmaya katılan öğrencilerin sorulara doğru ve dürüst cevaplar verdikleri var sayılmaktadır.

BÖLÜM 1: DEPRESYON

1.1. Depresyon

Depresyon kelimesini tarihte ilk olarak, Yunan hekim Hipokrat'ın kullandığı ve Yunanca'da depress kelimesinden türeyen, depressus teriminden geldiği bilinmektedir (Sadock vd., 2007). Depresyon, insanın yaşama isteğinin azaldığı, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe dair karamsar düşüncelerin olduğu, geçmişle ilgili yoğun pişmanlık ve suçluluk duygusu ve düşüncelerinin olduğu, bazen özkıyım düşüncelerinin olduğu ve sonucunda ölümün olabileceği, uyku, cinsel istek ve iştahta fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır (Çevik ve Volkan, 1993). Depresyon yaşam kalitesini, psikososyal işlevselliği, tıbbi mortalite ve morbiditeyi etkileyen, oldukça sık görülen kronik ve tekrarlayıcı özellikleri olabilen ciddi bir psikiyatrik hastalıktır (Kessler ve Bromet, 2013).

Hipokrat'ın melankoli kelimesi ile tarif ettiği depresyon, Helenistik dönemde Galen ve 10. yüzyılda İbn-i Sina tarafından da aynı şekilde ifade edilmiştir (Salbaş, 2020). Bu durum 19. yüzyıla kadar devam etmiş ancak 19. asırda Pinel'den itibaren depresyon ve mani kavramları günümüzdekine yakın olarak ifade edilmiştir. Delasiauve 19. asırda "depresyon" kavramını, hastalık tanımlamada kullanan ilk kişilerden biridir (Berrios, 1988).

Depresyon, bireyin işlev görme yeteneğini ve hastanın günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyen, tanınmış bir akıl sağlığı sorunudur (Direkvand-Moghadam vd, 2014). Depresyon nedeniyle, epizodik depresyon semptomlarının bir sonucu olarak, binlerce hastanın sosyal ve mesleki işlevlerini yerine getiremediği için önemli ekonomik maliyetler ortaya çıkmaktadır (Andrade vd, 2003). Dolayısıyla depresyonun, yaşamın her alanını etkileyen bir rahatsızlık olduğu söylenebilecektir.

Genç yetişkinliğe kadar olan yaş dönemi, depresyonun ilk epizodu için tipik başlangıç yaşı olarak kabul edilmektedir (Kuehner, 2003). Dünya Sağlık Örgütü (2002), depresyonu dünyanın en acımasız hastalığı olarak görmekte ve gidişatını anlamak, önlemek ve tedavi etmek için savunmasızlık faktörlerini tanımlamanın gerekliliğini vurgulamaktadır. Aksi takdirde bu rahatsızlıkla baş edebilmek de zorlaşacaktır.

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5) tanı kriterleri doğrultusunda depresyon; on dört günlük süreçte aşağı yukarı her gün, günün büyük kısmında kendini bitkin hissetme, hüzünlü veya sinirli olma, aşağı yukarı tüm faaliyetlere yönelik ilgide eksiklik, bir diyet uygulanmaksızın kilo alma ya da verme, aşağı yukarı her gün uyku problemleri yaşama,

hareketlerde hızlanma-yavaşlama, içsel motivasyonun düşmesi, tükenmişlik, aşağı yukarı her gün değersizlik veya suçluluk hissetme, aşağı yukarı her gün düşünceleri toparlamakta ve konsantrasyonda zorlanma, kararsızlık hali ve ölüm, intihar düşüncesi ya da teşebbüsü gibi emarelerle ilerleyen psikiyatrik bir sorundur (Köroğlu, 2013).

DSM-5'teki "Depresyon" tanı ölçütleri şu şekilde belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013): Aynı on dört günlük süreçte, belirtilen emarelerden beşi (veya daha fazlası) tespit edilmiştir ve daha evvelki fonksiyonellik seviyesinde bir farklılık olduğu görülmüştür. Bu emarelerden en az biri ya bitkin duygudurum ya da ilgisini kaybetme veya keyif almamadır.

1- Çökkün duygudurum neredeyse her gün günün büyük bir bölümünde yaşanır ve bu durumu ya kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder veya umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlemlenir (örn. ağlamaklı görünür). (Not: çocuklarda ve ergenlerde kolayca kızılan bir durum olabilir.)

2- Bütün ya da bütüne yakın faaliyetlere karşı ilgide belirgin azalma veya aktivitelerden zevk almama durumu neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde yaşanır (öznel anlatıma göre veya gözlemlerle belirlenir).

3- Kilo verme çabası olmaksızın (diyet yapmıyorken) fazla kilo verme veya kilo alma (örneğin bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha fazla olan bir değişiklik) ya da neredeyse her gün, yeme isteğinde azalma yahut artma (not: çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama da göz önünde bulundurulmalıdır.)

4- Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma

5- Neredeyse her gün psikodevinimsel kışkırtma (ajitasyon) veya yavaşlama (başkalarınca gözlemlenebilir; yalnızca öznel dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusunu taşıma olarak değil)

6- Neredeyse her gün halsiz hissetme veya içsel gücün tükenmesi (enerji düşüklüğü)

7- Neredeyse her gün değersizlik veya aşırı ya da gereksiz suçluluk duyguları (sanrısallık olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).

8- Neredeyse her gün düşünceleri toparlamakta ve konsantrasyonda güçlük çekme veya kararsızlığa düşme (öznel anlatıma göre ya da başkalarınca gözlenir).

9-Tekrarlayıcı ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel bir girişim tasarlamaksızın tekrarlayıcı kendini öldürme (intihar) düşünceleri veya kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmeye yönelik özel bir eylem planlama.

A- Bu emareler klinik olarak net bir soruna veya sosyal işle alakalı konularda ya da önemli farklı fonksiyonellik durumlarında işlev yetersizliğine sebep verir.

B- Bu süreç bir maddenin veya farklı bir tıbbi halin fizyolojiyle alakalı etkilerine bağlanamaz.

Ayrıca; A-C- tanı kriterleri bir baskın depresyon sürecini meydana getirir.

Bunların yanı sıra, büyük bir kayıp, ciddi bir rahatsızlık veya meleke kaybı neticesinde verilen tepkilerde, A tanı kriterinde ifade edilen baskın bir keder hissetme, kayıpla alakalı yoğun düşünme, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi emareler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi emareler anlaşılabilir veya yaşanan kayba göre uygun görülebilse de önemli bir kayba dair doğal tepkinin yanında, bir baskın depresyon döneminin de olabileceği göz önüne alınmalıdır. Bu karar bireyin öyküsünün ve kayıp bağlamında yaşanan acının, kültürel ölçüler doğrultusunda dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

C- Baskın depresyon sürecinin var oluşu, şizoduygulanımsal sorun, şizofreni, şizofrenimsi problem, sanrılı bozukluk veya şizofreni açılım çerçevesinde ve psikozla ilerleyen tanımlanmış ya da tanımlanmamış farklı sorunlarla daha iyi ifade edilemez.

D- Asla bir mani dönem veya bir hipomani süreci yaşanmamıştır.

Ayrıca mani veya hipomani gibi süreçler bir madde kullanımının neden olduğu süreçlerse veya farklı bir sağlık durumunun, fizyolojiyle alakalı tesirine ilişkilendiriliyorsa, bu dışlama yapılamaz.

1.2. Depresyonla İlgili Kuramlar

1.2.1. Psikanalitik Kuram

Freud (1917), hüzn ve yası yorumlarken, depresyon sürecinde yas sürecindeki gibi gerçek bir obje yitimi gerçekleşmediğini belirtmektedir. Bireyin, önem verdiği birisini ölüm neticesinde kaybetmesiyle yas ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte bireyde önem verdiği kişilerce, terk edilmişçesine bir kayıp hissi oluşur. Yasta kayıp hissi görülebilir ancak “sevilmiyorum, kötüyüm” şeklinde yaşanan bir özsaygı kaybı oluşmaz. Depresyonda ise kayıp hissi sevgi ve hasret aracılığıyla üst benliğin, bireyin kendisine öfke duymasına sebep olur ve böylelikle öz

saygı kaybedilir. “Ben artık sevilmiyorum”, “kötüyüm” düşünceleri egoya negatif yorumlar yakıştıracak ve depresyon meydana gelecektir (Korukluoğlu, 2019).

Benliğin, özsevi desteklerine erişme çatışmalarıyla depresyon ortaya çıkmaktadır. Kişinin; değer verilen, sevilen, güvenli, güçlü, sevebilen kişi olmakla alakalı çok kuvvetli hayati gayeleri var iken bir yaşantı olayı bu gayelere erişmeye mâni olabilecektir. Beklentilerine ulaşamayacağına inanan birey, öz saygısını kaybeder ve tükenmişliğe girer (Korukluoğlu, 2019).

1.2.2. Bilişsel Kuram

Beck ve Gargiulo (1983)’ün geliştirdiği bilişsel yapıda tükenmişlik, bir duygulanım sorunundan çok bireyin hayatının ilk zamanlarından itibaren var ettiği şemalarının neticesidir. Bilişsel modelde fert, ilk kendisine dair negatif algılamalara haizdir. Ardından dünyasını ve geleceğini kötü algılamayacaktır. Öz benliğini eksik ve değersiz biri gibi gören kişinin etrafındaki her şey artık onun için birer engelleyici özelliğindedir. Bu noktada vurgusu yapılan husus, depresif bireylerin bilişsel işleyişlerindeki sorundurumdur. Depresyonu bilişsel, davranışsal ve duygusal olarak yekpare değerlendiren Beck’in tanımınca; depresif duygulanım, daha çok bilişsel bir bozukluk kategorisine girmektedir (Korukluoğlu, 2019).

Duygusal sorunların ifadesinde bilişsel yapılar olarak kabul edilen şemaları ele alan Beck (1967), bunların kişinin zihnini, algılarını ve hükümlerini etkilediğini belirtmiştir. First ve diğerlerine (1997) göre de deneyimler, kişilerin şemaları ile algılanmaktadır ve şemalarına uygun bir şekilde deneyimlerin yorumlanmalarında da bozulmalar gerçekleşmektedir (Hisli Şahin, 2011). Bu kişiler, yaşantı gereklerini de son derece olumsuz biçimde yorumlamaktadırlar. Bireysel dünyalarını aşırı derecede yüklü, hayatı aşılamaz bariyerlerle dolu, zevksiz ya da doyumsuz bir ortam olarak algırlar. Var olan sorunlarının ne zaman sona ereceği belirsizdir. Yarınlarında iyileşmesini imkânsız kabul ettikleri cefalı, mahrum, engelli bir hayatı görmektedirler (Aşkın, 1999).

1.2.3. Davranışçı Kuram

Ferster (1973), davranışçı yönden ilk defa ayrılık, vefat, ani çevresel farklılık gibi pozitif pekiştiricinin yitimiyle depresyonu bağdaştırmıştır. Davranışçı bakış açısında depresyonun esas unsuru, olumlu yöndeki pekiştiricin ortaya çıkmasındaki düşüş biçiminde ifade edilmiştir (Köknel, 2005). Yani kişinin yaşamında meydana gelen olumsuz bir durumun yanı sıra kişinin

yaşamında ona haz veren unsurların yok olması da depresyonun var olmasında etkili olabilecektir.

Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik fikrindekine benzer köpeklerde deney esnasında ortaya çıkarılan kaçınma davranışıyla var olan kurtulma gayreti bir müddet sonra itaatkarlık ve çaresizliğe evirilmektedir. Seligman'a göre (1992) birey, uzunca bir mühlet acılı uyaranlarla karşılaştığında çaresizlik hissi duyacak ve bu vaziyetten ne şekilde kurtulabileceğini anlamayacaktır. Bu bakış açısından depresyon, çocukluktan başlayarak hazin deneyimlerle karşılaşıldığında onlardan kaçınma, kurtulma gereklerini anlamam ve çaresizlik durumudur (Korkmaz, 2001).

1.2.4. Umutsuzluk Kuramı

Seligman ve Maier (1967) depresyonu, kişilerin yaşananlara dair bakışıyla ilişkilendirmiştir. Yaşananlara durağan, küresel ve içsel olarak bakanların depresyona daha meyilli oldukları belirtilmektedir. Bu bakış açısı, Abramson ve diğerleri (1989) tarafından umutsuzluk kuramı olarak gündeme getirilmiştir. Abramson ve diğerleri (1989), öğrenilmiş çaresizlik modelini baştan değerlendirmişler ve depresyonun tanımında umutsuzluğu gündeme taşımışlardır.

Bu doğrultuda depresyonun kökeni, bireylerde, arzulanan durumların gerçekleşmeyeceği ya da arzulanan durumların gerçekleşeceğine ilişkin düşüncelerin, arzulanan sonuçları engelleyemeyeceği kanaatidir. Kuram aslında Seligman'ın öğrenilmiş çaresizlik modelinden evrilmiştir (Doğan, 2010). Abrahamson ve diğerlerine göre (1978) depresif insanlar, sorunlara kendilerinin sebep olduğunu, bu durumların hiçbir şekilde değişmeyeceğini ve var olan her şeyi etkileyeceğine inanmaktadırlar.

1.2.5. Kişilerarası İlişkiler Kuramı

Sullivan (1972), kişilerarası ilişkilerin önemine vurgu yaparak kişilik gelişimi kuramını genişletmiş ve kişilerarası ilişkiler kuramını yaratmıştır. Bu kuramda kişilik ve hastalıklar, sosyal güçler ve kişilerarası tecrübeler neticesine meydana gelmektedir. Dolayısıyla depresyon ile kişilik ve kişilerarası yaşanmışlıkların arasındaki ilişkilere yoğunlaşmıştır (Pehlivan ve Güner, 2016).

Depresyona ilişkin kişiler arası ilişkiler kuramı, yalnızca bir sebepten çok çoğulcu, bütünleştirici perspektifi yansıtmaktadır. Bu yaklaşıma göre, depresyonun kökenini evlilik, ana-babalık, aile mensupluğu, iş arkadaşlığı işleyişlerindeki önemli problemlerden gelmektedir (Bilge ve Engin, 2016). Sosyal ortam ve kişilerarası ilişkiler zedelenmiş ya da yitimler

yaşanmışsa umut kaybı oluşabilir ve bağlanma ilişkilerinin kurulması, sürdürülmesi veya tazelenmesindeki problemler depresyon kökenlerini oluşturabilir (Öztürk 1997).

1.3. Depresyonun Etiyolojisi

Aeron Beck 1960'lı senelerde depresif rahatsızlıkları olanlar için bazı dış iletilere yönelik oluşturulan, ilgisiz veya uygun olmayan bilişsel karşılıklardan söz etmiştir. Beck'e göre, herhangi biri adına pek de manası olmayan bir durum, depresif birey adına kısıyıcı düşünceler eşliğinde yaşanabilecektir (Beck, 1967). Depresyona yatkın kişilerin, depresif bağlamdaki zihinsel geniş getirme rutinlerini veya çağrışımlarını bir dış etken yokken de basitçe üretebildikleri gözlemlenebilir. Bu kişilerin, var olanı bozarak değerlendirme tarzları, öngöründen mahrumdur ve mantığa dayanmamaktadır. Bilinç dışı ve otomatik biçimde meydana gelen bu bilişler, depresif yatkınlığı bulunan bireylerce fazlasıyla inandırıcı görülmektedir. Bu duruma ilave edilen kuvvetli bir duygulanım da inandırıcılığın etkisini arttırmaktadır (Boztaş ve Arısoy, 2010).

Depresyon; psikososyal yönünün yanında kişiler arası ilişkiler nedeniyle de oluşabilen bir sorundur (Oral ve Tuncay, 2018). Salt depresyon kişilerarası problemlere neden olabileceği gibi, kişilerarası problemler de depresyonun gelişiminde etkili olabilir. Depresyonla kişilerarası problemler arasında birbirini kötü etkileyen karşılıklı bir bağ bulunmaktadır (Işık vd., 2013).

Çocukluğun erken evrelerindeki anne kaybının, tükenmişliğe yatkınlık yönünden büyük bir etken olduğu düşünülmektedir. Bebeklik evresinde ebeveynlerinden mahrum olma, tükenmişliğe sebep olabilecek en büyük faktörlerdendir. Böylesi mahrumiyetler bebekte sıkıntılara bağlı olarak hipotalamus-hipofiz-böbrek üstü bezi dizgesinin faaliyetini çoğaltarak hem nöroendokrin dizgenin hem de beynin gelişiminde büyük izler bırakabilir (Kaya, 2007). İş kaybı, emeklilik, sağlık ya da aile problemleri gibi sevgi objesinin kaybı devamlı herkeste tükenmişliğe sebep olmaz, fakat bedensel ya da psikolojik meyilli bulunan olan bireylerde sorunun başlangıcında büyük rol üstlenir. Tükenmişlik yaşayan kişilerin birinci dereceden yakınlarında hastalanma ihtimali genel popülasyona nazaran 2-3 kat fazladır. İkiz araştırmalarında irsi aktarımın %31 ile %42 civarında olduğu varsayımı bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Depresyonun var olmasında psikososyal ve çevresel etmenlerin yanı sıra etkili olduğu öne sürülen etmenlerden bir diğeri de kalıtsal etmenlerdir. Sürdürülen genetik çalışmalar, tükenmişliğin bağlantılı olduğu genleri ve antidepresanların genlerle alakalı etki işleyişini incelemeye yöneliktir. Bilhassa depresyon sebebiyle yaşamına son verenlerin vefat sonrası

incelenmesinde bu insanların prefrontal kortekslerinde epigenetik farklılıklar görülmüştür (Çelik ve Hocaoglu, 2016). McGowan ve diğerlerinin (2009) de yürüttüğü çalışmada, DNA'da ilişkin genin baskılandığını ve bu genin etkisizleşerek stres yanıtını artırdığını belirtmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

İkiz çalışmaları, depresyonda irsi aktarım olduğunu göstermektedir. Bu durum bipolar sorunlara dayanan depresyonda daha net bir şekilde halde görülmektedir (Ersan ve Abay,2001). Aile ve evlat edinme araştırmalarında, majör depresif sorunlar yaşayanların birinci derece akrabalarında depresyon ihtimalinin çoğaldığına işaret eden neticeler bulunmaktadır. Biyolojik anne babasında depresyon görülen evlat edinilmiş çocuklarda da depresyon yaşama ihtimalinin daha yüksek olduğu anlaşılmıştır (Çelik ve Hocaoglu 2016).

1.4. Depresyonun Epidemiyolojisi

Ülkeler arasında depresif bozuklukların yaygınlığında büyük farklılıklar vardır. Bunun gerçek, mevcut varyasyonlardan ve çalışmalardaki metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı varsayılmaktadır. Bir sorun da depresyonun çeşitli tanımlarıdır. Bazı çalışmalar yalnızca majör depresyon bozukluklarını içerirken, diğerleri bipolar depresyon dahil olmak üzere farklı türlerini ölçmektedir (Türkçapar, 2004). Bazı çalışmalar ise başka türlü belirtilmeyen distimi veya depresyonu konu almaktadır. Tanı kategorilerinin daha geniş bir şekilde dahil edilmesi, gözlemlenen yaygınlık oranlarını artırmaktadır. Teşhis aletleri de önemlidir. Teşhis temeli olarak belirti ölçekleri kullanıldığında, ölçülen yaygınlıklar yapılandırılmış tanısal görüşmelerin kullanıldığı zamandan daha yüksek olma eğilimindedir (Ferrari vd., 2013).

Hedef popülasyon, örnekleme ve katılım oranlarındaki çalışmalar arasındaki farklılıklar da yaygınlık tahminlerindeki yanlışlıklara katkıda bulunmaktadır. Ayrıca kavramsal depresyon modelleri ve semptomların ortaya çıkışı kültürler arasında farklılık göstermektedir (Karasz, 2005). Bu gibi durumlardan dolayı depresyonun görülme sıklığına dair kesin bir oran vermek mümkün değildir.

Karşılaştırmayı mümkün kılmak ve pratik nedenlerden ötürü, bununla birlikte, aynı standartlaştırılmış ve doğrulanmış araçlar, bağlamdan bağımsız olarak, normal olarak epidemiyolojik çalışmalarda kullanılmaktadır. 18 ülkede standartlaştırılmış metodoloji uygulayan DSÖ Dünya Ruh Sağlığı Araştırmaları (WMHS), yüksek gelirli ülkelerde ortalama 12 aylık yaygınlığı %5,5 ve düşük gelirli ülkelerde %5,9 olarak tespit etmiştir (Bromet vd., 2011). Buna karşılık, bölgesel farklılıklar mevcuttur, bu nedenle Doğu ve Güneydoğu Asya ve

Sahra Altı Afrika'da düşük yaygınlıklar bulunurken, Kuzey ve Güney Amerika, Kuzey Afrika ve bazı Avrupa ülkelerinde daha yüksek yaygınlıklar bulunmuştur (Steel vd., 2014).

WMHS, tüm katılımcı ülkelerde aynı yapılandırılmış görüşme ve benzer örnekleme prosedürlerini kullanmış ve yine de 12 aylık MDE prevalansında beş kat fark bulmuştur. Japonya'da %2,2'den Brezilya'da %10,4'e kadar değişiklik tespit edilmiştir (Bromet vd., 2011). Daha önce, farklılıkların farklı raporlama eşiklerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Ancak WMHS verilerinin analizleri, artan prevalansla artan sakatlığı göstermektedir ve yorum veya ölçümdeki farklılıklardan ziyade prevalansta gerçek bir farklılığa işaret etmektedir (Kessler ve Bromet, 2013).

1.5. Depresyonun Diğer Değişkenler ile İlişkisi

Depresyon pek çok farklı sorunlara da neden olabilmektedir. Depresyon neticesinde psikosomatik rahatsızlıkların var olması bilinen durumlardandır (Asi Karakaş vd., 2016). Depresyonlu insanlarda tansiyonun kontrolü güçleşmekte, astım sorunları tetiklenebilmekte, sedef gibi deri hastalıkları da görülebilmektedir. Kalp ve damar sorunları ve kanser de gelişebilmektedir. Serotonin eksikliği yeme sorunlarını da beraberinde getirebilecektir (Tan ve Erol, 2008). Bu bölüm altında da depresyon ile yeme tutumları, sosyal kaygı ve bağlanma stillerindeki sorunlar ele alınmıştır.

1.5.1. Depresyon ile Yeme Tutumu İlişkisi

İçinde bulunduğumuz çağda en sık görülen rahatsızlıkların ilk sıralarında depresyon ve yeme bozukluklarıdır (Arıcı, 2018). Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre depresyon ve yeme bozuklukları en çok gençlerde görülmektedir. Küresel olarak, gençlerin sağlığı, genel anlamda sağlık uzmanları ve özelde ruh sağlığı tarafından ele alınan temel konudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2011) gençlerin (ergenlerin) %10'unun hayatının belirli bir evresinde ruhsal ya da davranışsal problemlerde karşı karşıya kaldıklarını belirtmiştir. Gençlerde genetiğin, alışkanlığın ve tercihlerin etkisiyle ortaya çıkabilecek çeşitli bozukluklar vardır.

Depresyon şu anda dünyada ikinci ilerleyici hastalık nedeni olarak öngörülmektedir (WHO, 2011). Wade ve diğerleri (2011), Amerika Birleşik Devletleri'nde 20 milyon kadın ve 10 milyon erkeğin yaşamlarının bir döneminde düzensiz yeme alışkanlıkları teşhisi koyduğunu öne sürmektedir. Goldbacher ve Mathhews'e (2007) göre psikolojik unsurlar, bilhassa depresyon, obezite ve kilo alma eğilimi ile bağlantılıdır. Dünyada en yaygın ruh sağlığı sorunu depresyondur ve kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü tahmin edilmektedir (Chen, Jiang

ve Mao, 2009). Depresyon hastaları, depresyonu olmayan hastalara göre daha yüksek vücut kitle indeksi ve yeme bozukluğuna sahiptir (Zhao vd., 2020).

Yeme bozukluğu sorunlarının ortak yönleri, sosyalleşme, uykusuzluk, asabiyet, zihin karışıklığı, depresif ruh hali (umutsuz, suçlu ve değersizlik hissi) ve dürtü denetimi güçlükleridir (Abraham ve Liewelly Jones, 2001). Derecelendirme bozukluğu belirtileriyle alakalı risk unsurları arasında negatif etki, azalmış benlik saygısı, olumsuz beden imajı ya da beden tatminsizliği, nevrotiklik, dürtüsellik, depresyon ve psikolojik sorunlar bulunmaktadır (Fairbum, Cooper ve Shahfran, 2003).

Benzer şekilde, Heaven vd. (2001), insanlar depresyundayken daha fazla yediklerini ve bunun bu olumsuz duyguları şekillendirme girişimi olabileceğini ve depresyonun da dışarıdan yemek yemeyle ilgili olabileceğini belirtmiştir. Kişinin kendi vücut ağırlığıyla ilgili durumu onaylamaması, diyet davranışlarını, gerginliği, depresyonu, bulimia semptomlarını, düşük benlik saygısını yok eden vücut imajının duygusal bir parçasıdır (Johnson ve Wardle, 2005). Düzensiz yeme alışkanlıklarında ve olumsuz ruh hali önemli özellik olduğunu kanıtlamaktadır. Bununla birlikte, geniş bir araştırma grubuna göre, düşük ruh hali büyük ölçüde bedenin onaylanmaması ve depresyonun vücut memnuniyetsizliğine neden olabileceği teorisine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır, çünkü olağan olumsuz duygular vücut fiziği ve kütlesi ile ilgili olumsuz duygulara dönüştürülmektedir (Keel, Mitchell, Davis ve Crow, 2001).

