T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN ORTOREKSİYA NERVOZA ÜZERİNDEKİ ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ECEM MERDİN

151106109

Danışman Öğretim Görevlisi
Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide PUR KARABULUT

İSTANBUL, Şubat 2018

T.C.
MALTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE PSİKOPATOLOJİK BELİRTİLERİN ORTOREKSİYA NERVOZA ÜZERİNDEKİ ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ECEM MERDİN

151106109

Danışman Öğretim Görevlisi
Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide PUR KARABULUT

İSTANBUL, Şubat 2018

TEZ ONAY SAYFASI

TARİH: 06/02/2018

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Ecem Merdin'e ait "Çocukluk Çağı Travmaları ile Psikopatolojik Belirtilerin Ortoreksiya Nervoza Üzerindeki Rolü" başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Anabilim Dalı, Psikoloji (Klinik Psikoloji) Tezli Yüksek Lisans Programı'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Yrd. Doç. Dr. İpek Güzide PUR KARABULUT

Üye

Yrd. Doç. Dr. Elçin SAKMAR BALKAN

Üye

Yrd. Doç. Dr. Esma Figen KARADAYI

ÖNSÖZ

Rahmetli dedem Azmi Şeker'in anısına sevgi ve saygıyla…

Hep aklımızdasın.

ÖZET

Bu çalışmada temel olarak bireylerin, çocukluk çağı ruhsal travma düzeyleri ile psikopatolojik belirtilerin ortoreksiya nervoza (ON) üzerindeki rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda 20 yaş ve üstü 494 birey araştırmaya katılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve ORTO-11 kullanılmıştır. Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 20.0 paket programı ile çözümlenmiş; analizlerde bağımsız gruplar için t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Pearson Korelasyon Analizi ve hiyerarşik regresyon analizi kullanılmıştır. Yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonucunda incelenen üç farklı grup değişkenin (diyet uygulama, ÇRTÖ puanı, KSE puanı) ON'yi tahmin etmekte açıklayıcı gücü olduğu ve üç grup değişkenin bulunduğu modelin diğer modellere oranla en yüksek açıklayıcı güce sahip olduğu gösterilmiştir. Pearson Korelasyon Analizi sonuçlarına göre çocukluk çağı travma yaşantıları ile psikopatolojik belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur, ortorektik belirtilerle ise ilişkili bulunamamıştır. Psikopatolojik belirtiler ise ortorektik belirtiler ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur, düşük puanlar ON eğilimini gösterdiğinden aralarında doğru orantı vardır. Ek olarak, beslenmede özel bir diyet uygulama durumu ON ile istatistiki açıdan ilişkili bulunmuştur. Çalışmada bulunan sonuçlar mevcut alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: çocukluk çağı travmaları, psikopatolojik belirtiler, ortoreksiya nervoza, yeme bozuklukları

ABSTRACT

The main aim of the current study was to examine the effect of childhood trauma and psychopathology symptoms on orthorexia nervosa (ON). The study involved 494 participants (420 women and 74 men) who were 20 years old and/or older. A demographic information form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) , Brief Symptom Inventory (BSI) and ORTO-11 were administered. The data obtained within the scope of the study were analyzed with SPSS 20.0 package program. T-test for independent groups, one-way ANOVA, Pearson Correlation Analysis, and hierarchical multiple regression analysis were used. The results of hierarchical regression analysis indicated that ON is best predicted by dieting, childhood trauma, and psychopathological symptoms (especially depressive symptoms). It was found that there is a positive correlation between childhood trauma and psychopathological symptoms. Also there was a negative correlation between orthorectic symptoms and psychopathological symptoms; this result must be evaluated like a positive correlation because lower scores of ON mean higher ON tendency. In addition, dieting experience was positively associated with ON. The results found in the study are discussed in the context of the current literature.

Keywords: childhood trauma, psychopathological symptoms, orthorexia nervosa, eating disorders

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI ii
ÖNSÖZ iii
ÖZET v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vi
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ ix
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
1. GİRİŞ 1
1.1. Yeme Bozuklukları 2
1.1.1. Farklı Kuramlar Açısından Beslenme ve Yeme Bozuklukları 5
1.1.2. Yeme Bozuklukları için Psikoterapi 6
1.2. Ortoreksiya Nervoza 11
1.2.1. Türkiye'de Ortoreksiya Nervoza 17
1.3. Çocukluk Çağı Travmaları ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri 18
1.3.1. Bağlanma Sorunları 23
1.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü 25
1.3.3. Biyolojik Etkiler 28
1.3.4. Dissosiyasyon 28
1.3.5. Davranışsal Kontrol Güçlükler 29
1.3.6. Bilişsel Güçlükler 29
1.3.7. Benlik Gelişimi Güçlükleri 30
1.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Psikopatolojik Belirtiler ve Ortoreksiya Nervoza 30
1.5. Araştırmanın Önemi 31

1.6. Araştırmanın Amacı 32
2. YÖNTEM 34
2.1. Örneklem 34
2.2. Veri Toplama Araçları 35
2.2.1. Demografik Bilgi Formu 36
2.2.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ) 36
2.2.3. ORTO-11 38
2.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE) 39
2.3. İşlem 40
3. BULGULAR 42
3.1. Betimleyici İstatistikler 43
3.2. Araştırmanın Temel Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular 44
3.3. Ortorektik Belirtiler için Yapılan Gruplararası Karşılaştırmalar 45
3.4. Ortorektik Belirtiler için Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları 46
3.5. Ortorektik Belirtileri Yordayan Değişkenlere Yönelik Bulgular 48
4. TARTIŞMA 51
4.1. Ortorektik Belirtilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 51
4.2. Ortorektik Belirtileri Yordayan Değişkenlere Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi 53
4.2.1. Ortoreksiya Nervoza ve Diyet Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 53
4.2.2. Ortoreksiya Nervoza ve Çocukluk Çağı Travmaları ile Psikopatolojik Belirtilerin Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 54
4.2.3. Kaygı, Depresyon, Olumsuz Benlik Algısı ve Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 56
4.3. Ortoreksiya Nervoza ve Sosyal Medya Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 58
4.4. Araştırmanın Katkıları 60
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Geleceğe Yönelik Öneriler 61
5. KAYNAKLAR 63
6. EKLER 78
EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu 78
EK-2: Demografik Bilgi Formu 80

EK-3: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ)..... 84
EK-4: ORTO-11 86
EK-5: Kısa Semptom Envanteri (KSE)..... 87
7. ÖZGEÇMİŞ 90

KISALTMALAR LİSTESİ

APB : Amerikan Psikiyatri Birliği

BKİ : Beden Kitle Indeksi

AN : Anoreksiya Nervoza

BN : Bulimiya Nervoza

ON : Ortoreksiya Nervoza

ÇRTÖ : Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

KSE : Kısa Semptom Envanteri

SİMGELER LİSTESİ

Ort : Ortalama

SS : Standart Sapma

SH : Standart Hata

N : Toplam Sayı

p : Anlamlılık Düzeyi

r : Korelasyon Katsayısı

R^2 : Regresyon Katsayısı

% : Yüzde

β : Beta

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Bilgiler 35
Tablo 3.1. Katılımcılara Ait Ciddi Sağlık Sorunu Geçmişi, Psikolojik Yardıma Başvuru, ve Beslenmede Özel bir Diyet Uygulama Bilgileri..... 43
Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri 44
Tablo 3.3. ORTO-11, ÇRTÖ, ve KSE Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları 44
Tablo 3.4. Ortorektik Belirtiler için Yapılan Bağımsız Örneklem t-test Analiz Sonuçları..... 45
Tablo 3.5. Ortorektik Belirtiler için Gelir Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 46
Tablo 3.6. Ortorektik Belirtiler için Medeni Duruma Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 46
Tablo 3.7. Ortorektik Belirtiler için Eğitim Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 46
Tablo 3.8. Ortorektik Belirtiler için Ebeveynlerin Hayatta Olup Olmamasına Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 47
Tablo 3.9. Ortorektik Belirtiler için Annenin Eğitim Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 47
Tablo 3.10. Ortorektik Belirtiler için Hayatın Büyük Bölümünün Geçtiği Yere Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları..... 47
Tablo 3.11. Ortorektik Belirtiler için Babanın Eğitim Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları 48
Tablo 3.12. Ortorektik Belirti Düzeyini Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Yapılan Aşamalı Regresyon Analizi Model Özeti 48
Tablo 3.13. Ortorektik Belirti Düzeyini Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla

Yapılan Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları 49

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Tanılararası Yaklaşımla Oluşturulmuş Vaka Formülasyonu 8

1.BÖLÜM

GİRİŞ

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin beşinci versiyonunu hazırlamış oldukları Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-V) yer almamış olan ortoreksiya nervoza (ON) terimini betimleyen ilk makalede Bratman (1997), "doğru/düz" anlamlarına gelen Yunanca "ortho" kelimesiyle "iştah" anlamına gelen "orexi" kelimelerini birleştirerek ortoreksiya terimini ortaya çıkarmıştır. Bratman (1997), ortoreksiyayı patolojik bir obsesyon olarak sağlıklı yemek yeme davranışı olarak tanımlamıştır. Ortoreksiya yeni çalışılmaya başlanan bir kavram olduğu için karşılaştırma yapmaya imkân veren dışsal kriterler henüz tam olarak belirlenememiştir. Yeme bozukluklarının etiyolojisinden yola çıkılarak bu çalışmada, alanyazında henüz yeni olgunlaşmaya başlayan ortoreksiya kavramı çocukluk çağı travmaları ve psikopatolojik belirtiler bağlamında araştırılacaktır.

Felitti, Anda ve Nordenberg'in (1998) yaptığı araştırmaya göre çocukluk çağı travma yaşantıları kabul edilenden çok daha yaygın ve yetişkinliğe olan etkisi sanılandan çok daha fazladır. Bu yaşantılar, maruz kalan bireyin sonraki hayatında yaşayacağı fiziksel ve ruhsal problemler üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Li, He, Wang, Tang ve Chen, 2017). Çocukluk çağında yaşanmış olan örseleyici deneyimlerin

yetişkinliğe yansımalarından biri de diğer psikiyatrik bozukluklar içerisinde en yüksek ölüm oranına sahip olan yeme bozukluklarıdır (Agras, 2001).

1.1. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, kişinin yemeklerle ve yeme davranışıyla ilgili işlevsiz düşünce ve davranış kalıplarına sahip olması ve bunun sonucunda çeşitli fizyolojik ve psikolojik sorunlar yaşamasıdır (Vardar ve Erzengin, 2011). Sadece yiyeceklerle ve/veya kişinin kilosuyla ilgili değildir; kişinin psikolojik işleyişiyle de yakından ilgilidir. Collier ve Treasure'a göre (2003), yeme bozuklukları psikolojik özellikler, çevresel faktörler, genetik ve gelişimsel özellikler gibi bileşenlerin rol oynadığı çok etkenli temeli olan bozukluklardır.

Yeme bozukluklarının etiyolojisinde etkili olan genetik faktörler ikizler ve evlatlık alınmış bireylerle yapılan araştırmalarda ortaya çıkmaktadır (Thornton, Mazzeo, ve Bulik, 2011). Bu çalışmalara göre belirli bir genotipte doğanların herhangi bir yeme bozukluğu gösterme olasılıkları artmaktadır. Bu durum aynı zamanda genetik aktarım olacağı anlamına gelmektedir; herhangi bir aile bireyi yeme bozukluğundan muzdarip olan bir bireyin kendisinin de bir yeme bozukluğu geliştirme olasılığı, ailesinde yeme bozukluğu görülmemiş birine göre yedi ile on iki kat daha fazladır (Thornton ve ark., 2011).

Yeme bozukluklarının etiyolojisinde nöroileticiler ve hormonlardaki anormallikler de rol oynamaktadır (Moskowitz ve Weiselberg, 2017). Beyindeki bazı yapılardaki değişiklikler de yeme bozukluğu için bir risk faktörü olabilmektedir. Örneğin, yeme bozukluğu yaşayan bireylerle yapılan beyin tarama çalışmalarında anterior insular korteks, striatum, ve anterior ventral yol bölümlerinde farklılıklar olduğu ortaya çıkmıştır (Kaye, Wagner, Wudge, ve Paulus, 2011).

Mükemmeliyetçilik, obsesiflik, nevrotiklik, ödül ve cezaya karşı duyarlı olma ve acıdan kaçma gibi bazı kişilik özelliklerinin yeme bozukluğu için risk faktörü olduğu ortaya çıkmıştır (Klump ve ark., 2004). Düşük özgüven, aileden ayrışmada yaşanan ve bağımsız olmayı etkileyen problemler ile bireyde eşzamanlı görülen kaygı, depresyon, ve kişilik bozuklukları gibi başka psikiyatrik bozuklukların var olması yeme bozuklukları için psikolojik açıdan var olan risk faktörleridir (Moskowitz ve Weiselberg, 2017).

Günümüzde en önemli sosyal risk faktörü ise medya ve verdiği mesajlardır. Medyanın ince olmayı bir ideal olarak sunması ve mükemmel bedene sahip olmayı pazarlamaya çalışması, sosyal medyayı yoğun bir şekilde kullanan günümüz insanının gerçekçi olmayan beden imajları geliştirmelerine ve bu ideal imaja ulaşamayınca kendi bedenlerine negatif yaklaşmalarına yol açmaktadır.

Kilo ve yemekle aşırı şekilde meşgul olmaya yol açan bir diğer faktör ise diyet yapmaya olan yaklaşımdır. Kısıtlayıcı diyetler bireylerin suçluluk ve utanç duygularını yoğunlaştırmakta ve bu durum da klinik problemlere yol açmaktadır. Fairburn, Cooper ve Shafran'a (2003) göre yeme bozukluğu olan bireylerde sınırlayıcı bir diyet, yemek yemek hakkında endişeler ve yemek yemek üzerinden kendini aşırı bir değerlendirmeye tabi tutmak gibi bazı ortak özellikler vardır. Ancak benzerlikler olduğu kadar, yeme bozukluklarını birbirinden ayıran birçok farklı karakteristik de vardır. Örneğin, bozulmuş yeme davranışı yemek yedikten sonra kendini kusturmak, tıkınırcasına yemek, laksatif (bağırsak çalıştırıcı) ilaçlar almak gibi bazı davranışlarla şekillenebilir. DSM-V'te (APB, 2013) beslenme ve yeme bozuklukları sekiz ayrı başlık altında betimlenmiştir: pika, geri çıkarma (geviş getirme) bozuklukları, kaçıngan/kısıtlı besin alım bozukluğu, anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıkınırcasına yeme bozukluğu, tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları. Bu başlık altında, DSM-V'te (APB, 2013) belirlenen türler haricinde çalışmanın ana konularından biri olan ON da açıklanacaktır.

DSM-V'te (APB, 2013) ilgili başlık altında bahsedilen ilk bozukluk olan *pika* genellikle herhangi bir besin maddesi olmayan şeylerin yenmesidir ve bu yeme bozukluğundan bahsedebilmek için bu beslenme tutumunun kültürel veya toplumsal olarak açıklanamıyor olması gerekmektedir. Yenen şeyler arasında toprak, kil, buz, kırağı, pişmemiş pirinç gibi şeyler vardır (Young, Sherman, Lucks, ve Pelto, 2011). Kişinin yediği yiyecekleri geri çıkarması ve tekrar çiğnemesi, yutması, ya da tükürmesi *geri çıkarma* (geviş getirme) *bozuklukları* olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun geri çıkarma bozukluğu olarak adlandırılabilmesi için başka herhangi bir medikal sorun kaynaklı olmaması gerekmektedir (APB, 2013). Kişinin yemek yemeye ya da yiyeceklere karşı ilgisiz olması, ve/veya yemeğin duyusal özelliklerine göre (belirli renkler ve/veya şekillerde olan besinler) ondan kaçınma şeklinde kendini

gösteren bir beslenme ve yeme bozukluğu olan *kaçıngan/kısıtlı besin alım bozukluğu*nun yetersiz beslenme ve kilo kaybı gibi sonuçları vardır (APB, 2013). *AN*, kişinin tehlikeli olabilecek bir zayıflıkta olmasına rağmen kendini fazla kilolu görmesine sebep olan bozulmuş bir beden imajına sahip olmakla karakterize bir psikiyatrik bozukluktur; en çok kadınlarda görülmektedir ve en sık görülen yaş grubu 13-14 yaş ve 18-20 aralığıdır (Lacoste, 2017). Ortaya çıkışında birçok etken vardır. Lacoste'a (2017) göre AN temelinde kişinin dille aktaramadığı, sözel olarak ortaya çıkamayan başka bir psikolojik sorun yatmaktadır ve kişi bu sorunun varlığını dışarıdan anlaşılabilen bu yeme tutumuyla göstermektedir. Moskowitz ve Weiselberg'e (2017) göre diğer yeme bozukluklukları gibi AN da biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok faktörün bir araya gelmesiyle oluşan bir yeme bozukluğudur. *BN* ise, aşırı yemek yemek ve ardından aşırı yemenin getirdiği kendini suçlama ve stresi telafi etmek için kendini kusturma, bağırsak çalıştırıcı ilaçlar kullanma, aşırı egzersiz yapma veya kendini çok uzun süre aç bırakmayla karakterize edilen bir psikiyatrik bozukluktur; kişiler belirtilerini saklarlar ve genellikle kişinin BN olduğuna dair fiziksel bir ipucu yoktur (Castillo ve Weiselberg, 2017). Yaşamboyu yaygınlığa bakıldığında, cinsiyet farkı görülmektedir. Kadınların %0.9 - 3'ü ve erkeklerin %0.1 - 0.5'i yaşamlarının bir döneminde BN ile mücadele etmektedirler (Castillo ve Weiselberg, 2017). Yeme bozukluklarının ortaya çıkışında birçok faktör rol alsa da, Utzinger ve arkadaşlarına (2016) göre; düşük özsaygı, depresif belirtiler, sosyal anksiyete ve çocuklukta cinsel ve/veya fiziksel istismar öyküsü BN için risk faktörüdür. *Tıkınırcasına yeme bozukluğu*, kişinin genellikle lezzetli ve hoşa giden yiyecekleri tekrarlayan ataklar şeklinde aşırı bir şekilde tüketmesiyle karakterize olur (Hutson, 2017). Bu aşırı yeme içeren ataklara güçlü bir kendini kaybetme duygusu, anksiyete, utanç, iğrenme, ve suçluluk duygusu eşlik eder. (Hutson, 2017). Aşırı yemeyi herhangi bir şekilde telafi etme mekanizması bu yeme bozukluğunda görülmez. Yeme bozuklukları içinde en yaygın görülen tıkınırcasına yeme bozukluğudur; yetişkin popülasyonun %2 - 5'inde görülmektedir (Dingemans, Bruna ve van Furth, 2002). Kadınlarda, erkeklerden daha sık görülmektedir (Kessler ve ark., 2013). Fairburn ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada, tıkınırcasına yeme bozukluğu için bireysel ve çevresel birçok risk faktörü belirlenmiştir; benliği negatif değerlendirme eğilimi, majör depresyon, ebeveynlerden birinin veya ikisinin depresyonda olması, ebeveynlerin birinin veya ikisinin eleştirel olması bunlardan bazılarıdır. İşlevsellikte bozulmaya neden olan,

beslenme ve yeme bozuklukları alt görünümlerden herhangi birine benzer nitelikte olan ama tanı kriterlerini tam anlamıyla karşılayamayan beslenme ve yeme bozuklukları da vardır ve bunlar *tanımlanmış diğer beslenme ve yeme bozuklukları* olarak adlandırılmaktadır. DSM-V'e (APB, 2013) göre bu bozukluklar şu şekilde sıralanmıştır: Atipik AN (AN gibi belirgin kilo kaybı yoktur, kişi normal ya da normal üstü kilodadır); BN (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli); Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli); Çıkarma Bozukluğu (tıkınırcasına yeme yoktur ancak yineleyen çıkarma davranışları vardır); ve Gece Yemek Yeme Bozukluğu (akşam yemeklerinden sonra tekrar yemek yeme ve/veya gece uyanıp yemek yeme gibi tekrarlayan bir yeme örüntüsü). Bahsedilen kategorilerdeki standartlara uymayan ve/veya yeterli bilgi alınamamış yeme tutumundaki ve davranışındaki bozulmalar da *tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları* olarak tanımlanmaktadır. Klinisyen, tanı ölçütlerinin karşılanamamasının sebebini belirtmemeyi seçtiğinde ve tanı koymak için yeterli bilgi almanın mümkün olmadığı durumlarda kullanılan bir tanı grubudur.

1.1.1. Farklı Kuramlar Açısından Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Goodsitt'e (1997) göre Dürtü-Çatışma Modeli ve Benlik Psikolojisi Modeli; *psikanalitik kuram*ın yeme bozukluklarını açıklamak için kullandığı modellerdir. Freud'a göre beslenme ve yemekle ilgili dürtülerdeki bozulmanın cinsel uyarımların kontrolünü de bozması beslenme ve yeme bozukluğu gelişiminin temelindedir. Freud; beslenme ve yeme bozukluğu belirtilerini cinsel ve agresif dürtülerin yarattığı çatışmanın yer değiştirmesi olarak görmekteydi (Schneider, 1995). Örneğin AN, 1800'lü yıllarda gebe kalma arzusuna karşı bir savunma mekanizması ve cinselliğin reddedilişi olarak düşünülüyordu. Ancak modern psikanalitik kuram; beslenme ve yeme bozuklukları belirtilerinin ödipal çatışmalardan değil; ödipal dönem öncesi bakım veren ile çocuk arasındaki ilişkiden kaynaklandığı anlayışındadır. Örneğin Bruch'a (1973) göre çocuğun bakım vereninden ayrışmasında problemler yaşanması temel sorun olabilmektedir. Bir başka örneğe göre AN ile mücadele eden bir kişi açlığını diğer duyumlardan ayırt etmekte zorlanır ve bozulmuş bir beden imajına sahiptir; "etkisiz", "kimliksiz" hisseder ve bu hisler yüzünden belirtileriyle bir çeşit kontrol ve kimlik duygusu geliştirmeye çalışır (Bruch, 1973). Ergenlikte yetişkin

beden ölçüleri cinsellikle bağdaştırılmaktadır ve kiloyu kontrol etmek sembolik olarak dürtüleri kontrol etmektir (Crisp, 1997).

Kendilik psikolojisi açısından beslenme ve yeme bozukluğu kaynağını erken çocukluk döneminde çocuğun bakım vereni ile ilişkisinde yaşadığı hayal kırıklığından almaktadır (St. Clair, 1996). Kendi kendini yatıştırmak ve kontrol edebildiği bir nesneye sahip olmak için çocuk, dışsal bir kaynak bulmaya çalışır ve bu kaynak yemektir. Beslenme ve yeme bozukluğu psikopatolojisi geliştikten sonra bu psikopatoloji kişi için telafi edici bir mekanizma halini alır, kendine bir kimlik edinmiş olur. Çuhadaroğlu'na (1997) göre beslenme ve yeme bozukluklarında görülen kendilik gelişimi bozukluğuna bağlı belirtilerden en başta geleni kendini belli bir çerçeve içinde tanımlayamama ve bütünlüklü, bağımsız bir kimlik geliştirememedir. İkinci olarak; bu kişilerin özdeğerlilikleri düşüktür ve başkalarının değerlendirmesine göre değişkenlik göstermektedir; olumsuz benlik tasarımları vardır ve sosyal olarak onaylanma ihtiyacı hissederler.

