



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ANABİLİM DALI  
PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**ÇOCUKLUK DÖNEMİ CİNSEL İSTİSMARININ  
YEME BOZUKLUKLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ**

**RABİYE AKYÜZ**

**İSTANBUL, 2022**



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ TEZSİZ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ÇOCUKLUK DÖNEMİ CİNSEL İSTİSMARININ  
YEME BOZUKLUKLARI ÜZERİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS BİTİME PROJESİ**

**RABIYE AKYÜZ  
200134016**

**Danışman  
Prof. Dr. Ayşe Pınar VURAL**

**İSTANBUL, 2022**

## **BEYAN/ ETİK BİLDİRİM**

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Rabiye AKYÜZ

İmza

## TEŐEKKÜR

Bitirme projemde tüm anlayışı ve desteğiyle beni yönlendiren Danışman Hocam Prof. Ayşe Pınar Vural'a,

Bu çalışma sürecinde her konuda beni destekleyen sevgili eşim Osman Akyüz'e ve çocuklarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Rabiye AKYÜZ

İmza

# ÇOCUKLUK DÖNEMİ CİNSEL İSTİSMARININ YEME BOZUKLUKLARI ÜZERİNE ETKİSİ

**Rabiye AKYÜZ**

## ÖZET

Yeme bozuklukları günümüz dünyasında görülme sıklığı gittikçe artan ve toplum sağlığını tehdit eden ciddi bir sağlık sorunudur. Çocukluk dönemi cinsel istismarı ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki literatürde yer almaktadır. Yapılan çalışmalar yeme patolojisi gösteren bireylerin %30'unun çocukluk çağı cinsel istismarına maruz kaldığını göstermektedir. Bazı yeme bozukluğu hastalarında cinsel istismar olgusuna rastlanmasa da cinsel istismarın yeme bozukluğuna neden olan en önemli risk faktörlerinden biri olduğu bilinmektedir. Çocukluk dönemi cinsel istismarı sonrasında bireyler kendi hayatları üzerinde kaybettikleri kontrolü yeniden oluşturabilmek için aç kalma çabasında bulunarak bu kontrolü bedenleri üzerinde sağlamaya çalışırlar. İleriki yaş dönemlerinde psikolojik hastalıklara yol açan cinsel istismar olmadan önlemek için çalışmalar yapılmalıdır. Çocukluk çağı istismarları ileri yaş dönemlerinde kalıcı patolojilere sebep olacağından, bu çalışmanın amacı problemlili yeme davranışları ile çocukluk dönemi cinsel istismarı arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Yazıda konu ile ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimerler; yeme bozuklukları, anoreksiya, bulimiya, çocuk cinsel istismarı, mahremiyet

# **THE EFFECT OF CHILDHOOD SEXUAL ABUSE ON EATING DISORDERS**

**Rabiye AKYÜZ**

## **ABSTRACT**

Eating disorders are a serious health problem that is increasingly common in today's world and threatens public health. The relationship between childhood sexual abuse and eating disorders takes place in the literature. Studies show that 30% of individuals with eating pathology are exposed to childhood sexual abuse. Although sexual abuse is not encountered in some patients with eating disorders, it is known that sexual abuse is one of the most important risk factors for eating disorders. After childhood sexual abuse, individuals try to maintain this control over their bodies by trying to stay hungry in order to re-establish the control they have lost over their own lives. Studies should be carried out to prevent sexual abuse that leads to psychological diseases in later ages. Since childhood abuses will cause permanent pathologies in advanced ages, the aim of this study is to examine the relationship between problematic eating behaviors and childhood sexual abuse. In the article, the literature on the subject has been reviewed.

Keywords; eating disorders, anorexia, bulimia, child sexual abuse, privacy

## ÖNSÖZ

Bu projenin amacı çocukluk dönemi cinsel istismarı ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu çalışma Fatih Sultan Mehmet Üniversitesi Tezsiz Yüksek Lisans bitirme projesi olarak hazırlanmış bir literatür çalışmasıdır. Çalışmanın ilk bölümünde yeme bozukluğu tanımı ve türleri, etiyolojisi, epidemiyolojisi, risk faktörleri, kişilik bozuklukları ve yeme tutumları ilişkisi anlatılmaktadır. Çalışmanın ikinci bölümünde çocukluk çağı ihmal ve istismarını tanımı, türleri, epidemiyolojisi, etiyolojisi, risk faktörleri, çocuk üzerindeki etkisi, çocuk ihmal ve istismarından koruyucu önlemler, mahremiyet eğitimi ve zamanı anlatılmaktadır. Çalışmanın üçüncü bölümünde ise çocukluk cinsel istismarının yeme bozukluklarının oluşumundaki etkisi ve çocuk ihmal ve istismarından koruyucu önlemler anlatılmıştır.

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	v
ÖNSÖZ.....	vi
KISALTMALAR .....	xi
GİRİŞ .....	1
YÖNTEM.....	4
1. YEME BOZUKLUĞU.....	5
1.1. YEME BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI .....	5
1.1.1. Anoreksiya Nervoza (AN) .....	5
1.1.1.1. AN Birinci Tanı Kriteri.....	6
1.1.1.2. AN İkinci Tanı Kriteri.....	6
1.1.1.3. AN Üçüncü Tanı Kriteri.....	6
1.1.1.3.1. Kısıtlayıcı Tür .....	7
1.1.1.3.2. Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma Türü .....	7
1.1.1.3.3. Tam Olmayan Yatışma Gösteren Tür .....	7
1.1.1.3.4. Tam Yatışma Gösteren Tür .....	7
1.1.2. Bulimiya Nervoza (BN) .....	7
1.1.2.1. BN Birinci Tanı Kriteri .....	8
1.1.2.2. BN İkinci Tanı Kriteri.....	8
1.1.2.3. BN Üçüncü Tanı Kriteri.....	8
1.1.2.4. BN Dördüncü Tanı Kriteri.....	9
1.1.2.4.1. Tam Olmayan Yatışma Gösteren.....	9
1.1.2.4.2. Tam Yatışma Gösteren.....	9
1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB ) .....	9
1.1.3.1. TYB Birinci Tanı Kriteri .....	10
1.1.3.2. TYB İkinci Tanı Kriteri .....	10
1.1.3.3. TYB Üçüncü Tanı Kriteri .....	11



1.1.3.4. TYB Dördüncü Tanı Kriteri.....	11
1.1.3.5. TYB Beşinci Tanı Kriteri.....	11
1.1.4. Gece Yeme Sendromu (GYS).....	11
1.1.4.1. GYS Birinci Tanı Kriteri .....	12
1.1.4.2. GYS İkinci Tanı Kriteri .....	12
1.1.4.3. GYS Üçüncü Tanı Kriteri .....	12
1.1.4.4. GYS Dördüncü Tanı Kriteri.....	12
1.1.4.5. GYS Beşinci Tanı Kriteri.....	13
1.1.4.6. GYS Altıncı Tanı Kriteri.....	13
1.1.5. Duygusal (Emosyonel) Yeme .....	13
1.1.6. Otlama (Çöplene) .....	14
<b>1.2. YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ</b> .....	14
1.2.1. Biyolojik ve Gelişimsel Risk Faktörleri .....	14
1.2.2. Bireysel ve Psikososyal Risk Faktörleri .....	15
1.2.3. Ailesel ve Sosyo Kültürel Risk Faktörleri.....	16
1.2.4. Diğer Risk Faktörleri.....	17
1.3. YEME BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ .....	17
1.4. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE YEME BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİ .....	19
<b>2. ÇOCUKLUK DÖNEMİ İSTİSMARI VE İHMALİ.....</b>	<b>21</b>
2.1. ÇOCUKLUK DÖNEMİ İSTİSMARININ GRUPLANDIRILMASI .....	22
2.1.1. Fiziksel İstismar .....	22
2.1.2. Cinsel İstismar.....	23
2.1.2.1. Epidemiyoloji .....	24
2.1.2.2. Risk Faktörleri .....	24
2.1.2.3. Çocuk Cinsel İstismarının Çocuğa Etkileri.....	25
2.1.2.3.1. Dissosiyasyon.....	25
2.1.2.3.2. Ruhsal Bozukluklar .....	26
2.1.2.3.3. Kişiler Arası İlişkiler .....	26
2.1.2.3.4. Benlik Saygısı .....	26
2.1.2.3.5. Cinsellik .....	26
2.1.3. Duygusal istismar.....	27

2.1.4. İhmal .....	28
2.1.4.1. Fiziksel İhmal .....	29
2.1.4.2. Duygusal İhmal .....	30
2.2. ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINDAN KORUYUCU ÖNLEMLER.....	31
2.2.1. Mahremiyet .....	31
2.2.1.1. Mahremiyet Eğitimi.....	31
2.2.1.2. Mahremiyet Eğitiminin Verilme Zamanı .....	33
2.2.1.3. Mahremiyet Eğitiminin Temel İlkeleri.....	34
<b>3. ÇOCUKLUK DÖNEMİ CİNSEL İSTİSMARI VE YEME</b>	
<b>BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİ .....</b>	<b>35</b>
<b>SONUÇ.....</b>	<b>36</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>38</b>



## KISALTMALAR

s.	Sayfa/sayfalar
vd.	Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler
ÇÇT	Çocukluk Çağı Travması
YB	Yeme Bozukluğu
BN	Blumia Nervoza
AN	Anoreksiya Nervoza

## GİRİŞ

Yeme Bozukluğu (YB), fiziksel ve psikososyal yönüyle kişinin yemek, beden ağırlığı ve fiziksel görüntüsüyle ilgili düşüncelerinde ve davranışlarında görülen bozulmalar olarak tanımlanır (Becker vd., 1999). Yeme bozuklukları beslenme yetersizliği, aşırı beslenme, depresyon, madde bağımlılığı, anksiyete gibi ciddi psikolojik sorunlara neden olabilir (Ulaş vd., 2013). Fairburn vd. (2013) YB'yi tedavi edilmesi en zor psikiyatrik hastalıklardan biri olarak göstermişlerdir.

YB, ölümlü sonuçlanan bir hastalık olmasından dolayı son yıllarda giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (Yaykırın Altınel, 2018). Ergen ve genç erişkinlerde daha fazla görülen yeme bozuklukları ciddi olumsuz sonuçları olan toplum sağlığı problemidir. (Tavolacci vd. 2015).

DSM-5'e (Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı 5.Baskı) göre; anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, Pika sendromu, geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu, kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu, tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu YB'nin alt grupları olup bu kapsamda değerlendirilmektedir (Tunç, 2019). Manner'in (2001) yaptığı araştırma, son otuz yılda anoreksiya nervoza (AN) hastalarının %25'inin hayatını kaybettiğini, %25'inin düşük ağırlıkla hayatına devam ettiğini, %40'nın iyileştiği geri kalanın da eski sağlığına kavuştuğunu göstermiştir (Taşdemir, 2021).

YB'de şiddetli davranış bozuklukları gözlenir. Yeme bozukluğu olan kişilerde olağan vücut ağırlığını reddetme, kısıtlı yeme ve/veya aşırı egzersiz yoluyla kilo vermeye yönelik uğraşlar vardır. Bu kişiler kilo almamak için kendilerini kustururlar ve laksatif ve dürüetikleri yanlış kullanarak uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunurlar. Bazen de bunların tersine yeme üzerinde kontrol sağlayamama hissi ile normalde insanın yiyebileceğinden daha çok bozulmuş yeme örüntüleri görülür (APB, 2005). YB sonucunda bozulan bilişler beden algısı üzerinde

olumsuz etki oluşturturarak kişilerin vücutlarını normalden daha şişman ve çirkin bulmalarına sebep olmaktadır. Bundan dolayı kısıtlı yiyecek alırlar ve fazla kilo almaktan korunmak için kendilerini kusturabilmektedirler ya da aşırı egzersiz de yapabilirler (Ulaş vd., 2013).

Yeme bozukluklarının son yıllarda özellikle sanayileşişmiş ve modernleşmekte olan toplumları tehdit altına aldığı gözlemlenmektedir. Yakın zamana kadar sadece sosyoekonomik düzeyi yüksek genç ve kadınlarda görüldüğü düşünülürken günümüzde toplumun daha geniş kesimini etkilemektedir (Dönmez, 2005). Toplumdaki güzellik ve çekicilik algısındaki bu farklılaşma sebebiyle kişilerin yeme davranışlarında değişimler başlamıştır (Dönmez, 2005).

Yeme bozuklukları yüzyılı aşkın süredir tanınmasına ve tanısının da kolay olmasına rağmen özellikle 80'li yıllardan sonra etyolojisi ve tedavisi halen tartışılıp araştırılmakta olan bir psikiyatrik hastalık grubudur (Dönmez, 2005).

