

Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler*

Dr. Atila EROL¹, Dr. Gülser TOPRAK², Dr. Fadime YAZICI³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, yeme bozuklukları gelişiminde etkili kabul edilen değişkenlerden altısının [aile işlevselliği, benlik saygısı, obsesif-kompulsif belirtiler, depresif belirtiler, kontrol odağı ve Beden Kitle İndeksi (BKİ)] yeme bozukluğu belirtileri şiddetini ve genel psikolojik belirtileri düzeyini ne kadar yordadıklarını karşılaştırmayı ve bu değişkenlerin birbirleriyle ilişkilerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Üniversite öğrencisi 292 kadın denek, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Yeme Tutum Testi (YTT), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Rotter'in İç Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİDKÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)'ni doldurdu. Birinci regresyon analizinde bağımsız değişken olarak ADÖ, RBSÖ'nin benlik saygısı altölçeği, SCL-90-R obsesyon altölçeği, BDÖ toplam puanı, RİDKÖ ve BKİ ve bağımlı değişken olarak YTT toplam puanı alındı. İkinci analizde bağımlı değişken olarak SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi (GBD) ile aynı bağımsız değişkenler analize sokuldu.

Bulgular: Birinci regresyon analizinde, YTT toplam puanını en iyi yordayan değişken obsesif-kompulsif belirtiler altölçeği, ikinci değişken ise BKİ idi. Genel belirtileri düzeyini en iyi yordayan değişken obsesif-kompulsif belirtiler ve ikincisi benlik saygısı idi.

Sonuç: Yeme bozukluğu belirtilerini en iyi yordayan değişken obsesif-kompulsif belirtiler, ikincisi ise BKİ idi. Aile işlevselliği ve kontrol odağı değişkenlerinin yeme patolojisi ile ilişkisi anlamlı değildi. Aile işlevselliği ile genel psikopatoloji arasında anlamlı ilişki bulundu.

Anahtar Sözcükler: Yeme bozukluğu, benlik saygısı, aile, obsesif-kompulsif, kontrol odağı, depresyon, beden kitle indeksi

SUMMARY: Predicting Factors of Eating Disorders and General Psychological Symptoms in Female College Students

Objective: To compare and determine the relative effects of six of the variables (family functioning, self-esteem, obsessive-compulsive symptoms, depressive symptoms, locus of control and Body Mass Index-BMI) related to the etiology of eating disorders in predicting eating disorder symptoms and the general symptom index.

Method: Two hundred and ninety-two female college students completed the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Family Assessment Device (FAD), the Eating Attitude Test (EAT), the Symptom Check List (SCL-90-R), Rotter's Internal-External Locus of Control Scale (RIELCS), and the Beck Depression Inventory (BDI). Multiple regression analysis was employed, and scores of the obsessive-compulsive subscale of SCL-90-R, BMI, RSES, FAD, BDI and RIELCS were used as predictors of EAT total scores. The second multiple regression analysis was employed with the same independent variables as predictors of the General Symptom Index (GSI) of SCL-90-R.

Results: Obsessive-compulsive symptoms were the best predictor of the total score of EAT, and the second was the BMI scores. Depressive symptoms and self-esteem scores were significantly correlated with EAT scores but these variables were not chosen for inclusion in the regression equation. There was a strong relation between scores on BMI and scores on EAT. BMI scores were correlated nonsignificantly with the scores of the other variables. RIELCS and FAD scores were not significantly correlated with EAT scores. Obsessive-compulsive symptoms were also the best predictor of GSI of SCL-90-R and the second best predictor was the RSES. FAD was significantly correlated with SCL-90-R GSI scores, depression and obsessive compulsive scores.

Conclusion: It appears that obsessive-compulsive symptoms were the best predictor of pathologic eating behavior. BMI was the second predictor of EAT scores. Locus of control and family functioning were not correlated with eating pathology. Family functioning scores were significantly correlated with the GSI scores, and depressive and obsessive-compulsive symptoms. Obsessive-compulsive symptoms were also the best predictor of the GSI scores.

Key Words: Eating disorder, self-esteem, family, obsessive-compulsive, locus of control, depression, body mass index

*36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya 2000'de poster bildirisi olarak sunulmuştur.

¹Doç., Osmangazi Ü. Tıp Fak., Psikiyatri Anabilim Dalı. ²Öğr. Gör. Psk. Anadolu Ü. Eğitim Fakültesi, ³Uzm., Eskişehir SSK Bölge Hastanesi, Psikiyatri Kl., Eskişehir.

GİRİŞ

Yeme bozukluklarının gelişimi çok etkenli (aile işlevselliği, ailede yeme bozukluğu öyküsü, düşük benlik saygısı, duygudurum bozuklukları, madde kötüye kullanımı, obezite, kilo ve yemek uğraşları, Obsesif-Kompulsif Bozukluk-OKB, kötü olaylara maruz kalma öyküsü, cinselliğin kabulü ve ergenlik problemleri.. gibi) yaklaşımlarla açıklanmaktadır (Fairburn ve ark. 1999). Yeme bozukluklarında yordayıcı faktörleri ele alan çalışmalarda daha çok yeme davranışı, hastalık süresi, ek tanı durumları ve demografik özelliklerin yordayıcı etkileri araştırılmıştır. Son dönemde kişinin psikolojik ve kişilik özelliklerinin yordayıcı olarak ele alındığı ve bu değişkenlerin daha önemli oldukları belirtilmiştir (Ham ve ark. 1998). Bu çalışmada söz konusu etkenler arasında sayılan kontrol odağı, benlik saygısı, obsesif-kompulsif (OK) özellikler, aile işlevselliği, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve depresif belirtiler ele alınacaktır.