*Bilişsel davranışçı kurama*a göre yeme bozuklukları belirtileri kilo, beden şekli ve görünümle ilgili bozuk inanç ve tutumlardan kaynaklanmaktadır (Fairburn ve Harrison, 2003). Bu bilişsel çarpıtmalara örnek olarak iki uçlu düşünce biçimi, -meli -malı kelimelere aşırı sadakat, aşırı genelleme ve büyütme sayılabilir. McCrea'ya (1991) göre bu bilişsel çarpıtmalar kısıtlayıcı diyetlere sebep olabilir. Kilo, beden şekli ve görünümle ilgili yoğun kaygılar, düşük benlik saygısı, ve bilişsel çarpıtmaların bir araya gelmesi, yemek yemek konusunda gerçeklikten uzak bir kısıtlamaya gidilmesine sebep olabilir. Esneklikten uzak olan bu katı diyetten en ufak bir sapma, "ya hep ya hiç" bilişsel çarpıtmasının harekete geçmesine sebep olabilir. Örneğin böyle bir durumda kişi kontrol çabalarından sıyrılıp tıkınırcasına yeme geliştirebilir. Tıkınırcasına yeme, kişinin kendilik kontrolünde problemler yaşadığına işaret eder. Cooper, Wells ve Todd'a göre (2004) beslenme ve yeme bozukluğu bulunan bireyler olumsuz duygulanımlarla baş etmek için yemekle aşırı uğraşıyı öğrenmiş de olabilirler.

1.1.2. Yeme Bozuklukları için Psikoterapi

Bilişsel davranışçı psikoterapiden en fazla fayda sağlayan psikiyatrik hastalık gruplarından biri beslenme ve yeme bozukluklarıdır. Fairburn ve arkadaşlarına

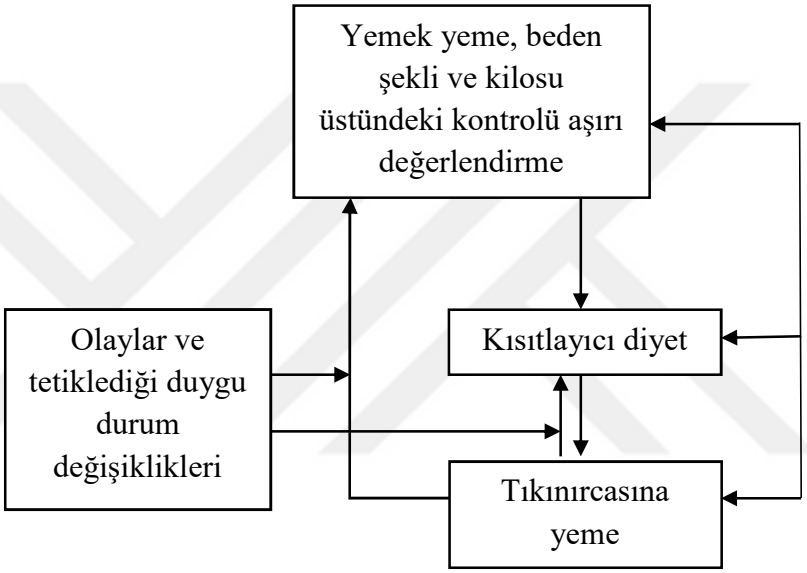
(2009) göre özellikle BN ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluklarında bilişsel davranışçı psikoterapinin tercih edilmesi etkili sonuçlar vermektedir. Bunun sebeplerinden biri beslenme ve yeme bozukluğunun ortaya çıkışını ve sürmesini kolaylaştıran etkenin kişinin beden şeklini ve kilosunu aşırı değerlendirmeye tabi tutmasıdır. Bu aşırı değerlendirme, doğası gereği bilişsel bir süreçtir. Örneğin Bowers ve Ansher'in (2008) otuz iki AN hastasıyla yapmış oldukları çalışmada bilişsel davranışçı terapi ile birlikte kilo düzenlemesinin yeme bozukluğu belirtilerini ve genel psikopatolojik belirtileri azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

DSM-V'te (APB, 2013) beslenme ve yeme bozuklukları birbirinden ayrı kategoriler olarak nitelendiriliyor olsa da; Fairburn ve arkadaşlarına göre (2003) göre aslında odak noktası olması gereken bu bozuklukların birbirinden farklılıkları değil, ne kadar çok ortak noktada buluşuyor olduklarıdır. Bu görüşü destekleyen bir bulgu da, beslenme ve yeme bozukluğu yaşayan kişilerin zaman içerisinde farklı beslenme ve yeme bozukluğu tanısı alıyor olmalıdır (Fairburn ve Harrison, 2003). Bu bulgulardan yola çıkılarak beslenme ve yeme bozuklukları tedavisi için "tanılararası" bir yaklaşım gerektiği üzerinde durulmuştur (Murphy, Straebler, Cooper ve Fairburn, 2010). Bu düşünceyi takiben, geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapiye odaklanılmıştır. Geliştirilmiş olarak tanımlanmasının sebebi bu psikoterapi yaklaşımının birçok yeni strateji ve takip edilmesi gereken adımlar içeriyor olmasıdır. Temel yeme psikopatolojisine ek olarak klinik mükemmeliyetçilik, düşük özgüven ve kişilerarası problemler gibi problemler ile de çalışılmasına olanak sağlayan modüllere sahiptir. Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapiye göre önemli olan herhangi bir beslenme ve yeme bozukluğu tanısını değil, yeme bozukluğu psikopatolojisini tedavi etmektir. Murphy ve arkadaşlarına (2010) göre bu tedavi modelinin dört adet aşaması vardır:

Birinci Aşama: Bu aşama haftada iki kere yapılan ve toplam dört hafta süren sekiz seansı kapsar. Asıl amacı başlangıç aşamasında kritik öneme sahip olan teröpotik ilişkinin kurulmasıdır. Diğer aşamalarda yapılacak olan müdahalelerin başarılı olması, bu aşamaya bağlıdır.

- *Danışanı tedaviye ve değişime hazırlamak*: Bazı danışanlar terapi sürecine dahil olmakta zorlanabilir ve değişime direnebilirler. Bu yüzden psikoterapistin danışanı bozukluk hakkında bilgilendirmesi ve değişimin mümkün olduğunu gösterebilmesi çok önemlidir.

- *Birlikte formülasyon oluşturmak:* Danışan ve psikoterapist birlikte formülasyon oluştururlar. Formülasyon, danışanın bozukluğu oluşturan ve sürdüren mekanizmaları anlayabilmesi açısından önem taşır. Psikoterapist, bunun bir başlangıç olduğunu ve psikoterapi ilerledikçe formülasyonun da değişip gelişeceğini açıklar. Formülasyon, tedavi süresince izlenecek ve değiştirilecek mekanizmaları göstermesi açısından önemlidir. Danışanın DSM tanısına değil, kendisine odaklanır. Tanılararası yaklaşımla oluşturulmuş örnek bir formülasyon Şekil 1.1.'de görülebilir.



Şekil 1.1. Tanılararası Yaklaşımla Oluşturulmuş Formülasyon

Kaynak: Fairburn, C. G. (2008) Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press, p.10

- *Anlık kendini izleme çizelgesi oluşturmak:* Danışanın yeme davranışlarını ve bununla ilgili duygu ve düşüncelerini zaman çizelgesi oluşturarak yazacağı bir plan oluşturmak, danışanın yemek yediği anlarda otomatik duygu ve düşünce sisteminden çıkıp farkındalıkla yemek yiyebilmesine olanak sağlar. Psikoterapistin, bu çizelgenin rasyonelini danışana uygun bir dille açıklaması gereklidir.
- *Haftalık tartılma:* Beslenme ve yeme bozuklukları için uygulanan geliştirilmiş bilişsel davranışçı psikoterapiye özel olan prosedürlerden biridir. Psikoterapist ve danışan, danışan için özel oluşturulmuş bir grafiğe haftada bir yapılan kilo ölçümünü işaretler. Danışana, diğer zamanlarda tartılmaması

önerilir. Bu uygulamanın amacı, psikoterapistin grafikteki rakamları danışanla birlikte yorumlayarak danışanın tek başına olsa yapacağı yanlış değerlendirmeleri önlemesi ve danışanın yeme alışkanlıkları değiştikçe somut bir değişimi de görmesine imkan sağlanmasıdır.

- *Psikoeğitim:* Psikoterapistin beslenme ve yeme bozuklukları hakkında (tanısal bilgiler, fizyolojik ve psikososyal etkiler, uyumsuz duygu düzenleme stratejileri ve zararları vb.) danışana bilgi vermesi, danışanın bu konular hakkındaki yanlış düşüncelerini değiştirmesine imkan verir.
- *Düzenli bir yeme sistemi oturtma:* Beslenme ve yeme bozuklukları için uygulanan geliştirilmiş bilişsel davranışçı psikoterapiye özel olan prosedürlerden biridir. Düzenli bir yeme örüntüsü oturtma, tedavinin en önemli parçasıdır. Danışanlara bir yemek yeme planı oluşturulur ve en önemlisi, herhangi bir telafi edici mekanizma kullanmalarına izin verilmez (örn: bağırsak söktürücü ilaçlar).
- *Yakın insanları dahil etme:* Bazı durumlarda danışanın hayatında yakın ilişkide bulunduğu insanlar da danışanın izni dahilinde tedavi sürecine dahil edilebilir. Bunun iki sebebi vardır. Birincisi, bu kişilerden herhangi birinin sürece yardımcı olup olamayacağının araştırılması; ikincisi ise, bu kişilerden herhangi birinin kişinin dış görünüşüne veya yeme örüntüsüne yaklaşımının bozukluğu sürdürücü etkiye sahip olup olmadığının belirlenmesidir.

İkinci Aşama: Bu aşama bir hafta aralıklarla iki seans süren kısa ama geçiş niteliği taşıyan bir aşamadır. Birinci aşamadaki gelişmelerin tekrar değerlendirilmesini ve gerekiyorsa formülasyonun yenilenmesini içerir. Aynı zamanda danışanın gelişiminin takdir edilmesi ve üçüncü aşama için hedeflerin tekrar konuşulmasını içerir.

Üçüncü Aşama: Bu aşama tedavinin ana bölümünü oluşturur. Bu aşamada amaç, danışanın yeme bozukluğunda rol oynayan mekanizmalara müdahale etmektir. Genellikle haftada bir olmak üzere sekiz seansı kapsar.

- *Aşırı değerlendirmenin analiz edilmesi:* İlk olarak danışana kendini değerlendirme konsepti tanıtılır ve kendilerini nasıl değerlendirdikleri konusunda düşünmeleri için cesaretlendirilirler. Ardından kendini aşırı değerlendirmenin yol açabileceği problemler konuşulur. Bu aşamada problem

genelikle yeme bozukluğu yaşayan danışan hayatının yemek yeme dışındaki alanlarını marjinalleştirmiş olması ve kendini değerlendirmeyi sadece yemek yemek üzerinden yapıyor olmasıdır. Bu durum, danışanın yeme psikopatolojisini beslemektedir. Bunun farkındalığı kazandırıldıktan sonra önemli olan nokta danışanın hayatının diğer alanlarında da aktif olmasını destekleyerek sadece yemek alanında değil, bu alanlarda da kendini değerlendirme mekanizmasını aktif hale getirebilmektir. Bu aşamada yapılması gereken bir başka şey ise, danışanın yemek üzerinden kendini aşırı değerlendirmesinin kökenlerinin araştırılmasıdır. Bu durumun erken dönemlerde nasıl yararlı bir işlev olduğunun araştırılmalı, ve/veya önceden yaşanan kritik bir durumun psikopatolojinin gelişmesine sebep olup olmadığı belirlenmelidir.

- *Duyguların analiz edilmesi:* Danışanlar, yemek yemeye sebep olan veya yemek yemekle birlikte oluşan duygularını doğru tanımlamayı öğrenirler ve bu duyguların tetikleyicilerini gözlemlemek konusunda cesaretlendirilirler. Bu tetikleyiciler genellikle olumsuz duygu durumları (sıkılmak ve/veya depresifleşmek) ve beden farkındalığını arttıran fiziksel hisler (şiş hissetmek vb.) olmaktadır. Danışanlar, örneğin şiş hissetmek duygusunu bir ipucu olarak alıp aslında o an ne hissetiklerine ulaşmak konusunda cesaretlendirilirler.
- *Beslenme kurallarının analiz edilmesi:* Danışanlar ekstrem ve katı beslenme kurallarının hayat kalitelerini nasıl etkilediği ve psikopatolojilerinin devam etmesine yol açtığı konusunda farkındalık kazanmaları konusunda cesaretlendirilirler. Tedavinin temel amaçlarından biri de bu katı beslenme kurallarının yok edilmesi, veya en azından azaltılmasıdır. Bunu yapmanın ilk adımı da danışanın halihazırda kendine koymuş olduğu katı kuralların belirlenmesi ve bunların altındaki inançların açığa çıkarılmasıdır. Ardından danışanın inançlarının doğruluğunun test edilmesi için bu kuralları kırması konusunda yardım edilir.

Dördüncü Aşama: Tedavinin final aşamasıdır. Odak noktası ulaşılan kazanımların korunması ve tekrarlama riskinin azaltılmasıdır. Genellikle iki hafta aralıklarla üç seans şeklinde sonlandırılma yapılır. Sonlandırılma aşamasında danışandan kendini izleme çizelgesi tutmasını bırakması ve evde tartılmaya başlayabileceği aktarılır.

Bahsedilen psikoterapi modelinin uygulandığı bir araştırmada, danışanların genel psikopatolojik belirtilerinde ve yeme bozukluğu belirtilerinde azalma olduğu belirtilmiştir (Dalle Grave, Calugi, Sartinara, ve Fairburn, 2015).

1.2. Ortoreksiya Nervoza

Özellikle Avrupa'da klinisyenler ve araştırmacıların çalışmalarında kişilerin beslenme tarzını nicelikten çok nitelik olarak kısıtladığı ve sağlıklı yemek yemeye aşırı önem verdikleri bir durum son zamanlarda fazlasıyla öne çıkmaya başlamıştır (Dunn ve Bratman, 2016). Vandereycken'in (2011) çalışmasında, "ortoreksiya" teriminin aslında bilindiği belirtilmesine rağmen, o zamana kadar Amerikan alanyazında ON sadece bir adet makalede çalışılmıştı (Moroze, Dunn, Holland, Yager ve Weintraub, 2015); Avrupa alanyazında ise ON çalışan birçok araştırmacı bulunmaktaydı. Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella (2004) yaptıkları çalışmada, ON'yi sağlıklı yemek yeme peşinde "manyakça bir obsesyon" olarak betimlemişlerdir. Donini ve arkadaşlarına (2004) göre, ON bozukluğuna sahip olan bireyler yenilecek olan yemeklerin saf olmasını diğer özelliklerinden üstte tutmaktadırlar, sağlıklı beslenmedikleri zaman acı çekerler, sağlıklı yemek planlamak ve hazırlamak konusunda takıntılıdırlar ve beslenme tarzları açısından kendilerini diğer insanlardan daha üstün hissetmektedirler. Amerika'da ise ON'ye olan ilgi, 2014 yılında başarılı bir blog sahibi ve kalabalık bir takipçi kitlesi olan Jordan Younger isimli bir kadının Instagram adlı sosyal medya uygulaması üzerinden sağlıklı yemek yeme takıntısı sebebiyle yetersiz beslenmeden kaynaklanan bazı problemler yaşadığını duyurmasıyla artmıştır. Younger, Amerika'da birçok çok izlenen televizyon programına da katılarak kamuoyunun ilgisini bu durumun üzerine çekmiş oldu (Pfeffer, 2014).

ON henüz resmi olarak bir bozukluk olarak tanımlanmamış olsa da, araştırmacıların ortaya çıkardığı bazı tanı kriterleri vardır. Alanyazında, ON için ilk tanı kriterlerini ortaya koyan Moroze ve arkadaşları (2015) olmuştur. Yaptıkları çalışmada Moroze ve arkadaşları (2015) üç yıl boyunca sadece saf amino asitlerden oluşan, kendi yaptığı protein takviyeli içeceklerle beslenen yirmi sekiz yaşındaki erkek hasta üzerinden bir vaka çalışması gerçekleştirmişlerdir. Bu hasta, hazır protein takviyeli içeceklerden içinde zararlı içerikler bulunduğu için kaçındığını belirtmiştir. Bu sınırlayıcı beslenme şekli yetersiz ve dengesiz beslenmeyle ve bunun getirdiği

medikal sorunlarla sonuçlanmıştır; hastanın beden kitle endeksi (BKİ) 12.3'e ve kilosu da olması gerektiği kilonun yarısına, 43.5'e kadar düşmüştür. Hasta, ilk başta bu sınırlayıcı diyete bir dönem yaşadığı kabızlık nedeniyle başlamış olsa da, zamanla beslenmesini yiyeceğin saflığına göre yapmaya başladığını belirtmiştir. Hasta tedavi olurken, bedenini bir "tapınak" olduğunu ve sağlıklı olabilmesi için bu "tapınağa" gerekli olan "saf yapıtaşlarını" bu beslenme şekliyle verdiğini söylemiştir. Hasta tedavi edilirken, "Başka Türlü Sınıflandırılamayan Yeme ve Beslenme Bozuklukları" tanısını almıştır (Şu anda DSM-V'te bu tanı kategorisi yoktur ancak hastanın tedavisi gerçekleştirilirken DSM-IV geçerliydi). Moroze ve arkadaşlarının (2015) belirlediği önerilen ON tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Aşağıdakilerden ikisinin veya daha çoğunun eşlik ettiği, "sağlıklı yemekler" ile takıntılı bir şekilde meşgul olma ve yiyeceklerin kalitesi ve içerikleriyle ilgili endişelenme.

1. Yemeğin saflığı hakkındaki endişeler sebebiyle besin değerleri açısından dengesiz bir beslenme düzeni oluşturmak.
2. Saf olmayan ve sağlıksız yiyecekler yemek hakkında ve yemeğin kalitesinin ve içeriğinin fiziksel ve/veya duygusal sağlık üzerindeki etkileri hakkında endişeler.
3. Kişinin "sağlıksız" bulduğu yiyeceklerden kesin bir şekilde kaçınması, bu sağlıksız yiyeceklere yağ, koruyucu, katkı maddesi, hayvansal gıda, veya hastanın "sağlıksız" bulduğu diğer tüm maddeler dahil olabilir.
4. Eğer kişi yemek hakkında uzman değilse; günde 3 saatini ya da daha fazlasını istediği kaliteye ve içeriğe sahip yemek için okuyarak, edinerek ve/veya hazırlayarak geçirir.
5. "Sağlıksız" veya "saf" olmayan yiyecekleri yiyerek beslenme düzeni ihlal edildiğinde suçluluk duyma ve endişelenme.
6. Başkalarının yiyecekler hakkındaki düşüncelerine karşı hoşgörüsüz olma.
7. Kişinin gelirine oranla yiyeceklerin kalitesi ve içeriği için çok fazla para harcaması.

B. Sağlıklı yemeklerle takıntılı bir biçimde meşgul olma durumu, aşağıdakilerden herhangi biri ile kişiye zarar verici hale gelir:

1. Beslenme dengesizliği sebebiyle fiziksel sağlığın bozulması.
2. Kişinin "sağlıklı yemek" konusundaki takıntılı düşünce ve davranışları sebebiyle sosyal, akademik, ve mesleki açıdan aşırı stres ve/veya problemler yaşaması.

C. Bu yeme bozukluğu; obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya başka bir psikotik bozukluk gibi başka bozukluklarının belirtilerinin ağırlaşmasıyla ortaya çıkmamalıdır.

D. Bu yeme bozukluğu; dinle ilgili herhangi bir yeme tutumuyla, herhangi bir medikal durum veya besin alerjisi sebebiyle beslenme düzeninin kısıtlanmak zorunda olmasıyla açıklanamıyor olmalıdır.

Dunn ve Bratman (2016), Moroze ve arkadaşlarının (2015) önerilen ON tanı kriterlerini dar kapsamlı bulmuş ve kilo kaybına değinmediğini belirterek kendi önerilen tanı kriterlerini belirlemişlerdir. Bu yeni önerilen tanı kriterlerini belirlerken yayınlanmış vaka örneklerini, yeme bozuklukları profesyonellerinin ON için yapmış oldukları tanımlamaları, ve yazarlardan Bratman'ın sahip olduğu websitesinde ON yaşayan kişilerin kendilerinin yazmış olduğu yüzlerce raporu araştırmışlardır. Bu araştırmalar sonucunda Dunn ve Bratman'ın (2016) ON için önerdikleri tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Herhangi bir beslenme kuramı veya kişinin yemek yemekle ilgili düşünceleri sebebiyle "sağlıklı" yemek yemeye obsesif bir odaklanma ve kişi "sağlıksız" bir yemek seçerse buna abartılı bir duygusal stres eşlik eder. Beslenme düzeni sonucunda kilo kaybı yaşanabilir ama kişinin asıl amacı bu değildir.

1. Sınırlayıcı beslenme düzeni doğrultusunda yapılan kompulsif davranışlar veya konu hakkında kişiyi meşgul eden düşünceler. Kişi bunları kendi sağlığını olabilecek en iyi düzeye çıkartmak için yaptığına inanır.
2. Kişi kendi kendine uyguladığı bu sınırlayıcı beslenme düzenini ihlal ettiğinde abartılmış bir hastalanma korkusu yaşar, kişisel olarak kirlendiğini düşünür ve/veya suçluluk ve utanç duygularına eşlik eden negatif fiziksel hisler yaşar.
3. Beslenme sınırlılıkları zaman geçtikçe artmaya başlar ve tüm bir besin grubunu beslenme düzeninden çıkarmaya kadar gidebilir. Kişi,

temizlenmek ve saflaşmak amacıyla ara ara kendini aç bırakabilir ve/veya oruç tutabilir. Bu durum bazen kilo vermeye sebep olabilir ancak ON'de kişinin kilo verme isteği yoktur.

B. Kompulsif davranışlar ve zihinsel olarak kişiyi meşgul eden düşünceler klinik olarak kişiye zarar vermeye başlar.

1. Sınırlayıcı beslenme düzeninin sonucu olarak yetersiz beslenme ve dengesiz beslenme, şiddetli kilo kaybı ve başka medikal problemler ortaya çıkar.
2. İçsel stres artar ve kişinin ve sosyal, akademik ve mesleki işleyişinde bozulmalar meydana gelir.
3. Kişinin pozitif beden imajı, kendilik değeri, kimliği ve kendinden tatmin olması; oluşturduğu sınırlayıcı beslenme düzenine bağımlı hale gelir.

Yemek yemenin keyif değil sağlık kaynağı olduğunu düşünmek, yemek seçimi, planı, alışverişi vb. konularında obsesif bir odaklanma içinde olmak, kişinin yasaklı olarak belirlediği yiyeceklerin yakınında olmasının bile iğrenme uyandırması, beden imajının kilo yüzünden değil de içe alınan yiyeceklerin saf olmaması yüzünden bozulması ve diğer insanları beslenme konusunda ne düşündüklerine göre ahlaki olarak yargılamak Dunn ve Bratman'ın (2016) tanı için esas olduğunu düşünmedikleri ama kesin tanı koymada destekleyici olabileceğini düşündükleri durumlardandır.

ON için bu tanımlar göz önüne alındığında, Kaçıngan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğu ile oldukça benzer olduğu ortaya çıkmaktadır. Her iki bozuklukta da, belirli yiyeceklerden kaçınma durumu söz konusudur. Ancak ON'de bu kaçınma sağlıksız olma endişesi sebebiyle olurken, Kaçıngan/Kısıtlı Besin Alım Bozukluğunda besinin rengi ve/veya şekli, ve yemenin getireceği bazı olası caydırıcı sonuçlar (boğulma, kusma vb.) sebebiyledir. ON aynı zamanda AN ile de benzerlik göstermektedir. Bu benzerlikler arasında mükemmeliyetçi kişilik yapısı, yüksek sürekli anksiyete ve kontrol sahibi olma çabası sayılabilir. Ortoreksikler, bazı yiyeceklerden kaçınmaları yönüyle de anoreksikler ile benzerlik göstermektedirler. Birçok ortoreksik, uyguladıkları kısıtlı diyet yüzünden zamanla kilo kaybı yaşayıp AN tanısı alabilmektedirler. Birçok diyetisyen ve psikolog da, ortoreksiklerin aslında anoreksik

belirtilerini haklı çıkarmak için "sağlıklı beslenme" bahanesine sığındıklarına inandıklarını belirtmektedir. Ancak birbirlerinden ayrıldıkları noktalar da vardır. Ortorektiklerin yiyecek seçimlerindeki kriter besinlerin sağlıklı ve saf olup olmaması; Anoreksiklerin ise besinlerin kalorisidir. Ortoreksikler sağlıklı besin seçimi sonucunda kilo veriyor olsalar da, Anoreksiklerin aksine kilo ile bir uğraşları olmadığını belirtmektedirler. Aralarındaki diğer bir önemli fark ise Anoreksiklerin belirtilerini gizleme çabası içindeyken, Ortoreksiklerin böyle bir çaba içinde olmaktan öte belirtilerini sergileme eğiliminde olmalarıdır (Koven ve Abry, 2015).

