

Yeme Bozukluğu Hastalarının Bağlanma Paternlerinin Depresyon, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışı ile İlişkisinin İncelenmesi

Investigation of the Relationship Between Attachment Patterns and Depression, Self-Injury and Suicidal Behaviour of Eating Disorders Patients

Engin EKER^a

^aPsikoloji Bölümü,
İstanbul Aydın Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi,
İstanbul, TÜRKİYE

Received: 03 Apr 2019
Received in revised form: 19 Jul 2019
Accepted: 05 Aug 2019
Available online: 04 Sep 2019

Correspondence:
Engin EKER
İstanbul Aydın Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi,
Psikoloji Bölümü, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
engineker@aydin.edu.tr

ÖZET Amaç: Anoreksiya nervoza (AN) hastalarının bağlanma stillerini incelemektir. Bunun yanında, bağlanma stillerine paralel olarak bu hastalardaki depresyon ve intihar davranışını araştırmak ve korelasyonunu ortaya çıkarmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** AN tanısı almış, bir psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların yakın ilişkilerinde kurdukları bağlanma biçimlerinin ve depresyon-anksiyeteye bağlantısının incelenmesi amaçlanmıştır. Buna ek olarak, yaşanan depresyonun-anksiyetenin düzeyine ve derinliğine bağlı olarak da intihar düşünceleri, planları ve girişimlerinin derecesi belirlenmeye çalışılmıştır. Bu amaçla AN tanısı almış ve tedavisi devam etmekte olan 20 kadın hasta ile herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış 30 kadın denek, bahsedilen değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Kontrol grubu, uygun örnekleme yolu ile elde edilmiştir. Karşılaştırma için kullanılan ölçekler Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği ve Yeme Tutumu Testi 40 ve Demografik Bilgi Formu'dur. **Bulgular:** Araştırmanın sonuçlarına göre AN hastaları ile herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış kontrol grubu denekleri arasında bağlanma biçimleri açısından farklılık tespit edilmiştir. Hasta grubundaki deneklerin bağlanma biçimleri "kaçıngan bağlanma" şeklinde iken kontrol grubu deneklerinde "güvenli bağlanma" biçimi tespit edilmiştir. Benzer şekilde, hasta grubu deneklerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin kontrol grubu deneklerine göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Kendine zarar verme davranışı, intihar düşüncesi, planı ve girişiminde bulunma açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılaşma tespit edilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Yeme bozukluğu; bağlanma biçimi; depresyon; anksiyete; kendine zarar verme davranışı; intihar

ABSTRACT Objective: Examine attachment style of hospitalized patients with anorexia nervosa (AN). It aims to investigate depression and suicidal behavior in these patients and reveal correlations parallel to the attachment style. **Material and Methods:** This study also intent to examine depression and anxiety characteristics of patients hospitalized at a psychiatric clinic with a diagnosis of AN, besides their attachment style that they have established in close relationships. It aims to determine depression-anxiety experienced level also suicidal thoughts, plans and attempts degree depending on depth. To this end, 20 female patients who were diagnosed with AN and 30 women not diagnosed with any psychiatric disorder subjects were compared with each other in terms of the above-mentioned variables. The control group was obtained by convenient sampling model. The scales used in the study; Adult Attachment Scale, Hamilton Depression Rating Scale, Hamilton Rating Scale for Anxiety and Eating Attitudes Test 40. **Results:** According to the results of the study, it has been determined differences in attachment styles between hospitalized patients with AN and the control subjects without any psychiatric diagnosis. While attachment style of subjects in the patients group were avoidant attachment, in the control group subjects were secure attachment style. It has been also found high levels of depression and anxiety in the patients group compared to the control group. **Conclusion:** In terms of self-harm behavior, suicidal thoughts, plans and attempts, it has not been found a significant difference between patient and control groups.

Keywords: Eating disorders; attachment style; depression; anxiety; self-injury behavior; suicide

Yeme bozuklukları, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ile karakterize olan ve genel bir tıbbi durum veya bir başka psikiyatrik bozukluk nedeni ile ortaya çıkmamış olan ciddi bir psikiyatrik bozukluktur.¹ Başlıca üç klinik tabloyu içermektedir: *Anoreksiya nervoza* (AN), *bulimia nervoza* (BN) ve tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB).

AN'nin en çarpıcı üç özelliği, sağlıklı beden ağırlığını sağlayan beslenme davranışında kısıtlamaya gitmek ve minimum normal vücut kilosunu korumayı reddetmek, kilo almak ve şişmanlamak konusunda aşırı korku hissetmek ve aşırı düzeydeki zayıflığa rağmen beden imgesindeki bozulmaya bağlı olarak yine de kendisini şişman olarak algılamaktır. BN ise nöbetler hâlinde tekrarlayan abartılı yeme epizotlarıyla kendini gösterir ve hasta, beden imgesiyle sürekli zihinsel bir uğraş içinde olduğundan aşırı yeme ve kilo alımını telafi etmeye yönelik uygunsuz davranışlar sergiler: İstemli istemsiz kusma, diüretik ve laksatif kötüye kullanımı, aşırı bedensel hareketler gibi. Ayrıca hasta için öz değerlendirmede bedeninin şekli ve kilosu birincil kriterdir. TYB'de ise hasta, tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri yaşar, bu dönemlerde her zamankinden daha hızlı, daha çok miktarda yer. Ayrıca hasta, yediği miktar çok olduğu için utanır, bu sebeple yalnız yer ve yeme döneminden sonra ise kendisini kötü hisseder. Ancak bu kötü hissediş, hastanın herhangi bir telafi davranışında bulunmasını sağlamaz.²

Bu bozukluklar "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III-Revised (DSM-III-R)'de "bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar" başlığı altında yer alırken; DSM-IV'te, bu grup içinden çıkartılmış ve "yeme bozuklukları" başlığı altında ayrı bir bölüm olarak ele alınmıştır. DSM 5'te ise bu bozukluklar, sekiz alt gruba ayrılmıştır; AN, BN, TYB, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, pika sendromu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ile tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu.³

Yeme bozuklukları genelde ergenlik döneminde başlamakta ve ergenlerde daha yaygın olarak görülmektedir.^{4,5} Farklı olarak BN, genç

erişkinlikte de ortaya çıkabilmektedir.⁶ AN ve BN daha çok kadınları etkilemektedir. Tüm yeme bozuklukları içinde erkek hastaların oranı %10, AN için ise kadın-erkek oranı 10:1 civarındadır.⁷

Yeme bozukluklarıyla ilgili ilk çalışmalar daha çok endüstrileşmiş toplumlarda, üst sosyo-kültürel seviyede ve beyaz ırkta daha sık görüldüğünü bildirmişse de ağırlık ve şekle ilişkin belirli baskılar ve değerler farklı kültürler arasında farklılık gösterir. Çağdaş medyada kadınların algıladığı klişelere uygun olarak güzellik ve kabul arayışları, dünyanın dört bir yanındaki kadınların giderek artan sayıda yeme bozukluğu ile ilgili tutum ve davranışları geliştirmelerine yol açmaktadır. Batı ve post-sanayi toplumlarında bu fenomen, başlangıçta daha yüksek yaygınlık oranları göstermesine rağmen düzensiz yeme davranışları artık küresel olarak dağılmış görünmektedir.⁸⁻¹¹

Yeme bozuklukları ile depresif bozuklukların ortak risk faktörleri olduğu bildirilmiştir.¹² Ayrıca yeme rahatsızlığı olan kişilerdeki mortalite oranları, tüm psikiyatrik hastalıklar içinde en yüksek oranda olup, aynı zamanda yeme bozuklukları olmayan insanlardan ise 12 kat daha yüksektir. Mendolicchio ve ark., yaptıkları gözden geçirmede, AN'de intihar riskinin popülasyona göre 6-10 kat fazla olduğunu bildirmişlerdir.¹³ Franko ve Keel'e göre ise anoreksik kişilerin %20'si intihar girişiminde bulunurken, başarılı olanların oranı %5'tir.¹⁴ Yeme bozuklukları sıklıkla; %40-50 oranında depresyon, %60-70 oranında anksiyete bozuklukları, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi diğer psikolojik bozukluklarla da ilişkili bulunmuştur.^{4,15,16} Ayrıca yeme bozuklukları ile intihar amacı taşımayan kendine zarar verici davranışlar (saç çekme-koparma, deri kesme ve yakma vb.) arasında da yüksek bütta korelasyon araştırmacılar tarafından bildirilmiştir.¹⁷

YEME BOZUKLUĞU VE BAĞLANMA

Yeme bozukluklarını bağlanma kuramı üzerinden inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Bağlanma kuramı, yenidoğanın birincil bakım veren ile kurduğu sağlıklı bağın onun hayata tutunmasında ve sağlıklı bir ruhsal yapı inşa edebilme-

sinde yaşamsal öneme sahip olduğunu savunur. Bakım veren ile kurulan güvenli bağ, psikopatolojilere karşı da koruyucu bir işleve sahiptir. Bowlby (Akt. Dozier ve ark.), bir ebeveyn bir çocuğa yetersiz ya da sevelemesiz olduğu mesajını verdiğinde, çocukta daha sonra depresyon gelişmesi ihtimalinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Psikolojik olarak ulaşılammış ebeveyn, çocuklar için bir kayıp gibi deneyimlenir ve bu toksik deneyimler kontrol edilemezlik duygusuna sebep olur.¹⁸ Bu kontrol eksikliğine bağlı kontrol çabasının, anne-çocuk ilişkisinde çocuğun kendi bedenine döndüğü düşünülebilir.

