



Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları*

F. Elif Ergüney Okumuş¹, H. Özlem Sertel Berk², Başak Yücel³

The Predictors And Role Of Treatment Motivation In Eating Disorders

Öz

Yeme Bozuklukları (YB) gittikçe yaygınlaşan ve tedavi edilmediğinde kronikleşen, çok bileşenli sağlık sorunlarıdır. Vakaların tedaviye başvuru oranlarının düşük, tedaviyi bırakma oranlarının ise yüksek oluşu, son zamanlarda tedavi motivasyonu ile ilgili çalışmalara dikkat çekmekte, tedaviyi planlarken vakaların tedavi motivasyonu ve ilgili faktörlerin değerlendirilmesi tedavi etkinliğini arttırmaktadır. Ancak ülkemizde bu alanda yürütülen araştırmalara rastlanmamaktadır.

Bu çalışmanın amacı YB vakalarında tedavi motivasyonu ve tedavi motivasyonunun yordayıcıları olarak literatürde belirtilen yeme bozukluğu semptom düzeyi, beden imgesi ve depresyon arasındaki ilişkileri incelemektir. Araştırma; 75 YB vakası kadın katılımcı ile; SCID-I, Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Kadınlar için Fotoğraflı Figür Derecelendirme Ölçeği, Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği ve Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği kullanılarak yürütülmüştür.

Sonuçlar literatürdeki bilgilerle tutarlı olarak YB vakalarının semptom düzeyi, depresyon düzeyi ve beden memnuniyetsizliği düzeylerindeki artışın tedavi motivasyonundaki düşüşle ilişkili olduğunu, tedavi motivasyonunun en güçlü yordayıcısının ise yeme bozukluğu semptom düzeyi olduğunu göstermiştir. Bu bulgular yeme bozukluğunun sağaltımına yönelik çalışmalarda vakanın içerisinde bulunduğu motivasyonel düzeye göre tedavi planlanması gerektiğini ve tedavi sürecinde vakaların depresyon ve beden memnuniyetsizliği düzeylerinin de değerlendirilmesini düşündürmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozuklukları, Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi, Depresyon

Abstract

Eating Disorders (ED) are one of the psychiatric problems that increasingly become prevalent and include serious health risks. Low treatment motivation is a common and prominent factor in the progress of ED and lately became the focus of many researches. Therefore evaluating the patients' treatment motivation and related factors before planning the treatment modality increase the efficiency of treatment. However studies including these factors are rare.

The aim of this study is to evaluate the relations between treatment motivation symptom severity, body image and depression. The study was conducted with 75 ED women with

* Yazar Notu: Bu çalışma, ilk yazarın Yüksek Lisans Tez Araştırmasına dayanmaktadır.

¹ Sorumlu yazar / Corresponding author, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye. E-posta / E-mail: elif.okumus@izu.edu.tr

² İstanbul Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye. E-posta / E-mail: osberk@istanbul.edu.tr

³ İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. E-posta / E-mail: basaky@istanbul.edu.tr

using; SCID-I, Eating Disorders Examination Questionnaire, Beck Depression Inventory, Photographic Figure Rating Scale, Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire and Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire.

According to the results of this study, with the consistence of previous studies; increasing levels of eating disorders symptom severity, depression, body dissatisfaction were related with decreasing levels of treatment motivation in the patients with ED. The best predictor of treatment motivation was eating disorder symptom severity.

These results suggest the value of evaluating the level of treatment motivation and related factors when planning ED treatment models focusing on symptom severity and body dissatisfaction.

Keywords: Eating disorders, Treatment Motivation, Body Image, Depression.

Giriş

Yeme Bozuklukları (YB) günümüzde giderek yaygınlaşan ve hayati risk içeren sağlık sorunlarından. Yeme ve beden ile ilgili patolojinin temel oluşturduğu bu durumlar, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nda (DSM-5); Beslenme ve yeme bozuklukları olarak ele alınmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Bu kategorideki Pika ve Geri Çıkarma Bozukluğu sıklıkla çocukluk çağında meydana gelmekteyken; Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN) ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ise çoğunlukla ergenlik döneminde başlayan ve tedavi edilmediğinde düzelme olasılığı oldukça düşük olan kompleks yeme bozukluklarıdır. Genel olarak ele alındığında bu problemlerin odak noktası kişilerin kilo ve beden görünümüne aşırı önem vermesi, kilo almayla ilgili aşırı endişeler sonucunda oluşan dengeleyici davranışlardır. AN; düşük kilo ile seyreden (Beden Kitle İndeksi yani BKİ'nin Dünya Sağlık Örgütü'nce belirlenen standardın altında olduğu), kilo ve bedenle ilgili aşırı uğraşın bulunduğu, kilo almamak/vermek için yemeyi kısıtlama, tıkınırcasına yiyip ardından çıkarma gibi yöntemlerin kullanıldığı kategoridir. BN'de ise farklı olan durum; vakaların normal kiloda ya da şişman olmalarıdır. TYB ise sıklıkla obez vakalarda da görülen, kısa bir zaman içerisinde (örneğin iki saatlik bir süre) normal miktarın çok üzerinde, adeta kendini kaybedercesine ve sanki hiç duramayacakmış gibi tıkınırcasına yeme ataklarının varlığı ile karakterizedir.

Yeme bozuklukları tipik olarak ergenlik döneminde başlar, vakaların çoğu kadındır, klinik tabloya pek çok psikiyatrik ve medikal problem eşlik edebilir. YB'nin yaşam boyu görülme sıklığı % 1-4 olup (Allen, Byrne, Oddy ve Crosby, 2013; Smink, von Hoeken ve Hoek, 2012) bu oran ülkemizde de % 1-3 civarında bulgulanmıştır (Vardar ve Erzengin, 2011). Yeni tanı sistemleri AN'deki düşük kiloya bağlı amenore (adet görememe) ve BN'deki belirli sürede ortaya çıkan belirli sayıdaki tıkınırcasına yeme atağı ve telafi davranışlarını tanı kriteri dı-

şında bırakarak önceden BTA (başka türlü adlandırılmayan) sayılan vakaların da tam tanı alabilmesine imkan sağlamıştır. Böylece gelecekteki araştırmalarda YB görülme sıklığında artış olması beklenmektedir.

Yeme bozukluklarında etiyojolojiye bakıldığında biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin rol oynadığı çok faktörlü bir yapı dikkat çekmektedir (Garner, 2002; Gordon, Denoma ve Joiner, 2005; Polivy ve Herman, 2002). Etiyojinin çok bileşenli yapısı, tedavi çalışmalarını da doğrudan etkilemektedir (Grave, 2011). Tedavi sürecinde farklı ekollerden temel alan psikoterapi uygulamaları, davranışsal yöntemler, beslenme terapisi ve medikal tedavinin bileşenlerini içeren uygulamalar multidisipliner bir ekip tarafından uygulanmaktadır. Bu alandaki tedavi müdahaleleriyle ilgili çalışmalar geçen 50 yılda önemli bir ivme kazanmasına rağmen, tam bir iyileşme durumu (tüm semptomların ortadan kalkması) vakaların ancak yarısı için mümkün olabilmektedir (Herzog ve Eddy, 2007).

Vakaların çoğunlukla kendi kararları dışında tedaviye getirilmeleri, kendisi tedaviye gelen vakalarda ise tedaviye başvurunun hastalığın başlangıcından çok sonra olması, tedavi reddi ya da tedaviyi yarıda bırakma oranı sık karşılaşılan ve tedavi motivasyonu (TM) düşüklüğü ile ilişkilendirilen sorunlardır (Eivors, Button, Warner ve Turner, 2003; Mahon, 2000; Campbell, 1999). Son dönemlerde YB alanındaki çalışmalar bu sorunu odak noktası haline getirmiştir.

Sağlık psikolojisi perspektifinden bakıldığında YB’de tedavi motivasyonu çalışmaları Teoriler Arası Model (Transtheoretical Model-TTM) ve Değişim Evreleri temelinde ele alınabilmektedir. Prochaska ve DiClement (1982) tarafından geliştirilen ve pek çok farklı sağlık sorununa başarıyla uygulanan bu model, YB alanında da umut vaat edici sonuçlar vermektedir (Castro-Fornieles, Bigorra, Martinez-Mallen, Gonzalez, Moreno, Font ve Toro, 2011; McHugh, 2007; Ametller, Castro, Serrano, Martinez ve Toro, 2005; Gusella, Buttler, Nichols ve Bird, 2003; Rieger, 2000). Bu doğrultuda, önce vakaların tedavi motivasyonlarının değerlendirilip tedavinin, vakanın motivasyonel durumuna uygun olarak planlanması, tedavi etkinliğini arttırmanın bir yolu olarak vurgulanmaktadır (Dunn, Neighbours ve Larimer, 2003).