Bruch (1994), anoreksiya nervoza (AN) 11 hastalarda üç psikolojik bozukluk tanımlamıştır. Bunlar; a) beden imgesi bozukluğu; b) bedenden gelen duyuları doğru algılama ve yorumlamada bozukluk; c) tüm düşünce ve etkinliklerde kendini gösteren felç edici bir yetersizlik duygusudur. Bruch bu yetersizlik duygusunu AN'nın çekirdek psikopatolojisi olarak kabul etmiştir. Çuhadaroğlu (1997) ise bu hastaların sadece başkalarından gelen isteklere yanıt verdiklerini, bir şeyi kendi istedikleri için yapmadıklarını bildirmiştir. Kendi iç standartlarına güvenemeyen bu çocuklar dış kılavuzlara (ebeveynleri gibi) yönelirler. Daima ebeveynlerini mutlu edecek şeyleri yapmaya çalışırlar, bu nedenle anorektiklere "model/ideal çocuk" da denir; ancak bu çocukların kendilerine olan güvenleri gelişmemiştir. Kendi davranışlarını, ihtiyaçlarını, dürtülerini ve hatta bedenlerini yönetmedikleri ve kendi çekim merkezlerinin olmadığı duygularını yaşarlar. Ergenlik yaklaştığında özerklik geliştirme gerekliliğinin baskısını hissederler ama yapamadıklarını da farkederek. Çaresizlik duygularını yenmek için beden ağırlığı, biçimi ve yeme davranışları üzerinde aşırı bir denetim sağlamaya çalışırlar. Bunu başaranlarda AN, başaramayanlarda ise dalgali bir seyir gösteren (binge-purge) tikanırcasına yeme nöbetleri ve uygunsuz telafi davranışları yani bulimiya nervoza (BN) gelişmektedir (Comer 1992).

Bruch'un (1994) kuramını test etmek için kontrol odağı ölçümleri kullanılmıştır ve kuram uyarınca yeme bozukluğu olan hastaların dış kontrol odağı inancında olmaları beklenmiştir. Ancak sonuçlar çelişkilidir. Dış kontrol odağı inancının anorektik hastalarda değişmeyen karakteristik bir bulgu olmadığı bildirilmiştir (Hood ve ark. 1982). Strober (1982) ise anorektik ergenlerin depresyon ve davranım bozukluğu olanlara göre daha çok iç-kontrol inancını taşıdıklarını saptamıştır. Diğer taraftan düşük ağırlıklı bulimik kadınların kısıtlı tip anorektik hastalara ve obezilere göre daha çok dış kontrol odağı inancında oldukları belirlenmiştir (Shisslak ve ark. 1990). Williams ve arkadaşları (1990) ise yeme bozukluğu olan hastaların dış kontrol odağı inancında olduklarını ve düşmanlıkları kendilerine yönelttiklerini bildirmişlerdir. Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak düşük benlik saygısı kontrol odağına göre daha güçlü bulunmuştur (Erol ve ark. 2000a).

Düşük benlik saygısı yeme patolojileri için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Button 1990, Ledoux ve ark. 1991, Wertheim ve ark. 1992). Silverstone (1992) düşük benlik saygısının yeme bozukluklarında sık karşılaşılan bir belirti olduğunu ve bu belirtinin hem AN hem de BN'da görüldüğünü belirtmiştir. Silverstone (1992) kronik düşük benlik saygısının yeme bozukluğu gelişiminde bir öngereklilik olduğunu ve yeme bozuklukları etiyolojisinde geçerli olan birçok faktörün ortak nihai yolu olduğunu öne sürmüştür. Silverstone bu temelde yeme bozukluğunu kronik düşük benlik saygısının bir belirtisi olarak değerlendirmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda bu varsayımı destekleyen bulgular saptanmıştır. Örneğin Williams ve arkadaşları (1993) sağlıklı kontrollere göre yeme bozukluğu olanlarda benlik saygısının daha düşük olduğunu, Button ve arkadaşları (1996) ise düşük benlik saygısının yeme bozuklukları için büyük risk oluşturduğunu belirtmişlerdir. Yeme bozukluklarında saptanan düşük benlik saygısının depresyondan bağımsız olduğu bildirilmiştir (Silverstone 1990). Bizim çalışmamızda anorektik hastaların ve kontrollerin yeme bozukluğu belirtilerini yordamada düşük benlik saygısı aile işlevselliğinden daha güçlü bulunmuştur (Erol ve ark. 2000b).

Toplumsal değerlerin en önemli ileticisi olarak ailenin AN gelişiminde ve devamında kritik

TABLO 1. Değişkenlerin Ortalama ve Standart Sapmaları.

Değişken	N	Ort	SS
Yaş	292	19,48	1,42
Kilo (kg)	276	55,01	6,50
Boy (cm)	279	164,12	5,64
YTT	292	14,07	8,59
BKİ (kg/m2)	273	20,47	2,16
Eğitim yılı	292	12,22	0,5
RBSÖ	290	1,09	1,22
RIDKOÖ	290	14,48	50,50
BDO	288	11,34	9,19
SCL-OK	287	1,59	0,64
SCLGBD	278	1,29	0,60
ADÖPRÇ	289	2,24	0,66
ADÖİLT	283	2,12	0,59
ADÖROL	288	2,07	0,53
ADÖDTV	288	2,10	0,71
ADÖGIG	288	2,04	0,50
ADÖDVK	288	2,03	0,51
ADÖGNF	285	1,94	0,70
GBD-(OK)	278	1,25	0,61
GBD-(OK+DEP)	280	1,21	0,59
BOYM2(mxm)	279	2,69	0,18

ADÖPRÇ: Problem çözme; ADÖİLT: İletişim; ADÖROL: Roller;
 ADÖDTV: Duygusal tepki verebilme
 ADÖGIG: Gereken ilgiyi gösterme; ADÖDVK: Davranış kontrolü;
 ADÖGNF: Genel işlevler;
 RBSÖ: Benlik saygısı; YTT: YTT toplam puanı; SCLOKB: SCL-90-R Obsesif-Kompulsif belirti altölçeği
 SCLGBD: SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi; RIDKOÖ: Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği
 BDO: Beck Depresyon Ölçeği; BKİ: Beden Kitle İndeksi

bir rolü olduğu düşünülmüştür. Aile sistemi kuramcıları, her üyenin birbiri ile ilişkili olduğunu; sistemin işleyişinin görünmeyen kurallarla yürütüldüğünü ve belli bir denge veya homeostazisi sağladığını savunurlar (Harding ve Lachenmeyer 1986). Sistem kuramcılarına göre aile işleyiş patolojisinin semptomu anorektik aile üyesidir. Bu yaklaşıma göre AN aile bağlamı içinde anlaşılabilir ve tedavi edilebilir. Kuramsal “normal aile” modeli ile anorektik ailede gözlenen patolojiler kıyaslanıp anorektik aile tiplmesi yapılmıştır. Aşırı korumacı, aşırı ilgili, kuralcı, sert, çatışmadan kaçınan aileler tanımlanmış; ebeveynler arasındaki tartışmalara tanık olma, anne baskınlığı, ebeveyn nevrozu, ailede gizli ittifakların olması, ebeveynlerin başarı odaklı olmaları (Vandereycken 1987; Harding ve Lachenmeyer 1986). Üzerinde durulmuştur. Aile terapisi birçok merkezde farklı yaklaşımlarla uygulanmaktadır. AN’lı kişinin ailesinde sözkonusu kuramların belirttiği özelliklerin varlığını ve AN’lı kişiye etkisini göstermiş ampirik araştırmalar azdır (Harding ve