Çalışmalar, güvensiz bağlanmanın ergenlik döneminde güçlü bir şekilde depresyonu yordadığını göstermektedir.¹⁹

Çoğunlukla genç kızlarda görülen bu rahatsızlık, temelde anne ve kızları arasında kurulamayan sağlıklı bağlara duygusal bir tepki olarak ortaya çıkabilmektedir. AN'lerde ilk dönem anne-çocuk ilişkisinde, annenin, bebeğin tüm taleplerine ihtiyaç gözüyle baktığı ve onu duygudan yoksun bir şekilde doyurduğu görülür. Anne, bebeğin her türlü anksiyetesine onu besleyerek mekanik bir şekilde yanıt verir. Açlık ile tokluk ya da açlık ile diğer huzursuz durumlar arasında ayırım yapamayan bebek, beden ile duygu arasındaki farkı anlayamaz. Ergenliğe gelindiğinde ise kişi arzularını tam olarak ayırıştırılmaz, onları benliğin bir bozulması gibi yaşar ve oral dürtüleriyle kontrol etmeye çalışır.²⁰

BN ise hızlı hızlı yemek ve çiğnemenin yutmak, daha çok bir boşluğu doldurma sorunu gibidir.²¹ Hızla yenen yiyeceğin aynı hızla çıkarılması da şiddet, öfke ve saldırganlık içeren bir nöbete benzemektedir.²²

Yeme tutumlarında bozulma olan bireylerin depresif kişilik özelliklerine sahip oldukları düşünüldüğünde, annenin kurulamayan güvenli bağlarının, kişilerin yaşama arzusuyla tutunmalarını engellediği ve bu durumun da depresif semptomları ortaya çıkardığı düşünülebilir. Depresif duygudurum da kişilerin tedavi girişimlerini reddetmelerine ve intihar davranışında bulunmalarına sebep olabilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Bu çalışmada anoreksik hastaların bağlanma biçimlerini, depresyon, anksiyete, kendine zarar verme ve intihar davranışları ile ilgili özelliklerini kontrol grubuyla karşılaştırmak için denekler arası kontrol gruplu deneysel desen kullanılmıştır.

KATILIMCI ÖRNEKLEM

Bu çalışma için Ocak 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Yeme Bozukluğu Biriminde ve Alman Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde tedavisi süren 15-25 yaş arası 20 AN hastası kadın deney grubu olarak seçilmiştir. Kontrol grubu olarak ise bu iki hastanenin başka bir polikliniğine başvurmuş, herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı almamış 15-25 yaş arası 30 kadın seçilmiştir. Her iki gruptaki denekler yaş, cinsiyet ve sosyokonomik düzey gibi değişkenler açısından eşit özellikleri taşımaktadır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Yeme Tutumu Testi (YTT-40)

Yeme Tutulumu Testi [Eating Attitudes Test-40 (EAT-40)], Garner ve Garfinkel, tarafından AN semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir.²³ EAT-40 ayrıca normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçmek amacıyla da kullanılmaktadır.²⁴ EAT-40'ın içsel geçerlilik çalışmasında, anoreksik hastalar için alfa değeri 0,79; anoreksik hastalar ve kontrol grubu için ise toplam alfa değeri 0,94'tür. Ölçeğin geçerlilik çalışmasında iki grup anoreksik hasta ve iki kontrol grubu kullanılmış ve katılımcıların toplam EAT-40 puanları ile ait oldukları gruplar arasında anlamlı ve yüksek bir korelasyon bulunmuştur ($r=0,87$, $p<0,001$).²³

EAT'de 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" yanıtlarından birini işaretlemektedirler.

Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği (EBBÖ)

EBBÖ iki bölümden oluşmaktadır. Hazan ve Shaver, tarafından geliştirilen ilk bölüm her biri erişkinleri “güvenli”, “kaygılı-ikircikli” ve “kaçıngan” olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır.²⁵

Ölçeğin Mikulincer ve ark. tarafından geliştirilen ikinci bölümü, katılımcıdan her birini 1-7 arasında puanlanması istenen 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir bağlanma biçemi 5 madde ile temsil edilmektedir ve en yüksek puan hangisinden alındıysa ölçeği dolduran bireyin bağlanma biçimini belirlemektedir.²⁶ Ölçeğin ikinci bölümünün iç tutarlılığı “kaçıngan” ve “kaygılı/ikircikli” bağlanma için kabul edilebilir bulunurken (Cronbach alfa, sırasıyla= 0,61 ve 0,66), yazında daha önce vurgulanan bir sınırlılık olarak, “güvenli” bağlanma biçemi için zayıf bulundu (Cronbach alfa=0.42).^{27,28} Keserir ve ark., ölçeğin ikinci bölümü kategorik olarak işaretlendiğinde, ilk bölümle olan tutarlılığın %55 olduğunu bildirmişlerdir. Ancak “kaçıngan-kaygılı ve ikircikli bağlanma” “güvensiz bağlanma” olarak birlikte ele alındığında, birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlılık %82 artmaktadır. Bu sebeple istatistiki değerlendirmede ve karşılaştırmalarda puan ortalamaları kullanılmıştır.²⁹

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği [Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)], Hamilton tarafından geliştirilmiş ve depresyonun şiddetini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Depresif semptomları ölçmek amacıyla klinisyen tarafından uygulanan ölçekler arasında en sık kullanılanıdır. Orijinal ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. HAM-D ölçeğinde maddeler 0-4 ve 0-2 arasında işaretlenmektedir. Ölçülebilir şiddette olanlar 0-4 arasında derecelendirilir ve 4, o semptomun şiddetli olduğunu gösterir.³⁰ Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması HAM-D adıyla Akdemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Kesme noktaları 23<; çok şiddetli, 19-22; şiddetli, 14-18; orta derecede, 8-13; hafif derecede ve 7≥ normal olarak saptanmıştır.³¹ HAM-D iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,75, güvenilirlik katsayısı ise 0,76 olarak bulunmuştur.

Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği

Hamilton tarafından geliştirilen bu ölçek bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Hem ruhsal hem bedensel belirtileri sorgulayan 14 maddeden oluşur. Ölçekte maddelerin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değerlendirilir. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği [Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A)]’nde anksiyetenin bedensel ve psikişik belirtilerinin değerlendirildiği 14 madde bulunmaktadır. Değerlendirme, belirti şiddetine göre 0-4 puan arasında yapılmaktadır.³² Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması, Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır.³³

Demografik Soru Formu

Demografik Soru Formu, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Formda kişinin demografik bilgilerini elde edebilmek için doğum yılı, anne-baba medeni, eğitim ve ekonomik durumu, kardeş sayısı gibi sorular bulunmaktadır. Form, deneklerin kendine zarar verme, intihar düşüncesi, planı ve davranışı gibi konulardaki özelliklerini sınavan soruları da kapsamaktadır. Ayrıca kişilerin beslenme alışkanlıklarını anlayabilmek için günlük öğünlerin nerede ve nasıl tüketildiği, “fast-food” ve abur cubur yeme alışkanlıkları konularında sorulara da yer verilmiştir.

İŞLEM

Araştırma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uygun olarak tasarlanmış ve Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Müdürlüğünden onay alınmıştır. Hasta grubu için, Ocak 2013-Haziran 2013 tarihleri arasında İstanbul Alman Hastanesi Psikiyatri Servisi Yeme Bozukluğu Birimine ve İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Yeme Bozukluğu Birimine başvuran ve AN tanısını karşılayan 15-25 yaş arası genç kadınlar çalışmaya alınmıştır. Kontrol grubu içinse aynı hastanelerin herhangi bir polikliniğine başvurmuş ve ruhsal bozukluk tanısı almamış 15-25 yaş arası genç kadınlar seçilmiştir.

Katılımcılara, uygulamadan önce çalışmanın amacını anlatan genel bir bilgilendirmeyi kapsayan “Aydınlatılmış Onam Formu” verilmiş ve katılımcılardan çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul

ettiklerine dair onay alınmıştır. Katılımcılara Demografik Bilgi Formu, AAS, HAM-D, HAM-A ve EAT-40 uygulanmıştır. Katılımcılarla, ölçeklerin uygulanmasından önce güven ilişkisini kurabilmek ve iş birliği düzeylerini artırabilmek amacıyla ön görüşme yapılmış, hastalık ve tedavi öyküleri alınmıştır. Katılımcıların onayları alındıktan sonra ise uygulamalara geçilmiştir. Her bir görüşme, yaklaşık 90-120 dakika arasında sürmüştür.

