

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Psikoloji Anabilim Dalı

OBEZ KADINLARDA TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞUNUN PSİKOBİYOLOJİK MODELE GÖRE
İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi
Gökben DOĞAN AYDIN
95003102

Danışman: Prof.Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR

İstanbul, 2012

T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Psikoloji Anabilim Dalı

**OBEZ KADINLARDA TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞUNUN PSİKOBİYOLOJİK MODELE
GÖRE İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Gökben DOĞAN AYDIN**

95003102

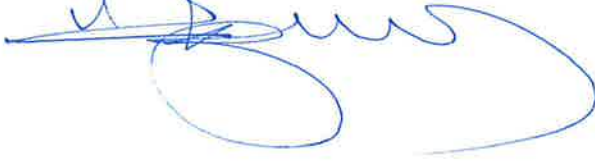
T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

01.08.2012

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **95003102** numaralı **Gökben Doğan Aydın`ın** "İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**OBEZ KADINLARDA TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN PSİKOBİYOLOJİK MODELE GÖRE İNCELENMESİ**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 27.06.2012 tarih ve 2012/07 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (30) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düşeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
PROF.DR. YILMAZ ÖZAKPINAR




ÜYE
PROF. DR. TAYFUN AMMAN



ÜYE
DOÇ.DR. M. RITA KRESPI BOOTHBY

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Psikobiyolojik Modele Göre İncelenmesi ” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

01.08.2012

Gökben DOĞAN AYDIN

ONAY

Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.

Tezimin yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

01.08. 2012

Gökben DOĞAN AYDIN

ÖZET

OBEZ KADINLARDA TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN PSİKOBİYOLOJİK MODELE GÖRE İNCELENMESİ

Gökben D.AYDIN

Yüksek Lisans Tezi, Psikoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof.Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR

Ağustos, 2012 - 114 sayfa

Obezite, psikiyatrik bozukluklarda dikkat çeken ve görülme sıklığı gittikçe artan ciddi bir bozukluktur. Bu nedenle, obezitenin etiyojisiyle ilişkili psikolojik faktörleri araştıran çalışmalar büyük önem taşımaktadır. Son on yılda araştırmalar yeme bozukluklarına özellikle tıkinircasına yeme bozukluğuna odaklanmıştır. Bu çalışmanın amacı, tıkinircasına yeme bozukluğu (TYB) olan bireylerin, obez ve kontrol grubundan mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılık gösterip göstermediğini araştırmaktır. Çalışmada, Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Formu ile Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) ölçme aracı kullanılmıştır. Çalışmaya, İstanbul'da bir sağlık kurumu bünyesinde yer alan Diyet Polikliniğine ilk kez başvuran 65 obez hasta (28'i tıkinircasına yemesi olan obez grubunu oluşturmaktadır) ve 53 kişiden oluşan kontrol grubu olmak üzere toplam 118 kişi katılmıştır. Mizaç özellikleri; yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme boyutlarında değerlendirilirken, karakter özellikleri; kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma boyutlarında değerlendirilmiştir. Mizaç ve karakter değişkenleri açısından üç grup arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmada, SPSS 16.0 versiyonunda Tek yönlü ANOVA ve Post-hoc *t* test (Scheffe) kullanılmıştır. Araştırmanın sonucuna göre, mizaç ve karakter özellikleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Mizaç ve Karakter Envanterinde Mizaç boyutunda yer alan yenilik arayışı ve zarardan kaçınmanın savurganlık-tutumluluk ile çabuk yorulma alt boyutlarında, Tıkinircasına yeme bozukluğu olan bireylerin, kontrol grubundan anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Tıkinircasına yeme

bozukluğu olan bireylerin kontrol grubundaki bireylere oranla doyumunu ertelemekte daha fazla gclk yaşayan ve kolayca yorulan bireyler oldukları görülmüştür. Karakter boyutunda elde edilen puanlara bakıldığında, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin kendini yönetme boyutunda yer alan kendini kabullenme ve amaçlılık alt boyutlarında kontrol grubuna göre daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin olgunlaşmamış, kırılgan ve sorumluluklarını alamayan bireyler oldukları görülmüştür. Bu sonuçlar, kendini yönetmenin, tıknırcasına yeme bozukluğunu yordayıcı olduğu hipotezini destekler doğrultudadır. Çalışmadan elde edilen bulgular, alanyazında yeme bozuklukları ve kişilik arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılmasına yönelik olarak yapılmış diğer önemli araştırmaların bulguları işığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıknırcasına Yeme Bozukluğu, Obezite, Mizaç ve Karakter Envanteri.

ABSTRACT

A PSYCHOBIOLOGICAL INVESTIGATION OF BINGE EATING DISORDER WITH OBESE WOMEN

Gökben DOĞAN AYDIN

Master Thesis, Department of Psychology

Supervisor: Prof. Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR

August, 2012 - 114 pages

Obesity is a serious disorder with increasing prevalence and high mortality rates, and constitutes a salient group of psychiatric disturbances. Therefore, studies examining psychological factors associated with the etiology of obesity is of enormous importance. In the last decade, some studies focused on eating disorders especially binge eating disorder. The aim of the present study was to assess the personality profile of women with binge eating disorder (BED) and to determine whether there were differences in temperament and character between these women and normal-weight healthy controls. The study included 65 obese women [28 with binge eating disorder (BED) and 37 obese without binge eating (non-BED)] according to specific selection criteria and compared to 53 healthy controls. Body mass index (BMI) was calculated for all participants and they were assessed with two devices- Demographic data form and Temperament and Character Inventory (TCI). A one-way analysis of variance (ANOVA) and the post-hoc *t* test (Scheffe) were used to compare the means of three groups (BED, non-BED, and control) on eating attitudes and TCI subscales. The TCI is divided into seven independent dimensions. Four of these dimensions assess temperament (Novelty Seeking [NS], Harm Avoidance [HA], Reward Dependence [RD], Persistence [P]) and three of dimensions test character (Self-Directedness [SD], Cooperativeness [C], Self-Transcendence [ST]). The results of the study showed these three groups were different from each other in terms of personality traits. Despite the fact that obese patients with BED and without BED display a similar personality profile, those with BED differ from non-obese controls in Novelty Seeking (NS) and Harm Avoidance (HA) which are higher in BED obese

patients. Thus obese binge eaters get easily tired, and suffer from delaying satisfaction than non-obese controls. From the character viewpoint, obese binge eaters show a character profile with low SD, being immature, weak, fragile, irresponsible, than controls. Obese binge eaters seem to be weaker than obese non-binge eaters with regards to character (lower SD). These results support the hypothesis that self directedness seems to be the strongest predictor for the development of BED. These findings were discussed with reference to relevant literature. Future research topics were suggested and therapeutic implications of the study were discussed.

Keywords: Obesity, Binge Eating Disorder, Temperament and Character Inventory.

ÖNSÖZ

Günümüzde obezite ve fazla kilolu olmak gittikçe artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Obezite, vücudun kullanabileceğinden daha fazla miktarda kalori tüketimi olarak tanımlanabilir. Obezite ile ilgili çalışmalarda birçok faktörün aşırı kalori alımına yol açtığı bilinmekte birlikte bu faktörler tam anlamıyla açıklanamamıştır. Aşırı kalori alımı, obezitenin yanı sıra bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunda da görülmektedir. Obezitenin psikolojik yönüyle ilgili çalışmaların bir kısmı, obez kişilerin depresyon ve psikopatoloji açısından normal kilodaki insanlardan farklı olmadığını belirtirken, bir kısmı böyle bir farkın bulunduğunu belirtmektedir. Bazılarına göre bu farkı yaratan şey obez kişilerdeki tıknırcasına yeme bozukluğudur.

Bu çalışmanın amacı, obezite ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkisel çalışmalardan yola çıkarak tıknırcasına yeme bozukluğu ve obezitenin kişilik boyutundaki mizaç ve karakter özelliklerini incelemek ve farklılıklarını araştırmaktır.

Bu çalışmada eleştiri ve öneriyle bana yol gösteren ve yardımcı olan tez danışmanım Prof.Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR'a teşekkürlerimi sunarım. Eğitim sürecinde bilgi ve deneyimleriyle Prof.Dr. Ali GİTMEZ'e, Yrd.Doç.Dr. Ferzan CÜRÜN'e, Yrd.Doç.Dr. Nevin ERACAR'a, Yrd.Doç.Dr. Nevzat U.MUHTAR'a ve bu çalışmada istatistiksel yöntemlerin kullanılması ve analizinde yardımlarını esirgemeyen Yrd.Doç.Dr. İbrahim DEMİR'e teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca bu çalışma sürecinde bana destek olan ve yardımlarından ötürü tüm arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim. Son olarak, tüm eğitim hayatım boyunca beni destekleyen ve bana her zaman inanan aileme, çalışmalarımnda bana güç verip destek olan, tezimin her aşamasında emeği bulunan sevgili eşim Gökmen AYDIN'a ve anlayışlı bir şekilde bana çalışma fırsatı tanıyan ve sabırla tezimin bitmesini bekleyen oğlum Umut'a teşekkür ediyorum.

“Obez Kadınlarda Tıknırcasına Yeme Bozukluğunun Psikobiyolojik Modele Göre İncelenmesi” konulu tez çalışması, T.C. İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalında yapılmıştır.

KISALTMALAR LİSTESİ

- BKİ : Beden Kitle İndeksi
TYB : Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
TYO : Tıkınırcasına Yemeyen Obezler
MKE : Mizaç ve Karakter Envanteri
YA : Yenilik Arayışı
ZK : Zarardan Kaçınma
ÖB : Ödül Bağımlılığı
SE : Sebat Etme
KY : Kendini Yönetme
İY : İşbirliği Yapma
KA : Kendini Aşma
AN : Anoreksiya Nervoza
AN/K : Anoreksiya Nervoza Kısıtlayıcı Tip
AN/TÇ : Anoreksiya Nervoza Tıkınma ve Çıkarma Tipi
BN : Bulimiya Nervoza

TABLULAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1: Mizaç boyutu ve kişilik özellikleri _____	31
Tablo 2: Karakter boyutu ve kişilik özellikleri _____	36
Tablo 3: Grupların demografik değişkenlere göre yüzdeler dağılımları ____	49
Tablo 4: Grupların BKİ ortalama ve standart sapmaları _____	50
Tablo 5: Araştırma ve kontrol gruplarının mizaç ve karakter envanterinin mizaç boyutundan aldıkları puanların karşılaştırılması _____	53
Tablo 6: Araştırma ve kontrol gruplarının mizaç ve karakter envanterinin karakter boyutundan aldıkları puanların karşılaştırılması _____	55

EKLER LİSTESİ

	Sayfa
EK-1: Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Formu _____	79
EK-2: Mizaç ve Karakter Envanteri _____	81
EK-3: Onay Formu _____	99

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET _____	v
ABSTRACT _____	vii
ÖNSÖZ _____	ix
KISALTMALAR LİSTESİ _____	x
TABLolar LİSTESİ _____	xi
EKLER LİSTESİ _____	xii

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1. OBEZİTE

1.1. Obezitenin Tanımı _____	3
1.2. Obezitenin Görülme Sıklığı _____	4
1.3. Obezitenin Etiyolojisi _____	5
1.3.1. Patolojik Obezite nedenleri _____	5
1.3.2. Genetik _____	6
1.3.3. Beslenme Şekli ve Çevre Etkisi _____	7
1.3.4. Psikolojik Etmenler _____	8
1.4. Obezite ve Psikopatoloji _____	10
1.5. Obezite Tedavisi _____	10
1.6. Obezitenin Sonuçları _____	11

2. TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

2.1. Tanımı _____	11
2.2. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması _____	13
2.3. Tıkınircasına Yeme Bozukluğunun Özellikleri _____	14
2.4. Tıkınircasına Yeme Bozukluğunun Görülme Sıklığı _____	15
2.5. Tıkınircasına Yeme Bozukluğunun Etiyolojisi _____	17
2.6. Genetik Faktörler _____	21
2.7. Yaş ve Cinsiyet _____	21
2.8. Etnik Etkiler _____	22
2.9. Tıkınircasına Yeme Bozukluğu ve Psikopatoloji _____	22
2.10. Tıkınircasına Yeme Bozukluğunun Tedavisi _____	24

3. PSİKOBİYOLOJİK MODEL

3.1. Kişilik, Karakter ve Mizaç Kavramları	25
3. 2. Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli	27
4. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN İLİŞKİSİ	
4.1. Yurtdışında Yapılan Araştırmalar	36
4.2. Türkiye'de Yapılan Araştırmalar	40
5. PROBLEM VE HİPOTEZLER	40

2. BÖLÜM

YÖNTEM VE BULGULAR

6. YÖNTEM

6.1. Araştırmanın Evreni	44
6.1.1. Araştırma Grubu	44
6.1.2. Kontrol Grubu	44
6.2. Araçlar	45
6.2.1. Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Formu	45
6.2.2. Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE)	45
6.3. İşlem	46
6.4. İstatistiksel Yöntemler	46
6.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	47

7. BULGULAR

7.1. Demografik Bulgular	48
7.2. Mizaç ve Karakter Envanteri İle İlgili Bulgular	51

3. BÖLÜM

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1 TARTIŞMA	56
8.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
KAYNAKÇA	62
EKLER	79
ÖZGEÇMİŞ	100

GİRİŞ

Tüm dünyada ve ülkemizde son yıllarda küresel bir sorun haline gelen obezite, beraberinde getirdiği tip 2 diyabet, dislipidemi, hipertansiyon gibi önemli sağlık problemleriyle hastalık olarak tanımlanmaktadır. Aşırı enerji tüketimi ve yetersiz enerji harcamasının neden olduğu “uzun süreli enerji dengesizliği” olarak tanımlanabilecek obezitenin nedenleri arasında fizyolojik düzenleyici mekanizmalar kadar, çevresel ve genetik faktörler, psikolojik ve kültürel durumlar gibi birbirini etkileyen pek çok karmaşık faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden hiçbiri tek başına obeziteyi açıklayamayacağı gibi tüm bu faktörlerin obeziteye etkisi de tam olarak anlaşılammıştır. Bir zamanlar obezitede önemli belirleyiciler olduğu düşünülen psikolojik faktörlerin de büyük ölçüde yeme bozuklukları ile sınırlı olduğu düşünülmektedir. Araştırmacılar, tıknırcasına yeme bozukluğunun obezite için önemli bir faktör olduğunu iddia etmektedir (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003).

Tıknırcasına yeme bozukluğu, DSM-IV’te tanımlanmış olup önemli bir klinik problem olarak kabul görmektedir (Wilfley ve ark., 1993). Tedavi arayışındaki obez bireylerin yaklaşık %23-55’inde tıknırcasına yeme olgusu bildirilmektedir (Wilfley ve ark., 1993). Tıknırcasına yiyen kişiler, çok kısa süre içinde çok fazla yiyecek tükettiklerini ve yemeyi durduramadıklarını, yani kontrolü kaybettiklerini ifade etmektedir. Tıknırcasına yiyen obezler, yediklerini kusma, müshil kullanma veya aşırı egzersiz yapma yoluyla dengelemezler, bu da onları bulimia nervozadan ayırır (Brownell, 1992). Bu sebeple tıknıma aşırı miktarda kalori alımına neden olmakta ve tıknmalar devam ettikçe bireylerin aşırı kilolu ve obez olma ihtimali artmaktadır.

Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının DSM IV’e dahil edilmesiyle birlikte son on yılda bu konuyla ilgili pek çok araştırma yapılmış, aynı zamanda bu tanının işe yararlılığına dair çok sayıda önemli soru ortaya atılmıştır. Bu sorulardan bir tanesi tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin tıknırcasına yeme davranışı göstermeyen obez bireylerden farklı olup olmadığıdır (Tuschen-Caffier ve Schlüssel, 2005). Araştırmacılar işte bu soruya yanıt vermeye çalışmaktadır.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler, tıkınırcasına yemeyen obez bireylerle karşılaştırıldığında; tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin obeziteleurinin daha şiddetli olduğu, aşırı kilo alımının erken yaşta başladığı, erkenden başlayan ve sıkça yapılan diyetlerin bulunduğu ve kişilik bozukluğu, depresyon, madde bağımlılığı veya duygusal problemleri de içine alan psikopatolojileri daha sık gösterdikleri gözlenmiştir (Spitzer ve ark., 1992; Spitzer, Yanovski ve ark., 1993.) Öte yandan yapılan başka çalışmalar, obez kişilerle normal kiloda olanlar arasında ciddi psikopatolojik bozukluklar bakımından anlamlı farklar olmadığını göstermiştir (Molinari ve Ragazzoni, 1997). Friedman'a (2002) göre, obez kişilerle yapılan çalışmalar, obezlerin, psikolojik semptomlar, psikopatoloji veya kişilik özellikleri bakımından obez olmayanlardan farklı olmadığını göstermiştir.

Tıkınırcasına yeme ile ilgili araştırmalar, birkaç nedenden dolayı önem taşımaktadır. İlki, bu yeme bozukluğu ile ilgili bilgilerin obezite tedavisinin bireysel hale getirilmesi için kullanılabilmesidir. Bu tür bir değerlendirme yapılmadığında tedavi odağının hastanın ihtiyaçlarına uymaması olasıdır. Örneğin, Wilson (1976) yaptığı araştırmasında, kullandığı uyarıcı kontrol prosedürlerinin tıkınırcasına yeme problemi olan obez kişilerin davranış tedavisinde etkisiz olduğu sonucuna varmıştır. İkincisi ise, tıkınırcasına yeme bozukluğuyla ilgili edinilen bilgiler sayesinde tedavi sürecinde tıkınırcasına yeme davranışında meydana gelen değişikliklerin ölçülebilmesidir. Son olarak da araştırmalar, tıkınırcasına yemenin nedenleriyle ilgili sürdürülebilirliğidir (Gormally ve ark., 1982).

Tıkınırcasına yemenin doğası ve nedenleri çok iyi bilinmemektedir. Ancak bilişsel faktörlerin önemli bir rol oynadığına dair araştırma bulguları mevcuttur. Tıkınırcasına yiyen obezlerin, vücutlarının aldığı şekil, aşırı kilo artışı ve yeme davranışı konusunda daha fazla kaygılandıkları, diğer kaygı mekanizmalarında olduğu gibi kaygıyı azaltmak ya da kaygıdan kaçınmak amacıyla bir tür uyum göstermeyen ve yetersiz baş etme mekanizması ve son olarak da tıkınma davranışını geliştirdikleri (Heatherton ve Baumesiter, 1991) ve böylelikle o anda kendilerini değersiz görme eğilimleri ve olumsuz duygulardan uzaklaştıkları iddia edilmektedir. (Bruch, 1973)

Tıkınırcasına yiyen kişilerin; kendilerini nasıl değerlendirdikleri, uyum sağlamada ne tür baş etme yöntemlerini kullandıkları, düşünce, duygu ve davranış özelliklerinin neler olduğu yani kısacası nasıl bir kişiliğe sahip oldukları merak uyandırmaktadır.

Cloninger'in (1987) geliştirdiği psikobiyojik model, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı, zarardan kaçınma ve sebat etme özelliklerini tanımladığı dört mizaç ve korku, öfke, bağlanma ve hırstan oluşan dört temel duygu ile oldukça ilişkilendirmektedir. Ayrıca mizaçla birlikte karakteri de üç boyutta (kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma) tanımlamıştır. Bu çalışmanın amacı, tıkınırcasına yiyen bireylerin kişilik özelliklerini Cloninger'in (1987, 1993) Psikobiyojik Modeline göre incelemektir. Bu araştırmanın sonucunda elde edilen bulguların Obezite ve Yeme Bozukluklarına yönelik tedavi programlarında kullanılabileceği, mizaç ve karakter özelliklerine bağlı olarak ortaya çıkacak ayırt edici bireysel farklılıkların tedavi programlarının planlanmasına yön vereceği düşünülmektedir. Ülkemizde bu alanda yapılan araştırmalar oldukça sınırlıdır ve yapılan bu araştırmanın alanda katkısı olacağı düşünülmektedir.

1. OBEZİTE

1.1. Obezitenin tanımı

Genel olarak vücutta aşırı yağ birikimi olarak tarif edilen obezite, vücut ağırlığının standart boy-kilo tablolarında ideal ya da istenen vücut ağırlığından %30 daha fazla olması olarak tanımlanmıştır. Günümüzde obezite, kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle elde edilen beden kitle indeksi (BKİ) ile ifade edilmektedir (WHO, 1998).

$$\text{“BKİ= vücut ağırlığı (kg)/ boy (m)}^{2}\text{”}$$

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 1998) yaptığı sınıflamaya göre BKİ şu şekilde değerlendirilir:

BKİ; 18.5'in altında zayıf

18.5 - 24.9 normal kilo

25.0 - 29.9 fazla kilo

30.0 - 39.9 obez

40.0'ın üstünde morbid obez

1.2. Obezitenin görülme sıklığı

Obezite, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artık geniş kitleleri kapsayan, halk sağlığı yaklaşımlarını gerektiren önemli bir sorun haline gelmiştir.

Amerika'da yapılan bir araştırma sonucu, son 20 yılda obezitenin görülme sıklığında artış olduğunu göstermektedir (Ogden ve ark., 2006). Amerika'da obezite oranı 1978 yılında %13, 1991 yılında %21 iken 2000 yılında %30, 2003-2004 yılında ise %32.9 olarak belirlenmiştir.

Avrupa'da obezitenin yetişkin erkeklerde %10-27, yetişkin kadınlarda ise %38'e yükseldiği belirtilmektedir. Finlandiya, Almanya, Yunanistan, Çek Cumhuriyetleri, Slovakya ve Malta popülasyonlarından elde edilen değerler, Amerika'dan elde edilen veriler ile benzerlik göstermektedir. Avrupa'da 9 ülkede obezite oranının %20, Yunanistan ve Kuzey Kıbrıs'ta ise %27'ye ulaştığı rapor edilmiştir (Ogden ve ark., 2006).

Ülkemizdeki obezite oranına ilişkin yirmi yaş üzerindeki 24788 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada (TURDEP-Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması, 2000) obezite oranı kadınlarda %29.9 erkeklerde %12.9 olarak bulunmuştur. Bu oran kentlerde %23.8, kırsal kesimde ise %19.6 olarak bulunmuştur (Satman ve ark., 2000).

Türk erişkinlerde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı (TEKHARF) tarafından yapılan 8 yıllık bir çalışmada ise beden kitle indeksi (BKİ) ve bel/kalça oranı değişimleri incelenmiştir (Akt., Sansoy, 2000). Erkeklerde 1990

yılında BKİ ortalaması 24.9 kg/m² iken, 1995 yılında 25.9 kg/m², 1998 yılında ise 26.5kg/m²' ye yükselmiştir. Kadınlarda 1990 yılında BKİ ortalaması ise 26.8 kg/m² olan, 1995'de 27.9 kg/m², 1998'de ise 28.75 kg/m²'ye yükselmiştir. Bel çevresi erkeklerde 1995'den 1998'e kadar 1.2 cm, kadınlarda ise 1.7 cm artmıştır. Aynı süre içinde bel/kalça oranı artışı erkeklerde 0.008, kadınlarda ise 0.0135 olarak belirlenmiştir.

1.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezite, nedenlerine göre gruplandırılırsa; ekzojen, patolojik ve genetik obeziteden söz edilebilir. Altta yatan başka bir hastalığın olmadığı obezite tipi 'ekzojen obezite' olarak adlandırılır ve obezlerin çoğu bu gruba girer (Baysal, Baş, 2008). Ekzojen obezitenin başlıca nedeni enerji alımının tüketiminden daha fazla olmasıdır.

