



Yeme bozukluklarının etiolojisinde ailesel faktörler: Güncel bir gözden geçirme

Burcu Kömürçü¹  0000-0001-6051-4941, İpek Şenkal Ertürk¹  0000-0003-4509-1201

Anahtar kelimeler

anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, aile, ailesel etkenler

Key words

anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, family, family factors

Öz

Yeme bozuklukları ölüm oranlarının yüksek olması, iyileşmenin zor olması ve tekrar etme riskinin çok olması nedeniyle son yıllarda oldukça üzerinde durulan bir konudur. Anoreksiya nervoza belirgin biçimde düşük vücut ağırlığına sahip olma, kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma, düşük vücut ağırlığına sahip olunmasına karşın kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma, vücut ağırlığı ve biçimine ilişkin çarpık algıya sahip olma ile kendini gösteren bir psikolojik bozukluk iken, bulimiya nervoza, belli bir sürede ve koşulda aşırı yeme, yemek yeme esnasında kontrol kaybı ve bunlara eşlik eden kilo vermeye yönelik telafi edici davranışlarla kendini gösteren bir psikolojik bozukluktur. Tıknırcasına yeme bozukluğunda ise yeme davranışı üzerinde kontrol sağlayamama hissi ve normalde çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazlasını tüketme görülmektedir. Yeme bozukluklarının etiolojisi biyolojik, çevresel, kültürel, kişisel ve ailesel etkileri içeren çok etkenli bir yapıya sahiptir. Yeme bozukluklarının nedenlerini açıklamak için kişisel etkenlerden aile değişkenlerine kadar pek çok fikir önerilse de aile; psikolojik, sistemik, ilişkisel süreçler ve bağlanma süreçleri bakımından yeme bozuklukları etiolojisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu derleme makalesinde temel olarak anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunun etiolojisinde ailenin rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.

Abstract

Family factors in the etiology of eating disorders: A current review

Eating disorders is an issue that has recently been accentuated because of high mortality rate, difficulty of its treatment and relapse risk. Anorexia nervosa is a psychological disorder characterized by a markedly low body weight, fear of gaining weight or getting fat, despite of low body weight, engaging behaviors that make it difficult to gain weight, and distorted perception of body weight and form, while bulimia nervosa is a psychological disorder characterized by overeating in a particular period of time and condition, losing control during eating, accompanied by compensatory behaviors towards losing weight. In binge eating disorder, the feeling of not being able to control eating behavior and consuming much more than most people can normally eat is seen. Etiology of eating disorders has a multifactor structure including biological, environmental, cultural, personal and familial factors. Although a lot of opinions from personal factors to family variables have been suggested to explain the reasons of eating disorders, the family plays an important role in the etiology of eating disorders in terms of psychological, systemic, relational and attachment processes. In this review, it was basically aimed to investigate the role of family in the etiology of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder.

Kömürçü, B. ve Şenkal Ertürk, İ. (2019). Yeme bozukluklarının etiolojisinde ailesel faktörler: Güncel bir gözden geçirme. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 3(1), 34-44.

✉ İpek Şenkal Ertürk · ipeksenkal@gmail.com

¹ Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü, Sıhhiye/Ankara, 06100.

Geliş tarihi: 19.07.2018

Kabul tarihi: 19.11.2018



Yeme bozuklukları, ergenlik dönemi boyunca görülebilen, yeme alışkanlıkları, vücut şekli veya ağırlığı ve bunları kontrol etme becerisi ile ilgili düşüncelerde ve yeme davranışında çeşitli bozulmalarla kendini gösteren ciddi bir psikiyatrik bozukluktur (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003; Önal Sönmez, 2017). Günümüzde zayıflıkla çekiciliğin, incelik kavramının, estetik kaygıların değişmesi yeme bozukluklarını arttırmıştır (Toker ve Hocaoglu, 2009). Yeme bozuklukları, sıklıkla süregelen bir seyir izlemesi, nüks etme olasılığını barındırması (Agras, 2001) ve yüksek ölüm oranına sahip ciddi bir psikiyatrik bozukluk grubu olması (Le Grange, Lock, Loeb ve Nicholls, 2010) nedeniyle, son yıllarda daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır.

Yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu olmak üzere çeşitli klinik belirtilerle kendini gösteren üç temel kategoriden oluşmaktadır. DSM-5'e göre anoreksiya nervoza, yaş ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme, beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olunmasına karşın kilo almakta ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma ile kendini göstermektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Buna ek olarak, kişinin vücut ağırlığı ya da bedeni algılama biçiminde bozukluk olması, vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yüklenmesi ya da düşük vücut ağırlığına sahip olmanın kritik olduğu kavranmaması ile tanımlanan kısıtlayıcı tip ve tıknırcasına yeme/çıkarma tipi olmak üzere iki alt kategoriye sahip olan psikolojik bozukluklardan birisidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

DSM-5'e göre bulimiya nervoza ise; yineleyen yeme epizotlarının olması ve bu epizotlar sırasında yeme kontrolünün kalktığı duygusunun olmasıdır. Bir tıknırcasına yeme epizodu aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda olan yiyeceği yeme ile kendini gösterir. Kişi kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma davranışının, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımıyla, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz telafi edici davranışları tekrarlamayla, kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudun şekli ve ağırlığından etkilenmeyle beliren psikolojik bozukluklardan birisidir. Bulimiya nervoza tanısı için bunlara ek olarak, tıknırcasına yeme ve uygunsuz telafi edici davranışların her ikisi de üç ay süreyle ortalama olarak en az haftada bir kez ortaya çıkmalıdır. Son olarak, bu bozukluk sadece

anoreksiya nervoza epizodları sırasında ortaya çıkmamalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

DSM-IV'te başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluklarına dahil edilen tıknırcasına yeme bozukluğu (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000), DSM-5'e yeni bir tanı kategorisi olarak eklenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Bu tanı ile bulimiya nervoza tanısı, tekrarlayan tıknırcasına yeme ataklarının olması, bu ataklar sırasında yeme kontrolünü kaybetme hissi ve belli bir sürede normal bir insanın yiyemeyeceği kadar şeyi yeme gibi bulgular açısından birbirine benzemektedir. Bu anlamda bir ayırım sağlamak için kriterlerde değişiklik gerçekleştirilmiştir. Bulimiya nervozadaki kilo almayı engellemek amacıyla yapılan diüretik, laksatif kullanımı, aşırı egzersiz, kusma gibi telafi edici davranışlar tıknırcasına yeme bozukluğunda bulunmaz. Ayrıca DSM-5'e göre, tıknırcasına yeme bozukluğunda normalden çok daha hızlı yeme, rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissine kadar yeme, bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme, yediği miktardan utandığı için tek başına yeme gibi davranışların ardından kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma belirtilerinden en az üçü bulunmalıdır. Ek olarak, tıknırcasına yemeyle ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur ve bu tıknırcasına yeme durumları üç ay içinde, en az haftada bir kez olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). Bu bozuklukta aşırı yiyecek tüketiminin ardından uygunsuz telafi davranışları sergilenmez (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014).

