

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**OBEZİTE HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞUNUN, MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİ, DÜRTÜSELLİK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Demet YILMAZ

SAMSUN-2016

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

**OBEZİTE HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞUNUN, MİZAÇ VE KARAKTER
ÖZELLİKLERİ, DÜRTÜSELLİK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Demet YILMAZ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ali Cezmi ARIK

SAMSUN-2016

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet Rifat ŞAHİN, Prof. Dr. Hatice ÖZYILDIZ GÜZ, Prof. Dr. Ömer BÖKE ve Doç. Dr. Gökhan SARISOY'a,

Tez danışmanım olarak çalışmanın gerçekleşmesi için gerekli şartların hazırlanmasında, çalışmanın oluşum aşaması ile sonrasında, ayrıca uzmanlık eğitimim boyunca emeğini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Ali Cezmi ARIK'a,

Nöroloji ve Çocuk Psikiyatrisi rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkı sağlayan değerli öğretim üyesi hocalarıma,

Çalışmama katılan hastaların endokrinolojik değerlendirmeleri sürecindeki katkılarından, değerli önerileri ve desteğinden dolayı Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Ayşegül ATMACA,

Asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini hissettiğim sevgili asistan arkadaşlarıma ve tüm psikiyatri kliniği ekibine,

Çalışmama katılmayı kabul eden değerli hastalarım ve sağlıklı gönüllülere,

Sadece tez süreci ve uzmanlık eğitimimde değil, hayatımın her alanında ve her anında desteklerini hissettiğim sevgili aileme,

Hayatıma girdiği andan itibaren her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen sevgili eşime teşekkürü borç bilirim...

Dr. Demet YILMAZ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
KISALTMALAR	IV
TABLO LİSTESİ	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY	VIII
1. GENEL BİLGİLER.....	1
1.1. Obezite.....	1
1.1.1. Tanım	1
1. 1. 2. Obezitenin Epidemiyolojisi	1
1. 1. 3. Obezitenin Etiyolojisi	2
1. 1. 3. 1. Genetik Etkiler	2
1. 1. 3. 2. Nöroendokrin Faktörler.....	3
1. 1. 3. 3. Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite ve Çevresel Faktörler....	3
1. 1. 3. 4. İlaçlar.....	4
1. 1. 3. 5. Obezite ve Psikiyatrik Faktörler	4
1.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	6
1. 2. 1. Tanım	6
1. 2. 2. Epidemiyoloji.....	9
1. 2. 3. Etiyoloji	9
1. 2. 4. Klinik Özellikleri	10
1.3. Obezite ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu İlişkisi.....	12
1. 4. Kişilik, Mizaç ve Karakter	13

2. AMAÇ ve VARSAYIMLAR	15
2. 1. Amaç	15
2. 2. Varsayımlar	15
3. YÖNTEM ve GEREÇLER	16
3. 1. Çalışma Deseni ve Uygulamalar	16
3. 1. 1. Çalışmaya Dâhil Edilme Koşulları	16
3. 1. 2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri	17
3. 1. 3. Uygulamalar.....	17
3. 2. Veri Toplama Araçları.....	17
3. 2. 1. Sosyodemografik Veri Formu	17
3. 2. 2. Beck Depresyon Ölçeği	18
3. 2. 3. Beck Anksiyete Ölçeği	18
3. 2. 4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form-11	18
3. 2. 5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	18
3. 2. 6. Mizaç ve Karakter Envanteri	19
3. 3. Ölçme, Değerlendirme, İstatistiksel Analiz Yöntemleri	20
4. BULGULAR	21
4. 1. Sosyodemografik ve Klinik Veriler	21
4. 1. 1. Sosyodemografik Veriler.....	21
4. 1. 2. Klinik Veriler.....	22
4. 2. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri	23
4. 3. Dürtüsellik Düzeyleri	24
4. 4. Çocukluk Çağı Travmaları	24
4. 5. Mizaç ve Karakter Özellikleri	26

5. TARTIŞMA	27
5. 1. Klinik Özellikler	27
5. 2. Depresyon ve Anksiyete Düzeyi	29
5. 3. Dürtüsellik	31
5. 4. Çocukluk Çağı Travmaları	32
5. 5. Mizaç ve Karakter Özellikleri	33
5. 6. Çalışmanın Kısıtlılıkları	34
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	36
7. KAYNAKLAR	37
8. EKLER.....	52

KISALTMALAR

AD: Anlamlı Değil

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BIS-11 KF: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İY: İşbirliği Yapma

KA: Kendini Aşma

KY: Kendini Yönetme

OTYB: Obezitesi olan tıknırcasına yeme bozukluğu

ÖB: Ödül Bağımlılığı

SE: Sebat Etme

MKE: Mizaç ve Karakter Envanteri

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi

TYB: Tıknırcasına Yeme Bozukluğu

YA: Yenilik Arayışı

ZK: Zarardan Kaçınma

TABLO LİSTESİ

SAYFA

Tablo-1: Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması.....	22
Tablo-2: Hasta Gruplarının Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması	23
Tablo-3: Grupların Depresyon ve Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması...	24
Tablo 4: Grupların Dürtüsellik Puanlarının Karşılaştırılması.....	24
Tablo-5: Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	25
Tablo 6: Grupların Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması	26

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) olan obez bireylerin, TYB olmayan obez bireylerden ve kontrol grubundan mizaç ve karakter özellikleri, çocukluk çağı travmaları, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından olası farklılıklarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji polikliniğine başvuran obez hastalar arasından DSM-5 kriterlerine göre TYB tanısı konulan 30, TYB olmayan 30 hasta ile araştırma grubu ile benzer demografik özellikler taşıyan, normal kiloda ($BKİ=18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) 30 sağlıklı gönüllü dâhil edildi. Çalışmaya katılanlar, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form (BIS-11 KF), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) uygulanarak değerlendirildi.

Bulgular: Gruplar arasında depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışmamızda TYB olan obezlerin çocukluk çağında, duygusal istismara kontrollerden daha fazla maruz kaldıkları saptandı. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerle, TYB olmayan obezler arasındaysa çocukluk çağı travmaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Çalışmamızda TYB olan obezlerde, MKE zarardan kaçınma skorları TYB olmayan obezlerden ve kontrol grubundan yüksek, işbirliği yapma ve kendini yönetme skorları ise düşük olarak saptandı. Obez olanlarla kontrol grubu arasındaysa mizaç ve karakter özellikleri bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda, tedavi için başvuran obez kişiler arasında bulunan tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin, mizaç ve karakter özellikleri ve çocukluk çağı travmaları açısından tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlerden farklı olduğu saptanmıştır. Bu yüzden TYB olan ve olmayan hastaların arasındaki bu farklılıkların anlaşılması ve tıknırcasına yemeyi tetikleyen etkenlerin saptanması önemlidir. Kilo vermek için tedaviye başvuran hastaların psikiyatrik değerlendirmelerinde bu durumun göz önünde bulundurulması tedavi açısından faydalı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Tıkınırcasına yeme bozukluğu, obezite, dürtüsellik, çocukluk çağı travmaları, mizaç ve karakter.

SUMMARY

Aim: The aim of this study is to determine the potential differences in temperament and character, childhood trauma, the degree of impulsivity, depression and anxiety of obese patients with binge eating disorder (BED) according to obese subjects without BED and healthy controls.

Material and methods: The study included 30 obese patients with BED according to DSM-5 diagnosis criterias, 30 obese subject without BED whom had applied to Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine Endocrinology Clinic and 30 healthy controls with normal weight (BMI=18,5-24,9 kg/m²), which are suitable with regard to demografic variables. The subjects evaluated with Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Inventory, Barratt Impulsivity Scale Short Form, Childhood Trauma Questionnaire, Temperament and Character Inventory.

Results: There was no difference between the groups in terms of the degree of depression, anxiety and impulsivity. It was found that childhood emotional abuse is higher in obese patients with BED than healthy controls. No significant difference were found in terms of childhood traumas between obese patients with BED and obese patients without BED. Patients with BED had higher harm avoidance, and lower cooperativeness and self directedness scores than obese subjects without BED and healthy controls. There was no difference in temperament and character specialities between obese subjects and healthy controls.

Conclusion: Our study showed that treatment seeking obese subjects with BED are different in terms of temperament and character and childhood traumas from obese subjects without BED. Therefore; it is important to understand these differences between obese subjects with and without BED and also what induces binge eating. It will be useful to consider this situation while treating this patients who applies for obesity treatment to our clinics.

Key words: Binge eating disorder, obesity, impulsivity, childhood traumas, temperament and character.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Obezite

1.1.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre şişmanlık, beden yağ dokusunun sağlığı bozacak şekilde artması olarak tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü 2015-a). Obezite, geçmişte güç ve refah göstergesiyken, 21. yüzyılda en büyük halk sağlığı sorunlarından biri olarak karşımıza çıkmıştır. Günümüzde obeziteyi değerlendirmek için en sık kullanılan yöntem Beden Kitle İndeksi'dir (BKİ). Kişinin vücut ağırlığının, boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır ve BKİ'nin 30 kg/m² ve üzerinde olması obezite olarak kabul edilmektedir.

BKİ'ne göre sınıflandırma (Dünya Sağlık Örgütü 2015-b):

Düşük kilolu: 18.5 kg/m²'den az

Normal kilolu: 18.5 – 24.9 kg/m²

Fazla kilolu: 25 – 29.9 kg/m²

Sınıf 1 obezite: 30 – 34.9 kg/m²

Sınıf 2 obezite: 35 – 39.9 kg/m²

Sınıf 3 (morbid) obezite: ≥ 40 kg/m²

Obezite; diabetes mellitus, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, osteoartrit, uyku apne sendromu ve bazı kanser türlerinin riskinde artışa yol açarak yaşam süresini azaltan ve yaşam kalitesini bozan bir hastalıktır (Lyznicki ve ark. 2001).

1. 1. 2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite tüm dünyada giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1980 yılından bu yana obezite sıklığı iki katına çıkmıştır. Tüm dünyada erişkin popülasyonun %13'ü (erkeklerin %11'i, kadınlarinsa %15'i) obezdir (Dünya Sağlık Örgütü 2015-c). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılında 194 ülkeden topladığı verilere göre obezitenin yüksek oranda görüldüğü bazı ülkeler ve oranları; Katar'da

%42.3 (kadınların %49.7'si, erkeklerin %40'ı), Amerika Birleşik Devletleri'nde %34 (kadınların %35'i, erkeklerin %33'ü), Libya'da %33 (kadınların %40'ı, erkeklerin %27'si) Meksika'da %28 (kadınların %33'ü, erkeklerin %23'ü), Fransa'da %24, Türkiye'de %29 (erkeklerin %23'ü, kadınlarınsa %36'sı) olarak belirtilmiştir. (Dünya Sağlık Örgütü 2015-d).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da obezitenin arttığı görülmektedir. İlki 1997-1998 yıllarında yapılan Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP I) çalışması verilerine göre Türkiye'de obezite yaygınlığı, %22 iken, 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışmasının sonuçlarına göre %36 olarak saptanmıştır (Satman ve ark. 2013).

Oğuz ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında, Türkiye'de yedi farklı coğrafi bölgede obezite prevalansı %30.4 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada obezite kadınlarda %39.9, erkeklerde ise %20.6 sıklığında saptanmıştır. Obezite prevalansının kırsal ve kentsel alanlarda benzer olduğu görülmüştür.

1. 1. 3. Obezitenin Etiyolojisi

Alınan enerjinin, harcanandan fazla olması sonucunda obezite gelişmektedir. Obezite etiyojisinde; genetik, nöroendokrinolojik faktörler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivitede azalma, psikolojik faktörler, iştah ve yiyecek kontrolünde bozulma, psikotrop ilaç ve sigara kullanımı gibi pek çok etken yer almaktadır. Buna karşın çoğu olguda obezite için özgül bir neden saptanamamaktadır.

1. 1. 3. 1. Genetik Etkiler

Obezitenin ailesel yatkınlık gösterdiği bilinmektedir. Ancak çocukluk çağında başlayan ve morbid obezite ile sonuçlanan nadir hastalıklar hariç obezitede Mendeliyen bir kalıtım paterni görülmemektedir. Obezitede kalıtımın rolü olduğunu destekleyen en önemli bulgular ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilmiştir. Bu araştırmalarda, monozigotik ikizlerde bulunan BKİ uyumunun dizigotik ikizlerdekinden yüksek olması kalıtımın etkisini göstermektedir. Stunkard ve arkadaşlarının (1990) çalışmalarında; ayrı büyütülen monozigot ikizlerin BKİ uyumunun, birlikte büyütülenlere oldukça benzer olduğunu saptamışlardır. Ancak hâlâ obezitede genetik faktörlerin rolü tam olarak anlaşılamamıştır.

Moleküler genetik araştırmalardan elde edilen sonuçlar; morbid obezitenin monogenik formlarının melanokortin-4-reseptör, melanokortin-3-reseptör, leptin, leptin reseptör, prokonvertaz 1 ve proopiyo melanokortin gen mutasyonlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (Semerci 2004). Ancak bu veriler morbid obez bireylerin çok az bir kısmı için geçerlidir. Tüm morbid obez bireylerde bu mutasyonlara rastlanmaması, obezite gelişiminde başka genetik varyasyonların da rolü olabileceğini düşündürmektedir.

