

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

**YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU VE
YEME BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özde ALICI

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

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İSTANBUL – 2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU VE
YEME BOZUKLUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özde ALICI

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez ___/___/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun 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.

Özde ALICI

11.08.2021

ÖNSÖZ

Tezimin tamamlanmasında emeği bulunan, yardımlarını ve desteğini esirgemeyen her zaman bana yol gösteren tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Mukaddes Sevinçer'e teşekkür ederim. Tez çalışmamın istatistiklerinde yardımcı olan, bana sonsuz hoşgörü ve destek gösteren Prof. Dr. Selim Kılıç'a teşekkür ederim.

Sağduyu, sabır ve ilgiyle eğitimim süresince bütün sıkıntılara ortak olan değerli annem Gülcan Alıcı, babam Özkan Alıcı ve kardeşim Onur Can Alıcı'ya teşekkür ederim.

Bana vakit ayırarak bu çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

Özde ALICI

11.08.2021

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	2
1.1. Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi.....	2
1.2. Yeme Bozukluğuna Neden Olan Risk Faktörleri	3
1.3. Yeme Bozukluğu Türleri.....	4
1.3.1. Anoreksiya Nervoza ve Tanı Ölçütleri	4
1.3.2. Bulimiya Nervoza ve Tanı Ölçütleri.....	7
1.3.3. Tıkınırcasına (Aşırı) Yeme Bozukluğu ve Tanı Ölçütleri	10
1.4. Yeme Bozukluklarında Prognoz ve Tedavi	12
1.4.1. Prognoz	12
1.4.1.1. Anoreksiya nervoza.....	12
1.4.1.2. Bulimia Nervoza.....	13
1.4.2. Genel Tedavi.....	14
1.5. Yeme Bozukluğu ile Anksiyete Bozuklukları Komorbiditesi	15
1.5.1. Sosyal Fobi	15
1.5.2. Agorafobi	16
1.5.3. Panik Bozukluk.....	17
1.5.4. Spesifik Fobilerin (Özgül Fobi)	17
1.5.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB).....	18
1.5.6. Mutizm.....	18
1.6. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu	19
1.6.1. Tanımı	19
1.6.2. Tanısı	20
1.6.3. Tedavi	21
1.6.4. Ayrılma Anksiyete bozukluğu ve Bağlanma Sorunları	22
1.6.5. Yeme bozukluklarıyla ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Arasındaki İlişki	22

BÖLÜM 2: MATERYAL METOD	23
2.1. Evren ve Örneklem	23
2.2. Veri Toplama Araçları	23
2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	23
2.2.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	23
2.2.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi	24
2.3. Araştırma Verilerinin Toplanması İşlemi	25
2.3.1. Verilerin Analizi	25
2.4. Çalışma Dizaynı	25
BÖLÜM 3: BULGULAR	26
BÖLÜM 4: TARTIŞMA	44
SONUÇ VE ÖNERİLER	51
KAYNAKÇA.....	53
EKLER	72
ÖZGEÇMİŞ	82

KISALTMALAR

AAB	: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu
AN	: Anoreksiya Nervoza
AYB	: Aşırı Yeme Bozukluğu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BN	: Bulimia Nervoza
ÇRTKD	: Çoklu Randomize Klinik Deneyler
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FDA	: Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi
ICD	: International Classification of Diseases and Related Health Problems
OKB	: Obsesif-Kompulsif Bozukluk
SCARE	: Anksiyete Tarama Ölçeği
SF	: Sosyal Fobi
SSGİ	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YB	: Yeme Bozukluğu
YBD	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Yeme bozukluklarının etioloji diyagramı.....	4
Tablo 2: Anoreksiya nervosa için DSM-5 Tanı Kriterleri	5
Tablo 3: Bulimia nervosa için DSM-5 tanı kriterleri.....	9
Tablo 4: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri.....	11
Tablo 5: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri	20
Tablo 6: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	26
Tablo 7: Katılımcıların Bazı Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 8: Katılımcıların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=444).....	29
Tablo 9: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kısıtlama Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444).....	30
Tablo 10: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yeme İle İlgili Endişeler Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444).....	32
Tablo 11: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Beden Şekli İle İlgili Endişeler Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444).....	34
Tablo 12: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kilo Endişeleri Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444).....	35
Tablo 13: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı Karşılaştırmaları (n=444)	38
Tablo 14: Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=444)	39
Tablo 15: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Karşılaştırmaları (n=444)	40
Tablo 16: Katılımcıların Yaşı ve Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (N=444)	42
Tablo 17: Katılımcıların Yaşı ve Vücut Kitle İndeksi ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Toplam Puanı Arasındaki Korelasyonlar (N=444).....	42
Tablo 18: Katılımcıların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyonlar (N=444).....	43

ÖZET

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

Tezin Başlığı: Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu ve Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
Tezin Yazarı: Özde ALICI	Danışman: Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER
Kabul Tarihi: 11/08/2021	Sayfa Sayısı: iv (ön kısım) + 71 (tez) + 11(ek)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
<p>Yeme bozuklukları genellikle ergenlik ya da genç erişkinlik döneminde başlaması, son yıllarda görülme sıklığının artması nedeniyle psikiyatrik hastalıklar içinde önemli bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Yakın zamana kadar bir çocukluk çağı bozukluğu kabul edilen ayrılma anksiyetesi bozukluğu DSM-5’de tüm yaş gruplarını içeren, yaşam boyu konabilen bir tanı olarak yer almıştır. Bu araştırmada yeme bozuklukları ile yetişkin ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmaya 2020 yılında başlanmış olup, evreni 18-65 yaş arasındaki kadın ve erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise toplam 444 gönüllüden oluşmaktadır ve bu kişilerden 338’i (%76,1) kadın, 106’sı (%23,9) erkektir. Gönüllüler, basit-tesadüfi örneklem modeliyle çalışmaya katılmıştır. Araştırmada; Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi kullanılmıştır. Bu çalışmaya katılanların, yeme bozukluğu puanı ve yetişkin ayrılma anksiyetesi puanları incelenmiştir. Bu ölçek puanlarının belli özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Katılımcıların yeme bozukluğu puanlarını sosyodemografik özelliklerine göre fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların yeme bozukluğu puanlarıyla ayrılma anksiyetesi puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgulara göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” alt boyut ve toplam puanları ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; “Beden Şekli İle İlgili Endişeler” alt boyut puanı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” diğer alt boyut puanları ve toplam puanı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında saptanan korelasyonlar ise pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlıdır.</p>	
Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi, Anksiyete	

ABSTRACT

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

Title of the Thesis: Investigation of the relationship between adult separation anxiety and eating disorders	
Author: Ozde ALICI	Supervisor: Assoc. Prof. Guzin Mukaddes SEVINCER
Date: 11/08/2021	Nu. of pages: iv (pre text) + 71 (main body)+ 11(App.)
Department: Psychology	Subfield: Clinical Psychology
<p>Eating disorders usually begin in adolescence or in young adulthood and their prevalence has increased in recent years. It constitute one of the most important psychiatric diseases. Recently, separation anxiety disorder, which was considered a childhood disorder, was included in DSM-5 as a life-long diagnosis that includes all age groups. In this study, the relationship between eating disorders and adult separation anxiety was evaluated. This study started in 2020 that it consists of men and women between the ages of 18-65. The sample of the study consists of 444 volunteers in total and 338 (76.1%) of these people are female and 106 (23.9%) of these are male. Volunteers participated in this study with a simple-random sampling model. In the research; Informed Consent Form, Sociodemographic Data Form, Eating Disorder Rating Scale, Adult Separation Anxiety Questionnaire were used. Eating disorder scores and adult separation anxiety scores of the participants in this study were examined. It was examined whether the scores of this scale differ according to certain characteristics. It was compared whether the participants' eating disorder scores differ according to their sociodemographic characteristics. In this study, the correlation between the participants' eating disorder scores and separation anxiety scores was examined. As a result, according to the findings obtained from the study, when the correlations between the Eating Disorder Rating Scale sub-dimension and total scores and the "Adult Separation Anxiety Scale" total scores were examined; A positive, weak-moderate, statistically significant correlation was found between the "Concerns About Body Shape" sub-dimension score and the "Adult Separation Anxiety Scale" total score. The correlations between the "Eating Disorder Rating Scale" other sub-dimension scores and total score and the "Adult Separation Anxiety Scale" total score were positive, weak, and statistically significant. A significant difference was observed between the total score and sub-scores of the eating disorder rating scale and the adult separation anxiety scale. The findings obtained from the research were interpreted and discussed within the framework of the related literature.</p>	
Keywords: Eating Disorders, Adult Separation Anxiety, Anxiety	

GİRİŞ

Yeme Bozuklukları, yeme davranışının ciddi olarak bozulduğu giderek yaygınlaşan, ölümcül ve yeti yitimine sebep olabilen sağlık sorunlarından. Yeme bozukluklarını çok eski bir tarihe sahip olmasına karşın, psikolojik faktörlere yönelik yeme bozukluğu araştırmaları son dönemlerde yükselişe geçmiştir. Sağlıklı bir yaşam için dikkat edilmesi gereken beslenme alışkanlığı bir takıntı haline dönüşürse fiziksel ve/veya ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Yeme bozukluğu genellikle ergenlik döneminde başlar ve genç kadınlarda daha fazla görülmektedir. Fakat son yıllarda yapılan çalışmalar göstermektedir ki genç erkeklerde de görülme sıklığı giderek artmaktadır.

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) çocuklukta veya erken adolesan dönemde görülür ve bağlanılan kişiden -çoğunlukla anne- ayrılmayla ilişkili yaşanan yoğun stres ve korku ile karakterize bir rahatsızlıktır. DSM-5'te ayrılma anksiyetesi bozukluğu başlangıcının 18 yaşından önce olması gerektiği kriteri kaldırılmıştır.

Amaç: Yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin ne seviyede olduğunun değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Veri toplama aracı olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi kullanılmıştır. Araştırmada 18-65 yaş aralığındaki 444 kadın ve erkekten veriler toplanmıştır. İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapılmıştır.

Çalışmanın önemi: Yeme bozukluğu psikiyatrik komorbiditesi yüksek olan bir bozukluktur ve anksiyete bozukluğu da yeme bozukluğuyla komorbid görülen hastalıklardan birisidir. Komorbidite hastalığın gidişatını, tedavisini her yönüyle etkileyeceği için tedavi ve sürecin yönetimi açısından komorbiditeyi biliyor olmak önemlidir. Bu alandaki boşluğu doldurmak ve bu hastalıkların tedavisi, yönetimi açısından böyle bir çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1.Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik çalışmalar, bozuklukların ortaya çıkması ve zaman içindeki bozuklukların sıklığındaki eğilimlere dair bilgiler sunmaktadır. Yeme bozuklukları ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar için bazı metodolojik konulardan bahsedilebilir. Yeme bozuklukları genel popülasyonda daha enderdir. Buna ek olarak hasta bireyler hasta olduklarını inkâr edebilmekte veya saklamakta ve yardım almaktan kaçınma göstermektedirler. Bu sebeple, epidemiyolojik çalışmaların birçoğu belirli bir bölgedeki hastanelerden tıbbi kayıtları ya da psikiyatrik vaka kayıtları kullanmaktadır. Bu tarzda olan çalışmalar, genel nüfusta yeme bozukluklarının oluşunu tam olarak tahmin edememektedir. Çünkü; tüm hastalar hekimler tarafından tespit edilmeyecek ve tedaviye yönlendirilmeyecektir. Buna ek olarak, zaman içindeki oranlardaki farklılıklar, vakaların daha iyi tespit edilmesinden, daha erken tespit edilmesine yol açan kamu bilincinin artmasından ve gerçek bir artış yerine tedavi hizmetlerinin daha geniş kullanılabilirliğinden kaynaklanmaktadır. Yeme bozuklukları erkeklere kıyasla kadınlarda daha fazla gözükmemektedir fakat; son günlerde yeme bozuklukları görülme sıklığı erkeklerde de giderek artmaktadır. (Morris, 2012; Pasold ve ark., 2014).

Yeme bozuklukları ergenlerde ve genç yaşta yetişkinlerde daha şiddetli ve daha sık görülmektedir. Bu bozukluklar çoklu psikiyatrik ve somatik komplikasyonlara yol açabilmekle birlikte, yaşam kalitesini düşürüp, mortaliteye neden olabilmektedir (Morris, 2012; Pasold ve ark., 2014; Crowell, 2015). Yeme bozukluğu olan kişiler, özellikle anoreksiya nervoza (AN) ile büyük oranda artmış mortalite oranlarına sahiptir (Crow, 2009; Chesney, 2014).

Yeme bozukluklarının formları Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ve International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)'da tanımlanmıştır. DSM sınıflandırması, en yaygın kullanılan sınıflandırmadır. Yeme bozuklukları, 1980 yılında DSM-III' te ortaya çıkmıştır. Bu hastalıkların kriterleri 1987'de revize edilmiş ve 1994'te DSM-IV ile zaman içinde gelişmiştir. 2000 yılında yenilenmiş bir versiyonu bulunmaktadır. Yeme bozukluklarının en güncel sınıflandırması DSM-5'te yer almaktadır. Beslenme ve yeme bozuklukları; sosyal yaşamda klinik olarak anlamlı sıkıntıya veya bozulmaya sebep olan, fakat atipik AN, BN ve

gece yeme sendromu gibi tipik yeme bozuklukları için tam kriterleri karşılamayan bir beslenme ve yeme bozukluğu olarak tanımlanır. Tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları olarak adlandırılan DSM-5'teki kategori, tipik yeme bozuklukları veya beslenme ve yeme bozuklukları kategorilerine dahil olmayan diğer tüm bozuklukları içermektedir.

1.2.Yeme Bozukluğuna Neden Olan Risk Faktörleri

Yeme bozukluklarına neden olan faktörler son yıllarda daha çok incelenmeye başlamıştır ve yeme psikopatolojisinin yanı sıra etiyojisi hakkında da araştırılmalara büyük bir ilgi vardır (Bowlby, 1988). Yeme bozukluklarının gelişimi, seyri ve sürdürülmesi üzerinde bir etkiye sahip olan çeşitli faktörler varsayılmıştır. Sosyokültürel faktörler, diyet, benlik saygısı, beden imajı, sosyal destek, sosyal uyum, başa çıkma, yemek ve yeme ile ilgili tutumlar, vücut tatminsizliği, aile etkileşimi ve çevre, beden kaygısı, önemli olumsuz yaşam olayları ve kişinin görünüşüyle alay edilme öyküsü ayrı ayrı veya çeşitli kombinasyonlarda incelenen faktörler arasındadır (Button ve ark., 1996; Cole-Detke ve Kobak, 1996) (Tablo 1). Tıbbi komplikasyonlara yol açabilen hastalıklar arasında Anoreksiya Nervoza (AN) hastalarının herhangi bir nedenden ötürü ölme olasılıkları yaklaşık beş kat, intihar nedeniyle ölme olasılıkları genel nüfusa göre on sekiz kat daha fazladır. Diğer bir hastalık olan Bulimia Nervoza (BN) ise kilo alımını engellemek için, bireylerin kendi kendini kusturması, laksatif, diüretik ve diğer ilaçları yanlış yere kullanma, aşırı spor yapma ile ilişkilidir (Dozier, 2008).

Yeme bozukluklarının etiyojisinin karmaşık ve çok yönlü olduğu kanıtlanmış ve yeme bozukluklarının genler, nöro-dolaşım, fizyoloji ve psikososyal dahil olmak üzere çeşitli faktörlerden kaynaklandığı bulunmuştur (Bowlby, 1988). Epidemiyolojik çalışmalar, yeme bozukluklarının gelişiminde en yüksek risk dönemlerinin ergenlik ve ergenlikten yetişkinliğe geçiş döneminde olduğunu (Garner, 2009) ve kadınlarda yeme bozuklukları riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Bowlby, 1988). Çalışmalar; kültürel farklılıkların da yeme bozuklukları gelişiminde önemli bir rolünün olduğunu vurgulamıştır.

Ruhsal bozukluklar genellikle ergenlerde veya genç yetişkinlerde (Hill, 2003) ortaya çıkmaktadır. Yeme bozukluklarının başlangıcı için en yoğun dönem 12 ile 25 yaşları arasındadır. Bu bir vücut ve beynin önemli değişikliklere uğradığı, kimlik oluşumu, önemli davranış değişikliklerinin oluştuğu duygusal bir dönemdir.

Tablo 1: Yeme bozukluklarının etiyoloji diyagramı

Biyolojik Faktörler	<ul style="list-style-type: none">• Genetik eğilim• Cinsiyet: kadın-erkek oranı = 10: 1• Obsesif-kompulsif veya otistik spektrum özellikleri• İştah bozukluğuna karşı davranışsal duyarlılık• Metabolik güvenlik açığı• Perinatal dönemde çevresel etkiler
Fizyolojik Faktörler	<p>Kişilik özellikleri (katılık, detaylara dikkat, belirsizlik ve hatalara tahammülsüzlük, mükemmeliyetçilik)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sürücüler üzerinde yüksek bilişsel kontrole sahip bilişsel katılık• Yüksek ödül geciktirme yeteneği• Yüz ifadesinde azalma ve başkalarından gelen sözlü olmayan sinyalleri çözme yeteneği• Zihin Kuramı• Sosyal sıralama ve tehdide karşı artan hassasiyet• Sosyal etkileşimde azalan yorumlama ve karşılık verme yeteneği• Vücut görüntüsü bozukluğu• Aleksitimi
Psiko-sosyal Faktörler	<ul style="list-style-type: none">• Ebeveynlerin yeme sorunları• Akran stresi (örneğin, zorbalık)• Travma (maruz kalma)• Kültür (sanayileşmiş / batı)• Orta ila yüksek sosyoekonomik durum (yüksek ebeveynlerin eğitimi)
Davranışsal Faktörler	<ul style="list-style-type: none">• Aşırı kilo kontrolü ve yeme• Kilo kontrol davranışları• Vücut kitle indeksi ile aşırı ilgi• Kaçınma veya mükemmeliyetçilikle başa çıkma• Sosyal izolasyon• Bozulmuş fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi

1.3.Yeme Bozukluğu Türleri

1.3.1. Anoreksiya Nervoza ve Tanı Ölçütleri

AN'nın psikopatolojisi uzun zamandır bilinmesine rağmen; etyolojisi günümüzde güncelliğini halen korumaktadır. AN; açlık ve yetersiz beslenme ile karakterize edilen, morbidite ve mortaliteye neden olabilen ciddi psikiyatrik bir bozukluktur (Diagnostic and

statistical manual of mental disorders, 2013). AN'li bireyler standart bir vücut ağırlığında olmayı reddetmektedir ve bu hastalarda kilo alma korkusu temel bir özellik olmakla birlikte hastalar vücut ağırlığı ve şekline odaklanmaktadır. Bu psikiyatrik rahatsızlıklar, tedaviye direnç ve tıbbi komplikasyonlar nedeniyle intihara hastaları sürükleyebilmektedir (Treasure ve Cardi, 2017). AN; genellikle batının orta kesiminde ve gelişmeye başlamış ülkelerde yaygın olmakla birlikte, kadınlarda ve ergen kız çocuklarında daha sık görülmektedir. AN tanı kriterleri Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5) yer verilmiş ve bu kriterler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Anoreksiya nervosa için DSM-5 Tanı Kriterleri

- A.** Yaş, cinsiyet, gelişimsel yörünge ve fiziksel sağlık bağlamında önemli ölçüde düşük vücut ağırlığına yol açan, ihtiyaçlara göre enerji alımının kısıtlanması. Önemli ölçüde düşük ağırlık, minimum düzeyde normalden daha az olan veya çocuklar ve ergenler için minimum düzeyde beklenenden daha az olan bir ağırlık olarak tanımlanır.
- B.** Kilo almaktan veya şişmanlamaktan duyulan yoğun korku ya da önemli ölçüde düşük bir kiloda olmasına rağmen kilo alımını engelleyen ısrarcı davranış.
- C.** Kişinin vücut ağırlığının veya şeklinin deneyimlenme biçiminde rahatsızlık, vücut ağırlığının veya şeklinin kendi kendini değerlendirme üzerindeki aşırı etkisi veya mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetinin sürekli olarak anlaşılabilmesi.