DSM-5'te yeni bir tanı kategorisi haline gelen tıknırcasına yeme bozukluğu ile ilgili yürütülen çalışmalar alanyazında kısıtlı kalmıştır. Bununla birlikte, alanyazında tıknırcasına yeme bozukluğunu, obezite ve dürtüsellik (Annagür, 2010; Annagür, Orhan, Özer, Tamam ve Erhan, 2012) ve beslenme durumları (Kızıltan, Karabudak, Ünver, Sezgin ve Ünal, 2005) bağlamında ele alan çalışmalar bulunmaktadır. Kadınlarda erkeklere oranla 10 kat daha fazla görülen ve genel yaygınlık oranı % 1 (Davison ve Neale, 2004) olan yeme bozukluklarının etiolojisi biyolojik, çevresel, kültürel, kişisel ve ailesel etkileri içeren çok etkenli bir yapıya sahiptir. Pek çok psikolojik bozukluğun başlangıcında ve sürmesinde rol oynayan ailesel faktörler, yeme bozukluklarının da etiolojisinde rol oynamaktadır. Yeme bozuklukları etiolojisinde ve sürdürülmesinde ailenin rolü hem klinik uygulamada hem de kuramsal temelde araştırma alanyazını tarafından vurgulanmaktadır (örn., Le Grange ve ark., 2010). Yeme bozukluğu tanısı alan bir bireye sahip olan ailelerle yapılan nitel bir çalışmada, aileler hayatlarında daha fazla baskı yaşadıklarını

bildirmişlerdir (Hillege, Beale ve McMaster, 2006). Böyle bir baskı altında kalan aileler, bir bütün olarak yeme bozukluğu ile etkili bir biçimde mücadele etmede kendi kaynak ve güçlerini görmeden, çaresiz ilişkiler içinde sıkışıp kalabilmektedir. Yeme bozukluğu belirtilerine verilen duygusal tepkiler ise, belki de paradoksal bir şekilde bu sorunu sürdürücü bir rol oynuyor olabilir. Treasure ve arkadaşları (2008) aile örüntüsünün, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin ailelerinde yaşanan işlevsiz ilişkiler nedeniyle, bozukluğun ortaya çıkması ve sürmesinde rol oynayan bir faktör olarak görülebileceğini öne sürmektedir. Diğer yandan, Whitney ve Eisler (2005) yeme bozukluğu tanısının varlığında ailenin nasıl organize olduğunun önemli bir etmen olarak görülebileceğini öne sürmektedir.

Buradan hareketle, bu derleme makalesinde temel olarak anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunda ailesel etkenler ve bu etkenlerin her üç bozukluğun gelişimindeki ve sürmesindeki önemi tartışılacaktır.

Ailesel Etkenler – Bağlanma

Bakım veren ve bebek arasında kurulan karşılıklı bir bağ olarak tanımlanan bağlanma (Bowlby, 1969) bakım veren ve çocuk arasında, yakın, sıcak, sürekli bir ilişkinin varlığı ve bu ilişkiden her iki tarafın da hoşnut olmasıdır (Bowlby, 1988). Bebekler ve anneleriyle yapılan bir çalışmada, güvenli, kaygılı ve kaçınmacı olmak üzere üç temel bağlanma örüntüsü tanımlanmıştır (Ainsworth, Blehar, Waters ve Wall, 1978). Daha sonra Main ve Solomon (1990) Ainsworth ve arkadaşlarının (1978) çalışmaları sonucunda ortaya koydukları üç çeşit bağlanma örüntüsüne dördüncü kategori olarak dezorganize bağlanma biçimini eklemiştir.

Bowlby'e göre (1988) bağlanma, bebeklik bitiminde sona ermemekte, yetişkinlik dönemini de kapsayan süre dahil olmak üzere yaşam boyu devam etmektedir. Bağlanma kuramına göre, bağlanma biçimleri yetişkinlikteki stresli durumlar karşısında bireyin baş etme tarzını ve sonuç olarak ruh sağlığını etkileyebilmektedir (Bowlby, 1969). Alanyazında erken dönem güvensiz bağlanma biçimi ile yetişkinlikte ortaya çıkabilecek psikopatolojiler arasında güçlü ilişkiler tespit edilmiştir (örn., Bartholomew ve Horowitz, 1991). Güvensiz bağlanma ile psikopatoloji arasında doğrusal bir nedensellik olmasa da, gelişimsel ve çevresel etmenlere bağlı olarak, güvensiz bağlanma, psikopatoloji için risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Mikulincer ve Shaver, 2012;

Wei, Mallinckrodt, Larson ve Zakalik, 2005). Buradan hareketle, erken dönemde oluşan güvensiz bağlanma biçimlerinin, ileride görülebilecek yeme bozukluklarının yordayıcılarından biri olduğu öne sürülebilir.

