T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ANOREKSİYA NERVOSA TANISI OLAN ERGEN KIZLARDA DUYGU DÜZENLEME, DUYGU TANIMA VE EMPATİ BECERİLERİ

Dr. Kevser NALBANT

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

ANKARA
2016

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

ANOREKSİYA NERVOSA TANISI OLAN ERGEN KIZLARDA DUYGU DÜZENLEME, DUYGU TANIMA VE EMPATİ BECERİLERİ

Dr. Kevser NALBANT

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Devrim AKDEMİR

ANKARA
2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca kendisinden çok şey öğrendiğim, bana her konuda destek olan, tezimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübesi ile aydınlandığım, birlikte çalışmaktan çok zevk aldığım, her zaman güleryüzü ve teşvik edici sözleri ile desteğini hissettiğim değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Devrim Akdemir'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyimleri ve içtenlikleri ile mesleki kimliğimin oluşmasında katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu, Prof. Dr. Psk. Ferhunde Öktem, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Berna Özsungur, Doç. Dr. S. Ebru Kültür, Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir ve Yrd. Doç. Dr. Tuna Çak'a teşekkür ederim.

Araştırmanın oluşum, örneklem toplama ve değerlendirme aşamalarında yardımlarını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Adolesan Ünitesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nuray Kanbur ve Yard. Doç. Dr. Sinem Akgül'e, rotasyonumu tamamladığım Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve Hacettepe Üniversitesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Araştırmanın her aşamasında bana destek olan, birlikte çalışmaktan keyif aldığım sevgili arkadaşlarım Bilge Merve Kalaycı ve Semih Erden'e teşekkür ederim.

Birlikte keyifle çalıştığım, güzel dostluğu ve destekleri için Doç. Dr. Ş. Gülin Evinç'e teşekkür ederim.

Çalışma ortamını keyifli ve sıcak hale getiren Şeniz Özusta, Ferda Karadağ ve asistan arkadaşlarıma, çalışmaya katılan tüm gönüllü gençlere teşekkür ederim.

Yaşamımın her aşamasında sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim canım annem, babam ve kardeşime, bu yorucu süreçte desteklerini esirgemeyen değerli eşim, eşimin ailesi ve varlığıyla hayatıma neşe ve anlam katan sevgili oğlum Kaan'a teşekkür borçluyum.

ÖZET

Nalbant, K. Anoreksiya Nervoza Tanısı Olan Ergen Kızlarda Duygu Düzenleme, Duygu Tanıma ve Empati Becerileri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2016. Bu çalışma anoreksiya nervosa (AN) tanısı alan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin duygu düzenleme, duygu tanıma, empati ve algılanan duygu dışavurumu açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır. Depresyon ve anksiyete belirtileri, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma güvenliğinin duygusal işlevler ile ilişkisi de değerlendirilmiştir. Çalışmaya 12-18 yaş arasında, AN olan 32 ergen ve araştırma grubu ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik-sosyokültürel düzey açısından eşleştirilmiş 32 sağlıklı kontrol alınmıştır. Araştırma grubundaki ergenlerde AN tanısını doğrulamak ve kontrol grubundaki ergenlerde psikiyatrik hastalıkları dışlamak için K-SADS-PL kullanılmıştır. Ergenler Yeme Tutum Testi (YTT), Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ), Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), KA-Sİ Empatik Eğilim Ölçeği - Ergen Formu ve Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği (ADDÖ) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca Beck Depresyon Envanteri (BDÖ), Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) ve Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu'ndan (İPPA) yararlanılmıştır. Çalışma sonucunda AN olan ergenlerin daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı, daha fazla aleksitimik özellikler gösterdiği, empati becerilerinde daha fazla kısıtlılık olduğu ve annelerini eleştirel ve düşmanca algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu, çocukluk çağı travmalarının yüksek ve bağlanma güvenliğinin düşük olduğu saptanmıştır. Aleksitimik özelliklerin ve depresyon belirtilerinin duygu düzenlemeyi yordayan risk etkenleri olabileceği belirlenmiştir. Elde edilen bulgular ergenlerde AN gelişiminin önlenmesinde ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde önemli olabilir.

Anahtar sözcükler: Anoreksiya nervosa, ergen, duygu düzenleme, duygu tanıma, empati.

ABSTRACT

Nalbant, K. Emotion Regulation, Emotion Recognition and Empathy in Adolescent Girls with Anorexia Nervosa, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2016. In this cross-sectional study adolescents with anorexia nervosa (AN) were compared to adolescents without any psychiatric disorder with respect to emotion regulation, emotion recognition, empathy and perceived expressed emotion. The relations between emotional functioning and depressive and anxiety symptoms, childhood traumatic experiences and attachment security were also examined. Thirty-two adolescent girls with AN aged between 12-18 and 32 healthy adolescents who were matched with the study group in respect to age, gender and socioeconomic status were participated. K-SADS-PL was applied to all adolescents in order to diagnose AN in the study group and to rule out psychiatric disorders in the control group. All adolescents completed Eating Attitudes Test-40, (EAT-40), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), The Mind in the Eyes Test (RME), Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20), Child and Adolescent KA-Sİ Empathic Tendency Scale-Adolescent Form and Perceived Expressed Emotion Scale (PEE). Additionally, Beck Depression Inventory (BDI), Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED), Childhood Trauma Questionnaire-28 (CTQ-28) and Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) were used. Study group was found to have more difficulties in emotion regulation, higher alexithymia features, lower empathy skills and higher tendency of percieving their mothers as critical and hostile when compared to the control group. Furthermore, higher anxiety and depressive symptoms, higher childhood traumatic experiences and lower attachment security were detected in adolescents with AN. Alexithymia and depressive symptoms were found to be significant risk factors for difficulties in emotion regulation. The results of the study would be important for the prevention of AN and to develop treatment strategies in adolescents.

Key words: Anorexia nervosa, adolescent, emotion regulation, emotion recognition, empathy.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
ÖZET ii
SİMGELER VE KISALTMALAR ix
TABLOLAR xi
1.1 Konunun Önemi 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Beslenme ve Yeme Bozuklukları 3
2.1.1. Anoreksiya Nervoza 5
2.1.1.1. Tanım 5
2.1.1.2. Tarihçe 5
2.1.1.3. Epidemiyoloji 6
2.1.1.4. Etiyoloji 7
2.1.1.4.1. Genetik Etkenler 7
2.1.1.4.2. Nörokimyasal Çalışmalar 8
2.1.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları 8
2.1.1.4.4. Psikodinamik Etkenler 8
2.1.1.5. Klinik Özellikler 11
2.1.1.6. Tanı 12
2.1.1.7. Eşlik Eden Psikopatoloji 14
2.1.1.8. Tedavi 15
2.1.1.9. Gidiş ve Sonlanım 16
2.2. Duygu Düzenleme 16
2.2.1. Duygu Düzenleme İle İlgili Genel Bilgiler 16
2.2.2. Duygu Düzenleme Süreci ve Stratejileri 18
2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü 20
2.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkili Psikopatolojiler 20
2.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve AN 21
2.3. Duygu Tanıma 23
2.3.1. Duygu Tanıma İle İlgili Genel Bilgiler 23
2.3.2. AN ve Duygu Tanıma 24
2.4. Empati 26
2.4.1. Empati İle İlgili Genel Bilgiler 26

2.4.2 AN ve Empati Becerisi 27
2.5. Duygu Dışavurumu ve Algılanan Duygu Dışavurumu Kavramları 27
2.5.1. AN ve Duygu Dışavurumu.....28
2.6. Araştırmanın Amacı.....29
2.7. Araştırmanın Soruları 30
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....32
3.1. Araştırmanın Örneklemi 32
3.2. Araştırmanın Deseni 32
3.3 Örneklemin Seçimi 32
3.3.1 Araştırma Grubunun Oluşturulması.....32
3.3.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması.....34
3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler 35
3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu 35
3.4.2. Hollingshead-Redich Ölçeği.....36
3.4.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL) 36
3.4.4. Yeme Tutumu Testi-40 (YTT, Eating Attitudes Test-40, EAT-40).....37
3.4.5 Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ, Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS).....38
3.4.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi, Reading The Mind in the Eyes Test, RME) 39
3.4.7. Toronto Aleksitimi Ölçeği - 20 (TAÖ - 20, Toronto Alexithymia Scale) 39
3.4.8. KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği – Ergen Formu (KA-Sİ – EEÖ - Ergen Formu) 40
3.4.9 Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ, Expressed Emotion Scale, EE).....40
3.4.10 Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği (ADDÖ, Perceived Expressed Emotion Scale, PEE) 41
3.4.11. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, Beck Depression Inventory, BDI).....41
3.4.12. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ, Screen for Child Anxiety and Related Disorders, SCARED).....42
3.4.13. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (Childhood Trauma Questionnaire-28,

CTQ-28)....42
3.4.14. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (EABE, Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA)....43
3.5. Uygulama....43
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik....44
4. BULGULAR....45
4.1. Sosyodemografik Özellikler....45
4.1.1. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Yaş Ortalamaları....45
4.1.2. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Eğitim Süresi Ortalamaları....45
4.1.3. AN ve Kontrol Gruplarında Aile Yapısı ve Kardeş Sayısı....45
4.1.4. AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babalarının Yaş Ortalamaları....47
4.1.5. AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları....47
4.1.6. AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Çalışma Durumu....47
4.1.7. AN ve Kontrol Gruplarında Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey Dağılımı....48
4.1.8 Öyküsü AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık Dağılımı....49
4.1.9. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Ailelerinde Tıbbi Hastalık Öyküsü....50
4.1.10. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerde Prenatal-Natal Problem Öyküsü....51
4.2. AN Grubuna Özgü Klinik Özellikler....51
4.2.1. AN Grubunda Ailede Benzer Hastalık Öyküsü....51
4.2.2. AN Grubunda Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı, İlk Başvuru Yaşı ve Belirti Süresi....51
4.2.3. AN Grubunda Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu ve Tedavi Süresi....51
4.2.4. AN Grubunda Hastalığın Alt Tipi....52
4.2.5. AN Grubunda Beden Kitle İndeksi (BKİ)....52
4.3. AN ve Kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması....53
4.3.1. AN ve Kontrol Gruplarında Yeme Tutum Testi (YTT) Puanları....53
4.3.2. AN ve Kontrol Gruplarında Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) Puan Ortalamaları....53
4.3.3. AN ve Kontrol Gruplarında Gözlerden Zihin Okuma Testi (RME) Puan Ortalamaları....54
4.3.4. AN ve Kontrol Gruplarında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Puan Ortalamaları ve Dağılımı....55

4.3.5. AN ve Kontrol Gruplarında KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği - Ergen Formu Puan Ortalamaları 56
4.3.6. AN ve Kontrol Gruplarında Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) Puan Ortalamaları 57
4.3.7. AN ve Kontrol Gruplarında Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği (ADDÖ) Puan Ortalamaları 58
4.3.8. AN ve Kontrol Gruplarında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puan Ortalamaları. 58
4.3.9. AN ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Puan Ortalamaları 59
4.3.10. AN ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) Puan Ortalamaları 60
4.3.11. AN ve Kontrol Gruplarında Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (IPPA) Puan Ortalamaları 61
4.3.12. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Birbirleri İle İlişkisi 62
4.4. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçek Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Verilerle İlişkisi 64
4.4.1. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Yaş ile İlişkisi 64
4.4.2. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Aile Yapısı ve Sosyoekonomik Düzey İle İlişkisi 64
4.4.3. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının BKİ ve YTT Puanları İle İlişkisi 65
4.4.4. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Hastalık Belirtilerinin Süresi İle İlişkisi 66
4.4.5. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi 67
4.4.6. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Ailede Psikiyatrik ve Tıbbi Hastalık Öyküsü İle İlişkisi 67
4.5. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının BDÖ, ÇATÖ, İPPA ve CTQ-28 Puanları İle İlişkisi 69

4.6. Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma Puanlarına Göre Düzeltilmesi 70

4.7. Duygu Düzenleme Becerisini Yordayan Değişkenler 72
5. TARTIŞMA 73
5.1. Örneklemin Değerlendirilmesi 73
5.1.1. Yaş, Cinsiyet ve Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey 73
5.1.2. Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi 74
5.1.3. Eşlik Eden Depresyon ve Anksiyete Belirtileri 74
5.1.4. AN Grubunda Tanı Alma ve Tedavi Durumu 74
5.2. Duygu Düzenleme Becerisi 75
5.2.1. Duygu Düzenleme Becerisinin Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma İle İlişkisi 79
5.3. Duygu Tanıma Becerisi 82
5.4. Aleksitimik Özellikler 84
5.5. Empati Becerisi 87
5.6. Duygu Dışavurumu ve Algılanan Duygu Dışavurumu 89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 92
KAYNAKLAR 95
EKLER ..... .
EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu ..... .
EK 2: Hollingshead-Redich Ölçeği ..... .
EK 3: Yeme Tutumu Testi ..... .
EK 4. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği ..... .
EK 5: Gözlerden Zihin Okuma ..... .
EK 6: Toronto Aleksitimi Ölçeği ..... .
EK 7: KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği – Ergen Formu ..... .
EK 8: Duygu Dışavurumu Ölçeği ..... .
EK 9: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği ..... .
EK 10. Beck Depresyon Ölçeği ..... .
EK 11: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği ..... .
EK 12: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ..... .
EK 13: Ebeveyn Ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu ..... .

SİMGELER VE KISALTMALAR

AN	Anorexia Nervosa
ADD	Algılanan Duygu Dışavurumu
ADDÖ	Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği **(**Beck Depression Inventory)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BN	Bulmia Nervosa
BTA-YB	Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozukluğu
CTQ-28	The Childhood Trauma Questionnaire (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği)
ÇATÖ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Screen for Child Anxiety and Related Disorders)
DD	Duygu Dışavurumu
DDÖ	Duygu Dışavurum Ölçeği
DDGÖ	Duygu düzenlemede Güçlükler Ölçeği
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
ED	Eleştirel Düşmanca
EFE	Emotional Facial Expressions
FEEL	Facially Expressed Emotional Labelling
HR	Hollingshead Redich Ölçeği
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10^{th} Revision (Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması)
IPPA	Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment (Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu)
İKKM	Aşırı İlgi Koruyucu Kollayıcı Müdehaleci
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli)
OKB	Obsesif Kompülsif Bozukluk

SPSS	Statistical Program for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
RME	Reading the Mind in the Eyes (Gözlerden Zihin Okuma Testi)
TAÖ	Toronto Aleksitimi Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TYB	Tkınırcasına Yeme Bozukluğu
YB	Yeme Bozukluğu
YTT	Yeme Tutumu Testi

TABLOLAR

Tablo 4.1: AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Yaş Ortalamaları 45
Tablo 4.2: AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Eğitim Süresi Ortalamaları 45
Tablo 4.3: AN ve Kontrol Gruplarında Aile Yapısı 46
Tablo 4.4: AN ve Kontrol Gruplarında Kardeş Sayısı 46
Tablo 4.5: AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Yaş Ortalamaları 47
Tablo 4.6: AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları 47
Tablo 4.7: AN ve Kontrol Gruplarındaki Annelerin İş Durumu 48
Tablo 4.8: AN ve Kontrol Gruplarındaki Babaların İş Durumu 48
Tablo 4.9: AN ve Kontrol Gruplarında Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey Dağılımı 49
Tablo 4.10: AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık Dağılımı 50
Tablo 4.11: AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Ailelerinde Tıbbi Hastalık Öyküsü 50
Tablo 4.12: AN Grubunda Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı, İlk Başvuru Yaşı ve Belirti Süresi 51
Tablo 4.13: AN Grubunda Hastalığın Alt Tipi 52
Tablo 4.14: AN Grubunda BKİ.....52
Tablo 4.15: BKİ'ye Göre Hastalık Şiddeti 53
Tablo 4.16: AN ve Kontrol Gruplarında YTT Puan Ortalamaları 53
Tablo 4.17: AN ve Kontrol Gruplarında DDGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 54
Tablo 4.18: AN ve Kontrol Gruplarında RME Puan Ortalamaları 55
Tablo 4.19: AN ve Kontrol Gruplarında TAÖ-20 Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 55
Tablo 4.20: AN ve Kontrol Gruplarında TAÖ-20 Puanlarına Göre Aleksitimi Varlığı. 56
Tablo 4.21: AN ve Kontrol Gruplarında KA-Sİ - Ergen Formu Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....57
Tablo 4.22: AN ve Kontrol Gruplarında DDÖ Puan Ortalamaları 57
Tablo 4.23: AN ve Kontrol Gruplarında ADDÖ Puan Ortalamaları.....58
Tablo 4.24: AN ve Kontrol Gruplarında BDÖ Puan Ortalamaları 58

Tablo 4.25: AN ve Kontrol Gruplarında BDÖ Puanlarına Göre Depresyon Varlığı 59
Tablo 4.26: AN ve Kontrol Gruplarında ÇATÖ Puan Ortalamaları 59
Tablo 4.27: AN ve Kontrol Gruplarında ÇATÖ Puanlarına Göre Anksiyete Bozukluğu Varlığı.....60
Tablo 4.28: AN ve Kontrol Gruplarında CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları 61
Tablo 4.29: AN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Anne) Puan Ortalamaları.....62
Tablo 4.30: AN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Baba) Puan Ortalamaları 62
Tablo 4.31: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanları Arasındaki İlişki 63
Tablo 4.32: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Aile Yapısı İle İlişkisi.....64
Tablo 4.33: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının SED İle İlişkisi 65
Tablo 4.34: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının BKİ ve YTT Puanları İle İlişkisi 66
Tablo 4.35: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Hastalık Belirtilerinin Süresi İle İlişkisi 67
Tablo 4.36: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi 68
Tablo 4.37: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Varlığı İle İlişkisi 68
Tablo 4.38: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü Varlığı İle İlişkisi 69
Tablo 4.39: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanları İle BDÖ, ÇATÖ, İPPA-A, İPPA-B ve CTQ-28 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki 71
Tablo 4.40: Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma Puanlarına Göre Düzeltilmiş Şekli 72
Tablo 4.41: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) Toplam Puanını Yordayan Değişkenler 75

1. GİRİŞ

1.1 Konunun Önemi

Yeme Bozuklukları (YB), beden ağırlığı ile ilgili aşırı uğraşla seyreden, sağlıklı yeme davranışının ciddi olarak bozulduğu psikiyatrik hastalıklardır. YB genellikle ergenlik döneminde başlamakta ve bu dönemde hem fiziksel, ruhsal ve sosyal alanda güçlüklere yol açmakta, hem de önemli oranda mortalite nedeni olmaktadır (1). Genetik ve çevresel etkenlerin bir araya gelmesi ile ortaya çıktığı düşünülen YB'nin görülme sıklığının giderek artmakta olduğu ve başlangıç yaşının düştüğü bildirilmektedir (2). Bu nedenle YB'nin etiyolojisini aydınlatacak ve tedavide yeni stratejiler geliştirecek çalışmalar önem kazanmaktadır.

Ergenlik dönemi, Anoreksiya Nervoza (AN) başta olmak üzere YB gelişimi için kritik bir dönemdir (3). Ergenlik dönemi; biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda gelişim ve olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir. Ergenler bu dönemde bilişsel gelişimin hızlanması, biyolojik gelişim ile birlikte dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artışın olması, preödipal ve ödipal çatışmaların yeniden alevlenmesi, beden imgesinin gelişmesi, karşı cinsle ilişkiler gibi sosyalleşme deneyimlerinin yaşantılanması, anne babadan ayrılma-bireyleşme ve cinsel, sosyal ve mesleki kimlik gelişimi gibi nedenlerle döneme özgü zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır (4). Hızlı bir bedensel, ruhsal ve sosyal değişim yaşanan bu geçici dönemin doğal seyrinde uyum zorlukları olduğu kadar, bu değişimlerin yol açtığı gelişimsel süreçlerdeki ve beden imgesi gelişimindeki aksaklıklar ergenlik döneminde YB oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir.

YB'nin nörobiyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimiyle oluştuğu düşünülmektedir (5). Son zamanlarda YB tanısı olan hastaların duygu düzenleme becerisinde sorun olduğunu bildiren çalışmalara rastlanmaktadır. Duygu düzenleme, 'bir durum ile karşılaşıldığında ortaya çıkan duygu yoğunluğunun arttırılıp azaltılarak veya devam etmesi sağlanarak duyguların yönetilebilir aralıkta tutulması ve kişinin duyguları ile baş edebilmesi' olarak tanımlanmıştır (6). Çalışmalarda, YB tanısı olan olguların duygularını düzenleyebilmek için, kaçınma, bastırma, tıkınırcasına yeme ve yoğun kalori kısıtlaması gibi uygunsuz stratejiler kullandıkları bildirilmektedir (7,8). Duygu düzenleme becerisinin yaş, aile ortamı, sosyal çevre ve bireysel özellikler gibi pek çok etkenin etkileşimi ile geliştiği (9), kendisinin ve başkalarının duygularını

tanıyabilme, kendi duygu durumunu fark edebilme, içinde bulunduğu duruma uygun bir biçimde duygularını ifade edebilme ve empati yapabilme gibi süreçlerin de duygu düzenleme becerisinin gelişiminde etkili olduğu bildirilmektedir (10). Bu duygusal becerilerinde bozukluk olduğu saptanan çocuk ve ergenlerin sosyal, akademik, davranışsal ve ruhsal problemler açısından risk altında oldukları yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (11).

YB olan hastalarda duygu düzenleme becerisinin gelişiminde önemli olduğu düşünülen bu süreçlerde bozulma olduğunu bildiren çalışmalar artmaktadır. Çalışmaların birinde, AN tanısı olan erişkin hastaların yüzlerdeki ve bazı sözel ifadelerdeki olumsuz duyguları tanımada zorluk yaşadığı bildirilmiştir (12). Başka bir çalışmada, tanı alan ve eşik altı YB belirtileri gösteren kadın hastaların duygu tanıma becerilerinde belirgin bozukluk olduğu saptanmıştır (13). Zonnevijle-Bender ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, ergen YB olgularında da duygu tanımada bozukluk olduğu gösterilmiştir (14). Harrison ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, AN tanısı olan hastalar Gözlerden Zihin Okuma Testi (Reading The Mind in the Eyes Test, RME) ve Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) ile değerlendirilmiş ve sağlıklı kontrollere göre hem duygu tanıma, hem de duygu düzenleme becerisinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Araştırmacılar, duygu tanıma becerisi ile duygu düzenleme becerisi arasında anlamlı bir ilişki saptamışlar ve bu bulguların AN olgularının etkin tedavisinde yol gösterici olabileceğini belirtmişlerdir (15). Ülkemizde de AN tanısı olan ergenlerde sosyal bilişsel işlevlerde ve duygu düzenleme becerisinde bozulma olduğunu gösteren, görece küçük bir örneklem grubu ile yapılmış olan bir çalışma bulunmaktadır (16). YB olan hastalarla yapılan çalışmaların çoğunda özellikle duygu tanıma ve duygularını ifade etme becerilerinin sağlıklı kontrollere göre da düşük olduğu bildirilmektedir (17). Gillberg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise, AN olgularının empati becerilerinde de belirgin düzeyde bozukluk olduğu bildirilmiştir (18). Ayrıca AN olgularının ailelerinde duygu düzenleme becerisi ile ilişkili olabilecek bir parametre olan duygu dışavurumunda bozukluk olduğuna işaret eden ve duygu dışavurumunun önemini vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (19). AN olan hastaların ailelerindeki duygu dışavurumunun erken ve ileri dönemdeki tedavi uyumunun önemli bir yordayıcısı olduğu öne sürülmektedir (20).

Yazın alanında konu ile ilgili çalışmalara bakıldığında, YB hastalarında duygu

düzenleme becerisini değerlendiren çalışmaların çoğunun erişkin hastalar ile yapıldığı görülmektedir. AN'nin ergenlik döneminde başlamasına karşın, AN tanısı olan ergenlerde duygu düzenleme becerisi ve ilişkili süreçleri değerlendiren çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Oysa ki duygular ile baş etme becerilerindeki kısıtlılıkların bozulmuş yeme tutumları ile sonuçlanabileceği ve bu nedenle duygu düzenleme becerisinin YB'de değerlendirilmesi gereken önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (21). Özellikle gelişim döneminde duygusal becerilerin ruhsal hastalıklarla ilişkisinin aydınlatılması, erken ve etkin müdahalelerin geliştirilmesini sağlayacak stratejilerin belirlenmesi açısından önemlidir. Bu bağlamda çalışmamız AN tanısı olan ergenlerde duygu düzenleme becerisini ve duygu düzenleme ile ilişkili olabileceği düşünülen duygu tanıma, duygu ifade etme, empati becerisi ve algılanan duygu dışavurumunu değerlendiren bir çalışma olması nedeniyle önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Genellikle ergenlik ve genç erişkinlikte başlayan YB biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan psikiyatrik hastalıklardır. YB'nin başlangıcı 14-19 yaşları arasında zirve yapar ve ergenlerde obezite ve astımdan sonra en sık görülen üçüncü kronik hastalıktır (22).

Son yapılan çalışmalar, genç nüfusta YB tanısının yaygınlığının giderek arttığını göstermektedir (23). Genel nüfusun yaklaşık % 10'unda YB alt tiplerinden birinin olduğu, ancak bu bozukluğu olanların çok azının tedavi almak için başvurduğu düşünülmektedir (24). 2006 yılında ülkemizde 414 kadın üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların % 17.1'inde bozulmuş yeme davranışı, % 1'inde YB olduğu bildirilmiştir (25). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, üniversite öğrencilerinden oluşan 951 katılımcının % 2.2'sinde YB saptanmıştır (26).

YB, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, DSM-IV) Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN) ve Başka Türlü Adlandırılamayan YB (BTA-YB) olarak sınıflandırılmıştır. 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te YB sınıflandırması 'Beslenme ve YB' olarak genişletilmiştir ve 'Pica', 'Ruminasyon (Geviş Getirme) Bozukluğu', 'Kısıtlayıcı/Sınırlı Gıda Alımı Bozukluğu', 'AN', 'BN', 'Tıkınırcasına YB (TYB)',

‘Belirtilmemiş Beslenme ve YB’ ve ‘Diğer Beslenme ve YB’ olarak tanımlanmıştır. Tüm bu bozukluklar geniş bir spektrum olarak düşünülmelidir, çünkü hastalarda tanılar arası geçişler sıktır (23,27).

AN, zayıf bir bedene sahip olma arzusu, şişman olmaya karşı duyulan aşırı korku ve bu nedenlerle kilo vermek amacıyla besin alımının aşırı kısıtlanması başta olmak üzere, kendi kendini kusturma, laksatif ya da diüretik ilaçlar kullanma ve aşırı egzersiz yapma gibi davranışlarla karakterizedir. Hastalar normalde olması gereken beden ağırlığının çok altındadır. AN tanısı 13-18 yaşları arasında zirve yapar ve AN’nin yaşam boyu yaygınlığı % 0.5-2 arasında bildirilmektedir (28). AN psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek mortalite oranına sahip hastalıktır ve mortalite oranı % 5-6’dır (29). BN, yeme atakları ve ardından kilo alımını durdurmak için çıkarma davranışları ile giden bir bozukluktur. Hastalar normal ya da normalin üzerinde beden ağırlığındadır. BN tanısı 16-17 yaşlarında zirve yapar ve BN’nin yaşam boyu yaygınlığı % 0.9-3 dolayındadır (23). Mortalite oranı % 2 olarak bildirilmektedir ve özkıyım davranışı AN’ye göre daha fazladır (30). DSM-IV tanı ölçütlerine göre eşik altı AN ve BN belirtileri gösteren hastalar ‘başka türlü adlandırılamayan YB (BTA-YB)’ olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca BN’ye özgü yeme davranışı sonrasında kilo vermeye yönelik davranışlar olmaksızın yineleyici yeme ataklarının olduğu TYB, BTA-YB başlığı altında tanımlanmıştır.

YB, kişisel ve sosyal hayatı önemli düzeyde bozan, fiziksel ve psikiyatrik hastalıkların sık eşlik ettiği, genellikle ergenlik döneminde başlayan ve sıklıkla erişkin dönemde de devam eden hastalıklardır (31). YB olan hastalarda özellikle duygudurum ve anksiyete bozuklukları sık eşlik etmektedir. AN olan hastalarda sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar sırasıyla depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve sosyal fobi olarak sıralanmıştır (32). BN’ye yaygın anksiyete bozukluğu, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları sıklıkla eşlik eder ve bu bozuklukların eşlik etmesinin hastalığın gidişini olumsuz etkilediği bildirilmiştir (33). BTA-YB olan olgularda sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında depresyon ve madde kullanım bozukluğu yaygınlığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (34).

2.1.1. Anoreksiya Nervoza

2.1.1.1. Tanım

AN, beden ağırlığının sağlıklı normların altında olmasına karşın kilo vermeyi sürdürme ya da beden ağırlığını koruma konusunda kararlılık, şişmanlamaktan aşırı derecede korkma ve beden imgesinde bozukluk ile karakterizedir.

2.1.1.2. Tarihçe

Anoreksiya, Yunanca kökenli bir kelime olup an- olumsuzluk ön eki ve orexis-iştah sözcüklerinin birleşiminden oluşmuştur ve 'iştahsızlık' anlamına gelmektedir. 'Anoreksiya Nervoza' terimi ilk kez 1868 yılında Sir William Gull tarafından kullanılmıştır. Gull, AN'yi uzun süreli istemli açlığın metabolik işlevlerde bozukluklara neden olduğu psikiyatrik bir tablo olarak tanımlamış ve bu durumun ergenlik dönemindeki kadınlarda daha sık görüldüğünü belirtmiştir (35). AN klinik patoloji olarak ilk kez Lasegue tarafından 1873 yılında tanımlanmıştır ve Lasegue hastalık için 'Histerik Anoreksi' (L' Anorexia Hysterique) terimini kullanmıştır. Lasegue hastalığın etiyolojisinde duygusal etkenlerin, hasta ve ailesi arasındaki iletişim ve etkileşimin önemini vurgulamış ve belirtileri histerik özellikler olarak değerlendirmiştir (36).

AN'nin tarihsel gelişimine bakıldığında, birçok dinde benzer belirtilere ruh ve bedenin dünyevi uğraşlardan arındırılması için başvurulduğu görülmektedir. Özellikle 13. yüzyıldan itibaren kadınların katolik kilisesi tarafından azize olarak tanımlanmasının artmasıyla birlikte, ruhsallık ve dini arınma uğruna sıkı oruçlar tutarak kendilerini aç bıraktıkları ve bu durumun katolik kilisesini dahi kaygılandıracak hale geldiği bilinmektedir. Tarihte AN tanısına benzer birçok olgu bildirimi bulunmaktadır. 13. yüzyılda yaşamış olan İşkoç Kraliçesi Mary Stewart'ın iyi tutulan tıbbi hastalık kayıtlarından, ergenlik döneminde kilo kaybı, iştahsızlık, kusma ve solukluk gibi AN belirtilerine benzer bir tablo yaşadığı bilinmektedir (37). İngiliz hekim Richard Morton 1689 yılında, bilinen fiziksel bir hastalığı olmadığı halde iştahsızlık ve süreğen kilo kaybı ile giden iki olgu bildirmiş ve bu durumu 'nervous consumption-sinirsel tükenme' olarak tanımlamıştır (38). İngiliz hekim Robert William 1790 yılında bir olgu aracılığıyla ilk kez erkeklerde yememe ve diyet kısıtlamasına bağlı olarak gelişen aşırı kilo kaybı durumunu bildirmiş ve hastanın 78 günlük açlık sonrasında hayatını kaybettiğini belirtmiştir. Fransız hekim Louis-Victor Marce (1828-1864) AN belirtileri

gösteren, gebelik sırasında ve sonrasında psikiyatrik yakınmaları olan bir grup kadın hastanın verilerinden oluşan bir olgu serisi yayınlamıştır. 1868 yılında William Gull bir grup genç İngiliz kadında zayıflamanın yaygınlaştığını gözlemlemiş ve hastalığı önce 'apepsia histerica', hemen ardından 'anoreksiya histerica' ve sonrasında da 'anoreksiya nervoza' olarak tanımlamıştır (35,39).

Yirminci yüzyılın başlarına gelindiğinde AN hipofizer bir hastalık olarak değerlendirilmişse de, 1930'larda AN ile ilgili psikanalitik açıklamalar başlamış, S. Freud'un hipotezleri temel alınarak, AN'nin oral yönü, cinsellikle ilişkisi, gebelik fantezileri ve cinselliğin reddi üzerinde durulmuştur (40). AN'ye ilişkin bugünkü bilgilerimizin temelini, 1960'lı yıllardan sonra AN ve altında yatan patolojiler konusunda çalışan Hilde Bruch atmıştır. Bruch ilk kez AN'de beden imgesi bozukluğundan söz etmiş, tabloyu özerklik, yeterlilik ve kontrol duygularını sürdürmek için olan girişimler olarak değerlendirmiş ve bu hastalığın gelişimin erken döneminde bozulmuş anne-çocuk ilişkisine bağlı olarak ortaya çıktığını öne sürmüştür (41,42). Benzer dönemlerde Arthur Crips AN'nin, çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde yaşanan biyolojik ve psikolojik etkenlere bağlı olarak geliştiğini öne sürmüş ve Gerald Russell da bu kavramlara 'aşırı şişmanlama korkusu'nu katmıştır (39).

Sonuç olarak, AN yeni tanınan bir psikiyatrik hastalık olmayıp, tarih boyunca gözlemlenmiş ve bildirilmiştir. Ancak, hastalığın daha iyi tanınması, görülme sıklığının ve hastaların yardım isteğinin artması gibi nedenlerle günümüzde daha fazla AN tanısının konulduğu bilinmektedir.

2.1.1.3. Epidemiyoloji

Son yıllarda AN tanısının sıklığında hem batılı hem de batılı olmayan toplumlarda artış olduğu, bu artışın özellikle hastalığın çocuk ve ergenlerdeki görülme sıklığının artmasına bağlı olarak geliştiği, hastalığın erişkinlerdeki sıklığının aynı kaldığı belirtilmektedir (1,43). AN'nin sıklığı çalışmaların yöntemine göre farklılık göstermekle birlikte, kadınlarda 100.000'de 8, erkeklerde 1.000.000'da 5 olarak bildirilmektedir (3). Son yıllardaki çalışmalarda yeni saptanan AN olgularının % 40'ının 15-19 yaşları arasında olduğu ve bu grupta AN sıklığının 100.000'de 40-100 olduğu bildirilmektedir (1).

Ülkelere göre yaygınlık oranlarına bakıldığında; Hollanda'da ergen kızlarda % 0.3, Almanya'da % 0.5, Bulgaristan'da % 0.3 ve Amerika'da % 0.2-0.3 oranında olduğu

bildirilmiştir (23,44,45). AN'nin Türkiye'deki yaygınlık oranı üniversite öğrencilerinde % 0.5 olarak bildirilmiştir (26). Yeni yayınlanan bir gözden geçirme yazısında ergenlerde hastalığın bir yıllık yaygınlık oranının % 0.3-0.9 arasında olduğu bildirilmektedir (31). AN psikiyatrik hastalıklar içerisinde cinsiyet farklılığının en belirgin olduğu hastalık grubudur ve kadınlarda görülme oranı erkeklerin yaklaşık 6-10 katı kadardır (46).

2.1.1.4. Etiyoloji

AN etiyolojisinde pek çok neden öne sürülmektedir ancak hastalığın oluşumu tek bir etken ya da bakış açısıyla açıklanamayacak kadar karmaşıktır. Oluşumuna genetik, biyolojik, gelişimsel, bilişsel, psikodinamik, ailesel ve sosyokültürel çeşitli etkenlerin değişik derecelerde katılımı söz konusudur (47).