Kodlama notu: Anoreksiya nervosa için ICD-9-CM kodu, alt türe bakılmaksızın atanan 307.1'dir. ICD-10-CM kodu alt türe bağlıdır (aşağıya bakınız).

Kısıtlama türü: Son 3 ay boyunca, birey tekrarlayan aşırı yeme atakları veya temizleme davranışı (yani, kendi kendine kusma veya müshil, diüretik veya lavmanların kötüye kullanılması) ile meşgul olmamıştır. Bu alt tip, kilo vermenin esas olarak diyet, oruç tutma ve / veya aşırı egzersiz yoluyla gerçekleştirildiği sunumları açıklar.

Aşırı yeme/temizleme türü: Son 3 ay içinde, birey tekrarlayan tıkmırcasına yeme veya temizleme davranışları (yani kendi kendine kusma veya laksatiflerin, diüretiklerin veya lavmanların kötüye kullanılması) olaylarına girmiştir.

Kısmi remisyonunda: Anoreksiya nervoza için tüm kriterler önceden karşılandıktan sonra, Kriter A (düşük vücut ağırlığı) uzun bir süre için karşılanmadı, ancak Kriter B (çok kilo alma veya şişman olma korkusu veya kilo alımını engelleyen davranış) veya Criterion C (kendi ağırlık ve şekil algısındaki bozukluklar) hala karşılanmaktadır.

Tam remisyonunda: Anoreksiya nervoza için tüm kriterler önceden karşılandıktan sonra, kriterlerin hiçbiri uzun bir süre boyunca karşılanmamıştır.

Önem derecesi:

Minimum şiddet seviyesi yetişkinler için mevcut vücut kitle indeksine (VKİ) (aşağıya bakınız) veya çocuklar ve ergenler için VKİ persantiline dayanmaktadır. Aşağıdaki aralıklar, Dünya Sağlık Örgütü'nün yetişkinlerdeki zayıflık kategorilerinden türetilmiştir; çocuklar ve ergenler için ilgili VKİ yüzdeleri kullanılmalıdır. Klinik semptomları, fonksiyonel engellilik derecesini ve gözetim ihtiyacını yansıtmak için şiddet seviyesi artırılabilir.

- Hafif: VKİ ≥ 17 kg/m²
- Orta: VKİ 16–16,99 kg/m²
- Şiddetli: VKİ 15–15,99 kg/m²
- Aşırı: VKİ <15 kg/m²

AN değerlendirilirken sadece düşük beden kitle indeksi açısından hastalar değerlendirilmemektedir. Semptomların ortaya çıkmasından önce VKİ, kilo kaybı hızı, hastanın yaşı, cinsiyeti de dahil olmak üzere bazı faktörler dikkate alınmaktadır. AN'lı yetişkinlerde genellikle düşük VKİ (örneğin, VKİ ≥ 17.5 kg/m²) görülmektedir. Genellikle yaş ve büyüme çizelgelerini değerlendirmek için gençlerde VKİ kullanılmaktadır (Eddy ve ark., 2008). AN'nin belirlenmiş iki alt tipi bulunmaktadır. Bunlar; kısıtlı tip ve tıkıncasına yeme/kusma (çıkartma) tipidir. Hastanın durumu bir alt türden diğerine ilerleyebilmektedir. Kısıtlayıcı alt tipe yakalanan bireylerde iştahsızlık, az yeme ve daha erken bir başlangıç yaşı görülmektedir (Peat ve ark., 2009). ABD'de AN görülme sıklığı %0.80'dir (Udo ve Grilo, 2018). Hispanik olmayan siyah ve Hispanik popülasyonlar arasında beyaz popülasyonlara göre daha az görülmektedir (Udo ve Grilo, 2018) ve küresel insidans, özellikle Asya ve Orta

Doğu'da daha yüksek oranlarda olmakla birlikte, günden güne artış göstermektedir (Pike ve Dunne, 2017; Ulfvebrand ve ark., 2015). AN'li hastalara eşlik eden bazı psikiyatrik hastalıklar da vardır. Bunlar; majör depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), travma ile ilgili bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarıdır. Bu hastalıklar AN'nın kısıtlayıcı alt tipinde daha az görülmektedir (Smith, 2018). AN'li hastalar arasında intihar riski yüksektir ve tahmini insidans, kontrollere göre 18 kat daha fazladır (Treasure, 2015). Uzun süreli seyir heterojendir, 20 yıllık süren çalışmalar hastaların yaklaşık %30-60'ında tam remisyon, %20'sinde kronik hastalık ve geri kalanında rezidüel semptomların mevcut olduğunu göstermiştir (Khalsa ve ark., 2017; Eddy ve ark., 2017). Tedaviden sonra hastalığın tekrar nüks etme insidansı %9 ile %52 arasında değişmekte olup, birçok çalışmada en az %25'lik bir insidans göstermektedir (Fichter, 2017; Sullivan, 1995). Yeme bozuklukluğu semptomlarının varlığı ve ciddiyei ile ilişkili olan çalışmalar bir arada var olan psikopatolojinin sürdüğünü göstermektedir (Steinhausen, 2002). Hastalarda iyileşme genellikle kademelidir. Örneğin; uzun süren bir takip çalışması, hastaların yaklaşık %31'inin 9 yılda iyileştiğini, 22 yaşında olan hastaların ise neredeyse üçte ikisinde iyileşme gözlemlendiğini göstermiştir (Fichter ve ark., 2017). Son zamanlarda yapılan genom alışmaları, AN için diğer psikiyatrik bozuklukların yanı sıra düşük vücut kitle indeksi ve metabolik düzensizlikler için de öngörücü olan sekiz risk lokusu belirlemiştir (Andrs-Pepiņa ve ark., 2020). Diğer risk faktörleri arasında travma yks (Watson, 2019; Jacobi, 2004), mükemmeliyetçilik, bilişsel katılık (rneğin, kurallara güven) ve çocukluk ağı anksiyete bozuklukları bulunmaktadır (Bakalar, 2015).

AN'da ilk amaç; gıda alımını artırmak, tekrarlanan kusma davranışlarını durdurmaktır. Klinisyenler hastanın kilo alması için hastayla birlikte çalışmaktadırlar. AN'ya sahip hastaların tedavisi uzun vadeli planları gerektirmektedir.

1.3.2. Bulimiya Nervoza ve Tanı ltleri

Bulimia nervoza, ergen kadınlarda en sık görülen, aşırı yeme atakları ve kilo almanın önüne geçmek amacıyla uygunsuz davranışlarda bulunma ile karakterize bir durumdur (Harrington ve ark., 2015). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5)'de BN için tanı kriterleri verilmiştir (Tablo 3). BN'de hastalar, birçok insanın genellikle 2 saatten az bir sürede ve benzer koşullarda tketebileceğinden daha çok porsiyon tüketmektedir.

Yeme ataklarının yaşandığı anlarda kişi kontrolünü kaybetmekte ve porsiyon tüketmeyi engelleyememektedir. Kilo almayı durdurabilmek için hastalar; kendi kendini kusturma, oruç tutma, müshil kötüye kullanımı, diüretik kullanımının yanısıra aşırı fiziksel aktivite yapmaktadır. (Russell, 1979). Bu yöntemler en az üç ay boyunca ve haftada bir gerçekleşmektedir (Forney ve ark, 2016). BN'nın etiyojisi multi-faktöriyeldir ve kesin etiyojisi bilinmemektedir. İç algısal işlevdeki anormallikler, özellikle de insulânın anormallikleri, bu durumla ilişkili tıknırcasına yeme davranışına katkıda bulunabilir. 2016 yılında yapılan bir çalışma, AN ve BN hastalarının, özellikle iştah regülasyonunda anormalliklere sahip olduğunu göstermiştir. Diğer çalışmalar, içsel işlevsel beyin mimarisinin olası değişmiş bir fonksiyonunu göstermiştir (Hudson ve ark, 2007). BN her iki cinsiyeti de etkileyebilir ancak kadınları daha fazla etkilemektedir. Ortalama başlangıç yaşı 12,4 civarındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde BN yaygınlığı ergenler arasında yaklaşık olarak % 0.9, genel kadın nüfusu arasında ise % 1,5'dir. Erkek nüfusunda bu oran % 0,5'tir. BN prevalansı gelişmekte olan ülkelerde belirlenmemiştir.

BN'lı hastalarda sıklıkla boğazda ağrı, baş ağrısı, yorgun hissetme, kabızlık, ellerde uyuşukluk, düzensiz adet kanaması, karın ağrısı ve şişkinlik görülmektedir. BN tanısı konan veya şüphelenilen bir hastada fiziki muayene yapılırken; boy, kilo, hayati bulgular, ortostatik kan basınçları, hastanın cildi, ağzı ve karnı incelenmektedir. Ayrıca BN tanısı konmadan önce kilo kaybı veya kusmanın birincil nörolojik nedenlerini kontrol etmek için nörolojik muayene gereklidir. BN ile ilişkili yaygın fizik muayene bulguları arasında düşük tansiyon, cildin kuru olması, tükürük bezi şişmesi, diş problemleri ve elin arka tarafındaki nasırlar bulunmaktadır (Brown ve Mehler, 2013).

Tablo 3: Bulimia nervoza için DSM-5 tanı kriterleri

A. Tekrarlayan aşırı yeme epizodları. Bir aşırı yeme vakası, aşağıdakilerin her ikisiyle de karakterize edilir:

1. Belirli bir süre içinde (örneğin, herhangi bir 2 saatlik süre içinde), benzer koşullar altında benzer bir zaman diliminde çoğu bireyin yiyeceğinden kesinlikle daha fazla miktarda yemek yemek.
2. Bölüm sırasında yemek yemeyi kontrol edememe hissi (örneğin, yemek yemeyi bırakamama veya ne veya nasıl yediğini kontrol edememe hissi).

B. Kilo alımını önlemek için tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar, örneğin kendi kendine kusma gibi; laksatiflerin, diüretiklerin veya diğer ilaçların kötüye kullanılması; oruç tutmak; veya aşırı egzersiz.

C. Aşırı yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de ortalama olarak 3 ay boyunca haftada en az bir kez meydana gelir.

D. Kendi kendine değerlendirme, vücut şekli ve ağırlığından aşırı derecede etkilenir.

E. Rahatsızlık yalnızca anoreksiya nervoza atakları sırasında ortaya çıkmaz.

Kısmi remisyonunda: Bulimia nervoza için tüm kriterler önceden karşılandıktan sonra, kriterlerin tümü olmasa da bazıları uzun bir süre boyunca karşılanmıştır.

Tam remisyonunda: Bulimia nervoza için tüm kriterler önceden karşılandıktan sonra, kriterlerin hiçbirisi uzun bir süre boyunca karşılanmamıştır.

Önem derecesi:

Minimum ciddiyet seviyesi, uygunsuz telafi edici davranışların sıklığına bağlıdır (aşağıda belirtilmiştir). Şiddet seviyesi, diğer semptomları ve fonksiyonel yetersizliğin derecesini yansıtabilecek şekilde artırılabilir.

- Hafif: Haftada ortalama 1-3 uygunsuz telafi edici davranış dönemi
- Orta: Haftada ortalama 4-7 uygunsuz telafi edici davranış dönemi
- Şiddetli: Haftada ortalama 8-13 uygunsuz telafi edici davranış dönemi
- Aşırı: Haftada ortalama 14 veya daha fazla uygunsuz telafi edici davranış dönemi

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013:345.

BN'de tedavinin birincil amacı, kusma davranışının kesilmesidir (American Psychiatric Association, 2006). Fluoksetin, sitalopram ve sertralin gibi seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin BN semptomlarını azalttığı gösterilmiştir. Fluoksetin, BN için FDA onaylı tek ilaçtır. Daha yüksek bir dozun (60 mg), aşırı yeme ve kusma olaylarının sıklığını azaltmada plasebodan anlamlı ölçüde daha iyi olduğu görülmektedir (Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa, 1992). Diğer ilaç sınıflarının bu durumu tedavi etmek için kanıtları sınırlıdır (Shapiro ve ark., 2007). Trazodon, plasebo ile karşılaştırıldığında aşırı yeme ataklarının sıklığını önemli ölçüde azaltmıştır (Pope, 1989). Monoamin oksidaz inhibitörleri ve trisiklik antidepresanlar, letaliteleri ve potansiyel yan etkileri nedeniyle dirençli vakalar için ayrılmıştır. Epileptik epizot riskinin artması nedeniyle BN hastalarında Bupropion kullanılmamalıdır (Horne, 1988). Antiepileptik ilaçlardan biri olan topiramate tıknama epizodlarında azalma göstermiştir. Bu yüzden yan etkiler, özellikle kilo kaybı ve bilişsel problemler hastalarda dikkatle izlenmelidir (Nickel, 2005). Bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası psikoterapinin klinik çalışmaları da BN hastaları için fayda göstermektedir (Kass, 2013). BN hastaları; genel popülasyondan daha yüksek diğer akıl hastalıkları riski altında oldukları için intihar ve komorbid psikiyatrik hastalık açısından taranmalıdır.

1.3.3. Tıkınırcasına (Aşırı) Yeme Bozukluğu ve Tanı Ölçütleri

Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistik El Kitabı, beşinci baskı (DSM-5) Tıkınırcasına yeme bozukluğunu (TYB) yeme bozukluğunun ayrı bir teşhisi olarak kabul etmiştir (Tablo 4). TYB, kısa bir zaman içerisinde alışılmadık derecede büyük porsiyonlarda yiyecek tüketen ve tekrarlayan aşırı yeme ataklarıyla tanımlanır. Birey, bulimia nervozayı karakterize eden telafi edici kilo verme davranışları (diüretiklerin veya laksatiflerin kötüye kullanılması, kusmaya neden olma, yoğun egzersiz gibi) olmaksızın belirgin üzüntü ve aşırı yeme aşırı kontrol kaybı yaşarlar (Teaima ve ark., 2021).

Tablo 4: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri

A. Tekrarlayan aşırı yeme epizodları. Bir aşırı yeme vakası, aşağıdakilerin her ikisiyle de karakterize edilir:

- Belirli bir süre içinde (örneğin herhangi bir 2 saatlik süre içinde), benzer koşullar altında benzer bir zamanda çoğu insanın yiyeceğinden kesinlikle daha fazla miktarda yemek yemek.
- Bölüm sırasında yemek yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi (örneğin, bir kişinin yemeyi bırakamaması veya ne veya ne kadar yediğini kontrol edememe hissi).

B. Aşırı yeme epizotları, aşağıdakilerin üçü (veya daha fazlası) ile ilişkilidir:

- Normalden çok daha hızlı yemek yemek.
- Rahatsız bir şekilde tok hissedene kadar yemek yemek.
- Fiziksel olarak aç hissetmediğinizde çok miktarda yemek yemek.
- Ne kadar yemek yediğinden utandığı için yalnız yemek yemek.
- Sonrasında kendisinden tiksime, depresyonda veya çok suçluluk hissetme.
- Aşırı yeme ile ilgili belirgin sıkıntı mevcuttur.
- Aşırı yeme, ortalama olarak 3 ay boyunca haftada en az bir kez gerçekleşir.
- Tıkınırcasına yeme, bulimia nervosa'da olduğu gibi uygunsuz telafi edici davranışların tekrarlayan kullanımıyla ilişkili değildir ve yalnızca bulimia nervosa veya anoreksiya nervosa seyri sırasında ortaya çıkmaz.

Şunları belirtin:

Kısmi remisyonda: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tüm kriterler önceden karşılandıktan sonra, sürekli bir süre boyunca haftada bir bölümden daha az ortalama bir sıklıkta aşırı yeme meydana gelir.

Tam remisyonda: Daha önce aşırı yeme bozukluğu için tüm kriterler karşılandıktan sonra, kriterlerin hiçbiri uzun bir süre boyunca karşılanmadı.

Mevcut önem derecesini belirtin:

Minimum şiddet düzeyi, aşırı yeme olaylarının sıklığına bağlıdır (aşağıya bakın). Şiddet seviyesi, diğer semptomları ve fonksiyonel yetersizliğin derecesini yansıtacak şekilde artırılabilir.

- **Hafif:** Haftada 1-3 aşırı yeme dönemi.
- **İlımlı:** Haftada 4-7 tıkınırcasına yeme epizodu.
- **Şiddetli:** Haftada 8-13 aşırı yeme vakası.
- **Aşırı:** Haftada 14 veya daha fazla tıkınırcasına yeme dönemi.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013:338–339.

1.4. Yeme Bozukluklarında Prognoz ve Tedavi

1.4.1. Prognoz

1.4.1.1. Anoreksiya nervoza

Anoreksiya nervoza hastalarını izleyen birçok sayıda çalışma olmasına rağmen, çalışmalar çeşitli tedavi yaklaşımları ve sonuç ölçümleri kullanılarak çeşitli yaş gruplarını kapsadığı için birçok kapsayıcı sonuca işaret etmek zordur. Bununla birlikte, çoğu çalışma tarafından desteklenen birkaç genel sonuç vardır.

Anoreksiya nervoza, birçok bireyde zor, sıklıkla tekrarlayan bir seyir ve yüksek ölüm oranı olan kronik bir hastalıktır. Hastaların %20'den fazlasında uzun süreli takipte yeme bozukluğu devam eder psikiyatrik morbidite yaygındır, hastaların yaşam boyu depresyon insidansı %15-60, anksiyete bozuklukları %20-60, madde kötüye kullanımı %12-21 ve kişilik bozuklukları %20-80'inde görülür(Halm ve ark., 1991; Steinhausen, 2009; Kaye ve ark., 2004; Jordan ve ark., 2008)Anoreksiya nervoza, tüm ruhsal bozukluklar arasında en yüksek ölüm oranına sahiptir ve kabaca ölüm oranı (çalışma popülasyonundaki ölümlerin oranı) birçok çalışmada %5-10 olarak bildirilmiştir (Herzog ve ark., 2000; Sullivan, 1995; Nielsen, 2001; Steinhausen, 2002; Fichter ve ark., 2006) ve 20 yıllık takip süresi olan çalışmalarda %15-16 kadar yüksektir (Ratnasuriya ve ark., 1991; Lowe ve ark., 2001). Genel popülasyonda anoreksiya nervozaya sahip kadınların ölme olasılığı, aynı yaştaki anoreksiya nervoza olmayan kadınlara göre 12 kat daha fazladır (Keel ve ark., 2003). Yayınlanmış 42 çalışmanın 1995 meta-analizi, ölümlerin yaklaşık %54'ünün yeme bozukluğuna bağlı komplikasyonlara atfedildiğini, ölümlerin %27'sinin intihardan ve kalan %19'unun bilinmeyen veya diğer nedenlerden kaynaklandığını buldu (Sullivan, 1995). 6-12 yıllık takipli 11 çalışmada anoreksiya nervozanın genel toplam standart ölüm oranı (SÖO) 9.6 ve 20-40 yıllık takipli 4 çalışmada 3.7 idi (Nielsen, 2001). Başka bir çalışmadaki sonuç ergenlerde anoreksiya nervoza sonucunun yetişkinlerinkinden daha iyi olduğudur (Strober ve ark., 1997; Herzog ve ark., 1999; Steinhausen ve Boyadjeva, 2003, Herpertz-Dahlmann ve ark., 2001). Anoreksiya nervozalı yetişkin hastalar üzerinde yapılan araştırmalar, hastaların yaklaşık% 30-50'sinin hastalıktan tamamen kurtulduklarını,% 30'unun iyileştiğini ve% 20'sinin kronik bir seyir ve kötü sonuca sahip olduğunu bildirmektedir.31,39,46. Buna karşılık, anoreksiya nervozalı ergenlerde yapılan çalışmalar 10-15 yıllık iyileşme oranlarının% 69-% 75,8 olduğunu bulmuştur (Steinhausen, 2002; Strober ve ark., 1997).