Araştırmanın Soruları

1. AN hastaları hangi bağlanma paternini (güvenli, kaçınan, kaygılı-ikircikli)? sıklıkla göstermektedir. Anorektikler, sıklıkla gösterdikleri bağlanma paterni açısından herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan kontrol grubu deneklerinden farklılaşmakta mıdır?

2. AN hastalarının depresyon ve anksiyete belirtileri gösterme oranı nedir? Bu oran, herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan kontrol grubu deneklerine göre farklılık arz etmekte midir?

3. AN hastalarının intihar düşüncesi, planı ve davranışı gösterme eğilimi ne düzeydedir? Bu eğilim, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan denek grubuyla anoreksik hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılık arz etmekte midir?

Araştırmanın Hipotezleri

1. Anorektik hastaların güvenli bağlanma dışındaki bağlanma paternlerini daha çok gösterdikleri üzerinedir. Kaygılı-ikircikli ve kaçınan bağlanma paternleri açısından herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan kontrol grubu deneklerine göre de anlamlı bir farklılık söz konusu olacaktır. Bu da AAS ölçeğinde anoreksik hastaların, ruhsal bozukluğu olmayan kontrol grubu deneklerinden pozitif yönde anlamlı olarak farklılaşacağı anlamına gelmektedir.

2. Anoreksik hastaların, HAM-D ve HAM-A'da herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan kontrol grubu deneklerine göre pozitif yönde anlamlı düzeyde farklı sonuçları olacağı üzerinedir.

3. Anoreksik hastaların intihar düşüncesi, planı ve davranışı gösterme eğilimlerinin kontrol grubu deneklerinden pozitif yönde anlamlı düzeyde farklı olacağı yönündedir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada AN hastalarına ulaşmak ve ölçekleri uygulamak konusunda sıkıntı yaşanmıştır. Öngörülen çalışma süresinde hasta grubu ve kontrol grubu için 30'ar deneye ulaşmak amaçlanmış, ancak kontrol grubunda 30 denek çalışmaya katılırken, hasta grubunda 20 denek çalışmaya dâhil olabilmştir. Bunun sebebi, anoreksik hastaların gösterdikleri semptomları bütüncül olarak değil parça parça değerlendirilerek tıbbi yardım aramalarıdır. Bu durum, onların farklı disiplinlerde belli semptomların tedavisiyle ilgilenmelerine sebep olduğundan psikiyatri kliniklerine ulaşmaları zaman almaktadır. Ayrıca AN'nin psikiyatrik bir bozukluk olduğu bilincinde olanların da tedavi programlarına dâhil olmakta ve programın içinde iş birliği göstermekte yaşadıkları direnç, kliniğe ulaşmalarına ya da tekrar tedavi arayışlarına engel olmaktadır.

Bu nedenlerden dolayı araştırmada anoreksik hastalara ulaşmak konusunda ciddi sıkıntı yaşanmış, planlanan denek sayısına ulaşmak mümkün olamamıştır. Bu sebeple Hasta ve Kontrol gruplarında istatistiki olarak değerlendirme yapılacak düzeye ulaşılabilmesi için bazı değerlendirmelerde grup sayıları açısından yeterlilik sağlanabilmesi için birleştirmeler yapılmıştır. İstatistiki açıdan dar gruplu karşılaştırmalarda niceliksel farklılıkların daha fazla ortaya çıkacağı düşünüldüğünden sonuçların kesinliği bu sebeple etkilenmiş olma ihtimalini taşımaktadır.

BULGULAR

AN hastası hasta grubu ve ruhsal bozukluk tanısı almamış kontrol grubu denekleri; bağlanma, depresyon, anksiyete ve intihar değişkenlerinin yanı sıra bu değişkenlere etkileri olabileceği düşünülen aile ve arkadaş ilişkileri, sosyoekonomik düzey, ilgi alanları, beslenme özellikleri, diyet davranışları gibi yan değişkenler açısından da değerlendirmeye tabi tutulmuşlardır.

Araştırmada, hasta grubunda 20 AN hastası kadın; kontrol grubunda ise ruhsal hastalık tanısı almamış 30 kadın olmak üzere toplam 50 denek kullanılmıştır. Tablo 1'de Hasta Grubundaki deneklerin çocukluk ve yetişkinlik çağlarındaki bağ-

lanma biçemleri sonuçları verilmiştir. AAS'nin ilk bölümünde, çocukluk çağı ilişkilerine bakılmaktadır. Anne-baba ile kurulan yakın ilişkilerin ve genel davranış özelliklerinin bağlanma stilleri üzerinden nasıl tanımlandığının sorulduğu seçenek bölümüne "A=Güvenli bağlanma", "B=Kaygılı-kaçınan bağlanma", "C=İkircikli bağlanma" yanıtları verilmiştir. Ölçeğin ikinci bölümünde ise erişkinlik çağı bağlanma biçemlerini tanımlayan sorulara verilen yanıtlar, en yüksek puana göre bağlanma biçimini belirlemiştir. Bu açıdan ölçekle hasta grubunda çocukluk ve erişkinlik çağı bağlanma biçemlerinin karşılaştırılması sağlanmıştır. Buna göre hasta grubunda "güvenli" bağlananların oranı, çocukluk çağına %45, erişkinlik çağına %40'tır. "Kaçınan" bağlananların oranı ise çocukluk çağına %35, erişkinlik çağına %40'tır. "Kaygılı-ikircikli" bağlananların oranı da çocukluk çağına %20, erişkinlik çağına %20 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre hasta grubu denekleri, ço-

cukluk ve erişkinlik çağı bağlanma stilleri açısından farklılaşmamaktadır ($p<0,05$).

Tablo 2'de ise kontrol grubu deneklerinin ölçeğin çocukluk ve erişkinlik çağı bölümlerine verdikleri yanıtlara göre belirlenen bağlanma biçemleri karşılaştırılmıştır. Buna göre kontrol grubunda "güvenli" bağlananların oranı çocukluk çağına %70, erişkinlik çağına %63,3'tür. "Kaçınan" bağlananların oranı ise çocukluk çağına %6,7, erişkinlik çağına %16,7'dir. "Kaygılı-ikircikli" bağlananların oranı da çocukluk çağına %23,3, erişkinlik çağına %20 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre kontrol grubu denekleri, çocukluk ve erişkinlik çağı bağlanma stilleri açısından farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 3'te, hasta ve kontrol grubu deneklerinin ölçeğin çocukluk çağındaki bağlanma biçemleri açısından değerlendirilmesi görülmektedir. Buna göre çocukluk çağına hasta grubunun "gü-

TABLO 1: Hasta grubu bağlanma biçemlerinin çocukluk ve erişkinlik çağına göre ki-kare testi sonuçları.

Hasta grubu bağlanma biçemleri	Çocukluk		Erişkinlik		χ^2	p
	n	%	n	%		
A- Güvenli bağlanma	9	45	8	40	6,042	0,196
B- Kaçınan bağlanma	7	35	8	40		
C- Kaygılı-ikircikli bağlanma	4	20	4	20		
Toplam	20	100	20	100		

TABLO 2: Kontrol grubu bağlanma biçemlerinin çocukluk ve erişkinlik çağına göre ki-kare testi sonuçları.

Kontrol grubu bağlanma biçemleri	Çocukluk		Erişkinlik		χ^2	p
	n	%	n	%		
A- Güvenli bağlanma	21	70	19	63,3	1,49	0,481
B- Kaçınan bağlanma	2	6,7	5	16,7		
C- Kaygılı-ikircikli bağlanma	7	23,3	6	20		
Toplam	30	100	30	100		

TABLO 3: Çocukluk dönemi bağlanma biçemlerinin hasta ve kontrol gruplarına göre ki-kare testi sonuçları.