Vücut şekli ve kitle hakkındaki deyimisel önerilerin aşırı değerlendirilmesi, vücut tatminsizliği ve yeme ve kilo ile ilgili uyumsuz inançlar, depresyon ve düşük benlik saygısı kadınlarda daha sık görülmektedir (Garner ve Bermis, 1982). Rozin ve Fallon (1987), depresyonun, kadınlar arasında geleneksel akıllılık görüşüne bağlı olarak büyük oranda neden olduğunu, çünkü vücut memnuniyetsizliğinin doğrudan, genellikle ortalama ideal kitlenin çok altında olan geleneksel dişil akıllılık idealinden kaynaklandığını belirtmiştir. Depresyon, yeme bozukluğunun hem oluşumunu hem de tehlikesini artırmaktadır (Markowitzetal., 2008). Ayrıca yüksek seviyede abdominal obezite, daha yüksek seviyede depresyon puanlarıyla ilişkilendirilmiştir (Dunbar vd., 2008).

1.5.2. Depresyon ile Sosyal Kaygı İlişkisi

Rönesans'tan 18. 19. yüzyıla ve hatta 20. yüzyılın başına kadar, "melankoli" terimi hem depresyon hem de anksiyete belirtilerini açıklamak için kullanılmıştır. Ruhsal hastalıkların ilk kez bedensel hastalıklar gibi hastalıklar olarak kabul edilmesini sağlayan ünlü Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1921), psikiyatrik bozuklukların epistemolojisine büyük katkı

sağlasa da depresyon ve anksiyete arasında net bir ayrım yapılmamıştır (Karadağ ve Solpuk, 2018). Öte yandan, Freud (1926) kaygıyı ayrı bir kavram olarak tanımlayan ilk kişi iken, bunun cinsel gerilimin engellenmesinden kaynaklandığını ve dolayısıyla gerçekçi ve nevrotik anksiyete arasındaki sınırı belirlediğini öne sürmüştür. Freud (1926) genellikle hastalardaki semptomların kapsamlı olgusal tanımlamasından ziyade hastaların psikodinamik dürtülerini formüle etme eğilimindedir. Bu nedenle, Freud'un nevroz terimi hem anksiyete hem de depresyon semptomlarını içermektedir (Levine vd., 2001).

Lewis (1934) anksiyete ile depresyon arasında süreklilik olduğunu belirtmiş ve anksiyetenin depresyonun bir parçası olduğunu savunmuştur. Sonraki yıllarda da DSM-I ve DSM-II'de depresyon ve anksiyete arasında kesin bir sınır konulmamıştır. Roth vd. (1972), anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen, duygudurum bozukluklarının sınıflandırılmasına yönelik yaygınlık çalışmalarında bunların iki farklı hasta grubu tarafından karakterize edildiğini bulmuşlardır.

Mevcut bulgular ise anksiyete ve depresyonun DSM-III'teki psikiyatrik bozukluklar tanımına dahil edilmesini sağlamıştır. Yani 1970'lerde ve 1980'lerin başında anksiyete ve depresyon iki ayrı bozukluk olarak kabul edilmiştir. 1980'li yılların sonundan itibaren anksiyete ve depresyon çakışmasının görece yaygın olduğu yaygınlık çalışmaları ile netlik kazanmıştır (Levine vd., 2001). Günümüzde bu tür bir tesadüf, bireylerin %20 ila %40'ında rapor edilmektedir (Huppert vd., 2008). Alanyazında depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki olduğunu bildiren birçok makale bulunmaktadır. Hem psikoloji hem de psikiyatri araştırmalarının temel çalışma alanları olan depresyon ve anksiyete çalışmaları çoğunlukla depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki düzeylerini, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi değiştirebilecek moderatör değişkenleri ele almaktadır (Karadağ ve Solpuk, 2018).

Depresyon ve anksiyete arasındaki ilişki kapsamlı bir şekilde araştırılsa da depresyonun anksiyete üzerindeki spesifik etkileri ve ilişkinin yönü hala tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda bu iki değişken arasında yüksek korelasyon katsayıları bildirilirken, birçok çalışma bu iki değişkene göre düşük veya orta korelasyon katsayılarının olduğunu göstermiştir (Gülseren, 2004). Bazı deneysel çalışmalarda depresyonun da anksiyete üzerinde olumsuz etkileri olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalar da hem depresyonun hem de anksiyetenin uzun ve kısa vadeli etkilerini bildirmiştir (Karadağ ve Solpuk, 2018).

1.5.3. Depreyon ile Bağlanma Stilleri İlişkisi

Kendinin ve başkalarının olumsuz modellerine dayanan bağlanma güvensizlikleri ve erişilemez, reddedici veya ihmal edici bağlanma figürleriyle cesaret kırıcı deneyimlerden kaynaklanan kişilerarası düzenleyici eksiklikler kişiyi psikolojik bozukluklar için riske sokmaktadır (Mikulincer ve Shaver, 2007). Yetişkin bağlanma güvensizlikleri iki boyutta tanımlanabilir (Brennan, Clark ve Shaver, 1998):

a) yetişkin bağlanma kaygısı, reddedilme ve terk edilme korkusu olarak tanımlanır. Kaygılı bağlanma olan kişiler, olumsuz bir içsel çalışma modeli geliştirme eğilimindedir (Pietromonaco ve Barrett, 2000) ve daha az öz-yeterlik algılar, bu da- bazı durumlarda- depresif tepkiler gibi psikopatolojilerle sonuçlanmaktadır;

b) yetişkin bağlanmadan kaçınma, yakınlık korkusu ve yakınlık ve bağımlılıkla ilgili rahatsızlık ile karakterizedir. Olumsuzluklarla baş etmekte güçlük çeken normal duyguları bloke etme eğilimindedirler (Mikulincer ve Shaver, 2007).

Çeşitli çalışmalar, bu uyumsuz bağlanma stillerinin depresyonla ilişkisini göstermiştir, ancak bağlanma ve depresyonun, kişilik stilleri veya sosyal destek gibi çalışılan diğer değişkenlerle nasıl ilişkili olduğunu belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Bifulco, Moran, Ball ve Bernazzani, 2002). Depresyonun karmaşıklığını daha iyi anlamaya yönelik başka bir girişimde, psikopatolojiyi karakterize eden iki ana deneyim türü tanımlanmıştır:

a) kişiler arası tatmin edici ilişkilerin bozulması (örneğin, nesne kaybı),

b) etkili ve esasen olumlu bir benlik duygusunun bozulması (örneğin, başarısızlık).

Blatt (1995), psikanalitik bilişsel-gelişimsel bir bakış açısıyla, bazı depresif hastaların ağırlıklı olarak kendini eleştiren kişilik boyutları gösterdiğini, diğerlerinin ise bağımlı bir kişilik stili sergileme eğiliminde olduğunu düşünmektedir. Bağımlı kişilik tarzı, esas olarak akrabalık sorunları ile meşgul olan ve esas olarak kaçınmacı savunmaları kullanan hastalarda görülebilmektedir. Öte yandan, öz-eleştirel tarz, karşı-aktif savunma kullanarak uygulanabilir bir benlik duygusu oluşturmak ve sürdürmekle meşgul hastalarda bulunabilmektedir (Reis ve Grenyer, 2004). Kendini eleştirme tarzına sahip kişilerin depresyona en açık oldukları görülmüştür, çünkü başarısızlık stresi olaylarına maruz kalmaktadırlar, bu aynı zamanda kişilerarası alanda zorluklara yol açar ve bu da sosyal desteği azaltmaktadır (Mongrain vd., 1998).

Blatt ve Homann (1992), iki tür depresyona yol açan bu iki kişilik tarzının gelişimsel kökenlerinin farklı bağlanma tarzlarına bağlı olabileceğini, kaygılı veya kararsız güvensiz bağlanmanın muhtemelen bağımlılık, kayıp, terk edilme, kendine güvenen kaçınma ve güvensiz bağlanma, potansiyel olarak kendine değer verme sorunlarına odaklanan bir depresyonla sonuçlanabileceğini belirtmiştir.

Buna paralel olarak, birçok çalışma bu bulguları doğrulamış ve kişilik tarzlarının bağlanma ile depresyon arasında aracı bir role sahip olabileceğini düşündürmüştür (Dagnino vd., 2017).



BÖLÜM 2: YEME TUTUMU

2.1. Yeme Tutumu

Beslenme insanlar için dürtüsel bir gereksinimdir. İnsanın dünyaya gelmesiyle birlikte bebek annesini emerek beslenme sürecini de başlatmaktadır. Kişide yeme davranışı yinelenerek ve devamlılık sağlayarak öznelleşmekte, yinelenen davranış kişinin 'yeme tutumu'na dönüşmektedir. Psikolojik ve bedensel çok sayıda unsur r yeme davranışını etkilemektedir. Kişiler kimi zaman kilo denetimi için kimi zaman sağlık sorunları sebebiyle kimi zaman ideal vücut görünümü kazanmak için yeme davranışlarında farklı tutumlar sergileyebilmektedir (Katırcı, 2018). Tutumda gelişen bozulma devamlı yinelendiğinde yeme bozukluklarının var olmasına neden olabilen yeme davranışları olarak tanımlanabilmektedir (Tayfur, 2018).

Yeme bozukluklarının var olmasında esas unsur yeme tutumunda yaşanan bozulmalardır (Işık 2018). Hayat şartlarının süratle değişmesi, yemek için yeterli zamanın ayrılmaması, fasfood alışkanlığı, yemeğin yanında farklı meşguliyetlerin bulunması yeme tutumun değişmesine ve bu konuyla alakalı çalışmaların artmasına neden olmaktadır. Kişinin yaşam düzeninde meydana gelen ciddi değişiklikler de yeme tutumunda farklılıklara neden olabilecektir (Büşhi, 2015).

2.1.1. Yeme Bozuklukları ve Sınıflandırılması

Yeme bozukluklarının var olmasında toplumun zayıflığa verdiği önem, bedensel görünümle ilgili memnuniyetsizlik, ağırlık kaygısı, düşük benlik saygısı, kusursuz olma arzusu gibi unsurlar sayılabilmektedir (Tayfur, 2018). Yeme bozuklukları ergenlik döneminde ortaya çıkarak süratle ilerleyen ve erken teşhis edildiğinde tedavisi daha kolay olan bir rahatsızlıktır (Yıldız, 2018). Bireylerin vücut ağırlıklarını ve şekillerini denetleyebilmeye dair abartılı, yoğun ve kaygılı davranışlar yeme bozukluğuna sebep olabilmektedir (Işık, 2018).

Yeme bozukluğu bulunan kişilerde ince görünme isteği bedensel sağlıktan daha önde gelmektedir. İnce görünmek için çıkarma, laksatif ve müşhil alma, olması gerekenden fazla spor yapma gibi davranışlar görünmekte, yeme davranışlarını ve vücutlarını devamlı denetim altında tutma arzusuyla gerçekte olmayan bir özerklik sağlamaktadırlar (Alantar ve Maner, 2008). Birey için ağırlığı ve vücudunun görünümü çok önemlidir. Kendisine verdiği değeri ağırlığı ve sahip olduğu vücut görünümüyle özdeşleştirmesi olumsuz yeme davranışına da neden olabilmektedir (Işık, 2018).

Yeme bozuklukları üzerinde etkisi olan faktörler çoğunlukla cinsiyet, aile, sosyal faktörler, kültürel faktörler ve biyolojik faktörlerdir. Ancak yeme bozuklukları kişileri farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Bu sebeple detaylı incelenmesi gereken bir konudur (Çıkrıkçıoğlu, 2017).

Bireyin zayıflık kavramına gösterdiği önem ve vücut görünümüne verdiği özen sebebiyle çağın rahatsızlığı şeklinde görülen yeme bozukluğu hızla artmaktadır (Şahin, 2017). DSM V 'te yeme bozuklukları; pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/ kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu şeklinde ele alınmaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

2.2. Anoreksiya Nervoz

Anoreksiyanın kelime manası 'tedirginliğin var ettiği iştahsızlıktır'. Anoreksiya nervozanın (AN) kökeninde yoğun bir kilo alma endişesi nedeniyle düşük beden ağırlığının sağlanması bulunmaktadır (Butcher vd., 2013). Çoğunlukla 12-18 yaşları civarında ortaya çıkan anoreksiya nervoza, bir ergenlik çağı rahatsızlığıdır. Semptomların ilk görülmeye başlanması 10-20 yaşları civarındadır. Rahatsızlık ortaya çıkmadan evvel kişilerin normalin biraz üzerinde kilosu olabilmektedir. İlk emareler yeme alışkanlıklarındaki farklılıklardır. Kalabalık yerlerde yemek yememe, sofraya katılmama, sıkı diyet uygulama, karbonhidrat ve yağlı besinlerden uzak durma görülmektedir. Ayrıca rahatsızlığı yaşayan kişilerin besinlere yoğun ilgisi bulunmaktadır. Diğer insanlar için yemek yapma, yemek tarifleri bulma, besinlerin kalorisini hesaplama, diğer insanlar için yemek yapıp kendisinin tüketmemesi dikkat çekmektedir. Bu kişiler yiyeceklerini çok ufak parçalara bölmekte ve olması gerekenden çok daha uzun sürede yemektedirler. Rahatsızlık şayet adet döneminden evvel ortaya çıkmışsa kızlarda adet dönemi gecikebilmekte ya da görülmemektedir. Adet döneminin ardından ortaya çıkmışsa adet düzensizlikleri yaşanabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Bu rahatsızlığı yaşayan kişilerin vücut algısında sorunlar oluşmaktadır. Besin tüketimin sınırlandırılması, alınan yiyeceğin geri çıkarılması için yapılan sağlıksız uygulamalar, gereğinden fazla egzersiz gibi vücut ağırlığını denetlemeye dair davranışlara vücut algısında sorunlar yaşanmaktadır (Erbay ve Seçkin, 2016). Bu rahatsızlığın en belirgin özelliği, aşırı kilo vermeye karşın bireyin kendisini kilolu görmesi ya da kilo almaktan korkmasıdır. Kişinin kilo kaybı çevresindekileri endişelendirecek seviyeye geldiğinde dahi kişi kilolu olduğunu düşünerek zayıflaması gerektiğini düşünmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). Anoreksiya nervoza ile ilgili yapılan çalışmalar bu rahatsızlığın genetik aktarım ile de taşınabildiği

ihtimalini göstermektedir. Yeme bozukluğu geçmişı olan kişilerin aile bireylerinde de benzer rahatsızlıkların yaşanması olası bir durumdur. Yapılan çalışmaların bazılarında bu durumu gösteren sonuçlar da elde edilmiştir. Örneğin, Buther ve diğerlerinin (2013) yapmış olduğu bir araştırmada anoreksiya nervoza olan kişilerin aile bireylerinde, diğ er insanlara göre yeme bozukluğu yaşanma ihtimalinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Becker'ın (2004) araştırmasında, bu oran yaklaşık on kat daha fazla olarak hesaplanmıştır. Bu nedenle anoreksiya nervoza rahatsızlıklarında irsi geçişlerin de dikkate alınması önemlidir. Bu konuda yapılan bir çalışmada Grice ve diğ erleri (2002) yeme bozukluğu olan ailelerin genlerini incelemiş ve genetik yapılarında anoreksiya nervozaya ait izler bulmuşlardır.

Anoreksiya nervozanın DSM-V tanı kriterleri ise şu şekilde belirtilmiştir:

- Kişı bedeninin ihtiyacı olan enerjiyi yeteri kadar almamaktadır. Bu da kişinin olması gerekenden daha düşük kiloda kalmasına neden olmaktadır.
- Kilo almaktan aşırı derecede korkma nedeniyle yediklerini çıkartma ya da telafi yöntemleri uygulamaktadırlar.
- Kişinin beden ağırlığını veya şeklini algılamayla alakalı sorun yaşanmaktadır. Gereğinden daha zayıf olmasındaki riskleri algılayamamaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.1. Bulimia Nervoz

Bulimiya nervoza (BN); tekrar eden tıkanırcasına yeme öyküleri, tıkanma esnasında yeme denetimini yitirme hissi, kilo almayı engellemek adına yanlış telâfi yöntemleri, vücut ağırlığı, şekli ile devamlı bir takıntı ve üç ay içinde haftada ortalama iki tıkanma öyküsüyle belirgin yeme bozukluğu türüdür (Maner ve Aydın, 2007). BN aynı zamanda yeme arzusunun bastırılabilmesi durumudur. Ancak yeme arzusunun bastırılabilmesi durumundan da rahatsızlık hisseme söz konusudur (Erol ve Yazıcı, 1999).

Yemek yemenin denetlenemiyor olması ya da tıkanırcasına yemek yeme ve bunu takip eden kilo artışının önüne geçmek için yapılan davranışlardır. Bu gibi rahatsızlığı olan kişiler kilo almalarının önüne geçmek için kendilerini kusturma, laksatifler kullanma ya da gereğinden fazla egzersiz yapma gibi davranışlar göstermektedir (Erol ve Yazıcı, 1999). Bulimiklerde kendileriyle alakalı düşünceleri devamlı beden görünümleri ve kilolarının fazlalığıdır. Beden görünümlerinden hoşnut olmadıklarından devamlı kilo vermekte uğraşmaktadırlar. Bu yeme davranış bozukluğu çoğunlukla 12-29 yaş civarında ortaya çıkmaktadır (Nolen- Hoeksema, 2004).

Bu rahatsızlık tedavi edilmediğinde kişinin psikolojisini ve bedensel sağılığını yitirmesine neden olabileceğı gibi, ölümüne neden olabilecek kadar ciddi sonuçlar doğurabilecektir. Bu rahatsızlığı bulunan kişiler çoğunlukla gizli gizli ve yüksek miktarlarda, özdenetimlerini kaybederek yemek yemektedir. Alınan fazla kilolardan da yine sağıksız yöntemlerle kurtulmaya çalışmaktadırlar (Erol ve Yazıcı, 1999).

Anoreksiya nervozanın DSM-V tanı kriterleri ise şu şekilde belirtilmiştir:

- Tekrar eden tıkanırcasına yeme periyotları yaşanmaktadır.
- Kilo almamak için kusma, ilaç kullanımı, yemek yememe ve spor yapmak gibi telafi edici davranışların kötüye kullanımı söz konusudur.
- Bu telafi edici davranışların 3 aylık dönemde minimum haftada bir kez yaşanmış olmalıdır.
- Beden algısında sorunlar yaşanmaktadır.
- Bu durumlar anoreksiya nervroza esnasında olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.2. Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, kişinin aynı zaman zarfında ve aynı şartlarda tüketebileceğinden daha fazla yiyeceğı kısa bir sürede yediğı, yemek yemeyi durduramadığı ve aşırı yemek yemenin sürekli görüldüğü bir yeme bozukluğudur (Coşkun vd., 2020). Bu rahatsızlığın esas özelliğı, bu tanıma uyan insanlarda bulimia nervozanın ayırt edici özelliğı olan tıkanırcasına yeme nöbetlerinin neden olabileceğı etkileri yok etmek için, kişinin kendini iştira etmeye zorlaması, ishale neden olan veya idrar söktürücü ilaçlar alması, yeme alışkanlığını uzunca bir mühlet durdurması ya da egzersiz gibi eylemlerle metabolizmasını hızlandırması gibi önlemlerin alınmamasıdır (Turan vd., 2015).

Başka bir ifade ile tıkanırcasına yeme rahatsızlığı, bireylerin kilo almayı takıntı yapmadan aşırı miktarlarda yemek yemeleridir. Bu rahatsızlığı olan insanlar fazla kiloludurlar. Beden şekillerinden hoşnut değildirlar ve çok yemek yemelerinden ötürü de utanmaktadırlar. Tıkanırcasına yeme bozukluğu olan insanların davranışlarda sık sık diyetle girdikleri ve ailelerinde de benzer şekilde obez insanlar olduğu görülmektedir (Coşkun vd., 2020). Çoğunlukla kadınlarda daha çok rastlanmaktadır. Bu rahatsızlığa sahip insanlarda depresyon, kaygı ve aşırı alkol kullanımı gibi durumlar da yaşanmaktadır (Nolen- Hoeksema, 2004).

Anoreksiya nervozanın DSM-V tanı kriterleri ise şu şekilde belirtilmiştir:

- Tekrar eden tıkanırcasına yeme periyotları yaşanmaktadır.
- Bu tıkanırcasına yeme durumlarından ise şu durumlardan en az üçü görülmelidir
 - Normalden hızlı yeme
 - Rahatsız edecek kadar tokluk hissi alana kadar yeme
 - Açlık yokken aşırı yeme
 - Çok yemekten utandığından yalnız yeme
 - Suçluluk ya da kendinden utanma
- Bu durumların 3 aylık dönemde minimum haftada bir kez yaşanmış olmalı
- Telefi edici davranışlar görülmeli ve bu durumlar AN ve BN sırasından olmamalıdır (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.3. Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu

Bireyin vücuduna aldığı besini midesinden yukarı getirerek çiğnemesine denilmektedir. Buna ayrıca 'ruminasyon' da denilmektedir (Ergüney Okumuş ve Deveci, 2019). Geri çıkarma bozukluğu için DSM'nin belirlemiş olduğu bazı kriterler bulunmaktadır. Bu kriterler şu şekilde sıralanmıştır;

- A. Minimum 30 günlük süreçte, bireyin sık sık tükettiği besinleri geri çıkarmasıdır. Çıkarılan besin tekrar çiğnenebilir, tekrar yutulabilir veya tükürülebilir.
- B. Sık sık geri çıkarma, bununla birlikte bir mide-bağırsak rahatsızlığına veya farklı bir sağlık durumu ile ilişkilendirilmemektedir.
- C. Bu sorun, sadece anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkanırcasına yeme bozukluğu veya kaçınan/kısıtlı besin alımı sorununun varlığıyla gün yüzüne çıkmamaktadır.
- D. Bu emareler farklı bir sorun bağlamında yeniden görülüyorsa çıkıyorsa klinik değerlendirmeye ihtiyaç duracak kadar ciddidir.

Bu rahatsızlıkta kültürel, sosyo-ekonomik ve psikolojik unsurlarda etkili olabilmektedir. Gergin bir hayatı olan kişilerde bu rahatsızlığın yaşandığı görülebilmektedir (Şentürk, 2020). Bu rahatsızlık kilo kaybı ve diş hastalıklarına da neden olabilmektedir. Geri çıkarma rahatsızlığı çoğunlukla kendiliğinden iyileşen bir rahatsızlık türüdür. Ancak rahatsızlığa neden olan etmenlerin belirlenmesi önemlidir (Kaçar ve Hocaoglu, 2019).

2.2.4. Kaçınan/ Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Fark edilir olarak kilo kaybının yaşandığı, doğru beslenme ve enerji seviyesinin sağlanamamasıyla bilinen bir yeme bozukluğudur (Karadede ve Hocaoglu, 2018). Ortaya çıkmasındaki sebepler içinde bebeklik ve erken çocukluk evrelerinde yeme ile alakalı yaşanan zorlantı davranışlarının atlatılmaması; anne-baba ile alakalı yaşanan tecrübelerde ise ihmal ve istismarın söz konusu olması, ebeveyn depresyonu, kaygı ve kişilik bozuklukları gibi patolojiler sıralanabilmektedir (Katırcı, 2018).

DSM- V kriterleri;

A. Sıralanan durumların tamamının veya çoğunun görüldüğü, doğru beslenme ve /veya güç ihtiyacının devamlı sağlanamamasıyla ortaya çıkan bir yeme veya beslenme bozukluğu.

1. Bariz bir kilo verme veya küçük yaştaki bireylerde olağan kilo kazanımının olmaması veya büyümenin sekteye uğraması.

2. Fark edilir bir beslenme eksikliği.

3. Enteral (tüp desteği ile) yemek yemek veya oral besin takviyelerine bağlı olma

4. Psikolojik-sosyal fonksiyonların net olarak zayıflaması

B. Bu sorun erişilebilir besin bulunmaması veya kültürel açıdan tasvip edilmeyen bir şekilde daha iyi ifade edilememektedir.

C. Bu sorun, sadece anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın gidişatında meydana gelmektedir. Bireyin beden ağırlığını veya şeklini ne şekilde gördüğüyle alakalı bir sorun olduğuna dair bir delil bulunmamaktadır.

D. Bu sorun, aynı anda devam etmekte olan bir sağlık durumu ile ilişkilendirilemez veya farklı bir psikolojik sorunla daha iyi ifade edilemez. Bu sorun, farklı bir durum veya sorun bağlamında görülürse; bu durum veya sorunun neden olabileceğinden daha kötü olur ve klinik olarak ayrıca incelemek gerekmektedir.

2.3. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi

Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında sadece bir sebep bulunmasa da pek çok unsurun karmaşık etkileşimiyle var olan bir sorundur. Yeme bozukluklarına bedensel, ruhsal ve sosyal pek çok etken sebep olabilecektir. Ayrıca karakter, aile etkeni, biyolojik yatkınlıklar, bilişsel unsurlar ve sosyokültürel etkenler gibi unsurlar da büyük bir role sahiptir (Suldo ve Sandberg, 2000). Yapılan bir çalışmada ruhsal veya biyolojik olarak meyilli olma, aile faktörü, çevresel unsurlar gibi etkenlerin yeme bozukluklarını etkilediği fark edilmiştir (Siyez, 2006). Her insanda yeme bozukluğuna neden olabilecek etkenin tespit edilmesi kaynağını anlayabilmek açısından son derece mühimdir.