Ekzojen obezite dışında, obezitenin eşlik ettiği birçok hastalık ve sendromlar vardır. Bu hastalıkların bir bölümü, hipotalamik ve hormonal kökenlidir. Obezitenin bir diğer bölümünde aktivite azlığı sorumlu tutulmakta, birçoğunda ise patogeneze bilinmemektedir (Tüzün, 1999). İlgili alanyazın incelendiğinde patolojik obezite nedenleri, aşağıda verilen şekilde karşımıza çıkmaktadır.

1.3.1. Patolojik obezite nedenleri; Endokrin, hipotalamik ve diğer sendromlar,

1.3.1.1. Endokrin nedenler; Hipotiroidizm, Büyüme hormon eksikliği, Cushing sendromu, Pseudohipoparatiroidizm tip 1, Hiperinsülinizm, Polikistik over sendromu, Kraniofarenjioma,

1.3.1.2. Hipotalamik sendromlar; Fröhlich sendromu ve Laurance-Moon Biedl sendromu,

1.3.1.3. Diğer sendromlar; Turner sendromu, Down sendromu, Klinefelter sendromu, Cohen sendromu ve Carpenter sendromu olarak ele alınmaktadır.

1.3.2. Genetik

Geniş epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Obezite etiolojisindeki en önemli faktörlerden birisi, ebeveynlerin obez olmasıdır. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun çocukların biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması obezitenin genetik faktörlerine işaret etmektedir. Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda obezite gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi obez olanlar %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak bulunmuştur (Değirmenci, 2006) .

Obezitede genetik eğilimin etkisi, ikizlerle yapılan çalışmalar ile desteklenmektedir. Birçok ikiz ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 arasında olduğu bulunmuştur. Beden Kitle İndeksi temel alınarak yapılan çalışmalarda, aynı yumurta ikizleri ve ayrı yumurta ikizleri, ya da ayrı yetiştirilmiş aynı yumurta ikizlerinin BKİ varyasyonunda %70 düzeyinde benzerlik göstererek yüksek kalıtım etkisi oluşturdukları saptanmıştır. Evlatlık çalışmaları ise %30 oranında kalıtım etkisi göstermiştir. Aile çalışmalarında genellikle ikiz ve evlatlık çalışmalarının arasında orta düzeyde bir kalıtım etkisi görülmüştür. Bazı çalışmalarda ise, BKİ için kalıtım düzeyi %25-40 arasında bildirilmiştir (Semerci, 2004).

Birinci derece akrabalarda, obezite ya da aşırı kilo olduğunda obez olma riski "Lambda Coefficient" diye adlandırılan istatistik metoduyla hesaplanabilmektedir. Bu yöntem, biyolojik akraba obez olduğunda, diğer bireylerdeki obez olma risk oranını popülasyondaki risk ile karşılaştırmaktadır. Bu konuda yapılan bir araştırmada, 840 obez bireyin 2349 birinci derece akrabasından elde edilen risk oranlarının toplumdakinden iki kat fazla olduğu gösterilmiştir (Katzmarzyk, 1999). Ayrıca bireylerdeki obezitenin, ciddiyetine bağlı olarak da risk artmaktadır. Böylece, aşırı obezite riski ($BKİ \geq 45 \text{ kg/m}^2$), aşırı obez kişilerin ailelerinde 8 kat daha yüksektir. Kanada'da 15.245 kişi üzerinde yapılan bir çalışma, obezitenin ailede görülme riskinin obezlerin akrabalarında, genel topluma göre 5 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir (Lee ve diğerleri, 1997).

Yukarıdaki çalışmalar, obezitenin kalıtsal yatkınlık taşıdığını göstermektedir. Ancak bu çalışmalara bağlı olarak obezitenin eşlik ettiği bazı nadir hastalıklar dışında, obezitenin oluşumunda kalıtımın tamamen belirleyici bir faktör olduğu söylenemez.

1.3.3. Beslenme Şekli ve Çevre Etkisi

Endokrin ve genetik faktörlerin dışında obeziteye neden olabilen en önemli çevresel faktör, beslenme alışkanlığıdır. Obeziteye yatkınlık, belli bir oranda genetik faktörlerle belirleniyor olsa da, obezitenin gelişebileceği bir çevreye ihtiyacı vardır. Obeziteye genetik yatkınlığı çok güçlü olan kişiler, kolay kilo aldığı halde, obeziteye dirençli olanlar obezitenin gelişebileceği kolay bir ortamda bile kilo almaz veya çok az kilo alır (Baysal ve Baş, 2008).

Çocukluk döneminde işlenmiş ve yapay besinler obezite riskini arttırırken, anne sütüyle beslenme ise obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de vücut ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerde düzenli biçimde günde üç veya daha fazla öğün beslenen kişilere göre daha fazla sıklıkta obezite görülmektedir (Kabalak, 1995).

Günümüzde besin endüstrisinin gelişmesi ve yaşam biçiminin değişmesine bağlı olarak kolaylıkla elde edilebilen, ucuz, tat duygusuna hitap eden ve enerji yüklü gıdalar üretilmektedir. Bu değişime, düşük fiziksel aktiviteli yaşam tarzı eklenmiş olup, teknoloji ve ulaşımındaki ilerleme günlük yaşamda fiziksel aktiviteyi azaltmakta, televizyon, elektronik oyunlar ve bilgisayar başında harcanan zaman sedanter yaşam doğurmaktadır. Bu çevresel koşullar, yüksek enerji alımına karşın daha az enerji harcanmasına yol açmakta ve bu koşullar altında obezite kolaylıkla oluşmaktadır (Değirmenci, 2006).

Besin miktarının fazla oluşu, obeziteyi arttıran çevresel etkiler arasındadır. En önemlisi ise porsiyonu büyük gıdaların tüketilmesidir. Ucuz ve tüketime hazır gıdalara her yerde ulaşılabilir. Fast-food (ayak üstü, hızlı ve çabuk beslenme) tüketimiyle kilo alımı ve insülin direnci arasında kuvvetli

pozitif bir ilişki olması, fast-food tarzı tüketimin obezite riskini artırdığını göstermektedir. (Baysal ve Baş, 2008).

1.3.4. Psikolojik Etmenler

Aşırı yeme davranışına yol açan etkenler arasında strese ve kaygıya bağlı yeme gibi psikolojik nedenler karşımıza çıkmaktadır. Obezitenin etiolojisinde yer alan psikolojik etmenlere kuramcılar farklı açıklamalar getirmektedir.

Obeziteye ilişkin psikanalitik görüş, obezlerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri bulunduğunu ve psikoseksüel gelişimin oral döneminde kaldıklarını vurgulamaktadır. Bu döneme takılıp kalma, aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile nitelenen bir kişilik yapısını oluşturur (Lomax ve ark., 1989).

Bruch'a (1961) göre aşırı yemenin kökeni, obezlerin hayatındaki ilk yıllara dayanmaktadır. Bebeğin ilk haz ve gerilimi azaltma kaynağı olan anne sütü aynı zamanda ilk kişilerarası deneyimi ve dünya ile iletişimidir. Besin alımıyla birlikte bebeğin yaşamında annenin ilgi ve sevgisi ile iyi ve güvende olma duygusu ilişkili hale gelir. Bu sebeple Bruch, yiyeceğin kişinin daha sonraki hayatında temel psikolojik öneme sahip olduğunu iddia etmektedir.

Becker'e (1960) göre ise obezite, kişinin kendisiyle ve başkalarıyla kurduğu ilişkilerde karşılaştıkları zorluklarla baş etmesinin bir yoludur. Kişi, başka türlü çözümünü ya da ifadesini bulamadığı bilinçdışı çatışmalarını aşırı yeme ile ortaya çıkarmaktadır.

Psikanalizdeki ilk kuramcılar obezlerin oral çatışmalarını dile getirirken, daha sonraki araştırmacılar obeziteyi depresyon ve diğer olumsuz duygularla bir baş etme tepkisi olarak tanımlamaktadırlar. Kornhaber (1970), obezlerin aşırı yiyerek olumsuz duygularla baş etmesini öğrendikleri ve kişilik özelliklerinin onları uyum gösteren baş etme becerilerini geliştirmekten alıkoyduğunu öne sürmektedir.

Wilson ve Hogan'ın (1992) yaptığı psikanalitik bir çalışmada obezite, kişilik bozukluğunun psikosomatik belirtileri olarak kabul edilmiştir. Çalışmada “bilinçdışı psikosomatik belirtilerin” oluşumunda genetik, biyokimyasal, nörolojik, endokrinolojik ve sosyolojik faktörlerden birisinin ya da birkaçının obeziteye katkısı bulunduğu belirtilmektedir. Wilson ve Hogana'a (1992) göre, obezler arasında dinamik yapısal farklılıklar olmasına karşın bu kişilerin ego yapıları belirgin olarak anoreksiya hastalarından ayırt edilebilmektedir. Bu araştırmacılar, obezlerin ailesinde patolojik narsistik aile yapısı saptamış ve bu yapının etkisinin dürtü kontrolünde yetersiz kaldığı kanaatine varmışlardır. Obezlerin ego çatışmalarını anorektikler gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıklarını ileri sürmüşlerdir. Ayrıca obezler, suçluluk duygularını aç kalarak, kusma ya da laksatif kullanarak değil, dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar ederek gidermeye çalışmakta ve etkisiz egoları sebebiyle sonu gelmeyen diyet girişimlerinde bulunmaktadır ve bu durum genellikle özdenetim yetersizliğinin göstergesidir.

Davranışçı model, obezitenin etiolojisine şu şekilde açıklama getirmektedir; obezite, kişiyi rahatsız eden olumsuz duyguları azaltmak amacıyla uygun olmayan yeme alışkanlıklarının olumsuz pekiştirilerek kullanılmasıyla ortaya çıkan öğrenilmiş bir durumdur (Foster ve ark., 1994). Ayrıca öğrenme teorisinin ilkelerine göre egzersiz yokluğunun pekiştirilerek kullanıldığı iddia edilmektedir (Bray ve ark., 1998; Wilson, 1993; Shafran ve ark., 2003).

Obeziteyi açıklamaya yönelik bir diğer kuramsal yaklaşım ise Bilişsel-davranışçı modeldir. Bilişsel-davranışçı modelde; bilgiyi işleme sürecinde sistematik yanlışlar olduğu, hem dış çevreden gelen bilgiler hem de içten gelen bilgilerin çarpıtıldığı ve bunun sonucunda obez bireylerin bilişsel çarpıtmalar ve fonksiyonel olmayan tutumlara sahip oldukları ileri sürülmektedir. Bu model, obezite ve sosyal destekle ilgili bilgi işlem sürecine ve duygulara odaklanmaktadır (Wilson, 1993).

1.4. Obezite ve Psikopatoloji

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi ele alan ilk araştırma sonuçları, obezlerde psikopatolojinin sık olduğunu ve obezite gelişiminde psikopatolojinin önemli rolü olduğunu vurgulamakla birlikte, yapılan son araştırmalarda farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür. Stunkard ve Wadden (1985), obeziteye eşlik eden psikopatolojinin, obezite sonucu ortaya çıktığını iddia etmektedirler.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olan obez hastalarda major depresyon ve panik bozukluğun daha fazla görüldüğü, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, basit fobi ve sosyal fobi semptomlarında farklılık bulunmadığı, TYB olanların DSM-IV II. eksende özellikle sınır ve kaçınan kişilik bozuklukları tanımlarını daha fazla aldıkları saptanmıştır (Yanovski ve ark., 1993). Ayrıca, TYB olanların ailelerinde madde kötüye kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

2001 yılında yapılan bir çalışmada (De Chouly ve ark.), obezite ve aleksitimi ilişkisine bakılmış ve obez hastalarda aleksitimik özelliğin daha sık olduğu, depresyon ve düşük eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.

1.5. Obezite Tedavisi

Obezite tedavisinde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel etkenlerin ele alındığı ve bu tedavilerin obezitenin ciddiyetine ve obeziteye eşlik eden diğer rahatsızlıkların varlığına göre değiştiği söylenebilir (Değirmenci, 2006).

Obezitenin tedavisinde besin alımını kısıtlayan diyet uygulamalarının yanı sıra besinden kazanılan enerjinin harcanmasını sağlamak amacıyla fiziksel aktivitelerin artırılması etkindir. Ancak obezite tedavisinde amaca ulaşmak için günlük alışkanlıkların değiştirilmesi temel alınmaktadır. Davranışçı yaklaşımlar, kilo kaybının, hastanın enerji alımını azaltması ve/veya kalori harcamasını arttırması gerektiği üzerinde durur.

Obezite, yaşam kalitesini bozan bir hastalık olduğu için bazı durumlarda ilaç tedavisi üzerinde durulmaktadır. Obezitenin tedavisinde bir diğer yaklaşım ise cerrahi müdahale ile besin alımı ve emiliminin yavaşlatılmasına yönelik işlemlerdir. Ancak cerrahi müdahale, morbid obezitesi olan hastalarda üzerinde düşünülmesi gereken bir riskli yöntemdir.

1.6. Obezitenin Sonuçları

Obezite, tıbbi, sosyal ve psikolojik pek çok olumsuzluklar doğuran, sonuçları çok yönlü ve karmaşık bir sağlık sorunudur. Obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkisine rağmen Amerika'da %32.9 ve diğer ülkelerde %20 oranında obez kişilerin oranında artış görülmektedir (Akt., Değirmenci, 2006) .

Obezite, morbidite ve mortalite için başlı başına bir risk faktörüdür. Kardiyovasküler, solunum ve endokrin, kas-iskelet sistemlerinde gastrointestinal sistemlerde komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bunlardan başka, bazı kanser türlerinde yatıklaştırıcı faktörlere katkıda bulunmaktadır. Tıbbi olumsuzlukların yanı sıra obezite, kişinin yaşamında psikolojik sorunlar doğurmaktadır. Araştırmalarda, obez bireylerde benlik saygısında azalma ve beden imajına yönelik olumsuz duygulanım görüldüğü ortaya konmuştur (Telch ve Agras, 1994; Bryan ve Tiggemann, 2001).

2. TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

2.1. Tanımı

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğuyla ilgili olarak, Stunkard (1959) tarafından obezite olasılığını artıran bir yeme davranışı olarak tarif ettiği tıkınırcasına yeme sendromu kavramı kullanılmıştır.

Russell (1979), Bulimia Nervoza hastalığını ilk kez tanımladığında tıkınırcasına yeme kavramını tanı kriterleri içerisinde aşırı yeme nöbetleri olarak adlandırmış ancak bu nöbetlerin sonrasında kişinin sürekli ve telafi edici kusma, laksatif kullanma, diyet ve egzersiz yapma gibi bazı davranışlarda bulunduğunu belirtmiştir. 1990'larda klinisyenlerin tıkınırcasına yeme nöbetleri yaşayan ancak Russell'in bulimia nervozada belirttiği gibi bu nöbetler sonrasında telafi edici davranışları bulunmayan hastalarla daha sık

karşılaşmaları, araştırmacıların Stunkard'ın (1959) tanımladığı tıknırcasına yeme kavramı üzerinde daha fazla durmalarına yol açmıştır.

Tıknırcasına yeme bozukluğunun tanı ölçütlerinin araştırıldığı ilk çalışmada katılımcılar; tekrarlayıcı tıknırcasına yeme nöbetlerinin olduğunu, yemek yerken kontrol hissini kaybettiklerini ve yedikten sonra suçluluk hissi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma bulguları, hastalığın tanı özellikleri açısından tutarlılık göstermektedir (Spitzer ve ark., 1992). Bu çalışmada, bulimia nervozadan farklı olarak yeni bir sınıflandırmanın gerekliliği ileri sürülmüştür.

Spitzer ve arkadaşlarının (1992) yaptıkları bu çalışma doğrultusunda önerdikleri ve tanımladıkları tanı ölçütleri temel alınarak Tıknırcasına Yeme Bozukluğu yeni bir tanı olarak 1994 yılında DSM-IV'e dahil edilmiş olup, halen önerilen bu tanı ölçütleri kullanılmaktadır.

Tıknırcasına yeme bozukluğu ile ilgili birçok araştırma yapılmasına ve veriler elde edilmesine karşın, bu yeni kavramla ilgili birtakım belirsizliklerin sürmesi sebebiyle "tıknırcasına yeme bozukluğu", DSM-IV'te ayrı bir tanı olarak değil "Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları" sınıfına dahil edilmiştir. Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının DSM-IV'te yer almasıyla birlikte Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) bu tanıyı şu şekilde tanımlamıştır:

"Tıknırcasına yeme bozukluğu, nöbetler halinde belirgin tıknıma davranışıdır ve belirli bir zaman içinde benzer koşullarda ve benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek yemektir. Yeme esnasında kişinin yediklerinin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durduramaması şeklinde kontrol kaybı hissini olması da, tıknırcasına yeme nöbetinin bir diğer özelliğidir. Tıknırcasına yeme bozukluğu, bulimia nervozadan farklı olarak sürekli telafi edici ve uyum göstermeyen davranışlarda (kusma, müşil kullanma, diyet ve egzersiz yapma vb.) bulunmaksızın, düzenli olarak yineleyen tıknırcasına yeme nöbetlerinin olması ile seyreden bir yeme bozukluğudur".

DSM-IV'ün en önemli özelliği olarak, araştırma bulgularına ağırlık tanınması, bu uğurda yüksek sayıda eştanıya izin vermesi ve hatta beş eksenli bir sistem oluşturarak bu yapıyı desteklemesi ileri sürülürken (Şar, 2010), çeşitli bozukluk kategorilerine yoğunlaşmış çalışma gruplarının tanı ölçütleri için değişiklikler önerilmektedir. Bu değişikliklerin yer aldığı DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)'in Mayıs 2013 tarihinde yayınlanması planlanmaktadır. DSM-5 Taslak Tanı Ölçütlerine bakıldığında; klinik görünüme daha uygun olma, eştanıyı azaltma ve ilk üç eksenin birleştirilmesi ile bu tutumu desteklemek yönünde olduğu görülmektedir (Şar, 2010).

DSM-5'te yer alan yeme bozuklukları bölümüne bakıldığında, ekler bölümünde bulunan tıknırcasına yeme bozukluğunun “Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları” sınıfından çıkarılarak bir tanı olarak belirlenmesi önerilmektedir. Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının DSM-5'te ayrı bir tanı olarak yer almasının yanı sıra tanı ölçütlerinde bazı değişiklikler öngörülmüştür (www.dsm5.org). Tıknırcasına yeme bozukluğunun ortalama 6 aylık bir süre içinde en az haftada iki gün ortaya çıkması ölçütü, ortalama 3 aylık bir süre içinde en az haftada bir gün ortaya çıkması şeklinde belirtilmektedir.

2.2. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırılması (DSM- IV, 1994)

A. Yineleyen tıknırcasına yeme nöbetleri: Tıknırcasına yeme nöbetini aşağıdaki iki özellik belirler;

1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn.2 saatlik süreler içinde) yeme,

2. Bu nöbet sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örn. yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da kadar yediğini bilmeme duygusu).

B. Tıknırcasına yeme nöbetleri aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile ilişkilidir;

1. Normalden çok daha hızlı yeme,

2. Rahatsız edici biçimde doyana kadar yeme,

3. Fiziksel olarak açlık hissetmez iken büyük miktarlarda yemek yeme,

4. Kişinin ne kadar yediği konusunda utanması nedeniyle tek başına yeme,

5. Aşırı yeme sonrası kendinden nefret etme, kendini suçlu hissetme.

C. Tıkınırcasına yeme konusunda belirgin sıkıntı hissetme.

D. Tıkınırcasına yeme, ortalama olarak 6 aylık sürede en az haftada iki gün ortaya çıkar.

E. Tıkınırcasına yeme, uygunsuz dengeleyici davranışlar (örn. ishal olma, aç kalma, aşırı egzersiz yapma) ile ilişkili değildir ve sadece anoreksiya nervoza ya da bulimia nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

2.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun özellikleri

Fairburn (1993), Tıkınırcasına yeme bozukluğu ile ilgili ayırt edici birçok özellik belirtmiştir. Bu özellikler aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

A. Duygular: Tıkınırcasına yeme davranışının başlangıcında kişi kendini iyi hissederken, keyif alırken daha sonra bu duyguların yerini iğrenme duygusu almaktadır.

B. Yeme hızı: Obezler tıkinma nöbeti sırasında hızlı yemektedirler. Kolombiya üniversitesinde yapılan bir araştırmada bulimia nervoza hastalığı olan kadınların (81.5 kalori/dk) sağlıklı katılımcılara (38.4/dk) oranla iki kat daha fazla yemek yedikleri bulunmuştur (Akt., Fairburn, 1993).

C. Aşırı huzursuzluk ve gerilim: Tıkinma nöbeti sırasında huzursuz ve endişeli olduklarını, yiyecekler için aşermeye benzer bir istek içerisinde oldukları ifade edilmiştir.

D. Bilinçlilik halinin değiştiği duygusu: Tıkinma nöbeti sırasında kendilerinde değilmiş gibi hissettikleri, davranışlarının gerçeklik algısından uzak ve otomatik olduğu belirtilmiştir.

E. Gizlilik: Tıkinma davranışının en belirgin özelliği gizlilik içerisinde olmasıdır. Tıkinmalar sebebiyle utanma duygusu yaşanmakta ve bu duygu yıllarca saklanmaktadır. Başkaları ile birlikte iken yeme miktarları ve düzenleri normaldir.

F. Kontrol kaybı hissi: Tıkınma nöbeti esnasında yeme üzerindeki kontrol hissinin kaybolduğu, tıkınırcasına yemenin durdurulamayacağı veya ne kadar yiyeceğinin kontrol edilemediğı hissi yaşanmaktadır.

2.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Görülme Sıklığı

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı, zayıflama programlarına başvuran kişilerden yada popülasyondan seçilen örneklemelere dayalı araştırma sonuçlarına göre değerlendirilmektedir.

Amerika'da genel popülasyona dayalı yapılan çalışmalarda tıkınırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı yıllara göre sırasıyla %3.3, %2 ve %2.9 olarak bulunmuştur. (Spitzer ve ark., 1992; Spitzer ve ark., 1993; Smith ve ark., 1998)

Avrupa ülkelerinde genel popülasyona dayalı yapılan çalışmalarda ise tıkınırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı Fransa'da %0.7, Norveç'de %3.2 ve Avusturya'da %3.3 olarak bulunmuştur (Basdevant ve ark., 1995; Götestam ve Agras, 1995; Kinzl ve ark., 1999). Avustralya'da yapılan çalışmada nüfusun %1'inde tıkınırcasına yeme bozukluğu bulunmuştur (Hay, 1998).

Diyet programına başvuran obezler üzerinde yapılan araştırmalarda tıkınırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığında artış bulunmuştur. Spitzer ve ark. (1992) bir çalışmada obez kişiler arasındaki tıkınırcasına yeme bozukluğunun oranını %29 bulmuştur. Obezlerle yapılan diğer örneklem çalışmalarında da görülme sıklığı oranı %28.8 - %30.1 oranında bulunmuştur (Fitzgibbon ve ark., 1998; Smith ve ark., 1998).

Yapılan araştırmalarda kullanılan yöntemle bağılı olarak farklı sonuçlar çıkmaktadır. Diğer bir deyişle kendini değerlendirme boyutlarının kullanıldığı çalışmalarda tıkınırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı %7.5-47.4 arasında bulunurken (Mitchell ve ark., 2003; Grisett ve Fitzgibbon, 1996; Kuehnel ve Wadden, 1994), klinik gözlem ve görüşmelere dayanan diğer

araştırmalarda ise bu oran %9-19 arasında görülmektedir (Stunkard, Berkowitz, Tanrikut ve ark., 1996).