YB olan hastalar kendiliklerini değerlendirirken bu değerlendirmeyi daha çok ağırlıkları, biçimleri ve onları kontrol etme davranışları üzerinden yaparlar (Fairburn ve Harrison, 2003). Bu kişiler düşük kiloda kalmayı hedeflerler fakat buna ulaşmak için sınırlı motivasyona sahiptirler (Vitousek vd., 1998). Dolayısıyla bu kişiler bedenlerine neyin girip çıktığıyla aşırı uğraş içinde olduklarından ve vucut ağırlıklarıyla ilgili yaşadıkları yoğun kaygılar sebebiyle belirgin yeme davranış örüntüleri geliştirirler. Aynı zamanda yediklerinin miktarıyla ilgili algılarında bazı yanlışlıklar vardır (Fairburn, 2008; Scheneer, 2002).

Çalışmamızda üzerinde durulması gereken önemli bir nokta çocukluk çağı travmalarıdır. Literatürde çocukluk dönemi travmaları ihmal ve istismar ifadeleri altında iki ana başlıkta toplanmaktadır. Çocukluk ya da genç yetişkinlik döneminde bireyin fiziksel ya da duygusal ihmal ile fiziksel duygusal ve cinsel istismara maruz kalması Çocukluk dönemi istismarı olarak tanımlanabilir. Bu dönemde cocuğa uygulanan zarar verici davranışlar istismar, çocuğun fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması ise ihmal olarak açıklanabilir (Demirkapı, 2013).

Çocuk istismarı çocuğun bakımından sorumlu olan anne baba ya da bakım veren diğer yakınlar veya bakıcılar tarafından çocuğun fiziksel duygusal, cinsel,

psikolojik, sosyal açıdan zarara uğratılmasıdır.İstismarın fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar ve ihmal olmak üzere dört farklı türü bulunmaktadır.

Bir davranışın ihmal ve istismar olarak kabul edilmesi için bilinçli bir şekilde yapılması tekrarlanması ve çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkilemesi gerekmektedir.Sağlığın olumsuz yönde etkilenmesi durumu hem fiziksel sağlığın hem de ruhsal sağlığın tehdit altında olması olarak açıklanmaktadır tehdit etme durumu olarak algılanmalıdır.Olumsuz sonuçları bir ömür boyu süren çocuk istismarının bir özelliği de insan davranışları sonunda ortaya çıkmasıdır (Güler, 2002).

Yapılan araştırmalarda çocukluk dönemi travmaları ile YB arasında ilişki bulunmuştur. Örneğin Molendijk ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada YB de büyük oranda ÇÇT türlerine rastlandığını bildirmişlerdir. Özellikle çocukluk çağı cinsel istismarı yeme bozukluklarında nonspesifik bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir. (Jacobi ve ark. 2004, Thompson ve Wonderlich 2004, Gentile ve ark. 2007) Kong ve Bernstein'in (2009) araştırmasında ise duygusal istismar, fiziksel ihmalin ve cinsel istismarın yeme bozukluklarının üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymuştur.

## **YÖNTEM**

Çalışmaya başlangıç aşamasında yeme bozuklukları hakkındaki alanyazında bulunan temel kaynaklar tarandı. Ardından çeşitli çevrimiçi kütüphanelerden güncel literatür incelenerek son 10 yılda yapılan araştırmalara ulaşıldı. Son olarak çalışmanın konusu hakkında derleme hazırlanıp tartışma bölümü ile birleştirildi. Son araştırmalar çalışmaya eklendi.



## 1. YEME BOZUKLUĞU

Problemlili yeme davranışları bozulmuş beden algısının sonucunda oluşan acıkmadan yeme, sağlıksız vucut ağırlığını koruma ve ideal vucut ölçüsüne sahip olma gibi düşünceler sonucunda ortaya çıkan zararlı ve sağlıksız yeme şekilleri olarak tanımlanmaktadır (Allison ve Stunkard, 2005) YB sorunu olan kişiler bilişlerinde oluşan bozulmalar sonucu vucutlarını normalden şişman ve biçimsiz algılamaktadırlar. Bu yüzden de besin alınımında aşırı kısıtlamaya giderler ve kilo almayı engellemek için kendilerini kustururlar yada aşırı egzersiz davranışında bulunurlar (Ulaş, Uncu ve Üner, 2013).

Günümüzde güzellik kavramının en önemli kriterinin zayıflık olgusu olduğundan dolayı özellikle ergen ve genç erişkinler hissettikleri zayıf bir bedene sahip olma duygusuyla yeme davranışlarında bozukluklar geliştirirler (Derrene ve Beresin, 2006) YB da gelişimle ilgili risk faktörleri araştırmasında en çok ÇÇT üzerinde durulmuştur (Murray ve Waller 2002; Schoemaker ve ark. 2002, Leonard ve ark. 2003). YB'nin görülme sıklığının daha çok erken yaş dönemlerinde görüldüğünden dolayı araştırmalarda daha çok ÇÇT üzerinde odaklanılmıştır (Hoek ve Van Hoeken, 2003).

### 1.1. YEME BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Yeme alışkanlığına ait bütün bozukluklar Yeme Bozukluğu (YB) ifadesi altında toplanır. Yeme bozuklukları türleri içinden en çok bilineni “Anoreksiya nervoza” ve “Bulimia nervoza”dır. Problemlili yeme davranışları kötü yeme alışkanlıkları ve yeme bozuklukları altında iki gruba ayrılır. Yeme bozukluklarında haddinden fazla yeme, kötü yeme alışkanlıkları ya da öğün atlama gibi davranışlar olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme, gece yeme, duygusal yeme, otlanma gibi yeme bozuklukları ele alınacaktır.

#### 1.1.1. Anoreksiya Nervoza (AN)

Anoreksiya nervoza terimi ‘iştah kaybı’ anlamına gelen Yunanaca kökenli bir terimdir. Anoreksiya, besin alımının kısıtlama, yemekten kaçınma ve sonucunda

oluşan kilo kaybıyla ayırt edilmektedir (Fairburn ve Harrison, 2003). AN'nin tarihsel gelişimine bakıldığında tanımlanmasının 400 yıl öncesine vardığı saptanmıştır. Dini kaynaklarda Orta Çağda azizlerinin daha kutsal olmak adına ölümcül diyetler yaptıklarına dair bilgiler yer almaktadır. Macar Prensesi Margareth'in de bu dönemlerde anoreksiya nervoza yaşadığı bilinmektedir. Günümüzde 'anoreksiya nervoza' olarak tanımlanan bu durum ahiret hayatı için dünyadaki yaşam zevklerinden vazgeçerek çile çekme anlamında kullanılmıştır (Kontbay, 2010).

Anoreksiya nervoza genellikle genç kadınlarda görülen bir yeme bozukluğudur (Salbach-Andrea ve ark, 2008). 1873 yılında Gull ve Laseque tarafından tanımlanan bu bozukluk tedavi edilmediğinde yüksek ölüm oranıyla sonuçlanabilmekte ve bu ölümlerin çoğu tıbbi komplikasyonlar ya da intihar şeklinde olmaktadır (Steinhausen, 2002).

Anoreksiya Nervoza üç kriter altında toplanır. Bunlardan birincisi kişinin kendi isteğiyle yaptığı aşırı dereceye varan yememeden kaynaklanan şiddetli açlıktır. İkincisi zayıflığa karşı durdurulamaz bir istek ve şişmanlıktan aşırı korkudur. Üçüncüsü ise ileri düzeydeki açlığın neden olduğu tıbbi belirti ve bulguların varlığıdır (Öyekçin ve Şahin, 2011). Bu bozukluğun DSM -5'e göre tanı kriterler şu şekildedir.

#### 1.1.1.1. AN Birinci Tanı Kriteri

Gereksinimlere göre enerji (erke) alımını kısıtlama tutumu kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında tanımlanır (APA, 2013).

#### 1.1.1.2. AN İkinci Tanı Kriteri

Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma (APA, 2013).

#### 1.1.1.3. AN Üçüncü Tanı Kriteri

Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz. Ayrıca anoreksiya nervozanın DSM 5'e göre 4 alt tipi mevcuttur (2013).

#### ***1.1.1.3.1. Kısıtlayıcı Tür***

Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma dönemleri olmamıştır. Daha çok diyet yaparak kilo kaybedildiği görünümleri tanımlar (APA, 2013).

#### ***1.1.1.3.2. Tıknırcasına Yeme/Çıkarma Türü***

Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma dönemleri olmuştur (APA, 2013).

#### ***1.1.1.3.3. Tam Olmayan Yatışma Gösteren Tür***

Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü uzunca süre karşılanmamaktadır, ancak B tanı ölçütü ya da C tanı ölçütü yine de karşılanmaktadır (APA, 2013).

#### ***1.1.1.3.4. Tam Yatışma Gösteren Tür***

Anoreksiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı ölçütü uzunca bir süredir karşılanmamaktadır (APA, 2013).

### **1.1.2. Bulimiya Nervoz (BN)**

Bulimiya terimi Yunanca kökenli olup öküç açlığı anlamına gelmektedir. Aşırı yeme isteğinin kontrol edilememesi ve bazen de aşırı gıda tüketme dürtüsünün etkin olması sonucunda yeme nöbetlerin oluşur. Kişiler kilo alımına engel olmak ve kendilerince dengeleyebilmek için isteyerek kusma, dürietik, laksatif, lavman ya da diğer ilaçları kötüye kullanma, diyet, aşırı egzersiz gibi davranışlarda bulunmaktadır (Wonderlich ve ark., 2007).

Bulimik insanlar kilo alma ve beden görünümü hakkında fazla endişelidirler, kimlik değerlerini genellikle kiloları ve beden şekilleri üzerinden oluşturmaya

çalışırlar. Aşırı bir şekilde kilo ve beden şekline odaklanarak bu çabaların kendilerini daha iyi hissettireceğini umarlar (Fairburn, 1997).

Bulimiya nervoza ile ilgili vakaların ilk kez 16. Ve 17. Yüzyılda tanımlandığı tespit edilmiştir. 17. yüzyıldan itibaren bulimianın çeşitli metinlerde semptom olarak tanımlanıp ve tedavisine yönelik çalışmalarla çeşitli tedavi yaklaşımlarının oluşturulduğu görülmektedir. Bulimia nervoza 19. yüzyılın sonlarında psikiyatrik yönüyle ele alınmıştır (Kontbay, 2010).

Bulimiya nervoza 'çıkartma olan tip' ve 'çıkartma olmayan tip' olarak ikiye ayrılır. Çıkartma olan tipe alınan besinin çeşitli şekillerde vucuttan çıkarılmasına yönelik uğraşlar vardır (Cooper ve ark., 2004).

AN ile BN'de ortak belirtiler sıkça bulunur. BN'yi AN'den ayıran en önemli özellikler, BN'de görülen yeme dürtüsüne engel olamama kilo almaya devam ederken kilo almayı önleyici davranışlarda bulunma özellikleridir (Ünal, 2016).

Bu bozukluğun DSM-5'e göre tanı kriterleri şu şekildedir.

#### 1.1.2.1. BN Birinci Tanı Kriteri

Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

İlki, benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde yeme.

Diğeri, bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (APA, 2013).

#### 1.1.2.2. BN İkinci Tanı Kriteri

Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, iç sürdüren ilaçları, idrar sökücü ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

Bu tıknırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur (APA, 2013).

#### 1.1.2.3. BN Üçüncü Tanı Kriteri

Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir (APA, 2013).

#### 1.1.2.4. BN Dördüncü Tanı Kriteri

Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervoza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır. Ayrıca bulimiya nervozanın DSM 5'e göre 2 alt tipi mevcuttur (APA, 2013).

##### ***1.1.2.4.1. Tam Olmayan Yatışma Gösteren***

Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri tam karşılanmamıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin, hepsi olmasa da bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmaktadır (APA, 2013).

##### ***1.1.2.4.2. Tam Yatışma Gösteren***

Bulimiya nervoza için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Ayrıca problemin şiddeti, ödünleyici davranışın olup olmamasıyla belirlenir. Yoğunluk derecelendirmesinde aşağıdaki dört ölçüt kullanılır.

- Ağır olmayan: Uygunuz telafi edici davranışın haftada bir-üç kez olması.
- Orta derecede: Uygunuz telafi edici davranışın dört-yedi sıklığında olması.
- Ağır: Uygunuz telafi edici davranışın haftada dört- yedi kez tekrarlaması.
- Aşırı düzeyde: Uygunuz telafi edici davranışın ortalama on dört ya da daha çok sıklıkta tekrarlaması (APA, 2013).