Bağlanma biçemleri	Hasta grubu çocukluk		Kontrol grubu çocukluk		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
A- Güvenli bağlanma	9	30	21	70	30	100	6,662	0,036
B- Kaçınan bağlanma	7	77,8	2	22,2	9	100		
C- Kaygılı-ikircikli bağlanma	4	36,4	7	63,6	11	100		
Toplam	20	40	30	60	50	100		

venli” bağlanma oranı (sattır içerisinde) %30, kontrol grubunun ise %70’tir. Hasta grubunun “kaçınan” bağlanma oranı %77,8 iken kontrol grubunun %22,2’dır. Hasta grubunun “kaygılı-ikircikli” bağlanma oranı ise %36,4, kontrol grubunun ise %63,6’dır. Sonuç olarak, hasta ve kontrol grupları, çocuklukta bağlanma biçimleri açısından anlamlı derecede farklılaşmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 4’te ise hasta ve kontrol grubu deneklerinin ölçüğün erişkinlik çağındaki bağlanma biçimleri açısından değerlendirilmesi görülmektedir. Buna göre erişkinlik çağında hasta grubunun “güvenli” bağlanma oranı (sattır içerisinde) %29,6; kontrol grubunun ise %70,4’tür. Hasta grubunun “kaçınan” bağlanma oranı %61,5 iken kontrol grubunun %38,5’tir. Hasta grubunun “kaygılı-ikircikli” bağlanma oranı ise %40, kontrol grubunun %60’tır. Sonuç olarak, hasta ve kontrol grupları, erişkinlikteki bağlanma biçimleri açısından anlamlı derecede farklılaşmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 5’te görüldüğü üzere, hasta ve kontrol grupları, HAM-D ve HAM-A’dan aldıkları toplam puanların ortalamaları üzerinden karşılaştırılmıştır. Buna göre, AN hastası deneklerin, “depresyon” puanları ortalaması 19,10 iken kontrol grubu deneklerin ortalaması 6,63’tür. Ayrıca AN hastası deneklerin “anksiyete” puanlarının ortalaması 19,70 iken kontrol grubu deneklerin ortalaması 6,73’tür. Görüldüğü gibi hasta grubu deneklerinin HAM-D ($p<0,05$) ve HAM-A’dan aldığı puanların ortalamaları, istatistiki olarak anlamlı düzeyde kontrol grubu deneklerinin puanlarının ortalamalarından daha fazla bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 6’da görüldüğü gibi hasta grubu denekleri ve kontrol grubu denekleri HAM-A’dan aldıkları puanlara göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmanın istatistiki olarak anlamlılık sağlayabilmesi için uygun olan ayırım “hafif” ve orta-ağır” anksiyete düzeyi olarak yapılmıştır. Buna göre hasta grubu deneklerinin %40’ında hafif düzeyde

TABLO 4: Erişkinlik dönemi bağlanma biçimlerinin hasta ve kontrol gruplarına göre ki-kare testi sonuçları.

Bağlanma biçimleri	Hasta grubu erişkinlik		Kontrol grubu erişkinlik		Toplam		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
A-Güvenli bağlanma	8	29,6	19	70,4	27	100		
B-Kaçınan bağlanma	8	61,5	5	38,5	13	100	3,723	0,155
C-Kaygılı-ikircikli bağlanma	4	40	6	60	10	100		
Toplam	20	40	30	60	50	100		

TABLO 5: Depresyon ve Anksiyete Ölçeklerinin toplam puan ortalamalarının hasta ve kontrol grubu açısından karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
H-Dep. Top.	19,10	11,92	6,63	3,70	5,378	0,000***
H- Ank.Top.	19,70	11,52	6,73	5,09	5,440	0,000***

*** $p< ,001$.

TABLO 6: Hamilton Anksiyete Ölçeğinden alınan puanlara göre hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması.

Anksiyete	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Hafif	8	40,0	28	93,3		
Orta-ağır	12	60,0	2	6,7	16,93	0,000***

*** $p< ,001$.

anksiyete bulunmuşken, %60'ında orta-ağır düzeyde anksiyete tespit edilmiştir. Kontrol grubu deneklerinde ise hafif düzeyde anksiyete tespit edilenlerin oranı %93,3 iken, orta-ağır anksiyete gösterenlerin oranı %6,7'dir. Bu açıdan hasta grubu deneklerinde, istatistiki olarak kontrol grubu deneklerine göre anlamlı düzeyde daha fazla anksiyete olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 7'de görüldüğü gibi, hasta ve kontrol grupları HAM-A'nın alt kategorileri olan "Psşik" ve "Somatik" Anksiyete kategorilerinden aldıkları puan ortalamalarına göre de karşılaştırılmıştır. Hasta Grubu deneklerinin "Psşik Anksiyete" ortalaması 7,90 iken kontrol grubunun 3,48 olmuştur. Ayrıca hasta grubu deneklerinin "Somatik Anksiyete" ortalaması 11,80 iken kontrol grubunun 3,30 olmuştur. Buna göre AN hastası denekler, hem "Psşik" ($p<0,05$) hem de "Somatik Anksiyete" puanları açısından ruh bozukluğu tanısı almamış, kont-

rol grubu deneklerine göre anlamlı derecede daha fazla puan almışlardır ($p<0,05$).

Tablo 8'de görüldüğü gibi, hasta ve kontrol grupları HAM-D'den aldıkları puanlara göre karşılaştırılmıştır. Değerlendirmede, ölçeğin ayırım kategorileri olan "yok, hafif, orta ve ağır" şeklinde istatistiki olarak bir anlamlılık elde edilememiştir. Bu sebeple ayırım, depresyonun yokluğu ve varlığı üzerine yapılmıştır. Bu şekilde incelendiğinde, hasta grubu deneklerinde depresyonu olanların oranı %85 iken kontrol grubunda bu oran %40 olarak bulunmuştur. Bu açıdan, hasta grubunda depresyonun görülme oranı, kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde fazladır ($p<0,05$).

Tablo 9'da hasta ve kontrol grupları, kendine fiziksel zarar verme davranışları (saç çekme-koparma, deri kesme ve yakma vb.) açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre, hasta grubunda kendine

TABLO 7: Psşik ve Somatik Anksiyete puanlarına göre hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		t	p
	Ort.	SS	Ort.	SS		
Psşik	7,90	4,58	3,48	2,96	4,109	0,000
Somatik	11,80	7,63	3,30	2,61	5,646	0,000

TABLO 8: Hamilton Depresyon Ölçeği'nden alınan puanlara göre hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Depresyon						
Yok	3	15,0	18	60,0		
Hafif	7	35,0	12	40,0		
Orta	4	20,0				
Ağır	6	30,0				-
Depresyon (Var-Yok)						
Yok	3	15,0	18	60,0		
Var	17	85,0	12	40,0	9,97	0,002**

** $p<0,01$.

TABLO 9: Hasta ve kontrol gruplarının kendine fiziksel zarar verme açısından karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kendinize fiziksel zarar verdiniz mi?						
Evet	8	40,0	7	23,3		
Hayır	12	60,0	23	76,7	1,58	0,208

fiziksel zarar veren deneklerin oranı %40 iken, kendine zarar vermeyenlerin oranı %60 olmuştur. Kontrol grubunda ise kendine zarar verenlerin oranı %23,3 iken bu soruya “hayır” diyenlerin oranı %76,7’dir. Hasta ve kontrol grupları arasında kendine fiziksel zarar verme açısından anlamlı derecede bir farklılaşma tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 10’da ise hasta ve kontrol grupları, intihar düşüncesi geliştirmeleri üzerinden karşılaştırılmıştır. Buna göre, hasta grubunda hayatına son vermeyi isteyecek kadar kendini kötü hissettiğini bildiren deneklerin oranı %20 iken, bu soruya “Hayır” diyenlerin oranı %80’dir. Kontrol grubunda ise deneklerin %23,3’ü hayatına son vermeyi isteyecek kadar kötü hissettiğini bildirirken, %76,7’si intiharı hiç düşünmediğini bildirmiştir. Hayatında bir kez olsun intiharı isteme düşüncesi açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 11’de ise hasta ve kontrol grupları intiharı planlama açısından karşılaştırılmıştır. Buna

göre, hasta grubunda deneklerin %15’i intihar etmeyi planlamış olduğunu bildirirken, %85’i intiharı hiç planlamadığını bildirmiştir. Kontrol grubunda ise deneklerin %10’u intihar etmeyi planlamış olduğunu bildirirken deneklerin %90’ı intiharı hiç planlamadığını bildirmiştir. İntihar etmeyi planlama açısından hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 12’de görüldüğü gibi, hasta ve kontrol grupları intihar girişiminde bulunma durumları açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre, hasta grubunda deneklerin %15’i daha önce intihar girişiminde bulunduğunu bildirirken, %85’i daha önce intihar girişiminde bulunmadığını bildirmiştir. Kontrol grubunda ise deneklerin %10’u intihar girişiminde bulunduğunu bildirirken, %90’ı daha önce intihar girişiminde bulunmadığını bildirmiştir. Buna göre, hasta ve kontrol grupları arasında intihar girişiminde bulunma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0,05$).