Lachenmeyer 1986). Vandereycken’e (1987) göre ise bunlar daha çok kişisel inançlara dayanmaktadır ve araştırma desteğine ihtiyaç vardır. Kısaca, anorektik hastanın aile patolojisinin tanımı ve hastalığa etkisi konusu araştırmalarla belirlenmiş değildir ve tartışmalar sürmektedir.

AN’da stereopitik rijidite, ritüeller, mükemmeliyetçilik ve titizlik tanımlanmış; OK davranışların yaygın olduğu vurgulanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994). Yeme bozukluğu ile OK belirtilerin ilişkisinden birçok yazar söz etmiştir. Örneğin Hsu ve ark. (1993); Kaye ve arkadaşları (2000); Rothenberg (1986). Tedavi sonucu iyileşmiş anorektik hastalarda OK belirtilerin sürdüğü gösterilmiş ve bu belirtilerin hastalığın patogeneze katkısının olabileceği belirtilmiştir (Srinivasagam ve ark. 1995). BN tanılı hastalarda da iyileştikten sonra OK belirtilerin sürdüğü gösterilmiştir (Ranson ve ark. 1999). Üniversite öğrencisi genç kadınlarda yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı olarak beş değişkenin karşılaştırıldığı çalışmada OK belirtilerin en güçlü yordayıcı olduğu saptanmıştır (Fairburn ve ark. 1999). Rothenberg (1986) sosyal etkenlerin psikiyatrik belirtileri etkilediğini ve bu bağlamda eskiden temizlik-enfeksiyon temalı OKB tablosunun günümüzde karşımıza diyet, kilo ve beden biçimi kontrolü temalı yeme bozuklukları olarak çıktığını ileri sürmüştür. Günümüzde, özellikle batı kültüründe kadın güzelliği (ince beden yapısı) konusunda sosyal baskı ve uygulamalar (aerobik, fitness, jogging) abartılı düzeydedir. Rothenberg (1986) bu hastalarda görülen yiyeceklerle ilgili obsesyonel düşüncelerin, kontrol etme ihtiyacının, yeme/çıkarma örüntüsündeki yap-boz savunma mekanizmasının ve diğerleriyle ilişkilerde reaksiyon formasyon savunma mekanizmalarının hastalığın OK doğasını destekleyen veriler olduğunu öne sürmüştür.

Depresyon ile yeme bozuklukları ilişkisi tartışmalı bir konudur. Çeşitli çalışmalarda AN tablosuna depresyonun öncülük ettiği (Wamboldt ve ark. 1987), AN’nın atipik bir depresyon olduğu (Katz 1986), açlığın depresyon benzeri tabloya yol açtığı (Altshuler ve Weiner 1985), devam eden yeme bozukluğuna sekonder depresyon olduğu (Laessle ve ark. 1987) ve yeme bozukluğunun çoğunlukla depresyon olmadan görüldüğü (Silverstone 1990) gibi farklı düşünceler öne sürülmüştür. Aile ve eşlik eden hastalık çalışmaları yeme bozuklukları ile duygudurum bozuklukları

TABLO 2. Değişkenlerin Korelasyonları.

	YTT	SCL OKB	SCL GBD	RID KOÖ	RBSÖ	BDÖ	ADÖ DTV	ADÖ DVK	ADÖ GIG	ADÖ GNF	ADÖ ILT	ADÖ PRÇ	ADÖ ROL
YTT	1,000	,193*	,190**	-,040	,131*	,142*	,007	,012	,020	-,018	,014	-,071	-,011
SCLOKB	,193**	1,000	,828**	,033	,318**	,471**	,258**	,184**	,196**	,222**	,247**	,183**	,239**
SCLGBD	,190**	,828**	1,000	,005	,453**	,466**	,244**	,167**	,165**	,178**	,203**	,143*	,256**
RIDKOÖ	-,040	,033	,005	1,000	,053	,046	,015	,008	,003	,101	,140*	,136	,069
RBSÖ	,131*	,318**	,453**	,053	1,000	,384**	,196**	,073	,125*	,160**	,148*	,146*	,184**
BDÖ	,142*	,471**	,466**	,046	,384**	1,000	,265**	,093	,180**	,198**	,203**	,140*	,253**
ADÖDTV	,007	,258**	,244**	,015	,196**	,265**	1,000	,553**	,505**	,767**	,703**	,597**	,668**
ADÖDVK	,012	,184**	,167**	,008	,073	,093	,553**	1,000	,593**	,691**	,604**	,456**	,729**
ADÖGIG	,020	,196**	,165**	,003	,125*	,180**	,505**	,593**	1,000	,670**	,530**	,305**	,673**
ADÖGNF	-,018	,222**	,178**	,101	,160**	,198**	,767**	,691**	,670**	1,000	,790**	,679**	,808**
ADÖILT	,014	,247**	,203**	,140*	,148*	,203**	,703**	,604**	,530**	,790**	1,000	,656**	,672**
ADÖPRÇ	-,071	,183**	,143*	,136*	,146*	,140*	,597**	,456**	,305**	,679**	,656**	1,000	,557**
ADÖROL	-,011	,239**	,256**	,069	,184**	,253**	,668**	,729**	,673**	,808**	,672**	,557**	1,000
BKİ	,186**	,087	,112	-,039	,040	,081	-,034	-,018	-,039	,035	,068	,013	,054

ADÖPRÇ: Problem çözme; ADÖILT: İletişim; ADÖROL: Roller; ADÖDTV: Duygusal tepki verebilme

ADÖGIG: Gereken ilgiyi gösterme; ADÖDVK: Davranış kontrolü; ADÖGNF: Genel işlevler;

RBSÖ: Benlik saygısı; YTT: YTT toplam puanı; SCLOKB: SCL-90-R Obsesif-Kompulsif belirti altölçeği

SCLGBD: SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi; RIDKOÖ: Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BKİ: Beden Kitle İndeksi

arasında yakın ilişki olduğunu göstermektedir (Devlin ve Walsh 1989). Aynı yazarlar depresyon ve yeme bozukluğunun altta yatan aynı psikopatolojinin farklı görünimleri olabileceğini de öne sürmüşlerdir.