#### **1.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB)**

Tıkınırcasına Yeme bozukluğu kavramı Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından "belirli bir zaman içinde benzer koşullarda ve benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek" olarak tanımlanmıştır. Diğer bir epizotu ise kişinin yemek yerken besin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durdurma noktasında yetersiz kalmasıdır (APA, 2013).

Bulimiya nervoza ile benzer özellikler gösterir ve sıklıkla karıştırılır. ”Tıkınırcasına yeme bozukluğu” (TYB) ile bulimiya nervoza arasında şu farklar belirlenmiştir. BN’de çıkarma, telafi edici madde kullanımı varken, TYB’de davranışlar gözlemlenmez. TYB’de ise kısa sürede bilinç dışı aşırı besin alımı ve kontrolsüz yeme ataları vardır (APA, 2013). TYB’de görülen diğer bir özellik ise sıklıkla eşlik eden psikopatolojilerle seyretmesidir.

TYB’nin temel kriteri tekrarlayan uygunsuz telafi davranışları olmaması sıklıkla tekrarlayan tıkınırcasına yeme ataklarının görülmesidir (Hilbert, 2019).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun DSM-5’teki tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

#### 1.1.3.1. TYB Birinci Tanı Kriteri

Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu) (APA, 2013).

#### 1.1.3.2. TYB İkinci Tanı Kriteri

Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.

4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.

5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.(APA, 2013).

#### 1.1.3.3. TYB Üçüncü Tanı Kriteri

Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur (APA, 2013).

#### 1.1.3.4. TYB Dördüncü Tanı Kriteri

Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur (APA, 2013).

#### 1.1.3.5. TYB Beşinci Tanı Kriteri

Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

**Tam olmayan yatışma gösteren:** Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır. Tam yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

**O sıradaki ağırlığını belirtiniz:** En düşük ağırlık düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

**Ağır olmayan:** Ortalama haftada bir-üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

**Orta derecede:** Ortalama haftada dört-yedi kez tıkınırcasına yemenin olması.

**Ağır:** Ortalama haftada sekiz-on üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

**Aşırı düzeyde:** Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olmasıdır. (APA,2013).

### 1.1.4. Gece Yeme Sendromu (GYS)

Gece yeme sendromu (GYS), 1955 yılında Stunkart tarafından tedaviye direnç gösteren obezitesi olan hastalarda sabahları anoreksi akşam hiperfaji ve insomnia ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlanır. Ayrıca Gece Yeme Sendromunda, yeme ve uyku sirkadyen ritimleri birbirinden ayrılır, yeme şeklinde gecikme gözlenir, akşam hiperfajisi, gece uyanıp yemek yeme, sabah anoreksi ve

uyku bozukluğu gibi belirtiler vardır (Jinbo, 2018). Anoreksi kahvaltının yenmemesi ya da gereğinden az yenmesi, akşam hiperfajisi gerekli olan kalorinin %25'nin akşam yemeğinden sonra alınması, insomni haftada en az üç defa uyumamakla tanımlanır (Bordo, 2020).

Gece Yeme Sendromu için Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubu tarafından GYS aşağıdaki tanı ölçütleri önerilmiştir.

#### 1.1.4.1. GYS Birinci Tanı Kriteri

Günlük yeme paterni akşam ve gece önemli ölçüde artış göstermektedir. Aşağıdakilerden biri veya ikisiyle karakterizedir:

- a. Günlük yenen yemeğin en az %25'i akşam yemeğinden sonra olmalıdır,
- b. Haftada en az iki gece yeme nöbetinin olması. (APA, 2013).

#### 1.1.4.2. GYS İkinci Tanı Kriteri

Akşam ve gece yeme nöbetlerine ilişkin farkındalık ve anımsama söz konusudur (APA, 2013).

#### 1.1.4.3. GYS Üçüncü Tanı Kriteri

Klinik aşağıdakilerden en az üçüyle karakterizedir:

- a. Sabah yeme isteğinin olmaması ve/veya haftada dört veya daha fazla sabah kahvaltının atlanması,
- b. Akşam yemeğinden uyku başlayıncaya kadar olan sürede ve/veya gece boyunca güçlü yeme arzusunun varlığı,
- c. Haftada dört veya daha fazla gece uyku başlangıcında ve/veya uykunun sürdürülmesinde uykusuzluğun olması,
- d. Uykuyu başlatabilmek veya tekrar uykuya dalabilmek için kişinin yemesinin gerektiği inancının olması,
- e. Duygudurum çoğunlukla depresedir ve/veya duygudurum akşamları kötüleşir. (APA, 2013).

#### 1.1.4.4. GYS Dördüncü Tanı Kriteri



Bozukluk önemli derecede sıkıntı ve/veya işlevsellikteki bozulmayla ilişkilidir (APA, 2013).

#### 1.1.4.5. GYS Beşinci Tanı Kriteri

Bozulmuş yeme paterni en az üç ay sürmelidir (APA, 2013).

#### 1.1.4.6. GYS Altıncı Tanı Kriteri

Bozukluk madde kötüye kullanımı veya bağımlılığına, tıbbi durumlara, ilaçlara veya diğer psikiyatrik bozukluklara ikincil olarak gelişmiş olmamalıdır (APA, 2013).

### **1.1.5. Duygusal (Emosyonel) Yeme**

Duygusal yeme bazı duygu durumlarına yanıt olarak oluşan yeme davranışı şeklidir. Normal zamanda depresyon anksiyete, sinirlilik vb. duygu durum bozuklukları iştah azalmasına neden olurken duygusal yeme davranışı olan kişilerde benzer duygu durumlarında aşırı yeme davranışı gözlemlenir. Duygusal yeme olumlu veya olumsuz duyguların sonrasında gözlemlenen bu duygulara tepki olarak oluşan aşırı yeme davranışı olarak özetlenebilir (Van Strien ve ark., 1986).

Önceleri duygusal yeme aşırı yeme davranışı gösteren obez bireylerle ilişkilendirilirken günümüzde ise diyet yapan kişilerde de bu aşırı yeme davranışının gözlemlenebileceği öne sürülmektedir. Bu yeme davranışı duygu durumuna göre veya bireyin karakteristik özelliklerine göre değişiklik sergileyebilir. (Serin ve Şanlıer, 2018).

Duygusal açlık belirtileri ve fiziksel açlık belirtileri birbirinden farklıdır. Normal fiziksel açlıkta birey açlığını meyve sebze gibi hafif yiyeceklerle geçiştirirken, duygusal açlıkta ise tam tersi davranış söz konusudur. Birey ne bulursa onu yemekte ve daha çok kalorisi fazla besinlere yönelmektedir (Serin ve Şanlıer, 2018). Tüm duygular duygusal yeme davranışına sebep olabilir ve aynı zaman da duygusal yeme bazı bireylerde ciddi sağlık sorunu olarak karşımıza çıkabilir (Ünal, 2016).

### **1.1.6. Otlanma (Çöplenme)**

Otlanma (çöplenme), sürekli olarak ve uzun bir süre hatta gün boyu azar azar yeme şeklinde kendini göstermektedir. Gün boyu alınan besin miktarı genelde bireyin ihtiyacı olan besin miktarından çok fazladır (Sevinçer, 2016).

## **1.2. YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ**

Yeme bozukluklarının nedenleri tam olarak bilinmemekle beraber, gelişimsel, genetik, sosyokültürel, ailesel, bilişsel, psikodinamik gibi çeşitli faktörlerin bu bozukluğun oluşumunda önemli derecede etkisi bilinmektedir (Yücel, 2009). Yeme bozukluklarının başlıca özellikleri kişinin çarpıtılmış beden algısı (normal vücut ağırlığında olduğu halde) kilo alma ve şişman olma konusunda aşırı takıntılı düşüncelerinin yoğun olmasıdır (Kreipe ve Birndorf, 2001).

Çok sayıda araştırma yapılmasına rağmen, YB'nin oluş nedeni tam olarak tespit edilememiştir (Kuruoğlu, 2000). Birçok unsurun bu bozukluk üzerinde etkili olmasından dolayı sınıflandırma yapmak zor olmakla beraber yeme bozukluklarının etiyojisi kavramsallaştırma açısından üç kategori altında gruplandırılmıştır (Kuruoğlu, 2000).

### **1.2.1. Biyolojik ve Gelişimsel Risk Faktörleri**

Yeme bozukluğunun oluşmasında etkili olan kalıtsal, genetik yatkınlık ve ergenlik, ergenliğe erken girme, prematüre doğum gibi gelişime bağlı faktörler biyolojik ve gelişime bağlı risk faktörleri başlığı altında toplanmıştır. Günümüzde hastalığın genetik yönüne vurgu yapan araştırmalar artmaktadır ve aile yatkınlığının önemli sebeplerden biri olarak gözlemlendiği belirtilmektedir (Kuruoğlu, 2000).

Yapılan aile çalışmalarında yeme bozukluğunun ailesel yatkınlığının önemli ölçüde olduğunu ortaya koymaktadır (Kuruoğlu, 2000). İkiz kardeşler üzerinde yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu bulunan bireyin ikiz kardeşinde de yeme bozukluğu riskinin yüzde 10-20 oranında fazla olduğu tespit edilmiştir (Bozan, 2009).

Becker, Keel, Anderson ve Thomas'ın (2004) yaptıkları bir araştırma sonuçlarında AN tanısı almış bireylerin ailelerinde YB görülme sıklığının 10 kata

kadar fazla olduğu saptanmıştır (Maner, 2001). Özellikle kadın akrabalar için bu risk biraz daha fazladır. İkizler üzerinde yapılan başka bir çalışmada genetik etkiyle ilgili bulgular saptanmıştır (Klump vd., 2001).

Farklı toplumlarda ve farklı ölçüm araçlarıyla ergenlik ve erişkinlik döneminde kadın ve erkeklerde ikiz ve evlat edinme çalışmaları yapılmış sonucunda AN, BN ve diğer yeme bozukluklarının orta ve yüksek düzeyde genetik yatkınlık gösterdiklerine dair bulgular saptanmıştır (Culbert vd., 2015; Demirdögen, 2015; Trace vd., 2013).

Son yıllarda primer olarak dopamin, serotonin ve BDNF üzerine odaklanılan genetik çalışmalar yapılmıştır (Bakalar ve ark. 2015). Çalışmaların sonucunda dopaminle ilişkili genler ile AN ve BN olabilme riski arasında bir ilişki bulunmamıştır (Brandys ve ark., 2012; Gervasini ve ark., 2013; Groleau ve ark., 2012; Yılmaz ve ark., 2011).

Attie ve Brooks-Gunn'a göre fiziksel olgunlaşma yeme problemlerinin ortaya çıkmasında en büyük pay sahibidir. Erken girilen ergenlik ve bununla beraber artan vücuttaki yağ oranı da yeme YB'nun ortaya çıkması için bir etken olduğu saptanmıştır (Graber ve ark., 1994). Yapılan araştırmalarda bu risk faktörünün erken adet görme sonucunda oluşan vücuttaki değişimler ergenlerin kendisini itici bulmasına sebep olacağını ve bu duyguyla baş etmedeki güçlüğün de yeme bozukluğuna neden olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (Graber ve ark., 1994).

Genetik yatkınlığın çevrede oluşan risk faktörlerinin yeme bozukluğunun oluşmasında önemli etken olduğu bilinmesine rağmen bu faktörlerin yeme bozukluğunun oluşmasındaki sürece nasıl dahil oldukları ve birbirini nasıl etkiledikleri bilinmemektedir (Rutter ve ark.,2011). Bu alanda çalışan bazı araştırmacılar gen ve çevre etkileşiminin oluşmasında altta yatan mekanizmaların araştırılması gerektiğine vurgu yapmaktadırlar (Bakalar ve ark., 2015).

### **1.2.2. Bireysel ve Psikososyal Risk Faktörleri**

YB'nin gelişimi açısından bazı kişilik ve psikolojik özelliklerin etiyolojik risk faktörü olarak etkili olabileceği düşünülmektedir. YB olan bireylerde sıklıkla mükemmeliyetçi kişilik özellikleri görülmektedir (Bozan, 2009).

Mükemmeliyetçiliğin fazla olması, gelişim sürecindeki aşırı korku kişiler arası ilişkilerdeki bozukluğun YB riskini yordadığı saptanmıştır (Holland ve ark., 2013).

Yapılan araştırmalarda olumsuz çocukluk dönemi deneyimleri, fiziksel ve cinsel istismar, yas, ebeveynlerin ayrılması gibi stres verici yaşam olaylarının yeme tutumlarındaki bozulmalara yol açtığı saptanmıştır. Çocukluk çağında cinsel ve fiziksel istismara uğrayan kadınlarda yeme bozukluğunun görülme sıklığının diğer kadınlara göre daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Vince ve Walker, 2007). Ayrıca çocukluk dönemi cinsel istismarının YB oluşmasında tek etken olmadığı bunun yanı sıra olumsuz geçmiş aile yapısının da önemli etiyolojik faktör olduğu saptanmıştır (Kinzl, Traweger, Guenther ve Bieble, 1994).