Vandenbroucke'ye (1999) göre vaka çalışmaları, henüz alanyazında olmayan potensiyel patolojilerin alanyazına girmesi için önemli bir yol olmuştur. Bu nedenle ON hakkında yapılan vaka çalışmaları oldukça önem taşımaktadır. Donini ve arkadaşlarının (2004) yaptığı araştırmadan sonra, alanyazına ON hakkında birçok vaka çalışması girmiştir. Zamora, Bonaechea, Sanchez, ve Rial (2005) birçok vitamin ve mineral yetersizliğinden muzdarip, ağır beslenme yetersizliği yaşayan yirmi sekiz yaşındaki bir kadından bahsetmişlerdir. Bu kişiye, on dört yaşındayken akne tedavisi için diyetisyeni tarafından yağ yememesi gerektiği söylenmiştir. On altı yaşındayken vejetaryen beslenmeye başlayan bu kişi yirmi dört yaşına geldiğinde yumurta ve süt ürünleri tüketmeyi de bırakmıştır. Kendini arkadaşları ve ailesinden izole eden bu kişi sadece pişmemiş sebze yemektedir ve yirmi yedi kiloya kadar düşmüştür. Zamora ve arkadaşlarının (2005) raporuna göre, bu kişinin anoreksik belirtileri yoktur; herhangi bir zayıflama arzusu belirtmemiştir ve bozulmuş beden imajı yoktur; sadece bazı besinlerin toksin içerdiğine ve onları yemekten kaçınması gerektiğine inanmaktadır.

Park ve arkadaşlarının (2011) vakasında ise tik bozukluğunu düzeltmek amacıyla beslenmesini sadece kahverengi pirince ve taze sebzeyle sınırlayan otuz yaşındaki bir erkek betimlenmektedir. Bu ekstrem diyet sonucunda kişi yatalak olmuştur ve birçok medikal problemle boğuştuğu otuz sekiz gün boyunca hastanede yatmak zorunda kalmıştır. Park ve arkadaşları (2011) raporlarında bu kişinin herhangi bir beden imajı rahatsızlığı yaşamadığını ve şişman olmakla ilgili herhangi bir endişesinin olmadığını belirtmişlerdir.

Saddicha, Babu ve Chandra'nın (2012) çalışmasında sekiz yıldır beslenmesini taze meyve, çiğ sebze, ve pişmemiş yumurta ile sınırlamış olan otuz üç yaşındaki bir

kadın betimlenmektedir. Kişi vücut tipi ve kilosu ile ilgili herhangi bir endişe belirtmemiştir ancak sağlıklı yemek yemek konusuna "taktığını" belirtmiştir. Kişi yemekleri pişirmenin onların besin değerlerini öldürdüğünü düşünmektedir ve son zamanlarda ailesi ve arkadaşlarıyla bağlarını koparmıştır, BKİ düzeyi medikal müdahaleyi gerektiren bir düzeye düşmüştür. Saddicha ve arkadaşları (2012), raporlarında bu vakadaki ON'yi şizofreni için bir ön görünüm olarak belirlemişlerdir. Bu üç vaka örneğinde de kişinin bozulmuş beden imajına sahip olmadığı ve beslenme düzeninde yapılan değişikliklerin kilo verme amacı gütmediği görülmektedir.

Sağlıklı yemek yemeyi önemsemek elbette bir psikopatoloji değildir, ancak diğer tüm bozukluklar gibi uzun sürdüğünde, kişinin gündelik hayatında ciddi bozulmalar yarattığında ve aşırı uğraşı haline dönüştüğünde bir psikopatolojiden bahsedilebilir. Bu nedenle çoğu vakada ON ile normal sağlıklı beslenme isteği ve meşguliyeti arasındaki farkı ayırt etmek zordur ve ON yaygınlığını tespit etmek zorlaşmıştır. Çalışmalarda ortaya çıkan yaygınlık oranı oldukça değişkenlik göstermektedir, bunun bir sebebi de ON için evrensel tanı kriterleri olmamasıdır. ON ile ilgili sınırlı sayıda yapılan çalışmalarda yaygınlığının belirlenmesi genellikle ORTO-15 ve ORTO-15'in çeşitli adaptasyonlarıyla sağlanmıştır. Yapılan çalışmalarda yaygınlık oranının oldukça değişken olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin, Donini ve arkadaşlarının (2005) ORTO-15'i oluşturdukları çalışmada, ON yaygınlık oranı %6.9 olarak bulunurken, Alvarenga ve arkadaşlarının (2012) üç yüz doksan iki Brezilyalı diyetisyenle yaptıkları araştırmada ON yaygınlık oranı %81.9 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan araştırmalara bakıldığında yaygınlık oranının oldukça yüksek olduğu fark edilmektedir. Bosi ve arkadaşlarının (2007) ORTO-15'i Türkçe'ye çevirerek tıp doktorlarıyla yapmış oldukları araştırmada, ON yaygınlık oranı %45.5 olarak bulunmuştur. Aksoydan ve Camcı'nın (2009) Türkçe'ye çevrilmiş olan ORTO-15'i kullanarak performans sanatçılarıyla yapmış oldukları çalışmada ON yaygınlık oranı %56.4 olarak bulunmuştur. Fidan ve arkadaşlarının (2010) Erzurum'da ORTO-15'in Türkçe'ye uyarlamasının yapıldığı ORTO-11'i kullanarak tıp öğrencileriyle yaptıkları araştırmada, ON yaygınlık oranı %43.6 olarak bulunmuştur. Bu araştırmaların ortak noktasına bakıldığında, seçilen katılımcı gruplarının sağlıklı beslenme konusuna yatkın olabilecek insanlardan oluştuğu dikkat çekmektedir (doktorlar, tıp öğrencileri, diyetisyenler).

ON, DSM-V'te (APB, 2013) yer almadığından ve dolayısıyla klinik bir kategori olmadığından, risk faktörleri belirsizliğini korumakta olsa da bazı risk faktörlerinin varlığından söz edilebilir. Örneğin; Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında medikal sebeplerle diyet yapanların ortorektik eğilimlere sahip olma olasılıklarının arttığı anlaşılmıştır. Bu bulgu ışığında, ortoreksiyanın herhangi bir hastalık veya alerji sebebiyle diyet yapanlarda gelişebildiği düşünülmektedir. Diyet yapmak ve sağlıklı beslenme konusunda duyarlılaşmanın ortorektik eğilimlerin artmasıyla doğru orantılı olabileceği söylenebilir. ON belirtilerinin cinsiyet ile olan ilişkisi araştırıldığında bazılarında minimal cinsiyet farklılıkları bulunmuş olsa da hiç fark bulunmayan araştırmalar da olmuştur (Oberle, Samaghabadi ve Hughes, 2017). Ancak yine Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında kadınların, erkeklere kıyasla daha fazla ortorektik belirti gösterdiği ve cinsiyetin ortorektik belirtileri yordadığı ortaya çıkmıştır. Donini ve arkadaşlarının (2004) araştırmasına göreyse erkekler, kadınlara kıyasla daha fazla ortorektik belirti göstermektedirler. Kişilik ve ON arasındaki ilişki araştırıldığındaysa, iki araştırma Beş Faktör Kişilik Kuramı içerisindeki "Nörotizm" seviyesi arttıkça ON belirtilerinin arttığını ortaya koymuştur (Forester, 2014; Gleaves, Graham, ve Ambwani, 2013). ON ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlı sayıda olduğundan, risk faktörlerinin belirlenmesi için daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

1.2.1. Türkiye'de Ortoreksiya Nervoza

Türkiye'de yapılan araştırmalara bakıldığında, yurtdışındaki araştırmalar gibi kısıtlı sayıda oldukları göze çarpmaktadır. Bosi, Çamur, ve Güler'in (2007) Ankara'da yaşayan üç yüz on sekiz tıp doktoruyla sağlıklı yiyecek tüketme arzusunun yoğunluğu konusunda yaptıkları araştırmada ON terimi yerine yeme davranışlarında aşırı hassas tutumlar terimini kullanmışlardır. Araştırmanın sonuçlarına göre kadınların ortorektik belirti puanları erkeklerin ortorektik belirti puanlarından yüksek olsa da anlamlı bir fark yoktur. Katılımcıların eğitim durumları da ortorektik belirti puanlarını her ne kadar farklılaştırsa da bu fark istatistik açıdan anlamlı değildir. Bosi ve arkadaşlarının (2007) bu araştırmasından çıkan en önemli iki sonuç ise potansiyel olarak sağlıklı beslenmenin önemini bilmesi beklenen doktorların araştırma sonucuna göre de yüksek ortorektik eğilimler göstermesi ve bu ortorektik eğilimlerin yüksek oranda medya kaynaklı olmasıdır. Erkek katılımcıların %20'si ve kadın

katılımcıların %38.9'u sağlıklı besin konusundaki seçimlerinin bu konularda yapılan televizyon programlarından etkilendiğini belirtmişlerdir. ON konusunda Türk alanyazınında en önemli araştırmalardan biri de Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol'un 2008 yılında yaptıkları çalışmadır. Bu çalışmada Arusoğlu ve arkadaşları (2008) hem ON konusunda yeme tutumu ve obsesif kompulsif belirtiler gibi değişkenleri incelemişler hem de ortorektik belirtilerin ölçülmesi için ORTO-11'in uyarlama çalışmasını yapmışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ortorektik belirtilerin yaşa bağlı olarak değişmediği, eğitim düzeyinin ortorektik belirtileri etkilemediği, yeme tutumu bozuk bireylerin daha yüksek ortorektik belirti gösterdiği, ve obsesif kompulsif belirti düzeyinin ortorektik eğitimleri yordayabileceği gibi sonuçlara ulaşılmıştır. Aksoydan ve Camcı'nın (2009) doksan dört performans sanatçısıyla yaptıkları ve ON yaygınlığını araştırdıkları araştırmada ortorektik belirti opera sanatçılarında görülmüştür (%81.8). Opera sanatçılarını %36.4 ile senfoni orkestrasındaki müzisyenler ve %32.1 ile balerin ve baletler takip etmiştir. Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma deneyimi, BKİ, sigara içme ve alkol tüketme gibi değişkenlerin ortorektik belirtiler üzerinde bir etkisi bulunamamıştır. Araştırmacılar performans sanatçılarındaki yüksek ortorektik belirtileri bu grubun genel halk grubuna gerek fiziksel gerekse hayat tarzı olarak bir rol model konumunda olması gerekliliği düşüncesinden doğabileceğini belirtmişlerdir. Fidan, Ertekin, Işıkay ve Kırpınar'ın (2010) Erzurum'da sekiz yüz doksan beş tıp öğrencisiyle yaptıkları araştırmada erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre ortorektik eğilimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Asil ve Sürücoğlu'nun (2015) yüz on yedi diyetisyenle yaptıkları araştırmada diyetisyenlerin neredeyse yarısının (%41.9) ON için yüksek risk grubunda oldukları belirtilmiştir.

1.3. Çocukluk Çağı Travmaları ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Çocukluk çağı travmaları; doğal afetler, terör veya trafik kazası gibi herhangi bir bakım veren tarafından ihmal ve istismar dışında da gerçekleşebileceğinden bu çalışmada çocukluk çağı travmaları tanımı çocukluk çağında yaşanan istismar ve ihmal olarak kabul edilmiştir. Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan'a göre (2002) çocuk istismarı ve ihmali çocuğa bakmakla sorumlu olan yetişkin kişilerden ve/veya yabancılardan kaynaklanmaktadır ve çocuğun fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal olarak zarar görmesine neden olmaktadır. Çocuğun bakımından sorumlu olan

yetişkin kişilerin, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığını tehlikeye atacak şekilde davranması çocuk istismarıdır (Polat, 2001). On sekiz yaşından küçük olan çocuklara karşı aktif olarak yapılan ve gelişimlerini örseleyecek her davranış istismar ve onların bakım alma, beslenme, eğitim görme gibi ihtiyaçlarının karşılanmaması ise ihmal olarak adlandırılmaktadır (Zeytinoğlu, 1999). Güler ve arkadaşlarına göre (2002) aktif davranışlar istismara ve pasif davranışlar da ihmale sebep olmaktadır.

Çocukluk çağı travması beş farklı şekilde sınıflandırılabilir: Çocuk istismarı açısından cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar; ve çocuk ihmali açısından duygusal ihmal ve fiziksel ihmal (Oral ve ark., 2001; Zeytinoğlu, 1999). Bunlara ek olarak bazı çalışmalarda ekonomik istismardan da söz edilmektedir. Çocuğun gelişimini zedeleyen ve haklarını yok sayan işlerde çalışması veya birileri tarafından bu işlerde çalıştırılması çocuğun ekonomik istismarıdır (Işıklı, 2008). Bir başka bakış açısına göreyse ihmal ile istismarı ayırmak yapay bir kategorileştirmedir. Lau, Krase ve Morse'ye (2009) göre ihmal ve istismar birçok noktada örtüşmektedir ve çocuk ihmali bazen o kadar ciddileşebilir ki çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığına kalıcı etki yapar; bu noktada bu ihmal bir istismardır.

Bir çocuğun veya ergenin, bir yetişkin veya ondan yaşça büyük (Beş yaş ya da daha fazla) başka bir çocuk tarafından gerek tehdit ve güç kullanarak, gerek de kandırarak cinsel olarak kullanılması çocuğun *cinsel istismar*ıdır (İşeri, 2008). Yurdakök'e göre (2010), cinsel aktivitelere, gelişimsel açıdan onay verebilecek durumda olmayan çocukların zorlanması çocuğun cinsel olarak istismar edilmesidir. Zorla yaptırılan cinsel aktivitenin istismar sayılması için cinsel birleşme gerekmemektedir, önemli olan karşı tarafın istenmeyen cinsel aktiviteye zorlanmasıdır. Birçok değişik kültürde yasaklanmış olan aile içi cinsel ilişki (ensest) de bir tür cinsel istismardır ve cinsel istismara uğrayan çocuğun bu durumu içselleştirmesi ve ailenin bu durumu kendi içinde saklama davranışı bu tür cinsel istismarın ortaya çıkışını güçleştirmektedir. Cinsel istismar tekrarlanma örüntüsü olan oldukça yaygın bir istismar türü olduğu halde rapor edilme oranları oldukça azdır. Örneğin, Özdemir'in yaptığı çalışmada (2010), cinsel istismar rapor edilme oranının %15 olduğu bulunmuştur. Kız çocuklarının cinsel istismara uğrama oranı erkek çocuklardan dört kat daha fazladır; ancak bu durumun erkek çocuklarının genellikle cinsel istismar durumunu utanç veya homoseksüel olma korkusundan dolayı rapor etmeme eğilimlerinden

kaynaklandığı sanılmaktadır (Adams-Tucker, 1984). Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmanın etkilerinin başında yetişkinlikte anksiyete, depresyon ve kendine zarar verme davranışı gelmektedir. Saunders, Villeponeaux, Lipovsky ve Kilpatrick'in (1992) araştırmasında kendine zarar verme davranışı, çocukluğunda cinsel istismara uğramamış kadınlarda %6 iken, çocukluğundan cinsel istismara uğramış kadınlarda %16 oranında bulunmuştur. Mullen, Martin ve Anderson'un (1993) araştırmasına göre ise çocukluk çağında cinsel istismara uğramış olmak yetişkinlikte uyuşturucu ve alkol kullanımı ile ilişkili bulunmuştur. Yine Mullen ve arkadaşlarına (1993) göre etkilerden biri yeme bozukluğu geliştirilmesidir ve kadınlarda, erkeklere oranla daha sık görülmektedir.

Lynch ve Brown'a göre (1999), eğer bir çocuk cinsel istismara maruz kalıyorsa duygusal istismara da maruz kalıyor demektir. Tıraşçı ve Gören'e göre (2007) günlük hayatta en çok görülen ve tanımlaması zor olan istismar türü çocuğun *duygusal istismar*ıdır; ebeveynlerin veya çevredeki diğer yetişkinlerin çocuktan yapabileceğinden daha fazla şey istemeleri ve beklemeleri bir duygusal istismardır. Bunlara ek olarak; çocuğun aşırı korunması, bağımlı hale getirilmesi, aşağılanması, önemsenmemesi, alay edilmesi, üstünde aşırı baskı kurulması da duygusal istismarın göstergeleridir (Polat, 2001). Çocukla kurulan ilişkinin çocuğa duygusal ve psikolojik yönden kötü gelmesi ve bu zararlı ilişkinin dinamiklerini oluşturan örüntülerin devam etmesi, çocuğun duygusal istismara uğruyor olduğunu göstermektedir (Kairys ve Johnson, 2002). Duygusal istismar beyindeki limbik sistemde bozulmalar, dissosiyatif belirtiler, anksiyete, depresyon, düşük özgüven, hostilite ve suça eğilimlilik gibi birçok nöropsikososyal zarara yol açmaktadır (Shin, Lee, Jeon ve Wills, 2015). Kent, Waller ve Dagnan'a (1999) göre çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi en açıkça etkileyen travma türü duygusal istismardır. *Duygusal ihmal* ise Aust, Hartwig, Heuser ve Bajbouj'a göre (2012) çocuğun yetersiz bakım ve yetersiz destek alması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa ilgi göstermeyerek sosyal yönden gelişmesine engel olmak ve çocuğun duygusal ihtiyaçlarının ona bakmakla yükümlü olan kişi tarafından karşılanmaması çocuğun duygusal olarak ihmal edilmesine neden olur (Yurdakök ve İnce, 2010). Wright, Crawford ve Castillo (2009) çocukluk çağı travma alanında yapılan çalışmalarda en az bulgu elde edilen alan çocukların duygusal istismarı ve ihmali

olmasına rağmen, farkına varılması zor olduğundan en sık görülen türü olabileceğini belirtmişlerdir.

Fiziksel istismar, en yaygın olarak görülen ve tespit edilmesi diğer istismar türlerine oranla daha kolay olan istismardır (Polat, 2004). Çocuğun ebeveynleri veya bakım veren başka bir yetişkin tarafından fiziksel olarak örselenmesi fiziksel istismardır ve bu zarar çocuğu iterek, ısırarak, vurarak verilebilir (Kaplan, Pelcovitz ve Labruna, 1999). Ülkemizde yapılan araştırmalarda fiziksel istismar oranlarında farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Örneğin Aral'ın (1997) bir araştırmasında çocukların ebeveynleri tarafından fiziksel istismara uğrama oranları %65.72 olarak bulunurken; daha yakın bir tarihte Turhan, Sangün, ve İnandı'nın (2006) yaptığı araştırmada bu oran %24 olarak belirlenmiştir. Pelendecioğlu ve Bulut'a (2009) göre bu yüksek oranların sebebi kültürel olarak çocukları dövmenin, onları disipline etmede bir aracı olarak kullanılmasıdır. Thornberry, Ireland ve Smith'e (2001) göre çocuğa fiziksel istismarda bulunmak psikolojik olarak acı çekmesine neden olur ve bu da hem içsel hem dışsal sorunları beraberinde getirir. *Fiziksel ihmal* ise çocuğun sağlığının önemsenmemesi ya da geciktirilmesi olarak tanımlanabilir ve çocuğun yetersiz beslenmesi ve gözetilmemesi gibi çocuğun fiziksel sağlığını tehlikeye atacak davranışları içerebilir (Yurdakök ve İnce, 2010). Çocuğun besin maddelerine, kıyafete, herhangi bir eve ve medikal olarak ihtiyaç duyduğu kaynaklara (doktor, ilaç vb.) ulaşamaması da çocuğun fiziksel olarak ihmal edildiğinin göstergesidir (Veltkamp ve Miller, 1994).

Birçok travmanın ortaya çıktığı ilk yer evdir ve çocukların istismar ve ihmale maruz kalmasının ardındaki sebep çoğunlukla çocuğun ebeveynleridir (van der Kolk, 2005). 2008'de Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi'nin raporu da van der Kolk'u destekler niteliktedir; çocukların uğradığı istismar ve ihmalin kaynağı %80 oranında kendi ebeveynleridir. Yine aynı rapora göre, 772.000 çocuğun %9.1'i cinsel istismara, %16.1'i fiziksel istismara, %7.3'ü duygusal istismara ve %71.1'i ihmale maruz kalmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2010) verilerine göre de çocukluk çağı travması dünya çapında çok yaygın bir durumdur; kadınların %20'si ve erkeklerin %5-10'u çocukken cinsel istismara; çocukların %25-50'si fiziksel istismara; ve birçok çocuk da duygusal istismara ve ihmale maruz kalmıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılmış olan başka bir çalışmada da kadınların çocukluk

dönemlerinde herhangi bir cinsel istismara uğrama oranları %17 ve yine çocukluk dönemlerinde duygusal istismara uğrama oranları %8.6 olarak bulunmuştur (Messman-Moore ve Brown, 2004). Türkiye'de yapılan araştırmalarda da çocukluk çağı istismar ve ihmallerinin oldukça yaygın olduğunu kanıtlar niteliktedir. Oral ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir çalışmada, çocuklarda fiziksel istismar oranının %60, cinsel istismar oranının %26, duygusal istismar oranının %18 ve ihmal oranının %20 olduğu belirlenmiştir. Güler ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında belirttiklerine göre, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu çocukların %46'nın istismara uğradığını açıklamıştır.

Çocuğun gelişimine zarar veren travmaların birçok farklı psikiyatrik bozukluk için risk faktörü olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir araştırmada, psikiyatrik hastalığı olan hastaların %81.6'sının duygusal ihmale ve %72.1'inin fiziksel ihmale maruz kalmış olduğu bulunmuştur (Örsel, Karadağ, Karaoğlan-Kahiloğulları ve Akgün-Aktaş, 2011). Yehuda, Halligan ve Grossman (2001) çocukluk çağında yaşanan travmanın travma sonrası stres bozukluğuyla ilişkili olduğunu belirtmiştir. İstismara uğramış üç yüz altmış dört çocukla yapılan bir başka çalışmada da çocukluk çağı travması sonrası görülen bozukluklar sıklık sırasıyla belirlenmiştir: Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, zıtlaşma bozukluğu, fobik bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (Ackerman, Newton, McPherson, Jones ve Dykman, 1998). Yapılan bazı başka çalışmalar birtakım kişilik bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve psikotik bozuklukların da çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili olabileceğini bulmuşlardır. Heim, Newport, Mletzko, Miller ve Nemeroff (2008) depresyon; Agnew Blais ve Danese (2016) bipolar bozukluk; ve Read, van Os, Morrison ve Ross (2005) şizofreni için çocukluk çağı travma yaşantılarını etiyolojik bir faktör olarak bulmuşlardır. Bir başka araştırmada ise çocukluk çağı travma yaşantılarının ergenlikte ve yetişkinlikte madde kullanımı, antisosyal ve sınırda kişilik yapısı, dissosiyatif ve somatoform bozukluklarla ilişkili olduğu belirlenmiştir (van der Kolk, 2003).

Çocukluk çağı travması alanında alanyazına van der Kolk (2014) tarafından yeni katılan "gelişimsel travma" kavramı vardır. Travmatik stres alanında kullanılmaya başlanan "gelişimsel travma" terimi bir çok kez tekrarlanan ve/veya uzamış olumsuz olaylara maruz kalmak; duygularda, davranışlarda ve dikkatte düzensizlik; benlik ve

ilişkisel düzensizlik; ve travma sonrası stres belirtileri ile karakterize edilmiştir. Durumun "gelişimsel travma" olarak adlandırılabilmesi için bu maruz kalma dışındaki belirtiler en az 6 aydır sürmek zorundadır ve işlevsellikle bozulma saptanmalıdır. "Gelişimsel travma"ya maruz kalmanın bozulma yaratacağı özel alanlar arasında bağlanma sorunları, duygu düzenleme güçlükleri, biyolojik etkiler, dissosiyasyon, davranışsal kontrol güçlükleri, bilişsel güçlükler, benlik gelişiminde yaşanan güçlükler vardır (Cook, Blaustein, Spinazzolla, ve van der Kolk, 2003). Bu bölümde bu alanlarda yaşanan bozulmalar açıklanacaktır.