Yeme bozukluklarının birçok etken tarafından belirlendiği konusunda uzlaşma olmakla birlikte çok az çalışmada bu değişkenler aynı anda ele alınarak karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada klinik olmayan örneklemde (üniversite öğrencileri) risk faktörü olduğu varsayılan bu etkenlerin (kontrol odağı, benlik saygısı, aile işlevselliği, OK özellikler, BKİ ve depresif belirtiler) yeme bozukluğu belirtilerini yordayıcı etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İkinci amacımız bu etkenlerin genel psikopatoloji ile ilişkisini belirlemektir. Çok değişkenin ele alınması değişkenlerin kendi aralarındaki ilişkilerin ve göreceli etkilerinin incelenmesine olanak sağlayacaktır.

YÖNTEM

Denekler: Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi birinci ve ikinci sınıf (1999-2000 öğrenim yılı) öğrencisi 292 kadın denek çalışmaya katıldı. Deneklerin yaş ortalaması 19,48; SS=1,4 (n=292); eğitim yılı ortalaması 12,22; SS= 0,5 (n=292); kilo ortalaması 55,01; SS= 6,5 (n=276);

BKİ (kg/m²) ortalaması 20,47; SS=2,16 (n=273); boy ortalaması 1,64; SS=0,056 (n= 279) olarak saptandı (Tablo 1). Denek sayıları bildirim bağı eksiklikler nedeniyle değişiklik göstermektedir.

Ölçekler

Yeme Tutum Testi (YTT): YTT AN'lı hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumları olduğu kadar normal bireylerde varolan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ölçmektedir. YTT'nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir tarama aracı olduğu düşünülmektedir. Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir. Toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Yani YTT klinik düzeyde "hasta" kabul edilebilecek bireyleri saptayabileceği gibi, kişinin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunun da bir göstergesi olabilmektedir. Likert tipi altı basamaklı yanıt formu doldurulmaktadır ve kırk madde içermektedir. YTT nin Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır.

Belirti Tarama listesi (Symptom Check List) SCL-90-R: (Derogatis 1977, Dağ 1991) Belirti Tarama Listesi kendini değerlendirme türü bir psikiyatrik belirti tarama aracıdır. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesiyle 9

TABLO 3. YTT: Toplam Puanı Bağımlı Değişken Olarak Regresyon Analizi Sonuçları.

Aşama	Yordayıcı değişken.	R	R2	Yord. St. hatası	F değişikliği	P değişikliği	Beta	t
1.	SCL,OKB	0,224	0,050	8,59	12,96**	0,000	0,224	3,60
2.	SCL-OKB, BKİ	0,265	0,070	8,52	5,27*	0,022	0,210 0,142	3,39 2,29

**p<0,01; *p<0,05

SCL-OKB: SCL-90-R obsesif kompulsif belirtiler altölçeği.

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ): (Rosenberg 1965) (Çuhadaroğlu 1986) Altmış üç maddeden oluşan ölçeğin 12 altölçeği vardır. Bu altölçekler içinde on maddeden oluşan birinci altölçek benlik saygısını ölçer. Bu çalışmada benlik saygısı altölçeği kullanıldı.

Rotter'in İç-Dış Kontrol Odağı Ölçeği (RİD-KOÖ): (Rotter 1966) kontrol odağı, kişinin yaşam olaylarıyla başa çıkma tarzını tanımlayan bir kişilik özelliği olarak tanımlanmaktadır. Bir bakıma kişinin referans kaynaklarını belirlemektedir. Bireylerin genellenmiş kontrol beklentilerinin içsellik-dışsallık boyutu üzerindeki konumu; pekiştiricilerin bireyin kendi içindeki ya da dışındaki güçlerin (şans ya da kader) kontrolünde olduğuna dair sahip olduğu genel beklenti ya da inancı ölçmektedir. 29 maddeden oluşan, kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Dağ (1991) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): (Beck 1961) Deneklerin depresif düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tegin (1980), Hisli (1988, 1989) tarafından yapılmıştır.

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ): (Epstein ve ark. 1983) (Bulut 1990) Aile işlevlerinin yapısal ve örgütsel niteliklerini, aile içi ilişki ve etkileşimleri sağlıklı/sağlıksız olarak belirlemeyi amaçlar. Toplam 60 maddeden oluşan ölçeğin 7 altölçeği vardır: 1. Problem çözme (ADÖPRÇ), 2. İletişim (ADÖİLT), 3. Roller (ADÖROL), 4. Duygusal tepki verebilme (ADÖDTV), 5. Gereken ilgiyi gösterme (ADÖGİG), 6. Davranış kontrolü (ADÖDVK), 7. Genel işlevler (ADÖGNF).

Kişisel bilgi formu: Hastaların sosyodemografik verileri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, doğum yeri, medeni durumu, daha önce psikiyatrik yardım alıp almadığı), boy (cm) ve ağırlık bilgilerini belirlemek üzere hazırlanmış kişisel bilgi formu verildi.

İşlem: Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi birinci ve ikinci sınıf öğrencilerinden dersliklerde toplu olarak kişisel bilgi formu, YTT, RİDKOÖ, RBSÖ, BDÖ ve SCL-90-R'ı aynı sırayla doldurmaları istendi.

BKİ hesaplanması: Bilgi formuyla elde edilen cm cinsinden boy bilgileri önce metreye çevrildi (cm/100) ve bu değer karesi alındı (m²). Ağırlık (kilo), m² ile bölündü (kg/m²).

İstatistiksel analizler: Yordayıcı olarak sözkonusu kuramlarda etkili olduğu varsayılan değişkenlerin yeme bozukluğu belirtilerini ve SCL-90-R Genel Belirti Düzeyini (GBD) (Global Symptom Index) yordama gücünü belirlemek için çoklu regresyon analizi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Pearson momentler çarpımı korelasyon tekniği kullanıldı. Araştırma verileri "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS for Windows 7.5.1) programı ile değerlendirildi.

