

## Yeme Bozuklukları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar: Bir Gözden Geçirme

*Eating Disorders and Early Maladaptive Schemas: A Review*

### ÖZET

Yeme bozuklukları, yeme tutumunda ve davranışında çeşitli bozulmaların meydana geldiği, kiloya ilişkin bozulmuş inançlar ve kilonun denetimine yönelik davranışlarla seyreden, kişinin psikolojik, sosyal ve fiziksel işlevlerinde bozulmaya sebep olan ruhsal bozukluklardır. Yeme bozukluklarının kökeninde birden fazla faktör vardır. Ancak bu faktörler çocukluk çağında giderilemeyen ihtiyaçlar noktasında benzerlik gösterir. Yapılan bu çalışmada yeme bozuklukları ile erken dönem uyum bozucu şemalar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Günümüzde yeme bozuklukları tedavisinde bilişsel-davranışçı terapinin etkinliği kanıtlanmış olsa da kavramsal değerlendirmeler ve terapiler sonucunda elde edilen veriler yetersiz bulunmaktadır. Bu eksikliklerin ışığında, yeme patolojisine uygulanan şema terapinin faydalarına olan ilgi artmaktadır. Mevcut bulgular yeme patolojisinin şema odaklı kavramsallaştırmalarına destek vermekte ve yeme bozukluklarının belirgin uyumsuz şemalarla karakterize olduğunu doğrulamaktadır. Tedavi sonuçları ayrıca şema terapinin çeşitli teknikleri ile karmaşık yeme bozuklukları için umut verici müdahaleler olduğunu göstermektedir. Bu makale ilk olarak yeme bozukluklarını ve şemaları tanımlamış, ardından literatür taraması sonucunda ortaya çıkan sonuçları tartışarak gelecek çalışmalar için bir kılavuz görevi görmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yeme Bozuklukları, Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar, Şema Terapi

### ABSTRACT

Eating disorders are mental disorders in which various disruptions occur in eating attitudes and behaviors, which are characterized by distorted beliefs about weight and behaviors aimed at controlling weight, and which cause impairment in the psychological, social and physical functions of the person. There are multiple factors at the root of eating disorders. However, these factors are similar in terms of unsatisfied needs in childhood. In this study, it was aimed to examine the relationship between eating disorders and early maladaptive schemas. Today, although the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in the treatment of eating disorders has been proven, the data obtained as a result of conceptual evaluations and therapies are insufficient. In light of these shortcomings, interest in the benefits of schema therapy applied to eating pathology is increasing. The current findings lend support to schema-focused conceptualizations of eating pathology and confirm that eating disorders are characterized by prominent maladaptive schemas. Treatment outcomes also suggest that various techniques of schema therapy are promising interventions for complex eating disorders. This article first defines eating disorders and schemas, then discusses the results of the literature review and aims to serve as a guide for future studies.

**Keywords:** Eating Disorders, Early Maladaptive Schemas, Schema Therapy

### GİRİŞ

Yemek yeme insanın hayatını devam ettirebilmesi için gereken en temel fizyolojik ihtiyaçlardan bir tanesidir. Yaşam için gerekli olmasının yanında haz veren de bir davranıştır. Yeme davranışı bebeklikten ilk çocukluk dönemine kadar hızla gelişir ve yaşla birlikte gelişimine devam eder.

Yeme davranışının gelişimine etki eden bazı faktörler vardır. Bu faktörler arasında uyum sağlama mekanizmaları, ödül sistemi, bireyin motor, duyuşsal ve duygusal kapasitesi, içinde bulunulan sosyal çevre, kültürel etkenler, ebeveynlerin bakım verme becerileri ve tutumları vardır (Gönenir Erbay ve Seçkin, 2016). Bu sebeple yeme tutumu birçok olay ve durumdan etkilenebilmektedir.

Yeme bozuklukları; yeme tutumunda ve yeme davranışında ciddi bozulmaların meydana geldiği, kilo kontrolüne yönelik davranışlarla seyreden, fiziksel ve psikolojik süreçlerdeki fonksiyonların bozulması ile devam eden bir tanı grubudur (Faraji ve Fırat, 2022).

Araştırmacılar ve klinisyenler yeme bozukluklarını karmaşık, zorlayıcı ve ciddi ruh sağlığı problemleri arasında değerlendirmektedir (Turan, 2021). Ayrıca yeme bozukluklarının DSM-5'te yer alan ruhsal bozuklukların arasında

Nursena Öztürk <sup>1</sup> 

### How to Cite This Article

Öztürk, N. (2023). "Yeme Bozuklukları ve Erken Dönem Uyum Bozucu Şemalar: Bir Gözden Geçirme" International Social Sciences Studies Journal, (e-ISSN:2587-1587) Vol:9, Issue:112; pp:7260-7270. DOI: <http://dx.doi.org/10.29228/sssj.70450>

Arrival: 04 May 2023  
Published: 30 June 2023

Social Sciences Studies Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

<sup>1</sup> Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Aydın Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji, İstanbul, Türkiye. ORCID: 0000-0002-0423-0757

en yüksek ölüm oranına sahip olduğu belirlenmiştir (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013; Chesney vd., 2014). Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların %33.6’sının, erkeklerin %6.3’ünün diyet yaptığı; kadınların %43’ünün, erkeklerin %18.3’ünün zayıf olmayı arzuladığı saptanmıştır (Orsel vd., 2004). Yeme bozukluklarının sonuçları genel olarak ciddidir. Örneğin kalp yetmezliği, beyin atrofi gibi fiziksel sonuçlara ya da intihar, depresyon, düşük yaşam kalitesi gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Maher vd., 2022).

Erken dönem uyum bozucu şemalar çocukluk döneminde giderilmeyen bir takım temel duygusal ihtiyaçların ve olumsuz deneyimlerin sonucu olarak gelişmektedir. Bireyler yaşamlarını bu şemaların temelinde şekillendirmektedir. Erken dönem uyum bozucu şemalar, yaşamın ilk yıllarındaki deneyimlerle oluşan ve geçmişten gelecek yaşantılar için insanlara yol gösteren bilişsel yapılarıdır.