1.3.1. Bağlanma Sorunları

Aspelmeier, Elliott ve Smith'e (2007) göre çocukluk çağı travma yaşantılarının kısa ve uzun vadeli etkilerini araştırırken bağlanma kuramından yararlanmak değerli bir bakış açısı sunar. Bağlanma kuramını geliştiren Bowly'ye göre (1969) çocukla çocuğa bakım veren arasındaki ilişki, çocuğun ileride kendisiyle, başkalarıyla ve dünyayla kuracağı ilişkide merkezi bir rol oynayacaktır. Çocuk ve bakım vereni arasındaki tekrarlayan etkileşim, çocuğun örtük hafıza modelinde kaydolur ve bunlar bağlanmanın içsel çalışma modelini oluşturur; bu içsel çalışma modeli nasılsa çocuk dünyayla ve kendiyle de o şekilde ilişki kurar (Tasca ve Balfour, 2014). Çocuğun yaşadığı travmanın kaynağında ona bakım vermekle sorumlu olan yetişkinle olan ilişkisi varsa, bağlanma büyük ölçüde zarar görmüştür; çocukluk çağında travma yaşamış olan çocukların %80'i güvenli bağlanma geliştirememişlerdir (Friedrich, 2002). Çocukların kurduğu bağlanmanın türünün ilerideki hayatlarında romantik partnerleriyle kuracağı ilişkilerde de etkili olacağı birçok araştırmanın konusunu oluşturmuştur. Selçuk ve arkadaşlarının (2010) seksen beş Türk anne ve çocuğu ile yaptıkları araştırmada ebeveynlerin "bağlanmayla ilişkili kaygı" ve "bağlanmayla ilişkili kaçınma" durumları ile çocuklarına bakım verme davranışlarını analiz etmişlerdir. Yetişkin bireyin romantik partnerine bağlı olmak konusunda ne kadar rahat olduğu "bağlanmayla ilişkili kaçınma" ve terk edilmeyle ilgili ne kadar endişe duyduğu "bağlanmayla ilişkili kaygı" olarak tanımlanmaktadır. Annelerin "bağlanmayla ilişkili kaygı" durumları ile çocuklarına bakım verme davranışları araştırıldığında ikisi arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur; ancak annelerin "bağlanmayla ilişkili kaçınma" durumlarının çocuğa bakım verme davranışlarını olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır (Edelstein ve ark., 2004; Rholes, Simpson ve

Blakely, 1995). Selçuk ve arkadaşlarının (2010) araştırmasının sonuçlarına göre de "bağlanmayla ilişkili kaçınma" annenin çocuğa bakım verme davranışını olumsuz etkilemektedir. Bu bulgu ışığında, bireyin bağlanma örüntüsünün partneriyle kurduğu ilişkinin yanısıra, çocuğuyla kurduğu ilişkiye de etki edeceği ve bunun bir kısır döngü yaratabileceği söylenebilir.

Bir çalışmada, çocuk ve çocuğa bakım veren arasında üç türlü bağlanma örüntüsü bulunmuştur: güvenli, kaçınmacı ve kaygılı (Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall, 1978). Güvenli bağlanan çocuk, bağlandığı kişi gittiği zaman üzülür ancak geri döneceğine ve döndüğünde ona sevgi gösterip rahatlatacağını bilir. Güvenli bağlanan çocuklar ileride de daha uzun ve güvenli ilişkiler geliştirebilir, ilişkilerinde daha rahat olur ve duygularını ifade etme konusunda problem yaşamaz. Kaçınmacı bağlanan çocuk, bakım veren kişiyi adeta yok sayar. Reddedilmek yerine ilişkiden tamamen kaçınmayı tercih eder. Bu bağlanma örüntüsünde bakım verenin çocuğu ihmal ve/veya istismar etmiş olması muhtemeldir. Kaçınmacı bağlanma örüntüsüne sahip olan çocuk yetişkin olduğunda da yakın ilişkiler kurmaktan kaçınır. Olumsuz duyguları hissetmekte zorlanırlar ve duygularını ifade etme konusunda da problem yaşarlar. Kaygılı bağlanan çocuk ise bakım veren gittiği zaman huzursuzlaşır ve bakım veren dönse dahi sakinleşmekte güçlük çeker. Bu bağlanma örüntüsünde bakım verenin çocuğa davranışlarında ve duygularında istikrarsız olması muhtemeldir. Bu bağlanma örüntüsüne sahip olan çocuklar hem yakın ilişki kurmak isterler hem de direnirler. Yetişkin olduklarında da başkalarına yakınlaşmakta güçlük çekerler ve aşırı bağımlı olabilirler. Çocukların güvenli bağlanma geliştirememeleri ilerideki hayatlarını etkileyecek strese karşı duyarlılık, dışarıdan destek almadan duyguları yönetememe, yardım isteme konusunda zorluklar (başkalarına bağımlı olma veya aksine hiç yardım istememe) gibi birçok farklı bozukluk geliştirmelerine yol açar (Cook ve ark., 2003). Rees'e göre (2016), çocukların duygularını tanıma ve ifade etme becerilerini geliştiren şey de bakım vereniyle kurduğu ilişkide ihtiyaçlarına cevap bulması ve yaşadıklarının anlamlandırılmasına bağlıdır. Erken dönem ilişkide çocuğa bakım vermekle sorumlu olan yetişkin çocuğun ihtiyaçlarına cevap bulması ve yaşadıklarını anlamlandırması gibi ihtiyaçlarına cevap vermediğinde güvenli bağlanma gerçekleşememiş olur ve çocuk duygularını düzenlemeyi öğrenemez, anlamlandıramadığı yaşantılarla baş başa kalır. Güvenli bağlanma, uyumlu duygu düzenleme becerileri geliştirmek için kritik bir öneme

sahiptir (Mikulincer ve Shaver, 2008). Ward, Ramsay ve Treasure'un (2000) araştırmasında güvensiz bağlanmanın bozulmuş yeme davranışlarını arttırdığı bulunmuştur. Tasca ve arkadaşlarının (2013) araştırmasına göre de duygu düzenleme güçlüğü ve kişilerarası ilişkilerdeki hassaslıkla karakterize edilen güvensiz bağlanma, çocukluk çağı travması ile yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiyi açıklamaya yardımcı olabilir.

1.3.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme; duyguların tanımlanabilmesi ve anlamlandırılabilmesi, negatif duyguların kabul edilmesi ve tolere edilebilmesi, duyguların serbestçe ifade edilebilmesi ve içsel yaşantıların düzenlenebilmesi becerisidir (Cook ve ark., 2003). Sosyal olarak sağlıklı bir işleyişin ve kişinin psikolojik iyilik halinin en önemli belirleyicilerinden biri olan duygu düzenleme, travmanın hangi gelişimsel dönemde yaşandığıyla da yakından ilişkilidir; çocukluk çağında hızlı bir şekilde gelişmeye başlayan duygu düzenleme; gözleyerek öğrenme, modelleme, sosyal çıkarımlardan da etkilenir (Morris, Silk, Steinberg, Myers ve Robinson, 2007). Örneğin duygu ifadelerine karşılık bakım vereni tarafından hevesli ve destekleyici bir karşılık gören çocuk duygu düzenleme kapasitesini güçlendirebilirken, başka bir çocuk duygu ifadelerinin reddedildiği, görmezden gelindiği, cezalandırıldığı bir bakım veren tarafından büyütüldüğünde duygu düzenleme güçlüğü zarar görebilir. Alanyazında birçok araştırma annenin fiziksel ve duygusal olarak ulaşılabilirliğinin çocuğun duygu düzenleme kapasitesi için kritik önem taşıdığını ortaya çıkarmıştır (Roberts ve Strayer, 1987).

Çocukluk çağında örseleyici deneyimlere maruz kalmak duygu düzenleme kapasitesinin gelişimini olumsuz etkiler ve örselenme yaşantılarının yarattığı bu olumsuz etkiler ergenlik dahil yetişkinlikte de varlıklarını sürdürmeye devam ederler (Alink, Cicchet, Hetti ve Rogosch, 2009; Hébert, Langevin ve Oussaïd, 2017). Örneğin düşük sosyoekonomik grupla yapılan bir araştırmaya göre çocukluk çağı travma yaşantısına (özellikle duygusal istismar) sahip olan bireylerde, duygu düzenleme güçlüğü psikiyatrik rahatsızlıklar için yordayıcı bir faktör olarak bulunmuştur (Crow, Cross, Powers ve Bradley, 2014). Araştırmanın bu sonucu aynı zamanda duygu düzenleme güçlüğünün; çocukluk çağı travma yaşantıları ile diğer

psikopatolojiler arasında bir aracı rol üstlendiğini belirten alanyazınına da katkı niteliğindedir.

Duygu düzenleme stratejileri uyumlu ve uyumsuz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır ve çocukluk çağı travma geçmişinin bireylerin baskılama, ruminasyon, kaçınma gibi uyumsuz baş etme mekanizmaları kullanmalarında etkili olduğu belirlenmiştir (Sloan ve ark., 2017). Alanyazın, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin psikopatoloji gelişmesinde ve devam etmesinde etkili bir faktör olduğunu göstermektedir (Taylor, Bagby ve Parker, 1997). Bir hipoteze göre, beslenme ve yeme bozukluğu gösteren kişiler duygu düzenlemede zorluklar yaşamakta ve olumsuz duygulanımlarla uyumlu ve etkili bir şekilde baş etmekte zorlanmaktadırlar (Svaldi, Griepenstroh, Tuschen-Caffier ve Ehring, 2012). Örneğin Penas-Lledo, Vaz Leal ve Waller'ın (2002) araştırmasına göre anoreksik bireyler aşırı egzersiz yapmayı bir duygu düzenleme stratejisi olarak kullanmaktadırlar. Bu durumu destekler nitelikte olan başka bir araştırmada ise, duygu düzenleme güçlüğünün bozulmuş yeme davranışlarını arttırdığı bulunmuştur (Fox ve Power, 2009).

Birçok araştırma, yeme bozukluğu belirtilerinin olumsuz duygularla baş etmek için oluştuğunu öne sürmüştür (Cooper, Wells ve Todd, 2004; Corstorphine, 2006). Yeme bozuklukları ve negatif duygularla baş etme konusunda akla ilk gelen kavramlardan biri de duygu odaklı baş etme mekanizmalarından biri olan "duygusal yeme"dir. Laitinen, Ek ve Sovia'ya (2002) göre kişi stres veren bir durumla karşılaştığında bununla yemek yiyerek, içerek ve egzersiz yaparak baş etmeyi tercih ettiğinde duygu odaklı baş etme mekanizmasını kullanmış olur. Duygu odaklı baş etme mekanizmalarının amacı stres veren durumların yarattığı istenmeyen duyguların altından kalkılabilir hale getirilmesi ve/veya yoğunluklarının azaltılmasıdır. Ancak bu mekanizmanın olumsuz yönü anlık rahatlama sağlasa da, uzun vadede problemin kendisinin çözümüne dair bir bileşen içermediği için problemin devam etmesine yol açan bir kısırdöngü yaratmasıdır. Bazı duygu odaklı baş etme mekanizmaları olumlu etki yaratsa da (resim yapmak gibi duyguların sanat yoluyla açığa çıkarılması) duygusal yeme gibi mekanizmalar sorunun devamlılığına yol açar. Duygusal yeme mekanizması aktif olan kişi negatif duyguların içinde sakince oturamadığında, onların geçerli olduklarını kabul edemediğinde, bastırdığında ve kaçınmaya çalıştığında yemek yemeye başvurur ve bu sayede kısa

süren bir rahatlama yaşasa da aslında bir kısırdöngü başlatarak ve temel soruna ek problemler de yaşamasına sebep olarak en baştaki sorunun devamlılığına sebep olmuş olur. Duygusal yeme mekanizmasının kontrol edilebilmesi için son zamanlarda alanyazında "farkındalıkla/bilinçli yeme" kavramı çalışılmaya başlanmıştır (Winkens ve ark., 2018). Farkındalıkla/bilinçli yeme kavramı kişinin yemek yeme alışkanlıklarının fark edilmesini ve yemek yeme isteği duyulduğunda tetikleyici duyguların ve düşüncelerin önüne bir set çekilmesini mümkün kılmaktadır.

Beslenme ve yeme bozuklukları bağlamında duygu düzenlemede güçlük çekilen duyguların başında kaygı gelmektedir. Ünlü bir psikiyatrist olan Lifton (1993), kaygıyı benliğe yönelik bir tehditten doğan kötü bir şey olacağı hissi veya daha ciddi olarak benliğin parçalanacağına dair bir sezgi olarak tanımlamıştır. Bir tıp doktoru olmayan ve kaygıya varoluşçuluk açısından bakan Søren Kierkegaard ise kaygıyı ortaya çıkaran şeyin seçenekler ve bu seçeneklerden hangisinin doğru olduğunu bilememek olduğunu belirtmiştir (Kierkegaard, Thomte ve Anderson, 1980). Kaygının birçok farklı disiplinden ve bakış açısından, bunlar gibi daha birçok farklı tanımı vardır. Kaygının psikoloji alanyazında bu kadar önem kazanmasında öncü olan Freud (1936) da kaygı hakkında bu bilinmezliği bir kitabında, bu kadar çok çabaya rağmen hala kaygı hakkında en basit şeyleri bile bilemediğini açıklamıştır. Belirli bir seviyeye kadar kaygı hissetmek patolojik olmaktan öte yararlı, gerekli ve doğaldır. İdare edilebilen ve yönetilebilen kaygı insanın hayatında önemli bir yere sahiptir. Örneğin önemli bir ameliyat öncesinde kaygılanmak doğal bir durumdur, önemli bir sınav öncesinde kaygı duymak ve bu kaygıyı yönetebilmek kişiyi daha dikkatli yapacak ve motive olmasını sağlayacaktır. Ancak kaygının yönetilememesi halinde kaygı kişiyi boğabilir ve paralize edebilir. Kaygının işlevsiz yönetilmesi ise yeme bozuklukları psikopatolojisi geliştirmekte rol oynamaktadır. Kişinin medikal veya medikal olmayan bir sebeple diyet yapmasının ON belirtilerini arttırdığının bilinmesi ise, bu kişilerin kaygılarını yönetmek amacıyla sağlıklı besin seçimine psikopatolojik bir yaklaşımla yaklaşıyor olabileceklerini akla getirmektedir. Bratman'a (1997) göre ortorektik belirtiler gösteren bireylerin en büyük kaygısı hastalıktır. Bu kişiler, eğer yeterince iyi beslenirlerse kanser dâhil her türlü hastalıktan korunacaklarını düşünürler. Ancak durum bununla sınırlı kalmaz. Zaman geçtikçe kişi sırf hastalanmakla ilgili kaygılarını yönetmek için değil, her konuda her

türlü kaygısını yatıştırmak için sağlıklı beslenme yolunu kullanmaya başlar ve bu da uyumsuz bir baş etme mekanizmasına dönüşür. Sağlıklı yemenin kaygıyla uyumsuz bir baş etme mekanizmasına dönüşme sebebi, kişilerin sağlıklı ve saf yemek seçimlerinin aslında yemeğin kendiyle ilgili olmaması, ancak kişilerin yemek seçimlerinin kendileri tarafından kontrol edilebilecek bir şey olmasıyla ilgilidir.

1.3.3. Biyolojik Etkiler

Çocukluk çağı travması, çocuğun stres karşısında duygularını düzenlemekten sorumlu beyin bölgelerinin gelişiminin zarar görmesinde bir risk faktörü oluşturur ve analitik kapasitesini dağıtır; bu dağılma da çocuğu bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak dağınık bir duruma getirir (Cook ve ark., 2003). Beynin sağ ve sol yarımkürelerinin entegre olmasına zarar veren çocukluk çağı travma yaşantıları; kişilerin neden stres altında travma yaşantısı olmayan bireylere kıyasla mantıklı olmayan tepkiler verdiklerini, koordinasyon ve denge konusunda neden sıkıntı yaşadıklarını ve duyusal motor becerilerinin gelişiminde sorun yaşadıklarını açıklar (Cook ve ark. 2003). Gilbertson ve arkadaşlarına (2002) göre travma sonrası hipokampüste küçülme görülür ve bu durum bireylerin stres karşısında neden artmış bir uyarılma gösterdiklerini açıklar. Çocukluk çağı travmasının fiziksel sağlık üzerinde de zararlı etkileri olduğu yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır. Gluckman, Hanson, Cooper ve Thornburg'un (2008) yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travma yaşantısı olan bireylerin ilerideki hayatlarında kronik hastalıklara yakalanmaya yatkın hale geldikleri bulunmuştur. Van der Kolk (2003) ise çocukluk çağı travma yaşantılarının ergenlikte ve yetişkinlikte metabolizmayla ve bağışıklıkla alakalı rahatsızlıklarla ve cinsel sorunlarla ilişkili olduğunu belirlemiştir.

1.3.4. Dissosiyasyon

Dissosiyasyon; duyguların ve benliğin bilincinden ayrışma, davranışın otomatikleşmesi gibi değişimleri içerir (Cook ve ark., 2003). Putnam'a göre (1997) dissosiyasyonla ilgili psikiyatrik bozukluklar çocukluk çağı travmalarının ilişkili olduğu en önemli psikopatolojilerdendir. Macfie, Cicchetti ve Toth'un (2001) araştırmasına göre istismar ve ihmal öyküsü bulunan çocuklar, bulunmayan çocuklardan daha çok dissosiyasyon rapor etmişlerdir. Şar, Öztürk ve İkikardeş'in (2012) yaptığı araştırmada da, dissosiyatif bozukluk hastalarının hepsinde çocukluk

çağı istismar veya ihmal öyküsü saptanmıştır. Çocukluk çağı travma yaşantısı bulunan kişinin benlik gelişimi zarar görür ve bunun bir sonucu olarak kişi, bütünleşmemiş benliğiyle tutarlı olarak yaşadıklarını tanımlayabilmek ve baş edebilmek için dissosiyasyonu kullanabilir; kişinin oluşturduğu dissosiyatif kimlikler bu uyumsuz baş etme mekanizmasının kaynağıdır (van der Kolk, van der Hart ve Marmar, 1996). Çocukluk çağı travmaları ve dissosiyasyonun bu kadar ilişkili bulunmasının bir sebebi de, kronik travmaya maruz kalmış olan çocukların bir baş etme mekanizması olarak dissosiyasyona bel bağlıyor olmaları olabilir (Cook ve ark., 2003).

1.3.5. Davranışsal Kontrol Güçlükleri

Çocukluk çağında travmaya maruz kalmak, ya fazla kontrol edilen ya da tam tersi hiç kontrol edilmeyen dürtüsel davranış kalıpları geliştirilmesiyle ilişkilidir; fazla kontrol edilen davranış kalıplarında örneğin ebeveynlere kompulsif bir şekilde uyum sağlamak görülebilirken hiç kontrol edilmeyen ve dürtüsel olabilen davranış kalıplarında agresyon görülebilir (Cook ve ark., 2003). Davranışsal kontrolün sağlanamamasının da; madde kullanımı, ergenlikte hamilelik, intihar ve/veya çeşitli kendini yaralama davranışları ve suça karışma riskini arttırdığı bulunmuştur (Anda, 2002). Yeme bozuklukları ile davranışsal kontrol güçlüğü arasındaki ilişki en belirgin olarak tıkınırcasına yeme bozukluğunda görünürdür. Bu kişiler tıkınırcasına yedikleri esnada kontrolü kaybettiklerini ve yemeyi hiçbir zaman durduramayacaklarını hissederler. Kişi en başta tıkınırcasına yemeye izin vererek çatışmalarını çözmek için kendine fırsat tanıdığını düşünmüş olsa da tıkınırcasına yemeyi olumsuz kendini değerlendirme ve olumsuz duygulanımlar takip edecektir ve bu davranışı kontrol edemediği için kişi kendini bir kısır döngünün içinde bulacaktır.

1.3.6. Bilişsel Güçlükler

Önceki çalışmalarda erken dönemde travmaya maruz kalmanın birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkili olduğu bulunmuştur. Kişinin yaşanılanları düzgün çalışan bir bilişsel sistemle tanımlayamıyor ve ifade edemiyor olması da bu ilişkide rol oynamaktadır. Mezzacappa, Kindlon ve Earls'ün (2002) yürüttüğü çalışmada, travmaya maruz kalmış çocukların yürütücü işlevlerinin zarar gördüğü tespit edilmiştir. Çocukluk çağında örseleyici deneyimlere maruz kalmak en başta kortizol

olmak üzere birçok glükokortikoid salgılanmasına neden olur ve bu durum da direkt olarak bilişsel fonksiyonları etkiler (McEwen, 1998). Cook ve arkadaşlarına göre (2003), çocukluk çağında örseleyici deneyimlere maruz kalmış olan bireylerde dikkati düzenlemede zorluk, yeni bilgileri işlemede sorunlar ve öğrenme bozuklukları gibi bilişsel birçok sorun görülmektedir.

1.3.7. Benlik Gelişimi Güçlükleri

Baumeister'e (1999) göre benlik kavramı, bireyin kim ve ne olduğuna dair atıfları dahil olmak üzere kendiyle ilgili inandığı şeyler bütünüdür. Çocuğun benlik gelişimindeki en önemli faktör, erken dönemde bakım vereniyle kurduğu ilişkidir; bu ilişki sayesinde zamanla çocuk güvenli, tutarlı ve bütünleşmiş bir benliğe sahip olur (Bowlby, 1988). Ancak bunun tam tersi olduğu zaman, benlik gelişimi zarar görmüş olur. Kendini güçsüz ve yetersiz hisseden çocuk, bu yüzden başka insanların onu reddedeceğini ve ona ebeveyninin davrandığı gibi davranacağını düşünür; kendini suçlar (Cook ve ark., 2003). Liem ve Boudewyn'e (1999) göre yetişkinlikte yüksek derecede kendini suçlamaktan muzdarip olurlar. Kendini suçlayan ve yetersiz gören çocuk, yetişkin olduğunda da negatif bir benlik kavramı geliştirmiş olur. Benliğini negatif olarak değerlendirmek, çocukluk çağı travmasının önemli bir sonucudur ve yeme bozukluğu geliştirilmesi yolunda önemli bir risk faktörüdür. Dunn ve Bratman'ın (2016) ON için önerilen tanı kriterlerinde de kişinin kendilik değeri, kimliği ve kendinden tatmin olması; oluşturduğu sınırlayıcı beslenme düzenine bağımlı hale geldiği vurgulanmıştır.