TTM değişimi doğrusal olmayan bir süreç olarak ele almakta ve değişimin evrelere ayrıldığını öne sürmektedir. Bu evreler; 1. Tasarlama Öncesi (Eyleme geçmenin düşünülmediği evre). 2. Tasarlama (Eyleme geçme niyetinin olduğu evre). 3. Hazırlık (Yakın zamanda eyleme geçme niyetinde olunup hali hazırda davranış değişimi için bazı adımların atıldığı evre). 4. Eylem (Yaşam tarzında belirgin davranış değişiminin olduğu evre). 5. Sürdürme (Davranış değişiminin gerçekleştirildiği ve sürdürüldüğü evre). TTM kişilerin bu evreler boyunca deneyimlediği aktiviteleri ‘değişimin yöntemleri’, değişimin yarar ve zararlarının birey tarafından hesaplanarak oluşturulmasını ‘kararsal denge’ ve bireylerin bu değişimi gerçekleştirmeye yönelik inançlarını da ‘öz-etkinlik’ olarak tanımlar

(Prochaska ve Diclemente, 1982). YB alanında TTM yapılarını temel alan çalışmalar tedavi motivasyonunun vakaların hastanede kalış süresini, tedavi sürecinde alınan kiloyu, tedaviyi yarıda bırakma oranlarını, yeme bozukluğu semptomlarındaki düşüşü ve tedavi kazanımlarının sürdürülmesini yordadığını göstermiştir (Castro-Fornieles ve ark., 2011; Gusella ve ark., 2003; Mchugh, 2007). 70 AN vakası ile yapılan bir çalışmada hastane yatışı sırasında ölçülen tedavi motivasyonu düzeyinin, YB ve depresif semptom düzeyi ile negatif yönde ilişkili olduğu (Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004) ayrıca motivasyonel düzeyin vakanın hastanede ne kadar süre kalacağını yordadığı bulgulanmıştır (Ametller, Castro, Serrano, Martinez ve Toro, 2005). Benzer sonuçlar BN vakalarında da gözlemlenmiştir (Martinez ve ark., 2007). Dolayısıyla vakaların içerisinde bulunduğu motivasyonel duruma uygun olarak tedaviyi planlamak tedavi etkinliğini artırma da önem taşımakta olup bu doğrultuda geliştirilen tedavi programları da dikkat çekmektedir (Touyz, Thornton, Rieger, George ve Boumont, 2003).

Yeme bozukluklarında tedavi motivasyonu doğrudan ilgili kavramlardan biri olan depresyon, YB vakalarında en sık karşılaşılan ve tedaviyi olumsuz etkileyen psikopatoloji durumudur (Casper, 1998; Godart ve ark., 2007; Levy ve Dixon, 1985). Bu alandaki çalışmalarda depresif semptomlardaki artış tedavi motivasyonundaki düşüşle ilişkilendirilmekte, vakaların depresyon düzeylerinin yüksek olması durumunda tedaviye yönelik motivasyonlarının azaldığı görülmektedir (Rieger ve ark., 2000; Zaitsoff ve Taylor, 2009). Fennig ve Hadas (2010)'ın YB vakalarında yaptığı çalışma ise şiddetli depresyon varlığında hastalığın kronikleşmesinin yanı sıra yalnızca tedavi değil yaşama karşı genel bir motivasyon kaybının ortaya çıktığını göstermektedir. Bu doğrultuda depresyonun, hastalığın şiddeti ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkinin gücüne etki eden güçlü bir faktör olduğu düşünülmektedir. YB'de tedavi motivasyonu ile ilgili bir diğer önemli kavram ise Beden İmgesidir. Beden imgesi, yeme bozukluğunda hem tanı kriteri hem de tedavinin odakları arasında yer almakta olup iki bileşenli bir yapı olarak ele alınabilir. Beden imgesinin algısal boyutu olan Beden İmgesi Bozukluğu (BİB); bireyin beden imgesini hatalı yargılamasıdır. Tutumsal boyutu olan Beden Memnuniyetsizliği (BM) de bedenini biçimiyle ilgili hoşnutsuzluk olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalar BM'deki artışın TM'deki düşüşle ilişkili olduğunu göstermektedir (Gusella ve ark., 2003; Martinez ve ark., 2007). Buna karşın BİB ile TM arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalara literatürde rastlanmamaktadır.

Kısaca özetlersek alandaki çalışmalara baktığımızda; YB ve depresif semptom düzeyinin ve beden memnuniyetsizliğinin yüksek oluşunun, tedavi motivasyonundaki düşüşle ilişkili olduğu görülmektedir (Jordana ve ark., 2003; Rieger ve ark., 2002; Rieger ve ark., 2000; Zaitsoff ve Taylor, 2009). Ancak

literatürde YB alanında tedavi motivasyonu ve ilgili değişkenleri inceleyen kapsamlı araştırmaların sayılı olduğu ve bu çalışmalarda beden imgesinin sadece tutumsal bileşen olan BM üzerinden değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Öte yandan ülkemizde klinik örnekleme yürütülen YB çalışmalarının çok az olduğu ve tedavi motivasyonu ve ilgili değişkenleri ele alan hiçbir çalışma olmadığı görülmektedir. Ayrıca YB'deki tedavi motivasyonu araştırmalarının pek çoğunun batı kökenli olması ve benzer yapının doğudaki izdüşümüne dair çalışmalara rastlanmaması da dikkat çekmektedir. Dolayısıyla bu çalışmanın amacı; YB vakalarında tedavi motivasyonu ve tedavi motivasyonun yordayıcıları olarak literatürde belirtilen yeme bozukluğu semptom düzeyi, beden imgesi ve depresyon arasındaki ilişkilerin Türk yeme bozukluğu örnekleminde incelenmesidir. Araştırmanın en önemli sorusu YB vakalarının klinik özellikler ve tedavi motivasyonu açısından nasıl bir dağılım göstereceğidir. Araştırma hipotezlerini kısaca belirtirsek; H1: Yeme bozukluğu aktif olan vakaların, remisyonda olanlara kıyasla tedavi motivasyonları düşük olacaktır H2: YB semptom düzeyi, depresyon, beden memnuniyetsizliği, beden imgesi bozukluğu ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların oluşu, tedavi motivasyonunu yordayacaktır. Ayrıca araştırmanın bir diğer önemli sorusu da YB semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişkide depresyonun biçimlendirici etkisinin olup olmayacağıdır. Bu bağlamda araştırma soruları ve hipotezleri hem AN hem de BN gruplarında araştırılacaktır.

Bu araştırma ile ülkemizdeki YB vakalarının tedavi motivasyonlarına dair bilgi elde edilmesi, TM'yi etkileyen değişkenlerin araştırılması ve bu değişkenleri içeren tedavi programlarının planlanmasının mümkün olacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Örneklem

Araştırma 75 kadın YB vakası ile yürütülmüştür. Örneklem farklı motivasyonel düzeydeki katılımcıları kapsamı amacıyla YB tanısı alan ve tedavinin farklı evrelerinde olan ya da tedavi almayan, geçmişte YB tanısı almış olup şuan da kısmi ya da tam remisyonda olan katılımcılar dahil edilmiştir. Bu doğrultuda İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Birimi, Yeme Bozuklukları Polikliniği'ne 2002-2012 yılları arasında tedaviye başvurmuş 200 kişiden oluşan veri tabanından yararlanılmıştır. Ağustos 2011-Mart 2012 tarihleri arasında ulaşılan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 80 kişiden 5'i kriterlere uygun olmadığı için (gebelik, malnütrisyon, YB dışında tanı, eşlik eden psikotik bozukluk vb.) çalışma dışı bırakılarak analizler kalan 75 vaka üzerinden değerlendirilmiştir. Vakaların 44'ü Anoreksiya Nervosa Grubunda (ANG) ve 31'i Bulimiya Nervosa Grubunda (BNG) grubunda yer almıştır. Vakaların yaşları 13-45 arasında değişmekte olup (Ort.=25, SS=7), BNG'nin

yaş ortalaması ANG'den anlamı derecede yüksektir ($Z=-2.139$, $p<0.05$). Demografik özellikler açısından; vakaların %79'u bekar, %61'i üniversite ve üstü eğitim düzeyinde, %72'si orta gelir düzeyinde yer almaktadır. Katılımcıların YB kategorilerindeki dağılımları Tablo 1'de gösterilmekte olup aktif YB olan vakalardan 7 tanesi AN-Kısıtlama (AN-K), 5 tanesi AN-Çıkartma (AN-Ç), 11 tanesi BN-Çıkartma (BN-Ç) ve 1 tanesi de çıkartma olmayan tipteki BN tanısını karşılamıştır.