Yeme tutumunun duygusal şemalarla olan ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, erkek katılımcıların yeme tutumları ile duygusal şemaları arasında doğrusal, kadın katılımcılarda yeme tutumlarının duygusal şemaları arasında dolaylı ilişki olduğu belirlenmiştir (Yıldız vd., 2019). Şema odaklı yaklaşım, yeme bozukluğu patolojisini bağlanmaya karşı telafi edici bir olumsuz etki ve sıkıntı yaratan bir tepki olarak kavramsallaştırmıştır. Bu da şemaların aktivasyonuna sebep olabilmektedir (Waller vd., 2007). Yapılan vaka çalışmalarının sonuçlarına göre anoreksiya nervozası ya da bulimiya nervozası olan bireyler ile sağlıklı kontrol grubundaki bireylere göre çok fazla erken dönem uyum bozucu şemaya sahip olduğu bildirilmiştir (Jones vd., 2005; Leung & Price, 2007). Ek olarak, araştırmada belirli şemalar ile kalori kısıtlaması (Deas et al., 2011), aşırı yeme (Jones vd., 2005), kendini kusturma (Jenkins vd., 2013) gibi yeme bozukluğu davranışları arasında güçlü ilişkiler bulunmuştur.

Bu çalışmada yeme bozuklukları ve erken dönem uyum bozucu şemaların arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amaçlanmaktadır. Erken dönem uyum bozucu şemaların kökenine inip bu şemaları sağlıklı modlarla değiştirmeyi hedefleyen şema terapinin yardımıyla geçmişi düzenleme, şimdiki daha sağlıklı hale getirme ve geleceği koruma altına alma konusunda önemli ilerlemeler kaydedilebilir. Çalışmanın yeme bozuklukları alanında çalışan ve şema terapiyi uygulayan bireylere katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## YEME BOZUKLUKLARI

ICD-10’da yeme bozuklukları ‘‘Fizyolojik Bozukluk ve Fiziksel Etkenlerle Bağlantılı Davranışsal Sendromlar’’ başlığı altında sınıflandırılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2020). Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (APA) sınıflandırma kitapçığı olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda (DSM-4)’te üç ana gruba ayrılırken yapılan son güncellemeler ile günümüzde DSM-5’de 8 kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategorideki yeme bozuklukları şunlardır: anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu, pika, ruminasyon (geri çıkarma) bozukluğu, kaçınıcı/kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu, diğer belirlenmiş beslenme ve yeme bozuklukları, belirlenmemiş beslenme ve yeme bozuklukları. Özellikle yeme bozuklukları vücut ağırlığı ile aşırı uğraş ve yeme tutumlarındaki değişikliklerle karakterizedir. Yeme bozukluğu tanılarının arasındaki farklar çok keskin olmamakla birlikte farklı yeme bozuklukları zamanla birbirlerine evrilebilirler.

Anoreksiya nervoza, kişinin kilo almaya yönelik ciddi korkuları sebebiyle kalori alımını kontrol etmek için bilinçli olarak yeme davranışını azaltma, durdurma ya da yeme davranışına karşı telafi edici eylemlere başvurma şeklinde ifade edilmektedir (Yücel, 2009). Bulimiya nervoza, kişinin üç aylık süreçte haftada en az bir kere karşı koyamadığı ve direnemediği yeme isteği sonucunda gerçekleşen tıka basa yeme nöbetlerinden sonra kilo almamak için yaptığı laksatif-diüretiklerin yanlış kullanımı, kendini kusturma ve aşırı egzersiz gibi telafi edici davranışlar sergilemesi şeklinde seyreden bir çeşit yeme bozukluğudur (Yıldız, Demir ve Ünübol, 2019). Tıknırcasına yeme bozukluğu kişinin kendini aç hissetmemesine rağmen kısa bir zaman diliminde aşırı miktarda yemek yemesi şeklinde tanımlanmaktadır (DSM-5, 2013).

Sistematik olarak gözden geçirilen verilere göre; yeme bozukluğuna sahip olmanın yaşam boyu tahminleri kadınlar için %8,4 ve erkekler için %2,2 arasında değişmektedir. Ayrıca hem kadın hem erkek katılımcılarla birlikte yapılan çalışmalar sonucunda her iki cinsiyetin yeme bozukluğuna sahip olma oranı 2000-2006 yılları arasında %3.5 iken 2013-2018 arasında bu oranın %7.8’e yükseldiği tespit edilmiştir (Galmiche vd., 2019). Yaşam boyu görülme sıklığı ile ilgili araştırmalarda ise anoreksiya nervozanın görülme sıklığı %1, bulimiya nervozanın görülme sıklığı %1- %4.2 olarak saptanmıştır (Herzog ve Eddy, 2007). Ergenler ve genç yetişkinlerde yeme bozukluğuna sahip olma oranı % 4 olarak tespit edilmiştir. Geçmiş yıllarda yapılan epidemiyolojik araştırmalar değerlendirildiğinde modern ve yüksek gelir seviyesine sahip toplumlarda yeme bozukluklarının daha sık görüldüğü tespit edilmesine rağmen son yıllarda yapılan araştırmalara göre yeme bozukluğu görülme sıklığının gelir parametresine bağlı olmadığı saptanmıştır (Ertan, 2008). Yeme bozukluklarının günümüzde dünya genelinde, özellikle ergenlik ve genç erişkinlik dönemine girildikten sonra sağlıksız yeme davranışlarına paralel olarak arttığı belirlenmiştir (Goldschmidt vd., 2008). Buna ek olarak, yeme bozuklukları genel olarak kadınlarda daha fazla rastlanan psikiyatrik rahatsızlık olup kroniklik ve hastalığın tekrarlaması açısından da büyük risk taşımaktadır (Fairburn vd.,

2000). Ölüm tehlikesi bulunan bu tür bozukluklar kapsamında yapılan çalışmalar görülme sıklığının gitgide yaygınlaştığını ortaya koymaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Beslenme ve yeme bozukluklarının etiyojisine yönelik bulgulara bakıldığında bir fikir birliğine varılamadığı görülmektedir. Elde edilen bulgular net bir sebebin olmadığını, ailevi ve sosyal etkileşimler, genetik faktörler, sosyokültürel ve bireysel faktörler gibi nedenlerin yeme bozuklukların gelişmesinde çeşitli derecelerde rol oynadıklarını göstermektedir (Yücel, 2009).

### **Anoreksiya Nervoz**

Genellikle ergenlik dönemindeki kişilerde görülen, çok düşük beden ağırlığı, bozulmuş beden imgesi algısı, kilo alma fobisi ve enerji alımının kısıtlanması/ durdurulması ile karakterize olan anoreksiya nervoz ruhsal hastalıkların en ölümcül olanları arasında yer almaktadır. Anoreksiya nervoz'un kısıtlayıcı ve bulimik olmak üzere iki tipi vardır. Bunlardan kısıtlayıcı tip davranışlarını sergileyen kişilerde günlük besin alımını kısıtlama, oruç tutma veya aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar görülmektedir. Bulimik tip davranışlarını sergileyen kişilerde ise yüksek besin tüketme ve sonrasında kendi kendini kusturma, müshil veya diüretik benzeri ilaçları kullanarak yediklerini vücuttan atmaya çalışma gibi davranışlar görülmektedir (Balasundaram, 2021; Mitchell vd., 2020).