1.4. Çocukluk Çağı Travmaları, Psikopatolojik Belirtiler ve Ortoreksiya Nervoza (ON)

Tasca ve arkadaşlarının (2013) yapısal eşitlik modeli kullandıkları araştırmasının sonuçlarına göre çocukluk çağı travmasının yeme bozuklukları belirtileri üzerinde direkt bir etkisi vardır. Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer ve Agras (2004) yaptıkları yeniden inceleme çalışmasında çocukluk çağında yaşanan örseleyici deneyimlerin yeme bozuklukları için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Tasca ve arkadaşlarına (2013) göre çocuklukta örseleyici deneyimlere maruz kalmak, kişinin özellikle negatif olan yoğun duygusal deneyimleri tolere etmek ve işlemek konusunda sıkıntılar yaşama olasılığını arttırabilir. Sonrasında; kişi kendini boğan,

altından kalkmakta zorlandığı ve acı veren negatif duygusal durumlarla baş etmek için dışsallaştırılmış davranışlar geliştirir (Briere ve Scott, 2006). Briere ve Rickards'a (2007) göre bir tür baş etme mekanizması olarak kullanılan bu dışsallaştırılmış davranışlar arasında kendine zarar verme, intihar eğilimi, kompulsif cinsellik ve bozulmuş yemek alışkanlıkları sayılabilir. Beslenme ve yeme bozukluğu yaşayan kişiler genellikle olumsuz deneyimleri tolere etmekte zorluk yaşamaktadırlar. İşlevsel olmayan ve zarar veren yeme davranışları genellikle duygusal acı, çatışmalar, düşük özgüven, anksiyete, depresyon, stres ve travma geçmişi gibi durumlara cevap olarak ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağı travma yaşantıları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin rolü son zamanlardaki çalışmalarda ortaya çıkmaya başlamıştır. Örneğin, Burns, Fischer, Jackson ve Harding'in (2012) lisans öğrencileriyle yaptıkları araştırmada çocukluk çağında yaşanan duygusal istismar ile yeme bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkide duygu düzenlemenin rol oynadığı ortaya çıkmıştır. Kişinin negatif duyguları düzenlemek için gerekli araçları yoksa ve dolayısıyla duygu düzenleme güçlüğü yaşıyorsa işlevsiz baş etme mekanizmaları anlık rahatlama sağlasa da uzun vadede psikolojik ve fiziksel olarak zarar görmektedirler. Kent ve Waller'a (2000) göre çocukluk çağı travmaları ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkide rol oynayan psikolojik süreçleri anlayabilmek çok önemlidir. Dunn ve Bratman'ın (2016) ON için önerilen tanı kriterlerinde içsel stresin arttığı ve kişinin ve sosyal, akademik ve mesleki işleyişinde bozulmalar meydana geldiği belirtilmiştir. Yine bu tanı kriterlerine göre kişinin kendilik değeri kısıtlanan beslenme düzenine bağımlı hale gelir. Kişinin kendini olumlu bir şekilde algılaması ve böyle algılamaya devam edebilmesi için oluşturduğu sınırlı diyete bağlı kalması gerekmektedir. Bratman'a (1997) göre içsel stresin artması kaygı ile ilişkilidir ve ON ile mücadele eden bireylerin en büyük kaygısı hastalanmaktır. Obsesif bir şekilde sağlıklı beslenme, bireyin potansiyel hastalıklar karşısında işlevsel olmayan bir baş etme mekanizması halini almıştır. Bu bulgular ışığında ortorektik belirtilerin genel psikopatolojik belirtiler ile ilişkili olması beklenmektedir.

1.5. Araştırmanın Önemi

Çocukluk çağında yaşanan travmalar hem bireyin kendi sağlığı için, hem de toplumsal sağlık için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Bu tehdit bazen ani ve hemen

görülebilen yaralanma, ölüm gibi sonuçlar doğurabilirken bazen de hemen görülemeyen, uzun vadeli sonuçlar doğurabilir ve bu sonuçlar çocukluk çağında travmaya uğrayan kişinin ilerideki yaşamında çeşitli psikopatolojiler ile kendini gösterebilir. Bu araştırmanın konusunu da bahsedilen potansiyel psikiyatrik bozukluklardan ON ile çocukluk çağı travmaları ve psikopatolojik belirtiler arasındaki ilişki oluşturmaktadır.

Hoek ve van Hoeken'e (2003) göre herhangi bir tanı sistemi içerisinde yer almayan farklı özelliklere sahip çok sayıda eşik altı yeme bozukluğu vardır. Henüz DSM-V'te (APB, 2013) beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinde yer almamış olan ON da, geri alınamaz medikal komplikasyonlar oluşturabilen ciddi bir sağlık sorunudur ve Hoek ve van Hoeken'in (2003) söz ettiği bozukluklar arasında olduğu tahmin edilmektedir. Çocukluk çağı travma yaşantıları ile psikopatolojik belirtilerin ON varyansına nasıl bir katkıda bulunacağının araştırılmasının hem çocukluk çağı travmaları hem de ON açısından alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. ON hakkında hem yurtdışı hem de Türkiye kaynaklı çalışmalar çok sınırlı sayıda olduğundan, herhangi özel bir katılımcı grubuyla (diyetisyen, tıp doktoru vb.) yapılmamış olan bu çalışmanın aynı zamanda araştırılmaya yeni başlanan ON hakkındaki alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, çocukluk çağı travmaları ile psikopatolojik belirtilerin ortorektik belirtiler üzerinde nasıl bir etki yaptığının araştırılması ve bu sayede kısıtlı sayıda olan ON alanyazınına katkı sağlanmasıdır. Alanyazında çocukluk çağı travma yaşantıları ile ON ilişkisine dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak çocukluk çağı travma yaşantılarının yeme bozuklukları için bir risk faktörü olmasından yola çıkılarak, ON için de bir risk faktörü olacağı beklenmektedir. Bahsedilen değişkenlerin ortorektik belirtiler üzerindeki rollerinin incelenmesi; ON için Dunn ve Bratman (2016) tarafından önerilen tanı kriterleri düşünüldüğünde araştırmanın amaçlarından biri olacaktır.

Bu bağlamda araştırmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir.

1. Sosyo-demografik özellikler kontrol edildiğinde; psikopatolojik belirtiler ve çocukluk çağı travma yaşantıları arttıkça ortorektik belirtiler artacaktır.

2. Ortorektik belirtiler erkeklere kıyasla kadınlarda daha yüksek oranda görülecektir.
3. Ortorektik belirtiler diyet yapmayanlara kıyasla, herhangi bir sebep dolayısıyla diyet yapanlarda daha yüksek oranda görülecektir.
4. Kaygı düzeyi arttıkça ortorektik belirti düzeyi artacaktır.

2.BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. Örneklem

Araştırmaya toplamda 716 kişi katılmıştır, ancak bu kişilerin 222'si anket formunu tamamlamadıkları için analizler 494 katılımcı üzerinden yürütülmüştür. Araştırmanın örneklem grubunu farklı eğitim düzeylerinde bulunan (lise mezunu veya altı, üniversite öğrencisi, üniversite mezunu, yüksek lisans/doktora öğrencisi, yüksek lisans/doktora mezunu) 20 yaş ve üstü yetişkinler oluşturmaktadır. Toplam katılımcı sayısı 420'si (%85) kadın ve 74'ü (%15) erkek olmak üzere 494'tür. Katılımcıların yaş ortalaması 23.55'tir. Katılımcıların 422'si bekar (%85.4), 58'i evli (%11.7), 14'ü (%2.8) ise boşanmış ve/veya duldur. Katılımcıların 80'i (%16.2) lise mezunu veya altı, 210'u (%42.5) üniversite öğrencisi, 143'ü (%28.9) üniversite mezunu, 35'i (%7.1) yüksek lisans/doktora öğrencisi, ve 26'sı (%5.3) yüksek lisans/doktora mezunudur. Katılımcılara gelir durumları sorulduğundaysa 93'ünün (%18.8) düşük gelir grubunda, 124'ünün (%25.1) orta-düşük gelir grubunda, 224'ünün (%45.3) orta gelir grubunda, 48'inin (%9.7) orta-yüksek gelir grubunda, ve 5'inin (%1) yüksek gelir grubunda olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 258'i (%52.2) hayatlarının büyük bir bölümünde şehirde yaşadıklarını belirtmiştir. 121'i (%24.5) ilde, 84'ü (%17) ilçede, 31'i (%6.3) ise köy ve/veya kasabada yaşadıklarını belirtmiştir. (Bkz. Tablo 2.1.)

Tablo 2.1. Katılımcılara ait sosyo-demografik bilgiler

		n	%
Cinsiyet	Erkek	74	15.0
	Kadın	420	85.0
Yaş	20-29	424	85.8
	29-38	65	13.2
	38-47	3	0.6
	47-56	2	0.4
Medeni Hal	Evli	58	11.7
	Bekar	422	85.4
	Boşanmış/Dul	14	2.8
Eğitim Durumu	Lise mezunu/altı	80	16.2
	Üniversitesi öğrencisi	210	42.5
	Üniversitesi mezunu	143	28.9
	YL/doktora öğrencisi	35	7.1
	YL/doktora mezunu	26	5.3
Gelir Durumu	Düşük gelir	93	18.8
	Orta düşük gelir	124	25.1
	Orta gelir	224	45.3
	Orta – yüksek gelir	48	9.7
	Yüksek gelir	5	1.0
Yaşadığı Yer	Köy/Kasaba	31	6.3
	İlçe	84	17.0
	İl	121	24.5
	Büyük şehir	258	52.2

2.2. Veri Toplama Araçları

Yapılan araştırma kapsamında veri toplama amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan Demografik Bilgi Formu; Bernstein, Fink, Handelsman ve Foote (1994) tarafından geliştirilen ve Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ); Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ORTO-11; ve bireylerin psikolojik belirti seviyeleri ile anksiyete ve olumsuz benlik puanlarını ölçmek için Derogatis (1992) tarafından geliştirilen ve Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılan Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanılmıştır.

2.2.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından katılımcılara; cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, gelir durumları, eğitim durumları, ebeveynlerinin hayatta olup olmadıkları, ebeveynlerinin eğitim durumları, yaşamlarının büyük bölümünün geçtiği yerleri, şimdiye kadar ciddi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları, şimdiye kadar psikolog/psikiyatrist başvurusunda bulunup bulunmadıkları, eğer herhangi bir psikolog/psikiyatrist başvurusunda bulundularsa ve verildiyse tanıları ve beslenmelerinde herhangi özel bir diyet uygulayıp uygulamadıkları ve eğer beslenmelerinde herhangi özel bir diyet uyguluyorlarsa bunun nasıl bir diyet olduğu sorulmuştur. Soruların bazıları açık uçlu, bazıları ise seçmelidir. Formun bir örneği Ek 2'de sunulmuştur.

2.2.2. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇRTÖ)

Araştırmada 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla ÇRTÖ kullanılmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği orijinal adıyla "Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)" Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilmiş özbildirime dayalı bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Öncelikli olarak dissosiyatif bozukluklar için uygun olmakla birlikte klinik ve klinik dışı gruplara da uygulanabilmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Ölçek toplam 28 maddeden oluşmakta ve bu 28 maddenin üç tanesi travmanın inkarını ölçmektedir (madde 10, 16 ve 22). Katılımcılar her bir maddeyi 5'li Likert tipi ölçek üzerinde (1=*hiçbir zaman*, 2=*nadiren*, 3=*kimi zaman*, 4=*sık olarak*, 5=*çok sık*) derecelendirmektedirler (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Ölçek çocukluk çağı istismarıyla ilişkili olarak cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve duygusal ve fiziksel ihmal olmak üzere beş alt boyutu kapsamaktadır (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Önceki biçimi 53 maddeden oluşmakta olan bu ölçek sonradan kısaltılarak İngilizce özgün biçiminden 1996 yılında Türkçeye çevrilmiştir (Şar ve ark., 2012). Daha sonra her iki dilde yeterli bir uzman tarafından İngilizceye geri çevrilmiştir. Ölçeğin ilk çevirisi ile pilot çalışma yapılarak maddelerin anlaşılabilirliği değerlendirildikten sonra ölçeğe son şekli verilmiş ve her iki versiyon arasında tutarlılık sağlanmıştır (Şar ve ark., 2012). Ölçeğin yönergesinde katılımcılara 20 yaşından önce başlarına gelmiş olaylarla ilgili sorular sorulmakta ve kendi durumlarına en çok uyan maddeyi olabildiğince gerçeğe uygun bir şekilde işaretlemeleri istenmektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Duygusal istismar 3, 8, 14,

18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle, duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Puanların hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir. Beş alt puanın toplamı ÇRTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkârını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. (Şar ve ark., 2012). Ölçeğin Türkçe uyarlaması için kesme puanı hesaplanmamıştır, fakat Şar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasının bulgularından yola çıkarak bazı kestirimlerde bulunulmuştur. Bu çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının (sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin) pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir. Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için de 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için ise bu sınırın 35 civarında olabileceği görülmektedir (Şar ve ark., 2012). Ölçeğin Türkçe uyarlama ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında (Şar ve ark., 2012) iç tutarlılığı ölçmek için Cronbach Alpha ve yarım test (Guttman formülü) yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach Alpha değeri çalışmada tüm katılımcılardan oluşan grup için (N = 123) 0.93 olarak bulunurken, Guttman yarım test katsayısı ise 0.97 olmuştur (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Bu grupta her bir madde ve toplam puan arasındaki korelasyonlar Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı hesaplanarak bulunmuştur. Madde 4 (r = .17) dışında tüm sonuçlar .30'un üzerinde ve çoğu .50'nin üzerinde bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Bu sonuçlar ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. ÇRTÖ toplam puanının 2 hafta ara ile klinik olan ve olmayan katılımcılar üzerinde yapılan test tekrar test korelasyon katsayısı 0.90 (p < .001, N = 48) bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Alt puanlar için korelasyon katsayıları ise şöyle bulunmuştur: Duygusal istismar (r = .90 p = .001), duygusal ihmal (r = .85 p < .001), fiziksel istismar (r = .90 p < .001), cinsel istismar (r = .73 p < .001), fiziksel ihmal (r = .77 p < .001),

minimizasyon (r = .71 p < .001) (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Şar ve arkadaşlarının (2012) Türkçe uyarlama ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin yapısal geçerliliğine ilişkin analizler sonucunda ÇRTÖ, Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım ve İhmal Soru Listesi ve Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği sonuçları arasında tutarlılık bulunması ölçeğin yapısal geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bileşen geçerliliğine ilişkin açıklayıcı faktör analizinde ölçeğin özgün biçimiyle uyumlu olarak beş faktör incelenmiştir. Bu beş faktörün toplam varyansın %72.5 civarında yeterince büyük bir kısmını temsil ettiği bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu, 2012). Sonuç olarak, ÇRTÖ'nin geçerli ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Şar ve ark., 2012). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri .831 olarak bulunmuştur. Ölçeğin bir örneği Ek 3'te sunulmuştur.

2.2.3. ORTO-11

Katılımcıların ortorektik eğilimlerini araştırmak için bu çalışmada orijinali ORTO-15 olarak adlandırılan ölçeğin Arusoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış hali olan ORTO-11 ölçeği kullanılmıştır. ORTO-15, Bratman (2000) tarafından hazırlanan 10 soruluk Ortoreksiya formuna dayanmaktadır. Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, ve Canella (2005) tarafından bu soru formundan bazı ifadelerin çıkartılıp yerine yenilerinin eklenmesi ve bazı sorularda ise ifadelerin yeniden düzenlenmesi ile İtalya'da geliştirilen ölçek Ortoreksiya Nervoza eğilimini değerlendirmeyi amaçlamakta ve 15 sorudan oluşmaktadır. Bratman'ın geliştirdiği formda yer alan sorular "evet" veya "hayır" şeklinde cevaplanırken ORTO-15'teki maddeler 4'lü likert tipi bir ölçekle ("her zaman", "sık sık", "bazen", "hiçbir zaman") değerlendirilmekte ve maddeler bilişsel-rasyonel alanı (madde 1, 5, 6, 11, 12, 14), klinik alanı (madde 3, ,7, 8, 9, 15), ve duygusal alanı (madde 2, 4, 10, 13) kapsamaktadır. Maddeler, bireylerin besin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki davranışlarını incelemektedir.

Ülkemizde ORTO-15'in Türkçe'ye uyarlama çalışması Arusoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinal formu ile yapılan faktör çalışmasına rastlanmadığından ve mümkün olduğunca istatistiksel gücü yüksek maddeleri seçmek amaçlandığından yapılan faktör analizi sonucunda sadece .50 ve üzeri değerle faktöre yüklenen maddeler seçilmiştir. İç tutarlığını incelemek üzere 15

madde üzerinden hesaplanan Cronbach alfa değeri 0.44 iken bu değer 11 madde üzerinden hesaplandığında 0.62 olarak belirlenmiştir. 11 madde üzerinden tekrar yürütülen faktör analizi sonucunda ölçeğin tek bir yapı halinde ele alınması daha uygun bulunmuştur. Maddelerin toplam puanla korelasyon değerlerinin -0.5 ile 0.49 arasında değiştiği görülmüştür. Bu şekilde maddelerin istatistiksel özellikleri dikkate alındığında 11 maddelik hali ile ölçeğin en iyi işlerlik düzeyinde olduğu belirlenmiş ve Türkçe'de ORTO-11 şeklinde kullanımına karar verilmiştir. Ölçekte, son haliyle 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13 ve 14 numaralı maddeler yer almıştır. Sadece 8. madde ters yönde puanlanmaktadır. Ortorektik eğilimi yansıtan cevapların ''1'', normal yeme davranışı eğilimlerini yansıtan cevapların ''4'' puan aldığı ölçekte tüm maddelerin toplanması ile ölçek toplam puanı elde edilmekte ve ölçekten alınan düşük puanlar ortorektik eğilimi göstermektedir. Donini ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında farklı kesme noktaları denenmiş ve kesme noktası 40 puan alındığında, ölçeğin yordama kapasitesinin yükseldiği ve ortorektik eğilimi olanları ayırt edebildiği gösterilmiştir. Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ORTO-11'in tek faktör yapısı ile değerlendirilmesinin daha uygun olacağı belirtildiği için bu çalışmada da ORTO-11 tek faktörlü bir şekilde analiz edilmiştir. Bu araştırmada ORTO-11'in Cronbach Alpha değeri .657 olarak bulunmuştur. ORTO-11 ölçeği Ek 4'te verilmiştir.

2.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Genel bir psikopatoloji değerlendirmesi yapacak kısa ancak geçerli ve güvenilir olan ölçeklere duyulan ihtiyaç üzerine Derogotis (1992) tarafından geliştirilmiş olan KSE Likert tipi, özbildirime dayalı bir kendini değerlendirme aracıdır. KSE, 90 maddelik SCL-90 Semptom Belirleme Listesi üzerinden temellendirilmiştir. SCL-90-R'nin dokuz faktörüne dağılmış olan 90 madde arasından, her faktörde en yüksek yükü almış toplam 53 madde seçilmiş ve 5- 10 dakikada uygulanabilen, benzer yapıda kısa bir ölçek elde edilmiştir. Klinik dışı örneklemler de dahil çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda ortaya çıkabilecek bazı psikolojik belirtileri saptamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir belirti tarama ölçeğidir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (Şahin ve Durak, 1994). Alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları .71 ile .85 arasında değişmektedir. Envanterin toplam puanı üzerinden bulunan Cronbach Alpha iç

tutarlılık katsayısı .94 olarak hesaplanmıştır (Şahin, Batıgün ve Uğurtaş, 2002). Maddeler, " hiç yok" ve " çok fazla var" ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Her alt ölçek için belirlenen toplam, o alt ölçekteki madde sayısına bölündüğünde o boyut için bir puan elde edilmektedir. Her bir alt test puanı ve genel belirti puanının yükselmesi psikolojik belirti düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. KSE, dokuz alt ölçek (somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası alınganlık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik-anksiyete, paranoid düşünceler, ve psikotizm) ek maddeler ve üç global indeksten (rahatsızlık ciddiyeti, belirti toplamı, ve semptom rahatsızlık indeksleri) oluşmuştur ancak ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları üç ayrı çalışma ile gerçekleştiren Şahin ve Durak (1994) ölçeğin "anksiyete" (maddeler 12, 13, 28, 31, 32, 36, 38, 42, 43, 45, 46, 47, 49), "depresyon" (maddeler 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 25, 27, 35, 37, 39), "olumsuz benlik" (maddeler 15, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 51, 52, 53), "somatizasyon" (maddeler 2, 5, 7, 8, 11, 23, 29, 30, 33) ve "hostilite" (maddeler 1, 3, 4, 6, 10, 40, 41) olarak adlandırılan beş alt ölçekten oluştuğu saptamışlardır. Ölçeğin iç tutarlık güvenirlik değeri ölçeğin tümü için .94'tür. Faktör analizi sonucunda iç tutarlık katsayıları depresyon için .85, anksiyete için .81, olumsuz benlik için .80, somatizasyon için .71 ve hostilite için .72 olarak bulunmuştur (Şahin ve Durak, 1994). Bu araştırmada envanterin Cronbach Alpha değeri .963 olarak bulunmuştur. Envanterin bir örneği Ek 4'te sunulmuştur.

2.3. İşlem

Maltepe Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli iznin alınmasıyla veri toplama aşaması Kasım 2017'de başlamış ve Aralık 2017'de sona ermiştir. Veriler, bir çevrimiçi veri toplama uygulaması olan "qualtrics" üzerinden araştırmacının sosyal çevresi tarafından web tabanlı sosyal ağlarda paylaşılması yoluyla toplanmıştır. Veri toplamak için sırasıyla Bilgilendirilmiş Onam Formu, Demografik Bilgi Formu, ÇRTÖ, ORTO-11, ve KSE bir araya getirilerek bir anket formu oluşturulmuştur. Anket formuna ilk olarak araştırmanın etik kurallara uygun şekilde yürütülebilmesi için Bilgilendirilmiş Onam Formu eklenmiştir. Katılımcılar araştırmanın kim tarafından yürütüldüğü, araştırmanın ne için yapıldığı, kimlik belirleyici verilerin istenmeyeceği, anketi tamamlamanın tahmini olarak ne kadar süreceği, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve cevaplarının gizli kalıp toplu olarak

değerlendirileceği konusunda aydınlatılmışlardır. Bilgilendirilmiş onam formu Ek 1'de görülebilir. Katılımcılar, bilgilendirilmiş onam formuna onay verdikten sonra ankete devam edebilmişlerdir. Her ölçeğin başında soruların nasıl cevaplanacağına dair kısa bir açıklama verilmiştir. Kayıp veriyi engelleyebilmek için katılımcıların boş bırakarak devam etmesi "qualtrics" üzerinden özel bir ayarla engellenmiştir. Elde edilen veriler, IBM SPSS Advanced Statistics 20.0 programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

İstatistiksel analizlere geçilmeden önce, değişkenlere verilerin doğru girilip girilmediği, eksik verilerin durumu, verilerin kullanılacak istatistiksel analizlerin varsayımlarına uygunluğu ve dağılımı sınanmıştır. Ana değişkenlerin normallik sayıltıları, kayışlılık ve sivrilik değerleri ile normal dağılım grafikleri kullanılarak test edilmiştir. Bu testler sonucunda, değişkenlerin normal dağılım sayıltısını karşıladıkları gözlenmiştir. Ana değişkenlerin diğer sayıltıları karşılayıp karşılamadıkları da yayılım grafikleri ile incelenmiştir. Sonuçlara göre, değişkenler doğrusallık ve homojen puan dağılımı sayıltılarını karşılamaktadır. Verilerin internet ortamından toplanması ve soruların boş bırakılmasına izin verilmemesi nedeniyle araştırmada kayıp veri bulunmamaktadır.

Bu bölümde, betimleyici istatistiklere yer verilecek ve araştırmanın hipotezlerini test etmek amacıyla yapılan istatistiksel analizlerin sonuçları açıklanacaktır. Öncelikle, araştırmada yer alan temel değişkenlerin (çocukluk çağı travması, genel psikopatolojik belirtiler, ortorektik belirtiler) arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik olarak yapılan Pearson Korelasyon Analizleri sonuçları aktarılacaktır. Ardından; kadın ve erkeklerin, ciddi bir sağlık sorunu yaşamış olanlarla yaşamamış olanların, psikolojik yardıma başvurmuş olanlarla olmayanların, beslenme düzeninde özel bir diyet uygulayıp uygulamayanların ortorektik belirtiler açısından karşılaştırılması amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem t-testi analizi sonuçları verilecektir. Daha sonra, bazı sosyodemografik değişkenler ile ortoreksiya arasındaki ilişkinin

araştırılması amacıyla yapılan Tek Yönlü Varyans Analiz sonuçları sunulacaktır. Son olarak, ortorektik belirtileri yordayan değişkenlerin neler olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonuçlarına yer verilmektedir.