BULGULAR

Değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları Tablo 1'de sunulmuştur.

Değişkenlerin birbiriyle ilişkilerini gösteren korelasyonlar matrisi Tablo 2'de sunulmuştur. YTT toplam puanı ile SCL-90-R OK belirti altölçeği (r= 0,193; p= 0,001); SCL-90-R GBD ile (r= 0,190; p= 0,001); RBSÖ benlik saygısı altölçeği (r= 0,131; p= 0,026); BDÖ toplam puanı (r= 0,142; p= 0,016) ve BKİ (r=0,186; p= 0,002) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

TABLO 4a. SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi Puanı Bağımlı Değişken Olarak Regresyon Analizi Sonuçları.

Aşama	Yordayıcı değişken.	R	R ²	Yord. St. hatası	F değışikliği	P değışikliği	Beta	t
1.	SCL-OKB	0,844	0,712	0,331	589,586**	0,000	0,844	24,281
2.	SCL-OKB, RBSÖ	0,862	0,743	0,313	28,603**	0,000	0,77; 0,138	22,74; 5,34

**p<0,01; *p<0,05

SCL-OKB: SCL-90-R obsesif kompulsif belirtiler altölçeği.

RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.

Çoklu regresyon analizi sonuçları: Bağımsız değişken olarak RİDKOÖ, RBSÖ nin benlik saygısı altölçeği, SCL-90-R'in OK belirti alt ölçeği, ADÖ alt ölçekleri, BDÖ toplam puanı ve BKİ, bağımlı değişken olarak da YTT toplam puanı alınarak çoklu regresyon analizi yapıldı. Değişken seçimi aşamalı (stepwise) yöntemle, $p=0,05$ ve $p=0,1$ ölçütleriyle belirlendi. Bağımsız değişkenler içinde SCL-90-R'in OK belirti ölçeği puanları yeme bozukluğu belirti şiddetini yordamada en önemli katkıda bulunan değişkendi. İkinci güçlü değişken olarak da BKİ saptandı. SCL-90-R OK belirti altölçeği YTT toplam puanlarıyla ilişkili toplam varyansın %5,0'ini, BKİ ile birlikte %7,0'ni açıklıyordu, (Tablo 2). Analiz eksiksiz veri toplanabilen 248 kişi üzerinde yapıldı. Ancak eksik veri yerine ortalama değerler konularak 292 denek üzerinde yapılan analizlerde elde edilen sonuçlar da aynı idi.

Aynı bağımsız değişkenlere bağımlı değişken olarak SCL-90-R'in GBD puanları alınarak çoklu regresyon analizi uygulandı. Bağımsız değişkenler içinde yine SCL-90-R OK belirti altölçeği puanları genel belirti şiddetini yordamada en önemli katkıda bulunan değişkendi. İkinci sırada RBSÖ benlik saygısı altölçeği yer aldı. OK belirtiler GBD puanlarıyla ilişkili toplam varyansın %71,2'ni; RBSÖ ile birlikte %74,3'nü açıklıyordu (Tablo 4a). Bu yaklaşımın sakıncası OK belirti altölçeği puanlarını içeren GBD ile OK altölçeği puanlarının yüksek korelasyon gösterme olasılığıdır. Bu yüzden OK altölçeği (10 madde) çıkarılarak hesaplanan GBD ile aynı değişkenlerle işlem tekrarlandı. Değişkenlerde ve sıralamada değişiklik olmadı (Tablo 4b). Bağımsız değişkenler içinde BDÖ toplam puanları olduğu ve GBD puanı depresyon altölçeği puanlarını da içerdiği için, GBD depresyon altölçeği (13 madde) de çıkarılarak hesaplandı ve regresyon analizi tekrar-

landı. Değişkenlerde ve sıralamada değişiklik olmadı (Tablo 4c).

TARTIŞMA

Yeme bozukluğu belirtileri ile OK belirtiler arasında güçlü bir ilişki saptandı. Yeme bozukluğu belirtilerinin en güçlü yordayıcısı OK belirtiler, ikinci yordayıcı olarak da BKİ bulundu. GBD'ni yordayan en güçlü değişken yine OK belirtiler, ikinci değişken de benlik saygısı puanlarıydı.

Birçok değişkenin ele alındığı başka bir çalışmada (Fairburn ve ark. 1999) mükemmeliyetçilik ve olumsuz kendilik-değerlendirmesinin hem AN hem de BN için öncül olduğu bildirilmiştir. Srinivasagam ve arkadaşları (1995) kilo kaybı giderilmiş ve bu açıdan uzun süredir iyilik durumunda olan kadınlarda tertip-düzen, simetri obsesyonlarının sürdüğünü göstermişlerdir. Bu özelliklerin kilo kaybı ile şiddetlendiği fakat süreklilik gösterme eğiliminde oldukları belirtilmiştir. Bu bağlamda, yeme bozukluklarının teması kilo ve beden biçimi olan modern OK sendrom olduğu öne sürülmüştür (Rothenberg 1986). AN ve BN'lı hastalarda yüksek sıklıkta OKB saptanmıştır ve bu birliktelik yeme bozukluğunun şiddeti ile ilişkilendirilmiştir (Thiel ve ark. 1995). Bizim bulgularımız bu ilişkinin varlığını üniversite öğrencisi kadınlarda da göstermektedir. Diğer yandan başka çalışmalarda yeme bozukluklarının OKB un alt tipi olduğu görüşü desteklenmemiştir (Fahy 1991). OKB'lu hastalarda AN öyküsü %11 oranında saptanmış ve bu hastaların OK belirtilerinin de erken başlangıçlı olduğu saptanmıştır. Her iki tablonun da erken başlangıçlı olması ve iki sendromun birlikteliği ortak yatkınlık etkenlerini paylaştıkları yönünde değerlendirilmiştir (Fahy ve ark. 1993). Başka bir çalışmada ise yeme bozukluğu şiddeti ile depresyonun ilişkisi

TABLO 4b: SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi (-OKB Altölçeği Çıkarılarak) Puanı Bağımlı Değişken Olarak Regresyon Analizi Sonuçları.