Anoreksiya nervozası olan hastaların çocukluk çağlarında özerk bir şekilde gelişip büyümesini zorlaştıran, çocuğun o şekilde çocuksu halde kalmasının desteklendiği bir aile patolojisinin bulunduğu ileri sürülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2022).

### **Bulimiya Nervoz**

Genellikle geç ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başlayan, üç aylık süreçte haftada en az bir kez tekrarlayan kontrolü kaybederek aşırı yeme atakları yaşama ve sonrasında kendi kendini kusturma, aç kalma, aşırı egzersiz yapma, müshil, diüretik veya diğer ilaçların kötüye kullanımı gibi telafi edici davranışlar sergileme ile karakterize edilen bir yeme bozukluğu olan bulimiya nervoz tedavi edilmediğinde ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Gorrell ve Le Grange, 2019).

Anoreksiya nervoz ile en basit ayırım yöntemi kişilerin vücut ağırlıklarıdır. Bulimiya nervoz olan kişiler aşırı miktarda yemeği yedikten sonra telafi edici davranışlardan herhangi birini gerçekleştirene kadar yenilen yemeğin bir kısmı kana karışarak kalori olarak vücuda eklenir. Bu sebeple bulimiya olan bireyler anoreksiya olanlara göre biraz daha kiloludur.

### **Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, aynı bulimiya nervozda olduğu gibi üç aylık süreçte haftada en az bir kez tekrarlayan aşırı yeme atakları ile karakterize olup bulimiya nervozanın tersine tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler aç kalma, kendi kendini kusturma, laksatif kullanma veya aşırı egzersiz yapma gibi telafi edici davranışlar yapmazlar (Agüera vd., 2020; Bergner vd., 2020; Guerdjikova vd.).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler yeme atakları geçirdiklerinde günlük besin ihtiyaçlarının üstünde, kendilerini aç hissetmeseler dahi aşırı besin tüketme eğilimi sergiledikleri gözlemlenmektedir. Bununla birlikte tıkınırcasına yeme bozukluğuna sahip bireyler, aşırı yeme dürtülerini kontrol edememeden utandıkları için genellikle yalnız yemek yeme eğilimi gösterirler (Guerdjikova vd., 2019; Treasure vd., 2020).

### **Pika**

Pika, bazı gıdalar ve besleyici değeri olmayan bazı maddelerin en az bir aylık süreçte sürekli tüketilmesi sonucunda oluşan yeme bozukluğu olup bu tür bozukluklarda tüketilen maddelerin sağlığa önemli zararları söz konusudur (Treasure vd., 2020). Kişilerin tükettikleri maddeler arasında kâğıt, toprak/kil, kül, alçı, nişasta, kömür, saç, çimen, tebeşir, buz, boya parçaları, ip, düğme, kahve telvesi, sigara izmariti, bez, yumurta kabukları ve bebek pudrası gibi maddeler yer almaktadır (Nasser ve Muco, 2018; Rodrigues vd., 2021).

Pika genellikle çocuklukta başlamaktadır. Etiyojisi hakkında henüz yeterli çalışma olmamasına rağmen; çocuklukta ihmal, stres, açlık, kültürel faktörler, mikro besinlerin eksikliği gibi nedenlerin hastalığa neden olduğu varsayılmaktadır.

### **Ruminasyon (Geri Çıkarma) Bozukluğu**

Diğer yeme bozukluklarıyla da birlikte görülebilen ruminasyon bozukluğu, en az bir ay boyunca herhangi bir tikslenme, mide bulantısı veya kusma refleksi olmadan yutulan besinin tekrar ağza gelmesi şeklinde ifade edilmektedir. Sonrasında kişi ağza gelen besinleri dışarı tükürebilir veya tekrar yutabilir (Bryant-Waugh vd., 2019; Halland, 2019; Murray vd., 2019; Treasure vd., 2020). Nadir görülen bir yeme bozukluğu olup genellikle ilk

çocukluk döneminde fark edilmektedir. Yapılan bazı araştırmalara göre bu yeme bozukluğunun zekâ ve gelişim geriliği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Kaçar ve Hocaoğlu, 2019).

### **Kaçınıcı / Kısıtlayıcı Besin Alımı Bozukluğu**

Kaçınıcı / kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu, yiyecek kıtlığı, kültürel yeme tutumları ve psikolojik/tıbbi durumlar haricinde beslenmekten kaçınma veya kısıtlama davranışları ile karakterize bir yeme bozukluğudur (Erol, 2018). Bu yeme bozukluğunda beslenme eksikliği, belirgin kilo kaybı, tüp yardımıyla beslenme, ruhsal ve toplumsal işlevselliğin düşmesi gibi durum ve davranışlar görülebilmektedir. Bu tür bozukluklarda yemek yemenin iğrendirici sonuçlarıyla ilgili endişe duyma hissi baskın olup psikososyal işlevlerde dengesizlikler görülebilmektedir (Ayaz, 2021).

### **Diğer Belirlenmiş Beslenme ve Yeme Bozuklukları**

Diğer belirlenmiş beslenme ve yeme bozuklukları, klinik olarak beslenme veya yeme bozukluğuna özgü belirtilerin çoğunlukta görüldüğü, ancak tanı kriterlerinin karşılanmadığı, hayati tehlikeye sebep olabilen yeme bozukluğu şeklinde tanımlanmaktadır (Nationaleatingdisorders.org, 2022).

Kişide toplumsal alanlarda işlevsellikte düşmeye veya klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya sebep olan, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi birinin belirtilerinin baskın olduğu ancak tanı kümesindeki belirtilerden herhangi birini tam karşılamayan durumlarda bu kategori kullanılmaktadır (Köroğlu, 2015).

### **Belirlenmemiş Beslenme ve Yeme Bozuklukları**

Belirlenmemiş beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinde, bireyde fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki ve toplumsal gibi alanlarda klinik açıdan belirgin bir sıkıntı oluşturan, beslenme ve yeme bozukluklarına dair belirtilerin görüldüğü, ancak bu belirtilerin tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlar yer almaktadır. Bu kategori, tanı ölçütlerinin neden karşılanmadığını klinisyen belirlemek istemediğinde ve daha özgül bir tanı için yeterli bilgi olmadığı durumlarda kullanılır (Köroğlu, 2015).