Tablo 1: Katılımcıların YB Hastalık Düzeyi Kategorilerine göre Ham ve Yüzde Sıklık Dağılımları

	ANG % (N)	BNG % (N)	Toplam % (N)
Aktif Yeme Bozukluğu	27,3 (12)	38,7 (12)	32 (24)
Kısmi Remisyon	43,2 (19)	51,6 (16)	46,7 (35)
Tam Remisyon	29,5 (13)	9,7 (3)	21,3 (16)

Veri Toplama Araçları

Beden Kitle İndeksi (BKİ). Bireyin kilosunun, boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanan BKİ, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 18.5'in altında ise zayıf, 18.5-24.9 arasında normal, 25.5-29.9 arasında aşırı kilolu, 30 üzerinde ise obezite olarak kategorize edilmektedir (WHO, 2000).

Demografik Bilgi Formu. Araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgi formunda katılımcıların demografik özelliklerine ek olarak YB başlangıç yaşı, hastalık öncesi BKİ, en düşük-en yüksek kilo, geçmiş tanı ve tedavi başvuruları gibi hastalıkla ilgili bilgiler sorgulanmıştır. Demografik bilgi formu ilk yazar tarafından vakalara görüşme şeklinde uygulanmıştır.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I). DSM-IV Eksen I Bozukluklarında tanı koyma amaçlı olarak First, Spitzer, Gibbon ve Williams (1997) tarafından geliştirilen ve Çorapçioğlu, Aydemir, Yıldız, Esen ve Köroğlu'ndan oluşan bir ekip tarafından 1999 yılında Türkçeye uyarlanan SCID-I bu çalışmada katılımcıların YB tanısını karşılayıp karşılamadığı ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi amacıyla kullanılmıştır.

Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ). 20 soruluk kendini bildirim envanteri şeklinde olan ANDEÖ (Rieger, Touyz ve Beumont, 2002) temelini Transteorik Model'den almakta olup AN'li vakaların içerisinde bulunduğu motivasyonel değişim evresini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Ölçekte her sorunun altında tedaviye hazır oluşun 5 motivasyonel evresiyle (tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eylem ve sürdürme) örtüşen 5 ifade yer almakta olup katılımcılardan kendilerinin şuan ki durumuna uygun olan madde/maddeleri

seçmesi istenmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-100 arasında, ortalama puanlar 1 (tasarlama öncesi) ile 5 (sürdürme) arasında değişmekte olup artan puanlar motivasyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Her birevrenin ortalama puan üzerinden kesme noktaları da mevcut olduğu için (<1.5=tasarlama öncesi, 1.5-2.4 =tasarlama, 2.5-3.4=hazırlık, 3.5-4.4=eylem <4.5=sürdürme) sonuçları kategorik olarak değerlendirmekte mümkündür. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .90, test tekrar test güvenilirlik katsayısı .89'dur (Rieger ve ark., 2002). Ergüney ve Sertel-Berk (2012) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan ANDEÖ'nün bu çalışmadaki Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .92'dir.

Bulimiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (BNDEÖ): 20 maddelik kendini bildirim ölçeği olan BNDEÖ'nün 15 sorusu ANDEÖ ile ortak, diğer 5 soru ise tıknırcasına yeme atakları ve bulimik patoloji ile ilgilidir (Martinez, Castro, Morer, Calcvo, Vila ve ark., 2007). BN vakalarında semptomlara özgü olarak tedavi motivasyonunun hangi düzeyde olduğunu belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Türkçe uyarlaması Ergüney ve Sertel-Berk (2012) tarafından yapılan ölçeğin yapısı ve puanlaması ANDEÖ ile aynı şekilde olup 1 ve 3. maddelerin, madde toplam puanla olan korelasyonları .30'dan küçük çıktığı için ilgili maddeler elenerek analizler 18 maddelik toplam puanı esas alarak yapılmıştır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi motivasyon düzeyinin artışına işaret etmektedir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .92'dir.

Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ): Bu ölçek Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Görüşmesinin (Fairburn, 2008) kendini bildirim envanteridir. 33 sorudan oluşan ölçeğin Kısıtlama (K), Tıknırcasına Yeme (TY), Beden Şekliyle ilgili Endişeler (BE), Yemeyle ilgili Endişeler (YE) ve Kiloyla ilgili Endişeler (KE) olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçek ve toplam puan 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen puanlar yeme bozukluğu patolojisinin büyüklüğüne işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında iç tutarlılık katsayısı .93, test tekrar test güvenilirliği ise .91 olarak belirtilmiştir (Yücel, Polat, İkiz, Pirim-Düşgör, Yavuz ve Sertel-Berk, 2011). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .85'dir.

Kadınlar için Fotoğraflı Figür Derecelendirme Ölçeği (FRDÖ): Beden imgesinin iki boyutlu ölçümünü sağlayan bu ölçek, BKİ'leri aşırı zayıftan obeze kadar değişen 10 kadın figüründen oluşmaktadır (Swami, Salem, Furnham ve Tove, 2008). Ölçeğin ilk 3 sorusu algılanan fiziksel çekiciliği, 4 ve 5. soruları ise beden memnuniyetsizliğini ölçmektedir. Böylece ölçekten beden imgesi bozukluğu (FRDÖ-BİB) ve beden memnuniyetsizliğine (FRDÖ-BM) dair puan elde edilebilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında yapı geçerliği -.31, test - tekrar test güvenilirliği .83 olarak belirtilmiştir (Sertel-Berk ve Yücel, 2011).

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Beck (196) tarafından geliştirilmiş ölçek 21 maddeden oluşmakta ve depresyonda görülen duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri kendini bildirim şeklinde ölçmektedir. Her sorunun altındaki maddeler 0-3 arasında puanlanmakta ve alınan yüksek puanlar depresyon düzeyinin arttığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı .80 olarak bulgulanmıştır (Hisli, 1989).

İşlem

Araştırmada yer almayı kabul eden katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve araştırmaya gönüllü katıldıklarına dair onam formunu imzalamışlardır. Ardından katılımcılarla ortalama 20 dakikalık yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme yapılmış, katılımcının demografik bilgileri, BKİ'si ve hastalık öyküsü değerlendirilmiştir. Sonrasında SCID-I uygulanarak katılımcının psikopatolojik tanı değerlendirilmesi yapılmıştır. SCID-I uygulamaları makalenin ilk yazarı tarafından SCID-I ile ilgili sertifikalı eğitimin tamamlanmasının sonrasında gerçekleştirilmiştir. Son olarak katılımcılardan araştırma bataryasını (rasgele sıralanmış olan YBDÖ, FRDÖ, BDÖ ve ANDEÖ/BNDEÖ) doldurmaları istenmiştir. ANDEÖ ve BNDEÖ'den hangisinin uygulanacağına, vakanın şimdiki ya da geçmişteki YB tanısı ve öne çıkan semptomları göz önünde bulundurularak karar verilmiştir. Uygulamalar İTF Psikiyatri Birimi YemeBozukluğu Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Her bir uygulama yaklaşık olarak 40 dakika sürmüştür.

Veri Analizi

Veri analizinde betimsel istatistiki yöntemler (ortalama, standart sapma, ranj) ve normallik dağılımları değerlendirilmiştir. Ortalama puanların kategorilere göre farklılaşması Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmış, ölçek puanlarının birbiriyle ilişkisi Spearman Sıralı Korelasyon Değişmezlik Katsayı Testi analiziyle ölçümlenmiştir. YB semptom düzeyi, depresyon ve beden imgesi bozukluk düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkisi, çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. YB semptom düzeyi ile tedavi motivasyonu düzeyi arasındaki ilişkiye depresyon puanlarının biçimlendirici etkisi Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi ile ölçümlenmiştir. Bu analizde, Baron ve Kenny'nin (1986) önerilerine göre yordayıcı değişkenle yordanan değişken arasındaki ilişki/korelasyon anlamlı olmalı ancak yordayıcı değişken ve biçimlendirici değişken; biçimlendirici değişken ve yordanan değişken arasında anlamlı bir ilişki olması gerektiğine dair herhangi bir ön koşul yoktur. Bu doğrultuda analize dahil edilecek tüm ölçek puanları önce standart skora dönüştürülmüştür. Yordayıcı ve biçimlendirici değişkene ait standart skor puanları çarpılarak ortak etki değişken puanları hesaplanmıştır. Regresyona I.

adımda yordayıcı değişken, II. adımda biçimlendirici değişken ve III. adımda ortak etki değişkeni girilerek analiz yapılmıştır.