Yeme bozukluğunun gelişiminde pek çok unsurun etkili olduğu ve bu unsurların sosyal ve çevresel, ruhsal, irsi ve biyolojik faktörlerin etkileşimiyle var olduğu belirtilmektedir (Kuruoğlu, 2000).

Son zamanlarda yürütülen çalışmalar medya ve arkadaş etkisi gibi sosyo-kültürel unsurların; tenkit edilme, olumsuzlama gibi ailevi unsurların; negatif duygudurumu, düşük benlik saygısı, beden algısında sorunlar gibi kişisel unsurların yeme bozukluklarını betimlemede etkili olduğunu göstermiştir (Polivy ve Herman, 2002).

2.3.1. Yeme Bozukluklarının Etiyolojisinde Risk Faktörleri

Bu bölümde yeme bozukluklarının etiyolojisinde etkili olan risk faktörleri sıralanmış ve kısaca açıklanmıştır. Bu faktörler genetik, sosyokültürel, aile ve beden algısı faktörleridir.

2.3.2. Genetik Faktörler

Yeme bozukluklarının nedenleri pek çok hastalık bilimi grubu gibi karmaşık bir yapıdadır. Yeme bozukluklarının sebeplerine yönelik sunulan ilk fikirler çoğunlukla sosyo-kültürel, psikodinamik yönelimli fikirler olsa da şu anda irsi ve biyoloji ile alakalı tarafları da konuşulmaktadır (Kuruoğlu, 2000). Dolaylı bir şekilde irsi unsurların, yeme bozukluğu için riziko unsuru olabileceği belirtilmektedir. Anksiyete ve duygudurum bozukluklarıyla kişilik unsurları irsi etkilerle çocuğa geçmesi yeme bozukluğu ihtimalini yükseltmektedir (Erbay ve Seçkin, 2016).

Biyolojik açıdan aynı orijinde olan kişilerde yeme bozukluğu görülme oranı daha yüksektir. Aile yapılarının ve ailedeki kişiler arasındaki geçişlerin incelendiği çalışmalarda genellikle birbirine yakın sonuçlar elde edilmiş ve yeme bozukluğu çıkan kişilerin ailelerinde yeme bozukluğu olma ihtimalinin yükseldiği fark edilmiştir (Davison ve Neale, 2004). Ayrıntılı bir aile incelemesinde anoreksiya nervoza sorunu olan kişilerin biyolojik akrabalarında bu rahatsızlığı yaşama ihtimalinin, yeme bozukluğu bulunmayan kontrol grubundaki kişilerin akrabalarına nazaran %11,4 daha yüksek olduğu görülmüştür (Butcher vd., 2013). Farklı bir araştırmada anoreksiya nervoza teşhisi konmuş kişilerin ailelerinde yeme bozukluğu çıkma ihtimalinin on kat daha yükseldiği belirlenmiştir (Becker vd., 2004). Ayrıca araştırmacılar yeme bozukluklarında irsi aktarımın etkisini de incelemiştir. Bir çalışmada minimum bir akrabasında yeme bozukluğu olan 192 ailenin genetik yapıları incelenmiş, 1.kromozomda anoreksiya nervozaya duyarlı bir gen tespit edilmiştir (Grice vd., 2002).

Ailede irsi olarak yeme bozukluklarının taşınmasına dair yapılan çalışmalardan birinde, tek yumurta ikizlerinde aynı rahatsızlığı yaşama oranı %29-50 bulunmuştur. Çift yumurta ikizlerinde ise bu durum görülmemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). İkizler ile ilgili başka bir araştırmada da tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine nazaran eş tanılanma riskinin daha fazla olduğu anlaşılmıştır (Kaplan ve Sadock, 2004).

AN'nin doğru tespit edilmesi için genetik, beyin, tanı ölçütleri, aile yapısı gibi on bir parametrenin göz önüne alındığı bir çalışmada bilhassa serotonin seviyesindeki anormalliklerin kilo denetimi, açlık, tokluk gibi sistemlerde etkili olabileceği, dolayısıyla genetik kodlanmayla alakalı olabileceği belirtilmiştir (Andersen, 2003). Yeme bozukluklarını biyolojik tarafla ele alan bir çalışmada doğum öncesi unsurların yeme bozukluklarıyla alakası araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarında doğum komplikasyonları, yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında risk unsurlarından olmuştur (Favora vd., 2006). Bu veriler neticesinde yeme bozukluklarının nörogelişimsel bir tarafı da bulunduğu anlaşılmaktadır. Yeme bozukluklarıyla biyolojik verilen sunulsa da pek çok veri yinelenmiştir (Ertekin Aslantaş, 2010). Yeme bozukluklarını etkileyebilecek biyolojik sistemlerle alakalı çalışmalar ise sürdürülmektedir.

2.3.3. Sosyokültürel Etkiler

Beden algısı bireyin vücudunu ne şekilde gördüğüyle alakalı bir durumdur. Ayrıca insanların düşledikleri "beden imajları" bulunmaktadır. Vücut algıları ve imajlarının ortaya çıkışında aile, arkadaşlar, medya gibi unsurların da etkisi vardır. Ayrıca toplumun zayıflık-şişmanlık veya güzelliğe dair bakışı da insanların düşüncelerini de etkilemektedir (Siyez, 2006). Ergenler ile ilgili yürütülen çalışmalarda, yeme bozukluklarının öncelikli açıklayıcısının aile ve arkadaş ilişkileri olduğu, sonrasında ise medya olduğu ifade edilmektedir (Ricciardelli ve McCabe, 2003).

Toplumsal çevrenin zayıflık ile ilgili bakışı, yeme bozukluklarının gelişimini etkileyen büyük bir unsurdur (Ricciardelli ve McCabe, 2003). Bazı araştırmalarda batılı ülkelerdeki kadınların daha ince vücut için toplumsal baskıyı daha çok hissettiği görülmüştür. Baskıların yüksek olması algılamayı kötü etkileyerek, yeme bozukluğu için bir ortam var etmektedir (Tozzi ve Bulik, 2003).

Süreç içerisinde yeme bozukluklarına dair sosyokültürel etkilerin dozu da yükselmiştir. Medya, aile ve arkadaşlar bu etkinin kökenini oluşturmaktadır. Stice ve diğerlerine (2003) göre çalışmalar "zayıflık" algısının var edilmesinde medyanın büyük bir etkisinin bulunduğunu belirtmektedir. Vücut algısındaki sorunlar ve negatif duygulanım üstünde sosyal baskının

etkisinin araştırıldığı deneysel çalışmada sosyal baskının kadınların vücut algılarında sorunlara neden olabileceği fakat negatif duygulanıma kaynaklık etmediğini belirlenmiştir (Stice vd., 2003). Kadının sosyal yaşama daha çok katılmasıyla beraber kadınlarca rol model görülen bir "süper kadın" imajının var olduğu düşünülmektedir (Becker vd., 2004). Bu imaj nedeniyle kadınlardan başarılı bir kariyer yapması, ideal bir eş haline gelmesi, iyi bir anne olması, güzel bir bedene sahip olması özetle her açıdan yeterli ve mükemmel olması istenmektedir. Dolayısıyla kadının üstünde psikososyal bir baskı yaratılmaktadır. Yeme bozuklu olan kadınlar üzerlerinde bu baskıyı hissetmekte ve şişmanlık-zayıflık çıkmazından çok güçlü/mükemmel olmaya yönelik bir uğraşa girmektedirler (Alşan Çakırlı, 2005). Yürütülen çalışmalarda da bu imajı özümseyen kadınlarda yeme bozukluğu yaşanma ihtimalinin daha fazla olduğu görülmüştür (Hart ve Kenny, 1997).

Etiyoloji çalışmalarında yanıtlanamayan sorulardan biri, kadınların hepsinin önem verilen sosyokültürel etkinin tesirinde bulunmasına karşın neden tamamında bu sorunların yaşanmadığıdır (Siyez, 2006). Psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin yanı sıra yapısal eğilimle alakalı biyolojik unsurlarında incelendiği çalışmalar çoğalmıştır. Yapısal görüntüleme yöntemleri ve fonksiyonel beyin görüntüleme teknikleri üzerinde yürütülen araştırmalar son zamanlarda etiyojide biyolojik alt yapıyla alakalı değerli bilgiler sunmuştur (Güney ve Kuruoğlu, 2007).

Toplumun kadın vücuduna dair algılarını şekillendirmede kitle iletişim araçlarının da büyük bir etkisi vardır. Bu etkiyi belirlemek için yapılan bir çalışmada, içindeki konularda diyet yapma/kilo vermeye dair içerikler yer alan dergileri okuyan ergenler üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Çalışmanın neticesinde ergenlerin etnik ve sosyal alt yapısının ne olduğu önemli olmaksızın sağlıksız diyet uygulamaları alışkanlığının ve psikososyal stres kaynaklarının kökeninde medyanın yer aldığı görülmüştür (Utter vd., 2003). Farklı kültürel yapılarda yeme bozukluklarının sıklığıyla alakalı nüansların olması bu konunun etiyojik olarak önemli sayılmasını sağlamaktadır (Aytin, 2014). Yeme tutum sorunlarına neden olan risk unsurlarının belirlenmesi için yapılan bir çalışmada özgüven eksikliğinin, yeme tutum sorununu anlamlı düzeyde yordadığı ve büyük bir risk unsuru olduğu anlaşılmıştır (French vd., 1995).

Yeme bozukluklarının genellikle kadınlarda sık görülmesinin ve yapılan çalışmalarda kadınlarda daha fazla görünmesinin yukarıda söz edilen "mükemmel kadın" imajıyla alakalı olması mümkündür. Bu durum da yeme bozuklukları ile ilgili sosyo-kültürel yapının etkililiğine dikkat çekmektedir.

2.3.4. Ailesel Faktörler

Yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında aile ilişkilerinin büyük bir etkisi olduğu bilinmektedir. Yeme bozukluğu teşhisi konulmuş kişilerin çoğunda aile ilişkilerinde problemler yaşandığı görülmektedir (Toker ve Hoccoğlu, 2009). Çocuklarına karşı aşırı koruyucu ve mükemmeliyetçi tutum sergileyen, onlarla ilişkisinde aralarında bir duvar kuran ve duygusal olarak çocuklarından uzak duran anne ve babaların evlatlarında yeme davranışları olumsuz bir şekilde etkilenebilmektedir. Kimi anne ve babalar ise evlatlarına karşı büyük beklentilerde bulunmakta bu da beklentileri karşılayabilmek adına olumsuz davranışlara ve yeme tutumunda sorunlara neden olabilmektedir (Toker ve Hoccoğlu, 2009). Yapılan araştırmada mükemmeliyetçi tutumla çocuklardaki yeme sorunları arasında anlamlı ilişki belirlenmiştir. Bilhassa AN ve BN oluşumunda mükemmeliyetçi ebeveyn tutumunun etkili söz konusudur (Franco Parades vd., 2005).

Ailenin yemek yeme alışkanlığı çocuklardaki yeme tutumunu belirleyen önemli bir unsurdur. Bilhassa az öğünler olan durumlarda çocuklarında yeme sorunlarının daha çok yaşandığı bilinmektedir (Neumark Sztainer vd., 2004). Yeme sorunlarının ele alınışında aile ilişkileri büyük bir paya sahiptir. Yeme sorunlarının kökenine gidildiğinde birçok defa aile ilişkileri sebepler arasında bulunmuştur (Toker ve Hoccoğlu, 2009). Yeme sorunları olan gençlerin aile yapılarının aşırı korumacı, düşkün, bir problem karşısında çözüm geliştiremeyen ve katı özellikler sergilediği görülmektedir (Oltmanns vd., 2003). Yapılan bir araştırmanın neticesinde yeme bozukluğu olan kişilerde kontrol grubundan farklı bir şekilde, aile içindeki ilişkilerinde yakınlık ve destek düşük görülmüş ve daha çok izolasyonun olduğu belirlenmiştir (Sart, 2008). Farklı bir çalışmada da yeme tutum bozukluğu bulunan kişilerin olumsuz anne baba tutumuyla sosyal yalıtılmışlık şeması arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Granillo vd., 2005). Yeme bozukluğunun risk unsurlarının belirlenmesi adına yapılan çalışmada yeme tutumu ile aile özellikleri incelenmiştir. İnceleme neticesinde yeme tutum bozukluğu bulunan kişilerin ailesi tarafından eleştirildiği, az sevgi gösterildiği, yasaklamaların çok olduğu ve genellikle cezaya başvurulduğu belirlenmiştir (Aleksandrova ve Meshkova, 2016). Yeme tutumu ile aile işlevselliğinin belirlenen değişkenlerle ilişkisinin ele alındığı araştırmada benlik saygısının düşük olması, ailenin baskıcı olması ve sosyal desteğin düşük seviyede kalmasının yeme tutumunu olumsuz etkilediği belirlenmiştir (Lawler ve Nixon, 2011).

Aile işlevselliğinin etkisini inceleyen çalışmalar bulunmakla beraber aile işlevselliğindeki sorunlar yalnız başına yeme bozukluklarını izah etmekte yeterli gelmemektedir (Sart, 2008). Sosyo-kültürel etkilerde kısmında da bahsedildiği üzere yeme bozukluklarında medyanın veya

akranların aile işlevselliğinden daha çok etkisinin olduğu yapılan araştırmalarla da görülmüştür. Dolayısıyla bu konuyu daha iyi anlamak için pek çok yapı incelenmeli ve meydana getirilecek iyileştirme metotları da bu çerçevede ele alınmalıdır (Toker ve Hocaoglu, 2009).

2.4. Beden Biçimi Algısı

İnsanların ağırlıklarıyla ilgili takıntı sahibi olması yeme bozukluğunun görülmesinde bir risk yaratmaktadır. Zayıf görünme arzusu olan model, oyuncu ve dansçı gibi işlerde çalışmakta olan kişilerin mesleği boksör, vücut geliştirmeci ve dövüş sanatları olan kişilere nazaran yeme bozukluğu görülme ihtimalinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Akbulut, 2017). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada beden kitle indeksine göre kilolu olanların zayıf ve normal ağırlıkta olanlara nazaran yeme tutum bozukluğunu daha çok yaşadıkları saptanmıştır (Gezer ve Kabaran, 2013). Üniversite öğrencileri ile yürütülen farklı bir araştırmada da cinsiyet faktörü ile yeme tutumlarının arasında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Kadın katılımcıların vücut memnuniyetiyle doğru beslenme fikri arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Başka bir bulguda da dış görünümünden memnun olma seviyesi yükseldikçe, doğru beslenmeye dair gıdaların daha çok tüketildiği görülmüştür (Brytek Matera vd., 2015). Yaşları 12-23 arasındaki kızlarla yapılan bir araştırmada katılımcıların yeme tutum bozukluğu arttıkça, vücutlarından memnun olma seviyesinin de düştüğü görülmüştür. Bunun yanı sıra bedensel çekicilik, başarı ve mutluluk seviyesinin vücut memnuniyetiyle yeme tutum bozukluğunu önemli derecede etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Durneva ve Meshkova, 2013).

Vücudun ince görünmesine büyük bir önem veren tüm toplumlarda yeme bozukluğuna rastlanmamaktadır. Şayet bu şekilde olsaydı bu problemi çok daha fazla insanın yaşaması gerekirdi. Bu sorunu yaşama ihtimalini arttıran değişik unsurlar vardır. Biyolojik ve ruhsal durumlar bu unsurlardandır (Akbulut, 2017). Gen-çevre ilişkisi çerçevesinde, kişileri farklılaştıran bazı özellikler (mükemmeliyetçilik, takıntılı olma, kaygı gibi) çevresel zorlamalarla insanların problemlerle kendini göstermesi yatkınlığını çoğaltmaktadır (Butcher vd., 2013).

2.5. Yeme Bozuklukları Epidemiyolojisi

Yeme bozukluklarının hayat boyu görülme periyodu kadınlarda aşağı yukarı %3,5 erkeklerde ise %2'dir. Bulimia nervozanın hayat boyu görülme periyodu kadınlarda %1,5 erkeklerde ise %0,5'tir. Anoreksiya nervozanın hayat boyu görülme periyodu kadınlarda %0,9 erkeklerde ise %0,3'tür (Wade vd., 2011). Cinsiyet değişkeni açısından ele alındığında kadınlarda yeme bozukluğu daha sık görülmektedir (Kocabaşoğlu, 2001).

Türkiye’de ise konuyla alakalı çalışmalar ve veriler sınırlıdır. Türkiye’de 2907 öğrenci ile görüşülerek yürütülen bir araştırmada yeme bozukluğu oranı %2,33 olarak tespit edilmiştir (Vardar ve Erzengin, 2011). Yalnızca kız öğrencilerin katıldığı bir araştırmada ise yeme bozukluğu oranı %17,1 belirlenmiştir (Uzun vd., 2006). Sivas’ta yapılan bir araştırmada yeme bozukluğu epidemiyolojisi %1,52 şeklinde tespit edilmiştir. Ayrıca AN’nin kız ergenlerde daha sık yaşandığı da belirlenmiştir (Semiz, 2011).

Yeme bozukluklarının görülme yaygınlığının ülkeden ülkeye değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Yapılan çalışmaların geneli Avrupa ve Amerika’da yürütülmüş olsa da Asya ve Afrika’da da yapılan araştırmalar vardır. Anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza Japonya, Hong Kong, Tayvan, Singapur ve Kore’de klinik probleme dönüşmüştür (Lee ve Katzman, 2002). Yeme bozukluklarının teşhis konulma prensipleri kültürden kültüre değişmektedir. Mesela, Hong Kong’daki anoreksiya nervoza hastalarının aşağı yukarı %58’inde aşırı ve yoğun kilo kaygısı bulunmamaktadır. Hindistan, Pakistan, Bangladeşli hastalarda şişmanlık fobisini gösteren bulgular daha azdır (Lee ve Katzman, 2002).

Yeme bozukluğunun klinik sonuçları da kültürlerden etkilenebilmektedir. Bulimia nervoza batı kültürünün zayıflığa değer vermesi, ideal ve modern hayat şekli etkisinde daha çok öne çıkmaktadır (Kocabaşoğlu, 2001). Anoreksiya ise bu durumdan daha az etkilenebilmektedir. Dolayısıyla bulimianın kültüre bağlı bir durum olabileceği, anoreksianın ise kültürden bağımsız bir durum olduğu söylenebilecektir (Butcher vd., 2013).

2.6. Yeme Tutumu Açıklayan Yaklaşımlar

Yeme bozukluklarının sebepleri komplike bir durum olmanın yanı sıra, çevresel, sosyo-kültürel, psikolojik ve genetik unsurların, yeme bozuklukları üzerinde etkisi olduğu de belirtilmektedir (Maner ve Aydın, 2007). Bu başlık altında da yeme tutumunu açıklayan bu unsurlar açıklanmaktadır. Bu başlıklar biyo-psikososyal model, aç kalma ve diyet modelleri, yaşam döngüsü ve geçiş kuramları, psikanalitik/psikodinamik kuramlar ve bilişsel davranışçı modeldir.

2.6.1. Biyo-psikososyal Model

20.asrın ilk yıllarında, AN esas olarak biyolojik ve tıbbi disiplinlerde kavramsallaşmıştır (Vandereycken, 2002). Yeme bozukluğunun ailelerde yaygın olduğu ve genetik epidemiyolojik çalışmalar yeme bozukluklarının bir seviyeye kadar ırsi olduğunu göstermektedir (Wade vd., 2011). İkizler ve ailelerle yapılan araştırmalar predispozan unsurların yeme bozukluklarının

etiyojisinae anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Eley vd., 2002). Ayrıca kişilik tipleri yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir.

AN teşhisi konulmuş kişilerin sıklıkla saplantılı, sosyal açıdan engellenmiş, uyumsuz ve duygusal açıdan kısıtlı olduğunu, BN teşhisi konulmuş kişilerin sıklıkla daha dürtüsel, kişilerarası ilişkilerde hassas ve benlik saygısı düşük olduğu görülmüştür (Crisp, 1983). Ayrıca pek çok araştırmacı, kadınlara dair kültürel baskının, yeme bozukluklarının yaşanmasında büyük bir risk unsuru olduğunu belirtmiştir (Garner vd., 1982). Bu durumda psikososyal unsurların yemem tutumunu etkileyebildiğini gösteren bir durumdur.

Epidemiyolojik araştırmalarda, yeme bozukluklarının zayıflık ve sert diyetlerin desteklendiği Batı toplumlarında daha sık görüldüğü belirlenmiştir (Szmukler ve Patton, 1995). Ayrıca kültürel açıdan, Keel ve Klump'ın (2003), yeme bozukluklarının kültürden etkilenen bir sendrom olduğuna yönelik sınırlı veriler olduğunu belirtmiştir. Bütün boyutlarıyla incelendiğinde, Biyo-psikososyal model çerçevesinde yeme bozukluklarının tanımlamasında ileri araştırmalar gerekmektedir.

2.6.2. A Kalma ve Diyet Modelleri

İleriye dair araştırmalara dayanarak, sert diyetler, yeme bozukluklarının oluşumuyla ilişkilendirilmiştir (Fairburn, 1997). Fakat, bu kavramsallaştırma alanyazında bulunan çelişkili bulgular nedeniyle tartışmalı hale gelmiştir. Srekliyet Modeli bir yeme bozukluğu türü oluştırma tehlikesinin, diyetin ciddiyetine bağlı olduğunu ve kültürel açıdan onaylanabilir diyetin patolojik zayıflık algısıyla alakalı olduğu düşünülmektedir (Nasser ve Katzman, 2003).

Açlık modelinde, yeme bozukluklarının açlıkla birlikte seyreden nöroendokrin anormallikler nedeniyle biyolojik ve bedensel değişikliklerle devam ettirildiğini belirtmektedir (Frichter, Pirke, Pollinger, Wolfran ve Brunner, 1990). Bu modelde yeme bozukluklarının ruhsal ve bedensel tarafları arasındaki ilişkilerin altını çizmek ve yeme bozukluğu yaşayan kişilerin gıda takviyeleriyle sağlığını kazanması ve açlıkla alakalı biyolojik ve bedensel süreçlerinin tekrar yapılandırılabilceğini belirtmektedir. Açlık modelinde, insanlar yapmış oldukları sert diyetlerle az bir vakitte kilo eksiltmeyi amaçlamakta, kendilerini sınırlandırdıkları için karşı karşıya kaldıkları olumsuz bir durumda sert diyetlerinden dönerek ya da besinlerden eksik kaldıkları için tıkınırcasına aşırı yeme atakları yaşayabilmektedirler. Bu durum, açlık modeli ya da sınırlandırıcı diyet modeli şeklinde de bilinmektedir (Fairburn, 1997).

2.6.3. Yaşam Döngüsü ve Geçiş Kuramları

Yaşam döngüsü kuramları, yaşam döngüsünün belirli noktalarında stres birikiminin bir yeme bozukluğunun başlangıcını hızlandırabileceğini öne sürmektedir (Crisp, 1983). Özellikle ergenler, yetişkinliğe geçişle aynı zamana denk gelen bedensel ve duygusal değişikliklerle başa çıkmakta zorlanabilmektedir. Yaşam döngüsü teorilerinin düşünürleri, yeme bozukluğunun ergenler için ergenliğin zorluklarından kaçınmasına fırsat verdiğini öne sürmektedir.

Bir yeme bozukluğunun gelişiminin, bir bütün olarak ailelere, aile yaşam döngüsünün önceki bir aşamasına uygun rutinlerin ve rollerin kullanılmaya devam edilebileceği bir dinlenme dönemi sağladığını öne sürülmektedir (Özdemir, vd., 2009). Bu, ailelerin, döngünün bir sonraki aşamasına uygun zorlu müzakerelere ve değişikliklere yaklaşmak yerine 'statükoyu' sürdürmelerine olanak tanımaktadır. Bu modelin temel eleştirisi, yeme bozukluğunun ergenlik öncesi veya sonrası ortaya çıkışını açıklamaması gibi görünmektedir (Ünal, 2010).

2.6.4. Psikanalitik / Psikodinamik Kuramlar

Bruch (1973)'un geliştirdiği psikanalitik bir perspektif, AN'yi destekleyen psikodinamiğin erken çocukluk tecrübelerinden geldiğini belirtmektedir. Bruch (1973), erken gelişimsel problemlerin, kişinin besin ve doygunlukla alakalı duygusal ve bedensel tecrübelerinin bozulmasına neden olduğunu belirtmektedir. Anne ile çocuğu arasında beslenmeyle alakalı ters karşılıklı feed-back, özerkliğin ya da iç yönlülüğün gelişmesinde etken olan açlık bilincinin bozulmasına sebep olabilmektedir (Erbaş, 2015).

Bruch (1973), AN teşhisi olan kişilerin vücutlarını bütünüyle onların değil, başkasının tesiriyle yaşadıklarına dair, fonksiyonu olmayan bir düşünceleri olduğunu öne belirtmiştir. AN ile alakalı davranışlar, dış güçlerin bireyde neden olduğu edilgenlik, etkisizlik ve denetimsizlik duygularını geri almanın bir yöntemi şeklinde görülmektedir. Ayrıca, mevzu bahis model ebeveyn-çocuk bağı ve yeme psikopatolojileri arasında ilişkinin anlamlı olduğunu belirtmektedir (Erbaş, 2015).

Tıkınırcasına aşırı yeme sorunu ve obezitenin psikodinamik teori kapsamında yorumlandığı bir araştırmada Barth (2008), bağlanma türlerinin bilhassa bireylerin başkalarına dair zihinsel temsillerini var etmede önemli bir fonksiyonu olduğunu ve erken dönemdeki bağlanma sürecinin güvensiz stili var etmesi nedeniyle meydana gelen zihinsel temsillerin uyumlu olmaması ya da duyguları etkin bir şekilde denetlemesiyle ilgili engel oluşturabileceği belirtilmiştir.