3.1. Betimleyici İstatistikler

Katılımcılara ciddi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadıkları, herhangi bir psikolog/psikiyatrist başvurusunda bulunup bulunmadıkları, ve beslenmelerinde özel bir diyet uygulayıp uygulamadıkları sorulmuştur. Katılımcıların 80'i (%16.2) ciddi bir sağlık sorunu yaşadıklarını, 414'ü (%83.8) ise yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılardan ciddi bir sağlık sorunu yaşadıklarını belirtenler genellikle trafik kazası veya aniden oluşan herhangi bir komplikasyon sebebiyle operasyon geçirdiklerini ve/veya kanser olduklarını, bir kısmı da diyabet ve tiroid rahatsızlığına sahip olduklarını belirtmişlerdir. Herhangi bir psikolog veya psikiyatrist başvurusunda bulunup bulunmadıkları sorulduğundaysa katılımcıların 227'si (%46) bulunduklarını, 267'si (%54) ise bulunmadıklarını belirtmiştir. Katılımcılara beslenme düzenlerinde özel bir diyet uygulayıp uygulamadıkları sorulduğundaysa 96'sı (%19.4) uyguladıklarını, 398'i ise uygulamadıklarını belirtmiştir. Beslenme düzenlerinde özel bir diyet uyguladığını belirten katılımcılar genellikle rafine şeker yememeye çalıştıklarını, karbonhidrat yerine protein ağırlıklı beslendiklerini ve lif tüketimine özen gösterdiklerini belirtmiştir. Katılımcılar arasında kilo vermek amacıyla diyet yapanlar olduğu gibi kilo almak için diyet yapanlar da vardır. Karatay diyeti ve aralıklı oruç gibi günümüzde popüler olan diyetler de katılımcıların beslenme düzenlerindeki özel diyetler arasındadır. (Bkz. Tablo 3.1.)

Tablo 3.1. Katılımcılara Ait Ciddi Bir Sağlık Sorunu Geçmişi, Psikolojik Yardıma Başvuru, ve Beslenmede Özel Bir Diyet Uygulama Bilgileri

		N	%
Ciddi Sağlık Sorunu Yaşama Durumu	Evet	80	16.2
	Hayır	414	83.8
Psikolojik Yardım Başvuru Durumu	Evet	227	46.0
	Hayır	267	54.0
Özel Bir Diyet Yapma Durumu	Evet	96	19.4
	Hayır	398	80.6

Araştırmada kullanılan çocukluk çağı ruhsal travma, ortorektik belirtiler, ve psikopatolojik belirtiler değişkenlerinin de ortalama, standart sapma, minimum – maksimum değerleri gibi betimleyici istatistikleri incelenmiştir. Bu değerler, Tablo 3.2.'de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Betimleyici İstatistikleri

	Ortalama	*SS*	*Minimum*	*Maksimum*
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma	42.83	13.86	25.00	105.00
Ortorektik Belirtiler	26.15	4.41	12.00	40.00
Psikopatolojik Belirtiler	126.12	38.36	53.00	235.00

3.2. Araştırmanın Temel Değişkenleri Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Bu bölümde araştırmanın temel değişkenleri olan çocukluk çağı travmaları, psikopatolojik belirtilerin alt boyutları ve ortorektik belirtiler arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenecektir. (Bkz. Tablo 3.3)

Tablo 3.3. ORTO-11, ÇRTÖ ve KSE Alt Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

	1	2	3	4	5	6	7
1 ORTO-11	1	-.12**	-.066	-.11*	-.04	-.09*	.04
2 KSE Anksiyete		1	.80**	.82**	.72**	.74**	.44**
3 KSE Depresyon			1	.81**	.68**	.69**	.44**
4 KSE Olumsuz Benlik				1	.60**	.71**	.53**
5 KSE Somatizasyon					1	.61**	.45**
6 KSE Hostilite						1	.46**
7 ÇRTÖ							1

*$p < 0.05$, **$p < 0.01$

Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre ortorektik belirtiler ile KSE alt boyutlarından "anksiyete", "olumsuz benlik", "hostilite" arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır (Sırasıyla $r(492) = -.12$, $p < 0.01$, $r(492) = -.11$, $p < 0.05$, $r(492) = -.09$, $p < 0.05$). Ortorektik belirtiler ile KSE'nin diğer alt boyutları (depresyon ve somatizasyon) arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

3.3. Ortorektik Belirtiler İçin Yapılan Gruplar Arası Karşılaştırmalar

Cinsiyete, ciddi bir sağlık sorunu yaşamış olma durumuna, psikolojik yardım başvuru durumuna, ve beslenmede özel bir diyet yapma durumuna bağlı olarak ortorektik belirti puanları arasında farklılık olup olmadığını analiz etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.3'te görülmektedir. Analiz sonuçlarına göre, kadın katılımcıların ortorektik belirti puanlarının (*Ort* = 26.02, *SS* = 4.42), erkek katılımcıların ortorektik belirti puanlarından (*Ort* = 26.89, *SS* = 4.28) düşük olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (*t*(492) = 1.563, *p* = .12). Ciddi bir sağlık sorunu yaşamış olan katılımcıların ortorektik belirti puanlarının (*Ort* = 25.97, *SS* =4.74), ciddi bir sağlık sorunu yaşamamış olan katılımcıların ortorektik belirti puanlarından (*Ort* = 26.18, *SS* = 4.35) düşük olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (*t*(492) = .396, *p* = .69). psikolojik yardıma başvurmuş olan katılımcıların ortorektik belirti puanlarının (*Ort* = 26.20, *SS* = 4.55), psikolojik yardıma başvurmamış olan katılımcıların ortorektik belirti puanlarından (*Ort* = 26.10, *SS* = 4.30) yüksek olduğu ancak bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur (*t(*492) = -.247, *p* = .80). Beslenmelerinde özel bir diyet uygulayan katılımcıların ortorektik belirti puanları (*Ort* = 23.27, *SS* = 3.90), beslenmelerinde özel bir diyet uygulamayan katılımcıların ortorektik belirti (*Ort* = 26.84, *SS* = 4.24) puanlarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulunmuştur (*t*(492) = 7.52, *p* = .00). (Bkz. Tablo 3.4.)

Tablo 3.4. Ortorektik Belirtiler için Yapılan Bağımsız Örneklem T-test Analizi Sonuçları

	Kateg.	*N*	*Ort*	*SS*	*T*	*df*
Cinsiyet	Kadın	420	26.02	4.43	1.56	492
	Erkek	74	26.89	4.29		
Ciddi Sağlık Sorunu	Evet	80	25.97	4.75	.4	492
	Hayır	414	26.19	4.35		
Psikolojik Yardıma Başvuru	Evet	227	26.21	4.55	-.25	492
	Hayır	267	26.11	4.3		
Diyet Yapma Durumu	Evet	96	23.27	3.9	7.52	492
	Hayır	398	26.85	4.25		

3.4. Ortorektik Belirtiler İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Ortorektik belirtilerin bireyin gelir durumuna, medeni durumuna, eğitim durumuna, ebeveynlerinin hayatta olup olmamasına, ebeveynlerinin eğitim durumlarına, ve yaşamının büyük bölümünün geçtiği yere göre farklılaşıp farklılaşmadığının anlaşılması amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır.

Tablo 3.5. Ortorektik Belirtiler İçin Gelir Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	*N*	*Ort*	*SS*	*F*	*P*
Düşük	93	263.12	425.28		
Düşük – orta	124	263.63	446.73		
Orta	224	262.68	437.99	1.36	.25
Orta-yüksek	48	247.50	468.82		
Yüksek	5	264.00	403.73		

Yapılan ANOVA sonucuna göre ortorektik belirtiler bireyin gelir durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. (Bkz. Tablo 3.5.)

Tablo 3.6. Ortorektik Belirtiler İçin Medeni Duruma Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	*N*	*Ort*	*SS*	*F*	*p*
Bekar	422	261.92	444.59		
Evli	58	258.62	401.07	.14	.88
Boşanmış / Dul	14	262.14	523.57		

Yapılan ANOVA sonucuna göre ortorektik belirtiler bireyin medeni durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. (Bkz. Tablo 3.6.)

Tablo 3.7. Ortorektik Belirtiler İçin Eğitim Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	*N*	*Ort*	*SS*	*F*	*P*
Lise mezunu veya altı	80	268.38	451.00		
Üniversite öğrencisi	210	260.81	419.00		
Üniversite mezunu	143	258.95	471.1	.62	.65
Yüksek lisans / doktora öğrencisi	35	260.29	419.72		
Yüksek lisans / doktora mezunu	26	262.31	458.96		

Yapılan ANOVA sonucuna göre ortorektik belirtiler bireyin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. (Bkz. Tablo 3.7.)

Tablo 3.8. Ortorektik Belirtiler İçin Ebeveynlerin Hayatta Olup Olmamasına Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	*N*	*Ort*	*SS*	*F*	*P*
İkisi de hayatta	449	261.34	440.53	.21	.89
Sadece annem hayatta	35	261.43	489.38		
Sadece babam hayatta	8	273.75	297.31		
İkisi de hayatta değil	2	260.00	424.26		

Yapılan ANOVA sonucuna göre ortorektik belirtiler ebeveynlerin hayatta olup olmamasına göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. (Bkz. Tablo 3.8.)

Tablo 3.9. Ortorektik Belirtiler İçin Annenin Eğitim Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	*N*	*Ort*	*SS*	*F*	*P*
Okur-yazar değil	26	273.46	375.17	.93	.49
Okur-yazar	19	275.79	350.10		
İlkokul	208	260.82	431.69		
Ortaokul	59	256.95	404.82		
Lise	99	261.52	469.99		
Yüksekokul	25	249.20	474.27		
Üniversite	51	265.49	515.1		
Yüksek lisans	4	262.50	298.61		
Doktora	3	243.33	288.68		

Yapılan ANOVA sonucuna göre ortorektik belirtiler annenin eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. (Bkz. Tablo 3.9.)

Tablo 3.10. Ortorektik Belirtiler İçin Yaşamın Büyük Bölümünün Geçtiği Yere Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	*N*	*Ort*	*SS*	*F*	*P*
Köy – Kasaba	31	264.52	418.60	1.1	.35
İlçe	84	257.62	444.68		
İl	121	257.03	464.69		
Büyük şehir	258	264.57	431.18		

Yapılan ANOVA sonucuna göre ortorektik belirtiler yaşamın büyük bölümünün geçtiği yere göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. (Bkz. Tablo 3.10.)

Tablo 3.11. Ortorektik Belirtiler İçin Babanın Eğitim Durumuna Göre Yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

Değişken	*N*	*Ort*	*SS*	*F*	*P*
Okur-yazar değil	4	282.50	150.00		
Okur-yazar	15	266.00	615.05		
İlkokul	131	259.85	413.61		
Ortaokul	81	264.44	436.46		
Lise	121	257.52	447.45	.88	.53
Yüksekokul	25	253.20	458.91		
Üniversite	99	268.49	446.84		
Yüksek lisans	8	260.00	350.51		
Doktora	10	247.00	503.43		

Yapılan ANOVA sonucuna göre ortorektik belirtiler babanının eğitim durumuna göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. (Bkz. Tablo 3.11.)

3.5. Ortorektik Belirtileri Yordayan Değişkenlere Yönelik Bulgular

Ortorektik belirtileri yordayan değişkenleri analiz etmek için hiyerarşik regresyon yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemle, üç değişken grubunun, ortorektik belirti varyansına ne düzeyde katkıda bulunduğu test edilmiştir. Ortorektik belirti düzeyini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla, sosyo-demografik değişkenlerden beslenmede özel bir diyet uygulama durumu, psikopatolojik belirti alt ölçekleri, ve çocukluk çağı travması ölçek puanlarının yordayıcı değişkenler olarak ayrı bloklar halinde denkleme alındığı aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan aşamalı regresyon analiz sonuçları Tablo 3.12. ve Tablo 3.13'te görülebilir.

Tablo 3.12. Ortorektik Belirti Düzeyini Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Yapılan Aşamalı Regresyon Analizi Model Özeti

Model	*R*	R^2	*Düzeltilmiş* R^2	*Ss*	*Değişim istatistikleri*				
					R^2 *değ*	*F değ*	*df1*	*df2*	*P*
Bağımlı değişken: Ortorektik belirtiler									
1	.31[a]	.1	.09	4.19	.1	46.78	1	438	.00
2	.35[b]	.11	.11	4.14	.03	2.83	5	433	.02
3	.38[c]	.13	.13	4.10	.02	10.00	1	432	.01

Model 1: Beslenmede özel bir diyet uygulama durumu

Model 2: Beslenmede özel bir diyet uygulama durumu, KSE alt ölçek puanları

Model 3: Beslenmede özel bir diyet uygulama durumu, KSE alt ölçek puanları, ÇRTÖ

Tablo 3.13. Ortorektik Belirti Düzeyini Yordayan Değişkenleri Belirlemek Amacıyla Yapılan Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları

	$F_{değişimi}$	*ss*	β	*t*	*pr*	R^2	*Düzeltilmiş* R^2
I. Basamak	46.78***	4.19				1	.09
Beslenmede Özel Diyet Durumu			-.31	-6.84***	-.31		
II. Basamak	2.83*	4.14				.11	.11
Beslenmede Özel Diyet Durumu			-.32	-7.07***	-.32		
KSE-Anksiyete Alt Boyutu			-.16	-1.64	-.08		
KSE-Depresyon Alt Boyutu			.17	1.96	.09		
KSE-Olumsuz Benlik Alt Boyutu			-.11	-1.22	-.06		
KSE-Somatizasyon Alt Boyutu			.01	.17	.01		
KSE-Hostilite Alt Boyutu			-.05	-.72	-.04		
III. Basamak	10**	4.10				.13	.13
Beslenmede Özel Diyet Durumu			-.33	-7.3***	-.33		
KSE-Anksiyete Alt Boyutu			-.13	-1.36	-.07		
KSE-Depresyon Alt Boyutu			.18	2.11*	.10		
KSE-Olumsuz Benlik Alt Boyutu			-.18	-1.98	-.1		
KSE-Somatizasyon Alt Boyutu			-.03	-.4	-.02		
KSE-Hostilite Alt Boyutu			-.09	-1.21	-.06		
ÇRTÖ Puanı			.17	3.16**	.15		

Not: *$p < .05$, **$p < .01$, ***$p \leq .001$.

İlk aşamada, demografik değişkenlerden beslenmede özel bir diyet uygulama durumu [(β = -.31, t(438) = -6.84, p = .00, pr = -.31)] regresyon denklemine girmiş ve varyansın %9.4'ünü açıklamıştır ($F_{değişimi}$ (1, 438) = 46.78, p =.00). Demografik değişkenlerden beslenmede özel bir diyet uygulama durumu kontrol edildikten sonra, ikinci aşamada psikopatolojik belirti alt boyutlarından anksiyete [(β = -.16, t (433) = -1.64, p = .1, pr = -.08)], depresyon [(β = .17, t (433) = 1.96, p = .05, pr = .09)],

olumsuz benlik [(β = -.11, t (433) = -1.22, p = .22, pr = -.06)], somatizasyon [(β = .01, t (433) = .17, p = .87, pr = .01)] ve hostilite [(β = -.05, t (433) = -.18, p = .47, pr = -.04)] regresyon denklemine alınmış, açıklanan toplam varyans %11.3'e ulaşmıştır ($F_{değişimi}$ (5, 433) = 2.83, p = .02). Demografik değişkenlerden beslenmede özel bir diyet uygulama durumu ve psikopatolojik belirtilerin alt boyutları kontrol edildikten sonra, üçüncü aşamada çocukluk çağı travmaları [(β = .17, t (432) = 3.16, p = .01, pr = .15)], regresyon denklemine alınmış, açıklanan toplam varyans %13.1 olmuştur ($F_{değişimi}$ (1, 432) = 10 , p= .01).

Bu bulgular sonucunda; ortorektik belirtileri beslenmede özel bir diyet uygulama durumunun, psikopatolojik belirtilerden depresyonun ve çocukluk çağı ruhsal travmanın anlamlı olarak yordadığı; diğer değişkenlerin ortorektik belirtileri anlamlı olarak yordamadığı bulunmuştur. Ortorektik belirtileri anlamlı olarak yordayan değişkenlerden ilk olarak beslenmede özel bir diyet uygulama durumunun, sonra ise sırasıyla çocukluk çocukluk çağı ruhsal travma düzeyinin ve psikopatolojik belirtilerden depresyonun en çok yordadığı görülmektedir.

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Giriş bölümünde belirtildiği gibi bu araştırmada, günümüzde iyice önem kazanmaya başlayan ve bireylerin ruh sağlığını etkileyen ortorektik belirtiler üzerinde çocukluk çağı travmaları ile psikopatolojik belirtilerin rolünün araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, gelir durumu, ciddi bir rahatsızlık geçirme durumu, beslenmelerinde özel bir diyet uygulama durumu gibi demografik özellikler ile ortorektik belirtiler arasındaki ilişkileri belirlemek de araştırmanın diğer bir amacını oluşturmaktadır. Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılmış analizlerin sonuçları alanyazın ışığında değerlendirilecektir. Son kısımda ise çalışmanın katkıları, sınırlılıkları ve gelecekte yapılacak araştırmalar için önerilere yer verilmiştir.

4.1. Ortorektik Belirtilerin Sosyodemografik Değişkenlere Göre İncelenmesine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Ortorektik belirtilerin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, cinsiyetin ortorektik belirtiler üzerinde anlamlı bir değişiklik yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların ON puanı, erkeklerin ON puanından daha düşük (ortorektik eğilimler daha yüksek) bulunmuş olsa da bu fark anlamlı değildir. Bu sonuca göre ortorektik belirtilerin erkeklere kıyasla, kadınlarda daha yüksek oranda görüleceğine dair oluşturulan araştırmanın 2. hipotezi desteklenmemiştir. Yeme bozukluklarının

daha çok kadınlarda görüldüğüne dair var olan geniş alanyazına rağmen, ON ve cinsiyet konusundaki sonuçlar belirsizliğini korumaktadır. Örneğin Donini ve arkadaşları (2004) ile Fidan ve arkadaşlarının (2010) araştırmasında erkeklerde ON eğiliminin daha yüksek olduğu bildirilmişken; Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) araştırmasında kadınların, erkeklere kıyasla daha fazla ON eğilimi olabileceği ve cinsiyetin ON için güçlü bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer yeme bozukluklarına kıyasla bazı araştırmalarda ON yaygınlığının erkek popülasyonunda daha yüksek bulunmasını Eriksson, Baigi, Marklund ve Lindgren (2008) ON gibi psikopatolojilerin belli bir kilo ve vücut şekli gerektiren sporlarla uğraşanlarda daha yaygın görüldüğünü belirtmişlerdir. Özellikle vücut geliştirme ile uğraşan erkeklerde zayıf ve kaslı bir vücuda sahip olma baskısı ON gibi psikopatolojileri tetiklemektedir (Eriksson ve ark., 2008)

Ortorektik belirtilerin psikolojik yardıma başvuru durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, psikolojik yardıma başvuru durumunun ortorektik belirtiler üzerinde anlamlı bir değişiklik yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç doğrultusunda, ortorektik belirtilerin kişiye psikolojik yardıma başvurma gerekliliği hissettirmediği söylenebilir. Ancak bu konuda ilgili olabilecek başka süreçleri de dahil eden daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır. Ortorektik belirtilerin ciddi bir sağlık sorunu yaşama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, ciddi bir sağlık sorunu yaşama durumunun ortorektik belirtiler üzerinde anlamlı bir değişiklik yapmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda ilgili olabilecek başka süreçleri de dahil eden daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır.

Ortorektik belirtilerin gelir durumuna, eğitim durumuna, medeni duruma, ebeveynlerin hayatta olup olmamasına, ebeveynlerin eğitim durumlarına ve yaşamın büyük bölümünün geçtiği yere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde bahsedilen değişkenlerle ortorektik belirti puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Alanyazında da bahsedilen değişkenler ile ortorektik belirtiler arasındaki ilişki konusunda tutarlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Örneğin Donini ve arkadaşları (2004) ortorektik eğilimlerin düşük eğitim düzeyindeki katılımcılarda, yüksek eğitim düzeyindeki katılımcılara kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Buna karşın Arusoğlu ve arkadaşları (2008) eğitim düzeyinin ortorektik belirtiler üzerinde güçlü bir belirleyici olmadığı sonucuna ulaşmışlardır.

4.2. Ortorektik Belirtileri Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Cinsiyet, yaş, medeni durum gibi sosyodemografik değişkenler, psikopatolojik belirtiler ve çocukluk çağı travmalarının ortorektik belirtiler üzerindeki etkisi incelenmiştir. Açıklama gücündeki yükselişlere bakarak incelenen üç farklı grup değişkeninin de ortorektik belirtileri tahmin etmekte açıklayıcı gücü olduğu ve üç grup değişkenin bulunduğu modelin diğer modellere oranla en yüksek açıklayıcı güce sahip olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmanın başlangıcında oluşturulan sosyodemografik özellikler kontrol altına alındığında, psikopatolojik belirtilerin ve çocukluk çağı travma yaşantılarının ON varyansına anlamlı katkıda bulunacağı hipotezi desteklenmiştir. Sırasıyla beslenmede özel bir diyet uygulama durumu, çocukluk çağı ruhsal travma düzeyi ve psikopatolojik belirtilerden depresyon alt boyutu ON varyansına katkı yapmaktadırlar. ON varyansına katkı yapan değişkenler bu bölümde inceleneceklerdir.

4.2.1. Ortoreksiya Nervoza ve Diyet Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların beslenmelerinde uyguladıkları özel diyetler arasında düşük glisemik indeksli, vegan, vejetaryen, detoks, aralıklı oruç, glutensiz sebze-meyve ağırlıklı, protein-karbonhidrat ağırlıklı, şeker içermeyen, tuz içermeyen, sporcu vb. diyetleri yer almaktadır. Bu diyetler çeşitlilik göstermektedir ancak ortak noktaları beslenmelerinde bir örüntü geliştirmeye çalışıyor olmalarıdır.

ON varyansına en yüksek katkıyı beslenmede özel bir diyet uygulama yapmıştır. Ortorektik belirtilerin beslenmede özel bir diyet uygulama durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde, özel bir diyet uygulama durumunun ortorektik belirtileri anlamlı bir şekilde düşürdüğü ortaya çıkmıştır. Düşük puanların ortorektik eğilimi gösterdiği dikkate alındığında; ortorektik belirtiler ile beslenmede özel bir diyet uygulama durumunu arasında doğru orantı olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu sonuca göre, ortorektik belirtilerin diyet yapmayanlara kıyasla, herhangi bir sebep dolayısıyla diyet yapanlarda daha yüksek oranda görüleceğine dair oluşturulan araştırmanın 4. hipotezi desteklenmiştir. Bu bulgu, Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) araştırmasının sonuçları ile uyumludur. Hali hazırda diyet yapmakta olan bireyler ON geliştirmeye eğilimlidir. Sağlıklı beslenmeye ilgi duymaya başlamak ve diyet yapmak, ON eğilimi ile paralellik gösterebilir. Sequra-Garcia ve arkadaşlarının

(2012) araştırmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Atletlerle yapılan çalışmada, geçmiş diyet deneyimleri ON için güçlü bir tahmin değişkeni olarak bulunmuştur. Ortorektik belirtiler ile diyet yapma arasındaki bariz görünen ilişkide dahi, psikolojik süreçlerin çok önemli rol oynadığı söylenebilir. Günümüzde oldukça etkin olan ve ürettikleriyle özellikle genç kadınları etkileyen Lena Dunham (2004), kitabında beslenme tercihlerinden ve vücudu ile olan ilişkisinden bahsetmektedir. Kilo denetimi dışında görece daha ahlaki nedenlere dayandığını söylese de vegan bir diyet uygulayan Dunham (2004), bu durumu aslında bir diyet olarak düşünmediğini söylese de zamanla yeme bozukluğuna dönüştüğünü söylemiştir. Vaka bazındaki bulgular ile akademik çalışmaların bulguları, diyet yapmak ile yeme bozukluğu psikopatolojisi geliştirmek arasında yakın ilişki olduğunu ortaya koymaktadır; bu yakın ilişkide rol oynayan psikolojik süreçlerin başında da suçluluk ve utanç duyguları gelmektedir. Bu durum diyet geçmişini anlatan bir kitap yazmış olan Kate Harrison örneğiyle açıklanabilir. Harrison'a (2012) göre diyet yapmak sadece zayıf olmak ve sağlıklı olmakla ilgili değildir; aynı zamanda suçluluk duygusunu yatıştırmakla da ilgilidir. Bir araştırmaya göre, beslenmelerini kontrol altında tutmak amacıyla diyet programlarına katılan katılımcıların programdan sonra %33'ünün kendilerini daha suçlu hissettikleri saptanmıştır (Dewberry ve Ussher, 1994).