1. 1. 3. 2. Nöroendokrin Faktörler

İştah ile ilgili merkezler hipotalamustadır. Ventromediyal hipotalamik nükleusun stimülasyonu beslenmeyi inhibe ederken, bu bölgede oluşan lezyonlar hiperfaji ve kilo alımı ile sonuçlanmaktadır (Stellar 1954). Lateral hipotalamik bölgenin elektriksel stimülasyonu besin alımını artırırken, bu bölgenin hasarlanmasıyla fatal anoreksiya ve aşırı zayıflama gelişmektedir (Vögele 2005).

Fonksiyonel nörogörüntüleme teknikleri kullanılarak yapılan çalışmalarda besin uyarısına verilen cevabın beyinde birden çok bölgede aktivite değişikliğine yol açtığı görülmüştür. Bu bölgeler; prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, insula ve temporal korteks, anterior singulat korteks, ventral striatum, nükleus akumbens ve amigdaladır (Scholtz ve Morgan 2009).

Obezitenin olası nedenlerinin saptanması için tüm endokrin sistem incelenmiştir. Hipotalamik sendromlardan Fröhlich sendromu ve Laurance-Moon-Biedl sendromunda, hipofiz yetmezliği, hipofiz tümörleri, hipotiroidi, büyüme hormonu eksikliği, Cushing sendromu, insülinoma ve hiperinsülinizm, psödohipoparatiroidizm tip 1, hipogonadizm ve polikistik over sendromu gibi endokrin bozukluklarda obezite görülebilir (Frawley 1984). Bu nedenlere bağlı obezite toplumda çok nadir görülmektedir.

1. 1. 3. 3. Beslenme Alışkanlıkları, Fiziksel Aktivite ve Çevresel Faktörler

Yağdan zengin, bol kalorili, besleyici özelliği düşük gıdaların tüketiminin artması; lifli, besleyici nitelikteki gıdaların tüketiminin azalması, düzensiz beslenme, öğün atlanması kilo alımına yol açmaktadır (Giskes ve ark. 2011).

Obezitede fazla yeme isteğinin, ailede edinilen bir alışkanlık olabileceği ileri sürülmektedir. Bazı toplumlarda yemek seçimi, miktarı ve sıklığı ailelerin tutumlarıyla belirlenmektedir. Fiziksel etkinlik eksikliği, aşırı televizyon seyretme, bilgisayarın yaygınlaşması gibi kişiyi hareketsiz kılan alışkanlıklar da çoğu kez aile yaşamı ile ilişkilidir. Obez aileler tarafından evlat edinilmiş çocuklarda obezitenin sık görülmesi, genetik etkenlerin yanı sıra aile çevresinin de etkisinin olduğunu göstermektedir (Silventoinen ve ark. 2010).

Günümüzde çevremiz kolaylıkla elde edilebilen, oldukça ucuz, lezzetli ve kalorisi yüksek gıdalarla doludur. Şeker miktarı yüksek içeceklerin, hızlı tüketilen, hazır, bol yağlı gıdaların tüketimi giderek yaygınlaşmaktadır. Buna modern toplumda ulaşım araçlarının çoğalması ve gelişen teknolojinin etkisiyle düşük fiziksel aktiviteli yaşam şekli de eklenmiştir. Bu çevresel koşullar, daha çok enerji alımına ve daha az enerji kullanımına neden olmaktadır. Bunların sonucu olarak beden kitlesi artmaktadır.

1. 1. 3. 4. İlaçlar

Antidepresanlar, duygudurum dengeleyiciler ve antipsikotiklerin bir kısmı, bazı antihistaminikler, glikokortikoidler, seks steroidleri ve fiziksel hastalıklar için kullanılan bir çok ilaç kilo artışına yol açabilmektedir. Bu ilaçların yatkınlığı olan bireylerde uzun süre kullanılması obeziteyle sonuçlanabilir.

İlaçlarla ilişkili kilo artışında sorumlu tutulan mekanizmalar; glikoz ve lipid metabolizmasının bozulması, serotonerjik ve dopaminerjik aktivitede azalma, sempatik sinir sistemi aktivitesinin azalması, enerji tüketiminin azalması, sedasyon, antikolinerjik yan etkiler nedeniyle sıvı alımı isteğinin artması, hipotalamik leptin ve nöropeptid Y aktivitesinde değişiklik şeklinde özetlenebilir (Breum ve Fernstrom 2002).

1. 1. 3. 5. Obezite ve Psikiyatrik Faktörler

Obezite, bipolar bozukluk, major depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklarda giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır (Annagür 2013). Obezite ve ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda obezitenin depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu öne

sürülmektedir (Carpenter ve ark. 2000, Simon ve ark. 2006, Scott ve ark. 2008). Bir çalışmada normal kiloda olan bireylere göre, fazla kilolu ve obez bireylerde duygudurum bozukluklarının, anksiyete bozukluklarının ve somatoform bozuklukların daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Baumeister ve Härter 2007). Deveci ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada obeziteye %42 oranında psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği saptanmıştır.

Jorm ve arkadaşları (2003) obez kadınlarda normal kilolu kadınlara göre depresyon ve anksiyete belirti düzeylerini yüksek olarak saptamalarına karşın, obez ve normal kilolu erkekler arasında böyle bir farklılık olmadığını belirtmiştir. Bir başka çalışmada depresif bozukluk ile kadınlarda BKİ'nde artış görülürken, erkeklerde benzer ilişki saptanmamıştır (Carpenter ve ark. 2000).

Obezite etiyolojisinin psikiyatrik yönlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda genellikle çocukluk çağı travmaları, dürtüsellik, kişilik özelliklerinin yanı sıra benlik saygısı ve beden algısı da araştırılmaktadır.

İnsan yaşamında çocukluk çağına ait olumsuz yaşantıların ruhsal etkileri uzun süre devam etmektedir. Travmatik yaşantıların niteliği, çoğu vakada gelişen psikopatolojinin çeşitliliği ve sıklığı ile ilişkilidir (Katerndahl ve ark. 2005). Çocukluk çağı travmaları öyküsü ve obezite arasındaki ilişki tam olarak açıklanamamasına rağmen, travmatik olaya karşı adaptif bir yanıtla ve/veya yeme davranışındaki bozulma ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Gustafson ve Sarwer 2004).

Obezitenin etiyopatogenezinde dürtüsellikğin önemli olduğu ve bu kişilerde ödül sistemindeki bozukluğun dürtüsel biçimde yemek yemeye sonuçlandığı belirtilmektedir (Annagür 2010). Yapılan çalışmalarda obez kişilerin normal kilolulara göre dürtüsellik skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Davis ve ark. 2004, Sarısoy ve ark. 2013). Dürtüsellik düzeyleri yüksek olan kişiler yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıklarını, yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca obezite tedavisini yarıda bırakmak için dürtüsellikğin bir neden olduğu gösterilmiştir (Hjördis ve Gunnar 1989).

Mizaç ve karakter envanteri kullanılarak yapılan çalışmalarda obez kişilerin, kendini kabul, sorumluluk, hedefe yönelme ve özerklik gibi özellikleri içeren «kendi kendini yönetme» ve «sebat etme » alt ölçeği puanlarının düşük olduğu gösterilmiştir (Sullivan ve ark. 2007, Sarısoy ve ark. 2014).

1.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

1. 2. 1. Tanım

Albert Stunkard 1955'te tıkınırcasına yemeyi bazı obezlerde görülen farklı bir yeme paterni olarak tanımlamışsa da bu fenomen kısa bir zaman öncesine kadar gereken ilgiyi görmemiştir (De Zwaan 2001).

Tıkınırcasına yeme belirli bir zaman diliminde benzer koşullarda ve benzer sürede çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla yemek olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1995). Bu epizod sırasında fazla miktarda yiyecek alınmasına, yemeyle ilgili kontrol kaybı eşlik etmektedir. Bu kişilerde normalden çok daha hızlı, fiziksel olarak açlık hissetmeden, büyük miktarlarda ve rahatsızlık verecek derecede tok hissedene kadar yeme görülebilir.

Tıkınırcasına yeme, bir bozukluk olarak ilk kez Spitzer ve arkadaşları (1991) tarafından tanımlanmıştır. Çalışmacılar tarafından tıkınırcasına yeme konusunda belirgin bir sıkıntı yaşadığı halde uygunsuz dengeleyici davranışların eşlik etmediği ve bu nedenle bulimiya teşhisi koyulamayan bir grup hastanın olduğu gözlenmiştir. Tedavi arayışında olan obez bireylerde yapılan çalışmalarda, obeziteye ek olarak tıkınırcasına yemekten şikâyetçi olan bir subgrup olabileceği düşünülmüştür.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB), DSM tanı sisteminde ilk kez 1994'te DSM-IV içinde araştırma tanı ölçütleri olarak yer almıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1995). DSM-5'te ise yeme bozuklukları başlığı altında özgün bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

DSM-IV Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Araştırma Tanı Ölçütleri:

A. Yineleyen tıkınırcasına yeme epizodları. Bir tıkınırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisiyle belirlidir:

1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örneğin herhangi bir iki saatlik süre içinde) yeme.

2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örneğin yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

B. Tıkınırcasına yeme epizodları 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 yalnız başına yemesi
5. Aşırı yeme sonrası kendinden nefret etme, kendini suçlu ya da depresif hissetme

C. Tıkınırcasına yeme konusunda belirgin sıkıntı hissetme.

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

Not: Sıklığı belirleme yöntemi bulimiya nervozada kullanılanı farklıdır; gelecekteki araştırmalar, sıklık eşliğini ayarlamak için yeğlenen yöntemin, tığınmanın ortaya çıktığı günlerin sayısını sayma ya da tıkınırcasına yeme epizodlarının sayısını sayma olup olmadığı konusuna eğilmelidir.

E. Tıkınırcasına yeme uygunsuz dengeleyici davranışların (örneğin ishal olma, aç kalma, aşırı egzersiz yapma) düzenli kullanımı ile ilişkili değildir ve sadece anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

A. Yineleyen tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden ikisi ile belirlidir:

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

2. Bu dönem sırasında, yemek yemekle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması (örneğin kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü ya da daha fazlası eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçüde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde en az haftada bir kez olmuştur.

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

Varsa belirtiniz:

Tam yatışma gösteren: TYB için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

Tam olmayan yatışma gösteren: TYB için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir haftada birden azdır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

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

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

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

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması.

1. 2. 2. Epidemiyoloji

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun sıklığı genel erişkin popülasyonda %1.0 ile %4.6 arasında değişkenlik göstermektedir (Spitzer ve ark. 1993, Striegel-Moore ve Franko 2003). Anoreksiya nervozanın 12 aylık prevalansı kadınlarda %0.4, bulimiya nervozanın ise %1-1.5 olarak belirtilmektedir. Anoreksiya nervroza ve bulimiya nervroza kadınlarda erkeklerden on kat daha sık görülmektedir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun 12 aylık prevalansı ise kadınlarda %1.6, erkeklerde ise %0.8 olarak belirtilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014). Bu oranlar göz önünde bulundurulduğunda TYB erişkinlerde en sık görülen yeme bozukluğudur.

Bu bozukluğun sıklığının; kilo vermek amacıyla tedavi arayışında olan obez hastalarda %20-30, bariatrik cerrahi için başvuranlarda %33-47, «Adsız Oburlar»'da %70 olduğu belirtilmektedir (De Zwaan 2001).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda TYB sıklığıyla ilgili farklı sonuçlar bildirilmiştir. Kızıltan ve arkadaşları (2005) tarafından sadece anket verileri kullanılarak yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinde TYB sıklığı %23 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Kugu ve arkadaşlarının (2006) 980 üniversite öğrencisini değerlendirdikleri çalışmalarında, TYB yaygınlığı %0,63 olarak saptanmıştır. Vardar ve Erzengin'in (2011) 2907 öğrenciyi değerlendirdikleri çalışmalarında, yeme tutumu testinden 30 puan ve üzeri alanlarla DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak klinik görüşme yapılmış ve TYB yaygınlığı % 0.99 olarak saptanmıştır.

Cinsiyet dağılımı açısından TYB diğer yeme bozukluklarından farklılık göstermektedir. Anoreksiya nervroza ve bulimiya nervroza gibi yeme bozuklukları erkeklerde nadiren görülürken, TYB'na erkeklerde de sık rastlanmaktadır. Buna rağmen TYB kadınlarda erkeklerden 1.75 kat daha fazla görülen bir hastalıktır (Hudson ve ark. 2007).

1. 2. 3. Etiyoloji

Tıkınırcasına yeme bozukluğunun etiyolojisi hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Yapılan çalışmalarda TYB'nun güçlü bir genetik komponentinin olduğu üzerinde durulmaktadır (Hudson ve ark. 2006, Root ve ark. 2010). İkiz çalışmalarında

tıkınırcasına yeme davranışının kalıtsallığının %41 ile %57 arasında olduğu belirtilmektedir (Reichborn-Kjennerud ve ark. 2004, Javaras ve ark. 2008).

Moleküler genetik alanındaki çalışmalarda, morbid obeziteye yol açtığı gösterilen melanokortin 4 reseptör gen mutasyonunun tıkınırcasına yeme davranışıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür (Branson ve ark. 2003), ancak sonraki çalışmalarda bu reseptör üzerinde mutasyon saptanamamıştır (Hebebrand ve ark. 2004, Gamero-Villaruel ve ark. 2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastalar üzerindeki bir başka çalışmada, serotonin transporter gen polimorfizminin TYB'na yatkınlık oluşturabileceği belirtilmektedir (Monteleone ve ark. 2006).