Güvensiz bağlanan kişilerde ise, var olan zihinsel temsillerin duygu durum düzenleme ve kendilik ile ilgili negatif bilgiler sonucunda besinleri duygusal anestezi gibi görmeleri söz konusudur (Fairburn, 2008).

Psikodinamik kuramların yeme bozuklukları ile ilgili tanımlamalarında verilen bilgilerin çoğunlukla vaka çalışmalarından geldiği görülmektedir. Ayrıca bu çalışmalarda anoreksiya nervozaya sık sık atıfta bulunulduğu anlaşılmaktadır. Önceleri teorisyenler yeme bozukluklarının bilinçdışı ve sembolik manalarına yoğunlaşmışlar ancak sonra içsel çatışmalardan obje bağlantılarına ve aile unsurlarına geçmişlerdir (Erbaş, 2015).

2.6.5. Bilişsel Davranışçı Model

Model, bireylerin düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, daha önce yaşamış olduğu obezite ve bedensel-cinsel istismar, ihmal, ebeveyn katılımı ya da gereğinden fazla koruma gibi çevresel unsurların yeme bozuklukları karşısında savunmasız kaldıklarını belirtmektedir (Özyurt vd., 2017). Bireylerin beklentileri, anne-baba çatışması ve aile baskıları nedeniyle negatif inançlar ve varsayımlar oluşturma ihtimali daha da çoğalmaktadır. Ayrıca temel inançlar ve varsayımların negatif otomatik düşüncelere de neden olabilecektir (Fairburn vd., 2003). “Ya hep ya hiç” şeklindeki düşünme tarzı, gereğinden fazla genelleme, kişiselleştirme, abartma ve duygusal muhakeme gibi bilişsel çarpıtmalar, kısıtlı diyetlere geçişlerde etkili olabilmektedir. Bu davranışlar ve düşünce kalıpları farklı duygusal, davranışsal, aile ve sosyal unsurlarla izah edilmektedir (Fairburn vd., 2003).

Yeme bozuklukları ile ilgili doğrulanmış yetişkin bilişsel davranışçı perspektif, BN için Fairburn (1997) tarafından geliştirilmiştir. Bu perspektif, yeme bozukluklarının bütün türlerini içeren tanımlar arası bir modelidir (Fairburn vd., 2003). Fairburn ve diğerleri (2003), temel psikopatolojinin bütün yeme bozukluğu türleri için aynı olduğunu ve bu psikopatolojinin de benzer tutum ve davranışlarda açıklandığını belirtmiştir. Fairburn (2008) bunların yanı sıra tıknırcasına yeme bozukluğu için, bireylerin bilişsel çarpıtmaları sonucunda başa çıkamadıkları negatif hislerinin yerine odaklarını dağıtabilecekleri ya da kendilerini rahatlatmış hissedebildikleri besinlere geçtiklerini belirtmiştir. Tıknırcasına aşırı yeme bozukluğu ve ardından yaşanabilen aşırı kilolu ve obez olma haline dair, kilo ve vücut imajının gereğinden fazla anlamlandırılması sonucunda bireylerin bu girdaptan çıkamamaları ve bu nedenle depresyon ve kaygı gibi psikopatolojilere yatkın olabilecekleri belirtilmiştir (Özyurt vd., 2017).

2.7. Yeme Tutumu ile Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Yemem tutumu bireylerin depresyon öyküleri, sosyal kaygı durumları ve bağlanma stillerini etkileyebilecek bir faktör olmanın yanı sıra bu değişkenlerden de etkilenebilen bir unsurdur. Ertekin (2019)'un yapmış olduğu araştırmada yeme tutumu ile sosyal kaygı ve bağlanma stillerinde ilişki olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Aytin (2014)'ün yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde yeme tutumu ile bağlanma stilleri arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yeme tutumu ile depresyon ve sosyal kaygı arasındaki ilişki olduğunu ortaya koyan çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır (Özsoylar vd., 2008; Çam vd., 2009; Vardar ve Erzengin, 2011). Bu başlık altında bu ilişkiler daha detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

2.7.1. Yeme Bozuklukları ile Sosyal Kaygı İlişkisi

Araştırmalar, yeme bozuklukları ve anksiyete bozukluklarının sıklıkla birlikte ortaya çıktığını göstermektedir. Çalışmalar tutarlı bir şekilde, anoreksiya nervoza (AN) veya bulimia nervoza (BN) olan önemli sayıda hastanın bir veya daha fazla anksiyete bozukluğu yaşadığını göstermiştir (Kaye vd., 2004). BN örnekleri arasında anksiyete bozukluklarının yaygınlığı bir dizi araştırmada bildirilmiştir (Bulik vd., 2000; Hudson vd., 1987; Piran vd., 1985; Schwalberg vd., 1992;). Benzer şekilde, AN örnekleri arasındaki yaygınlık da araştırılmıştır (Deep vd., 1995; Herpertz-Dahlmann vd., 1996).

Birçok çalışma, çoğu durumda, bir anksiyete bozukluğunun başlangıcının bir yeme bozukluğunun başlangıcından önce geldiğini göstermiştir (Brewerton vd., 1995; Bulik, 2003; Godart vd.). Bu bulgular, bazı araştırmacıların erken başlangıçlı anksiyete bozukluklarının bir yeme bozukluğunun gelişimine yönelik genetik olarak aracılık edilen potansiyel bir yolu temsil edebileceğini tahmin etmelerine yol açmıştır (Kaye vd., 2004) ve en azından erken başlangıçlı anksiyete bozukluklarının bir şekilde bireyleri yeme bozukluğunun gelişmesine yatkın hale getirir (Bulik vd., 1996). Anksiyete bozuklukları arasında obsesif kompulsif bozukluk ve sosyal fobinin yeme bozuklukları ile birlikte en yüksek morbiditeye sahip olduğu bulunmuştur (Swinbourne, 2008).

2.7.2. Yeme Bozuklukları ile Bağlanma Stilleri İlişkisi

Bağlanmanın yeme bozukluklarını nasıl etkilediğine dair üç farklı bakış açısı vardır (Zachrisson ve Skårderud, 2010). Birincisi, erken çocuklukta bağlanmanın yeme bozukluğu olan kişinin semptomlarını nasıl ortaya çıkardığını etkilediğini belirten geriye dönük bir yaklaşımdır. Yeme bozukluğu olan birçok insanın erken ergenlikten erken yetişkinliğe kadar semptomlar göstermeye başladığını gören bu yaklaşım, bağlanmanın bir kişinin hayatı boyunca sabit

olduğunu varsaymaktadır. Ancak, bağlanmanın kararlı olup olmadığı konusunda araştırma net değildir. Bu nedenle, geriye dönük yaklaşımı incelemek zordur (Oral ve Hisli Şahin, 2008).

İkinci bakış açısı, farklı bağlanma türlerinin yeme bozuklukları için risk oluşturabileceğini belirten genel risk yaklaşımıdır (Zachrisson ve Skårderud, 2010). Bu ilişki için belirli mekanizmaları veya yolları adlandırmak yerine, sağlıklı bağlanma kalıplarının (mevcut veya geçmiş) bir yeme bozukluğu geliştirmek için bir risk faktörü oluşturduğunu belirtmektedir. Bu bakış açısı daha genel bir yaklaşımı benimser ve yeme bozukluğu olan insanlar arasında güvensiz bağlanmanın daha yüksek yaygınlığına odaklanmaktadır. Daha ileri araştırmalar, genel olarak psikolojik bozukluğu olan insanlar arasında daha yüksek bir güvensiz bağlanma örüntüsü görüldüğünü göstermiştir (Tetley vd., 2014). Üçüncü bakış açısı ise güvensiz bağlanmanın yeme bozuklukları ile nasıl ilişkili olduğuna dair birkaç hipotezi olan bağlanma kuramsal yaklaşımıdır (Koskina ve Giovazolias, 2010).

İlk hipotez, yeme bozukluğu belirtilerinin güvensiz bağlanma örüntüsünün doğrudan ifadeleri olduğunu belirtmektedir. Örneğin, kararsız / dirençli bağlanma örüntüsü, anoreksiyalı bir kişide, bağlanma şekillerinin öngörülemez olduğunu düşündükleri için ifade edilebilecektir. Bu nedenle, yaşamları üzerinde bir miktar kontrol ararlar ve bunu ne kadar yemek yedikleriyle yapmaktadırlar (Oral ve Hisli Şahin, 2008). Kaçınan bağlanma örüntülerine sahip kişiler genellikle bağlanma figürlerini reddedici olarak görürler ve bu nedenle önce onları reddederek bunu telafi etmektedirler. Kendilerini değersiz olarak düşünebilmekte ve bu nedenle yiyecekleri reddedebilmektedirler. Ya da kendilerini değersiz gördükleri için reddedilmeye karşı yüksek bir duyarlılığa sahip olabilirler (Bäck, 2011). Bunu telafi etmek için, kendilerini zayıf ideallere uygun yaşamak gibi sosyal olarak daha kabul edilebilir hale getirmeye çalışabilirler.

İkinci hipotez, yeme bozukluğunun yakınlık arama davranışı olduğunu belirtir; bu, çocuk veya yetişkinin bir tehdit algılandığında rahat etmesi için birini aramasıdır (Tetley vd., 2014). Yemek yememek ya da yemekte güçlük çekmek, yakınlık arayışı olarak kabul edilebilir, çünkü yeme bozukluğu olan kişi ebeveynlerine daha yakın olmak isteyebilir ve bu arzusunu ifade edemeyebilir. Bu hipotez de genişletilmiştir ve güvensiz bağlanma örüntülerinin kuşaklar arası aktarımı olduğunu belirtir. Yani, bir anne veya babanın güvensiz bir bağlanma örüntüsü varsa, bunu muhtemelen çocuklarına aktaracaklardır. Bu güvensiz bağlanma örüntüsü yeme bozukluğu semptomlarında kendini gösterebilir (Oral ve Hisli Şahin, 2008). Son olarak, bağlanma kuramsal yaklaşımı altındaki üçüncü bir hipotez, yeme bozukluğu olan kişilerin kendilerini başkalarıyla nasıl karşılaştırdıkları veya duyguyu nasıl düzenledikleri dahil olmak üzere arabulucu faktörlerin mevcut olabileceğini belirtmektedir (Biegel, 2016)

BÖLÜM 3: SOSYAL KAYGI

3.1. Sosyal Kaygı

Sosyal kaygı (aksiyete), bir veya birden çok toplumsal durumlarda, mesela halka yönelik konuşma yapmak, halka açık tuvaletlere girmek veya kalabalık yerlerde yemek yahut yazmak gibi bir korku türü şeklinde açıklanmıştır. Fertler bu gibi durumlarda, izlemcilerin onlara yönelmiş bakışları ve negatif yorumlarına veya küçük görmelerine maruz kalma ihtimalinden endişe etmektedirler. Sosyal kaygı yaşayan insanlar, bu endişeleri sebebiyle böylesi durumlardan çekinirler. En sık görülen sosyal kaygı çeşidi, kalabalık karşısında konuşma korkusudur (Butcher, Hooley ve Mineka, 2013). Diğer bir ifade ile sosyal kaygı, kişinin başkaları üstünde pozitif izlenim bırakma arzusu olmasına rağmen negatif izlenim bırakacağına yönelik gelişen kaygıdır (Schlenker ve Leary, 1982). Bahsedildiği üzere, sosyal kaygının en sık yaşandığı alan olan kalabalık karşısında konuşma korkusunun kişilerin diğer insanlarca negatif bağlamda yargılanma kaygısını tetiklediği anlaşılmaktadır. Bu gibi durumlar, kişinin konuşma esnasında yanlış yapmasından, sesinin titremesinden vb. gibi durumların yaşanmasından endişelenmesinin yanı sıra karşıdakilerden pozitif feed-back alma arzusunda olduğunu da göstermektedir (Dilbaz, 2000).

Sosyal kaygı, sosyal ortamlarda kişinin performansını veya ilişkilerini etkileyen korku ve endişe kaynağını tanımlar. Sosyal kaygısı olan bireyler sürekli utanç, küçük görülme ya da rezil olma korkusunu yaşamaktan çekinirler. Bu konu üzerinde yürütülen çalışmalarda, sosyal kaygının bilişsel olarak başlıca nedeni, sosyal kaygının kökeninde olumsuz değerlendirilme endişesinin bulunmasıdır (Mercan, vd., 2012).

Sosyal kaygı, her an yoğun ve mantıksız biçimde diğer insanlarca negatif yorumlanmaktan endişe etmek şeklinde açıklanabilmektedir. Kaygılı bir durumla karşı karşıya kalmak kaygı bozukluğuna sebep yaratabilir ve bu tür bir sorun kişinin diğer kişilerle ilişkisini bozabilmektedir. Kişi, genellikle bu kaygının abartılı, alakasız aynı zamanda mantıksız olduğunu bilincindedir. Fakat bu farkında olma hali rahatsızlıkla birlikte seyreden bedensel ya da psikolojik belirtileri ortadan kaldırmamaktadır (Zungur, 2000). Bu belirteçlere örnek olarak terleme, kızarıklık, titreme, konuşma kesintileri ve utanç gibi özellikler sayılabilecektir. Ayrıca denetimi yitirmekten korkmakta sosyal kaygının bir emaresi şeklinde bilinmektedir. Tedavisi yapılmamış sosyal kaygı kronik bir hale gelebilmekte ve bireyde çok daha ciddi durumlar yaratabilmesi olasıdır. Kişinin sosyal yaşamdan uzaklaşması, problemin çözüldüğünü göstermez; kaygının altında bulunan ruhsal sorunların tedavisi önemlidir (Ersoy vd., 2003).

Diğer kaygı bozukluklarının tersine sosyal kaygı, kişilerle etkileşimi doğrudan etkilemektedir. Kişinin yaşadığı kaygı durumu kronik ise, akran ya da bağlanma stillerinin gelişimini büyük ölçüde engellemektedir. Aynı esnada bireyin kariyer başarısını, sosyal destek ağlarının oluşmasını ve sürdürülmesini engelleyerek kişide genel bir yalnızlık durumu ve izolasyona sebep olabilecektir (Zungur, 2000). Hayat boyu yaygınlık oranlarına göre, sosyal kaygı, majör depresyon ve alkol bağımlılığından sonra en fazla görülen üçüncü psikiyatrik sorundur. Bunun yanı sıra sosyal kaygı en fazla rastlanan kaygı bozukluğudur. İlaveten, sosyal kaygı bireyde hem alkol bağımlılığının hem de depresyonun yaşanmasında önemli bir risk unsurudur (Yalom ve Roth, 2014).

Sosyal kaygıdan mustarip kişilerin başlıca şikayetleri aşağıda belirtilmiştir:

- Kendilerini başkalarına tanıtmada kalmak
- Yetkili/otorite sahibi olan bireylerle tanışmak
- Bir şey yapmaktayken biri tarafından izlenmek
- Yazı yazarken birisinin onu izlemesi
- Telefonda konuşmak
- Ziyaret edilmek
- Rahatsız edilmek
- Aile veya arkadaşlar ile yemek
- Kalabalık bir topluluğun önünde konuşmak (Beck ve Emery, 2015).

DSM V 'e göre sosyal kaygının hayat boyu rastlanma oranı ABD'de bir yıllık yaygınlık tahminin %7 seviyesinde Avrupa'da ise %2,40 seviyesinde olduğu belirtilmektedir. Ayrıca sosyal kaygının yaygınlık oranının kişilerde yaşla beraber azaldığı ve kadınlarda erkeklere nazaran daha çok rastlandığı ifade edilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Çoğunlukla sosyal kaygıdan mustarip olan kişiler, diğerlerine karşı kâfi derecede uysal, akıcı ve tamtamlılık sergileyememekten korkarlar ve kaygı belirtileri gösterirler. Aynı zamanda kendileri hakkında, "korkak gibi görünüyorum", "benim her söylediğim saçmalık", "oldukça beceriksizim" ya da "her şeyi mahvedeceğim" gibi olumsuz yorumlarda bulunmaktadırlar (Beck ve Emery, 2015).

3.1.1. Sosyal Kaygı Kriterleri

Sosyal kaygının çoğunlukla evrimsel etmenlerce biçimlendirilen davranışlardan kaynaklanmasının yanı sıra genetik etmenler de sebep olabilmektedir (Rada, 2018). Sosyal kaygı çoğunlukla klasik şartlandırmayla direkt ya da endirekt bir şekilde deneyimlenen basit olaylardan beslenmektedir. Sosyal yenilgi ya da küçük görülme gibi durumları tecrübe etmek ya da böyle bir olaya tanık olmak, öfke ve eleştirilere maruz kalmak yahut kişinin bu tarz olaylara hedef olması toplumsal kaygıyı tetikleyebilmektedir (Butcher vd., 2013). Sosyal kaygı 'korku' sözcüğü ile de tanımlanabilmektedir. Hayvan cinsinde korku/kaygı, karşı taraftan gelen bir ses ya da herhangi bir hareket ve tepki esnasında oluşabilmektedir. Hayvanlarda korku anlık bir olarak var olmakta ve hayvanların toplumsal sisteminde korku savaş başlatmak biçiminde gelişmiştir (Taştan ve Demiröz, 2016).

Kaygıdan mustarip olan kişilerin kaygı öncesinde veya esnasında zihinlerinde korktuğu şeye dair bir görsel imaj belirlemektedir. Danışanlar düşünceleri veya imgelemeleri hakkında bilgi verdiklerinde, psikososyal yahut fiziksel travmanın içeriğinin aynısı olan görsel imajlardan söz etmektedirler (Rada, 2018). Bireyin zihninde oluşan bu imgelem ya da fantezi bozulmuş bir gerçekliğin göstergesidir. Bu fantezilerin bir psikanalist tarafından yorumlanması, bu imgelerin ne gibi bir anlam yüklendiğini ve o kaygı durumla ne gibi bir alakasının bulunduğunu belirtmektedir. Fantezilerin yararı, kişilerin sorunlarının esas etmeninin bulunmasına yardımcı olabilmeleridir (Beck ve Emery, 2015).

3.1.2. Sosyal Kaygının Nedenleri

Sosyal kaygının özü düşüncelerden doğmaktadır. Küçük duruma düşülebileceği ya da bir rezillik yaşanacağına ilişkin otomatik düşünce, sosyal ortamlara yönelik endişenin kontrol altına alınacağına dair inançta bir azalma yaratmaktadır (Yeniçikti, 2010). Bu durum olumsuz davranışlar sergileme olasılığını hatırlatan otomatik düşünceleri ve hissedilen sosyal kaygı seviyesini arttırmaktadır. Sosyal kaygının en kritik sebebi olarak yüksek seviyedeki stres söylenebilecektir (Köknel, 2005: 135).

Yoğunlaşma hususunda zorluk çeken birinin konuşmalarında ve iletişim şeklinde bozulmalar oluşmaktadır. Böylesi durumlarda da kişinin kendine olan güveni azalır (Köknel, 2005). Zaman geçtikçe bu durumun yarattığı stresin etkisi zayıflasa bile birey güven hususunda zedelendiği için aynı durumun tekrar yaşanacağına inanmaktadır. Sonuçta sosyal ilişkilerin negatif açıdan etkilenmesi ve sosyal bunaltının süregelenliği söz konusudur (Yeniçikti, 2010: 83).

Özetle bu rahatsızlığa neden olabilecek pek çok etken bulunmaktadır. Ancak işin özü kişinin kendi zihninde var ettiği düşüncelerdir. Ayrıca aile de sosyal fobi öyküsü de diğer bireylerde bu durumun yaşanmasında etkili olabilmektedir. Çocukluk döneminde karşılaşılan kötü durumlar da bu rahatsızlığı tetikleyebilmektedir (Öztürk, 2014).

3.1.3. Sosyal Kaygının Özellikleri

WPA'ya göre sosyal kaygıya ait özellikler aşağıda sıralandığı gibidir (Erkan, 2002: 39).

- Sosyal mekanlardaki davranışlarının diğer kişilerce incelenmesi kaygıları
- Performans beklenen durumlarda, utanma hissi veya gururun kırılabilmesine ilişkin aktif endişeler
- Korku hissedilen olay ve durumlardan her daim sakınmak
- Hayali veya gerçek ortamlarda bireyler arası yorumlamaların bulunması veya olma olasılığının ihtimal dahilinde olmasıdır.

3.2. Sosyal Kaygı İle İlgili Kuramlar

Sosyal kaygı ile ilgili çeşitli çalışmalarda çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Bu bölümde sosyal kaygı kuramları beş sınıflama içerisinde ele alınacaktır. Bunlar biyolojik, psikanalitik, bağlanma, davranışçı ve bilişsel kuramlardır.

3.2.1. Biyolojik Kuram

Yapılan çalışmalarda sosyal kaygının var olmasında biyolojik unsurların büyük bir payının olduğu bilinmektedir. Warren vd.nin (1999) araştırmasında 7 yaşındaki tek yumurta ikizlerinin sosyal kaygı puanlarıyla çift yumurta ikizlerinin sosyal kaygı puanları kıyaslandığında, tek yumurta ikizlerinin sosyal kaygı puanları arasındaki bağlantının daha fazla çıktığı gözlemlenmiştir (Türkçapar, 1999).

Kendler vd.nin (1992) çalışmasında, sosyal kaygının %21 seviyesinde irsi olduğu anlaşılmıştır. Sosyal kaygı sorunu bulunan genç yetişkinlere dair uygulanan çalışmada ailede ruhsal bir sorun bulunma halinin çoğunlukla karşılaşıldığı neticesine varılmıştır (İzgiç ve vd., 2000). Mancini vd. (1996) de sosyal kaygı sorunu bulunan bir ebeveynin çocuklarında sosyal kaygı yaşanma ihtimalinin daha çok olacağını ifade etmişlerdir.

Savunma Emniyet Modeli, biyolojik açıdan, kişilerde bulunan ve denge durumunda çalışan iki sistemden bahsetmektedir. Bunlardan savunma sistemi bir riske karşı güvenceyi mümkün kılarken, emniyet sistemi de riskin bulunmadığı durumlarda kişinin gevşemesini mümkün

kılmaktadır. Bu çerçevede sosyal kaygı, kişilerdeki savunma ve emniyet sistemlerindeki dengenin sağlanamaması veya korunamaması sonucunda oluşur. Sosyal kaygıdan mustarip bireylerde, savunma sistemi yüksek seviyede çalışırken emniyet sisteminin faaliyeti daha azdır (Türkçapar, 1999). Doğuştan var olan bu sistem dengesinin yanı sıra ebeveynlerin fazla otoriter, iş birliğinin ise düşük olduğu bir ilişki ortamında kişide sosyal kaygının var olma ihtimali çok fazladır (Dilbaz, 1997).

Sosyal kaygı ve nörobiyolojik bağlantısının ele alındığı çalışmalarda da çoğunlukla temel nörotransmitter sistemler ve bu sistemlerin işleyişlerinde yoğunlaşmış, bilhassa serotonin ve dopaminle sosyal kaygı arasındaki bağ irdelenmiştir (Türkçapar, 1999). Liebowitz vd.nin (1987) gerçekleştirdiği araştırmalar sonucunda sosyal kaygının oluşmasında düşük dopamin seviyesinin etken olabileceği belirtilmiştir. PET çalışmalarında ise amigdaloïd-hipokampal bölgede yer alan ve prefrontal bölgeye de etken olan bir sistemin harekete geçmesiyle bireyin sosyal olayları idrak etmesinde farklılıklar geliştiği anlaşılmıştır (Tillfors, 2004).

Malizia'nın (1997) araştırmasında Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı konmuş kişilerin kaygı hissetmeleri esnasında direkt faal olan bölgeleri sağ dorso-lateral prefrontal korteks ve sol pariyetal kortekstir. Kimi çalışmalarda da Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı bulunan kişilerin dopaminergic kanallar, sol prefrontal korteks gibi ödül hassasiyetiyle alakalı beyin bölgelerinin etkinleşmesinde gerileme olduğu tespit edilmiştir (Durusoy, 2019).

Sosyal Anksiyete Bozukluğu tanısı bulunan kişilerle yürütülen fMRI araştırmalarında, amigdala bölgesinin etkinliğinin yükseldiği fark edilmiş ve bu bölgenin etkinleşmesinin artması durumunun, sosyal olaylarda risk hassasiyetini meydana getirdiği sonucuna varılmıştır (Klumpp vd., 2010). Özetle sosyal kaygı her ne kadar psikolojik bir rahatsızlık olarak dikkat çekse ve algılansa da pek çok psikolojik rahatsızlıkta olduğu gibi bu rahatsızlıkta da bedensel bir takım etki ve tepkiler söz konusudur. Özellikle de beynin belirli bölgelerinde görülen etkinlikler ve değişiklikler sosyal kaygının biyolojik olarak da açıklanabileceğini göstermektedir.

3.2.2. Psikanalitik Kuram

Gabbard (1992) sosyal kaygıyı, sahne bunaltısında var olan emarelerin birey sahnede bulunmuyorken de görülmesi şeklinde ifade etmiştir. Birey, toplumsal platformlarda o an sahnedeymiş gibi düşünür ve kaygı oluşur. Sosyal kaygının kökenlerinin üremsel ve ergenlik öncesi evrelerde teşhircilik ile hicap hissi arasındaki çatışmayla oluştuğu fikri hakimdir (Öztürk, 2014).