Aşama	Yordayıcı değişken.	R	R2	Yord. St. hatası	F değişikliği	P değişikliği	Beta	t
1.	SCL-OKB	0,803	0,645	0,372	435,171	0,000	0,762	20,861
2.	SCL-OKB, RBSÖ	0,827	0,684	0,352	28,603	0,000	0,692 0,104	18,697 5,348

OKB'dan daha güçlü olduğu saptanmıştır (Speranza ve ark. 1999). Kısaca, OKB ile yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin doğası henüz aydınlatılmış değildir.

Regresyon analizinde dışlanan değişkenler arasında YTT toplam puanı ile istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gösteren değişkenler; benlik saygısı ve depresif belirti düzeyi idi. YTT toplam puanı ile aile işlevselliği ve iç-dış kontrol odağı arasında anlamlı korelasyon saptanmadı.

Aile işlevselliği yeme tutum testi puanlarıyla istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki göstermemiş ve regresyon analizinde dışlanmıştır. Bu bulgu klinik örneklemle yaptığımız çalışmanın sonuçları ile uyumludur (Erol ve ark. 2000b).

SCL-90-R GBD ile aynı işlemler tekrarlandığında, YTT ile korele olmayan aile işlevselliğindeki bozulma belirtilerinin SCL-90-R GBD ile anlamlı korelasyon gösterdiği saptanmıştır. BKİ, YTT dışında hem diğer yordayıcılarla hem de GBD ile korelasyon göstermemiştir. YTT ile ilişkili olduğu bildirilen veya olması beklenen değişkenler yeme patolojisi dışındaki belirtilerle yüksek korelasyon göstermiştir. Korelasyon matrisinde de görülebileceği gibi aile işlevselliği ile önemli başka bir bilgi ortaya çıkmıştır. Aile işlevselliği puanları YTT puanları ile ilişkili değildir; fakat diğer psikopatoloji değişkenleriyle, yani SCL-90-R GBD, OK ve depresif belirtilerle yüksek korelasyon göstermektedir. Bu ilişkiler örüntüsünü şöyle yorumlamak mümkündür: Aile işlevselliğindeki bozulma genel psikopatoloji ile ilişkilidir fakat yeme davranış patolojisi ile ilişkili değildir. Eğer GBD ni analize sokmamış olsaydık aile işlevselliğinin GBD ile gösterdiği ilişkiyi belirleyemeyecektik. Aynı şekilde BKİ nin GBD ile ilişkili olmadığını da gösteremeyecektik.

Oysa aile sistemi kuramı bunun aksini; yani yeme bozukluğunun, patolojik bireyin aile işlevselliğindeki bozulmanın semptomu olduğunu iddia etmektedir. Çalışmamızda aynı anda birçok

değişkenin ele alınmasının avantajı ile değişkenlerin kendi aralarındaki ve GBD ile ilişkilerini inceleme olanağı ortaya çıkmıştır. Yeme bozukluklarını kuramsal düzeyde açıkladığı varsayılan aile işlevselliği kuramını destekleyen en büyük bulgu bu hastaların aile işlevselliğindeki bozulmadır (Humphrey 1989). Yeme bozuklukları ile yapılan (Vandereyken 1987) çalışmalarda aile işlevselliği sağlıklı kontrol gruplarına göre daha bozulmuş görünmektedir. Fakat bu iki önemli değişken arasındaki ilişkinin doğası üzerine fazla çalışma yapılmamıştır. Vandereyken (1987) bu düşüncüyü destekleyen ampirik araştırma yapmadığını bildirmektedir. Grupların karşılaştırılmasında saptanan bu farkın neye bağlı olduğunu yorumlama aşamasında doğrudan yeme bozuklukları (tanı) ile ilişkilendirilmiştir. İlişkilerin belirtiler düzeyinde incelendiği çalışmamızda aile işlevselliğinin GBD ile ilişkili bulunması grup karşılaştırmalarında bulunan farklılığın doğru yorumlanmasında yardımcı olabilecek bir bulgudur. Aile işlevselliğindeki bozulmanın yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkili olmadığını ve yeme bozukluğu belirtileri dışındaki diğer psikolojik belirtilerle ilişkili olduğunu göstermesi açısından önemli bir bilgi olduğunu düşünmekteyiz.

Benlik saygısı YTT puanlarıyla anlamlı korelasyon göstermişti; fakat regresyon analizinde dışlanmıştır. Benlik saygısı, OK, depresif belirtiler ve GBD ile daha yüksek korelasyon göstermiştir. İkinci analizde benlik saygısı genel belirti düzeyini yordayan değişkenler arasında ikinci olmuştur. OK belirtilerin ele alınmadığı başka bir çalışmada (Canals ve ark. 1996) düşük benlik saygısı ve yüksek anksiyete düzeyi YTT puanlarını en iyi yordayan değişkenler olarak saptanmıştır. YTT puanlarını yordayıcı olarak benlik saygısı aile işlevselliğinden daha güçlü bulunmuştur (Erol ve ark. 2000b). Bu çalışmanın sonuçları da sözedilen çalışmalarla uyumludur. Aynı şekilde depresif belirti puanları da YTT ile korele olduğu halde analiz dışında kalan değişken olmuştur. Depresyon yeme bozukluğu ilişkisini

TABLO 4c: SCL-90-R Genel Belirti Düzeyi (-OKB ve Depresyon Altölçekleri Çıkarılarak) Puanı Bağımlı Değişken Olarak Regresyon Analizi Sonuçları.

Aşama	Yordayıcı değişken.	R	R2	Yord. St. hatası	F değişikliği	P değişikliği	Beta	t
1.	SCL-OKB	0,789	0,623	0,376	395,848	0,000	0,789	19,896
2.	SCL-OKB, RBSÖ	0,807	0,651	0,362	19,693	0,000	0,725; 0,181	17,737; 4,483

destekleyen birçok araştırma vardır; fakat bu ilişkinin doğası henüz açıklanmamıştır. Bizim sonuçlarımız da bu yöndedir. Araştırma desenimiz bu ilişkinin doğasına ilişkin bilgi vermemektedir.