TABLO 10: İntihar düşüncesi açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
İntiharı isteyecek kadar kendinizi kötü hissettiğiniz oldu mu?						
Evet	4	20,0	7	23,3		
Hayır	16	80,0	23	76,7		-

TABLO 11: İntiharı planlama açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Hiç intihar etmeyi planladınız mı?						
Evet	3	15,0	3	10,0		
Hayır	17	85,0	27	90,0		0,672

TABLO 12: İntihar girişiminde bulunma açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?						
Evet	3	15,0	3	10,0		
Hayır	17	85,0	27	90,0		0,672

Tablo 13'te, hasta ve kontrol grupları "fast-food" yeme oranlarına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, hasta grubundaki deneklerin %25'i "fast-food" yediğini bildirirken, %75'i yemediğini bildirmiştir. Kontrol grubundaki deneklerin ise %83,3'ü "fast-food" yediğini bildirirken, %16,7'si "fast-food" yemediğini bildirmiştir. Kontrol grubundaki deneklerin "fast-food" yeme oranlarının hasta grubu deneklerinden anlamlı olarak fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 14'te hasta ve kontrol grupları, abur cubur yeme oranlarına göre karşılaştırılmıştır. Buna göre, hasta grubundaki deneklerin %40'ı abur cubur yediğini bildirirken, %60'ı yemediğini bildirmiştir. Kontrol grubundaki deneklerin ise

%83,3'ü abur cubur yediğini bildirirken, %16,7'si abur cubur yemediğini bildirmiştir. Kontrol grubundaki deneklerin abur cubur yeme oranlarının, hasta grubu deneklerinden anlamlı olarak fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 15'te görüldüğü gibi, hasta ve kontrol grupları, günlük öğün (kahvaltı, öğle yemeği, akşam yemeği) biçimleri açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre hasta grubundaki deneklerin tamamı (%100) sabah kahvaltılarını evde yediklerini bildirirken, kontrol grubu deneklerinin %36,7'si evde, %63,3'ü dışarıda kahvaltı ettiğini bildirmiştir. Ek olarak hasta grubu deneklerinin %75'i öğle yemeklerini evde yediklerini belirtirken, %25'i dışarıda yediğini bildirmiştir. Kontrol grubu deneklerinin ise %20,7'si

TABLO 13: "Fast-food" yeme oranları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
"Fast-food" yer misiniz?						
Evet	5	25,0	25	83,3		
Hayır	15	75,0	5	16,7	17,01	0,001

TABLO 14: Abur cubur yeme oranları açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cips, abur cubur vs. yer misiniz?						
Evet	8	40,0	25	83,3		
Hayır	12	60,0	5	16,7	10,04	0,002

TABLO 15: Günlük yemek öğünlerinin yenme biçimi açısından hasta ve kontrol gruplarının karşılaştırılması.

	Hasta grubu		Kontrol grubu		χ^2	p
	n	%	n	%		
Kahvaltı						
Evde	20	100	11	36,7		
Dışarıda	-	-	19	63,3	20,43	0,000***
Öğle yemeği						
Evde	15	75,0	6	20,7		
Dışarıda	5	25,0	23	79,3	14,25	0,000***
Akşam yemeği						
Evde	19	95,0	17	58,6		
Dışarıda	1	5,0	12	41,4	8,03	0,005**

*** $p< ,001$ ** $p< ,01$.

öğle yemeğini evde yerken, %79,3'ü dışarıda yediğini bildirmiştir. Son olarak da hasta grubu deneklerinin %95'i akşam yemeklerini evde yerken, %5'i dışarıda yemektir. Kontrol grubu deneklerinin ise %58,6'sı akşam yemeklerini evde yerken, %41,4'ü dışarıda yediğini bildirmiştir. Sonuç olarak, tüm günlük öğünlerini hasta grubunun, kontrol grubundan anlamlı olarak daha fazla evde yediği tespit edilmiştir (Kahvaltı: $p<0,05$; öğlen yemeği: $p<0,05$; akşam yemeği: $p<0,05$).

TARTIŞMA

Araştırmada öncelikli olarak deney ve kontrol grubu deneklerinin bağlanma biçimleri incelenmiştir. AAS'nin ilk bölümü, çocuklukta ebeveynle ilişki ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlamalar içerir ve denekleri “güvenli”, “kaygılı-ikircikli” ve “kaçınan” bağlanma olarak sınıflar. İkinci bölümde ise deneklerin erişkin hayattaki yakın ilişkilerini ve bu ilişkiler içerisindeki bağ kurma biçimlerini belirleyen daha ayrıntılı sorulara yer verilmiştir. Değerlendirmede ilk olarak AAS'nin çocukluk bölümü ve erişkinlik bölümüne verilen yanıtların uyumluluğu karşılaştırılmıştır. Böylelikle deneklerin bağlanma biçimlerinde tutarlılık gösterip göstermedikleri incelenmeye çalışılmıştır.

Hasta grubunda, çocukluk ve erişkinlik dönemindeki bağlanma biçimlerinin farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 1). Aynı şekilde bu uyumluluk, kontrol grubu deneklerinin çocukluk ve erişkinlik dönemi yanıtları arasında da bulunmuştur. Sonuçlar, hasta ve kontrol grubu deneklerinin çocukluk ve erişkinlik dönemindeki bağlanma biçimlerinin sürekliliğini koruduğunu, ölçeğin her iki bölümüne de verilen yanıtlar arasında farklılaşma olmadığını istatistiki olarak göstermektedir (Tablo 2).

Bu veriler, bağlanma örüntülerinin çocukluk çağındaki izlerinin erişkinlik hayatına yansımalarını değerlendirmektedir. van IJzendoorn, erişkin bireylerin duygusal bağ kurma davranışının erken bağlanma örüntülerinin izlerini taşıdığını bildirmiştir.³⁴ Bağlanma çift yönlü bir süreçtir. Bağlanma araştırmalarında her iki nesil de hesaba katılmaktadır. Anne/baba ve çocuk arasındaki ilişki yoğun olarak incelenmektedir. Anne-çocuk arasındaki

ilişkinin sürekliliği, yaşam boyunca kurulacak diğer yakın ilişkilerin temelini oluşturmaktadır.^{35,36} Güvenli bağlanma örüntüleri gelecekteki sağlıklı süreçlerle ilişkiliyken, güvensiz bağlanma örüntüleri de sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olmaktadır.³⁷⁻³⁹ Bu bilgiler ışığında, hasta grubu ve kontrol grubu deneklerinin çocukluk ve erişkinlik dönemlerindeki bağlanma biçimlerini aynı şekilde koruduğu istatistiki olarak gösterilmiştir.

AAS'nin değerlendirmesinde kullanılan diğer yöntem ise hasta ve kontrol gruplarının bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı açısından karşılaştırılmasıdır. Grupların, ölçeğin çocukluk ve erişkinlik bölümlerine verdikleri yanıtlarda, aralarında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ve bu farklılığın kurulan bağlanma biçimleri arasında da ortaya çıkıp çıkmadığına bakılmıştır. Buna göre AAS'nin ilk bölümü olan çocukluk döneminde, hasta grubu denekleri, “kaçınan bağlanma” oranları açısından kontrol grubundan farklılaşırken; kontrol grubu denekleri de “güvenli bağlanma” oranları açısından hasta grubundan anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (Tablo 3).

Ölçeğin ikinci bölümünde ise hasta ve kontrol grubunda erişkinlik çağı bağlanma biçimleri arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmasa da tablonun gözenekleri incelendiğinde, ölçeğin çocukluk döneminde olduğu gibi hasta grubu deneklerinin “kaçınan bağlanma” oranlarının kontrol grubundan, kontrol grubu deneklerinin de “güvenli bağlanma” açısından hasta grubundan fazla puan aldığı görülmektedir (Tablo 4).

Daha önce de bahsedildiği gibi bağlanma süreçlerindeki eksiklikler sonucu oluşan patolojiler arasında yeme bozuklukları da bulunmaktadır. Genel bir kanı olarak eksik bir bağlanma süreci, yeme bozukluğunun ortaya çıkmasıyla yakından ilişkilidir.⁴⁰ Birçok araştırmacı, yeme bozukluklarıyla bağlanmanın güvensiz içsel çalışan modelleri arasındaki bağlantıyı kanıtlamışlardır.⁴¹⁻⁴⁴

Bu açıdan kontrol grubunda aile ilişkilerini ve bağlanma örüntülerini güvenli olarak tanımlayanların oranının fazla çıkmasından sonra erişkinlikteki yakın ilişkilerin de güvenli çıkması tutarlı ve

literatüre uygundur. Hasta grubu denekleri ise çocuklukta anne-baba ile kurdukları bağları “kaçınan” olarak tanımlamışlardır ve bu doğrultuda, yetişkinlikteki yakın ilişkilerini de aynı şekilde tanımlamaları beklenmiştir. Hasta grubu denekleri, erişkinlikteki yakın ilişkilerini daha fazla olarak “kaçınan bağlanma” şeklinde tanımlasalar da ölçeklerden aldıkları puanlar istatistiki olarak anlamlı bulunmamıştır. İstatistiki olarak anlamlılığa ulaşamamasının sebeplerinden biri, gözeneklerde 5'ten küçük bir rakamın olmasıdır. Bu durum, istatistiki değerlendirmede muğlaklıkların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Kesebir ve ark., ölçegin ikinci bölümünün kategorik olarak işaretlendiğinde ilk bölümle olan tutarlılığı %55 olduğunu bildirmişlerdir.²⁹ Ancak “kaçınan” ve “kaygılı-ikircikli bağlanma” “güvensiz bağlanma” olarak birlikte alındığında birinci ve ikinci bölüm arasındaki tutarlılık %82 artmaktadır. Sonuçlardaki bu farklılığın dışında kontrol grubu denekleri “güvenli bağlanma” gerçekleştirirken hasta grubu denekleri “kaçınan bağlanma” gerçekleştirmişlerdir.