Yapılan bir araştırmada AN tanısı almış hastaların ailelerinde aşırı mükemmeliyetçilik karmaşıklık katılık, çatışmadan kaçınma ve problem çözmede başarısızlık gibi özelliklerin yoğun olarak bulunduğu bildirilmiştir (Yurtsever, 2014). Çocukluk çağında ebeveyn ilgisinin yetersiz olmasının da YB'nin gelişiminde risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Haudek, Rorty ve Henker, 1999).

### **1.2.3. Ailesel ve Sosyo Kültürel Risk Faktörleri**

Ailesel risk faktörlerinin YB gelişiminde dikkat çeken önemli konulardan biri olduğu saptanmıştır. Aile içi ilişkiler, paylaşımlar, anne baba tutumları ve karakter özellikleri çocukların yeme davranışını önemli ölçüde yordamaktadır. YB olan ailelerde aşırı koruyuculuk, hostalite, mükemmeliyetçilik, izolasyon, duygusal ifadenin bastırılması, uzak ve reddedici tutumlar literatürde yer almaktadır. Bu tür özelliklere sahip ailelerde yetişen çocukların kendilerini kanıtlama ve onay alma ihtiyaçlarını fiziksel özellikleri üzerinden sağlamaya çalıştıkları düşünülmektedir (Maner, 2001; Toker ve Hocaoglu, 2009).

Ayrıca ailede çocuğun kilosuna ve vücut şekline yapılan olumsuz eleştirilerin de ileride yeme bozukluğuna yol açabileceği vurgulanmaktadır (Levine, Smolak ve Hayden, 1994). Yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu gösteren hastaların ailelerinde

de yeme bozukluğun oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Strober, Freeman, Lampert, Diamont ve Kaye, 2000).

Günümüz toplumunda kadın daha çok güzelliğiyle erkek ise akıllı oluşu ve gücüyle değerli olduğu vurgulanmaktadır. Modern toplumlarda kadına biçilen güzellik anlayışı ince ve çekici olmasıyla ilişkilidir. Medya kanallarının da sosyal baskı içeren önemli bir unsur olduğu vurgulanmaktadır (Erol, Toprak ve Yazıcı, 2002). Batı kültürlerinde güzelliğin zayıflıkla ilişkilendirilmesi ile birlikte AN ve BN insidansında artış olduğu tespit edilmiştir (Keel ve Forney, 2013).

#### **1.2.4. Diğer Risk Faktörleri**

Psikiyatrik hastalıkların çoğunun oluşmasında yer alan çocukluk dönemi cinsel istismarı yeme bozukluklarının oluşmasında da en önemli faktördür (Fairburn ve ark., 1999). Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış kadınlarla kalmamış kadınlar üzerinde yapılan incelemede cinsel istismara maruz kalmış kadınlarda YB'nin görülme sıklığının daha çok olduğu saptanmıştır (Vince ve Walker, 2008).

Çocukluk obezitesi, aile bireylerinin obez olması ebeveynlerin alkol ve madde kullanması bireyde kendine yönelim oluşturabileceğinden diyet uygulama davranışlarına yönlendirebilir (Fairburn ve ark., 1998). Düşük benlik saygısı ve yüksek mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri de YB'nin oluşmasında önemli ölçüdeki risk faktörüdür AN hastaları düşük özgüvene bağlı olarak gelişen mükemmeliyetçilik ve kontrol etme ihtiyaçlarını yeme davranışlarını kontrol ederek sağlamaya çalışırlar (Fairburn ve ark., 1998). Erol ve arkadaşları (2000) yaptıkları bir çalışmada YB ile benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varmışlardır. YB'nin oluşumunda düşük özgüvenin de önemli bir belirleyici olduğu bilinmektedir (Arrow, 2008; Button ve Warren, 2002; Friestad ve Rise, 2004; Tylka ve Subich, 2004). Yeme patolojilerinin oluşmasının sebeplerinden biri de düşük özgüvenle mükemmeliyetçiliğin bir arada olmasıdır (Walter vd., 1992).

### **1.3. YEME BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ**

Yeme bozuklukları ölümlerle sonuçlanabilecek kadar tehlikeli olan psikiyatrik sorunlar arasındadır. Son 20-30 yıldır üzerinde çok fazla araştırma yapılan yeme bozukluklarına gelişmiş ülkelerin yanı sıra ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle de genç nüfusta oldukça sık rastlanmaktadır (Maner, 2001). Yine yapılan araştırmalarda yeme bozukluğu pervelansının giderek arttığı ve bu pervelansın yaklaşık %5 oranında olduğu saptanmıştır (Herzog ve Eddy, 2007).

Yeme bozukluğunun ilk ortaya çıkışı sıklıkla ergenlik dönemidir, ilerleyen yaşlarda ortaya çıkışı seyrek görülmektedir (Herzog ve Eddy, 2007). Diğer psikiyatrik bozukluklarına bakıldığında yeme bozukluğunun en önemli özelliği cinsiyet farklılığının olmasıdır (Gürdal, 2008). Bu bozukluğun kadınlarda daha fazla görülmesine rağmen AN ve BN dışında erkekleri de önemli ölçüde etkilediği araştırma bulgularında görülmektedir (Bulik, 2013; Lapid ve ark., 2010; Nevton, 2013). Günümüzde ise her iki cinsiyette de sıklığının artış gösterdiğine dair bulgular vardır (Micali ve ark., 2013). Kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre daha fazladır (Gelder ve ark., 1994).

DSM-4-TR'de (2015) BN'li hastaların %90'nını kadınların oluşturduğunu ve yaşam boyu görülme oranının %1 olduğunu ortaya koymaktadır. Bu popülasyonu ise %90-95 ergen genç kızlar ve kadınlardan oluştuğu belirtilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, APB, 2005). Kjelsas, Bjornstrom ve Göttestam'ın (2004) yaptıkları bir araştırmaya göre, YB'nin görülme sıklığı kadınlarda %3.4 iken erkeklerde % 1.5 olarak saptanmıştır. Araştırma bulgularına bakıldığında YB'nin kadınlar arasında daha yaygın olduğu görülmüştür.

AN'nin psikiyatrik hastalıklar arasında en fazla ölüm oranına sahip olduğu belirtilir (Treasure ve ark., 2010). Yaşam boyu görülme sıklığı ise % 1.0 olduğu görülmüştür (Hoek ve Hoeken, 2003). Smink ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir çalışmada AN'nin yaşam boyu görülme sıklığının DSM-5'e göre %50 oranında arttığı tespit edilmiştir. Bu oran DSM-4'te %1,2 iken DSM-5'te artış göstererek % 1,7 olmuştur (Smink ve ark., 2014).

BN ilgili az sayıda epidemiyolojik çalışma bulunmaktadır. Hoek ve Hoeken (2003) tarafından yapılan epidemiyolojik bir araştırmada BN'nin görülme sıklığının

genç kadınlarda %1 ve genç erkeklerde %0.1 olduğu tespit edilmiştir (Hoek ve Hoeken, 2003). Daha yakın bir zamanda genç popülasyonda DSM-5 tanı ölçütleri kullanarak yapılan bir araştırmada BN'nin yaşam boyu görülme sıklığının kadınlarda %0,8 erkeklerde ise %0.1 olduğu tespit edilmiştir (Smink ve ark., 2014).

Ülkemizde henüz klinik popülasyonda yapılmış büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalar olmamasına rağmen üniversite ve lise öğrencileriyle yapılan çalışmalarda YB prevalansı %0,5 ile %2,20 arasında, AN %0.2 ve BN % 2.52 olarak tespit edilmiştir (Kuğu vd., 2006; Uzun vd., 2006; Yeşilbursa vd., 1992). Aras, Ünlü ve Varol-Taş (2007) tarafından yapılan bir çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen polikliniğine başvuran hastalarda yeme bozukluğunun görülme sıklığı kızlarda %0.7 erkeklerde % 0.8 olarak saptanmıştır. Bu oranların batıdaki oranlara yakın olduğu görülmektedir (Polat vd., 2005).

#### 1.4. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI VE YEME BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİ

Yapılan birçok araştırmada yeme bozuklarıyla kişilik bozuklukları arasında ilişki olduğu kanıtlanmıştır (Oldham, 1995). Birçok araştırmacının yaptığı çalışmalar sonucunda yeme bozukluğu olan kişilerde kişilik bozukluğu görülme sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır (Sansone ve ark., 1989). Kişilik bozuklukları yeme bozukluklarına eşlik eden bir tanı olarak bulunmuştur (Vardar ve Ergezen, 2011). Yeme bozukluklarının belirtileri ile sınır kişilik bozuklarının belirtilerinin görülme sıklığı arasında paralel bir ilişki olduğu ihtimali düşünülmektedir (Sansone, 2011).

Yeme bozukluğuna eşlik eden kişilik bozukluğu olduğu durumların kişi açısından daha zorlayıcı olduğu sonucuna varılmıştır (Levitt, 2004; Morgan, 2008; Chen ve ark., 2011; Robinson ve ark., 2014). Sınır kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerde yapılan incelemelerde %29-%53 arasında yeme bozukluğu tespit edilmiştir (Lieb, 2004). Yapılan bir çalışmada sınır kişilik bozukluğu olan kişilerin eksen 1 bozuklarına yatkınlığının olmayanlara oranla daha fazla olduğu bulunmuştur (Zanari ve ark., 1998; Zimmerman ve Mattia, 1999; Çalışır, 2008).

SKB tanısı almış kişilerin, başka kişilik bozukluğu tanısı almış ve kişilik bozukluğu tanısı almayan kişilere göre daha uzun süre yeme bozukluğu yaşadığına dair bulgular ortaya çıkmıştır (Woderlich and Swift, 1989). Kişilik bozukluğu tanısı

olan grupla kişilik bozukluğu olmayan gruplar arasında yapılan yeme bozukluğu ölçümlerinde kişilik bozukluğu olan grupta yeme bozukluğu görülme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır (Woderlich and Swift, 1990).

Sınır kişilik bozukluğunda bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu görülme sıklığı diğer yeme bozukluğu türlerine göre daha fazla oranda olduğu tespit edilmiştir. Sınır kişilik bozukluğu da tıknırcasına yeme bozukluğunun prelevansı %25 bulimia nervoza prelevansı ise %28 olarak saptanmıştır (Sansone ve ark., 2004). Yapılan çalışmalar sonucunda sınır kişilik bozukluğu ile en çok beraber görülen eş tanıli yeme bozukluklarının anoreksiya ve bulimia nervoza olduğu saptanmıştır (Sansone e ark., 2004; Batum, 2008).



## 2. ÇOCUKLUK DÖNEMİ İSTİSMARI VE İHMALİ

Çocukluk döneminde maruz kalınan olumsuz yaşantılar “çocukluk dönemi travmaları” olarak tanımlanmıştır. Çocukluk çağı travmaları “çocuk ihmal ve istismarı” olarak incelenmektedir (Öztürk, 2011). Dünya Sağlık Örgütü çocuk ihmal ve istismarını “18 yaşın altındaki çocuğun, sorumluluk, güven ya da güç ilişkisi içinde olduğu biri tarafından sağlığının, yaşam hakkının, gelişiminin ya da onurunun zedelenmesine sebep olan her türlü fiziksel ve duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal ve diğer istismar türlerini içeren eylemler” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2016).

Çocuk istismarına yazılı tarihin başlangıcından beri rastlanmasına rağmen bu konudaki en ciddi çalışmalar son yüzyılda yapılmaktadır. Tardieu 1860 yılında ilk tanımlamayı yapan kişidir. O tarihlerde çocuklar üzerinde yapılan araştırmalarda ağır işlerde çalıştırılan ocuklarda psikolojik ve fiziksel örselenmelere rastlanmış ve bu çocuklar için” hırpalanmış çocuk sendromu” tanımlanması yapılmış. DeMause ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırma çocukluk tarihinin ihmal edildiğini ve daha geriye gidildiğinde ve batıdan uzaklaştıkça çocuk istismarı olgularının daha çok yaşandığı tespit etmişlerdir.

Kişilik gelişimindeki en önemli belirleyicilerin bireyin bebeklik ve çocukluk dönemi olduğu bilinmektedir. Çocukluk döneminde istismara uğramış bireylerin ileriki dönemlerde birçok olumsuz duyguya sahip olacağı söylenebilir. İstismar olaylarının çocukluk döneminde yaşanması kişinin sağlıklı kişilik gelişimini ve psikopatolojisini önemli ölçüde etkiler. Bu etkiler bireyde ömür boyu devam edebilir.