Yapılan araştırmalarda, tıknırcasına yeme bozukluğunun Amerika'da görülme sıklığının %3'ten düşük olduğu ancak obezite oranının artmasıyla tıknırcasına yeme bozukluğunun sıklığının da arttığı görülmektedir (Yanovski, 1999). Obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı arasında doğrusal bir ilişki olduğu, bu araştırmalarla desteklenmektedir. Yine tıknırcasına yeme bozukluğu görülme sıklığının Bulimia ve Aneroksiya Nervozadan daha yaygın olduğu görülmektedir (Yanovski, 1993; Fitzgibbon, 1998).

Ayrıca diyabet hastalarında tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı da incelenmiştir. Tip 2 diyabet hastalarının incelendiği bir araştırmada, hastaların %10'unda tıknırcasına yemeye karakterize olan yeme bozukluğu grlmştir (Herpertz ve ark., 1998; Herpertz ve ark., 2000). Bu çalışmada tıknırcasına yemenin, tip 2 diyabetten önce başlayan obezitede etkin olduğu belirtilmektedir. Bir başka çalışmada, Tip 2 diyabet hastalarında %5.7 oranında tıknırcasına yeme bozukluğu olduğu ve bu hastaların çoğunda tıknırcasına yemenin, diyabetten önce geldiği tespit edilmiştir (Mannucci ve ark., 1997). Tip 1 diyabet söz konusu olduğunda ise Tip 2 diyabet hastalığında grldğu gibi yeme bozukluklarında bir artış tespit edilmemiştir (Nielsen ve Molbak, 1998).

Ülkemizde tıknırcasına yeme bozukluğuyla ilgili çalışmalar çok azdır ve bu çalışmalardan birisinde, diyet kliniklerine başvuran obezlerde tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı %23 olarak bulunmuştur (zbey ve ark., 1999). Üniversite ğrencileri arasında yapılan bir tarama çalışmasında ise tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı %23.1 olarak ifade edilmiştir (Kızıltan ve ark., 2005). Bu çalışmada, erkeklerde tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı %14.2 iken kadınlarda %8.9 bulunmuştur.

2.5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Etiyolojisi

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun doğası ve nedenleri çok fazla bilinmemekte olup neden ve risk faktörlerine ilişkin birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalardan en geniş kapsamlısı, Fairburn ve arkadaşlarının (1998) yaptığı, tıkınırcasına yeme bozukluğu, bulimia nervoza ve obezitenin oluşumunda risk faktörlerinin araştırıldığı retrospektif (geçmişe dönük) bir çalışmadır. Bu çalışma sonucunda, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında, obeziteye yatkın oldukları, görünüşleri ve yeme davranışları hakkında olumsuz yorumlara maruz kaldıkları, patolojik düzeyde mükemmeliyetçi oldukları ve kendilerine bakış açılarının olumsuz olduğu saptanmıştır. Ayrıca tıkınırcasına yeme bozukluğu olanlar diğer psikiyatrik bozukluğu olan bireyler ile karşılaştırıldığında da görünüş, kilo ve yeme konusunda daha fazla olumsuz yorumlara maruz kaldıkları ve çocukluk obezitelelerinin daha sık görüldüğü bulgusu elde edilmiştir.

Fairburn (1998) bu çalışmadan yola çıkarak yeme bozukluklarının nedenlerini açıklamaya yönelik bir bilişsel model geliştirmiş ve bu modele göre, kişinin yemesini kısıtlaması sonucu tıkınırcasına yeme ortaya çıkmaktadır. Modelde, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin, katı diyet kurallarının olduğu ve bu diyetler kaçınılmaz bir şekilde bozulduğunda kişinin bu girişimini özdenetim eksikliği olarak değerlendirdiği iddia edilmektedir. Kısıtlayıcı diyetlerin fizyolojik ve psikolojik etkileriyle birlikte kişide kontrol kaybı hissi yarattığı ve bunun sonucunda da aşırı yeme nöbetlerinin ortaya çıktığı ileri sürülmektedir.

Diğer araştırmalarda da benzer şekilde tıkınırcasına yeme için diyetin bir “ön koşul” olduğu ve kilo verme gayretlerinin tıkınırcasına yemeyi şiddetlendirebileceği iddia edilmiştir (Garner ve Wooley, 1991; Polivy ve Herman, 1985; Marcus ve ark., 1988).

Polivy ve Herman (1985), tıkınırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nervozada tıknma davranışı bulunduğu için tıkınırcasına yemenin başlangıcında diyetin olduğu kanısına varmışlardır. Bulimia nervozası olan kişiler, tıknmalar sonrasında kilo almayı engellemek amacıyla laksatif

kullanırlar veya kusarlar. Ancak tıknırcasına yemesi olan kişiler bu telafi davranışlarını göstermezler, bunun yerine yiyecek alımlarını kısıtlarlar, böylece katı diyetin sürmesiyle birlikte tıknıma davranışı tekrar eder. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişiler kilosunu aşırı kontrol etmeye çalıştıkça stres, suçluluk, utanç ve değersizlik duyguları yaşarlar. Polivy ve Herman (1985) bir başka çalışmada ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin kendilerini değerlendirmelerinde, vücut şekli ve ağırlığının önem kazandığını ve benlik saygılarını vücut şekli ve ağırlığına bağlı olarak olumsuz değerlendirme eğilimleri olduklarını öne sürmektedirler. Yapılan katı diyetler ve benlik saygısının azalması ile birlikte kişinin yaşadığı stres sonucunda da tıknırcasına yemenin ortaya çıktığı iddia etmektedirler.

Tıknırcasına yeme bozukluğunda diyetin bir ön koşul olmadığına dair bulgular sunan karşıt görüşteki bazı araştırmalara bakıldığında çoğu hastada bulimia nervosa söz konusuysa diyetten sonra tıknırcasına yeme başlamaktadır (Mussell, ve ark., 1996; Marcus ve ark., 1995; Haiman ve Devlin, 1999). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde ise diyetten önce tıknırcasına yeme başlamaktadır (Grilo ve Masheb, 2000; Abbott ve ark., 1998; Spurrell ve ark., 1997; Mussell ve ark., 1997). Diyet, tıknırcasına yeme bozukluğunun etiyojisinde rol oynar gibi görünmekle birlikte bu araştırmalar diyetin bulimia nervozada olduğu gibi tıknırcasına yeme bozukluğunun başlangıcında önemli bir etken olmadığını göstermektedir (Howard ve Porzelius, 1999). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişiler diyet yaptığı için değil, tıknırcasına yediği için diyete başlamaktadır (Abbott ve ark., 1998). Tıknırcasına yemenin diyetten önce başladığı kişilerde tıknırcasına yeme, obeziteye götüren birincil semptom gibi görünmektedir. Obezite, tıknırcasına yemenin başlamasından birkaç yıl sonra gelişmektedir (Haiman ve Devlin, 1999; Mussell ve ark., 1995).

Tıknırcasına yeme bozukluğunun etiyojisine açıklama getiren bir diğer görüş ise kaygı bozuklukları ve tıknırcasına yeme arasında benzer bir mekanizmanın olduğudur. Salkovskis'e (1991) göre kaygılı kişiler, katastrofik durumun yol açtığı korkuyu önleme ve kontrolü sağlama amacıyla başetme davranışlarına yönelirler. Ancak kısa vadede bu davranışlar, kaygıyı azaltırken

uzun vadede kaygının korunmasına yol açmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin kaygının azalmasını sağlama amacıyla aşırı yeme gibi engellenme ile baş etme davranışına yöneldiklerini iddia etmektedir.

Fairburn ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları bir diğer çalışmada yeme bozukluğu olan kişilerin anksiyete ile baş etmede güçlük çektiklerini ileri sürmüşlerdir. Baş etmenin yetersiz kalması sonucunda hastaların duygudurumunu düzenleyici bir davranışa yöneldiklerini ancak bu davranışların alkol kullanımı, kendine zarar verme ya da uygun olmayan yeme davranışı (tıkınma) gibi uyumsuz davranışlar olduğunu ifade etmişlerdir. Uzun süre devam eden bu davranışların, olumsuz duygulara ve engellenme ile baş etme davranışının tekrarına ve pekişmesine yol açtığını iddia etmektedirler.

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun risk faktörlerine ilişkin bir açıklama getiren Heatherthorn ve Baumeister (1991)'in Kaçınma modeline göre, birey, olumsuz duygulardan kaçınmak için tıkınırcasına yeme davranışına istekli bir şekilde yönelmektedir. Bu modelde tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişilerin; aşırı derecede kendilerini eleştirdikleri, başarıya yönelik aşırı ve katı standartlara sahip oldukları, bu standartları gerçekleştiremediklerinde kendilerini başarısız ve ideallerinden vazgeçmiş olarak algıladıkları ve kendileriyle ilgili olumsuz değerlendirmeler yaptıkları belirtilmiştir. Kişinin; olumsuz benlik algısının yarattığı üzüntü veya endişe vb. duygulardan kaçınma amacıyla, çevresel uyaranlara odaklandığı ve zihinsel işlemlerle düşük seviyede meşgul olduğu belirtilmiştir. Böylelikle benlikle ilgili olumsuz bir değerlendirme yapılmamakta ve olumsuz duygulardan geçici olarak kaçınılmaktadır. Ancak kaçınma devam ettiğinde, yüksek düzeyde olumsuz bir çıkarım ve yasaklama gibi bilişsel fonksiyonlara yol açmaktadır.

Cooper (1988), tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınma ve yeme davranışlarını kontrol altında tutmayı, şişmanlamaya karşı bir engellenme ile baş etme davranışı olarak kullandıklarını ancak yüksek kalorili yiyeceklerden mahrum kalmanın da tıkınma davranışının oluşmasında etkili olduğunu öne sürmektedir. Cooper ve arkadaşları 2000 yılında yaptıkları bir çalışmada da, yeme bozukluğu olan

kadınların sürekli tartılarak vücut ağırlığını kontrol etmeyi, aşırı yeme ve fazla kilolu olmaya karşı bir diğer engellenme ile baş etme davranışı olarak kullandıklarını belirtmişlerdir.

Bulimia nervozada ortaya çıkan tıknmaların %69'unun yüksek kalorili yiyeceklerden oluştuğunu ortaya koyan Kales (1990), yeme bozukluğu olan ve kısıtlı miktarlarda yiyen kişilerin yeme üzerindeki kontrol kaybı hissini yaşamalarının, tıknma davranışına yol açtığını vurgulamıştır.

Shafran ve arkadaşları (2003), yeme bozukluğu olan bireylerin tartılmaktan kaçınma, bol elbiseler giyerek bedenlerini gizleme gibi davranışlar sergilediklerini ve bu davranışların da şişmanlama korkularından uzaklaştırdığını, bu kaçınma davranışlarının bir engellenme ile baş etme davranışı olup uzun vadede anksiyeteyi koruduğunu iddia etmektedirler. Fairburn ve Harrison (2003), tıknırcasına yemenin olumsuz duyguyu kısa bir süre hafiflettiği ama aynı zamanda vücut şekli ve kilo ile ilgili kaygıları harekete geçirip pekiştirdiğini öne sürmektedir.

Olumsuz benlik algısının azaltılması amacıyla tıknırcasına yemenin doğrudan bir yol olduğu iddia edilen Engellenme modelinde ise, aşırı yeme işlevinin, olumsuz duyguları azaltma ve engelleme olduğu belirtilmektedir. Bu modele göre yetersiz baş etme becerileri; kişilerarası ilişkilerde bozulma, kontrol kaybı ve yetersizlik duygularına yol açmakta, bireyin kendisini eleştirmesiyle sonuçlanmaktadır. Ayrıca çevresel stres faktörleri doğrultusunda kişilerin diyet yapmaya teşvik edilerek, beden şeklinin değişimiyle birlikte benlik saygısını arttırmaya çabaladıklarını, ancak bu katı ve kısıtlayıcı diyetlerin kişiyi tıknma ve kusma davranışına yatkın hale getirdiği iddia edilmektedir. Lacey (1986), aşırı yeme ve kusma davranışının istendik bir davranış olmamasına karşın devam etmesini ise kişilerin bu davranışları kaygı, endişe ve üzüntü gibi olumsuz duyguları azaltmak için kullanmayı keşfetmiş olmalarına bağlamaktadır. Bir diğer çalışmada ise bulimia nervozaların tıknma ve kusmayı olumsuz duygulardan kurtulmak için kısa süreli ve geçici bir anestezi etkisi gibi kullandıkları iddia edilmektedir (Vanderlinden ve Vandoreycken, 1997).

Root ve Fallon (1989) yaptıkları çalışmada, Lacey (1986)'in Engellenme modelini destekleyen bulgular elde etmiştir. Root ve Fallon'a (1989) göre tıknımalar, stres ve gerilim ile baş etme yöntemidir ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişiler, alternatif baş etme becerilerinde yetersizdir. Bu çalışmada, Vanderlinden ve Vandoreycken (1997)'in çalışmasına benzer bir sonuç elde edilmiştir. Schulman (1991) çalışmasında tıknıma davranışı ile bölünme savunma mekanizmasını karşılaştırmış ve her ikisinin de olumsuz duyguları engelleme görevini üstlendiğini iddia etmiştir. Engellenme modeline göre tıknırcasına yeme bozukluğu olan kişinin, baş etme yollarının yetersiz olduğu ve kontrol kaybı hissini yaşadığı durumlarda, olumsuz duygulardan ve olumsuz benlik algısından geçici olarak tıknımanın bir uzaklaşma şekli olduğu belirtilmektedir.

2.6. Genetik Etkiler

Tıknırcasına yeme bozukluğunun ortaya çıkmasında genetik faktörlerin katkısı henüz tam olarak bilinmemektedir. Reichborn ve arkadaşlarının (2004), 3.810 norveçli ikizden oluşan bir örnekleme yaptıkları çalışmada, kalıtımın etkisi %41 olarak bulunmuştur. Bulik ve Sullivan'ın (1998) çalışmasında da tıknırcasına yeme bozukluğunun orta derecede kalıtımsal bir özellik taşıdığı bulunmuştur. Bulik ve arkadaşları tarafından (2003) ikizlerle yapılan çalışmada obezite ve tıknırcasına yeme davranışı için kalıtım ve çevresel risk faktörleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada, obezite için güçlü, tıknırcasına yeme için orta derecede genetik geçiş özelliği ve bu iki özellik arasında da düşük seviyede genetik ilişki bulunmuştur.

2.7. Yaş ve Cinsiyet

Bruce ve Agras (1992)'in araştırmasında, tıknırcasına yeme problemi olan bireylerin tıknırcasına yeme problemi olmayan obezlerden daha genç oldukları bulunmuştur. Ancak bulimikler ile karşılaştırıldığında ise tıknırcasına yiyen obezlerin bulimiklere göre yaş ortalamalarının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur (Zwan ve ark., 1992).

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun cinsiyet farklılıklarına ilişkin az sayıda araştırma mevcuttur ve bu araştırma sonuçlarına göre kadınlarda tıkınırcasına yeme bozukluğu erkeklere göre daha fazla görülmektedir (Spitzer ve ark., 1993; Wilson ve ark., 1993). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan erkekler beden algısı, yeme davranışı ve olumsuz duygulanım açısından kadınlara göre farklılık göstermemekle birlikte madde kötüye kullanımı bakımından karşılaştırıldıklarında kadınlara göre daha fazla madde kullandıkları görülmüştür. Ayrıca kadınların zayıf olmak için erkeklere göre daha fazla çaba harcadıkları bulunmuştur. (Barry ve ark., 2002; Lewinsohn ve ark., 2002; Striegel-Moore ve ark., 1998; Tanofsky ve ark., 1997)

2.8. Etnik Etkiler

Striegel-Moore ve ark. (2003) ulusal sağlık çalışmalarına katılan kadınlar üzerinde yaptıkları bir çalışmada, tıkınırcasına yeme bozukluğuna beyaz kadınlarda siyahi kadınlardan daha fazla rastlanmıştır. Pike ve ark. (2001)'nin çalışmasında tıkınırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığı siyahi ve beyaz kadınlar arasında farklılık göstermiştir (Pike ve ark., 2001). Bu çalışmada Striegel-Moore ve ark. (2003)'nin çalışması ile çelişen bulgular elde edilmiş olup, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nervozası olan siyahi kadınların beyaz kadınlara göre daha sık ve şiddetli tıkınırcasına yeme problemi yaşadıkları, vücut ağırlıkları ve şekilleriyle daha fazla ilgilendikleri ortaya çıkmıştır. Bu bulgu, Smolak ve Striegel-Moore (2001)'un çalışma bulgularını desteklemektedir. Fitzgibbon ve ark. (1998) çalışmasında ise Latin Amerikalı kadınlarda beyaz kadınlara göre daha fazla tıkınırcasına yeme problemi olduğunu bulmuştur.

2.9. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Psikopatoloji

Son on yıl içindeki çalışmalar göstermektedir ki tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler obez popülasyonun belirgin bir alt grubunu oluşturmakta ve tıkınırcasına yemeyen obez kişilere göre daha fazla depresyon, anksiyete, madde kullanımı ve kişilik bozukluğu gibi psikolojik sıkıntı yaşamaktadır (Schwartz ve Brownell, 2003).

Mussell ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada, obezite tedavisi gören ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan kadınların tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obez kadınlara göre daha fazla psikopatoloji gösterdikleri saptanmıştır.

Telch ve Stice (1998)'in çalışmasında ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlere göre iki kat daha fazla depresyon tanısı aldıklarını bulmuşlardır. Benzer bir çalışmada ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin %51'inde major depresyon görülürken tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlerde bu oran %14 olarak saptanmıştır.

Yanovski ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin, obezlere göre altı kat major depresyon ve iki kat daha fazla distimi tanısı aldıkları bulunmuş olup, tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin düşük benlik saygısı ile yüksek depresyon puanlarına sahip oldukları görülmüştür.

Araştırmalarda tıknırcasına yeme bozukluğunun anksiyete bozuklukları ile ilişkisine bakıldığında ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezler ile tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Yanovski ve ark., 1993). Bir başka çalışmada ise obsesif kompulsif bozukluk, post travmatik stres bozukluğu, fobik bozukluklar ile tıknırcasına yeme bozukluğu ve obezite ilişkisi incelenmiş ancak tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerle, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Telch ve Stice, 1998). Bu çalışmalar göstermektedir ki tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezler, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlerle karşılaştırıldığında anksiyete bozukluklarından ziyade daha çok depresyon tanısı almaktadırlar.

Tıknırcasına yeme bozukluğunun diğer psikopatolojilerle ilişkisinin incelendiği bir çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin %9'unda "çekingen kişilik bozukluğu" bulunmuştur (Yanovski ve ark., 1993). Bu çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlerde çekingen

kişilik bozukluğuna rastlanmamış olup, Telch ve Stice'in (1998) yaptıkları araştırma sonucunu desteklemektedir. Telch ve Stice'in (1998) araştırmasında tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin %17'inde çekingen kişilik bozukluğu görülürken, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlerde hiç görülmemiştir.

Madde kullanımı ve yeme bozuklukları ile dürtüsel davranışlar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada tıknırcasına yeme davranışının, dürtüsellik ve kurallara uymakta güçlük çekme gibi davranış problemleriyle ilişkili olduğu ve bu davranışların da madde kullanımıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Strober ve ark., 1996).

Sınır kişilik bozukluğu ile tıknırcasına yeme bozukluğu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerde, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlere göre sınır kişilik bozukluğuna daha fazla rastlanmıştır. Araştırmacılar, sınır kişilik bozukluğunda gergin ve tutarsız kişilerarası ilişkilerin olması ve dürtüsellik gibi tanı ölçütlerinin tıknırcasına yeme bozukluğu ile benzerlik gösterdiğini, bu nedenle her iki bozukluğun birlikte görülme sıklığının yüksek olduğunu savunmaktadırlar. (Yanovski ve ark., 1993; Specker ve ark., 1994; Telch ve Stice 1998).

Tüm bu araştırma bulguları, tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin, tıknırcasına yemeyen obezlere göre daha yüksek derecede psikopatoloji gösterdiklerini öne sürmektedir. Bu bulgular ışığında tıknırcasına yeme bozukluğunun varlığı, obezitede tıbbi ve psikiyatrik hastalıkların belirleyicisi olduğu söylenebilir.

2.10. Tıknırcasına Yeme Bozukluğunun Tedavisi

Tıknırcasına yeme bozukluğunun psikolojik tedavisinde kullanılan ve araştırma bulgularıyla en çok desteklenen tedavi bilişsel-davranışçı tedavidir. Bilişsel ve Davranışçı tedaviler sonrasında tıknırcasına yeme sıklığını ve psikopatolojinin azaldığını tespit eden bir çok araştırma mevcuttur (Wilson ve Smith, 1987; Fairburn ve ark., 1991; Smith ve ark., 1992; Agras ve ark., 1994; Agras ve ark., 1997; Wilson, 1999; Nauta ve ark., 2000).

Kilo verme programları ile bilişsel ve davranışçı tedavinin birlikte uygulandığı bir çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğundaki nöbet sayısı %68 oranında azalırken, tedavi sonucunda katılımcıların %40'ında ise tıknırcasına yeme nöbetlerinin kaybolduğu bulunmuştur (Eldredge ve ark., 1997).

Bilişsel davranışçı tedavinin kişilerarası ilişkiler tedavisiyle karşılaştırıldığı bir çalışmada, kişilerarası ilişkiler tedavisi, bilişsel davranışçı tedavisi kadar etkili bulunmuştur (Wilfley ve ark., 1993).

Tıknırcasına yeme bozukluğunun ilaç tedavisinde, selektif seratonin ve norepinefrin yeniden alım inhibitörleri, obezite karşıtı ilaçlar ve antikonvülzanların etkili olduğuna dair deneysel bulgular mevcuttur (Pull, 2004). Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte antidepresanların serotonerjik sistem üzerinde etki gösterdiği düşünülmüştür. Antidepresanlar, tıknırcasına yeme nöbetleri ve genel psikiyatrik belirtileri azaltmakta fakat aşırı diyet uygulaması ve kilo-beden ile ilgili tutumlar değişmemektedir (Fairburn, 1993).

3. PSİKOBİYOLOJİK MODEL

3.1. Kişilik, Karakter ve Mizaç Kavramları

Kişilik, mizaç ve karakter birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç, kalımsal olarak geçen ve yaşam boyunca çok az değişen, algılara bağlı huy ve becerileri yansıtan, yapısal özelliklerdir. Karakter, çevrenin ve eğitimin etkisi altında gelişmiş, öğrenilmiş tutumları yansıtır ve zamanla değiştirilebilecek özellikler ile kavramlara dayalı amaçlar ve değerlerdeki bireysel farklılıkları içerir (Köse ve ark., 2004). Mizaç, doğduğumuzda mevcut duygusal eğilimlerimizi ifade ederken, karakter özellikleri, çocukluk döneminde ebeveyne bağlanmayla başlayan nesne ilişkilerindeki bireysel farklılıkları, çocuklukta bunların farklılaşması ve hayat boyunca adım adım olgunlaşması durumunu yansıtır. Mizaç korku ve kızgınlık gibi basit duyguları içerirken, karakter bir amaca yönelik karar, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil duyguları içermektedir (Sadock,

2007). Kişilik ise, genetik olarak gelen mizaç ve sonradan elde edilmiş karakterin birleşmesi olarak tanımlanmaktadır (Köse, 2003).

3.1.1. Kişilik

Kişilik, davranışın birçok bileşeninde kişileri birbirinden büyük ölçüde ayıran ve birçok potansiyel yaşam stilinden yalnızca birini gösteren karmaşık ve biricik bir sistemdir. Kişiliğin hemen hemen tüm tanımları işlevseldir (Arkar, 2004).

Allport kişiliği, kişinin çevresine biricik uyumunu belirleyen psikofiziksel sistemlerin, kişi içindeki dinamik organizasyonu olarak tanımlamaktadır (Akt. Öksüz, 2011). Allport'un kişilik kuramında, bireyi grup normlarına göre ya da kendi içinde inceleme, işlevsel otonomi ve benlik gibi kavramlar yer almaktadır.