Strober ve arkadaşlarının prospektif bir çalışması, yatarak tedavi programına kabul edildikten sonra 10-15 yıl boyunca anoreksiya nervozalı 95 ergen hastayı izlemiştir. Bu hastaların toplam %75.8'i sonunda en az 8 ardışık hafta boyunca tüm anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza semptomlarından arınmış olarak tanımlanan tam iyileşme sağladı. Hastaların kalan% 24,2'si değişik derecelerde hastalığa sahip olmaya devam etti. Yaklaşık %10'u hafif semptomların devam etmesiyle iyileşme gösterdi, ancak %14'ünde tam anlamıyla devam eden hastalık vardı. Kilo ve menstrüasyon kriterleri kullanılarak ortalama iyileşme süresi 57.4 aydı, ancak psikopatolojik semptomların çözülmesi dahil olmak üzere ortalama iyileşme süresi 79,1 aydı. Aile ilişkilerinde bozulma olan hastalarda iyileşme süresi uzadı. Bu örnekte ölüm olmadı (Strober ve ark., 1997). Herpertz-Dahlmann ve arkadaşları tarafından 10 yıl boyunca anoreksiya nervozalı 39 adolesan hastayı izleyen başka bir çalışma, hastaların %69'unun 10 yılda tamamen iyileştiğini gösterdi. Psikososyal işlevsellik açısından, %69'unun iyi bir sonuca, %23'ünün orta bir sonuca ve %8'inin kötü bir sonuca sahip olduğunu gösteren bir bileşik ölçek kullanıldı (Herpertz-Dahlmann ve ark., 2001). Ek olarak, 5590 hastayı kapsayan 119 anoreksiya nervoza sonuç çalışmasının bir incelemesi ve analizinde, Steinhausen, hastalığı 17 yaşından önce başlayan sadece daha genç ergen hastalarla yapılan çalışmaları, hem ergen hem de erişkin başlangıçlı hastaları içeren çalışmalarla karşılaştırdı. Daha genç hastalarla yapılan çalışmalarda iyileşme oranlarının ve hastalığın kronikliğinin daha olumlu olduğunu ve daha genç hastaların ölüm oranının daha düşük olduğunu bulmuştur. Bu farklılıkları, genç hastalarda tedavi öncesi semptomların daha kısa sürmesine ve kronikliğin kötü bir sonuca yol açmasına bağlamıştır (Steinhausen, 2002).

1.4.1.2. Bulimia Nervozası

Bulimia nervozaya odaklanan daha az boyamsal çalışma vardır, ancak genel olarak bulimia nervozanın prognozu anoreksiya nervozanın prognozundan daha olumludur. Fichter ve Quadflieg, 6 yıl boyunca takip edilen bulimia nervoza tanısı ile 196 hasta bildirmiştir. Küresel bir sonuç puanı kullanarak (kilo, menstrüel işlev, tıkanıklık, kusma, duygudurum semptomları, madde kötüye kullanımı, cinsel ve sosyal işlevsellik gibi birden fazla öge dahil), yoğun tedaviden 6 yıl sonra %59.9'unun iyi bir sonuç, %29.4'ünü bir ara sonuç ve %9,6 kötü bir sonuç elde ettiklerini bildirmişlerdir. Hastaların %1.1'inde ölüm meydana geldi (Fichter ve Quadflieg, 1997). Bu, aynı yazarlar tarafından anoreksiya nervozalı 103 hasta üzerinde yapılan ve aynı bileşik global sonuç skoruna göre sadece %34.7'sinin iyi bir sonuca, %38.6'sının bir ara sonuca sahip olduğunu %20,8'i kötü bir sonuç ve %5,6'sı

öldüğünü gösteren 6 yıllık başka bir takip çalışmasının aksine sonuçlar elde etmişlerdir (Fichter ve Qadflieg, 1999). Benzer şekilde, Herzog ve arkadaşları 7,5 yıl boyunca bulimia nervoza ve anoreksiya nervozalı 246 hastayı izlemişler ve bulimia nervoza hastalarının %74'ünün tam iyileşme sağladığını ancak anoreksiya nervoza hastalarının sadece %33'ünün tam iyileşme sağladığını bulmuşlardır. Bulimia nervoza hastalarının %99'unda ve anoreksiya nervozalı hastaların %83'ünde kısmi iyileşme sağlandı. Tam iyileşmeden sonra nüks oranı her iki grupta da yaklaşık üçte birdi (Herzog ve ark., 1999).

1.4.2. Genel Tedavi

Yeme bozukluğu olan hastanın tedavisi, tümü düzenli olarak iletişim kurması ve görüşmesi gereken birinci basamak hekimi, beslenme uzmanı ve akıl sağlığı uzmanından oluşan multidisipliner bir ekibi içermelidir. Birinci basamak hekiminin rolü, tedaviyi koordine etmek, tıbbi komplikasyonları yönetmek ve hastanede yatarak tedavi ihtiyacını belirlemeye yardımcı olmaktır. Hasta bir akıl sağlığı uzmanını veya beslenme uzmanını görmek istemiyorsa veya bunu yapmak istemiyorsa, birinci basamak hekiminin rolü, hastanın tedaviyi görmesine yardımcı olacak bir araç olarak kilo ve gıda alımına ilişkin sözleşme ayarını kullanırken kilo, beslenme alımı ve fiziksel durumu izlemektir. Hem anoreksi hem de bulimia için acil tedavi müdahaleleri, beslenmenin normalleşmesini ve normal yeme alışkanlıklarının geri kazanılmasını amaçlamaktadır. En iyi erken sonuçlar, hasta tıbbi olarak katılmaya başlar başlamaz kilo restorasyonu ve bireysel ve aile psikoterapisi ile elde edilir. Hasta açlık modundayken etkili psikoterapi gerçekleşemez. Ayakta hasta yönetimi denemesi genellikle sigorta şirketlerinin bir gereğidir. Günlük programlar ve ayakta tedavi en çok motive olmuş hastada etkilidir; multidisipliner ekip, ayakta tedavinin artık uygun olmadığı kriterleri belirler. Bunlar, takipte başarısızlık, "temel" ağırlık, devam eden kilo kaybı veya yetersiz kilo alımı, tıknıma / temizleme epizodlarının sayısı veya belirtilen laboratuvar değerleri veya fiziksel işaretleri içerir. Hasta ve ekibin tüm üyeleri, yazılı olarak paylaşılan ve daha sonra sıkı bir şekilde uygulanan sınırlar üzerinde anlaşmalıdır. Tedaviyi reddeden hastalar için tıbbi veya beslenme takibinin amacı, hastanın durumun ciddiyetini fark etmesine yardımcı olmak ve tedaviyi kabul etmek ve tıbbi tehlikeyi en aza indirmek için onunla birlikte çalışmak olmalıdır. Bir beslenme uzmanı tarafından izlenen gıda günlükleri, tedavinin önemli bir parçasıdır. Yiyecek günlükleri 2 amaç için kullanılır: beslenme yeterliliğini (yani protein, kalsiyum, demir ve yağ) değerlendirmek ve yenen tüm yiyecekleri kaydetmek (yemekten önce ve sonra ruh hali ve fiziksel hisler dahil). Bir beslenme uzmanı bulunmadığında, besinsel yeterlilik için gıda günlüklerinin gözden geçirilmesi de birinci

basamak hekiminin sorumluluğu haline gelir. Anorektik için, gıda tüketiminin tam bir kaydı, tedavi eden profesyonellerin yavaş, sabit bir kilo alımı ve gıda toleransının iyileştirilmesi ile sonuçlanan değişiklikler önermesini sağlar. Bulimikler için yiyecek günlükleri bilişsel davranışçı terapinin önemli bir parçası olabilir. (Walsh JM ve ark 2000)

1.5. Yeme Bozukluğu ile Anksiyete Bozuklukları Komorbiditesi

1.5.1. Sosyal Fobi

Bir dizi çalışma, yeme bozukluğu olan hastalarda sosyal fobinin yaygınlığını göstermektedir (Halmi ve ark., 1991; Lilenfeld ve ark., 1998; Powers ve ark., 1988; Godart ve ark., 2000; Iwasaki ve ark., 2000; Godart ve diğerleri, 2003; Hinrichson ve diğerleri, 2003). Çeşitli araştırmalar, sosyal anksiyetenin, yeme bozuklukları ile OKB'den daha yaygın bir komorbid durum olabileceğini öne sürmektedir ve bazı araştırmacılar, sosyal anksiyetenin yeme bozukluklarının etiolojisinde rol oynayabileceğini öne sürmüşlerdir (Black Becker ve ark., 2004).

Sosyal fobi ve yeme bozukluklarının yaygınlık oranı araştırmalar arasında farklılık göstermiştir. Halmi ve arkadaşları (1991) yeme bozukluğu gruplarında (% 33,9) kontrollere (% 3,2) kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek yaşam boyu sosyal fobi oranları bildirmişlerdir. Ayrıca Godart ve arkadaşları (2003) yeme bozukluğu örnekleminde benzer şekilde yüksek sosyal fobi oranları bulmuşlardır. AN'de % 16 (Kaye ve ark., 2004) ile % 88,2 (Hinrichson ve ark., 2003) arasında ve BN'de %17 (Powers ve ark., 1988; Brewerton ve ark., 1995) ve % 67.8 arasında (Hinrichson ve ark., 2003) prevalans oranları bildirilmiştir. Lilenfeld ve ark. (1998), sosyal fobinin AN'da kontrollere göre anlamlı derecede daha sık olduğunu bildirmişlerdir. Ancak Bulik ve arkadaşları (1997) AN örnekleri ve kontrolleri arasında anlamlı bir fark bulamamıştır. AN ile ilgili iki kontrollü takip çalışması farklı sonuçlar bulmuştur, biri AN'da normal kontrollere göre anlamlı derecede daha yüksek sosyal fobi oranı buldu (Halmi ve ark., 1991), ikincisi ise fark bulamadı (Råstam ve ark., 1995).

Hinrichson ve arkadaşları (2003), AN ve BN'li kadın hastalarda sosyal fobi düzeylerinin, kontrol kadınlarına göre önemli ölçüde arttığını ve sosyal fobinin, bulimik bireylerde daha yüksek yeme psikopatolojisi ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Garfinkel ve arkadaşları (1995), kontrollere kıyasla klinik ve eşik altı BN'li kadınlar arasında sosyal fobi yaygınlık oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu gözlemledi. Bulik ve arkadaşları (1997) bu bulguyu BN örnekleminde bildirilen sosyal fobi oranının (% 30,2) normal kontrollere (% 6,1) göre anlamlı düzeyde daha yüksek olmasıyla desteklemiştir. Ayrıca Godart ve arkadaşları (2003), anksiyete bozuklukları arasında sosyal fobinin BN örneklemi arasında en yaygın olduğunu bulmuştur.

Yeme bozuklukları arasında sosyal fobi yaygınlık oranlarının, yeme patolojisi olan birçok kadının sosyal durumlardan kaçındığı ve sonuç olarak daha düşük sosyal kaygı oranlarının, eksikliğin aksine sosyal etkileşim eksikliğini yansıtabileceği gözleminden dolayı tutarsız olabileceği unutulmamalıdır. (Bulik ve ark., 1997).

1.5.2. Agorafobi

YB ve agorafobiyi araştıran çalışmalar çeşitli sonuçlar bulmuştur. Godart ve arkadaşları (2002) agorafobi için komorbidite oranlarının % 0 ile % 34.5 arasında değiştiğini ve bu alandaki bulguların sınırlı ve çelişkili olduğunu bildirmişlerdir. AN'da, agorafobinin yaşam boyu yaygınlığı, kısıtlayıcı alt gruplarda %0 (Laessle ve ark., 1989) ile %3 (Godart ve ark., 2000) arasında değişirken, tıknıma/arındırma AN çalışması %20'lik bir oran bulmuştur (Laessle ve ark., 1989). Godart ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan daha sonraki bir çalışma, eşleştirilmiş kontrollere (% 7,3) kıyasla AN'li kadınlarda yaşam boyu agorafobi oranlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğunu (ANR için % 19,8 ve ANBP için % 27,3) bildirmiştir. AN ile ilgili takip çalışmalarında, AN grubunda kontrollere kıyasla anlamlı ölçüde daha yüksek yaşam boyu agorafobi yaygınlık oranları bildirilmiştir (Halmi ve ark., 1991), ancak Râstam ve arkadaşları (1995) fark olmadığını bildirmiştir.

BN'de agorafobinin yaşam boyu prevalansı % 0 (Schwalberg ve arkadaşları, 1992) ile %17.4 (Laessle ve ark., 1989) arasında değişmektedir. Toplumda, BN'de yaşam boyu agorafobi yaygınlığı % 27 (Bushnell ve ark., 1994) ile % 34,5 (Garfinkel ve ark., 1995) arasında değişmektedir. Ayrıca, Garfinkel ve arkadaşları (1995) ve Godart ve arkadaşları (2003), BN örneklerinde, kontrol gruplarına kıyasla (% 7,5 ve % 17,4) önemli ölçüde daha yüksek yaşam boyu agorafobi oranları bulmuşlardır.

1.5.3. Panik Bozukluk

Yeme bozukluğu örnekleri arasında panik bozukluğu komorbiditesinin bulguları % 9 - 11 yaygınlık bildiren bir çalışma Kaye ve ark., 2004) ve %42-52 yaygınlık arasında başka bir bulgu ile çeşitlilik göstermektedir (Piran ve ark., 1985). Bulimik örnekler, %0 (Schwalberg ve ark., 1992) ile % 39 (Hudson ve ark., 1983) arasında değişmektedir. Çeşitli çalışmalar, panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranlarının ANR(AN kısıtlayıcı tip)'de %4 (Lilenfeld ve ark., 1998) ile %7 (Godart ve ark., 2000) arasında değiştiğini ve ANBP (AN tıknırcasına yeme / temizleme tip)'de yaklaşık %15 olduğu tahmin edilmektedir (Laessle ve ark., 1989). İki AN kontrollü sonuç çalışması, panik bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %8.1 ve 6 aylık yaygınlığın %2 ile %11.8 arasında olduğunu tahmin etmiştir (Halmi ve ark., 1991; Råstam ve ark., 1995). Walters ve Kendler (1995), bir toplum çalışmasında, “olası anoreksiyalı” bireylerin panik bozukluğu riskinin 3.4 oranında arttığını bildirmişlerdir.

1.5.4. Spesifik Fobilerin (Özgül Fobi)

Yeme bozukluğu olan bireyler arasında bildirilen yaşam boyu spesifik fobilerin prevalansı, AN'da %0 (Piran ve ark., 1985) ile % 34 (Godart ve ark., 2000) ve BN'de % 10 (Schwalberg ve ark., 1992) ile % 46 (Laessle ve ark., 1987) arasında değişmektedir. Bulik ve arkadaşları (1996), BN örneklerinin % 30'unun ömür boyu spesifik fobi teşhisi ile karşılaştığını bildirdi. Lilenfeld ve arkadaşları (1998), BN örneklerinin %19'unun spesifik fobi kriterlerini karşılamasına karşın, bunun kontrollerinden (%7) önemli ölçüde farklı olmadığını bulmuşlardır. Tersine, Lilenfeld ve arkadaşları (1998) AN örnekleri (% 27) ve kontroller arasındaki yaygınlık oranları arasında önemli bir fark buldu. Ayrıca bir toplum çalışması, AN deneklerinde fobi riskinin 2 ila 4 (Kendler ve ark., 1991; Walters ve Kendler, 1995) ve BN deneklerinde 2.37 (Kendler ve ark., 1991) arttığını bildirmiştir.

Takip çalışmaları açısından Halmi ve arkadaşları (1991) kontrollere kıyasla AN öyküsü olan kadınlarda yaşam boyu spesifik fobi yaygınlığında anlamlı bir fark bulamadı. Garfinkel ve arkadaşları (1995), kontrollere (%11.4) kıyasla klinik ve eşik altı BN'li kadınlarda (sırasıyla %40- 40.9) önemli ölçüde daha yüksek yaşam boyu spesifik fobi oranları bulmuşlardır.

1.5.5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Önemli ölçüde daha az araştırma, yeme bozuklukları ile YAB arasındaki ilişkiyi dikkate almıştır ve yeme bozukluğu çalışmalarında YAB 'ın tahmini prevalansında büyük farklılıklar vardır (Godart ve ark., 2002). Lilenfeld ve arkadaşları (1998) ve Godart ve arkadaşları (2000) AN'da yaşam boyu YAB prevalansı sırasıyla %31 ve %24 olarak tahmin etmiştir. YAB ve BN arasındaki ilişkiyi gözden geçiren çalışmalar, yaşam boyu prevalansın %10 (Powers ve ark., 1988) ile %55 (Schwalberg ve ark., 1992) arasında değiştiği gösterilmiştir. Kaye ve arkadaşları (2004), Godart ve arkadaşları (2003) tarafından bildirilen sırasıyla %45.6 ve %31.4'ten önemli ölçüde düşük olan sırasıyla AN ve BN örneklerinde YAB 'ı sırasıyla %13 ve %7 olarak tanımladı. Ayrıca, Lilenfeld ve arkadaşları (1998), BN hastalarının %13'ünün yaşam boyu YAB prevalansına sahip olduğunu, bu da kontroller arasındaki prevalanstan (%2) önemli ölçüde farklı olmadığını bulmuşlardır. Iwasaki vd. (2000), AN ve BN deneklerinin %13'ünün YAB kriterlerini karşıladığını bildirmişlerdir ve ilginç bir şekilde bulguları, bu farkın anlamlı olmamasına rağmen, YAB ın hem AN hem de BN deneklerinin temizleme tipleri arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir. Garfinkel ve ark. (1995), BN'li kadınların topluluk örnekleminde (%10.9) yaşam boyu YAB oranının, karşılaştırma örneklemindekenden (%2.5) önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bulmuştur.

Bulik ve arkadaşları (2000), daha büyük çocukluk anksiyetesine ilişkin annenin algılamasının ikiz öz bildiriyle desteklendiğini ve etkilenen ikizin yaşam boyu YAB için daha büyük bir risk altında olduğunu bildirdi. Vakaların %75'inde YAB başlangıç yaşının BN'nin başlangıcından önce veya eşzamanlı olarak bildirilmesi nedeniyle, anksiyetenin bir BN sekelinden ziyade bir predispozan faktör olması mümkündür. Bu sonuçlar, BN'li kadınlarda yüksek oranda hastalık öncesi anksiyete bozukluğu bildiren artan bir literatürü desteklemektedir (Deep ve ark., 1995; Bulik ve ark., 1997).