Tıkınırcasına yemenin, beyinde ödülle ilişkili merkezlerde dopamin, asetilkolin ve opioid disregülasyonu nedeniyle geliştiği düşünülmektedir (Avena ve Bocarsly 2012). Hayvan deneylerinde, tıkınırcasına yemenin nükleus akübenste dopamin salınmasında (Bello ve Hajnal 2010) ve enkefalin ekspresyonunda artışa yol açtığı (Kelley ve ark. 2003) gösterilmiştir.

Obezite ve psikiyatrik hastalıklar için söz konusu olan risk faktörleri ile karşılaşmanın TYB'nun etyolojisiyle ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Fairburn ve arkadaşları (1998) TYB için risk faktörlerini; kilo, görünüm ve yemeyle ilgili olumsuz değerlendirmelere maruz kalmak, çocukluk çağında obezite, ailede obezite, ailede depresyon, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları olarak belirtmiştir.

1. 2. 4. Klinik Özellikleri

TYB'nin temel özelliği, tekrarlayan tıkınırcasına yeme ataklarının, kusma, laksatif kullanımı gibi uygunsuz telafi edici davranışlar olmadan görülmesidir.

Yeme atakları sırasında bulimiya nervozalı hastalar gibi kontrol kaybı duygusu yaşarlar ve yeme eylemini durduramazlar. Yeme bozukluklarında kontrol kaybı, bir kez başladığında yemeyi erteleme ya da yemeyi durdurma yeteneksizliği olarak tanımlanmıştır. DSM-5'te "Bu kontrol kaybı mutlak olmayabilir; örneğin birey telefon çalarken tıkınırcasına yemeye devam edebilirken beklenmedik bir şekilde bir arkadaşı veya eşi eve geldiğinde yemeyi durdurabilir. Bazı bireyler, tıkınırcasına yeme dönemlerinin ani olmadığını bu örüntünün sürekli olduğunu bildirmektedir" olarak tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014).

DSM-5'e göre tıknırcasına yeme ataklarının üç ay içerisinde haftada en az bir kez olması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014). Tıknırcasına yeme ataklarının süresi değişkenlik gösterebilir.

Tıknırcasına yeme bozukluğu çoğunlukla fazla kilolu ve obez bireylerde görülmesine karşın normal kiloda olan bireylerde de saptanabilir. Striegel-Moore ve arkadaşları (2001) TYB olan bireylerde obezite prevalansının (%65.3), bulimiya nevrozası olan bireylere göre (%33.5) iki kat fazla olduğunu saptamıştır.

Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin geçmiş öykülerinde kilolarında dalgalanma ve başarısız kilo verme girişimleri sıktır. Tıknırcasına yeme bozukluğu, obeziteye bağlı gelişebilecek hipertansiyon, dislipidemi, tip 2 diyabet, koroner arter hastalıkları, inme, mesane hastalıkları, osteoartrit, uyku apnesi, solunum problemleri ve endometriyum, meme, kolon gibi çeşitli kanser türleri gibi medikal komplikasyonlar ve artmış mortalite ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra TYB'nun BKİ'nden bağımsız olarak, yeme davranışına bağlı gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle sağlığı tehdit ettiği düşünölmektedir (Herzog ve Eddy 2007). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez bireyler, TYB olmayanlara göre daha fazla yeti yitimi bildirmektedir (Rieger ve ark. 2005).

Bireyler tıknırcasına yeme atağı sırasında ve/veya sonrasında yaşanan hoş olmayan duyguların yanında, tıknırcasına yemenin bir sonucu olarak, ilerleyen zamanlarda ortaya çıkan vücut ağırlığında ve görünüşteki değişiklikler nedeniyle sıkıntı hissederler. Bu bireyler yemek yeme davranışlarından ya da aldıkları kilolarından dolayı kendilerinden nefret etme, görünömlerinden hoşlanmama ya da iğrenme, beden görünömleriyle ilgili kaygılar ve kişiler arası ilişkilerde sıkıntı yaşayabilirler. Yemek yeme davranışları ya da fazla kiloları bireylerin insan ilişkilerini ve çalışma hayatlarını olumsuz yönde etkiler (Herzog ve Eddy 2007).

Tıknırcasına yeme bozukluğuna en sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar bipolar bozukluk, depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve daha düşük oranda madde kullanım bozukluklarıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2014). Bozukluğu olan bireylerde en sık görölen kişilik bozuklukları kaçınan, borderline ve obsesif

kompulsif kişilik bozukluklarıdır (Wilfley ve ark. 2000, Van Hanswijck De Jonge ve ark. 2003).

Pope ve arkadaşları (2006) ileri yaşta hastaları dâhil ettikleri çalışmalarında, ortalama hastalık süresinin TYB için 14.4 yıl ($\pm 13,9$) olduğunu ve hastalığın diğer yeme bozuklukları gibi kronik seyirli, stabil bir sendrom olduğunu belirtmiştir. TYB'nin anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozaya göre daha iyi seyirli olduğu, uzun dönem takiplerde relaps oranının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Herzog ve Eddy 2007).

1.3. Obezite ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu İlişkisi

Obezite hastalarında tıkınırcasına yiyen grup, yemeyen gruba göre psikopatoloji ve psikiyatrik komorbidite açısından farklılıklar gösterir (Scholtz ve Morgan 2009). Obezite ile TYB arasında genetik bir bağ olup olmadığını inceleyen ve ikiz kadınlar üzerinde yürütülen bir çalışmada, ortak genetik yatkınlığın 0.34 olduğu, bunun “orta düzeyde genetik ilişki” şeklinde değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (Bulik ile ark. 2003). Obezite için kalıtılabilirlik (0.86) ile tıkınırcasına yeme için kalıtılabilirlik (0.49) arasında orta düzeyde (0.34) korelasyon saptanmıştır. Her iki duruma yatkınlığı arttıran genetik risk faktörlerinin orta düzeyde örtüştüğü belirtilmiştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez bireylerin, TYB olmayanlara göre obeziteyle daha erken yaşta tanışıp diyet yapmaya başladıkları, yaşamları boyunca kilolarında daha fazla dalgalanma olduğu (De Zwaan ve ark. 1994), obezite tedavilerine yanıtlarının daha kötü olduğu (Spitzer ve ark. 1992) gösterilmiştir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler, tıkınırcasına yemeyen obez kişilere göre daha fazla psikiyatrik semptom göstermektedir (Schwartz ve Brownell 2004).

Tıkınırcasına yeme davranışının sıklıkla çocukluk çağında cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsü ile birlikte bulunduğu, bunun da erişkin dönem obezitesine yol açtığı belirtilmektedir (De Zwaan 2001).

Grilo ve Masheb (2001) 145 TYB hastasının çocukluk çağı travmalarını sorguladıkları çalışmalarında, hastaların %83'ünün en az bir alanda kötü muamele ile karşılaştıklarını saptamışlardır. Ayrıca hastaların; %59'unun duygusal istismara, %36'sının fiziksel istismara, %30'unun cinsel istismara, %69'unun duygusal ihmale, %49'unun fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirlemişlerdir.

1. 4. Kişilik, Mizaç ve Karakter

Kişilik, yapısal etkenler, gelişimsel etkenler ve toplumsal deneyimlerden kaynağını alan, bireyin kendine özgü olan, iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu, içe sindirilmiş düşünüş, duyuş ve davranış kalıpları olarak tanımlanmıştır. Mizaç tabiat, yaratılış, huy anlamında kullanılmaktadır. Uyarılara doğuştan yapısal olarak belli bir şekilde tepki verme eğilimidir, biyolojik ve kalıtsal yanı baskındır; insanın yaşamı boyunca fazla değişmeden sürer. Karakter ise, kişinin dünyayı görüş, algılama ve yaşamla başa çıkma biçimidir, endojen mizaç eğilimlerine ve çevresel etkilere adaptasyonunun bir sonucudur. Karakter öğrenme ve toplumsal çevreden etkilenecek gelişir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Cloninger'in psikobiyolojik temelli modelinde kişiliğin dört mizaç boyutu vardır: "yenilik arayışı", "zarardan kaçınma", "ödül bağımlılığı" ve "sebat etme" (Cloninger 1994).

Yenilik arayışı davranışsal aktivasyon sistemi ile bağlantılıdır ve yeni bir uyarı keşfetmeye olan kalıtsal yatkınlık, dürtüsel karar verme, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabuk öfkelenme ile engellenmeden aktif kaçınmayı içerir. Zarardan kaçınma, davranışsal inhibisyon sistemi ile ilişkilidir ve davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilimdir. Kendisini gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişelilik hali, belirsizlik korkusu, yabancılardan çekinme ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile gösterir. Ödül bağımlılığı, davranışsal sürdürme sistemi ile ilişkilidir ve duygusallık, sosyal bağlanma, başkalarının onayına bağımlılık ile kendisini gösteren kalıtsal bir eğilimdir. Sebat etme ise, engellenme ve yorgunluğa karşın sebat etmeye olan kalıtsal eğilimdir. Sebat eden bireyler insanları engelleyen ödül yokluğu durumlarıyla karşılaştıklarında bu davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (Cloninger 1994, Köse ve ark. 2004, Sadock 2008).

Cloninger'in kişilik modelinde, dört mizaç boyutuna ek olarak “kendini yönetme”, “işbirliği yapma” ve “kendini aşma” olmak üzere üç boyutlu bir karakter tanımı yer alır. İşbirliği yapma; sosyal kabul, empati yetisi, yararlılık, sevecenlik, erdemlilik ve vicdanlı olmaktan oluşur. İş birliği yapan insanlar hoşgörülü, empati yeteneği olan, yararlı, sevecen ve erdemlidirler. Kendini aşma; kendilik kaybı, kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir. Kendini yönetme; kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçların belirlenmesi ve sorunları çözmede beceri ve güvenin gelişimi ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bir bireydir (Köse ve ark. 2004, Sadock 2008).

Bu kişilik modeli davranış görünümleri ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurma olanağı da verir. Yenilik arayışı (davranışsal aktivasyon) ile dopamin, zarardan kaçınma (davranışsal inhibisyon) ile serotonin, ödül bağımlılığı (davranışı sürdürme) ile noradrenalin, sebat etme (davranışta ısrar etme) ile glutamat arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Cloninger 1994, Köse ve ark. 2004).

Obezite ve TYB ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada obez kadınlar TYB olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmış, mizaç ve karakter envanteri kullanılarak sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Obezitesi olan her iki grubun sağlıklı kontrollere göre “yenilik arayışı”, “zarardan kaçınma” skorlarının yüksek olduğu, “kendini yönetme” ve “işbirliği yapma” alt ölçek puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan grupta “kendini yönetme” skoru, TYB olmayanlara göre düşük olarak saptanmıştır (Fassino ve ark. 2002).

2. AMAÇ ve VARSAYIMLAR

2. 1. Amaç

Bu çalışmanın amacı, TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez bireylerden ve kontrol grubundan mizaç ve karakter özellikleri, çocukluk çağı travmaları, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından olası farklılıklarını araştırmaktır.

2. 2. Varsayımlar

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obez hastaların, TYB olmayan obezler ve kontrol grubuna göre;

1. Mizaç ve karakter özellikleri farklıdır,
2. Geçmişlerinde daha çok çocukluk çağı travmasına uğramışlardır,
3. Depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri daha yüksektir.

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3. 1. Çalışma Deseni ve Uygulamalar

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji polikliniğine başvuran, endokrin muayeneleri tamamlanarak obezite tanısı konulan hastalar arasından, çalışma koşullarına uygun olanlar alındı. Tıknırcasına yeme bozukluğunun, kilo vermek amacıyla tedavi arayışında olan obez hastalarda daha sık görülmesi nedeniyle çalışma örnekleminiz endokrinoloji polikliniğine başvuran obezlerden oluşturulmuştur. Çalışmaya DSM-5 kriterlerine göre TYB tanısı konulan 30 obezite hastası, TYB olmayan 30 obezite hastası ve araştırma grubu ile benzer demografik özellikler taşıyan, normal kiloda ($BKİ=18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) 30 sağlıklı gönüllü dâhil edildi. Hedeflenen sayılara ulaştıktan sonra hasta alımı sonlandırıldı. Araştırma projesi Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı.

3. 1. 1. Çalışmaya Dâhil Edilme Koşulları

Her üç grup için katılımcıların, 18 yaşın üstünde olmaları, okuma yazma biliyor olmaları ve verilen ölçekleri anlamaya yetecek düzeyde zekâyâ sahip olmaları gerekmektedir.

Obezitesi Olan TYB Grubu (OTYB) İçin Çalışmaya Dâhil Edilme Koşulları

- ✓ TYB tanısını DSM-5 kriterlerine göre karşılıyor olma,
- ✓ BKİ'nin 30 kg/m^2 ve üstünde olması,

Obezite Grubu İçin Çalışmaya Dâhil Edilme Koşulları

- ✓ BKİ'nin 30 kg/m^2 ve üstünde olması,

Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dâhil Edilme Koşulları

- ✓ BKİ'nin $18.5 - 24.9 \text{ kg/m}^2$ aralığında olması.

3. 1. 2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri

Her üç grup için psikiyatrik bir bozukluğun olması dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir.

OTYB Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Koşulları

- ✓ Obezite nedeni olabilecek bir tıbbi bozukluğun olması,
- ✓ Obeziteye neden olacak ilaç kullanımının olması,

Obezite Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Koşulları

- ✓ Obezite nedeni olabilecek bir tıbbi bozukluğun olması,
- ✓ Obeziteye neden olacak ilaç kullanımının olması.