Türkiye’de istismar mağduru çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar bu çocukların ileriki yaşlarda birden çok istismar şekline maruz kaldıklarının ortaya koymuştur (Taçyıldız, 2013). Çocuk istismarına her yaşta rastlanabildiği gibi ilk istismara uğrama yaş ortalamasına bakıldığında 8-12 yaş döneminin yoğun olduğu (Özen & Şener, 1997) belirtilmiştir.

## 2.1. ÇOCUKLUK DÖNEMİ İSTİSMARININ GRUPLANDIRILMASI

Çocuk istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak 4 temel grupta incelenmektedir.

### 2.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar; 18 yaşından küçük çocuğun veya gencin ebeveynleri veya bakım veren diğer kişiler yada çevresindeki diğer kişiler tarafından sağlığına zarar verecek şekilde fiziksel zarara uğramasıdır. Bir başka ifadeyle “çocuğun kaza dışı yaralanması “olarak tanımlanabilir. Çocuklar sıklıkla kazaya maruz kalırlar. Fakat kazanın çocuğun yaşıyla orantısız oluşu ve anne-babanın gereken tedbirleri yerine getirmeyişi istismar olgusunu düşündürülebilir. Anne-baba daha ok çocuklarına ceza vermek istediklerinde fiziksel istismar davranışında bulunurlar (Kara, 2004).

2006 Yılında Türkiye’de yapılan bir araştırmada fiziksel istismarın görülme sıklığı %24 olarak saptanmıştır. 1991 yılında yapılan bir araştırma bulgularına göre fiziksel istismarın en sık görüldüğü yaş döneminin bebeklik ve okul öncesi dönem olduğu görülmüştür. Bunun sebebi de çocuğun kendisini ifade edememesi ve savunmasız olmasıdır. Fiziksel istismar her ne kadar küçük yaşlarda yaşansa da bireyin üzerinde etkisi uzun süre hatta bi ömür boyu devam edebilir.

Çocuklarda En çok rastlanılan fiziksel istismar şekli dayaktır. Sebebiyse ülkemizde dayağın çocuğun terbiye edilmesinde kullanılan en önemli yöntem olarak uygulanması olduğu düşünülmüştür. Fiziksel istismar çoğunlukla disiplin ve ceza vermek için çocuğa tokat atma ,cimdikleme, yumruklama şeklinde uygulandığı görülebilir. Bunların haricinde kemer, kayış, ütü, sigara, hortum, sıcak su ve sıcak yiyeceklerin de kullanıldığı şiddet içeren fiziksel istismar türleri vardır (Erdener, 2016).

#### **Bazı fiziksel istismar örnekleri;**

- Kemer kayış gibi araçları kullanarak çocuğa vurmaktır.
- Çocuğun yüz bölgesinde yaralanmaya sebep olacak şekilde bir araçla darp etmektir.
- Tırnaklarını geçirmek,

- Bir araç kullanarak bedene vurmak,
- Değişik yöntemler kullanarak yakmak,
- Isırarak zarar vermek,
- Kırık çıkık oluşturacak kadar zarar verme (Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası, 2015).

### **2.1.2. Cinsel İstismar**

“Cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuk veya ergenin, bir veya daha fazla yetişkin tarafından cinsel haz ve ihtiyaçlarını gidermek için güç kullanarak, çocuğun kandırılması veya tehdit yoluyla kullanılması cinsel istismar olarak literatürde yer almaktadır” (Alpaslan, 2014).

Çocukluklar cinsel istismara daha çok aile veya yakın akrabalar tarafından maruz kalmaktadırlar. Çocuğun kan bağı olan kişiler veya bakım verenler tarafından cinsel istismara uğratılması ise ensest olarak adlandırılır (İbiloğlu ve ark., 2018). Bazı koşullar altında gerçekleşen iki çocuk arasındaki cinse ilişki de cinsel istismar olarak değerlendirilir.

“Cinsel istismar farklı şekillerde olabilir:

- a. Temas içermeyen cinsel istismarlar: Cinsel içerikli konuşma, teşhircilik ve röntgenciliktir.
- b. Cinsel dokunma: İstismarcı kurbanı dokunabilir ya da kurbanı kedisine dokunmak için zorlayabilir.
- c. İnterfemoral ilişki (Irza tasatti): Penetrasyonun olmadığı, sürtünmenin olduğu istismar şeklidir.
- d. Cinsel penetrasyon (Irza geçme): Genital ilişki, anal ilişki, objelerle penetrasyon ve parmala penetrasyon şeklinde olabilir.
- e. Cinsel sömürü: Çocuk pornografisi ve çocuk fuhuşunu kapsar.”

Türkiye’de yapılan bir araştırma sonucunda tüm çocukların temas içeren cinsel istismara uğradıkları tespit edilmiştir. Bu istismarın genelde erkek çocuklarda anal sürtünme kız çocuklarda dokunma- okşama ve öpme şeklinde olduğu

bildirilmiştir. İlerleyen yaşla beraber çocukların birden fazla istismar türüne maruz kalmakta ve bunun sonucunda beden bütünlüğünde bozulmalar görülmektedir. Kız çocuklarının yaşlarının artmasıyla beraber vaginal penetrasyon şeklindeki istismara daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır (Çetin ve Altınar, 2019).

#### 2.1.2.1. Epidemiyoloji

Toplumda cinsel istismar genelde saklandığı ve sır olarak kaldığı için istatistiksel veriler gerçeği yansıtmaktan uzaktır. Bu sebepten dolayı cinsel istismar vakalarını tam olarak belirlemekte ve kesin epidemiyolojik verilere ulaşmakta zorluklar yaşanmaktadır (Finkelhor 1993, Gölge ve ark. 2003). Cinsel istismar vakalarının sadece %15'nin adli makamlara bildirilmesinden dolayı ulaşılabilen olgular buz bağının sadece görünen kısmını oluşturmaktadır (Herman 1992, İşeri 2008).

Erkek çocuklarının, kız çocuklara oranla daha küçük yaşta istismara uğradığı, cinsel istismarın genellikle 7-12 yaş arasında gerçekleştiği, bu yaş aralığından sonra da istismar oranlarında önemli bir oranda düşme gözlemlendiği belirlenmiştir (Fisher ve McDonald 1998, Wallace 1999). Türkiye'de istismar ile ilgili yapılan bir çalışmada yetişkinler geriye dönük incelendiğinde çocukluk çağı cinsel istismarı %2.5 oranında saptanmıştır (Akyüz ve ark. 2005).

Dünyada kadınları %20'sinin, erkeklerin ise %5-10'unun çocukluk döneminde cinsel istismara uğradıkları, ortaya çıkan bu olguların da %20-25'inin ensest vakalar olduğu etmesi, Türkiyede ise bu oranlarının, %1.4 ve %1.8 arasında olduğu saptanmıştır (Koten ve ark. 1996, Alikaşifoğlu ve ark. 2006).

#### 2.1.2.2. Risk Faktörleri

Çocukluk çağı cinsel istismarının en önemli risk faktörlerinin parçalanmış aile yapısı, alkol-madde kötüye kullanımı, ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük oluşu, işsizlik, annenin hasta olması veya evi terk etmesi, aile bireylerinin aynı odada yatması, düşük eğitim düzeyi olduğu belirlenmiştir (Johnson 2004, Öztürk ve Demirdağ 2011, Gürhan 2015, Lum ve ark. 2015). Bunun yanında evin şartları mahremiyetin korunmasına uygun olmaması ensestin ortaya çıkmasına ve

tekrarlayan cinsel istismar olgusunun ortaya çıkmasına neden olan bir faktör olduğu belirtilmektedir (Polat 2000, Polat 2006).

Kurumsal yapılarda (resmi ve özel çocuk yuvaları, yatılı okullar ve kurslar, yetiştirme yurtları, çocuk gençlik merkezleri) kalan çocuklarda cinsel istismara uğrama oranları daha fazladır (Topçu 1997, Kurtay ve ark. 2004). Yapılan çalışmalarda engelliliğin kişiyi cinsel istismara karşı daha savunmasız hale getirdiği ve küçük yaştaki çocukların istismar olayını ifade edememesinden dolayı istismar olguları adli birimlere tam olarak yansımamaktadır (Topçu 1997, Aral ve Gürsoy 2001, Navalta ve ark. 2006).

### 2.1.2.3. Çocuk Cinsel İstismarının Çocuğa Etkileri

Bowlby'nin bağlanma teorisi açısından bakıldığında çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış bireylerde dezorganize bağlanma şekillerinin geliştiği gözlenmiştir. Çocuklarda beliren anksiyete ve onun sonucunda gelişen korku dolu davranışların önemli kaynaklarından biri de dezorganize bağlanma şeklidir. Bu dinamiğin kaynağına bakıldığında ise kognitif yıkım ve ilişkilerdeki dengesizlik genellikle disfonksiyonel ailelerde yaşamış çocuklarda gelişir (Demirdağ, 2017).

Çocuk annesi veya bakım veren kişi tarafından olumsuz bir davranışla karşılaştığında negatif tepkiler verir bu süreç devam ederse çocuk ya bu negatif tepkiyi görmezden gelir ya da bağlanma sürecinde anksiyete dolu davranışlar geliştirmeye başlar. İstismar eden patolojik ebeveynlerle yaşanan problemlili bağlanma şekli sonucunda yaşanan travmatize edici anılar çocuğun ruh dünyasına mühürlenir ve ömür boyu etkisini sürdürür. Dezorganize bağlanma şekli gelişen çocuklarda ayrılma bireyleşmede sorunlar yaşanır ve genelde bağımlı kişilik yapıları oluşur (Demirdağ, 2017).

#### 2.1.2.3.1. Dissosiyasyon

Cinsel istismara maruz kalanlarda görülen bir başka patoloji ise dissoiyasyondur. Dissosiasyon yaşanan istismarın oluşturduğu travmaya karşı geliştirilen bir ilkel savunmadır. Bunun sonucunda çocukta uyur gezerlik ve amnezi ortaya çıkabilir. Dissosiasyon başlangıçta çocuğu yaşadığı istismarın olumsuz ezici

duygularından kaçınmasına imkan tanırken ilerleyen dönemlerde ise bilişsel fonksiyonlarında bozulmalara neden olduğu saptanmıştır (Soner ve Aykut, 2017).

#### **2.1.2.3.2. Ruhsal Bozukluklar**

Yaşanan cinsel istismar sonucunda anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, borderline kişilik bozukluğu posttravmatik kişilik bozukluğu gibi psikiyatrik sorunlar oluşabilir. Abramowitz ve arkadaşları istismara maruz kalmış bireylerin stres veren duygu ve düşüncelerden kaçtıkça vücut duyumlarında bu stresin etkilerini daha çok hissettiklerini ileri sürmüştür (Göker ve ark., 2010).

#### **2.1.2.3.3. Kişiler Arası İlişkiler**

Cinsel istismara uğrayan bireylerde kişiler arası ilişkilerde önemli ölçüde sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu kişiler karşılarındaki kişilerce yutulma korkusu duyduklarından yakın ilişkiye giremezler ya da aşırı yakın ilişki ihtiyacı hissettiklerinden fazla beklentiye girip kontrol edici davranışlarda bulunurlar. Bu ilişkiler sağlıklı olduğundan işlevsel değildirler ve yalnızlıkla son bulurlar (Alpaslan, 2014).

#### **2.1.2.3.4. Benlik Saygısı**

Ornstein'in belirttiği gibi erken çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar sonrasında narsisistik kırılmalar ve narsisistik öfke yaşanabilir. Kişi yaşadığı bu zedelenmeden duyduğu öfkeyi onarmak için şiddetli intikam alma duygusu yaşar. Yapılan çalışmalar çocukluk çağı cinsel istismarının bireyin kişilik yapısında önemli sorunlara yol açtığını ortaya çıkarmıştır (Keskin ve Çam, 2005).

#### **2.1.2.3.5. Cinsellik**

Cinsel istismarla birlikte yaşanan cinsel farkındalık çocuğun ertik davranışlar geliştirmesine neden olur. Diğer çocuklarla cinsel içerikli oyunlar oynamaya başlar ve bu oyunlarda ya agresyon sergiler ya da şiddete karşı boyun eğici davranarak şiddet görmeye devam eder. İstismar sonrasında yaşadığı öfkeden dolayı yetişkinlik döneminde kompulsif cinsel davranışlara yönelir (Keskin ve Çam, 2005)).

Literatürde cinsel istismarla ilgili yapılan çalışmalarda kız çocuklarında cinsel istismarın görülme sıklığının erkek çocuklara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır.