1.5.6. Mutizm

Seçici mutizm, çocuğun evde ebeveynleri ve kardeşleriyle diğer durumlarda konuşurken, belirli sosyal durumlarda, sıklıkla anaokulunda / okulda, genellikle öğretmenler ve yabancılar gibi belirli kişilerle konuşmaması durumudur. Konuşamama tutarlıdır ve yıllarca sürebilir. Çoğu rapor, 5 veya 6 yaşında veya daha küçükken seçici olarak sessiz davranışın ortalama başlangıç yaşını önermektedir (Omdal, 2007). Bu, 2,7 yıldan (Black ve Uhde, 1995) 5,4 yıla (Ford ve diğerleri, 1998) kadar değişir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin eski

"seçmeli mutizm" yerine şu anki "seçici mutizm" terimini kullanması, çocukların konuşacakları veya konuşmayacakları kişileri seçtikleri konusunda fikir birliği görüşünü yansıtıyor (APA, 1994). Mevcut birkaç epidemiyolojik çalışmaya göre, seçici mutizmin frekansı düşüktür. Steinhausen ve Juzi (1996), durumun DSM-IV'te verilen prevalans olan popülasyonun% 1'inden daha azını etkilediğini iddia etmektedir (APA, 1994). Seçici mutizmi olan erkeklerden (1.5: 1) daha fazla kız var (Kopp ve Gillberg, 1997). Seçici mutizmi olan çocukların yaklaşık% 90'ı okulda veya yabancılarla birlikte dilsizdir (Steinhausen ve Juzi, 1996). Yaklaşık dörtte biri aile dışındaki çocuklarla konuşmuyor. Üçte biri belirli çocukları sözlü iletişimden dışlar. Çocuk evde konuşmuyorsa, ki bu daha seyrek oluyor, genellikle babayı dışlıyor. Steinhausen ve Juzi (1996), utangaçlığın seçici olarak dilsiz çocukların% 85'ini etkilediğini bulmuşlardır. Üçte birinden fazlası depresyonda. Beşte biri, muhalif meydan okuyan veya saldırgan davranış belirtileri gösterir. Üçte biri, enürezis veya enkoprezis gibi eliminasyon (dışa atım) bozukluklarını gösterir. Uyku ve yeme bozuklukları da oldukça yaygındır. En az sıklıkta tikler veya obsesif ve kompulsif semptomlar görülür (Steinhausen ve Juzi, 1996).

1.6. Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu

1.6.1. Tanımı

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB), geleneksel olarak, çocukluğa özgü bir bozukluk olarak karakterize edilmiş ve değerlendirilmiştir. Yine de ayrılık anksiyetesinin temel semptomları, yani aşırı ve çoğu zaman büyük bağlanma figürlerinden gerçek veya algılanan ayrılıkla karşılaşıldığında sıkıntının engellenmesi, devam edebilir ve hatta yetişkinlikte ortaya çıkabilir (Cyranowski ve ark., 2002). Manicavasagar ve arkadaşları (1997, 2000) bu konuları araştırmış ve çocukluk çağı AAB'nin yetişkinliğe kadar ilerleyebileceği sonucuna varmıştır.

Dahil olan bağlanma figürlerinin türü, ayrılık anksiyetesi teşhisi konmuş olan çocuklarda yetişkinlere göre belirgin ayrımlardan birini oluşturmaktadır. Söz konusu çocuklar ise bağlanma figürleri çoğunlukla anne-baba gibi yetişkinlerdir. Bunun aksine yetişkin bireyler, sevdikleri ve duygusal bağları olan yakınlarından bir ayrılık yaşadıklarında endişeye kapılırlar (Feriante ve Bernstein, 2020).

1.6.2. Tanısı

"Yetişkin başlangıçlı" yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, ayrılma anksiyetesi semptomları çocuklukta belgelenmiş bir geçmişe sahip olmayan, ilk kez yetişkinlikte ortaya çıkan bireyleri içerirken, "çocukluk başlangıçlı" yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu, semptomları çocuklukta başlayan ve yetişkinliğe devam eden bireyleri ifade eder. Anksiyete bozukluğu olan yetişkin hastaların büyük bir kısmı, çocukluk deneyimleri ve ortamlarına kadar izini sürülebilen, ancak erişkin yaşamı boyunca yalnızca klinik semptomlarda ortaya çıkan problemlere sahiptir ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu, diğer anksiyete durumlarıyla aynı şekilde değerlendirilir. DSM-5'te (Tablo 5), ayrılık anksiyetesi bozukluğu, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı bağlanma figürlerinden ayrılmaya ilişkin aşırı korku veya kaygının varlığı ile karakterizedir (Baldwin ve ark., 2016)

Tablo 5: Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri

A.Aşağıdakilerden en az üçünün gösterdiği gibi, gelişimsel olarak uygunsuz ve aşırı korku veya kaygı, bireyin bağlı olduğu kişilerden ayrılma ile ilgili:

1. Evden veya büyük bağlanma figürlerinden ayrılmayı beklerken veya yaşarken tekrarlayan aşırı sıkıntı.
2. Başlıca bağlılık figürlerini kaybetme veya hastalık, yaralanma, felaketler veya ölüm gibi olası zararlar konusunda sürekli ve aşırı endişe.
3. Büyük bir bağlanma figüründen ayrılmaya neden olan istenmeyen bir olay (örneğin kaybolma, kaçırılma, kaza geçirme, hastalanma) yaşama konusunda sürekli ve aşırı endişe.
4. Ayrılma korkusu nedeniyle evden, okula, işe ya da başka bir yere gitme konusunda ısrarlı isteksizlik ya da reddetme.
5. Evde ya da diğer ortamlarda yalnız ya da büyük bağlanma figürleri olmadan kalıcı ve aşırı korku ya da isteksizlik.
6. Büyük bir bağlanma figürüne yakın olmadan evden uzakta uyumayı ya da uyumayı reddetme konusundaki ısrarlı isteksizlik ya da reddetme.
7. Ayrılık temasını içeren tekrarlanan kabuslar.
8. Büyük bağlanma figürlerinden ayrılma meydana geldiğinde veya beklendiğinde fiziksel semptomların tekrarlayan şikayetleri (örn. Baş ağrısı, mide ağrısı, mide bulantısı, kusma).

B. Korku, kaygı veya kaçınma kalıcıdır, çocuklarda ve ergenlerde en az 4 hafta ve yetişkinlerde tipik olarak 6 ay veya daha uzun sürer.

C. Rahatsızlık, klinik olarak önemli sıkıntıya veya sosyal, akademik, mesleki veya diğer önemli işleyiş alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Rahatsızlık, otizm spektrum bozukluğundaki değişime aşırı direnç nedeniyle evden ayrılmayı reddetmek gibi başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz; psikotik bozukluklarda ayrılığa ilişkin sanrılar veya halüsinasyonlar; agorafobide güvenilir bir arkadaş olmadan dışarı çıkmayı reddetme; genelleşmiş anksiyete bozukluğunda önemli başkalarının başına gelen kötü sağlık veya diğer zararlarla ilgili endişeler; veya hastalık anksiyete bozukluğunda bir hastalığa sahip olmakla ilgili endişeler.

1.6.3. Tedavi

AAB'nun uygun yönetimi ve tedavisi genellikle semptomların ciddiyetine bağlıdır. Hafif semptomlar söz konusu olduğunda hasta ve ebeveyn eğitimi, destek ve cesaretlendirme hastanın normal aktivitelerine devam etmesine yardımcı olmak için yeterli olabilir. Orta veya şiddetli semptomların olması durumunda, psikoterapötik veya psikofarmakolojik müdahale gerekebilir. Tedaviden bağımsız olarak, klinisyen semptomlardaki aralık değişikliklerini değerlendirmek için sonraki ziyaretlerde hastayı doğrulanmış tarama önlemleriyle (örn., SCARE) değerlendirmelidir. Çoklu randomize klinik deneyler (ÇRTKD'ler), bilişsel davranış terapisinin (BDT) ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ'lar) hem çocukluk hem de yetişkinlikte görülen ayrılma anksiyetesi bozukluğunun tedavisinde etkili olduğunu ortaya çıkarmışlardır. BDT, etkinliği ve tedaviyle ilişkili çok az yan etkisi göz önüne alındığında, AAB'nin birinci basamak tedavisi olarak kabul edilir. CBT semptomları azaltmak için yeterli değilse, ikinci basamak psikofarmakolojik müdahale ile kombinasyon tedavisi başlatılabilir. Birkaç ÇRTKD, kombine BDT ve bir SSGİ uygulamasının anksiyete semptomlarını iyileştiren en etkili olduğunu gösterdi. SSGİ'lar normal olarak kademeli olarak kesilmeden önce en az altı ay sonra ilk yanıtın sonra reçete edilir. Altı yaşından küçük çocuklar için FDA onaylı ilaçların azlığı nedeniyle farmakolojik tedavi sınırlıdır ve klinisyenlerin tek başına BDT vermesine neden olur. Serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri veya trisiklik antidepressanlar gibi antidepressanlar hakkında sınırlı kanıt vardır ve bu nedenle reçete edilmemiştir. Benzodiazepinler yetişkinlerde mevcut bir tedavi seçeneğidir ancak genellikle çocukların tedavisi için uygun değildir. BDT, sanat terapisi, BDT çalışma kitapları, çevrimiçi BDT

programları ve "yaz kampı" BDT kursları dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda uygulanabilir. Bu yöntemlerin her birinin anksiyete belirtilerini azaltmada etkinliği gösterilmiştir (Feriante ve Bernstein, 2020).

1.6.4. Ayrılma Anksiyete bozukluğu ve Bağlanma Sorunları

Kişilik ve ilişkilerin oluşmasında bazı erken dönem etkileşimler önemli ve belirleyicidir. Bir bireyin sağlıklı ve psikolojik olarak gelişimini ebeveynleriyle kurduğu ilişki belirlemektedir. Bu ilişkiyi kurmada ve ilişkilerin temelini oluşumunda altta yatan en önemli etken bireyin kendisine güvenmesidir (Ward ve Gowers, 2003). Bireyler herhangi bir güvensizlik ve memnuniyetsizlik durumunda kendilerini daha çok alkol ve madde kullanımına yöneltip, cinsel eylemlerde aşırıya kaçabilmektedir. Yeme bozukluğu da aşırıya kaçan eylemler arasında yer almaktadır (Barth, 2003). Literatürdeki araştırmalar; yeme bozukluğu olan kişilerin (% 96-98 oranında) sorununu kaygılı bağlanmaya bağladığını göstermektedir (Armstrong ve Roth, 1989; Chassler, 1997; Heesacker ve Neimeyer, 1990). Genel olarak kaygılı bağlanma ayrılık zorluklarıyla ilişkilidir. Bağlanma bozukluğu ve yeme bozuklukları üzerine yapılan araştırmalar, yeme bozukluğu olan kişilerin güvensiz bağlanma ile karakterize olduğu sonucuna varmıştır. 15 yılı aşkın bir süredir yapılan araştırmalar, bağlanma tarzı ve yeme bozuklukları arasındaki teorik bağlantı için ampirik destek sağlamaktadır (Friedberg ve Lyddon, 1996; Orzolek-Kronner, 2002; Ramacciotti ve ark., 2001, Hochdorf ve ark., 2005).

1.6.5. Yeme bozukluklarıyla ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Arasındaki İlişki

Armstrong ve Roth'un (1989), yeme bozukluğu olan kadınların sevdiklerinden hayali küçük ayrılıklara aşırı şekillerde tepki verdiğini bulduğunu göstermiştir. Troisi ve arkadaşları (2005), anoreksik ve bulimik hastalarda çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin kontrol deneklerine göre daha sık olduğunu göstermişleridir (Troisi ve ark., 2005).

Çalışmada yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin nasıl bir etkileşimde olduklarının ve ne seviyede olduğunun değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Şimdiye kadar bu alanda yapılmış herhangi bir çalışma bildiğimiz kadarıyla yoktur. Bu alandaki boşluğu doldurmak ve bu hastalıkların tedavisi, yönetimi açısından ileride yapılacak çalışmalara bir öncülük yapabilecektir.

BÖLÜM 2: MATERYAL METOD

Bu araştırma, İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etik Kurulu (EK-5) tarafından 29.05.2020 tarihinde onaylanmıştır.

2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmaya 2020 yılında başlanmış olup, evreni 18-65 yaş arasındaki kadın ve erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise toplam 444 gönüllüden oluşmaktadır ve bu kişilerden 338'i (%76,1) kadın, 106'sı (%23,9) erkektir. Gönüllüler, basit-tesadüfi örneklem modeliyle çalışmaya katılmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada; Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-1), Sosyodemografik Veri Formu (EK-2), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EK-3), Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (EK-4) kullanılmıştır.

2.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan form (EK-1), çalışmaya katılan gönüllülerin demografik bilgilerini öğrenebilmek amacıyla oluşturulmuştur. Form toplam 19 sorudan oluşmaktadır ve cinsiyet, yaş, yaşamakta olduğu yerin büyüklüğü, eğitim durumu, boyu, kilosu, sosyoekonomik düzeyi, çalışma durumu, medeni durumu, kiminle yaşadığı, psikiyatrik rahatsızlık, psikiyatrik ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık mevcudiyeti, mevcut tıbbi hastalık varlığı, geçmiş intihar öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocukluk dönemi obezite problemi öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı ile ilgili maddelerinden oluşmaktadır.

2.2.2. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Bireylerde yeme bozukluğunu değerlendirmek için yapılan görüşmelerde kullanılan “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” (YEDÖ), kendi kendini raporlayan bir ölçektir. “The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)” ölçeği, ilk kez Fairburn ve Beglin tarafından geliştirilmiştir ve soru sayısı 28’dir. Türkçe’ye Yücel ve arkadaşları uyarlamış ve YEDÖ olarak adlandırmıştır. Hem ülkemizde hem de dünyada yaygınlaşmaya devam eden yeme bozukluklarının çok yönlü değerlendirilmesi ve temel bileşenlerinin bulunabilmesi için geliştirilmiştir (Baktıroğlu,2019). Ölçekte, 28 gün boyunca sergilenen davranışlar göz önünde bulundurularak 0-6 arası puanlama yapılır ve alt ölçek puanları ile toplam puan bulunur. (0=hiçbir zaman, 1=1-5 gün, 2= 6-12 gün, 3= 13-15 gün, 4= 16-22

gün, 5= 23-27 gün, 6= her gün) . Kısıtlama, yeme kaygısı, şekil kaygısı ve ağırlık kaygısı alt ölçekler olarak belirlenmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesi yapılırken alt ölçek puanını bulmak amacıyla ilgili maddelerin derecelendirmeleri toplanarak bulunan toplam alt ölçekleri meydana getiren maddelerin toplam sayısına bölünür. Genel bir puan elde etmek için dört alt ölçek puanının hepsi toplanır. Elde edilen toplam alt ölçeklerin sayısına (4) bölünür. Toplam puan ve alt ölçek puanlarının kesim noktası (cut-off point) olarak 4 ve üzeri klinik önemin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

2.2.3. Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi

Manicavasagar, Silove, Wagner ve Drobny'in 2003 yılında geliştirdiği Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketi (YAA), yetişkin ayrılma kaygısıyla ilgili bir öz bildirim ölçeğidir ve 27 maddeden oluşur. Bu ölçek çocuklukta başlayıp yetişkinlikte devam eden veya ilk kez yetişkinlikte çıkan ayrılma kaygısı belirtilerini sorgulamakta ve kaygının şiddetini saptayabilmektedir. Ölçek, "çok sıklıkla, sıklıkla, nadiren, hiç" şeklinde verilen cevapları değerlendirerek ölçüm yapmaktadır.

2010 yılında Diriöz ve arkadaşları, ölçeğin Türkçe versiyonu geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Ayrılık anksiyetesi belirti envanteri (AABE) ve YAA 'nın geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışma neticesinde faktör analizine göre AABE 'nin 3, YAA 'nın 5 faktörlü bir yapıya sahip olduklarını göstermişlerdir. AABE ve YAA için yüksek iç tutarlılık bulunduğunu sırasıyla Cronbach alfa değerleri 0,89 ve 0,93 ile göstermişler ve güvenilirliklerinin de test-tekrar-test değerlendirmesine göre oldukça yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu güvenilirlik testinde YAA için 80 deneğe ölçeklerin 2. kez uygulanması ile ilk sonuçları ortalama 28,43 (ss=15,50) puan değerinde ve test-tekrar test ortalaması 27,78 (ss=15,23) puan olarak bulunmuştur. Buna göre iki değerlendirme için bir ayırım görülmemiştir ve iki uygulama arasındaki korelasyon yüksek bulunmuştur ($r=0,93$, $p<0,001$). Madde analizine yönelik toplam puan korelasyonu yöntemini kullanarak, bu korelasyonların 0,43 ile 0,65 arasında değişkenlik gösterdiğini bulmuşlardır. 410 kişilik (282 hasta, 128 kontrol) örneklem ile yapılan bu çalışma sonucunda AABE ve YAA ölçeklerinin Türkçe versiyonlarının geçerlik ve güvenirlik ölçüm araçları olduğunu göstermişlerdir. Buna göre YAA ile 25 ve üzerinde puan alanların ölçeğin kriterlerine yüksek ihtimalde uyduğu öngörülmektedir.

2.3. Araştırma Verilerinin Toplanması İşlemi

Araştırma verilerinin toplanması için, 2020 yılının Nisan-Haziran aylarında 18-65 yaş arası kadın ve erkeklere uygulanmıştır. Bu kişilere basit-tesadüfi örnekleme modeliyle ulaşılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere bir çevrimiçi-anket gönderilmiştir. Bu web adresi üzerinden, ilk olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu onaylanmıştır. Onaylayan kişiler, Sosyodemografik Veri Formu, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Anketini cevaplamıştır. Araştırmanın güvenilirliği için, sistem üzerinden ikinci girişler engellenmiştir. Böylelikle hiçbir gönüllünün ikinci kez araştırmaya katılma şansı olmamıştır.

2.3.1. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programıyla yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük, frekans, yüzde olarak verildi. Pearson ki-kare testi ile kesikli değişkenlere ait kıyaslamalar yapılacaktır. Kolmogorov Smirnov testi ile sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yapıldı. Kruskal Wallis testi ile yapılan kıyaslamalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı ayırım bulunduğunda ayırımın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını saptamak için posthoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. Spearman korelasyon testi ile değişkenler arasındaki doğrusal ilişki değerlendirildi. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

2.4. Çalışma Dizaynı

Bu çalışmaya katılanların, yeme bozukluğu puanı ve yetişkin ayrılma anksiyetesi puanları incelenmiştir. Bu ölçek puanlarının belli özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Katılımcıların yeme bozukluğu puanlarını sosyodemografik özelliklerine göre fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların yeme bozukluğu puanlarıyla ayrılma anksiyetesi puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Tanımlayıcı, korelasyon çalışmadır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Katılımcıların ortalama yaşı $30,5 \pm 9,0$ yıldır (ortanca=28, en küçük=18, en büyük=63). Gruba ait BKİ ortalaması ise $24,4 \pm 4,6$ kg/m² (ortanca=23,5, en küçük=15,2, en büyük=39,0) olarak bulunmuştur. Çalışma grubunun %76,1'i kadınlardan, %58,3'ü büyükşehirde yaşayanlardan, %55,8'i bekarlardan oluşmaktadır. Öğrenim durumuna göre %59,6 ile önlisans/lisans mezunları, çalışma durumuna göre ise %60,1 ile en büyük orana çalışan kişiler sahiptir. Aylık gelir sorusunda 3500 TL ve üzeri seçeneğini işaretleyenler %58,2 ile, kiminle yaşıyor sorusunda ailesi olarak yanıtlayanlar %84,5 ile, vücut kitle indeksi sınıflamasına göre ise normal olanlar %53,6 ile en büyük gruplardır. Ayrıntılar Tablo 6'de sunulmuştur.