## **ERKEN DÖNEM UYUM BOZUCU ŞEMALAR**

Erken dönem uyum bozucu şemalar ya da kısa adıyla şemalar, yaşamın erken dönemlerinde başlayıp ilerleyen yıllarda da süren hatıralar, duygular, bilişler ve bedensel duyumlardan meydana gelen tema ya da kalıplaşmış örüntülerdir.

Bu duygusal ve bilişsel kalıplar, çocukluğun ilk dönemi boyunca gelişerek kişinin kendisiyle ve başkalarıyla olan ilişkileri üzerinde etkili olur (Young vd., 2009). Şemaların oluşmasındaki süreci anlamak, onların ortaya çıkardığı problemlerle baş etmemizdeki zorluğu biraz daha azaltabilir. Bireylerin erken çocukluk deneyimleri, anne babaları ile olan yaşantıları, temel psikolojik ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmaması ve travmatik deneyimler, şemaların oluşmasındaki temel etkenlerdir (Young vd., 2009).

Bir şema, bireylerin gerçeklik ya da deneyimleri üzerine binen onlara açıklama yapmalarında yardım eden, algılamalarda aracılık yapan ve tepkilerine rehberlik eden bir örüntüdür (Young vd., 2009). Şemalar yaşamın erken dönemlerinde oluşur, yaşam boyu detaylanır ve artık uygulanabilir olmasa bile daha sonraki yaşam deneyimleri üzerine eklenerek etkileme özelliklerini taşır. Kendilikle ilgili yaygın temalar olarak tanımlanan erken dönem uyumsuz şemalar, bireyin çocukluk evresinde yaşanan karşılanmamış duygusal gereksinimler sebebiyle gelişir ve yerleşir. Günümüzde bu şemalar 5 ana alan ve 18 adet şema ile gruplandırılır. Bu alan ve şemalar şunlardır:

*Ayrılma ve Reddedilme Alanı:* Duygusal Yoksunluk, Terk Edilme/ İstikrarsızlık, Güvensizlik/ Kötüye Kullanılma, Kusurluluk/ Utanç, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma

*Zedelenmiş Özerklik ve Performans Alanı:* Bağımlılık/ Yetersizlik, Dayanıksızlık, İç İç Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık

*Zedelenmiş Sınırlar Alanı:* Haklılık/ Üstünlük, Yetersiz Özdenetim

*Başkaları Yönelimlilik Alanı:* Boyun Eğicilik, Kendini Feda, Onay/ Kabul Arayıcılık

*Aşırı Uyarılma ve Baskılama Alanı:* Olumsuzluk/ Karamsarlık, Duyguları Baskılama, Yüksek Standartlar/ Aşırı Eleştiri, Cezalandırıcılık.

Başkalarına güvenli bağlanma ihtiyacının karşılanmaması ile ortaya çıkan şemalar daha çok “Ayrılma” ve “Reddedilme” alanında toplanmaktadır. Bununla birlikte zorluklarla aktif mücadele etme, bir işi başarma, tek başına kalma, sevilen birisinden ayrı kalma, bağımsız çalışma gibi alanlarda yetersizlik düşünce ve tutumları “Zedelenmiş Özerklik ve Performans” alanı ile karakterizedir. “Zedelenmiş Sınırlar” alanındaki şemalara sahip

bireyler karşılıklılık veya öz disiplin konusunda yeterli içsel sınırlar geliştiremeyen niteliklere sahiptir. Gereksinim ve duyguları ifade ihtiyacının giderilememesiyle oluşan şemaların toplandığı alan ise “Başkaları Yönelimlilik” alanıdır. Kendiliğindenlik ve oyun ihtiyacının giderilememesiyle oluşan şemalar ise “Aşırı Uyarılma ve Baskılama” alanında toplanmaktadır.

### Şemaların Tanımı

Erken dönem uyum bozucu şemalar 18 şema olarak kategorize edilmiştir. Bu şemalar şu şekilde sıralanmaktadır:

**Duygusal Yoksunluk:** Diğer insanların varlığına rağmen onlardan duygusal olarak ihtiyaç duyduğu şeyleri alamamış olma duygusunu yarattığı şemadır.

**Terk Edilme/ İstikrarsızlık:** Çocuğun çok uzun süre boyunca ve tahmin edilemeyen bir şekilde gerçekten ortada bırakılmış olmasından kaynaklanan şemadır.

**Güvensizlik/Kötüye Kullanılma:** Bu şema, başkaları tarafından aşağılanma, aldatılma, yaralanma, istismar edilme ve manipüle edilme gibi kötü tecrübelerin neticesinde oluşmaktadır. Aynı anda aşırı derecede ihmal edilmişlik veya sürekli olarak hakkını alamamış olma duygusu ve içinde bulunulan durumu değiştirme şansının olmadığı duygusu bu şemanın oluşumuna sebep olabilmektedir.

**Kusurluluk/ Utanç:** Bakım veren kişilerin değer azaltıcı eleştirileri sonucunda değersiz, kötü hissetmek, istenilmeme ve sevmeye değer olmama gibi duygulara yol açan şemadır.

**Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma:** Bu şema genelde, ergenlik ve gençlik döneminde dışlanma, aşağılanma ve bunu takriben gelişen geri çekilme sonucunda oluşur

**Bağımlılık/ Yetersizlik:** Bu şema, söz konusu birey yerine aşırı derecede kontrolcü olan ebeveynin birçok kararı üstlenmesi durumunda ortaya çıkar.

**Dayanaksızlık:** Bu şema bakım veren kişilerin aşırı evhamlı/ kaygılı tavırları, söz konusu bireyin kendisini uygun şekilde koruyamayacağını, sürekli bir şekilde felaketlerin veya kötü olayların tehdidi altında hissetmesine neden olduğu durumlarda ortaya çıkar.

**İç İçe Geçme/ Gelişmemiş Benlik:** Bu şema, ebeveyn veya partner ile aşırı derecede bağlılık içinde olmayı tanımlar. Kişinin kendi mutluluğu, diğer insanların memnuniyetine bağlıdır. Aile ile iletişim halinde olmadığında boşluk, güvensizlik ve oryantasyon eksikliği gibi duygular meydana gelir.

**Başarısızlık:** Bu şema, bakım verenlerin aşırı eleştirel, başarıya yönelik geri bildirimler vermeleri ile desteklenerek öz güven eksikliğine sebep olur.