Fert, bilinçli durumda iken dayanılmaz veya diğerlerince onaylanması mümkün olmayan cinsel ya da agresif içtepiller neticesinde kaçınma, yer değiştirme ve yansıtma savunma sistemleri devreye girmektedir. Neticede söz konusu içtepile ket vurulur fakat sosyal hali oluşmaktadır. Gabbard (1992) sosyal kaygıyı meydana getiren üç unsura dikkat çekmektedir:

1. Utanç yaşantıları: Sosyal kaygıdan mustarip bireylerin sıklıkla ebeveynlerince eleştirildiği, aşağılandığı ve utandırıldığı gözlemlenmiştir. Bu bireyler hem ana-babalarından hem de ileriki yaşantılarında sosyal ilişki kurabildikleri diğer bireylerden sürekli onay alma gereksinimi duyarlar. Onaylanmayacakları ve/veya eleştirileceklerini düşündükleri ortamlardan, kimselerden kaçınırlar.

2. Suçluluk duyguları: Sosyal kaygıdan mustarip olan bireyler, bilinçdışı alanlarında, sosyal ilişki kurduğu kişilerden, saldırganlığa kadar uzanabilen biçimde kusursuz bir ilgi beklentisi içindedirler. Bu beklentiye karşılık suçluluk ve yetersizlik algılarından dolayı da utanç duyarlar.

3. Ayrılma anksiyetesi: Sosyal kaygıdan mustarip bireyler ana-babadan ayrılma yoluyla bireyselleşmeyi, ebeveynlerinin kendisini terk etmesi olarak algırlar ve kaygı sürecini yaşamaya başlarlar. Ebeveynlerin ya da bakıcının bu tür bir kaygıya karşı tutumu oldukça önemli bir husustur. Bu tarz bir kaygıyı besleyebilecek biçimde reddedici, utandıran, aşağılayan ebeveyn yaklaşımlarına maruz kalan bireyler gelecekteki yaşantılarında bu içe atımları diğerlerine yansıtmak suretiyle sosyal kaygılarını ortaya çıkarırlar. Aksine, çocuğun kaygısına karşı duyarlı olunursa bu tür korkular törpülenebilir ve tam olarak sosyal kaygı açığa çıkmaz.

3.2.3. Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı kişinin doğumundan itibaren geliştirmekte olduğu duygulara dayanan bir kuramdır. Bu teoriyi ortaya atan Bowlby (1969) bebeklerin dünyaya geldikleri an itibarıyla kendinin bakımını üstlenecek, onu her tehlikeli durumdan koruyabilecek birisine ihtiyaç duyduklarını ve gereksinimlerini gideren kişiyle de duygusal bir bağ kurduklarını belirtmiştir. Bu da bir tür bağlanma hissidir.

Sıhhatli bir bedensel ve ruhsal ilerleme için bireylerin hayatlarının ilk zamanlarından başlayarak bağlanma arayışları başlamaktadır. Bu teoride, çok erken zamanlarda sosyal kaygı görülmeye başlanır ve en belirgin etkenlerinden biri bebeğin ona bakan kişiyle oluşturduğu bağıdır (Vertue, 2003). Bebek, yaşantısının ilk zamanlarından başlayarak hayata tutunmak amacıyla çevresine adapte olmaya çabalar. Bedensel ve sosyal gereksinimlerini sağlayabilecek

olan ve bakımını üstlenen kişiyle bağ oluşturur. Oluşturduğu bağ, ilk içsel temsillerinin oluşmasını sağlar. Bebek, hayatının gelecek günlerinde kuracağı çeşitli ilişkilerinde bu içsel sembolleri kullanacaktır. Onunla bakımını üstlenen arasında pozitif ve güven dolu bir bağ kurulamadığında bebek olsa da o kişide büyük bir kaygı durumu meydana çıkabilir (Bintaş Zörer, 2015). Anne-baba veya bakıcıyla oluşturulan bağda kusurlar, bireyin kendini emniyette görmesini hayatının gelecekteki süreçlerinde de tesirini devam ettirir ve sosyal kaygının var olma ihtimalini yükseltir. Bu vaziyet, kişinin gelecekteki hayatında diğer insanlarla oluşturduğu bağlarla da açıkça görülmektedir. Yürütülen çok sayıdaki çalışmada bakımı üstlenen ile bebek arasındaki bağlanma stilinin, sosyal kaygının nedenlerinin önemli etmenlerden biri olduğu gözlemlenmiştir (Durusoy, 2019).

3.2.4. Davranışçı Kuram

Bu teoride sosyal kaygı üç kanalla görülebilecektir. Bunlar; direkt koşullanma, gözlemsel öğrenme ve bilgi transferidir (Türkçapar, 1999). Direkt koşullanmada birey travmatik durumu kendisi yaşadığı için sosyal kaygıyı başlatan tecrübeyi belleğe yeniden getirebilir. Alan yazındaki çalışmalarda sosyal kaygıdan mustarip kişilerin aşağı yukarı yarısının (%58) direkt travmatik tecrübelerle sahip olduğu görülmüştür (Türkçapar, 1999). Sosyal platformlarda kendisinden farklı insanların travmatik deneyimlerini incelemek de sosyal kaygının var olmasına neden oluşturabilir. Bilgi aktarımı hususunda ise bireyin diğerlerince sözlü ve sözsüz olarak, sosyal olaylarla alakalı meselelere dair bilgi edinme durumu görülür (Dilbaz, 1997).

Öğrenme teorisyenlerine göre, birey tehdit hissettiği durumlara tepki göstermektedir. Fakat bireyin ortada riskli bir durum yokken de risk varmış gibi davranması neticesinde kaygı var olur (Dilbaz, 1997). Evans kaygı emareleriyle negatif deneyimlerin eşleşmesi neticesi kaygı bozukluğunun var olduğunu belirtmiştir. Kişi, kaygı bozukluğuna neden oluşturan uyarıcıdan kaçınma arzusundadır (Ertürk, 1994).

Mowrer (1947) kaygının var olmasında klasik öğrenmenin, kaçınmanın var olmasında ise edimsel öğrenmenin etkisi bulunduğunu belirtmiştir. Sosyal kaygının nedenlerinde hayatın ilk zamanlarında var olan davranışsal engellenmenin bir hayli kuvvetli olduğu tahmin edilmektedir. Davranışsal engellenme, çocuğun yeni toplumsal yerlerde ya da yabancılara sergilediği kaçınmadır. İlk emareleri bebeklikte ya da erken çocukluk zamanlarında gözlemlenebilir. Daha sonraki gelişim aşamalarında da sürerek sosyal kaygıya neden olabildiği tahmin edilmektedir (Aslan, 2016). 8-12 yaş aralığındaki çocuklar hakkında gerçekleştirilen bir araştırmada çocukların davranışsal engellenme seviyeleri belirlenmiş ve aynı ölçümler ergenlik

zamanlarında da yenilenmiştir (Gest, 1997). Veriler kıyaslandığında, çocukluk zamanlarında görülen davranışsal engellenme emarelerinin sonraki gelişim zamanlarında da devam ettiği bilgisine ulaşılmıştır.

Rosenbaum ve diğerlerinin (1991) 21 aylık bebekler ve ana-babaları üstünde yürüttükleri boylamsal araştırmada aşırı davranışsal engellenme skoru bulunan çocukların ana-babalarında sosyal kaygının var olması ihtimalinin fazla olduğu anlaşılmıştır. Davranışsal engellenmede ebeveynlerin bu derece payının büyük olması bu aktarımın irsi olabileceğinin yanı sıra psikososyal unsurların da etkinliğini düşündürmektedir (Dilbaz, 1997).

Sosyal kaygı hisseden çocuklar üstünde yapılan bir çalışmada çocuklar, anne-babalarının kendilerini bağımsızlığa yönlendirmediklerini ifade etmişlerdir (Messer ve Beidel, 1994). Bunun yanı sıra onları bedensel ve zihinsel bakımdan yetersiz görmelerinin yanında sosyal kaygı yaşamayan çocuklara nazaran daha az esnektir ve etraflarındaki farklılıklardan daha çok etkilenmişlerdir. Yürütülen başka bir çalışmada, sosyal kaygıdan mustarip adölesanların ebeveynleri incelendiğinde, çoğunlukla fazla korumacı veya itirazcı, sert ve duygusal bağlamda uzak kaldıkları gözlemlenmiştir (Bögels vd., 2001). Sosyal kaygı durumunun aile etmeni yönünde yürütülen bu çalışmalar, sosyal kaygının nedenlerinde irsi aktarımdan ayrı bir şekilde, sosyal öğrenme ve modellemenin de bir hayli etkili olduğuna işaret etmektedir.

3.2.5. Bilişsel Kuram

Bu teori de sosyal kaygının birincil unsuru kişinin başkaları üstünde iyi pozitif imaj oluşturma hususunda yoğun bir şekilde isteklenmesine rağmen bu meselede eksiklik görmesidir. Sosyal kaygının oluşmasında ve ilerlemesinde kusurlu bilgi işleme, negatif nitelikte otomatikleşmiş düşünceler, bilişsel çarpıtmalar gibi uyumu ve işlevselliği bozucu bilişsel süreçler etkili olmaktadır (Curtis vd., 2004). Bu teori, kişinin bilişsel yönünü kendiliğinden düşünceler ve şemalar şeklinde iki farklı başlık şeklinde irdelemektedir. Şemalar, ara inançlar (kurallar ve farzlar) ve temel inançlar olmak üzere iki başlık altında irdelenir (Türkçapar 2014).

Otomatik düşünceler, belirli bir konuda doğruluğu araştırılmadan, hızlı bir biçimde ortaya çıkan ve duyguları güçlü derecede etkileyebilen düşüncelerdir. Sosyal kaygıdan mustarip kişinin, sosyal bir ortamda bulunurken aklına üşüşen “beni sıkıcı buldular işte”, “hep beceriksizim”, “zaten sıkıcıyım” tarzındaki düşünsel söylemler örnek olarak sunulabilir (Dilbaz, 1997). Otomatik düşünceler irdelendiğinde ise, ardında “yanlış davranırsam aptal olduğumu düşünürler”, “hatalı konuşursam benimle alay ederler” gibi koşullu inançların bulunduğu

görülebılır. Kişilerin kaygıdan özgürleşmek adına kendine koyduğu bu tür kurallar, ara inançlara örnek olarak gösterilebilir. Ara inançlar irdelendiğinde, temelinde “ben garip biriyim”, “kusurluyum”, “diğer insanlar çok acımasız”, “hiçbir vakit beni kabul etmeyecekler” gibi kendisi vd. hakkında sahip olduğu olumsuz temelli inançlar olduğu gözlemlenmektedir (Türkçapar 2014).



Şekil 1: Bilişsel Yapı

Kaynak: Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.

Sosyal kaygıyı ortaya çıkaran ve sürdüren döngüyü açıklamak gerekirse, işleyişi şu şekildedir; kişiler geçmişte yaşamış oldukları olumsuz sosyal tecrübelerine ve kendileri hakkındaki negatif yorumlara dayanarak sosyal ortamlara dahil olmadan daha önce kepaze olacaklarına, kötü durumlar yaşayacaklarına yönelik güçlü bir önyargı beslerler (Öztürk, 2014). Başkalarının onu ne şekilde algıladıklarıyla alakalı fikirleri çoğalır fakat bu fikirler genellikle subjektiftir ve gerçek değildir. Çevresini, sosyal ortamları birer tehdit unsuru şeklinde gören bu birey, bu ortamın sözde riskleriyle başa çıkmak adına ya sosyal ortamlardan kaçınmayı seçer yahut alkol kullanımı gibi bazı koruyucu farz ettiği davranışlar geliştirir (Yalçın ve Sütçü, 2016).

Bilişsel modele göre, kişi bir sosyal durumla karşı karşıya kaldığında kendi vd.nin değerlendirmeleri hakkındaki olumsuz otomatik düşüncelerini ve varsayımlarını gerçekmiş gibi algılar ve bu düşüncelerini destekleyici kanıtların arayışına yönelir (Türkçapar 2014). Karşılaştığı sosyal durumu tehdit şeklinde algıladığından fiziksel, davranışsal, bilişsel ve duygusal tepkilerde bulunur. Bu tepkilerin hedefi bireyi söz konusu tehlikelerden uzak tutmaktır, ancak o durumun gerçek anlamda bir tehlikeden çok zihindeki görsel yaratım olması nedeniyle bu tepkiler uygunsuz olur (Clark ve Wells, 1995).

Muris ve diğerlerinin (2000) çalışmasında sosyal kaygısı fazla olanların, davranışları yorumlama hususunda taraflı oldukları, var olan sosyal durumları bir tehdit gibi gördükleri ve o sosyal durumlarla karşı karşıya kaldıklarında karşılaştıkları sorunları halletme şekli olarak genellikle kaçınma davranışını tercih ettikleri görülmüştür. Sosyal kaygı yaşayan kişiler, olumsuz değerlendirilme korkusu ve şartlanmanın etkisi altında mevcut sosyal durumlara yakışıksız tepkiler verirler (Öztürk, 2014). Heimberg ve diğerlerinin (1995) negatif yorum alma endişesi olan ve sosyal kaygıdan mustarip kişilerin sosyal beceri noksanlığı bulunduğunu belirtmiştir. Sosyal beceri alanında noksanlığı bulunan kişiler, başkalarına nazaran sosyal ortamlarda hatalı davranmaktan çok fazla kaygılanır ve bu önyargının yüklediği endişeyle sosyal beceri hususundaki eksik yanlarına daha çok odaklanmak durumunda kalırlar (Dilbaz, 1997).

Albert Ellis (1991), sosyal kaygısı bulunan bireyler mantık dışı biçimde içine girdikleri sosyal ortamlarda hatasız olma, kusursuz bir eşsiz bir başarıyı gösterme ve bu esnada da hiçbir rahatsızlık hissetmeme şeklindeki beklentilere sahiptirler. Bu istekleri doğrultusunda “mükemmel davranmak, hata yapmamak” konusundaki komutları, sosyal durumların içine karıştıklarında sosyal kaygı emarelerinin var olmasına neden olur (Ellis, 1991). İnsanların karşısında konuşma hususunda bunaltı hissedeni biri hem o topluluğun karşısında kusursuz bir konuşmayı gerçekleştirmek hem de bu mükemmel konuşmayı yapıyorken kötü hisse kapılmamayı arzu eder (Türkçapar, 1999). Sosyal kaygının nedenlerini belirten teoriler, kısaca, ferdi genetik, nörobiyolojik ve hormonal özellikleri, erken yaşta kendisinin bakımını üstleneni kurduğu ilişki ve bağlanma tarzı, erken yaştaki utanç tecrübeleri, şartlanma ve öğrenme ile sağladığı bilgiler ile bilişsel yapısı üstünde odaklanmışlardır.

3.2.6. Sosyal Kaygı ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki

Daha önceki başlıklarda sosyal kaygı ile depresyon ve yeme tutumu arasındaki ilişkilerin incelenmiş olması nedeniyle bu başlık altında sadece sosyal kaygı ile bağlanma stilleri değişkeni incelenmiştir.

BÖLÜM 4: BAĞLANMA STİLLERİ

4.1. Bağlanma Kuramı ve Bağlanma Kavramı

Bağlanma, iki kişi arasında meydana gelen kalıcı duygusal ilişkiyi tanımlamaktadır (Bowlby, 1969, 1973). En erken bağlanma bağları bebekler ve birincil bakıcıları arasında oluşmaktadır. Bu ilişkinin niteliğine bağlı olarak, bebekler bağlanma durumlarında kendilerinin ve diğerlerinin eşsiz beklentileri veya zihinsel temsillerini geliştirirler (Bowlby, 1969). Gelişen çalışma modelinin çeşidini saptamada bilhassa mühim olan, bakıcıların bebeğin sıkıntısına karşı duyarlılığıdır (Weinfield vd., 1999). Ainsworth vd. (1978), birincil bakım verenle seri olarak kısa ayrılık ve yeniden bir araya gelme yöntemiyle bağlanma ilişkilerinin niteliğini sınamak için "Garip Durum" şeklinde tanınan deneysel bir işleyiş geliştirmiştir. Bebeklerin tepkilerine dair izlenimler doğrultusunda, üç değişik bağlanma yöntemi tespit etmişlerdir. Bunlar; güvenli, güvensiz-kaçınan ve endişeli-kararsız modelleridir.

Güvenli bir bağlanma modeline sahip bebekler, bağlantı figürlerini keşif için "güvenli bir üs" olarak kullanabilmektedir. Birincil bakıcıdan ayrılmalarından dolayı üzülür, ancak geri döndüklerinde kolayca rahatlarlar (Kızıldağ ve Vatan, 2016). Güvensiz kaçınmacı bağlanma durumunda, bebekler bakıcılarına çok az referans vererek çevreyi araştırmaktadır. Ayrılıktan minimum düzeyde rahatsız olur ve yeniden bir araya geldiklerinde bakıcıdan kaçınır veya görmezden gelirler (Rietzschel, 2012).

Bebeklerin bağlanma davranışlarını engellemeyi öğrendikleri, çünkü bu davranışların bağlanma figüründen bakım elde etmede sürekli olarak etkisiz olduğu sonucuna varılmıştır. Öte yandan kaygılı kararsız bağlanma örüntülerine sahip bebekler minimal keşif sergilemektedir. Ayrılıklardan oldukça rahatsızdırlar ve yeniden bir araya gelmelerinde yatıştırılmaları zordur. Tutunma davranışı ve öfkenin ikircikli bir karışımını sergilenmektedir. Bu bebeklerin yanıtlarında tutarsız olan bakıcıları varmış gibi görünüyordu, bu %n ihtiyaçlarının karşılanması için olumsuz duygularını abartmayı öğrenmişlerdir (Kızıldağ ve Vatan, 2016). Daha sonraki araştırmada, Main ve Hesse (1990), bakıcılara yanıt verme konusunda tutarlı bir stratejiden yoksun olan çocukları tanımlamak için güvenli olmayan düzensiz bir dördüncü bağlanma kategorisi tanımlamıştır. Ebeveyn tarafından hem rahatlatmış hem de korkmuş hissettikleri için tepkileri genellikle kaçınma ve direnç dahil davranışların bir karışımıdır.

Bağlanma kuramı başlangıçta bebekler ve birincil bakıcıları arasındaki duygusal bağı açıklamak için tasarlanmıştır. Ancak buna rağmen Bowlby (1979) bağlanma temsillerinin etkilerini çocukluk deneyimlerinin ötesinde uyguladığına inanmaktadır. Kendinin ve

başkalarının dahili çalışma modellerinin, bir bireyin beklentileriyle tutarlı bilişsel süreçlere ve davranışlara rehberlik ederek sonraki ilişkiler için bir şablon sağladığını öne sürmüştür (Kızıldağ ve Vatan, 2016).

4.1.1. İçsel Çalışan Modeller

Bağlanma ilişkileri, bu güvenli sığınak ve güvenli temel işlevlerini ne kadar iyi yerine getirebilirse, yalnızca bağlanma ortaklarının gerçek davranışlarına değil, etkileşim modellerinin ilişki temsillerine dönüştürülmesine ya da Bowlby'nin dediği gibi, "Dahili çalışma modelleri"ne dönüşmesi de o kadar mümkün olacaktır (Kızıldağ ve Vatan, 2016). Bowlby, bağlanma ilişkilerinde kendiliğin ve diğerinin içsel çalışan modellerinin, bir bağlana ikilisinin (ebeveyn ve çocuk veya yetişkin çift) üyelerine partnerlerle etkileşimleri tahmin etmeleri, yorumlamaları ve onlara rehberlik etmelerine yardımcı olduğunu iddia etmiştir. Gelişim sürecinde, bebeklerin sensör-motor-duygusal iç çalışma modelleri giderek daha karmaşık ve zihinsel olarak "manipüle edilebilir" hale gelerek, sadece basit kısa vadeli öngörülerini değil, aynı zamanda içsel araçlar aracılığıyla mevcut, geçmiş ve gelecekteki ilişkiler üzerine düşünmeyi de mümkün kılmaktadır (Bowlby, 1988).

Bowlby (1982: 80-81), dahili çalışma modelleri fikrinin araştırmacılara "aşırı davranışçılıkla dolu" görünebileceğini kabul ederek şunları söylemiştir: *"Beyinlerin gerçekte, kafada küçük ölçekli deneyler yapmak için yapılabilecek az ya da çok ayrıntılı modeller sağladığı fikri, davranışın karmaşıklığını anlamakla ilgilenen herkese hitap eden bir kavramdır."* Bowlby "bilişsel harita" gibi ilgili terimleri reddetmiştir, çünkü sözcük yalnızca topografyanın statik bir temsilini çağrıştırmaktadır.

Buna karşılık, "iç çalışma modeli" terimi, önceki deneyimlere dayanarak başkalarıyla etkileşim ve sohbetler hayal etmeye izin veren bir temsil sistemi anlamına gelmektedir. Bowlby (1988, s. 127) ayrıca bebeklik ve erken çocukluk döneminde belirli bağlanma figürlerine sahip içsel çalışan benlik modellerinin "giderek çocuğun kendisinin bir mülkü haline geldiği" fikrini geliştirmiştir. Çocuğun baba ve anneye ilişkisinin kişilik gelişimi üzerindeki göreceli etkisi hakkında çok az şey bilindiğini kabul eden Bowlby, ilk yıllarda anneye kendi kendine etkileşim modelinin daha etkili olabileceğini, çünkü annenin muhtemelen daha etkili olabileceğini öne sürmüştür (Kızıldağ ve Vatan, 2016).

4.2. Yabancı Ortam Çalışmaları

Çocukların bağlanma örüntülerindeki farklılıklara ilişkin ilk sistematik ve deneysel çalışmalar Ainsworth vd. (1978) tarafından “Yabancı Ortam Çalışmaları” ile başlamıştır. Bu çalışmalarda, ortalama olarak 12 aylık çocukların yabancı birinin varlığında, annenin çocuğun yanından ayrılması, anne ve çocuğun 24 yeniden buluşmaları durumlarında çocukların verdiği tepkiler gözlemlenerek bağlanma örüntülerindeki bireysel farklılıklar incelemiştir (Fogel 2009). Yapılan bu çalışma sonrasında bebeklerin ayrılık, yeniden bir araya gelme ve yabancıyla yalnız kaldıkları durumlarda verdikleri tepkilere göre güvenli, kaygılı kararsız ve kaçınan bağlanma stili olmak üzere üç tipik örüntü sergilediği bulunmuştur (Ainsworth vd., 1978).

Güvenli bağlanan bebekler, etrafını tanımak için bakım verenlerini güvenli alan şeklinde kullanmakta, anneleri ayrıldığında ise hafif bir protesto gösterebilirler ancak tekrar bir araya geldiklerinde kolayca sakinleşip oyunlarını sürdürmektedirler. Kaygılı-kararsız bağlanan bebekler ise, anneleriyle birlikteyken kaygılı bir biçimde ona yapışır ve çok fazla keşif yapmaya çalışmazlar. Ayrılık durumlarında şiddetli bir biçimde ağlayan bebekler anneye yeniden bir araya geldiklerinde hem anneye yakın olmak isterler hem de anneye karşı yoğun öfke ve kızgınlık yaşarlar. Kaçınan bağlanan bebekler, anneye çok az iletişime geçerler ve ayrılma durumunda umursamaz görünürler. Yeniden bir araya geldiklerinde ise annelerinin dönüşüne hiç tepki göstermez ve başka şeylerle ilgilenebilirler (Santrock, 2012). Main ve Solomon’a (1986) göre, bu üç temel sınıflandırmanın dışında “sınıflandırılmayan” bir grup daha bulunmaktadır. Main ve Solomon (1986) tarafından bu gruptakilerin güvensiz-dağınık (insecure-disorganize/disoriented) bağlanma örüntüsüne sahip olduğu bulunmuştur. Güvensiz-dağınık bağlanma örüntüsüne sahip bebeklerde; beklenen tepki sırasında düzensizleşme (örneğin güçlü bir kaçınmayı izleyen güçlü bir yakınlık arayışı), çelişkili davranış örüntülerinin eş zamanlı gösterilmesi, tamamlanmamış ve yönlendirilmemiş hareketler ve yüz ifadeleri, kafa karışıklığı ve kaygının doğrudan göstergeleri ve davranışsal durgunlaşma (sersemlemiş ya da şaşkın görünmek) gibi davranışlar görülmektedir. Santrock’a göre (2012), dağınık bir şekilde sınıflamak için bebeklerin güçlü kaçınma ve direnç örüntüleri veya etrafından ve bakıcısından aşırı seviyede korkmak gibi özel davranışlar sergilemeleri gerekmektedir.

4.3. Çocukluk Döneminde Bağlanma

Bebekler, birincil bakıcılarının her biri ile benzersiz ve niteliksel olarak farklı bağlar geliştirmektedir. Bu ilişkiler, hayatın ilk üç yılında aşamalı olarak ortaya çıkar. İnsan ilişkileri için erken tercihler - insan yüzü ve sesi, anne sütünün tatlı tadı - çok sıklıkla (Bowlby 1969).

Örtük bellek süreçleri, olayların ve insanların hatırlanmasını kolaylaştırır (özellikle bebekler, ilginç olayları kontrol edebileceklerini algıladıklarında); beş aya kadar bir bebek çok çeşitli duygu ifadeleri gösterir ve ilişki güdümlü duygu düzenleme ve iletişimle bağlantı kurmaktadır (Fogel 2009).