Tablo 6: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	338	76,1
	Erkek	106	23,9
	Toplam	444	100,0
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	259	58,3
	İl	75	16,9
	İlçe ve altı	110	24,8
	Toplam	444	100,0
Medeni Durum	Bekar	248	55,8
	Evli	185	41,7
	Boşanmış/Dul	11	2,5
	Toplam	444	100,0
Öğrenim Durumu	İlköğretim ve altı	26	5,9
	Lise	74	16,7
	Önlisans/Lisans	265	59,6
	Lisansüstü	79	17,8
	Toplam	444	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	267	60,1
	Çalışmıyor	177	39,9
	Toplam	444	100,0

Aylık Gelir	1500 TL altı	52	11,7
	1500-2499 TL	45	10,1
	2500-3499 TL	89	20,0
	3500 TL ve üzeri	258	58,2
	Toplam	444	100,0
Kiminle Yaşıyor	Aile	375	84,5
	Aile dışı kişiler	20	4,5
	Yalnız	49	11,0
	Toplam	444	100,0
Vücut Kitle İndeksi*	Zayıf (<18,5 kg/m ²)	28	6,8
	Normal (18,5-24,99 kg/m ²)	219	53,6
	Kilo Fazlalığı (25-29,99 kg/m ²)	107	26,2
	Obez (30 ve üzeri kg/m ²)	55	13,4
	Toplam	409	100,0

*Yüzde hesaplamaları verisi eksiksiz olanlar üzerinden yapılmıştır.

Katılımcıların %22,7'si tıbbi hastalığı olduğunu bildirmiştir. Daha önce psikiyatrik tanı aldığını bildirenler %9,7, psikiyatrik ilaç kullananlar %5,9, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar %11,9 ve geçmişte intihar girişimi olanlar ise %4,7'lik paya sahiptir. Ailede obezite öyküsü olanların payı %23,4 iken, çocukluk döneminde obezite öyküsü olanların payı %10,4'tür. Katılımcıların %30,6'sı sigara, %38,3'ü ise alkol kullandıklarını belirtmiştir. Ayrıntılar Tablo 7'de sunulmuştur.

Tablo 7: Katılımcıların Bazı Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Dağılımı

Özellik		Frekans	%
Tıbbi Hastalık Öyküsü	Var	101	22,7
	Yok	343	77,3
	Toplam	444	100,0
Psikiyatrik Tanı	Var	43	9,7
	Yok	401	90,3
	Toplam	444	100,0
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	26	5,9
	Yok	418	94,1
	Toplam	444	100,0
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	53	11,9
	Yok	391	88,1
	Toplam	444	100,0
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	21	4,7
	Yok	423	95,3
	Toplam	444	100,0
Ailede Obezite Öyküsü	Var	104	23,4
	Yok	340	76,6
	Toplam	444	100,0
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	46	10,4
	Yok	398	89,6
	Toplam	444	100,0
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	136	30,6
	Kullanmıyor	308	69,4
	Toplam	444	100,0
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	170	38,3
	Kullanmıyor	274	61,7
	Toplam	444	100,0

Katılımcıların “Kısıtlama”, “Yeme İle İlgili Endişeler”, “Beden Şekli İle İlgili Endişeler”, “Kilo Endişeleri” alt boyut ve “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” toplam puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 8’te verilmiştir.

Tablo 8: Katılımcıların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=444)

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
Kısıtlama	2,25± 1,75	2,20	0-6
Yeme ile İlgili Endişeler	1,28± 1,33	0,80	0-6
Beden Şekli ile İlgili Endişeler	2,51± 1,73	2,38	0-6
Kilo Endişeleri	2,14± 1,60	2,00	0-6
Yeme Bozukluğu Değerlendirme	2,05± 1,46	1,91	0-5,81

SS= Standart Sapma

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri, birlikte yaşadığı kişiler, vücut kitle indeksi, psikiyatrik hastalık tanısı, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre “Kısıtlama” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsüne ait karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlarda, intihar girişimi, ailede ve çocukluk döneminde obezite öyküsü pozitif olanlara ait puanlar karşılaştırıldığı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,05$). Obez ve kilo fazlalığı olan gruplar normal kilolular ve zayıflardan, normal kilolular da zayıflardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir ($p<0,05$). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ayırım bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo 9’da sunulmuştur.

Tablo 9: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kısıtlama Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444)

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	P
Cinsiyet	Kadın	338	2,45±1,75	12789	<0,001*
	Erkek	106	1,60±1,60		
Medeni Durum	Bekar	248	2,19±1,80	0,802	0,670**
	Evli	185	2,32±1,69		
	Boşanmış/Dul	11	2,29±1,67		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	267	2,25±1,72	23628	0,999*
	Çalışmıyor	177	2,25±1,79		
Aylık Geliri	1500 TL altı	52	2,45±1,91	6,710	0,082**
	1500-2499 TL	45	1,84±1,73		
	2500-3499 TL	89	1,95±1,60		
	3500 TL ve üzeri	258	2,39±1,75		
Kiminle Yaşıyor	Aile	375	2,29±1,75	1,271	0,530**
	Aile dışı kişiler	20	1,89±1,76		
	Yalnız	49	2,13±1,76		
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	28	0,95±1,54 ^a	38,327	<0,001** a<b [#] , a<c [#] , a<d [#] b<c [#] , b<d [#]
	Normal	219	1,99±1,70 ^b		
	Kilo Fazlalığı	107	2,75±1,75 ^c		
	Obez	55	2,87±1,60 ^d		
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Var	43	2,33±1,84	8465,5	0,845*
	Yok	401	2,24±1,74		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	21	3,13±1,89	3131	0,022*
	Yok	423	2,21±1,73		
	Var	104	2,84±1,69		

Ailede Obezite Öyküsü	Yok	340	2,07±1,73	13050	<0,001*
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	46	3,82±1,30	3822,5	<0,001*
	Yok	398	2,07±1,71		
Sigara Kullanma	Var	136	2,02±1,80	18638,5	0,064*
	Yok	308	2,35±1,72		
Alkol Kullanma	Var	170	2,11±1,73	21601,5	0,198*
	Yok	274	2,34±1,76		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri, birlikte yaşadığı kişiler, vücut kitle indeksi, psikiyatrik hastalık tanısı, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre “Yeme İle İlgili Endişeler” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsüne ait karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlarda, intihar girişimi, ailede ve çocukluk döneminde obezite öyküsü pozitif olanlara ait puanlar karşılaştırıldığı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p<0,05). Obez ve kilo fazlalığı olan gruplar normal kilolular ve zayıflardan, normal kilolular da zayıflardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo 10’da sunulmuştur.

Tablo 10: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yeme İle İlgili Endişeler Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444)

		N	Ortalama± SS	U/Kikar e	P
Cinsiyet	Kadın	338	1,43±1,38	12588,5	<0,001*
	Erkek	106	0,82±1,05		
Medeni Durum	Bekar	248	1,25±1,33	0,552	0,759**
	Evli	185	1,31±1,33		
	Boşanmış/Dul	11	1,44±1,51		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	267	1,18±1,26	21299,5	0,076*
	Çalışmıyor	177	1,44±1,41		
Aylık Geliri	1500 TL altı	52	1,54±1,57	1,168	0,761**
	1500-2499 TL	45	1,28±1,55		
	2500-3499 TL	89	1,20±1,19		
	3500 TL ve üzeri	258	1,26±1,28		
Kiminle Yaşıyor	Aile	375	1,30±1,36	0,242	0,886**
	Aile dışı kişiler	20	1,14±1,16		
	Yalnız	49	1,21±1,18		
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	28	0,33±0,63 ^a	56,889	<0,001** a<b [#] , a<c [#] , a<d [#] b<c [#] , b<d [#]
	Normal	219	1,04±1,23 ^b		
	Kilo Fazlalığı	107	1,70±1,52 ^c		
	Obez	55	1,91±1,18 ^d		
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Var	43	1,45±1,45	7947	0,396*
	Yok	401	1,26±1,32		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	21	2,58±1,63	2331,5	<0,001*
	Yok	423	1,22±1,28		

Ailede Obezite Öyküsü	Var	104	1,63±1,36	13787,5	0,001*
	Yok	340	1,18±1,30		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	46	2,52±1,24	3751,5	<0,001*
	Yok	398	1,14±1,27		
Sigara Kullanma	Var	136	1,34±1,44	20837	0,931*
	Yok	308	1,26±1,28		
Alkol Kullanma	Var	170	1,24±1,34	22231	0,417*
	Yok	274	1,31±1,33		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri, birlikte yaşadığı kişiler, vücut kitle indeksi, psikiyatrik hastalık tanısı, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocukluk çağında obezite öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre “Beden Şekli İle İlgili Endişeler” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü ve çocukluk çağında obezite öyküsüne ait karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Kadınlarda, intihar girişimi, ailede ve çocukluk döneminde obezite öyküsü pozitif olanlara ait puanlar karşılaştırıldığı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p<0,05). Obez ve kilo fazlalığı olan gruplar normal kilolular ve zayıflardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo 11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Beden Şekli İle İlgili Endişeler Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444)

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	P
Cinsiyet	Kadın	338	2,71±1,71	12824	<0,001*
	Erkek	106	1,89±1,67		
Medeni Durum	Bekar	248	2,46±1,76	1,635	0,442**
	Evli	185	2,56±1,69		
	Boşanmış/Dul	11	3,10±1,85		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	267	2,43±1,73	21950	0,204*
	Çalışmıyor	177	2,64±1,73		
Aylık Geliri	1500 TL altı	52	2,75±1,84	1,863	0,601**
	1500-2499 TL	45	2,30±1,87		
	2500-3499 TL	89	2,53±1,68		
	3500 TL ve üzeri	258	2,50±1,70		
Kiminle Yaşıyor	Aile	375	2,54±1,73	1,352	0,509**
	Aile dışı kişiler	20	2,11±1,87		
	Yalnız	49	2,50±1,74		
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	28	1,18±1,36 ^a	80,689	<0,001* * a<c [#] , a<d [#] b<c [#] , b<d [#]
	Normal	219	2,04±1,57 ^b		
	Kilo Fazlalığı	107	3,17±1,72 ^c		
	Obez	55	3,87±1,26 ^d		
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Var	43	2,66±1,75	8156,5	0,561*
	Yok	401	2,50±1,73		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	21	3,90±1,92	2484,5	0,001*
	Yok	423	2,44±1,69		
Ailede Obezite Öyküsü	Var	104	3,14±1,69	12881	<0,001*
	Yok	340	2,32±1,70		
	Var	46	4,19±1,16		

Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Yok	398	2,32±1,68	3539,5	<0,001*
Sigara Kullanma	Var	136	2,53±1,84	20925	0,988*
	Yok	308	2,51±1,68		
Alkol Kullanma	Var	170	2,41±1,71	22054,5	0,347*
	Yok	274	2,58±1,75		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri, birlikte yaşadığı kişiler, vücut kitle indeksi, psikiyatrik hastalık tanısı, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre “Kilo Endişeleri” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsüne ait karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. Kadınlarda, intihar girişimi, ailede ve çocukluk döneminde obezite öyküsü pozitif olanlara ait puanlar karşılaştırıldığı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p<0,05). Obez ve kilo fazlalığı olan gruplar normal kilolular ve zayıflardan, normal kilolular da zayıflardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo 12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kilo Endişeleri Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları (n=444)

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	P
Cinsiyet	Kadın	338	2,30±1,61	13404	<0,001*
	Erkek	106	1,62±1,44		
Medeni Durum	Bekar	248	2,07±1,63	1,982	0,371**
	Evli	185	2,19±1,53		
	Boşanmış/Dul	11	2,69±1,87		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	267	2,11±1,58	23025	0,695*
	Çalışmıyor	177	2,18±1,63		
	1500 TL altı	52	2,23±1,80		

Aylık Geliri	1500-2499 TL	45	1,88±1,71	1,950	0,583**
	2500-3499 TL	89	2,15±1,62		
	3500 TL ve üzeri	258	2,16±1,53		
Kiminle Yaşıyor	Aile	375	2,14±1,58	1,799	0,407**
	Aile dışı kişiler	20	1,74±1,66		
	Yalnız	49	2,28±1,74		
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	28	0,97±1,19 ^a	67,450	<0,001* * a<b [#] , a<c [#] , a<d [#] b<c [#] , b<d [#]
	Normal	219	1,76±1,47 ^b		
	Kilo Fazlalığı	107	2,68±1,67 ^c		
	Obez	55	3,22±1,25 ^d		
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Var	43	2,01±1,65	8069	0,505*
	Yok	401	2,15±1,59		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	21	3,31±1,88	2710	0,003*
	Yok	423	2,08±1,56		
Ailede Obezite Öyküsü	Var	104	2,62±1,55	13511,5	<0,001*
	Yok	340	2,00±1,59		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	46	3,80±1,18	3199	<0,001*
	Yok	398	1,95±1,52		
Sigara Kullanma	Var	136	2,10±1,71	20036	0,499*
	Yok	308	2,16±1,55		
Alkol Kullanma	Var	170	2,04±1,58	21865	0,325*
	Yok	274	2,20±1,61		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri, birlikte yaşadığı kişiler, vücut kitle indeksi, psikiyatrik hastalık tanısı, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” toplam puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü ve çocukluk döneminde obezite öyküsüne ait karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlarda, intihar girişimi, ailede ve çocukluk döneminde obezite öyküsü pozitif olanlara ait puanlar karşılaştırıldığı diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,05$). Obez ve kilo fazlalığı olan gruplar normal kilolular ve zayıflardan, normal kilolular da zayıflardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir ($p<0,05$). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo 13’de sunulmuştur.

Tablo 13: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı Karşılaştırmaları (n=444)

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	P
Cinsiyet	Kadın	338	2,23±1,46	12412	<0,001*
	Erkek	106	1,48±1,30		
Medeni Durum	Bekar	248	2,00±1,50	1,269	0,530**
	Evli	185	2,10±1,39		
	Boşanmış/Dul	11	2,38±1,56		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	267	2,00±1,42	22524,5	0,441*
	Çalışmıyor	177	2,12±1,51		
Aylık Geliri	1500 TL altı	52	2,24±1,66	2,490	0,477**
	1500-2499 TL	45	1,82±1,58		
	2500-3499 TL	89	1,96±1,39		
	3500 TL ve üzeri	258	2,08±1,41		
Kiminle Yaşıyor	Aile	375	2,07±1,46	1,147	0,564**
	Aile dışı kişiler	20	1,72±1,50		
	Yalnız	49	2,06±1,45		
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	28	0,86±1,07 ^a	68,538	<0,001* * a<b [#] , a<c [#] , a<d [#] b<c [#] , b<d [#]
	Normal	219	1,71±1,37 ^b		
	Kilo Fazlalığı	107	2,58±1,51 ^c		
	Obez	55	2,96±1,04 ^d		
Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Var	43	2,11±1,54	8441,5	0,843*
	Yok	401	2,04±1,45		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	21	3,23±1,55	2418	<0,001*
	Yok	423	1,99±1,43		

Ailede Obezite Öyküsü	Var	104	2,56±1,37	12814,5	<0,001 *
	Yok	340	1,89±1,45		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	46	3,58±1,00	3104,5	<0,001 *
	Yok	398	1,87±1,40		
Sigara Kullanma	Var	136	2,00±1,54	20006	0,484*
	Yok	308	2,07±1,42		
Alkol Kullanma	Var	170	1,96±1,44	21702	0,268*
	Yok	274	2,11±1,46		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14: Katılımcıların Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri (n=444)

Ölçek Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	25,73± 14,35	23	0-81

SS= Standart Sapma

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, aylık geliri, birlikte yaşadığı kişiler, vücut kitle indeksi, psikiyatrik hastalık tanısı, intihar girişimi öyküsü, ailede obezite öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumlarına göre “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet ve psikiyatrik hastalık öyküsüne ait karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların erkeklerden, psikiyatrik hastalık tanısı olanların olmayanlardan puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksektir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo 15’de sunulmuştur.

Tablo 15: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Karşılaştırmaları (n=444)

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	P
Cinsiyet	Kadın	338	27,20±14,30	13165	<0,001*
	Erkek	106	21,03±13,56		
Medeni Durum	Bekar	248	25,88±14,33	0,792	0,673**
	Evli	185	25,37±14,47		
	Boşanmış/Dul	11	28,27±13,86		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	267	24,63±13,95	21086,5	0,055*
	Çalışmıyor	177	27,38±14,83		
Aylık Geliri	1500 TL altı	52	30,58±18,56	3,073	0,380**
	1500-2499 TL	45	26,49±14,77		
	2500-3499 TL	89	25,21±12,94		
	3500 TL ve üzeri	258	24,79±13,65		
Kiminle Yaşıyor	Aile	375	25,69±14,45	0,401	0,818**
	Aile dışı kişiler	20	26,35±11,87		
	Yalnız	49	25,78±14,75		
Vücut Kitle İndeksi	Zayıf	28	31,68±15,76	5,680	0,128**
	Normal	219	25,29±13,15		
	Kilo Fazlalığı	107	25,06±15,68		
	Obez	55	26,02±15,75		

Psikiyatrik Hastalık Tanısı	Var	43	33,30±16,74	5955	0,001*
	Yok	401	24,91±13,85		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	21	32,91±21,11	3675	0,182*
	Yok	423	25,37±13,87		
Ailede Obezite Öyküsü	Var	104	25,46±14,61	17481,5	0,862*
	Yok	340	25,81±14,30		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	46	25,76±13,16	8790	0,659*
	Yok	398	25,72±14,50		
Sigara Kullanma	Var	136	27,30±15,76	19623	0,289*
	Yok	308	25,03±13,66		
Alkol Kullanma	Var	170	24,19±13,17	21431,5	0,157*
	Yok	274	26,68±14,98		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ($p<0,05$)

Katılımcıların yaşı ve vücut kitle indeksi ile “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” alt boyut ve toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; yaş ile “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında saptanan zayıf düzeydeki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Buna karşılık Vücut Kitle İndeksi ile “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında saptanan korelasyonlar pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ayrıntılar Tablo 16’da sunulmuştur.

Tablo 16: Katılımcıların Yaşı ve Vücut Kitle İndeksi ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar (N=444)

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Yaş		Vücut Kitle İndeksi	
	r_s	p	r_s	P
Kısıtlama	-0,024	0,614	0,335	<0,001
Yeme İle İlgili Endişeler	-0,056	0,243	0,389	<0,001
Beden Şekli ile ilgili Endişeler	-0,027	0,577	0,464	<0,001
Kilo Endişeleri	0,002	0,963	0,445	<0,001
Yeme Bozukluğu Değerlendirme	-0,024	0,617	0,444	<0,001

r_s = Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların yaşı ve vücut kitle indeksi ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; yaş ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Buna karşılık Vücut Kitle İndeksi ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında negatif yönde, zayıf düzeyde saptanan korelasyon istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo 17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Katılımcıların Yaşı ve Vücut Kitle İndeksi ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Toplam Puanı Arasındaki Korelasyonlar (N=444)

Ölçek Puanı	Yaş		Vücut Kitle İndeksi	
	r_s	p	r_s	P
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	-0,171	<0,001	-0,092	0,062

r_s = Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” alt boyut ve toplam puanları ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasındaki korelasyonlara bakıldığında; “Beden Şekli İle İlgili Endişeler” alt boyut puanı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” diğer alt boyut puanları ve toplam puanı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında saptanan korelasyonlar ise pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ayrıntılar Tablo 18’de sunulmuştur. Yapılan anketlerde verilen cevapların güvenilirliğini hesaplamak için Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır (Tablo 19).