**Haklılık/ Üstünlük:** Bu şemada söz konusu bireyler, kendileri için özel hak ve ayrıcalıklılık talep ederler. Örneğin trafik kurallarına uymak zorunda olmamak gibi. Aynı şekilde, istedikleri şeyleri elde etmeyi de beklerler. Başkalarının gereksinimleri ve duyguları konusunda bir hassasiyetleri yoktur.

**Yetersiz Özdenetim:** Bireyin çocukluğunda yeteri kadar talepte bulunulmamış olması, çaba gösterme, hayal kırıklıklarını tolere etme, duygularını düzenleme ve uyum gösterme arzusunu azaltan şemadır.

**Boyun Eğicilik:** Bu şema, bakım veren kişilerin devamlı olarak çocuğun duygularının, ihtiyaçlarının ve isteklerinin önemli olmadığı hissini vermesinden kaynaklanır. İleriki dönemlerde pasif-agresif davranış, kontrolsüz öfke nöbetleri, psikosomatik belirtiler, madde bağımlılığı veya genel duyu azalması şeklinde kendini gösterebilir.

**Kendini Fedâ:** Bakım verenlerin, çocuğu kendi problemlerinin çözümünde kullanmaları halinde, çoğunlukla söz konusu bireylerde az düzeyde de olsa sevgi görmek için başkalarının isteklerini yerine getirme ihtiyacının gelişmesiyle oluşan şemadır.

**Onay/ Kabul Arayıcılık:** Bakım veren kişilerin aşırı derecede sosyal olarak talep edilen davranışın gösterilmesini ısrarla beklemeleri, söz konusu bireyin ileriki yıllarda öz değerini arttırmak için iyi davranışlar ile ilgi çekmeye veya hayranlık kazanmaya çalışmasına neden olabilir.

**Olumsuzluk/ Karamsarlık:** Bu şemaya sahip olan bireylerde, olumsuzluk ya da karamsarlık bir kişilik özelliğidir. Hiç durmadan geleceğe yönelik kötüleştirmelerden ya da krizlerden dolayı kaygılanırlar ve bunların başladığına dair işaretler ararlar

**Duyguları Baskılama:** Bu şemaya sahip bireyler çevresindekiler tarafından eleştirilmemek ve kendi öz dürtülerinin kontrolünü kaybetmemek için spontan duyguları ve iletişimleri engelleme eğilimi gösterirler. Çoğunlukla bu bireyler öfkeyi ve olumlu dürtüleri bastıran, incinebilirliği ifade etmede güçlük yaşayan ve duyguları önemsiz göstererek rasyonelliğe aşırı önem veren tutum sergilemektedir.

**Yüksek Standartlar/ Aşırı Eleştiri:** Bu şema, ebeveynin aşırı derecede başarı talep etmesinden dolayı oluşur. Bu sebeple mükemmeliyetçilik, aşırı içselleştirilmiş başarı beklentisi, her zaman etkin ve zamandan tasarruf ederek yaşama eğilimi olarak kendini gösterebilir.

**Cezalandırıcılık:** Bu şema, bireylerin kendilerine ya da başkalarına ait yanlış ve zayıflıklara dayanamamalarına ve bunları ağır şekilde cezalandırma eğilimi içinde olmalarına yol açar. Normalden sapan davranışlar kabul edilmez, kurallara uymayan istisnai durumlar hoş görülmez (Roediger, 2015).

## YEME BOZUKLUKLARI VE ŞEMA TERAPİ

Genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkan ve kronik bir seyir izleyen yeme bozuklukları, yaşamı tehdit eden psikolojik rahatsızlıklardır ve tedavi seçeneklerini araştıran çok sayıda çalışmaya rağmen tipik olarak tedavi edilmeleri çok zordur. Yeme bozukluğu olgularının yüksek düzeyde eş tanı oranına sahip ve çetrefilli olmasının sebepleri arasında etkinliği azalmış bir tedavi yaklaşımı ve tedaviyi yarım bırakma oranlarının fazla olması yer almaktadır.

Yeme bozukluklarına ilişkin kanıta dayalı psikolojik tedaviler son on yılda katlanarak artmaya başlamıştır. Bununla birlikte tedavilerin artış göstermesinin yanında gerçek yaşamdaki standart protokollere uymayan ya da tedavilere yanıt vermeyen bazı olguların varlığı da göz ardı edilmemelidir.

Yeme bozukluklarının anlaşılmasındaki ilerlemeler genellikle etiyolojileri ve ilişkili tedavileri ile ilgili teorik formülasyonlarla desteklenmektedir (Pennesi and Wade, 2016). Son 20 yıla kadar “Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)” modeli yeme bozukluklarının tedavisinde en kapsamlı olarak araştırılan ve yaygın olarak kabul edilen teorik modeldir (Fairburn vd., 2003). Önceki yıllardaki BDT modelleri, bozulmuş yeme tutumunun, kilo ve vücut şekline karşı uyumsuz tutumların yeme bozukluğu patolojisinin sürmesinde etkili olduğunu vurgulamıştır (Fairburn, 1981). Bu önermeye dayanarak Fairburn ve arkadaşları daha sonraki yıllarda tanılar arası bir yaklaşım önererek BDT’nin gelişmiş formu olan ve yeme bozukluklarına özgü BDT-E protokolünü yayınlamışlardır. Bu protokole göre yeme bozukluklarının belirleyicisi olan 4 özellik düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, kişilerarası zorluklar ve duygu durum değişimleri karşısında yaşanan zorluk olarak bildirilmiştir.

Bu model; yeme davranışı ile birlikte aşırı değerlendirilen kilo ve vücut şekli inançlarını açıklamaya çalışırken, aynı zamanda psikolojik müdahalenin temellerini çizmeye çalışmaktadır. BDT’nin diğer terapi teknikleriyle karşılaştırıldığında yeme bozukluklarının tedavisinde en etkin yöntem olduğu saptanmış olsa da tedavi şekillerinin yapılan çalışmalarla farklılaştığı görülmektedir (Agras vd., 2000; Dalle Grave vd., 2013; Fairburn, 2008; Grenon vd., 2019; McIntosh vd., 2016; Waller vd., 2014; Zipfel vd., 2014).

Geliştirilmiş bilişsel davranışçı terapi son yıllarda bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğu olgularında iyileşmeye yol açmıştır, ancak yine de hastaların %40-50’si takip sırasında semptomlar göstermeye devam etmektedir (Byrne vd., 2011; Fairburn vd., 2009; Poulson vd., 2014). Anoreksiya nervoza’nın tedavisi özellikle zor olmaya devam etmektedir. Çünkü BDT-E’nin sonuçları yüksek yıpranma oranları ve sınırlı etkinlik oranları bildirmiştir (Simpson, 2021).