Bebek, altı ila dokuz aylıkken, farklı bağlanma figürleri arasında açıkça ayırım yapar; yakın olma ihtiyacının açık bir şekilde gösterilmesi ve ayrılık ve yabancı kaygısı ile belirgin bir gelişimsel değişim yaşanmaktadır. Bu yaştaki bebeğin “kişi kalıcılığı” (nesne kalıcılığı) vardır (Ainsworth vd. 1978). Bağlanma davranışında veya bir ile üç yaş arasında bağlanma sistemini harekete geçiren koşullarda çok az değişiklik vardır. Üç yaşındaki bir çocuk, bir bebekten daha fazla ayrılık anksiyetesi yaşayabilir ve bağlanma sıkıntısına daha duyarlı olabilir (Marvin ve Britner 2008).

Dört yaşına gelindiğinde bağlanma, bilişsel-duyuşsal temsili ilişki modelleriyle işaretlenir. Bu dahili çalışma modelleri, bağlanma davranışında ve süreçlerinde bir değişim yaratır; sadece varlığına tepki vermekle kalmayıp, çocuğun tahmin etmesine, değerlendirmesine ve ebeveynleriyle planlar yapmasına izin vermektedir (Bowlby 1969). Bu değişim, bağlanma-bakıcılık ortaklığının başlangıcı olan önemli bir geçişi işaret etmektedir. Çocuk, ebeveynin ihtiyaçları hakkında temel bir anlayışa sahiptir ve kendi bağlanma ihtiyaçları, ebeveyn uygunluğunun ve yanıt vermesinin yerleşik güveni tarafından yönlendirilmektedir (Marvin ve Britner 2008).

Çocukluk dönemi esnasında çocuğun yaşadığı tecrübeler ve bağlanma stilleri sonraki yaşantısında da etkisini sürdürecektir. Çocukluktan çıkıp ergenliğe geçtiği dönemde kişi yetişkinliğe adım atmaktadır. Bu durum da beraberinde birçok değişiklik getirmektedir.

4.4. Ergenlik Döneminde Bağlanma

Ergenliğin hızlı nörolojik, bilişsel ve sosyal gelişimleri, gençler için sosyal-bilişsel bir ikilem yaratmaktadır. Bunlar özellikle dünya ve kendisiyle ilgili yeni ve çeşitli deneyimlerin entegrasyonudur. Ergenlik aynı zamanda bir bağlanma ikilemi, yani aileden uzakta yeni sosyal rolleri keşfederken anne-babayla bağlantıyı sürdürme ve akranlar ve romantik partnerlerle bağlanma ilişkileri geliştirme anlamına gelmektedir (Moretti vd., 2003). Ergenliğin başarılı geçişinin anne babadan ayrılma yoluyla sağlanamaması büyük önem taşımaktadır (Lamborn ve Steinberg, 1993). Esasında, özerkliğe ve erişkinliğe doğru geçiş, ebeveynlerle güvenli bağlanma ve duygusal bağlılıkla kolaylaştırılmaktadır (Ryan ve Lynch, 1989).

Özetle, yapılan çalışmalar ergenlik döneminde bağlanma güvenliğinin gelişim üzerinde erken çocukluk dönemindeki gibi tam olarak aynı etkiyi gösterdiğini belirtmektedir. Güvenli bir temel, keşif ve bilişsel, sosyal ve duygusal yeterliliğin gelişimini teşvik etmektedir (Allen vd., 2003). Klinik dışı örneklerle yapılan çalışmalar (Howard ve Medway, 2004), güvenli bir şekilde bağlanan ergenlerin aşırı içki, uyuşturucu kullanımı ve riskli cinsel davranışa girme olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Kadınlar arasında bağlanma güvenliği, daha düşük genç hamilelik oranları ile ilişkilidir (Cooper vd., 1998).

Güvenli bağlanan ergenler ayrıca anksiyete, depresyon, dikkatsizlik, düşünce problemleri, davranış sorunları, suçluluk ve agresiflik gibi daha az akıl sağlığı sorunundan muzdariptir (Nada-Raja vd., 1992). Kadın ergenlerde bağlanma güvenliği, daha az kilo ile ilgili endişeler ve daha az sıklıkta yeme bozuklukları ile ilişkilidir. Ergenlikte bağlanma güvenliği bunların yanı sıra daha pozitif başa etme yetilerini ve 16-18 yaş arası sosyal becerilerde önemli kazanımları öngörmektedir (Moretti ve Peled, 2004).

Güvenli bağlanan ergenler, liseye geçişi daha başarılı bir şekilde yönetir, daha olumlu ilişkilerden zevk alır ve güvensiz bağlanan ergenlere göre aile ve akranlarıyla daha az çatışma yaşarlar (Ducharme vd., 2002). Klinik örneklerden sağlanan veriler, normatif örneklerden alınanlarla örtüşmektedir. Güvensiz bağlanma intihar eğilimi, uyuşturucu alımı ve agresif ve suçlu davranış ile alakalıdır (Moretti ve Peled, 2004).

4.4.1. Yetişkinlik Döneminde Bağlanma

Yetişkin bağlanma literatürüne, her biri kendi yetişkin bağlanma kavramsallaştırması ve bağlanma temsillerini değerlendirmek için metodoloji içeren iki gelenek hakimdir. Gelişimsel psikolojide bir geçmişe sahip olan Mary Main ve diğerleri (Main, Kaplan ve Cassidy, 1985) Yetişkin Bağlanma Görüşmesini (AAI), birincil bakıcılarla erken bağlanma ilişkilerini araştırmıştır. Araştırmacılar, görüşülen kişilerin bağlanma anlatısına olan tutarlılığına dayanarak, yetişkinlere bağlanmanın üç ana kalıbını belirlemiştir. Bunlar; güvenli / özerk, umursamaz (bir tür kaçınan bağlanma) ve birbirine kenetlenmiş / meşgul (bir tür endişeli bağlanma) bağlanma kalıplarıdır.

Bu üç sınıflandırma, ilk olarak Ainsworth tarafından ifade edilen ek kategorizasyonuna benzerdir. Ardından iki ek sınıflandırma belirlenmiştir. Bunlar da çözülmemiş / düzensiz ve sınıflandırılmayan bağlanma kalıplarıdır. İlki, kayıp veya istismarla ilişkilidir ve düzensiz ve karışık bir anlatı ile karakterize edilmektedir (Rietzschel, 2012).

İkinci yetişkin bağlanma geleneği, Hazan ve Shaver'ın (1987) yetişkin romantik aşkını, bebek-bakıcı bağlanma bağlarıyla aynı özelliklerle karakterize edilen bir bağlanma süreci olarak kavramsallaştırmasından geliştirilmiştir. Ainsworth tarafından tanımlanan bağlanma örüntülerine benzer şekilde yazarlar, yetişkin romantik ilişkilerinde bireysel farklılıkların üç kategorili bir modelini (güvenli, kaçınmacı ve endişeli kararsız) önermişlerdir. Anlatı yaklaşımının tersine, bir kişinin yetişkin romantik bağlarında duygusal deneyimlerine ve davranışlarına ilişkin bilinçli raporlarını değerlendirmek için öz bildirim ölçütleri kullanmışlardır (Kızıldağ ve Vatan, 2016).

Hazan ve Shaver'ın (1987) modeli, korkudan kaçınma ve kaçınma olarak adlandırılan iki teorik olarak farklı kaçınma biçimi arasında ayrım yapmada yetersiz olduğunu düşünen Bartholomew (1990) tarafından eleştirilmiştir. Bunun yerine, kendilik ve başkalarının olumlu ve olumsuz zihinsel temsillerinin bir kombinasyonundan kaynaklanan dört kategorili bir model önermiştir. Bu model aynı zamanda bir boyut olarak benlik modeli ve diğeri olarak başkalarının modeli ile iki boyutlu bir uzay içinde kavramsallaştırılabildiğinden, bir 'boyuta karşı boyut' tartışması başlamıştır (Fraley ve Waller, 1998).

Brennan, Clark ve Shaver (1998) çeşitli öz bildirim ölçütlerinin geçerliliğini araştırmış ve romantik ilişkilerdeki kişisel özelliklerin iki boyutta daha uygun bir biçimde düzenlendiğini doğruladılar. Bunlar; bağlanma kaygısı ve kaçınmadır. Birincisi bağlanma stillerinde reddedilme ve terk edilme korkusunu yansıtırken, ikincisi bağlanma stillerinde rahatsızlığa ve başkalarına bağımlı olma konusundaki isteksizliğe karşılık gelmektedir.

Hayatın her aşamasında kişilerin bağlanma stilleri onların yaşantısı üzerinde büyük etkiler yaratmaktadır. Ancak kişinin hayatına dair kararları kendisinin aldığı yetişkinlik dönemindeki bağlanma stili, onun kişiliğinin gelişimi ve karakter olgunluğu açısından ayrı bir öneme sahiptir. Çünkü bu dönemde yapılan seçimler bilinçli olarak, belirli düşünceler doğrultusunda yapılmaktadır.

4.5. Bağlanma Stilleri

Sosyal-kişilik alanındaki bağlanma araştırmacıları, geleneksel olarak çalışma modellerini nitelik benzeri bir tarzda kavramsallaştırmışlardır. Başka bir deyişle, bu temsillerin, ebeveynler, arkadaşlar ve romantik partnerlerle ilişkiler dahil olmak üzere geniş bir dizi ilişkisel bağlamda nispeten etkili olduğunu varsaymışlardır (Collins ve Read, 1990). Buna uygun olarak, insanların çalışma modellerinin kalitesini değerlendirmeye yönelik öz-bildirim anketleri, katılımcılara belirli bir ilişkiye odaklanmaları talimatını vermek yerine, genellikle katılımcılara

genel olarak bağlanma stillerindeki deneyimlerini değerlendirmelerini söyler (Hazan ve Shaver, 1987).

Bununla birlikte, yalnızca genel veya küresel bağlanma ölçülerine dayanma şeklindeki yaygın uygulama eleştirilmiştir (Cook, 2000; La Guardia vd., 2000). Baldwin vd. (1996), örneğin, insanların yaşamlarındaki önemli kişiler hakkında sahip oldukları beklenti ve inançlarda önemli ölçüde kişi içi değişkenlik olduğunu göstermiştir. Bir kişi örneğin eşini sıcak, sevecen ve duyarlı olarak görebilir, ancak farklı bir ilişki geçmişi nedeniyle aynı anda annesini soğuk, reddedici ve mesafeli olarak görebilir. İnsanların hayatlarındaki önemli diğer kişilerle ilişki kurma biçiminde önemli bir kişi içi çeşitliliğin var olduğu gerçeği, kendi kendine bildirilen bağlanma stilini değerlendirmek için kullanılan yaygın yöntemlerin yeterli olup olmadığı hakkında bir dizi soru ortaya çıkarmaktadır (Baldwin vd., 1996).

1990'larda, Bartholomew ve Shaver (1998), yetişkinlerde bağlanma üzerine yapılan araştırmalarda biri ebeveynliğe ve diğeri romantik ilişkilere odaklanan iki ana eğilimi tanımlamıştır. Birincisi, Mary Ainsworth'un deneysel bir durumda (Garip Durum) çocuk-anne çiftini gözlemlerken yaptığı çalışmadan türetilmiştir ve bağlanmayı sınıflandıran standartlaştırılmış Yetişkin Bağlanma Görüşmesi görüşmesinin hazırlanmasıyla sonuçlanmıştır. Güvenli, otonom, kararsız ve meşguliyeti olan, reddedici, çözülmemiş / dağınık ve küçük örneklerle nitel çalışmaların geliştirilmesini ve yetişkinlerin bakış açısından ebeveyn-çocuk ilişkisindeki deneyimin kalitesine odaklanmayı sağlamıştır (Hesse, 2008).

İkinci eğilim, Hazan ve Shaver'in (1987, 1990) çalışmalarıyla ilişkilendirilir ve kişilik özellikleri ve sosyal etkileşimlerin incelenmesine odaklanmaktadır. İlgi, arkadaşlık, romantik ilişki ve evlilik dâhil olmak üzere yetişkinler arasındaki ilişkiler için büyük klinik olmayan gruplara yöneliktir. Bunu yapmak için, katılımcıların güvenli, endişeli ve kaçınmacı olmak üzere üç tür bağlanma şeklinde sınıflandırıldığı romantik bağlanma üzerine bir öz-bildirim anketi oluşturmuşlardır. Hazan ve Shaver açısından, yetişkinlikteki romantik ilişki, çocuklukta birincil bakıcılardaki gibi, eşe karşı geliştirilen bir bağıdır (Terzi, 2014).

4.5.1. Bağlanma ve Psikopatoloji İlişkisi

Yetişkin bağlanma ölçütlerinin geliştirilmesinin ardından, birçok araştırma yetişkin bağlanma örüntüleri ile psikopatoloji arasındaki bağlantıyı incelemiştir. Bu çalışmalarda, depresyon (Bifulco, Moran, Ball ve Bernazzani, 2002), anksiyete (Muller vd., 2001), yeme bozuklukları (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy vd., 1996), Borderline Kişilik Bozukluğu (Fonagy vd.,

1996) ve şizofreni (Dozier, 1990) gibi durumlarla bağlanmanın arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Güvenli bağlanma ise psikolojik iyi oluş ile ilişkili bulunmuştur (Dieperink vd., 2001). Dolayısıyla, güvensiz bağlanma kalıplarının genel bir risk faktörü olarak işlev gördüğü, oysa güvenli bağlanmanın değerli bir koruyucu faktörü temsil ettiği sonucuna varılabilir. Araştırmalar ayrıca bağlanmanın psikolojik problemlerin tedavisinde büyük etkisi olduğunu göstermiştir. Tedavi öncesi bağlanma özelliklerinin bireylerin psikoterapiye tepkilerini etkilediği gösterilmiştir (Saatsi, Hardy ve Cahill, 2007). Yakın tarihli bir meta-analiz, güvensiz bağlanmanın daha olumsuz durumlara yol açtığını, güvenli bağlanmanın ise daha olumlu durumları sonuçları öngördüğünü göstermiştir (Levy vd., 2011). Bu bulgular birlikte ele alındığında, bağlanma güvenliğindeki artışların farklı psikopatolojik şikâyetlerin uzun süreli iyileşmeleri için önemli olabileceğini düşündürmektedir.

Bağlanma temsillerinin sürekliliğini araştıran boylamsal çalışmalar, çocukluktan ergenliğe ve erken yetişkinliğe kadar orta düzeyde bir istikrar olduğuna dair kanıtlar sağlamıştır (Hamilton, 2000; Waters vd., 2000), ancak diğer çalışmalar bağlanma stillerinde önemli değişiklikler olduğunu göstermiştir. (Lewis vd., 2000; Weinfield vd., 2000). Son araştırmalar ayrıca, bir ebeveynin kaybı ve travmatik deneyimler gibi yaşam olaylarının bağlanma değişikliklerinin habercisi gibi görüldüğünü de göstermiştir. Bu nedenle, belirli yaşam deneyimlerinin, erken çalışan modellerin onaylanmamasını sağlayarak revizyonlarına yol açabileceği görülmektedir. Ayrıca psikolojik terapi gibi olumlu deneyimlere tepki olarak artan güvenlik seviyeleri yönünde değişikliklerin meydana gelebileceği de tartışılmaktadır. Bowlby (1988), psikolojik terapistlerin danışanlarla güvenli ilişkiler kurarak ve acı veren bağlanma geçmişlerini keşfetmelerine ve yeniden çerçevelendirmelerine yardımcı olarak 'düzeltici' deneyimler sağlayabileceklerini varsaymıştır.

BÖLÜM 5: YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada da üniversitesi öğrencilerinde depresyon, yeme tutumu, sosyal kaygı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada ilişkisel tarama ve betimleyici yöntem kullanılmıştır. İlişkisel tarama yöntemi iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesi durumunda kullanılmaktadır (Karasar,2013). Betimleyici araştırmalar ise konu veya çalışmaların betimlemesini, tasvirini sağlayan yöntemlerdir. Bu araştırma yönteminde olgu veya örnekleme dair sağlanan veriler betimlenerek temel unsurları tasvir edilmektedir. Özetle betimleyici araştırma yöntemi durumu saptamaya çalışan bir yöntemdir (Toplu, 2012).

5.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 2020-2021 eğitim öğretim yılında İstanbul'daki vakıf üniversitelerinde öğretim görmekte olan üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini üniversite öğrencilerinden gönüllülük esasına dayanarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve kolayda örnekleme yöntemi ile belirlenen 295 öğrenci oluşturmaktadır.

5.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Veri toplama aracı olarak ölçek ve form kullanılmıştır. Ölçekler pandemi nedeniyle internet üzerinden Google forms ile oluşturulmuş ve uygulanmıştır. Beck Depresyon ölçeği, Leibowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ve araştırmacı tarafından geliştirilen Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Ayrıca katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu da alınmıştır.

Demografik Bilgi Formu: Ölçeklerden önce katılımcıların sosyo-demografik verilerini toplayabilmek için araştırmacı tarafından demografik bilgi formu hazırlanmıştır. Bu veriler daha sonra betimsel analizler incelenirken de kullanılacaktır. Araştırmacı tarafından katılımcılara ait yaş, cinsiyet, medeni durumları ve demografik bilgileri elde etmek için hazırlanan sorulardan oluşmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilimsel belirtileri ölçmektedir. 21 belirti kategorisini içeren kendini değerlendirme ölçeğidir. Alınacak en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Beck vd. (1961) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 4'lü likert sistemi ile hazırlanmıştır. Türkçe geçerlilik,

güvenilirlik çalınması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve ölçeğin güvenilirlik kat sayısı 0,74, geçerlik puanı ise 0,78 olarak bulunmuştur. (Koyuncu vd., 2012).

Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ) (Liebowitz 1987), SAB olan kişilerin, korku ve/veya kaçınma davranışı gösterdikleri sosyal ilişki ve performans durumlarını değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. 24 maddeden oluşan ölçek, 11'i sosyal ilişki ve 13'ü performans olmak üzere iki alt ölçekten oluşmuştur. 1,2,3,4,5,6,8,9,13,14,16,17,20,21 numaralı maddeler performans ile ilgili durumları ölçerken, 5,7,10,11,12,15,18,19,22,23,24 numaralı maddeler sosyal ilişki durumunu ölçmektedir. Sorular, bireyin son bir hafta içindeki korku ve kaçınmasının şiddeti göz önünde bulundurularak, 1-4 arasında değişen Likert tipi (4 puanlık) bir ölçek üzerinde yanıtlanır. Toplam puan, korku ve kaçınma puanlarının toplanması ile elde edilir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dilbaz ve Güz (2001) tarafından yapılmış olan LSAÖ'nün iç tutarlılığı (Cronbach alpha) 0,96 bulunmuştur. Değerlendiriciler arası bağıntı katsayısı ise $r=0,83$ olarak saptanmıştır. Sonuç olarak LSAÖ'nün Türkçe versiyonu, bu dilde konuşan kişilerdeki SAB ve buna ilişkin bulguların şiddetini ölçmede nesnel, geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.955 gibi yüksek sayılabilecek bir güvenilirlik değerine sahiptir (Göktürk, 2019).

Yeme Tutum Testi-40: Araştırmaya dâhil edilen öğrencilerin yeme tutumlarına bakmak için Yeme Tutum Testi'nin (YTT) Türkçe versiyonu uygulanmıştır. YTT, Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında geliştirilmiştir. YTT-40'ın Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır.

Test 40 sorudan oluşmakta, cevaplar "daima-hiçbir zaman" şeklinde altı basamaklı Likert formunda değerlendirilmektedir. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 için bazen 1 puan, nadiren 2 puan ve hiçbir zaman 3 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için ise daima 3 puan, çok sık 2 puan ve sık sık 1 puan olarak değerlendirilir ve diğer seçenekler 0 puan olarak hesaplanır. Sonuçta ölçeğin her bir maddesinden alınan puanlar toplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir. YTT-40 için kesme değeri 30 puandır. 30 puan ve üzerinde alan kişiler yeme bozukluğu bulunma riski yüksek kişiler olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Savaşır ve Erol'un çalışmasında Cronbach alpha geçerlik kat sayısı. 70 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,742 gibi yüksek sayılabilecek bir güvenilirlik değerine sahiptir (Göktürk, 2019).

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II): Fraley ve Shaver (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Selçuk ve diğerleri (2005) tarafından yapılmıştır. Ölçekte 18'i kaygı, 18'i kaçınma alt faktöründe olmak üzere yedili Likert tipinde toplam 36 madde vardır. Her bir alt boyuttan alınan puan 18 ile 126 arasında değişmekte ve alt boyutlardan alınan puan arttıkça kaçınmacı bağlanma ya da bağlanma kaygısı artmaktadır. Kaçınma alt boyutunun Cronbach alfa katsayısı 0,90 iken, kaygı alt boyunun Cronbach alfa katsayısı 0,86'dır. Ölçeğin kaçınma ve kaygı boyutlarına ilişkin test-tekrar test güvenilirliği katsayıları ise sırasıyla 0,81 ve 0,82'dir. Ölçeğin toplam puanı alınmamaktadır (Dağ ve Gülüm, 2013).

5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 26.0 programı kullanılmıştır. Analizlerden önce normallik testleri yapılmıştır. Depresyon ölçeği normallik testi sonuçlarına bakıldığında ölçek verilerinin normal dağılmadığı görülmektedir ($p=0,00$; $p<0,05$). Ayrıca Skewness ve Kurtosis (Basıklık ve Çarpıklık) değerlerine de bakılmış maddede değerlerin -1.5 ile +1.50 arasındaki değerlerden uzakta olduğu görülmüştür (3,08-10,94). Bağlanma stilleri normallik testi sonuçlarına bakıldığında ölçek verilerinin normal dağılmadığı görülmektedir ($p=0,00$; $p<0,05$). Ayrıca Skewness ve Kurtosis (Basıklık ve Çarpıklık) değerlerine de bakılmış maddede değerlerin -2 ile 2 arasındaki değerlerden uzakta olduğu görülmüştür (2,12-6,56). Liebowitz Sosyal Kaygı ölçeği normallik testi sonuçlarına bakıldığında ölçek verilerinin normal dağılmadığı görülmektedir ($p=0,00$; $p<0,05$). Ayrıca Skewness ve Kurtosis (Basıklık ve Çarpıklık) değerlerine de bakılmış maddede değerlerin -2 ile 2 arasındaki değerlerden uzakta olduğu görülmüştür (1,93-2,88). Yeme tutum testi normallik testi sonuçlarına bakıldığında ölçek verilerinin normal dağılmadığı görülmektedir ($p=0,00$; $p<0,05$). Ayrıca Skewness ve Kurtosis (Basıklık ve Çarpıklık) değerlerine de bakılmış maddede değerlerin -1.50 ile +1.50 arasındaki değerlerden uzakta olduğu görülmüştür (6,08-38,57). Bu da verilerin normal dağılmadığının bir başka kanıtı olarak ele alındığından sonraki analizlerde non-parametrik analizler tercih edilmiştir (Geroge ve Mallery, 2010). Bu nedenle 300 kişilik örneklem grubundan normal dağılımı bozan katılımcıların verileri çıkarılarak verilerin normal dağılım göstermesi sağlanmıştır. Böylece örneklem grubu 295 kişi ile sınırlandırılmıştır.

BÖLÜM 6: BULGULAR

6.1. Betimsel Analizler

Bu bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyo-demografik verilerine dair bilgiler yer almaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı

	N	%
17-24	131	44,40
25-30	31	10,50
31-35	17	5,80
36-40	44	14,90
41 ve üzeri	72	24,40
Total	295	100,00

Tablo 2’de görüldüğü üzere katılımcıların yaşları incelendiğinde 131’inin (%44,40) 17-14, 31’inin (%10,50) 25-30, 17’sinin (%5,80) 31-35, 44’ünün (%14,90) 36-40 yaşları arasında olduğu görülmektedir. 72’si ise (%24,40) 41 yaş ve üzerindedir.

Tablo 2: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

	N	%
Erkek	86	29,20
Kadın	209	70,80
Toplam	295	100,0

Tablo 3’te görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında 86’sının (%29,20) erkek, 295’inin ise (%70,80) kadın olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

	N	%
Lisans	195	66,10
Yüksek Lisans	100	33,90
Toplam	295	100,00

Tablo 4'te görüldüğü üzere katılımcıların eğitim düzeylerine bakıldığında 195'inin (%66,10) lisans eğitimine, 100'ünün ise (%33,90) yüksek lisans eğitimine devam ettikleri görülmektedir.

Tablo 4: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Dağılımı

	N	%
Bekar (İlişkisi yok)	142	48,10
Evli	114	38,60
(Bekar) İlişkisi Var	39	13,20
Toplam	295	100,00

Tablo 5'te görüldüğü üzere katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında 142'sinin (%48,10) bekar, 114'ünün (%38,60) evli ve 39'unun (%13,20) ilişkisi olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Katılımcıların Depresyon Geçmişine İlişkin Dağılımı

	N	%
Evet	84	28,50
Hayır	211	71,50
Toplam	295	100,00

Tablo 9'da görüldüğü üzere katılımcıların depresyon geçmişi incelendiğinde 84'ünün (%28,50) daha önce depresyon öyküsü olduğu görülmektedir. 211'inin ise (%71,50) böyle bir geçmişi bulunmamaktadır.

6.2. Demografik Özellikler ile Yeme Tutumu Arasındaki Fark Testleri

Bu başlık altında katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve daha önceden depresyon öyküsü olma durumu ile yeme tutumu testinden aldıkları puanların farkları ele alınmıştır.