Aile özerkliği ve yakınlığını yeme bozukluğu tanısı alan, depresyon tanısı alan ve sağlıklı kontrol grubu arasında karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışmada, anoreksiya ve bulimiya nervoza tanısı alan bireylerin ayrılma/bireyleşme sürecinde zorluklar yaşadıkları bildirilmektedir (Józefik ve Pilecki, 2010). Yeme bozukluklarında bağlanma biçimi ve aile işlevselliğini değerlendiren bir çalışmada, yeme bozukluğu tanısı alanların kontrol grubuna göre daha az güvenli, daha fazla kaygılı ve kaçınan bağlanma stiline sahip oldukları bulunmuştur. Ek olarak yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin ailelerinin kontrol grubundaki ailelere göre, daha iç içe geçen, ifadelerini daha az gösteren ve kişisel büyümeyi daha az cesaretlendiren aileler oldukları görülmüştür (Latzer, Hochdorf, Bachar ve Canetti, 2002). Bir başka çalışmada da, sosyal uzaklaşma ve güvensiz bağlanmanın yeme bozukluğu ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Mason ve ark., 2016). Yetişkin örnekleme yapılan bir başka çalışmada ise, bağlanma kaygısının yüksek olmasının yeme bozukluğu belirtilerinin daha şiddetli olması ve tedavi çıktılarının zayıf olmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Illing, Tasca, Balfour ve Bissada, 2010).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu tanısı alan kişilerin “bağlı” oldukları kişilerle olumsuz ilişkilerinin olduğu, aynı zamanda bu bireylerin çocukluklarında da güvensiz bağlandığı dile getirilmektedir (Alantar ve Maner, 2008). Yapılan bir başka çalışmada sonuçlar, yeme bozukluğu tanısı alan kadınların kaygılı bağlandıklarını göstermiştir (Ringer ve Crittenden, 2007).

Ergenliğin son dönemindeki, güvensiz bağlanma örüntüsüne sahip kadınlarda tıknırcasına yeme belirtileri üzerinde baba tarafından verilen bakımın düzenleyici rolünü ele alan bir çalışmada, tıknırcasına yeme belirtileri gösteren katılımcıların güvenli bağlanmada ve baba tarafından verilen bakımda düşük puanlar aldıkları, diğer yandan kaygılı ve korkulu bağlanmada yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (Pace, Cacioppo ve Schimmenti, 2012). Yine aynı çalışmada, tıknırcasına yeme belirtilerinin güvenli bağlanma ile negatif, kaygılı ve korkulu bağlanma biçimleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ek olarak bu bulgular, kaygılı bağlanma yüksek olduğunda baba tarafından verilen bakım yüksek algılanırsa, tıknırcasına yeme belirtilerinin daha

düşük düzeyde olduğuna işaret etmektedir (Pace ve ark., 2012). Bir başka çalışmada kaygılı ve kaçınan bağlanma biçimleri stres altındayken tıknırcasına yeme ile ilişkili bulunmuştur (Brennan ve Shaver, 1995). Ayrıca, tıknırcasına yeme bozukluğu olan kadınlarda, güvensiz ve dezorganize bağlanma biçimlerinin duygu düzenlemesine ve kişilerarası işlevselliğe olumsuz bir şekilde katkı sağlayarak tıknırcasına yeme belirtilerini tetikleyebileceği söylenmiştir (Maxwell ve ark., 2017).

Ayrıca pek çok çalışmada yeme bozukluğu tanısı alan yetişkinlerin büyük çoğunluğunun güvensiz bağlanma gösterdiği bildirilmekle birlikte (örn., Ward ve ark., 2001; Zachrisson ve Skårderud, 2010), güvensiz bağlanmanın pek çok psikopatoloji ile ilişkisi olduğu, bu durumun sadece yeme bozukluklarına özgü olmadığı da dile getirilmektedir (Jewel ve ark., 2016).

Ailesel Etkenler - Psikolojik

Yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin ailelerini değerlendiren çalışmalara bakıldığında, söz konusu kişilerin ailelerinde de bir takım psikolojik sorunlar yaşandığı görülmektedir. Yeme bozukluğu tanısı alan bireye bakım veren aile üyeleri sıklıkla stres, anksiyete ve yaşam doyumunda azalma deneyimlemektedirler (Cottee-Lane, Pistrang ve Bryant-Waugh, 2004; Kyriacou, Treasure ve Schmidt, 2008a; Treasure, Whitaker, Whitney ve Schmidt, 2005). Benzer şekilde, yeme bozukluğu tanısı alan biriyle yaşamının psikolojik ve fizyolojik hastalıkla ve düşük yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu görülmüştür (de la Rie, van Furth, de Koning, Noordenbos ve Donker, 2005; Treasure ve ark., 2001). Söz konusu araştırmalardan hareketle, yeme bozukluğunun aileye getirdiği yükün, aile bireylerinin psikolojik durumlarındaki değişimlerle ilişkili olduğu söylenebilir.

Yeme bozukluğu geliştirme riski altında olan kadınlar, annelerinin somatizasyon, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite ve paranoid düşünce alanlarında ciddi sorun yaşadıklarını, babalarının da depresyon ve hostilite alanlarında sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir (McGrane ve Carr, 2002). Bulimiya nervoza tanısı olan kız çocuğuna sahip ailelerde daha fazla duygusal anlaşmazlık, çatışma ve olumsuz duygulanım olduğu bildirilmektedir (Shoebridge ve Gowers, 2000). Yüksek duygu dışavurumu ile anoreksiya nervoza arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, anoreksiya nervoza tanısı alanlara bakım veren kişilerin daha yüksek kaygı ve

depresyon yaşadıkları bulunmuştur (Kyriacou ve ark., 2008b). Lilenfeld ve arkadaşlarının (1998), ebeveynin psikopatoloji düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptığı bir başka çalışmada, kontrol grubuyla kıyaslanınca yeme bozukluğu tanısı alanların ailelerinde daha yüksek oranlarda majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluğun olduğu görülmüştür. Katılık ve detaya takılıp resmin tamamını görememeyle ilişkili obsesif özellikler (Lopez ve ark., 2008), yeme bozukluğu tanısı alanların ailelerinin yaşadıklarına uyum sağlamalarını ve problem çözme becerilerini sekteye uğratabilmektedir (Treasure ve ark., 2008). Ek olarak yeme bozukluğu tanısı alan ailelerde problem çözme becerilerinin zayıf olduğu gözlenmektedir (Blair, Freeman ve Cull, 1995). Yüksek düzeyde sürekli kaygı gösteren aile üyeleri yeme bozukluğunun olumsuz sonuçlarını daha dikkat çekici ve korkutucu olarak algılamaya yatkın olmaktadır (Whitney, Haigh, Weinman ve Treasure, 2007). Bir yeme bozukluğu tanısı alan birey, diğerlerindeki kaygıyı hissedince kendisi daha da kaygılanmakta ve bu kaygıya verdiği yanıt yememe olmaktadır, bu durum da belirtileri artırmaktadır (Treasure ve ark., 2008). Kendilerini yenilmiş, çaresiz, umutsuz ve suçlu hissedene ebeveynlerin yaşadıkları bu engellenme, yeme bozukluğu tanısı alan bireye karşı eleştirelilik ve düşmancılık olarak gösterilmektedir (Treasure ve ark., 2008). Son olarak, yeme bozukluğu tanısı alanların ailelerinde, klinik kriterleri karşılayan ve klinik düzeyde tanı almasa da yeme bozukluğu belirtileri gösteren bireylerin olduğu görülmektedir (Treasure ve ark., 2008). Obez bireylerle yapılan bir çalışmada, tıknırcasına yemenin depresyon, anksiyete ve diğer psikopatolojilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Wadden, Foster, Letizia ve Wilk, 1993). Örneğin, ergenlerde ve yetişkinlerde tıknırcasına yeme bozukluğunun depresyon (Araujo, da Santos ve Nardi, 2010) ve obezite (de Zwaan, 2001) gibi fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Ayrıca, olumsuz öz değerlendirme, ebeveynin depresyonda olması, olumsuz çocukluk çağı deneyimleri ve kiloyla ilgili olumsuz yorumların tıknırcasına yeme bozukluğu risk faktörlerinden olduğu bulunmuştur (Fairburn ve ark., 1998).

Yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin ailelerindeki bu örüntülerin hastalıktan önce var olup olmadığı ya da hastalığın getirdiği yüke karşı verilen bir tepki olup olmadığı konusunda nedensel bir yön belirtilemese de, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin ailelerinde görülen psikolojik rahatsızlıklar, yeme bozukluklarının biyolojik aktarımını gösteren bir

bulgu olarak yorumlanabileceği gibi, model alma yoluyla da belirtilerin ortaya çıkıp sürmesini gösteren bir bulgu olarak yorumlanabilir.

Ailesel Etkenler - Aile İlişkileri, Sistemi ve Ortamı

Aile ilişkileri, sistemi ve ortamının yeme bozuklukları ile ilişkisi incelenirken ilk önce akla gelen kavram ebeveynliktir. Ebeveynlik yeme bozukluklarının ortaya çıkması ve sürmesinde rol oynamaktadır (Polivy ve Herman, 2002). Polivy ve Herman'a göre (2002) yeme bozukluklarının oluşumunda ailesel faktörler kendi başına nedensel bir etki değil, ancak biyolojik ya da yaşantısal yatkınlık faktörlerine ek bir katkı sağlayarak bozukluğun ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Çocuğun nasıl hissettiğini, düşündüğünü ve davrandığını manipüle etmeyle ilişkili olan psikolojik kontrol, bozulmuş yeme örüntüleriyle bağlantılı ebeveyn özelliklerindedir (Soenens ve ark., 2008). Yeme bozukluğu tanısı alan bireyler tutarlı olarak düşük düzeyde özerkliğe sahip olduklarını belirtmektedir (Frederick ve Grow, 1996). Benzer şekilde başka bir çalışmada, ebeveynlerin, yeme bozukluğu tanısı alan çocukların özerkliklerini kısıtlayıcı bir şekilde davrandıkları, çocuklara katı bir şekilde rehberlik ettikleri ve büyümeyi sağlayacak içsel kaynaklarının kullanımında cesaret kırıcı şekilde davrandıkları bulunmuştur (Latzer, Lavee ve Gal, 2009). Yeme bozukluğu tanısı alan bireyler ve kontrol grubuyla yürütülen örtük aile süreçlerini değerlendiren bir başka çalışmada, yeme bozukluğu grubundaki ailelerin kontrol grubuna göre daha işlevsiz aile kuralları koyduğu bulunmuştur (Gillett, Harper, Larson, Berrett ve Hardman, 2009).

Sosyal ve kendilik standartlarının karşılaştırılmasını amaçlayan bir çalışmada, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin fiziksel görünüm, aile standartları ve başarı bakımından kontrol grubundan daha yüksek standartlara sahip oldukları bulunmuştur (Gunnard ve ark., 2012). Söz konusu çalışmada, yüksek kendilik ve sosyal standartlar yeme bozukluğunun ortaya çıkma olasılığını artıran faktörlerdendir. Bir başka çalışmada, yeme bozukluğu hastalarının ailelerinin dış görünüşe ve başarıya yönelik endişelerinin daha yüksek algılandığı belirtilmektedir (Laiberté, Boland ve Lechner, 1999). Bir başka çalışmada da, mükemmeliyetçilik ve olumsuz kendini değerlendirmenin yeme bozuklukları olan kişilerin ailelerinde genel bir faktör olduğu bulunmuştur (Jacobi, Hayward, Zwaan, Kraemer ve Argas, 2004). Bu bulguyla paralel olarak, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin

ailelerini değerlendirerek bir model öneren araştırmada, yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin olduğu ailelerde aşırı koruma ve eleştirelilik; hem başlatıcı hem sürdürücü faktörler arasındadır (Treasure ve ark., 2008). Bu bulgular, "mükemmeliyetçilik", "eleştirelilik" gibi işlevsel olmayan ve çocuktan aşırı beklentinin olduğu yüksek standartlarla özdeşleşen ebeveyn özellikleriyle yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi yansıtıyor olabilir.

Yeme bozuklukları etiolojisinde ailenin rolü daha çok ilişkisel alanla bağlantılı olarak ele alınmaktadır. Aile hayatı döngüsü ile yeme bozuklukları arasındaki geçişi açıklamaya çalışan geriye dönük bir çalışmada, yeme bozukluklarının başlangıcında ve sürmesinde rol alan etkenler okul değişimi, aile üyelerinden birinin ölümü, ilişki değişiklikleri, ev ve iş yeri değişiklikleri, hastalık/hastaneye yatırılma, istismar, cinsel saldırı ve ensest olarak bulunmuştur (Berge, Loth, Hanson, Croll-Lampert ve Neumark-Sztainer, 2012). Yeme bozukluklarında aile ikliminin katkısını inceleyen bir başka çalışmada, aile ikliminin, genel aile süreçlerinden (çatışma, bağlılık, dışavurumculuk) daha özel olarak yeme bozukluklarıyla bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Laiberté ve ark., 1999). Olumsuz aile ortamı ile birlikte duygu yayılımının [(bireyin karşısındaki kişiyle sınırlı bir etkileşimde bulunmasına rağmen onun duygusundan fazlaca etkilenmesi (Hatfield, Cacioppo ve Rapson, 1993)] olduğu ailelerde, kadınlar olumsuz duygu durumlarını düzeltmek için yiyeceğe yöneliyor olabilmektedirler (Lingswiler, Crowther ve Stephens, 1989). Duygusal olarak olumsuz aileler ve kızlarının, anormal yeme örüntüleri arasındaki tutarsız araştırma bulgularını inceleyen klinik olmayan örnekleme yapılan bir araştırmada, duygu yayılması yaşayan kadınların duygusal anlamda olumsuz aile ortamına tepki olarak, özellikle sağlıksız yeme tutumları ve alışkanlıkları olduğu bulunmuştur. Kişisel bir etken olan duygu yayılması yatkınlığı olumsuz aile ve sosyal çevre ile bir araya gelince yeme bozuklukları gelişimde önemli rol oynuyor olabilmektedir (Weisbuch, Ambady, Slepian ve Jimerson, 2011).