Yeme bozukluklarının yüksek şiddeti ve kalıcı doğası nedeniyle Şema Terapi, Bilişsel Davranış Terapi’den daha etkili bir tedavi yöntemi olarak önerilmiştir. Yeme bozukluğu olan yetişkinlerde Şema Terapi’nin etkinliğini değerlendirmek için günümüze kadar farklı değişkenleri ölçen birçok çalışma yapılmıştır (Maher vd., 2022). Şema Terapi’nin yeme bozuklukları ile örtüşmesi psikopatolojiyi öne çıkaran kanıtlardan türemiştir. Yeme bozukluğu olan bireyler hem bozukluğa özgü bilişleri hem de kendileri, başkaları ve dünya hakkında koşulsuz olumsuz inançları onaylamaktadır (Hughes vd., 2006). Bu tür kanıtlar Young ve arkadaşlarının (2003) tanımlarıyla Şema Terapi’nin merkezinde olan erken dönem uyum bozucu şemalarla uyumludur. Şema odaklı yaklaşım, yeme bozukluğu patolojisini bağlanmaya karşı telafi edici bir olumsuz etki ve sıkıntı yaratan bir tepki olarak kavramsallaştırmıştır ki bu da şemaların aktivasyonuna sebep olabilmektedir (Waller vd., 2007).

Yapılan vaka çalışmalarının sonuçlarına göre anoreksiya nervozası ya da bulimiya nervozası olan bireylerin sağlıklı kontrol grubundaki bireylere göre daha fazla erken dönem uyum bozucu şemaya sahip olduğu bildirilmiştir (Jones vd., 2005; Leung & Price, 2007). Ek olarak, araştırmada belirli şemalar ile kalori kısıtlaması (Deas vd., 2011), aşırı yeme (Jones vd., 2005), kendini kusturma (Jenkins vd., 2013) gibi yeme bozukluğu davranışları arasında güçlü ilişkiler bulunmuştur. 2021 yılında yapılan ve toplam 29 çalışmanın dahil edildiği bir meta analiz çalışmasında sağlıklı kontrol grupları ve değişen klinik popülasyonlar karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırmalara göre yeme bozukluğuna sahip bireylerin “Haklılık” hariç tüm şemalarında önemli ölçüde daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır. Bununla birlikte, “Yüksek Standartlar” tüm yeme bozukluklarında önemli bir şema olarak gözükmektedir; “Yetersiz Özdenetim” şeması kısıtlayıcı davranış örüntülerine sahip yeme bozukluğu tanılarında önemli ölçüde düşük çıkmıştır (Maher vd., 2022).

Yeme bozukluğu olgularında tutarsız veya ideal olmayan tedavi şekillerine bakıldığında birkaç ortak faktöre rastlanmıştır. Bu faktörlere örnek olarak tedaviyi yarım bırakma oranları (Fassino vd., 2009), karmaşık komorbiditelerin varlığı (Thompson-Brenner vd., 2008), gelişimsel travma (Brewerton, 2007) ve yerleşik bilişsel şemalar (Waller vd., 2007) verilebilir. Tedavi sırasında karmaşıklık ve komorbiditeyi ele alırken birtakım özelliklere dikkat edilmelidir. Tedavi kararı verilirken özellikle tedaviye katılımı ve etkinliği engelleyebilecek kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları bu noktada dikkate alınmalıdır. Yeme bozukluklarının klinik sonuçlarını etkileyebilecek katı inanç sistemleri, karakter özellikleri ve duygusal dengesizlik gibi özellikler komorbiditeleri ele almak için yeterince gelişmiş, yenilikçi ve tanımlar arası tedavi modellerine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Tedaviyle ilgili yukarıda verilen karmaşıklıklar göz önüne alındığında Şema Terapi'si, yeme bozukluklarının etiyolojik faktörlerini ve sürdürücü sebeplerini açıklamada tamamlayıcı bir çerçeve sağlayabilir. Geleneksel Bilişsel Davranışçı Terapi'yi genişleterek geliştirilen Şema Terapi; mizaç, bağlanma ve erken çocukluk deneyimleri gibi psikopatolojiyi ele alan gelişimsel süreçleri ele almaya ve katkıda bulunmaya çalışır (Young, 1990; Young vd., 2003).

Waller ve meslektaşları (2007) yeme bozukluklarına yönelik şema odaklı bir yaklaşım geliştirmişlerdir. Bu yaklaşıma göre yeme bozuklukları, şemaların aktive olması sonucu ortaya çıkan yoğun etkiyi önlemek için kullanılan bir telafi edici mekanizmadır. Yani şema aktivasyonundan önce (kalori kısıtlaması, aşırı egzersiz gibi) veya sonra (aşırı yeme, kusma gibi) yoğun duygulardan kaçınılır ki bu kaçınmanın sonucu erken dönem uyum bozucu şemanın içeriği güçlenmiş olur (Waller vd., 2007). Birlikte ele alındığında bu model; yeme bozukluğu tanımlarının, davranışlar ve şema süreçleri ile ayırt edilebilirken, şema içeriğinin yeme bozukluğu belirtilerinin tanımlar arası olarak tutarlı olduğunu göstermektedir.

Şema Terapi modeli ortaya çıktığından beri yeme bozukluğu tedavisini bilgilendirmek için kullanılmıştır. Genel olarak bakıldığında grup çalışmalarında şemanın değiştirilmesi amaçlanarak hem yeme bozukluğu patolojisinin hem de var olan şemanın şiddetinin azaltılmasına yönelik çalışmalar başarıyla sonuçlanmıştır (Maçık & Sas, 2015; Simpson vd., 2010). Bu tür bulgular şema içeriğinin terapötik ortamda değişime uygun olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmalara göre bu faktörleri ele alan teorik kavramsallaştırmalar yeme bozukluklarına ilişkin anlayışı arttırabilir ve tedavi sonuçlarının iyileştirilebilmesine katkıda bulunabilir. Bu tür zorluklar göz önüne alındığında yeme bozukluklarının şema odaklı kavramsallaştırması yukarıda bahsi geçen ve tedavinin olumsuz şekillenmesine sebep olan sonuçların üstesinden gelinebilmesi için iyi bir fikir olabilir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma boyunca yeme bozuklukları ve erken dönem uyum bozucu şemalar tanımlanmış, şemaların yeme bozuklukları üzerindeki etkisi gözden geçirilerek incelenmiş ve mevcut araştırmaların sonuçları literatür taramasıyla özetlenmiştir. Yemek yeme ihtiyacı insanın hayatını devam ettirebilmesi için karşılması gereken en temel basamaktadır. Yeme davranışı ve süreci bazı fizyolojik etkenler dışında duygusal durumlardan da etkilenebilmektedir. Bu etkilerin şiddeti bazen kendini psikopatoloji olarak gösterebilir ve ortaya yeme davranışında bozulmaların eşlik ettiği yeme bozuklukları çıkabilir.