Murray'a göre kişiliğin temeli psikolojik kökenli gereksinimlerdir (Akt., John, Robins ve Pervin, 2008). Bir gereksinim, gereksinim hiyerarşisindeki yerine ve içinde bulunulan duruma göre kişinin davranışını etkilemektedir.

Eysenck (1990) kişilik boyutlarını, bireyler arasında farklılaşma nedenini doğuştan gelen merkezi sinir sistemindeki işleyiş farklılıklarına bağlamaktadır ve beyindeki retiküler aktive edici sistemin bireysel farklılıkların etkili olduğu bir biçimde çalışması, bireylerin uyarılmalarındaki artışın farklılaşması ile de yakından ilgili olduğunu belirtmektedir. Kişiliğin farklılık gösterme nedenini beyin, sinir sistemi ve hormonların farklı düzeyleri ile açıklamaktadır.

Yapısal bakış açısına sahip birçok yazar, kişiliğin mizaç, karakter ve zekadan oluştuğunu iddia etmektedir (Akt., Arkar, 2004). Mizaç, kişiliğe biyolojik katkıları; karakter, sosyal ve kültürel katkıları yansıtırken zeka ise hem doğuştan hem de sosyal özelliklere katkıda bulunmakta ve tüm kişilik işlevlerini düzeltmektedir. Kişiliğin temel işlevleri, hissetmek, düşünmek ve algılamak ve bunları amaca yönelik davranışlara çevirmektir.

3.1.2. Mizaç

Mizaç yaratılış, huy anlamında kullanılmaktadır. Duygulanımdaki kalıtsal yanlılıklar yani uyarılar karşısında doğuştan, yapısal olarak belli bir şekilde tepki gösterme eğilimidir (Özdemir, 2005; Sadock ve Sadock, 2007). Bu tepkiler genellikle otomatikleşmiş davranış özellikleri taşımakta, erken yaşta gözlenebilmekte ve nispeten tüm hayat boyunca devam eden alışkanlıklara temel oluşturmaktadır (Sadock ve Sadock, 2007). Bir diğer deyişle mizaç; gelişimsel olarak sabit olan, duygusal temelli ve sosyokültürel öğrenmeden etkilenmeyen kişilik bileşenidir (Goldsmith ve ark., 1987). Bununla birlikte mizaç, farklı kültür ve etnik yapılarda yapısal olarak tutarlıdır (Cloninger ve ark., 1991; Svračić ve ark., 1992).

3.1.3 Karakter

Karakter, kişinin çocukluktan itibaren kullandığı savunma mekanizmalarının, mizaç eğilimlerine, çevresel etki ve değişimlerine uyumunun bir sonucudur. Kalıtsal yanı daha azdır ve sosyokültürel öğrenmeden kısmen etkilenir (Haan, Millsap ve Hartka, 1986). Karakter, yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal açıdan bireyin kendini yönetebilmesi olarak tanımlanabilmekte ve kişiliğin çekirdek kavramı olarak görülmektedir. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıklarını içermektedir (Sadock ve Sadock, 2007).

3.2. Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli

Cloninger (1987; 1993) kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik model geliştirmiştir. Kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal-anormal varyasyonları açıklayan bu boyutsal modelde; mizaç, duygulara dayalı becerilerin ve alışkanlıkların bütünleştirilmesinin altında yatan duyumsama, bağlantı kurma ve motivasyon süreçlerine, karakter ise kavramsal öğrenmeye dayanan sembolizasyon ve soyutlaştırma süreçlerine karşılık gelmektedir. Bu kişilik modeli, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları varsayılan Yenilik arayışı (YA) (Novelty Seeking), Zarardan kaçınma (ZK) (Harm Avoidance), Ödül

bağımlılığı (ÖB) (Reward Dependence) ve Sebat etme (SE) (Persistence) olarak dört mizaç boyutunu içermektedir. Ayrıca yetişkinlikte olgunlaştıkları, kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan Kendini yönetme (KY) (Self-directedness), İşbirliği yapma (İY) (Cooperativeness) ve Kendini aşma (KA) (Self Transcendence) şeklinde üç karakter boyutunu da içermektedir (Arkar, 2010).

Psikobiyolojik modelin mizaçta yer alan yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme boyutları kişinin tehlike, yenilik ve değişik ödül tiplerine karşı verdiği otomatik tepkinin altında yatan kalımsal farklılıklar olarak tanımlanmaktadır. Cloninger (1987; 1993) tanımladığı bu dört mizaç özelliğini yine dört temel duygu ile aşağıdaki şekilde ilişkilendirmektedir;

1. Yenilik arayışı-Öfke
2. Ödül bağımlılığı-Bağlanma
3. Zarardan kaçınma-Korku
4. Sebat etme-Hırs

Bu özellikler, çocukluğun erken dönemlerinde gözlenmektedir ve zaman içinde değişmemekte, ergen ve erişkin davranışlarını orta derecede öngörebilmektedir. Bu dört boyutun genetik olarak homojen ve büyük oranda diğerlerinden bağımsız bir kalıtım sergilediği yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (Sadock, 2007).

Yenilik arayışı, yenilik, tehlike, ceza ve ödül'e yanıt olarak öğrenmedeki bireysel farklılıklara göre tanımlanmaktadır. Yeniliğe yanıt olarak araştırmacı aktivite, dürtüsel karar verme, ödül alma olasılığı belirlediğinde, aşırılık, taşkınlık, kolay sinirlenme ve engellenmeden kaçınma gibi davranışların başlamasında ve etkinleşmesindeki bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak görülmektedir. Yenilik arayışı, Keşfetmekten heyecan duyma- Kayıtsız bir katılık (Exploratory excitability vs Rigidity), Dürtüsellik – İyice düşünme (Impulsiveness vs Reflection), Savurganlık – Tutumluluk (Extravagance vs Reserve) ve Düzensizlik – Düzenlilik (Disorderliness vs Regimentation) olmak üzere dört alt boyuttan oluşan bir mizaç boyutudur (Cloninger, 1987).

Yenilik arayışı ortalamadan yüksek olan bireyler, dürtüsel (impulsive), araştırmacı, kararsız, çabuk fikir değiştiren, kolay heyecanlanıp çabuk tahrik olabilen, kolay sinirlenen ve hiddetlenen, müsrif, düzensiz ve doyumunu ertelemekte güçlük yaşayan kişiler olarak karakterize edilmektedir (Arkar, 2004). Yeni ilgilere çabuk girerler ancak detayları ihmal etme eğilimindedirler, çabucak ilgileri kaybolur ve sıkılırlar, çok kolay biçimde provoke edilip, kavgaya hazır hale gelebilirler. Yenilik arayışı ortalaması düşük olan bireyler ise yeni ilgilere çok yavaş bir şekilde ilgilenir, zihni çok daha dar, odaklandıkları detaylarla meşgul olur ve karar verirken çok fazla düşünürler.

İkinci mizaç boyutu olarak Zarardan kaçınma, gelecekte olabilecek sorunlar için kötümser endişeler, belirsizlik korkusu, yabancılardan utanma gibi pasif kaçınan ve kolayca yorulma gibi davranışların ketlenmesinde veya durdurulmasında bir kalıtsal yanlılık, eğilim olarak tanımlanmakta ve serotonin düzeyindeki değişimle ilgili olduğu öne sürülmektedir.

Zarardan Kaçınma, Beklenti endişesi-Sınırsız iyimserlik (Anticipatory worry vs Optimism), Belirsizlik korkusu –Güven (Fear of uncertainty vs Confidence), yabancılardan çekinme- Topluluğu sevme (Shyness vs Gregariousness), Çabuk yorulma-Dinçlilik (Fatigability and Asthenia vs Vigor) olmak üzere kendi içinde dört alt boyuttan oluşmaktadır (Cloninger, 1987).

Zarardan kaçınmada ortalamadan yüksek olan bireyler, ihtiyatlı, tedbirli, gergin, vesveseli, korkak, utangaç, kolayca yorulan bireyler olarak karakterize edilmektedir. Zarardan kaçınması ortalamadan düşük olan bireyler, kendinden emin, rahat, iyimser, hiçbir şeyi dert edinmeyen, sempatik ve enerjik bireylerdir. Zarardan aşırı kaçınmanın uyumsal faydası, tehlike olasılığı olduğu zaman, ihtiyatlılık ve dikkatli planlama yapabilmektir. Zararı ise, zarar görme olasılığı olmadığı zamanlarda da zarar beklentisi içinde olmaktır ki bu durum, uyum bozukluğuna ve kaygıya neden olmaktadır. Yüksek zarardan kaçınma, kişileri anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısına yatkın hale getirir. (Arkar, 2004).

Ödül bağımlılığı, davranışı sürdürme sistemi ile ilişkili olan ve duygusallık, sosyal bağlanma, başkalarının onayına bağımlılık ile kendini gösteren bir diğer mizaç boyutudur. Bu boyutun, nöroadrenalin düzeyindeki değişimlerle ilgili olduğu öne sürülmektedir.

Ödül bağımlılığı, üç alt boyuttan oluşan bir mizaç boyutudur. Duygusallık-Duyarsızlık (Sentimentality vs Insensitiveness), Bağlanma – Uzak oluş (Attachment vs Detachment), Bağımlılık – Bağımsızlık (Dependence – Independence) alt boyutlarından oluşmaktadır (Cloninger, 1987).

Ödül bağımlılığında ortalamadan yüksek olan bireyler, yardımsever, başkalarını memnun etmeye çok istekli, çalışkan, sempatik, duygusal, sosyal uyarılara duyarlı, ödüllendirme beklentisiyle doyumlarını erteleyebilen bireyler olarak karakterize edilmektedir. Ödül bağımlılığı ortalamadan düşük olan bireyler, ilgisiz, lakayt, duygusal olarak soğuk, pratik, katı, sabit fikirli, seçimlerinden duygusal olarak bağımsız bireylerdir. Para gibi pratik ödüllere yanıt verirler, sosyal pekiştirmenin sözel sinyallerine duyarsızdırlar ve doyum vermeyen ilişkileri, etkinlikleri çabuk sonlandırırlar (Arkar, 2004).

Sebat etme, engellenme ve yorgunluğa karşı kararlılık olan bir kalıtsal eğilimdir. Sebatkar olan bireyler, insanı engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (Köse ve ark., 2004; Sadock, 2007). Sebatkarlığı ortalamadan yüksek olan bireyler, engellenmeyi ve yorgunluğu kişisel bir meydan okuma olarak algılayan ve beklenen ödüle tepki olarak çabalarını yoğunlaştıran, çalışkan, kararlı, hırslı ve başarılı bireylerdir.

Sebatkarlığı ortalamadan düşük olan bireyler, üşengeç, hareketsiz, kararsız ve düzensiz, tembel, güvenilmez, tutarsız olma eğilimindedirler. Bu kişilerin görüşme değerlendirmelerinde ve kendilerini değerlendirdikleri (self-report) boyutlarda tutarsız oldukları gözlenmiştir. Ödül alma olasılığı belirtildiğinde dahi o iş üzerinde nadiren çabalarlar. Bu kişiler bir işi yapmak için nadiren gönüllü olurlar ve tipik olarak bir işe başlama konusunda yavaşlırlar. Engellenme veya eleştiriyile karşılaştıklarında, yorulduklarında, kolaylıkla

vazgeçme eğilimindedirler ve genellikle elde ettikleri başarılarıyla tatmin olurlar, daha iyisini yapmak için çabalamazlar (Cloninger, 1987; Köse, 2003; Arkar, 2004).

Mizaç özelliklerine ilişkin boyutlar ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye bakılmış ve Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Mizaç boyutları ve Kişilik özellikleri.

MIZAÇ BOYUTU	KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ	
	YÜKSEK PUANLAR	DÜŞÜK PUANLAR
YENİLİK ARAYIŞI	Araştırmacı Dürtüsel Savurgan Çabuk sinirlenen	Çekingen Temkinli Tutumlu Sabırlı
ZARARDAN KAÇINMA	Kötümser Korkak Utangaç Yorgun	İyimser Cesaretli Dışa dönük Enerjik
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	Duygusal Samimi Candan Sevecen	Ayrık Soğuk İtici Aykırı
SEBAT ETME	Çalışkan Azimli Tutkulu Mükemmeliyetçi	Tembel Boş vermiş Meraksız Pratik

Cloninger ve arkadaşları (1993) karakter gelişimini, içgörü öğrenmesine ve kendilik kavramlarının yeniden organizasyonuna göre tanımlamakta, mizaçta yer alan kavram öncesi öğrenme yanlılıklarından sonra oluştuğunu ileri sürmektedirler. Ayrıca kişilik modelini kavram temelli karakter özelliklerini içerecek şekilde geliştirmişlerdir.

Arkar (2004)’a göre, içgörü, algının kavramsal organizasyonunu içermektedir ve ilişkilerin idrak edilmesi olarak tanımlanmaktadır. İçgörü öğrenmesi, ani bir kavramsal yeniden organizasyonun sonucu olarak, yeni bir uyumsal yanıtın gelişimini içermektedir. İnsanlarda içgörü öğrenmesi, sözel öğrenmeyi, öğrenme setlerinin veya nasıl öğrenileceğinin kazanılmasını ve davranışsal hedefleri ve beklentileri etkileyen soyut kavramlaştırmaları içermektedir. İnsanlar, algı gibi bazı duygusal girdileri işlerler veya soyut sembollere dönüştürürler. Bunun sonucu olarak, insanlarda uyarım-tepki

karakteristikleri, algılanan uyarımın kavramsal anlamlılığına ve çarpıcılığına dayanmaktadır. Bundan dolayı karakter, kendiliğin farklı kavramlarıyla; kimim, neyim, niçin buradayım gibi bağlantılı yanıt yanlılıklarına göre tanımlanabilir. Davranışı başlatan, sürdüren veya durduran bilinçdışı otomatik yanıtlarımız, başlangıçta mizaç faktörleri tarafından belirlenmektedir ancak kimlik kavramımız tarafından uyarımın anlamlılığı ve çarpıcılığındaki değişikliklerin bir sonucu olarak değişebilmekte ve koşullanabilmektedir. Bu bakış açısından kişilik gelişimi; kalıtsal mizaç faktörleri başlangıçta kendilik kavramlarının içgörü öğrenmesini motive ederler, bunlarda kişinin yanıt vereceği uyarımın anlamlılığını ve çekiciliğini değiştirirler. Bu şekilde mizaç ve karakter gelişimi birbirlerini etkilemektedir ve davranışları motive etmektedir.

Arkar (2004) çalışmasında, kendilik kavramlarının bir kişinin ne ölçüde bir otonom kişi (Kendini yönetme), insanlığın, toplumun entegre bir parçası (İşbirliğine yatkınlık) ve her şeyin bütünlüğünün entegre bir parçası olarak (Kendini aşma) tanımladığına göre farklılaştığını belirtmektedir. Tanımlanan bu karakter özelliklerinin insanın yaşı ilerledikçe benlik kavramları ile uğraşma ya da erişkinlikle gelen kişisel ve sosyal etkinlikler yoluyla olgunlaştığı varsayılır. Karakter özellikleri mizaç bileşenlerinden farklı olarak daha çok kültürel yoldan oluşur (Cloninger ve ark., 1991; Köse ve ark., 2004).

Kendini yönetme bireyin kendini özerk/otonom kişi olarak belirlemesi ile ilgilidir. Kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, kendine anlamlı amaçlar belirlemesi ve sorun çözmede kendine güvenin gelişmesi ile kendini kabullenmesinden oluşur. Kendini yönetmenin temel kavramı 'kendi elindelik' (self determination) ile 'irade'ye (willpower) veya bir insanın, bireysel olarak seçilmiş hedefler ve değerler doğrultusunda davranışını kontrol etme, düzenleme ve adapte etme yeteneğine işaret etmektedir. Arkar (2004), iradeyi kişinin organize olamayan dürtü setleri yerine benliğinin ne ölçüde uyumlu olduğu ve amaçlara sahip oluşu olarak tanımlarken, bireyin amaçları doğrultusunda alternatif tepkiler verdiğini ve bu tepkiler arasında tercih yapabilme yeteneğine sahip olduğunu ve bu yeteneğin bireyi diğer canlılardan ayıran özellik olduğunu belirtmektedir.

Kendini yönetme; kendi içinde beş alt boyuttan oluşmaktadır. Sorumluk alma- Suçlama (Responsibility-Blaming), Amaçlılık-Hedef yönelim eksikliği (Purposefulness-Lack of goal direction), Beceriklilik-Eylemsizlik (Resourcefulness-Inertia), Kendini kabullenme- Kendiyle çekişme (Self-acceptance-Self-striving) ve Aydınlanmış ikinci mizaç -Uygunsuz alışkanlıklar (Congruent Second Nature-Bad Habits) alt boyutlarından oluşmaktadır (Cloninger ve ark., 1993).

Kendini yönetme, bireyin yürütücü işlevlerindeki farklılıkları ölçmektedir ve kişinin ne derecede tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul edebildiği, bireysel açıdan anlamlı bir amaç belirleme ve sorunları çözmede beceri ve güvenin ne kadar geliştiği ile kendini kabullenmeden oluşur (Arkar, 2004).

Kendini yönetmede ortalamadan yüksek olan bireyler iyi organize olmuş, benlik saygıları yüksek, hatalarını itiraf edebilen, kendilerini oldukları gibi kabul eden, yaşamlarının belli bir anlamı ve amacı olduğunu düşünen, hedeflerine ulaşmak için tatminleri erteleyebilen, sorunların çözümünde teşvik edici olan kişilerdir. Kendini yöneten birey; başkalarını ve koşulları suçlamak yerine seçimlerinin sorumluluğunu kabul eder, hedefleri ve amaçlarını bireysel olarak tanımlar, sorunlarını çözmede becerilerine güvenir, kendini kabul eder ve uygun ahenkli alışkanlıkları vardır. Ayrıca otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, gerçekleri kabul edicidir ve görev duygusu olan bir bireydir. Tam tersi kendini yönetmede ortalamadan düşük olan bireylerin benlik saygıları düşüktür ve sorunlarından dolayı başkalarını suçlarlar, belirli bir amacının olmadığını düşünürler, sıklıkla reaktif, bağımlı ve beceriksizdirler (Arnett ve ark., 1993; Arkar, 2004; Köse ve ark., 2004).

Cloninger (1993), psikiyatrik bozukluklarının tanısında kendini yönetmenin değerlendirilmesinin önemini vurgulamakta ve kendini yönetmenin düşük oluşunun kişilik bozukluklarının tüm kategorilerinde en temel karakteristiği olduğunu ileri sürmektedir.

İşbirliği yapma, bireyin diğer insanlara kabul göstermesi, özdeşim kurması yada bencilce saldırganlık ve düşmanlık göstermesi ile bağlantılı olarak karakterin farklı yönlerini tanımlamaktadır. İş birliği yapma kendi içinde beş alt boyuttan oluşan bir karakter boyutudur. Sosyal kabullenme - Hoşgörüsüzlük (Social Acceptance-Social Intolerance), Empati duyma -Sosyal ilgisizlik (Empathy-Social disinterest), Yardımseverlik-Yardımsever olmama (Helpfulness-Unhelpfulness), Acıma -Kincilik (Compassion-Revengefulness) ve Vicdanlılık-Menfaatçilik (Pure Hearted Principles-Selfserving advantages) alt boyutlarından oluşmaktadır (Cloninger ve ark., 1993).

İşbirliğine yatkın insanlar, sosyal olarak hoşgörülü, empatik, yardımsever, merhametli, destekleyici ve prensipli kişiler olarak tarif edilmektedir (Arkar, 2004; Sadock, 2007).. İşbirliğine yatkın olma, sosyal kabul, yardımseverlik, başkalarının haklarına ilgi ve saygıyı kapsamakta ve bunlar birbirleriyle ve olumlu benlik saygısı ile ilişkili görülmektedir. Bu özellikler takım çalışması ve sosyal gruplar için avantajlıdır fakat yalnız yaşamak zorunda olanlar için değildir.

İşbirliğine yatkın olmayan kişiler, dünyayı ve diğer insanları düşmanca ve kendilerine yabancı görme eğilimindedirler, sosyal olarak hoşgörüsüz, diğer insanlara ilgi göstermeyen, yardımsever olmayan, kinci kişilerdir. Tüm dikkatlerini kendilerine verirler, hoşgörüsüz, eleştirel, intikamcı ve fırsatçılardır. Kendilerini başkalarından sakırlar. Diğer insanların haklarına ve hislerine saygı göstermeme eğilimindedirler (Arkar, 2004; Sadock, 2007).

Kendini aşma, bireyin kendisini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algılamasını göstermektedir. Kendini aşma; Kendini kaybetme-Bilinçli yaşama (Creative Self-Forgetfulness-Self-Conscious experience), Kişilerarası özdeşim-Kendini ayırma (Transpersonal identification-Personal identification) ve Ruhani kabul-Rasyonel materyalizm (Spiritual acceptance -Rational materialism) alt boyutlarından oluşan bir karakter boyutudur (Cloninger ve ark., 1993).

Kendini aşma özelliğine sahip kişiler mütevazı, halinden memnun, hoşgörülü, yaratıcı, özverili ve ruhani olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler doğu toplumlarında aydın ve bilge olarak tanımlanırken, batı toplumlarında bu özellik naiflik/saflik olarak tanımlanmaktadır. Bu kişilerin belirsizliğe ve şüpheye karşı toleranslı oldukları gözlenmiştir. Sonucunu bilmedikleri ve kontrolleri dışında gelişen eylemlerden daha fazla keyif almaktadırlar. Kendini aşma seviyesi yüksek olan bireyler, ilerleyen yaşla birlikte kişi için karşılaşılması kaçınılmaz olan acı ve ölümlerle karşılaştıklarında uyum avantajına sahiptirler (Cloninger ve ark., 1993; Köse ve ark., 2004).

Kendini aşma seviyesi düşük olan insanlar gururlu, hoşgörüsüz, yaratıcı olmayan, materyalist, kontrolcü ve gösterişçi olma eğilimindedirler. Şüpheli, belirsiz durumlar, sürprizler karşısında toleranslı değildirler. Bunun yerine her şeyi kontrol etmeye çalışırlar. İddialı, kendini beğenmiş, hiçbir şeyden memnun olmayan kişiler olarak diğer kişiler üzerinde baskı kurmaya çalışırlar. Akılcılık, tarafsızlık ve materyalist başarılar nedeniyle, böyle bireyler batı toplumlarında iyi özelliklere sahip görülmektedir. Bununla birlikte, sıkıntıları, başarısızlıkları, maddi/manevi kayıpları ve ölümü kabullenme güçlüğü çekmektedirler. Bu durum, huzursuzluğa ve özellikle yaşla birlikte artan uyum sorunlarına neden olmaktadır (Cloninger ve ark., 1993; Köse, 2003; Sadock, 2007).

Karakter özelliklerine ilişkin boyutlar ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiye bakılmış ve Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2 : Karakter boyutu ve kişilik özellikleri.