3. 1. 3. Uygulamalar

Çalışmaya alınanlar komorbid psikiyatrik hastalıklar, çocukluk çağı travmaları açısından değerlendirildi. Çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirilerek sözel ve yazılı onamları alındı. Sosyodemografik ve klinik veri formu çalışmacı tarafından dolduruldu. Grupların hepsine, kendilerinin doldurdukları Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form (BIS-11 KF), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Mizaç ve Karakter Envanteri (MKE) verildi.

3. 2. Veri Toplama Araçları

3. 2. 1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılanların BKİ, sosyodemografik özelliklerini, çocukluk çağı travmalarını, aile öykülerini, ayrıca obezite ve TYB grupları için bunların başlangıç yaşlarını, obezite için başlatıcı etken ve obezite nedeniyle tedavi öyküsünün olup olmadığını değerlendirmek için kullanılan form olup, görüşmeci tarafından doldurulmuştur (Ek-1). Obezite başlangıç yaşı katılımcılara sorulmuş ve kişilerin kendilerini şişman olarak algılamaya başladıkları yaş temel alınmıştır. Obezite için başlatıcı etken varlığı ise bireylerin obeziteyle ilişkilendirdikleri bir faktör olup olmadığı sorularak değerlendirilmiştir.

3. 2. 2. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, depresif belirtilerin sorgulandığı 21 maddeli ölçekte kişinin son bir haftada kendini nasıl hissettiğini en iyi tanımlayan cümleyi belirtmesi istenmektedir (Beck ve ark. 1961). Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Her bir maddede dört seçenek vardır ve 0–3 arası puanlama yapılmaktadır. Psikiyatri hastalarında ve normal örneklemelerde depresif belirtilerin şiddetini değerlendirmede dünyada en yaygın olarak kullanılan araçlardan biridir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Hisli ve arkadaşları (1989) tarafından yapılmıştır (Ek-2).

3. 2. 3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olan ölçek kişinin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Kişiden istenen son bir hafta içerisinde sıralanan anksiyete belirtilerinin kendisini ne derece rahatsız ettiğini belirtmesidir. Yirmi bir maddeden oluşan ölçeğin her maddesi 0-3 arasında puanlanmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır (Ek-3).

3. 2. 4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Form-11

Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilen, dürtüsellik değerlendirilmede kullanılan, hastanın doldurduğu bir ölçektir (Tamam ve ark. 2013). 15 maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır: Dikkatsizlik, motor dürtüsellik ve plan yapamama. Dikkatsizlik; hızlı karar verme, motor dürtüsellik; düşünmeden harekete geçme, plan yapamama; o ana odaklı olma veya geleceği düşünmeme olarak tanımlanır. Ölçek değerlendirilirken dört farklı alt puan elde edilir: Toplam puan, plan yapamama, dikkat ve motor dürtüsellik puanları. Toplam puan ne kadar yüksekse, dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tamam ve arkadaşları (2013) tarafından yapılmıştır (Ek-4).

3. 2. 5. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Çocukluk çağındaki istismar ve ihmal yaşantılarını niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, 28 sorudan oluşan, beşli likert tipi, öz bildirime dayalı bir ölçektir (Bernstein ve ark. 1994). Fiziksel / duygusal / cinsel istismar, fiziksel /

duygusal ihmal ve travmanın inkârının değerlendirildiği minimizasyon olmak üzere altı alt kategorisi bulunmaktadır. Minimizasyon dışındaki alt ölçeklerin puanları 5-25 arasında, toplam puan ise 25-125 arasındadır. Minimizasyon alt ölçeği puanı, toplam puanı etkilememektedir. Travmanın inkârı üç soruyla değerlendirilmektedir. Kişinin bu sorulardan kaç tanesine beş puan verdiği hesaplanarak minimizasyon puanı elde edilir. Türkiye’de ölçek puanlarının kesim noktaları konusunda herhangi bir düzey bildirilmemiştir. Ancak Şar ve arkadaşları (2012) cinsel ve fiziksel istismar için beş puanın aşılmasının, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için yedi puanın aşılmasının, duygusal ihmal için 12 puanın aşılmasının, toplam puan içinse 35 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak kabul edilebileceğini önermektedirler. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır (Ek-5).

3. 2. 6. Mizaç ve Karakter Envanteri

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Bu model dört mizaç boyutu ve üç karakter boyutunu içermektedir (Cloninger ve ark. 1993). Kişinin kendi doldurduğu bir ölçek olan MKE, mizaç ve karakter boyutlarını ve bunların 25 alt boyutunu ölçmek üzere geliştirilmiştir. Mizaç boyutları; yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme (SE), karakter boyutları ise; kendini yönetme (KY), işbirliği yapma (İY) ve kendini aşmaktır (KA). On iki mizaç, on üç karakter alt boyutu bulunmaktadır. Mizaç alt ölçekleri; keşfetmekten heyecan duyma (YA1), dürtüsellik (YA2), savurganlık (YA3), düzensizlik (YA4), beklenti endişesi (ZK1), belirsizlik korkusu (ZK2), yabancılardan çekinme (ZK3), çabuk yorulma (ZK4), duygusallık (ÖB1), bağlanma (ÖB3), bağımlılık (ÖB4) ve sebat etmedir (SE). Karakter alt ölçekleri ise; sorumluluk alma (KY1), amaçlılık (KY2), beceriklilik (KY3), kendini kabullenme (KY4), uyumlu ikincil huylar (KY5), sosyal onaylama (İY1), empati duyma (İY2), yardımseverlik (İY3), acıma (İY4), erdemlilik (İY5), kendilik kaybı (KA1), kişiler ötesi özdeşim (KA2) ve manevi kabullenmedir (KA3). Ölçek, “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanan 240 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin uygulanmasında zaman sınırlandırması yoktur. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır (Ek-6).

3. 3. Ölçme, Değerlendirme, İstatistiksel Analiz Yöntemleri

Hasta gruplarından elde edilen verilerin analizi “SPSS for Windows 15.0” istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Sayımla elde edilen veriler yüzde olarak, ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma şeklinde belirtildi.

Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, grupların sayısal değişkenlerinin karşılaştırılmasında parametrik testlerden One Way ANOVA, aralarında farklılık varsa varyans homojenliğine göre Tukey HSD veya Tamhane’s testleri uygulandı.

4. BULGULAR

4. 1. Sosyodemografik ve Klinik Veriler

4. 1. 1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamızda TYB olan 30 obez hasta, TYB olmayan 30 obez hasta olmak üzere toplam 60 hasta vardır. Ayrıca 30 sağlıklı birey kontrol grubu olarak alınmıştır.

Çalışmaya alınan OTYB grubunun 24'ü (%80) kadındı ve yaş ortalamaları 33.23 ± 11.66 yılı. Eğitim süreleri ortalama 12.23 ± 3.60 yılı. Bu grubun 14'ü (%46.7) evliydi. 14'ü (%46.7) çalışıyordu. 25'i (%83.3) ilde yaşıyordu. 21'inin (%70) gelir düzeyi asgari ücretin üstündeydi. Yedisinin (%23.3) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı (Tablo 1).

Çalışmaya alınan obezite grubunun 23'ü (%76.7) kadındı ve yaş ortalamaları 35.60 ± 10.38 yılı. Eğitim süreleri ortalama 11.80 ± 3.82 yıl olarak tespit edildi. Bu grubun 19'u (%63.3) evliydi. 18'i (%60) çalışıyordu. 27'si (%90) ilde yaşıyordu. 21'inin (%70) gelir düzeyi asgari ücretin üstündeydi. Beşinin (%16.7) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı (Tablo 1).

Kontrol grubunda ise katılımcıların 25'i (%83.3) kadındı ve yaş ortalamaları 32.36 ± 9.86 yılı. Eğitim süreleri ortalama 11.76 ± 3.48 yıl olarak tespit edildi. Bu grubun 17'si (%56.7) evliydi. 19'u (%63.3) çalışıyordu. 27'si (%90) ilde yaşıyordu. 23'ünün (%76.7) gelir düzeyi asgari ücretin üstündeydi. Yedisinin (%23.3) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardı (Tablo 1).

Gruplara ait sosyodemografik bulgular tablo 1'de verildi. Çalışmaya alınan bu üç grup, sosyodemografik özellikler bakımından karşılaştırıldı ve aralarında cinsiyet, yaş, eğitim süresi, medeni durum, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir düzeyi ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Tablo-1: Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

		OTYB (n=30)	Obezite (n=30)	Kontrol (n=30)	Analiz	P
Cinsiyet	Kadın n (%)	24 (%80)	23 (%76.7)	25 (%83.3)	$\chi^2=0.417$	0.812
	Erkek n (%)	6 (%20)	7 (%23.3)	5 (%16.7)		
Yaş (Yıl)	Ort. ± SS	33.23±11.66	35.60±10.38	32.36±9.86	F=0.739	0.481
Eğitim Süresi (Yıl)	Ort. ± SS	12.23±3.60	11.80±3.82	11.76±3.48	F=0.154	0.858
Medeni Durum	Evli n (%)	14 (%46.7)	19 (%63.3)	17 (%56.7)	$\chi^2=1.710$	0.425
	Evli Değil n (%)	16 (%53.3)	11 (%36.7)	13 (%43.3)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor n (%)	14 (%46.7)	18 (%60)	19 (%63.3)	$\chi^2=1.900$	0.387
	Çalışmıyor n (%)	16 (%53.3)	12 (%40)	11 (%36.7)		
Yaşadığı Yer	İl n (%)	25 (%83.3)	27 (%90)	27 (%90)	$\chi^2=0.829$	0.661
	İlçe n (%)	5 (%16.7)	3 (%10)	3 (%10)		
Gelir Düzeyi	Asgari ücretin üstünde n (%)	21 (%70)	27 (%90)	23 (%76.7)	$\chi^2=3.736$	0.154
	Asgari ücretin altında n (%)	9 (%30)	3 (%10)	7 (%23.3)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Var n (%)	7 (%23.3)	5 (%16.7)	7 (%23.3)	$\chi^2=0.534$	0.766
	Yok n (%)	23 (%76.7)	25 (%83.3)	23 (%76.7)		

4. 1. 2. Klinik Veriler

Çalışmaya alınan OTYB hastalarının BKİ ortalaması $36.54 \pm 4.55 \text{ kg/m}^2$ idi. Bu grubun obezite başlangıç yaşı ortalaması 21.1 ± 1.97 yıl, TYB başlangıç yaşı ortalamaları 25.26 ± 1.86 yıl idi. Hastaların 19'su (%63.3) obezite için başlatıcı bir etken olmadığını, 27'si (%90) obezite nedeniyle daha önce tedavi başvurusunun olduğunu bildirdi. 15'inin (%50) birinci derece yakında TYB öyküsü vardı (Tablo 2).

Çalışmaya alınan obezite grubunun BKİ ortalaması $35.84 \pm 5.09 \text{ kg/m}^2$ idi. Bu grubun obezite başlangıç yaşı ortalaması 20.76 ± 1.55 yıl idi. Katılımcıların 23'ü (%76.7) obezite için başlatıcı bir etken olmadığını, 21'i (%70) obezite nedeniyle daha önce tedavi başvurusunun olduğunu bildirdi. Obez grupta bulunanların 6'sının (%20) birinci derece yakınında TYB öyküsü vardı (Tablo 2).

Kontrol grubunda ise BKİ ortalamaları 22.17 ± 2.82 kg/m² idi ve bu grupta katılımcıların birinci derece yakınında TYB öyküsü yoktu.

Obezite ve OTYB grubu klinik özellikler bakımından karşılaştırıldı ve aralarında boy, kilo, BKİ, obezite başlangıç yaşı, obezite için başlatıcı etken varlığı ve obezite nedeniyle tedavi öyküsü açısından anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$).

Obezite ve OTYB grupları arasında birinci derece yakınında TYB öyküsü açısından anlamlı farklılık olduğu saptandı ($p = 0.030$).