Zihinsel bozukluklar arasında en çok ölüm oranının eşlik ettiği grup yeme bozukluklarıdır (Maher vd., 2022). Son yıllarda gözden geçirilen verilere göre yeme bozukluklarının yaşam boyu tahminleri kadınlar için %8.4, erkekler için %2.2 ve son 15 yıldaki toplam küresel artış %4.3 olarak tespit edilmiştir (Galmiche vd., 2019).

Yeme bozukluklarının tedavisinde BDT'nin kayda değer etkinliğine rağmen bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme olguları için uzun vadeli tedavi sonuçlarının tutarsız olduğu görülmüştür (Maher vd., 2022). Belirli yeme bozukluğu popülasyonlarında tedavi sonuçlarının sınırlı olmasında birkaç faktöre rastlanmıştır. Bu faktörler arasında yerleşik bilişsel şemalar, gelişimsel travmalar, tedaviyi yarım bırakma oranları ve karmaşık komorbiditeler olduğu belirlenmiştir. Bu tür sonuçlara göre mevcut BDT modelinin yeme bozukluklarını kavramsallaştırmak için gerekli olduğu ancak yeterli olmadığı görülmüştür. Mevcut kavramsallaştırmaların genişletilmesi ve açıklığa kavuşturulması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Bu araştırmalar da gelecekteki araştırma sonuçlarının geliştirilmesine katkıda bulunabilir (Klump vd., 2019).

Erken çocukluk döneminde karşılanmayan ve temel olan duygusal ihtiyaçların ve olumsuz deneyimlerin sonucunda oluşan şemalar, gelecekteki yaşantılar için bireylere bir yol haritası sunmaktadır. İşlevsel olmayan yapıları göz önünde bulundurulduğunda yetişkinlik döneminde de bazı psikopatolojilere yol açmaları kaçınılmaz olabilmektedir. Erken dönem uyum bozucu şemalar, yeme bozukluklarının açığa çıkmasında ve sürdürülmesinde etkili olabilen mekanizmalardır. Bu sürecin anlamlandırılabilmesi ve sürece daha geniş bir açıdan bakılabilmesi için şemaları anlamak, kökenini öğrenmek önemlidir.

20 yılı aşkın süren çalışmaların da kanıtladığı üzere erken dönem uyum bozucu şemalarla yeme bozukluğu semptomalojisi arasında bir ilişki vardır. Bireylerin yeme bozukluğu tanılarında bağımsız olarak, araştırmalarda klinik örneklerin klinik olmayan örneklere oranla sürekli olarak daha fazla erken dönem uyum bozucu şema puanı bildirdiği görülmüştür (De Paoli vd., 2017; Jones vd., 2005; Legenbauer vd., 2018; Leung vd., 2000; Leung & Price, 2007; Maher vd., 2022; Sines vd., 2008). Ayrıca erken dönem uyum bozucu şemalar ile zayıflık dürtüsü, vücut memnuniyetsizliği, bulimik semptomlar ve aşırı yeme bulguları arasında pozitif bir anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Havrud vd., 2020).

Yeme bozukluklarıyla ilişkili ciddi sonuçlar göz önüne alındığında, tedavi sonuçlarını iyileştirmek ve iyileşme halinin devamı için fiziksel ve psikolojik komplikasyonları kapsayan daha ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKÇA

Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459–466.

Agüera, Z., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2020). A Review of Binge Eating Disorder and Obesity. *Neuropsychiatrie*, 1–11.

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association, APA). (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu, E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.

Ayaz, A. (2021). *18-65 Yaş Arası Bireylerin Yeme Tutumu ve Farkındalığının Araştırılması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Medipol Üniversitesi, İstanbul.

Balasundaram, P. (2021). *Eating Disorders*. In P. Santhanam (Ed.), Statpearls. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33620794>

Bergner, L., Himmerich, H., Kirkby, K. C., & Steinberg, H. (2020). Descriptions of Disordered Eating in German Psychiatric Textbooks, 1803–2017. *Frontiers in Psychiatry*, (11)1-16.

Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). Development of The Pica, ARFID, And Rumination Disorder Interview, A Multi-İnformant, Semi-Structured Interview of Feeding Disorders Across The Lifespan: A Pilot Study For Ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 378–387.

Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219–226.

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review. *World Psychiatry*, 13, 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., Doll, H., & Fairburn, C. G. (2013). Inpatient cognitive behavioural therapy for anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 390–398.

De Paoli, T., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Krug, I. (2017). Insecure attachment and maladaptive schema in disordered eating: The mediating role of rejection sensitivity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(6), 1273–1284. <https://doi.org/10.1002/cpp.2092>.

Deas, S., Power, K., Collin, P., Yellowlees, A., & Grierson, D. (2011). The relationship between disordered eating, perceived parenting, and perfectionistic schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 35(5), 414–424. <https://doi.org/10.1007/s10608-010-9319-x>.

Erol, Ö. (2018). *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin ve Yeme Tutumlarının Saptanması* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İnönü Üniversitesi, Malatya.

Ertan, T. (2008). Psikiyatrik Bozuklukların Epidemiyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 25-30.

Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707–711. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041209>.

Fairburn C, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M (2000). The natural cause of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Arch Gen Psychiatry*, 57:659-665.



- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive Behaviour Therapy For Eating Disorders: A “Transdiagnostic” Theory and Treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O’Conner, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311–319.
- Faraji, H. & Fırat, B. (2022). Yeme Bozuklukları ve Duygular. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 153-174.
- Fassino, S., Daga, G. A., Piero, A., Leombruni, P., & Rovera, G. G. (2001). Anger and Personality in Eating Disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 757-764.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>.
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity*, 16(2), 257-264.
- Gönenir Erbay, L. & Seçkin Y. (2016). Yeme Bozuklukları. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi* 2016; 20(4), 473-477.
- Gorrell, S., & Le Grange, D. (2019). Update on Treatments for Adolescent Bulimia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 28(4), 537–547.
- Guerdjikova, A. I., Mori, N., Casuto, L. S., & McElroy, S. L. (2019). Update on Binge Eating Disorder. *Medical Clinics*, 103(4), 669–680.
- Grenon, R., Carlucci, S., Brugnera, A., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. (2019). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research*, 29(7), 833–845. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1489162>.
- Herzog, D.B., Eddy, K.T. (2007). *Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders*. In *Clinical Manual of Eating Disorders* (Eds J Yager, PS Power): 1-29, Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Halland, M. (2019). *Rumination Syndrome*. *Encyclopedia of Gastroenterology* (Second Edition), 367–372.
- Hovrud, L., Simons, R., & Simons, J. (2020). Cognitive schemas and eating disorder risk: The role of distress tolerance. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13, 54–66. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00055-5>.
- Hughes, M. L., Hamill, M., van Gerko, K., Lockwood, R., & Waller, G. (2006). The relationship between different levels of cognition and behavioural symptoms in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 7(2), 125–133. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.09.001>.
- Jenkins, P. E., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2013). Childhood abuse and eating psychopathology: The mediating role of core beliefs. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22, 248–261.
- Jones, C., Harris, G., & Leung, N. (2005). Core beliefs and eating disorder recovery. *European Eating Disorders Review*, 13, 237–244.
- Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 156–171.
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J., & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97–103. <https://doi.org/10.1002/eat.20589>.
- Kaçar, M., Hocaoglu, Ç. (2019). What is pica and rumination disorder? Diagnosis and treatment approaches (tur). *J Clin Psy*. 22(3): 347-354.
- Legenbauer, T., Radix, A. K., Augustat, N., & Schütt-Strömel, S. (2018). Power of cognition: How dysfunctional cognitions and schemas influence eating behavior in daily life among individuals with eating disorders. *Frontiers in Psychology*, 9, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02138>.

- Leung, N., & Price, E. (2007). Core beliefs in dieters and eating disordered women. *Eating Behaviors*, 8, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.01.001>.
- Leung, N., Thomas, G., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(2), 205–213. <https://doi.org/10.1348/014466500163220>.
- Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis-Dymand, L., Milliar, P., Mason, J., Wood, A., & Allen, A. (2022). Early adaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 30, 3–22. <https://doi.org/10.1002/erv.2866>.
- Maher, A. L., Allen, A., Mason, J., Houlihan, C., Wood, A. P., & Huckstepp, T. (2022). Exploring the association between early adaptive schemas and self-reported eating disorder symptomatology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1–14. <https://doi.org/10.1002/cpp.2789>.
- Maçık, D., & Sas, E. (2015). Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas: Longitudinal study. *Current Issues in Personality Psychology*, 3(4), 203–213. <https://doi.org/10.5114/cipp.2015.54713>.
- McIntosh, V. V. W., Jordan, J., Carter, F. A., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Bulik, C. M., et al. (2005). Three psychological therapies for anorexia nervosa: A randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 741–747.
- Mitchell, J. E., Peterson, C. B., & Solomon, C. G. (2020). Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 382(14), 1343–1351.
- Murray, H. B., Juarascio, A. S., Di Lorenzo, C., Drossman, D. A., & Thomas, J. J. (2019). Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome: A Critical Review. *The American Journal of Gastroenterology*, 114(4), 1-8.
- Nasser, Y. A., & Muco, E. (2018). *Pica*. In A. Alsaad (Ed.), Statpearls. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30335275/>
- Orsel, S., Akdemir, A., & Ozbay, H. (2004). Comparison of body-image self-perception and BMI of dieting adolescents with those of non-dieters. *Turk Psikiyatri Dergisi (Turkish Journal of Psychiatry)*, 15(1), 5-15.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
- Pennesi, J. L., & Wade, T. D. (2016). A systematic review of the existing models of disordered eating: Do they inform the development of effective interventions? *Clinical Psychology Review*, 43, 175–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.004>.
- Poulson, S., Lunn, S., Daniel, S.I.F. et al. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109–116.
- Rodrigues, N., Shih, S., & Cohen, L. L. (2021). Pica in Pediatric Sickle Cell Disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28, 6-15.
- Roediger, E., & Young, J. E. (2015). *Şema terapi nedir? Şema terapinin temellerine, modellerine ve uygulamasına giriş* (S. Ataman, Ed.). Nobel Yayıncılık.
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 1, 182–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00182>
- Sines, J., Waller, G., Meyer, C., & Wigley, L. (2008). Core beliefs and narcissistic characteristics among eating-disordered and non-clinical women. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(2), 121–129. <https://doi.org/10.1348/147608307X267496>
- Simpson S. (2021). Schema therapy for eating disorders with complexity and comorbidity. *Clinical Psychology Forum* 343;39-45.
- Şentürk, Z. (2020). *Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu ve Tedavide Bilişsel Davranışçı Terapi* (Basılmamış Yüksek Lisans Projesi), Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- Turan, İ. (2021). *Yeme Bozukluklarında Eşitlik Psikiyatrik Hastalıklar* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.

- Topal, B. (2022). *COVID-19 Pandemi Sürecinde Üniversite Öğrencilerinin Yeme Davranışı ve Ortoreksiya Nervosa Eğilimlerinin Değerlendirilmesi* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Biruni Üniversitesi, İstanbul.
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating Disorders. *Lancet*, 395, 899–911.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D. J., Vashchenko, M., Kass, A. E., & Herzog, D. B. (2008). A personality classification system for eating disorders: A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 551–560. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.002>
- Waller, G., Gray, E., Hinrichsen, H., Mountford, V., Lawson, R., & Patient, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and atypical bulimia nervosa: Effectiveness in clinical settings. *International Journal of Eating Disorders*, 47, 13–17. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2007). Schema-focused cognitive-behavioral therapy for eating disorders. In L. P. Riso, P. L. du Toit, D. J. Stein, & J. E. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist–practitioner guide* (pp. 139–175). American Psychological Association.
- Yalçın, S. B., Kavaklı, M., Kesici, Ş., Ak, M. (2018). Mutluluğun önündeki engel: Erken dönem uyumsuz şemalar. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7, 1, 7-13.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2009). *Şema Terapi*, (Çev. T. V. Soylu) İstanbul: LITERA Yayıncılık.
- Yücel, B., Akdemir, A., Küey, A.G., Maner, F., & Vardar, E. (2013). *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı*. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
- Yıldız, B., Demir, V., Ünübol, H. (2019). Yeme tutumunun cinsiyet değişkenine göre duygusal şemalarla olan ilişkisinin incelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 5(4), 405-417.
- Zipfel, S., Wild, B., Grob, G., Friederich, H., Teufel, M., Schellberg, D., et al. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised control trial. *The Lancet*, 383, 127–137.