Psikosomatik aile modelini (Minuchin, Rosman ve Baker, 1978'den akt. McGrane ve Carr, 2002) inceleyen bir çalışmada, kontrol grubuna göre yeme bozukluğu grubundaki ailelerde bağlılık daha yüksek olma eğilimindedir ve aile üyeleri -özellikle de yeme bozukluğu tanısı alanlar- bu yakınlığın daha da artmasını istemektedirler (Aragona, Catapano, Loredano ve Alliani, 2011). Bir başka çalışmada daha, aile üyeleri arasında bulanık sınırlar olarak kabul edilen iç içe geçmenin yeme bozukluğu patolojisi ile ilişkili

olduğu belirtilmektedir (Tomiyama ve Mann, 2008). Bir başka çalışmada ise, anoreksiya nervoza tanısı alan bireylerin olduğu ailelerde yüksek katılık ve düşük yakınlık bulunmuştur (Gillett ve ark., 2009). Yeme bozukluğu tanısı alanlar, ailelerini daha az bağlı, daha az esnek ve anneleriyle iletişimlerini bozulmuş olarak algılamaktadırlar. Sağlıklı kadınların anneleriyle karşılaştırıldığında, yeme bozukluğu tanısı alanların anneleri de daha az bağlılık, esneklik ve bozulmuş anne-kız iletişimi yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ek olarak kızların ailelerine karşı annelerinden daha fazla eleştirel oldukları görülmüştür (Vidović, Jureša, Begovac, Mahnik ve Tocilj, 2005). Bir başka çalışmada, Webster ve Palmer, (2000) yeme bozukluğu tanısı (anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve anoreksiya nervoza ile bulimiya nervoza -karışık) alan, major depresyon tanısı alan ve herhangi bir klinik tanı almayan (kontrol grubu) üç grubu belirli özellikler açısından karşılaştırmıştır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, anoreksiya nervoza tanısı alan grup, anne-baba ilgisizliği, kontrol, bakım, antipati ve aile uyumsuzluğu değişkenleri açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Aksine, bulimiya nervoza tanısı alanlar, kontrol grubuna göre daha fazla anne-baba ilgisizliği, daha fazla aile uyumsuzluğu, daha az bakım ve genel olarak daha fazla sıkıntı bildirmişlerdir. Bu bulgular ailedeki yakınlığın aşırı ya da eksik olmasının her ikisinin de yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Yeme bozukluğu geliştirme riski altında olan kadınların problem çözme, aile içi roller, duygusal karşılıklık ve genel işlevselliğe dair ailede daha fazla zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (McGrane ve Carr, 2002). Yapılan aile değerlendirme çalışmalarından biri, kontrol grubuna göre yeme bozukluğu tanısı alan bir bireye sahip olan ailelerin iletişiminde zayıf işlevsellik ve zayıf duygusal yanıt olduğunu göstermektedir (Steiger, Liquornik, Chapman ve Hussain, 1991). Aile sistemlerinin bulimiya nervoza tanısı alan ergenlerdeki belirti çeşitliliğine olan katkısını incelemeyi amaçlayan bir çalışmada, ailelerini yüksek derecede çatışmalı ya da düşük derecede duygu ifadesine sahip olarak algılayan genç kızlarda, aile içi huzursuzluğun bulimiya nervozaya ilişkin belirtileri yordadığı bulunmuştur (Okon, Greene ve Smith, 2003). Yapılan bir derleme çalışmasında, alanyazındaki çalışmaların ortak noktası, yeme bozukluğu tanısı alan bir bireye sahip olan ailelerin kontrol grubuna göre daha kötü aile işlevselliğine sahip olduğunu bildirmeleridir (Holtom-Viesel ve Allan, 2014). Yeme bozukluğu tanısı alan gençlerde,

yemek yememenin aile içi gerginlik üzerinde kontrol sağlama aracı olarak kullanılmasıyla bireyin yemeye olan direnci artmaktadır (Fairburn, Shafran ve Cooper, 1999). Başka bir çalışma ise, olumsuz kişiler arası olayların sıklıkla tıknırcasına yemeyi hızlandırdığını ve bulimiya nervoza tanısı alan hastaların sosyal etkileşimlere özellikle duyarlı olabileceğini öne sürmektedir (Steiger, Gauvin, Jabalpurwala, Séguin ve Stotland, 1999).

Aktarılan bulgular yeme bozukluğu tanısına ya da geliştirme riskine sahip olan bireylerin duygusal ipuçlarına daha duyarlı olmaları ve aile içi duygusal çatışmalara yeme örüntüleri aracılığıyla bir yanıt vermeye çalıştıkları şeklinde yorumlanabilir.

Ailesel Etkenler - Aile Temelli Müdahaleler

Aileler için çocuklarının yeme bozukluğu tanısı aldığına uyum sağlamak kolay olmamaktadır. Psikolojik açıdan dayanıklı olsalar da, yeme bozukluğuna sahip olan sevdikleri kişiye bakım verme sürecinde bakım verenler destek ve bilgiye ihtiyaç duymaktadırlar (Highet, Thompson ve King, 2005). Uzmanların bakım verenlerin ihtiyaçlarını belirlemesi, ailelerin bakım vermek için ihtiyaçları olan gerekli kaynakları sağlamalarını ve aile işlevselliğindeki değişimlere uyum sağlamalarını kolaylaştıracak aile ortamını yaratmak açısından önemlidir (McMaster, Beale, Hillege ve Nagy, 2004; Zucker, Ferriter, Best ve Brantley, 2005). Ayrıca, yapılan bir çalışmada mümkün oldukça aile, eş gibi bireyin hayatındaki önemli kişilerin değerlendirme ve tedavi sürecine katılımının önemli olduğu belirtilmektedir (Zipfel, Giel, Bulik, Hay ve Schmidt, 2015).