KARAKTER BOYUTU	KARAKTER ÖZELLİKLERİ	
	YÜKSEK PUANLAR	DÜŞÜK PUANLAR
KENDİNİ YÖNETME	Sorumluluk Amaçlılık Beceriklilik Disiplinli Kendini kabullenme	Suçlama Amaçsızlık Pasiflik Disiplinsiz Talepkar
İŞBİRLİĞİ YAPMA	Toleranslı Empatik Yardımseser Merhametli İlkeli	Hoşgörüsüz Duyarsız Bencil Kinci Fırsatçı
KENDİNİ AŞMA	Öngörülü Anlayışlı İtiraz etmeyen Maneviyatçı İdealist	Faydacı Yansız Kuşkucu Materyalist Göreceli

4. MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ İLE TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN İLİŞKİSİ

4.1. Yurtdışında Yapılan Araştırmalar

Tıkınircasına yeme bozukluğu olan bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin incelendiği birçok araştırma mevcuttur. Bu araştırmalarda, Cloninger (1987) tarafından tanımlanan psikobiyolojik modele göre geliştirilmiş olan Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılmıştır. Fassino ve ark. (2002) tarafından Mizaç ve Karakter Envanterinin kullanıldığı bir araştırmada, tıkınircasına yeme bozukluğu olan bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin, bulimia nervozası olan bireylerin mizaç ve karakter özellikleri ile benzerlik gösterdikleri bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre tıkınircasına yeme bozukluğu olan ve kendini yönetmede düşük puan alan bireylerin kişilerarası ilişkilerde zorluk yaşadıkları, yenilik arayışı puanı yüksek olan bireylerin ise dürtüsel davranışlar sergiledikleri görülmüştür.

Mizaç ve Karakter Envanterinin kullanıldığı bir başka araştırmada, kişilik bozuklukları ile tıkınircasına yeme bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelenmiş ve kendini yönetme boyutu ile kişilik bozuklukları arasındaki yüksek düzeyde

ilişki olduğu bulunmuştur (Cloninger ve ark., 1993). Araştırmada, karakter dayanıklılığı olarak tanımlanan kendini yönetme boyutunun, tıknırcasına yeme bozukluğu ve DSM-IV Eksen I'de yer alan kişilik bozukluklarının gelişiminde önemli bir etken olduğu iddia edilmiştir.

Klump ve ark. (2000)'nin çalışmasında, tıknırcasına yeme/çıkarma tipi anorektik bozukluğu olan kadınların, kısıtlayıcı tip anorektik kadınlara göre kendini yönetmede daha düşük puan aldıkları bulunmuştur. Vervaet ve ark. (2004)'nin çalışmasında da benzer bulgular elde edilmiştir. Araştırmada tıknırcasına yiyen anorektik bireylerin yenilik arayışı boyutunda yüksek puan aldıkları, kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma boyutunda ise düşük puan aldıkları görülmüştür.

Farklı yeme bozukluklarıyla birlikte görülen kişilik bozukluklarının yaygınlığının incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, anoreksiya nervozanın tıknırcasına yeme/çıkarma tipinde ve bulimia nervozada, histrionik ve sınır bozuklukları gibi B kümesi kişilik bozuklukları daha çok rapor edilmiştir. Bu çalışmada, mizaç boyutunda yüksek, karakter boyutunda ise düşük puan olmasının, kişilik bozukluğunun görülme sıklığına etki eden bir faktör olduğu belirtilmiştir. Kendini yönetme boyutunda yüksek puan alınması, kendini kabullenme ve kişisel sorumluluklarını yerine getirmede yeterlilik, özerk ve bütüncül bir benliğin algılanmasının yansıması olarak yorumlanmıştır (Cassin ve Ranson, 2005).

Bulik ve Sullivan (1995)'in çalışmasında, diğer araştırma sonuçlarının aksine tıknırcasına yeme bozukluğu ve bulimia nervozası olan bireyler, yenilik arayışı boyutunda düşük puan almışlardır. Bulik ve Sullivan'a göre diğer araştırmalarda yeme bozukluklarına eşlik eden kişilik bozuklukların, özellikle B kümesi kişilik bozukluklarının da birlikte görülmesi araştırma sonuçlarını etkilemektedir.

Lledo ve ark. (2010) tarafından sosyal fobi ve yeme bozukluğu ile mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, sosyal fobisi olan bireylerin, yenilik arayışı boyutunda yüksek puan ve kendini

yönetme boyutunda düşük puan aldığı bulunmuştur. Bu çalışmada yenilik arayışı boyutunda yüksek puan alan ve sosyal fobisi olan bireylerin tıknircasına yeme, alkol-madde kullanımı, kompulsif alışveriş yapma, çalma gibi dürtüsel davranış sergiledikleri belirtilmiştir.

Fassino ve ark. (2001) anoreksiya ve bulimia nervozayı sınıflandırdıkları bir çalışmada, bulimia nevroza ve anoreksiya nervoza hastalarının birbirlerine ve sağlıklı katılımcılara göre farklı mizaç ve karakter özelliklerine sahip oldukları bulunmuştur. Çalışmada, anorektikler yenilik arayışı boyutunda düşük, zarardan kaçınma boyutunda yüksek puan almışlardır. Elde edilen bu bulgu, anorektiklerin davranışlarını baskıladıkları (inhibisyon), anksiyete yaşadıkları ve değişikliklere uyum sağlamakta güçlük çektikleri şeklinde yorumlanmıştır. Bulimia nervoza hastalarından elde edilen sonuçlara bakıldığında ise bulimiklerin yenilik arayışında yüksek, kendini yönetme boyutunda ise düşük puanlara sahip oldukları görülmüştür. Fassino ve ark. (2001) bu bulgu doğrultusunda, bulimiklerin öfke kontrolünde zorlandıkları, dürtüsel, kolay uyarılabilir ve sabırsız davranan bireyler olduklarını öne sürmüştür.

Fassino ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılan bir diğer araştırmada ise mizaç boyutunda tıknircasına yeme bozukluğu olan kişilerin, zarardan kaçınma ve yenilik arayışı boyutunda elde ettikleri puanlar sağlıklı gruba göre yüksek düzeyde anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Yenilik arayışı boyutunda yüksek puan alan bireylerin daha fazla dürtüsel davranışlar sergiledikleri, daha kolay uyarıldıkları, tahammülsüz oldukları ve tıknircasına yemenin dürtüsel davranışlardan biri olduğu öne sürülmüştür. Araştırmada, zarardan kaçınma boyutunda elde edilen yüksek puanlara sahip kişilerin duygudurum bozukluğu gösterdikleri ve bu durumun ise serotonin mekanizmasında değişikliklerle ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. Araştırmanın karakter boyutunda elde edilen sonuçlara bakıldığında da, tıknircasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obezler kendini yönetme ve işbirliği yapma boyutunda düşük puan almışlardır. Fassino ve arkadaşlarına göre karakter boyutunda elde edilen düşük puanlara sahip kişiler, kalıcı olmayan ve dürtüsel davranışlar

sergilemekte, kırılğan bir yapı içerisinde olmakta ve ilişki zorlukları yaşamaktadırlar (Fassino ve ark., 2002).

Cloninger ve ark. (1993)'nın çalışmasında kendini yönetme boyutunda elde edilen puan ile kişilik bozukluklarının arasındaki ilişkinin klinik popülasyondaki seyrinin %60 ila %90 arasında olduğu bulunmuş olup bu oran oldukça dikkat çekmektedir. Bu araştırmada kendini yönetme ve işbirliği yapma boyutlarında elde edilen düşük puanın, kişinin olgunluk düzeyi ve öfkeyle baş edebilmesi ile kişilik bozuklukları ve tıknırcasına yeme bozukluğunun risk faktörleri hakkında iyi bir yordayıcı olduğu öne sürülmüştür.

Grucza ve arkadaşlarının (2007) obezitenin mizaç ve karakter özelliklerini araştırdıkları bir çalışmada, obezite için yüksek yenilik arayışı, düşük sebat etme ve düşük kendini yönetme puanlarının iyi bir gösterge olduğu belirtilmektedir.

Steiger ve arkadaşları (1989) tarafından yapılan bir çalışmada ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin sağlıklı gruba göre yenilik arayışı boyutunda yüksek puan elde etmeleri ve daha fazla dürtüsel davranışlar sergilemeleri, serotonerjik sistemdeki bozulmaya bağlanmakta, dürtü kontrol bozukluğu ve doyma problemi olan hastalar ile benzer özellikler gösterdiklerini iddia etmektedirler. Steiger ve arkadaşlarına göre birey, tıknıma davranışının farkına vardığında kontrolü artırması gerektiğine dair beklenti içerisinde olmakta ve bu durum serotonerjik sisteminin kontrolünü sağlama çabasından kaynaklanmaktadır. Diğer bir deyişle birey aşırı yeme isteğine karşı kendini daha fazla kontrol etme ihtiyacına karşı hazır hale getirmektedir.

Anoreksiya, bulimia nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin mizaç ve karakter özelliklerinin incelendiği farklı araştırmalarda zarardan kaçınma boyutundan elde edilen puanlar, tüm yeme bozukluklarında yüksek, kendini yönetme boyutunda ise düşük bulunmuştur (Brewerton ve ark., 1993; Klump ve ark., 2000). Bu sonuçlara göre farklı yeme bozukluğuna sahip ancak mizaç ve karakter boyutunda benzer özellikler gösteren bireylerin, stres

yaratılan durum ve koşullarda davranışsal engellenme olarak adlandırılan kaçınma, korku ve anksiyete ve depresyon gibi tepkiler verdikleri öne sürülmektedir.

4.2. Türkiye’de Yapılan Araştırmalar

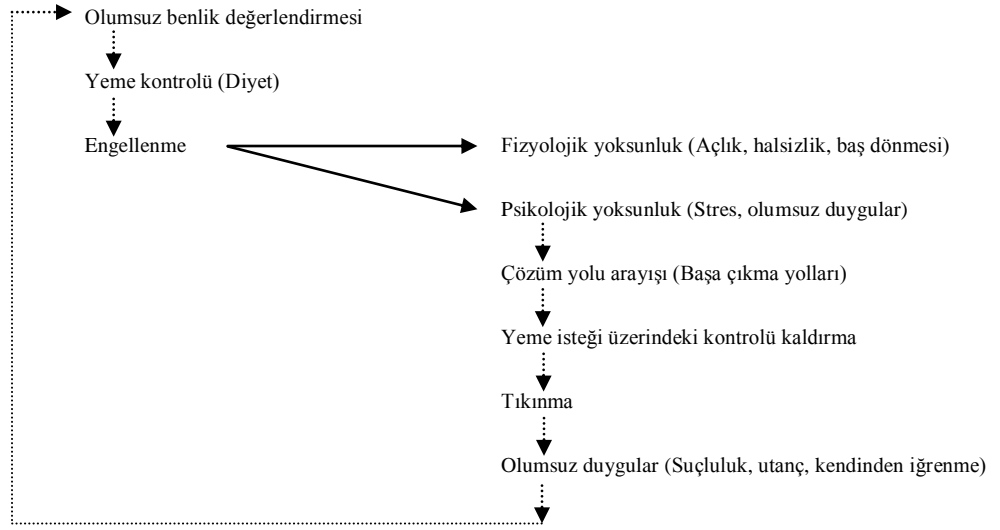
Ülkemizde psikobiyolojik modele göre mizaç ve karakter konulu birçok araştırma yapılmış olup, Köse ve arkadaşları mizaç ve karakteri değerlendirmek üzere 2004 yılında bir çalışma yapmıştır. Bu çalışma sonucuna göre kendini yönetme karakter boyutu, kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşmaktadır. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumlulukları, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusuna sahiptir (Köse ve ark., 2004)

Babayiğit (2007), yaptığı bir araştırmasında, tedavi için başvuran obez kişiler arasında bulunan tıknırcasına yeme bozukluğu grubunun, bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından tıknırcasına yemeyen obez grubundan farklı olduğunu belirtmektedir.

Alanyazın taramasında obezite, tıknırcasına yeme bozukluğu ile mizaç/karakter özelliklerini birlikte ele alan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle de araştırmamızda elde edilen bulgular, daha çok yurtdışında yapılan araştırma bulgularıyla karşılaştırılmıştır.

5. PROBLEM VE HİPOTEZLER

Tıknırcasına yeme bozukluğunun gelişimine açıklama getiren birçok araştırmacı (Herman ve Polivy, 1985; Lacey, 1986; Salkovskis, 1991; Heatherthon ve Baumeister, 1991; Fairburn ve ark., 1998) çeşitli modeller oluşturmuştur. Bu modeller içinde en kabul gören model Engellenme Modeli’dir (Lacey, 1986). Araştırmamızda, Engellenme modeline dayanarak tıknırcasına yemenin meydana gelmesinde aşağıdaki gibi bir sürecin varlığından söz edilmektedir:



Tıkınırcasına yeme bozukluğunun gelişimini açıklayan modellere göre; tıkınırcasına yeme bozukluğu olan birey benlik saygısını, vücut şekli ve kilosuna göre tanımlayıp değerlendirmekte, bu nedenle tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler için vücut şekli ve kilosu çok büyük önem taşımaktadır (Fairburn ve ark., 1998). Zayıf olmak veya kilo kaybetmek odak noktası haline gelmekte, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler, vücut şekli ve kilosunun mutlak kontrol altında tutulması gerektiğine inanmaktadır. Bu düşünce yapısı doğrultusunda birey yeme davranışlarıyla daha fazla meşgul olur ve aşırı katı diyetler yapar. Yapılan katı diyetler, yeme isteğine ket vurmaktadır ve bu ket vurma sonucunda fizyolojik açlık ve psikolojik yoksunluk ortaya çıkmaktadır. Açlık, yaşam stresi, olumsuz duygular ve benlik saygısının azalması ile birey, yeme isteği üzerindeki kontrolü kaldırmaya yönelik bir çözüm yolu arayışına yönelir. Olumsuz benlik algısının oluşturduğu üzüntü veya endişe vb. duygulardan kaçınmak amacıyla birey, çevresel uyaranlara odaklanmakta ve zihinsel işlemlerle düşük seviyede meşgul olmaktadır. Böylelikle benlikle ilgili olumsuz bir değerlendirme yapılmamakta ve olumsuz duygulardan geçici olarak kaçınılmaktadır (Polivy ve Herman, 1985).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler aşırı yemeyi, yeme isteği üzerindeki kontrolü kaldırmaya yönelik bir başa çıkma davranışı olarak kullanmaktadırlar (Heatherthorn ve Baumeister 1991)

Kısa vadede üzüntü, endişe ya da öfke gibi olumsuz duyguların azaltılması çabası ve yeme isteği üzerindeki kontrol ile baş etmeyi sağlayan aşırı yeme davranışı devam ettiğinde yüksek düzeyde olumsuz çıkarım ve yasaklama gibi bilişsel fonksiyonlara ve suçluluk, utanç ve değersizlik gibi duygulara yol açmaktadır. Böylelikle tıknırcasına yeme davranışı uyum göstermeyen ancak tekrarlanan bir davranış olmaktadır (Heatherthorn ve Baumeister 1991).

Tıknırcasına yeme davranışına yol açan bu psikolojik sürecin işleyişinde birey, bir baş etme aracı olarak stres faktörlerinin olumsuz etkilerini en aza indirme ve olumsuz duyguları azaltma amacıyla geliştirdiği tıknırcasına davranışını kullanmaktadır. Bireyin baş etme tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve psikopatoloji gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir. Kısaca; bireye özgü bir nitelik taşımaktadırlar (Holahan ve Moos, 1987). Tıknırcasına davranışını kısa vadede bir baş etme aracı olarak kullanan bu bireylerin baş edebilme tutumlarına etki eden bireysel farklılıklarının ne olduğu merak uyandırmaktadır. Bu nedenle araştırmanın amacı tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin tıknırcasına yemeyen obezlerden mizaç ve karakter özellikleri bakımından farklı olup/olmadığını araştırmaktır.

Bu amaçla aşağıdaki hipotezler sınanacaktır:

1. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınlar, tıknırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınlardan mizaç ve karakter özellikleri açısından anlamlı bir farklılık gösterecektir.

2. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınların mizacın yenilik arayışı boyutunda elde edecekleri puanlar, tıknırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınların elde edecekleri puanlardan anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.

3. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınların mizacın zarardan kaçınma boyutunda elde edecekleri puanlar, tıknırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınların elde edecekleri puanlardan anlamlı düzeyde yüksek olacaktır.

4. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınların mizacın ödöl bağımlılığı boyutunda elde edecekleri puanlar, tıkınırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınların elde edecekleri puanlardan anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

5. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınların mizacın sebat etme boyutunda elde edecekleri puanlar, tıkınırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınların elde edecekleri puanlardan anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınların karakterin kendini yönetme boyutunda elde edecekleri puanlar, tıkınırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınların elde edecekleri puanlardan anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

7. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınların karakterin işbirliği yapma boyutunda elde edecekleri puanlar, tıkınırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınların elde edecekleri puanlardan anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

8. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınların karakterin kendini aşma boyutunda elde edecekleri puanlar, tıkınırcasına yemeyen obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınların elde edecekleri puanlardan anlamlı düzeyde düşük olacaktır.

YÖNTEM VE BULGULAR

6. YÖNTEM

6.1. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini, tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez kadınlar, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obez kadınlar ile obez olmayan sağlıklı kadınlar oluşturmaktadır.

6.1.1. Araştırma Grubu

Bu araştırmanın örneklemini, bir kamu sağlık kuruluşundaki diyet polikliniğine başvuran tıknırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obez kadın hastalar oluşturmaktadır.

Araştırma grubunun oluşturulmasında gerekli ölçütler şunlardır:

- Beden Kitle İndeksinin (BKİ) 30 ve üzerinde olması,
- 18 yaş ve üzerinde olması,
- Kadın olması,
- Son bir yıl içinde herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavi almamış olması,
- Endokrin bir bozukluk tanısı almamış olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

Araştırma grubunu oluşturan obez hastalar, Yeme ve Kilo Örüntülerini Değerlendirme Formundaki (YKÖDÖ) tıknırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütlerine uyanlar (TYB) ve uymayan tıknırcasına yemeyen obezler (TYO) olarak iki gruba ayrılmıştır.

6.1.2. Kontrol Grubu

Araştırmanın kontrol grubunu, sosyodemografik özellikleri bakımından araştırma grubuyla benzer özellikleri taşıyan gönüllü kadınlar oluşturacaktır. Kontrol grubunun seçim ölçütleri şunlardır:

- Beden Kitle İndeksinin (BKİ) 18-24.5 arasında olması,
- Kadın olması,
- Son bir yıl içinde herhangi bir psikiyatrik tanı ve tedavi almamış olması,
- Endokrin bir bozukluk tanısı almamış olması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması.

Kadınlar, obezite tedavisine daha sık başvurdukları için grupların yalnızca kadınlardan oluşturması uygun görülmüştür.

6.2. Araçlar

6.2.1. Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Formu

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun varlığını değerlendirme ve grupları belirleme amacıyla DSM-IV tanı ölçütlerine göre araştırmacı tarafından hazırlanmış ve bizzat araştırmacı tarafından doldurulan bu formda kişinin sosyodemografik özelliklerini tespit etmeye yönelik olarak yaş, cinsiyet, eğitim, boy, kilo, mesleki durum, tıbbi, psikiyatrik kilo ve diyet özellikleriyle ilgili sorular yer almaktadır. Ayrıca, aşırı yeme ve kontrol kaybı, yeme davranışıyla ilişkili olarak duyulan sıkıntı, kilo ve vücut şeklinin önemi ve telafi edici kilo kontrol davranışlarıyla ilgili soruları içerir. Form, tıkınırcasına yemenin ve kilo kontrolü için kullanılan telafi edici yöntemlerin varlığını ya da yokluğunu değerlendiren sorulara verilen “Evet” ve “Hayır” yanıtlarına göre TYB tanısının konmasına yardımcı olmaktadır.

6.2.2. Mizaç ve Karakter Envanteri

Cloninger ve arkadaşları (1993, 1994) psikobiyojik modele göre kişiliğin yedi boyutunu ölçen Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory; TCI) adı verilen kapsamlı bir ölçüm aracı geliştirmiştir. Bu ölçüm aracının, uluslararası psikolojik ve psikiyatrik araştırma ve uygulamaların farklı alanlarında kullanımı son 10 yıl içinde büyük bir artış göstermiştir. Doğru/Yanlı olarak doldurulan 240 maddeden oluşan, 30-45 dakika arasında doldurulabilen, 17 yaş ve üzeri kişilere uygulanabilen ve kişinin kendi doldurduğu bir ölçektir. Envanterin ülkemizde geçerlilik güvenirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Köse ve ark., 2004). Mizaç ve Karakter Envanterinde yer alan mizaç özellikleri dört temel boyut ve bu dört boyutta yer alan 12 alt boyuttan oluşmaktadır. Mizaç özellikleri olarak Yenilik arayışı boyutu; Keşfetmekten heyecan duyma (YA1, 11 madde), Dürtüsellik (YA2, 10 madde), Savurganlık (YA3, 9 madde) ve Düzensizlik (YA4, 10 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Zarardan kaçınma boyutu; Beklenti endişesi (ZK1, 11 madde), Belirsizlik korkusu (ZK2,

7 madde), Yabancılardan çekinme (ZK3, 8 madde), Çabuk yorulma (ZK4, 9 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Ödül bağımlılığı boyutu; Duygusallık (ÖB1, 10 madde), Bağlanma (ÖB2, 8 madde) ve Bağımlılık (ÖB4, 6 madde) alt boyutlarından oluşmaktadır. Sebat etme boyutu tek bir mizaç boyutu olarak ele alınmakta ve bu boyut engellenme ve yorgunluk değerlendirilmektedir (Cloninger, 1987; Köse ve ark., 2004).

Karakter özelliklerinde yer alan Kendini yönetme boyutu; Sorumluluk alma (KY1, 8 madde), Amaçlılık (KY2, 8 madde), Beceriklilik (KY3, 5 madde), Kendini kabullenme (KY4, 11 madde), Aydınlanmış ikinci mizaç (KY5, 12 madde) boyutlarından oluşmaktadır. İşbirliği yapma boyutu; Sosyal kabullenme (İY1, 8 madde), Empati duyma (İY2, 7 madde), Yardımseverlik (İY3, 8 madde), Acıma (İY4, 10 madde), Vicdanlılık (İY5, 9 madde) boyutlarından oluşmaktadır. Kendini aşma boyutunu oluşturan Kendini kaybetme (KA1, 11 madde), Kişilerarası özdeşim (KA2, 9 madde), Manevi kabullenme (KA3, 13 madde) boyutları ile birlikte Karakter özelliklerini toplam 13 alt boyut oluşturmaktadır (Cloninger, 1987; Köse, 2003).

6.3. İşlem

Bir kamu sağlık kuruluşundaki diyet polikliniğine başvuran ve araştırma ölçütlerine uyan gönüllü hastalarla görüşülerek çalışmanın amacı kısaca anlatılmış, katılmayı kabul edip onay formunu imzalayanlara değerlendirme boyutları verilmiştir. Katılımcılara aynı sırayla verilen form ve envanter, 30-40 dakikalık bir süre içinde, araştırmacının gözetiminde doldurulmuştur.

6.4. İstatistiksel Yöntemler

Araştırmada bilgisayar programlarından yararlanılmış olup, gruplar arasında fark olup olmadığını görmek için Tek Yönlü ANOVA uygulanmış olup farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu görmek için Tukey ve Scheffe analizi uygulanmıştır.

6.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma grubu, tedavi amacıyla diyet kliniğine başvuran obez hastalardan oluştuğu için elde edilen sonuçlar, diyet kliniğine başvurmayan diğer obez ve tıknırcasına yeme bozukluğu gruplarına genellenemez.

Ayrıca katılımcıların yalnızca kadınlardan oluşması, araştırmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Araştırmanın kapsamındaki diyet kliniğine erkek hasta başvurmadığı için bu çalışmaya dahil edilememiştir.

Araştırma sonuçları tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerin tamamı evli olup, evli olmayan obezleri temsil etmemektedir. Bu nedenle evli olmayan obezlerden elde edilebilecek sonuçlara genellenememektedir.