BKİ, ICD-10'da (Dünya Sağlık Örgütü 1992) AN için tanı ölçütüdür; çünkü AN da belirgin kilo kaybı önemli bir fiziksel bulgudur. DSM-IV'de bu bulgu, paralel ölçüt "olması gereken kilonun %85'inin altında bir vücut ağırlığında olma" ile ele alınmıştır. BKİ'nin 17,5 veya altında olması veya belirgin kilo kaybı, tanı sistemlerinde AN için tanı ölçütüdür; fakat BN için değildir. BKİ, YB içinde sadece AN için tanı ölçütüdür. Ayrıca, BKİ nin belli bir değerin üstünde olması obezite için tanı ölçütüdür. BN'da yeme patolojisine rağmen çoğunlukla normal kilo korunmaktadır, bu nedenle BKİ ile ilgili ölçüt BN için yoktur. Örneklemimiz AN'lı örneklemden oluşmadığı için üniversite örneklemine kadınlarda (özellikle risk grubu olan gençlerde) BKİ ile YTT puanları arasında ilişki aranması ve saptanması AN'nın BKİ ölçütü bağlamında değerlendirilemez. Bu ilişki AN için belirlenen BKİ'nin belli bir değerin altında olma durumu ile ilgili değildir, çünkü BKİ ile YTT puanı arasındaki korelasyon pozitif değerlidir. Ölçüt olan BKİ $\leq 17,5$ ile ilişkili olsaydı korelasyon değerinin negatif olması gerekirdi. AN için konan bu ölçütün anlamı "AN'da BKİ düşer, yeme patolojisi artar veya AN'da yeme patolojisinde artışla birlikte BKİ'nde de azalma olur". Sadece AN'lı vakaların alındığı bir çalışmada bu yönde bir sonuç beklenir, oysa burada elde edilen pozitif korelasyon AN tanısı için gerekli olan belli bir kilo kaybı olduğunun doğrulanması demek olan bu ölçütün tersi bir ilişkiyi göstermektedir. Üniversite örnekleminden elde edilmiş verilerden elde edilen sonuçlarımız ise, "BKİ arttıkça yeme davranış patolojisi de artmaktadır" veya "yeme patolojisi artar, BKİ de artar" şeklinde yorumlanabilir.

BKİ, analize YTT puanlarını yordayan ikinci

değişken olarak girmiştir. Sadece kadın deneklerin alındığı çalışmamızda BKİ anlamlı korelasyon göstermiş ve analize dahil olmuştur. Diğer önemli bulgu BKİ'nin diğer psikolojik belirti değişkenleriyle (SCL-90-R GBD dahil) anlamlı korelasyon göstermemesidir. Kadınlarda kilo kaygısı-uğraşları ile yeme davranışı arasındaki yakın ilişkiyi göstermesi açısından bu bulgunun önemli olduğunu düşünmekteyiz. Yeme bozuklukları gelişimini açıklayan kuramlar sosyo-kültürel etkenleri de içermektedir. Kadın haklarında büyük gelişmelere karşın cinsiyetlerin toplumsal varoluşlarının tanımlanmasında büyük değişiklik olmadığı, toplumsal varoluşun tanımlanmasında kadın için "güzellik", erkek için ise "akıl ve güç" daha önemli olduğu görülmektedir (Comer 1982). Modern toplumda kadının değerinin daima genç, ince, çekici kalmasına bağlı olduğu vurgulanmaktadır (Garner 1993). Günümüzde bu toplumsal baskı medya kanalıyla daha da artmıştır. BKİ'nin kadınlarda sadece YTT puanlarıyla ilişkili olması bu düşünceleri desteklemektedir. Örneklemün üniversite öğrencisi genç kadınlardan oluşmasının bu etkinin görülmesini kolaylaştırdığı düşüncesindeyiz. BKİ ile diğer değişkenler (YTT hariç) arasında anlamlı bir ilişki saptanmaması bu yorumları desteklemektedir.

Kontrol odağı inancı ile hem yeme davranışı hem de diğer psikopatoloji değişkenleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Yeme bozukluklarında etiyoloji ile ilişkilendirilmiş olan bu değişkenlerin YTT ile gösterdikleri korelasyonun gücü ve regresyon analizinde açıkladıkları varyanslar düşüktür. Oysa GBD ile daha güçlü korelasyon göstermişler ve daha yüksek bir varyans açıklamışlardır. Kanımızca, varyansın düşüklüğü verilerin klinik örneklemde değil, üniversite örnekleminden alınmış olmasına bağlı olabilir. Bu görüşü destekleyen bulgu daha önce klinik örneklemle yaptığımız çalışmada (Erol ve ark. 2000). YTT'ni yordayan değiş-

kenlerin daha yüksek oranda varyansı (%54,8) açıklamış olmasıdır. Bulgularımızın başka çalışmalarla tekrarlanması gerekmektedir. YB belirtileri ile diğer psikolojik belirtiler arasındaki ilişkilerin hem klinik, hem de toplum örnekleminde ayrıntılı ele alınması, incelenmesi gerekmektedir. Aynı anda ele alındığında birçok değişken arasında sıralama ve eleme yapılabileceği düşüncesindedir.

Çalışmamızın önemli eksikliklerinden biri, ölçeklerin uygulanışında deneklere aynı sırayla verilmesi veya “öncelik-sonralık”, “sıra” etkisinin kontrol edilmemiş olmasıdır. Bunun sonuçlara etkisi bilinmemektedir. Kişisel bilgi formunda deneklerin bildirdikleri şekilde ele alınan boy/kilo bilgilerinin ölçümle kesinleştirilmemiş olması,

deneklerin beyanına dayalı olması diğer bir eksikliktir. Bu konuda yapılacak çalışmalarda boy/kilo bilgilerinin nesnel ölçümlerle belirlenmesi bildirimle ilgili sorunların anlaşılmasını sağlayacaktır.

SONUÇ

Kadınlarda yeme bozukluğu belirtilerini en iyi yordayan değişkenler OK belirtiler ile BKİ’dir. Depresif belirtiler ve benlik saygısı ile yeme bozukluğu belirtileri arasında ilişki bulunmasına rağmen bu değişkenlerin yordama gücü anlamlı değildi. Aile işlevselliği ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki elde edilememesine karşın aile işlevselliği ile genel psikopatoloji arasında güçlü bir ilişki saptandı.

KAYNAKLAR

Altshuler KZ, Weiner MF (1985) Anorexia and depression: a dissenting view. *Am J Psychiatry*, 142:328-332.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994 s:541;543-458.