2.1.1.4.1. Genetik Etkenler

AN oluşumunun altında yatan nedenlere yönelik olarak yapılan araştırmaların çoğu psikodinamik ve sosyokültürel etkenlere odaklanmış olsa da, son yıllarda genetik çalışmalar da artmaktadır. Hinney ve Volckmar'ın yaptığı bir derlemede, ikiz çalışmalarında AN'nin kalıtımının % 48-88 oranlarında olduğu bildirilmektedir (48). AN olan 152 hastanın ailesinin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların birinci derece akrabalarında toplum örneklemiyle karşılaştırıldığında, AN gelişme riskinin 10 kat arttığı bildirilmektedir (49). AN ile ilgili moleküler genetik çalışmalar serotonin 2A reseptör geninin 1438/A alleli ve AA genotipi ve serotonin 2C reseptör geni ile ilişkiyi desteklemektedir (50). Uluslararası çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada, kromozom 1p üzerinde duyarlı bir lokusun AN'nin kısıtlayıcı alt tipi ile ilişkisi olduğu bulunmuştur (51). Norepinefrin taşıyıcı gen, monoamin oksidaz A geni, serotonin taşıyıcı gen, serotonin geni HTR1D ve opioid geni OPRD1 ile AN arasında ilişki olabileceği bildirilmektedir (52).

AN gelişiminde cinsiyet farklılıkları üzerine yapılan çalışmalarda, genetik etkilerin pubertede aktive olduğu ve prenatal dönemde testesterona maruz kalmanın koruyucu olduğu bildirilmiştir (53,54)

2.1.1.4.2. Nörokimyasal Çalışmalar

Hipotalamik epinefrin ve serotoninin iştahı azalttığı, norepinefrinin iştahı arttırdığı bilinmektedir. Serotonerjik disregulasyonun (özellikle de hiposerotonerjik durumun) YB ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (55). Açlığın kendisi hipotalamik ve metabolik işlevlerde nörokimyasal olarak değişikliklere yol açmakta, noradrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerde açlık ile birlikte değişim ortaya çıkmaktadır (56). AN olan bireylerde bozulmuş serotonin düzeylerinin iyileşme sonrasında da devam etmesi nedeniyle, bu nörotransmitterin hastalığın gelişiminden sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir (57). Son yıllarda yeme davranışında etkili bazı hormon ve nörotransmitterler de saptanmıştır. Leptin, nöropeptid Y, oksitosin, vasopressin yeme davranışından sorumlu tutulan nöropeptid ve hormonlardan bazılarıdır (58,59).

2.1.1.4.3. Nörogörüntüleme Çalışmaları

AN olan bireylerde hastalığın aktif döneminde sıvı retansiyonu ve protein eksikliğine bağlı olarak toplam beyin gri ve beyaz cevher hacimlerinin azaldığı, ancak beden ağırlığının düzelmesi sonrasında tekrar normale döndüğü bildirilmektedir (60,61). Fonksiyonel görüntüleme çalışmalarında da hastalığın aktif dönemindeki frontal, fronto-paryetal, fronto-temporal ve paryetal hipoperfüzyonun, beden ağırlığı restorasyonu sonrasında normale döndüğü belirtilmektedir (62). Sağ dorsal anterior singulat korteks beynin beden ağırlığı kaybı ve beden ağırlığının tekrar kazanılması ile ilişkili bölgelerinden biridir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda bu bölgede hacim azalması üzerine odaklanılmıştır. Beden ağırlığı restorasyonu ile bu bölgenin hacminin normale döndüğü, normale dönmeyen hastalarda relaps riskinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (63).

2.1.1.4.4. Psikodinamik Etkenler

AN'nin oluşumunda, yaşamın erken dönemindeki anne-çocuk ilişkisinde beslenme ile ilgili karşılıklı etkileşimlerin belirleyici rolünün olduğu düşünülür. Hilde Bruch'a göre, kişinin düşüncelerinin sürekli olarak beden ağırlığı ve yemeklerle ilgili olması, benlik algısının bozuk olduğunun işaretidir. Bruch, YB hastalarının annelerinin, yaşamın erken döneminde bebeğin gereksinimlerine uygunsuz yanıtlar verdiğini düşünür. Annenin bebeğin her türlü sıkıntısına onu besleyerek yanıt verdiği ve beslenmenin tümüyle mekanik bir eyleme dönüştüğü durumlarda, çocuğun

gereksinimleri ile çevresel yanıtlar uyuşmaz. Çocuk, açlık-tokluk ya da diğer huzursuz edici durumları ayırt edemez; bedensel duyumlarla, duygusal deneyimler arasındaki farkı da tam olarak algılayamaz. Bu durum, ileride beden algısının bozulmasına, kişinin bedeninden gelen arzuları anlayamamasına, doyuramamasına ve onları oral dürtülerini bastırmaya çalışarak kontrol etmeye çalışmasına zemin hazırlar (64,65).

Ergenlik ikinci bir ayrılma-bireyleşme dönemidir ve aslında hayatın ilk üç yılında yaşanan ayrılma-bireyleşme döneminin tekrarıdır. Yaşamın ilk üç yılını kapsayan dönemde çocuk, benlik ve nesne ilişkilerini biçimlendirir. Bu dönemde anne ve çocuk arasında yaşanan travmatik bir başarısızlık, ilk nesneye ilişkin duygulanımların bastırılmasına yol açar. İlk nesne (bakım veren) içe alınmıştır, ona karşı duyulan nefret, bedene karşı duyulan nefretle karışır ve aslında zarar verilmek istenen ilk nesnedir. AN olan hasta, bedenini kontrol altında tutarken, kendi arzularını ve belki de henüz ayrışmayı tamamlayamadığı ilk nesnesini de kontrol altında tutmaya çalışmaktadır. Hasta kendisini özerk ve ayrışmış olarak algılayamaz ve ele geçirilme tehditleri altında hisseder. Bu tehditler annesiyle kurduğu ilk ilişkisinde ortaya çıkmış ve ergenlik ile birlikte tekrar alevlenmiştir (66).

Kendilik psikolojisine göre YB, büyüklenmeci ve yüceleştirilen kendiliğin uygun karşılanmayan gereksinimlerinin ruhsal düzenleme becerilerinde oluşturduğu kısıtlılıklardan yola çıkılarak açıklanmıştır. Kohut, kendilik gelişiminin 'büyüklenmeci kendiliğin empatik aynalanması' ve 'yüceleştirme gereksiniminin karşılanması' şeklinde iki ana kutuptan oluştuğunu belirtmiştir (67). Kurama göre, erken gelişim döneminde bebeklerde duygu düzenlenme, kendini yatıştırma, bütünlük duygusu ve benlik saygısının sürdürülmesi gibi kendiliğin işlevi olan ruhsal düzenlemeleri, empatik aynalama ile bebeğin gereksinimlerine uygun tepkiler verebilen anne, yani öznesne yürütür. Erken gelişimsel dönemden itibaren varolan empatik aynalanma ve idealizasyon eksikliği, anneden sağlıklı ayrılma sürecini ve kendilik gelişimini olumsuz etkileyerek kendini düzenlemede (self-regulation) yetersizliklere neden olur (68). AN kısıtlayıcı tipte kişi yemek alımını kısıtlayarak hayata meydan okumakta, yaşamsal gereksinimini reddederek büyüklenmeci kendiliğin aynalanma ihtiyacını karşılamakta ve kendini tüm güçlü hissetmektedir (69). Bulimik tipte ise, idealize edilmiş ebeveyn imgesinden (idealized parent imego) beklenen sevgi, ilgi ve takdir öznesneden alınamadığında, bu gereksinim yemeği içine alarak karşılanmaya çalışılmaktadır. Ancak

kurama göre, idealize edilmiş öznesneyi yüceleştirme ondan ayrılmayı da gerektirir ve kişi ayrı olduğunu hissedebilmek için kusar ve içe aldıklarını dışa atar (70).

Psikosomatik aile kuramına göre, AN belirtileri aile içi iletişim sorunlarının sonucunda oluşur. Bu ailelerin ortak özellikleri; aşırı koruyucu, çatışmadan kaçan, sorunları konuşamayan yapıda olmaları, sorun çözme becerilerinin zayıf ve aile içi ilişkilerinin tutarsız olmasıdır (71). Selvini-Palazzoli 'anorektik aile' tanımlaması kullanmış, AN olan bireylerin ailelerini özerklik ve bağımsızlık arayışlarını ketleyen, iletişim kurmakta zorlanan, sorumlulukları paylaşmayan ve sorun çözme yetersizlikleri olan aileler olarak aktarmıştır (72). AN olan bireylerin bir yandan özerklik mücadelesi verirken, diğer yandan bağımlı oldukları ailelerinden ayrılmakta zorluk çektikleri, bu bağlamda kontrol altına alamadıkları aile ilişkilerini bedenlerine yönelttikleri düşünülmüştür (73). Hilde Bruch, temel sorunun, bireylerin aile ilişkilerinde baskın olan anne ile sıcak ve pasif babanın arasında kalma durumuna karşı geliştirdikleri bozulmuş yeme davranışı olduğunu öne sürmüştür (74). Telerant ve Kronenberg ise, AN olan hastaların ailelerinin kapalı ve kırılgan olduğunu, agresyon/kızgınlık gibi olumsuz duyguları dışa vurmayarak kendini korumaya çalıştığını, stresin aile içinde ani patlamalara ya da psikosomatik hastalıklara yol açtığını ve bu tür ailelerde çocukların duygu dışavurumunun somatik belirtiler şeklinde olduğunu öne sürmüştür (75)

AN olan bireylerde saptanan mükemmeliyetçilik, esnek olmayan bilişsel yapı ve düşük benlik saygısı gibi özelliklerin hastalığın oluşumunda önemli risk etkenleri olduğu düşünülmektedir (76,77). Böyle kişilik özellikleri olan bireylerde ergenlik gibi geçiş dönemlerindeki ani değişikliklerden kaçınma ve yemeyi kısıtlama/denetleme gibi güvenlik hissi oluşturan ve esnek olmayan yapıya geri çekilme söz konusu olabilir. Yemeyi kontrol etmenin sağladığı güven hissine karşın, açlığın fiziksel ve duygusal olarak bireyi olumsuz etkilediği ve bu ikilemin iyileşmeyi daha da güçleştirdiği düşünülmektedir (78). Bu bağlamda ergenlik dönemi gibi fiziksel ve sosyal değişikliklerin olduğu dönemlerde hastalık riski artmaktadır (79).

Beden ağırlığının ve şeklinin önemli olduğu bale, atletizm ve mankenlik gibi bazı meslek alanlarında çalışanlarda YB sıklığının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca zayıf olmanın başarı ve güzelliği temsil etmesi ve ince bir bedene sahip olma konusundaki medya ve toplum baskısı, zayıflamak amacıyla diyet yapılmasına ve bozulmuş yeme tutumlarına neden olmaktadır. Ancak yaygınlık oranları göz önüne

alındığında, bu sosyokültürel etkenlerin AN'yi açıklamak için tek başına yeterli olmadığı, BN ve TYB için daha fazla etkili oldukları düşünülmektedir (80).

AN etiyolojisinde, duygu tanıma, duygu işlemleme ve zihin kuramı becerilerinin önemini vurgulayan çalışmalar da gün geçtikçe artmaktadır. Sosyal bilişsel beceriler diğerlerinin farklı bir zihne sahip olduğunu fark edebilme, öngörebilme, inançlarını ve niyetlerini anlayabilme aracılığıyla onların davranışlarının anlamını çıkarabilme ve böylece karmaşık sosyal çevreler ile etkileşime girebilme yeteneği olarak tanımlanabilir (81). Diğer insanların düşünce ve duygularını anlama ve onların davranışlarını yordama başarılı bir etkileşim için oldukça önemlidir (82). Son dönemde yapılan çalışmaların çoğunda AN olan bireylerin bu becerilerinde kısıtlılık olduğu bildirilmiştir (83-86).

AN gelişimine katkıda bulunabilecek diğer etkenler arasında bebeklik ya da erken çocukluktaki uyku ya da yeme güçlükleri, çocukluk çağında görülen kaygı bozuklukları, çocukluk ve ergenlikte yaşanan fiziksel, duygusal ve cinsel istismar öyküsü gibi olumsuz yaşam olayları da yer almaktadır (87).

2.1.1.5. Klinik Özellikler

YB'nin klinik görünümü fiziksel, psikiyatrik, ailesel ve sosyal sorunların sıklıkla eşlik etmesi nedeniyle oldukça karmaşıktır (88). AN'nin klinik özellikleri, temel klinik özellikler ve hastalıkla ilişkili diğer klinik özellikler olarak ele alınabilir (89). AN'nin temel klinik özellikleri; normal beden ağırlığına göre düşük beden ağırlığında olmaya rağmen kalori alımında ciddi düzeyde kısıtlama yapma, kilo vermeye yönelik çeşitli çabalar gösterme ve beden imgesindeki bozulmadır (90-92). AN olan kişiler yaş ve boylarına göre beklenenden oldukça zayıf olmalarına karşın kendilerini "çok şişman" hissederler ve şişmanlamaktan çok korkarlar. Bu kişilerdeki beden imgesi bozukluğu, zayıf olduklarını kabul etmeme ile kabul etmelerine karşın bedenlerinin bazı bölgelerinin büyük olduğuna inanma arasında değişebilir (93). Bu temel özelliklere ek olarak AN ile ilişkili diğer davranışsal belirtiler de sıklıkla bulunur. Yemeyi kısıtlama, aşırı fiziksel egzersiz yapma, laksatif, diüretik ya da diyet hapları kullanma ve kusma gibi dengeleyici davranışlar ile kilo vermek ya da beden ağırlığını korumak için acımasızca uğraşırlar. Hastaların yeme düzenleri de bozulmuştur. Özellikle bazı besinlerden uzak durma, yağlı ve şekerli yiyeceklerden kaçınma, düşük kalorili besinleri tercih etme, tüketilen kalori miktarını hesaplama, aşırı baharat ve/veya yapay

tatlandırıcılar kullanma, uzun süre aç kalma, öğün atlama, ağza alınan lokmaları fazla çiğneme, çiğneyip tükürme, yemek yeme ve hazırlama sırasında belirli ritüellere uyma gibi davranışlara sıklıkla başvururlar. Yemekle ilgili neredeyse obsesyon düzeyinde olan düşünceler ve kalori alımını dengelemeyle ilgili kompulsif davranışlar hastanın zihnine dışarıdan sokuluyormuş gibidir (88). Hiperaktivite, fiziksel aktivitelerle ilgili ritüeller, az uyuma, sosyal geri çekilme, kısıtlı içgörü ya da temel klinik özellikleri kabul etmeme, duygu ifadesinde kısıtlılık, künt duygulanım, katı düşünce ve davranış yapısı, mükemmeliyetçilik, çevresindekileri kontrol etme gereksinimi, düşük libido ve disforik özellikler gösterebilirler. Bu özelliklerden bazılarının kilo alımı sonrasında da devam etmesi AN tanısı öncesinde var olduklarını düşündürmektedir (90-92).

AN'nin fiziksel belirtileri çoğunlukla açlıktan kaynaklanmakta ve AN olanlarda konuşmanın yavaşlaması, mantık dışı düşünme, yürütücü işlev bozuklukları ve duygulanım kısıtlılığı gibi bilişsel ve psikolojik bozukluklar da görülmektedir (94,95).

2.1.1.6. Tanı

YB, DSM-II'de "Başka Yerde Sınıflandırılmayan Özel Belirtiler" başlığı altında "Beslenme Bozuklukları" olarak, DSM-III'te "Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Ortaya Çıkan Bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmıştır. DSM-IV'te YB ayrı bir kategori altında tanımlanmış ve AN ve BN'nin tanı ölçütleri ayrı ayrı belirtilmiştir (34). AN'nin en önemli tanı ölçütü kişinin yaşına ve boyuna uygun olan en düşük beden ağırlığında olmayı reddetmesidir. DSM-IV-TR bu ölçütü, AN tanısı için ideal beden ağırlığının % 85'i olarak tanımlamakta, ancak daha detaylı bilgi vermemektedir, buna karşın ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) 17.5 kg/m^2'ye eşit ya da bundan daha düşük olması ölçütünü gerekli görmektedir (95). DSM-IV-TR'ye göre AN tanı ölçütleri aşağıda özetlenmiştir.

DSM-IV-TR'ye Göre AN Tanı Ölçütleri

Kesin tanı için aşağıdaki ölçütlerin tümü bulunmalıdır:

A- Yaşı ve boyu için olağan sayılan en az beden ağırlığına ya da bunun üzerinde bir beden ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (Örneğin, beklenenin % 85'inin altında bir beden ağırlığına sahip olmaya yol açan kilo kaybı ya da büyüme dönemi

sırasında, beklenenin % 85'inin altında bir beden ağırlığına sahip olmaya yol açacak biçimde kilo alımını gerçekleştirememe).

B- Beklenenin altında bir beden ağırlığına sahip olmaya karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.

C- Kişinin beden ağırlığını ya da biçimini algılamasında bozukluk olması, kendini değerlendirmede beden ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada beden ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.

D- Kadınlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması (Sadece hormon verilmesi sonrasında menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür, örneğin, östrojen uygulanması).

DSM-IV'te AN kısıtlayıcı tip ve tıkınırcasına yeme/çıkartma tipi olarak iki alt gruba ayrılmıştır:

Kısıtlayıcı Tip: AN'nin o sıradaki atağı sırasında kişi düzenli olarak tıkınırcasına yeme ya da çıkartma (kendisinin yol açtığı kusma ya da laksatiflerin, diüretiklerin ya da lavmanların yanlış yere kullanımı) davranışı göstermemiştir.

Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: AN'nin o sıradaki atağı sırasında kişi düzenli olarak tıkınırcasına yeme ya da çıkartma davranışı göstermiştir.

DSM-5'te AN ile ilgili tanı ölçütlerinin içeriğinde kısmi değişiklikler yapılmış ve amenore ölçütü, menarş öncesi durumlarda kullanılamadığından, birçok AN olgusunda menstruel aktivite görüldüğünden ve erkek hastalarda kullanılabilecek bir ölçüt olmadığından dolayı kaldırılmıştır (90).

DSM-5'e göre AN tanı ölçütleri şunlardır;

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

B- Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük beden ağırlığında olmaya karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.

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

2.1.1.7. Eşlik Eden Psikopatoloji

AN'ye başka bir psikiyatrik hastalığın eşlik etmesi yaygındır (96). AN olan hastaların yarısından fazlasında yaşam boyu depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve sosyal anksiyete bozukluğu başta olmak üzere en az bir psikiyatrik hastalığın bulunduğu bildirilmektedir (56,97). Ancak ağır madde kullanım bozukluğu dışında öncelikli olarak AN ve özkıyım eğilimine odaklanılmalı, hastanın durumu stabil olduktan sonra eşlik eden psikiyatrik hastalıklar değerlendirilmelidir (98). AN olan ergenlerde, eşlik eden psikiyatrik hastalık oranı yine de erişkin AN hastalarına göre daha düşük bulunmaktadır (99).

AN tanısı konan ergenlerin % 60'ından fazlasında depresyon belirtilerinin (çökkünlük, duygusal boşluk, sosyal çekilme, cinsel istekte azalma, hiçbir şeyden zevk almama gibi) olduğu bildirilmektedir (23,100,101). Benzer şekilde AN olan hastaların ortalama % 25'inde en az bir anksiyete bozukluğu vardır (100). En sık görülen anksiyete bozuklukları; özgül fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu ve sosyal anksiyete bozukluğudur. AN hastalarının ¼'ünde madde kullanım bozukluğunun olduğu ve tıkınırcasına yeme tipindeki AN'de, kısıtlayıcı tipe oranla 2.7 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (102). AN'ye aynı zamanda obsesif kompulsif, çekingen, bağımlı, narsistik, paranoid ve sınır kişilik bozuklukları da eşlik edebilir (24). Kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamasa da, mükemmeliyetçilik, zorlayıcılık, karamsarlık ve narsisizm gibi kişilik özelliklerinin sıklıkla AN'ye eşlik ettiği ve işlevselliğin bozulmasına neden olabileceği bildirilmektedir (96,103).

AN'ye yaşam boyu eşlik eden psikopatolojilerden anksiyete bozuklukları ve dürtü kontrol bozukluklarının genellikle AN tanısının öncesinde, duygudurum bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının genellikle AN tanısının sonrasında

başladığı bildirilmektedir (24,104,105). Özellikle major depresyon AN'ye ikincil gelişmekte ve beden ağırlığının düzelmesi sonrasında düzelmektedir (92,106).

Sonuç olarak, AN'ye diğer psikiyatrik belirtilerin ve hastalıkların eşlik etmesi yaygındır. Eşlik eden psikopatolojiler AN belirtilerinin ve işlev kaybının artmasına ve tedavi yanıtının azalmasına yol açabileceği için iyi değerlendirilmeli ve tedavi planında göz önünde bulundurulmalıdır (107).

2.1.1.8. Tedavi

AN, ciddi medikal komplikasyonların ve özkıyım eğiliminin görüldüğü ve sıklıkla hastaların tedavi olmayı reddetmesi nedeniyle yaşamı tehdit edebilen bir hastalıktır. AN olan hastaların tedavisini planlarken hastalığın şiddeti, eşlik eden psikiyatrik belirtiler ve özkıyım davranışı iyi değerlendirilmelidir. AN'nin birden fazla etkene bağlı olarak gelişmesi ve işlevselliğin farklı alanlarda etkilenmesi nedeniyle tedavi psikiyatrist, hastanın genel medikal durumu ile ilgilenen hekim ve diyetisyenden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmalıdır (89).

AN tedavisinde ilk hedef beslenmenin düzenlenmesi ve beden ağırlığının normal sınırlara getirilmesidir. AN olan hastanın medikal durumu stabil olduktan sonra tedavinin olmazsa olmaz bileşeni psikoterapidir ve bu nedenle çeşitli psikoterapi yöntemleri uyarlanmakta ve geliştirilmektedir (108). Bilişsel-davranışçı terapi, destekleyici psikoterapi, motivasyonel görüşme, aile terapisi ve bilişsel terapi en sık kullanılan psikoterapi yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımlardan yalnızca aile terapisinin özel bir alt tipi olan aile tabanlı tedavinin (Maudsley Modeli) hastalık süresi üç yıldan daha kısa olan çocuk ve ergenlerde bireysel psikoterapilere oranla daha etkin olduğu gösterilmiştir (109,110). Hangi psikoterapötik yöntemin seçileceğine, hastanın yaşı, tercihi, psikoterapiste ulaşabilme olanağı ve psikoterapinin maliyeti gibi etkenler göz önünde bulundurularak karar verilmelidir (92).

YB içinde farmakoterapiye yanıtı en olumsuz olan grup AN'dir ve akut dönemdeki hastalarda herhangi bir ilacın kesin olumlu etkisi gösterilememiştir (111). Bu nedenle AN tedavisinde farmakoterapi öncelikli tedavi değildir (112). Ayrıca BKİ'nin çok düşük olması ve medikal sorunların varlığı ilaç kullanımını zorlaştırır (113). AN'de görülebilen esnek olmayan düşünce ve bilişsel yapı gibi obsesif kişilik özelliklerinin, AN ve OKB arasındaki yakın ilişkinin ve AN'de serotonerjik işlevlerdeki değişikliklerin fark edilmesi ile seçici serotonin gerialım inhibitörleri (SSRI) tedavide

ilgi odağı olmuş ve fluoksetin ile çok sayıda çalışma yapılmıştır. Fluoksetinin küçük örneklemler ile yapılan çalışmalarda kilo alımını sağladığını ve BKİ normale dönen hastalarda relapsı önlediğini bildiren yayınlar olmakla birlikte (114,115), beden ağırlığının düzeltilmesine yardımcı olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (116-118). Son yıllarda AN tedavisinde ikinci kuşak antipsikotikler kullanılmaya başlanmış ve özellikle olanzapin ile yapılan çalışmalardaki hastalarda kilo alımının yanı sıra anksiyete düzeyinde düşme ve temel belirtilerde azalma bildirilmiştir (119-121). Sanrı düzeyinde beden imgesi bozukluğu, hiperaktivite, anksiyete ve kilo alma korkusunun öne çıktığı, şiddetli AN olgularının tedavisinde antipsikotik kullanımı önerilse de (122), çalışmalar AN tedavisinde antipsikotiklerin ender olarak başarılı olacağını ve genel durumu bozuk olan hastalarda yan etkilerinden dolayı kullanımlarının sınırlı olacağını göstermektedir.

2.1.1.9. Gidiş ve Sonlanım

AN tipik olarak ergenlik döneminde başlar. Hastalığın gidişi değişkendir, sıklıkla kronikleşir ve relapslar olur. AN tanısı olan hastaların yaklaşık % 40'ında tam, % 30'unda orta düzeyde iyileşme görülürken, % 20'sinde kötü sonlanım görülmektedir (96). Belirtilerin başlangıcından tedavinin başlangıcına dek geçen sürenin kısa olması, sosyal ilişkilerin ve içgörünün iyi olması iyi sonlanım ile ilişkili bulunurken; geç yaşlarda başlangıç, hastalık süresinin uzun olması, çok düşük beden ağırlığı, beden ağırlığının düzelmesi sonrasında beden yağ oranının düşük olması ve psikiyatrik hastalıkların eşlik etmesi (özellikle duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluğu) kötü sonlanım ile ilişkilidir (29,123-126).

AN, mortalitenin en yüksek olduğu psikiyatrik hastalıklardandır (97). 42 çalışmanın değerlendirildiği bir metanalizde AN'de yıllık ölüm oranın %0.56 olduğu ve ölümlerin yaklaşık % 50'sinin medikal komplikasyon, % 25'inin özkıyım girişimi sonucu ve %25'inin ise diğer nedenlerle olduğu bildirilmektedir (127).

2.2. Duygu Düzenleme

2.2.1. Duygu Düzenleme İle İlgili Genel Bilgiler

Duygu kavramı; çok boyutlu, kolayca açıklanamayan karmaşık bir kavramdır. Duygular, yalnızca günlük yaşamda karşılaşılan durumlara içten verilen tepkilerden

çok, diğer kişiler ve çevre ile etkileşimi sağlayan, sürdüren ya da sonlandıran süreçlerdir (128). Üzüntü, öfke, korku ve sevinç gibi duyguları uygun yer ve zamanda deneyimlememiz iyilik durumumuzun sürekliliği için gereklidir. Duygular deneyimlerimizin tanımlayıcısı olarak görev yaparlar ve empatinin gelişmesinde, kişiler arası ilişkilerde, düşünce ve davranışlarımıza rehberlik etmede, değişim için motivasyon sağlamada ve harekete geçmede etkilidirler (129).

"Duygu düzenleme" terimi ilk defa Dodge tarafından "herhangi bir tepki alanındaki etkinliğin, başka bir tepki alanındaki etkinlik ile değiştirilip düzenlenmesini sağlayan süreç" olarak ele alınmıştır (130). Daha sonra Cole ve arkadaşları tarafından "günlük deneyimlere daha dayanıklı ve esnek bir şekilde çeşitli duygularla tepki verebilme ve aynı zamanda gerektiğinde kendiliğinden ortaya çıkan tepkileri erteleyebilme becerisi" olarak (131); Koole tarafından "bireylerin ortaya çıkan duygularını yönlendirme isteği duydukları süreçler seti" olarak (132); Leahy ve arkadaşları tarafından "genel olarak bireyin herhangi bir duygu yoğunluğu ile karşılaştığında, olumlu duygularda duygu yoğunluğunun arttırılması ve duygunun devam etmesinin sağlanması ya da olumsuz duyguların etkisinin azaltılması ile duygunun daha ılımlı hale getirilerek yönetilebilir aralık içerisinde tutulması ve kişinin duyguları ile baş edebilmesi" olarak tanımlanmıştır.

Sosyal bir varlık olan insanın ilişkilerini uygun şekilde yönetebilmesi için; kendi duygularını tanıma, anlama, uygun şekilde ifade etme ve aynı zamanda başkalarının duygularını da tanıyıp anlayabilme gibi becerilere sahip olması gerekmektedir (133). Bu becerilerin gelişimi; beynin olgunlaşması, bireysel özellikler, aile ve sosyal çevre gibi etkenlerle ilişkilidir (9). Duygusal becerilerin gelişiminde, özellikle erken çocukluk döneminde aile ve çevredeki yetişkinler tarafından sevgi, saygı, şefkat ve güven gibi temel duygusal gereksinimlerin karşılanabilmesi önemlidir, çünkü bu sürecin olumlu bir şekilde ilerlemesi durumunda, bebek bakım veren ile kurduğu ilişki sonucunda kendini sevilmeye değer görerek önemli olduğunu hissedecek ve aynı zamanda karşısındakileri ve dünyayı da güvenilir ve olumlu bir yer olarak algılayacaktır (134). Bu güvenli temel, kişinin kendisi ve diğerlerine ilişkin olumlu modeller geliştirebilmesi için temel bir yapı olan"içsel çalışan modeller (internal working models)"olarak adlandırılmaktadır ve içsel çalışan modellerin temel işlevinin duyguların düzenlenmesi olduğu vurgulanmaktadır (134-136).

Çocuğun çevresindeki yetişkinlerle arasındaki güvene dayalı ilişki, çocuğa duygularını daha kolay ifade edebilme ve duygularını düzenlemeyi deneyimleme imkanı sunar (137). Aynı zamanda çocuklar diğerlerinin duygularını başarılı bir şekilde yönettiğini gördükçe duygu düzenlemenin mümkün olduğunu öğrenir (128). Yaşla birlikte artan bilişsel beceriler, dili anlama ve konuşma, dikkat ve odaklanma becerileri ile duygu düzenleme becerisinin gelişimi artar (138). Duygu düzenlemenin yenidoğan döneminde büyük oranda bakım veren tarafından yapıldığı ve zamanla bebeğin bakım verenin sıkıntılı durumlarla nasıl baş ettiğini gözlemleyerek bu tepkileri içselleştirdiği düşünülmektedir (139,140).

Yaş ile birlikte artan oto-kontrol mekanizmaları ve azalan duygusal labilite nöron ve nöroendokrin sistemlerin olgunlaşması ile de ilişkilidir. Bu süreçler erken çocukluk döneminde gelişen parasempatik düzenleme ve hipotalamo-pituiter-adrenokortikal aksın gelişimsel değişikliklerini içerir. Bu sistemler erken dönemdeki deneyimler ve bakım verenin karşılıklılığı ile şekillenmekte ve olgunlaşmaktadır (141). Bu dönemde yaşanan travmatik yaşam olaylarının, limbik reaktivite eşiğinde ve tehdit ile ilişkili algısal ve bilişsel süreçlerde değişikliklere neden olarak (141,142) stres karşında daha duygusal tepkiler vermeye ve duygu düzenleme becerisinde güçlüklere neden olabileceği bildirilmektedir (143).

2.2.2. Duygu Düzenleme Süreci ve Stratejileri

Duygu düzenleme, yakın ilişkilerden sosyal ilişkilere kadar her alanda kendini gösterdiğinden ve işlevsellikte gerekli olduğundan, duygu düzenlemenin uygun bir biçimde gerçekleşiyor olması gelişimsel bir başarı olarak kabul edilmektedir (144). Duygu düzenlemenin içinde kendi duygularını düzenleyebilme, diğerleri tarafından oluşturulan duyguları düzenleyebilme, duygunun kendisini düzenleyebilme ve duygunun altında yatan özellikleri düzenleyebilme gibi birçok düzenleme vardır (145). Duyguların nasıl düzenlendiğine ilişkin bir açıklama getiren Gross'un "Duygu Düzenlemede Süreç Modeli" geniş çapta kabul görmüştür. Bu modele göre duygu düzenleme; duygu, davranış ve psikolojik tepki bileşenlerini arttırmak, sürdürmek ya da azaltmak için kullandığımız duygusal yanıtları oluşturan tüm bilinçli ve bilinçdışı stratejileri içerir (146). Duygu düzenleme stratejileri, duyguların, tepkiden önce ya da tepkiden sonra ortaya çıkışına bağlı olarak değişmektedir. Bu modele göre duygu oluşumu sırasında iki tür duygu düzenleme stratejisi tanımlanmaktadır (146).

1.Öncül-odaklı stratejiler (antecedent focused strategies): Duyguların gidişini başlangıçta değiştiren, davranışsal ve duygusal tepkiler ortaya çıkmadan önce kullanılan stratejilerdir.

2.Tepki-odaklı stratejiler (response focused strategies): Duygusal tepki ortaya çıktıktan, yani bir kez duygu oluştuktan sonra duyguyu kontrol etmek için kullanılan stratejilerdir.

Bir duygunun düzenlenmesi bu iki genel duygu düzenleme stratejisinin çatısı altındaki beş süreç üzerinden gerçekleşmektedir (147). Bu süreçlerden durum seçimi, durum değişimi, dikkat yayılması ve bilişsel değişim öncül-odaklı stratejiler içinde yer alırken, tepki düzenleme tepki-odaklı stratejinin içinde yer almaktadır:

1. Durum Seçimi (Situation Selection): Geleceğe yönelik bir duygu düzenleme sürecidir. Kişinin olumlu ya da olumsuz duygulara neden olabilecek bir duruma girip girmemeyi tercih etmesidir. Çekingen birinin sosyal ortamlardan kaçınması, kısa erimde kişiyi rahatlatırken, uzun dönemde sosyal yalıtımı getirir. Bu nedenle durum seçimi, kısa ve uzun dönemdeki yarar ve zararları iyi değerlendirmeyi, çok boyutlu düşünerek durumlara diğer açılardan da bakmayı gerektiren karmaşık bir süreçtir (148).

2. Durum Değişimi (Situation Modification): Bir kez bir durum seçildiğinde, duygusal etkiyi değiştirmek için, duruma ilişkin değişikliğin, durumun kendisi gibi işlev görmesidir. Durum değiştirme yeni bir durum arama çabası ile ilgilidir. Bu değişim, bilişsel değişiklikten çok fiziksel çevre ile ilgili olan değişikliklerdir (148).

3. Dikkat Yayılması (Attentional Deployment): Farklı bakış açılarına sahip olabilecek olan durumların odaklanılacak yönünü seçmek için kullanılır. Gelişimde görülen ilk duygu düzenleme süreçlerinden biridir. Çevreyi değiştirmeden duyguları düzenlemeyi olanaklı kılar ve böylece birçok yönü olan olayları ve/veya duyguları etkileyecek şekilde dikkati yönlendirmeyi içerir (148).

4. Bilişsel Değişim (Cognitive Change): Bu süreçte bireyin durumu yeniden değerlendirerek durumun duygusal önemini ve/veya yönünü değiştirmesi söz konusudur. Bilişsel değişim, durumun odaklanılacak yönü seçildiğinde, durumun anlamını değiştirmeye işaret eder (146).

5. Tepki Düzenleme (Response Modulation): Duygular bir kez ortaya çıktıktan sonra tepki eğilimlerini değiştirme girişimidir. Verilen tepkilerin arttırılmasını ya da baskılanmasını içerir. Kendini yatıştırma, duyguyu bastırma, dikkatin dağılması ve eğlenceli aktiviteler bulma gibi girişimleri içerir (146).

2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü, deneyimlenen duygularla baş etmede zorluk ya da beceriksizlik olarak tanımlanmaktadır (6). Duygular; uygun bağlamda ortaya çıkmadıklarında, çok uzun sürdüklerinde, yoğun olduklarında ya da durumla uyumlu olmadıklarında işlevselliğini yitirmekte ve sorun yaratabilmektedir. Duygu düzenleme güçlüğü, bireyin istenmeyen duygularının devam etmesine ve/veya şiddetlenmesine ve istenilen duygularının ise sürdürülememesine neden olmaktadır.

Gratz ve Roemer duygulara ilişkin bir dizi beceriden söz etmiş ve bu becerilerden bir ya da birden fazlasının yokluğunun duyguları düzenlemede güçlüğe işaret edeceğine yönelik bir açıklama getirmiştir (149). Bu beceriler:

-Duyguları anlama
-Duyguların farkında olma
-Duyguları kabul etme
-Dürtüsel davranışları kontrol etme becerisi
-Olumsuz duygular deneyimlenirken hedeflenen amaçlara uygun davranma
-Durumla uyumlu duygu düzenleme stratejilerini kullanma becerileridir.

Duygu düzenleme becerisi; kişinin kendisi ya da diğerleri tarafından deneyimlenen duyguları ayırt edebilmesi ve tanıması ile ilişkili olan, sosyoduygusal süreçleri, empati ve zihin kuramı becerilerini içeren 'sosyal biliş' kapasitesi ile ilişkilidir. Sosyal bilişin duygu düzenleme becerisinde önemli bir rolünün olduğu ve bu becerilerdeki bozuklukların bir dizi psikiyatrik hastalıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (150).