4.2.2. Ortoreksiya Nervoza ve Çocukluk Çağı Travmaları ile Psikopatolojik Belirtiler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çocukluk çağı travmalarının ve bu travmaların yetişkinlikteki yansımalarının, psikopatolojik belirtiler ve yeme bozuklukları için bir risk faktörü olarak görülmesi, alanyazında yaygın bir görüş olarak ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda, psikopatolojik belirtiler ile çocukluk çağı travma yaşantılarının ortorektik belirtiler üzerinde etkili olacağı hipotez edilmiştir. Bu hipotezin doğruluğunu araştırmak için önce korelasyon analizi, ardından da bu değişkenlerin ON üzerinde açıklayıcı gücü olup olmadığını araştırmak için regresyon analizi metodu kullanılmıştır. ON varyansına beslenmede özel bir diyet uygulama durumundan sonra en fazla katkıyı çocukluk çağı travmaları ve psikopatolojik belirtilerden depresyon alt boyutunun yapmış olduğu ortaya çıkmıştır.

Çocukluk çağı travma yaşantıları ile psikopatolojik belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, çocukluk çağında yaşanan

örseleyici deneyimlerin birçok psikiyatrik bozukluk için bir risk faktörü olduğuna dair alanyazında hakim olan görüşü destekler niteliktedir. Çocukluk çağında örseleyici deneyimlere maruz kalmak, bireyin yetişkinliğinde depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu geliştirme riskini arttırmaktadır (Heim ve Nemeroff, 2001; Kessler, Davis ve Kendler, 1997). Van der Kolk'a (2003) göre çocukluk çağında travmaya maruz kalmak, ergenlikte ve yetişkinlikte madde kullanımı, sınır ve antisosyal kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, duygu durum bozuklukları, somatoform bozukluklar ve cinsel bozukluklar geliştirilmesi riskini arttırmaktadır. Çocukluk çağı travma yaşantıları ergenlikte ve yetişkinlikte yaşanan birçok psikososyal, gelişimsel ve medikal bozulmalarla ilişkilidir; ve duygu düzenlemede yaşanan güçlüklerin bu ilişkiyi açıklamak konusunda önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Dvir, Ford, Hill ve Frazier, 2014). Bu görüşü destekleyen bir araştırmada duygu regülasyonunda yaşanan problemler psikopatoloji, stres maruziyeti, ve duygusal yeme ile ilişkili bulunmuştur (Michopoulos ve ark., 2005).

Psikopatolojik belirtiler ile ortorektik belirtiler arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ortorektik belirtiler ölçüm aracı olan ORTO-11' için alınan düşük puanların ortorektik eğilimi gösterdiği dikkate alındığında; ortorektik belirtiler ile psikopatolojik belirtiler arasında doğru orantı olduğu ortaya çıkmaktadır. Alanyazında ON araştırmaları hala çok kısıtlı sayıda olduğundan, ON'nin gerçekten bir psikopatoloji olup olmadığı tartışmalıdır; bu sebeple psikopatolojik belirtilerin arttıkça ortorektik belirtilerin de artıyor olması, ON'nin potansiyel bir yeme bozukluğu psikopatolojisi olarak değerlendirilmesi açısından önemli bir bulgudur.

Çocukluk çağı travma yaşantıları ile ortorektik belirtiler arasında ise anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çocukluk çağı travmalarının ON üzerinde direkt olarak etkili olmadığı; ancak duygu düzenleme, bağlanma, benlik gelişimi, kaygı gibi sonuçlarında yaşanan problemlerin ON geliştirilmesinde rol oynayabileceği bu bulguyu açıklamakta yardımcı olabilir. Alanyazında bu görüşü destekleyen birçok araştırma vardır. Örneğin Michopoulos ve arkadaşlarının (2015) araştırmasının sonuçlarına göre depresif belirtiler ve duygu düzenlemede yaşanan zorluklar, çocukluk çağı travma yaşantıları ile duygusal yeme problemleri arasındaki ilişkide en güçlü aracı değişken olarak bulunmuşlardır. Bir başka araştırmada ise duygu düzenlemede yaşanan zorluklar yeme bozukluğu belirtileri ile pozitif yönde ilişkili

bulunmuştur (Burns ve ark., 2012). ON ile kaygı arasındaki ilişki ise bir sonraki bölümde aktarılacaktır.

4.2.3. Kaygı, Depresyon, Olumsuz Benlik Algısı ve Ortoreksiya Nervoza Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Çocukluk çağı travmaları ile ortorektik belirtiler arasında ilişki bulunamaması ancak çocukluk çağı travmalarının ON varyansına katkıda bulunuyor olması çocukluk çağı travma yaşantılarının sonuçlarından kaygının ortorektik belirtiler üzerinde rolü olduğunu düşündürmektedir. Araştırmanın sonuçlarına göre kaygı arttıkça ortorektik belirtiler de artmaktadır. Bu sonuca göre araştırmanın 4. hipotezi desteklenmiştir. Ortoreksiyanın önem kazanmasında etkili bir rol oynayan Bratman (1997), sağlıklı yemek yemek isteyen insanların "daha derinlerinde" bir şeyler olmadığı sürece ON geliştirmeyeceklerini öne sürmüştür. "Daha derinlerinde" olarak tanımladığı şey ise kaygıdır. Ortoreksiyanın hangi alandaki kaygı ile baş etmek amacıyla geliştiği açıktır: hastalık ve ölüm. Kişi seçtiği yiyeceklerle her türlü hastalıktan korunacağını düşünür ve zamanla bu inanç, her türlü kaygıyı yatıştırmak için kullanılan bir mekanizmaya dönüşür. Suçluluk, utanç, kayıp vb. her türlü olumsuz duygulanım ve olay ile mücadele etmenin tek bir yolu vardır ve o yol da sağlıklı/saf yemekler tüketmektir. Bratman'a (1997) göre bu baş etme mekanizmasını kullanan kişiler aslında işlevsiz bir örüntü içinde olduklarının farkındadırlar; çünkü beslenmenin sağlık için bir yapıtaşı olduğu bir gerçek olduğu kadar arada bir yenen pizza veya kızarmış patatesin kanser geliştirmeyeceği de bir gerçektir. Hayat boyu en sağlıklı ve saf yiyecekleri yemek de insanı bütün hastalıklardan koruyamayacaktır. Kaygı ile baş etmek için sağlıklı yemek yemeyi bir baş etme mekanizması olarak kullanmak, seçilen yemeklerin kontrol edilebilecek şeyler olduğu göz önüne alındığında oldukça mantıklıdır, çünkü insanlar başlarına gelebilecek olan hastalıkları ve ölümü kontrol edemeseler de vücutlarına alabilecekleri besinleri kontrol edebilirler.

Kaygının ortorektik belirtilerin ortaya çıkmasındaki etkisinin akla getirdiği önemli bir nokta, ortoreksiyanın herhangi bir beslenme ve yeme bozukluğu olmasından çok herhangi bir kaygı bozukluğu olabileceği ihtimalidir. Birçok psikiyatrist ve psikolog ortoreksiyanın var olan beslenme ve yeme bozukluklarının herhangi birinin bir alt görünümü veya obsesif kompulsif bozukluk olduğuna inanmaktadır. Yapılan bazı araştırmalarda da bu düşünceyle tutarlı bulgular elde edilmiştir (Koven ve Abry,

2015; Brytek-Matera, 2012). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarıyla ortoreksiklerin ortak noktası işlevsiz kontrol sağlama çabalarıdır. Aynı obsesif kompulsif bozukluktaki gibi, ortoreksiyada da obsesif düşünceler (bazı yiyeceklerin tehlikeli bir biçimde sağlıksız olduğu) ve kaygıyı kontrol altına alabilmek için kompulsif davranışlar (sadece belli sağlık ve saflık kriterlerini karşılayan yemeklerin yenebilmesiyle oluşan kısıtlayıcı bir diyete bağlı kalmak) vardır. Sağlıklı olma konusuna aşırı odaklanma, birçok ortoreksiği sağlıkları hakkında aşırı endişelenmeye de itmektedir. Ortoreksiyanın obsesif kompulsif bozukluk dışında diğer kaygı bozuklukları ile de ortak noktaları vardır. Dunn ve Bratman (2016) tarafından önerilen tanı kriterlerinde ortoreksiklerin sınırlı yiyecek seçimleri sebebiyle sosyal hayatlarında zorlandıkları belirtilmiştir. Sağlıklı yemek yemek obsesyonlarıyla yüzleştirilmemek için ve kısıtlı beslenme düzenlerinden sapmaktan korktukları için ortorektikler yavaş yavaş sosyal kaygı bozukluğu örüntülerine benzeyen kaçınmalar göstermeye başlayabilirler. Bunun sonucunda sosyal ilişkilerde bozulmalar meydana gelebilir.

Ortoreksiya ile mücadele eden bireyler depresif semptomlara eşlik eden suçluluk ve utanç duyguları ile de mücadele etmektedirler. Önerilen tanı kriterlerine göre ortorektikler, diyetlerinde istenilen saflık ve sağlık düzeyinde yiyecekler yiyemediklerinde veya yemediklerinde güçlü bir suçluluk ve utanç duygusu yaşamaktadırlar ve özgüvenleri ile benlik algıları bu durumdan oldukça olumsuz etkilenmektedir (Dunn ve Bratman, 2016). Bu durum olumsuz benlik algısı, depresyon, ve ortorektik semptomlardan oluşan bir kısırdöngü başlatmaktadır. Bu araştırmada da bireylerin olumsuz benlik algısı ile ortorektik belirtiler ilişkili bulunmuştur. Depresyonun da ON varyansına etki ettiği ortaya çıkmıştır. Depresyon ile ortoreksiya ilişkisinde iki yönlü bir ilişkinin olduğunu söylenebilir. Kişiler kendilerine uygun diyet düzenlerini sürdürmek için zamanla sosyal açıdan izole olmaya başlarlar ve bu depresif semptomları beraberinde getirebilir. Aynı zamanda, depresif semptomlar gösteren kişi kısıtlayıcı beslenme düzenini bir telafi edici mekanizma olarak kullanarak ON'nin gelişmesine ve varlığını devam ettirmesine yol açmış olabilir. Depresyon ve ON kişinin aynı anda gösterdiği iki bozukluk olarak da değerlendirilebilir.

4.3. Ortoreksiya Nervoza ve Sosyal Medya Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Hem klinik sağlık hem de kamu sağlığı açısından bir kişinin katı bir sağlıklı beslenme düzeni benimsiyor olmasının sağlığına zarar verdiğini öne sürmek mantıklı görünmemektedir. Kişilerin beslenmeye dair farklı bakış açılarının olması patolojik bir durum yaratmadıkça normaldir. Ancak diğer tüm bozukluklarda olduğu gibi bir durum kişinin günlük işlevlerini yerine getirmesini zorlaştırıyor ve rahatsızlık yaratıyorsa, orada bir psikopatolojiden bahsedilebilir. Cederström ve Spicer'a (2015) göre yeme bozukluğu psikopatolojisi geliştirmek hayat ve varoluş hakkında düşünmek yerine insanın kendine ve bedenine dönmesinin bir yoludur. Cederström ve Spicer (2015) aynı zamanda ON'nin kültürel ve toplumsal yönüne de değinmiştir ve başarının kutsandığı, statünün her şeyin önünde tutulduğu günümüzde iyi ve doğru beslenmenin "*üstün yaşam becerilerine sahip olduğumuzu gösteren bir başarı"* olduğunu belirtmişlerdir. Cederström ve Spicer'a (2015) göre günümüz dünyasında artık mutlu ve sağlıklı olmak ahlaklı olmakla eşdeğer görülmektedir. Ahlaklı bir yaşam başkalarıyla olan ilişkiler kadar insanın kendiyle ve bedeniyle olan ilişkisiyle de ölçülmektedir. Bu görüşe göre, insan hayatında ve varoluşunda bir anlam bulamadığı ve bundan dolayı acı çekmeye başladığı zaman, yemeklere yönelmektedir. Diğer yeme bozukluklarında seçim kalori gibi başka kriterlere göre yapılırken, ON'de bu kriter yemeğin saflığı ve kalitesi olmaktadır. Kişi yediği yemeği ne kadar saf ve kaliteli buluyorsa, kendini o kadar başarılı ve hayatını o kadar anlamlı görmektedir. Ancak bu durum, psikopatolojik belirtilerle paralel gitmektedir.

Yine Cederström ve Spicer'a (2015) göre günümüz erkekleri ve günümüz kadınları, "*kapitalizmin yeni ruhu olarak adlandırılan şeyin bir ürünü*" ve en büyük korkuları da "*yavan bir kitlenin sıradan bir parçasına dönüşmek*"tir. Bu korkunun yenilmesi için Instagram başta olmak üzere birçok yapay sosyal topluluk kurulmakta ve "yankı çemberi efekti" oluşmaktadır. Bu etkiye göre kişiler değerleri ve dünya görüşleri benzer diğerleriyle kapalı bir çemberde etkileşim içinde oldukça görüşleri hangi noktada olursa olsun normalleşmiş olmaktadır (Salathé ve Khandelwal, 2011). Turner ve Lefevre (2017) araştırmalarında Instagram kullanımının ortorektik belirtileri arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır, başka bir sosyal medya aracının ortorektik belirtiler üzerinde böyle bir etkisini bulamamışlardır. Instagram özellikle ON'nin gündeme gelmesine sebep olan "sağlıklı beslenme hareketinin" odak

noktasıdır ve bu konuda lisansı olan Instagram kullanıcıları kadar herhangi bir uzmanlığa sahip olmayan Instagram kullanıcıları da uygulamanın etkileşim ve etkileme gücünden faydalanarak sağlıklı beslenme konusunda öneriler vermektedirler (Freeman, 2015). Bilimsel dayanağı olmayan öneriler ise beslenme ve yemek konusundaki psikolojik problemleri beraberinde getirme potansiyeli taşımaktadırlar (Marsh ve Campbell, 2016).

Birçok araştırmacı, zayıf ve güzel bedenleri bir ideal olarak sunan ve yapay bir mükemmellik algısı yaratan medyanın (özellikle sosyal medyanın) yeme bozuklukları üzerinde oldukça etkili bir faktör olduğunu belirtmektedirler (Borzekowski ve Bayer, 2005; Becker ve Hamburg, 1996). Beden algısını bozan ve gerçek olmayan bir mükemmellik ideali yaratan mesajlara devamlı maruz kalınan böylesi bir dönemde, yeme bozuklarının artış göstermesi beklenmedik bir sonuç değildir. Bu mesajların yarattığı baskı, akıllı telefonların ortaya çıkışı ve sosyal medyanın kullanımının yaygınlaşmasıyla daha da yoğunlaşmıştır. Ortoreksiya terimini ortaya çıkaran Bratman da sosyal medyanın ve özellikle Instagram'ın ortorektik belirtiler üzerindeki rolününün üstünde durmaktadır. Instagram üzerinden görülen sadece sağlıklı yiyeceklerin güzel fotoğrafları olsa da bu fotoğraflar ortorektik belirtileri pekiştirmekte ve geniş bir kitleyi (özellikle genç kitleyi) etkilemektedir. ON üzerinde etkili olan psikopatoloji belirtilerinin sosyal medya kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle olumsuz benlik algısı ve kaygı alt boyutlarının ortorektik belirtiler üzerinde etkili olması, sosyal medya kullanımının bireylerin kendini başkalarıyla karşılaştırarak yetersizlik hissetmesi ve benlik algıları ile kaygı düzenlemelerini sosyal medya profilleriyle oluşturmaları bu bakış açısını güçlendirmektedir. Örneğin Instagram üzerinden sağlık beslenme ve sağlıklı yaşama hareketine dair popüler olan #CleanEating, #EatClean gibi etiketler arandığında 1 milyonun üstünde sonuç çıkmaktadır. Birbirinden güzel fotoğraflanmış sağlıklı yiyecekler ve kaslı, fit, güçlü, ve güzel görünen vücutların fotoğraflarıyla donatılmış bu sosyal mecrada, insanlara verilen mesaj bu hayat prensiplerine göre yaşandığı takdirde vaat edilen her şeyin onların da olabileceğidir. Ancak besleyici yiyeceklerle doldurulmuş sağlıklı görünen hayat tarzı, kişiyi rehin alır ve ortoreksiya belirtileri görünmeye başlar. Ortoreksiya gibi bozulmuş yeme örüntüleri, günümüz dünyasının ve onu büyük ölçüde etkilemekte olan sosyal medyanın mükemmellik

talep eden anlayışının bir sonucudur. Bu nedenle, ortoreksiya ve diğer değişkenlerin ilişkisine bakarken bu faktör de göz önünde bulundurulmalıdır.

4.4. Araştırmanın Katkıları

Bu çalışmada, kendine alanyazında yeni yer bulmaya başlamış ON ve belirtileri geniş bir örneklem üzerinde araştırılmış ve ON üstünde açıklayıcı güce sahip olan bir model oluşturulmuştur. Araştırmanın sonuçlarına göre incelenen üç farklı grup değişkenin (beslenmede özel bir diyet uygulama durumu, ÇRTÖ puanı, KSE puanı) de ON'yi tahmin etmekte açıklayıcı gücü olduğu ve üç grup değişkenin bulunduğu modelin diğer modellere oranla en yüksek açıklayıcı güce sahip olduğu gösterilmiştir. Ortorektik belirtileri yordama gücü açısından en başta beslenmede özel bir diyet uygulama gelmektedir. Ardından çocukluk çağı ruhsal travma düzeyi ve psikopatolojik belirtilerden depresyon alt boyutu gelmektedir. Bu bulgulara ek olarak ortorektik belirtiler üzerinde etkili olan diğer önemli değişken ise kaygı ve olumsuz benlik olarak bulunmuştur. 3. modelin ortorektik belirtileri açıklamakta en yüksek güce sahip olmasının altında olumsuz benlik algısı, kaygı, depresyon, sosyal medya ve etkileri olduğu düşünülmektedir.

Henüz 20 yıllık bir geçmişe sahip olan ortoreksiya üzerine çalışmalar yaparak bu konu hakkındaki alanyazına katkı sağlamak, bireysel olarak insanların hayatlarına da dokunabilir. Bu durumun altında yatan sebepleri gösterebilmek ve farklı kuramlardan açıklamalarını yapabilmek, uzun zamandır ortorektik belirtiler gösteren fakat belirtileri anlamlandıramayan ve/veya işlevsiz örüntüler gösterdiğini farkedemeyen insanların bir şeylerin ters gittiğine dair farkındalık kazanmalarına yardımcı olabilir. Örneğin, Kaila Prins adındaki bir yaşam koçu, *Guardian'*a verdiği röportajda ortoreksiyadan kurtulma aşamasında olduğunu söylemiş ve bunu "ortoreksiya" terimine dair okudukları sayesinde başarabildiğini belirtmiştir. Bu bağlamda bu araştırmanın araştırmayı okuyacak olan akademik çevre haricinde, ortorektik belirtilerle mücadele eden insanlar için bir yol gösterici ve psikoterapiye/tedaviye başvurmak için bir ilk adım olabileceği düşünülmektedir.

ON henüz resmi olarak tanınan bir bozukluk olmadığından dolayı yapılandırılmış bir tedavi/psikoterapi planına sahip olmasa da, Giriş bölümünde bahsedilmiş olan diğer beslenme ve yeme bozuklukları için uygulanan geliştirilmiş bilişsel davranışçı

psikoterapiden yarar sağlayabilir. Ortoreksiyanın tedavisi için odak noktası kilo ve yemek olduğu kadar, kişinin yemeklerle olan ilişkisi de olmalıdır. İyileşme, yemeklerle daha nazik bir ilişki kurulmasında ve kişinin duygusal olarak olgunlaştırılmasıyla sağlanabilir. Özdeğer çalışmaları ve kontrol çabalarını daha işlevli hale getirmek ortoreksiyayla mücadele etmeyi kolaylaştırabilir, çünkü duygu düzenleme güçlükleri ve kaygı ON gelişiminde etkili faktörlerdir. Diğer tüm psikopatolojiler gibi bu psikopatolojiyle mücalede de en önemli etken terapist ile kurulan ilişkinin niteliği olacaktır. ON'nin karakteristik yapısını ve "sağlıklı yemek yemek"ten nasıl ayrıldığını bilen bir terapistle güvenli bir ilişki kuran kişi, psikoterapiden fayda sağlayacaktır. Bu bağlamda da bu araştırmanın ortoreksiya için tedavi/terapi programları geliştirecek olan araştırmacılara ortoreksiya karakteristiklerini sunmak açısından bir yol göstereceği düşünülmektedir.

4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Geleceğe Yönelik Öneriler

Araştırmanın katkılarının yanı sıra, değinilmesi gereken bazı zayıf yanları da vardır. Ulaşılan bulguların araştırmada yer alan sınırlılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gerekmektedir. Öncelikle, "ortoreksiya" henüz yeni bir kavramdır ve alanyazında ortoreksiya çalışmalarının sayısı oldukça kısıtlıdır. Bu sebeple, karşılaştırma yapma imkanı tanıyan dışsal kriterler henüz alanyazında belirlenmemiştir. Kuramsal olarak ortoreksiya ile ilişkili olabilecek değişkenler araştırılmıştır. "Ortoreksiya"nın yeni bir kavram olması kadar, ON belirtilerini ölçen araçlar da yeni ölçüm araçlarıdır ve sonuçlarına tedbirli bir yaklaşım getirmek gereklidir. Arusoğlu ve arkadaşlarının (2008) da belirttiği üzere bu durum, araştırmanın eleştiriye en açık noktasıdır. Bir anlamda bu durum, araştırmanın yapılması için motive edici bir güç olmuştur; çünkü yeni kavramların gelişebilmesi için öncü birçok bilimsel araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmanın bir başka zayıf noktası ise kullanılan örneklemin sayıca büyük olmakla birlikte ortalaması 23.55 olan kısıtlı bir yaş aralığını kapsıyor olmasıdır. Bu durum elde edilen bulguların farklı yaş aralıklarındaki (örneğin lise öğrencileri, orta-ileri yetişkinlik dönemindeki bireyler) bireylere genellenebilirliğini kısıtlamaktadır. Araştırmanın bir diğer zayıf yanı ise katılımcıların cinsiyet açısından dengeli bir dağılım göstermemesidir. Kadın ve erkek katılımcı sayılarının denk olmaması kadın ve erkekler arasındaki karşılaştırmalarda kısıtlılık oluşturmaktadır. Örneklemin yanı

sıra çalışmada kullanılan ölçeklerin kendini bildirim türünde ölçekler olması katılımcıların ölçülen özelliğe ilişkin değerlendirmelerinde abartma ve/veya belirtileri gizleme eğilimlerine yol açmış olabilir. ÇRTÖ ile ölçülen çocukluk çağı travma yaşantılarının geriye dönük olarak incelenmesi (yaşamın ilk 20 yılı kapsamında) katılımcıların algıları üzerinde bozucu bir etkiye yol açmış olabilir.