Araştırma kapsamındaki 26 yaş altı ile 56 yaş üstünde katılımcıların yeterli sayıda olmaması araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

7. BULGULAR

7.1. Demografik Bulgular

Çalışmada, obezite ile ilgili birçok faktörün rol oynaması ile bazı faktörlerin çalışmada karıştırıcı faktör olması nedeniyle dışlama ölçütleri kullanılmıştır. Zayıflama programına katılan ancak psikiyatrik ve kronik rahatsızlığı olanlar ve özellikle endokrin bozukluğa sahip olan obez bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler DSM-IV tanı ölçütleri doğrultusunda hazırlanan ve demografik bilgilerin de içinde yer aldığı Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Formu ile değerlendirilmişlerdir.

Her üç grubun yaş aralıkları, çalışma durumu, meslek grupları, gelir düzeyi, medeni durumu ve eğitim durumlarının dağılımları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tıkınırcasına yemeyen obez gruptaki bireylerin yaş aralığı 20-66 yaş arasında ve yaş ortalaması 38 iken, Tıkınırcasına yeme bozukluğu grubundaki bireylerin yaş aralığı 19-55 yaş arasında olup yaş ortalaması 34'tür. Kontrol grubunda ise yaş aralığı 19- 55 arasında değişirken yaş ortalaması 38'dir.

Tablo 3'de görüldüğü gibi Tıkınırcasına yemeyen obez grupta bireylerin %68'i (n=25), Tıkınırcasına yeme bozukluğu grubundaki bireylerin %50'si (n= 14) ve Kontrol grubundaki bireylerin ise %66'sı (n= 35) çalışmaktadır.

Her üç grubun meslek gruplarına bakıldığında; %50'sinin (n=59) memur olduğu, %20'sinin (n=23) özel sektörde çalıştığı, %21'inin (n=25) ev hanımı ve %5'inin öğrenci olduğu, %4'ünün (n=5) ise diğer meslek gruplarında çalıştıkları bulunmuştur.

Tıkınırcasına yemeyen obez grupta bireylerin %95'inin (n=35) orta ekonomik düzeyde, %5'inin (n=2) yüksek ekonomik düzeyde oldukları tespit edilmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin %4'ü (n=1) düşük, %82'sinin (n=23) orta, %14'ünün (n=4) ise yüksek gelir düzeyine sahip olduğu

görülmüştür. Kontrol grubunda ise %5'inin (n=3) düşük, %91'inin (n=48) orta, %4'ünün ise (n=2) yüksek gelir grubuna ait olduğu saptanmıştır.

Tablo 3: Üç araştırma grubunun demografik değişkenlere göre yüzdeler dağılımları

	TYB N(%)	TYO N(%)	Kontrol N(%)
YAŞ			
18-25 Yaş	4 (%14)	3 (% 8)	3 (%6)
26-35 Yaş	12 (%43)	12 (%32)	18 (% 34)
36-45 Yaş	11 (%39)	14 (%38)	25 (%47)
46-55 Yaş	1 (%4)	7 (%19)	7 (%13)
56 ve üzeri yaş		1 (%3)	
ÇALIŞMA DURUMU			
EVET	14 (%50)	25 (%68)	35 (%66)
HAYIR	14 (%50)	12 (%32)	18 (%34)
MESLEK DURUMU			
Memur	9 (%32)	21 (%57)	29 (%55)
Özel sektör	4 (%14)	6 (%16)	13 (%26)
Ev hanımı	9 (%32)	6 (%16)	10 (%19)
Öğrenci	3 (%11)	3 (%8)	1 (%2)
Diğer	3 (%11)	1 (%3)	
GELİR DÜZEYİ			
Düşük	1 (%4)		3 (%5)
Orta	23 (%82)	35 (%95)	48 (%91)
Yüksek	4 (%14)	2 (%5)	2 (%4)
MEDENİ DURUMU			
Evli	18 (%64)	26 (%70)	45 (%85)
Bekar	7 (%25)	11 (%30)	5 (%9)
Boşanmış	1 (%4)		3 (%6)
Dul	2 (%7)		
EĞİTİM DURUMU			
İlkokul	3 (%11)	2 (%5)	2 (%4)
Ortaokul	4 (%14)	1 (%3)	5 (%9)
Lise	2 (%7)	12 (%32)	15 (%28)
Lisans ve Lisansüstü	19 (%68)	22 (%60)	31 (%59)
Toplam	28	37	53

Tıkınırcasına yemeyen obez gruptaki bireylerin %70'inin (n=26) evli, %30'unun (n=11) bekar olduğu, Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin %64'ünün (n=18) evli, %25'inin (n=7) bekâr, %4'ünün (n=1) boşanmış,

%7'sinin (n=2) dul olduğu görülmüştür. Kontrol grubundaki kişilerin %85'i (n= 45) evli, %9'u (n=5) bekâr, %6' sı (n=3) boşanmıştır.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu grubunda yer alan bireylerin %11'i (n=3) ilkokul mezunu, %14'ü (n=4) ortaokul, %7'si (n=2) lise, %68'i (n=19) ise lisans ve üstü eğitim düzeyindedirler. Tıkınırcasına yemeyen obez grubundakilerin %5'i (n=2) ilkokul mezunu, %3'ü (n=1) ortaokul, %32'si (n=12) lise, %60'ı (n=22) ise lisans ve lisansüstü eğitim düzeyindedirler. Kontrol grubunda bulunan bireylerin ise %4'ü (n=2) ilkokul mezunu, %9'u (n=5) ortaokul, %28'i (n=15) lise, %59'u (n=31) ise lisans ve lisansüstü eğitim düzeyindedirler.

Beden Kitle İndekslerine (BKİ) bakıldığında, her üç grubun dağılımları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tıkınırcasına yemeyen obez gruptaki kişilerin BKİ ortalaması 31.32 (ss=2.06), tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin BKİ ortalaması 31.28 (ss=3.23), kontrol grubundaki bireylerin BKİ ortalaması ise 22.96'dır (ss=2.38). Gruplar arasında BKİ bakımından fark olup olmadığını görmek için yapılan Tek Yönlü ANOVA analizi sonucunda farklılaşma görülmüştür. Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında anlamlı olduğunu görmek için yapılan Tukey analizine göre, Tıkınırcasına yemeyen obez ve TYB grubu ile kontrol grubu arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Grupların BKİ ortalama ve standart sapmaları

BKİ	TYB	TYO	KONTROL	ANLAMLILIK DÜZEYİ
Ortalama	31.28	31.32	22.96	F=1.59***
Standart sapma	3.23	2.06	2.38	
Toplam (N)	28	37	53	

*** $p < .05$, $< .001$ anlamlı

Bu araştırmanın temel hipotezi, tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez grubun mizaç ve karakter özellikleri bakımından diğer gruplardan farklılık göstereceği şeklindedir. Bu hipotezi test etmek için Mizaç ve Karakter Envanteri sonuçlarına bakılmış ve elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmaktadır:

7.2. Mizaç ve Karakter Envanteri İle İlgili Bulgular

Bilindiği üzere Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) dört ana mizaç boyutu ile üç ana karakter boyutundan oluşmaktadır. Bu yedi ana boyut ise kendi içinde alt boyutlara ayrılmaktadır. Her üç grubun, Mizaç ve Karakter Envanterinin dört ana mizaç boyutundaki ortalamaları ve sonuçları Tablo 5’de gösterilmektedir.

Mizaç Boyutunda Yer Alan Yenilik Arayışı (YA) Bulguları

Tıknırcasına yemeyen obez grubun yenilik arayışı boyutundan aldığı puanların ortalaması 18.02 (ss=4.81), TYB grubunun ortalaması 20.17 (ss=5.38) ve kontrol grubunun ortalaması ise 18.90’dır (ss=4.25). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre yenilik arayışı boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamakta ($F(1,66) = 0.19, p > .05$) ancak bu boyutta yer alan müsriflik alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F(3,68) = 0.028, p < .05$). Scheffe analizine göre bu fark, Tıknırcasına yeme bozukluğu olan grubu ile Kontrol grubu arasında anlamlıdır. TYO grubuyla, TYB ve Kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Mizaç Boyutunda Yer Alan Zarardan Kaçınma (ZK) Bulguları

TYO grubunun zarardan kaçınma boyutundan aldığı puanların ortalaması 16.08’dir (ss=5.65). TYB grubundan elde edilen puanların ortalaması 16.53’dür (ss=5.92). Kontrol grubunun puanlarının ortalaması ise 14.67’dir (ss=6.13). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre zarardan kaçınma boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(1,10) = .335, p > .05$). Zarardan kaçınma boyutunda yer alan kolayca yorulma alt boyutunda ise anlamlı bir fark bulunmaktadır. ($F(3, 33) = .04, p < .05$). Scheffe analizine göre bu fark, TYB grubuyla ve Kontrol grubu arasında çıkmaktadır. TYO grubuyla, TYB ve Kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Mizaç Boyutunda Yer Alan Ödül Bağımlılığı (ÖB) Bulguları

TYO grubunun ödül bağımlılığı boyutundan aldığı puanların ortalaması 14.48'dir (ss=2.37). TYB grubunun puanların ortalaması 13.64'dür (ss=3.66). Kontrol grubunun puanların ortalaması ise 13.86'dır (ss=2.51). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre ödül bağımlılığı boyutunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(.85)=.43, p>.05$). TYB grubu, bu alt ölçekte beklendiği gibi diğer gruplardan anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır.

Mizaç Boyutunda Yer Alan Sebat Etme (SE) Bulguları

TYO grubunun sebat etme boyutundan aldığı puanların ortalaması 5.37'dir (ss=1.18). TYB grubunun puanların ortalaması 4.71'dir (ss=1.32). Kontrol grubunun puanların ortalaması ise 5.18'tir (ss=1.37). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre sebat etme boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(2.13)=.123, p>.05$).

TYO, TYB ve kontrol grubunun MKE'nin mizaç boyutundan aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında dört ana mizaç boyutunda Yenilik Arayışı ve Zarardan Kaçınma boyutlarında anlamlı düzeyde fark bulunurken, diğer mizaç boyutları olan ödül bağımlılığı ve sebat etme boyutlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Bu sonuçlar TYB grubunun yenilik arayışı puanının beklendiği gibi TYO ve Kontrol grubundan anlamlı bir şekilde yüksek olmadığını göstermektedir. TYB ve TYO gruplarının bu boyuttan aldıkları puanlar birbirine benzemektedir. Ancak TYB grubu, bu mizaç boyutunda yer alan savurganlık-tutumluluk alt boyutunda diğer gruplardan anlamlı bir şekilde daha yüksek puan almışlardır. TYB grubu, TYO ve Kontrol grubundan savurganlık-tutumluluk boyutunda anlamlı olarak farklılık göstermektedir.

Tablo 5: TYB, TYO ve Kontrol grubunun Mizaç ve Karakter Envanteri'nin mizaç boyutundan aldıkları puanların karşılaştırılması.

MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ BOYUTLARI		TYB (ort±ss)	TYO (ort±ss)	KONTROL (ort±ss)	F	P
YENİLİK ARAYIŞI		20.17 ±5.38	18.02 ± 4.81	18.9 ±4.25	1.66	0.19
YA Alt Boyutları	YA1-Keşfetmekten heyecan duyma- Kayıtsız bir katılık	6.25 ±2.11	5.67±1.97	6.56 ±2.41	1.76	0.17
	YA2-Dürtüsellik-İyice düşünme	4.28±2.07	3.81±2.14	4.28±1.62	0.78	0.46
	YA3-Savurganlık-Tutumluluk	5.46±2.11	4.86±1.81	4.3±1.73	3.68	0.02*
	YA4-Düzensizlik-Düzenlilik	4.17±2.45	3.67±1.84	3.75±1.51	0.65	0.52
ZARARDAN KAÇINMA		16.53±5.92	16.08±5.65	14.67±6.13	1.10	0.33
ZK Alt Boyutları	ZK1-Beklenti endişesi-Sınırsız iyimserlik	5.39±2.51	5.1±1.96	5.0±2.35	0.27	0.76
	ZK2-Belirsizlik korkusu	4.03±1.99	4.43±1.62	4.0±1.91	0.66	0.51
	ZK3-Yabancılardan çekinme	2.89±2.16	2.75±1.92	2.62±2.15	0.15	0.85
	ZK4-Çabuk yorulma ve dermansızlık	4.21±2.2	3.78±2.17	3.05±1.88	3.22	0.04*
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI		13.64±3.66	14.48±2.37	13.86±2.51	0.85	0.43
ÖB Alt Boyutları	ÖB1-Duygusalılık	6.78±2.46	7.37±1.7	6.56±1.8	1.92	0.15
	ÖB2-Bağlanma	4.5±2.09	4.51±1.32	5.11±1.62	1.92	0.15
	ÖB3-Bağmıllık	2.35±1.47	2.59±1.34	2.18±1.24	1.01	0.36
SEBAT ETME		4.71±1.32	5.37±1.18	5.18±1.37	2.13	0.12

F: Tek yönlü ANOVA, p: Anlamlılık düzeyi, Ort: ± Ortalama, ss: ±Standart Sapma

*Anlamlı

TYB grubunun ZK puanlarında, TYO ve kontrol grubuna göre farklılık görülmez iken yine bu mizaç boyutunun çabuk yorulma alt boyutunda daha yüksek puan elde edilmiştir. TYB grubu, TYO ve Kontrol grubundan bu alt boyutta anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir.

Mizaç boyutundaki alt boyutlardan elde edilen puan ortalamaları incelendiğinde, TYB grubunun TYO ve kontrol grubuna göre YA-3 ve ZK-4 alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardan aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Mizaç ve Karakter Envanterinin Karakter boyutunda elde edilen ortalamalar ve sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiş olup, elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir;

Karakter Boyutunda Yer Alan Kendini Yönetme (KY) Bulguları

TYO grubunun kendini yönetme boyutundan aldığı puanların ortalaması 29.62'dir (ss=6.33). TYB grubunun aldığı puanların ortalaması 27.25'dir (ss=5.91). Kontrol grubunun puanların ortalaması ise 31.62'dir (ss=6.10). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre Kendini yönetme boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F(4,73) = .01, p < .05$). Bu farkın Scheffe analizine göre TYB grubuyla ve Kontrol grupları arasında anlamlı olduğu bulunmuştur. Kendi yönetmede, kendini kabullenme ve amaçlılık alt boyutlarında TYB ve Kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Karakter Boyutunda Yer Alan İşbirliği Yapma (İY) Bulguları

TYO grubunun işbirliği yapma boyutundan aldığı puanların ortalaması 30.78'dir (ss=4.66). TYB grubunun aldığı puanların ortalaması 29.67'dir (ss=5.2). Kontrol grubunun aldığı puanların ortalaması ise 30.2'dir (ss=4.44). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre İşbirliği yapma boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(.44) = .64, p > .05$).

Karakter Boyutunda Yer Alan Kendini Aşma (KA) Bulguları

TYO grubunun kendini aşma alt boyutundan aldığı puanların ortalaması 19.89'dur (ss=5.45). TYB grubunun aldığı puanların ortalaması 19.42'dir (ss=.62). Kontrol grubunun aldığı puanların ortalaması ise 18.07'dir (ss=5.04). Yapılan Tek Yönlü ANOVA analizine göre Kendini aşma boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($F(1,41) = .24, p > .05$).

TYO, TYB ve Kontrol gruplarının, karakter boyutundan aldıkları puanların ortalamaları karşılaştırıldığında ana karakter boyutu olan Kendini yönetme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Üç grup arasında İşbirliği Yapma ve Kendini Aşma puanlarında ise fark

bulunmamıştır. TYB grubunun Kendini yönetme puanlarının TYO ve kontrol grubuna göre daha düşük olarak bulunmuştur.

Tablo 6: TYB, TYO ve Kontrol gruplarının Mizaç ve Karakter Envanterinin karakter boyutundan aldıkları puanların karşılaştırılması

MİZAÇ VE KARAKTER ENVANTERİ BOYUTLARI		TYB (ort±ss)	TYO (ort±ss)	KONTROL (ort±ss)	F	P
KENDİ YÖNETME		27.25±5.91	29.62±6.33	31.62±6.1	.473	0.01*
KY Alt Boyutları	KY1-Sorumluluk alma	5.1±2.24	5±2.01	5.64±1.74	1.37	0.25
	KY2-Amaçlılık	5.32±1.76	5.83±1.23	6.26±1.49	.372	0.02*
	KY3-Beceriklilik	3.17±1.54	3.13±1.22	3.54±1.39	1.19	0.3
	KY4-Kendini kabullenme	4.82±2.68	6.27±2.29	6.64±2.38	5.27	0.00*
	KY5-Aydınlanmış ikinci mizaç	8.82±1.67	9.37±2.09	9.52±1.68	1.41	0.24
İŞBİRLİĞİ YAPMA		29.67±5.2	30.78±4.66	30.2±4.44	0.44	0.64
IY Alt Boyutları	IY1-Sosyal kabullenme	6.28±1.69	6.59±1.36	6.26±1.4	0.61	0.54
	IY2-Empati duyma	4.42±1.42	4.7±1.39	4.52±1.33	0.34	0.71
	IY3-Yardımsverlik	5.07±1.18	4.83±1.28	4.84±1.18	0.37	0.68
	IY4-Acıma	6.75±2.64	7.43±2.58	7.52±2.18	1.00	0.36
	IY5-Temiz kalplilik, vicdanlılık	7.14±0.89	7.21±1.03	7.03±1.25	0.29	0.74
KENDİNİ AŞMA		19.42±5.62	19.89±5.45	18.07±5.04	1.41	0.24
KA Alt Boyutları	KA1-Kendini kaybetme	6.57±2.47	6.43±2.24	6.43±2.14	0.04	0.96
	KA2-Kişilerarası özdeşim	4.89±1.61	5.43±1.86	5±2.02	0.81	0.44
	KA3-Manevi kabullenme	7.96±3.33	8.02±3.08	6.64±2.71	3.02	0.05

F: Tek yönlü ANOVA, p: Anlamlılık düzeyi, Ort: ± Ortalama, ss: ±Standart Sapma

*Anlamlı

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma sonucunda elde edilen bulgular, ilgili alanyazın doğrultusunda tartışılmıştır. Grupların yaş aralıkları, çalışma durumu, meslek grupları, gelir düzeyi, medeni durumu, eğitim durumları ve BKİ bakımından farklılık gösterip göstermedikleri incelenmiştir. Tüm demografik değişkenlerde farklılık göstermeyen bu çalışmada BKİ değişkenine göre farklılık bulunmuştur.

Bu çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğu gösteren obez grubun, mizaç ve karakter özellikleri açısından tıknırcasına yemeyen obez ve kontrol grubundan farklı olacağı beklenmekte idi. Mizaç ve karakter özellikleri açısından farklılık beklenen hipotezi test etmek için üç gruptan elde edilen puanlara bakıldığında, birkaç alt boyutta gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Yenilik arayışı mizaç boyutunda yer alan savurganlık ve tutumluluk alt boyutundan alınan puanlar, tıknırcasına yeme bozukluğu gösteren obez grupta yüksek çıkmış olup, kontrol grubundan anlamlı bir farklılık göstermiştir. Farklı araştırmalara bakıldığında da, Anoreksiya, Bulimia Nervoza ve Tıknırcasına yeme bozukluğundaki bireylerin, zarardan kaçınma mizaç boyutunda yüksek ve kendini yönetme karakter boyutunda düşük puan aldıkları görülmüştür (Brewerton ve ark., 1993; Klump ve ark., 2000).

Yapılan birkaç çalışmada (Steiger ve ark., 1989; Bulik ve Sullivan, 1995; Strober ve ark., 1996; Fassino ve ark., 2001 ve Fairburn ve ark., 2003) yenilik arayışı boyutunda elde edilen sonuçlar anlamlılık göstermekle birlikte bu çalışmada yenilik arayışı boyutundan elde edilen puanlar anlamlı çıkmamıştır. Fakat çalışmada bu boyutun savurganlık ve tutumluluk alt boyutlarında elde edilen sonuçlar anlamlı çıkmıştır. Bu bulgu, ilgili araştırmalarda, yenilik arayışı mizaç boyutunun alt boyutlarına ilişkin bir bulguya rastlanmadığından karşılaştırma yapılamamıştır.

Vervaet, Heeringen, Audenaert'in (2004) bulimia nervozalar ile yaptıkları çalışmada bulimiklerin yenilik arayışında yüksek puan elde ettikleri bulunmuştur. Bulimia nervozası olan kişilerin kendini yönetme karakter boyutunda ve yine kendini yönetme boyutunda yer alan aydınlatılmış mizaç alt boyutunda, işbirliği yapma boyutu ve işbirliği yapma boyutunda yer alan yardımseverlik acıma alt boyutu ile kendini aşma boyutu ve kendini aşma boyutunda yer alan kişilerarası özdeşim boyutlarında da düşük puan aldıkları görülmüştür. Tıkınırcasına yiyen anorektik bireyler yenilik arayışı boyutunda yüksek puan alırken kendini yönetme, işbirliği yapma ve kendini aşma boyutunda düşük puan almışlardır. Elde edilen sonuçlar bu araştırmadaki bulguları destekler niteliktedir.

Gendal ve ark. (1998)'in yaptığı araştırma sonucunda, yenilik arayışı boyutunda yer alan savurganlık alt boyutunda elde edilen puanların yüksek olduğu ve bu araştırmada elde edilen bulguların bu sonucu desteklediği görülmektedir. Gendal ve ark. (1998)'na göre savurganlık alt boyutunda yüksek puan alan bireyler, savurganlığa ve aşırı para harcamaya karşı bir eğilim içerisindedirler. Bu eğilim, engellenmenin ortadan kaldırılması olarak tanımlanmakta ve tıkınırcasına yemenin diyetin engellenmesinde önemli bir role sahip olduğu iddia edilmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin yenilik arayışı boyutunda yüksek puan aldıkları bir diğer çalışmada, bireylerin yeme kontrolünü sağlayamadıkları, tıkinma ve çıkarma şeklindeki yeme örüntülerini gerilim ile baş edebilme yöntemi olarak kullandıkları ileri sürülmüştür (Cloninger ve ark, 1993). Bu çalışma sonucu, yenilik arayışı alt boyutundan elde edilen bulguyu desteklemektedir.

Bu araştırmada, tıkınırcasına yeme bozukluğu gösterenlerin, zarardan kaçınma boyutunda yer alan çabuk yorulma–dermansızlık alt boyutundan aldığı puanlar, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek çıkmıştır. Elde edilen bu bulgu, alan yazındaki diğer araştırma sonuçları (Brewerton ve ark., 1993; Klump ve ark., 2000; Fassino ve ark., 2001 ve Fassino ve ark., 2002) ile tutarlılık göstermektedir.

Mizaç ve Karakter Envanterinin karakter özelliklerini ölçen boyutlardan alınan puanlar incelendiğinde ise; kendini yönetme boyutundaki puanlar TYB grubunda daha düşük çıkmış olup farklılık gösterdiği ve bu farklılığın anlamlı olduğu ortaya konmuştur. Kendini yönetme boyutundan elde edilen puanların TYB grubunda düşük olması, araştırmanın hipotezini desteklemektedir.

Kendi yönetme boyutundan elde edilen puanlar, beklendiği gibi tıknırcasına yeme bozukluğu gösteren grupta, tıknırcasına yeme bozukluğu göstermeyen obez gruptan ve kontrol grubundan daha düşüktür. Kendini yönetme boyutunda, Tıknırcasına yeme bozukluğu gösteren grup ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Ancak bu boyutta tıknırcasına yeme bozukluğu gösteren grup ile tıknırcasına yeme bozukluğu göstermeyen obez grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez grup, kendini yönetme boyutunda yer alan amaçlılık (KY-2) ve kendini kabullenme (KY-4) alt boyutlarında, kontrol grubuna göre daha düşük puanlar alırken yine her iki grup arasında sonuçlar anlamlı çıkmıştır. Beklendiği gibi elde edilen bulgular, tıknırcasına yeme bozukluğu gösteren grubun karakter özelliklerinin bu bozukluk ile başa çıkabilmede yetersiz kaldığını ve olgun olmayan savunmaların varlığını doğrular niteliktedir.