Tablo-2: Hasta Gruplarının Klinik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

		OTYB	Obezite	Analiz	P
Boy	Ort. \pm SS	1.66 \pm 0.11	1.64 \pm 0.10	t=0.633	0.529
Kilo	Ort. \pm SS	101.13 \pm 14.80	97.66 \pm 18.85	t=0.590	0.558
BKİ	Ort. \pm SS	36.54 \pm 4.55	35.84 \pm 5.09	t=0.283	0.778
Obezite başlangıç yaşı	Ort. \pm SS	21.1 \pm 1.97	20,76 \pm 1,55	t=0.133	0.895
Obezite için başlatıcı etken varlığı	Var n (%)	11 (%36.7)	7 (%23.3)	$\chi^2=1.270$	0.260
	Yok n (%)	19 (%63.3)	23 (%76.7)		
Obezite nedeniyle tedavi öyküsü	Var n (%)	27 (%90)	21 (%70)	$\chi^2=3.750$	0.053
	Yok n (%)	3 (%10)	9 (%30)		
Birinci Derece Yakınında TYB Öyküsü;	Var n (%)	15 (%50)	6 (%20)	$\chi^2=4.689$	0.030
	Yok n (%)	15 (%50)	24 (%80)		

4. 2. Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

Grupların BDÖ, BAÖ puan ortalamaları tablo 3'te verildi. Katılımcıların BDÖ puan ortalamaları OTYB grubunda 8.86 ± 3.92 , obezite grubunda 7.73 ± 3.16 , kontrol grubunda ise 6.80 ± 4.05 idi. Gruplar arasında BDÖ puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Katılımcıların BAÖ puan ortalamaları OTYB grubunda 6.50 ± 4.08 , obezite grubunda 7.03 ± 3.36 , kontrol grubunda ise 6.56 ± 4.07 olarak saptandı. Gruplar arasında BAÖ puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo-3: Grupların Depresyon ve Anksiyete Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

		OTYB	Obezite	Kontrol	Analiz	P
BDÖ	Ort±SS	8.86±3.92	7.73±3.16	6.80±4.05	F=2.303	0.106
	Median (min-maks)	9 (3-15)	9 (2-13)	5.5 (0-14)		
BAÖ	Ort±SS	6.50±4.08	7.03±3.36	6.56±4.07	F=0.170	0.844
	Median (min-maks)	5 (0-14)	6.5 (1-15)	5.5 (1-14)		

4. 3. Dürtüsellik Düzeyleri

Gruplar Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu uygulanarak dürtüsellik düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Elde ettikleri ortalama puanlar ve istatistiksel veriler tablo 4’te gösterildi. Gruplar arasında toplam dürtüsellik, dikkatsizlik, motor dürtüsellik ve plan yapamama alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 4: Grupların Dürtüsellik Puanlarının Karşılaştırılması

		OTYB	Obezite	Kontrol	Analiz	P
Dikkatsizlik	Ort±SS	9.03±2.14	8.40±1.94	8.33±2.09	F=1.056	0.352
Motor Dürtüsellik	Ort±SS	8.55±2.37	8.53±2.46	7.63±1.37	F=1.858	0.162
Plan Yapamama	Ort±SS	15.46±2.87	15.26±2.54	14.93±2.80	F=0.289	0.750
Toplam Dürtüsellik	Ort±SS	33.06 ±3.05	32.20±4.28	30.90±3.88	F=2.504	0.088

4. 4. Çocukluk Çağı Travmaları

Grupların çocukluk çağı travmaları ölçeğinden elde ettikleri ortalama puanlar ve istatistiksel veriler tablo 5’te gösterildi.

Türkiye’de ÇÇTÖ puanlarının kesim noktaları konusunda şimdiye dek herhangi bir düzey bildirilmemiştir. Ancak çalışmamızda Şar ve arkadaşlarının (2012) önerdiği, daha önce belirtilen puan sınırları kesim noktaları olarak kullanılmıştır. Bunlar dikkate alındığında, OTYB grubunun %46.6’sının, obezite grubunun %30’unun, kontrol grubunun ise %13.3’ünün çocukluk çağında travmaya maruz kaldığı bulunmuştur. Ayrıca OTYB grubunun %23.3’ünde duygusal ihmal,

%26.7'sinde duygusal istismar, %36.6'sında fiziksel ihmal, %23.3'ünde fiziksel istismar ve %26.7'sinde cinsel istismar saptanmıştır. Obezite grubunun %20'sinde duygusal ihmal, %13.3'ünde duygusal istismar, %23.3'ünde fiziksel ihmal, %13.3'ünde fiziksel istismar ve %10'unda cinsel istismar saptanmıştır. Kontrol grubunun ise %10'unun duygusal ihmale, %20'sinin fiziksel ihmale, %3.3'ünün duygusal istismara, %3.3'ünün fiziksel istismara, %6.7 'sinin ise cinsel istismara maruz kaldığı bulunmuştur (Tablo 5).

Çocukluk çağı travmaları ölçeği duygusal istismar alt ölçek puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 5). İkili karşılaştırmalara göre; OTYB grubunun duygusal istismar ölçek puanları kontrol grubundan ($p=0.007$) anlamlı düzeyde yüksek saptandı (Tablo 5).

Tablo-5: Grupların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

		OTYB (1)	Obezite (2)	Kontrol (3)	Analiz	P	Post hoc (Tamhane)
Duygusal İhmal	Ort±SS	9.90±4.75	8.83±4.38	8.36±3.05	F=1.087	0.342	AD
	n (%)	7 (%23.3)	6 (%20)	3 (%10)			
Fiziksel ihmal	Ort±SS	6.80±1.93	6.90±2.73	6.30±1.96	F=0.616	0.542	AD
	n (%)	11 (%36.6)	7 (%23.3)	6 (%20)			
Duygusal İstismar	Ort±SS	7.06±2.75	6.16±2.00	5.33±0.96	F=5.408	0.006	1/3
	n (%)	8 (%26.7)	4 (%13.3)	1 (%3.33)			
Fiziksel İstismar	Ort±SS	5.50±1.04	5.40±1.38	5.13±0.73	F=0.918	0.403	AD
	n (%)	7 (%23.3)	4 (%13.3)	1 (%3.33)			
Cinsel istismar	Ort±SS	6.13±3.11	5.70±2.55	5.13±0.50	F=1.375	0.258	AD
	n (%)	8 (% 26.7)	3 (%10)	2 (%6.7)			
Travma toplam puanı	Ort±SS	35.40±8.90	33.00±9.28	30.26±5.51	F=3.031	0.053	AD
	n (%)	14 (%46.6)	9 (%30)	4 (%13.3)			
Minimizasyon	Ort±SS	0.40±0.62	0.90±1.03	0.83±0.95	F=2.826	0.065	AD

AD: Anlamlı Değil

4. 5. Mizaç ve Karakter Özellikleri

Grupların mizaç ve karakter envanteri puanları açısından karşılaştırılmaları tablo 6’da gösterildi.

Gruplar arasında zarardan kaçınma, kendini yönetme ve işbirliği yapma alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 6). İkili karşılaştırmalara göre; OTYB grubunun sırasıyla, obezite grubu ve kontrol grubuna göre zarardan kaçınma puanı ($p=0.030$; $p=0.000$) anlamlı düzeyde yüksek, kendini yönetme ($p=0.006$; $p=0.005$) ve işbirliği yapma ($p=0.008$; $p=0.000$) puanları ise anlamlı düzeyde düşük olarak saptandı. Obezite grubu ve kontrol grubu arasındaysa alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 6: Grupların Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Karşılaştırılması

		OTYB (1)	Obezite (2)	Kontrol (3)	Analiz	P	Post hoc (Tukey)
Yenilik Arayışı	Ort±SS	18.50±5.76	18.16±4.63	18.86±4.54	F=0.147	0.864	AD
Zarardan Kaçınma	Ort±SS	20.20±5.92	16.53±5.33	14.23±5.16	F=9.030	0.000	1/3, 1/2
Ödül Bağımlılığı	Ort±SS	14.40±3.11	14.63±3.57	13,90±3.34	F=0.375	0.688	AD
Sebat Etme	Ort±SS	5.03 ±1.63	5.26±1.72	4.40±1.87	F=1.988	0.143	AD
Kendini Yönetme	Ort±SS	25.36±5.30	29.60±5.51	29.70±4.73	F=6.799	0.002	1/3, 1/2
İşbirliği Yapma	Ort±SS	26.70±4.73	30.50±4.47	31.63±5.14	F=8.728	0.000	1/3, 1/2
Kendini Aşma	Ort±SS	19.63±4.63	19.16±4.86	19.60±4.82	F=0.089	0.915	AD

AD: Anlamlı Değil.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez bireylere ve kontrol grubuna göre depresyon, anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri, mizaç ve karakter özellikleri, çocukluk çağı travma öyküleri ve diğer klinik özellikleri açısından farklılıkları incelenmiştir.

5. 1. Klinik Özellikler

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, çoğunlukla obez bireylerde görülse de değişik derecelerde BKİ ile ortaya çıkabilir. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun tarandığı toplum temelli bir çalışmada TYB olanların %70'inin obez, %20'sinin fazla kilolu, %10'unun ise normal kiloda olduğu belirtilmiştir (Grucza ve ark. 2007). Bu bozukluğun kilo vermek amacıyla tedavi arayışında olan obez hastalarda %20-30, bariatrik cerrahiye yönlendirilen obez hastalarda %33-47 oranında olduğu saptanmıştır (De Zwaan 2001). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan obezlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, TYB olan obezlerin BKİ'leri, TYB olmayan obezlerden yüksek olarak saptanmıştır (Ricca ve ark. 2000). Ancak bu konuda yapılan birçok çalışmada, grupların ortalama BKİ'leri arasında farklılık olmadığı belirtilmiştir (Yanovski ve ark. 1993, Fassino ve ark. 2003, Rieger ve ark. 2005, Lilienfeld ve ark. 2008, Annagür ve ark 2012). Bizim çalışmamızda da TYB olan ve olmayan obezler arasında BKİ açısından farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç obezler arasında TYB'nun farklı BKİ'nde görülebileceği fikrini desteklemektedir.

Çalışmamızda obezite başlangıç yaşı, TYB olan obezlerde 21.1 ± 1.97 yıl, TYB olmayan obezlerdeyse 20.76 ± 1.55 yıl olarak saptanmıştır. Literatürde TYB olan obezlerle, TYB olmayan obezlerin obezite başlangıç yaşlarının karşılaştırıldığı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obezlerde, TYB olmayan obezlere göre, obezitenin daha erken yaşlarda başladığı bildirilmiştir (Spitzer ve ark. 1993, Brody ve ark. 1994). Fairburn ve arkadaşları (1998) obezitenin çocukluk çağında başlamasının TYB gelişimi için bir risk faktörü olabileceğini, bu durumun çocuklukta kilo ve görünüm konularında daha fazla olumsuz eleştiriye maruziyet ile ilgili olabileceğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda TYB olan ve olmayan obezler arasında, obezite başlangıç yaşı açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Çalışmamızda TYB olan obezlerde, obezite başlangıç yaşı 21.1 ± 1.97 yıl iken TYB başlangıç yaşı 25.26 ± 1.86 yıl olarak saptandı. Bu sonuç, TYB'nun obeziteden sonra başladığını bildiren çalışmalarla uyumludur (Marcus ve ark. 1995, Spurrell ve ark. 1997). Hastaların kilo problemlerinin diyet yapmaya yol açtığı, bunun da tıknırcasına yemeyi tetikleyebileceği öne sürülmüştür (Spurrell ve ark. 1997). Ancak TYB başlangıcı ile diyet yapma arasında böyle bir ilişki olmadığını savunan çalışmalar da vardır (Wilson ve ark. 1993, Mussell ve ark. 1995). Grilo ve arkadaşlarının (2009) 404 obez TYB hastasını değerlendirdikleri çalışmalarında, obezite başlangıç yaşı 16.2 ± 9.7 yıl, TYB başlangıç yaşı ise 25.9 ± 12.7 yıl olarak saptanmış, ancak bireylerin kendi bildirimlerine dayalı ve geçmişe dönük sorgulanan bu verilerin hatalı veya taraflı olabileceği belirtilmiştir.

Obezite gelişimine yol açan faktörler; fiziksel aktivitede azalma, beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evlilik, doğum sayısı olarak belirtilmektedir (Altunkaynak ve Özbek 2006). Stres, iş değişikliği, evlilik, doğumlar, sigaranın bırakılması gibi yaşam olayları, fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarında değişikliklere yol açarak obezitenin başlamasına yol açabilir. Çalışmamızda TYB olan ve olmayan obezler arasında cinsiyet, yaş, medeni durum eğitim düzeyi açısından farklılık saptanmamıştır. Katılımcılara kendi obezite ile ilişkilendirdikleri bir faktör olup olmadığı sorulmuştur ve gruplar arasında obezite için başlatıcı etken varlığı açısından farklılık saptanmamıştır. Arama yaptığımız kaynaklarda bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

Kilo verilmesi ve yeni kilonun korunması; dengeli ve sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması ve uzun süreli davranış değişikliği ile mümkün olmaktadır. Obez bireylerin ancak %20'si verdikleri kiloyu koruyabilmektedir (Wing ve Phelan 2005). Obezite oranının, daha önce obezite tedavisi görenlerde ve daha önce zayıflamak için diyet yapanlarda yüksek olduğu belirtilmiştir (Çayır ve ark. 2011). Çalışmamızda hem TYB olan obez grubun hem de TYB olmayan obez grubun büyük bir kısmı, geçmişte obezite nedeniyle diyet ve egzersiz tedavileri gördüklerini bildirmiştir. Çalışmamızda TYB olan ve olmayan obezler arasında, obezite nedeniyle tedavi öyküsü açısından farklılık saptanmamıştır. Bu durum, asıl tedavi arayışının obeziteye yönelik olmasına bağlı olabilir.

Obezite ve TYB'nun ortak genetik risk faktörlerinin olduğu bildirilmektedir (Bulik ve ark. 2003). Ancak obez aileler tarafından evlat edinilmiş çocuklarda obezitenin sık görülmesi, genetik etkenlerin yanı sıra aile çevresinin de etkisinin olduğunu göstermektedir (Silventoinen ve ark. 2010). Lee ve arkadaşları (1999) çalışmalarında, TYB olan obezlerin birinci derece yakınlarında TYB görülme oranını, toplumda TYB görülme oranından ve TYB olmayan obezlerin yakınlarından yüksek olarak saptamalarına karşın, bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir. Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğu olanların ailelerinde, olmayanlara göre TYB'nun anlamlı olarak yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Brody ve ark. 1994, Lilenfeld ve ark. 2008). Yapılan bir ikiz çalışmasında, tıknırcasına yeme davranışının gelişiminde, %41 oranında kalıtımın, %59 çevresel faktörlerin etkisinin olduğu belirtilmiştir. (Reichborn-Kjennerud ve ark. 2004). Hudson ve arkadaşları (2006) obezitenin, TYB için yatkınlık oluşturduğunu, bu sonucun genetik ve çevresel faktörlerin etkisiyle ortaya çıkmış olabileceğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızda da TYB olanların ailelerinde TYB oranı yüksek bulunmuştur ancak bu sonucun genetik faktörlere mi yoksa çevresel etkenlere mi bağlı olduğu hakkında karar vermek zordur.