ON ile ilgili sonuçlar genellenmeden önce birçok başka çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. İlk olarak, cinsiyet ve yaş açısından dengeli dağılmış bir örneklemle yapılacak ON çalışmaları ON ile cinsiyet ve yaş ilişkilerini açıklamaya yardımcı olacak ve daha genellenebilir sonuçlar verecektir. İkinci olarak, alanda yapılan araştırmalar sosyal medya kullanımı ile duygu düzenleme başta olmak üzere başka bir çok faktörün doğrudan veya dolaylı olarak ON ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Dolayısı ile ileride yapılacak olan çalışmalarda bu faktörlerin ON ile ilişkisinin ve varsa aracı rolünün değerlendirilmesinin hem tanı hem tedavi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Ortorektik belirtilerin kaygı ile ilişkili olması ve ortoreksiyanın kaygı bozukluklarıyla olan benzerlikleri de ortoreksiyanın hangi sınıflandırmaya dahil olabileceği ile ilgili bir takım soruları beraberinde getirmiştir. Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda ortoreksiyanın bir yeme bozukluğu mu yoksa bir kaygı bozukluğu mu olduğunun araştırılmasının literatüre katkı yapacağı düşünülmektedir. ON araştırmalarının katkı yapmasının önemli olacağı bir başka alan ise etkili psikoterapi uygulamalarının araştırılmasıdır. Gittikçe yaygınlaşacağı düşünülen ON üzerinde etkili olan duygusal, bilişsel, ve davranışsal süreçlerin multidisipliner bir bakış açısıyla (doktorlar, beslenme uzmanları ve psikologlar) araştırılarak bilimsel temelli ve etkili bir psikoterapi planı oluşturulması hem alanyazına hem de uygulamalı alana önemli bir katkı yapacaktır. Son olarak, ortorektik belirtilerin değerlendirilmesi ve ON yaygınlığının saptanabilmesi için ORTO-11 ve varyasyonlarına ek olarak ortorektik belirti ölçüm aracı geliştirme araştırmaları da alanyazına önemli bir katkı sağlayacaktır.

5.BÖLÜM
KAYNAKLAR

Ackerman, P. T., Newton, J. E., McPherson, W. B., Jones, J. G. ve Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect, 22*(8), 759-774. http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00062-3

Adams-Tucker, C. (1984). The unmet psychiatric needs of sexually abused youths: referrals form a child protection agency and clinical evaluations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 23,* 659–667. http://doi.org/10.1016/S0002-7138(09)60533-1

Agnew-Blais, J. ve Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 3*(4), 342-349. http://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00544-1

Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. Psychiatric *Clinics of North America, 24*(2), 371-379. http://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70232-X

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. ve Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Aksoydan, E. ve Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 14*(1), 33–37. http://doi.org/10.1007/bf03327792

Alink, L. R. A., Cicchetti, D., Kim, J. ve Rogosch, F. A. (2009). Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: mother-child relationship quality and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(6), 831-843. http://doi.org/10.1007/s10802-009-9314-4.

Alvarenga, M. S., Martins, M. C., Sato, K. S., Vargas, S. V., Philippi, S. T. ve Scagluisi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and weight disorders: EWD, 17*(1), 29-35. http://doi.org/10.1007/BF0332532

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

Anda, R. (2002). The wide ranging health effects of adverse childhood experiences. *18th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies'de Sunulmuş Araştırma*, Baltimore, MD.

Aral G. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi, 151,* 36-39.

Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G. ve Merdol, T.K. (2008). Ortoreksiya nevroza ve Orto-11'in Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi, 19*(3), 283-291.

Asil, E. ve Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of Food and Nutrition, 54*(4), 303-313.

Aust, S., Hartwig, E. A., Heuser, I. ve Bajbouj, M. (2012). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 5*(3), 225-232. http://doi.org/ 10.1037/a0027314

Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2012). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler.* Ankara: HYB Basım Yayın.

Baumeister, R. F. (1999). The nature and structure of the self: An overview. R. F. Baumeister (Ed.), *The self in social psychology içinde* (pp. 1-20). Philadelphia, PA: Psychology Press (Taylor & Francis).

Becker, A. E. ve Hamburg, P. (1996). Culture, media, and the eating disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 4,* 163 -167.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K. ve ark. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry, 151*(8), 1132-1136.

Borzekowski, D. L. G. ve Bayer, A. M. (2005). Body Image and Media Use Among Adolescents. *Adolescent Medicine Clinics, 16*(2), 289-313. http://doi.org./10.1016/j.admecli.2005.02.010

Bosi, B. A. T., Çamur, D. ve Güler, Ç. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine. *Appetite, 49*(3), 661–666. https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.04.007

Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss.* New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.* New York, NY: Basic Books.

Bratman, S. (1997). The health food eating disorder. *Yoga Journal, 136,* 42–50.

Briere, J. ve Rickards, S. (2007). Self awareness, affect regulation and relatedness: Differential sequels of childhood versus adult victimization experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(6), 497-503. http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31803044e2

Briere, J. ve Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Brytek-Matara, A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archieves of Psychiatry and Psychotherapy, 1,* 55-60.

Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. ve Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse and Neglect, 36*(1), 32-39. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005

Castillo, M. ve Weiselberg, E. (2017). Bulimia Nervosa/Purging Disorder. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 47*(4), 85-94. http://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.004

Cederström, C. ve Spicer, A. (2015). *The Wellness Syndrome.* Cambridge: Polity Press.

Collier, D. A. ve Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry, 185,* 363–365. http://doi.org/10.1192/bjp.185.5.363

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzolla, J. ve van der Kolk, B. (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents. National Child Traumatic Stress Network.* National Center for Child Traumatic Stress: Los Angeles, CA.

Derogatis, L. R. (1992). *SCL-90-R: Administration, Scoring & Procedures Manual-II, for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series.* 2nd Edition. Towson University: Clinical Psychometric Research.

Dewberry, C. ve Ussher, J. M. (1994). Restraint and perception of body weight among British adults. *The Journal of social psychology, 134*(5), 609-619.

Dingemans, A. E., Bruna, M. J. ve van Furth, E. F. (2002). Binge eating disorder: A review. *International Journal of Obesity, 26*(3), 299-307. http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801949

Donini, L., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M. ve Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 9*(2), 151–157.

Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M. ve Canella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Journal of Eating and Weight Disorders, 10(*2), 28-32.

Dunham, L. (2014). *Not that kind of girl: A young woman tell you what she's "learned".* New York, NY: Random House.

Dunn, T. M. ve Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors, 21,* 11-17. http://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006

Dvir, Y., Ford, J. D., Hills, M. ve Frazier, J. A. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. *Harward Review of Psychiatry, 22*(3), 149-161. http://dx.doi.org/10.1097%2FHRP.0000000000000014

Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B. ve Lindgren, E.C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 18*, 389-394. http://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00723.x

Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A transdiagnostic theory and treatment. *Behavior Research and Therapy, 41*(5), 509-528.

Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. ve O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archieves of General Psychiatry, 55*(5), 425-432.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V. ve ark. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258.

Fidan, T., Ertekin, V., Işikay, S. ve Kirpinar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 51*(1), 49–54. http://doi.org/10.1016/j.comppsych.2009.03.001

Forester, D. S. (2014). *Examining the relationship between orthorexia nervosa and personality traits* (Yayımlanmamış master tezi). Stanislaus, CA: California State University.

Freeman, H. (2015). Green is the new black: the unstoppable rise of the healthy-eating guru. *Guardian.*

Freud, S. (1936). *The Problem of Anxiety.* Psychoanalytic Quarterly Press.

Friedrich, W. N. (2002). *Psychological Assessment of Sexually Abused Children and their Families.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P. ve ark. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience, 5*(11), 1242-1247. http://doi.org/10.1038/nn958

Gleaves, D. H., Graham, E. C. ve Ambwani, S. (2013). Measuring "orthorexia": Development of the Eating Habits Questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment, 12*(2), 1-18.

Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Cooper, C. ve Thornburg, K. L. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *The New England Journal of Medicine, 359*(1), 61-73. http://doi.org/10.1056/NEJMra0708473

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z. ve Aydoğan, S. (2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24*(3), 128-134.

Harrison, K. (2012). *The 5:2 Diet Book.* Berkeley, CA: Ulysses Press.

Heim, C. ve Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry, 49,* 1023–1039.

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H. ve Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis

studies in humans. *Psychoneuroendocrinology, 33*(6), 693-710. http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.03.008

Hoek, H. W. ve van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders, 34*(4), 383-396. http://doi.org/10.1002/eat.10222

Hutson, P.H. (2017) *Pharmacology and Therapeutics,* http://dx.doi.org/10.1016/j.pharmthera.2017.08.002

Işıklı, B. (2008). Çocuk istismarının toplumsal boyutu. *6.Sokakta Çalışan ve Yaşayan Çocuklar Sempozyumu Kitabı* içinde (pp. 156-63). İstanbul:Diyarbakır Valiliği.

İşeri, E. (2008). *Cinsel İstismar.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. ve Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*(1), 19-65. http://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19

Kairys, S. W. ve Johnson, C. F. (2002). The psychological maltreatment of children-technical report. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics, 109* (4), 1-3.

Kaplan, S., Pelcovitz, D. ve Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part 1: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(10), 1214- 1222.

Kaye, W. H., Wagner, A., Fudge, J. L. ve Paulus, M. (2011). Neurocircuity of eating disorders. *Current Topics of Behavioral Neurosciences, 6,* 37-57. http://doi.org/10.1007/7854_2010_85

Kent, A., Waller, G. ve Dagnan, D. (1999). A greater role of emotional than physical or sexual abuse in predicting disordered eating attitudes: the role of mediating variables. *International Journal of Eating Disorders, 25,* 159–167.

Kent, A. ve Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review, 20,* 887–903.

Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V. ve ark. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry, 73*(9), 904-914. http://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020

Kessler, R. C., Davis, C. G. ve Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine, 27,* 1101–1119.

Kierkegaard, S., Thomte, R. ve Anderson, A. (1980). *The concept of anxiety.* Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Klump, K. L., Strober, M., Bulik, C. M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B. ve ark. (2004). Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine, 34*(8), 1407-1418.

Koven, N. S. ve Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 11,* 385-394. http://doi.org/10.2147/NDT.S61665

Lacoste, S. M. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence - A new treatment approach. *Aggression and Violent Behavior, 36,* 76-80. http://doi.org/10.1016/j.avb.2017.07.006

Laitinen, J., Ek, E. ve Sovio, U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive Medicine, 34*(1), 29-39. http://doi.org/10.1006/pmed.2001.0948

Lau, K. J., Krase, K. ve Morse, R. H. (2009). *Mandated reporting of child abuse and neglect: A practical guide for social workers.* Bronx: Fordham University Publishers.

Li, Z., He, Y., Wang, D., Tang, J. ve Chen, X. (2017). Association between childhood trauma and accelerated telomere erosion in adulthood: A meta-

analytic study. *Journal of Psychiatric Research, 93,* 64-71. http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.06.002

Liem, J. H. ve Boudewyn, A. C. (1999). Contextualizing the effects of childhood sexual abuse on adult selfand social functioning: An attachment theory perspective. *Child Abuse and Neglect, 23,* 1141-1157.

Lifton, R. J. (1993). *The Protean Self: Human Resilience in an age of Fragmentation.* New York: Basic Books.

Lynch, M. A. ve Browne, K. D. (1999). Thinking and working together to safeguard children. *Child Abuse Review, 8*(5), 297-300.

Marsh, S. ve Campbell, D. (2016). Clean eating trend can be dangerous for young people, experts warn*. Guardian.*

McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences, 840,* 33-44.

Messman-Moore, T. L. ve Brown, A. L. (2004). Child maltreatment and perceived family environment as risk factors for adult rape: Is child sexual abuse the most salient factor? *Child Abuse and Neglect, 28,* 1019–1034. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.05.003

Mezzacappa, E., Kindlon, D. ve Earls, F. (2001). Child abuse and performance task assessments of executive functions in boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42,* 1041-1048.

Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J. ve Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite, 91,* 129-136. http://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036

Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J. ve Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics, 56*(4), 397–403. http://doi.org/10.1016/j.psym.2014.03.003

Moskowitz, L. ve Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 47*(4), 70-84. http://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003

Mullen, P., Martin, J. ve Anderson, J. (1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry, 163,* 721–732.

Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O. ve Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite, 108,* 303-310. http://doi.org/10.1016/j.appet.2016.10.021

Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ates, N., Cetin, G. ve ark. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse and Neglect, 25,* 279-290.

Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan-Kahinoğulları, A. ve Akgün-Aktaş, E. (2011). The frequency of childhood trauma and relationship with psychopathology in psychiatric patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(2), 130-136.

Özdemir, H. (2010). Hadım etme ve hekimin sır saklama yükümlülüğü. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 14,* 125-163.

Park, S. W., Kim, J. Y., Go, G. J., Jeon, E. S., Pyo, H. J. ve Kwon, Y. J. (2011). Orthorexia nervosa with hyponatremia, subcutaneous emphysema, pneumomediastimum, pneumothorax, and pancytopenia. *Electrolytes & Blood Pressure, 9*(1), 32–37. http://doi.org/10.5049/EBP.2011.9.1.32

Pelendecioğlu, B. ve Bulut, S. (2009). Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi, 9*(1), 50-62.

Peñas-Lledó, E., Vaz Leal, F. J. ve Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *The International journal of eating disorders, 31*(4), 370-375. http://doi.org/10.1002/eat.10042

Pfeffer, S. E. (Haziran 15, 2014). Popular food blogger - the Blonde Vegan - admits to eating disorder. http://www.people.com/article/blonde-vegan-jordan-younger-bloggereating-disorder-orthorexia adresinden

Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet.* İstanbul: DER Yayınları.

Polat O. (2004). *Klinik Adli Tıp Uygulamaları.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective.* New York: Guilford Press.

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. ve Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*(5), 330-350. http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x

Rees, C. (2016). Children's attachments. *Paediatrics and Child Health, 26*(5), 185-193. http://dx.doi.org/10.3399%2F096016407782317955

Saddichha, S., Babu, G. N. ve Chandra, P. (2012). Orthorexia nervosa presenting as prodrome of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 134*(1), 110. http://doi.org/10.1016/j.schres.2011.10.017

Salathé, M. ve Khandelwal, S. (2011). Assessing vaccination sentiments with online social media: implications for infectious disease dynamics and control. *PLOS Computational Biology, 7*(10), 1002199. http://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1002199

Saunders, B., Villeponeaux, L., Lipovsky, J. ve Kilpatrick, D. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorder among women: a community survey. *Journal of Interpersonal Violence, 7,* 189–204.

Schneider, J. A. (1995). Eating disorders, addictions, and unconscious fantasy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 59*(2), 177-190.

Segura-García, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., Ammendolia, A., Rizza, P., De Fazio, P. ve Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eat and weight disorders: EWD, 17*(4), 226-233. http://doi.org/10.3275/8272

Shin, S. H., Lee, S., Jeon, S. M. ve Wills, T. A. (2015). Childhood emotional abuse, negative emotion-driven impulsivity, and alcohol use in young adulthood.

Child Abuse and Neglect, 50, 94-103. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.010

Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H. ve Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 57,* 141-163. http://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002

St. Clair, M. (1996). *Object relations and self psychology: An introduction.* Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. ve Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research, 197*(1-2), 103-111. http://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.11.009

Şahin, N. H., Durak, B. A. ve Uğurtaş, S. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlilik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 13,* 125-135.

Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri: Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi, 31,* 44-56.

Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri, 32*(4), 1054-1063.

Tasca, G. A. ve Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *The International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 710-717. http://doi.org/10.1002/eat.22302

Tasca, G. A., Ritchie, K., Zachariades, F., Proulx, G., Trinneer, A., Balfour, L. ve ark. (2013). Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse and Neglect, 37*(11), 926-933. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.004

Taylor, G. J., Bagby, R. M. ve Parker, J. (1997*). Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness.* London: Cambridge University Press.

Thornberry, T. P., Ireland, T. O. ve Smith, C. A. (2001). The importance of timing: The varying impact of childhood and adolescent maltreatment on multiple problem outcomes. *Development and Psychopathology, 13,* 957-979.

Thornton, L. M., Mazzeo, S. E. ve Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Current Topics in Behavioral Neurosciences, 6,* 141-156. http://dx.doi.org/10.1007%2F7854_2010_91

Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk İstismarı ve İhmali. *Dicle Tıp Dergisi, 34*(1), 70-74.

Turhan, E., Sangün, Ö. ve İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15*(9), 153-157.

Turner, P. G. ve Lefevre, C. E. (2017). Instagram use ise linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: EWD., 22*(2), 277-284. http://doi.org/10.1007/s40519-017-0364-2

Utzinger, L. M., Haukebo, J. E., Simonich, H., Wonderlich, S. A., Cao, L., Lavender, J. M. ve ark. (2016). A latent profile analysis of childhood trauma in women with bulimia nervosa: associations with borderline personality disorder psychopathology. *International Journal of Eating Disorders, 49*(7), 689–694. http://doi.org/10.1002/eat.22532

Vandenbroucke, J. R. (1999). Case reports in an evidence-based world. *Journal of the Royal Society of Medicine, 92*(4), 159-163.

Vandereycken, W. (2011). Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eating Disorders, 19*(2), 145–155. http://doi.org/10.1080/10640266.2011.551634

van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America, 12,* 293–317.

van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals, 35,* 374–378.

van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma.* New York, NY: Viking.

van der Kolk, B. A., van der Hart, O. ve Marmar, C. (1996). Dissociation and Information processing and in PTSD. B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.) içinde, *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 303-327). New York, NY: Guilford Press.

Vardar, E. ve Erzengin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları: İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi, 22*(4), 205-212.

Veltkamp, L. J. ve Miller, T. W. (1994). *Clinical handbook of child abuse and neglect.* Madison, CI: International Universities Press, Inc.

Wright, M. O., Crawford, E. ve Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect, 33,* 59-68. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.12.007

Yehuda, R., Halligan, S. L. ve Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Developmental Psychopathololology, 13*(3), 733-753.

Young, S. L., Sherman, P. W., Lucks, J. B. ve Pelto, G. H. (2011). Why on earth?: Evaluating hypotheses about the physiological functions of human geophagy. *Quarterly Review of Biology, 86,* 97-120.

Yurdakök, K. (2010). Çocuk istismar ve ihmali, tanımı ve risk faktörleri. *Katkı Pediatri Dergisi, 32*(4), 423-434.

Yurdakök, K. ve İnce, O. (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi, 32*(4), 423-433.

Zamora, M. L. C., Bonaechea, B. B., Sánchez, F. G. ve Rial, B. R. (2005). Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder*? Actas Españolas de Psiquiatría, 33*(1), 66–68.

Zeytinoğlu, S. (1999). *Çocuk İstismarı ve İhmali.* Ankara:Pelin Ofset.

EKLER

EK 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma, Yrd.Doç. Dr. İpek G. Pur Karabulut danışmanlığında Maltepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı öğrencisi Ecem Merdin tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu araştırmada, travma ve olumsuz duyguların bireylerin yeme davranışını nasıl etkilediğinin anlaşılması amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler grup halinde değerlendirileceğinden, sizden kimlik belirleyici bilgiler istenmeyecektir.Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır.Bu anlamda, araştırma sonuçlarından sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için soruların samimi bir şekilde doldurulması ve boş bırakılmaması oldukça önemlidir.Ölçekler genel olarak kişisel rahatsızlık teşkil edecek soruları içermemektedir.Ancak araştırma sırasında herhangi bir nedenden dolayı rahatsızlık hissederseniz, katılımınızı sonlandırabilirsiniz.Çalışma sırasında sizden istenen, verilen ölçeği boş madde bırakmamaya özen göstererek samimi bir şekilde doldurmanızdır.Çalışmaya katılım yaklaşık 20 dakika sürecektir. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için bana ulaşabilirsiniz.

(E-posta: ecemmerdin@outlook.com).

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul ediyorum.

Katılımcının imzası:

EK 2. DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetinizi işaretleyiniz.

    Kadın

    Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumuzu işaretleyiniz.

    Evli

    Bekar

    Boşanmış/Dul

4. Gelir durumunuzu işaretleyiniz.

    Düşük

    Düşük-Orta

    Orta

    Orta-Yüksek

    Yüksek

5. Eğitim durumunuzu işaretleyiniz.

    Lise mezunu veya altı

    Üniversite öğrencisi

    Üniversite mezunu

- Yüksek lisans/Doktora öğrencisi
- Yüksek lisans/Doktora mezunu

6. Ebeveynleriniz ile ilgili doğru seçeneği işaretleyiniz.
   - Annem de babam da hayatta
   - Annem hayatta, babam değil
   - Babam hayatta, annem değil
   - İkisi de hayatta değil

7. Annenizin eğitim durumunu son bitirilen okula göre işaretleyiniz.
   - Okur-yazar değil
   - Okur-yazar
   - İlkokul
   - Ortaokul
   - Lise
   - Yüksekokul
   - Üniversite
   - Yüksek Lisans
   - Doktora

8. Babanızın eğitim durumunu son bitirilen okula göre işaretleyiniz.
   - Okur-yazar değil
   - Okur-yazar

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Yüksekokul
- Üniversite
- Yüksek Lisans
- Doktora

9. Yaşamınızın büyük bölümünün geçtiği yeri işaretleyiniz.
   - Köy – Kasaba
   - İlçe
   - İl
   - Büyük şehir

10. Şimdiye kadar ciddi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? Evetse kısaca bahsediniz.
    - Hayır
    - Evet, _____

11. Şimdiye kadar herhangi bir psikolog/psikiyatrist başvurunuz oldu mu? Evetse tanınızdan kısaca bahsediniz.
    - Hayır
    - Evet, _____

12. Beslenmenizde herhangi özel bir diyet uyguluyor musunuz? Evetse kısaca bahsediniz.

    - Hayır
    - Evet, _____

EK 3. ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMA ÖLÇEĞİ (ÇRTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır.Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz.Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda/ İlk gençliğimde…

1. Hiç bir zaman 2.Nadiren 3.Kimi zaman 4.Sık olarak 5. Çok sık

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme,itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5

17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiğioluyordu	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi. 20.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı. 27.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

Kaynak: Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türkiye Klinikleri, 32(4), 1054-63.

EK 4. ORTO-11

Bu anket sizin yeme davranışlarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen yanıtı ilgili kutuya x koyarak veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Her zaman	Sık Sık	Bazen	Hiçbir Zaman
1. Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
2. Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
3. Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
4. Daha sağlıklı, daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
5. Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
6. Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?				
7. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi arttırır mı?				
8. Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (Dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)				
9. Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
10. Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
11. Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				

Kaynak: Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Kutluay Merdol, T. (2008). Ortoreksiya Nervoza ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 19(3), 283-291.

EK 5. KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi **bugün dahil, son bir haftadır** ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini **X** işaretleyerek gösterin.

	Hiç	Biraz	Orta derecede	Epey	Çok fazla
1.İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık(açık) alanlardan korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnız hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					

21. İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağıda görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					
25. Uykuya dalmada güçlük					
26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahat etmekten korkma					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili olumsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39.Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendinin çok fazla farkında olmak, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					

45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					
49. Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetme					
50. Kendini değersiz görme, değersizlik duyguları					
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği duygusu					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					

Kaynak: Şahin, N. H. & Durak, A. (1994). Kısa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory – BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi, 9(31), 44-56.

ÖZGEÇMİŞ

Ecem Merdin 1993 yılında Ankara'da doğmuştur. Psikoloji lisans eğitimini 2015 yılında Yeditepe Üniversitesi'nde bölüm üçüncüsü olarak tamamlamıştır. Lisans hayatının 1 dönemini Erasmus Universiteit Rotterdam, Hollanda'da geçirmiştir. Maltepe Üniversitesi'nde klinik psikoloji yüksek lisans eğitimine 2015 yılında başlamıştır. Kadıköy Çocuk Koruyucu Ruh Sağlığı Merkezi, Edem Erken Destek Eğitim Merkezi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Nuhun Gemisi Çocuk Terapi ve Aile Danışmanlık Merkezi, İstanbul Ruh Sağlığı Enstitüsü gibi kurumlarda stajlarını tamamlamıştır. Maltepe Üniversitesi Psikoloji bölümünde Sokakta Yaşayan ve Çalışan Çocuklar için Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin (SOYAÇ) Maltepe Kaymakamlığı ile yürüttüğü "Liseden Üniversiteye Gençler Birlikte" projesinde bir dönem gönüllü olarak görev almıştır.