Aile temelli müdahalelerde, yeme bozukluğu tanısı alan kişinin özerkliğini arttırmak, aile içindeki uygun sınırları yeniden inşa etmek, ebeveynlerin çift olarak yeniden organize olabilmesi için ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmaktadır (Lock ve Le Grange, 2015). Yeme bozukluklarında, aileye odaklanan müdahaleler, Aile Temelli Terapi (Lock ve Le Grange, 2015), Bağlanma Temelli Aile Terapisi (Diamond, Diamond ve Levy, 2014) ve Maudsley Aile Terapisi gibi yaklaşımları içermektedir. Aile Temelli Terapi yaklaşımı, daha genel aile süreçlerine odaklanmaktansa, yeme bozukluğu davranışı ve kilo alımı gibi belirgin süreçlere odaklanmaktadır (Lock, 2015). Bağlanma Temelli Aile Terapisi'nde ise, yeme bozukluğu tanısı alan ergen ve ebeveyn arasındaki ilişkide yaşanan kırılmaların onarılmasına odaklanarak tedavi amaçlanır (Wagner, Diamond, Levy, Russon ve Litster, 2016). Yeme bozukluklarının

tedavi sürecinde yaygın olarak kullanılan bir diğer yaklaşım olan “Maudsley Aile Terapisi”, Maudsley Hastanesi’nde geliştirilen yaklaşık 9-12 ay tedavi süresine sahip bir yaklaşımdır (Lock ve Le Grange, 2001).

Aile temelli yaklaşımla tedavi alan ailelerle yapılan bir çalışmanın bulguları, yeme bozukluğunun tedavi sürecinde çevrimiçi forumları kullanmanın ebeveynlik biçiminde değişim ve sosyal destek sağladığını bildirmiştir (LaMarre, Robson ve Dawczyk, 2015). Aile temelli müdahaleler özellikle üç yıldır hastane yatışı olmadan tedavi olan yeme bozukluğu tanısı alan ergenlerde olumlu çıktılarla bağlantılıdır (Eisler, Simic, Russell ve Dare, 2007). Ancak; aile temelli terapilerin anoreksiya nervoza tanısı alan hastalara yardımcı olduğu belirtilmekte birlikte, hangi aile temelli terapinin daha iyi olduğu açık değildir (Lock, Le Grange, Agras ve Dare, 2001). Aile temelli terapilerde 12 aylık takip çalışmasından sonra yeme bozukluğu tanısı alan ergenlerin yarısından azının tam iyileşme gösterdiği ve kilo alımını kolaylaştıran bir yaklaşımın, genel aile süreçlerine odaklanan sistemik aile terapileri ile arasında bir fark olmadığı bulunmuştur (Agras ve ark., 2014). Ayrıca, Aile Temelli Terapi yaklaşımının bireysel terapilerden daha etkili olduğunu gösteren kanıtlar bulunmaktadır (Lock, 2015). Bu bulgunun aksine, yapılan bir meta-analiz çalışmasında, aile temelli terapilerin bireysel terapilerden anlamlı derecede farklı olmadığı; ancak takip çalışmalarında aile temelli terapilerin bireysel terapiye göre daha üstün olduğu gösterilmiştir (Couturier, Kimber ve Szatmari, 2013).

Aileler çocukları yeme bozukluğu tanısı aldığı anda, suçluluk, öfke, kaygı, korku ve inkar gibi pek çok farklı duygu yaşamaktadır (Gilbert, Shaw ve Notar, 2000). Bu olumsuz duygular ebeveynleri, çocuklarının ciddi bir soruna sahip olduklarını kabul etmektен alıkoymaktadır. Öte yandan, problemin kabulü, çocuğa daha iyi destek olabilmekle ilişkilidir (Gilbert ve ark., 2000). Aile terapistinin desteğiyle, ailelerin çocuklarının yeme düzenlerini kontrol ve rehberlik etmelerine olanak sağladığı için (Lock ve Le Grange, 2001) aile temelli müdahalelerin yeme bozukluğunun kabulü ve tedavisinde önemli yer tuttuğu söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Aile içi ilişkiler, paylaşımlar, anne ve babanın psikolojik sağlık durumları ile çocuklarına yaklaşımları çocukların geleceğini etkilemektedir. Aşırı koruyucu ebeveynler veya çocukları ile mesafeli ilişkiler için-

de olan, duygusal uzaklığı tercih eden ebeveynler farklı şekillerde çocuklarının yeme davranışlarını etkileyebilmektedir. Diğer yandan kimi ailelerde çocuklar kendilerini yalnız, reddedilmiş hissedip aileleri tarafından anlaşılmadıklarını düşünebilirler. Böylece kendilerini kanıtlama ve onay alma mekanizmasını fiziksel özellikleri üzerinden kurmaya çalışabilirler (Toker ve Hocoğlu, 2009). Diğer yandan, yeme bozukluklarında bireysel ve sosyokültürel koruyucu faktörler arasında sıcaklık, destekleyici aile ilişkileri ve medya okur-yazarlığı yer almaktadır (Tylka ve Kroon Van Diest, 2015). Bununla birlikte, bir arada yenen aile yemekleri, sağlıklı olmayan yeme alışkanlıkları ve davranışlarının oluşmasında koruyucu bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Burgess-Champoux, Larson, Neumark-Sztainer, Hannah ve Story, 2009; Haines, Gillman, Rifas-Shiman, Field ve Austin, 2010). Ayrıca aile işlevselliğini daha olumlu algılayanların, genel olarak yeme bozukluğunun şiddeti ne olursa olsun, hastalığın tedavisinde daha olumlu sonuçlara sahip oldukları bildirilmiştir (Holtom-Viesel ve Allan, 2014).