Lilenfeld ve arkadaşları (2008) tedavi arayışında olmayan obezlerde yaptıkları çalışmalarında, TYB olan bireylerin ailelerinde TYB olmayanlara göre daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu bildirmişlerdir. Buna karşın, kilo vermek için tedavi arayışında olan obez hastalarda, TYB olan ve olmayan gruplar arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Yanovski ve ark. 1993, Lee ve ark. 1999). Bu çalışmalara benzer şekilde, çalışmamızda gruplar arasında, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü yönünden farklılık saptanmamıştır.

5. 2. Depresyon ve Anksiyete Düzeyi

Tıknırcasına yeme dönemleri depresif semptomlar ve anksiyete gibi disforik duygulanımlar nedeni ile tetiklenebilir. Tıknırcasına yiyen obezlerin beden görünüşleri ve yeme davranışları konusunda daha fazla kaygılandıkları, kaygıyı azaltmak ya da kaygıdan kaçınmak için tıknırcasına yeme davranışını geliştirdikleri ve olumsuz duygulardan böyle uzaklaştıkları düşünülmektedir (Heatherton ve Baumeister 1991). Öte yandan tıknırcasına yemenin olumsuz duyguları kısa bir

süre hafiflettiği ama aynı zamanda vücut şekli ve kilo ile ilgili kaygıları harekete geçirip pekiştirdiği öne sürülmektedir (Fairburn ve Harrison 2003). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde yaşam boyu depresyon görülme oranı oldukça yüksek olarak bildirilmektedir (Yanovski ve ark. 1993, Telch ve Stice 1998, Crow ve ark. 2002, Grilo ve ark. 2009).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obezlerle TYB olmayan obezlerin, depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmacıların bir kısmı TYB olan obez hastalarda depresyon ölçek skorlarının, TYB olmayan obezlerden yüksek olduğunu bildirmiştir (Telch ve Stice 1998, Fassino ve ark. 2003, Allison ve ark. 2007, Lilenfeld ve ark. 2008, Babayiğit ve ark. 2013). Benzer şekilde Vinai ve arkadaşları (2015) bariatrik cerrahi için başvuran obez hastalarda yaptıkları çalışmalarında, TYB olan obezlerde depresyon ve anksiyete skorlarını, TYB olmayan obezlerden ve kontrol grubundan yüksek olarak saptamışlardır. Annagür ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında depresyon ölçek skorları TYB olan ve olmayan obezlerde, kontrol grubundan yüksek olarak saptanmıştır. Bazı çalışmalarda TYB olan ve olmayan obezlerin depresyon ve anksiyete ölçek skorları arasında fark saptanmamıştır (De Zwaan ve ark. 1994, Ricca ve ark. 2000). Yapılan araştırmalarda TYB olan obezlerle TYB olmayan obezler arasında, anksiyete bozukluklarının görülme sıklıkları açısından farklılık saptanmamıştır (Yanovski ve ark. 1993, Telch ve Stice 1998).

Toplumda obez bireylerin önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmaları oldukça yaygındır. İşverenlerin obez kadınlara iş vermediği ya da sadece özel şartlarda bu bireyleri çalıştırmayı kabul ettikleri belirtilmektedir (Balcıoğlu ve Başer 2008). Maruz kaldıkları ayrımcılık, onların özsaygılarının azalmasına, depresyon ve anksiyete bozukluklarına açık duruma gelmelerine yol açabilir. Klinik düzeyde depresyonu ve anksiyete bozukluğu olan bireylerin alınmadığı çalışmamızda, depresyon ve anksiyete ölçekleriyle saptanan puanlar açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamakla birlikte depresyon düzeyleri, hem TYB olan obezlerde, hem de TYB olmayan obezlerde, kontrol grubundan yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum tıkınırcasına yeme davranışının hastalar tarafından yalnızken ya da gizli yapılmasından, TYB'nun değil ama obezitenin ve buna bağlı vücut görüntüsünün daha çok yargılanmasından ve kişilerin dışlanmasından

kaynaklanabilir.

5. 3. Dürtüsellik

Dürtüsellik obez hastalarda çok çalışılmış bir konudur. Obez kişilerde dürtüsel yapı, yemeyi sınırlamada yetersizlik, hızlı yemek yeme, acıkma hissi olmadan çok yeme, yeme davranışını erteleyememe gibi sonuçları nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Ayrıca dürtüsellüğün obezite tedavisini zorlaştırdığını, tedaviyi yarım bırakmaya neden olduğunu, tedavi başarılı olsa bile sonrasında tekrar kilo alımının öngörücüsü olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Hjördis ve Gunnar 1989, Nederkoorn ve ark. 2007, Annagür 2010).

Dürtüsellik, TYB ve obezite ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Literatürde bazı çalışmalarda TYB olan obezlerin, TYB olmayan obezlerden dürtüsellik düzeylerinin daha yüksek olduğu (De Zwaan ve ark. 1994, Nasser ve ark. 2004, Arias ve ark. 2005, Galanti ve ark. 2007), obez kişilerin normal kiloda olanlara göre daha dürtüsel oldukları (Nederkoorn ve ark. 2006, Mobbs ve ark. 2010) belirtilmektedir. López-Pantoja ve arkadaşları (2012) obez bireylerle sağlıklı kontroller arasında dürtüsellik düzeyleri açısından farklılık olmadığını belirtmiştir. Sarısoy ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında morbid obezlerde dürtüsellik düzeyleri kontrollerden daha yüksek saptanırken, morbid olmayan obezlerle kontroller arasında dürtüsellik düzeyi açısından fark saptanmamıştır. Bu çalışmada, dürtüsellüğün morbid olmayan obez hastalardan çok, morbid obez hastalara özgü bir durum olabileceği belirtilmiştir.

Annagür ve arkadaşları (2012) TYB olan 22 obez hasta, TYB olmayan 26 obez ve 48 normal kiloda bireyi dâhil ettikleri çalışmalarında, gruplar arasında dürtüsellik düzeyleri açısından fark olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmada katılımcılar depresyon varlığına göre yeniden gruplandırıldığında, depresyonu olan katılımcıların daha dürtüsel oldukları saptanmıştır.

Bu çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda gruplar arasında dürtüsellik açısından farklılık saptanmamıştır. Bu sonuç obez bireylerde dürtüsellüğün, depresif bozukluk varlığıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

5. 4. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağında travmatik deneyimlerin bozulmuş yeme davranışına ve/veya psikolojik mekanizmalar yoluyla, erişkin yaşamda obeziteye yol açabileceği belirtilmektedir (Gustafson ve Sarwer 2004). D'Argenio ve arkadaşlarının (2009) geçmişte ve halen psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan obezleri ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, erken yaşam travmatik deneyimlerinin, erişkin yaşamda obezite gelişimi için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Kong ve Bernstein (2009), çocukluk çağında maruz kalınan duygusal istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismarın yeme ile ilişkili psikopatolojilerin öngörücüsü olabileceğini belirtmiştir.

Fairburn ve arkadaşları (1998) TYB olan bireylerin çocukluk çağında %21'inin fiziksel istismara ve %29'unun cinsel istismara maruz kaldığını, sağlıklı kontrol grubunun ise %10'unun fiziksel, %11'inin cinsel istismara maruz kaldığını belirtmiştir. Grilo ve Masheb (2001) TYB hastalarının çocukluk çağında kontrollerden iki ile üç kat daha fazla travmaya maruz kaldığını bildirmiştir.

Yanovski ve arkadaşları (1993) TYB olan ve olmayan obezlerin cinsel istismar öyküsü bildirdiğini ve aralarında anlamlı bir farklılık saptamadıklarını belirtmiştir. Grilo ve arkadaşlarının (2005) obezite cerrahi tedavisi için başvuran 340 morbid obez hastayı değerlendirdikleri çalışmalarında, TYB olanlarla olmayanlar arasında, çocukluk çağı travmaları açısından farklılık olmadığı saptanmıştır. Allison ve arkadaşları (2007) çalışmalarında, TYB olanların çocukluklarında daha fazla duygusal ihmale maruz kaldıklarını saptamıştır. Aynı çalışmada fiziksel ve cinsel istismar bildirimleri açısından gruplar arasında farklılık olmadığı, duygusal ve fiziksel istismar ile depresif belirti düzeyleri arasında korelasyon olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda TYB olan obez bireylerin, kontrollere göre çocukluk çağında daha fazla duygusal istismara maruz kaldıkları saptanmıştır. Bu durum çocukluk çağında daha fazla duygusal istismara maruz kalanların, erişkin yaşamda obezite ve TYB gelişimine daha yatkın olduğu fikrini desteklemektedir.

Bu farklı sonuçlar çocukluk çağı travmalarının değerlendirmelerinin özbildirime dayalı olmasından kaynaklanabilir. Travmayı yaşayan kişilerin kültürel yapılarına göre çocukluk yaşlarında travmayı algılamalarına ve hatırdaki tutmalarına

ya da benzer değişkenler nedenleriyle travmayı bildirmelerinde farklılıklara yol açabilir.

5. 5. Mizaç ve Karakter Özellikleri

Bugüne kadar obezite ve TYB hastalarında yapılan çalışmalarda, genellikle Cloninger tarafından geliştirilen mizaç ve karakter envanteri kullanılmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Obezitede kişilik özelliklerinin, gıda alımını ve yeme davranışını etkileyerek hastalığın gelişiminde rolü olabileceği belirtilmektedir. Kilo kontrol programında yer alan obez bireylerin, kilo vermek için tedavi arayışında olmayan obezlere göre daha yüksek ödül bağımlılığı ve işbirliği yapma skorlarının olduğu saptanmıştır (Sullivan ve ark. 2007).

Bir başka çalışmada kilo vermek için tedavi arayışında bulunmayan obezlerde ve kilo kontrol programında yer almasına karşın başarılı bir şekilde kilo veremeyen obezlerde, zarardan kaçınma skorlarının normal kiloda kontrollere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada başarılı bir şekilde kilo kaybedenlerin, kilo vermek için tedavi arayışında olmayanlara göre daha yüksek kendini yönetme ve işbirliği yapma skorlarının olduğu saptanmıştır (Okumuşoğlu 2015).

Villarejo ve arkadaşları (2012) yaşam boyu obezitesi olan (n=398) ve olmayan (n=985) yeme bozukluğu hastalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında; yeme bozukluğu olan obezlerin olmayanlara göre daha yüksek zarardan kaçınma puanlarının olduğunu, daha düşük sebat etme, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorlarının olduğunu saptamıştır.

Sarısoy ve arkadaşları (2014) obezlerin normal kiloda olan bireylere göre zarardan kaçınma skorlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada zarardan kaçınma skorları yüksek olan kişilerin, gergin ve kaygılıyken rahatlamak için fazla miktarda yemek yiyor olabilecekleri ve düşük enerji düzeyleri ile ilişkili olarak daha az hareket etmelerinin kilo alımına yol açabileceği belirtilmektedir

Yapılan çalışmalarda TYB olan obezlerde, olmayanlara göre zarardan kaçınma ve yenilik arayışı skorlarının yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorlarının

düşük olduğu bildirilmiştir (Fassino ve ark. 2002, Dalle Grave ve ark. 2013, Villarejo ve ark. 2014).

Grucza ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında, bizim çalışmamızla benzer şekilde obez bireylerin obez olmayanlara göre mizaç ve karakter özelliklerinde bir farklılık göstermedikleri ancak tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez bireylerin zarardan kaçınma, yenilik arayışı skorlarının yüksek, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorlarının ise düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda TYB olan obezlerde zarardan kaçınma skorları, TYB olmayan obezlerden ve kontrol grubundan yüksek, işbirliği yapma ve kendini yönetme skorları ise düşük olarak saptandı. Tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlerle kontrol grubu arasındaysa mizaç ve karakter özellikleri bakımından anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Yüksek zarardan kaçınma puanları kişileri anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısına yatkın bir hale getirir, bu kişilerde belirsiz bir korku, utangaçlık, sorunlardan kaçınma, çabuk yorulma, karamsarlık gözlenmektedir. Kendini yönetme skorları düşük olanlar başkalarını suçlayan, bağımlı, sorumsuz, güvensiz ve beceriksizdirler. İşbirliği yapma skorları düşük olanlar dünyayı ve başka insanları düşmanca gören, yardımsever olamayan, hoşgörüsüz kişilerdir (Cloninger 1994, Sadock 2008). Bu kişilik özellikleri kişiyi yalnızlaştıran, kırılgan, kırıcı ve kalıcı ilişkiler kuramayan bir duruma sokmaktadır. Sorunlarla baş etmekte yetersiz kalıp, kontrolsüzce yeme davranışı sergileyebilirler. Çalışmamızda OTYB grubunun, obez gruptan farklı mizaç özellikleri göstermesi buna bağlı olabilir. Karakter boyutunda benzer özellikler gösteren bireyler, stres yaratan durumlarda benzer tepkiler gösterir bu da obez hastalarda tıknırcasına yeme davranışını tetikleyebilir.

5. 6. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışma örnekleminiz, sadece endokrin polikliniğine başvuran hastalardan alınması nedeniyle toplumda yer alan obezleri ve TYB hastalarını yansıtmamaktadır.