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetleri İle Yeme Tutumu Arasındaki Farklar

Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Ss	T	Sd	p
Erkek	86	15,29	7,24	-,44	203,17	,65
Kadın	209	15,74	9,37			

Tabloda 6’da görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyetleri ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,65$; $p>0,05$)

Tablo 7: Katılımcıların Yaşları ile Yeme Tutumu Arasındaki Farklar

Yaş	N	Ortalama	Ss	Sd	F	p
17-24	131	16,03	8,685			
25-30	31	16,38	11,72			
31-35	17	15,52	9,38			
36-40	44	14,43	9,11	4	,35	,83
41 ve üzeri	72	15,26	7,25			
Total	295	15,61	8,79			

Tabloda 7’de görüldüğü üzere katılımcıların yaşları ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,83$; $p>0,05$)

Tablo 8: Katılımcıların Devam Ettikleri Eğitim Düzeyi ile Yeme Tutumu Arasındaki Farklar

Eğitim Düzeyi	N	Ortalama	ss	T	sd	P
Lisans	195	15,64	8,34			
Yüksek Lisans	100	15,56	9,67	,07	293	,94

Tabloda 8’de görüldüğü üzere katılımcıların devam ettikleri eğitim düzeyi ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,94$; $p>0,05$)

Tablo 9: Katılımcıların Depresyon Geçmişi ile Yeme Tutumu Arasındaki Farklar

Depresyon Öyküsü	N	Ortalama	ss	T	sd	P
Evet	84	19,34	9,72	4,76	293	,00
Hayır	211	14,12	7,95			

Tabloda 9’da görüldüğü üzere katılımcıların depresyon öyküsü olma durumu ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,00$; $p<0,05$). Katılımcılardan daha önce depresyon öyküsü olan kişilerin yeme tutum testinden daha yüksek puan aldıkları görülmektedir.

6.3. Değişkenler Arası İlişki Testi Analiz Sonuçları

Bu bölümde katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar arasında bir ilişki olup olmadığı ve bir ilişki varsa hangi yönde ve düzeyde olduğu incelenmiştir.

6.4. Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 10: Değişkenler Arasındaki İlişkileri Gösteren Korelasyon Tablosu

	Yeme Tutumu Toplam	Depresyon Toplam	Sosyal Kaygı Toplam	Kaygılı bağlanma	Kaçınan Bağlanma
Yeme Tutumu Toplam	1				
Depresyon Toplam	,41**	1			
Sosyal Kaygı Toplam	,11*	,35**	1		
Kaygılı bağlanma Toplam	,36**	,38**	,32**	1	
Kaçınan bağlanma Toplam	,33**	,43**	,32**	,39**	1

Tablo 10'da görüldüğü üzere bütün değişkenler birbiri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

Yeme tutumu ile diğer değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki söz konusudur. Bu bulgu üniversite öğrencilerinde olumlu yeme tutumu düzeyi arttıkça, depresyon, sosyal kaygı ve bağlanma stilleri alt boyutu olan kaygılı ve kaçınan bağlanma düzeylerinin azaldığı anlama gelmektedir.

Sosyal Kaygı (Anksiyete) ile yeme tutumu arasında düşük düzeyde anlamlı ve olumlu ilişki bulunurken, diğer değişkenler arasında orta düzeyde olumlu ve anlamlı ilişki görülmektedir.

Depresyon düzeyi ile diğer değişkenler arasında pozitif yönde orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeyi arttıkça sosyal kaygı, kaygılı ve kaçınan bağlanma düzeyleri de artmaktadır.

Sosyal kaygı ile yeme tutumu arasında düşük düzeyde, olumlu ve anlamlı diğer değişkenler arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Katılımcılar da sosyal kaygı düzeyi arttıkça kaygılı ve kaçınan bağlanma düzeyleri de artmaktadır.

Bağlanma stilleri alt boyutu olan kaçınmacı bağlanma düzeyi ile diğer değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bağlanma stilleri alt boyutu olan kaygılı bağlanma düzeyi ile diğer değişkenler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

6.5. Regresyon Analizleri Sonuçları

Tablo 11: Regresyon Modeli

Model	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Std. Tahmin Hatası
1	,50 ^a	,25	,24	7,71

Katılımcılar depresyon, sosyal kaygı ve bağlanma stilleri alt boyutu olan kaçınan ve kaygılı bağlanma düzeylerinin yeme tutumunu yordayıp yordadığını incelemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Çoklu doğrusallık ihtimali, korelasyon tablosunda $r = .44$ 'ün üzerinde ilişkisellik olmaması ve VIF değerlerinin 2.5'in altında olması (Allison, 1999) nedeniyle elimine edilmiştir.

Modelimizdeki bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki varyansın %24'ünü açıklamaktadır.

- Modeldeki bağımsız değişkenlerin tamamı, bozulmuş yeme tutumunun yordayıcılığı ile ilgili anlamlı görünmektedir. Depresyonun ($B = .30, p < .001$), kaygılı bağlanmanın ($B = .11, p < .001$) ve kaçınan bağlanmanın ($B = .06, p < .05$) yeme tutumundaki bozulmayı pozitif yönde anlamlı yordadığı görülmektedir. Yapılan çalışmada yeme tutumu ile sosyal kaygı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür.

BÖLÜM 7: TARTIŞMA

Kişilerde depresyon, yeme tutumu, sosyal kaygı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkileri inceleyen bu çalışmada cinsiyet ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yıldız ve diğerleri (2019)'un yaptığı çalışmada ise cinsiyet ile yeme tutumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca Danner, Sterheim ve Evers (2014), Match (1999), Sapmaz (2014), Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray ve Meyer (2009) gibi farklı araştırmacıların yaptığı çalışmalarda da cinsiyet ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalarla bu açıdan farklılaştığı görülmektedir.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre katılımcıların yaşları ile yeme tutumu açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Oğur ve diğerlerinin (2016) yapmış olduğu araştırmada da yaş ile yeme tutumu arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Ancak literatür de farklı sonuçlara ulaşan çalışmaların da olduğu görülmektedir. Ancak Çok (2020)'nin araştırma sonuçlarında yaşın artıkça yeme tutumu sorunlarının da arttığı görülmüştür.

Araştırma sonucunda yeme tutumu ile depresyon arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre depresyonun varlığı yeme tutum sorunlarını artırmaktadır. Aynı şekilde yeme tutumu sorunları da depresyon düzeylerini artırmaktadır. Yıldırım ve diğerlerinin (2018), üniversite öğrencilerinde depresif belirti, yalnızlık ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin sosyodemografik özelliklerle birlikte incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada, depresyon ile yeme tutumunun ilişkili olduğu ve depresyonun yeme bozukluklarının ilerlemesinde önemli bir etken olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada öğrencilerin orta düzeyde yalnızlık algıladığı, depresif belirti ve olası yeme bozukluğunun yaygın görüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca yalnızlık algısının depresif belirtide, depresif belirtinin ise olası yeme bozukluğunda belirleyici olduğu görülmüştür. Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Tavolacci ve diğerleri, 2015; Vardar ve diğerleri, 2011; Manaf ve diğerleri, 2016 ve Semiz ve diğerleri, 2013). Depresyon rahatsızlığı olan kişilerde iştahsızlık sıklıkla yaşanabilen bir durumdur. İştahsızlık aynı zamanda anoreksiya nervozanın ileri aşamalarında da görülebilen bir durumdur. Ayrıca depresyon dönemlerinde kendini duygusal olarak mutsuz hisseden insanların, bu sorunu unutmak ya da azaltmak için duygusal yeme durumuna yönelebileceği de düşünülmektedir. Bu nedenle depresyon ve yeme bozuklukları arasında bu gibi farklı şekillerde ilişkiler söz konusu olabilir.

Yapılan çalışmada yeme tutumu ile sosyal kaygı arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Dolayısıyla yeme tutumu problemleri sosyal kaygı düzeylerini arttırırken, sosyal kaygı da yeme tutumu sorunlarını arttırmaktadır. Göktürk (2019)'un üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yeme bozukluğu ile olan ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada yeme tutumu ile sosyal kaygı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Katılımcıların Sosyal Anksiyete Ölçeği genel puanları ile Yeme Tutum Testi genelinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon olduğu, öğrencilerin Sosyal Anksiyete Ölçeği puanları arttıkça, Yeme Tutumu puanlarının da arttığı görülmüştür. Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Maner, 2001; Swinbourne ve diğerleri, 2012). Yeme bozukluğu yaşayan kişiler bu rahatsızlıklarından dolayı insanlarla birlikte fazla zaman geçirmek istemeyebilmektedir. Bu sorunlarının sosyal olarak da yadırganmalarına ya da dışlanmalarına neden olabileceğini düşünebileceklerdir. Bu durum da onlarda sosyal kaygı düzeylerini arttırabilecektir. Bu nedenle yeme tutumu ile sosyal kaygı arasında bu gibi ilişkilerin olması mümkündür.

Yapılan çalışmada yeme tutumu ile bağlanma stilleri ölçeği ve bağlanma alt boyutlarının her ikisinde de (kaçınmacı ve kaygılı) pozitif yönlü orta düzey de ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre kaçınmacı ve kaygılı bağlanma, yeme tutumu sorunlarını arttırırken; yeme tutumu sorunları da kaçınmacı ve kaygılı bağlanma düzeyini arttırmaktadır. Yapılan birçok çalışmada benzer sonuçlara ulaşmış farklı araştırmaların olduğu görülmektedir. (Ward, Ramsay ve Treasure, 2000; Armstrong ve Roth, 1989; Cole-Detke ve Kobak, 1996; Heesacker ve Neimeyer, 1990; Keny ve Hurt, 1992, Vardal, 2015; Calam ve diğerleri, 1990; Hochdorf ve diğerleri, 2005; Tasca ve diğerleri, 2006; Cannetti ve diğerleri, 2008; Demidenko ve diğerleri, 2010; Aydın, 2010; Vardal ve Durak Batıgün, 2017 ve Palmer, Oppenheimer ve Marshall, 1988). Yeme bozukluğu olan kişilerin duygusal durumları da genellikle dengesiz olacaktır. Bu kişiler aşırı yedikleri için ya da çok az beslendikleri için bu durum gün içinde duygusal olarak onları dengesiz bir duruma sokmaktadır. Aşırı yiyenler diğer insanların kendilerini ayıplamasından çekindikleri için, yetersiz beslenenler ise açlığın getirdiği rahatsızlık nedeniyle duygudurum bozukluğu yaşayabilmektedir. Gün içinde sürekli değişen bir duygu durumu ile bağlanma stilleri de dengesizlik olması muhtemeldir. Bu nedenle yeme tutumu ile bağlanma stilleri arasında bir ilişki olması normal bir durumdur.

Yapılan çalışmada sosyal kaygı ile bağlanma stilleri ve bağlanma alt boyutlarının her ikisinde de (kaçınmacı ve kaygılı) pozitif yönlü orta düzey de ilişki olduğu görülmüştür. Dolayısıyla kaçınmacı ve kaygılı bağlanma, sosyal kaygı düzeyini arttırırken; sosyal kaygı da bağlanma

sorunlarını arttırmaktadır. Bintaş Zörer (2015)'in depresyonun etkisi kontrol edildikten sonra bağlanma stillerinin sosyal kaygı üzerindeki etkisinin, bağlanma stilleri ve sosyal kaygı düzeyinin erken dönem uyumsuz şemalar ve reddedilme duyarlılığı üzerindeki etkilerinin ve bağlanma ile sosyal kaygı arasındaki ilişkide erken dönem uyumsuz şema alanları ve reddedilme duyarlılığının aracı rolünün incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan literatür taramasında benzer sonuçlara erişmiş farklı çalışmaların olduğu da görülmüştür (Bayramkaya, 2009 ve Öztürk ve Mutlu, 2010). Sosyal kaygı sorunu kişinin toplumsal ilişkilerinde sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Bu durum bir süre sonra bağlanma stillerine de yansiyacaktır. Farklı nedenlerden dolayı insanlarla görüşmek istemeyen, toplumdan kendini soyutlayan bireyler, normal olarak sosyal bir yaşam süren yakınları ile de sorunlar yaşayabilecektir. Dolayısıyla bu ve bunun gibi nedenlerden dolayı sosyal kaygı ile bağlanma stilleri arasında bir ilişki olması mümkündür.

Yapılan çalışmada sosyal kaygı ile depresyon arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Dolayısıyla sosyal kaygı depresyon düzeyini arttırırken, depresyon da sosyal kaygı düzeyini arttırmaktadır. Bayramkaya ve diğerlerinin (2005), sosyal fobi risk faktörlerini belirlemek ve sosyal fobi ile depresyon, öz-kavram, sigara alışkanlığı arasındaki araştırmak için yaptıkları çalışmada, sosyal kaygı ile depresyon arasında pozitif yönlü yüksek bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Ayrıca literatür taramasında benzer sonuçlara erişmiş farklı çalışmaların olduğu da görülmüştür (Perugi ve diğerleri, 2000; Brunello ve diğerleri, 2000; Den Boer, 1997; Essau ve diğerleri, 1999 ve Albert ve diğerleri (1994). Sosyal kaygı sorunları yaşayan bireyler kendilerini diğer insanlardan uzaklaştırma eğilimindedir. Bu durumda zamanla psikolojik bir çöküntüye yol açabilecektir. Depresyon da psikolojik bir çöküntü ile baş gösterebilecektir. Dolayısıyla depresyon ile sosyal kaygı arasında böyle bir ilişki olması da muhtemeldir.

Yapılan çalışmada depresyon ile bağlanma stilleri ve bağlanma alt boyutlarının her ikisinde de (kaçıncı ve kaygılı) pozitif yönlü orta düzeyde ilişki olduğu görülmüştür. Dolayısıyla depresyonun kaçınmacı ve kaygılı bağlanma düzeylerini arttırıldığı ve kaçınmacı ve kaygılı bağlanmanın da depresyonu arttırdığı görülmektedir. Yapılan literatür taramasında da benzer sonuçlara ulaşmış çalışmaların olduğu görülmüştür (Karlıoğlu ve Parlar, 2020; Scott ve Cordova, 2002; Mikulincer ve Shaver, 2007; Pielage ve diğerleri, 2005; Sümer ve diğerleri, 2009 ve Şenkal ve Işıklı, 2015). Depresyon sorunu yaşayan kişilerde hayata karşı bir isteksizlik, durağanlık ve psikolojik çöküntü hali söz konusudur. Bu durum da zamanla yakınlarına da yansımaktadır. Hiçbir şeyden memnun olmayan biri ile zaman geçirmek zor bir durumdur. Dolayısıyla depresyon ile bağlanma stilleri arasında bu gibi bir ilişki olması da beklenebilir

Sınırlılıklar

Bu çalışma, 2020-2021 öğretim yılında İstanbul’da vakıf üniversitelerinde öğrenimine devam etmekte olan öğrencilerle sınırlıdır. Aynı zamanda öğrencilerin Beck Depresyon Ölçeği, Leibowitz Sosyal Kaygı Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ile elde edilen verilerle ve verilerin toplandığı tarihlerde çalışmaya dahil olan öğrencilerin verdikleri cevaplarla sınırlıdır. Araştırmanın veri toplama süreci sona erdikten sonra çalışmaya katılımcı dahil edilmemiştir.

Araştırmada cinsiyet dağılımındaki orantısızlık bir sınırlılıktır. Ayrıca demografik veri formunda soru olarak ele alınan bazı değişkenler analiz yapmaya olanak verecek dağılımı göstermediğinden çalışmaya dahil edilmemiştir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmada katılımcıların depresyon düzeyleri, yeme tutumu, sosyal kaygı durumları ve bağlanma stilleri ile alt boyutları olan kaygılı ve kaçınmacı bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Katılımcıların tüm ölçeklerden aldıkları puanlar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Dolayısıyla katılımcıların depresyon düzeylerinin artması aynı zamanda yeme bozukluklarının ilerlemesine, sosyal kaygı boyutunun artmasına ve kaygılı ve kaçınmacı bağlanma durumlarında artışa neden olmaktadır. Katılımcılarda yeme bozuklukları da depresyonu, sosyal kaygıyı ve bağlanma şekillerini de etkilemektedir. Ayrıca sosyal kaygı düzeylerinin yükselmesi de depresyonu, yeme bozukluklarını ve kaygılı ve kaçınmacı bağlanma eğilimlerini arttırmaktadır. Aynı şekilde bağlanma stillerini de depresyon ve sosyal kaygı düzeylerini ve yeme bozukluklarını arttırmaktadır.

Depresyon, sosyal kaygı ve bağlanma stillerinin yeme tutumunun yordama düzeylerine de bakılmış ve depresyonun yeme tutumunu %30'luk bir oranla, kaygılı bağlanmanın %11'lik kaçınan bağlanmanın % 6'luk bir oranla yordadığı görülmüştür. Ayrıca sosyal kaygının % - 9'luk oranda yeme tutumundaki bozulmayı yordadığı görülmüştür.

Tüm bu bilgiler ışığında insanlarda sıkça görülen bu sorunların diğer sorunlarla yakın ilişkili olduğu ve bu sorunların çözülebilmesi için diğer sorunların da çözülmesi ya da en azından bu konuda çaba gösterilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Öneriler

Gelecekteki çalışmalarda:

Daha fazla katılımcıya ulaşılabilir.

Kadın-erkek katılımcı sayısı eşitlenebilir.

Araştırmada depresyon, sosyal kaygı, yeme tutumu ve bağlanma stilleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bu ilişkinin gerisindeki nedenler daha derinlemesine araştırılmalıdır. Böylece ilişkinin nedenleri bilindiğinde sorunun çözülmesi de daha kolay olabilecektir.

Bu araştırmada ele alınan değişkenlerin birbirini etkilediği de göz önüne alınarak herhangi bir değişkenin varlığı saptandığında, sorunun çözümü için diğer değişkenlerinde bulunup bulunmadığı titizlikle incelenmelidir.

Bu araştırmada ele alınmamış olan değişkenlerin dışında herhangi bir değişkenin bu sorunlarla ilişkili olup olmadığı farklı çalışmalarda incelenebilir.

‘Bu değişkenlerden herhangi birinin ortadan kaldırılması ya da hafifletilmesi sonucunda diğer değişkende nasıl bir etki oluşturacaktır?’ sorusuna cevap bulabilecek farklı çalışmalar da yapılarak, çalışma genişletilebilir.



KAYNAKÇA

- Abramson, L., Metalsky, G. ve Alloy, L. (1989). Hopelessness Depression: A Theory – Based Subtype of Depression. *Psychological Review*. 96(2), 358- 372.
- Abraham, S. ve Llewellyn-Jones., D. (2001). *Eating Disorders: The Facts*. Oxford University Press: UK
- Akbulut, G. (2017). *Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Uygulamalar*. Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Alantar, Z. ve Maner, F. (2008). “Bağlanma Kuramı Açısından Yeme Bozuklukları”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 97-104.
- Aleksandrova, R. ve Meshkova, T. (2016). “The Features of Family Relations of Adolescent Girls At Risk of Eating Disorders. *Clinical Psychology & Special Education*, 5(2), 33-45, 2016.
- Allison, P.D. (1999). *Ultiple regression: A primer*: Forge Press.
- Alşan, Ç. (2005). Anormal Yeme Tutum ve davranışlarının Aile Ortamı, Özgüven ve Mükemmeliyetçilik ile İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı.
- American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Andersen A. (2003). Anorexia Nervosa: 11 Areas of Advancement. *Eating Disorders Review*,14(2), 1-3.
- Andrade, L., Caraveo- Anduaga, J., Berglund, P. Vollebergh, P. Keller, M., Kessler R., Ustun T.B., Vicente B., ve Wittchen., H., (2003). The Epidemiology of Major Depressive Episodes. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), 3- 21.
- Angst, J. (1992). Epidemiology of Depression. *Psychopharmacology*, 106, 71–74.
- Arıcı, H. (2018). Kronik Hastalıkları Olan Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile Kişilik Özellikleri Etkileşimi. *Yüksek Lisans Tezi*. Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Asi Karakaş, S., Yılmaz Karabulutlu, E. Çevik Akyıl, R. Erdem, N. ve Bahçecioğlu Turan, G. (2016). Hipertansiyon ve Astım Hastalarında Aleksitimi ve Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 68–74.
- Aşkın, R. (1999). *Depresyon El Kitabı*. Roche, İstanbul.
- Aytin, N. (2014). Ergenlerde Yeme Tutumları ile Sorun Çözme Eğilimleri ve Ebeveyne Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes And Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, C. ve Gargiulo, R. (1983). Burnout in Teachers of Retarded and Nonretarded Children. *Journal of Educational Research*, 76(3), 169-173.
- Becker, A. Keel, P. Anderson Fye, E. ve Thomas, J. (2004). Genes and/or Jeans?: Genetic and Sociocultural Contributions to Risk for Eating Disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 23(3), 81-103.
- Berrios, G. (1988). Melancholia and Depression During the 19th Century: a Conceptual History. *The British Journal of Psychiatry*, 153(3), 298-304.
- Biegel, R. (2016). Attachment and Disordered Eating: The Mediating Impact of Body Dissatisfaction. (Degree Master of Science), St. Cloud State University.
- Bifulco, A. Moran., P. M. Ball ve Bernazzani, O. (2002). Adult attachment style: I. Its relationship to clinical depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 50-59.
- Bilge, A. ve Engin, E. (2016). Kişilerarası İlişkiler Kuramı Temelli Çözüm Odaklı Terapinin Etkinliği: Geriye Dönük Bir İnceleme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 17(4), 261-269.
- Bintaş Zörer, P. (2015). Bağlanma Kuramı Perspektifinden Sosyal Kaygı: Erken Dönem Uyumsuz Şemalar ve Reddedilme Duyarlılığının Rolü. *Yüksek Lisans Tezi*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Blatt, S. (1995). The Destructiveness of Perfectionism. Implications for the Treatment of Depression. *American Psychologist*, 50, 1003–1020.

- Blatt, S. ve Homann, E. (1992). Parent-Child İnteraction in the Etiology of Dependent and Self-Critical Depression. *Clinical psychology review*, 12, 47- 91.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation*. New York, Basic Books.
- Boztaş, M. H. ve Arısoy, Ö. (2010). “Tıbbi Hastalıklarda Depresyon: Tanısal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(3), 318-332.
- Brennan K. Clark C. Shaver, P. (1998). *Self-Report Measurement of Adult Attachment: An Integrative Overview*. In Attachment Theory and Close Relationships (Eds JA Simpson, WS Rholes):46-76. New York, Guilford Press.
- Bromet E. Helena L. Hwang I. Sampson, N. Alonso, J. ve diğerleri (2011). Cross-national epidemiology of DSM-4 Major Depressive Episode. *BMC Medicine*,9(90), 9:90.
- Brytek-Matera, A. Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., Hay, P. (2015). Orthorexia Nervosa and Self-Attitudinal Aspects of Body İmage in Female and Male University Students. *Journal of Eating Disorders*. 3(1), 2-12.
- Bushi, B. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu, Anksiyete ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Butcher, J., Mineka S. ve Hooley, S. (2013). *J. Anormal Psikoloji* (Ed: Gündüz O.), İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- Chen, Y., Jiang, Y., Mao., Y. (2009). Association Between Obesity and Depression in Canadians. *Womens Health* 18. 1687-1692.
- Coşkun, E., Deveci, E. ve İnce., B. (2020). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Obezite Cerrahisi Tedavi Sürecine Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(3), 409-420.
- Crisp, A. (1983). *Some Aspects of the Psychopathology of Anorexia Nervosa*. In P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M. Garner & D.V. Coscina (Ed), *Anorexia nervosa: recent developments in research* (ss. 15-28.). New York: Alan R. Liss.

- Çakır, Z. (2013). Kadın Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumlarının Mükemmeliyetçilik, Sosyotropi-Otonomi, Üstbilişler, Duygulara İlişkin İnançlar, Duygusal Zorlanmaya Toleranssızlık ve Kaçınma ile İlişkisi: Yatkinlaştırıcı ve Sürdürücü Faktörlere Dayalı Bir Model Önerisi. *Doktora Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çevik, A. ve Volkan, V. (1993). “Depresyonun Psikodinamik Etiyolojisi”, Depresyon Monografı Serisi, 109-122.
- Çıkrıkçıoğlu, F. (2017). Ailesiyle Birlikte Yaşamayan Kız Üniversite Öğrencilerinin Bağlanma Stillerinin Benlik Kavramı, Yeme Tutumu Davranışları Üzerindeki Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çok, G.(2020). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı ve Beslenme Durumunun İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Dagnino, P., Pérez, C., Gómez, A., Gloger, S. ve Krause. M. (2017). Depression and Attachment: How do Personality Styles and Social Support Influence this Relation? Research in Psychotherapy: Psychopathology. *Process and Outcome*, 20(1), 53-62.
- 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.
- Dare, C. (1985). The Family Therapy of Anorexia Nervosa, *Journal of Psychiatric Research*, 19, 435-453.
- Davison, G. ve Neale, J. (2004). *Anormal Psikoloji* (Ed: Dağ, İ.), 7.Basım, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Dilbaz, N. (2000). Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik ve Ayırıcı Tanı. *Klinik Psikiyatri*, 2, 3-21.
- Direkvand-Moghadam, A. Sayehmiri Kourosh K., Delpisheh Ali, S. K. (2014). Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *J Clin Diagn Res*, 8(2), 106-9.