Tablo 18: Katılımcıların Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki Korelasyonlar (N=444)

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği Toplam Puanı	
	r_s	P
Kısıtlama	0,123	0,010
Yeme İle İlgili Endişeler	0,245	<0,001
Beden Şekli İlgili Endişeler	0,275	<0,001
Kilo Endişeleri	0,227	<0,001
Yeme Bozukluğu Değerlendirme	0,237	<0,001

r_s = Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 19: Ölçek ve alt boyutların Cronbach alfa katsayıları

Ölçekler	Cronbach alfa katsayısı
Kısıtlama	0,859
Yeme İle İlgili Endişeler	0,803
Beden Şekli İlgili Endişeler	0,910
Kilo Endişeleri	0,823
Yeme Bozukluğu Değerlendirme	0,953
Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi	0,929

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı yetişkin ayrılma anksiyetesi bozukluğu ile yeme bozukluğu arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığının ve bu değişkenler ile sosyodemografik bilgiler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Çalışmamızda kadınlarda erkeklere göre yeme bozukluğu anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde yapılan birçok çalışmada, cinsiyetin yeme bozukluklarında önemli bir etken olduğu görülmektedir ve yeme bozukluğunun kadınlarda daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. (Erbay ve Seçkin, 2016; Austin, 2001; Siyes ve Uzbaş, 2006; İlhan ve ark., 2006; Altınok ve ark., 2006; Kuğu ve ark., 2002; Polat ve ark., 2005; Davison ve Neale, 2004; Sadock ve Kaplan, 2003; Büyük ve Duman, 2014; Erol ve ark., 2006; Maner, 2001; Siyez, 2006). Ayrıca Ertan (2008) yaptığı çalışmada yeme bozukluğunun ergen kadınların erkeklere göre 10-20 kat daha sık görüldüğünü bildirmiştir. Sart (2008), üniversite öğrencileri üzerinde yürüttüğü çalışmada yeme tutumundaki bozuklukların kadınların erkeklere oranla daha çok görüldüğünü saptamıştır. Yeme tutum düzeyinin kadınlarda pozitif yönde bir ilişkisi olduğu ortaya çıkmıştır (Sart, 2008). Vardar ve Erzengin 2011’de yaptıkları çalışmada ergenlik döneminde, kızlarda yeme bozuklukları ve yeme psikopatolojisi için zemin hazırlandığını bildirmişlerdir. Batı ülkeleri ötesinde, İran’da, yeme bozukluğu görülmesinin cinsiyete bağlı olmadığı bildirilmiştir (Nobakt ve Dezkham, 2000). Buna paralel olarak bir İslam ülkesi olan Türkiye’de yapılan bir araştırmada (Karaköse, 2012) Nobakt ve Dezkham’ın araştırmalarıyla benzer bir sonuca ulaşılmıştır. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan duygusal yeme davranışlarının yeme bozuklukları ve beslenme durumuyla ilişkisine bakılan çalışmada, kadınlarda 3 kat daha fazla yeme bozukluğu gelişme riski olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Aykut, 2018). Ayrıca bu çalışmada hem kadın hem erkek öğrenciler için yeme bozukluğu riski görülenlerde YEDÖ alt ölçek ve toplam skor puanları daha yüksek bulunmuştur. Bunu ise kadınların dış görünüme daha fazla önem vermeleri ve beğenilme isteğine sahip olmaları şeklinde açıklamışlardır (Aykut, 2018). Kadınların, erkeklere oranla daha ince vücuda ulaşma düşünceleri ve bununla beraber diyetle ilgili daha çok meşgul oldukları düşünülmektedir. Oğur ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında kadınların yeme bozukluğu riskine daha yatkın olduğu ifade edilmiştir. Fiziksel görünüm olarak kadınların ön planda olmasının ya da kadınlarda zayıf olmanın ideal beden şekli olarak kabul görmesinin, kadınların yeme tutum ve davranışı bozukluklarına daha çok maruz kaldıkları öngörülmektedir (Yıldırım ve ark., 2017). Karaköse (2012), yeme

bozukluğu ve baş etme stratejileri çalışmasında kadınların erkeklere göre daha çok sağlıksız yeme tutum ve davranışı gösterdiğini fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığını bildirmiştir. O'Dea (2002) yaptığı çalışmada, kadınlarda erkeklere oranla yeme bozukluğunun daha fazla olmasının, çevrenin güzel ve feminen olmaya yönelik baskısı olarak yorumlandığı ve bu göz önüne alındığında yılların geçmesiyle ve daha fazla araştırma yapılmasıyla bu farkın görülmediği, çevrenin güzel görünmeye yönelik tutumunun artık erkekleri de etkilediğini tespit etmiştir. Aykut'un (2018), duygusal yeme davranışlarının yeme bozukluğu ve beslenme durumu ile ilişkisini incelediği çalışmada kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha fazla yeme bozukluğu riski olduğunu belirtmiştir.

Yeme bozukluğu ile medeni durum arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Costa ve Pinto 2015'te yaptığı çalışmada TYB olan ve olmayan hastalarda bu çalışmanın tersine bir sonuç gözlemlenmemişlerdir. Bussolotti ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada ana bulgu, bir partnerle birlikte yaşayan acil servis hastalarının daha fazla yeme semptomatolojisi ve psikopatolojisi sergileyen, ancak değişim için daha da yüksek motivasyona sahip kişiler olduğudur. YB'nin geliştirilmesi ve sürdürülmesinde kişilerarası işlevselliğin dikkate alınması gerektiğini bildirmişlerdir. Whisman ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmanın sonucunda, evli kadınların %1'inin geçtiğimiz yıl içinde TYB için ölçütleri karşıladığını ve TYB'li kadınların her üç ölçümde de mevcut herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan kadınlardan daha kötü evlilik işlevselliği bildirdiğini göstermektedir. Mevcut sonuçlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan evli kadınlara dayanmakta olduğunu ve sonuçların erkeklere, diğer yakın ilişkilerdeki kadınlara (örneğin, birlikte yaşayan ilişkiler ve aynı cinsiyetten ilişkiler) veya diğer ülkelerdeki kadınlara genellenemeyeceğini bildirmişlerdir (Whisman ve ark., 2012). Evlilik işleyişinin yeme patolojilerini öngörmede diğer risk faktörleriyle etkileşime girip girmediğini değerlendirmek için gelecekte yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda aylık gelir sınıflandırmaları ile yeme bozukluğu arasında anlamlı düzeyde doğrusal ilişki bulunamamıştır. Mulders-Jones ve arkadaşlarının (2017) Avusturalya nüfusunda yaptığı çalışmada YB alt boyutlarının hiçbirisi için hane geliri ile anlamlı bir ilişki bulunamamışlardır. Ancak literatürde başka çalışmalar incelendiğinde çalışmamızdan farklı olarak sosyoekonomik düzey ile yeme bozukluğu arasında bir ilişki bulunmuştur. Semiz ve arkadaşları çalışmalarında yeme bozukluğu tanısı alanların orta düzeyde ekonomik düzeye sahip olduklarını bulmuşlardır (Semiz ve ark., 2013). Öyekçin ve Şahin yaptığı araştırmada

ekonomik düzeyin yeme bozukluklarında bir risk faktörü olduğunu göstermişlerdir (Öyekçin ve Şahin, 2011).

Çalışmamızda vücut kitle indeksine göre sınıflandırma yaptığımızda, obez ve kilo fazlalığı olan grupların normal kilolular ve zayıflardan, normal kiloluların da zayıflardan daha yüksek yeme bozukluğu puanı bulunmuştur. Vücut kitle indeksi arttıkça yeme bozukluğu artmaktadır. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu değerlendirme toplam puanlarına bakıldığında, vücut kitle indeksi normal olan öğrencilerin beden kitle indeksi zayıf olan öğrencilerden yüksek, vücut kitle indeksi obez ya da hafif obez olan öğrencilerin puanları vücut kitle indeksi zayıf olan öğrencilerin puanlarından yüksek bulunmuştur (Yıldırım, 2018). Altuğ ve arkadaşları (2000), üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada kadınlarda yeme bozuklukları ile vücut ağırlığı arasında bir ilişki olduğunu göstermişlerdir. Babio ve arkadaşları (2009) adölesanlarda yeme bozukluğundaki artış ile VKİ arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Deveci (2020), kadınların VKİ ortalamasının erkeklerden daha düşük olduğunu göstermiştir. Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda, zayıf ve normal kadınların VKİ oranlarının daha yüksek olduğu, kilolu ve obez/morbid obez VKİ oranlarının ise daha düşük olduğu tespit edilmekle birlikte erkeklerin de kendi içinde zayıf VKİ oranlarının düşük olduğu, normal, kilolu ve obez/morbid obez oranlarının ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Çelik ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada yeme davranışı patolojisi, VKİ arttıkça artmaktadır. Erol ve arkadaşları (2000), yeme bozukluğu tanısı bulunan grubun, kontrol grubu ile kıyaslandığında kilo ve VKİ'sinin daha düşük olduğunu göstermişlerdir. Adölesan ve yetişkinlerde yeme davranış bozukluğu ile VKİ grupları arasında ilişki incelenmiştir. Sonucunda öğrencilerde yeme davranış bozukluğunun VKİ gruplarına göre dağılımına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir (Sarıdağ Devran, 2014). 2004 yılında Baş ve arkadaşlarının Türkiye'de yeme bozuklukları ve bu bozuklukları etkileyen faktörlerle ilgili araştırması sonucunda, araştırmaya katılanların %42,9'unda VKİ'nin normal sınırların altında olduğu, %6,3'ünde hafif şişmanlık ve %0,7'sinde obezite görüldüğü saptanmıştır.

Çalışmamızda intihar girişim öyküsü olan bireylerde intihar girişim öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla yeme bozukluğu bulunmuştur. Pahalı ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, VKİ ile intihar girişiminde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dong ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmaya 2547 kişi katılmıştır. Hem daha düşük hem de daha yüksek VKİ, intihar girişiminde bulunma riskinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Dong ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma ile uyumlu çıkmıştır. Literatür incelendiğinde yeme

bozukluklarında intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharların sıklığına ilişkin farklı veriler elde edilmiştir. Bunun sebebi çalışmanın farklı toplumlarda ve gruplarda incelenmesi ayrıca örneklem büyüklüğü olabileceğini düşündürmektedir.

Çocukluk obezitesi görülen bireylerde, görülmeyen bireylere göre anlamlı derecede daha fazla yeme bozukluğu saptanmıştır. Ailede obezite görülen bireylerde, görülmeyen bireylere göre anlamlı derece fazla yeme bozukluğu saptanmıştır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar obezitenin genetik faktörle ilişkisi olduğunu göstermektedir. Kilosu fazla olan ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Biyolojik ebeveynlerinden uzakta büyüyen çocuklarda da bu durumun geçerli olması obezitenin genetik faktörlere bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bireyler farklı bir çevreye maruz kaldığında genetik yatkınlığına göre kilo alması değişkenlik gösterir. İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan araştırmalarda obezite geçişinin; ikizlerin (%50-80) evlat edinilmiş çocuklara (%10-30) göre daha yüksek tespit edilmiştir. Obezite etiolojisinde önemli bir etkende ebeveynlerde obezite görülmesidir. Obezite gelişme oranı; ebeveyni obez olmayan çocuklarda %7, ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, ebeveyni obez olanlarda ise %80 olarak bulunmuştur (Tezcan, 2009). Yapılan son araştırma bulgularına göre, serotonerjik sinyaller yiyecek alımını baskıladığı görülürken dopamin reseptörlerindeki ve dopamin salınımındaki değişimin de aşırı yemeyi tetiklediği görülmüştür ve obeziteye etkisi olduğu bildirilmiştir. (Deveci, 2013).

Alkol kullanan ve kullanmayan kişiler arasında da yeme bozukluğu ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çelik ve arkadaşlarının (2016) kadın üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada yeme bozukluğunun sigara, alkol ve ilaç kullanma alışkanlıkları ile ilgili anlamlı bir sonuç bulamamışlardır. Beary ve arkadaşları (1986) hastaneye yatırılmış alkolik kadınların %35'inin önceden YB olduğunu bildirmişlerdir.

Sigara kullanan ve kullanmayan kişiler arasında da yeme bozukluğu ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Lee ve Lee (2019) çalışmalarında ergenler arasında ağır sigara içimi ile sağlıksız kilo kontrol davranışları arasında güçlü bir ilişki gözlemlemişlerdir. Sigara içmenin özellikle ergenler arasında kilo kontrolünü desteklediği düşünülmüştür. Bu eğilimin kızlarda ve kendini aşırı kilolu olarak algılayanlarda daha güçlü olduğu bildirilmektedir (Austin ve Gortmaker, 2001; Fulkerson ve French, 2003; Péntes ve ark., 2012). Çelik ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada sigara ve alkole göre yeme bozukluğu karşılaştırıldığında, bu alışkanlıklarla arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda medeni duruma göre YAA fark bulunmamıştır. Göksel'in çalışmasında (2015) medeni durumlarına göre yetişkin ayrılma anksiyete düzeyleri incelendiğinde evli olan kişilerin bekâr olan kişilere göre daha fazla yeme bozukluğu olduğunu göstermiştir. Çakmak'ın (2016) tez çalışmasında kadın ve erkek katılımcıların medeni durumuna göre ayrılma anksiyetesi belirti envanteri puanlarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda aylık gelire göre YAA'de fark bulunmamıştır. Literatürde aylık gelir ile YAA arasında ilişkinin bizim sonuçlarımızla farklı olan çalışmalara rastlanmıştır. İlhan'ın çalışmasında (2018) üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada aylık gelir yükseldikçe yetişkin ayrılma anksiyetesi azalmaktadır. Bayram ve Bilgel'de (2008) İlhan'ın çalışmasına benzer sonuçlar elde etmiştir.

Çalışmamızda intihar girişim öyküsüne göre YAA ile bir ilişki bulunmamıştır. Hezer (2020) yaptığı tez çalışmasında YAA tanısı alan hastalarda yaşam süresi boyunca en az bir anksiyete bozukluğu, çoklu anksiyete bozukluğu tanısı, agorafobi ve sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığı anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu bildirmiştir. İntihar girişimi öyküsünün hastaların %33'ünde olduğunu göstermişlerdir.

Çalışmamızda psikiyatrik öyküsü olanların olmayanlara göre yetişkin ayrılma anksiyetesi puanları daha yüksektir. Çiftçi (2019) çalışmasında bu çalışmaya paralel bir sonuç bulmuştur. Bunu da yetişkin ayrılma anksiyetesiyle birlikte görülen birçok ruhsal bozukluğun olması ile açıklamıştır. Pini ve arkadaşlarının (2005) bipolar bozukluk, panik bozukluk ve major depresif bozukluk olan hastalar ile yaptığı çalışmada, YAA tanısı aldığı bildirilmiştir. Bayhan'ın (2019) çalışmasına göre, psikiyatrik öyküsü olan grupta YAA belirtilerine daha fazla rastlanılmıştır. Sebebinin tam olarak bilinmemekle birlikte komorbid olan psikiyatrik sorunların sebep olabileceğini bildirmişlerdir.

Kadınlarda erkeklere göre YAA puanı daha yüksektir. Lapsley ve arkadaşları (1989), kadınların erkeklere göre ayrılma anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Çiftçi (2019), üniversite öğrencisi kadınların, yetişkin ayrılma anksiyetesi düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu sonucunu bildirmiştir. Çocukluktan itibaren kadınlara verilmiş sorumlulukların fazla olması (ev işleri, eş ve çocuklarla ilgilenme gibi) kadınların bağımlı olarak büyümelerinin sebebi olabileceğini düşündürmektedir. Bu da anksiyeteye yatkınlığının daha fazla olmasına sebep olmaktadır. Ayrılık anksiyetesinin kadınlarda daha fazla olması, ailesel ve ikizlerdeki veriler ışığında kadınlar arasında kalıtsallık faktörünü daha fazla desteklediği bildirilmektedir (İlhan, 2018). Çakmak (2016)

yaptığı çalışmada YAA puanlarında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark elde ettiklerini bildirmişlerdir. Sinanoğlu ve Ulutaş (2017), anksiyete düzeyleri kadınların erkeklere oranla daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. İlhan (2018) yapmış olduğu tez çalışmasında üniversite öğrencilerinde kadınların erkeklere göre daha fazla YAA yaşadığını göstermişlerdir. Bu çalışmaya göre eğitimi seviyesi üniversite mezunu olan kadınlarda da anksiyetenin azalmadığı görülmüştür. Alkan (2007) yapmış olduğu çalışmada, YAA belirtilerini kadınlarda daha fazla bulsa da anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Shear ve arkadaşları (2006) çalışmasında ise çocukluk dönemindeki ayrılma anksiyetesi kızlarda erkeklere nazaran daha fazla görülürken yetişkinlikte erkeklerde daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir, böylece cinsiyet farkının olmadığını göstermişlerdir. Mertol (2011), YAA'nın erkeklerde daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Pini ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada çocukluk çağı ayrılık anksiyetesi öyküsü olmayan, yetişkin ayrılık anksiyetesi olan ve hem çocuklukta ayrılık anksiyetesi öyküsü olan hem de yetişkin ayrılık anksiyetesi olan grupların, ayrılık anksiyetesi olmayanlara göre kadınlarda istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu sonucunu bildirmişlerdir. Öte yandan yakın zamanda yapılan epidemiyolojik bir araştırmada YAA'nın yaşam boyu ve 12 aylık prevalansının sıklığının kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu gösterilmiştir (Silove ve ark., 2016).

Araştırmamızda diğer bir değişken olan yaş ile yeme bozukluğu arasında zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur. Yani yaş arttıkça yeme bozukluğu azalmaktadır. Fakat anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Akkol 2018'de yaptığı tez çalışmasında yaşla beraber yeme tutumu puanları anlamlı düzeyde farklılaştığını saptamıştır. Yaş faktörünün önemli bir paya sahip olduğu yeme tutumu davranışlarına dair ergen-geç bireylerin yetişkin bireylere oranla daha yüksek puan aldıkları gösterilmiştir (Karaköse, 2012). Literatüre bakıldığında yaş arttıkça yeme bozuklukluğunun azalması sonuçlarımızla eşleşmektedir fakat anlamlı bir sonuca varılmamıştır.

Yaş ile yetişkin ayrılma anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur fakat negatif yönlüdür. Yani yaş arttıkça yetişkin ayrılma anksiyetesi puanları düşmektedir. Her bireyin gelişiminde her yaşa özgü gelişimsel özellikleri bulunur ve bireyin anksiyetesinin şiddeti veya sürekliliği buldukları yaşın özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir (Tekindal ve ark., 2010). Silove ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yetişkin ayrılma anksiyetesi belirtilerinin 3/4'ünün çocuklukta başladığını bildirmişlerdir. Anksiyete hastalarıyla yapılan bir çalışmada, yetişkin ayrılma anksiyetesi olanların diğerlerine oranla ayrılma anksiyetesini çocukluk döneminde daha yüksek seviyede yaşadıkları vurgulanmıştır (Manicavasagar ve

ark., 2000). Dolayısıyla bu çalışmadan da elde edilen veriler göz önünde bulundurulduğunda yetişkin ayrılma anksiyetesinin kökenlerinin çocukluk döneminde gelişmeye başladığı öngörülmektedir. Çakmak'ın (2016) yaptığı araştırmada yaş arttıkça ayrılma anksiyetesinin azaldığını bildirmiştir.