Geçmiş yaşantıya ait verilerin sadece kişilerden alınan bilgilere dayalı olması ve bu bilgilerin tıbbi kayıtlarının olmaması, hastaların bazı olayları hatırlamamasına ya da çarpıtmasına bağlı olarak, hatalı sonuçların ortaya çıkmasına yol açabilir.

Çalışmamızda çocukluk çağı travmalarının varlığı öz bildirime dayalı ölçek kullanılarak ve klinik görüşme yapılarak değerlendirilmiştir. Ancak travmanın şiddeti, gelişimin hangi döneminde ortaya çıktığı sorgulanmamıştır.

Araştırmamızın bir başka kısıtlılığı, araştırma örnekleminin düşük sayıda hasta içermesidir. Bu durum değişkenler arasındaki ilişkilerin yanlış olarak anlamlı/anlamsız bulunmasına yol açmış olabilir. Bu tür sorunların aşılması için daha geniş örneklem grubu olan çalışmalar yapılması gereklidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda TYB olan obezlerin zarardan kaçınma skorlarının TYB olmayan obezlerden ve kontrol grubundan yüksek, işbirliği yapma ve kendini yönetme skorlarının ise düşük olduğu, çocukluk çağında duygusal istismara maruziyetin tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezlerde, kontrol grubundan daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Obezitenin tedavisinde baş edilmesi gereken önemli engellerden biri de tıknırcasına yeme davranışıdır. Çalışmamızın sonucunda, tedavi için başvuran obez kişiler arasında tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin, mizaç ve karakter özellikleri ve çocukluk çağı travmaları açısından tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obezlerden farklı olduğu saptanmıştır. Bu yüzden TYB olan ve olmayan hastaların arasındaki bu farklılıkların anlaşılması ve tıknırcasına yemeği tetikleyen etkenlerin saptanması önemlidir. Kilo vermek için tedaviye başvuran hastaların psikiyatrik değerlendirmelerinde bu durumun göz önünde bulundurulması tedavi açısından faydalı olabilir.

7. KAYNAKLAR

- Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(12):2874-2883.
- Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*. 2006;13(4):138-142.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV)*, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. yay. yön. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Annagür BB. Obezitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2(4):572-582.
- Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A, Tamam L, Erhan Ç, Kurt S, Çevik B, Kaplan Y, Karaer H, Erkorkmaz Ü. Impulsivity and Emotional Factors in Obesity: A Preliminary Study. *Nöropsikiyatri Arşivi-Archives of Neuropsychiatry*. 2012;49(1):14-19.
- Annagür BB. Obezitenin psikiyatrik tanımlarla bağlantıları. *Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı'nda*. (Editörler: Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E.) 1. Baskı, Ankara; Türkiye Psikiyatri Derneği Çalışma Birimleri Dizisi No:15. 2013;311- 320.
- Arias HF, Sánchez RS, Gorgojo MJ, Almódovar RF, Fernández RS, Llorente MF. Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2005;34(6):362-370.

- Avena NM, Bocarsly ME. Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*. 2012;63(1):87-96.
- Babayiğit Z, Alçalar N, Bahadır G. Obez kadınlarda tıkanırçasına yeme bozukluğunun psikopatoloji ve bilişsel açıdan incelenmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2013;33(4):1077-1087.
- Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eđitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008;62:341-348.
- Baumeister H, Härter M. Mental disorders in patients with obesity in comparison with healthy probands. *International Journal of Obesity*. 2007;31(7):1155-1164.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychology*. 1961;4(6):561-571.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893-897.
- Bello NT, Hajnal A. Dopamine and binge eating behaviors. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2010;97(1):25-33.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*. 1994;151(8):1132-1136.
- Branson R, Potoczna N, Kral JG, Lentjes K-U, Hoehe MR, Horber FF. Binge eating as a major phenotype of melanocortin 4 receptor gene mutations. *New England Journal of Medicine*. 2003;348(12):1096-1103.

- Breum L, Fenstrom MH. İlaç nedenli obezite. International textbook of obesity içinde. (Editörü: Björntorp P), çeviri yayın editörü Dursun AN, Türkçe 1. Baskı, İstanbul; And Yayıncılık, 2002; 269-281.
- Brody ML, Walsh BT, Devlin MJ. Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994;62(2):381-386.
- Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Genetic and environmental contributions to obesity and binge eating. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;33(3):293-298.
- Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *American Journal of Public Health*. 2000;90(2):251-257.
- Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*. 1993;50(12):975-990.
- Cloninger CR. Temperament and personality. *Current Opinion in Neurobiology*. 1994;4(2):266-273.
- Crow SJ, Stewart Agras W, Halmi K, Mitchell JE, Kraemer HC. Full syndromal versus subthreshold anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge eating disorder: a multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*. 2002;32(3):309-318.

- Çayır A, Nazlı A, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64(01):13-19.
- Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G, Beck-Peccoz P, Bosello O, Compare A, Cuzzolaro M, Grossi E, Mannucci E, Molinari E. Personality features of obese women in relation to binge eating and night eating. *Psychiatry Research*. 2013;207(1):86-91.
- D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L, Di Lorenzo G, Siracusano A, Troisi A. Early trauma and adult obesity: is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiology & Behavior*. 2009;98(5):543-546.
- Davis C, Strachan S, Berkson M. Sensitivity to reward: implications for overeating and overweight. *Appetite*. 2004;42(2):131-138.
- De Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2001;25:51-55.
- De Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, Crosby RB. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 1994;15(1):43-52.
- Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6:84-91.
- Dünya Sağlık Örgütü 2015-a. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, 2015.

- Dünya Sağlık Örgütü 2015-b. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>, 2015.
- Dünya Sağlık Örgütü 2015-c. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, 2015.
- Dünya Sağlık Örgütü 2015-d. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2450A?lang=en>, 2015.
- Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55(5):425-432.
- Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet*. 2003;361(9355):407-416.
- Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Daga GA, Amianto F, Rovera G, Rovera GG. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(6):431-437.
- Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Rovera GG. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;54(6):559-566.
- Frawley T. Obesity and the endocrine system. *The Psychiatric Clinics of North America*. 1984;7(2):299-306.
- Galanti K, Gluck ME, Geliebter A. Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(8):727-732.
- Gamero-Villarroel C, Rodriguez-Lopez R, Jimenez M, Carrillo JA, Garcia-Herraiz A, Albuquerque D, Flores I, Gervasini G. Melanocortin-4 receptor gene

variants are not associated with binge-eating behavior in nonobese patients with eating disorders. *Psychiatric Genetics*. 2015;25(1):35-38.

Giskes K, van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obesity Reviews*. 2011;12(5):95-106.

Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder: frequency and associations with gender, obesity, and eating-related psychopathology. *Obesity Research*. 2001;9(5):320-325.

Grilo CM, Masheb RM, Brody M, Toth C, Burke-Martindale CH, Rothschild BS. Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obesity Research*. 2005;13(1):123-130.

Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(3):228-234.

Gruzca RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*. 2007;48(2):124-131.

Gustafson T, Sarwer D. Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*. 2004;5(3):129-135.

Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*. 1991;110(1):86-108.

- Hebebrand J, Geller F, Dempfle A, Heinzl-Gutenbrunner M, Raab M, Gerber G, Wermter A, Horro F, Blundell J, Schäfer H. Binge-eating episodes are not characteristic of carriers of melanocortin-4 receptor gene mutations. *Molecular Psychiatry*. 2004;9(8):796-800.
- Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical Manual of Eating Disorders*. 2007:1-29.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1989;7:3-13.
- Hjördis B, Gunnar E. Characteristics of Drop-outs from a long-term behavioral treatment program for obesity. *International Journal of Eating Disorders*. 1989;8(3):363-368.
- Hudson JI, Lalonde JK, Berry JM, Pindyck LJ, Bulik CM, Crow SJ, McElroy SL, Laird NM, Tsuang MT, Walsh BT. Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(3):313-319.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007;61(3):348-358.
- Javaras KN, Laird NM, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Pope HG, Hudson JI. Familiality and heritability of binge eating disorder: results of a case-control family study and a twin study. *International Journal of Eating Disorders*. 2008;41(2):174-179.
- Jorm AF, Korten AE, Christensen H, Jacomb PA, Rodgers B, Parslow RA. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a

community survey. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2003;27(4):434-440.

Katerndahl D, Burge S, Kellogg N. Predictors of development of adult psychopathology in female victims of childhood sexual abuse. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2005;193(4):258-264.

Kelley A, Will M, Steininger T, Zhang M, Haber S. Restricted daily consumption of a highly palatable food (chocolate Ensure®) alters striatal enkephalin gene expression. European Journal of Neuroscience. 2003;18(9):2592-2598.

Kızıltan G, Karabudak E, Ünver S, Sezgin E, Ünal A. Nutritional status of university students with binge eating disorder. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2005;58(4):167-171.

Kong S, Bernstein K. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. Journal of Clinical Nursing. 2009;18(13):1897-1907.

Köse S. A psychobiological model of temperament and character: TCI. Yeni Symposium 2003;41: 86-97.

Köse S, Sayar K, Ak I, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kirpınar I, Reeves RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Mizaç ve Karakter Evanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni/Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2004;14:107-131.

Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2006;40(2):129-135.

- Lee YH, Abbott DW, Seim H, Crosby RD, Monson N, Burgard M, Mitchell JE. Eating disorders and psychiatric disorders in the first-degree relatives of obese probands with binge eating disorder and obese non-binge eating disorder controls. *International Journal of Eating Disorders*. 1999;26(3):322-332.
- Lilenfeld LR, Ringham R, Kalarchian MA, Marcus MD. A family history study of binge-eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(3):247-254.
- López-Pantoja JL, Cabranes JA, Sanchez-Quintero S, Velao M, Sanz M, Torres-Pardo B, Ancín I, Cabrerizo L, Rubio MA, Lopez-Ibor JJ, Barabash A. Personality profiles between obese and control subjects assessed with five standardized personality scales. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40(5):266-274.
- Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, Davis RM. Obesity: assessment and management in primary care. *American Family Physician*. 2001;63(11):2185-2200.
- Marcus MD, Moulton MM, Greeno CG. Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. *Addictive Behaviors*. 1995;20(6):747-755.
- Mobbs O, Crépin C, Thiéry C, Golay A, Van der Linden M. Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient Education and Counseling*. 2010;79(3):372-377.
- Monteleone P, Tortorella A, Castaldo E, Maj M. Association of a functional serotonin transporter gene polymorphism with binge eating disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2006;141(1):7-9.
- Mussell MP, Mitchell JE, Weller CL, Raymond NC, Crow SJ, Crosby RD. Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking

treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 1995;17(4):395-401.

Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite*. 2004;43(3):303-307.

Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite*. 2006;47(2):253-256.

Nederkoorn C, Jansen E, Mulkens S, Jansen A. Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behaviour Research and Therapy*. 2007;45(5):1071-1075.

Oğuz A, Temizhan A, Abacı A, Kozan Ö, Erol Ç, Öngen Z, Çelik S. Obesity and abdominal obesity; an alarming challenge for cardio-metabolic risk in Turkish adults/Türk erişkinlerinde kardiyometabolik risk için alarm; obezite ve abdominal obezite. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2008;8(6):401-406.

Okumuşoğlu S. The Personality (Temperament and Character) Factors Related with Weight Loss Success in Obesity. *International Journal of Management and Humanities*. 2015;5(1):1-4.

Öztürk MO, Uluşahin U. Davranışın Psikodinamik Temelleri. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları'nda*. (Editörler: Öztürk MO, Uluşahin U.) 2. Cilt. Ankara: Tuna Matbaacılık, 2008;555-583.

Pope HG, Lalonde JK, Pindyck LJ, Walsh T, Bulik CM, Crow SJ, McElroy SL, Rosenthal N, Hudson JI. Binge eating disorder: a stable syndrome. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(12):2181-2183.

Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM, Tambs K, Harris JR. Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: A

- population-based twin study. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;36(3):307-314.
- Rieger E, Wilfley DE, Stein RI, Marino V, Crow SJ. A comparison of quality of life in obese individuals with and without binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37(3):234-240.
- Ricca V, Mannucci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras P, Rotella C. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 2000;41(2):111-115.
- Root TL, Thornton LM, Lindroos AK, Stunkard AJ, Lichtenstein P, Pedersen NL, Rasmussen F, Bulik CM. Shared and unique genetic and environmental influences on binge eating and night eating: a Swedish twin study. *Eating Behaviors*. 2010;11(2):92-98.
- Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 8. Baskı, Türkçe çeviri, Ankara, Öncü Basımevi. 2008;2063-2104.
- Sarisoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellikğin beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013;14:53-61.
- Sarisoy G, Atmaca A, Ecemiş G, Gümüş K, Pazvantoğlu O. Personality characteristics and body image in obese individuals. *Asia-Pacific Psychiatry*. 2014;6(2):191-199.
- Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsıdag K, Genc S, Telci A, Canbaz B. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*. 2013;28(2):169-180.