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan grubun kendini yönetme boyutunda düşük puanlarına sahip olması, alan yazındaki bulgular ile tutarlılık göstermektedir ve araştırma bulgularına dayanılarak; kendi yönetme boyutundaki puanların bireyin olgunluk düzeyi, dayanıklılığı (mukavemet) ile baş edebilme ve uyum mekanizmalarıyla ilgili iyi birer gösterge oldukları söylenebilir. Bu sonuç, Klump ve ark. (2000)'ının yaptığı çalışmadaki tıknırcasına yeme/çıkarma tipi anorektik bozukluğa sahip kadınların kendini yönetme boyutunda düşük çıkan puanlarıyla benzerlik göstermektedir.

Cloninger'in (1993) psikobiyolojik modeline göre kendini yönetme boyutunda tıknırcasına yeme bozukluğu olan grubun düşük puanlar alması beklendik bir sonuçtur. Grucza ve ark. (2007) çalışmasında kendini yönetme boyutunun, çeşitli yaşam deneyimleri sonucunda kişinin kendini daha iyi tanıyarak sahip olduğu iç kaynakları daha etkin bir şekilde kullanıp

kullanmadığını değerlendirdiğini belirtmektedir. Kendini yönetme boyutunda tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin düşük puanlar almaları, sorunlarla başa çıkmada yetersiz kaldıklarını göstermektedir. Ayrıca kendini yönetme boyutunda düşük puanların, obezite için iyi bir gösterge olduğunu belirtmektedir

Bazı araştırmalarda kendini yönetme boyutunda düşük puan alan ve yeme bozukluğu olan bireylerin, olgun olmayan davranışlar sergileyen, hedeflerine odaklanmakta zorluk yaşayan (Moya ve ark., 2007), sorumluluklarını kabullenmede ve problem çözme becerilerinde yetersiz kalan (Köse ve ark., 2004), sorumluluklarını yerine getirmede, hedefler seçmede ve değişikliklere karşı çözüm bulmada güçlük çeken (Grucza ve ark., 2007) bireyler olarak tanımlandığı belirtilmektedir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obez grubun hiçbir alt boyutta kontrol grubundan anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmüştür. Bu bulgu, obezitenin tek başına psikopatoloji nedeni olmadığını iddia eden araştırma (Stunkard ve Wadden, 1992; Aslan ve Ünal 1995) sonuçları ile benzerlik göstermekte ve tıknırcasına yeme bozukluğunun büyük ölçüde psikopatoloji ile ilişkili olduğunu öne süren araştırmaları (Bayraktar, 1995; Balcıoğlu ve Başer, 2008; Özdel ve ark., 2011) desteklemektedir.

8.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin tıknırcasına yemeyen obezlerin mizaç ve karakter bakımından farklılık göstermektedir. Tıknırcasına yemeyen obez bireylerin psikolojik durumları kontrol grup ile farklılık göstermemektedir. Bu kişilerin mizaç ve karakter özellikleri, sağlıklı bireylerden farklı değildir. Öte yandan tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin mizaç ve karakter özellikleri, tıknırcasına yemeyen ve sağlıklı gruba göre farklıdır. Yenilik arayışı yüksek olan bireylerin kontrol grubuna kıyasla daha dürtüsel oldukları, öfke ve kırgınlıklarını engellemekte ve doyumunu ertelemede güçlük yaşadıkları dikkate alınır, araştırmada yenilik arayışının yüksek oluşu, tıknırcasına yeme bozukluğu olan

bireylerin engellenme karşısında dürtüsel davranışlar sergiledikleri ve doyumunu ertelemekte güçlük yaşadıkları söylenebilir.

Zarardan kaçınmada, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin kontrol grubuna göre daha kolay yoruldukları bulunmuştur ki mizaç boyutundaki bu bulgu, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin değişikliklere uyum sağlamakta daha yavaş oldukları, stresten daha yavaş kurtulduklarını göstermektedir.

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin sağlıklı bireylerden farklılaştığı en belirgin kişilik özelliği, karakter boyutunda kendini yönetebilme özelliğidir. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin kendini yönetmede ortalamadan düşük puan aldıkları bulunmuştur.

Klinik olarak, tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerden elde edilen kendini yönetmede düşük puan, yeterince gelişmemiş karakter özelliklerini, sorumluluğunu kabul etmeme, yaşamına uzun vadeli hedefler koymakta güçlük çekme ve kırılgan benlik saygısına sahip olma gibi ve düşük kendini yönetme ile bağlantılı diğer özellikleri açıklamaktadır.

Kendini yönetmenin, kişilik bozukluğunun bütün kategorilerinin en temel karakteristiği olduğu ve diğer kişilik özellikleri ve şartları ne olursa olsun, eğer kendini yönetmesi düşük ise, kişilik bozukluğun var olduğu belirtilmektedir (Arkar, 2004). Kendini yönetemeyen birey, seçimleri için sorumluluklarını kabul etmede güçlük çekmekte, hedefe yönelmekte zorlanmaktadır. Düşük benlik saygısına sahip olup kendisiyle çekişmesi ve kişisel güvensizliği söz konusudur. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin, kendini yönetmede düşük puan alması, bireysel olarak seçilmiş hedefler ve değerleri doğrultusunda davranışını kontrol etmekte güçlük yaşadığına, düzenleme ve adapte yeteneğinin eksikliğine işaret etmektedir. Bireyin benlik saygısının düşük olması, kendisini olduğu kabul edememesi, hedeflerine ulaşma için tatminlerini erteleyememesi ve sorunlarının çözümünde kısa süreli uygunsuz alışkanlıklarının geliştirmiş olması da kendini yönetmekte güçlük yaşadığını ifade etmektedir.

Araştırma sonuçlarının obezite tedavisinde kullanılmasının ve obez grubunu oluşturan alt grupların ayrıştırılmasının, düzenlenecek tedavilerin etkinliği açısından yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu bulguların, obeziteye eşlik eden herhangi bir yeme bozukluğu olup olmadığının tespit edilmesi ile hastaların kişilik özelliklerine göre, diyet programlarında göz önüne alınarak tedavinin düzenlenmesi ve psikoterapi ile birlikte yürütülmesinde daha etkili olacağı değerlendirilmektedir. Ülkemizde obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğunun mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirildiği bir başka çalışma yoktur ve burada yapılan yorumların geçerliliğinin sınanması adına daha geniş kapsamlı benzer çalışmalara ihtiyaç vardır.

Birbirinden kesin olarak ayrılamayan obezite ile tıknırcasına yeme bozukluğunun tamamen insan iradesine bağlı bir sorun olarak görülemeyeceğini ortaya koyan bu araştırma sonucuna göre, tıknırcasına yeme bozukluğu tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak ele alınmalı ve bu tedavi sırasında bireyin mizaç ve karakter özelliklerinin karmaşık yapısı göz önünde bulundurulmalıdır.

Diyet kliniklerine fazla sayıda erkek başvurmadağı için bu çalışmaya erkek hastalar dahil edilmemiştir, ancak cinsiyetin mizaç ve karakter özelliklerine ve obezite üzerinde nasıl bir etkisi olduğunun araştırılmasının bu konuda tedavilerin düzenlenmesine ışık tutacağı öngörülmektedir.

KAYNAKÇA

Abbott, D.W., de Zwaan, M., Mussell, M.P., Raymond, N.C., Seim, H.C., Crow, S.J., Crosby, R.D., Mitchell, J.E. (1998). Onset of Binge Eating and Dieting in Overweight Women: Implications for Etiology, Associated Features and Treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 367-374.

Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Eldredge, K., Wilfley, D.E., Raeburn, S.D., et al. (1994) Weight loss, cognitive-behavioral and desipramine treatments in binge eating disorder: An addictive design. *Behavior Therapy*, 25, 225-238.

Agras, W.S., Telch, C.F., Arnow, B., Marnell, M., Eldredge, K. (1997) One-year Follow Up of Cognitive Behavioral Therapy for Obese Individuals with Binge Eating Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 343-347.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed) Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2012). Proposed DSM-5 Organizational Structure. http://www.dsm5.org/Proposed_Revision_Pages/ (17 Nisan 2012).

Arkar, H. (2004). Cloninger'in psikobiyojik kuramının Türk, örnekleminde sınanması. Yayınlamamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Arnett, P.A., Howland, E.W., Smith, S.S., Newman, J.P. (1993). Autonomic responsivity during passive avoidance in incarcerated psychopaths. *Personality of Individual Difference*, 14, 173-84.

Aslan, S.H., Ünal, M. (1995). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *PsychoMed.*, 1(4), 145-149.

Babayiğit, Z. (2007). Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bayraktar, E. (1995). Obezitenin Psikolojik Yönleri, Nobel Tıp Kitapevleri.

Balcıoğlu, İ., Başer, S.Z. (2008). Obezitenin Psikiyatrik Yönü. *İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 341-348.

Baltaş, Z. ve Baltaş, A. (1986). Stres ve Başaçıkma Yolları. Remzi Kitabevi.

Bardone-Cone AM, Abramson LY, Vohs KD, Heatherton TF, Joiner T.E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research Therapy*, 44, 27-42.

Barry, D.T., Grilo, C.M., Masheb, R.M. (2002). Gender Differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of eating Disorder*, 31, 63-70

Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlon, W. (1995). Prevalance of Binge Eating Disorder in Different Population of French Women *International Journal of Eating Disorders*, 18, 309-315.

Baysal A, Baş M. (2008) Yetişkinlerde ağırlık yönetimi (1. baskı) İstanbul: Ekspres baskı.

Becker, B.J. (1960). The Obese Patients in Psychoanalysis. *American Journal of Psychotherapy*, 14, 322-336

Biebl, W., Kinzl, J.F., Mangweth, B., Trefalt, E., Traweger, C. (1999). Binge Eating Disorder in Females: A Population Based Investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 287-292.

Brewerton, T.D, Hand, L.D, Bishop, J. E. (1993). The Tridimensional Personality Questionnaire in eating disorder patients. *International Journal of Eating Disorders*, 14(2), 213- 218.

Brownell, K.D., Wadden, T.A. (1992). Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a Serious, Prevalent and Refractory Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 505-517.

Bruce, B., Agras, W.S. (1992) Binge Eating in Females: A Population Based Investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365-373.

Bruch, H., (1961). Psychological aspects in overeating and obesity. *Psychosomatics* , 5, 269–274.

Bruch,H.(1973). Eating Disorder: Obesity,anorexia nervosa and the person within. New York :Basic Books.

Bryan J, Tiggemann M. (2001). The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite Apr*, 36,147-156.

Bulik, C.M, Sullivan, P.F, Weltzin, T.E, Kaye W.H. (1995). Temperament in eating disorders. *International Journal Eating Disorder*, 17, 251–61.

Bulik,C.M.Sullivan,P.F., Kendler,K.S. (1998). Heritability of binge - eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*,44, 1210-1218.

Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Kendler, K.S. (2003). Genetic and Environmental Contributions to Obesity and Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 293-298.

Cassin, S. E., Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25, 895-916.

Cloninger, C.R.(1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44, 573-588.

Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M.(1991). The Tridimensional Personality Questionnaire: U.S. normative data. *Psychol. Rep*,69, 1047-1057.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character: *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.

Cloninger,C.R.(1994). Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*, 4,266-273.

Cloninger, C.R., Przybeck, T., Svrakic, D., Wetzel, R.(1994). The temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. Washington University, Center for Psychobiology of Personality.

Cloninger, C.R., Bayon, C., Przybeck, T.R. (1997). Epidemiology and Axis I comorbidity of antisocial personality disorder. *Handbook of Antisocial Behavior* 12–21.

Cooper, J.L., Morrison, T.L., Bigman, O.L., Abramowitz, S.I., Levin, S., Krener P. (1988). Mood changes and affective disorder in the bulimic binge-purge cycle. *Int J Eat Disord*,7,469–474.

Cooper, M., Todd, G., & Wells, A.(2000). A. Bulimia nervosa: A cognitive therapy programme for clients. London: Jessica Kingsley Publishers.

De Chouly D., Lenclave MB, Florequin C, Bailly D. (2001). Obesity, alexithymia, psychopathology and binge eating: *A comparative. Encephale*, 27, 343-350.

Değirmenci, T. (2006). Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon ve Anksiyete. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Devlin, M.J., Goldfein, J.A., Dobrow, I. (2003). What is this thing called BED? Current status of binge eating disorder nosology. *Int J Eat Disord*, 34, 2–18.

Devlin, M.J., Fitzgibbon, M.L., Grissett, N.L., Haiman, C. (1996). The Clinical Significance of Binge Eating in an Obese Population: Support for BED and Questions Regarding Its Criteria. *Addictive Behavior*, 21, 57-66.

De Zwaan, M., Nutzinger, D.O., Schönbeck, G. (1992). Binge eating in overweight females. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 256-261.

De Zwaan, M., Mitchell, J.E., Howell, L.M. et al. (2003). Characteristics of morbidly obese patients before gastric bypass surgery. *Comprehensive Psychiatry*, 44(5), 428-34.

Eldredge, K.L., Agras, W.S., Arnow, B., Telch, C.F., Castonguay, L., Marnell, M. Bell, S. (1997). The Effects of Extending Cognitive Behavioral Therapy for Binge Eating Disorder Among Initial Treatment Nonresponders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 347- 352.

Eysenck, H.J., Pervin, L.A. (1990). Biological dimensions of personality. *Handbook of personality, Theory and Research*. London: Guilford Press.

Fairburn, C.G, Jones, R., Peveler, R.C, Carr, S.J, Solomon, R.A, O'Connor, M.E, Burton, J., Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.

Fairburn, C.G.& Wilson, G.T. (1993). Binge eating: Nature, assessment and treatment. New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G., Marcus, M.D., Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. New York: Guilford Press.

Fairburn, C.G, Doll, H.A, Welch, S.L, Hay, P.J, Davies, B.A, O'Connor M.E. (1998) Risk factors for binge eating disorder: a community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 425-432.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–416.

Fassino S, Abbate Daga G, Amianto F, Leombruni P, Fornas B, Garzaro L, et al. (2001). Outcome predictors in anorectic patients after 6 months of multimodal treatment. *Psychotherapy Psychosom.* 70, 201-207.

Fassino, S., Leombruni, P., Piero, A., Daga, A. G, Amianto, F., Rovera, G. (2002). Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 43, 431-437

Fitzgibbon, M.L, Spring, B., Avellone, M.E., Blackman L.R., Pingitore, R., Stolley, M.R.(1998). Correlates of binge eating in Hispanic, Black and White Women. *International Journal of Eating Disorder*, 24 , 43-52.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571- 579.

Folkman S. & Lazarus R.S. (1988). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science and Medicine*, 26, 309–317.

Friedman, K.E., Reichmann, S.K., Costanzo, P.R., Musante, J. Gerard. (2002). Body Image Partially Mediates the Relationship Between Obesity and Psychological Stress. *Obesity Research.*; 10, 33-41.

Garner, D.M., Wooley, S.C. (1991). Confronting the Failure of Behavioral and Dietary Treatments for Obesity. *Clinical Psychology Reviews*,11, 729-780.

Gendall, K.A, Joyce, P.R, Sullivan P.F, Bulik, C.M. (1998). Personality and dimensions of dietary restraint. *Int J Eat Disorder*, 24 ,371-379.

Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S. et al. What is temperament? Four approaches. *Child Development*. 1987; 58: 505-529.

Gormally, J., Black, S., Daston, S., Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*,7,47-55.

Götestam, K.G., Agras, W.S. (1995). General Population-Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*,18, 119-126.

Grilo, C.M., Masheb, R.M. (2000). Onset of Dieting vs Binge Eating in Outpatients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Obesity Relations Metabolic Disorder*, 24,151-157.

Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*,48,124–131.

Haan, N., Millsap, R., Hartka, E. (1986). As time goes by: Change and stability in personality over 50 years. *Psychological Aging* ,1, 220-232.

Haiman, C., Devlin, M.J. (1999). Binge Eating Before the Onset of Dieting: A Distinct Subgroup of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 151-157.

Hay, P., Fairburn, C. (1998). The Validity of the DSM-IV Scheme for Classifying Bulimic Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 7-15.

Heatherton, T.F.& Baumeister R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychology Bull*, 110,86–108.

Herman, C.P., Polivy J., Pirke, K.M., Vandereycken, W., Ploog, D. (1988). Excess and restraint in bulimia. *The Psychobiology of Bulimia*. Munich: Springer Verlag,

Heatherton, T.F.& Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychology Bulletin*, 110, 86–108.

Heatherton, T.F., Herman, C.P., Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *J Pers Soc Psych*, 60,138–143.

Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Kohle, K., Mann, K., Senf, W. (2000). Relationship of Weight and Eating Disorders in Type II Diabetic Patients: A Multicenter Study. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 68-77.

Herpertz, S., Albus, C., Wagener, R., Wagner, R., Henning, A., Kocnar, M., Best, F., Foerster, H., Schleppinghoff, B.S., Thomas, W., Kohle, K., Mann, K., Senf, W. (1998). Comorbidity of Diabetes and Eating Disorders, - Does Diabetes Control Reflect Disturbed Eating Behavior?. *Diabetes Care*, 21, 1110-1116.

Howard,C.E., Porzelius, L.K. (1999). The Role of Dieting in Binge Eating Disorder: Etiology and Treatment Implications. *Clinic Psychology Review*,19, 25-44.

Holahan, D.J. & Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*,52, 946- 955.

John, O.P.,Robins,R.W., Pervin, L.A.(2008). Handbook of Personality – Theory and Research. New York : Guilford Press.

Kabalak, T. (1995). Obezitenin diyetle tedavisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Kales, E.F. (1990). Macronutrient analysis of binge eating in bulimia. *Physiology and Behavior*, 48, 837–840.

Katzmarzyk, P.T., Perusse, L., Rao, D.C. et al. (1999). Familial risk of obesity and central adipose tissue distribution in the general Canadian population. *Amer. J. Epidemiology*, 149,933-42.

Kızıltan, G., Karabudak, E., Ünver, S., Sezgin, E., Ünal, A. (2005). Nutritional Status of University Students with Binge Eating Disorder. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 58, 167-171.

Klump, K. L., Bulik, C. M., Pollice, C., Halmi, K. A., Fichter, M., Berrettini, W. H., et al.(2000). Temperament and character in women with anorexia nervosa.*The Journal of Nervous and Mental Disease* 188, 559–567.

Kornhaber, A. (1970). The Stuffing Syndrome. *Psychosomatics*,11,580.

Köse, S., Sayar, K., Ak, İ., Kalelioğlu, Ü., Kırkpınar, İ., Reeves, R.A., Przybeck, T.R., Cloninger, C.R. (2004). Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlilik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,14, 107-131.

Köse, S. (2003). Psychobiological Model Of Temperament And Character: TCI. *Yeni Symposium*, 41, 86-97.

Kuehnel, R.H., Wadden, T.A. (1994). Binge Eating Disorder, Weight Cycling and Psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*,15,321-329.

Lacey, J. H., Downey L., Malkin, J.C. (1986). Pathogenesis.: Bulimia nervosa. *Current approaches*,14, 17–27.

Lee, J.H., Reed, D.R., Price, R.A. (1997). Familial risk ratios for extreme obesity: implications for mapping human obesity genes. *Int J Obes Relat Metab Disorder*, 21,935-940.

Lewinsohn,P.M.,Seeley,J.R.,Moerk,C.K.,Striegel-Moore,R.H.(2002).Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorder*, 32,426-440.

Lomax, JW., Kaplan H, Sadock BJ., Wilkins,W., Baltimore,C.(1989). Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry.

Mannucci, E., Bardini, G., Ricca, V., Tesi, F., Piani, F., Vannini, R., Rotella, C.M. (1997). Eating Attitudes and Behavior in Patients with Type II Diabetes : *Diabetical Nutritional Metabolisma*,10, 275-281.

Marcus, M.D., Wing, R.R., Hopkins, J. (1988). Obese Binge Eaters: Affect Cognitions and Response to Behavioral Weight Control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 433-439.

Marcus, M.D., Moulton, M.M., Greeno, C.G. (1995). Binge Eating Onset in Obese Patients with Binge Eating Disorder. *Addictive Behavior*, 20,747-755.

Molinari,E., Ragozzoni,P.,Morrison,A.(1997). Psychopathology In Obese Subjects With And Without Binge-eating Disorder And In Bulimic Subjects. *Psychological Reports*, 80,1327-1335.

Moya, A.E, Murcia, J.S, Granero, R., Vallejo, J., Krug, I., Cynthia, M., Bulik, C.M, Aranda, F. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 452– 457.

Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Seim, H., Crow, S.J. De Zwaan, M., Crosby, R.D. (1996). Clinical Characteristics Associated with Binge Eating in Obese Females: A Descriptive Study. *International Journal of Obesity*, 20,324-331.

Mussell, M.P., Mitchell, J.E., Fena, C.J., Crosby, R.D., Miller, J.P., Hoberman, H.M. (1997). A Comparison of Onset of Binge Eating Versus Dieting in the Development of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*,21,353-360.

Nauta, H., Hospers, H., Jansen, A., Kok, G. (2000). Cognitions in Obese Binge Eaters and Non- binge Eaters. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 521-531.

Nielsen, S., Molbak, A.G. (1998). Eating Disorder and Type 1 Diabetes: Overview and Summing-Up. *European Eating Disorder Review*,6,4-26.

Ogden,C.L., Carroll,M.D., Lester R. C., McDowell,M.A., Tabak, C.J., Flegal, K.M. (2006). Prevalence of Overweight and Obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*,295(13),1549-1555.

Özbey, N., Kazancıoğlu, R., Sezgin, U., Özkan, S., Orhan Y. (1999). Şişman Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62,1.

Özdemir, F. (2005). Yineleyici duygu durum bozuklukları ile mizaç, karakter ve kişilik ilişkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

Özdel, O. , Varma, G. S. , Fenkci, S. , Değirmenci, Karadağ, F. , Oğuzhan oğlu, N. K. , Ateşçi, F. (2011). Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14(4), 210-217.

Öksüz, T. (2011). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Kişilik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tutumları İlişkisinin İncelenmesi ve Bipolar Bozukluğu olmayan Bireyler ile Karşılaştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Peñas-Lledó, E., Jiménez-Murcia, S., Granero, R.; Penelo, E., Agüera, Z., Alvarez-Moya, E., Fernández-Aranda, F. (2010). Specific eating disorder clusters based on social anxiety and novelty seeking. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 767-773.

Pike,K.M., Dohm, F.A., Striegel-Moore,R.H., Wilfley,D.E., Fairburn,C.G. (2001). A Comparison of Black and White Women With Binge Eating Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 1455-1460.

Pike KM, Wilfley D, Hilbert A, Fairburn CG, Dohm F, Striegel- Moore RH. (2006). Antecedent life events for binge eating disorder. *Psychiatry Research* , 142,19–29.

Polivy, J., & Herman,C.P. (1985). Dieting and binge eating: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193–204.

Polivy J, Herman, C.P., Olmstead, M., Jazwinski, C.M. (1984). Restraint and bingeing: From laboratory models to clinical practice. *Binge Eating: Theory, Research, and Treatment*. New York: Wiley.

Polivy J, Herman CP. (1999). Distress and eating: Why do dieters overeat? *Int J Eat Disorder*, 26,153–164.

Polivy, J.& Herman, C.P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In: Fairburn C, editor. *Binge Eating*. London: Guilford

Pull, C.B. (2004). Binge Eating Disorder. *Current Opinions in Psychiatry*, 17(1), 43-48.

Root, M. P. P., & Fallon, P. (1989). Treating the victimised bulimic: *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 90–100.

Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

Russell, G. (1997). The history of bulimia nervosa. In D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: The Guilford Press.

Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2007). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (8.baskı),Türkçe çeviri, Ankara: Öncü Basımevi.

Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic : A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19,6–19.

Sansoy, V. (2000). Türk Erişkinlerinde beden kitle indeksi, bel çevresi ve bel kalça oranları. Türk erişkinlerde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı. *TEKHARF*, 62.

Satman , Sengül A.M, Uygur, S., Salman, F., Bastar , Sargın, M., Tütüncü Y, Karsıdağ K, Dinçağ N, Özcan C, Yılmaz MT, and TURDEP Group. (2000). Populationbased study of diabetes and risk characteristics: Final results of the TURDEP. *Diabetologia*, 43(111), 433.

Schulman, D.A.(1991). Multitiered view of bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 109–113.

Semerci, C.N. (2004). Obeziteye Genetik Yatkınlık. *Gülhane Tıp Dergisi*,46, 353– 359.

Shafran, R., de Silva, P. Treasure, J. Schmidt,U Eric van Furth. (2003). Cognitive-Behavioral Models, *Handbook of Eating Disorders*, 121-138.

Smith, D.E., Marcus, M.D., Kaye, W. (1992). Cognitive Behavioral Treatment of Obese Binge Eaters. *International Journal of Eating Disorder*, 12, 257-262.

Smith D.E, Marcus M.D., Lewis, C., Fitzgibbon, M., Schreiner. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity and depression in biracial of cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20,227-232.

Smolak, L., Strigel -Moore, R.H. (2001). Gender and eating problems: Provides a comprehensive review of the literature on gender and disordered eating. *American Psychological Association*,91-110.

Specker, S., Zwaan,M.,Raymond,N.,Mitchell,J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without bingeeating disorder. *Comprehensive Psyciatry*, 35,185-190.

Spitzer R, Yanovski S, Wadden T, *et al.* (1992). Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Eating Disorder*, 13,137-53.

Spitzer, RL. (1991). Nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder. *American Journal of Psychiatry*,148, 1097-1098.

Spitzer, R.L. Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A.,Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., Nonas, C.(1993). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 191-203.

Spurrell, E.B., Wilfley, D.E., Tanofsky, M.B., Brownell, K.D. (1997). Age of Onset for Binge Eating: Are There Different Pathways to Binge Eating?. *International Journal of Eating Disorder*, 21, 55-65.

Steiger H, Gauvin L, Jabalpurwala S, Seguin JR, Stotland S. (1999). Hypersensitivity to social interactions in bulimic syndromes: Relationship to binge eating. *J Consult Clinical Psychol*, 67, 765–775.

Striegel-Moore, R.H, Wilson, G.T, Wilfley, D.E, Elder, K.A, Brownell, K.D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disorder*,23, 27–37.

Strigel-Moore,R.H.,Dohm,F.A.,Kraemer,H.C. Taylor,B., Daniels,S., Crawford,P.B., Schreiber, G.B. (2003). Eating Disorders in White and Black Women. *The American Journal of Psychiatry*,160,1326-1331.

Striegel-Moore RH, Fairburn, C.G, Wilfley, D.E, Pike, K.M., Dohm, F., Kraemer, H.C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge eating disorder in black and white women: A community-based case-control study. *Psychol Medicine*, 35,907–917.

Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Frensch P, Rodin J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. *International Journal of Eat Disorder*,8, 499–509 .

Strober, M., Freeman,R., Bower, S., Rigali, J. (1996). Binge eating in anoreksiya predicts later onset of substance use disorder: A ten-year prospective, longitudinal follow-up of 95 adolescents. *Journal of Youth Adolescence*, 25, 519-532.

Stunkard, A. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quarterly*, 33, 284-295.

Stunkard, A.J., Wadden, T.A.(1992). Psychological Aspects of Severe Obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55, 524-532.

Stunkard, A.J., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C. (1996). Binge Eating Disorder and the Night Eating Syndrome. *International Journal of Obesity*.

Stunkard, A., Allison, K. (2003). Binge-eating disorder: Disorder or marker? *International Journal of Eating Disorders*, 34,107-115.

Stunkard, A.J., Wadden, T.A. (1985). Social and Psychological Consequences of Obesity, *Annals of Internal Medicine*, 103,1062-1067.

Şar, V. (2010). DSM-5 Taslak Tanı Ölçütleri. *Klinik Psikiyatri*, 13, 196-200

Tanofsky,M.B.,Wilfley,D.E,Spurrell,E.B,Welch,R.,Brownell,K.D.(1997) . Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of eating Disorder*, 21, 49-54.

Svrakic, D. M., Przybeck, T. R., Cloninger, C.R. (1992). Mood states and personality traits. *Journal of Affective Disorders*,24, 217-226.

Telch CF, Agras WS. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *Int J Eat Disord*, 5,53-61.

Telch, C.F. (1997). Skills training treatment for adaptive affect regulation in a woman with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*, 22, 77–81.

Telch, C.F., Agras, W.S. (1996). Do emotional states influence binge eating in the obese *Int J Eat Disord*, 20,271–279.

Telch, C.F., Pratt, E.M., Niego, S.H. (1998). Obese women with binge eating disorder define the term binge. *Int J Eat Disord*, 24,313– 317.

Telch, C., Stice, E. (1998). Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *J Cons Clin Psychol*, 66, 768-76.

Tuschen-Caffier,B., Schlüssel,C. (2005). Binge Eating Disorder:A new Eating Disorder or an Epiphenomenon of Obesity?.138-148.

Tüzün, M. Obezitenin Genel Özellikleri, Ed: Yılmaz, C. (1999). Obezite ve Tedavisi. İstanbul: Mart matbaacılık.

Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1997).Trauma, dissociation, and impulse dyscontrol in eating disorders. New York : The Guilford Press.

Vervaeet, M. van Heeringen, C., Audenaert, K. (2004). Personality-Related Characteristics in Restricting Versus Binging and Purging Eating Disordered Patients. *Comprehensive Psychiatry*,45,37-43.

Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.G., Sifford, L., Raeburn, S. (1993). Group Interpersonal Psychotherapy for theNonpurging Bulimic Individual: A Controlled Comparison: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 296-305.

Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., Fairburn, C.G.(2000).Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *Int J Eat Disorder*, 27,259–269.

Wilfley, D.E., Wilson, G.T., Agras, W.S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*,34, 96–S106.

Wilson, G.T., Smith, D.(1987).Cognitive Behavioral Treatment of Bulimia Nervosa,” *Annals of Behavioral Medicine*, 9,12-17.

Wilson, C.P., Hogan, C.C, Mintz, I. (1992).Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity, *Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders*,81-95.

Wilson, G.T. (1993). Behavioral Treatment of Obesity: Thirty Years and Counting. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 27, 417-439.

Wilson, G. T. (1999). Cognitive behavior therapy for eating disorders: Progress and problems. *Behaviour Research and Therapy*, 37,79-95.

World Health Organization Obesity .(1998). Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, June 3-5.

Yanovski, S.Z., Nelson, J.E, Dubbert B.K, Spitzer R.L. (1993). Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1472- 1479.

Yanovski, J.A. &Yanovski, S.Z. (1999). Recent advances in basic obesity research: *Journal of the American Medical Association*,282, 1504-1506.

EKLER

EK-1

YEME VE KİLO ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bu formu doldurduğunuz için teşekkür ederiz. Uygun yanıtları daire içine alın veya gerektiği yerde yazınız. Anlamadığınızda ya da yanıt vermek istemediğinizde soruları atlayabilirsiniz.

1. Adınız Soyadınız:

2. Yaşınız:

3. Eğitim Durumunuz:

1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite ve üstü

4. Mesleğiniz:

5. Çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

6. Ekonomik Durumunuz:

1. Düşük 2. Orta 3. Yüksek

7. Medeni haliniz:

1. Evli 2. Bekâr 3. Boşanmış 4. Dul

8. Boyunuz:

9. Kilonuz:

10. Kronik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

Varsa belirtiniz:

11. Psikiyatrik bir hastalığınız var mı? 1. Evet 2. Hayır

Varsa belirtiniz:

12. Herhangi bir tedavi görüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

Görüyorsanız belirtiniz:

13. Geçen 6 ay, herhangi bir iki saatlik süre içerisinde, sık sık, birçok kişiye göre normalden çok fazla olarak değerlendirilebilecek ölçüde yemek yediğiniz oldu mu?

1. Evet 2 Hayır HAYIR'sa soru 17'geçiniz

14. Bu şekilde yediğiniz zamanlar içerisinde sık sık yemek yemeyi durduramayacağımızı, ne ya da ne kadar yediğinizi kontrol edemeyeceğinizi hissettiğiniz oldu mu?

1 .Evet

2 .Hayır

HAYIR'sa soru 17'geçiniz

15. Son 6 ayda, olağandışı miktarlarda yemek yediğiniz ve yeme üzerindeki kontrolü kaybettiğinizi hissettiğiniz zamanların ortalama sıklığı nedir? (Bazı haftalar bu durumu hiç yaşamamış olabilirsiniz – ortalama olarak düşünün)

1. Haftada bir günden az

2. Haftada bir gün

3 .Haftada iki veya üç gün

4 .Haftada dört, beş gün

5 .Hemen hemen her gün

16. Bu dönemlerde aşağıdaki durumları genellikle yaşıyor musunuz?

a. Normalden çok daha hızlı yeme

1.Evet

2. Hayır

b. Rahatsız edici bir biçimde doyana kadar yeme

1.Evet

2. Hayır

c. Fiziksel olarak açlık hissetmezken büyük miktarlarda yemek yeme

1.Evet

2. Hayır

d. Ne kadar yediğiniz konusunda utanma nedeniyle yalnız başına yeme

1.Evet

2. Hayır

e. Aşırı yeme sonrası kendinden nefret etme, kendini suçlu ya da depresif hissetme

1.Evet

2. Hayır

17. Genel olarak, son 6 ay içerisinde fazla yemek yemeniz (sizin için en iyisi olduğunu düşündüğünüzden daha fazla yeme) sizi ne kadar üzdü?

1. Hiç

2. Hafif

3. Orta

4. Çok

5. Aşırı

18. Genel olarak, son 6 ay içerisinde yemek yemeyi durduramadığınızı, ne ya da ne kadar yediğinizi kontrol edemediğinizi hissetmek sizi ne kadar üzdü?

1. Hiç

2. Hafif

3. Orta

4. Çok

5. Aşırı

EK-2

MİZAC VE KARAKTER ENVANTERİ

(Türkçe MKE)

Bu anket formunda kişilerin kendi tutumlarını görüşlerini ilgilerini ya da kişisel duygularını tanımlarken kullanabilecekleri ifadeleri bulacaksınız.

Her ifade DOĞRU ya da YANLIŞ olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil ÇOĞU ZAMAN ya da genellikle nasıl davrandığınız ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız.

Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

ANKET FORMU NASIL DOLDURULUR!

Yanıtlamak için her sorudan sonra yalnızca “D” ya da “Y” seçeneğini daire içine almanız yeterlidir. Bir örnek:

ÖRNEK	DOĞRU	YANLIŞ
Bu anket formunu nasıl dolduracağımı biliyorum.	D	Y

(Bu anket formunu nasıl dolduracağınızı biliyorsanız ifadenin DOĞRU olduğunu göstermek için “D”yi daire içine alınız.)

Tüm ifadeleri dikkatlice okuyunuz ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız. Yanıttan emin olmasanız bile her ifadeyi yanıtlamaya çalışınız. Doğru ya da yanlış yanıtlar olmadığını unutmayınız ve sadece kendi kişisel görüş ve duygularınızı belirtiniz.

Copyright © 1987 1992 C. R. Cloninger

Türkçe TCI © 2001 Samet Köse Kemal Sayar

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimseye zaman kaybı gibi gelse de sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğu zaman yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu zaman güzel bir konuşma ya da şiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu zaman koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda çoğu zaman vaktin nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu zaman yaşamımın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamada bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünse bile tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin çoğu zaman o anda nasıl hissettiğime bakarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y

15. Çoğu zaman çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir. D Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden genellikle hoşlanmam. D Y
17. Çoğu durumda doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır. D Y
18. Bir çok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek olsam bile zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yapardım. D Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve denetimliyimdir. D Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için çoğu zaman yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım. D Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım. D Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum. D Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan çoğu zaman “dalgın” olarak adlandırılırım. D Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim. D Y
25. Bir başkasının duygularını çoğu zaman kendiminkiler kadar dikkate alırım. D Y
26. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman biraz riskli şeyler (sarp tepeler ve keskin virajlar üzerinde araba kullanmak gibi) yapmayı tercih ederim. D Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için çoğu zaman yabancılarla tanışmaktan kaçınırım. D Y

28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok eski “denenmiş ve doğru” yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle genellikle işleri önemlilik sırasına göre yapamam.	D	Y
31. Çoğu zaman hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu zaman başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımın acı çektiğini görmek bana hoşnutluk verir.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun çok düzenli olmak ve kişiler için kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için uzunca bir süre aynı ilgilerimi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak çoğu zaman bana anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda bilimsel olarak açıklanamayan bir çok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim bir çok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu zaman bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu zaman nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya değin para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y

43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Kendimi rahatlamış hissederken çoğu zaman beklenmedik içgörü ya da anlayış parıltıları yaşarım.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu edinmeye çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki her şey tek bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyiciyimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda çoğu kimseden daha sıkılganımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmemeye olanak veren bir "altıncı his"e sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y

58. Tutumlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y
63. Çok kolay yorulduğumdan çoğu zaman kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaşızın daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam bile kendim için para harcamaktan hoşlanmakta güçlük çekerim.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda genellikle sakin ve güvenli kalırım.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı çok az ya da kısa bir süre tanıdığım kişilerle tartışmakta sakınca görmem.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin zekice olduğunu düşünmüyorum.	D	Y
72. Bana haksız davranmış olsalar bile başkalarına haksızca davranırsam zihinsel huzurum kalmaz.	D	Y

73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu zaman sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşı kaybedince genellikle çoğu kimseden daha çok üzüntü duyarım.	D	Y
76. Bazen sanki zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir bağlantı hissedirim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar bile başka kimselerin duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bir grup yabancıyla buluşunca bana dostça davranmadıkları söylenmiş olsa bile rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürdüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her olguyu etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Çoğu zaman etrafımdaki tüm nesnelere karşı güçlü bir bütünlük duygusu hissedirim.	D	Y
85. Çoğu zaman “Süperman” gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y

87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar yaşamımın gerçek amacını anlamama yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu zaman başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Bir şeyi tekrar tekrar uygulamak pek çok şeyde iyi ve başarılı olmama olanak vermiştir.	D	Y
91. Söylediğimin abartılı ve gerçek olmadığını bilmeme rağmen genellikle başkalarının bana inanmalarını sağlayabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamın kurallarının olduğunu ve hiç kimsenin sonunda bedelini ödemeksizin bu kuralları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başka herkesten daha çok zengin olmak istemem.	D	Y
95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra bile mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın herhangi bir insandan daha büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100. Birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek benim için kolaydır.	D	Y

101. Beklenmedik haberlere çoğu zaman öylesine güçlü tepki veririm ki pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (kötürüm kalmış çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle kendimi çoğu kimseden daha çok zorlarım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için çoğu zaman sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107. Çoğu zaman zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense para harcamayı yeğlerim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılanırsam çok çabuk atlatırım.	D	Y
113. Çok gergin yorgun ya da endişeli olacağım için işleri genelde yürütme tarzımdaki değişmelere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşleri eskiden olduğu gibi yapmayı bırakmadan önce genellikle çok gerçekçi gerekçeler talep ederim.	D	Y

115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamanın (telepati ya da önceden bilme gibi) gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımla çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman pek başarılı olmasam bile çoğu zaman aynı şeyi defalarca yeniden denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korksa bile ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkıları ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu zaman beni irademin dışında bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incitirse intikam almaktansa kibar davranmayı yeğlerim.	D	Y
125. Çoğu zaman yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki zaman ve mekandan kopmuş gibi o an içinde kaybolurum.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y

129. Başkaları pek tehlike olmadığını düşünse de tanıdık olmayan ortamlarda çoğu zaman gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin çoğu zaman iç güdülerimi önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. İnsanlar benden beklediklerini yapmadığımda çoğu zaman benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu zaman etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal bağlantım olduğunu hissederim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek benim için genellikle kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha çok iş beklese bile olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikincil huy” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında benden daha çok bilmesi gerçeğinden çoğu zaman rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır böylece onları gerçekten anlayabilirim.	D	Y
138. Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde pek az rol oynarlar.	D	Y
139. Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140. Kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hisseder işler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere dalarım.	D	Y
141. Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile çoğu zaman işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142. Hemen her sosyal durumda kendimi oldukça güvenli ve emin hissederim.	D	Y

143. Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144. Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol var olduğunu söylese bile işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145. Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146. Düşmanlarımın acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147. Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148. Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
Endişeye kapıldığımda arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler bile yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150. Çoğu zaman başka herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151. Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152. Çoğu zaman kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153. Bir ekibin üyeleri kendilerine düşen payı nadiren eşit biçimde alırlar.	D	Y
154. Bir kaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa çoğu zaman riskli şeyler (planörle uçmak ya da paraşütle atlamak gibi) yapmayı tercih ederim.	D	Y
155. Çoğu zaman dürtüsel olarak o kadar çok para harcarım ki tatil yapmak gibi özel planlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156. Başkalarını memnun etmek için kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y

157. Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılğan değilimdir.	D	Y
158. Çoğu zaman arkadaşlarımlın arzularına boyun eğirim.	D	Y
159. Zamanımın çoğunu gerekli gibi görünen ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160. Ticari kararlarda neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dini ya da ahlaki ilkelerin etkin olması gerektiğini düşünmem.	D	Y
161. Başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için çoğu zaman kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162. Alışkanlıklarımın çoğu bana değerli amaçlara ulaşmada zorluk çıkarır.	D	Y
163. Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için savaş yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi gerçekten de kişisel fedakarlıklar yaptım.	D	Y
164. Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165. Kendi denetimimi yitirecek kadar hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166. Düşündüğümünden daha uzun sürerse çoğu zaman o işi bırakırım.	D	Y
167. Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168. Bana yanlış davranan birisini çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169. Davranışlarımı büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170. Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle çoğu zaman kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y

171. İşlerin yapılması için bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172. Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173. Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan kendimi daha coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174. Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175. Duygu dışı algılar yaşantıladığıma inanırım.	D	Y
176. Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177. Davranışlarıma yaşamım için koyduğum belli amaçlar güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178. Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179. Çoğu zaman sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180. Genellikle soğukkanlı ve başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y
Hüzünlü bir film seyrederken ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183. Cezalandırılmayacağımı sandığımda çoğu zaman kuralları ve düzenlemeleri ihlal ederim.	D	Y
184. Çoğu ayartıcı durumda kendime güven duyabilmem için iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185. Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasalar.	D	Y
186. Önemsiz ya da kötüymüş gibi görünseler bile herkes itibar ve saygı ile muamele görmelidir.	D	Y

187. Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için çabuk kararlar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188. Yapmaya çalıştığım her şeyde genellikle şansım yaver gider.	D	Y
189. Çoğu kimsenin tehlikeli nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) genellikle kolayca yapabileceğime dair kendime güvenirim.	D	Y
190. Başarılı olma şansı olmadıkça bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmede bir yarar görmüyorum.	D	Y
191. İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192. Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193. Bireysel haklar herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194. Kendimi ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y
195. Ansızın varolan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu yaşadığım epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196. İyi alışkanlıklar işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197. Çoğu kimse benden daha çok becerikli görünür.	D	Y
198. Sorunlarım için çoğu zaman başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199. Bana kötü davranmış olsalar bile başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200. Çoğu zaman tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
201. Arkadaşlarla birlikteyken bile çok fazla “açılmamayı” tercih ederim.	D	Y

202. Kendimi zorlamaksızın genellikle tüm gün boyunca bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.	D	Y
203. Başkaları çabuk bir karar vermemi isteseler bile karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204. Bir şeyi yanlış yaparken yakalandığımda, sorundan kurtulmayı beceremem.	D	Y
205. Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206. Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207. Şimdiki doğal tepkilerimin genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208. Tüm yaşamın bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209. Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210. İnsanlar yardım sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y
211. Yeni düşünceler ve etkinliklerden heyecan duymada çoğu kimseye göre daha geriyimdir.	D	Y
212. Bir başkasının duygularını incitmemek için söylenecek olsa bile yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213. Hoşlanmadığım bazı insanlar vardır.	D	Y
214. Başka herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215. Sıradan bir şeye bakarken çoğu zaman olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y

216. Tanıdığım çoğu kimse başkalarının incinebileceğine aldırmaksızın yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217. Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218. Çoğu zaman kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlar ya da gerçekte yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219. Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220. Mistik yaşantı söylentileri muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221. Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile irade gücüm çok güçlü ayartmaların üstesinden gelmeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222. Herhangi bir kişinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223. Yaşamımda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224. Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225. Çok dikkatli olmazsam benim için işler çoğu zaman ters gider.	D	Y
226. Kendimi keyifsiz hissettiğimde yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olduğumda genellikle daha iyi hissederim.	D	Y
227. Aynı şeyi yaşantılamayan birisiyle duyguları paylaşmanın mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228. Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için başkalarına çoğu zaman sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y
229. Keşke başka herkesten daha iyi görünümlü olsam.	D	Y

230. Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231. Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile genellikle yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232. Baharda çiçeklerin açmasını eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233. Zor durumları genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234. Benimle ilgili kimseler işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235. Sahtekar olmak yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236. Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra bile genellikle çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237. Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde her şeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238. Yeni bir şey olmadığında genellikle heyecan ya da coşku verici bir şeyler aramaya başlarım.	D	Y
239. Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240. Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK 3

ONAY FORMU

İstanbul Arel Üniversitesi Psikoloji Bölümünde yüksek lisans tezini hazırlamakta olan Gökben Doğan Aydın'ın yürütmekte olduğu "Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Psikobiyolojik Modele Göre İncelenmesi" konulu araştırma projesi hakkında bilgilendirildim. Bu projenin amacının tıkınırcasına yeme davranışı gösteren kadınların psikolojik özelliklerinin Psikobiyolojik Modele göre belirlenmesi olduğu bana söylendi.

Eğer bu projeye katılmayı kabul edersem benden 2 tane soru formu doldurmam istenecek ve bu formları doldurmam yaklaşık 30 dakika sürecek.

Araştırmaya katılmanın özgür irademe bağlı olduğunu ve soruları yanıtlarken kendimi rahatsız hissedersen herhangi bir ceza ya da zarara maruz kalmaksızın geri çekilebileceğimi biliyorum. Bu çalışmadan çıkacak sonuçların araştırmacı tarafından gizli tutulacağı hakkında bilgilendirildim.

KATILIMCININ İMZASI

TARİH

ÖZGEÇMİŞ
KİŞİSEL BİLGİLER

ADI VE SOYADI : GökbenDOĞAN AYDIN
DOĞUM YERİ VE TARİHİ : Ankara 01.02.1978
MEDENİ HALİ : Evli
FAX :
E-MAIL : aydingokben@hotmail.com
ADRES (EV) : J.Loşmanları C3-23 D:8 Atakent
Mah.Halkalı İSTANBUL
(İŞ) : J.Bölge K.lığı Balmumcu Beşiktaş/ İSTANBUL
TELEFON (CEP) : (0505) 3556429
(İŞ) : (0212) 2134400 (3251 Dahili)

EĞİTİM DURUMU

2009 - : Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans
1993 – 1998 : Ortadoğu Teknik Üniversitesi Fen-Edebiyat
Fakültesi Psikoloji Bölümü
1990 – 1993 : Keçiören Lisesi

YABANCI DİL : İngilizce - İyi Derecede

İŞ TECRÜBESİ

1998 - Devam Ediyor : Psikolog, J.Bölge K.lığı.Dispanser Baştabipliği