2.2.4. Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkili Psikopatolojiler

Duygu düzenleme güçlükleri birçok psikiyatrik hastalığın gelişimi, devamı ve tedavisinde anahtar rol oynamaktadır. Ancak son dönemde artan çalışmalara rağmen duygu düzenleme güçlüğünün psikiyatrik hastalıkların nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu tam olarak aydınlatılamamıştır (138,151). Bir derlemede, depresyon, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları, madde kullanım bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu ve somatoform bozukluklar gibi psikiyatrik hastalıklarda diğer psikiyatrik hastalıklara göre

duygu düzenleme güçlüğünün daha yaygın olduğu bildirilmektedir (151). Çocuklarda bazı dışavurum bozukluklarının, özellikle reaktif agresyonun duygu düzenleme güçlüklerine bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir (152). Kendine zarar verme davranışı olan bireylerle yapılan çalışmalarda duygu düzenleme güçlüğünün kendine zarar verme davranışının sıklığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (153). Duygu düzenleme ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, TSSB belirtilerinin şiddetinin, duygu düzenleme güçlüklerini değerlendiren tüm değişkenlerle önemli düzeyde ilişkili olduğu, ayrıca erken başlangıçlı kronik travma yaşayanlarda, geç başlangıçlı ya da tek bir travma yaşayanlara göre duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla olduğu bildirilmektedir (154). TSSB'de duygu düzenleme güçlüklerinin araştırıldığı başka bir çalışmada, DDGÖ'nün tüm alt ölçeklerinin TSSB belirtilerinin şiddetiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (155). Bağlanma güvenliğinin duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde önemli bir yere sahip olduğu bildirilmektedir (138). Yapılan çalışmalarda bakım verenin kötü muamelesi veya ihmaline maruz kalan çocuklarda kendisi ve diğerlerine ilişkin olumlu temsiller geliştirmesinin (içsel çalışan modeller) olumsuz etkilendiği ve duygu düzenleme kapasitelerinin azaldığı vurgulanmaktadır (138,156). Ayrıca bakım veren ile ilgili düzensiz, belirsiz ve olumsuz içsel temsili olan çocukların sosyal uyum, agresyon ve duygu düzenleme sorunlarının akranlarına göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (156).

2.2.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü ve AN

Son yıllarda AN'nin ortaya çıkmasında, sürmesinde ve tedavisinde duygu düzenleme güçlüğünün rolüne olan ilgi gittikçe artmaktadır (157). Duygu düzenlemede güçlükler modeli kuramına göre bu güçlüğün AN gelişimini hazırlayan ve hızlandıran bir etken olduğu belirtilmektedir (157,158). Çok yakın bir geçmişte yapılan izlem çalışmasında, duygu düzenleme becerisinde önemli sorunlar olmasının, AN belirtilerinin devam etmesinin önemli bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir (159).

Duygu düzenleme güçlüğünün yeme örüntüsünde bozulmayla sonuçlanabileceği ve bu nedenle YB'de duygu dayanıklılığının değerlendirilmesi gereken önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (21). YB olan hastaların sıklıkla adaptif duygu düzenleme stratejilerini kullanmada başarısız olduğu ve adaptif olmayan yolları tercih ettiği düşünülmektedir (7). AN'de kısıtlı yeme, kilo kaybı ve aşırı

egzersizin duygusal uyarılardan kaçınmanın bir yolu olduğu düşünülmektedir (8). Duyguları uygun bir şekilde ayarlayamama ve olumsuz duyguları hafifletme ümidi ile tıkanırcasına yeme ya da diğer bozulmuş yeme örüntüleri gibi uyum bozucu davranışlara başvurma gelişmektedir (160). Hastaların yemeyi kısıtlama, tıkınırcasına yeme ve çıkarma davranışlarını olumsuz duygularını düzenlemeye yardımcı olarak kullandıkları ileri sürülmektedir (161,162).

Duygu düzenleme; duygunun hem içsel olarak düzenlenmesini hem de davranış çıktılarının düzenlenmesini ifade etmektedir. AN'de bozulmuş yeme örüntülerinden olan tıkanırcasına yeme duygunun kendisini düzenlemeye yönelik, çıkarma davranışı ve aşırı egzersiz yapma ise duygunun psikolojik çıktılarını düzenlemeye yönelik bir girişim olarak değerlendirilmektedir (144,163). Olumsuz duygulanım ve yemek tüketimi arasındaki ilişkiye içsel farkındalığın aracılık ettiği, olumsuz duygulanımın ancak içsel farkındalığın olmadığı ve duygusal yemenin varlığı koşulunda yemek tüketimi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (164). Klinik olmayan, yalnızca bozulmuş yeme davranışı olan örneklemde duygu düzenleme güçlüğünü değerlendiren bir çalışmada, özellikle duyguyu anlama ve belirlemede zorluk ile adaptif duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada güçlüğün yeme problemleri ile güçlü bir ilişkisinin olduğu bulunmuştur (165). AN olan erişkin hastalarda DDGÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda, hastaların duygu düzenleme becerisinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (83,166). AN'de psikopatolojik mekanizmanın altında yatan duygu düzenleme güçlüğünü ve kaygı denetiminin rolünü araştıran bir çalışmada, duygu düzenleme güçlüğünün anlamlı olarak önemli olduğu bildirilmiştir (167). AN olan hastalar içsel uyarımlarını anlamada, tanımlamada, yaşantılanan duyguyu kabul etmede ve özellikle duygu düzenlemesine aracılık eden doğru stratejiye ulaşmada zorluk yaşamaktadırlar. Adaptif olmayan baskılama stratejisini daha sık kullanmakta ve adaptif olan yeniden değerlendirme stratejisine daha az başvurmaktadırlar (168).

Sonuç olarak, birçok çalışma AN'de duygu düzenleme becerisinin yetersiz olduğunu desteklemektedir. Ancak AN ergenlik döneminde başlayan bir hastalık olmasına karşın konu ile ilgili çalışmaların çoğunun erişkin hastalar ile yapılmış olması, çalışmalarda duygu düzenleme becerisini olumsuz etkilediği bilinen ve AN'ye eşlik eden psikiyatrik belirtiler, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma güvenliği gibi değişkenlerin değerlendirilmemiş olması yapılan çalışmaların önemli eksiklikleridir.

2.3. Duygu Tanıma

2.3.1. Duygu Tanıma İle İlgili Genel Bilgiler

Duygu tanıma sosyal bir işlevdir ve diğerlerinin duygusal durumlarını anlama ve yorumlama becerisi olarak tanımlanmaktadır (169). Yüzdeki duyguyu algılama sosyal davranışları kavramada ilk basamaktır (170). Başkalarının duygularının uzun değerlendirmelere gerek duyulmaksızın anlaşılmasının ayna nöron sistemi aracılığı ile gerçekleştiği, ayna nöronların başkalarının duygu ifadelerinin zihinsel temsillerini bularak bu ifadelerin tanınmasını sağladığı, bu becerinin diğer insanların eylemlerini anlamak ve taklit ile yeni beceriler öğrenmek için önemli olduğu, ayna nöron sisteminin gözlenen eylemleri taklit ettiği ve böylece zihin kuramı becerilerine katkıda bulunabileceği ileri sürülmektedir (171-173).

Başkalarının duygularını tanımak ve buna göre davranışlarını düzenlemek sözel olmayan iletişimde önemli rol oynamaktadır (174). Sözel olmayan dilin algılanmasındaki sorunlar sosyal ilişkilerde bozulmalara neden olur. Kişiler arası ilişkilerde sağlıklı bağ kurmak, duygusal tepki gibi sözel olmayan ipuçlarının doğru yorumlanmasıyla olanaklıdır (175). Bruch AN olan kişilerin yalnızca açlık ve tokluk ayrımını yapmada sorun yaşamadıklarını, aynı zamanda sıklıkla tanımlayamadıkları içsel duygularının fiziksel duyumlarını ayrıştırmada da güçlük çektiklerini bildirmektedir (74). Ayrıca AN olan hastaların olumsuz yüz ifadelerine karşı dikkat yanlılığının olduğu, bu durumun kişiler arası ilişkilerde yanlış yorumlamalara neden olabileceği vurgulanmakta ve AN olan hastalardaki duygu tanımanın bozulması ile duygu düzenleme becerileri arasında pozitif yönde bir ilişkili olduğu bildirilmektedir (15,176).

Duygu tanıma süreçlerinin içinde yer alan "aleksitimi" kavramı, duyguları tanıma, ifade etme ve duygusal uyarılmayı bedensel uyarılardan ayırt etme güçlüğü, hayal gücü eksikliği ve dış çevre odaklı somut bilişsel üslup (dışa dönük düşünme) olarak tanımlanmaktadır (177). Bu özelliklerin, duyguların bilişsel süreçlerinin işlemlenmesindeki yetersizliklere bağlı olabileceği bildirilmektedir (178).

Aleksitiminin depresyon, YB, somatoform bozukluklar ve madde kullanım bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik hastalıkta sık görüldüğü bildirilmektedir (179). YB'de duyguları işlemleme ve düzenleme kapasitesindeki sorunlar günümüzde yoğun olarak araştırılmakta ve bu sorunların YB'nin gelişmesinde ve devam etmesinde önemli

bir risk etkeni olduğu öne sürülmektedir (180). Aleksitiminin de bu bilişsel-duygusal bozukluğa aracılık ettiği öne sürülmüştür (181).

2.3.2. AN ve Duygu Tanıma

Duygu tanımadaki zorlukların hem AN'yi başlatan hem de AN'nin sürmesinde rolü olan bir etken olabileceği düşünülmektedir. İlk olarak 1973 yılında Bruch AN hastalarında "duygusal durumları tanımada belirgin bozulma" olduğunu ileri sürmüştür (182). Duygu tanımadaki zorlukların AN'nin sürmesi ve sosyal işlevselliğin bozulmasındaki olası rolünü araştıran ve 30 AN hastasını 30 sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştıran bir çalışmada, AN hastalarında yüzde "üzüntü" ve "korkma" gibi olumsuz duyguları tanımada, seste hem olumlu hem de olumsuz duyguları tanımada bozulma saptanmış, nötral yüz ifadelerini tanımada ise bozulma saptanmamıştır (86). Başka bir çalışmada AN hastaları ile sağlıklı kontrol grubu yüz tanıma testi ve görsel uyarılmış potansiyeller kullanılarak karşılaştırılmış ve AN olanların tüm yüz ifadelerini kodlamada daha fazla zorluk yaşadığı ve nötral, üzgün ve tiksinmiş yüz ifadelerini sınıflandırmada daha fazla hata yaptığı bulunmuştur (183). YB tanısı konan ve eşik altı belirtileri olan kadın hastaların duygu tanıma becerilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki grubun da duygu tanıma becerilerinin bozuk olduğu, özellikle kızgınlık ifade eden yüzleri anlamakta güçlük çektikleri ve bu bozukluğun beden memnuniyetsizliği ile pozitif bir ilişkisinin bulunduğu bildirilmiştir (13).

Duygu tanımayı değerlendiren bir test olan RME kullanılarak yapılan bir çalışmada, AN olan kişilerin sağlıklı kontrol grubuna göre daha az duyguyu doğru tanıdıkları bildirilmiştir (12). Zonnevijlle-Bender ve arkadaşları yaptıkları üç farklı çalışmada AN olan kişilerde duygu tanımada güçlük olduğunu bulmuşlardır (14,184,185). AN olan ergenler ile yaptıkları çalışmada hastalarda temel duyguları tanımada güçlük olduğunu ileri sürmüşler (14); ergenler ile erişkinleri karşılaştırdıkları çalışmalarında ise her iki grupta da duyguları tanımada güçlük olduğunu bildirmişlerdir (184). Ülkemizde yapılan 18 AN, 30 ekzojen obezite ve 30 sağlıklı ergenin, sosyal bilişsel becerilerinin RME ve DDGÖ ölçekleri kullanılarak karşılaştırıldığı bir çalışmada AN olan ergenlerin sosyal bilişsel beceriler ve duygu düzenleme becerilerinde bozukluk olduğu bildirilmektedir (16)

Yazında AN olan kişilerde duygu tanıma güçlüğü olmadığını bildiren çalışmalar da vardır. Bu çalışmalardan biri duygu ifade eden yüzlerin bulunduğu

fotoğraflardan oluşan Facially Expressed Emotional Labelling (FEEL) testi kullanılarak yapılmıştır. Çalışmada YB olan 79 kadın (48 AN, 31 BN) herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 78 kadın ile karşılaştırılmış ve yüzde duygu tanımada hasta grubu ile kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır (186). Başka bir çalışmada depresyonu olan 21 kadın, AN olan 36 kadın ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 32 kadın yüzde duygu tanıma (Emotional Facial Expressions, EFE) testi kullanılarak karşılaştırılmış ve AN grubunda yüzde duygu tanımada bozukluk olmadığı gösterilmiştir (187). Ülkemizde 14-43 yaşları arasında, AN ve BN tanısı olan 30 kadın ile 30 sağlıklı kadının duygu tanıma becerisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, AN grubunun BN ve kontrol grubuna göre daha az duygu tanıdığı, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (188).

Yazında AN olan hastaların sağlıklı kontrollere göre aleksitimik özelliklerinin fazla olduğu bildirilmektedir (189). YB olan hastalarda aleksitimiyi değerlendirmek için en sık kullanılan ölçek Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20) ölçeğidir (190). Bu ölçek aleksitiminin duyguları ayırt etme/tanıma, duyguları ifade etme ve dışa dönük düşünme olmak üzere üç boyutunun değerlendirilmesini sağlar. TAÖ-20 ölçeği kullanılarak yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda YB olan hastaların özellikle aleksitiminin duyguları ayırt etme/tanıma ve duyguları ifade etme boyutlarının sağlıklı kontrollere göre farklı olduğu, dışa dönük düşünme boyutunun farklı olmadığı bildirilmektedir (190). AN olan 26 erişkin hastanın hem akut dönemde hem de kilo restorasyonu sonrasında, 20 sağlıklı kontrol ile karşılatırıldığı bir izlem çalışmasında, AN olan hastaların her iki dönemde de sağlıklı kontrollere göre aleksitimi, duygusal empatinin 'kişisel sıkıntı' (başkalarının sıkıntılarına karşı gelişen olumsuz duygulanım) boyutunun daha fazla ve öz-düzenleme becerilerinin daha az olduğu bildirilmiş ayrıca duygusal empatinin kişisel sıkıntı boyutu ile aleksitimi arasında pozitif, öz-düzenleme ile arasında negatif ilişki olduğu vurgulanmıştır (189).

Yazın gözden geçirildiğinde, AN ve duygu tanıma becerisi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların büyük çoğunluğunun erişkin hastalar ile yapıldığı ve sonuçların tutarsız olduğu görülmektedir. AN olan çocuk ve ergenlerde duygu tanıma becerilerinin gelişimi ile ilişkili olabilecek etkenlerin aydınlatılabilmesi çocuk ve ergenler ile yapılacak daha fazla çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

2.4. Empati

2.4.1. Empati İle İlgili Genel Bilgiler

Empati, kişinin kendisini başka birinin yerine koyarak söz konusu olan kişinin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini anlayabilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bugünkü empati kavramının yapıtaşları Carls Rogers'a aittir. Rogers empati kavramını; "kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak olaylara onun bakış açısıyla bakması, o kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını doğru olarak algılaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi süreci" olarak tanımlamıştır (191).

Empati becerisi, anne ve babanın eğitim düzeyi, ailenin sosyoekonomik durumu, anne babanın çocuğuna yönelik tutumu, çocuğun bağlanma stili ve genetik belirleyiciler gibi birçok etkenle ilişkilidir. Çocuklarıyla duygusal ilişki kuran, problemlerini paylaşmalarını destekleyen ve çocuklarının başkaları üzerinde iyi bir izlenim oluşturmasına önem veren annelerin çocuklarının empati düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (192). Çocuklardaki empati eğilimini anne babanın demokratik tutumunun olumlu; izin verici ve otoriter tutumunun ise olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (193). Kişilerarası doyum sağlayan ilişkiler kurulması ve bu ilişkilerin sağlıklı şekilde devam edebilmesi için empati becerilerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (194). Ayrıca duygu düzenleme becerilerinin diğerlerinin yaşadığı sıkıntılı durumlar karşısında yoğun olumsuz duygulanım yaşamadan empati kurabilmeye aracılık ettiği böylece diğerlerine karşı sempati duyma ve yardım etme isteğinin ön plana çıktığı öne sürülmektedir (195).

Empatinin dört ana bileşeni olduğu kabul edilmektedir:

Bilişsel Bileşen: Bireyin karşısındaki kişiyle aynı duyguyu yaşamadan, karşısındaki kişinin düşünce ve duygusunu sözel ve sözel olmayan ipuçları aracılığıyla anlayabilmesidir.

Duygusal Bileşen: Kişinin kendisini başkasının yerine koyarak, onun iç dünyasını, düşüncelerini ve duygularını algıladığı ve bunun sonucunda paylaşımın ortaya çıktığı süreçtir.

Bildirişim Bileşeni: Empatinin bilişsel ve duygusal bileşenlerinin karşıdaki kişiye iletilmesi olarak tanımlanır.

Algısal Bileşen: Empatik olan kişi, karşısındaki kişinin hareketlerine, yüzüne, sözlerine, konuşma içeriğine ve konuşmanın zamanlamasına ilişkin tüm ipuçlarını algılamalı ve gözlemlemelidir.

2.4.2 AN ve Empati Becerisi

Hambrook ve arkadaşları tarafından Otizm Spektrum Anketi ve Empati Anketi kullanılarak sosyal bilişin değerlendirildiği bir çalışmada, AN tanısı olanların sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında empati düzeyinde anlamlı bir fark bulunmazken, Otizm Spektrum Anketi'nden belirgin düzeyde yüksek puan aldıkları saptanmıştır (196). Benzer şekilde başka bir çalışmada da AN hastalarında sağlıklı kontrol grubuna göre empati becerisinde belirgin bir farklılık gösterilememiştir (197).

Gillberg ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, AN olanların empati becerisinde belirgin düzeyde bozukluk olduğu bildirilmiştir (18). AN hastalarının duygusal işlevlerinin ve zihin kuramı becerilerinin değerlendirildiği başka bir çalışmada, zihin kuramı becerilerini değerlendirmek amacıyla RME testi, duygusal işlevleri değerlendirmek amacıyla Empati Anketi ve TAÖ kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda, AN tanısı olanların zihin kuramı becerilerinde sağlıklı olgulara göre anlamlı fark bulunmazken, empati becerisinin düşük, aleksitiminin ise yüksek olduğu gösterilmiş ve duygusal işlevlerin bozuk olduğu sonucuna varılmıştır (198).

Yazında AN olanlarda duygu tanıma ve duygu düzenlemeye ilişkin çalışmalar olmasına karşın, empati becerisinde bozukluk olup olmadığını araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmaların bazılarında AN olan hastaların empati becerisinde bozukluk olduğu gösterilirken, bazılarında AN'de empati becerisinde herhangi bir bozukluğun olmadığı bildirilmektedir. AN olan hastalarda empati becerisinin daha iyi anlaşılabilmesi için bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

2.5. Duygu Dışavurumu ve Algılanan Duygu Dışavurumu Kavramları

Duygu dışavurumu (DD) kavramı; psikiyatrik bir hastalığı olan bireye yönelik ailesinin duygusal tutum ve davranışlarını ifade etmektedir. DD ailenin duygusal olarak o kişideki psikiyatrik hastalıkla nasıl başa çıktığını değerlendiren önemli bir bileşendir. DD, eleştirel-düşmanca olma ve aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı-müdaheleci olma

şeklinde iki alandan oluşmaktadır. Bu alanlar aile üyelerinin hastaya yönelik eleştiri, düşmanca tutum, duygusal ilgi ve aşırı müdahale düzeyini yansıtır (191). Ailelerin duygu dışavurumu "yüksek DD" ve "düşük DD" olarak değerlendirilmektedir. Bütün çocuklar aile ortamında stres etkenine maruz kalırlar. Bu deneyimler uygun ele alan bakımveren varlığında davranışsal cevapları etkin şekilde yönetme ve duygu düzenleme stratejilerini öğrenme gibi önemli işlevlere hizmet eder (199). Uygun destek veren ilişkilerin yokluğunda, vücudun stres yanıt sisteminin zayıfladığı ve potansiyel tehtidlere karşı aşırı tepkiler verilmesine neden olduğu bildirilmektedir (200). Yüksek duygu dışavurumun düzeyinin toksik ailesel strese (toxic family stress) neden olarak ergenlerde duygu düzenleme becerisini olumsuz etkileyebileceği ve bu durumun birçok psikiyatrik hastalığın başlaması, devam etmesi ve alevlenmesi için risk etkeni olabileceği ifade edilmektedir (201).

Algılanan duygu dışavurumu (ADD), hastaların ailenin duygu dışavurumunu nasıl algılayıp değerlendirdiklerini gösterir. Bu konudaki ilk çalışma depresyonu olan hastalarla yapılmış ve hastaların algıladıkları eleştirel/düşmanca tutumun, dokuz aylık relaps oranlarını yordadığı ve hastaların algıladıkları eleştirel/düşmanca tutumun, ailenin eleştirel/düşmanca tutumundan daha önemli olduğu vurgulanmıştır (202). Şizofreni hastaları ve anne babaları ile yapılan bir izlem çalışmasında, algılanan duygu dışavurumunun hastalığın alevlenmesinin en iyi yordayıcısı olduğu bildirilmektedir (203).

2.5.1. AN ve Duygu Dışavurumu

Yüksek DD'nin bir stresör olarak işlev gördüğü ve psikiyatrik hastalığın belirtilerini arttırdığı öne sürülmektedir (204). DD'nin psikiyatrik hastalıkların seyrini de etkilediği ve sonlanımı yordadığı düşünülmektedir (205). DD düzeyinin şizofreni ve depresyon hastalarında, hastalığın alevlenmesinin en güçlü yordayıcısı olduğu bildirilmektedir (206). Benzer şekilde AN hastalarının ailelerinde görülen yüksek DD düzeyinin, tedaviye yanıtın zayıf olması ve tedaviyi yarım bırakma ile ilişkili olduğu, düşük DD düzeyinin ise iyi sonlanım ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (207,208). Erişkin YB hastaları ile yapılan bir çalışmada, anne ve babaların aşırı eleştirel tutumlarının YB belirtilerinin kötüleşmesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (209).

YB hastalarının ailelerindeki yüksek DD'nin anne babalarda görülen anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (19). Erişkin BN hastalarının ailelerindeki

yüksek DD düzeyinin, aile içi yoğun çatışma ve düşük yapılanma ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (210). Ergen AN hastalarının ailelerindeki DD düzeyi ve aile işlevselliğinin tedaviye yanıt ile ilişkisinin araştırıldığı bir izlem çalışmasında, babaların düşmancıl tutumlarının belirtilerin düzelmesini yordadığı, annelerin düşmancıl tutumlarının ise aile işlevselliğini ve aile içi iletişimi yordadığı belirtilerek, tedavide anne ve babaların ayrı ayrı ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (211).

AN, BN ve TYB tanısı olan erişkin hastaların sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, üç hasta grubunda da ADD düzeyinin kontrollere göre yüksek olduğu, hastalık grupları arasında ADD düzeyi açısından anlamlı bir fark olmadığı ve ADD ile yeme davranışı, beden ağırlığı ve beden şekline yönelik işlevsiz tutumların ilişkili olduğu bildirilmektedir (212).

Yüksek duygu dışavurumun düzeyinin duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkilediğinin bildirilmesi, duygu düzenleme güçlüklerinin çok sık görüldüğü AN'de DD'yi ve DD ile ilişkili olan ADD'yi araştırmak istememize neden olmuştur. Ayrıca kronikleşme riski yüksek bir pskiyatrik hastalık olan AN'nin tedavisinde aile tabanlı tedavinin (Maudsley Modeli) hastalık süresi üç yıldan daha kısa olan çocuk ve ergenlerde bireysel psikoterapilere oranla daha etkin olduğu gösterilmiştir (109,110). Bu durum aile ortamının iyi bir göstergesi olan DD ve ADD ile ilgili elde edilecek verilerin hastalığın tedavisinde yol gösterici olabileceğini düşündürmektedir.

2.6. Araştırmanın Amacı

Son yıllarda AN olan hastalarda duygusal işlevselliği değerlendirmek amacıyla duygu düzenleme, duygu tanıma ve empati becerileri ile ilgili çalışmaların hızla artmasına karşın, çalışmaların çoğunun erişkin hastalar ile yapıldığı ve AN olan ergenlerde duygusal işlevselliği değerlendiren çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu dikkat çekmektedir.

AN'nin tedavi süresinin uzun, morbidite ve mortalite oranlarının ve kronik seyretme olasılığının yüksek olması nedeniyle; genellikle ergenlik döneminde başlayan hastalığın gelişimi, seyri ve tedavisi ile ilişkili olabilecek etkenlerin ergen hastalarda detaylı olarak araştırılması önemlidir. Başlangıç yaşı, hastalığın süresi, hastaneye yatış sıklığı ve duygu dışavurumu gibi çok az etken AN'nin gidişini yordayıcı olarak bilinmektedir (213) ve genellikle bu etkenleri düzenlemeye yönelik tedavi hedefi geliştirme girişimleri olanaklı olmamaktadır. Bugünkü bilgilerimiz AN ile duygu

düzenleme becerisi arasında bir ilişkinin varlığını ve duygu düzenleme becerisinin hastalığın ortaya çıkışında ve sürmesinde önemli olabileceğini düşündürmektedir. Ancak duygu düzenleme becerisinin hastalığın gelişimini ve seyrini nasıl etkilediği, başka hangi değişkenler ile ilişkili olduğu ve hangi müdahelelerle düzeltilebileceği tam olarak aydınlatılabilmiş değildir. AN olan hastaların duygu düzenleme becerisini değerlendiren çalışmalarda, çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği ve eşlik eden psikiyatrik belirtiler gibi duygu düzenleme becerisi ile ilişkili olduğu bilinen değişkenlerin değerlendirilmesi genellikle ihmal edilmiştir. Ergen AN hastaları ile yapılan ve bu değişkenleri de göz önünde bulunduran çalışmaların yazına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, AN tanısı alan 12-18 yaşındaki kız ergenlerde duygu düzenleme becerisini değerlendirmek ve duygu düzenlemenin duygu tanıma, empati becerileri ve algılanan duygu dışa vurumu ile ilişkisini araştırmaktır. Ayrıca AN olan ergenlerde çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların, bağlanma güvenliğinin ve eşlik eden psikiyatrik belirtilerin duygu düzenleme becerisi ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

AN olan ergenlerde duygusal işlevselliğin değerlendirilmesinin, hastalığın ortaya çıkmasında ve sürmesinde rolü olabilecek etkenlerin anlaşılmasını sağlayarak hastalara erken müdahelede bulunulmasına ve kişiler arası iletişim becerilerine odaklanan etkin tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

2.7. Araştırmanın Soruları

1. AN tanısı alan kız ergenlerde duygu düzenleme becerisi sağlıklı kontrol grubuna göre nasıldır?

2. AN tanısı alan kız ergenlerde duygu tanıma becerisi kontrol grubundan farklı mıdır? Aleksitimi şiddeti ve sıklığı kontrol grubuna göre nasıldır?

3. AN tanısı alan kız ergenlerde empati becerisi kontrol grubuna göre nasıldır?

4. AN tanısı alan kız ergenlerin annelerinin duygu dışavurumları nasıldır? Hastalar annelerinin duygu dışavurumunu kontrol grubundan farklı mı algılamaktadır?

5. AN tanısı alan kız ergenlerde duygu düzenleme becerisi ile duygu tanıma, empati ve algılanan duygu dışavurumu arasında ilişki var mıdır?

6. AN tanısı alan kız ergenlerde duygu düzenleme becerisi, duygu tanıma, empati ve algılanan duygu dışavurumu ile hastalığın şiddeti, süresi, eşlik eden psikiyatrik belirtiler ve tedavi almış olma arasında ilişki var mıdır?

7. AN tanısı alan kız ergenlerde duygu düzenleme becerisi, duygu tanıma, empati ve algılanan duygu dışavurumu ile çocukluktaki travmatik yaşantılar ve anne babaya bağlanma arasında ilişki var mıdır?

8. AN tanısı alan kız ergenlerde duygu düzenleme becerisini yordayan etkenler nelerdir?

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırma Haziran 2015 ile Ocak 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ndeyapılmıştır. Araştırma grubu; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ya da Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve AN tanısı alan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan, 12-18 yaş arasındaki 32 kız ergenden oluşmaktadır. Kontrol grubu; araştırmaya katılmaya gönüllü olan, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından araştırma grubu ile eşleştirilmiş, 12-18 yaş arasında, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 32 kızergenden oluşmaktadır.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 24.06.2015 tarih ve GO 15/356 karar numarası ile onaylanmıştır.

3.2. Araştırmanın Deseni

Araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.3 Örneklemin Seçimi

3.3.1 Araştırma Grubunun Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ya da Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı Polikliniği'ne yemek yememe ve/veya kilo kaybı gibi yakınmalar ile başvurarak, klinik olarak değerlendiren hekim tarafından AN tanısı konulan ya da AN tanısı ile izlenen hastalar araştırma ekibine yönlendirilmiştir. Çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgilendirildikten sonra katılmaya gönüllü olan ve onam veren hastalar ve anneleri ile AN tanısının doğrulanması amacıyla görüşme yapılmış ve AN tanısı DSM-IV-TR ölçütleri göz önünde bulundurularak konulmuştur. Çalışmaya alınan tüm hastalar psikiyatrik değerlendirmeden önce, medikal açıdan stabil olup olmadıklarının belirlenmesi amacıyla, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve

Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı Polikliniği'nde değerlendirilmiş ve fizik muayeneleri yapılmıştır. Hastalığın akut döneminde bulunan ve medikal açıdan stabil olmayıp, yatırılarak izlenen hastalar hastaneden taburcu olduktan sonraki bir ay içinde değerlendirilmiştir. Araştırma grubu AN tanısı alan, 12-18 yaş arasında, 32 kız ergenden oluşmaktadır. Hastaların Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplanarak veri formuna kaydedilmiş, BKİ 18.5'in altında olan hastalar çalışmaya alınmıştır.

Araştırma Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 12-18 yaş arasında olmak
2. Kız olmak
3. DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre AN tanısı alıyor olmak
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
5. Psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, psikotik depresyon gibi ağır bir psikopatolojinin bulunmaması
6. Nörolojik ya da uzun süreli izlem gerektiren kronik bir hastalığın olmaması
7. Klinik olarak normal zihinsel gelişime sahip olmak
8. Medikal açıdan stabil olmak
9. BKİ'nin 18.5'in altında olması
10. Anne ya da baba ve ergenin onam formunu okuyarak imzalaması

Araştırma Grubu İçin Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:

1. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
2. Erkek olmak
3. BN tanısı alıyor olmak
4. Herhangi bir nedenle çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
5. Psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, psikotik depresyon gibi ağır bir psikopatolojinin bulunması
6. Nörolojik ya da uzun süreli izlem gerektiren kronik bir hastalığın olması
7. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmamak
8. Medikal açıdan stabil olmamak
9. BKİ'nin 18.5'in üzerinde olması

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan iki hasta BN tanı ölçütlerini karşılamaları, bir hasta tam iyileşmiş olması ve bir hasta eşlik eden şiddetli bir tıbbi hastalığı olması nedeniyle

çalışma dışında bırakılmıştır. Böylece değerlendirmeye alınan 36 hastanın 32'si araştırma grubuna dahil edilmiştir.

3.3.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması

Kontrol grubu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı Polikliniği'ne akut bedensel belirtiler ile başvuran, herhangi bir psikiyatrik, nörolojik ya da uzun süreli izlem gerektiren kronik hastalığı olmayan, araştırma grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyleri eşleştirilerek seçilen, 12-18 yaş arasında, 32 gönüllü ergenden oluşmaktadır.

Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 12-18 yaş arasında olmak
2. Kız olmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
4. Herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmaması
5. Nörolojik ya da uzun süreli izlem gerektiren kronik bir hastalığın olmaması
6. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
7. Anne ya da baba ve ergenin onam formunu okuyarak imzalaması

Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:

1. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
2. Erkek olmak
3. Herhangi bir nedenle çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
4. Herhangi bir psikiyatrik hastalığın olması
5. Nörolojik ya da uzun süreli izlem gerektiren kronik bir hastalığın olması
6. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmamak

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 35 ergenden iki ergende K-SADS-PL yarı yapılandırılmış klinik görüşmede pskiyatrik hastalığının olması ve bir ergenin ise formları eksik doldurması nedeniyle toplam üç ergen çalışma dışında bırakılmıştır. Böylece değerlendirmeye alınan 35 hastanın 32'si araştırma grubuna dahil edilmiştir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmaya katılan ergenlerin sosyodemografik ve klinik bilgilerinin öğrenilmesi amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu kullanılmıştır. Ailenin sosyoekonomik düzeyi Hollingshead-Redich ölçeği ile belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki ergenlerde AN tanısının doğrulanması ve kontrol grubunda psikiyatrik hastalığı olanları dışlamak amacıyla, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) ile klinik görüşme yapılmıştır. Araştırmaya katılan tüm ergenlere yeme ile ilgili davranış ve tutumları değerlendirmek için "Yeme Tutum Testi" uygulanmıştır. Ergenlerin duygu düzenleme becerisini ölçmek için "Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği", kendi duygularını tanıma ve ifade etmedeki güçlüklerini değerlendirmek için "Toronto Aleksitimi Ölçeği", duyguları tanıyabilme, kendisini diğerlerinin yerine koyabilme ve onların zihinsel durumlarını kavrayabilme becerilerini test etmek için "Gözlerden Zihin Okuma Testi", empati becerilerini ölçmek için "KA-Sİ Empatik Eğilim Ölçeği - Ergen Formu" ve anne babalarının duygu dışavurumunu algılamalarını değerlendirmek için "Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği" kullanılmıştır. Ayrıca ergenlerin depresyon ve anksiyete belirtilerini değerlendirmek için sırasıyla "Beck Depresyon Envanteri" ve "Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği", bağlanma güvenliğini değerlendirmek için "Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu", çocukluktaki travmatik yaşantılarını değerlendirmek için "Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği"nden yararlanılmıştır. Annelere, çalışmaya katılan kızlarına yönelik olan duygu dışavurumlarını algılamalarını değerlendirmek için "Duygu Dışavurumu Ölçeği" uygulanmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan ergenlere ve annelerine de benzer değerlendirme araçları uygulanmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen form, araştırmaya katılan ergenlerin yaşı, eğitim süresi, anne ve babalarının yaşı, mesleği, eğitim süresi ve aile yapısı gibi sosyodemografik verilere ek olarak özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini, medikal öykülerini ve hastalığa ilişkin klinik bilgileri ayrıntılı olarak sorgulamaktadır. Formda AN'nin başlangıç yaşı, şiddeti, hastalığın başlamasına neden olan stres etkenleri, ailede

psikiyatrik hastalık öyküsü, ilaç ve diğer tedavi yöntemleri ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.4.2. Hollingshead-Redich Ölçeği

Ailelerin sosyoekonomik düzeyini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin Comprehensive Assessment of Symptoms and History'den (CASH, Andersen 1987) Türkçe'ye çevirisi Tiryaki (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçek, anne ve babanın meslek ve eğitim durumlarını temel alarak, belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan genel bir ölçüm yapmaktadır. Ölçekte beş ayrı sosyoekonomik düzey tanımlanmıştır: "Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile" '1 = üst'; "üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne baba" '2 = üst orta'; "küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne baba" '3 = orta'; "yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne baba" '4 = alt orta'; "yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne baba" '5 = alt' olarak kodlanır. Ailenin sosyoekonomik düzeyi belirlenirken anne ya da babadan en yüksek düzeyde olanın durumu esas alınmıştır.