Amerika’da yapılan benzer çalışmada da kız çocuklarının cinsel istismara daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür. 18 yaşından evvelki cinsel istismarlar çocukluk çağı cinsel istismarı olarak tanımlanmaktadır. Görülme sıklığının en riskli olduğu dönem 5 ile 12 yaşlar arasındadır (Alpaslan, 2014).

Son yıllarda cinsel istismarla ilgili çalışmalarda artış gözlemlenmektedir. Çocuklarda istismara uğrama oranının yetişkinlere göre daha fazla olduğu düşünülmektedir. Sebep olarak da çok küçük yaştaki çocuğun yaşadıklarını dile getiremesi veya istismarcıdan korktuğu için gizlemesi olabilir. Ayrıca mahkemeye başvurma oranlarının düşük olması yanında istismarcıya verilen ceza oranının da düşük olduğu belirlenmiştir.

### **2.1.3. Duygusal istismar**

Duygusal istismar çocukluk ve ergenlik çağında kişilerin olumsuz yönde etkilenmelerine sebep olan davranışlara maruz kalmaları ve gelişimleri bakımından gerekli olan sevgi ilgi ve alakadan mahrum bırakılmaları durumudur (Goldsmith ve Freyd, 2005).

Duygusal istismar, çocuktan anne-baba ya da çevredeki diğer kişiler tarafından gücünün üzerinde beklentiler talep edilmesi, sözle saldırılması ve çocuğun psikolojik ve sosyal gelişimi üzerin olumsuz etkiler bırakan davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır (Runyan ve ark., 2002; Taner ve Gökler, 2004; Gökler, 2006) Çocuğa kızmama terketme, hakaret içeren sözler söyleme, değersizleştirme , küçük düşürme, hiç korumama veya aşırı koruma, alay etme, duygusal ihtiyaçlarını görmezden gelme, kardeşler arasında ayırım yapma, yaşının üzerinde beklentide bulunma, çocuğun bireyselleşmesine engel olma, gibi çocuğun gelişimini engelleyen davranışların duygusal istismar içerdiği bilinmektedir (Polat, 2007; Runyan ve ark., 2002; Taner ve Gökler, 2004).

Tek başına görüleceği gibi diğer istismar türleriyle de bir arada görülebilen duygusal istismarın toplumda diğer istismar türlerine oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Duygusal istismar etkilerinin gözle görülmemesi nedeniyle farkedilmesi, kanıtlanması ve hukuki yollara başvurma konusunda güçlükler yaşanmaktadır (Kara ve ark., 2004; Runyan ve ark., 2002) Etkisi diğer istismar

türlerinden uzun süren duygusal istismar çocuğun gelişim dönemleri üzerinde değişik olumsuz etkilerin oluşmasına sebep olabilmektedir (Gökler, 2006; Runyan ve ark., 2002; Yavuzer, 2003).Duygusal istismar olarak kabul edilen eylemlerin kişinin içinde bulunduğu toplumun kültürüne ve normlarına göre değişiklik göstereceği bilinmektedir (Erkman, 1999).

Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda depresyon, kaygı, kişilik bozuklukları, duygusal, gelişimsel bozukluklar, yeme bozuklukları diğer istismara uğramayan çocuklara orana daha sık görülmektedir (Yavuzer, 2003; Gökler, 2006; Taner ve Gökler, 2004). Yine Erkman ve Alantar,ın (1988) ergenlerle yaptıkları çalışmada duygusal istismara maruz kalan ergenlerin diğer ergenlere oranla daha fazla depresyon anksiyete,sosyal ilişkilerde zorluklar ve duygusal dalgalanmalar yaşadıkları tespit edilmiştir (Erkman, 1999).

Oluşumu bir çok sorunla ilişkili olan duygusal istismar, etkisinin en az diğer istismarlar kadar olabileceği bilinmektedir. Stoltenborgh ve ark. (2015) yaptıkları bir meta analiz çalışmasında çocukluk çağı cinsel istismarının görülme sıklığının toplumda %36.3 oranında olduğu sonucuna varmışlardır.Bu oranın Türkiyede ise %51 olduğu ortaya çıkmıştır (Korkmazlar-Oral ve ark., 2010).

#### **2.1.4. İhmal**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ihmal, çocuğa bakmakla yükümlü kimsenin çocuğun gelişimi için gerekli ihtiyaçları karşılamaması veya bu ihtiyaçları dikkate almamasıdır.Eğitim, sağlık duygusal gelişim, beslenme, güvenlik, barınma gibi ihtiyaçlar bu kapsamdadır. Ebeveyn veya bakıcının kendi imkanları doğrultusunda çocuğa bu ihtiyaçları sağlamaları gerekir.

İhmalin tanımının fiziksel ve cinsel istismara göre daha soyut olmasından dolayı eğer ölüm ve yaralanma ile sonuçlanmıyorsa görmezden gelme olasılığı çok yüksektir. İhmal ve istismarın çocukta oluşturduğu hasar benzer olmakla beraber aralarındaki en önemli fark, istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olgu olmasıdır (Kara ve ark., 2004; Polat,2001; Uysal ve ark., 2003).

Çocuk ihmali toplumun en önemli sorunlarından biridir. Bundan dolayı çocuğun ihtiyaçlarının devlet tarafından karşılanmaması da ihmal kapsamına girer



(Kara, 2004). Şahin'e göre, 'kavrama genel çerçeve de bakılacak olursa çocukların ana-babaları gibi, onlara bakıp gözetmek ve eğitmekle görevli sorumluluk, güç ve güven ilişkisi içinde oldukları kişiler ya da yabancılar tarafından; bedensel ve/veya da psikolojik sağlıklarına zarar verecek, sosyal gelişmeleri engelleyecek biçimde uygulanan tüm fiziksel, duygusal ya da cinsel tutumları, ihmali kapsar'(Turhan ve ark., 2006).tırnak arası tam alındı.

İhmal fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılır:

#### 2.1.4.1. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmalin en genel tanımı çocuğun ihtiyacı olan beslenme, barınma, güvenlik, giyim, psikolojik ve fiziksel sağlık gibi temel ihtiyaçlarının sağlanamamasıdır. Bunun yanında çocuğun gerekli sağlık hizmetlerinden mahrum bırakılması, öz bakımının yapılmaması, yanında eşlik eden bir yetişkin olmaksızın uzun süre yalnız kalması da fiziksel ihmal olarak nitelendirilir.

- Çocuğun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmaması
- Çocuğun önlenmesi mümkün olan zarar verici durumlardan korunmaması
- Sağlıkla ilgili acil bir durumda gerekli yardımın ve bakımın alınmaması
- Çocuğa eşlik eden bakım verecek kişiler olmadan uzun süre yalnız bırakılması
- Çocuğun gece geç saatlere kadar nerede olduğu ne yaptığının bilinmemesi ve önemsenmemesi
- Çocuğun düzenli ve sağlıklı beslenmesine, temiz ve tertipli giyimine özen gösterilmemesi
- Çocuğun eğitim alma yaşı gelmesine rağmen okula gönderilmemesi
- 18 yaşından önce çalışmak zorunda bırakılması
- Okula gitmede düzenliliğin aksatılması
- Okula gitmediği bilindiği halde gereken müdahalenin yapılmaması

- Çocuğun yeterli eğitim alıp başarılı olması

#### 2.1.4.2. Duygusal İhmal

Yaşamın diğer dönemlerine oranla çocukluk ve ergenlik çağındaki çocuklar ilgi ve sevgiye daha çok ihtiyaç duyarlar. Bu da duygusal yakınlıktır. Çocuğun ilgiden sevgiden mahrum kalması duygusal ihmal olarak nitelendirilir. Ayrıca çocuğun bilişsel gelişimi için gerekenlerin yapılmaması, şiddete uğradığında görmezden gelinmesi alay edilmesi gerektiğinde duygusal yönden güçlendirilmemesi de duygusal ihmal kapsamındadır (Christ ve ark., 2019).

- Çocuğun gelişimi için gerekli olan yeterli ilgi ve şevkati gösterememek
- Çocuğun aile ortamında kavgaya ve şiddete şahit olması
- Çocuğun bağımlılık oluşturacak unsurları kullanmasına izin vermek
- Çocuğu suça yönlendiren davranışları görmezden gelmek veya izin vermek
- Gerektiği zaman çocuğun psikolojik destek almasını geciktirmek veya engel olmak (Christ ve ark., 2019).

Çocuklar fiziksel ihmalin izlerini değişik şekillerde taşırlar. Daha çok gelişimsel sıkıntıları vardır, duygusal anlamda bir uçtan bir uca savrulurlar. Okul hayatında yeterli performans gösteremezler ve ciddi sorunlar yaşarlar. Sinirlilik öfke korku kaygı gibi duyguları fazlasıyla taşıdıkları için uyum problemleri yaşarlar (Berry vd., 2002).

İhmal edilmiş çocuklar utangaç, içe dönük, sıkılgan, özellikle tanımadıklarının yanında korkak olabilirler. Bu çocuklarda ileri yaşlarda madde, alkol, ilaç, uyuşturucu bağımlılığı, suça yönelim, şiddet davranışları, toplumsal uyumsuzluklar sıklıkla görülebilir. İhmalin en belirgin özelliği okul öncesi dönemlerde konuşma geriliğidir (Polat, 2001).

Bernet (2000) ABD’de 1979-1980’de, bir yılda görülen vaka sayısını 44700 olarak bildirmiştir. Ulusal Çocuk İstismar ve İhmal Merkezine göre (National Center

of Child Abuse and Neglect) vakaların %54'ünde ihmal, %22'sinde fiziksel, %8'inde cinsel, %4'ünde de duygusal istismara rastlanmaktadır (Saraçelik ve ark., 2013).

## 2.2. ÇOCUK İHMAL VE İSTİSMARINDAN KORUYUCU ÖNLEMLER

Çocuk istismarı sonucunda meydana gelen ölümlerin %61 kadarının korunma sonucunda önlenemez olduğu saptanmıştır. Korunma önlemlerini üç şekilde ele alabiliriz. Birincil koruma şiddet ortaya çıkmadan önlemeye yönelik alınan tedbirler, ikincil koruma teşhis ve tedavi çalışmaları, üçüncül koruma şiddet görmüş kişinin fiziksel ve ruhsal tedavisini kapsar (Turhan ve ark., 2006).

Birincil korunma daha çok halka yapılacak eğitimleri kapsar. Bu eğitimlerde öncelik cinsel istismarın önlenmesine yönelik çalışmalar, kriz durumlarına karşı sağlık ekibinin eğitilmesi, risk altındaki kişilerin korunması, şiddetin önlenmesine stres yönetimine yönelik çalışmalardır (Bildik, 2002; Keskin ve Çam, 2005).

İkincil önlemede ise daha çok cinsel istismara uğramış hastaya ilk yapılan girişimleri kapsar (Keskin ve Çam, 2005). Bu dönemde çocukla kurulan iletişimde çocuğu yargılamadan tanımladığı utanç, suçluluk gibi duyguların üzerinde durulmalı ve çocuğa istismarın sorumlusu olmadığı ifade edilmelidir.

Üçüncül önleme çalışmaları istismara uğrayan çocuğun fiziksel ve ruhsal zararlarının hafifletilmesine ve tedavi edilmesine yönelik çalışmalardır. Bu çalışmalar aynı zamanda istismar edenin de tedavi ve rehabilite edilmesini gerektirmelidir (Bildik, 2002; Turhan ve ark., 2006).

### 2.2.1. Mahremiyet

Mahremiyet kişinin özel hayatında istediği gibi düşünebilme, yalnız başına kalabilme diğer insanlarla nasıl ilişki kuracağına dair karar verme toplumda hareket ederken kendi sınırlarını ve haklarını bilmeyi ifade eder (Yüksel, 2003).

#### 2.2.1.1. Mahremiyet Eğitimi

Mahremiyet eğitimi, çocuğun yaşadığı toplumda kendisi ve çevresiyle sağlıklı ilişkiler kurabilmesi, kendine özel alan oluşturabilmesi, kendinin ve diğer insanların haklarını bilmesi onlara saygı duyması aynı zamanda cinsel bilgileri de kapsayan eğitimidir (Bozgun ve Pekdoğan, 2018).

Mahremiyet eğitimi cinsel eğitimden daha fazla alanı kapsar. Cinsel eğitimin cinsel roller, kişiler arası ilişkiler, sevgi, aşk, beden farkındalığı, sağlıklı üreme gibi konulardan oluşur (Akçan, 2016; Diler, 2014; Taşçı, 2010). Mahremiyet eğitimi cinsel eğitimin yanısıra çocuğun yaşadığı toplumda kendisinin ve diğer bireylerin sınırlarını bilmesi sağlıklı alanlar oluşturup bu alanları koruması konularından oluşur (Akçan, 2016; Diler, 2014).