Vücut kitle indeksi ile yetişkin ayrılma anksiyetesi arasında anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. Vücut kitle indeksi arttıkça YAA puanları düşmektedir, fakat bu sonuç anlamlı çıkmamıştır. Literatürde bu konuyla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma YAA ve VKİ arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışmadır. İstatistiksel olarak anlamlığını anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Beden şekli ile ilgili endişeler ile yetişkin ayrılma anksiyetesi arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Beden Şekli ile ilgili kaygılar artınca YAA artmaktadır. Beden şekline ilişkin kaygılar ve yetişkin ayrılma anksiyetesi üzerine literatürde bir çalışmaya rastlamadık. Çalışmamız bu konuyla ilgili literatürde ilk çalışmalar arasında yer almaktadır. Bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

“Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” diğer alt boyut puanları ve toplam puanı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” arasında saptanan korelasyonlar anlamlıdır. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puanları arttıkça YAA ölçeği puanları da artmaktadır. Torisi ve arkadaşları (2005) yaptıkları çalışmada anoreksik ve bulimik hastalarda çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi belirtilerinin kontrol deneklerine göre daha sık olduğunu göstermişlerdir. Armstrong ve Roth'un (1989), yeme bozukluğu olan kadınların sevdiklerinden hayali küçük ayrılıklara aşırı şekillerde tepki verdiğini göstermişlerdir. Britz ve arkadaşları (2000) obez hastalar kontrol grubuyla kıyaslandığında anksiyete ve yeme bozukluklarının daha yüksek oranda olduğunu saptamışlardır. Aşırı obez hastalar kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anksiyete bozukluklarının, sigara bağımlılığının ve bulimianın daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Musante ve ark., 1998; Black ve ark., 1992). Anksiyete bozukluklarının obez hastalarda daha yüksek oranda olduğunu bildirmişlerdir (Sullivan ve ark. 1993). Bu çalışma sonuçlarına dayanarak anksiyetenin obezite için risk faktörü olduğu, obez hastanın tedavisinde psikiyatrik yardımın olumlu bir etkiye sahip olacağı akılda tutulmalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmaya katılanların, yeme bozukluğu puanı ve yetişkin ayrılma anksiyetesi puanları incelenmiştir. Bu ölçek puanlarının belli özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Katılımcıların yeme bozukluğu puanlarını sosyodemografik özelliklerine göre fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada katılımcıların yeme bozukluğu puanlarıyla ayrılma anksiyetesi puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgulara göre Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” alt boyut ve toplam puanları ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; “Beden Şekli İle İlgili Endişeler” alt boyut puanı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönde, zayıf-orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” diğer alt boyut puanları ve toplam puanı ile “Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçeği” toplam puanı arasında saptanan korelasyonlar ise pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışmanın sonucuna göre şu önerilerde bulunulabilir;

- Çalışmamıza 18-65 yaş arası 444 kadın ve erkek gönüllü katılmıştır. Bu çalışmanın en önemli sınırlarından biri katılımcıların anketleri COVID-19 pandemi nedeniyle online olarak yapmasıdır. Pandemi olmasaydı çalışmamız; online anket sistemi yerine, yaş aralıklarının hem yakın hem farklı olduğu çocuklar, daha ileri yaştaki bireyler üzerinde yapılabilirdi.
- Çalışmamızda diğer bir sınır ise çalışmaya katılan gönüllü kadın birey sayısının 338, erkek birey sayısının ise 106 olmasıydı. Erkek birey sayısı artırılıp, yetişkin ayrılma anksiyetesi ve yeme bozukluğu hakkında yeni çalışmalar yapılabilir.
- Gençlerde sağlıksız beslenmenin anoreksiya nervoza ya da bulimia nervozayı tetikleyici bir hali var mı buna dair bir çalışma yapıp dünya genelindeki o yaş grubuyla kıyaslama yapılabilir.

- İnsanların genel olarak kişilik yapısının anoreksik olmaya ya da anksiyeteli olmaya bir etkisi var mı buna dair çalışmalar yapılabilir.
- Çalışmamızda başka bir sınırlama evli birey sayısının bekar birey sayısından daha az oluşuydu. İlerde bu konuya yönelik ayrılma anksiyetesi değerlendirmesine yönelik başka çalışmalar da yapılabilir.
- Gelecekte ayrılık anksiyetesi bulunan bireylerde yeme bozukluklarının tedavisi için ne gibi yöntemlere başvurduklarına dair çalışmalar yapılabilir.
- Vücut kitle indeksi ile ayrılma anksiyetesi arasındaki bağlantının düzeyini belirleyen çalışmalar 18 yaşından küçük bireylerde de yapılabilir.
- Yeme bozukluğu ile ayrılık anksiyetesi arasındaki bağlantıya ek olarak bu bireylerde bağlanma ilişkisi de incelenebilir.

KAYNAKÇA

- Akkol, Ö. (2018). *Genç Yetişkin Kadınlarda Yeme Tutumlarının Dürtüsellik Ve Öz Duyarlık İle İlişkisi*. Maltepe Üniversitesi, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi
- Akman, Y. (1988). *Serbest Oyun Yapılanmış oyun ve Model Alma Tekniklerinin Anaokuluna Yeni Başlayan çocuklarda Görülen Ayrılık Kaygısının azaltılmasındaki Etkileri*. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3: 99 -104
- Ali Sinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. (2017) Çocuklarda Kaygı ve Bunu Etkileyen Etmenler, http://dhgm.meb.gov.tr/yayimlar/dergiler/Milli_Egitim_Dergisi/145/alisinanoglu.htm (Erişim Tarihi:04/01/2017)
- Alkan, M. (2007). *Duygudurum ve Anksiyete Bozukluklarında Panik-Agorafobik Spektrumun ve Erişkin Ayrılma Anksiyetesinin Komorbiditesi ve Etkileri*. İzmir, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji ABD, Doktora Tezi.
- Altuğ, A., Elal, G., Slade, P., and Tekcan, A. (2000). *The Eating Attitudes Test (EAT) in Turkish university students: relationship with sociodemographic, social and individual variables*. Eating and Weight Disorders, 5(3), 152-160.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition. Am J Psychiatry, 163(7 Suppl):4-54.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM V*. Washington, DC.

- Amstrong, J. G., ve Roth, D. M. (1989). *Attachment and separation difficulties in eating disorders: A preliminary investigation*. International Journal of Eating Disorders, 8(2), 141-155.
- Andrés-Pepiñá S., Plana, M. T., Flamarique, I., et al. (2020). *Long-term outcome and psychiatric comorbidity of adolescent-onset anorexia nervosa*. Clin Child Psychol Psychiatry, 25:33-44.
- Austin, S. B. ve Gortmaker, S. L. (2001). *Dieting and smoking initiation in early adolescent girls and boys: a prospective study*. Am J Public Health, 91, pp. 446-450
- Aykut, M. K. (2018). *Duygusal Yeme Davranışlarının Yeme Bozukluğu ve Beslenme Durumu ile İlişkisi*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Babio, N., Canals, J., Pietrobelli, A., Pérez, S., and Arija, V. (2009). *A two-phase population study: relationships between overweight, body composition and risk of eating disorders*. Nutrición Hospitalaria, 24(4).
- Bakalar, J. L., Shank, L.M., Vannucci, A., Radin, R. M., Tanofsky-Kraff, M. (2015). *Recent advances in developmental and risk factor research on eating disorders*. Curr Psychiatry Rep, 17:42-52.
- Baktıroğlu, G. (2019). *Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği'nin yetişkinler üzerinde geçerlik, güvenirlik ve norm çalışması*. İstanbul Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul
- Baldwin, D. S., Gordon, R., Abelli, M., Pini, S. (2016). *The separation of adult separation anxiety disorder*. CNS Spectr, 21(4):289-94. doi:10.1017/S1092852916000080
- Barth, F. D. (2003). *Seperate but not alone: separationindividuation issues in college students with eating disorders*. J Clin Social Work, 31:139-153.

- Baş, M. F., Asci, H., Karabudak, E., Kızıltan, G. (2004). Türk adolesanlarda psikolojik durum ve yeme davranışı arasındaki ilişki. *Adolescence Fall*, 39(155), 593-599.
- Bayhan, H.Z. (2019). *Parçalanmış Ailede ve Tam Ailede Büyümüş Kişilerin Yetişkin Ayrılık Anksiyetesi Belirtileri Açısından Karşılaştırılması*. Gelişim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Bayram, N. ve Bilgel, N. (2008). *The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43 , 667-672.
- Beary, M. D., Lacey, J. H., Merry, J. (1986). *Alcoholism and eating disorders in women of fertile age*. *Br J Addict*, 81(5):685-9.
- Black Becker, C., DeViva, J., Zayfert, C. (2004). *Eating disorder symptoms among female anxiety disorder patients in clinical practice: the importance of comorbidity assessment*. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(3), 255 – 275.
- Black, B. ve Uhde, T. W. (1995) *Psychiatric characteristics of children with selective mutism: a pilot study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 847–856.
- Black, D.W., Goldstein, R.B., Mason, E. E. (1992). *Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients*. *Am J Psychiatry*, 149:227-234.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, Inc.
- Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Herzog, D. B., Brotman, A., O’Neil, P., Ballenger, J.C. (1995). *Comorbidity of axis I psychiatric disorders in bulimia nervosa*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 77 – 80.

- Brown, C. A., Mehler, P. S. (2013). *Medical complications of self-induced vomiting*. *Eat Disord*, 21(4):287-94.
- Bulik, C. M, Sullivan, P., Carter, A., Joyce, P. (1996). *Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa*. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (5), 368-374
- Bulik, C. M, Sullivan, P., Fear, J.L., Joyce, P. (1997). *Eating disorders and antecedent anxiety disorders: a controlled study*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 101 - 107.
- Bulik, C.M, Wade, T., Kendler, K. (2000). *Characteristics of monozygotic twins discordant for bulimia nervosa*. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 1 - 10.
- Bushnell, J. A., Wells, J. E., McKenzie, J. M., Hornblow, A. R., Oakley, M. A., Joyce, P. R. (1994). *Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic*. *Psychological Medicine*, 24, 605 – 611.
- Bussolotti D, Fernández-Aranda F, Solano R, Jiménez-Murcia S, Turón V, Vallejo J.(2002). *Marital status and eating disorders: an analysis of its relevance*. *J Psychosom Res*, 53(6):1139-45. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00336-7.
- Button, E. J., Sonuga-Barke, E. J. S., Davies, J., Thompson, M. (1996). *A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescents schoolgirls: questionnaire findings*. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.
- Chassler, L. (1997). *Understanding anorexia nervosa and bulimia nervosa from an attachment perspective*. *Clinical Social Work Journal*, 25, 407-423.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., Fazel, S. (2014). *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review*. *World Psychiatry*, 13:153–60.

- Cole-Detke, H., ve Kobak, R. (1996). *Attachment processes in eating disorder and depression*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 282 – 290.
- Costa, A.J. ve Pinto, S.L. (2015). *Binge Eating Disorder And Quality of Life of Candidates to Bariatric Surgery*. Arq Bras Cir Dig, 28 Suppl 1(Suppl 1):52-5.
- Crow, S. J., Peterson, C. B., Swanson, S. A., Raymond, N. C., Specker, S., Eckert, E. D., Mitchell, J. E. (2009). *Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders*. Am J Psychiatry, 166:1342–6.
- Crowell, M. D., Murphy, T. B., Levy, R. L., Langer, S. L., Kunin-Batson, A., Seburg, E. M., Senso, M., Sherwood, N. E. (2015). *Eating behaviors and quality of life in pre-adolescents at risk for obesity with and without abdominal pain*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 60:217–23.
- Cyranowski, J. M., Shear, M. K., Rucci, P., Fagiolini, A., Frank, E., Grochocinski, V. J., Kupfer, D. J., Banti, S., Armani, A., Cassano, G. (2002). *Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview*. J Psychiatr Res, 36(2):77-86.
- Çakmak, B., (2016), *Çocukluk Çağı Travmaları ile Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Arasındaki İlişki*. İstanbul, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi
- Çelik, S., Yoldaşcan, E. B., Okyay, R. A., Özenli, Y. (2016). *Kadın Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğunun Yaygınlığı ve Etkileyen Etkiler*. Anadolu Psikiyatri Derg, 17(1):42-50
- Çiftçi, M.C. (2019). *Üniversite Öğrencilerinin, Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ve Bilişsel Esneklik Düzeyleri İle Sosyal Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)

- Deep, A.L., Nagy, L.M., Weltzin, T.E., Rao, R., Kaye, W.H. (1995). *Premorbid onset of psychopathology in long term recovered anorexia nervosa*. International Journal of Eating Disorders, 17, 291 - 297.
- Dong, C., Li, W. D., Li, D., Price, R. A. (2006). *Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study*. Int J Obes (Lond), 30(2):388-90.
- Dozier, M., Stovall-McClough, C., Albus, K. E. (2008). *Attachment and psychopathology in adulthood*. Cassidy, J. ve Shaver, P. R. (Ed), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical implications (2nd ed.) (pp. 718–744). New York and London: The Guilford Press.
- Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahlilani, K., Thompson-Brenner, H., Herzog, D. B. (2008). *Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-5*. Am J Psychiatry, 165:245- 50.
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., et al. (2017). *Recovery from anorexia nervosa and bulimia nervosa at 22-year follow-up*. J Clin Psychiatry, 78:184-9.
- Ergüney Okumuş, F. E., Sertel Berk, H. Ö., Yücel, B. (2016). *Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları*. Psikoloji Çalışmaları / Studies in Psychology, 36-1:41-64
- Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. (2002). *Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 13 (1): 48-57.
- Feriante, J., ve Bernstein, B. *Separation Anxiety*. 2020 Oct 28. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021
- Fichter, M. M., Qadflieg, N. (1999). *Six-year course and outcome of anorexia nervosa*. Int J Eat Disord, 26(4):359-385.

- Fichter, M. M., Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 1997;22:361.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R.D., Koch, S. (2017). *Long-term outcome of anorexia nervosa: results from a large clinical longitudinal study*. *Int J Eat Disord*, 50: 1018-30.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Hedlund, S. (2006). *Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord*, 39(2):87-100.
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. (1992). *Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial*. *Arch Gen Psychiatry*, 49(2):139-47.
- Ford, M. A., Sladeczek, I. E., Carlson, J., Kratochwill, T. R. (1998) *Selective mutism: phenomenological characteristics*. *School Psychology Quarterly*, 13, 192–227
- Forney, K. J., Bodell, L. P., Haedt-Matt, A. A., Keel, P. K. (2016). *Incremental validity of the episode size criterion in binge-eating definitions: An examination in women with purging syndromes*. *Int J Eat Disord*, 49(7):651-62.
- Friedberg, N. L. ve Lyddon, W. J. (1996). *Self–other working models and eating disorders*. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10(3), 193–203.
- Fulkerson, J.A. ve French, S. A. (2003). *Cigarette smoking for weight loss or control among adolescents: gender and racial/ethnic differences*. *J Adolesc Health*, 32, pp. 306-313
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A.S., Woodside, D.B. (1995). *Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups*. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052 – 1058.

Garner, D. M., Olmstead, M., Polivy, J. (Spring 1983). *Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia*. *International Journal of Eating Disorders* 2 (2): 15–34. Retrieved 7 December 2009.

Godart, N. T., Flament, M. F., Curt F., Perdereau F., Lang F., Venisse J. L., Halfon, O., Bizouard, P., Loas, G., Corcos, M., Jeammet P., Fermanian, J. (2003). *Anxiety disorders in subjects seeking treatment for eating disorders: a DSM-IV controlled study*. *Psychiatry Research*, 117, 245–258.

Godart, N., Flament, M., Lecrubier, Y., Jeammet, P. (2000). *Anxiety Disorders in AN and bulimia nervosa: comorbidity and chronology of appearance*. *European Psychiatry*, 15, 38 – 45.

Godart, N., Flament, M., Perereau, F., Jeammet, P. (2002). *Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review*. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 253 – 270.

Göksel, G. S. (2015). *Üniversite öğrencilerindeki ayrılma anksiyetesi ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki*. Üsküdar Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Cohen, J.(1991) *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*. *Arch Gen Psychiatry*. 48(8):712-718.

Halmi, K., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Cohen, J. (1991). *Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa*. *Archives of General Psychiatry*, 48, 712 – 718.

- Harrington, B. C., Jimerson, M., Haxton, C., Jimerson, D.C. (2015). *Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Am Fam Physician, 01;91(1):46-52.
- Heesacker, R. S., ve Neimeyer, G. J. (1990). *Assessing object relations and social cognitive correlates of eating disorder*. Journal of Counselling Psychology, 37(4), 419-426.
- Herpertz-Dahlmann, B., Muller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., Remschmidt, H. (2001). *Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa—course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation*. J Child Psychol Psychiatry, 42(5):603-612.
- Herzog, D. B., Dorer, D. J., Keel, P. K., et al. (1999). *Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study*. J Am Child Adolesc Psychiatry, 38(7):829-837.
- Herzog, D. B., Greenwood, D. N, Dorer, D. J., et al. (2000). *Mortality in eating disorders: a descriptive study*. Int J Eat Disord, 28(1):20-26.
- Hezer, S. (2020). *Bipolar Bozuklukta Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Komorbitesinin İntihar Girişimi, İntihar Davranışı ve Klinik Değişkenler ile İlişkisi*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul
- Hill, J., Fonagy, P., Safier, E., Sargent, J. (2003). *The ecology of attachment in the family*. Family Process, 42, 205–221.
- Hinrichson, H., Wright, F., Waller, G., Meyer, C. (2003). *Social anxiety and coping strategies in the eating disorders*. Eating Behaviors, 4, 117 - 126.

- Hochdorf, Z., Latzer, Y., Canetti, L., Bachar, E. (2005). *Attachment styles and attraction to death: Diversities among eating disorder patients*. The American Journal of Family Therapy, 33, 237–252.
- Horne, R. L., Ferguson, J. M., Pope, H. G., Hudson, J. I., Lineberry, C. G., Ascher, J., Cato, A. (1988). *Treatment of bulimia with bupropion: a multicenter controlled trial*. J Clin Psychiatry, 49(7):262-6.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Kessler, R. C. (2007). *The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Biol Psychiatry, 61(3):348-58.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., Yurgelun-Todd, D. (1983). *Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder*. Psychiatry Research, 9, 345– 354.
- Iwasaki, Y., Matsunaga, H., Kiriike, N., Tanaka, H., Matsui, T. (2000). *Comorbidity of axis I disorders among eating-disordered subjects in Japan*. Comprehensive Psychiatry, 41, 454–460.
- İlhan E. (2018). *Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ve Bağlanma Arasındaki İlişki*. Gelişim Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- İlhan, E. (2018). *Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi ve Bağlanma Arasındaki İlişki*. İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., Agras, W. S. (2004). *Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy*. Psychol Bull, 130:19-65.

- Jordan, J., Joyce, P.R., Carter, F. A., et al. (2008). *Specific and nonspecific comorbidity in anorexia nervosa*. *Int J Eat Disord*, 41(1):47-56.
- Karaköse, S. (2012). *Yeme Bozukluğu Semptomolojisini Yordamada Başetme Stratejilerinin ve Olumsuz Temel İnançların Rolü*. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi
- Kass, A. E., Kolko, R. P., Wilfley, D.E. (2013). *Psychological treatments for eating disorders*. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6):549-55.
- Kaye, W.H., Bulik, C., Thornton, L., Barbarich, N., Masters, K., the Price Foundation Collaborative Group. (2004). *Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa*. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 2215 – 2221.
- Keel, P. K., Dorer, D.J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L., Herzog, D. B. (2003). *Predictors of mortality in eating disorders*. *Arch Gen Psychiatry*, 60:179.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A., Eaves, L. J. (1991). *The genetic epidemiology of bulimia nervosa*. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1627 – 1637.
- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdyMcKinnon, D., Feusner, J. D. (2017). *What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa*. *J Eat Disord*, 5:20.
- Kopp, S. ve Gillberg, C. (1997). *Selective mutism: a population-based study: a research note*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 257–262.
- Laessle, R., Kittl, S., Fichter, M., Wittchen, H., Pirke, K. (1987). *Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. A descriptive diagnostic study*. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785 – 789.