3.4.3. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997'de geliştirilen K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerde şimdi ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (214). Araştırma ve kontrol grubuna K-SADS-PL, DSM-IV (215) tanı ölçütleri göz önüne alınarak uygulanmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı soruları ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesinde çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendine özgü dereceleme yöntemiyle 0 ile 3 puan arasında değerlendirilmektedir. Her hangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye o belirtinin ait olduğu psikopatolojiye ilişkin ek sorular sorulmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuk ya da ergenden ve anne babalarından aldığı bilgileri ve kendi

görüşlerini birleştirilerek klinisyen karar vermektedir. K-SADS-PL ile duygu durum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamandaki işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (216).

3.4.4. Yeme Tutumu Testi-40 (YTT, Eating Attitudes Test-40, EAT-40)

Yeme Tutum Testi (YTT) Garner ve Garfinkel tarafından AN semptomlarını ölçmek için geliştirmiştir (217). Bu test ayrıca normal populasyondaki anormal yeme tutum ve davranışlarını saptamak için de kullanılmaktadır (218). Garner ve Garfinkel'in yaptığı YTT'nin içsel geçerlilik çalışmasında, AN olan hastalar için .79 alfa değeri, AN olan hastalar ve kontrol grubu için toplam alfa değeri .94'dür. Ölçeğin geçerlik çalışmasında katılımcıların toplam YTT puanları ile ait oldukları gruplar arasında anlamlı ve yüksek bir korelasyon bulunmuştur. YTT'nin BN'yi normal gruptan ayırt ettiği ama BN'Yİ kendi içinde ayrıştırmadığı belirtilmiştir(219).

YTT'nin Türkçe'ye çevirisi Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır (220). 44 üniversite öğrencisine bir ay ara ile yapılan uygulamada test tekrar güvenirliği .65 düzeyinde bulunmuştur. Yeme Tutumu Testinde 40 madde bulunmaktadır. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği bir ölçektir. Katılımcılar, her bir madde için "her zaman", "çok sık", "sıkça", "zaman zaman", "nadiren", veya "hiçbir zaman" cevaplarından birini işaretlemektedirler. Anorektik yönde verilen her cevap (1., 18., 19., 23., ve 39. maddelerde hiçbir zaman cevabı ve geriye kalan sorularda verilen her zaman cevabı) "3" puan olarak hesaplanmakta, bitişiğindeki seçenekler ise sırayla "2" puan ve "1" puan olarak hesaplanmaktadır. Anormal yeme tutum ve davranışları için toplam puan, her bir madde için verilen cevabın puanlarının toplamı olarak hesaplanmaktadır. Olası puan aralığı 0-120 arasındadır. Anormal yeme tutumları için kesim noktası 30'dur.

3.4.5 Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ, Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)

Gratz ve Roemer tarafından duygu düzenlemedeki güçlükleri ölçmek için geliştirilen 36 maddeli bir ölçektir (149). 5'li likert tipi olan ölçek duygu düzenlemeyi altı boyutta değerlendirir. Sorular "hemen hemen hiç = 1", "bazen = 2", "yaklaşık yarı yarıya = 3", "çoğu zaman = 4" ve "hemen hemen her zaman = 5" şeklinde puanlanır.

Ölçeğin altı alt ölçeği şu şekildedir:

1. Amaç: Olumsuz duygulanımda amaca yönelik davranışı başlatma becerisini değerlendirir. Artan puanlar amaca yönelik davranışı başlatmada güçlüğe işaret eder.

2. Strateji: Duygu düzenlemede etkin stratejiler kullanabilme becerisini değerlendirir. Artan puanlar etkin stratejiler kullanmada güçlüğe işaret eder.

3. Dürtüsellik: Dürtüsel davranışları kontrol edebilme becerisini değerlendirir. Artan puanlar dürtüsel davranışları kontrol etmede zorluğa işaret eder.

4. Farkındalık: Duygusal yanıtların farkında olma durumunu değerlendirir. Artan puanlar duygusal yanıtlarda farkındalığın azalmasına işaret eder.

5. Netlik: Duygusal yanıtlarda net olma durumunu değerlendirir. Artan puanlar duygusal yanıtlarda netliğin azalmasına işaret eder.

6. Kabul etmeme: Olumsuz duyguları kabul edebilme becerisini değerlendirir. Artan puanlar olumsuz duyguların kabul edilmesinde güçlüğe işaret eder.

Ölçeğin en önemli özelliği, bu altı farklı boyuttaki duygu düzenleme güçlüklerinin yanı sıra duygu düzenlemede yaşanan genel güçlüğü değerlendirmesidir. Bu bağlamda ölçeğin tüm alt ölçeklerinden alınan puanların toplanmasından elde edilen "toplam ölçek puanı" (toplam duygu düzenlemede güçlük puanı) bulunmaktadır. Ülkemizde ölçeğin erişkinler için psikometrik değerlendirmeleri Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmış ve orjinalindeki altı faktörlü yapı desteklenmiştir (221). Ölçeğin altı alt boyutu için Cronbach alfa değerleri .75 ile .90 arasında değişiklik göstermiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği genel güçlük için .83, alt ölçekler için .60 ile .85 arasındadır. Türkçe ölçeğin ergenler için psikometrik değerlendirmeleri Sarıtaş ve Gençöz tarafından yapılmıştır (222). Ölçeğin orijinal ölçekle benzer şekilde genel güçlük iç tutarlık katsayısı .93 ve test-tekrar test güvenirliği .83 bulunmuştur.

3.4.6. Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi, Reading The Mind in the Eyes Test, RME)

Gözler testi, ilk kez Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş ve daha sonra yeniden gözden geçirilerek geliştirilmiş formu yayınlanmıştır (223). Gözler Testi YB olan erişkin hastaların duygusal işlevselliğini araştıran çalışmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Kişinin, bir başkasının yalnızca göz ifadesine bakarak basit duyguların ötesine giden zihinsel durumunu anlama yetisini değerlendirir. Duyguların yüzün tamamı yerine gözler gibi yalnızca küçük bir bölgeden tanınabilmesi çok daha zordur. Bu test, katılımcının, bir başkasının zihinsel durumunu ne ölçüde kavrayabildiğini ve kendisini diğerinin yerine ne kadar koyabildiğini test etmek amacıyla tasarlanmıştır. Test yalnızca göz bölgesinin bulunduğu 28 adet fotoğraf içerir. Yanıtlar dört seçeneklidir ve şans oranı p = .25'tir. Kişi 13 ve üzerinde puan alarak anlamlı olarak şansın üzerinde performans gösterir (Binominal test). Testte zor fark edilen bireysel farklılıklara ulaşabilme olasılığını arttırmak amaçlanmıştır. Testin çocuk ve ergenler için olan versiyonunun Türkçe'ye çevirisi Girli tarafından yapılmıştır (224).

3.4.7. Toronto Aleksitimi Ölçeği - 20 (TAÖ - 20, Toronto Alexithymia Scale)

1970'li yılların başında yazına girmeye başlayan aleksitimi kavramını değerlendirmeye yönelik olarak Kanada Toronto Üniversitesi'nde çalışan uzmanlar 26 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği'ni geliştirmiştir (225). Ölçeğin dört faktörü vardır. Bu faktörler kişinin duygularını ve bedensel duyumlarını ayırt edebilmesi ve tanıyabilmesiyle; kendi iç yaşantılarından çok dış olaylara yönelik düşünmesiyle; duygularını söze dökebilmesiyle ve hayal kurma yeteneğiyle ilişkilidir. Ölçek daha sonra aynı ekip tarafından 20 madde içerecek şekilde yeniden düzenlenmiştir (226,227). Ölçeğin bu şekli öncekinden farklı olarak üç faktör içermektedir. Bu faktörler kişinin duygularını tanımadaki güçlüğünü, kişinin duygularını ifade etmedeki güçlüğünü ve kişideki dışa dönük düşünce yapısını içermektedir. Likert tipindeki bu ölçekte her madde için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "sık sık" ve "her zaman" seçenekleri yer almakta ve bu seçenekler için 1 ile 5 arasında puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin duygularını tanımada güçlük (TAÖ-1), duygularını söze dökmede güçlük (TAÖ-2) ve dışa dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçekleri vardır. Toplamda 61 puan ve üzerindeki değerler aleksitimiyi, 51-60 arasındaki değerler sınırda aleksitimiyi göstermektedir. Elli ve altındaki değerler normal olarak kabul edilmektedir.

Ölçek günümüze gelene kadar birçok uyarlama çalışmasından geçmiştir. Ölçeğin dilimize ilk uyarlama çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır (228). Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması sonucunda iç güvenirlik katsayısı .76 olarak hesaplanmıştır (229).

3.4.8. KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği – Ergen Formu (KA-Sİ – EEÖ - Ergen Formu)

KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu, Kaya ve Siyez tarafından ergenlerin empatik eğilimlerinin Türk kültürüne özgü bir ölçme aracı ile ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir (230). KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu, 7'si bilişsel ve 10'u duygusal empatiyi ölçmek üzere toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlama biçimi "(1) Bana hiç uygun değil", "(2) Bana biraz uygun", "(3) Bana oldukça uygun" ve "(4) Bana tamamen uygun" şeklinde dört dereceli bir yapıda düzenlenmiştir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça empatik eğilim artmaktadır. KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu'nun iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa katsayısı bilişsel empati alt boyutu için .82, duygusal empati alt boyutu için .82 ve ölçeğin tümü için .87 bulunmuştur. Ölçeğin bir hafta arayla 188 öğrenciye uygulanması sonucunda elde edilen test-tekrar test güvenirlik katsayısı bilişsel empati alt boyutu için .69, duygusal empati alt boyutu için .73 ve ölçeğin tümü için .75 bulunmuştur. Test-tekrar test güvenirlik çalışmasının yapıldığı grubun verileri üzerinden yapılan hesaplamalarda Cronbach alfa katsayısı bilişsel empati için .81, duygusal empati için .89 ve ölçeğin tümü için .91 bulunmuştur (230).

3.4.9 Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ, Expressed Emotion Scale, EE)

DDÖ, Berksun tarafından 1992'de geliştirilmiş ve geçerlik ve güvenirliği değerlendirilmiştir (231). Ölçek 41 sorudan oluşmaktadır. Hasta tarafından "anahtar akraba" konumunda tanımlanan aile bireyine uygulanır. Hasta yakınlarının hastayı ve kendisini nasıl algıladığıyla ilgili sorular yer almakta ve verilen yanıtlara göre DD düzeyi saptanmaktadır. Yirmi dokuz madde eleştirel-düşmanca olmayı (ED), 12 madde ise aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı-müdehaleci olmayı (İKKM) göstermektedir. ED'ye örnek olarak "Onun hasta olduğuna inanmıyorum", İKKM'ye örnek olarak "Ona en ufak birşey olacak diye endişeleniyorum" şeklindeki maddeler verilebilir. Ölçekteki 3., 8., 14., 28., 30., 36., 38, 39., 41. sorular yanıtları ters olan olumlu sorulardır. Diğer

sorular “Doğru” olarak işaretlendiğinde 1 puan alınırken, bu sorular “Yanlış” olarak işaretlendiğinde 1 puan alınacak şekilde seçilmiştir. Toplam puan 0-41 arasındadır ve ED puanı 0-29, AİKK puanı 0-12 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça DD artmaktadır. DDÖ’nün geçerlik ve güvenirliği Berksun tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .89 bulunmuştur. Maddeler hazırlanırken kendi toplumsal ve kültürel özelliklerimizin dikkate alınmış olması ölçeğin güçlü yanlarındandır (231). Ölçek çalışmadaki tüm annelere uygulanmıştır.

3.4.10 Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği (ADDÖ, Perceived Expressed Emotion Scale, PEE)

Hasta tarafından doldurulan 41 maddelik bir ölçektir. Berksun tarafından geliştirilen (231) ve hastanın “anahtar akraba” konumunda tanımladığı aile bireyi tarafından yanıtlanan DDÖ sorularının, Alkar tarafından hastaya uyarlanarak geliştirilmiş şeklidir (232). Kuramsal olarak ED ve İKKM olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. Ölçeğin iki alt boyutu için Cronbach alfa değerleri .93 ve .79 arasında değişiklik göstermiştir. İç tutarlılığı gösteren Cronbach alfa katsayısı .81 bulunmuştur (232). Baştuğ tarafından yapılan başka bir çalışmada da ölçeğin iki alt boyutu için Cronbach alfa değerleri .83 ve .81 bulunmuştur (233). Bu ölçek çalışmadaki tüm ergenler tarafından annelerine yönelik olarak yanıtlanmıştır.

3.4.11. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ, Beck Depression Inventory, BDI)

BDÖ, Beck ve arkadaşları tarafından ergen ve erişkinlerdeki depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir (234). Depresyonu tanımlayabilmek, şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır ve herbir maddeye 0-3 arasında puan verilmiştir. Hastalardan içinde bulundukları durumu en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmektedir. 1978 yılında ölçeğin tümü gözden geçirilerek hastalığın şiddetini tanımlayan tekrarlayıcı sorular ayıklanmış ve kişilerin son bir haftadaki durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin maddeleri yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Toplam puan olarak 0-9 = minimal, 10-16 = hafif, 17-29 = orta, 30-63 = şiddetli belirti şeklinde yorumlanmaktadır. BDÖ’nün geçerlik

ve güvenirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmış ve depresyon için kesim noktası 17 olarak kabul edilmiştir (235).

3.4.12. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ, Screen for Child Anxiety and Related Disorders, SCARED)

ÇATÖ, çocukluk çağı anksiyete bozukluklarını taramak amacıyla Birmaher ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir (214). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çakmakçı (2004) tarafından yapılmıştır (236). ÇATÖ'nün anne baba ve çocuk formu bulunmaktadır. 8-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilmektedir. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de herbir madde 0 ile 2 arasında puan alır. "Doğru değil" ya da "nadiren doğru" seçeneği 0 puan, "biraz" ya da "bazen doğru" seçeneği 1 puan, "doğru" ya da "çoğu zaman doğru" seçeneği 2 puan almaktadır. 25 ve üzeri puanın anksiyete bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ayrıca ölçeğin somatizasyon, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır.

3.4.13. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 (Childhood Trauma Questionnaire-28, CTQ-28)

1994 yılında Bernstein ve arkadaşları tarafından 70 madde olarak geliştirilen ve çocukluk ve ergenlik dönemindeki örselenme ve ihmal yaşantılarını değerlendirmeye yönelik olan bu ölçek, beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (237,238). Ölçek 1995 yılında 54 maddeye düşürülmüş ve beş alt ölçeğe ayrılmıştır. Bernstein ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayıları .79 - .94 arasında bulunmuştur ve ölçeğin güvenirliği oldukça yüksektir (237). Ölçek, geliştiricilerinden izin alınarak Prof. Dr. Vedat Şar tarafından 28 madde içerecek şekilde Türkçeye uyarlanmıştır (Şar 1996). Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış şeklinde beş alt ölçek vardır. Alt ölçeklerde beş madde duygusal istismarı, beş madde fiziksel istismarı, beş madde cinsel istismarı, beş madde duygusal ihmali ve beş madde fiziksel ihmali ölçmektedir; üç madde travmayı küçümsemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte seçenekler "(1) hiçbir zaman", "(2) nadiren", "(3) bazen", "(4) sıklıkla" ve "(5) çok sık" olarak verilmiştir. Elde edilen puanlar çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sıklığına işaret eder. Türkiye'de Şar tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçeğin

güvenirliği Cronbach alfa değeri ile test edilmiş ve .90 bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri duygusal ihmal için .85, duygusal istismar için .90, fiziksel ihmal için .77, fiziksel istismar için .90 ve cinsel istismar için .73 bulunmuştur (239).

3.4.14. Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (EABE, Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA)

IPPA ergenlik döneminde bağlanmayı değerlendiren ölçeklerden biridir. Ölçeğin orijinali Armsden ve Greenberg tarafından geliştirilmiştir ve 28 maddeden oluşmaktadır (240). Kısa formu 1992 yılında Raja ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (241). 12 maddelik 7'li likert tipindeki (1 = asla, 7 = daima) kısa formunun anne ve baba için olmak üzere iki bölümü bulunmaktadır. Ölçeğin soruları katılımcılar tarafından her iki ebeveyni ayrı ayrı değerlendirmek üzere doldurulmaktadır. Ölçeğin, herbiri dörder madde ile değerlendirilen "güven" (örneğin "Annem/babam duygularıma saygı gösterir"), "iletişim" (örneğin "Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme/babama anlatırım") ve "yabancılaşma" (örneğin "Anneme/babama kızgınlık duyuyorum") faktörleri bulunmaktadır. Güven, iletişim ve ters kodlanan yabancılaşma alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilen "toplam bağlanma puanı" anne ve baba için ayrı ayrı hesaplanabilmektedir. Toplamda ölçekten elde edilen puan arttıkça bağlanmanın güvenliği artmaktadır. IPPA'nın kısa formu Kumru (2002) tarafından Türk ergenlerde anne ve babaya bağlanmayı ölçmek için kullanılmıştır. IPPA'nın Türkçe'ye uyarlama ve geçerlik/güvenirlik çalışması Günaydın ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama sonucunda anne formu için Cronbach alfa değeri .88, baba formu için Cronbach alfa değeri .90 saptanmıştır (242).

3.5. Uygulama

Araştırma ve kontrol grubunda çalışmanın katılım ölçütlerini karşılayan ergenlere ve anne ya da babalarına araştırmanın amacı, değerlendirme sürecinde yapılacak işlemler ve çalışmanın yararlı olabilecek sonuçları anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma grubundaki tüm hastalar psikiyatrik değerlendirmeden önce Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı Polikliniği'nde medikal açıdan stabil olup olmadıklarının belirlenmesi amacıyla değerlendirilmiş ve fizik muayeneleri

yapılmıştır. Medikal açıdan stabil olmayan ve yatırılarak izlenen hastalar hastaneden taburcu olduktan sonraki bir ay içerisinde görülmüştür. Psikiyatrik değerlendirmede araştırmacı sosyodemografik verileri, hastanın gelişim ve medikal öyküsünü, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini ve hastalığa ilişkin verileri sorgulamış ve aile ve ergenler ile klinik görüşme yapmıştır. Özbildirim ölçekleri ayrıntılı olarak anlatılmış ve ergenlerin bu ölçekleri doldurmaları istenmiştir. Çalışmaya katılan annelere DDÖ uygulanmıştır. Psikiyatrik görüşme yapılması ve ölçeklerin doldurulması her bir olgu için yaklaşık olarak bir buçuk saat sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik

Verilerin istatistiksel analizi Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences, SPSS) 15.0 sürümü ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılım sayıltısını karşılayıp karşılamadıkları Skewness ve Kurtosis istatistiği ile değerlendirilmiştir. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirilmesinde; parametrik test varsayımları karşılandığında t-testi (birden çok ortalama arasındaki farkın önemlilik testi), parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) testi veya Fisher'in kesin ki-kare testi uygulanmıştır. Gruplarda ölçümle belirtilen iki değer arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Bağımlı değişkenin üzerindeki bağımsız değişkenin etkisini kontrol etmek amacıyla ANCOVA uygulanmıştır. Duygu düzenleme becerisini yordayan etkenleri belirlemek için lineer regresyon analizinden yararlanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık için p değerinin .05'ten küçük olması beklenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

4.1.1. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Yaş Ortalamaları

Çalışmamıza 12-18 yaş aralığında, 32'si araştırma, 32'si kontrol grubunda olmak üzere toplam 64 ergen katılmıştır. AN grubunun yaş ortalaması 15.22 ± 1.64 yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması 15.16 ± 1.74 yıldır. AN ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1: AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Yaş Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Yaş (yıl)	15.22 ± 1.64	15.16 ± 1.74	$t = 0.148^{AD}$

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.1.2. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Eğitim Süresi Ortalamaları

AN grubunun eğitim süresi ortalaması 9.68 ± 1.7 yıl, kontrol grubunun eğitim süresi ortalaması 9.62 ± 1.7 yıldır. AN ve kontrol gruplarında eğitim süresi ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2: AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Eğitim Süresi Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Eğitim süresi	9.68 ± 1.7	9.62 ± 1.7	$t = 0.147^{AD}$

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.1.3. AN ve Kontrol Gruplarında Aile Yapısı ve Kardeş Sayısı

AN grubundaki ergenlerin 27'si (% 84.4) çekirdek ailede, 5'i (% 15.6) diğer (geniş aile, boşanma, anne ölümü) aile yapısında yaşamaktadır. Kontrol grubunun 28'i

(% 87.5) çekirdek aile, 4'ü (% 12.5) diğer aile yapısındadır. Aile yapısı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: AN ve Kontrol Gruplarında Aile Yapısı

	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Çekirdek	27	84.4	28	87.5	$\chi^2 = 0.129^{AD}$
Diğer	5	15.6	4	12.5	
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

AN grubunda 5 (% 15.6) ergenin ailedeki tek çocuk olduğu, 19 (% 59.4) ergenin iki kardeş ve geri kalan 8 (% 25.0) ergenin üç ve daha fazla kardeş olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda 4 (% 12.5) ergenin ailedeki tek çocuk olduğu, 11 (% 34.4) ergenin iki kardeş ve geri kalan 17 (% 53.1) ergenin üç ve daha fazla kardeş olduğu görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: AN ve Kontrol Gruplarında Kardeş Sayısı

	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Bir	5	15.6	4	12.5	$\chi^2 = 5.484^{AD}$
Iki	19	59.4	11	34.4	
Üç ve daha fazla	8	25.0	17	53.1	
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.1.4. AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babalarının Yaş Ortalamaları

AN ve kontrol gruplarında anne ve babaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Yaş Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Annenin yaşı	43.3 ± 5.9	40.8 ± 5.1	$t = 1.804^{AD}$
Babanın yaşı	47.6 ± 6.9	45.4 ± 4.7	$t = 1.479^{AD}$

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.1.5. AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları

AN ve kontrol gruplarında anne ve babaların eğitim süreleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Annenin eğitim süresi	10.9 ± 5.1	9.6 ± 4.3	$t = 1.110^{AD}$
Babanın eğitim süresi	11.5 ± 4.5	12.3 ± 3.2	$t = -.826^{AD}$

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.1.6. AN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Çalışma Durumu

AN grubundaki annelerin 14'ünün (% 43.7) çalıştığı, 18'inin (% 56.3) çalışmadığı; kontrol grubundaki annelerin 12'sinin (% 37.5) çalıştığı ve 20'sinin (% 62.5) çalışmadığı gözlenmektedir. Araştırma ve kontrol gruplarında annelerin çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: AN ve Kontrol Gruplarındaki Annelerin İş Durumu

	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Çalışıyor	14	43.7	12	37.5	$\chi^2 = 0.259$ AD
Çalışmıyor	18	56.3	20	62.5	
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

AN grubundaki babaların 28'inin (% 87.5) çalıştığı, 4'ünün (% 12.5) emekli olduğu; kontrol grubundaki babaların 31'inin (% 96.9) çalıştığı, 1'inin (% 3.1) emekli olduğu gözlenmektedir. Araştırma ve kontrol gruplarında babaların çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8**:** AN ve Kontrol Gruplarındaki Babaların İş Durumu

	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Çalışıyor	28	87.5	31	96.9	$\chi^2 = 1.953$ AD
Çalışmıyor	4	12.5	1	3.1	
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.1.7. AN ve Kontrol Gruplarında Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey Dağılımı

Her iki grubun sosyoekonomik-sosyokültürel düzey dağılımları Tablo 4.9'de verilmiştir. AN ve kontrol gruplarında ailelerin sosyoekonomik-sosyokültürel düzey dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.9: AN ve Kontrol Gruplarında Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey Dağılımı

Sosyoekonomik-sosyokültürel düzey	**AN Grubu**		**Kontrol Grubu**	
	s	**%**	**s**	**%**
Varlıklı-eğitimli	0	0	0	0
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	12	37.6	14	43.7
Küçük iş adamı, vasıflı işçi, memur, lise mezunu anne-baba	6	18.7	12	37.5
Yarı vasıflı işçi, lise altı eğitimli anne-baba	8	25.0	3	9.4
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba	6	18.7	3	9.4
Toplam	32	100	32	100

s: Sayı, $\chi^2 = 5.427$ ($p>.05$)

4.1.8 Öyküsü AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık Dağılımı

AN grubunda 13 (% 40.6), kontrol grubunda 4 (% 12.5) ergenin birinci ve ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. AN grubunun birinci ve ikinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık öyküsünün kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık Dağılımı

Birinci ve ikinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Yok	19	59.3	28	87.5	$\chi^2 = 6.488$
Var	13	40.7	4	12.5	p =.011
Duygudurum bozuklukları	3	9.4	1	3.1	
Anksiyete bozuklukları	3	9.4	2	6.3	
Aralıklı patlayıcı bozukluk	3	9.4	0	0	
Psikotik bozukluk	1	3.1	0	0	
Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu	0	0	1	3.1	
Yeme bozukluğu	3	9.4	0	0	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı

4.1.9. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Ailelerinde Tıbbi Hastalık Öyküsü

AN grubunda 11 (% 34.4), kontrol grubunda 1 (% 3.1) ergenin birinci derece akrabalarında tıbbi hastalık öyküsü vardır. AN grubunun birinci derece akrabalarındaki tıbbi hastalık öyküsünün kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11**:** AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Ailelerinde Tıbbi Hastalık Öyküsü

Birinci derece akrabalarda tıbbi hastalık öyküsü	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Yok	21	65.6	31	96.9	$\chi^2 = 10.256$
Var	11	34.4	1	3.1	p = .001
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı

4.1.10. AN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerde Prenatal-Natal Problem Öyküsü

AN grubunda 1 (% 3.1) ergende prematurite öyküsünün olduğu, kontrol grubunda ise prenatal-natal problem yaşanmadığı öğrenilmiştir. Her iki grup arasında prenatal-natal problem öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmektedir ($\chi^2 = 1.016$, $p>.05$).

4.2. AN Grubuna Özgü Klinik Özellikler

4.2.1. AN Grubunda Ailede Benzer Hastalık Öyküsü

AN grubunda 3 (% 9.4) hastanın ailesinde AN öyküsünün olduğu, bu kişilerin 1'inde (% 3.1) belirtilerin halen devam ettiği gözlenmektedir.

4.2.2. AN Grubunda Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı, İlk Başvuru Yaşı ve Belirti Süresi

AN grubunda hastalık belirtilerinin başlangıç yaşının ortalama 14.1 ± 1.6 yıl olduğu, psikiyatri bölümüne ilk başvuru yaşının 14.7 ± 1.5 yıl olduğu ve belirti süresinin ortalama 12.5 ± 8.1 ay olduğu görülmüştür (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: AN Grubunda Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı, İlk Başvuru Yaşı ve Belirti Süresi

	AN Grubu	
	Ort ± SS	Min - Maks
Belirtilerin başlangıç yaşı (yıl)	14.1 ± 1.6	12 - 18
İlk başvuru yaşı (yıl)	14.7 ± 1.5	12 - 18
Belirti süresi (ay)	12.5 ± 8.1	4 - 36

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

4.2.3. AN Grubunda Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu ve Tedavi Süresi

AN grubunda 20 (% 62.5) hastanın daha önce AN nedeniyle tedavi almadığı, 12 (% 37.5) hastanın daha önce AN nedeniyle psikiyatrik tedavi aldığı saptanmıştır. Tedavi alan grupta tedavi süresinin 9.0 ± 4.1 ay olduğu görülmektedir.

Tedavi alan 12 (% 37.5) hastanın tamamının psikoterapi aldığı, 2 (% 6.2) hastanın sadece psikoterapi aldığı, 10 (% 31.3) hastanın ise antidepresan (fluoksetin) ve birlikte antipsikotik (olanzapin) kullandığı saptanmıştır.

4.2.4. AN Grubunda Hastalığın Alt Tipi

AN grubunda 28 (% 87.5) hastanın kısıtlayıcı tipte, 4 (% 12.5) hastanın tıkınırcasına yeme/çıkartma tipinde AN olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: AN Grubunda Hastalığın Alt Tipi

	AN Grubu	
	s	%
Kısıtlayıcı tip	28	87.5
Tıkınırcasına yeme/çıkartma tipi	4	12.5
Toplam	32	100

s: Sayı

4.2.5. AN Grubunda Beden Kitle İndeksi (BKİ)

AN grubunda BKİ'nin ortalama 16.57 ± 1.47 olduğu (Tablo 4.14), DSM-5'e göre hastalığın şiddeti BKİ göz önünde bulundurularak değerlendirildiğinde, 17 (% 53.1) hastanın ağır olmayan, 5 (% 15.6) hastanın orta, 4 (% 12.5) hastanın ağır ve 6 (% 18.8) hastanın aşırı ağır düzeyde AN'ye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.14: AN Grubunda BKİ

	AN Grubu	
	Ort ± SS	Min - Maks
BKİ	16.57 ± 1.47	12.95 - 18.22

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

Tablo 4.15: BKİ'ye Göre Hastalık Şiddeti

Hastalık şiddeti	AN Grubu s	AN Grubu %
Ağır olmayan (≥ 17.00 - 18.50)	17	53.1
Orta (16.00 - 16.99)	5	15.6
Ağır (15.00 - 15.99)	4	12.5
Aşırı düzeyde (<15.00)	6	18.8
Toplam	32	100

s: sayı

4.3. AN ve Kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

4.3.1. AN ve Kontrol Gruplarında Yeme Tutum Testi (YTT) Puanları

YTT ölçeği değerlendirildiğinde, ölçeğin toplam puan ortalamaları arasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir. Her iki gruptaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.16'da verilmiştir.

Tablo 4.16: AN ve Kontrol Gruplarında YTT Puan Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
YTT	44.4 ± 18.4	16.9 ± 5.2	t = 8.115 p = .000

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

4.3.2. AN ve Kontrol Gruplarında Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) Puan Ortalamaları

AN grubundaki ergenlerin DDGÖ toplam puan ve amaç, strateji, dürtüsellik, netlik ve kabul etmeme alt ölçekleri puan ortalamalarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu, farkındalık alt ölçeği puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark olmadığı gözlenmektedir. Her iki gruptaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4.17'de verilmiştir.

Tablo 4.17: AN ve Kontrol Gruplarında DDGÖ Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

DDGÖ	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Amaç	17.24 ± 5.3	11.6 ± 4.6	F = 19.56 p = .000
Strateji	21.7 ± 9.0	12.4 ± 4.6	F = 26.73 p = .000
Dürtüsellik	16.1 ± 6.6	10.0 ± 4.0	F = 19.57 p = .000
Farkındalık	13.6 ± 4.0	11.5 ± 4.5	F = 3.82 p = .055
Netlik	13.9 ± 4.8	10.1 ± 4.0	F = 11.10 p = .001
Kabul etmeme	13.4 ± 6.0	9.1 ± 3.0	F = 12.79 p = .001
Toplam puan	94.6 ± 28.0	66.0 ± 17.1	F = 25.83 p= .000

Çoklu Varyans Analizi (MANOVA), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

4.3.3. AN ve Kontrol Gruplarında Gözlerden Zihin Okuma Testi (RME) Puan Ortalamaları

Ölçeğin toplam puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmektedir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: AN ve Kontrol Gruplarında RME Puan Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
RME	21.09 ± 2.87	22.22 ± 1.99	t = - 1.82 [AD]

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.3.4. AN ve Kontrol Gruplarında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20) Puan Ortalamaları ve Dağılımı

AN grubundaki ergenlerin TAÖ-20 toplam puan ortalaması 52.9 ± 11.3, kontrol grubundaki ergenlerin 42.3 ± 8.4'dur ve her iki grubun TAÖ-20 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. TAÖ-20 ölçeğinin alt ölçekleri incelendiğinde; duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1) ve duyguları söze dökmede güçlük (TAÖ-2) alt ölçek puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ancak dışa dönük düşünme (TAÖ-3) alt ölçeği puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmektedir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: AN ve Kontrol Gruplarında TAÖ-20 Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
TAÖ-20 toplam	52.9 ± 11.3	42.3 ± 8.4	F = 17.83 p = .000
TAÖ-1	18.56 ± 6.80	12.5 ± 3.67	F = 19.66 p = .000
TAÖ-2	14.09 ± 3.78	10.44 ± 3.12	F = 17.76 p = .000
TAÖ-3	20.50 ± 4.31	19.38 ± 4.34	F = 1.08 p = .303

Çoklu Varyans Analizi (MANOVA), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

TAÖ puanları kategorik olarak değerlendirildiğinde, AN grubundaki ergenlerin 7'sinin (% 21.9) aleksitimik, 14'ünün (% 43.8) sınırda aleksitik olduğu; kontrol grubundaki ergenlerin hiçbirinin aleksitimik olmadığı, 3'ünün (% 9.4) sınırda aleksitimik olduğu bulunmuştur (Tablo 4.20).

Tablo 4.20: AN ve Kontrol Gruplarında TAÖ-20 Puanlarına Göre Aleksitimi Varlığı

	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
TAÖ-20	s	%	s	%	
Aleksitimik	7	21.9	0	0	
Sınırda aleksitimik	14	43.7	3	9.4	$\chi^2 = 22.2$
Aleksitimik değil	11	34.4	29	90.6	p = .000
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı

4.3.5. AN ve Kontrol Gruplarında KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği - Ergen Formu Puan Ortalamaları

KA-Sİ ölçeği değerlendirildiğinde; ölçek toplam puanı ortalaması ve bilişsel empati ve duygusal empati alt ölçek puan ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir (Tablo 4.21).

Tablo 4.21: AN ve Kontrol Gruplarında KA-Sİ - Ergen Formu Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

KA-Sİ - Ergen Formu	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Bilişsel empati	21.6 ± 4.9	24.1 ± 2.8	F = 8.87 p = .004
Duygusal empati	28.0 ± 7.5	32.5 ± 4.5	F = 6.19 p = .015
Toplam puan	49.7 ± 10.8	56.3 ± 6.1	F = 8.20 p = .006

Çoklu Varyans Analizi (MANOVA), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

4.3.6. AN ve Kontrol Gruplarında Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) Puan Ortalamaları

AN grubu ve kontrol grubundaki annelerin DDÖ "eleştirel-düşmancıl" ve "aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı-müdahaleci" olma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemektedir (Tablo 4.22).

Tablo 4.22: AN ve Kontrol Gruplarında DDÖ Puan Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
DDÖ-ED	5.8 ± 3.6	4.5 ± 2.3	t = 1.89 AD
DDÖ-İKKM	5.2 ± 2.9	5.5 ± 2.4	t = -.145 AD

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.3.7. AN ve Kontrol Gruplarında Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği (ADDÖ) Puan Ortalamaları

AN grubu ve kontrol grubu arasında algılanan "eleştirel düşmancıl" olma puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmekte iken, algılanan "aşırı ilgili-koruyucu-kollayıcı-müdahaleci" olma puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmemektedir (Tablo 4.23).

Tablo 4.23: AN ve Kontrol Gruplarında ADDÖ Puan Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
ADDÖ-ED	10 ± 3.9	4.1 ± 2.8	t = 6.88 p = .000
ADDÖ-İKKM	5.8 ± 3.6	4.5 ± 2.3	t = .328 AD

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.3.8. AN ve Kontrol Gruplarında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) Puan Ortalamaları

BDÖ puan ortalamaları AN grubunda 18.63 ± 11.59, kontrol grubunda 7.93 ± 5.47'dir ve AN ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir (Tablo 4.24).

Tablo 4.24: AN ve Kontrol Gruplarında BDÖ Puan Ortalamaları

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
BDÖ	18.81 ± 12.1	8.7 ± 5.0	t = 4.37 p = .000

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

AN ve kontrol grubundaki ergenlerin BDÖ puanları ölçeğin kesim noktasına göre kategorik olarak incelendiğinde, AN grubundaki ergenlerin 15'inin (% 46.9), kontrol grubundaki ergenlerin 3'ünün (% 9.4) depresyon için kesim noktası olan 17'den

yüksek puan aldığı saptanmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25: AN ve Kontrol Gruplarında BDÖ Puanlarına Göre Depresyon Varlığı

	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Var	15	46.9	3	9.4	$\chi^2 = 11.1$
Yok	17	53.1	29	90.6	p = .001
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı

4.3.9. AN ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Puan Ortalamaları

AN grubundaki ergenlerin ÇATÖ puan ortalaması 29.7 ± 16.6, kontrol grubundaki ergenlerin 19.3 ± 8.0'dır. Her iki grubun ÇATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4.26).