Yeme bozukluklarının etiolojisinde ailesel faktörleri derleyen bu çalışmada, ailenin rolü psikolojik açıdan, ayrıca bağlanma kuramı, aile ilişkileri, sistemleri ve ortamı bakımından ele alınmıştır. Erken yaşantılarda meydana gelen bağlanma sorunlarının, pek çok psikopatolojinin olduğu gibi, ileride görülen yeme bozukluklarının yordayıcılarından biri olduğu yapılan çalışmaların ortak sonucu olarak dile getirilebilir. Ailede var olan duygusal sorunlar, mükemmeliyetçilik gibi başarıya yapılan atıflar, yeme bozukluklarında ailesel etkenlerin psikolojik yönünü oluşturmaktadır. Ek olarak aktarılan çalışmalardan yapılabilecek bir başka çıkarım, yeme bozukluğu tanısı alan çocuklarla ebeveynler arasındaki ilişkilerin daha gergin ve stresli olduğu ya da bu şekilde algılandığı yönündedir.

Yeme bozukluklarının etiolojisinde rol oynayan ailesel etkenlerin başlangıçta var olup olmadığı, yeme bozukluğu tanısı alan bir aile üyesinin varlığından dolayı zamanla ortaya çıkıp çıkmadığı, aradaki ilişkinin çift yönlü olup olmadığı tartışılan bir konudur. Özellikle aile ilişkileri ve iklimi hastalık öncesinde olabileceği gibi, hastalığın getirdiği yıpratıcı süreçte zamanla oluşuyor olabilir. Yapılan çalışmaların doğası bu spekülasyonu netleştirmede yetersiz kalıyor olabilir. Yeme bozukluğu etiolojisinde ailenin rolünün nedensel etkisi direk gözlenmemekle birlikte tedavi sürecinde aile sistemi içindeki sorun alanlarında yaşanacak değişimlerle olumlu gidişat gözlenebileceği söylenebilir.

Aktarılanlardan hareketle, yeme bozukluklarının tedavisinde aile temelli müdahaleler aile bireylerinin tedaviye aktif olarak katılımı, sosyal destek sağlanması, işlevsel olmayan ebeveynlik biçimlerinin değişimi, aile ilişkisindeki kırılmaların onarılması açısından önemli görünmektedir. Ancak, alanyazında yeme bozukluğunda bireysel terapi yaklaşımlarına göre, aile temelli tedavilerin etkililiğine yönelik yapılan çalışma sonuçları çelişkili bulgular içermektedir. Bu nedenle, ileride yapılacak olan çalışmalar, yeme bozukluklarının tedavisinde aile katılımının olumlu çıktılarını daha net bir şekilde belirlemeye yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.
- Agras, W. S., Lock, J., Brandt, H., Bryson, S. W., Dodge, E., Halmi, K. A., ... ve Woodside, B. (2014). Comparison of 2 family therapies for adolescent anorexia nervosa: A randomized parallel trial. *JAMA Psychiatry*, 71(11), 1279-1286.
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. ve Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Alantar, Z. ve Maner, F. (2008). Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 97-104.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan* (çev. Köroğlu E), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan* (çev. Köroğlu E), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Annagür, B. B. (2010). Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 572-582.
- Annagür, B. B., Orhan, F. Ö., Özer, A., Tamam, L. ve Erhan, Ç. (2012). Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: Bir ön çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 49(1), 14-19.
- Aragona, M., Catapano, R., Loredano, C. ve Alliani D. (2011). The "psychosomatic" family system: Are families with eating disorders more enmeshed and rigid than normal controls?. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*, 4(1), 10-15.
- Araujo, D. M. R., Santos, G. F. D. S. ve Nardi, A. E. (2010). Binge eating disorder and depression: A systematic review. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(2), 199-207.
- Bartholomew, K. ve Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-244.
- Berge, J. M., Loth, K., Hanson, C., Croll-Lampert, J. ve Neumark-Sztainer, D. (2012). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: A retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10), 1355-1363.
- Blair, C., Freeman, C. ve Cull, A. (1995). The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychological Medicine*, 25(5), 985-993.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145 (1), 1-10.
- Brennan, K. A. ve Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267-283.
- Burgess-Champoux, T. L., Larson, N., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J. ve Story, M. (2009). Are family meal patterns associated with overall diet quality during the transition from early to middle adolescence?. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(2), 79-86.
- Cottee-Lane, D., Pistrang, N. ve Bryant-Waugh, R. (2004). Childhood onset anorexia nervosa: The experience of parents. *European Eating Disorders Review*, 12(3), 169-177.
- Couturier, J., Kimber, M. ve Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11.
- Davison G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal Psikolojisi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları (ss. 213-235).
- de la Rie, S. M., van Furth, E. F., de Koning, A., Noordenbos, G. ve Donker, M. C. H. (2005). The quality of life of family caregivers of eating disorder patients. *Eating Disorders*, 13(4), 345-351.
- de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity*, 25, 51-55.
- Diamond, G. S., Diamond, G. M. ve Levy, S. (2014). *Attachment-based family therapy*. APA.
- Eisler, I., Simic, M., Russell, G. F. ve Dare, C. (2007). A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(6), 552-560.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. ve Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A. ve O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-