Bulgular

Demografik bilgi formu ve klinik görüşmeden elde edilen bilgiler doğrultusunda AN ve BN grupları kıyaslanarak tanımsal incelemeler yapılmıştır. Buna göre tıbbi eş tanı, ailede psikiyatrik bozuklukların varlığı, ilaç kullanımı ve Beden İmgesi Bozukluğu açısından AN ve BN grupları arasındaki farklar X^2 bağımsızlık testi ile karşılaştırılmıştır. Tablo 2’de görülmekte olduğu gibi; ANG’de tıbbi eş tanı % 31.8 (n=14) oranında görülürken BN’de bu oran % 41.9’dur (n= 13). İlaç kullanım sıklıkları ve ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü her iki grupta da birbirine yakın oranlarda bulunmuştur. FRDÖ-BİB ile kategorik olarak ölçülen Beden İmgesi Bozukluğu açısından ise AN’ler kendilerini olduklarından daha zayıf (%43.2) ve BN’ler kendilerini olduğu gibi görme eğilimindedir (%61.3). Bu farklılaşmaların hiç biri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 2: Vakaların tıbbi eş tanı, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, ilaç kullanımı ve beden imgesi bozukluğu kategorilerindeki sıklık dağılımları.

		ANG % (N)	BNG % (N)	Toplam % (N)	Test İstatistiği
Tıbbi Eş Tanı	Var	31,8 (14)	41,9 (13)	36 (27)	$X^2=0.808$
	Yok	68,2 (30)	58,1 (18)	64 (48)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Ailede Psikiyat- rik Bozukluk	Var	40,9 (18)	51,6 (16)	54,7 (34)	$X^2=0.841$
	Yok	59,1 (26)	48,4 (15)	45,3 (41)	
	Toplam	100 (44)	100(31)	100 (75)	
İlaç Kullanımı	Var	43,2 (19)	41,9 (13)	42,7 (32)	$X^2=0.012$
	Yok	56,8 (25)	58,1 (18)	57,3 (43)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	
Beden İmge- sini Değerlen- dirme	Zayıf	43,2 (19)	22,6 (7)	34,7 (26)	$X^2=4.215$
	Tam	38,6 (17)	61,3 (19)	48 (36)	
	Şişman	18,2 (8)	16,1 (5)	17,3 (13)	
	Toplam	100 (44)	100 (31)	100 (75)	

Tedavi özellikleri açısından ele alındığında ise BNG’de tedaviye başvuru çoğunlukla (%61.3) vakaların kendi istekleri doğrultusunda olurken ANG’de

aile ve eş isteğiyle başvuru daha sık (%54.5) bulunmuştur. Psikiyatrik eş tanı açısından değerlendirildiğinde yapılan SCID-I uygulaması sonucunda vakaların % 67'sinde ek bir psikiyatrik tanının varlığı bulgulanmış; bu oran ANG'de % 50 ve BNG'de % 80 civarında görülmüştür. En yaygın görülen psikiyatrik ek tanı ise % 48 ile Majör Depresyon olmuştur.

Ayrıca Tablo 3'te görüldüğü gibi hastalık süresi ve hastalık öncesi BKİ açısından BNG'nin ortalamaları ANG'den anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla $Z=-2.200$, $p<0.05$; $Z=-2.815$, $p<0.01$). Tanı süresinin uzunluğu ve DSM-IV'e göre semptom başlangıç yaşı ele alındığında ise ANG ve BNG arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla, $Z=-.409$, $Z=-.234$, $p>0.05$).

Tablo 3: Vakaların hastalık süresi, şimdiki tanı süresi ve DSM-IV'e göre semptom başlangıç yaşı ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri

	ANG (N=44) Ort / SS	BNG (N=31) Ort / SS	Toplam (N=75) Ort / SS	Test İstatistiği
HS (ay)	59 / 39,1	93,4 / 68,2	73,2 / 55,4	$Z=-2,200^*$
HÖ BKİ	20,5 / 3,3	22,9 / 3,7	57,5 / 10,4	$Z=-2,815^{**}$
Tanı Süresi	26,9 / 28,1	20,2 / 14,7	24,1 / 23,6	$Z=-,409$
SBYaşı	17,4 / 4,2	17,3 / 3,1	17,4 / 3,8	$Z=-,234$

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

HS=Hastalık süresi (ay), HÖ BKİ=Hastalık Öncesi BKİ, Tanı Süresi= Şimdiki tanının konulduğundan beri geçen süre (ay), SB Yaşı=DSM-IV'e göre yeme bozukluğu semptomlarının başlangıç yaşı

Araştırma değişkenlerine göre kıyaslandığında ise YBDÖ-T puanları ve tüm alt testlerde BN vakaları AN vakalarından daha yüksek puanlar almışlardır (sırasıyla $Z=-4.666$, $Z=-3.923$, $Z=-5.062$, $Z=-4.554$, $Z=-4.025$, $p<0.001$). BNG'nin depresyon puanları da ANG'ye göre daha yüksek bulgulanmıştır ($Z=-4.664$, $p<0.01$). FRDÖ-BİB ile ölçülen beden imgesi bozukluğu puanları açısından ANG ve BNG arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır ($Z=-1.651$, $p>0.05$). FRDÖ-BM, kilo, BKİ açısından BNG'nin ortalamaları ANG'den anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (sırasıyla $Z=-5.039$, $p<0.01$; $Z=-5.260$, $p<0.001$; $Z=-5.084$, $p<0.01$). Sonuçlar Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4: Vakaların yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon, beden memnuniyetsizliği ve beden imgesi bozukluğu, kilo, boy, BKİ'lerine ait ortalama, standart sapma ve test istatistiği değerleri

	Toplam (N=75) <i>Ort/SS</i>	ANG (N=44) <i>Or / SS</i>	BNG (N=31) <i>Ort/SS</i>	Test İstatistiği
<i>YBDÖ-T</i>	2,1 / 1,6	1,3 / 1,2	3,1 / 1,4	Z= -4,664***
<i>YBDÖ-K</i>	2,0 / 1,7	1,4 / 1,5	2,9 / 1,7	Z= -3,923***
<i>YBDÖ-YE</i>	1,9 / 1,7	0,1 / 1,2	3,2 / 1,5	Z= -5,062***
<i>YBDÖ-BE</i>	2,5 / 1,8	1,6 / 1,5	3,7 / 1,7	Z= -4,554***
<i>YBDÖ-KE</i>	2,2 / 1,7	1,5 / 1,5	3,1 / 1,5	Z= -4,025***
<i>BDE</i>	14,3 / 9,9	10,8 / 9,2	19,1 / 8,8	Z= -4,664**
<i>FRDÖ-BM</i>	130,8 / 75,4	99,7 / 35,8	175 / 93,5	Z= -5,039**
<i>FRDÖ-BİB</i>	96,7 / 26,7	95,1 / 33,2	99,4 / 13,0	Z= -1,651
<i>Kilo</i>	52,89 / 12,2	47,2 / 6,9	60,9 / 13,6	Z=-5,260***
<i>Boy</i>	163,6 / 6,8	162,9 / 6,7	164,7 / 6,9	Z=-1,305
<i>BKİ</i>	19,7 / 4,3	17,8 / 2,1	22,5 / 5,0	Z= -5,084**

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

Vakalar tedavi motivasyonu açısından değerlendirildiğinde vakaların %44'ünün Hazırlık, %26.7'sinin Tasarlama, %17.3'ünün Eylem, %9.3'ünün Sürdürme ve %2.7'sinin de Tasarlama Öncesinde yer aldığı bulgulanmıştır. Tablo 5'te görüldüğü gibi AN ve BN gruplarında değişimin motivasyonel evrelerine göre dağılım oranları hemen hemen benzer olmakla birlikte ANG'de Eylem Evresinde olanların sıklığı (%27.3) BNG'dekilere (%3.2) kıyasla oldukça yüksek görülmüştür.

Tablo 5: Vakaların tedavi motivasyonu ortalama puanları, standart sapmaları ve değişimin motivasyonel evrelerindeki sıklık dağılımları

	TM Puan <i>Ort / SS</i>	T. Öncesi <i>% (N)</i>	Tasarlama <i>% (N)</i>	Hazırlık <i>% (N)</i>	Eylem <i>% (N)</i>	Sürdürme <i>% (N)</i>	Toplam <i>%(N)</i>
ANG	3.1 / 0.9	2,3 (1)	22,7 (10)	36,4 (16)	27,3 (12)	11,3 (5)	100 (44)
BNG	2.7 / 0.8	3,2 (1)	32,3 (10)	54,8 (17)	3,2 (1)	6,5 (2)	100 (31)
Toplam	2.9 / 0.9	2,7 (2)	26,7 (20)	44 (33)	17,3 (13)	9,3 (7)	100 (75)

Tedavi Motivasyonu sürekli değişken olarak incelendiğinde; tedavi motivasyonu ortalama ve standart sapmaları; ANG'de 3.1 (SS: 0.9), BNG'de 2.7 (SS: 0.8) ve toplamda 2.9 (SS: 0.9). ANG'nin tedavi motivasyonu ortalama puanları BNG'ye göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($t_{(73)}=2.292, p<0.05$).