Tablo 4.26: AN ve Kontrol Gruplarında ÇATÖ Puan Ortalamaları

	AN Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik
	Ort ± SS	Ort ± SS	
ÇATÖ	29.7 ± 16.6	19.3 ± 8.0	t = 3.29 p = .000

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Her iki grupta katılımcıların ÇATÖ puanları ölçeğin kesim noktası olan 25'e göre kategorik olarak incelendiğinde, AN grubundaki ergenlerin 19'unun (% 59.4), kontrol grubundaki ergenlerin 7'sinin (% 21.9) anksiyete bozukluğu için kesim noktası olan 25'ten yüksek puan aldığı saptanmıştır. Her iki grubun ÇATÖ puanları kategorik

olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmektedir (Tablo 4.27).

Tablo 4.27: AN ve Kontrol Gruplarında ÇATÖ Puanlarına Göre Anksiyete Bozukluğu Varlığı

	AN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Var	19	59.4	7	21.9	$\chi^2 = 9.32$
Yok	13	40.6	25	78.1	p = .002
Toplam	32	100	32	100	

χ^2: Ki-kare testi, s: Sayı

4.3.10. AN ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) Puan Ortalamaları

CTQ-28 ölçeğinin duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ancak cinsel istismar ve travmayı küçümseme alt ölçekleri ortalamalarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmektedir. Her iki gruptaki ölçek puanlarının ortalamaları Tablo 4.28'de verilmiştir.

Tablo 4.28: AN ve Kontrol Gruplarında CTQ-28 Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları

CTQ-28	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Cinsel istismar	5.7 ± 3.4	5.0 ± 0.0	F = 1.34 AD
Duygusal istismar	7.9 ± 3.3	5.7 ± 1.7	F = 11.4 p = .001
Duygusal ihmal	9.8 ± 4.1	6.7 ± 0.2	F = 10.4 p = .002
Fiziksel istismar	5.5 ± 1.2	5.0 ± 0.1	F = 4.84 p = .031
Fiziksel ihmal	5.9 ± 2.3	5.0 ± 0.0	F = 4.94 p = .030
Travmayı küçümseme	1.6 ± 1.7	1.5 ± 1.1	F = .123 AD
Toplam puan	34.7 ± 9.0	27.3 ± 2.9	F = 19.2 p = .000

Çoklu Varyans Analizi (MANOVA), Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

4.3.11. AN ve Kontrol Gruplarında Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (IPPA) Puan Ortalamaları

IPPA (Anne) ölçeğinde; anne ile iletişim, anneye güven ve yabancılaşma alt ölçekleri ve IPPA (Anne) toplam puan ortalamalarında AN grubu ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir. Benzer şekilde IPPA (Baba) ölçeğinde de; baba ile iletişim, babaya güven ve yabancılaşma alt ölçekleri ve IPPA (Baba) toplam puan ortalamalarında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. IPPA (Anne) ve IPPA (Baba) ölçek puanları Tablo 4.29 ve Tablo 4.30'da verilmiştir.

Tablo 4.29: AN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Anne) Puan Ortalamaları

IPPA (Anne)	PN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Yabancılaşma	20.4 ± 4.6	25.2 ± 3.8	F = 24.9 p = .000
İletişim	18.5 ± 5.3	23.8 ± 3.8	F = 21.3 p = .000
Güven	22.2 ± 5.2	25.6 ± 3.1	F = 10.1 p = .002
Toplam puan	60.5 ± 13.0	74.4 ± 8.9	F = 20.7 p = .000

Çoklu Varyans Analizi (MANOVA), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 4.30: AN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Baba) Puan Ortalamaları

IPPA (Baba)	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
Yabancılaşma	19.5 ± 6.6	23.3 ± 4.4	F = 7.23 p = .009
İletişim	16.4 ± 6.8	21.0 ± 4.0	F = 11.12 p = .001
Güven	20.9 ± 6.9	24.7 ± 3.6	F = 7.62 p = .008
Toplam Puan	55.5 ± 18.7	69.9 ± 10.5	F = 14.4 p = .000

Çoklu Varyans Analizi (MANOVA), Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

4.3.12. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Birbirleri İle İlişkisi

DDGÖ ile; RME arasında negatif yönde orta düzeyde, TAÖ-20 arasında pozitif yönde yüksek düzeyde, KA-Sİ ve ADDÖ-ED arasında pozitif yönde orta düzeyde, RME ile; KA-Sİ arasında pozitif yönde orta düzeyde, ADDÖ-ED arasında negatif yönde orta düzeyde, TAO arasında negative zayıf düzeyde,

TAÖ-20 ile; KA-Sİ arasında negatif yönde orta düzeyde, ADDÖ-ED arasında pozitif yönde zayıf düzeyde,

ADD-ED ile; ADDÖ-ED arasında pozitif yönde zayıf düzeyde, ADDÖ-İKKM arasında negatif yönde zayıf düzeyde,

ADDÖ-ED ile KA-Sİ arasında negatif yönde zayıf düzeyde bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Ölçeklerin toplam puanlarının birbirleri ile ilişkisi Tablo 4.31'de verilmiştir.

Tablo 4.31: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanları Arasındaki İlişki

	DDGÖ	RME	TAÖ-20	KA-Sİ	DDÖ-ED	DDÖ-İKKM	ADDÖ-ED	ADDÖ-İKKM
DDGÖ	**1**							
RME	**-.449****	**1**						
TAÖ-20	**.776****	**-.268***	**1**					
KA-Sİ	**-.462****	**.414****	**-.444****	**1**				
DDÖ-ED	.033	-.156	.151	.151	**1**			
DDÖ-İKKM	-.160	-.020	-.151	-.112	.232	**1**		
ADDÖ-ED	**.504****	**-.459***	**.387***	**-.253***	**.321***	-.027	**1**	
ADDÖ-İKKM	.087	-.119	.050	-.007	**-,324***	.033	.239	**1**

Pearson Korelasyon Analizi, AD: Anlamlı değil, *p<.05, **p<.01

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği-Ergen Formu, DDÖ-DE: Duygu Dışavurumu Ölçeği - Eleştirel-Düşmanca, DDÖ-İKKM: Duygu Dışavurumu Ölçeği - Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci, ADDÖ-ED: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği - Eleştirel-Düşmanca, ADDÖ-İKKM: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği-Aşırı İlgi, Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci

4.4. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçek Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Verilerle İlişkisi

4.4.1. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Yaş ile İlişkisi

AN grubundaki ergenlerin DDGÖ, RME, TAÖ-20 ve KA-Sİ toplam puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (DDGÖ r = .062, p>.05; RME r = -.073, p>.05; TAÖ-20 r = .077, p>.05; KA-Sİ r = .134, p>.05).

4.4.2. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Aile Yapısı ve Sosyoekonomik Düzey İle İlişkisi

AN grubundaki ergenlerin DDGÖ, RME, TAÖ-20 ve KA-Sİ toplam puanları ile aile yapısı (Tablo 4.32) ve ailelerinin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi (Tablo 4.33) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.32: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Aile Yapısı İle İlişkisi

Aile yapısı	Çekirdek (s = 27) Ortanca (Min - Maks)	Diğer (s = 5) Ortanca (Min - Maks)	İstatistik
DDGÖ	73 (40 - 157)	70 (41 - 118)	U = 45^{AD}
RME	22 (14 - 26)	22 (20 - 25)	U = 37^{AD}
TAÖ-20	48 (24 - 73)	45 (24 - 63)	U = 39^{AD}
KA-Sİ	54 (26 - 68)	59 (46 - 67)	U = 48^{AD}

U: Mann Whitney U testi, s: Sayı, Min: Minimum, Maks: Maksimum, AD: Anlamlı Değil (p>.05), DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği- Ergen Formu.

Tablo 4.33: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının SED İle İlişkisi

	Üst- Orta (s = 12) Ortanca (Min - Maks)	**Orta** (s = 6) Ortanca (Min - Maks)	**Alt – Orta** (s = 8) Ortanca (Min - Maks)	**Alt** (s = 6) Ortanca (Min - Maks)	**İstatistik**
DDGÖ	89.5 (41-154)	109 (81-129)	105 (50-134)	85 (59-111)	$\chi^2 = .595^{AD}$
RME	23 (16-25)	21.5 (19-23)	20 (14-23)	22 (18-25)	$\chi^2 = 6.001^{AD}$
TAÖ-20	54 (27-73)	57.5 (42-72)	51.5 (36-73)	51 (39-62)	$\chi^2 = .696^{AD}$
KA-Sİ	49.5 (27-67)	54.5 (37-62)	54.5 (41-60)	49.5 (26-63)	$\chi^2 = .578^{AD}$

χ^2: Kruskal Wallis Test, s: Sayı, Min: Minimum, Maks: Maksimum, AD: Anlamlı Değil (p>.05), DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği- Ergen Formu.

4.4.3. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının BKİ ve YTT Puanları İle İlişkisi

AN grubundaki ergenlerin DDGÖ, RME, TAÖ-20 ve KA-Sİ ölçeklerinin toplam puanları ile BKİ ve YTT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.34).

Tablo 4.34: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının BKİ ve YTT Puanları İle İlişkisi

	BKİ	YTT
DDGÖ	-.135	.100
RME	.154	.154
TAÖ-20	-.209	.115
KA-Sİ	.133	.102

Pearson Korelasyon Analizi

BKİ: Beden Kitle İndeksi, YTT: Yeme Tutum Testi, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği- Ergen Formu.

4.4.4. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Hastalık Belirtilerinin Süresi İle İlişkisi

AN grubundaki ergenlerin DDGÖ, RME, TAÖ-20, KA-Sİ toplam puanları ve ADDÖ alt ölçek puanları ile hastalığın başlangıç yaşı ve belirtilerin süresi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; hastalık belirtilerinin süresi ile TAÖ-20 puanları arasında negatif yönde orta düzeyde, KA-Sİ ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmektedir (Tablo 4.35).

Tablo 4.35: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Hastalığın Başlangıç Yaşı ve Hastalık Belirtilerinin Süresi İle İlişkisi

	Hastalığın başlangıç yaşı	Hastalık belirtilerinin süresi
DDGÖ	-.148	-.321
RME	.116	.051
TAÖ-20	.186	-.539 **
KA-Sİ	-.031	.376*
ADDÖ-ED	-.160	.118
ADDÖ-İKKM	-.125	. -.234

Pearson Korelasyon Analizi, *p<.05, **p<.01

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği-Ergen Formu, ADDÖ-ED: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği: Eleştirel-Düşmanca, ADDÖ-İKKM: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği-Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci.

4.4.5. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi

AN grubundaki ergenlerin DDGÖ, RME, TAÖ-20 ve KA-Sİ ölçeklerinin toplam puanları ile psikiyatrik tedavi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Tablo 4.36)

Tablo 4.36: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi

	Var (s = 12) Ortanca (Min - Maks)	Yok (s = 20) Ortanca (Min - Maks)	İstatistik
DDGÖ	87 (41 - 54)	99 (56 - 130)	$U = 89^{AD}$
RME	22.5 (14 - 22)	21 (16 - 25)	$U = 87.5^{AD}$
TAÖ-20	50.5 (27 -73)	58 (33 - 72)	$U = 97^{AD}$
KA-Sİ	50 (27 - 67)	49 (26 - 63)	$U = 96.5^{AD}$

U: Mann Whitney U testi, s: Sayı, Min: Minimum, Maks: Maksimum, AD: Anlamlı Değil (p>.05), DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği-Ergen Formu.

4.4.6. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Ailede Psikiyatrik ve Tıbbi Hastalık Öyküsü İle İlişkisi

AN grubunda ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan ergenlerin duygusal işlevlerini değerlendiren ölçeklerinin puanları ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayan ergenler ile karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir (Tablo 4.37). Ailesinde tıbbi hastalık öyküsü bulunan ergenlerin ise DDÖ-İKKM puanları ailesinde tıbbi hastalık öyküsü bulunmayan ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur (Tablo 4.38).

Tablo 4.37: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü Varlığı İle İlişkisi

	Var (s = 19) Ortanca (Min - Maks)	Yok (s = 13) Ortanca (Min - Maks)	İstatistik
DDGÖ	99 (59 - 128)	89 (41 - 154)	U = 119.5^{AD}
RME	23 (16 - 25)	21 (14 - 24)	U = 90.5^{AD}
TAÖ-20	55 (33 - 64)	55 (27 - 73)	U = 117.0^{AD}
KA-Sİ	51 (37 - 62)	50 (26 - 67)	U = 119.0^{AD}
DDÖ-ED	6 (1 - 16)	6 (1 - 10)	U = 118.0^{AD}
DDÖ-İKKM	4 (1 - 10)	6 (2 - 12)	U = 82.0^{AD}
ADDÖ-ED	8 (3 - 15)	10 (3 - 17)	U = 93.5^{AD}
ADDÖ-İKKM	6 (1 - 12)	7 (2 - 12)	U = 92.5^{AD}

U: Mann Whitney U testi, Min: Minimum, Maks: Maksimum, AD: Anlamlı Değil ($p>.05$).

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği-Ergen Formu, DDÖ-ED: Duygu Dışavurumu Ölçeği-Eleştirel-Düşmanca, DDÖ-İKKM: Duygu Dışavurumu Ölçeği Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci, ADDÖ-ED: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği Eleştirel-Düşmanca, ADDÖ-İKKM: Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği Aşırı İlgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci.

Tablo 4.38: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü Varlığı İle İlişkisi

	Var (n = 11) Ortanca (Min - Maks)	Yok (n = 21) Ortanca (Min - Maks)	İstatistik
DDGÖ	89 (41 - 134)	100 (59 - 154)	U = 99.0^{AD}
RME	22 (18 - 25)	21 (14 - 25)	U = 81.5^{AD}
TAÖ-20	58 (33 - 73)	51 (27 - 73)	U = 98.0^{AD}
KA-Sİ	50 (26 - 67)	51 (30 - 62)	U = 109.5^{AD}
DDÖ-ED	5 (2 - 9)	7 (1 - 16)	U = 96.5^{AD}
DDÖ-İKKM	3 (1 - 10)	7 (2 - 11)	U = 48.0**
ADDÖ-ED	9 (4 - 15)	7 (2-11)	U = 97.5^{AD}
ADDÖ-İKKM	6 (1 - 12)	7 (2 - 12)	U = 105^{AD}

U: Mann Whitney U testi, Min: Minimum, Maks: Maksimum, AD: Anlamlı Değil (p>.05), **p =.001

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği-Ergen Formu, DDÖ-ED: Duygu Dışavurumu Ölçeği Eleştirel-Düşmanca, DDÖ-İKKM: Duygu Dışavurumu Ölçeği Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci, ADDÖ-ED: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği Eleştirel-Düşmanca, ADDÖ-İKKM: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci.

4.5. AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının BDÖ, ÇATÖ, İPPA ve CTQ-28 Puanları İle İlişkisi

DDGÖ, RME, TAÖ-20, KA-Sİ, ADDÖ-ED ve ADDÖ-İKKM ölçek puanlarının BDÖ, ÇATÖ, İPPA-A, İPPA-B ve CTQ-28 ölçek puanları ile ilişkisi değerlendirildiğinde;

DDGÖ ile; BDÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde, ÇATÖ arasında pozitif yönde yüksek düzeyde,

RME ile; BDÖ arasında negatif yönde orta düzeyde, ÇATÖ arasında negatif yönde orta düzeyde, İPPA-A arasında pozitif yönde zayıf düzeyde,

TAÖ-20 ile; BDÖ ve ÇATÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde,

ADDÖ-ED ile; İPPA-A arasında negatif yönde yüksek düzeyde, İPPA-B arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4.39).

Tablo 4.39: AN Grubunda Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanları İle BDÖ, ÇATÖ, İPPA-A, İPPA-B ve CTQ-28 Ölçek Puanları Arasındaki İlişki

	BDÖ	ÇATÖ	İPPA-A	İPPA-B	CTQ-28
DDGÖ	.695**	.719**	-.232	-.231	.222
RME	-.489*	-.500**	.388*	-.031	-.003
TAÖ-20	.522**	.559**	-.031	-.070	.188
KA-Sİ	-.226	-.277	-.028	.002	-.054
ADDÖ-ED	.098	.256	-.769**	-.351*	.276
ADDÖ-İKKM	.006	.194	.180	.070	.125

Pearson Korelasyon Analizi, *p<.05, **p<.01

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, İPPA-A: Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu-Anne, İPPA-B: Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu-Baba, CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği- Ergen Formu, ADDÖ-ED: Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği- Eleştirel-Düşmanca, ADDÖ-İKKM: Algılanan Duygu Dışavurum Ölçeği-Aşırı ilgi-Koruyucu-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci.

4.6. Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma Puanlarına Göre Düzeltilmesi

Çalışmaya alınan ergenlerin DDGÖ, RME, TAÖ-20, KASİ, ADDÖ-ED ve ADDÖ-İKKM puanları depresyon, anksiyete, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanmaya göre düzeltildiğinde; DDGÖ, TAÖ-20 ve ADDÖ-ED puan ortalamalarında iki grup arasındaki istatistiksel olarak anlamlı farkın devam ettiği, KA-Sİ puan

ortalamasında ise iki grup arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığının ortadan kalktığı saptanmıştır (Tablo 4.40). RME, DDÖ-ED, DDÖ-İKKM, ADDÖ-İKKM puanlarında ise hem t-testi hem de ANCOVA analizleri sonucunda gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 4.40: Duygusal İşlevleri Değerlendiren Ölçeklerin Puanlarının Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma Puanlarına Göre Düzeltilmiş Şekli

	AN Grubu Ort ± SS	Kontrol Grubu Ort ± SS	İstatistik
DDGÖ	86.4 ± 3.8	73.2 ± 3.8	F = 4.9*
RME	21.6 ± 0.48	21.7 ± 0.48	F = .39 AD
TAÖ-20	50.6 ± 1.8	44.7 ± 1.8	F = 4.5**
KA-Sİ	50.5 ± 1.8	55.5 ± 1.8	F = 3.12 AD
DDÖ-ED	6.1 ± 0.6	4.6 ± 0.6	F = 2.31 AD
DDÖ-İKKM	5.8 ± 0.5	5.1 ± 0.5	F = .92 AD
ADDÖ-ED	8.6 ± 0.5	5.5 ± 0.5	F = 14.9***
ADDÖ-İKKM	6.7 ± 0.6	6.2 ± 0.6	F = .37 AD

Kovaryans analizi (ANCOVA) Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05), *p = .031, **p = .037, ***p = .000

DDGÖ: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, RME: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği-Ergen Formu, DDÖ-ED: Duygu Dışavurumu Ölçeği Eleştirel-Düşmanca, DDÖ-İKKM: Duygu Dışavurumu Ölçeği Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci, ADDÖ-ED: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği Eleştirel-Düşmanca, ADDÖ-İKKM: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı-Müdaheleci.

4.7. Duygu Düzenleme Becerisini Yordayan Değişkenler

Çalışmada araştırılan değişkenlerin AN'de duygu düzenleme becerisini yordayıcı gücünün incelenmesi amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır. Araştırma ve kontrol gruplarında yaş, anne ve babanın yaşı, eğitim süresi, çalışma durumu ve ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi karşılaştırıldığında istatistiksel analizlerdeki p değerlerinin 0.20'den büyük olması nedeniyle bu değişkenler regresyon analizine dahil edilememiştir. RME, TAÖ-20, KA-Sİ, ADDÖ-ED, BDÖ, ÇATÖ, İPPA-A ve CTQ-28 toplam puanları yordayıcı değişken olarak alınmıştır. Bu model ile lineer regresyon analizinin tüm varsayımları karşılanmış, model AN'de duygu düzenlemede güçlükler varyansının % 75.2'sini açıklamıştır (R Square = .752, p = .000). Aşamalı regresyon analizinde; model 1'de TAÖ, duygu düzenlemede güçlükler varyansının % 60.2'sini (R Square = .602, p =.000), model 2'de TAÖ + BDÖ % 68.0'ini (R Square = .680, p = .000) açıklamıştır. Lineer regresyon analizi sonucunda aleksitimi ve depresyon belirtilerinin AN'de duygu düzenleme becerisi için yordayıcı değişken olduğu saptanmıştır (Tablo 4.41).

Tablo 4.41: Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDGÖ) Toplam Puanını Yordayan Değişkenler

Yordayıcı Değişken	B	t	% 95 Güven Aralığı
RME	-1.666	-1.99	-3.408 / .075
TAÖ-20	1.238	5.661**	.800 /1.676
KA-Sİ	-.173	-.735 AD	-.643 / .298
ADDÖ-ED	.490	.930 AD	-.566 / 1.546
BDÖ Puanı	.678	2.193*	.058 / 1.297
ÇATÖ Puanı	.026	.127 AD	-.388/.441
İPPA-A	-.395	-1.277AD	-.660 / 387
CTQ-28	-.344	-1.179AD	-.1794 / 336

Lineer Regresyon Analizi, AD: Anlamlı Değil (p>.05), *p = .033, **p = .000

RME: Gözlerden Zihin Okuma Testi, TAÖ-20: Toronto Aleksitimi Ölçeği, KA-Sİ: Empati Ölçeği-Ergen Formu, ADDÖ-ED: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği Eleştirel-Düşmanca, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, İPPA-A: Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu-Anne, CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma 12-18 yaş arasında AN olan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin duygu düzenleme becerisi ve duygu düzenleme becerisi ile ilişkili olması beklenen duygu tanıma, aleksitimi ve empati becerisi açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır. Çalışmada, duygu düzenleme becerisi değerlendirilirken, algılanan duygu dışavurumu, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanmanın da duygu düzenleme becerisi ile ilişkisi göz önüne alınmıştır.

5.1. Örneklemin Değerlendirilmesi

5.1.1. Yaş, Cinsiyet ve Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey

AN ve kontrol gruplarında olan ergenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim süresi ve sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi araştırılan değişkenler üzerindeki etkilerinin kontrol edilmesi amacıyla eşleştirilmiştir. Her iki grupta ergenlerin aile yapıları, anne babalarının yaş ve eğitim süresi ortalamaları ve anne babalarının çalışma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmaya yalnızca AN tanısı alan kız ergenlerin alınmasının nedeni daha homojen bir grup oluşturmaktır. BN'ye göre AN'nin başlangıç yaşı düşüktür (31), bu nedenle çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerinde AN daha sıktır ve klinik örneklemde belirgin olarak kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (46). Bu çalışmadaki hastalarda belirtilerin başlangıç yaşı ortalama 14.1, hastaların tanı alma yaşı ortalama 14.7 bulunmuştur. Bulgular, hastalığın başlangıç yaşının 13-18 yaşları arasında zirve yaptığını bildiren çalışmaların verileriyle uyumludur (23).

Çalışmada AN tanısı alan ergenlerin ailelerinin çoğu üst-orta sosyoekonomik-sosyokültürel düzeydedir ve üst düzey dışında her düzeyde aile bulunmaktadır. Yakın bir döneme kadar AN'nin yalnızca batılı toplumlarda ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olan ailelerde görüldüğüne inanılmakta iken, son yıllarda yapılan çalışmalar AN yaygınlığının batılı olmayan toplumlarda ve daha düşük sosyoekonomik düzeylerde artmakta olduğunu göstermektedir (243,244). Ülkemizde yapılan çok sayıda çalışmada, sosyoekonomik-sosyokültürel düzey ile AN arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmektedir (245,246). Bulgularımız konu ile ilgili yazın bulgularına benzerlik göstermektedir.

5.1.2. Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi

Çalışmamızdaki olguların yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla Yeme Tutum Testi (YTT) kullanılmıştır ve AN olan ergenlerin anormal yeme tutum ve davranışlarının kontrol grubundaki ergenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. AN gelişiminde anormal yeme tutum ve davranışlarının önemli rol oynadığı bilinmektedir. Çalışmalarda AN olan hastaların sağlıklı kontrol gruplarına göre anormal yeme tutum ve davranışları değerlendiren ölçeklerden tutarlı olarak daha yüksek puan aldıkları belirtilmektedir (247,248). Sonuç olarak, AN olan ergenler günlerinin büyük bölümünü yemek yemeye ilişkin düşünmek, ne yiyeceği konusunda endişelenmek ve yemeklerin kalorilerini hesaplamak gibi bozulmuş yeme tutum ve davranışları göstererek geçirmektedir.

Çalışmamızda AN olan ergenlerin ortalama BKİ 16.6 bulunmuştur. Bu bulgu, araştırma grubunda orta şiddette hastalığın olduğunu göstermektedir. Robin ve arkadaşları BKİ ile hastalığın şiddeti arasında bir ilişki olduğunu ve bu nedenle BKİ'nin değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır (249).

5.1.3. Eşlik Eden Depresyon ve Anksiyete Belirtileri

AN grubundaki ergenlerin depresyon ve anksiyete belirtileri düzeyinin sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmadaki sonuçlara benzer şekilde, çalışmalarda tutarlı olarak YB hastalarının sağlıklı kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete düzeylerini değerlendiren ölçeklerden daha yüksek puan aldıkları belirtilmektedir (15,56,247). Aynı zamanda birçok çalışmada AN olan ergenlerin sağlıklı kontrol grubuna göre kendilerini daha olumsuz algıladıkları bildirilmektedir. Konu ile ilgili çalışmalarda, hastaların özellikle düşük benlik saygısı ile birlikte yüksek düzeyde değersizlik ve yetersizlik gibi olumsuz inançlara ve olumsuz bilişsel özelliklere sahip oldukları bildirilmektedir (250).

5.1.4. AN Grubunda Tanı Alma ve Tedavi Durumu

Çalışmamızda AN olan ergenlerde belirtilerin başlangıcından tedavi için başvuruya kadar geçen süre ortalama olarak 6 aydır. Burada olduğu gibi başka çalışmalarda da AN olan hastalarda belirtilerin başlangıcından tanı konulana kadar geçen sürenin uzun olduğu bildirilmektedir (34). Toplum tabanlı çalışmalarda YB hastalarının psikiyatrik tedavi almak için başvurmaktan kaçındıkları ve çoğunun tedavi

almadığı vurgulanmaktadır (30). Genellikle hastaların yeme ile ilgili sorunlarını normalize etmeye çalıştıkları ve tedavi için başvurularına ailelerinin aracılık ettiği bildirilmektedir (251). Beden imgesi bozukluğu ve kilo almaktan duydukları aşırı korku nedeniyle tedaviye gereksinim duymadıkları ya da direnç gösterdikleri vurgulanmaktadır (252). Ayrıca zayıflığın güzelliği temsil etmesi, kilo kaybı ciddi boyutlara ulaşana kadar yardım arayışında bulunulmamasına neden olabilmektedir.

Çalışmada AN olan ergenlerin 20'si (% 62.5) daha önce bu nedenle herhangi bir psikiyatrik tedavi almamış iken, 12'si (% 37.5) AN nedeniyle psikiyatri polikliniğinde izlenmektedir. Tedavi almakta olan hastaların izlem süresi ortalama 9 aydır ve bu süre AN tedavisi için oldukça kısadır. Tedavi almakta olan hastaların büyük çoğunluğunun (% 31.3) hem psikoterapi hem de farmakoterapi aldığı görülmektedir. Farmakoterapötik ajan olarak hastaların tümünde antidepresan (fluoksetin) ve antipsikotik (olanzapin) birlikte kullanılmaktadır. Fluoksetinin AN olan hastalarda kullanımı ile ilgili çelişkili sonuçları olan yayınlar olmakla birlikte, çeşitli çalışmalarda beden ağırlığı restorasyonunu sağladığı ve BKİ normale dönen hastalarda relapsı önlediği bildirilmektedir (114,115). AN tedavisinde olanzapin kullanılan çalışmalardaki hastalarda kilo alımının yanı sıra anksiyete düzeyinde düşme ve temel belirtilerde azalma bildirilmiştir (119-121). Sanrı düzeyinde beden imgesi bozukluğu, hiperaktivite, şiddetli anksiyete ve kilo alma korkusu olan AN olgularının tedavisinde antipsikotik kullanımı önerilmektedir (122).

5.2. Duygu Düzenleme Becerisi

Son yıllarda yapılan çalışmalarda duygu düzenleme güçlüğünün yeme örüntüsünde bozulmayla sonuçlanabileceği ve bu nedenle duygu düzenleme becerisinin YB'de değerlendirilmesi gereken önemli bir değişken olduğu belirtilmektedir (21). Çalışmamızdaki olguların DDGÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde; AN grubundaki ergenlerin ölçeğin toplamından ve farkındalık alt ölçeği dışındaki tüm alt ölçeklerinden kontrol grubundaki ergenlere göre daha yüksek puanlar aldığı ve duygu düzenleme güçlüklerinin olduğu saptanmıştır. Farkındalık alt ölçeğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadığı saptanmıştır.

AN'de duygu düzenleme güçlüğünün bulunduğunu bildiren çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. AN'nin duygu düzenleme becerisi ile ilişkisini değerlendiren çalışmaların çoğu tutarlı olarak AN hastalarının sağlıklı kontrol grubuna

göre duygu düzenlemede daha fazla güçlük çektiğini göstermektedir (166,253). Yakın tarihte yayımlanan bir gözden geçirme çalışmasında Lavander ve arkadaşları, Gratz ve Roemer'in önerdiği (149) duygu düzenlemenin çok boyutlu modeli çerçevesinde AN/BN'de duygu düzenleme becerisini araştıran çalışmaları derlemiş ve birbiri ile ilişkili olan boyutları birleştirerek sonuçları dört boyutta sunmuşlardır. Bu çalışmada, AN'de duygu düzenleme güçlüklerinin yaygın olarak görüldüğü ve AN'nin alt tipleri arasında genel duygu düzenleme becerileri açısından fark olmadığı bildirilmektedir (253). Ancak, duygu düzenleme güçlükleri açısından hastalık dönemindeki ve tam iyileşme dönemindeki olgular karşılaştırıldığında çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Harrison ve arkadaşları hastalık döneminde duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla görüldüğünü bildirirken (176), Brockmeyer ve arkadaşları AN olan olgularda sağlıklı kontrol grubuna göre duygu düzenleme güçlüklerinin daha fazla görüldüğünü ve hastalığın akut ve tam iyileşme dönemleri arasında fark olmadığını bildirmektedir (254). Yakın dönemdeki Haynos ve arkadaşlarının izlem çalışmasında da benzer sonuçlar bildirilmektedir (255). Başka bir çalışmada, duygu düzenlemedeki genel güçlüklerin AN alt tipleri arasında ve yeni tanı alanlar ile beden ağırlığı restorasyonu olanlar arasında farklı olmadığı bildirilmektedir (8). Duygu düzenlemedeki güçlüklerin AN'nin tam iyileşmesinden sonra da devam etmesinin, AN olan hastaların kişilik özellikleri ile ilişkili olabileceği ve AN oluşumuna zemin hazırlayabileceği vurgulanmaktadır (253). Çalışmamızda, daha çok AN olan erişkin hastalar ile yapılan çalışmaların sonuçlarına uyumlu olarak, AN olan ergenlerin de sağlıklı kontrol grubuna göre duygu düzenlemede daha fazla güçlük çektiği bulunmuştur. Bu çalışmada AN olan ergenlerin tümü hastalığın akut dönemindedir ve ortalama BKİ'ye (16.6) göre orta şiddette AN olan hastalardır. BKİ ve daha önce tedavi almış olma ile duygu düzenleme becerisi arasında ilişki gösterilememesine karşın, hastaların tümünün akut hastalık döneminde ve beden ağırlığı restorasyonu sağlanamamış kişilerden oluşması, tam olarak iyileşmiş olma durumunda duygu düzenleme becerisinin değerlendirilmesine olanak vermemektedir. Ancak yazın bilgileri ile birlikte değerlendirildiğinde, ön kanıtlar duygu düzenleme güçlüklerinin AN'ye zemin hazırlayıcı bir etken olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenle daha küçük yaşlardan itibaren bu becerilerin uygun gelişiminin aile ve okul gibi ortamlarda desteklenmesinin ve hastalık belirtileri oluşmadan önce özellikle yüksek riskli grupların birinci basamak tedavi merkezleri tarafından belirlenerek uygun merkezlere yönlendirilmesinin koruyucu ruh sağlığı

açısından önemli rolünün olabileceği ya da erken müdahalelerin yapılmasına olanak sağlayabileceği düşünülmektedir. Yine de, AN olan ergenlerde duygu düzenleme becerisinin daha iyi anlaşılabilmesi için hastalığın farklı aşamalarında olan hastaları kapsayan çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Çalışmamızda DDGÖ'nün alt ölçekleri ayrı ayrı ele alındığında; strateji alt ölçeğinde AN olan ergenlerin sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere göre daha başarısız olduğu saptanmıştır. Çalışmalarda AN olan hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre uygun duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada ve bilişsel yeniden değerlendirme, çerçevelendirme, gözlemleme ve olumlu düşünme gibi uygun stratejileri kullanmada güçlük çektikleri bildirilmektedir (166,168). Uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanabilme, genel duygu düzenleme becerilerinin gerçekleşmesi için önemli görülmektedir (147). Bu nedenle uygun stratejileri kullanabilme becerisinin arttırılmasına yönelik müdahelelerin genel anlamda duygu düzenleme becerilerinin gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada AN olan ergenlerin sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere göre DDGÖ'nün dürtüsellik ve amaç alt ölçeklerinden daha yüksek puan aldıkları, dolayısı ile amaca uygun davranabilmede daha fazla güçlük çektikleri ve daha dürtüsel oldukları saptanmıştır. AN olan hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre duygusal sıkıntı yaşadıkları sırada dürtüsel davranışlarını engelleme ve amaca odaklanarak o yönde ilerleyebilme ile ilişkili daha fazla güçlüklerinin olduğu bildirilmektedir (166,254). AN'nin tıkınırcasına yeme/çıkartma alt tipinde kısıtlayıcı alt tipine göre dürtüsel davranışları kontrol etmenin daha zor olduğu saptanmıştır (254). Ayrıca duygusal sıkıntı sırasında amaca uygun davranmakta yaşanan güçlüğün beden ağırlığı restorasyonu sonrasında düzeldiği bildirilmektedir (255). Bu çalışmada tıkınırcasına yeme/çıkartma alt tipinde olan hastaların çok az sayıda olması (% 12.5) AN'nin alt tipi ile amaca uygun davranabilme ve dürtüsellik arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesini engellemiştir. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için hastalığın her iki alt tipindeki hastaları içeren daha büyük örneklem grubu ile çalışma yapılmasına gereksinim vardır.

Çalışmada duygusal durumları tanıma/ayırt etme ve fark etme becerileri hem DDGÖ'nün farkındalık, netlik ve kabul etmeme alt ölçekleri ile hem de RME testi ve TAÖ-20 ile değerlendirilmiştir. AN olan ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenlerin DDGÖ'nün netlik ve kabul etmeme alt ölçek puanları arasında anlamlı fark görülürken, farkındalık alt ölçeğinde iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. AN

olan ergenlerde kontrol grubundaki ergenlere göre duygusal yanıtlardaki netlik azalmış ve olumsuz duyguların kabul edilmesi zorlaşmıştır. Farkındalık ise duygusal yanıtların farkında olma durumunu ifade eder. Çalışmamızdaki bulgular ile uyumlu olarak DDGÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Rugancı ve Gençöz farkındalık alt ölçeğini değerlendiren soruların Türkçe karşılıklarının tam olarak farkındalığı ayırt edemediğini belirtmektedir (221). Çalışmamızda DDGÖ'nün tüm alt ölçek puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunurken, yalnızca farkındalık alt ölçeği sonuçlarının benzer olması bu alt ölçeğin sorularının farkındalığı tam olarak ayırt edememesinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. AN'de duygusal farkındalık ile ilgili performansa dayalı ölçümler kullanılarak yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Oldershaw ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sağlıklı kontrol grubuna göre AN'nin akut döneminde olan hastalarda duygusal farkındalığın daha düşük olduğu, ancak iyileşen hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında duygusal farkındalık açısından fark olmadığı bildirilirken (256), Parling ve arkadaşları iki grup arasında duygusal farkındalık açısından fark olmadığını bildirmektedir (257). Ancak özbildirim ölçekleri kullanılarak yapılan çalışmalarda duygusal farkındalık ve netliğin tutarlı bir şekilde sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu ve AN'nin alt tipleri arasında fark göstermediği bildirilmektedir (166,176,254). Performansa dayalı değerlendirme araçları kullanılarak yapılan çalışmalarda duygusal farkındalık ve netlik açısından AN olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında fark olmadığını bildiren çalışmaların bulunması, ancak hastaların öznel değerlendirmelerde kendilerini bu duygusal beceriler açısından daha az yetkin hissetmeleri, bu alanda nesnel ve öznel değerlendirme araçlarını birlikte kullanarak yapılan daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu duygusal beceriler açısından AN olan hastaların kendilerini daha az yetkin hissetmelerinin nedenlerinin araştırılması, potansiyellerini kullanmalarına olanak sağlayacak müdahalelerin geliştirilmesi açısından önemli olabilir.