- Dobson, K. S. ve Jaekman Cram, S. (1996). *Common Change Processes in Cognitive Behavioral Therapies for Depression*. İçinde K. S. Dobson ve K. D. Craig (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral therapy* (ss. 63-83), London: Sage Publications.
- Doğan, M. (2010). İştihme Engelli Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Çeşitli Psikolojik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *İnternational Journal of Early Childhood Special Education*, 2(3), 231-246.
- Dunbar, J. P., Reddy, N., Davis-Lameloise, B., Philpot, T., Laatikainen, A., Kilkkinen, S. J., Bunker, J. D Best, E. Vartiainen, S. Kai Lo, E. D Janus. (2008). Depression: An Important Comorbidity With Metabolic Syndrome in a General Population. *Diabetes Care* , 31(12), 2368-2373.
- Durneva, M. ve Meshkova, T. (2013). The Influence of Sociocultural Standards of Attractiveness on the Development of body appreciation and Eating Behavior Among Adolescent and Young Girls. *Psychological Science and Education*, 18(2), 25-34.
- Erbay, L. ve Seçkin, Y. (2016). Yeme Bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 20(4), 473-477.
- Ergüney Okumuş, E. ve Deveci, E. (2019). Yeme Bozukluklarında Grup Psikoterapileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), 338-350.
- Erol, A. ve Yazıcı, F. (1999). Bulimia Nervozada Tedavi. *Klinik Psikiyatri*, 2, 172-178.
- Ertekin-Aslantaş, B. (2010). Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Fairburn, C. (1997). *Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa*. In *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, (Eds DM Garner, PE Garfinkel):278-294. New York, Guilford Press.
- Fairburn, C., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003).Cognitive Behaviour Therapy for Eating Disorders: A “transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.

- Favora, A., Tenconi, E. ve Santonastaso, P. (2006). Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63(1), 82-88.
- Ferrari, A., Somerville, A., Baxter, A., Norman, R., Patten. S., Vos, T. ve Whiteford, H. (2013). Global Variation in the Prevalence and Incidence of Major Depressive Disorder: a Systematic Review of the Epidemiological Literature. *Psychol Med*, 43, 471-81.
- Ferster, C. B. (1973). A Functional Analysis of Depression. *American Psychologist*, . 28, 857-870.
- Çelikel Çam, F., Yılmaz Bingöl, T., Yıldırım, D., Tel, H.ve Erkorkmaz, Ü. (2009). Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 46(3), 86-90.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J. ve Benjamin L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*, (SCID-II), Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J.M., Vázquez-Arévalo, R.X. López-Aguilar. (2005). Perfectionism and Eating Disorders: a Review of the Literature. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 61-70.
- French, S., Perry, C., Leon, G. Fulkerson, J. (1995). Dieting Behaviors and Weight Change History in Female Adolescents. *Health Psychol*, 14(6), 548-555.
- Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. London, Routledge.
- Freud, S. (1926): *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. In J. Strachey, and A. Freud (editor), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud London: The Hogarth Press, 77-175.
- Garner, D., ve Bemis, K. (1982). A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 123–150.
- Garner, D., Olmsted, M., Bohr, Y., ve Garfinkel, P. (1982).The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates, *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Gezer, C. ve Kabaran, S. (2013). Beslenme ve Diyetetik Bölümü Kız Öğrencileri Arasında Görülen Ortoreksiya Nervoza Riski. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 14-22, 2013.

- Goldbacher, E. ve Matthews, K. (2007). Are Psychological Characteristics Related to Risk of the Metabolic Syndrome? A Review of the Literature. *Annals of Behavioral Medicine* 34(3), 240-52.
- Göktürk, B. (2019). Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yeme Bozukluğu İle Olan İlişkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Granillo, T., Jones-Rodriguez, G. ve Carvajal, S. (2005). Prevalence of Eating Disorders in Latina Adolescents: Associations With Substance Use and Other Correlates, *Journal of Adolescent Health*, 36(3), 214-220.
- Grice, D., Halmi, K., Fichter, M., Strober, M., Woodside, B., Treasure, J., Kaplan, A., Magistretti, P., Goldman, D., Bulik, C., Kaye, W. ve Berrettini, W. (2002). Evidence for a Susceptibility Gene for Anorexia Nervosa on Chromosome. *American Journal of Human Genetics*, 70(3), 787-792.
- Gülseren, Ş. (2004). Depresyon ve Anksiyet , *Klinik Psikiyatri*, 1, 5-13.
- Güney, E. ve Kuruoğlu, A. Ç. (2007). Yeme Bozukluklarında Beyin Görüntüleme Yöntemleri. *Klinik Psikiyatri*, 10(2), 93-101.
- Hart, K. ve Kenny, M. (1997). Adherence to the Super Woman İdeal and Eating Disorder Symptoms Among College Women, *Sex Roles*, 36(7/8), 461-478.
- Heatherton, T. ve Baumeister, R. (1991). Binge-eating as escape From Selfawareness, *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
- Heaven, P., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and Conscientiousness as Predictors of Emotional, External, and Restrained Eating Behaviors. *Int J Eat Disord*, 30(2), 161-166.
- Helvacı, Ç. F. ve Hocaoglu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluk 'Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Hisli Şahin, N., Durak Batıgün, A. ve Koç, V. (2011). Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 17-25.

- Huppert, J., Strunk D., Ledley, D.R. (2008). Generalized Social Anxiety Disorder and Avoidant Personality Disorder: Structural Analysis and Treatment Outcome. *Depress Anxiety*, 25, 441-448.
- Işık E., Işık, U., Taner, Y. (2013). *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. Ziraat Gurup Matbaacılık, Ankara.
- Işık, E. (2018). Yetişkin Kadınlarda Öz-Duyarlık ile Beden Algısı ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kaçar, M. ve Hocaoglu, Ç. (2019). Pika, Geri Çıkarma Bozukluğu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 347-354.
- Kaplan, H. ve Sadock, B. (2004). *Klinik Psikiyatri*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Karadağ, E. ve Sölpük, N. (2018). Depresyon ve Kaygı Belirtileri Arasındaki İlişki: Bir Meta-Analiz Çalışması. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, 31(2), 1-14.
- Karadere, M.E. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu Nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 110-118.
- Karasz, A. (2005). Cultural Differences in Conceptual Models of Depression. *Soc Sci Med*, 60, 1625-1635.
- Katırcı, A.N. (2018). Klinik Olmayan Örneklemde Otomatik Düşüncelerin Yeme Tutumuna Etkisi ve Diğer Değişkenler ile İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Keel, P., Mitchel, J., Davis, T. ve Crow, S. (2001). Relationship Between Depression and Body Dissatisfaction in Women Diagnosed With Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 30(1), 48 – 56.
- Keel, P. ve Klump, K. (2003). Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes? Implications for Conceptualizing Their Etiology. *Psychol Bull*, 129, 747-769.
- Kessler, R. ve Bromet, E. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 119-38.

- Kocabasoglu, N. (2001). Yeme Bozuklukları. *Yeni Symposium*, 39(2), 95-99.
- Korukluoğlu, E. (2019). Psikiyatrik Tanı Alan Çocuk ve Ergenlerin Ebeveynlerinde Kaygı ve Depresyon Düzeylerinin Tanı Grubu ile İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*, İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köroğlu, E. (2014). *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*, Hekimler Yayın Birliği Ankara.
- Kraepelin, E. (1921). *Manic-Depressive Illness and Paranoia*. Edinburgh: Livingstone.
- Kuehner, C. (2003). Gender Differences in Unipolar Depression: An Update of Epidemiological Findings and Possible Explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163–174.
- Kundakçı, A.H. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları Benlik Algısı, Vücut Algısı ve Stres Belirtileri Açısından Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kuruoğlu, A.Ç. (2000). Yeme Bozukluklarında Genetik Etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(1), 32-37.
- Lawler, M. ve Nixon, E. (2011). Body Dissatisfaction Among Adolescent Boys and Girls: the Effects of Body Mass, Peer Appearance Culture and Internalization of Appearance Ideals. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(1), 59-71.
- Lee, S. ve Katzman, M. (2002). *Cross-Cultural Perspectives on Eating Disorders*, İçinde, Edt. Fairburn C.G., Brownell K.D., *Eating Disorders and Obesity: a Comprehensive Handbook*. (2 içinde, baskı.) New York: Guilford Press,
- Levine, J., Cole, D., Chengappa, R., Gershon, S. (2001). Anxiety Disorders and Major Depression, Together or Apart. *Depress Anxiety*, 14, 94-104.
- Lewis, A. (1934). A Historical Review, *J Ment Sci*, 80, 1-42.
- Macht, M. (1999). Characteristics of Eating in Anger, Fear, Sadness and Joy. *Appetite*, 33(1), 129-139.
- Maner, F. ve Aydın, A. (2007). Bulimiya Nervozada Psikososyokültürel Etmenler, *Düşünen Adam*, 20(1), 25-37.

- Markowitz, J. ve Weissman, M. (2008). *Interpersonal Psychotherapy*. Hales R., Yudofsky, S.C., Gabbard, G.O., (ed). The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry. (İçinde 5. Baskı) (ed.) Washington: American Psychiatric Publishing.
- Mcgowan, P. Sasaki, A., D'alessio, A., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G. ve Ortalamaey, M. (2009). Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates With Childhood Abuse. *Nat Neurosci*, 12, 342-348.
- Mikulincer, M. ve Shaver, P. (2007), Boosting Attachment Security to Promote Mental Health, Prosocial Values, and Inter-Group Tolerance. *Psychol Inq*, 18, 139-156.
- Mongrain, M., Vettese, L., Schuster, B. ve Kendal. N. (1998). Perceptual Biases, Affect, and Behavior in the Relationships of Dependents and Self-Critics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 230-241.
- Moretti, M. ve Peled, M. (2004). Adolescent-Parent Attachment: Bonds That Support Healthy Development. *Paediatr Child Health*, 9(8), 551-555.
- Neumark-Sztainer, D, W. M. Story, M. ve Fulkerson, J. (2004). “Are family Meal Patterns Associated With Disordered Eating Behaviors Among Adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 350-359.
- Nolen- Hoeksema, S. (2004), *Abnormal Psychology*. New York: The McGraw-Hill Companies.
- Nur, A. (2014). Ergenlerde yeme tutumları ile sorun çözme eğilimleri ve Ebeveyne Bağlanma Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Oğur, S ve Aksoy, A. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı Bozukluğuna Yatkınlıkları: Bitlis Eren Üniversitesi Örneği. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilim Derg.* 5(1):14-26.
- Oltmanns, T., Neale, J. ve Davison, G. (2003). *Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vaka Çalışmaları*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- Oral, N. ve Hisli Şahin, N. (2008). Yeme Tutum Bozukluğunun Kişilerarası Şemalar, Bağlanma, Kişilerarası İlişki Tarzları ve Öfke ile İlişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 23(62), 37-48.

- Oral, M. ve Tuncay, T. (2018). Majör Depresyon Tanısı Almış Kadınlarda Kişilerarası İlişkiler Terapisi Yaklaşımına Dayalı Grupla Sosyal Hizmet Uygulamasının Depresyon ve Sosyal Problem Çözme Düzeyleri Üzerine Etkisi: Bir Karma Yöntem Araştırması. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 29(2), 114-143.
- Özdemir, Ş., Vatandaş, C. ve Torlak, Ö. (2009). Sosyal Problemleri Çözmede Aile Yaşam Döngüsünün (AYD) Önemi. *Aile ve Toplum*, 4(16), 7-18.
- Özsoylar, G., Sayın, A. ve Candansayar, S. (2008). Panik Bozukluğu ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarının Yeme Tutumları Açısından Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 17-24 212.
- Öztürk, O. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara.
- Özyurt, G., Öztürk, Y. ve Pekcanlar Akay, A. (2017). “Ergenlerde Yeme Bozuklukları ve Yeme Bozukluklarının Güncel Psikoterapötik Tedavisinin Gözden Geçirilmesi”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 24(1), 81-96.
- Pehlivan, T. ve Güner, P. (2016). Teorilerin Psikiyatri Hemşireliğinde Kullanımı-II. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 100–104.
- Pietromonaco, P. ve Barrett, L. (2000). The Internal Working Models Concept: What do We Really Know About the Self Relation to Others? *Rev Gen Psychol*; 4, 155-173.
- Polivy, J. ve Herman, P. (2002), “Causes of Eating Disorders”, *Annual Review Psychology*, 53, (1), 187-213.
- Rada, S. (2018). Üniversite Öğrencilerinin Erken Dönem Uyumsuz Şemaları ile Sosyal Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Türkiye ve Belçika Karşılaştırması. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya: Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Reis, S. ve Grenyer, B. (2004). Fearful Attachment, Working Alliance And Treatment Response for Individuals with Major Depression. *Clin Psychol Psychother*, 11, 414-424.
- Ricciardelli, L. ve McCabe, M. (2003). “Sociocultural and individual Influences on Muscle Gain and Weight Loss Strategies Among Adolescent Boys and Girls. *Psychology In The Schools*, 40(2), 209-224.

- Roth, M., Gurney, C., Garside, R. ve Kerr, T. (1972). Studies in the Classification of Affective Disorders. The Relationship Between Anxiety States and Depressive. I. *Br J Psychiatry*, 121, 147-161.
- Rozin, P. ve Fallon, A. (1987). “A Perspective on Disgust”, *Psychological Review*; 94(1), 23-41.
- Salbaş, Ş. (2020). *İbn-i Sina Tıbbında Melankoli Hastalığı*. <https://www.kreatifbiri.com/ibn-i-sina-tibbında-melankoli-hastalığı/> (erişim tarihi: 10.10.2021)
- Sapmaz, S. (2014). Erken Dönem Uyumsuz Şemalar, Algılanan Ebeveynlik Biçimleri ve Duygu Düzenlemenin Yeme Tutumu Üzerindeki Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ege Üniversitesi SBE, İzmir.
- Sart, C. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumlarının Bazı Değişkenlere Göre Yordanması, *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı.
- Savaşır, I. ve Erol, N. (1989). “Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
- Seligman, M. ve Maier, S. (1967). Failure to Escape Traumatic Shock. *J. Exp Psychol*, 74, s. 1-9.
- Semiz, M. (2011). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluğu Yaygınlığı ve Eşlik Eden I.-II. Eksen Tanıları, *Tıpta Uzmanlık Tezi*. Sivas. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., ve Meyer, C. (2009). Do Schema Processes Mediate Links Between Parenting ve Eating Pathology? *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(4), 290-300.
- Siyez, M. (2006). Yeme Bozukluğu Olan Çocuklar ve Ergenler Etiyolojisi ile İlgili Çalışmalar, Müdahale, Değerlendirme ve Tedavi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim, Fakültesi Dergisi*, 20, 21-27.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V. ve Silove, D. (2014). “The Global Prevalence of Common Mental Disorders: a Systematic Review and Meta-Analysis 1980-2013”, *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493.

- Stice, E., Maxfield, J. ve Wells, T. (2003). Adverse Effect of Social Pressure to be Thin on Young Women: an Experimental Investigation of the Effects of "Fat Talk. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 108-117, 2003.
- Suldo, S. ve Sandberg, D. (2000). Relationship Between Attachment Styles and Eating Disorder Symptomatology Among College Women. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15, 59-73.
- Sullivan, H.S. (1972). *Personal Psychopathology*. W. W. Norton & Co., NY.
- Swinbourne, J. (2008). The Comorbidity Between Eating Disorders and Anxiety Disorders. Degree of Doctor of Clinical Psychology, Sydney: Department of Psychology Faculty of Science The University of Sydney.
- Szmukler, G. ve Patton, G. (1995). *Sociocultural Models of Eating Disorders*.(içinde) Szmukler G. Dare C. Treasure J. Handbook of eating disorders: Theory, Treatment ve Research. John Wiley and Sons, Chicester1995: 177-192.
- Şentürk, Z. (2020). Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu Ve Tedavide Bilişsel Davranışçı Terapi. *Yüksek Lisans Projesi*. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Tan, O. ve Erol, Z. (2008). *Depresyon*, NP Kitaplığı, İstanbul.
- Tayfur, S. (2018). Üniversite Öğrencilerinde Beden Algısı, Yeme Tutumu ve Depresyon Düzeyinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Toker, D.E. ve Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: Bir Gözden Geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Toplu, M. (2012). Bilim Etiği: İnternetin Bilim Etiği Üzerine Etkileri. *Türk Kütüphaneciliği*, 26(4), 654-698.
- Tozzi, F. ve Bulik, A. (2003). Cynthia Candidate Genes İn Eating Disorders. *Current Drug Targets-CNS & Neurological Disorders*, 2(9), 31-39.
- Turan, Ş., Poyraz, C.A. ve Özdemir, A. (2015). Tikanırcasına Yeme Bozukluğu, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419-435.

- Türkçapar, H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16.
- Utter, J., Neumark-Sztainer, D., Wall, M. ve Story, M. (2003). Reading Magazine Article About Dieting and Associated Weight Control Behaviors Among Adolescents, *Journal Adolescent Health*, 32(1), 78-82, 2003.
- Uzun, Ö., Güleç, N., Özşahin, A., Doruk, A., Özdemir, B. Çalışkan, U. (2006). Screening Disordered Eating Attitudes and Eating Disorders in A Sample of Turkish Female College Students. *Comprehensive Psychiatry*, 47(2), 123-126.
- Ünal, S. (2010). *Ailenin Yaşam Döngüsü*. T.C. İnönü Üniversitesi, İnuzem, Uzaktan Eğitim Yayını, Malatya.
- Ünal, S., Küey, L., Güleç, C., Bekaroğlu, M., Evlice, Y.E. ve Kırılı, S. (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. *Klinik Psikiyatri*, 5(1), 8-15.
- Vandereycken, W. (2002). *History of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, İçinde, Edt. Fairburn C. ve Brownell K Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook,, New York, Guilford Press, 151-55.
- Vardar, E. ve Erzengin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 205-212.
- Vertue, F. (2003). From Adaptive Emotion to Dysfunction: An Attachment Perspective on Social Anxiety Disorder. *Personality and Social Psychology Review*, 7(2), 170-191.
- Wade, T., Keski-Rahkonen, A. ve Hudson, J. (2011). *Epidemiology of Eating Disorders*. (içinde,) Edt. Ming Tsuang, Textbook of Psychiatric Epidemiology, 4, 343-360.
- Küresel Depresyon Alarmı.* (Erişim tarihi 18.11.2011)
<https://www.dw.com/tr/k%C3%BCresel-depresyon-alarm%C4%B1/a-15442683>
- World Health Organization (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, World Health Organization, Switzerland.
- Yıldız, B. (2018). Yeme Tutumunu Cinsiyet Değişkenine Göre Duygusal ve Bilişsel Şemalarla Olan İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yıldız, B., Demir, V., Ünübol, H. (2019). Examination of the Relation of Eating Habits with emotional schemes according to gender. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 5(4), 405417.

Zhao, H.-M. Xie, Y.-X. ve Wang, C. (2020). Recommendations for Respiratory Rehabilitation in Adults With COVID-19, *Chinese Medical Journal*. 133(13), 1595-1602.



EKLER

Ek 1: Beck Depresyon ölçeği

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
 2. (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek.
 3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum.
(b) Çevremdeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
 4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
 5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
 6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırıldığımı hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
 7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
 8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
 9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapmam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
(d) Bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
 10. (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
- 244
11. (a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sinirliyim.
(d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
 12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.

- (c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe yarayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
(c) Şu sıralarda neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
19. (a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim.
20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha z ilgileniyorum.
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

Ek 2: Sosyal Anksiyete Ölçeği

Uyarılar: Tüm seçeneklere geçen haftayı düşünerek, bugün de dâhil olacak şekilde puan veriniz. Eğer durumlardan biri geçen hafta içerisinde oluşmadıysa, bu durumla karşılaştığınızda göstereceğiniz tepkiyi puanlayınız. Her bir durum için (yaşanmış olan ya da yaşanmış olduğu varsayılan) hem "korku ya da anksiyete"nin derecesini hem de "kaçınma" sıklığını puanlayınız.			
		Korku ya da anksiyete 1=yok 2=hafif 3=orta 4=şiddetli	Kaçınma 1=asla (% 0) 2=ara sıra (% 1-33) 3=sıkça (% 34-67) 4=genellikle (% 68-100)
1	Topluluk içerisinde telefon etmek		
2	Küçük bir grupla beraber bir aktiviteye katılmak		
3	Toplulukta yemek yemek		
4	Toplulukta içecek içmek		
6	Seyirci önünde rol yapmak, oynamak ya da konuşmak		
8	Biri ya da birileri tarafından izlenirken çalışmak		
10	Çok iyi tanımadığınız birine telefon etmek		
11	Çok iyi tanımadığınız biri ile yüz yüze konuşmak		
14	Başkalarının oturuyor olduğu bir odaya girmek		
16	Ön hazırlık olmadan bir toplumda konuşmak		
17	Becerî, bilgi ya da yetenek ile ilgili bir sınava girmek		
19	Çok iyi tanımadığınız birinin doğrudan gözlerinin içine bakmak		
20	Bir gruba sözlü rapor vermek		
21	Cinsel ya da romantik bir ilişki amacıyla biriyle yakınlaşmaya çalışmak		
22	Bir malî parası iade edilmek üzere geri götürmek		
23	Bir parti / davet vermek		

Ek 3: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7							
Hiç katılmıyorum				Kararsızım/ fikrim yok			Tamamen katılıyorum
1. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Terk edilmekten korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
3. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İlişkilerimi kafama çok takarım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Birlikte olduğum kişi bana yaklaşmaya başlar başlamaz kendimi geri çekerim.	1	2	3	4	5	6	7
6. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsemişim kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
7. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
8. Birlikte olduğum kişiyi kaybedeceğim diye oldukça endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5	6	7
10. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.	1	2	3	4	5	6	7
11. Birlikte olduğum kişiye yakın olmak isterim, ama sürekli kendimi geri çekerim.	1	2	3	4	5	6	7
12. Genellikle, romantik ilişkide olduğum kişilerle tamamen bütünleşmek isterim ve bu bazen onları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
13. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
14. Yalnız olmaktan endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
15. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
16. Çok yakın olma arzumu bazen insanları korkutup uzaklaştırır.	1	2	3	4	5	6	7
17. Birlikte olduğum kişiyle çok yakınlaşmaktan kaçınmaya çalışırım.	1	2	3	4	5	6	7

18. Birlikte olduğum kişinin beni sevdiğine inanmam için bu konuda bana sürekli güven vermesine ihtiyaç duyarım.	1	2	3	4	5	6	7
19. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yaklaşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
20. Birlikte olduğum kişileri bazen daha fazla duygu ve bağlılık göstermeleri için zorladığımı hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
21. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6	7
22. Terk edilmekten pek korkmam.	1	2	3	4	5	6	7
23. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.	1	2	3	4	5	6	7
24. Birlikte olduğum kişinin bana ilgi göstermesini sağlayamazsam üzülür ya da kızarım.	1	2	3	4	5	6	7
25. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
26. Birlikte olduğum kişinin, bana benim istediğim kadar yaklaşmak istemediğini düşünürüm.	1	2	3	4	5	6	7
27. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.	1	2	3	4	5	6	7
28. Romantik bir ilişkim olmadığı zaman kendimi biraz kaygılı ve güvensiz hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
29. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda rahatımdır.	1	2	3	4	5	6	7
30. Birlikte olduğum kişi istediğim kadar yakınında olmadığında kendimi hayal kırıklığına uğramış hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
31. Romantik ilişkide olduğum kişiden destek, öğüt ya da yardım istemekten rahatsız olmam.	1	2	3	4	5	6	7
32. İhtiyaç duyduğumda birlikte olduğum kişi yanımda olmazsa kendimi hayal kırıklığına uğramış hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
33. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.	1	2	3	4	5	6	7
34. Romantik ilişkide olduğum kişiler beni onaylamadıkları zaman kendimi değersiz hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
35. Rahatlamaya, desteğe, güvene ihtiyaç duyduğumda ve bunun gibi pek çok durumda birlikte olduğum kişiye başvururum.	1	2	3	4	5	6	7
36. Birlikte olduğum kişi benden ayrı zaman geçirdiğinde buna içerlerim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 4: Yeme Tutum Testi

	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
LÜTFEN BOŞ BIRAKMAYINIZ.						
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	()	()	()	()	()	()
2. Başkaları için yemek pişirim, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	()	()	()	()	()	()
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	()	()	()	()	()	()
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	()	()	()	()	()	()
5. Acıktığımda yemek yemeye çalışırım.	()	()	()	()	()	()
6. Aklım fikrim yemektir.	()	()	()	()	()	()
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	()	()	()	()	()	()
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	()	()	()	()	()	()
9. Yediğim yiyeceklerin 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 fazla zayıf olmaktır.	()	()	()	()	()	()
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.	()	()	()	()	()	()
17. Günde birkaç kere tartırım.	()	()	()	()	()	()
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. (Sadece kızlar işaretleyecek)	()	()	()	()	()	()
24. Başkaları 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 düşünüyorum.	()	()	()	()	()	()
32. Yiyecekler konusunda kendimi denetleyebilirim.	()	()	()	()	()	()
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissederim.	()	()	()	()	()	()
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	()	()	()	()	()	()
35. Kabızlıktan yakınıyorum.	()	()	()	()	()	()
36. Tattı yedikten sonra rahatsız olurum.	()	()	()	()	()	()
37. Perhiz yaparım.	()	()	()	()	()	()
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	()	()	()	()	()	()
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	()	()	()	()	()	()
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	()	()	()	()	()	()

ÖZ GEÇMİŞ

Melisa Sıla ÇİRİŞ, ilköğretim, ortaokul ve lise öğretimini İstanbul'da tamamladıktan sonra 2015 yılında İstanbul Kültür Üniversitesi Psikoloji bölümünde lisans eğitime başlamıştır. 2019 Haziran ayında lisans eğitimini başarıyla tamamlayarak mezun olmuştur. 2019 yılında İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Klinik Psikoloji bilim dalında yüksek lisans eğitime başlamıştır. 2019 yılından beri hem eğitim alanında hem de özel kliniklerde danışan görmekte olup, aktif bir şekilde çalışma hayatına devam etmektedir.