Tablo 6'da gösterildiği gibi YB semptom durumu aktiften tam remisyona doğru ilerledikçe vakaların içerisinde buldukları motivasyonel evrede ilerlemektedir. Aktif YB olanların %8.3'ü Tasarlama Öncesi, %50'si Tasarlama, %37.5'i Hazırlık, %4.2'si Eylem evrelerindeyken, sürdürme evresinde hiç vaka yoktur. Kısmi Remisyonda olan vakaların ise büyük çoğunluğu Hazırlık (%57.1), Eylem (%14.3), Sürdürme (%5.7) gibi ileri evrelerdeyken, %22.9'u tasarlama evresinde olup tasarlama öncesinde hiç vaka yer almamaktadır. Tam Remisyonda olan vakaların ise hiç biri Tasarlama Öncesi ve Tasarlama Evresinde çıkmamıştır. Bu bağlamda araştırmanın temel hipotezi (H1) doğrulanmakta, vakaların YB düzeyleri aktiften remisyona doğru ilerledikçe motivasyonel düzeyleri de artış göstermektedir.

Tablo 6: YB tanısının durumuna göre tedaviye hazır oluşun motivasyonel evrelerinin kategorilerindeki sıklık dağılımı

	Tas. Öncesi % (N)	Tasarlama % (N)	Hazirlik % (N)	Eylem % (N)	Sürdürme % (N)	Toplam % (N)
Aktif	8,3 (2)	50 (12)	37,5 (9)	4,2 (1)	0 (0)	100 (24)
Kısmi Rem.	0 (0)	22,9 (8)	57,1 (20)	14,3 (5)	5,7 (2)	100 (35)
Tam Remisyon	0 (0)	0 (0)	25 (4)	43,7 (7)	31,3 (5)	100 (16)
Toplam	2,7 (2)	26,7 (20)	44 (33)	17,3(13)	9,3 (7)	100 (75)

Araştırma değişkenlerinin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkisini değerlendirmek için öncelikle tüm gruplarda bağımlı, bağımsız ve biçimlendirici değişkenlerin arasındaki korelasyonlar Spearman Sıralı Korelasyon Katsayı Analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar Tablo 7'de görülmektedir.

Tedavi motivasyonu puanları (TM) YB semptom düzeyini ölçen YBDÖ-T puanlarıyla ve YBDÖ'nün K, YE, BE ve KE alt ölçekleriyle her iki grupta da anlamlı düzeyde ilişkili çıkmıştır. Tedavi motivasyonu ve depresyon arasındaki ilişki toplamda ve ANG'de ileri düzeyde anlamlıyken (sırasıyla $r=-0.469, r=-0.520, p<0.001$), BNG'de anlamsız bulunmuştur ($r=-0.127, p>0.05$).

Tüm grupta ve BNG'de beden memnuniyetsizliği puanları arttıkça tedavi

motivasyonu puanlarında düşüş görülmekteyken ANG’de bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki yoktur (sırasıyla $r=-0.383$, $p<0.01$; $r=-0.460$, $p<0.01$; $r=-0.078$, $r>0.05$). Benzer şekilde beden imgesi bozukluğu puanları ile tedavi motivasyonu arasındaki ilişki de tüm grupta ve BNG’de anlamlı düzeydeyken ANG’de anlamsız bulunmuştur (sırasıyla $r=0.308$, $p<0.01$; $r=-0.358$, $p<0.05$, $r=-0.217$, $r>0.05$). ANG’de BKİ düşükçe tedavi motivasyonunda da düşüş gözlenirken, aynı etki tüm grupta ve BNG’de görülmemektedir (sırasıyla $r=0.485$, $p<0.01$, $r=0.083$, $p>0.05$, $r=0.080$, $r>0.05$). Son olarak sadece ANG’de BKİ’deki düşüş BDE puanlarındaki yükselme ile düşük düzeyde anlamlı ilişkili bulunmuştur ($r=-0.339$; $p<0.05$).

Tablo 7: Bağımlı, bağımsız ve biçimlendirici değişkenler arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon tablosu

Değişken	Grup	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.TM	ANG	-	-.734***	-.621***	-.666***	-.715***	-.637***	-.520***	-.078	-.217	.485**
	BNG	-	-.625***	-.556**	-.546**	-.435*	-.525**	-.127	-.460**	-.358*	.080
	YBG	-	-.715***	-.657***	-.654***	-.667***	-.665***	-.469***	-.383**	-.308**	.083
2.YBDÖ-T	ANG	-	.876***	.874***	.932***	.910***	.493**	.126	.080	-.225	
	BNG	-	.793***	.911***	.866***	.834***	.067	.756***	.259	.240	
	YBG	-	.895***	.937***	.948***	.938***	.510***	.600***	.230*	.321**	
3.YBDÖ-K	ANG	-	.710***	.758***	.701***	.506***	.116	.084	-.184		
	BNG	-	.722***	.569**	.560**	.014	.492**	.383*	.077		
	YBG	-	.809***	.794***	.779***	.474***	.491***	.252*	.215		
4.YBDÖ-YE	ANG	-	.798***	.790***	.388**	.216	.219	-.190			
	BNG	-	.789***	.734***	.087	.658***	.275	.167			
	YBG	-	.887***	.855***	.455***	.607***	.279*	.352**			
5.YBDÖ-BE	ANG	-	.893***	.495***	.125	.069	-.244				
	BNG	-	.819***	.865***	.175	.208	.385*				
	YBG	-	.919***	.526***	.636***	.218	.344**				
6.YBDÖ-KE	ANG	-	.331*	.148	.033	-.198					
	BNG	-	-.048	.771***	.268	.300					
	YBG	-	.431***	.567***	.191	.295*					
7.BDE	ANG	-	-.170	.013	-.339*						
	BNG	-	.204	.133	.062						
	YBG	-	.285*	.159	.125						
8.FRDÖ-BM	ANG	-	.456**	.247							

	BNG	-	.441**	.407*
	YBG	-	.442***	.522***
9.FRDÖ-BİB	ANG		-	-.276
	BNG		-	-.200
	YBG		-	-.120
10.BKİ	ANG			-
	BNG			-
	YBG			-

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Çalışmanın 2. hipotezinin araştırılması doğrultusunda tedavi motivasyonunun yordayıcılarını belirlemek için tedavi motivasyonunun yordanan değişken olarak alındığı ve YB semptom düzeyi, BİB, eşlik eden psikiyatrik tanının varlığı, BM'nin ve depresyonun yordayıcı değişkenler olarak modele sokulduğu adımsal (stepwise) doğrusal çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda depresyon haricindeki tüm değişkenlerin bir arada tedavi motivasyonundaki değişimin %59'unu açıkladığı görülmüştür. Tablo 8'de belirtildiği gibi yeme bozukluğu semptom düzeyi tek başına tedavi motivasyonundaki değişimin %48'ini anlamlı bir şekilde açıklamakta olup ($t=-7.556$, $p<0.001$), beden imgesi bozukluğunun katkısıyla bu değişimin %4.2 oranında arttığı ($t=-2.720$, $p<0.01$), eşlik eden psikiyatrik bozukluğun varlığının değişime %3.2'lik katkı sağladığı ($t=-2.501$, $p<0.05$) ve son olarak beden memnuniyetsizliğinin eklenmesiyle değişimin oranında %3.4'lük bir artış olduğu bulgulanmıştır ($t=2.407$, $p<0.05$).