AN'de duygu düzenleme becerisini değerlendiren çalışmaların büyük bölümünde hastaların özellikle olumsuz duygularını kabul etmedikleri, bastırma ve kaçınma gibi uygunsuz duygu düzenleme stratejilerini kullandıkları (168,258) ve AN alt tipleri arasında bu açıdan fark olmadığı bildirilmektedir (254). Bu duruma açıklama getiren birçok kuramsal model, AN olan hastaların duygular ile ilgili olumsuz inançlarının duygusal ifade kısıtlılığına neden olduğunu öne sürmektedir. Buna göre

küçük yaşlardan itibaren çevre tarafından duyguların deneyimlenmesine ve ifade edilmesine izin verilmemesi, yaşantılanan duygular ile ilgili ikincil olumsuz duyguların oluşmasına ve bu olumsuz duygulardan sıyrılabilmek için duyguların yok sayılması ve bastırılması gibi uygunsuz stratejilerin kullanılmasına neden olmakta ve sözel ve sözel olmayan ifade kısıtlılığı gelişmektedir (259,260).

BKİ ile duygu düzenleme becerisi arasında ilişki olup olmadığı yönündeki yazın bilgileri çelişkilidir. Racine ve arkadaşları tarafından YB hastalarında duygu düzenleme işlevlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, olguların BKİ düştükçe duygu düzenleme becerilerinin azaldığı bildirilmiştir (261). Bu çalışmadan farklı olarak, Harrison ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, yeni tanı alan AN olan hastalar, iyileşmiş AN olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubu değerlendirilmiş, olgularda BKİ ile duygu tanıma ve duygu düzenleme becerileri arasında ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir (176). Bulgularımız BKİ ile duygu düzenleme becerisi arasında ilişki olmadığını bildiren yazın bilgileri ile uyumlu görünmektedir.

5.2.1. Duygu Düzenleme Becerisinin Depresyon, Anksiyete, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları ve Bağlanma İle İlişkisi

DDGÖ toplam puanının depresyon ve anksiyete belirtileri ile pozitif yönde bir ilişki içerisinde olduğu, bu belirtiler arttıkça duygu düzenleme güçlüğünün arttığı saptanmıştır. Ayrıca regresyon analizinde, depresyon belirti düzeyinin aleksitimi ile birlikte duygu düzenleme güçlüğünün yordayıcı değişkeni olduğu görülmüştür. Yine de, depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol edilerek yapılan analiz sonrasında, duygu düzenleme güçlüğü açısından AN grubundaki ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenler arasındaki farkın istatistiksel anlamlılığını sürdürdüğü bulunmuştur. AN olan 20, depresyonu olan 16 ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 42 erişkinin duygu düzenleme becerilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, klinik grupta sağlıklı kontrol grubuna göre duygu düzenleme güçlüğünün daha fazla olduğu, ancak AN ve depresyonu olan hastalar arasında fark olmadığı bildirilmektedir. Çalışmada duygu düzenleme güçlüklerinin bu hastalıklara özgül olmaktan çok tanılar arası geçişe ve hastalıkların sürmesine neden olan bir risk etkeni olabileceği öne sürülmüştür (166). Brockmeyer ve arkadaşları tarafından 41 depresyon, 39 AN ve 60 sağlıklı kontrol grubu ile yapılan benzer bir çalışmada, depresyon grubunda duygu düzenleme güçlüklerinin daha belirgin olduğu ve duygu düzenlemedeki güçlüklerin AN olan hastalar açısından

tanılar arası geçiş için bir risk etkeni olabileceği vurgulanmaktadır (262). Aldoa ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analiz çalışmasında da, depresyonu ve anksiyete bozukluğu olanlarda YB ya da madde kullanım bozukluğu olanlara göre uygunsuz duygu düzenleme stratejilerinin (bastırma, kaçınma, ruminasyon gibi) daha fazla kullanıldığı bildirilmektedir (7). Sonuç olarak, çalışmalarda tutarlı olarak duygu düzenleme güçlüklerinin AN'ye özgül olmaktan çok, hastalığın oluşması ve sürmesi açısından önemli bir risk etkeni olabileceği ve AN ile duygudurum bozuklukları arasında geçişe neden olabileceği üzerinde durulmaktadır.

Çalışmamızda, çocukluk çağı travmatik yaşantıları CTQ-28 ile değerlendirilmiştir. AN olan ergenler sağlıklı kontrol grubundaki ergenler ile karşılaştırıldığında, cinsel istismar ve travmayı küçümseme açısından iki grup arasında fark bulunmamış, AN olan ergenler hem daha fazla duygusal ve fiziksel ihmal, hem de daha fazla duygusal ve fiziksel istismar yaşantıları bildirmiştir. Ancak AN olan ergenlerde duygu düzenleme becerisi ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yazında, çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların, duygu düzenleme becerisinin gelişimini olumsuz etkileyerek, AN oluşumuna katkıda bulunabileceği bildirilmektedir (263). Çocukların duygularını ifade etmesi sonrasında ebeveynleri tarafından sözel ya da fiziksel olarak cezalandırılmasının duygusal kaçınma, bastırma ve ambivalansa neden olduğu bildirilmektedir (264). Ebeveynlerin yetersiz desteği, ihmal ve istismarının çocuklarda duygu düzenleme becerisini olumsuz etkilediği (265,266) ve bu kişilerde ilerleyen yaşlarda duygu düzenleme ile ilişkili duygusal ve sosyal problemlerin daha sık görüldüğü bildirilmektedir (267). Ayrıca istismar edici ebeveynlerde agresif davranışların sık, anksiyete toleransının düşük ve duygu düzenleme becerisinin zayıf olduğu bildirilmektedir (159). Gelecekteki çalışmalarda AN olan ergenlerin anne babalarının duygu düzenleme becerilerinin ve hastalığın gidişi ile ilişkisinin araştırılması tedavi yöntemlerine ilişkin yol gösterici olabilir.

YB olan hastalarda bağlanma örüntülerini değerlendiren ve güvensiz bağlanmanın duygusal ve sosyal süreçleri olumsuz etkileyerek YB gelişimi ile ilişkili olabileceğini gösteren araştırmaların bulunması, AN olan hastalarda bağlanma güvenliğini ve duygu düzenleme becerisi ile ilişkisini değerlendirmek istememize yol açmıştır. Çalışmada AN olan ergenler sağlıklı kontrol grubundaki ergenler ile

karşılaştırıldığında, anne ve babaları ile olan ilişkilerinde daha az güven duygusu hissettiklerini, onlarla daha az iletişim kurduklarını ve ebeveynlerine yabancılaşmalarının daha fazla olduğunu bildirmektedir. Ancak, AN olan ergenlerde duygu düzenleme becerisi ile bağlanma güvenliği arasında bir ilişki bulunmamıştır. Güvenli bağlanma ömür boyu sürecek kişiler arası ilişkiler ve duygusal yeterliliğe temel olacak olan önemli bir gelişimsel süreçtir (268). Bakım veren ile karşılıklı ilişki örüntüleri ile oluşan 'içsel çalışan modeller' kişinin kendisinin değerli, diğerlerinin güvenilir algılanmasını ve uygun duygu düzenleme stratejilerine erişebilmeyi sağlayan şemalardır (135). Çalışmalarda, erişkin YB olan hastalarda sağlıklı kontrol gruplarına göre güvensiz bağlanmanın daha sık görüldüğü bildirilmektedir (269). Erişkin YB olan hastalarda duygu düzenleme stratejilerinin bağlanma, depresyon ve YB belirtilerinine aracı rolünün araştırıldığı bir çalışmada, duygusal tepkiselliğin (reactivity) kaygılı bağlanma ve YB belirtilerinin ilişkisine, duygusal tepkisizliğin (deactivation) ise kaçıngan bağlanma ve depresif belirtilerin ilişkisine aracılık ettiği ifade edilmiştir. Aynı çalışmada güvensiz bağlanmanın adaptif olmayan duygu düzenleme stratejileri gelişmesi ve böylece YB belirtilerinin oluşması ve devam etmesi ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir (270).

Çalışmamızda AN grubundaki ergenlerin kontrol grubundaki ergenlere göre cinsel istismar dışında daha fazla ihmal ve istismar yaşantıları bildirdikleri ve ebeveynlerine bağlanma güvenliklerinin daha düşük olduğu bulunsa da, duygu düzenleme becerisi ile çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma güvenliği arasında bir ilişki saptanmamış olması yazın bilgileriyle uyumsuzdur. Bu durum çalışmamızda çocukluk çağı travmatik yaşantılarını ve bağlanma güvenliğini özbildirim ölçekleri ile değerlendirmemizden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca çalışmanın kesitsel nitelikte olması da bu değişkenlerin ilişkisini değerlendirmeyi kısıtlamaktadır. Yazın bilgileri gözden geçirildiğinde, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma güvenliği ile duygu düzenleme becerilerini değerlendiren çalışmaların AN olan erişkin hastalar ile yapıldığı görülmektedir. İleride yapılacak çalışmalarda duygu düzenleme becerisinin gelişimi açısından önemli olan bu değişkenlerin, AN olan ergenlerde yapılandırılmış klinik görüşmeler aracılığı ile değerlendirilmesi ve daha geniş örneklem grubu ile izlem çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

5.3. Duygu Tanıma Becerisi

Duyguları tanıma becerisi AN olan hastalarda yoğun olarak araştırılan bir alandır. Çalışmamızda duygu tanımayı değerlendirmek amacıyla RME testi kullanılmıştır. RME, katılımcılardan yüzün göz bölgesini içeren bir fotoğrafa bakarak uygun duygusal ifadenin söylenilmesinin istendiği ve basit duyguların ötesine giden zihinsel durumu anlama yetisini değerlendiren, karmaşık bir duygu tanıma testidir (223). Çalışmamızda AN olan ergenlerin RME puan ortalamasının (21.1) sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere (22.2) göre düşük olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. AN olan hastalarda konu ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. RME testi kullanılarak yapılan bir çalışmada, AN olan erişkinlerin sağlıklı kontrol grubuna göre daha az duyguyu tanıdıkları bildirilmektedir (12). Zonnevijlle-Bender ve arkadaşları üç farklı çalışmada AN olan kişilerde duygu tanımada güçlük olduğunu bildirmiştir (14,184,185). Bu çalışmalardan biri olan ve ergenler ile yaptıkları çalışmada, AN olan ergenlerde temel duyguları tanımada güçlük olduğunu ileri sürmüşler (14); ergenler ile erişkinleri karşılaştırdıkları diğer bir çalışmada ise her iki grupta da duyguları tanımada güçlük olduğunu bildirmişlerdir (184). Oldershaw ve arkadaşları tarafından yapılan ve AN'de sosyal ve duygusal süreçleri değerlendiren bir meta-analiz çalışmasında, AN olan hastaların özellikle karışık duyguların ayırt edilmesinin beklendiği testlerde duyguları tanımada güçlük çektikleri vurgulanmıştır (271). 2013 yılında ülkemizde küçük bir örneklem grubu ile AN, obezite ve sağlıklı kontrol gruplarında sosyal bilişin değerlendirildiği bir çalışmada, AN grubunda olan ergenlerin diğer gruplara göre RME testinde duygu tanıma becerilerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (16). Bu çalışmaların yanı sıra AN olan hastalarda sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, duygu tanıma becerisinin farklı olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde, AN olan hastaların gözlerden duygu tanıma ve zihin kuramı becerisini değerlendirmek amacıyla RME testi, duygusal işlevlerini değerlendirmek amacıyla Empati Anketi ve TAÖ kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda, AN tanısı olanlarda, duygu tanıma ve zihin kuramı becerisinde sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmazken, empati becerisinin düşük, aleksitiminin ise yüksek olduğu bulunmuş ve duygusal işlevlerin bozuk olduğu sonucuna varılmıştır (198). Duygu ifade eden yüzlerin bulunduğu fotoğraflardan oluşan Facially Expressed Emotional Labelling (FEEL) testi

kullanılarak yapılan başka bir çalışmada, YB olan 79 kadın (48 AN, 31 BN) 78 kadın kontrol grubu ile karşılaştırılmış ve yüzde duygu tanımada hasta grubu ile kontrol grubu arasında fark bulunmamıştır (186). Başka bir çalışmada, depresyonu olan 21 kadın, AN olan 36 kadın ve 32 kadın sağlıklı kontrol grubu yüzde duygu tanıma (Emotional Facial Expressions, EFE) testi kullanılarak karşılaştırılmış ve AN grubunda yüzde duygu tanımada bozukluk saptanmamıştır (187). Ülkemizde 14-43 yaşları arasında, AN ya da BN tanısı olan 30 kadın hasta ve 30 sağlıklı kadın kontrol grubunda duygu tanıma becerisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, AN grubunun BN grubuna ve kontrol grubuna göre daha az duygu tanıdığı, ancak gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı vurgulanmıştır (188). Çalışmamızın sonuçları AN olan ergenlerin gözlerden duygu tanıma ve zihinsel durumu anlama becerisinde bozukluk olmadığını göstermiştir. Bu sonuç, AN olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında duygu tanıma açısından fark olmadığını bildiren çalışmaların sonuçları ile uyumlu görünmektedir. Ancak, AN'de gözlerden duygu tanıma ve zihin kuramı becerisini değerlendiren çalışmaların çok büyük bir bölümü erişkin hastalar ile yapılmıştır. Konu ile ilgili daha geniş bir ergen örneklem grubunda yapılacak çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Bu çalışmada AN grubunda RME testi puanları ile DDGÖ puanları arasında negatif yönde, orta düzeyde bir ilişki olduğu, duygu tanıma becerisi azaldıkça duygu düzenleme güçlüğünün arttığı bulunmuştur. Harrison ve arkadaşları AN ve BN olan hastalarda özellikle sinirli/tehditkâr yüzlere karşı dikkat yanlılığının bulunduğunu ve duygulara yönelik dikkat yanlılığının duygu düzenlemedeki güçlükler ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bildirmektedir (176). Çalışmamızda RME testi ile duygu tanımadaki dikkat yanlılığı değerlendirilmemektedir, ancak duygu tanıma becerisi arttıkça duygu düzenleme güçlüğünün azalması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada AN grubunda RME testi puanının BDÖ ve ÇATÖ puanları ile negatif yönde, orta düzeyde, IPPA-A toplam puanı ile pozitif yönde, orta düzeyde ilişkili olduğu, depresyon ve anksiyete belirtileri arttıkça duygu tanımanın azaldığı ve anneye bağlanma güvenliği arttıkça duygu tanımanın arttığı görülmüştür. Çalışmalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarında duygu tanıma becerilerinin sağlıklı kontrol gruplarından daha düşük olduğu bildirilmektedir (176). Bulgularımız yazındaki bu bilgileri destekler niteliktedir. AN olan ergenlerde eşlik eden psikiyatrik belirtilerin

giderilmesine, anneye yönelik duygusal bağın ve aile içindeki duygusal iletişimin güçlenmesine odaklanan tedaviler, hastaların duygusal farkındalıklarının arttırılmasına katkı sağlayabilir.

5.4. Aleksitimik Özellikler

AN'de duygu tanıma becerisi ile ilişkili bir kavram olan aleksitiminin değerlendirilmesi duygusal işlevleri anlamamız açısından yol gösterici olabileceği için önemli görülmektedir. Aleksitimi, duyguları fark etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda aleksitimik özellikleri araştırmak için AN ve kontrol grubundaki ergenlere bir özbildirim ölçeği olan TAÖ-20 uygulanmış ve ölçek puanları hem kategorik olarak (59 > aleksitimik, 50-59 = sınırda aleksitimik, 50 < aleksitimik değil), hem de boyutsal (TAÖ-1: duyguları tanımada güçlük, TAÖ-2: duyguları söze dökmede güçlük ve TAÖ-3: dışa dönük düşünme) olarak incelenmiştir. TAÖ-20 puanları kategorik olarak değerlendirildiğinde, AN olan ergenlerin (% 21.9) sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere (% 0) göre daha fazla aleksitimik olduğu görülmektedir. Toplum örnekleminde erişkinlerin yaklaşık % 10'unun aleksitimik olduğu, ergenler ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçların görüldüğü bildirilmektedir (272). AN'de aleksitimik özelliklerin araştırıldığı çalışmaların çoğunda, AN olan hastaların sağlıklı kontrol grubundakilere göre daha fazla aleksitimik olduğu bildirilmektedir (253).

TAÖ-20 puanları boyutsal olarak değerlendirildiğinde, AN olan ergenlerin sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere göre TAÖ-1 ve TAÖ-2 puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, dolayısı ile "duygu tanıma" ve "duyguları söze dökme" becerilerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. "Dışa dönük düşünme" ile ilişkili olan TAÖ-3 puan ortalaması açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. TAÖ-20 toplam puanı ortalamasında iki grup arasındaki farkın depresyon, anksiyete belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma kontrol edildiğinde de devam ettiği saptanmıştır. YB'de aleksitimiyi değerlendiren çalışmaların çoğunda hastaların özellikle duygu tanıma ve duyguları sözelleştirme becerilerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (17). YB'yi açıklayan kuramsal modellere göre, duyguları ayırt etme ve onları ifade etme güçlükleri, çocuğa çevresi tarafından duygularını ifade etmenin kabul edilemez ve korkutucu olarak gösterilmesi aracılığıyla gelişmektedir (273). Böylece deneyimlenen duyguların ardından suçluluk, utanç ve tiksinme gibi ikincil duygular gelişmekte, ikincil duyguların neden olduğu anksiyeteye bağlı olarak baş etme becerileri azalmakta ve kişi YB

belirtileri aracılığı ile bu duygulardan kaçınarak ve/veya onları bastırarak baş etmeye çalışmaktadır (273). Duygusal yanıtların ayırt edilememesi ve sözel olarak ifade edilememesi, duyguların beden yoluyla ifade edilmesine neden olarak AN gelişimi için bir risk etkeni oluşturmaktadır (190). Ayrıca YB olan hastaların uzun dönemdeki sonuçları değerlendirildiğinde, özellikle AN'de duyguları ayırt etme/tanıma boyutunda yetersizlik olmasının depresyon belirtileri ve hastalığın şiddetinden bağımsız olarak olumsuz prognostik etken olduğu bildirilmektedir (274). Çalışmaların çoğunda bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde TAÖ-20'nin "dışa dönük düşünme" alt ölçeğinde YB hastaları ile sağlıklı kontrol grupları arasında fark olmadığı bildirilmektedir (14,83,184,185). Bu bulgunun en önemli sebebinin dışa dönük düşünme alt ölçeğinin iç tutarlılığının düşük olmasından kaynaklandığı öne sürülmektedir (190,275).

Çalışmada AN grubunda TAÖ-20 toplam puanları ile DDGÖ toplam puanları arasında pozitif yönde, kuvvetli düzeyde bir ilişki olduğu, duyguları fark etme ve söze dökme becerisi azaldıkça duygu düzenleme becerisinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca aleksitiminin duygu düzenleme becerisinin en güçlü yordayıcısı olduğu gösterilmiştir. Çalışmalarda, duygularını ifade etme ve yönetmede güçlük çeken bireylerin bedensel belirtiler kullanma eğiliminin daha fazla olduğu bildirilmektedir (276). Duygu düzenleme becerisi düşük olan kişilerde aleksitimik özelliklerin ve psikosomatik belirtilerin daha sık görüldüğü, duyguları ayırt etme/tanıma ve ifade edebilme becerileri arttıkça duygu düzenleme becerisinin arttığı bildirilmektedir (272). Aynı zamanda çocukluk çağında yetersiz ebeveyn desteği gören çocuklarda duygu düzenleme güçlüklerinin daha sık görüldüğü ve bu durumun aleksitimik özelliklerin gelişimi ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (266,277). YB olan hastalarla yapılan çalışmaların çoğunda özellikle AN'de duygu düzenleme becerisi ve duyguları ayırt etme/tanıma ve duyguları ifade etme becerisinin ilişkili olduğu bildirilmektedir (15,83,278). AN ve BN olan erişkin hastalar ile sağlıklı kontrol grubunun duygularını sözel olarak ifade etme becerisi ile duygu düzenleme stratejilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, AN olan hasta grubunun diğer gruplara göre duygusal deneyimlerini sözel olarak ifade ederken daha az sözcük kullandığı ve olumlu sözcüklerinin daha az sayıda olduğu bildirilmektedir. Ayrıca duygusal deneyimlerini ifade ederken daha az sözcük kullanmanın bastırma (adaptif olmayan duygu düzenleme stratejisi) ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (279). İleride duygu düzenleme güçlüğü ve aleksitimi ilişkisinin toplum örnekleminde incelenerek riskli grupların psikopatoloji gelişimi açısından

izlenmesinin ve daha geniş örneklemlerde AN olan hastalar ile birlikte anne, baba ve kardeşlerinin değerlendirilmesinin YB'de aleksitimi ve duygu düzenleme becerisi arasındaki ilişkinin anlaşılmasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada AN grubunda TAÖ-20 toplam puanları ile RME testi puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde bir ilişki olduğu, performansa dayalı olarak değerlendirilen gözlerden duygu tanıma becerisi azaldıkça öznel olarak ifade edilen kendinin ve başkalarının duygularının farkında olma ve duyguları söze dökme becerisinin azaldığı bulunmuştur. Ayrıca çalışmada karmaşık bir duygu tanıma aracının kullanıldığı değerlendirmede, hastaların duygu tanıma ve ilişkili zihin durumunu anlama becerisinde kontrol grubu ile fark gösterilemezken, özbildirim ölçeği ile değerlendirilen kendinin ve başkalarının duygularının farkında olma ve duyguları sözelleştirme becerisinin düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, hastaların dikkatli yoğunlaştıklarında bilişsel olarak duygu tanıma ve zihin kuramı becerisi ile ilgili sorunları olmadığını, ancak duygu tanıma ile ilgili kendi algılarının olumsuz olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuç ile ilişkili olarak YB olan hastalarda sosyal süreçlerin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, YB olan kişilerin özbildirim ölçeklerinde sağlıklı kontrol grubuna göre kendilerini daha olumsuz algıladıkları; benlik saygılarının, kendilik bilincinin ve kendilerini yetkin algılamalarının düşük, kendilerine yönelttikleri öfkenin ise yüksek olduğu vurgulanmaktadır (280). Alternatif olarak bu sonuçlar, AN olan ergenlerin bilişsel olarak duygu tanıma ve zihin kuramı becerisi ile ilgili sorunları olmadığı halde, kendilerinin ve başkalarının duygularının farkına varma, duyguları izleme ve onlara duyarlı olma ve duyguları sözel olarak ifade etmede zorluk yaşadığını göstermektedir. Benzer şekilde, AN olan hastaların duygusal ipuçlarını değerlendirerek bu duyguları ifade etmelerinin istendiği deneysel çalışmalarda, sağlıklı kontrol gruplarına göre sözel ve sözel olmayan yanıtları daha az kullandıkları (279,281) ve duygular ile ilgili olumsuz inançlarının daha fazla olduğu bildirilmektedir (258). Otuz erişkin kadın AN grubu ile 32 erişkin sağlıklı kontrol grubunun duygusal işlevlerinin ve zihin kuramı becerilerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, zihin kuramı becerilerini değerlendirmek amacıyla RME testi, duygusal işlevleri değerlendirmek amacıyla Empati Anketi ve TAÖ kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda, AN tanısı olanların zihin kuramı becerilerinde sağlıklı olgulara göre anlamlı fark bulunmazken, empati becerisinin düşük, aleksitiminin ise yüksek olduğu gösterilmiş ve duygusal işlevlerin bozuk olduğu sonucuna varılmıştır (198). Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir

çalışmada da, 79 kadın YB olan hasta ile 78 sağlıklı kontrol grubu duygu tanıma ve aleksitimi açısından karşılaştırılmış ve duygu tanıma becerisi açısından her iki grup arasında fark olmadığı ancak YB grubunda aleksitiminin anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir (186). Konu ile ilgili gelecekteki çalışmalarda, AN olan ergenlerde bilişsel olarak duygu tanıma ve zihin kuramı becerileri ile sosyal bir ilişki içerisinde kendinin ve başkalarının duygularının farkına varma, duygulara duyarlı olma, ilişkilerde duygulara önem verme ve duyguları ayırt etme gibi duygusal işlevlerin birlikte değerlendirilmesi ve iki alandaki olası farklılıkların nedenlerinin anlaşılmasına çalışılması gerekmektedir.

AN olan hastalarda aleksitiminin ve depresyon ve anksiyete bozukluklarının toplum örneklemine göre daha yaygın olduğu bildirilmektedir (17). Aynı zamanda depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda da aleksitimi yaygındır (272). Bu durum AN'de sık görülen aleksitimik özelliklerin eşlik eden psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak mı geliştiği sorusunu akla getirmektedir. Çalışmamızda depresyon ve anksiyete belirtileri, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma güvenliği kontrol edildikten sonra da AN olan hastalarda aleksitimi toplam puanının kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Yazında konu ile ilgili çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalar depresyon ve anksiyete belirtileri kontrol edildikten sonra AN ve sağlıklı kontrol grubu arasında aleksitimi açısından fark kalmadığını bildirirken (248,282), diğer çalışmalar farkın devam ettiğini göstermektedir (184,283). YB ve aleksitimi ile ilgili kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında, aleksitiminin depresyon ve anksiyete belirtilerinden bağımsız bir yapı olarak düşünülmesinin ve gerekli müdahelelerin geliştirilmesinin uygun olacağı belirtilmektedir (17).

5.5. Empati Becerisi

Empati, sosyal ve duygusal işlevselliği etkileyen önemli bir beceridir. Çalışmamızda her iki gruptaki ergenlerin empati becerileri KA-Sİ Empatik Eğilim Ölçeği ile bilişsel ve duygusal empati olmak üzere iki temel boyutta değerlendirilmiş ve ikisinin toplamından oluşan toplam empati puanı elde edilmiştir. AN olan ergenlerin duygusal empati alt ölçeğinde daha belirgin olmak üzere alt ölçek ve toplam ölçek puanlarının sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere göre daha düşük olduğu, empati becerilerinin daha az olduğu görülmüştür. Bilişsel empati, başkalarının zihinsel

durumlarını hayal edebilme ve onların bakış açısı ile olayları düşünebilme ve anlayabilme becerisidir. Çalışmamızda kullandığımız RME testi de kısmen bu beceriyi değerlendirmektedir. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, AN olan ergenlerin duyguları bilişsel olarak değerlendirmekte daha az zorlandıklarını, ancak duygusal yanıtlar vermede kendilerini yetersiz algıladıklarını göstermektedir. Ancak depresyon ve anksiyete belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma kontrol edildiğinde AN olan ergenlerle sağlıklı kontrol grubu arasındaki KA-Sİ toplam puanı ortalamasındaki farkın anlamlılığının ortadan kalktığı saptanmıştır. Çok sayıda çalışma AN'nin akut döneminde empati becerisinin sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmektedir (12,15). Ancak beden ağırlığı restorasyonu sonrasında yapılan değerlendirmelerin sonuçları çelişkilidir. AN olan hastalarda akut dönemdeki empati becerilerinin, beden ağırlığı restorasyonu olan hastalar ve sağlıklı kontrol grubuna göre düşük olduğunu, beden ağırlığı restorasyonu olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasında fark olmadığını bildiren çalışmaların yanında (271), AN tanısından 18 yıl sonra yapılan değerlendirmelerde empati düzeyinin sağlıklı kontrol grubundan düşük olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (284). Çalışmamızdaki sonuçlar AN olan ergenlerin akut dönemdeki empati becerilerinin sağlıklı kontrol grubundaki ergenlere göre daha düşük olduğunu bildiren yazın bilgileri ile uyumlu görünmekle birlikte, depresyon ve anksiyete belirtileri, bağlanma ve çocukluk çağı travmaları kontrol edildiğinde her iki grup arasındaki farkın anlamlılığının ortadan kalması empati becerilerindeki azalmanın bu değişkenlere bağlı bir durum olduğunu düşündürmektedir. AN'de empati becerilerini araştıran çalışmaların çoğunda depresyon ve anksiyete belirtileri, bağlanma ve çocukluk çağı travmalarının kontrol edilmediği gözlenmektedir. Empati becerilerindeki bozulmanın AN'ye eşlik eden değişkenlere bağlı bir durum mu yoksa süreklilik gösteren bir özellik mi olduğunun aydınlatılabilmesi için daha fazla izlem çalışmasına gereksinim olduğu görülmektedir.

AN olan ergenlerin empati becerisi ile diğer duygusal becerilerinin ilişkisine bakıldığında, empati becerisi arttıkça duygu tanıma becerisinin arttığı ve empati becerisi azaldıkça duygu düzenleme güçlüğünün ve aleksitiminin arttığı ve annelerinin duygu dışavurumunu daha fazla eleştirel/düşmanca algıladıkları bulunmuştur. Beadle ve arkadaşları tarafından AN olan 26 erişkin hastanın hem akut dönemde hem de beden ağırlığı restorasyonu sonrasında, 20 sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir izlem çalışmasında, AN olan hastalarda her iki dönemde de sağlıklı kontrol grubuna göre

aleksitimi ve duygusal empatinin 'kişisel sıkıntı' (başkalarının sıkıntılarına karşı gelişen olumsuz duygulanım) boyutunun daha yüksek ve öz-düzenleme (self-regulation) becerilerinin daha düşük olduğu bildirilmiş, duygusal empatinin kişisel sıkıntı boyutu ile aleksitimi arasında pozitif, öz-düzenleme becerisi ile arasında negatif ilişki olduğu vurgulanmıştır (189). AN olan 30 erişkin kadın ile 32 erişkin sağlıklı kontrol grubunun duygusal işlevlerinin ve zihin kuramı becerilerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, AN tanısı olanların zihin kuramı becerilerinde sağlıklı olgulara göre anlamlı fark bulunmazken, empati becerisinin düşük, aleksitiminin ise yüksek olduğu gösterilmiş ve duygusal işlevlerin bozuk olduğu sonucuna varılmıştır (198). Yazın bilgileri gözden geçirildiğinde, AN olan hastalarda DD/ADD ile empati becerisinin ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Empati becerisi ve DD/ADD ilişkisinin aydınlatılabilmesi için AN olan ergenler ile daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğu görülmektedir. Ancak yine de çalışmanın sonuçları, AN olan ergenlerde duygu tanıma ve empati becerilerinin geliştirilmesine yönelik girişimlerin, duygu düzenleme becerisinin gelişimine ve aile ilişkilerinin düzelmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

5.6. Duygu Dışavurumu ve Algılanan Duygu Dışavurumu

Bu çalışmada duygu düzenleme becerisi ile ilişkili olabileceğini düşündüğümüz duygu dışavurumu (DD) ve algılanan duygu dışavurumu (ADD) da değerlendirilmiştir. DD açısından AN olan ergenler ile sağlıklı kontrol grubundaki ergenler arasında fark bulunmazken, AN olan ergenlerin ADDÖ-ED alt ölçeğinden sağlıklı konrol grubundaki ergenlere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları ve annelerini daha fazla eleştirel/düşmanca algıladıkları saptanmıştır. Depresyon ve anksiyete belirtileri, çocukluk çağı travmaları ve bağlanma kontrol edildiğinde de ADDÖ-ED alt ölçek puan ortalamasında iki grup arasındaki farkın anlamlılığının devam ettiği saptanmıştır. AN olan ergenlerde ADDÖ-ED puanları ile DDGÖ ve TAÖ-20 puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde; ADDÖ-ED puanları ile RME puanları arasında zayıf düzeyde ve KA-Sİ puanları arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. Bunlara göre, AN olan ergenler duygu tanıma ve empati becerileri azaldıkça annelerinin duygu dışavurumunu daha fazla eleştirel/düşmanca olarak algılamakta ve duygu düzenleme güçlükleri artmaktadır. Duygu dışavurumu ile ergenlik dönemindeki psikopatolojilerin ilişkisini değerlendiren bir gözden geçirme

çalışmasında, yüksek duygu dışavurumunun toksik ailesel strese (toxic family stress) neden olarak ergenlerde duygu düzenleme becerisini olumsuz etkileyebileceği ve bu durumun birçok psikiyatrik hastalığın başlaması, devam etmesi ve alevlenmesi için risk etkeni olabileceği bildirilmektedir (201). Ayrıca bakım verenin girici ve kısıtlayıcı tutumlarının psikolojik özerkliği baskılayarak duyguların diğerleri ile paylaşılmasını güçleştirdiği vurgulanmaktadır (285). Baker ve arkadaşları, YB olan kişilerin ailelerinin duygularını daha az dışa vurduğunu; hastaların ise ailelerini daha fazla uyumsuz, kontrol eden, çatışmacı ve daha az yakın algıladıklarını belirtmiştir (286). Ülkemizde AN olan ergenlerde sosyal biliş ile birlikte anne ve baba algısının değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre ailelerini daha uyumsuz, daha fazla kontrol eden ve daha az yakın buldukları bildirilmektedir (16). YB olan ergenlerde ADD'nin değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların kontrol grubuna göre annelerini daha eleştirel/düşmanca algıladıkları bildirilmiş, ancak çalışmada DD'nin değerlendirilmemesinin önemli bir eksiklik olduğu vurgulanmıştır (287). Çalışmamızda DD ile ADD birlikte değerlendirilmiş ve araştırma grubundaki anneler AN olan çocuklarına yönelik duygu dışavurumlarını düşük olarak algılarken, ergenlerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında annelerini daha fazla eleştirel/düşmanca algıladığı görülmüştür. Çalışmanın kesitsel nitelikte olması değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi kurulmasını engellese de, bulgular AN olan ergenlerin annelerinin duygu dışavurumunu eleştirel/düşmanca olarak algılamaları ile duygu düzenleme becerileri arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada AN olan ergenlerin anne ve babalarına olan bağlanma güvenliği azaldıkça annelerinin duygu dışavurumlarını eleştirel/düşmanca algılamalarının arttığı bulunmuştur. Kişinin kendisi ve diğerlerine ilişkin olumlu içsel çalışan modeller geliştirebilmesi için bakım verene güvenli bağlanmanın önemli olduğu vurgulanmaktadır (134-136). AN olan ergenlerin annelerinin duygu dışavurumunu daha fazla eleştirel/düşmanca olarak algılamaları, anne ve babası ile güvenli bağlanma ilişkisi olmayan kişilerin diğerlerini olumlu ve güvenilir algılamak ile ilgili olumlu bir içsel çalışan modelinin olmaması ile ilişkili olabilir. Aynı zamanda anne/babanın eleştirel/düşmanca tutumları nedeniyle anna/baba ve çocuk arasında güvenli bağlanmanın gelişmemiş olması da mümkündür. Bulgular, hastalığın tedavisinde ergenlerin bağlanma güvenliği ile anne ve babalarının duygu dışavurumlarını algılayışlarına önem vermek gerektiğine de vurgu yapmaktadır.

AN olan ergenlerin ailesinde tıbbi hastalık öyküsü sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Aynı zamanda AN grubunda ailesinde tıbbi hastalık bulunmayan ergenlerin annelerinin DDÖ-İKKM puanları ailesinde tıbbi hastalık bulunanlara göre anlamlı olarak yüksektir; ailesinde tıbbi hastalık olmayan anneler AN olan çocuklarına aşırı ilgili ve girici davrandıklarını bildirmiştir. Bu durum, ailesinde tıbbi bir hastalık olmayan annelerin hastalıkla nasıl baş edileceğini bilememesinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çocuklarındaki hastalık ailesinde tıbbi hastalık olmayan anneleri daha fazla endişelendirmiş ve aşırı ilgili ve girici olmalarına neden olmuş olabilir.