- control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-432.
- Fairburn, C. G., Shafran, R. ve Cooper, Z. (1999). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), 1-13.
- Frederick, C. M. ve Grow, V. M. (1996). A mediational model of autonomy, self-esteem, and eating disordered attitudes and behaviors. *Psychology of Women Quarterly*, 20(2), 217-228.
- Gilbert, A. A., Shaw, S. M. ve Notar, M. K. (2000). The impact of eating disorders on family relationships. *Eating Disorders*, 8(4), 331-345.
- Gillett, K., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E. ve Hardman, R. K. (2009). Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.
- Gunnard, K., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Penelo, E., Granero, R., Treasure, J., ... ve Fernández-Aranda, F. (2012). Relevance of social and self-standards in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 271-278.
- Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E. ve Austin, S. B. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(4), 336-343.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. T. ve Rapson, R. L. (1993). Emotional contagion. *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 96-100.
- Hight, N., Thompson, M. ve King, R. M. (2005). The experience of living with a person with an eating disorder: The impact on the carers. *Eating Disorders*, 13(4), 327-344.
- Hillege, S., Beale, B. ve McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016-1022.
- Holtom-Viesel, A. ve Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29-43.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L. ve Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(9), 653-659.
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M., Kraemer, H.C. ve Agras, W.S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychology Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Józefik, B. ve Pilecki, M. W. (2010). Perception of autonomy and intimacy in families of origin of patients with eating disorders with depressed patients and healthy controls. A transgenerational perspective—Part I. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 12(4), 69-77.
- Kızıltan, G., Karabudak, E., Ünver, S., Sezgin, E. ve Ünal, A. (2005). Nutritional status of university students with binge eating disorder. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58(4), 167-171.
- Kyriacou, O., Treasure, J. ve Schmidt, U. (2008a). Expressed emotion in eating disorders assessed via self-report: An examination of factors associated with expressed emotion in carers of people with anorexia nervosa in comparison to control families. *International Journal of Eating Disorders*, 41(1), 37-46.
- Kyriacou, O., Treasure, J. ve Schmidt, U. (2008b). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- Laiberté M., Boland F.J. ve Leichner P. (1999). Family climates: Family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(9), 1021-1040.
- LaMarre, A., Robson, J. ve Dawczyk, A. (2015). Mothers' use of blogs while engaged in family-based treatment for a child's eating disorder. *Families, Systems, & Health*, 33(4), 390-394.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E. ve Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599.
- Latzer, Y., Lavee, Y. ve Gal, S. (2009). Marital and Parent Child Relationships in Families With Daughters Who Have Eating Disorders. *Journal of Family Issues*, 30(9), 1201-1220.
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. ve Nicholls, D. (2010). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 1-5.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., ... ve Nagy, L. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610.
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H. ve Stephens, M. A. P. (1989). Affective and cognitive antecedents to eating episodes in bulimia and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 533-539.
- Lock J., Le Grange D., Agras S. ve Dare C. (2001). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach*. New York: The Guilford Press.
- Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(5), 707-721.
- Lock, J. ve Le Grange, D. (2001). Can family-based treatment of anorexia nervosa be manualized?. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 253-261.

- Lock, J., & Le Grange, D. (2015). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York, NY: Guilford Publications.
- Lopez, C., Tchanturia, K., Stahl, D., Booth, R., Holliday, J. ve Treasure, J. (2008). An examination of the concept of central coherence in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 143-152.
- Main, M. ve Solomon, J. (1990). *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. M. T. Greenberg, D. Cicchetti ve E. M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention içinde (121-154). University of Chicago Press.
- Mason, T. B., Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Joiner, T. E., Mitchell, J. E., ... ve Peterson, C. B. (2016). The role of interpersonal personality traits and reassurance seeking in eating disorder symptoms and depressive symptoms among women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 165-171.
- Maxwell, H., Tasca, G. A., Grenon, R., Ritchie, K., Bissada, H. ve Balfour, L. (2017). Change in attachment states of mind of women with binge-eating disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1292-1303.
- McGrane, D. ve Carr, A. (2002). Young women at risk for eating disorders: Perceived family dysfunction and parental psychological problems. *Contemporary Family Therapy*, 24(2), 385-395.
- McMaster, R., Beale, B., Hillege, S. ve Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: Interactions with health professionals. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(1), 67-73.
- Mikulincer, M. ve Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Okon, D. M., Greene, A. L. ve Smith, J. E. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 450-457.
- Önal Sönmez, A. (2017). Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 9(3), 301-316.
- Pace, U., Cacioppo, M. ve Schimmenti, A. (2012). The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(2), 282-292.
- Polivy, J. ve Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
- Ringer, F. ve Crittenden, P. M. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15(2), 119-130.
- Shoebriidge, P. J. ve Gowers, S. G. (2000). Parental high concern and adolescent-onset anorexia nervosa: A case-control study to investigate direction of causality. *The British Journal of Psychiatry*, 176(2), 132-137.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Vandereycken, W., Luyten, P., Sierens, E. ve Goossens, L. (2008). Perceived parental psychological control and eating-disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a possible intervening variable. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 144-152.
- Steiger, H., Gauvin, L., Jabalpurwala, S., Séguin, J. R. ve Stotland, S. (1999). Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 765-775.
- Steiger, H., Liguornik, K., Chapman, J. ve Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of "restricters" and "bingers" to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 501-512.
- Toker, D. E. ve Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Tomiyama, A. J. ve Mann, T. (2008). Cultural factors in collegiate eating disorder pathology: When family culture clashes with individual culture. *Journal of American College Health*, 57(3), 309-314.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmulker, T., Todd, G., Gavan, K. ve Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7), 343-347.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., ... ve Todd, G. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 247-255.
- Treasure, J., Whitaker, W., Whitney, J. ve Schmidt, U. (2005). Working with families of adults with anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 158-170.
- Tylka, T. L. ve Kroon Van Diest, A. M. (2015). You looking at her "hot" body may not be "cool" for me: Integrating male partners' pornography use into objectification theory for women. *Psychology of Women Quarterly*, 39(1), 67-84.
- Vidović, V., Jureša, V., Begovac, I., Mahnik, M. ve Tocilj, G. (2005). Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13(1), 19-28.
- Wadden, T. A., Foster, G. D., Letizia, K. A. ve Wilk, J. E. (1993). Metabolic, anthropometric, and psychological characteristics of obese binge eaters. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 17-25.
- Wagner, I., Diamond, G. S., Levy, S., Russon, J. ve Litsster, R. (2016). Attachment-based family therapy as an adjunct to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(2), 207-227.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H. ve Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia

- nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 74(4), 497-505.
- Webster, J. J. ve Palmer, R. L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30(1), 53-60.
- Wei, M., Mallinckrodt, B., Larson, L. M. ve Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, depressive symptoms, and validation from self versus others. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 368.
- Weisbuch, M., Ambady, N., Slepian, M. L. ve Jimerson, D. C. (2011). Emotion contagion moderates the relationship between emotionally-negative families and abnormal eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 716-720.
- Whitney, J. ve Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and interpersonal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14(6), 575-585.
- Whitney, J., Haigh, R., Weinman, J. ve Treasure, J. (2007). Caring for people with eating disorders: Factors associated with psychological distress and negative caregiving appraisals in carers of people with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 413-428.
- Zachrisson, H. D. ve Skårderud, F. (2010). Feelings of insecurity: Review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of The Eating Disorders Association*, 18(2), 97-106.
- Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P. ve Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.
- Zucker, N. L., Ferriter, C., Best, S. ve Brantley, A. (2005). Group parent training: A novel approach for the treatment of eating disorders. *Eating Disorders*, 13(4), 391-405.