Tablo 8: YB semptom düzeyi, BİB, psikiyatrik eş tanının varlığı ve beden memnuniyetsizliğinin tedavi motivasyonu üzerindeki yordayıcı etkilerine dair adımsal doğrusal çoklu regresyon analizi sonuçları

	ΔR^2	F	B	T
Toplam	0.59			
Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi	,480	67,287**	-,73	-7,56***
Beden İmgesi Bozukluğu	,042	6,346*	-,22	-2,72**
Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluğun Oluşu	,032	5,060*	-,20	-2,50*
Beden Memnuniyetsizliği	,034	5,792*	-,23	-2,41*

Not: Tablodaki standardize β katsayıları son adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Araştırmanın sorusu olan; YB semptom düzeyinin TM üzerindeki etkisinde Depresyonun biçimlendirici rolünün araştırıldığı Hiyerarşik Doğrusal Biçimlendirici Regresyon Analizi'nde ise regresyon denkleminde birinci adımda bağımsız değişken olarak YB Semptom Düzeyi Toplam Puanı (YBDÖ-T), ikinci adımda biçimlendirici değişken olarak Depresyon Puanı (BDE) ve üçüncü adımda YB Semptom Puanı X Depresyon Puanının ortak etkisi birlikte girilmiştir. Tablo 9'da görüldüğü gibi YB Semptom Düzeyi, TM puanlarındaki değişimin tüm grupta %48'ini, ANG'de %44'ünü, BNG'de ise %55'ini yüksek derecede anlamlı düzeyde yordamaktadır (sırasıyla $t=-6.353$, $t=-4.002$, $t=-6.550$, $p<0.001$). İkinci adımda regresyon denkleminde biçimlendirici değişken olarak sokulan Depresyon puanlarının tedavi motivasyonundaki değişime katkısı tüm grupta ve ANG'de anlamlı düzeyde olmazken, BNG'de anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $t=-1.981$, $p>0.05$; $t=-1.638$, $p>0.05$; $t=-2.375$, $p<0.05$). Üçüncü adımda regresyona girilen YB Semptom düzeyi ve Depresyonun ortak etkisi TM'deki değişimin tüm grupta %2'sini, ANG'de % 0.5'ini ve BNG'de % 7'sini açıkladığı görülmüş ve bu katkı tüm grupta marjinal düzeyde anlamlı olurken, ANG'de anlamsız, BNG'de ise anlamlı olarak bulgulanmıştır (sırasıyla $t=1.736$, $p<0.1$; $t=0.628$, $p>0.05$; $t=2.38$, $p<0.05$).

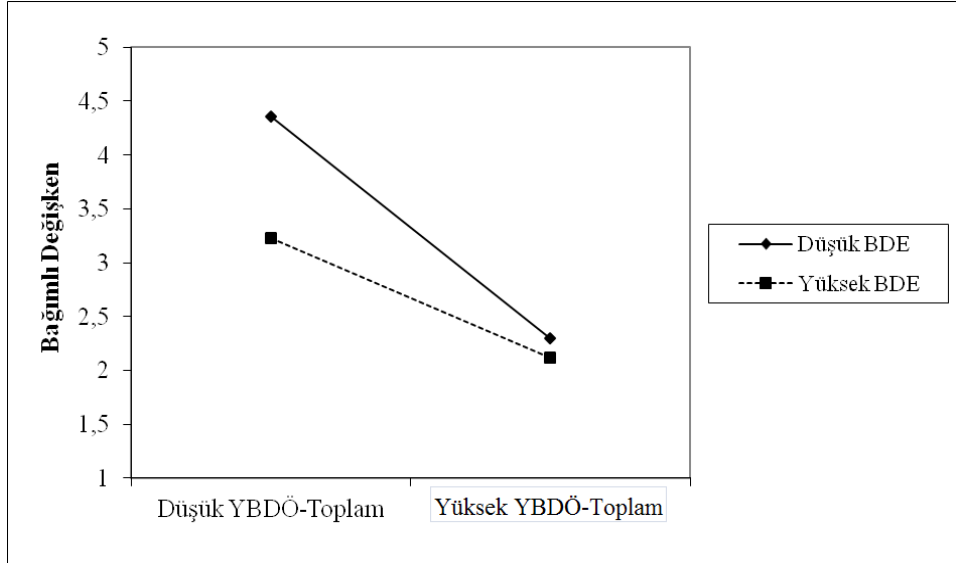
Şekil 1'de görüldüğü gibi BNG'de depresyon düzeyi düşük olanlarda YB semptom düzeyi ile TM arasındaki ilişki, depresyon düzeyi yüksek olanlardakine kıyasla daha güçlü olarak ortaya çıkmaktadır. Depresyon düzeyi yüksek olanlarda YB semptom düzeyi düşük dahi olsa tedavi motivasyonu, depresyon düzeyi düşük olanlardan daha az olmaktadır.

Tablo 9: Yeme bozukluğu semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde depresyon düzeyinin biçimlendirici rolüne dair hiyerarşik doğrusal biçimlendirici regresyon analizi sonuçları

Değişkenler		β	ΔR^2
1. Adım: Yeme Bozukluğu Semptom Düzeyi (a)	Tüm grup	0,60***	,480***
	ANG	0,54***	,440***
	BNG	0,79***	,553***
2. Adım: Depresyon (b)	Tüm grup	0,19	,019
	ANG	0,21	,037
	BNG	0,33	,021**
3. Adım: a X b	Tüm grup	0,15	,020*
	ANG	0,08	,005
	BNG	0,34**	,074**

Not. Tüm ölçek puanları analiz öncesinde standart skorlara dönüştürülmüştür. Tablodaki standardize β katsayıları 3. adımda elde edilmiş katsayılardır.

* $p < 0.1$ ** $p < 0.05$ *** $p < 0.001$



Şekil 1: BNG’de yeme bozukluğu semptom düzeyi’nin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde depresyonun biçimlendirici rolü

Tartışma

Bu çalışmanın temel amacı, yeme bozukluklarında semptom düzeyi, depresyon ve çok boyutlu beden imgesinin incelenmesi ve bu değişkenlerle tedavi motivasyonu arasındaki yordayıcı ilişkilerin değerlendirilmesidir. Çalışmamızın örnekleminde yer alan vakaların büyük çoğunluğu son ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde, bekar, yüksek eğitilmiş ve orta ekonomik seviyedeki kadınlardır. DSM-IV YB tanısı temel alındığında katılımcıların yüzde elliye yakını kısmi remisyonda olup YB aktif olanlar yüzde otuz civarındayken, tam remisyonda olanların oranı da yüzde yirmi civarındadır. Hem anoreksiya hem de bulimiya grubunda aktif ve kısmi remisyonda olan vakaların oranları benzer olmakla birlikte, bulimiya grubunda tam remisyonda olan vaka sayısı oldukça azdır. Bu bağlamda örneklemin sözü geçen özelliklerinin, tedavi motivasyonu ve ilişkili değişkenlerin düzeyini etkilediği görülmektedir. Özellikle AN grubunda tam remisyonda yer alan vaka sayısının yüksek oluşu, bu gruptaki analizlerde tedavi motivasyonu ile beden imgesi değişkenlerinin

ilişkisinin anlamsız çıkmasını ve BİB açısından vakaların kendilerini çoğunlukla oldukları gibi algılamaları sonucunu etkilemiş olabilir. Ayrıca vakaların yaş ortalamaları ve hastalık süresi, alandaki diğer çalışmalara göre oldukça yüksek olarak bulgulanmıştır. Nitekim Aslantaş-Ertekin'in (2010) çalışmasında hastalık süresi ortalama 52 ay olarak görülürken, bu çalışmada ortalama 73 ay olarak görülmüştür. Bu durum örneklem seçiminin etkisinin yanı sıra tedavi edilmediğinde hastalığın kronikleşme eğilimine de dikkat çekmektedir.

Katılımcıların klinik özelliklerine bakıldığında; vakaların ailelerinde psikiyatrik bozukluk öyküsünün oluşu ve bu durumun hem AN hem de BN gruplarında da ayrı ayrı görülmesi YB'nin genetik temelini vurgu yapmaktadır. Yakın zamanlı çalışmalar da YB'de AN ve BN için ayrışan genetik yatkınlığa işaret etmektedir (Hinney ve Volckmar, 2013; Trace, Baker, Peñas-Lledó ve Bulik, 2013; Herpertz-Dahlman, Seitz ve Konrad, 2011). Alandaki çalışmalarla tutarlı olarak DSM'ye göre semptom başlangıç yaşı 17 civarında bulgulanmış olup hastalık süresi (ilk tanı konduğundan beri geçen süre) bulimiya grubunda daha uzundur. Hastalık öncesindeki BKİ açısından gruplar değerlendirildiğinde beklenildiği gibi Anoreksiya grubunun ortalamaları Bulimiya grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük çıkmıştır. Buna ek olarak Anoreksiya grubunda tedaviye başvuru çoğunlukla aile ya da eş gibi diğerlerinin kararıyla olurken, Bulimiya grubundaki vakalarda genelde başvuru kendi istekleriyle olmaktadır. Bu durum geçmiş çalışmalarla da tutarlılık göstermekte, Bulimiya Nervozadaki tıknırcasına yeme ve kusma döngüsünün daha rahatsız edici oluşundan kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Blake, Turnbull ve Treasure, 1997). Ayrıca, Menzel, Schaefer, Burke, Mayhew, Brannick, Thompson'ın (2010) yaptığı bir gözden geçirmeninde ortaya koyduğu hastalığın öncesinde tetikleyici/travmatik olay meydana gelmesi durumu bizim örneklemimizdeki vakalar tarafından da sıklıkla belirtilmiştir (alay, akademik stres vb).