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yanları vardır. Çalışmada AN olan ergenlerde duygu düzenleme becerisi ve duygu tanıma, aleksitimi ve empati gibi duygusal işlevler birlikte değerlendirilmiştir. Ayrıca bu duygusal işlevler ile ilişkili olabilecek depresyon ve anksiyete belirtileri, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma güvenliği değerlendirilmiş ve bu değişkenlerin duygu düzenleme becerisi ve diğer duygusal işlevler ile ilişkisi incelenmiştir. Günümüze kadar yapılan çalışmalarda AN olan erişkinlerde sözü geçen duygusal beceriler araştırılmış olsa da, ergenler ile yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Ayrıca konu ile ilişkili çalışmaların çoğunda eşlik eden psikiyatrik belirtiler, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanmanın etkisi göz ardı edilmiştir. Çalışmaya yalnızca AN olan kız ergenlerin alınması araştırma grubunun klinik belirti çeşidi, cinsiyet ve yaş grubu açısından homojen bir grup olmasını sağlamıştır. Araştırma grubunda AN olan ergenlerin tümü Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Ergen Sağlığı Bilim Dalı Polikliniği'nde değerlendirilmiş ve genel muayeneleri ve gerekli görülen tetkikleri yapılmıştır. Böylece AN tanısı olan ergenlerden medikal açıdan stabil olanlar çalışmamıza dahil edilmiş ve medikal komplikasyonu olan hastalarda görülebilecek bilişsel bozulmaların olumsuz etkisinin engellenmesi hedeflenmiştir. Araştırma ve kontrol grubunda yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey araştırılan değişkenler üzerindeki etkilerinin kontrol edilmesi amacıyla eşleştirilmiş ve anne babaların yaş ve eğitim süresi ortalamaları, çalışma durumu ve aile yapısı her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Duygu tanıma becerisi performansa dayalı bir değerlendirme aracı olan RME testi kullanılarak değerlendirilmiş, ayrıca ergenlerin öznel bildirimleri de TAÖ-20 ile incelenmiştir.

Bu çalışmada, AN olan kız ergenler araştırılan değişkenler açısından herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan kız ergenler ile karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirme, araştırılan değişkenlerin AN olan ergenlerde sağlıklı bireylere göre nasıl bir farklılık gösterdiğine ilişkin bilgi vericidir; ancak bulguların kız ergenlerdeki AN'ye özgül olup olmadığını anlamamıza katkısı sınırlıdır. Gelecekteki araştırmalarda bulguların AN'ye özgül olan yönlerinin belirlenmesi amacıyla, AN olan ergenler araştırılan değişkenler açısından psikiyatrik hastalıkları olan ergenler ile karşılaştırılabilir. Çalışmamızda ergenlerin duygusal işlevleri değerlendirilmiştir, ancak bu duygusal becerilerin gelişimine ebeveynlerin kendi duygusal becerilerinin ve ergene yönelik tutum ve davranışlarının katkısı göz önüne alındığında, anne ve babaların duygusal becerilerinin de değerlendirilmesi, duygusal becerilerin gelişimini ve AN ile ilişkisini daha iyi anlamamızı sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışmada ergenlerin duygusal becerilerinin sosyal işlevselliklerini nasıl etkilediği araştırılmamıştır. Duygusal becerilerin sosyal işlevsellik ile ilişkisinin incelenmesinin, AN olan ergenlerde duygusal ve sosyal işlevlerin etkileşimini değerlendirmemize ve gerekli müdahele yöntemlerini geliştirmemize katkısı olacaktır.

Çalışmanın kesitsel nitelikte olması ve örneklemin yalnızca üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan oluşması, elde edilen bulguların AN olan tüm ergenlere genellenmesini güçleştirebilir. Ayrıca çalışmanın uzun süreli bir izlem çalışması olmaması, AN ile duygusal işlevler arasındaki ilişkinin yönünün belirlenmesini ve neden sonuç ilişkisinin kurulabilmesini engellemektedir. Bu ilişkinin anlaşılması amacıyla daha geniş örneklem grubu ile yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim bulunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, AN olan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin duygu düzenleme, duygu tanıma, aleksitimi, empati ve algılanan duygu dışavurumu açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır. Ayrıca AN olan ergenler ve sağlıklı kontrol grubunda depresyon ve anksiyete belirtileri, çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma güvenliğinin duygusal beceriler ile ilişkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmada AN olan ergenlerde belirtilerin başlangıç yaşı ortalama 14.1, hastaların tanı alma yaşı ortalama 14.7 bulunmuştur. AN olan hastalarda belirtilerin

başlangıcından tanı konulana kadar geçen sürenin uzun olduğu bilinmektedir. Bu sonuçlar mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olan AN'nin daha erken tanınması ve erken müdahelede bulunulabilmesi için ailelerin, öğretmenlerin ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının AN ile ilgili daha detaylı bir şekilde bilgilendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çalışmalarda AN'nin her sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyde bulunan ailede görülebildiği bildirilmekte, çalışmamızın sonuçları da bu bilgiyi desteklemektedir. Bu durum, toplumumuzda neredeyse tüm sosyoekonomik-sosyokültürel düzeydeki ergen kızlarda AN'nin önemli bir sağlık sorunu olabileceğini göstermektedir.

AN gelişiminde anormal yeme tutum ve davranışlarının önemli rol oynadığı bilinmektedir. Çalışmamızda AN olan ergenlerin anormal yeme tutum ve davranışlarının kontrol grubundaki ergenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Yeme tutum ve davranışlarının uygun ele alınmasına yönelik olarak, beslenmenin çocuğun ve ergenin gereksinimleri göz önüne alınarak yapılmasını destekleyecek şekilde anne, baba, bakım veren ve eğiticilerin sağlık kurumları, sosyal kurumlar ve medya aracılığı ile bilinçlendirilmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada AN olan ergenler sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, duygu düzenlemede güçlükler yaşadıkları, duyguları ayırt etme/tanıma ve ifade etme becerilerinin yetersiz olduğu, empati becerilerinin kısıtlı olduğu ve annelerini eleştirel ve düşmanca algıladıkları saptanmıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu, cinsel istismar dışında çocukluk çağı travmatik yaşantılarına daha fazla maruz kaldıkları, anne ve babalarına olan bağlanma güvenliklerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Aleksitimik özellikler ve depresyon belirtileri AN olan ergenlerde duygu düzenleme güçlüğünü yordayan risk etkenleri olarak bulunmuştur. AN olan hastalarda kişiler arası ilişkiler ve sosyal işlevsellikteki problemlerin duygu düzenleme, duygu tanıma ve empati becerilerindeki kısıtlılıkların bir sonucu olabileceğine yönelik düşünceler, hastaların duygusal işlevlerinin incelenmesi gerekliliğini ve bu alanda daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu göstermektedir. AN olan ergenlerin annelerini eleştirel ve düşmanca algılamalarının AN'nin gidiş ve sonlanımına etkisinin araştırılması için izlem çalışmalarına gereksinim olduğu düşünülmektedir. Ayrıca anne, baba ve kardeşlerin duygu düzenleme, duygu tanıma ve empati becerilerinin değerlendirilmesi de hastalığın gelişimi ve sürecini anlama açısından yol gösterici olacaktır. Çalışmanın sonuçları AN olan ergenlerin çok boyutlu

bir bakış açısıyla değerlendirilmesi gerektiğini, AN olan ergenler ile çalışan klinisyenlerin yalnızca belirtilere odaklanmak yerine belirtilerle ilişkili olabilecek değişkenleri ele almasının hastalığın seyrine ve tedavi sürecine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda çalışmanın sonuçları AN olan ergenlerde duygu düzenleme, duyguları ayırt etme/tanıma ve duyguları ifade etme ve empati becerileri ile algılanan duygu dışavurumunun değerlendirilmesini ve gerektiğinde bu alanlarda ailenin de sürece katılarak tedavi edici müdahelelerde bulunulmasını desteklemektedir.

Bu çalışmanın sonucunda gelecekte yapılacak çalışmalar için bazı öneriler belirlenmiştir:

1. Ergenlerde sıklığının giderek arttığı, başlama yaşının düştüğü belirtilen, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olan AN'nin risk etkenlerini anlamaya yönelik çalışmaların yapılması toplum sağlığı açısından önemli ve gereklidir.

2. AN'de duygu düzenleme becerisi ile duygu tanıma ve empati becerileri arasındaki ilişkilerin daha geniş ergen örneklem grupları içeren çalışmalar ile araştırılmasına gereksinim duyulmaktadır.

3. Ergenlerde AN gelişimi için risk etkenlerini belirlemeye yönelik araştırmalar duygu düzenleme, duygu ayırt etme/tanıma, duygu ifade etme, empati becerileri ve algılanan duygu dışavurumunun yanında sosyal işlevselliği ve anne, baba ve kardeşlerin duygusal işlevselliğini de değerlendirmelidir.

4. Gelecekteki çalışmalarda kontrol grubu olarak özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları olan ergenlerin alınması bulguların AN için özgüllüğünü arttıracaktır.

5. Ergenlerde AN ile duygu düzenleme, duygu ayırt etme/tanıma, duygu ifade etme ve empati becerileri arasındaki ilişkinin yönünün anlaşılabilmesi için izlem çalışmalarına gereksinim bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Smink, F.R., van Hoeken, D.,Hoek, H.W. (2012) Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 14 (4), 406-414.
2. Hoek, H.W. (2006) Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19 (4), 389-394.
3. Hoek, H.W.,van Hoeken, D. (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 34 (4), 383-396.
4. Akdemir, D. (2008) Clinical Characteristics of Adolescent Admissions to The Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 15 (1), 5-14.
5. Klein, D.A.,Walsh, B.T. (2004) Eating disorders: clinical features and pathophysiology. *Physiol Behav*, 81 (2), 359-374.
6. Leahy, R.L.,Tirch, D. (2011). Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide: Guilford Press.
7. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S.,Schweizer, S. (2010) Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 30 (2), 217-237.
8. Haynos, A.F.,Fruzzetti, A.E. (2011) Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18 (3), 183-202.
9. Friedlmeier, W.,Trommsdorff, G. (1999) Emotion Regulation in Early Childhood A Cross-Cultural Comparison between German and Japanese Toddlers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30 (6), 684-711.
10. Macklem, G.L. (2007). Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children: Springer Science & Business Media.
11. Novick, R. (2004) Early years are learning years. *NAEYC*.
12. Russell, T.A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V.,Tchanturia, K. (2009) Aspects of social cognition in anorexia nervosa: affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Res*, 168 (3), 181-185.
13. Ridout, N., Thom, C.,Wallis, D.J. (2010) Emotion recognition and alexithymia in females with non-clinical disordered eating. *Eat Behav*, 11 (1), 1-5.
14. Zonnevijlle-Bender, M.J., van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A.,van Engeland, H. (2002) Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 11 (1), 38-42.
15. Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K.,Treasure, J. (2009) Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*, 16 (4), 348-356.
16. İpek, P. (2013) Anoreksiya nervoza ve eksojen obezite tanılı 11-18 yaş arası olguların sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İzmir*.
17. Lule, D., Schulze, U.M., Bauer, K., Scholl, F., Muller, S., Fladung, A.K. ve diğerleri. (2014) Anorexia nervosa and its relation to depression, anxiety, alexithymia and emotional processing deficits. *Eat Weight Disord*, 19 (2), 209-216.
18. Gillberg, I.C., Rastam, M.,Gillberg, C. (1995) Anorexia nervosa 6 years after onset: Part I. Personality disorders. *Compr Psychiatry*, 36 (1), 61-69.
19. Duclos, J., Dorard, G., Berthoz, S., Curt, F., Faucher, S., Falissard, B. ve diğerleri. (2014) Expressed emotion in anorexia nervosa: what is inside the "black box"? *Compr Psychiatry*, 55 (1), 71-79.

20. Duclos, J., Vibert, S., Mattar, L.,Godart, N. (2012) Expressed emotion in families of patients with eating disorders: a review of the literature. *Current Psychiatry Reviews*, 8 (3), 183-202.
21. Fairburn, C.G., Cooper, Z.,Shafran, R. (2003) Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behav Res Ther*, 41 (5), 509-528.
22. Gonzalez, A., Kohn, M.R.,Clarke, S.D. (2007) Eating disorders in adolescents. *Aust Fam Physician*, 36 (8), 614-619.
23. Swanson, S.A., Crow, S.J., Le Grange, D., Swendsen, J.,Merikangas, K.R. (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 68 (7), 714-723.
24. Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Jr.,Kessler, R.C. (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61 (3), 348-358.
25. Uzun, O., Gulec, N., Ozsahin, A., Doruk, A., Ozdemir, B.,Caliskan, U. (2006) Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Compr Psychiatry*, 47 (2), 123-126.
26. Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E.,Izgic, F. (2006) The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*, 40 (2), 129-135.
27. Micali, N., Hagberg, K.W., Petersen, I.,Treasure, J.L. (2013) The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open*, 3 (5).
28. Weaver, L.,Liebman, R. (2011) Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep*, 13 (2), 93-98.
29. Franko, D.L., Keshaviah, A., Eddy, K.T., Krishna, M., Davis, M.C., Keel, P.K. ve diğerleri. (2013) A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 170 (8), 917-925.
30. Herpertz-Dahlmann, B. (2009) Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 18 (1), 31-47.
31. Herpertz-Dahlmann, B. (2015) Adolescent eating disorders: update on definitions, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 24 (1), 177-196.
32. Gwirtsman, H.A., Ebert, M.H. (2000). Eating disorders. L. P. Ebert MH, Nurcombe B (Ed.). Current Diagnosis and Treatment in Psychiatry (s. 421-429): McGraw-Hill Companies
33. Berkman, N.D., Lohr, K.N.,Bulik, C.M. (2007) Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *Int J Eat Disord*, 40 (4), 293-309.
34. APA, A.P.A. (2000). Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000): American Psychiatric Association.
35. Gull, W.W. (1997) Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). 1868. *Obes Res*, 5 (5), 498-502.
36. Lasegue. (1997) On hysterical anorexia (a). 1873. *Obes Res*, 5 (5), 492-497.
37. McSherry, J.A. (1985) Was Mary, Queen of Scots, anorexic? *Scott Med J*, 30 (4), 243-245.
38. Tolstrup, K. (1990) Incidence and causality of anorexia nervosa seen in a historical perspective. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 361, 1-6.

39. Vedul-Kjelsas, E.,Gotestam, K.G. (2004) [Eating disorders in a historical perspective]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 124 (18), 2369-2371.
40. Nakano, K.,Nakajima, H. (2001) [Definition and classification of eating disorders]. *Nihon Rinsho*, 59 (3), 528-533.
41. Bruch, H. (1970) Eating disorders in adolescence. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc*, 59, 181-202.
42. Bruch, H. (1971) Family transactions in eating disorders. *Compr Psychiatry*, 12 (3), 238-248.
43. Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R.,Santonastaso, P. (2009) Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 70 (12), 1715-1721.
44. Kovacs Krizbai, T.,Szabo, P. (2009) [Prevalence of eating disorders in Romanian, Hungarian and Saxon secondary school students in Transylvania]. *Psychiatr Hung*, 24 (2), 124-132.
45. Brunner, R.,Resch, F. (2006) [Eating disorders--an increasing problem in children and adolescents?]. *Ther Umsch*, 63 (8), 545-549.
46. Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R.D.,Katzman, D.K. (2011) Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165 (10), 895-899.
47. Yücel, B. (2009) Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. *İlk Söz*.
48. Hinney, A.,Volckmar, A.L. (2013) Genetics of eating disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 15 (12), 423.
49. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J.,Kaye, W. (2000) Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiatry*, 157 (3), 393-401.
50. Klump, K.L.,Culbert, K.M. (2007) Molecular Genetic Studies of Eating Disorders: Current Status and Future Directions. *Curr Dir Psychol Sci*, 16 (1), 37-41.
51. Grice, D.E., Halmi, K.A., Fichter, M.M., Strober, M., Woodside, D.B., Treasure, J.T. ve diğerleri. (2002) Evidence for a susceptibility gene for anorexia nervosa on chromosome 1. *Am J Hum Genet*, 70 (3), 787-792.
52. Attia, E.,Schroeder, L. (2005) Pharmacologic treatment of anorexia nervosa: where do we go from here? *Int J Eat Disord*, 37 Suppl, S60-63; discussion S87-69.
53. Klump, K.L., Burt, S.A., McGue, M.,Iacono, W.G. (2007) Changes in genetic and environmental influences on disordered eating across adolescence: a longitudinal twin study. *Arch Gen Psychiatry*, 64 (12), 1409-1415.
54. Culbert, K.M., Breedlove, S.M., Burt, S.A.,Klump, K.L. (2008) Prenatal hormone exposure and risk for eating disorders: a comparison of opposite-sex and same-sex twins. *Arch Gen Psychiatry*, 65 (3), 329-336.
55. Gordon, K.H., Denoma J.M.,Joiner, T.E. (2005) The Classification of Eating Disorders. *Assestment of Eating Disorders* (Guilford Press, New York), 17-31.
56. Herzog, D.B., Eddy, K.T. (2007) Diagnosis, Epidemiology, and Clinical Course of Eating Disorders. *Clinical Manual of Eating Disorders* (American Psychiatric Publishing,Washington DC), 1-29.
57. Frank, G.K., Bailer, U.F., Henry, S., Wagner, A.,Kaye, W.H. (2004) Neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr*, 9 (7), 539-548.

58. Kaye, W. (2002) Central Nervous System Neurotransmitter Activity in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Eating Disorders and Obesity* (The Guilford Press, New York), 193-198.
59. Kaye, W., Gendall, K.,Strober, M. (1998) Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*, 44 (9), 825-838.
60. Swayze, V.W., 2nd, Andersen, A.E., Andreasen, N.C., Arndt, S., Sato, Y.,Ziebell, S. (2003) Brain tissue volume segmentation in patients with anorexia nervosa before and after weight normalization. *Int J Eat Disord*, 33 (1), 33-44.
61. Wagner, A., Greer, P., Bailer, U.F., Frank, G.K., Henry, S.E., Putnam, K. ve diğerleri. (2006) Normal brain tissue volumes after long-term recovery in anorexia and bulimia nervosa. *Biol Psychiatry*, 59 (3), 291-293.
62. Kuruoglu, A.C., Kapucu, O., Atasever, T., Arikan, Z., Isik, E.,Unlu, M. (1998) Technetium-99m-HMPAO brain SPECT in anorexia nervosa. *J Nucl Med*, 39 (2), 304-306.
63. McCormick, L.M., Keel, P.K., Brumm, M.C., Bowers, W., Swayze, V., Andersen, A. ve diğerleri. (2008) Implications of starvation-induced change in right dorsal anterior cingulate volume in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 41 (7), 602-610.
64. Bruch, H. (1978) The Golden Cage: The enigma of anorexia nervosa. *Harvard University Pres. Cambridge M. A.*
65. Gürdal, A. (1997) Anoreksiya Nervoza Tanısı Alan 25 Vakanın Etyopatogenez, Klinik ve Prognoz Açısından Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul.*
66. Küey, G.A. (2008) Ergenlerde Yeme Bozuklukları. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Yayınları:3 (Hekimler Yayın Birliği, Ankara), 407-422.
67. Kohut, H. (1971) The Analysis of the Self New York: Int.
68. Çuhadaroğlu, F. (1997) Yeme bozukluklarında kendilik gelişimi özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları:1 Ankara*, Ergenlik Döneminde Beslenme ve Yeme Bozuklukları, 48-53.
69. Goodsitt, A. (1985) Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, 55-82.
70. Sands, S. (1991). Bulimia, dissociation, and empathy: A self-psychological view [Bildiri].Earlier versions of the chapter were presented at the 12th Annual Conference on the Psychology of the Self, San Francisco, CA, Oct 12-15, 1989, and at the Division 39 (Psychoanalysis) American Psychological Association meeting, New York, NY, Apr 5-8, 1990.
71. Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L.,Todd, T.C. (1975) A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 1031-1038.
72. Selvini-Palazzoli, M.,Viaro, M. (1988) The Anorectic Process in the Family: A Six-Stage Model as a Guide for Individual Therapy. *Family process*, 27 (2), 129-148.
73. Küey, A.G. (2013). Psikanalitik kuram ve yeme bozuklukları. B. Yücel, Akdemir, A., Küey, A. G., Maner, F., Vardar, E. (Ed.). Yeme Bozuklukları ve Obezite. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
74. Bruch, H. (1985) Four decades of eating disorders. *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, 7-18.

75. Telerant, A., Kronenberg, J., Rabinovitch, S., Elman, I., Neumann, M.,Gaoni, B. (1992) Anorectic family dynamics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 (5), 990-991.
76. Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A.,Welch, S.L. (1999) Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Arch Gen Psychiatry*, 56 (5), 468-476.
77. Westen, D.,Harnden-Fischer, J. (2001) Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry*, 158 (4), 547-562.
78. Klump, K.L., Strober, M., Bulik, C.M., Thornton, L., Johnson, C., Devlin, B. ve diğerleri. (2004) Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychol Med*, 34 (8), 1407-1418.
79. Küey, G.A. (2007). Anoreksiya Nervosa: Ergenlik Hastalığı mı? . M. Çetin, Ebrinç, S. (Ed.). 2. Ulusal Psikofarmakoloji Kongresi Kitabı (s. 283-285). Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi
80. Jebb, S.A., Fairburn, C.,Brownell, K. (2002) Energy intake and body weight. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. New York: Guilford*, 37-42.
81. Grady, C.L.,Keightley, M.L. (2002) Studies of altered social cognition in neuropsychiatric disorders using functional neuroimaging. *Can J Psychiatry*, 47 (4), 327-336.
82. Singer, T.,Lamm, C. (2009) The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156 (1), 81-96.
83. Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C. ve diğerleri. (2005) Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord*, 37 (4), 321-329.
84. Gillberg, I.C., Gillberg, C., Rastam, M.,Johansson, M. (1996) The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community-based sample. *Compr Psychiatry*, 37 (1), 23-30.
85. Tchanturia, K., Happé, F., Godley, J., Treasure, J., Bara-Carril, N., Schmidt. (2004) 'Theory of mind'in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 12(6), 361-366.
86. Kucharska-Pietura, K., Nikolaou, V., Masiak, M.,Treasure, J. (2004) The recognition of emotion in the faces and voice of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 35 (1), 42-47.
87. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C.,Agras, W.S. (2004) Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130 (1), 19.
88. Yager, J. (2007) Assessment and determination of initial treatment approaches for patients with eating disorders. *Clinical Manual of Eating Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing*, 31-59.
89. Klein, D., Attia, E. (2015) Anorexia nervosa in adults: Clinical features, assessment, and diagnosis.
90. APA, A.P.A. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub.
91. Keel, P.K.,McCormick, L. (2010) Diagnosis, assessment, and treatment planning for anorexia nervosa. *The treatment of eating disorders: A clinical handbook*, 3-27.

92. Andersen, A., Yager, J. . (2009). Eating Disorders. B. Sadock, Sadock, VA, Ruiz P (Ed.). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (9 bs., c. I, s. 2128). Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins
93. Yücel, B. (2009) Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol. *Klinik Gelişim* (22/4), 39-44.
94. Davison, G.C., Neale, J.M.,Dağ, İ. (2004). Anormal psikolojisi:(Abnormal psychology): Türk Psikologlar Derneği yayınları.
95. Walsh, B.T., Satir, D.A. (2005). Diagnostic Issues. C. B. James E. Mitchell (Ed.). Assestment of Eating Disorders (s. 1-16). New York: Guilford Press
96. APA, A.P.A. (2006). American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006: American Psychiatric Pub.
97. Steinhausen, H.-C. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American journal of Psychiatry*, 159 (8), 1284-1293.
98. Devlin, M.J., Jahraus, J.P., DiMarco, I.D. . (2011). Eating Disorders. J. L. Levenson (Ed.). The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: psychiatric care of the medically ill (2 bs., s. 305). Washington: American Psychiatric Pub
99. Bühren, K., Mainz, V., Herpertz-Dahlmann, B., Schäfer, K., Kahraman-Lanzerath, B., Lente, C. ve diğerleri. (2012) Cognitive flexibility in juvenile anorexia nervosa patients before and after weight recovery. *Journal of Neural Transmission*, 119 (9), 1047-1057.
100. Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Simmendinger, N., Klinkowski, N., Lehmkuhl, U.,Pfeiffer, E. (2008) Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa. *Child psychiatry and human development*, 39 (3), 261-272.
101. Bühren, K., Schwarte, R., Fluck, F., Timmesfeld, N., Krei, M., Egberts, K. ve diğerleri. (2014) Comorbid psychiatric disorders in female adolescents withfirst-onset anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22 (1), 39-44.
102. Kaye, W.H., Wierenga, C.E., Bailer, U.F., Simmons, A.N.,Bischoff-Grethe, A. (2013) Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa. *Trends in neurosciences*, 36 (2), 110-120.
103. Cassin, S.E.,von Ranson, K.M. (2005) Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev*, 25 (7), 895-916.
104. Fernandez-Aranda, F., Poyastro Pinheiro, A., Tozzi, F., La Via, M., Thornton, L.M., Plotnicov, K.H. ve diğerleri. (2007) Symptom profile of major depressive disorder in women with eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (1), 24-31.
105. Fernández-Aranda, F., Pinheiro, A.P., Thornton, L.M., Berrettini, W.H., Crow, S., Fichter, M.M. ve diğerleri. (2008) Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157 (1), 147-157.
106. Meehan, K.G., Loeb, K.L., Roberto, C.A.,Attia, E. (2006) Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (7), 587-589.
107. Erol, A. (2011) Yeme bozuklukları ve iki uçlu mizaç bozuklukları ekhastalığı. *Journal of Mood Disorders*, 1 (2), 75-80.
108. Carter, F.A., Jordan, J., McIntosh, V.V., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Frampton, C.M. ve diğerleri. (2011) The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*, 44 (7), 647-654.

109. Keel, P.K.,Haedt, A. (2008) Evidence-based psychosocial treatments for eating problems and eating disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37 (1), 39-61.
110. Russell, G.F., Szmukler, G.I., Dare, C.,Eisler, I. (1987) An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of general psychiatry*, 44 (12), 1047-1056.
111. Pike, K., Attia, E.,Brown, A. (2008) Treatment for anorexia nervosa. *Annual review of eating disorders*, 137-148.
112. N.I.C.E. (2010) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. *Clinical guideline*, 9.
113. Yager, J. (2007). Management of patients with chronic, intractable eating disorders. Clinical manual of eating disorders (s. 465-502): American Psychiatric Publishing Arlington
114. Gwirtsman, H.E., Guze, B.H., Yager, J.,Gainsley, B. (1990) Fluoxetine treatment of anorexia nervosa: an open clinical trial. *J Clin Psychiatry*, 51 (9), 378-382.
115. Kaye, W.H., Nagata, T., Weltzin, T.E., Hsu, L.K., Sokol, M.S., McConaha, C. ve diğerleri. (2001) Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*, 49 (7), 644-652.
116. Bulik, C.M., Berkman, N.D., Brownley, K.A., Sedway, J.A.,Lohr, K.N. (2007) Anorexia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *Int J Eat Disord*, 40 (4), 310-320.
117. Claudino, A.M., Silva de Lima, M., Hay, P.P., Bacaltchuk, J., Schmidt, U.U.,Treasure, J. (2006) Antidepressants for anorexia nervosa. *The Cochrane Library*.
118. Zhu, A.J.,Walsh, B.T. (2002) Pharmacologic treatment of eating disorders. *Can J Psychiatry*, 47 (3), 227-234.
119. Barbarich, N.C., McConaha, C.W., Gaskill, J., La Via, M., Frank, G.K., Achenbach, S. ve diğerleri. (2004) An open trial of olanzapine in anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 65 (11), 1480-1482.
120. Bosanac, P., Norman, T., Burrows, G.,Beumont, P. (2005) Serotonergic and dopaminergic systems in anorexia nervosa: a role for atypical antipsychotics? *Aust N Z J Psychiatry*, 39 (3), 146-153.
121. Malina, A., Gaskill, J., McConaha, C., Frank, G.K., LaVia, M., Scholar, L. ve diğerleri. (2003) Olanzapine treatment of anorexia nervosa: a retrospective study. *Int J Eat Disord*, 33 (2), 234-237.
122. Küey, A.G., Kesgin, E. (2010). Yeme Bozukluklarında İlaç Tedavileri. N. Yüksel (Ed.). Temel Psikofarmakoloji (1 bs.). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
123. Golden, N.H., Katzman, D.K., Kreipe, R.E., Stevens, S.L., Sawyer, S.M., Rees, J. ve diğerleri. (2003) Eating disorders in adolescents: position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*, 33 (6), 496-503.
124. Mayer, L.E., Roberto, C.A., Glasofer, D.R., Etu, S.F., Gallagher, D., Wang, J. ve diğerleri. (2007) Does percent body fat predict outcome in anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*, 164 (6), 970-972.
125. Saccomani, L., Savoini, M., Cirrincione, M., Vercellino, F.,Ravera, G. (1998) Long-term outcome of children and adolescents with anorexia nervosa: study of comorbidity. *J Psychosom Res*, 44 (5), 565-571.

126. Keski-Rahkonen, A., Raevuori, A., Bulik, C.M., Hoek, H.W., Rissanen, A.,Kaprio, J. (2014) Factors associated with recovery from anorexia nervosa: a population-based study. *Int J Eat Disord*, 47 (2), 117-123.
127. Sullivan, P.F. (1995) Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 152 (7), 1073-1074.
128. Campos, J.J., Campos, R.G.,Barrett, K.C. (1989) Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25 (3), 394.
129. Lemerise, E.A.,Arsenio, W.F. (2000) An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child development*, 71 (1), 107-118.
130. Dodge, K.A. (1989) Coordinating responses to aversive stimuli: Introduction to a special section on the development of emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25 (3), 339.
131. Cole, P.M., Michel, M.K.,Teti, L.O.D. (1994) The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 73-102.
132. Koole, S.L. (2009) The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23 (1), 4-41.
133. Başal, H.A. (2007). Gelişim ve psikoloji: nasıl mutlu bir çocuk yetiştirebilirim? : Morpa Kültür Yayınları.
134. Bowlby, J. (2008). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development: Basic Books.
135. Kobak, R.R.,Sceery, A. (1988) Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev*, 59 (1), 135-146.
136. Cassidy, J. (1994) Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev*, 59 (2-3), 228-249.
137. Nissen, H.,Hawkins, C.J. (2010) Promoting emotional competence in the preschool classroom. *Childhood Education*, 86 (4), 255-259.
138. Dvir, Y., Ford, J.D., Hill, M.,Frazier, J.A. (2014) Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harv Rev Psychiatry*, 22 (3), 149-161.
139. Cole, P.M., Martin, S.E.,Dennis, T.A. (2004) Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev*, 75 (2), 317-333.
140. Morris, A.S., Silk, J.S., Steinberg, L., Myers, S.S.,Robinson, L.R. (2007) The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation. *Soc Dev*, 16 (2), 361-388.
141. Thompson, R.A. (2011) Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3 (1), 53-61.
142. Andersen, S.L., Lyss, P.J., Dumont, N.L.,Teicher, M.H. (1999) Enduring neurochemical effects of early maternal separation on limbic structures. *Ann N Y Acad Sci*, 877, 756-759.
143. D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J.,van der Kolk, B.A. (2012) Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *Am J Orthopsychiatry*, 82 (2), 187-200.
144. Gross, J.J.,Muñoz, R.F. (1995) Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2 (2), 151-164.

145. Thompson, R.A.,Calkins, S.D. (1996) The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8 (01), 163-182.
146. Gross, J.J. (1998) Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74 (1), 224.
147. Gross, J.J. (2002) Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (03), 281-291.
148. Gross, J.J.,Thompson, R.A. (2007) Emotion regulation: Conceptual foundations.
149. Gratz, K.L.,Roemer, L. (2004) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.
150. Lanius, R.A., Bluhm, R.L.,Frewen, P.A. (2011) How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatr Scand*, 124 (5), 331-348.
151. Berking, M.,Wupperman, P. (2012) Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*, 25 (2), 128-134.
152. Shields, A.,Cicchetti, D. (1998) Reactive aggression among maltreated children: the contributions of attention and emotion dysregulation. *J Clin Child Psychol*, 27 (4), 381-395.
153. Gratz, K.L.,Chapman, A.L. (2007) The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8 (1), 1.
154. Ehring, T.,Quack, D. (2010) Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behav Ther*, 41 (4), 587-598.
155. Tull, M.T., Barrett, H.M., McMillan, E.S.,Roemer, L. (2007) A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behav Ther*, 38 (3), 303-313.
156. Shields, A., Ryan, R.M.,Cicchetti, D. (2001) Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology*, 37 (3), 321.
157. Treasure, J.,Schmidt, U. (2013) The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord*, 1, 13.
158. Wildes, J.E.,Marcus, M.D. (2011) Development of emotion acceptance behavior therapy for anorexia nervosa: a case series. *Int J Eat Disord*, 44 (5), 421-427.
159. Racine, S.E.,Wildes, J.E. (2015) Dynamic longitudinal relations between emotion regulation difficulties and anorexia nervosa symptoms over the year following intensive treatment. *J Consult Clin Psychol*, 83 (4), 785-795.
160. Heatherton, T.F.,Baumeister, R.F. (1991) Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological bulletin*, 110 (1), 86.
161. Fairburn, C.G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders: Guilford Press.

162. Ouwens, M., Van Strien, T., Van Leeuwe, J.,Van der Staak, C. (2009) The dual pathway model of overeating. Replication and extension with actual food consumption. *Appetite*, 52 (1), 234-237.
163. Peñas-Lledó, E., Vaz Leal, F.J.,Waller, G. (2002) Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: relation to eating characteristics and general psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (4), 370-375.
164. Van Strien, T., Engels, R.C., Van Leeuwe, J.,Snoek, H.M. (2005) The Stice model of overeating: tests in clinical and non-clinical samples. *Appetite*, 45 (3), 205-213.
165. Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T.,Larimer, M. (2007) Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? *Eat Behav*, 8 (2), 162-169.
166. Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B.,Ehring, T. (2012) Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res*, 197 (1-2), 103-111.
167. Fiore, F., Ruggiero, G.M.,Sassaroli, S. (2014) Emotional dysregulation and anxiety control in the psychopathological mechanism underlying drive for thinness. *Front Psychiatry*, 5, 43.
168. Danner, U.N., Sternheim, L.,Evers, C. (2014) The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Res*, 215 (3), 727-732.
169. Adolphs, R. (2003) Cognitive neuroscience of human social behaviour. *Nat Rev Neurosci*, 4 (3), 165-178.
170. Tse, W.S., Yan, L., Bond, A.J., Chan, R.C.,Tam, D.W. (2011) Facial emotion linked cooperation in patients with paranoid schizophrenia: a test on the Interpersonal Communication Model. *Int J Soc Psychiatry*, 57 (5), 509-517.
171. Keysers, C.,Gazzola, V. (2006) Towards a unifying neural theory of social cognition. *Progress in brain research*, 156, 379-401.
172. Arbib, M.A. (2006) The mirror system hypothesis on the linkage of action and languages. *Action to language via the mirror neuron system*, 3-47.
173. Theoret, H.,Pascual-Leone, A. (2002) Language acquisition: do as you hear. *Curr Biol*, 12 (21), R736-737.
174. Dursun, P., Emül, M.,Gençöz, F. (2010). A Review of the Literature on Emotional Facial Expression and Its Nature [Bildiri].Yeni Symposium.
175. Erol, A., Keleş Ünal, E., Gülpek, D.,Mete, L. (2009) Yüzde dışavuran duyguların tanınması ve ayırt edilmesi testlerinin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 116-123.
176. Harrison, A., Tchanturia, K.,Treasure, J. (2010) Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? *Biological psychiatry*, 68 (8), 755-761.
177. Nemiah, J.C., Freiberger, H., Sifneos, P.E. (1977). Alexithymia: a view of the psychosatic process. O. W. Hill (Ed.). Modern trends in psychosomatic medicine (c. 3). London: Butterworths
178. Lane, R.D.,Schwartz, G.E. (1987) Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry*.
179. Taylor, G.J. (2000) Recent developments in alexithymia theory and research. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.