Beck AT (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.

Bruch Hilde (1994) Conversations with anorexics (A compassionate and hopeful journey through the therapeutic process) Edited by Danita Czyzewski and Melanie A. Shur. Jason Aronson Inc. Northvale, New Jersey London s: 4-5.

Bulut I (1990) Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) El Kitabı. Ankara Özgüneş Matbaası.

Button B (1990) Self-esteem in girls aged 11-12: Baseline findings from planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Adolescence*, 13:407-13.

Button EJ, Sonuga-Barke EJ, Davies J ve ark. (1996) A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: questionnaire findings. *Br J Clin Psychol*, 35:193-203.

Canals J, Carbajo G, Fernyandez J ve ark. (1996) Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence*, 31 (122): 443-50.

Comer, Roland J (1992) *Abnormal Psychology*. W.H: Freeman and Company: New York, s. 412-414.

Çuhadaroğlu F (1986) *Adolesanlarda benlik saygısı*. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü, Ankara.

Çuhadaroğlu F (1997) Ergenlik döneminde beslenme ve yeme bozuklukları. Çocuk ve gençlik ruh sağlığı derneği yayınları: 1 Ayrıntı Basımevi, Ankara s.48-53.

Dağ İ (1991) Belirti tarama listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2:(1) 5-12.

Dağ İ (1991) Rotter’in iç-dış kontrol odağı ölçeği (RİDKOÖ) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(26):10-16.

Derogatis LR (1977) SCL-90: Administration, Scoring and

Procedure Manual-I for the revised version. Baltimore, MD: John Hopkins Univ., School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Devlin MJ, Walsh T (1989) Eating disorders and depression. *Psychiatric Annals*, 19(9):473-476.

Dünya Sağlık Örgütü (1992) ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (Çev. Ed.: MO Öztürk, B Uluğ; Çev.: F Çuhadaroğlu, I Kaplan, G. Özgen, MO Öztürk, M Rezaki, B Uluğ) Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, Ankara, 1993.

Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS ve ark. (1983) The McMaster Family Assessment Device. *Marital and Family Therapy*, 9(2):171-180.

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

Erol A, Yazıcı F, Erol S, Kaptanoğlu C ve ark. (2000b) Anoreksiya nervozada belirti şiddetini yordayıcı olarak aile işlevselliği ve benlik saygısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1):17-22.

Fahy TA (1991) Obsessive-compulsive symptoms in eating disorders. *Behav Res Ther*, 29(2):113-6.

Fahy TA, Osacar A, Marks I (1993) History of eating disorders in female patients with obsessive-compulsive disorder. *Int J Eat Disord*, 14(4):439-43.

Fairburn CG, Mphil DM, Cooper Z ve ark. (1999) Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 56:468-476.

Garner DM (1993) Pathogenesis of anorexia nervosa. *The Lancet*, 341:1631-1635.

Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9:273-279.

Harding TP, Lachenmeyer JR (1986) Family interaction patterns and locus of control as predictors of the presence and severity of anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 42(3): 440-448.

Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22):118-126.

Hisli N (1988) Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 6(22): 118-126.

Hisli N (1989) Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 7(23):3-13.

Hood J, Moore T, Garner DM ve ark. (1982) Locus of control as a measure of ineffectiveness in anorexia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50:3-13.

Hsu LKG, Kaye W, Weltzin T ve ark. (1993) Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? *Int J Eat Disord*, 14:305-318.

Humphrey LL (1989) Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *J Consulting and Clinical Psychology* 57(2):206-214.

Katz JL (1986) Anorexia nervosa and depression: another view. *Am J Psychiatry*, 143:270-271.

Kaye WH, Klump KL, Frank GK ve ark. (2000) Anorexia and bulimia nervosa. *Annu Rev Med*, 51:299-313.

Laessle RJ, Kittl S, Fitcher MM ve ark. (1987) Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. *Br J Psychiatry*, 151:785-789.

Ledoux S, Choquet M, Flament M ve ark. (1991) Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J of Eat Disord*, 10:81-89.

Ranson KM, Kaye WH, Weltzin TE ve ark. (1999) Obsessive-compulsive disorder symptoms before and after recovery from bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 156:1703-1708.

Rosenberg M (1965) *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press.

Rothenberg Albert (1986) Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry*, 49:45-53.

Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80:1-28.

Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksi Nervosa Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7(23):19-25.

Shisslak CM, Pazda SL, Crago M ve ark. (1990) Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic, and obese women. *J Abnorm Psychol*, 99(4):380-4.

Silverstone PH (1990) Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychological Reports*, 67(1):276-8.

Silverstone PH (1992) Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Med Hypotheses*, 39(4):311-5.

Speranza M, Corcos M, Levi G ve ark. (1999) Obsessive-compulsive symptoms as a correlate of severity in the clinical presentation of eating: measuring the effects of depression. *Eat Weight Disord*, 4(3): 121-7.

Srinivasagam NM, Kaye WH, Plotnicov KH ve ark. (1995) Persistent perfectionism, symmetry and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 152(11):1630-1634.

Strober M (1982) Locus of control, psychopathology, and weight gain in juvenile anorexia nervosa. *J Abnorm Child Psychol*, 10(1):97-106.

Tegin B (1980) Depresyonda bilişsel şemalar. (Yayınlanmamış doktora tezi) H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Thiel A, Broocks A, Ohlmeier M ve ark. (1995) Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 152:72-75.

Van der Ham T, van Strien DC, van Engeland H (1998) Personality characteristics predict outcome of eating disorders in adolescents: a 4-year prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7(2):79-84.

Vandereycken W (1987) The constructive family approach to eating disorders: critical remarks on the use of family therapy in anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*, 6(4):455-467.

Wamboldt FS, Kaslow NJ, Swift WJ ve ark. (1987) Short-term course of depressive symptoms in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*, 144:362-364.

Wertheim E, Paxton S, Maude D ve ark. (1992) Psychosocial predictors of weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls and boys. *Int J Eat Disord*, 12:143-163.

Williams GJ, Chamove AS, Millar HR ve ark. (1990) Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *Br J Clin Psychol*, 1990 Sep; 29 (Pt 3): 327-35.

Williams GJ, Power KG, Millar HR ve ark. (1993) Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *Int J Eat Disord*, 14(1):27-32.