Hastaneye yatış sıklığı AN vakalarında anlamlı derecede saha sık bildirilmiştir ki bu durum AN'ye tıbbi komplikasyonların daha sık eşlik etmesiyle ilişkili olabilmektedir. Dikkat çeken bir diğer nokta ise vakaların çoğunun şimdi ya da geçmişte sistematik bir tedaviyi takip etmemiş olmalarıdır. Hudson, Hiripi, Pope ve Kessler'in (2007) de dikkat çektiği bu durum vakaların ancak ciddi duygusal ya da medikal problemler sonucu tedavi arayışına girdiğini göstermektedir. Klinik tabloda ayrıca literatürle tutarlı olarak YB'ye sıklıkla psikiyatrik bozukluklar eşlik etmekte ve bu durum BN'de daha sık görülmekte ve en sık görülen komorbid patoloji Majör Depresyon olarak öne çıkmaktadır. (Hughes, 2011; Swanson, Crow, Grange, Swendson ve Merikanges, 2011; Aslantaş-Ertekin, 2010; Sansone ve Sansone, 2007).

Tedavi motivasyonu özelinde değerlendirildiğinde vakalar daha çok hazırlık evresinde çıkmıştır. Evrelere dağılım literatürde de belirtildiği gibi (Serrano, Castro, Ametler, Martinez ve Toro, 2004) seçilen örneklemin yapısına göre

(tedavinin hangi evresinde çalışmaya alındıkları, aktif ya da remisyonda olmaları gibi) değişmektedir. ANG'nin TM puanları önceki çalışmalardan farklı olarak (Martinez ve ark., 2007; Serrano ve ark., 2004) BNG'den daha yüksek çıkmıştır bu durumda ANG'de tam remisyonda olan vaka sayısının yüksekliği ile açıklanmaktadır.

Beklendiği gibi vakaların YB aktif durumdan remisyona doğru düzeldikçe, vakaların içerisinde bulunduğu motivasyonel evreler de ilerlemektedir. Bu sonuçlar her iki yeme bozukluğu grubunda da YB semptom düzeyinin azalmasıyla (YBDÖ'nün toplam ve tüm alt test puanlarındaki azalma) tedavi motivasyonu puanlarındaki (ANDEÖ ve BNDEÖ) artış arasındaki ilişkiyle de tutarlıdır. Sonuç olarak; YB semptom düzeyi, Depresyon düzeyi ve Beden Memnuniyetsizliği düzeyi azaldıkça Tedavi Motivasyonu artmaktadır. Bu bulgular alandaki çalışmalarda hem AN vakalarında (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003; Jordana, Redding, Treasure ve Serpell 2003; Serrano, Castro, Ametller, Martinez ve Toro, 2004), hem BN vakalarında (Martinez ve ark., 2007; Castro-Fornieles ve ark., 2011), hem de iki grubun birlikte incelendiği çalışmalarda (Zaitsoff ve Taylor, 2009) bildirilmiştir. Literatürde tedavi motivasyonu ile ilgili çalışmalarda direkt ilişkisi incelenmemiş olan bir değişken beden imgesi bozukluğudur. Bu çalışmada beden imgesi bozukluğundaki azalma da tedavi motivasyonundaki artışla her iki yeme bozukluğu grubunda da ilişkili bulunmuştur. Öte yandan BKİ'deki artışla tedavi motivasyonu düzeyindeki artış yalnızca AN grubunda gözlenmiştir. Tüm bu sonuçlar bize vakaların iyileşmeye giden yolda semptom düzelmesinin yanı sıra motivasyonlarının da yükseldiğini göstermektedir.

Sonuç olarak çalışmamızda tedavi motivasyonunun en güçlü yordayıcısı YB semptom düzeyi olarak bulgulanmıştır. YB semptom düzeyi tedavi motivasyonundaki değişimin neredeyse yarısını açıklamaktayken, beden imgesi bozukluğu, beden memnuniyetsizliği ve eşlik eden psikiyatrik bozukluğun varlığı da tedavi motivasyonundaki değişimi anlamlı derecede yordamaktadır. Tüm bu değişkenlerin hepsi birlikte tedavi motivasyonundaki varyansın %60'a yakınını açıklamaktadır. Literatürde bu alanda genelde boylamsal çalışmalara rastlanmakta ve bu çalışmalarda tedavi motivasyonu tedavi sürecinde semptom düzeyindeki azalmanın en iyi yordayıcısı olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda McHugh'ın da (2007) belirttiği gibi tedavi sonuçlarıyla tedavi motivasyonunun değişimi arasında özellikle AN'nin egosintonik yapısını da destekler şekilde iki yönlü bir ilişki vardır. Dolayısıyla semptom düzeyinin azalması ile tedavi motivasyonunun yükselmesi karşılıklı etkileşim göstermektedir diyebiliriz. Bu noktada araştırmanın kesitsel deseni kullanmasının önemli bir kısıtlılık olduğu görülmektedir.

Depresyonunun YB'ye en sık eşlik eden ve tedavi sürecine de olumsuz etki yapabilen psikopatoloji olması sebebiyle çalışmada YB semptom düzeyinin tedavi motivasyonu üzerindeki etkisinde, depresyonun biçimlendirici rolü de

incelenmiştir. Bu etki tüm grupta marjinal düzeyde, BN grubunda ise kabul edilebilir düzeyde anlamlı çıkmıştır. BN vakalarının özellikle de semptom düzeyi düşük olanlarda depresyon tedavi motivasyonu açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu durum bulimiya vakalarında daha fazla depresyon ek tanısı görülmesi ve bulimiya vakalarının depresyon skorlarının yüksek oluşuyla da açıklanabilir.

Bu bulgular ışığında YB vakalarında depresyon oranlarının yüksek görülmesinin, hem tedavi motivasyonu hem de depresyonla ilişkili bir kavram olan öz etkinlik ile ilişkili olabileceği, depresyon ve tedavi motivasyonu arasındaki ilişkide öz etkinliğin rol oynayabileceğini akla getirmektedir. Teorik olarak vakalar semptomları üzerinde kontrol kazanmaya başladıkça öz etkinlikleri artmakta ve bu da depresif semptomlarda düşüşe yol açmaktadır. Vakaların semptom şiddetine göre umutsuzluk düzeyleri de yükseldiğinde, semptomlarını kontrol edebileceklerine dair inançları (öz etkinlikleri) azalmakta yani değişim için gerekli içsel motivasyondan yoksun olabilmektedirler (Gusella, Butler, Nichols, ve Bird, 2003). Bu da tedavi motivasyonundaki düşüşle ilişkili olabilmektedir. Öz etkinlik YB vakalarında daha önce de çalışılmış ve öz etkinliği ölçen standart ölçeklerin yerine yeme bozukluğuna özgü bir öz etkinlik ölçeği geliştirilmiştir (Eating Disorder Recovery Self Efficacy Questionnaire: Pinto, Guarda, Heinberg ve DiClemente, 2006). Ülkemizde de normal popülasyonda yapılan bir çalışmada yeme tutumundaki bozulmayı en iyi yordayan faktörlerden biri öz etkinliğin önemli bileşenlerinden benlik saygısı olarak bulgulanmıştır (Erol, Toprak, Yazıcı ve Erol, 2000). Dolayısıyla ileriki çalışmalarda yeme bozukluğu semptom düzeyi, depresyon ve tedavi motivasyonun öz etkinlikle ilişkisinin ele alınmasının önem taşıyacağı düşünülmektedir.

Kısaca YB’de iyileşmeye giden yolda tedavi motivasyonunun artışı gösterdiği ve bunun en güçlü yordayıcısının YB semptom düzeyi olduğu, beden imgesi ve depresyonun da bu süreci etkileyen önemli faktörler olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçları daha geniş örneklemleri araştırmalarla desteklenmelidir. Öte yandan araştırmanın dikkat çeken kısıtlılıkları da vardır. Her ne kadar ülkemizdeki çalışmalara kıyasla örneklemden vaka sayısı yüksek olsa da yabancı literatürdeki çalışmalara bakıldığında örneklem oldukça küçüktür bu da sonuçların genellenmesi ve ileri istatistiksel analizlerin uygulanması açısından sorun yaratmaktadır. Benzer değişkenlerle yapılan kesitsel çalışmaların olmayışı, sonuçların kıyaslanamaması, kendini bildirim ölçeklerinin doğasından kaynaklı sıkıntılar, vakaların standart bir tedavi almayı da kısıtlılıklar içerisinde yer almaktadır.