Mahremiyet eğitimi cinsel konularla ilgili davranışların üzerinde durarak bu davranışların neden sınırlandırılması gerektiğini açıklamaya çalışır. Bu eğitim kişinin duygularının eğitimi olmasının yanısıra kendisine istemediği bir şeyi yaptırmak isteyenlere karşı duygusal olarak hayır diyebilme yetisi olarak tanımlanabilir (Diler, 2014).

Mahremiyet eğitimi kişinin sorumluluk bilinci almasına önem veren vicdani gelişimine ve kişiler arası ilişkilerde problemlerin önlenmesine katkı sağlayan kişisel alanları belirleyen aynı zamanda cinsel eğitimi de içinde barındıran bir eğitimidir (Çankırlı, 2011; Diler, 2014; Tarhan, 2012a; Yavuzer ve diğerleri, 2010). Bu eğitim tamamen çocuğun kişiliğiyle ilgili bir eğitimidir. Mahremiyet eğitiminde amaç çocuğun duygu ve davranışlarını denetlemekte ziyade onlara kendi duygu ve davranışlarını denetleyebilme becerisini verebilmektir (Güneş, 2015).

Mahremiyet eğitimi bilişsel ve duyuşsal olmak üzere ikiye ayrılır. Bilişsel yönüyle birey toplumsal ilişkilerini sosyal becerilerini ve iletişim gibi alanlarını bilişle organize etmektedir. Mahremiyetin duyuşsal yönüyle birey duygu ve tutumlarını yönetmeyi öğrenir. Kişi duyuşsal olarak öğrenmeye istekli olması sonucunda daha etkili bir öğrenme gerçekleştirebilir (Bacanlı, 2004; Tarhan, 2021a).

Mahremiyet eğitiminde en büyük görev ailelere ve öğretmenlere düşmektedir. Bu konuda öncelik çocukların bilinçli bireyler olmaları ve konuyla ilgili doğru bilgiler alıp o bilgiler doğrultusunda davranışlarda bulunmalarını sağlamaktır. Aile bireylerinin ve öğretmenlerin çocuklara örnek olacak şekilde mahremiyet açısından doğru ve düzgün davranışlarda bulunmaları gerekmektedir. Önce taklit olarak başlayan davranışlar daha sonra isteyerek yapılan davranışlar olarak devam edecektir (Tarhan, 2012a).

Anne baba çocuğa her konuda olduğu gibi mahremiyet konusunda da açıklayıcı, aydınlatıcı, mantıklı cevaplar vermelidir. Mahremiyet eğitimi sayesinde çocuklar kendi özel alanlarını ve başkalarının özel alanların bilirler bunun sonucunda hem kendi özel alanlarına karşı saygı beklemeyi hem de başkalarının özel alanlarına saygılı göstermeyi öğrenirler (Çakır, 2015).

T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde 17-18 Temmuz 2017’de gerçekleştirilen Mahremiyet Eğitimi Çalıştay’ında bu dönemin çok önemli olduğuna vurgu yapılmış “3-6 yaş döneminde, çocuğa sorumluluk duygusu kazandırarak, planlama ve tercihte bulunma olanakları sunularak öz güvenin geliştirilmesine yönelik gerçekleştirilmesi gerektiği” belirtilmiştir. Mahremiyet Eğitimi Raporunda, mahremiyet kavramının tanımı ve bu eğitimlerin içeriği, çocuklara ve ailelere mahremiyetle ilgili bilgi verilmesi, istismara uğramış çocuklarla iletişimin gerçekleştirilmesi ve çocukla etkileşim halinde bulunan kurum ve kişilere yönelik öneriler ele alınmıştır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), 2017).

#### 2.2.1.2. Mahremiyet Eğitiminin Verilme Zamanı

Mahremiyet eğitimi sayesinde de çocuğun kişilik gelişimi olumlu yönde şekillendirilebilir. İçinde bulunduğu toplumun kültürüne dini inancının ve pedagojinin gereklerine uygun şekilde yetişen çocukta sağlıklı bir mahremiyet bilinci oluşmaya başlar. Çocuğun mahremiyet duygusunun gelişmesinde önemli aktörler anne baba ve öğretmendir. Mahremiyet duygusu bu kişiler tarafından çocuğun gelişim basamaklarına uygun şekilde ve zamanında verilmelidir. Yetkili kişiler tarafından bu eğitimin uygulamaya başlama yaşı eğitim öncesi dönemler olduğu bildirilmiştir (ASPB, 2017; Çakır, 2015).

Çocuğun kişilik gelişimiyle eş zamanlı olan mahremiyet eğitiminde tuvalet eğitiminin kritik bir dönem olduğu belirtilmiştir. Tuvalet eğitimiyle beraber çocuk bedensel ihtiyaçlarının farkına varır ve kontrol etmeyi öğrenmeye başlar (Çalışır, 2011; Yılmaz-Bolat, 2015). Çocukta gelişmeye başlayan mahremiyet algısı içinde yaşadığı ailenin ve toplumun özelliklerine göre oluşur. Bu algı 4 yaşından sonra çocuğun etrafındaki yetişkinlere yönelmesiyle gelişmeye başlar ve öğrenme isteği artarak devam eder (Yılmaz-Bolat, 2015).

### 2.2.1.3. Mahremiyet Eğitiminin Temel İlkeleri

**Özel alan tanımlama;** Çocuğun kendini koruyabilmesi için gerekli olan özel alanın tanımlanması sağlanmalıdır. Bu özel bölgelere anne baba ve doktorun dışında kimsenin dokunamayacağı bilgisi verilmelidir (Akçan 2016; Güneş, 2016).

**“İzin verirsem kabul edilirsin” bilinci;** ”İzin verirsem kabul edilirsin “bilinciyle çocuk bedenim bana ait ve bedenim hakkında söz sahibiyim bilgisini öğrenir (Güneş, 2016).Okul öncesi döneme kadar çocuğa tuvalet, yatak odaları,banyo gibi özel alanlara izin almadan girmemesi gerektiği öğretilmelidir(Akcan, 2016; Çakır, 2015; Güneş, 2016).

**Bedenim bana ait bilinci;** Doğduğu andan itibaren çocuğa bedeninin kendisine ait olduğu bilinci verilmelidir. Bunu kazanamamış çocuk kolaylıkla istismara uğrayabilir.(Güneş, 2016).

**Tuvalet ve Banyoda mahremiyet bilinci;** Çocuğun tuvalet alışkanlığı kazanması mahremiyet eğitiminin en önemli unsurlarından biridir.Çocuk 3-4 yaşlarına geldiğinde kendi tuvalet temizliğini yapar hale gelmelidir (Güneş, 2016).

**Yatak ve yatak odalarının ayrılması bilinci;** Uyurken, giyinirken, giyinip soyunurken, temizlenirken aynı odayı paylaşmak özel alan ihlali olabilir (Akcan, 2016).

**Odalara girerken özel izin alınması;** Çocuklara başkalarının odalarına girerken izin alınmasının gerektiği öğretilmelidir (Duran, 2018). Aynı zamanda diğerlerinin de çocuğun odasına izin isteyerek girmeleri çocuğun özel alanına saygı duyulduğunu ifade etmesi açısından önemli bir davranıştır (Çankırlı, 2015).

**Giyim konularına dikkat edilmesi:** Çocuğa 3-4 yaşından sonra kendi başına giyinip soyunması ve giyinirken yalnız olması gerektiği öğretilmelidir Mahremiyet eğitimi açısından anne- baba çocuğun yanında giyecekleri kıyafetlere dikkat etmelidirler (Çakır, 2015).

### **3. ÇOCUKLUK DÖNEMİ CİNSEL İSTİSMARI VE YEME BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİ**

YB ile ÇÇT'nin bütün çeşitler (Dansky ve ark. 2000; Johnson ve ark. 2002) ve devam edegelen travmatik yaşantılar (Leonard ve ark. 2003) arasında ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bazı araştıma bulgularında ÇÇT türlerinin yeme bozuklukları üzerinde önemli belirleyici olduğu saptanmıştır (Kent ve ark. 1999). ÇÇT cinsel istismarının YB ile spesifik bir ilişkisinin olmadığı bunun yanında cinsel istismar, diğer ihmal ve istismar türlerinin YB ile ilişkili olduğu görülmüştür. Zayıflık bulimia ve vucut memnuniyetsizliğinin en önemli yordayıcısının ÇÇT olduğu tespit edilmiştir (Brewerton 2007).

Kong ve Bernstein'in (2009) araştırma bulgularına göre cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmalin yeme bozuklukları üzerinde önemli belirleyiciler olduğu saptanmıştır. Çocukluk çağı istismarlarının etken olduğu yeme bozukluklarına depresyonun da eşlik ettiği bilinmektedir.

Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalan bireylerin ileriki dönemlerde hissettikleri utanç duygusundan dolayı yeme patolojisi geliştirebileceğini bildiren çalışmalar vardır (Andrews, 1995). Yine diğer bir araştırma sonucuna göre çocukluk çağında maruz kalınan istismarların birden fazla patolojinin oluşmasına sebep olduğu ve bunun da yeme bozukluğunun ortaya çıkmasına zemin oluşturduğunu açıklamışlardır (Wonderlich ve ark., 1997).

Kong ve Bernstein'in (2009) araştırmasında duygusal istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarı yeme bozuklukları üzerinde önemli etkileri olduğunu rapor etmişlerdir. Molendijk ve arkadaşları (2017) çocukluk dönemi travması geiren kişilerde yeme bozukluğu görülme sıklığının diğer bireylere oranla daha fazla olduğu sonucuna varmışlardır.

## SONUÇ

Sonuç olarak yapılan çalışmalar çocukluk dönemi cinsel istismarı ile yeme bozuklukları arasında yakın bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu sebepten dolayı yeme bozuklukları alanında çalışma yapan klinisyenlerin tedavi aşamasında çocukluk çağı istismarlarını dikkate almaları gerekmektedir.

Çocuğun geliştirdiği olumlu olumsuz davranışların temeli okulda ve aile içinde atılır. Aile ve toplumda düzeni sağlamak ve istismarı oluşmadan önlemek için düzenli aralıklı eğitim programları düzenlenmelidir. Öğretmenlere cinsel istismar ve yeme bozuklukları hakkında detaylı eğitimler vererek sınıflarındaki öğrenciler arasında bu gibi sorunlar yaşayanların erkenden tespit edilmesi faydalı olacaktır.

Çocuğa yönelik istismarların uzun vadede psikopatolojilere sebep olacağı yapılan birçok araştırma sonucunda çocukluk dönemi travmasına neden olacağı bilinmektedir. Bu sebeple istismar nedeni ile sağlık kuruluşlarına başvuran çocukların uzun vadede yeme düzenlerinin incelenmesi koruyucu sağlık çalışmaları kapsamında faydalı olacaktır. Ülkemizde gittikçe artış gösteren yeme bozuklukları bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeli ve ülke genelinde gereken tedbirler alınmalıdır.

Cinsel istismar her dönemde ve yaşta karşımıza çıkma ihtimali olan travmatik bir olgudur. Bu olaydan hem istismara uğrayanlar hem de toplum etkilenmektedir. Cinsel istismarın oluşmadan önlenmesi adına buna sebebiyet veren durumların araştırılıp aile, çocuk, okul ve çevrede bunu önlemeye yönelik araştırmaların ve çalışmaların yapılması gerekmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı olan Aile Danışma Merkezlerinde cinsel istismara uğramanın daha yoğun olduğu sosyo ekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde ücretsiz eğitimler verilmeli, farkındalık yaratılmalı ve yetersiz yaşam koşullarına olumlu müdahalelerde bulunulmalıdır.

Cinsel istismara uğrayan çocuklar koruma altına alınıp tıbbi tedavi ve rehabilitasyon sürecine alınmalıdırlar. Yine istismarın önlenmesine yönelik Ulusal Eylem Planı oluşturmanın gerekli olacağı düşünülmektedir.



Çocukluk çağında travmanın etkileri araştırılmalı ve ardından psikoterapi süreci başlatılması gerekli olabilir. Klinisyenler yeme bozuklukları ile tedavilerinde çocukluk çağı fiziksel istismarı ve cinsel istismarının rolünü dikkate almalıdırlar. Yeme bozukluklarında tam bir iyileşme sağlanabilmesi için çocukluk çağı cinsel istismarının çalışılması önem arz etmektedir.