Araştırmada, AN hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek çıkacağına dair bir hipotez kurulmuştur. Literatürde de AN'li bireylerin depresyon semptomlarını fazlaca gösterdikleri ve kaygı bozukluklarına yatkın oldukları birçok kez vurgulanmıştır. Araştırmada deneklere HAM-D ve HAM-A uygulanmıştır. Sonuçlara göre HAM-D ve HAM-A toplam puanları açısından AN'li hasta grubunun ortalama puanlarının kontrol grubuna göre fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Buna göre AN hastalığı, bireylerin depresyon ve anksiyete bozukluğu göstermelerini yordamaktadır.

Yeme bozukluğu hastalarının önemli bir bölümünde majör depresyon bulunmaktadır.⁴⁵ AN tablosuna depresyonun öncülük ettiği bildirilmiştir.^{46,47} Bunun dışında, genetik ve eş hastalanım çalışmalarında da mizaç bozukluklarıyla yeme bozuklukları arasında yakın ilişki olduğu görülmektedir.⁴⁸⁻⁵¹ Ayrıca birçok araştırmada, yeme bozukluklarının anksiyete bozuklukları yelpazesindeki bir kısım bozuklukla ilişkili olduğu ve yeme bozukluğu nedeni ile tedavi gören kadın hastaların %64'ünün ek olarak bir anksiyete bozukluğu gösterdiği tespit edilmiştir. Avustralya'da Swinbourne ve ark., yeme

bozukluğu olanların %65'inin en az bir komorbid anksiyete bozukluğu için kriterleri karşıladığını saptamışlardır.⁵² Anksiyete bozukluğu tanısı almış olan olgularda en sık sosyal fobi tanısı konulmuştur (%42); bunu travma sonrası stres bozukluğu (%26), yaygın anksiyete bozukluğu (%23), obsesif kompulsif bozukluk (%5), panik/agorafobi (%3) ve spesifik fobi (%2) izlemiştir. Benzer yüksek komorbidite oranları da diğer araştırmacılar tarafından bildirilmiştir.^{53,54} Bu açılardan hasta grubu deneklerinin anksiyete ve depresyon ölçeklerinden aldıkları puanların kontrol grubu deneklerinden anlamlı derecede fazla olması sonucu literatürle uyumluluk göstermektedir.

Tartışma bölümünün bu aşamasında, kendine zarar verme ve intihar davranışıyla ilgili bulgular birlikte değerlendirilip yorumlanacaktır. Araştırmanın üzerinde durduğu konulardan biri olan kendine fiziksel zarar verme davranışında, hasta ve kontrol grubu denekleri arasında bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 9). Claes ve ark.nın 2005 yılında yaptıkları çalışmaya göre, 185 yeme bozukluğu hastasının %45'i, bir veya birden fazla kez kendine zarar verme davranışında bulunmuştur.⁵⁵ Favaro ve Santonastaso, İtalya'da 175 bulimik hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların %70 oranında kendine zarar verme davranışında (saç çekme-koparma, deri kesme ve yakma vb.) bulduklarını bildirmişlerdir.⁵⁶ Yeme bozukluğu olan ergenlerde yaptıkları gözden geçirmede Peebles ve ark., değerlendirilen hastaların %40,8'inin kendine zarar veren davranışlar sergilediğini bulmuşlardır.¹⁷ İntihar amacı taşımayan kendine zarar verici davranışların [nonsuicidal self-injury (NSSI)] prevalansı, BN (%26-55,2) veya çıkartma tipi AN (%27,8-68,1) olan hastalarda kısıtlayıcı tip (%13,6-42,1) ile karşılaştırıldığında daha büyük görünmektedir.⁵⁷⁻⁵⁹ Bu kanıtlar, çıkartma tipi davranışın NSSI ile bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Bu bilgiler ışığında, AN hastalarının kişilik yapılarındaki dürtüsel bir eğilim olan kendine zarar verme davranışına daha az rastlandığı görülmektedir. Anoreksik bireyler, içsel dürtülerini bastırma, onları yok sayma eğilimindedirler, böylelikle bedenlerinin açlık çağrılarını da kulaklarını tıkamış olurlar. Dürtüsel niteliği fazla olan kendine

zarar verme davranışının AN'li bireylerde anlamlı derecede görülmemesi, araştırmanın literatüre uyan sonuçlarındandır.

Araştırmada, deneklere intihar düşüncesi, planı ve girişimiyle ilgili üç soru yöneltilmiştir: “Hiç intihar etmeyi isteyecek kadar kötü hissettiniz mi?”, “Hiç intiharı planladınız mı ve hiç intihar girişiminde buldunuz mu?” sorularına, hasta grubu denekleri, kontrol grubuna göre daha fazla “Evet” cevabı verse de bu istatistiki olarak anlamlı düzeyde değildir (Tablo 10, Tablo 11, Tablo 12).

AN'li hastaların %5,6'sı hayatını kaybetmektedir. Yeme bozukluklarının etkileri sonrası ortaya çıkan ağır depresif tablolar AN'li hastaları intihar davranışına yönlendirmektedir.⁶⁰ Fennig ve Hadas, majör depresyon ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar sonucunda anoreksik hastaların intihar teşebbüslerinin oranının diğer psikiyatrik hastaların intihar oranlarını aştığını bildirmiştir.⁶¹ Vieselmann ve Roig, 95 yatan hastanın %46-60'ında intihar düşüncesi olduğunu, ayrıca bu hastaların %20'sinin intihar girişiminde bulunup, bu girişimlerin de %40'ının ciddi ölüm tehlikesi taşıdığını bildirmişlerdir.⁶² Ayrıca Lehoux ve ark., yeme tutumlarındaki bozulmanın depresyon ve intihar davranışıyla yüksek derecede bağlantılı olduğunu bildirmişlerdir.⁶³ Crisp ve ark., AN'li hastaların intihar oranını yaptıkları çalışmada %3-7 olarak bulmuşlardır.⁶⁴ Ancak bu araştırmada elde edilen sonuçlar, hasta grubunun intihar davranışı açısından kontrol grubundan anlamlı derecede farklı olmadığını göstermektedir.

Anoreksik hastalarla ilgili olarak mevcut araştırmada çıkan sonuçlar için anoreksik hastaların ruhsal işleyişlerinin bilinç dışı yapılması dikkate alınmalıdır. Kernberg, anoreksik hastaların saldırganlık dürtülerinin bilinçli süreçlerinden uzak tutulduğunu bildirmiştir. Anoreksik hastanın kendine zarar verici davranışlarının arkasında bölünmüşlük duygusu vardır. Sadistik ve ilkel anne imgesiyle kurduğu özdeşim, kötücül narsisizmle bağlantılı olarak tüm güçlü ve büyülenmeci bir saldırganlığa sahiptir. Bu hastaların kendiliklerinin bir bölümü bedenlerinde yer tutmuş, sadistik ve saldırgan anne imgesinin kurbanı olarak biçimlenmiştir. Bu bölünmüşlük içerisinde ilkel anne imge-

siyle kurdukları özdeşimin gereği olarak kendi bedenlerine dönük, sadistik bir kontrol ve öz-saldırganlık geliştirirler. Bunu da bedenlerini besinsiz bırakarak gerçekleştirirler.⁶⁵

Anoreksik hasta, kendi duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını ifade etmekten kaçınır. Bunun altında, çevreyi kendine uydurmaktansa kendini çevreye uymak zorunda hissetmesi yatar. Bu, bakım verenle kurulan duygusal bağı kaybetmemek ve hayatta kalabilmek için bulabildiği ve geliştirdiği bir yöntemdir. Bu açıdan kendini ve bedenini besinsiz bırakarak girdiği hayatını tehdit eden, tehlikeli tıbbi durum, zayıflama isteği gibi çeşitli yollarla reddedilir.⁶⁶⁻⁷² Bedene ve kendiliğe dönük bu saldırganlık kabul edilmediği gibi, açık kendine zarar verici eylemler (tırnak yeme, deri kesme vb.) de uygulamaya geçirilmez. Bu açıdan intihar, ölüm, ölmeyi isteme gibi zihinsel uğraşlar da reddedilir. Anoreksik hastalar, sadece güzel ve zayıf gözükmek ister. Bu isteğinin kendiliğini ve bedenini getirdiği nokta, tüm görülebilir kanıtlarına rağmen reddedilir ve bilince yaklaştırılmaz.