Tüm bunlarla birlikte, bu çalışma ülkemizde YB alanında vakaların tedavi motivasyonları ve ilgili değişkenlere dair klinik örnekleme yürütülen ilk çalışmadır ve durumla ilgili genel bir tablo sunulması açısından önem taşımaktadır.

Uygulanacak müdahalelerde vakaların motivasyonlarının önceden belirlenerek buna uygun tedavi programlarına yönlendirilmeleri ve bu süreçte tedaviyi etkileyebilecek faktörlere odaklanılmasının tedavi etkinliğini arttıracakı düşünülmektedir. YB vakaları çoğunlukla tedaviye uyumsuz ve tedaviyi bırakma oranı yüksek vakalar olarak belirtildiği halde, bu vakalar sıklıkla motivasyonel düzeylerine bakılmaksızın eylem/davranış odaklı tedavi programlarına yönlendirilmektedirler. Dolayısıyla yeme bozukluğu vakaları için kullanılan ‘tedaviye uyumsuz vakalar’ yerine ‘uygun tedavi verilmeyen vakalar’ ifadesinin daha doğru bir ifade olduğu düşünülmektedir. Sonuç olarak; YB vakalarında tedavi motivasyonu ve ilişkili değişkenlerin ele alınarak tedavinin bu doğrultuda planlanması önem taşımaktadır.

Kaynaklar

Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H., ve Crosby, R. D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 Eating disorders in adolescents: prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 122 (3), 720-732.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların tanınması ve istatistiksel el kitabı*. (5. baskı). Washington, DC. Çev: Ertuğrul Köroğlu. Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

Amettler, L. Castro, J. Serrano, E., Martinez, E. ve Toro, J. (2005). Readiness to recover in adolescent anorexia nervosa: prediction of hospital admission. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 394-400.

Aslantaş-Ertekin, B. (2010). Yeme bozukluğu hastalarında aile ortamının ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Baron, R. B. ve Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Beck, A.T, Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4 (6): 561-71.

Blake, W., Turnbull, S. ve Treasure, J. (1997). Stages and process of change in eating disorders: implications for therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 4(3), 186-191.

Campbell, M. (2009). Drop-out from treatment for the eating disorders: a problem for clinicians and researchers. *European Eating Disorders Review*, 17, 239-242.

Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8 (1), 96-104.

Castro-Fornieles, J. Bigorra, A., Martinez-Mallen, E. Gonzalez, L. Moreno, E. Font, E. ve Toro, J. (2011). Motivation to change in adolescents with bulimia nervosa mediates clinical change after treatment. *Eur. Eat. Dis. Rev.*, 19, 46-54.

Çorapçıoğlu, A., Aydemir, Ö., Yıldız, M., Esen, A. ve Köroğlu, E. (1999). DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Dunn, E. C., Neighbors, C. ve Larimer, M. (2003). Assessing readiness to change binge eating and compensatory behaviors. *Eating Behaviors*, 4, 305-314.

Eivors, A., Button, E., Warner, S. ve Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 11, 90-107.

Ergüney, F. E. ve Sertel-Berk, H. Ö. (2012). Anoreksiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ) ve Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği

(BNDEÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Poster Bildiri, 17. Ulusal Psikoloji Kongresi, Boğaziçi Üniversitesi.

Erol, A., Toprak, G., Yazıcı, F. ve Erol, S. (2000). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak kontrol odağı ve benlik saygısının karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 3, 147-152.

Fairburn, C. G. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire, Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press.

Fennig, S. ve Hadas, A. (2010). Suicidal behavior and depression in adolescents with eating disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64 (1), 31-39.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. ve Williams, J. B. W. (1997). Structured Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Clinical Version. Washington D.C.: American Psychiatric Press Inc.

Garner, D. M. (2002). Body Image and Anorexia Nervosa, Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice. Ed. Thomas F. Cash ve Thomas Proziński, New York: Guilford Press, s.295-303.

Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P. H. ve ark., (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders: critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97, 37-49.

Gordon, K. H., Denoma, J. M. ve Joiner, T. E. (2005). The Classification of Eating Disorders. Assessment of Eating Disorders. Ed. James E. Mitchell ve Carol B. Peterson, New York: Guilford Press, s.17-31.

Grave, R. D. (2011). Eating disorders: progress and challenges. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 153–160.

Gusella, J., Butler, G., Nichols, L. ve Bird, D. (2003). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: its applications to group therapy. *Eur. Eat. Dis. Rev.*, 11, 58–71.

Herpertz – Dahlman, B., Seitz, J. ve Konrad, K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa: from a “psychosomatic family model” to a neuropsychiatric disorder? *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 261 (Suppl 2), 177–S181.

Herzog, D. ve Eddy K. T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. In: Yager J, Powers PS; eds. Clinical Manual of Eating Disorders. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 1-29.

Hinney, A. ve Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current Psychiatry Reports*, 15, 423.

Hisli, N. (1989). Beck depresyon enaverteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23), 3-13.

Hudson, I. J., Hiripi, E., Pope, H. G., ve Kessler, C. K. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61, 348-358.

Hughes, E. K. (2011). Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: Prevalence and implications for outcome. *Clinical Psychologist, Special Issue: Children and Health Psychology*, 16(1), 15–24.

Jordana, P.J., Redding, C. A., Troop, N. A., Treasure, J. ve Serpell, L. (2003). Developing a stage of change measure for assessing recovery from anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 3, 365-385.

Levy, A. B. ve Dixon, K. N. (1985). The relationship between anorexia nervosa and depression: a reevaluation. *International Journal of Eating Disorders*, 4 (4), 389-405.

Mahon, J. (2000). Dropping out from treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8, 198-216.

Martinez, E., Castro, J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R. Vila, M., ve ark. (2007). Assessing motivation to change in bulimia nervosa: the bulimia nervosa stages of change questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 15, 13-23.

McHugh M. D. (2007). Readiness for change and short-term outcomes of female adolescents in residential treatment for anorexia nervosa. *Int. J Eat. Dis.*, 40, (7), 602–612.

Menzel, J. E., Schaffer, L.M., Burke, N. L., Mayhew, L. L., Brannick, M.T. ve Thompson, J.K. (2010). Appearance-related teasing, body dissatisfaction, and disordered eating: a meta-analysis. *Body Images*, 7, 261-270.

Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J. ve DiClemente, C. C. (2006). Development of the eating disorder recovery self efficacy questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (5), 376-384.

Polivy, C. ve Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.

Prochaska, J. Q, ve DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Rieger E. (2000). The development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. University of Sydney, Australia, Unpublished doctoral thesis.

Rieger, E., Touyz, S., Schotte, D., Beaumont, P., Russell, J., Clarke, S. ve ark. (2000). Development of an instrument to assess readiness to recover in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 387-396.

Rieger, E. Touyz, S. ve Beaumont, P. (2002). The anorexia nervosa stages of change questionnaire (ANOCQ): Information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 24-38.

Sansone, R. A. ve Sansone, L. A. (2007). Eating Disorders and Psychiatric Comorbidity. Ed. Yager J, Powers PS; eds. *Clinical Manual of Eating Disorders*, Washington, DC.: American Psychiatric Publishing, s.79-111.

Serrano, E., Castro, J., Amettler, L., Martinez, E. ve Toro, J. (2004). Validity of a measure of readiness to recover in spanish adolescent patients with anorexia nervosa. *Psychology, and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 91-99.

Sertel-Berk, H. Ö. ve Yücel, B. (2011). Body Image Distortion and Eating Disorders: The Turkish Valisation Study of the Female Photographic Figure Rating Scale. *Sözlü Bildiri, ECP*.

Smink, F.R.E., von Hoeken, D. Ve Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 14, 406–414.

Swami, V., Frederick, D. A., Aavick, T. Alcalay, L., Allik, J., Anderson, D. ve ark. (2010). Project (IBP-I). The attractive female body weight and female body dissatisfaction in 26 countries across 10 world regions: Results of the international body project I. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36 (3), 309-325.

Swanson, S.A., Crow, S. J., D. Le Grange, Swendson, J. ve Merikanges, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives General Psychiatry*, 68 (7), 714-723.

Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E. ve Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 589-620.

Touyz, S., Thornton, C., Rieger, E., George, L. ve Beumont, P. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 65-71.

Vardar, E. ve Erzenin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (4), 205-212.

WHO (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of WHO Consultation (WHO Technical Report Series 864), Genova.

Yücel, B., Polat, A., İkiz, T., Pirim Düşgör, B., Yavuz, A. E., & Sertel Berk, Ö. (2011). The turkish version of the eating disorder examination questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorders Review*, 19, 509-511.

Zaitsoff, S. L. ve Taylor, A. (2009). Factors related to motivastion for change in adolecsents with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 227-233.