## KAYNAKÇA

- Alpaslan, A. H. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar . Kocatepe Tıp Dergisi, 15 (2) , 194-201 .
- Akyüz G, Şar V, Kuğu N, Doğan O (2005) Reported childhood trauma, attempted suicide and self mutilative behavior among women in general population. Eur Psychiatry, 20:268-273.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı DSM 5 (Çev. ed: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği. Ankara. 2014.
- ARAS, Ş., ÜNLÜ, G., VAROL-TAŞ, F.: 2007 “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler”, Klinik Psikiyatri, 10, s.28-37
- ALLISON Kelly C. and STUNKARD Albert J., “Obesity and Eating Disorders”, Psychiatric Clinics of North America, 2005, 28(1), 55-67.
- Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. Current Psychiatry Reports, 17(6), 1-10.
- Brandys, M. K., Slof-Op't Landt, M. C., van Elburg, A. A., Ophoff, R., Verduijn, W., Meulenbelt, I., ..., & Adan, R. A. (2012). Anorexia nervosa and the Val158Met polymorphism of the COMT gene: meta-analysis and new data. Psychiatric genetics, 22(3), 130-136.
- Bordo, S. (2020). Anorexia Nervosa: Psychopathologie as the Crystallization of Culture. In Unbearable Weight (pp. 139-164). Berkeley: University of California Press.
- BOZAN Nuray, Hollanda Yeme Davranışları (DEBQ) Anketinin Türk Üniversite Öğrencilerinde Geçerlik Ve Güvenirliğinin Sınanması, Bağıkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, Ankara, 2009, s. 3 (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Bozgun, K. & Pekdoğan, S. (2018). Öğretmenlerin Çocuk İhmali ve İstismarı Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7 (2), 433-443.
- Button, E. J., ve Warren, R. L. (2002). Self -image in anorexia nervosa after initial presentation to a specialized eating disorders service. European Eating Disorders Review, 10(6), 399-412.

- Chen, E. Y., McCloskey, M. S., Michelson, S., Gordon, K. H., & Coccaro, E. (2011). Characterizing eating disorders in a personality disorders sample. *Psychiatry research*, 185(3), 427-432.
- Christ C, de Waal MM, Dekker JJM, van Kuijk I, van Schaik DJF, Kikkert MJ, et al. (2019) Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1–16.
- Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders—a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164.
- Çetin, K. & Altınır, H. (2019). Cinsel İstismara Uğramış Çocukların Sosyodemografik Değerlendirilmesi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Ereğli Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1 (2), 135-147.
- Demirdağ, Muhammet Fatih. "Bağlanma Teorisi'nin Kökenleri: John Bowlby ve Mary Ainsworth". *Düzce Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi* 1 / 2 (Kasım 2017): 76-90.
- Demirdöğen, E. (2015). 12-18 Yaş aralığındaki ergenlerde tıknırcasına yeme bozukluğu ile ayrılma-birleşme süreci arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- DEMİRKAPI Esra ğahin, Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme ve Kimlik Gelişimine Etkisi ve Bunların Psikopatolojiler ile İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Aydın, 2013, ss. 1-6 (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- DÖNMEZ Nilay, Tip I Diabetes Mellitus"lu Bireylerde Yeme Davranışı Bozuklukları ve Etkileyen Etmenleri Saptamaya Yönelik Bir Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyetetik programı, Ankara, 2005, s. 20 (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Erol, A., Yazıcı, F., Boyacıoğlu, G., Erol, S., ve Kaptanoğlu, C. (2000a). Anoreksiya nervozada kişilerarası şemalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 23-28.
- Erol, A., Toprak, G. & Yazıcı, F. (2002). Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(1),48-57.

- Fairburn C.G., Cooper Z, Doll H.A, Welch SL (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. Archives of General Psychiatry, 56, 468-476.
- 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, casecontrol study. Archives of General Psychiatry, 55(5), 425-432.
- Fairburn, C.G., ve Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. The Lancet, 361, 407-416
- Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. NY: The Guilford Press.
- Friestad, C., ve Rise, J. (2004). A longitudinal study of the relationship between body image, self-esteem and dieting among 15 European Eating Disorders Review, 12(4), 247-255.
- Gervasini, G., Gordillo, I., García-Herráiz, A., Flores, I., Jiménez, M., Monge, M., & Carrillo, J. A. (2013). Influence of dopamine polymorphisms on the risk for anorexia nervosa and associated psychopathological features. Journal of clinical psychopharmacology, 33(4), 551-555
- Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A. S., & Badawi, G. (2012). Childhood emotional abuse and eating symptoms in bulimic disorders: An examination of possible mediating variables. International Journal of Eating Disorders, 45(3), 326-332.
- Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. L., & Warren, M. P. (1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. Developmental Psychology, 30, 823-834.
- Goldsmith, R. E., & Freyd, J. J. (2005). Awareness for Emotional Abuse. Journal of Emotional Abuse, 5(1), 95-123.
- Göker, Z., Aktepe, E., Hesapçioğlu, S. T., & Kandil, S. (2010). Cinsel istismar mağduru olan çocukların başvuru şekilleri, klinik ve sosyodemografik özellikleri. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 17(4), 15-21.
- GÜLER Nurhan vd., “Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler”, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2002, 24(3), 128-134.
- GÜRDAL Ayça, “Yeme Bozuklukları ve Tedavisi”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 1999, 9(1), 21-27.
- Gürdal, K. A. (2008). Yeme Bozuklukları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Etkinlikleri Sempozyumu Dizisi, 63, 81-83.

- Gürcan, Nilsu. (2019). Üniversitedeki Kız Öğrencilerin Yeme Tutumlarının Yaşam Doyumu ve Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi, Aydın İnsan ve Toplum Dergisi.
- Haudek, C., Rorty, M. & Henker, B. (1999). The role of ethnicity and parental bonding in the eating and weight concerns of Asian-American on caucasian collage women. *The International Journal of Eating Disorders*, 25(4), 425-433.
- Hilbert, A. (2019). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics*, 42(1), 33-43.
- Holland, L. A., Bodell, L. P., & Keel, P. K. (2013). Psychological Factors Predict Eating Disorder Onset and Maintenance at 10-year Follow-up. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 405-410
- Hoek, H., & Hoeken, V. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34 (4), 383-386.
- Okan İbiloğlu A., Atlı A., Oto R., Özkan M. Çocukluk Çağı Cinsel İstismar ve Ensest Olgularına Çok Yönlü Bakış. pgy. 2018; 10(1): 84-98.
- Jinbo He, Fang Huang, Jinjin Yan, Wen Wu, Zhihui Cai & Xitao Fan (2018) Prevalence, demographic correlates, and association with psychological distress of night eating syndrome among Chinese college students, *Psychology, Health & Medicine*, 23:5, 578-584
- KARA Bülent vd., "Çocuk Gıstismarı", *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2004, 47(2), 140-151
- KERİMOĞLU Efser ve CEYHUN Birsen, "Anoreksiya Nervoza ve Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar", *Psikoloji Dergisi*, 1986, Cil: 5, Sayı: 20, 39-46.
- Keskin, G. & Çam, O. (2005). Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Bakış Açısı ve Hemşirelik Yaklaşımı Gülseren Keskin. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 21 (2), 191-208.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Guenther, V., & Bieble W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1127-1131.
- Keel, P. K. & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433-439
- Kjelsas, E., Bjornstrom, C., & Göttestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviors*, 5, 13-25.

- Klump, K.L., Miller, K.B., Keel, P.K., McGue, M., & Iacono, W.G. (2001). Genetic and environmental influences on anorexia nervosa syndromes in a population-based twin sample. *Psychological Medicine*, 31, 737–740
- KONTBAY Esra, Yeme Tutum ve Davranışları Ğle Anne-Babaya Bağlanma ve Mükemmeliyetçilik Arasındaki Ğlişkiler, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Trabzon, 2010, s. 8 (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Kreipe R.E., & Birndorf D.O. (2001). Eating disorders in adolescents and young adults. *Medical Clinics of North America*, 84(4), 1027–1049
- Kuğu, N., Akyüz, G., Doğan, O., ‘‘The Prevalence of Eating Disorders among University Students and the Relationship with Some Individual Characteristics’’, Australian 141 ERSAN, E., İZGİÇ, F.: 2006 and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, s.129–135.
- Kuruoğlu, A.Ç. (2000). Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10, 32-37.
- Levine, M. P., Smolak, L., & Hayden, H. (1994). The relation of socio-cultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls. *The Journal of Early Adolescence*, 4, 471-490
- Maner, F. (2001). Yeme bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 130-139.
- Morgan, J. (2008). Binge eating: ADHD, borderline personality disorder, and obesity. *Psychiatry*, 7(4), 188-190.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 571-578.
- Robinson, P., Barrett, B., Bateman, A., Hakeem, A., Hellier, J., Lemonsky, F., Rutterford, C., Schmidt, U., & Fonagy, P. (2014). Study protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *BMC psychiatry*, 14(1), 51.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J. S., Taylor, E. A., & Thapar, A. (2011). *Rutter’s child and adolescent psychiatry*. John Wiley & Sons.
- Salbach-Andrae H, Lenz K, Simmendinger N, Klinkowski N, Lehmkuhl U, Pfeiffer E: *Psychiatric comorbidities among female adolescents with anorexia nervosa*. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008;39:261–272

- Sansone, R. A., Fine, M. A., Seufferer, S., & Bovenzi, J. (1989). The prevalence of borderline personality symptomatology among women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 45(4), 603-610.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2004). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7-21.
- Sevinçer, G. M., Konuk, N., Bozkurt, S., & Coşkun, H. (2016). Food addiction and the outcome of bariatric surgery at 1-year: Prospective observational study. *Psychiatry research*, 244, 159–164.
- Smink, F. R. E., Hoeken, D.V., Oldehinkel, A. J., & Hoek, H. W. (2014). Prevalence and Severity of DSM-5 Eating Disorders in a Community Cohort of Adolescents. *The International Journal of Eating Disorders*, 47,610-619.
- Soner, S. & Aykut, S. (2017). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Temelinde Sosyal Bir Sorun: Ensest ve Sosyal Hizmet. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1 (2), 129-141.
- Stephen A. Wonderlich Ph.D,William J. Swift M.D.,Henry B. Slotnick Ph.D.,Shirley Goodman R.N., M.S. DSM-III-R personality disorders in eating-disorder subtypes.
- Toker, D. E., & Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E., & Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 589-620.
- TAYLAN Melike Buse, Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Programı, İstanbul, 2016, s. 5 (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Tylka, T. L., ve Subich, L. M. (2004). Examining a multidimensional model of eating disorder symptomatology among college women. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 314.
- Van Strien T, Rookus MA, Bergers GP, Frijters JE, Defares PB. Life events, emotional eating and change in body mass index. *Int J Obes* 1986; 10:29-35.
- Ulaş B.,Uncu F.,Üner S. (2013). Sağlık yüksek okul öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2, 15-22.
- UZUN, Ö., GÜLEÇ, N., ÖZŞAHİN, A., DORUK, A., ÖZDEMİR, B., ÇALIŞKAN, U.: 2006 “Screening Disordered Eating Attitudes and Eating

Disorders in a Sample of Turkish Female College Students’’,  
Comprehensive Psychiatry, 47, s.123– 126.

ÜNAL Şeniz, Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Geri Alımının, Gece Yeme, Duygusal Yeme, Yeme Endişesi, Depresyon ve Demografik Özellikler Tarafından Yordanması, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2016, ss. 49-50 (Yayınlanmamış Doktora Tezi).

Vince, E. P., ve Walker, I. (2008). A set of meta-analytic studies on the factors associated with Disordered Eating. The Internet Journal of Mental Health, 5(1).

Vitousek, K., Watson, S., ve Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. Clinical Psychology Review, 18(4), 391–420.

Yücel, B. (2009). Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol: yeme bozuklukları. Klinik Gelişim Dergisi, 22, 39-44

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

YEŞİLBURSA, D., İMRE, H.H., TÜRKCAN, S., UYGUR, N.: 1992 “Lise Öğrencilerinde Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza”, Nöropsikiyatri Arşivi, 29/3, s.138-144.

Yurtsever, S. S. (2014). Erken dönem uyumsuz şemalar, algılanan ebeveynlik biçimleri ve duygu düzenlemenin yeme tutumu üzerindeki etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.

YÜCEL B., POLAT, A., İKİZ, T., PİRİM-DÜŞGÖR, B., YAVUZ, A.E., SERTELBK, H.Ö.: 2011 “The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents’’, European Eating Disorders Review, 19, s.509-511.

Yaykırın Altınel, Şeyma. (2018). Kadınlarda yeme bozuklukları belirtilerinin algılanan ebeveynlik biçimleri, duygu düzenleme güçlüğü, psikolojik iyi oluş ve yeme tutumları ile ilişkileri. *Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*

Wonderlich, S. A., Rosenfeldt, S., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Engel, S. G., Smyth, J., & Miltenberger, R. (2007). The effects of childhood trauma on daily mood lability and comorbid psychopathology in bulimia nervosa. Journal of Traumatic Stress, 20(1), 77–87.