- Laessle, R., Wittchen, H., Fichter, M. and Pirke, K. (1989). *The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: lifetime frequency of psychiatric disorders*. International Journal of Eating Disorders, 8, 569 – 574.
- Lapsley, D. K., Rice, K. G., Shadid, G. E. (1989). *Psychological separation and adjustment to college*. Journal of Counseling Psychology, 36(3), 286–294.
- Lee, Y. ve Lee, K.S. (2019). *Relationship between unhealthy weight control behaviors and substance use patterns among Korean adolescents: results from the 2017 national youth risk behavior survey*. Public Health, 174:56-64.
- Lilenfeld, L. R, Kaye, W., Greeno, C., Merikangas, K., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. & Nagy, L. (1998). *A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity*. Archives of General Psychiatry, 55, 603 – 610.
- Lowe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L., Herzog, W. (2001). *Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study*. Psychol Med, 31(5):881-890.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J. (1997). *Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation*. Compr Psychiatry, 38(5):274-82.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J., Wagner, R. (2000). *Continuities of separation anxiety from early life into adulthood*. J Anxiety Disord, 14(1):1-18.
- Mertol, S. (2011). *Yetiřkinlik ayrılma anksiyetesi bozukluğu hastalarında karakter ve mizaç özellikleri*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Uzmanlık Tezi

- Morris, J. (2012). *Eating Disorders*, in Rey JM, Editor. IACAPAP e-Textbook of child and Adolescent Mental Health. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Mulders-Jones, B., Mitchison, D., Girosi, F., Hay, P. (2017). Socioeconomic Correlates of Eating Disorder Symptoms in an Australian Population-Based Sample. *PloS one*, 12(1), e0170603.
- Musante, G. J., Costanzo, P. R., Friedman, K. E. (1998), *The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a dietseeking obese population: a matter of gender specificity*. *Int J Eat Disord*, 23:65-75.
- Nickel, C., Tritt, K., Muehlbacher, M., Pedrosa Gil, F., Mitterlehner, F. O., Kaplan, P., Lahmann, C., Leiberich, P. K., Krawczyk, J., Kettler, C., Rother, W. K., Loew, T. H., Nickel, M. K. (2005). *Topiramate treatment in bulimia nervosa patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial*. *Int J Eat Disord*, 38(4):295-300.
- Nielsen, S. (2001). *Epidemiology and mortality of eating disorders*. *Psychiatr Clin North Am*, 24:201-214.
- O'Dea, J. (2002). *Can body image education programs be harmful to adolescent females?* *Eating Disorders: Journal of Treatment & Prevention*, 10, 1- 13.
- Omdal, H. (2007). *Can adults who have recovered from selective mutism in childhood and adolescence tell us anything about the nature of the condition and/or recovery from it?* *European Journal of Special Needs Education*, 22(3), 237–253.
- Orzolek-Kronner, C. (2002). *The effect of attachment theory in the development of eating disorders: Can symptoms be proximity seeking?* *Child and Adolescent Social Work Journal*, 19(6), 421–435.

- Öyekçin, D. G. ve Şahin E. M. (2011). *Yeme Bozukluklarına Yaklaşım*. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2011, 15(1), 29-35
- Pahalı, C., Bulut, H., Omay, O., Hızlı Sayar, G. (2018). *Relation of body mass index and psychiatric disorders*. J Contemp Med, 8(4):326-332.
- Pasold, T. L., McCracken, A., Ward-Begnoche, W. L. (2014). *Binge eating in obese adolescents: emotional and behavioral characteristics and impact on health-related quality of life*. Clin Child Psychol Psychiatry, 19:299–312.
- Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., Wonderlich, S. A. (2009). *Validity and utility of subtyping anorexia nervosa*. Int J Eat Disord, 42:590-4.
- Pénzes, M., Czeglédi, E., Balázs, P., Foley, K. L. (2012). *Factors associated with tobacco smoking and the belief about weight control effect of smoking among Hungarian adolescents*. Cent Eur J Public Health, 20(1):11-7.
- Pike, K.M., Dunne, P. E. (2015). *The rise of eating disorders in Asia: a review*. J Eat Disord, 3:33-41.
- Pini, S., Abelli, M., Mauri, M., Muti, M., Iazzetta, P., Banti, S., Cassano, G. B. (2005). *Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord. 2005;7(4):370–376.
- Pini, S., Marianna, A., Katherine, S. (2010). *Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders*. Acta Psychiatr Scand, 122,1 40–46.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P., Owens, M. (1985). *Affective disturbance in the eating disorders*. Journal of Nervous and Mental Disease, 173, 395 – 400.

- Pope, H. G., Keck, P. E., McElroy, S. L., Hudson, J. I. (1989). *A placebo-controlled study of trazodone in bulimia nervosa*. J Clin Psychopharmacol, 9(4):254-9.
- Powers, P., Coovert, D., Brightwell, D., Stevens, B. (1988). *Other psychiatric disorders among bulimic patients*. Comprehensive Psychiatry, 29, 503 – 508.
- Ramacciotti, A., Sorbello, M., Pazzagli, A., Vismara, L., Mancone, A., Pallanti, S. (2001). *Attachment processes in eating disorders*. Eating and Weight Disorders, 6, 166–170.
- Råstam, M., Gillberg, C., Gillberg C. (1995). *Anorexia nervosa 6 years after onset: part II. Co-morbid psychiatric problems*. Comprehensive Psychiatry, 36(1), 70 – 76.
- Ratnasuriya, R. H., Eisler, I., Szmukler, G. I., Russell, G. F. (1991). *Anorexia nervosa: outcome and prognostic factors after 20 years*. Br J Psychiatry, 158:495.
- Russell, G. (1979). *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. Psychol Med, 9(3):429-48.
- Sarıdağ Devran, B. (2014). *Doğu Anadolu Bölgesinde Yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi*. Başkent Üniversitesi, Ankara, Yüksek Lisans Tezi
- Schwalberg, M., Barlow, D., Alger, S. & Howard, L. (1992). *Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics and individuals with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders*. Journal of Abnormal Psychology, 101, 4675 – 4681.
- Semiz, M., Kavakcı, Ö., Yağız, A., Yontar G., Kugu, N. (2013). *Sivas il Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar*. Türk Psikiyatri Dergisi, 24(3), 149-157, s. 149.

- Shapiro, J. R., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., Lohr, K. N., Bulik, C. M. (2007). *Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials*. *Int J Eat Disord*, 40(4):321-36.
- Silove, D. M., Marnane, C. L., Wagner, R., Manicavasagar, V. L., Rees, S. (2010). *The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic*. *BMC Psychiatry*, 10:21.
- Silove, D., Alonso, J., Bromet, E, et al. Across Countries in the World Mental Health Survey. 2016;172(7):647–56.
- Smith, A. R., Zuromski, K. L., Dodd, D. R. (2018). *Eating disorders and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research*. *Curr Opin Psychol*, 22:63-7.
- Steinhausen, H. C. (2002). *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. *Am J Psychiatry*, 159:1284-1293.
- Steinhausen, H. C. (2009). *Outcome of eating disorders*. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.*, 18(1):225-242.
- Steinhausen, H. C. ve Juzi, C. (1996) *Elective mutism: an analysis of 100 cases*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 606–614.
- Steinhausen, H. C., Boyadjieva, S., Griogoroiu-Serbanescu, M., Neumarker, K.J. (2003). *The outcome of adolescent eating disorders: findings from an international collaborative study*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12(suppl 1):I91-I98.
- Steinhausen, H-C. (2002). *The outcome of anorexia nervosa in the 20th century*. *Am J Psychiatry*, 159:1284-93.

- Strober, M., Freeman, R., Morrell, W. (1997). *The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study*. Int J Eat Disord, 22:339.
- Sullivan, M., Karlsson, J., Sjöström, L., Backman, L., Bengtsson, C., Bouchard, C., Dahlgren, S., Jonsson, E., Larsson, B., Lindstedt, S. ve ark. (1993) *Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined*. Int J Obes Relat Metab Disord, 17:503-512.
- Sullivan, P. F. (1995). *Mortality in anorexia nervosa*. Am J Psychiatry, 152:1073-4.
- Teaima, M., Hamid, M. M. A., Shoman, N. A., Jasti, B. R., El-Nabarawı, M. A., Yasser, M. (2021). *Binge Eating Disorders; Updated And Emerging Approaches*. International Journal of Applied Pharmaceutics, 13(2), 84-93.
- Tekindal, M.A., Eryaş, N., Tekindal, B. (2010). *İlköğretim Okullarındaki Öğrencilerin Sürekli Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere göre İncelenmesi*. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi Sayı:26, s.79-93
- Treasure, J., Stein, D., Maguire, S. (2015). *Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence*. Early Interv Psychiatry, 9:173-84.
- Treasure, J., ve Cardi, V. (2017). *Anorexia nervosa, theory and treatment: where are we 35 years on from Hilde Bruch's foundation lecture?* Eur Eat Disord Rev, 25:139-47.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). *Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders*. British Journal of Clinical Psychology, 44(1), 89-97.

- Udo, T., Grilo, C. M. (2018). *Prevalence and correlates of DSM-5-defined eating disorders in a nationally representative sample of U.S. adults*. *Biol Psychiatry*, 84:345- 54.
- Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). *Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database*. *Psychiatry Res*, 230:294-9.
- Vardar, E. ve Erzenin, M. (2011). *Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma*. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (4), 205-212.
- Walsh, J. M., Wheat, M. E., Freund, K. (2000). *Detection, evaluation, and treatment of eating disorders the role of the primary care physician*. *J Gen Intern Med*, 15(8):577-590.
- Walters, E. E. ve Kendler, K.S. (1995). *Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample*. *American Journal of Psychiatry*, 152, 64 – 71.
- Ward, A., Gowers, S. (2003). *Attachment and Childhood Development. Handbook of Eating Disorders*. England, Wiley Press, s.45.
- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, LM, ve ark. (2019). *Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa*. *Nat Genet*, 51:1207-14.
- Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H., Bulik, C. M. (2012). *Marital functioning and binge eating disorder in married women*. *Int J Eat Disord*, 45(3):385-9.
- WHO. *International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organization; 2004. 824 p.

Wu J, Lin Z, Liu Z, He H, Bai L, Lyu J. *Secular trends in the incidence of eating disorders in China from 1990 to 2017: a joinpoint and age-period-cohort analysis*. Psychol Med. 2020 Aug 03;:1-11.

Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Ersöz, Y., Işık, Ö., Saraçlı, S., Karagöz, Ş., ve Yağmur, R., (2017). *Egzersiz bağımlılığı, yeme tutum ve davranışları ilişkisi*. CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 12 (1), 43-54.

Yıldırım, P. (2018). *Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza'nın Obsesif Kompulsif Bozukluk ile İlişkisi*. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi)

EKLER

EK-1

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma İstanbul Kent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özde Alıcı ve akademik danışmanı Doç.Dr. Güzin Mukaddes Sevinçer tarafından yürütülen bir yüksek lisans tez çalışmasıdır. Bu çalışmada Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu ve Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada sorulara size en uygun yanıtı vermeniz ve soruları boş bırakmamanız oldukça önemlidir. Çalışmayı istediğiniz takdirde bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Anket sayesinde elde edilen bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup başka bir amaçla kesinlikle kullanılmayacaktır.

Çalışmamıza ayırdığınız zaman ve katkı için teşekkür ederiz.

EK-2

Sosyodemografik Veri Formu

- 1) Cinsiyetiniz
 - Kadın
 - Erkek
- 2) Yaşınız

- 3) Yaşamakta olduğunuz yerin büyüklüğü nedir?
 - Kırsal-köy
 - Kasaba
 - İlçe
 - İl merkezi
 - Büyükşehir/metropol
- 4) Eğitim durumunuz
 - Okur yazar
 - İlkokul mezunu
 - Ortaokul mezunu
 - Lise mezunu
 - Önlisans-lisans mezunu
 - Yüksek lisans-doktora mezunu
- 5) Boyunuz(Lütfen en yakın tahmini yapınız.)

- 6) Şuanki kilonuz(Lütfen en yakın tahmini yapınız.)

7) Sosyoekonomik düzeyiniz

- Ayda 1.500 TL ve altı
- Ayda 1.500 TL – 2.500 TL
- Ayda 2.500 TL- 3.500TL
- Ayda 3.500 TL ve üstü

8) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz ?

- Çalışıyorum
- Çalışmıyorum
- Emekli

9) Medeni durumunuz

1. Bekar
2. Evli
3. Boşanmış
4. Dul
5. Aynı yaşıyor

10) Kiminle yaşıyorsunuz ?

1. Yalnız
2. Aile
3. Aile dışı kişilerle
4. Yurt
5. Diğer

11) Tanı konmuş bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

- Yok
- Var

Varsa yazınız.

12) Kullandığınız psikiyatri ilacı var mı?

- Yok
- Var

Varsa adını yazınız.

13) Ailede tanısı konulmuş psikiyatrik hastalık var mı?

- Yok
- Var

Varsa yazınız.

14) Mevcut tıbbi bir hastalığınız var mı?

- Yok
- Var

Varsa yazınız.

15) Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

- Hayır
- Evet

16) Ailede obezite var mı?

- Hayır
- Evet

17) Çocukluk döneminde obezite probleminiz var mıydı?

- Hayır
- Evet

18) Sigara kullanıyor musunuz?

- Kullanmıyorum
- Günde 1-3 tane
- Günde 4-10 tane
- Günde 10'dan çok

19) Alkol kullanıyor musunuz?

- Kullanmıyorum
- Ayda bir iki kez
- Haftada bir iki kez
- Günde 1 ile 5 kadeh arası
- Günde 5 kadehten çok

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YEDÖ)*

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

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

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyank olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn.kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme yada okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?</u>	0	1	2	3	4	5	6

*Yücel B, Polat A, İkiç T, Durgor BP, Yavuz AE, Seriel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. Eur Eat Disord Rev. 2011, doi: 10.1002/erv.1104

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşüncenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korkunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular : Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sarada)?
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sıradaki kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız.

Lütfen bu sorular için "tıkmırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkmırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkmırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkmırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta		Önemli ölçüde		
		0	1	2	3	4	5	6

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

Hiç Biraz Orta Önemli ölçüde

22-	Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	Bedeninizin şekli, kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyreki), bu sizi ne kadar üzerti?	0	1	2	3	4	5	6
25-	Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz?(örn. Soyunma odalarında, yürürken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

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

Aksama oldaysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

EK-4

YETİŞKİN AYRILMA ANKSİYETESİ ANKETİ				
<p>Aşağıdaki sorular bir yetişkin (18 yaş üzeri) olarak yaşamış olabileceğiniz bazı belirtilere yöneliktir. Lütfen bu belirtileri yaşıyıp yaşamadığınıza göre sorunun karşısındaki uygun yeri çarpı işareti (×) koyarak işaretleyiniz. Lütfen tüm sorulara yanıtlayınız.</p>				
	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
1. Size yakın olan kişilerle birlikte evinizdeyken kendinizi daha güvende hissettiniz mi?				
2. Evinizden saatlerce uzakta kalmakta zorluk çektiniz mi?				
3. Çantanızda veya cüzdanınızda size güven ya da huzur veren bir şeyler taşıyor musunuz?				
4. Uzun bir yolculuğa çıkmak üzere evden ayrılmazdan önce aşırı stres yaşadınız mı?				
5. Size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördüğünüz oldu mu?				
6. Bir yolculuğa çıkmanızdan önce size yakın olan birinden ayrılmakla ilgili aşırı stres yaşadınız mı?				
7. Günlük işleriniz aksadığında çok huzursuz olur musunuz?				
8. Size en yakın kişilerle olan ilişkilerinizin yoğunluğu konusunda endişelendiniz mi? Örneğin çok aşırı bağımlı olmanızdan dolayı.				
9. İşiniz veya diğer düzenli ev dışı uğraşlarınız için evinizden ayrılmadan önce baş ağrısı, mide ağrısı ya da bulantı gibi (veya başka) belirtiler oldu mu?				
10. İnsanları yakınızdaki tutmak için çok fazla konuştuğunuzu fark ettiğiniz oldu mu?				
11. Size yakın kişilerden ayrıldığınızda (örneğin işe gitmek ya da evden dışarıya çıkmak için), özellikle onların nerede oldukları konusunda endişelendiniz mi?				
12. Gece tek başınıza uyumakta güçlük çeker misiniz? Örneğin bir yakınınız evdeyse daha iyi uyur musunuz?				
13. Size yakın olan kişilerin seslerini işitebiliyor veya televizyonun ya da radyonun sesini duyuyorsanız daha kolay uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
14. Size yakın olan kişilerden uzak kaldığınızı düşündüğünüzde çok sıkıntı yaşadınız mı?				
15. Evinizden uzakta olmayla ilgili kabuslar ya da rüyalar gördüğünüz mü?				

	Çok Sıklıkla	Sıklıkla	Nadiren	Hiç
16.Yakınlarınızın ciddi bir zarar görebileceği hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin, bir trafik kazası geçirmeleri veya ölümcül bir hastalığa yakalanma gibi.				
17. Günlük olağan işlerinizi yaparken size yakın olan kişilerle bağlantı kurmanızı engelleyecek değişimlerin olması sizi huzursuz eder mi?				
18. Önemsediğiniz insanların sizi terk edeceği konusunda çok fazla endişelenir misiniz?				
19. Hiç evde ya da yatak odasında ışıklar açıkken daha iyi uyuduğunuzu fark ettiniz mi?				
20. Özellikle size yakın kişiler evde değilse, evde tek başınıza kalmaktan kaçınmaya çalışır mısınız?				
21. Size yakın olanlardan ayrıldığınızı ya da onların sizi terk ettiğini düşündüğünüzde, aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız oldu mu?				
22.Size yakın olan kişilerle düzenli olarak (örneğin her gün) telefon görüşmeleri yapmadığınızda sıkıntı yaşadığınızı fark ettiniz mi?				
23.Önemsediğiniz birisi sizi terk ettiğinde bu durumla başa çıkamayacağınızdan ya da onsuz yapamayacağınızdan korktunuz mu?				
24.Size yakın olan kişilerden ayrıldığınızda aniden gelen sıkıntı nöbetleri ya da panik ataklarınız(örneğin ani titreme,terleme,çarpıntı,nefes darlığı gibi) oldu mu?				
25.Sizi yakın olduğunuz birinden ayırabilecek muhtemel olaylar hakkında çok fazla endişelenir misiniz? Örneğin işle ilgili gereklilikler gibi.				
26.Hiç, size yakın olan kişiler "çok fazla konuştuğunuzu" söylediler mi?				
27. Bazı insanlarla olan ilişkilerinizin, onlar için sorunlar oluşturacak kadar yakın olduğu konusunda endişelenir misiniz?				

ÖZGEÇMİŞ

Özde ALICI; Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Psikoloji bölümünden 2018 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl, İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tezli Klinik Psikoloji programına kabul edilmiştir. Bunun yanı sıra kendi alanında eğitimlerine devam etmektedir. Marmara Üniversitesi Aile Danışmanlığı sertifika programına katılmış ve başarıyla tamamlamıştır. İstanbul Üniversitesi'nden oyun terapisi eğitmen eğitimi sertifikası almıştır. Çocuk değerlendirme ve dikkat testleri uygulayıcı sertifika eğitimini tamamlamıştır. Kliniklerde, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde staj yapmıştır. Aynı zamanda Prof. Dr. Mehmet Zihni Sungur'un önderliğinde yürütülen ve Avrupa Kognitif ve Davranış Terapileri (EABCT) onaylı Kognitif ve Davranış Terapisi Eğitiminin süpervizyon aşamasında eğitimini sürdürmektedir. Çocuk, ergen ve yetişkin alanlarında danışan kabul etmektedir. İstanbul Kartal'da Özde Alıcı Anaokulu'nu kurmuştur ve psikolog olarak çalışmaktadır.