Araştırmada hasta ve kontrol grubu deneklerine, “fast-food” ve abur cubur yeme alışkanlıklarını belirlemek için de sorular sorulmuştur. Bu besinlerin kullanımları açısından hasta ve kontrol grubu denekleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (Tablo 13, Tablo 14). Kontrol grubu deneklerinin bu besinleri daha çok tükettiği görülmüştür.

“Fast-food”, abur cubur, cips, çikolata gibi besinlerin fazlaca kullanımı artık günümüzde giderek daha fazla artmaktadır. Bu besinler, toplumdaki beslenme alışkanlıklarının bozulduğuna örnek gösterilmektedir.⁷³ Bu tip hızlı tüketilen besinlerin yoğun olarak BN hastalığında görüldüğü bilinmektedir. Bu tip bulimik semptomların kontrol grubu deneklerinde hasta grubu deneklerine göre çok daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Ayrıca bu besinlerin kullanım sıklıklarının hasta ve kontrol grubu denekleri arasında herhangi bir farklılaşma yaratmadığı da tespit edilmiştir. Hasta grubunda bu semptomların farklılık yaratmayacak şekilde az görülmesinin sebebi ise AN semptomatolojisinde besin alımını reddeden, kısıtlayıcı davranışların karakteristik oluşudur. Hiçbir şekilde bedene besin almamak, bedenin ihtiyaç duyduğu minimum be-

sini bile reddetmek AN'de tipiktir. Bu açıdan bu tip haz verici ve hızlı tüketilen "fast-food", abur cubur gibi besinlerin alınmaması beklenen bir durumdur. Hasta ve kontrol grupları açısından bu konuda bir farklılık çıkmaması, araştırmanın literatüre uyumluluk gösterdiği bir noktadır.

Araştırmada, deneklere hem yeme alışkanlıklarının hem de aile içi ilişkilerinin bir göstergesi olacağı düşünülen günlük öğünlerin evde mi dışarıda mı yendiğini araştırılan sorular yöneltilmiştir (Tablo 15). Neumark-Sztainer ve ark.nın çalışmasında, birlikte yenen aile yemeklerinin yeme tutumlarında bozulma görülme olasılığını azalttığı, aile bireylerindeki birliktelik, yakınlık ve iletişim alanlarını desteklediği ve bunun da bağlanma süreçlerine katkıda bulunduğu yapılan araştırmalarda belirtilmiştir.⁷⁴ Eker, risk gruplarında günlük öğünlerin aile ile birlikte yenmesinin, yeme tutumları açısından ergenlerde herhangi bir farklılık yaratmadığını bildirmiştir.⁷⁵ Araştırmada ise bu verilerin olumlu yansımaları olan günlük öğünlerin evde yenmesi oranları hasta grubu deneklerinde anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Bu sonuçlarda Türk kültür yapısının ve anoreksik bir bireyi olan ailelerin beslenme eylemine olan hassasiyetlerinin daha da artması açıklayıcı olacaktır. Anoreksik hastaya karşı aile içinde denetim artmakta ve kontrolcü ebeveyn tutumları daha da etkin şekilde kullanılmaktadır. Baskıcı ve otoriter tutumları sergileyen aile modeli özellikle ülkemizde yaygın olarak görülen bir modeldir.⁷⁶

Minuchin'e göre de anoreksik ailelerde, aile içinde oldukça sıkı ve değişime izin vermeyen karmaşık bir iletişim tarzı, aşırı koruyuculuk ve esnemeyen kurallar vardır.⁷⁷ Bu aile dinamiklerine Türk aile yapısının etkileri de eklendiğinde, AN gibi hayatı bu denli tehdit eden hastalıklarda denetim eğilimlerinin anoreksik ailelerde daha da artacağı ve ilişkisel kontrolün yeme öğünlerine bu şekilde yansıtacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Anne-bebek arasında kurulması beklenen güvenli bağlar kurulmadığında, bebeğin kişiliğinde ve ilişki paternlerinde ortaya çıkabilecek olumsuz nitelikler birçok şekilde ortaya çıkabilmektedir. Bu

açıdan çalışmada, AN hastalarının birincil güven nesnelere olan anneleriyle güvenli bağlar kurmak konusunda yaşadıkları aksaklıkların onların erişkinlik hayatlarına etkileri gösterilmeye çalışılmıştır. Anorektik hastalar, anneleriyle kuramadıkları güvenli bağlar sonucunda kendi iç dünyalarında bu bağ eksikliklerinin yarattığı boşlukları, ruhsal acıyı kapatabilmek ve baş edebilmek için beslenme davranışlarında bozulmuş eğilimler gerçekleştirmektedirler. Besin alınımının reddi, ifade edilme şansı olmayan özerklik duygularının bir temsiline dönüşmektedir. Aynı şekilde, kurulamayan güvenli bağların ilişkide yarattığı boşlukların depresyon ve anksiyete semptomlarının oluşmasında etkili olduğu görülmektedir. Ancak yine de anorektik hastaların, kendi benliklerine yönelik yoğun öfkelerini kabul ve ifade etmede yaşadıkları sorun nedeni ile aile içi ilişkilerini olumlu algılamak ve sunmak gibi bir eğilimlerinin olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple, kendilerine ve dış dünyaya dair imgelemlerindeki dengeyi bozmamak adına aile işlevselliklerine karşı olumsuz bir atıfta bulunmaktan kaçınmışlardır.

AN hastaları, bilinç dışı öfkelerini benlik bütünlüğünden ayrı bir parça gibi izole ettikleri için bunun davranışsal ve bedensel tezahürleri olan kendine zarar verme davranışı ve intihar davranışı açısından ise kontrol grubuyla benzer oranda yaptır vermişlerdir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Saleh RN, Salameh RA, Yhya HH, Sweileh WM. Disordered eating attitudes in female students of An-Najah National University: a cross-sectional study. *J Eat Disord*. 2018;6(1):16. [Crossref] [PubMed] [PMC]
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013. p.991. [Crossref]
3. Önal Sönmez A. [Eating disorders in child and adolescents]. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2017;9(3): 301-6. [Crossref]
4. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714-23. [Crossref] [PubMed] [PMC]
5. Sancho C, Arijia MV, Asorey O, Canals J. Epidemiology of eating disorders: a two year follow up in an early adolescent school population. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16(8):495-504. [Crossref] [PubMed]
6. Gander M, Sevecke K, Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Front Psychol*. 2015;6:1136. [Crossref] [PubMed]
7. Gueguen J, Godart N, Chambry J, Brun-Eberentz A, Foulon C, Divac Phd SM, et al. Severe anorexia nervosa in men: comparison with severe AN in women and analysis of mortality. *Int J Eat Disord*. 2012;45(4):537-45. [Crossref] [PubMed]
8. Becker AE. New global perspectives on eating disorders. *Cult Med Psychiatry*. 2004;28(4): 433-7. [Crossref] [PubMed]
9. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM, Katzman MA, Matroos GE, Susser ES. The incidence of anorexia nervosa on Curaçao. *Am J Psychiatry*. 2005;162(4):748-52. [Crossref] [PubMed]
10. Katzman MA, Hermans KM, Van Hoeken D, Hoek HW. Not your "typical island woman": anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curaçao. *Cult Med Psychiatry*. 2004;28(4):463-92. [Crossref] [PubMed] [PMC]
11. Nasser M, Katzman MA, Gordon RA, eds. *Eating Disorders and Cultures in Transition*. New York, Taylor & Francis [G]; 2001. p.1-16.
12. Saleem M, Sattar S, Zafar M, Bin Ismail R. Link between eating disorders and depression. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences (PJCSS)*. 2014;8(3): 925-37.
13. Mendolicchio L, Maggio G, Fortunato F, Ragnone LD. Update on eating disorders: epidemiology, mortality and comorbidity. *Psychiatr Danub*. 2014;26 Suppl 1:85-8. [PubMed]
14. Franko DL, Keel PK. Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(6): 769-82. [Crossref] [PubMed]
15. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31. [Crossref] [PubMed]
16. The National Eating Disorders Collaboration *Eating Disorders in Schools: Prevention, Early Identification and Response*. Australia: Australian Government Department of Health. 2014. p.23-33.
17. Peebles R, Wilson JL, Lock JD. Self-injury in adolescents with eating disorders: correlates and provider bias. *J Adolesc Health*. 2011;48(3):310-3. [Crossref] [PubMed] [PMC]
18. Dozier M, Stovall-McClough KC, Albus KE. Attachment and psychopathology in adulthood. Chapter 30. In: Cassidy J, Shaver P, eds. *Handbook of Attachment*. 2nd ed. Theory, Research, and Clinical Applications. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2008. p.718-44.
19. Duggal S, Carlson EA, Sroufe LA, Egeland B. Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol*. 2001;13(1): 143-64. [Crossref] [PubMed]
20. Bruch H. Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med*. 1962;24:187-94. [Crossref] [PubMed]
21. Parman T. "Bulimik: Boşa Dönen Makine", *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Yeme Bozuklukları*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi; 1999. p.215-25.
22. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E. *Yeme Bozuklukları ve Obezite-Tanı ve Tedavi Kitabı*. 1. Baskı. Ankara: TPD Yayınları; 2013. p.392.
23. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9(2):273-9. [Crossref] [PubMed]
24. Mancilla-Diaz JM, Franco-Paredes K, Vazquez-Arevalo R, Lopez-Aguilar X, Alvarez-Rayon GL, Tellez-Giron MT. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15(6):463-70. [Crossref] [PubMed]
25. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology (JPSP)*. 1987;52(3):511-24. [Crossref]
26. Mikulincer M, Florian V, Tolmacev R. Attachment styles and fear of personal death: a case study of affect regulation. *Journal of Personality and Social Psychology (JPSP)*. 1990;58(2):273-80. [Crossref]
27. Garbarino JJ. Comparisons of the constructs and psychometric properties of selected measures of adult attachment. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 1998;31(1):28-45. [Crossref]
28. Sabuncuoğlu O, Berkem M. [Relationship between attachment style and depressive symptoms in postpartum women: findings from Turkey]. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17(4): 252-8.
29. Kesebir S, Kökçü F, Dereboy F. [Adult attachment style scale: adaptation, reliability and validity study]. *Yeni Symposium*. 2012;50(2): 99-104.
30. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62. [Crossref] [PubMed] [PMC]
31. Akdemir A, Dönbak Örsel S, Dağ İ, Türkçapar MH, Işcan N, Özbay H. [Clinical use and the reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton depression rating scale]. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 1996;4(4):251-9.
32. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5. [Crossref] [PubMed]
33. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması (Hamilton Anxiety Rating Scale: Interrater Reliability and Validity Study). *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1998;9(2):114-7.
34. van IJzendoorn MH. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull*. 1995;117(3):387-403. [Crossref] [PubMed]
35. van IJzendoorn MH. Attachment. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. 2012;5:7.

36. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP, Cohn DA. Adult attachment and adult child-older parent relationships. *Am J Orthopsychiatry*. 1993;63(4):606-13. [Crossref] [PubMed]
37. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(9): 1111-23. [Crossref] [PubMed]
38. Nickerson AB, Nagle RJ. Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *Journal of Early Adolescence (JEA)*. 2005;25(2):223-49. [Crossref]
39. Larson RW, Richards MH, Moneta G, Holmbeck G, Duckett E. Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: disengagement and transformation. *Developmental Psychology*. 1996;32(4):744-54. [Crossref]
40. Nevoen L, Broberg AG. The emergence of eating disorders: an exploratory study. *Eur Eat Disord Rev*. 2000;8(4):279-92. [Crossref]
41. Gander M, Sevecke K, Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective. *Front Psychol*. 2015;6:1136. [Crossref] [PubMed]
42. Kenny ME, Hart K. Relationship between parental attachment and eating disorders in an inpatient and a college sample. *J Counsel Psychol*. 1992;39(4):521-6. [Crossref]
43. Brennan KA, Shaver PR. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Pers Soc Psychol Bull*. 1995;21(3):267-83. [Crossref]
44. Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2): 282-90. [Crossref] [PubMed]
45. World Health Organization (2011). Diagnosing chronic depression. [Online available] [Link]
46. Cooper EJ. Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG, eds. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford; 1995. p.159-64.
47. Keel PK, Mitchell JE, Davis TL, Crow SJ. Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2001;30(1):48-56. [Crossref] [PubMed]
48. Fornaro M, Perugi G, Gabrielli F, Prestia D, Mattei C, Vinciguerra V, et al. Lifetime comorbidity with different subtypes of eating disorders in 148 females with bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2010;121(1-2):147-51. [Crossref] [PubMed]
49. McElroy SL, Kotwal R, Keck Jr PE, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord*. 2005;86(2-3):107-27. [Crossref] [PubMed]
50. Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2007;48(6):516-21. [Crossref] [PubMed] [PMC]
51. Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Prevalence and correlates of eating disorder comorbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res*. 2008;161(1):51-8. [Crossref] [PubMed] [PMC]
52. Swinbourne J, Hunt C, Abbott M, Russell J, St Clare T, Touyz S. The comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: prevalence in an eating disorder sample and anxiety disorder sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46(2):118-31. [Crossref] [PubMed]
53. Meng X, D'Arcy C. Comorbidity between lifetime eating problems and mood and anxiety disorders: results from the Canadian Community Health Survey of Mental Health and Well-being. *Eur Eat Disord Rev*. 2015;23(2): 156-62. [Crossref] [PubMed]
54. Vidović V, Henigsberg N, Juresa V. Anxiety and defense styles in eating disorders. *Coll Antropol*. 2003;27 Suppl 1:125-34. [PubMed]
55. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eat Behav*. 2006;7(3):204-13. [Crossref] [PubMed]
56. Favaro A, Santonastaso P. Different types of self-injurious behavior in bulimia nervosa. *Compr Psychiatry*. 1999;40(1):57-60. [Crossref] [PubMed]
57. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eat Behav*. 2001;2(3):263-72. [Crossref] [PubMed]
58. Svirko E, Hawton K. Self-injurious behavior and eating disorders: the extent and nature of the association. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(4):409-21. [Crossref] [PubMed]
59. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. Eating-disordered patients with and without self-injurious behaviours: a comparison of psychopathological features. *Eur Eat Disord Rev*. 2003;11(5):379-96. [Crossref]
60. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1995;152(7):1073-4. [Crossref] [PubMed]
61. Fennig S, Hadas A. Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nord J Psychiatry*. 2010;64(1):32-9. [Crossref] [PubMed]
62. Viesselman JO, Roig M. Depression and suicidality in eating disorders. *J Clin Psychiatry*. 1985;46(4):118-24. [PubMed]
63. Lehoux PM, Steiger H, Jabalpurawala S. State/trait distinctions in bulimic syndromes. *Int J Eat Disord*. 2000;27(1):36-42. [Crossref] [PubMed]
64. Crisp AH, Callender JS, Halek C, Hsu LG. Long-term mortality in anorexia nervosa: a 20-year follow-up of the St George's and aberdeen cohorts. *Br J Psychiatry*. 1992;161:104-7. [Crossref] [PubMed]
65. Kernberg O. *A Technical Approach to Eating Disorders in Patients with Borderline Personality Organization. Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship; New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders. Part 2*. New Haven and London: Yale University Press; 2004d.(1):205-19. [Crossref]
66. Bruch H. *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. 1st ed. Cambridge: Harvard University Press; 2001. p.150.
67. Bruch, H. *Conversations with Anorexics: Compassionate and Hopeful Journey through the Therapeutic Process*. Jason Aronson, Incorporated; 1994. p.238.
68. Mitchell J. Introduction by Juliet Mitchell, in *The Selected Melanie Klein*, Penguin Books, London; 1986;(1) p.19.
69. Mitchell S, Black MJ. *Freud and Beyond. A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York (Basic Books); 1995;(2) p.293.
70. Sarısoy, G. Winnicott'ın Gerçek Benlik ve Sahte Benlik Kavramlarının Bir Vaka ve Terapi İlişkisi Bağlamında İncelenmesi [A Review of Winnicott's Concepts of True Self and False Self on the Basis of a Case Study and Therapeutic Relationship]. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*. 2016;3(1):1-15. [Crossref]
71. Winnicott DW. *Psychoanalytic Explorations*, Winnicott C, Shepherd R, Davis M, ed. 1st ed. Cambridge: Mass. Harvard Univ. Press: 1989;(1) p.602.
72. Wyss D. *Psychoanalytic Schools from the Beginning to the Present*. New York: Jason Aronson Inc; 1973;(1) p.568.
73. Cathebras P, Fayard L, Rousset H. *L'anorexie Mentale Est-Elle un Désordre Culturel?*. *La Revue de Medecine Interne*. 1991;12(2):104-10. [Crossref]

74. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Story M, Perry CL. Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: implications for prevention programs. *Health Psychol.* 2003;22(1):88-98. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
75. Eker E. 2005 yılında İstanbul ortaöğretim kurumlarında eğitim gören ergenlerin yeme tutumlarının değerlendirilmesi ve kendine zarar verme ile intihar davranışları bakımından karşılaştırılması [The evaluation of eating behaviour of adolescents studying in middle schools of İstanbul during 2005 and comparison of their suicidal behaviour and self-mutilation]. *Sendrom Aktüel Tıp Dergisi.* 2011;23(3):53-9.
76. Kösterelioğlu İ. Effects of Parenting Style on Students' Achievement Goal Orientation: A Study on High School Students. *Educational Policy Analysis and Strategic Research.* 2018;13(4):91-107. [[Crossref](#)]
77. Miller A. with Minuchin S, Lappin J. *Instructor's Manual For Salvador Minuchin on Family THERAPY.* 2011. [Online available]. [[Link](#)]