180. Keating, L., Tasca, G.A.,Hill, R. (2013) Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eat Behav*, 14 (3), 366-373.
181. Goodsitt, A. (1983) Self-regulatory disturbances in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (3), 51-60.
182. Jansch, C., Harmer, C.,Cooper, M.J. (2009) Emotional processing in women with anorexia nervosa and in healthy volunteers. *Eat Behav*, 10 (3), 184-191.
183. Pollatos, O., Herbert, B.M., Schandry, R.,Gramann, K. (2008) Impaired central processing of emotional faces in anorexia nervosa. *Psychosom Med*, 70 (6), 701-708.
184. Zonnevylle-Bender, M.J., van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, A., de Wildt, M., Stevelmans, E. ve diğerleri. (2004) Emotional functioning in anorexia nervosa patients: adolescents compared to adults. *Depress Anxiety*, 19 (1), 35-42.
185. Zonnevylle-Bender, M.J., van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T., van Elburg, T.A.,van Engeland, H. (2004) Emotional functioning in adolescent anorexia nervosa patients--a controlled study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 (1), 28-34.
186. Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H.C.,von Wietersheim, J. (2006) Alexithymia and facial emotion recognition in patients with eating disorders. *Int J Eat Disord*, 39 (3), 245-251.
187. Mendlewicz, L., Linkowski, P., Bazelmans, C.,Philippot, P. (2005) Decoding emotional facial expressions in depressed and anorexic patients. *J Affect Disord*, 89 (1-3), 195-199.
188. Öztürk, N. (2012) Yeme bozukluklarında yüzde emosyon tanımanın değerledirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi).
189. Beadle, J.N., Paradiso, S., Salerno, A.,McCormick, L.M. (2013) Alexithymia, emotional empathy, and self-regulation in anorexia nervosa. *Ann Clin Psychiatry*, 25 (2), 107-120.
190. Nowakowski, M.E., McFarlane, T.,Cassin, S. (2013) Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *J Eat Disord*, 1, 21.
191. Rogers, C. (1983) Empatik olmak değeri anlaşılmamış bir varoluş şeklidir. *Trans: F. Akkoyun), Ankara Üniversitesi EBF Dergisi*, 16, 103-124.
192. Eisenberg-Berg, N.,Mussen, P. (1978) Empathy and moral development in adolescence. *Developmental Psychology*, 14 (2), 185.
193. Schaffer, M., Clark, S.,Jeglic, E.L. (2009) The role of empathy and parenting style in the development of antisocial behaviors. *Crime & Delinquency*, 55 (4), 586-599.
194. Davis, M.H.,Oathout, H.A. (1987) Maintenance of satisfaction in romantic relationships: Empathy and relational competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (2), 397.
195. Eisenberg, N., Fabes, R.A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M. ve diğerleri. (1994) The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding. *Journal of personality and social psychology*, 66 (4), 776.
196. Hambrook, D., Tchanturia, K., Schmidt, U., Russell, T.,Treasure, J. (2008) Empathy, systemizing, and autistic traits in anorexia nervosa: a pilot study. *Br J Clin Psychol*, 47 (Pt 3), 335-339.

197. Guttman, H.A.,Laporte, L. (2000) Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Fam Process*, 39 (3), 345-358.
198. Adenzato, M., Todisco, P.,Ardito, R.B. (2012) Social cognition in anorexia nervosa: evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PLoS One*, 7 (8), e44414.
199. NSCotD, C. (2010) Early Experiences Can Alter Gene Expression and AffectLong-Term Development. *National Scientific Council on the Developing Child, Working Paper* (10).
200. Fox, N.A.,Shonkoff, J.P. (2012). How persistent fear and anxiety can affect young children's learning, behaviour and health [Bildiri].Social and Economic Costs of Violence: Workshop Summary.
201. Peris, T.S.,Miklowitz, D.J. (2015) Parental Expressed Emotion and Youth Psychopathology: New Directions for an Old Construct. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-11.
202. Hooley, J.M.,Teasdale, J.D. (1989) Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *J Abnorm Psychol*, 98 (3), 229-235.
203. Scott, R.D., Fagin, L.,Winter, D. (1993) The importance of the role of the patient in the outcome of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 163, 62-68.
204. Hooley, J.M.,Gotlib, I.H. (2000) A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9 (3), 135-151.
205. Simoneau, T.L., Miklowitz, D.J.,Saleem, R. (1998) Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *Journal of abnormal psychology*, 107 (3), 497.
206. Butzlaff, R.L.,Hooley, J.M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55 (6), 547-552.
207. Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C.,Russell, G.F. (1992) Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 12 (4), 347-357.
208. Le Grange, D., Hoste, R.R., Lock, J.,Bryson, S.W. (2011) Parental expressed emotion of adolescents with anorexia nervosa: Outcome in family-based treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 44 (8), 731-734.
209. Medina-Pradas, C., Navarro, J.B., López, S.R., Grau, A.,Obiols, J.E. (2011) Dyadic view of expressed emotion, stress, and eating disorder psychopathology. *Appetite*, 57 (3), 743-748.
210. Hedlund, S., Fichter, M.M., Quadflieg, N.,Brandl, C. (2003) Expressed emotion, family environment, and parental bonding in bulimia nervosa: a 6-year investigation. *Eat Weight Disord*, 8 (1), 26-35.
211. Rienecke, R.D., Accurso, E.C., Lock, J.,Le Grange, D. (2016) Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 24 (1), 43-51.
212. Di Paola, F., Faravelli, C.,Ricca, V. (2010) Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Compr Psychiatry*, 51 (4), 401-405.
213. Le Grange, D., Lock, J., Agras, W.S., Moye, A., Bryson, S.W., Jo, B. ve diğerleri. (2012) Moderators and mediators of remission in family-based treatment and adolescent focused therapy for anorexia nervosa. *Behav Res Ther*, 50 (2), 85-92.

214. Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J. ve diğerleri. (1997) The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (4), 545-553.
215. Association, A.P.,Association, A.P. (1994). Diagnostic criteria from DSM-IV: American Psychiatric Association Washington, DC.
216. Gökler, B., Ünal, F., Pehlivantürk, B., Kültür, E.Ç., Akdemir, D.,Taner, Y. (2004) Okul Çağı Çocuklari İçin Duygulanim Bozukluklari ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasinin Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağliği Dergisi*.
217. Garner, D.M.,Garfinkel, P.E. (1979) The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9 (02), 273-279.
218. Mancilla-Diaz, J.M., Franco-Paredes, K., Vazquez-Arevalo, R., Lopez-Aguilar, X., Alvarez-Rayon, G.L., Tellez-Giron, M. ve diğerleri. (2007) A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *European Eating Disorders Review*, 15 (6), 463-470.
219. Gross, J., Rosen, J.C., Leitenberg, H.,Willmuth, M.E. (1986) Validity of the Eating Attitudes Test and the Eating Disorders Inventory in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 875.
220. Savaşır, I. (1989) Erol N. *Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtiler indeksi. Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
221. Rugancı, R.N.,Gençöz, T. (2010) Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (4), 442-455.
222. Sarıtaş, D., Gençöz,T. . (2011) Ergenlerin duygu düzenleme güçlüklerinin, annelerinin duygu düzenleme güçlükleri ve çocuk yetiştirme davranışları ile ilişkisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18 (2), 117-126.
223. Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y.,Plumb, I. (2001) The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42 (2), 241-251.
224. Girli, A. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Çevisiri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests.
225. Taylor, G.J., Ryan, D.,Bagby, R. (1985) Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and psychosomatics*, 44 (4), 191-199.
226. Bagby, R.M., Parker, J.D.,Taylor, G.J. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38 (1), 23-32.
227. Bagby, R.M., Taylor, G.J.,Parker, J.D. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38 (1), 33-40.
228. Dereboy, I.F. (1990) Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma. *(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.*
229. Sayar, K., Güleç, H. ve Ak, I. . (2001). Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin güvenirliği ve geçerliği. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı (c. 37, s. 130)
230. Alim, K.v.S., D.M. (2010) KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği: Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması* Child and Adolescent KA-Sİ

Empathic Tendency Scale: Development, Validity and Reliability Study. *Education*, 35 (156).

231. Berksun, O.E. (1992) Şizofrenide aile faktörü: 'Expressed Emotion' ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi. *Yayınlanmamış uzmanlık tezi*.
232. Alkar, Y.Ö. (2006) The relationship of expressed emotion and psychosocial variables with the quality of life of haemodialysis patients: An analysis within the conservation of resources model. *Doktora Tezi*.
233. Baştuğ, G. (2008) Şizofren Hastaların algıladıkları Duygu Dışavurumu ve Ailelerin Duygu Dışavurumunun Semptomların Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Rolleri. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
234. Beck, A.T., Ward, C.,Mendelson, M. (1961) Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4 (6), 561-571.
235. Hisli, N. (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji dergisi*, 7 (23), 3-13.
236. Karaceylan Çakmakçı, F. (2004) Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Unpublished Expertise Thesis, Department of child and adolescent psychiatry. Kocaeli University, Faculty of Medicine, Kocaeli*.
237. Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K. ve diğerleri. (1994) Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*, 151 (8), 1132.
238. Bakım, B., Karamustafalıoğlu, O., Akpınar, A., Tankaya, O., Özçelik, B., Ceylan, Y.C. ve diğerleri. (2011) The effects of childhood trauma on sexual function in panic disorder patients. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24 (3), 182-188.
239. Sar, V., Ozturk, E.,Ikikardes, E. (2012) Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 32 (4), 1054-1063.
240. Armsden, G.C.,Greenberg, M.T. (1987) The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 16 (5), 427-454.
241. Raja, S.N., McGee, R.,Stanton, W.R. (1992) Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 21 (4), 471-485.
242. Günaydın, G., Selçuk, E., Sümer, N.,Uysal, A. (2005) Ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu'nun psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8 (16), 13-23.
243. Vandereycken, W.,Van Deth, R. (1994). From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation: New York University Press.
244. Hantaş, Y., Maner, F., Erkıran M., Turan, F.,Gökalp, P. (2003) Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Olan Kadınlarda Yeme Özellikleri ve Yeme Bozuklukları Taraması. *Düşünen Adam*, 16, 24-27.
245. Demir, T.,Eralp-Demir, K.M. (1998) Yeme bozukluğu olan ergenlerin sosyo-demografik, ailesel ve kişiliksel özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 9, 257-264.
246. Izmir, M., Erman, H.,Canat, S. (1994) Evaluation of the Results of Eating Attitudes Test Applied in Three Different Schools of Ankara. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi/Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 1 (2), 70-74.

247. Tapajóz Pereira de Sampaio, F., Soneira, S., Aulicino, A.,Allegri, R.F. (2013) Theory of mind in eating disorders and their relationship to clinical profile. *European Eating Disorders Review*, 21 (6), 479-487.
248. Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E.,Jeczmien, P. (2006) Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency? *Depression and anxiety*, 23 (6), 331-339.
249. Robin, A.L., Gilroy, M.,Dennis, A.B. (1998) Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 18 (4), 421-446.
250. Butow, P., Beumont, P.,Touyz, S. (1993) Cognitive processes in dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14 (3), 319-329.
251. Blake, W., Turnbull, S.,Treasure, J. (1997) Stages and processes of change in eating disorders: Implications for therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4 (3), 186-191.
252. Stice, E., Killen, J.D., Hayward, C.,Taylor, C.B. (1998) Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: a 4-year survival analysis. *Journal of abnormal psychology*, 107 (4), 671.
253. Lavender, J.M., Wonderlich, S.A., Engel, S.G., Gordon, K.H., Kaye, W.H.,Mitchell, J.E. (2015) Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev*, 40, 111-122.
254. Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. ve diğerleri. (2014) Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive psychiatry*, 55 (3), 565-571.
255. Haynos, A.F., Roberto, C.A., Martinez, M.A., Attia, E.,Fruzzetti, A.E. (2014) Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *Int J Eat Disord*, 47 (8), 888-891.
256. Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J.,Schmidt, U. (2010) Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72 (1), 73-79.
257. Parling, T., Mortazavi, M.,Ghaderi, A. (2010) Alexithymia and emotional awareness in anorexia nervosa: time for a shift in the measurement of the concept? *Eating behaviors*, 11 (4), 205-210.
258. Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J. ve diğerleri. (2012) Emotional processing following recovery from anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20 (6), 502-509.
259. Schmidt, U.,Treasure, J. (2006) Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, 45 (3), 343-366.
260. Wildes, J.E., Ringham, R.M.,Marcus, M.D. (2010) Emotion avoidance in patients with anorexia nervosa: Initial test of a functional model. *International Journal of Eating Disorders*, 43 (5), 398-404.
261. Racine, S.E.,Wildes, J.E. (2013) Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *Int J Eat Disord*, 46 (7), 713-720.
262. Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M.G., Pfeiffer, N., Herzog, W.,Friederich, H.-C. (2012) Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry research*, 200 (2), 550-553.
263. Racine, S.E.,Wildes, J.E. (2015) Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *Int J Eat Disord*, 48 (1), 55-58.

264. Krause, E.D., Mendelson, T.,Lynch, T.R. (2003) Childhood emotional invalidation and adult psychological distress: the mediating role of emotional inhibition. *Child Abuse Negl*, 27 (2), 199-213.
265. Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B.,Oncu, F. (2009) Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. *J Psychoactive Drugs*, 41 (1), 85-92.
266. Taylor, G.J., Bagby, R.M.,Parker, J.D. (1999). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness: Cambridge University Press.
267. Aust, S., Härtwig, E.A., Heuser, I.,Bajbouj, M. (2013) The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (3), 225.
268. Bowlby, J. (1979) The Making and Breaking of Affectional Bonds. London (Tavistock) 1979.
269. Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P. ve diğerleri. (2015) Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *Int J Eat Disord*.
270. Tasca, G.A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N. ve diğerleri. (2009) Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47 (6), 662-667.
271. Oldershaw, A., Hambrook, D., Stahl, D., Tchanturia, K., Treasure, J.,Schmidt, U. (2011) The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neurosci Biobehav Rev*, 35 (3), 970-988.
272. Karukivi, M.,Saarijärvi, S. (2014) Development of alexithymic personality features. *World journal of psychiatry*, 4 (4), 91.
273. Corstorphine, E. (2006) Cognitive–emotional–behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14 (6), 448-461.
274. Speranza, M., Loas, G., Wallier, J.,Corcos, M. (2007) Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study. *J Psychosom Res*, 63 (4), 365-371.
275. Parker, J.D., Michael Bagby, R., Taylor, G.J., Endler, N.S.,Schmitz, P. (1993) Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7 (4), 221-232.
276. Balottin, L., Nacinovich, R., Bomba, M.,Mannarini, S. (2014) Alexithymia in parents and adolescent anorexic daughters: comparing the responses to TSIA and TAS-20 scales. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 10, 1941-1951.
277. Picardi, A., Toni, A.,Caroppo, E. (2005) Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five'factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74 (6), 371-378.
278. Taylor, G.J., Parker, J.D., Bagby, R.M.,Bourke, M.P. (1996) Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res*, 41 (6), 561-568.
279. Davies, H., Swan, N., Schmidt, U.,Tchanturia, K. (2012) An experimental investigation of verbal expression of emotion in anorexia and bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 20 (6), 476-483.
280. Caglar-Nazali, H.P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O. ve diğerleri. (2014) A systematic review and meta-analysis of 'Systems for

Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 42, 55-92.

281. Davies, H., Schmidt, U., Stahl, D.,Tchanturia, K. (2011) Evoked facial emotional expression and emotional experience in people with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 44 (6), 531-539.
282. Fladung, A.-K., Grön, G., Grammer, K., Herrnberger, B., Schilly, E., Grasteit, S. ve diğerleri. (2009) A neural signature of anorexia nervosa in the ventral striatal reward system. *American Journal of Psychiatry*, 167 (2), 206-212.
283. Montebarocci, O., Codispoti, M., Surcinelli, P., Franzoni, E., Baldaro, B.,Rossi, N. (2006) Alexithymia in female patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11 (1), 14-21.
284. Gillberg, I.C., Billstedt, E., Wentz, E., Anckarsäter, H., Råstam, M.,Gillberg, C. (2010) Attention, executive functions, and mentalizing in anorexia nervosa eighteen years after onset of eating disorder. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32 (4), 358-365.
285. Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K.M., Liuksila, P.R. ve diğerleri. (2011) Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry Res*, 187 (1-2), 254-260.
286. Baker, L., Minuchin, S., Liebman, R.,Rosman, B.L. (1978). Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context: Harvard University Press.
287. Di Paola, F., Faravelli, C.,Ricca, V. (2010) Perceived expressed emotion in anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 51 (4), 401-405.

EKLER

EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

1.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ

Başvuru Tarihi:

Adı-Soyadı:

Cinsiyeti: □Kız □Erkek

Dosya No:

Doğum Tarihi:.../…/…

Yaşadığı Yer:

Yaş:

Sınıfı:

Tel :

Bilgi kaynağı:

Aile yapısı:

Anne Yaşı/Eğitimi/Mesleği……./……./…….

Baba Yaşı/Eğitimi/Mesleği……./……./…….

Kardeşler (yaş, cinsiyet):

Ailenin ortalama aylık geliri:

2. ÖZGEÇMİŞ/SOYGEÇMİŞ BİLGİLERİ

Gelişim öyküsü:

Prenatal Sorun/Perinatal sorun……./…….

Tıbbi hastalık öyküsü:

Kullandığı psikiyatrik ilaçlar:

Ailede psikiyatrik öykü:

Ailede tıbbi hastalık öyküsü:

Organik tanı:

Geçmişteki psikiyatrik öykü:

Ailede benzer bedensel belirti öyküsü:

3. KLİNİK BİLGİ

Psikiyatri polikliniğine ilk başvuru yaşı:

Başvuru yakınmasının tanımı:

Belirtinin sıklığı:

Belirtinin süresi:

Hastaneye başvurma süresi:

Belirtileri başlatan nedenler:

Belirtiler başlamadan önce fiziksel hastalık varlığı:

Hastalık nedeniyle okul devamsızlığı:

Tedavi planı:

İlaç tedavisi:

EK 2: Hollingshead-Redich Ölçeği

Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redich Ölçeğini kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan "genel ya da "gestalt" bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden "1" şeklinde kodlanmalıdır).

-Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile	1
-Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	2
-Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	3
-Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba	4
-Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba	5
-Bilinmeyen	9

EK 3: Yeme Tutumu Testi

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "**f**" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "**a**" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima b: Çok sık c: Sık sık d: Bazen e: Nadiren f: Hiçbir zaman

1. Başkaları ile birlikte yemek yemektenhoşlanırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeğiyemem.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
6. Aklım fikrim yemektedir.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksekkalorili yiyeceklerden kaçınırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
12. Ailem fazla yememi bekler.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
13. Yemek yedikten sona kusarım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dekegzersiz yaparım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
17. Günde birkaç kere tartılırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
19. Et yemekten hoşlanırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)

20. Sabahları erken uyanırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
23. Adetlerim düzenlidir.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşguleder.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzunsürer.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
28. Müshil kullanırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
33. Yemek konusunda başkalarının banabaskı yaptığını hissederim.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
34. Yiyecekle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
35. Kabızlıktan yakınırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
37. Perhiz yaparım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemektenhoşlanırım.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)

EK 4. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz.

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı	Çoğu zaman	Hemen hemen her
1. Ne hissettiğim konusundanetimdir	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkatealırım	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkatederim	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarakbilirim	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimiönemserim	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşayaşarım	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimekızarım	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağımainanırım	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına İnanırım	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusunakapılırım.	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçlulukduyarım	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmektezorlanırım.	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem uzun zamanalır	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmazolur	1	2	3	4	5

EK 5: Gözlerden Zihin Okuma

Alıştırma

Kıskanmış Korkmuş



Rahatlamış Nefret ediyor

EK 6: Toronto Aleksitimi Ölçeği

TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ		**(1) Kesinlikle katılmıyorum**	**(2) pek katılmıyorum**	**(3) kararsızım**	**(4) kısmen katılıyorum**	**(5) kesinlikle katılıyorum**
1	Çoğu zaman hissettiğim duygularımın ne oldugunu tam olarak bilemem	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
2	Duygularımı tam olarak anlatacak sözcükleri bulmak benim için zordur.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
3	Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki, doktorlar bile ne olduğunu anlayamıyorlar.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
4	Duygularımı kolayca anlatabilirim.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
5	Sorunları sadece tanımlamaktan çok onları analız de ederım	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
6	Canım sıkkın olduğunda,üzüntülü mü, korkulu mu, yoksa kızgın mı olduğumu bilmem.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7	İçimdeki hisler beni sık sık şaşkına çeviriyor.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
8	Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok, işleri oluruna bırakmayı tercih ederim.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
9	Tam olarak tanıyamadıgım duygularım var.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
10	Şnsanların duygularıyla ilişkide olması gereklidir.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
11	İnsanlar hakkında neler hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
12	İnsanlar, duygularımı daha fazla anlatmamı isterler.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
13	İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

14	Çogu zaman nçin kızgın olduğumu bilmiyorum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
15	İnsanlarla, ne hissettiklerinden çok onların günlük faaliyetleri hakkında konuşmayı tercih ederim.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
16	Psikolojik içerikli oyunlardan ziyade 'hafif' eğlendirici gösterileri izlemeyi tercih ederim.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
17	İçimdeki duygularımı yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
18	Sessiz kaldığım anlarda bile, kendimi birisine yakın hissederim.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
19	Kişisel sorunları çözmek için duygularımı gözden geçirmeyi faydalı bulurum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
20	Filmlerdeki veya oyunlardaki gizli anlamları araştırmak bunlardan zevk almayı engeller.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

EK 7: KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği – Ergen Formu

AÇIKLAMA: Sevgili öğrenciler aşağıda bazı durumlara ilişkin düşünceler ifade eden cümleler bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuyarak o durumun size ne kadar uyduğunu düşünün ve kararınıza en uygun seçeneğin içine çarpı koyarak düşüncenizi belirtin. Cevaplarınızın kimseyle paylaşılmayacağından emin olun. Bu anketin sizin okul çalışmalarınızla bir ilgisi yoktur. Sizden düşüncelerinizi içten bir şekilde ifade etmeniz beklenmektedir. Lütfen tüm soruları cevaplamaya çalışın		**Bana hiç uygun değil**	**Bana biraz uygun**	**Bana oldukça uygun**	**Bana tamamen uygun**
1	Bir arkadaşım bir başarısından dolayı ödül aldığında onun sevincini ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )
2	Bir arkadaşım öğretmen tarafından azarlandığında üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
3	Sıkıntısı olan arkadaşlarım konuşmak için önce benim yanıma gelirler.	( )	( )	( )	( )
4	Karşımdaki kişiyi uzun süre dikkatle dinleyebilirim.	( )	( )	( )	( )
5	Arkadaşları tarafından dışlanan birini gördüğümde üzülürüm.	( )	( )	( )	( )
6	Karşımda ağlayan birini gördüğümde benim de gözlerim dolar.	( )	( )	( )	( )
7	Bir arkadaşım başından geçen üzücü bir olay anlattığında ben de kendimi üzgün hissederim.	( )	( )	( )	( )
8	Arkadaşlarımın canını sıkan bir şeyler olduğunda onlar söylemeseler de hal ve hareketlerinden anlarım.	( )	( )	( )	( )
9	Arkadaşlarımı anlama konusunda başarılı olduğuma inanıyorum.	( )	( )	( )	( )
10	Arkadaşlarım sorunlarını benimle rahatlıkla paylaşırlar.	( )	( )	( )	( )
11	Arkadaşlarım benimle konuştuktan sonra kendilerini iyi hissettiklerini söylerler.	( )	( )	( )	( )
12	Üzgün ve morali bozuk bir arkadaşımı gördüğümde benim de moralim bozulur.	( )	( )	( )	( )
13	Karşımda acı çeken birini gördüğümde aynı acıyı ben de hissederim.	( )	( )	( )	( )
14	Bir arkadaşım haksızlığa uğradığında üzülürüm.	( )	( )	( )	( )

15	Televizyonda ya da sinemada üzücü şeyler seyrettiğimde ben de üzülürüm	( )	( )	( )	( )
16	Bir arkadaşımın sorununu anlamak için onu sonuna kadar dinlerim.	( )	( )	( )	( )
17	Canı yanmış bir hayvan gördüğümde üzülürüm	( )	( )	( )	( )

EK 8: Duygu Dışavurumu Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda, birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

(D) (Y) 1-onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum
(D) (Y) 2-onun hasta olduğuna inanmıyorum
(D) (Y) 3-onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum
(D) (Y) 4-benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemlidir
(D) (Y) 5-onunla ilgili her şeyi, kendine özel şahsi meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışırım
(D) (Y) 6-onun varlığı beni deli ediyor
(D) (Y) 7-düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye
(D) (Y) 8-onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum
(D) (Y) 9-ona sık sık öğüt veriyorum
(D) (Y) 10-onunla uyuşamıyoruz
(D) (Y) 11-bıraktım artık ne hali varsa görsün
(D) (Y) 12-aile içinde onun her şeyiyle ben ilgilenirim
(D) (Y) 13-ona kırılıyor güceniyorum
(D) (Y) 14-onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim
(D) (Y) 15-onun üstüne titrerim
(D) (Y) 16-onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum ilgim sürekli onun üzerinde oluyor
(D) (Y) 17-o benim hayatımı yaşamama engel oluyor
(D) (Y) 18-dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum, o hasta oldu diye
(D) (Y) 19-onun yaptığı işleri beğenmiyorum
(D) (Y) 20-onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum
(D) (Y) 21-ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum
(D) (Y) 22-ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum
(D) (Y) 23-onun her şeyiyle ben ilgileniyorum
(D) (Y) 24-ondan ah bir kurtulsam diye düşündüğüm oluyor
(D) (Y) 25-huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyorum ve ondan uzak duruyorum
(D) (Y) 26-onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum
(D) (Y) 27-hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum
(D) (Y) 28-biz birbirimize benziyoruz

(D) (Y) 29-onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum

(D) (Y) 30-onunla iyi anlaşıyoruz

(D) (Y) 31-aklım fikrim hep onda başka bir şey düşünemiyorum

(D) (Y) 32-kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum

(D) (Y) 33-ondan uzak kalmak istiyorum

(D) (Y) 34-başıma bir sürü dert açıyor

(D) (Y) 35-o olmasa bütün işler yoluna girecek

(D) (Y) 36-bir zorlukla karşılaşırsam bu zorlukla başa çıkabiliyorum

(D) (Y) 37-onun her şeyiyle ilgilenmek bana zevk veriyor

(D) (Y) 38-öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım

(D) (Y) 39-huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım

(D) (Y) 40-onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum

(D) (Y) 41-onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum

EK 9: Algılanan Duygu Dışavurumu Ölçeği

AÇIKLAMA: Aşağıda sizin bakımınızla en çok ilgilenen aile ferdiyle aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen yakınınızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size uygunsa DOĞRU (D), uygun değilse YANLIŞ (Y) işaretleyin. Bunu yaparken son üç ayınızı düşünün.
Hastalığınız ve bakımınızla en çok ilgilenen kişiyi belirtiniz.

1. Benim bazı şeyleri kasten yaptığımı düşünüyor ve öfkeleniyor. (D) (Y)
2. Benim hasta olduğuma inanmıyor. (D) (Y)
3. Benimle sohbet etmekten hoşlanıyor. (D) (Y)
4. Onun için benim isteklerim diğer aile üyeninkilerden daha önemlidir. (D) (Y)
5. Benimle ilgili her şeyi, kendime özel konuları bile öğrenmeye çalışıyor. (D) (Y)
6. Benim varlığım onu deli ediyor. (D) (Y)
7. "Ne hata yaptım da o böyle oldu?" diye düşünüp düşünüp duruyor. (D) (Y)
8. Benim bazı yönlerimi beğeniyor ve takdir ediyor. (D) (Y)
9. Bana sık sık öğüt veriyor. (D) (Y)
10. Benimle uyuşamıyor. (D) (Y)
11. Beni "Ne halin varsa gör" diye bıraktı artık. (D) (Y)
12. Aile içinde benim her şeyimle o ilgileniyor. (D) (Y)
13. Bana kırılıyor, güceniyor. (D) (Y)
14. Benim fikirleri sonuna kadar dinler. (D) (Y)
15. Benim üstüme titrer. (D) (Y)
16. Benimleyken başka şeyle ilgilenemiyor, ilgisi hep benimle oluyor. (D) (Y)
17. Benim onun hayatını yaşamasına engel olduğumu düşünüyor. (D) (Y)
18. Ben hasta oldum diye dünya başına yıkılmış gibi geliyor. (D) (Y)
19. Benim yaptığım işleri beğenmiyor. (D) (Y)
20. Benim giyim kuşamımı beğenmiyor ve bunu sana söylüyor. (D) (Y)
21. Benden onun beklediği gibi davranmamı istiyor. (D) (Y)
22. Bana en ufak bir şey olacak diye endişeleniyor. (D) (Y)
23. Benim her şeyimle o ilgileniyor. (D) (Y)
24. Benden "Ah bir kurtulsam" diye düşündüğü oluyor. (D) (Y)
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğumda anlıyor ve benden uzak duruyor. (D) (Y)

26. Kendi işlerimi sıralı ve düzenli yapmam için beni sık sık ikaz ediyor. (D) (Y)
27. Hastaneye yatmam onu perişan ediyor, benden ayrılamıyor. (D) (Y)
28. Bizim birbirimize benzediğimizi düşünüyor. (D) (Y)
29. Benim yanlışlarımı düzeltmemi istiyor. (D) (Y)
30. Benimle iyi anlaşıyor. (D) (Y)
31. Aklı fikri hep bende, başka hiçbir şey düşünemiyor. (D) (Y)
32. Kendimi düzeltmem için sık sık eleştiriyor. (D) (Y)
33. Benden uzak kalmak istiyor. (D) (Y)
34. Başına bir sürü dert açtığımı düşünüyor. (D) (Y)
35. Ben olmasam bütün işlerin yoluna gireceğini düşünüyor. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşırsa başa çıkabileceğini düşünüyor. (D) (Y)
37. Benim her şeyimle ilgilenmek ona zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğimde benden uzak durmaz, beni yatıştırmaya çalışır. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğumda benimle sohbet etmeye çalışır. (D) (Y)
40. Benim hastalığımı abarttığımı düşünüyor. (D) (Y)
41. Moralim bozuk olduğunda genellikle o destek oluyor. (D) (Y)

EK 10. Beck Depresyon Ölçeği

YÖNERGE: Arkada, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede, o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, cevap kağıdında, o madde numaranın karşısında, size uygun ifadeye tekabül eden seçeneği bulup SADECE CEVAP KAĞIDINA İŞARETLEYİNİZ.

1- a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

2- a) Gelecekten umutsuz değilim.
b) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekten beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.

3- a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.

4- a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum).
b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.

5- a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.

6- a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7- a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.

8- a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.

9- a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.

10- a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem deağlayamıyorum.

11- a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.

12- a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.

13- a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14- a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.

15- a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışamıyorum.

16- a) Eskisi kadar kolay ve rahay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekraruyuyamıyorum.

17- a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.

c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.

18- a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.

19- a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.

20- a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka bir şey düşünemiyorum.

21- a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı.

EK 11: Çocuklarda Anksiyete Bozukluklarını Tarama Ölçeği

Aşağıda, insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için; eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise **2**'yi, biraz ya da bazen doğru ise **1**'i, doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünseniz de, **lütfen boş bırakmayın.**

0: Doğru değil ya da nadiren doğru

1: Biraz ya da bazen doğru

2: Doğru ya da çoğu zaman doğru

1	Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	**0**	**1**	**2**
2	Okuldayken başım ağrır.	**0**	**1**	**2**
3	İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	**0**	**1**	**2**
4	Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	**0**	**1**	**2**
5	Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	**0**	**1**	**2**
6	Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	**0**	**1**	**2**
7	Huzursuzum.	**0**	**1**	**2**
8	Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	**0**	**1**	**2**
9	Birçok insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	**0**	**1**	**2**
10	İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	**0**	**1**	**2**
11	Okuldayken karnım ağrır.	**0**	**1**	**2**
12	Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	**0**	**1**	**2**
13	Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	**0**	**1**	**2**
14	Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımdan endişelenirim.	**0**	**1**	**2**
15	Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	**0**	**1**	**2**
16	Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	**0**	**1**	**2**
17	Okula gitmekten endişe duyarım.	**0**	**1**	**2**

18	Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	**0**	**1**	**2**
19	Titrerim.	**0**	**1**	**2**
20	Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	**0**	**1**	**2**
21	İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	**0**	**1**	**2**
22	Korktuğum zaman çok terlerim.	**0**	**1**	**2**
23	Her şeyi kendime dert ederim.	**0**	**1**	**2**
24	Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	**0**	**1**	**2**
25	Evde yalnız kalmaktan korkarım.	**0**	**1**	**2**
26	İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	**0**	**1**	**2**
27	Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	**0**	**1**	**2**
28	Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	**0**	**1**	**2**
29	Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	**0**	**1**	**2**
30	Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	**0**	**1**	**2**
31	Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	**0**	**1**	**2**
32	İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	**0**	**1**	**2**
33	Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	**0**	**1**	**2**
34	Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	**0**	**1**	**2**
35	İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	**0**	**1**	**2**
36	Okula gitmekten korkarım.	**0**	**1**	**2**
37	Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	**0**	**1**	**2**
38	Korktuğum zaman başım döner.	**0**	**1**	**2**
39	Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissederim. (ör: Yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken)	**0**	**1**	**2**

40	İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissederim.	**0**	**1**	**2**
41	Utangacım.	**0**	**1**	**2**

EK 12: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ **Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde:**		**(1) Hiç bir zaman**	**(2) Nadiren**	**(3) Zaman zaman**	**(4) Sıklıkla**	**(5) Çok sık olarak**
1	Yeterli yemek bulamazdım.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
2	Ailemdekiler bana 'salak', 'beceriksiz' ya da 'tipsiz' gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
3	Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
4	Ailemde önemli ve özel biri olduğu duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
5	Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
6	Sevildiğimi hissediyordum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
7	Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyorum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
8	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
9	Ailemdekiler bana okadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı veya sıyrıklar oluşuyordu.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

10	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
11	Ailemde başka türlü olmasını istediğim birşey yoktu.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
12	Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
13	Aşlemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
14	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
15	Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
16	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyorum ki, öğretmen, komşu ya da doktorun bunu fark ettiği oluyor.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
17	Ailemden birisi benden nefret ederdi.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
18	Ailemdekiler kendilerini birbirine yakın hissederlerdi.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
19	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
20	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
21	Çocukluğum mükemmeldi.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
22	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
23	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
24	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
25	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
26	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

	inanıyorum.					
27	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐
28	Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1☐	2☐	3☐	4☐	5☐

EK 13: Ebeveyn Ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu

IPPA-ANNE

Aşağıda, anneniz ve babanızla olan ilişkileriniz hakkında cümleler verilmiştir. Her bir cümlede anlatılan durumu ne sıklıkla yaşadığınızı 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Bunu anne ve babanız için ayrı ayrı yapmanızı istemekteyiz.

Aşağıdaki maddeleri <u>annenizle ilişkinizi</u> göz önünde bulundurarak doldurunuz.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Asla Bazen Daima

1. Annem duygularıma saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Annem başka biri olsun isterdim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Annem beni olduğum gibi kabul eder.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sorunlarım hakkında annemle konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Evde kolayca keyfim kaçar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Annemin kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda annem bana yol gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Anneme kızgınlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Annemden pek ilgi görmüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kızgın olduğumda annem anlayışlı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Annem bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.	1	2	3	4	5	6	7

IPPA-BABA

Aşağıdaki maddeleri <u>babanızla ilişkinizi</u> göz önünde bulundurarak doldurunuz.

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Asla Bazen Daima

1. Babam duygularıma saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Babam başka biri olsun isterdim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Babam beni olduğum gibi kabul eder.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sorunlarım hakkında babamla konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Evde kolayca keyfim kaçar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Babamın kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda babam bana yol gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu babama anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Babama kızgınlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Babamdan pek ilgi görmüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kızgın olduğumda babam anlayışlı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Babam bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.	1	2	3	4	5	6	7