- Scholtz S, Morgan JF. Obesity and psychiatry. *Psychiatry*. 2009;8(6):198-202.
- Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image*. 2004;1(1):43-56.
- Scott KM, McGee MA, Wells JE, Browne MAO. Obesity and mental disorders in the adult general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008;64(1):97-105.
- Semerci CN. Obezite ve genetik. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2004;46(4):353-359.
- Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, Sorensen T. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *International Journal of Obesity*. 2010;34(1):29-40.
- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(7):824-830.
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J, Nonas C. Binge eating disorder: To be or not to be in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders*. 1991;10(6):627-629.
- Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S. Binge eating disorder: a multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*. 1992;11(3):191-203.
- Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Home RL. Binge eating disorder: its further validation in

- a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*. 1993;13(2):137-153.
- Spurrell EB, Wilfley DE, Tanofsky MB, Brownell KD. Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*. 1997;21(1):55-65.
- Stellar E. The physiology of motivation. *Psychological Review*. 1954;61(1):5-22.
- Striegel-Moore RH, Cachelin FM, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*. 2001;29(2):157-165.
- Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;34(1):19-29.
- Stunkard AJ, Harris JR, Pedersen NL, McClearn GE. The body-mass index of twins who have been reared apart. *New England Journal of Medicine*. 1990;322(21):1483-1487.
- Sullivan S, Cloninger C, Przybeck T, Klein S. Personality characteristics in obesity and relationship with successful weight loss. *International Journal of Obesity*. 2007;31(4):669-674.
- Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*. 2012;32(4):1054-1063.
- Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50:130-134.

- Telch CF, Stice E. Psychiatric comorbidity in women with binge eating disorder: Prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(5):768-776.
- Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998;12(2):163-172.
- Van Hanswijck de Jonge P, Van Furth E, Hubert Lacey J, Waller G. The prevalence of DSM-IV personality pathology among individuals with bulimia nervosa, binge eating disorder and obesity. *Psychological Medicine*. 2003;33(07):1311-1317.
- Vardar E, Erzengin M. The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community based study. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(4):205-212.
- Villarejo C, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Peñas-Lledó E, Granero R, Penelo E, Tinahones FJ, Sancho C, Vilarrasa N, Montserrat-Gil de Bernabé M. Lifetime obesity in patients with eating disorders: increasing prevalence, clinical and personality correlates. *European Eating Disorders Review*. 2012;20(3):250-254.
- Villarejo C, Jiménez-Murcia S, Álvarez-Moya E, Granero R, Penelo E, Treasure J, Vilarrasa N, Gil-Montserrat de Bernabé M, Casanueva FF, Tinahones FJ. Loss of control over eating: a description of the eating disorder/obesity spectrum in women. *European Eating Disorders Review*. 2014;22(1):25-31.
- Vinai P, Da Ros A, Cardetti S, Casey H, Studt S, Gentile N, Tagliabue A, Vinai L, Vinai P, Bruno C. The DSM-5 effect: psychological characteristics of new patients affected by Binge Eating Disorder following the criteria of the DSM-

5 in a sample of severe obese patients. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2015;1-7.

Vögele C. Etiology of obesity. *Obesity and binge eating disorder*. (Editors: Munsch S, Beglinger C.) Karger Medical and Scientific Publishers, No:171 Basel 2005;41-61.

Wilfley DE, Friedman MA, Douchis JZ, Stein RI, Welch RR, Ball SA. Comorbid psychopathology in binge eating disorder: Relation to eating disorder severity at baseline and following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000;68(4):641-649.

Wilson GT, Nonas CA, Rosenblum GD. Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*. 1993;13(1):25-33.

Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;82(1):222-225.

Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *The American Journal of Psychiatry*. 1993;150(10):1472-1479.

8. EKLER

EK-1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

OBEZİTE HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN, MİZAÇ VE KARAKTER ÖZELLİKLERİ, DÜRTÜSELLİK VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ

Bu çalışma ile Tıkınircasına Yeme Bozukluğu tanısı almış obezite hastalarında hastalığın oluşmasında olası rolü olan ruhsal etkenler değerlendirilecektir. Araştırmamız süresince sizinle psikiyatrik görüşme yapılacak ve bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir. Herhangi bir yan etki, risk söz konusu değildir. Bu formu imzalayarak doktorunuzun ve onun kadrosunun çalışma için sizin kişisel bilgilerinizi toplamalarına ve kullanmalarına onay vermiş olacaksınız. Doktorunuzdan toplanan çalışma verileriniz hakkında bilgi isteme hakkına sahipsiniz. Aynı zamanda bu verilerdeki herhangi bir hatanın düzeltilmesini isteme hakkına da sahipsiniz. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişiler:

Prof. Dr. Ali Cezmi ARIK
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-2298

Dr. Demet YILMAZ
OMÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D.
0 362 312 19 19-2362

Bu formu imzalayarak, çalışma verilerinizin bu formda tanımlandığı şekilde kullanımına onay vermekteyim.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Katılımcının :	
Ad ve soyadının baş harfleri:	Cinsiyeti : (1) Erkek (2) Kadın
Yaşı: ... Eğitim yılı: ...	Boyu : ... BKİ: ... Kilosu : ...
Yaşadığı Yer: (1) İl (2) İlçe (3) Köy	Gelir Düzeyi: (1) Asgari ücretin altında (2) Asgari ücretin üstünde
Çalışma durumu: (1) Öğrenci (2) Çalışıyor (3) Çalışmıyor (4) Emekli	Medeni durum: (1) Bekâr (2) Evli (3) Eşi ölmüş (4) Boşanmış/ayrı yaşıyor
Obezite: (1) Yok (2) Var	Tıkınircasına Yeme Bozukluğu: (1) Yok (2) Var
Obezite başlangıç yaşı: ...	TYB başlangıç yaşı: ...
Obezite için başlatıcı etken varlığı: (1) Yok (2) Var...	
Obezite nedeniyle tedavi öyküsü: (1) Yok (2) Var...	
Çocukluk çağında;	
Ruhsal/ fiziksel / cinsel kötüye kullanım öyküsü: (1) Yok (2) Var...	
Birinci derece yakınlarında;	
Tıkınircasına yeme bozukluğu olan kişi: (1) Yok (2) Var	
Psikiyatrik hastalık öyküsü: (1) Yok (2) Var	

EK-2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum.
- 5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6** (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefret ediyorum.
- 7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

- 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15 (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam Beck-D Skoru:.....

EK-3. BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (X) işareti koyarak belirtiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4. BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ KISA FORM-11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun kutu içine (X) koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir Zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen Her zaman / Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Dikkat etmem				
4. Uçuşan düşüncelerim var				
5. Dikkatli düşünen birisiyim				
6. İş güvenliğine dikkat ederim				
7. Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8. Düşünmeden hareket ederim				
9. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım				
10. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11. Düşünerek hareket ederim				
12. Düşünmeden alışveriş yaparım				
13. Hobilerimi değiştiririm				
14. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15. Geleceğini düşünen birisiyim				

EK-5. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan kutuyu (X) ile işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarımız gizli tutulacaktır.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	1	2	3	4	5
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğiyordu.					

18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK-6. MİZAC VE KARAKTER ENVANTERİ

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

Her ifade **DOĞRU (D)** ya da **YANLIŞ (Y)** olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, çoğunlukla ya da genellikle nasıl davrandığınızı ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Bu anket formunu kendi başınıza doldurunuz.

Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

Her ifadeyi dikkatlice okuyunuz, ancak yanıtlarken çok zaman harcamayınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğunlukla yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandırıcı durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez, güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez, 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 kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez, yaşamın 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 kendimi çoğunlukla gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez 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 dahi olsam, zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yaparım.	D	Y

19.	Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve deneyimliyimdir.	D	Y
20.	Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez 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 kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24.	Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25.	Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y
26.	Birkaç 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 kez 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 ve denenmiş” yolları tercih ederim.	D	Y
30.	Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önemlilik sırasına göre yaparım.	D	Y
31.	Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32.	Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33.	Düşmanlarımla 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 ilgiyi sürdürmem güçtür.	D	Y
36.	Tekrarlanmış uygulamalar bana, çoğu anlık dürtüler ya da telkinlerden daha güçlü olan iyi 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 kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41.	Çoğu kez nakit param bitinceye ya da aşırı kredi kullanıp borçlanıncaya kadar 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.	Gevşemekteyken, çoğunlukla beklenmedik şekilde içgörü (yani olayların altında yatan nedeni keşfederim) ya da anlayış parıltıları hissederim.	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.	Ticarette başarılı olmak için sahtekar olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51.	Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissedirim ki, her şey bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52.	Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyicimdir.	D	Y
53.	Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54.	Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha sıkılanımdır.	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 kez, başkalarından 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 kez 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 dahi, kendim için para harcamakta zorlanırım.	D	Y
67.	Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakin olurum.	D	Y
68.	Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69.	Kişisel sorunlarımı, çok az tanıdığım veya kısa süre önce tanıştığım insanlarla tartışmaktan rahatsız olmam.	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 haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarına haksızca davranırsam huzursuzluk hissederim.	D	Y
73.	İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74.	Çoğu kez, sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75.	Yakın bir arkadaşımı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzülürüm.	D	Y
76.	Bazen, zaman ve mekanda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin sanki parçasıymışım hissine kapılırım.	D	Y
77.	Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir yakınlık hissederim.	D	Y
78.	Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarının duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79.	Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80.	Bana karşı dostça davranmayacakları daha önce söylenmiş olsa dahi,	D	Y

	yabancılarla buluştuğumda rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürüm.		
81.	Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, çoğu kimseden genellikle daha endişeliyimdir.	D	Y
82.	Bir karara varmadan önce genellikle her şeyi etraflıca düşünürüm.	D	Y
83.	Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84.	Etrafımdaki tüm nesnelere karşı çoğunlukla güçlü bir bütünlük hissi hissederim.	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 anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89.	Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90.	Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91.	Abartılı olan veya gerçek olmayan şeylere dahi, genellikle başkalarını inandırabilirim.	D	Y
92.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenme, destek ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93.	Yaşamın kuralları olduğunu ve hiç kimsenin acı çekmeksizin bunları çiğneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94.	Başkalarından 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 dahi, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97.	Bazen yaşamımın, 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.	Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101.	Beklenmedik haberlere çoğu kez 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 çoğu kimseden genellikle daha çok zorlanırım.	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 kez sorunların gereğine bakamam.	D	Y
107.	Çoğu kez 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 yada birisine şaka yapmak için, doğruları eğip bükmeyi genellikle iyi beceririm.	D	Y
111.	Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine	D	Y

çalışırım.		
112. Utandırılır ya da aşağılandığımda etkisinden çok çabuk kurtulurum.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olduğum zamanlarda, işlerdeki değişikliklere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşlerin eski yapılış tarzını değiştirmeden önce, genellikle çok iyi ve gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duygu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman harcamama karşın pek başarılı olmasam dahi, çoğu kez aynı şeyi yeniden defalarca denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Hemen herkes korku dolu olsa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri epeyce sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni irademe karşı 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 incittiğinde, intikam almaktansa kibar davranmayı tercih ederim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekandan kopmuş gibi hissedirim.	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 tehlikeli olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissedirim.	D	Y
130. Tüm ayrıntıları bütünüyle düşünmeksizin, çoğu kez iç güdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131. Başkalarının benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132. Çoğu kez etrafımdaki tüm kişilerle güçlü manevi ve duygusal yakınlığım olduğunu hissedirim.	D	Y
133. Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, benim için genellikle kolaydır.	D	Y
134. Başkaları benden daha fazlasını beklese dahi, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135. İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik ve kendiliğinden davranışlardır.	D	Y
136. Başkalarının bir şey hakkında, benden daha çok şey bilmelerinden, genelde rahatsızlık duymam.	D	Y
137. Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böyle onları daha iyi 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.	İşler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere daldığım için, kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hissederim.	D	Y
141.	Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, çoğu kez 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 olduğunu söylese bile, işleri yapıştarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145.	Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146.	Düşmanlarımdan 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
149.	Arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler dahi, endişeye kapılarak yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150.	Çoğu kez herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151.	Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152.	Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153.	Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürtüştçe alırlar.	D	Y
154.	Birkaç 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 durumlar için bile para biriktirmek bana güç gelir.	D	Y
156.	Başkaları memnun olacak diye kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157.	Yabancılarla birlikteyken hiç sıkılgan değilimdir.	D	Y
158.	Çoğu kez arkadaşlarımdan arzularına boyun eğirim.	D	Y
159.	Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160.	Neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin, ticari kurallarda çok etkili olması gerektiğine inanmam.	D	Y
161.	Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162.	Alışkanlıklarım, amaçlarıma ulaşmakta çoğunlukla engel olur.	D	Y
163.	Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi kişisel fedakarlıkları gerçekten de yaptım.	D	Y
164.	Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165.	Kendi denetimimi yitirecek kadar, hemen hiç heyecanlanmam.	D	Y
166.	Düşündüğümden daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167.	Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168.	Bana yanlış yapan 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 kez 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 çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174.	Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175.	Olağandışı şeyleri algılayabildiğime, hissettiğime inanırım.	D	Y
176.	Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177.	Yaşamım için koyduğum belli amaçlar, davranışlarıma güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178.	Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179.	Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180.	Genellikle, başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y
181.	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 hissettiğimde, kuralları ve düzenlemeleri çoğu kez ihlal ederim.	D	Y
184.	Ayartıcı durumlara karşı kendime güvenebilmem 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 görmelidir.	D	Y
187.	Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk karar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188.	Yapmaya çalıştığım şeylerde, şansım genellikle açıktır.	D	Y
189.	Çoğu kimsenin tehlikeli diye nitelendirebileceği şeyleri (ıslak ya da buzlu bir yolda hızlı araba kullanmak gibi) kolayca yapabileceğime dair genellikle 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, var olan herşeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196.	İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197.	Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198.	Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199.	Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnutluk duyarım.	D	Y
200.	Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir	D	Y

	gücün parçasıymış hissine kapılırim.		
201.	Arkadaşlarla birlikteyken dahi, duygularımı çok fazla açmamayı tercih ederim.	D	Y
202.	Kendimi zorlamaksızın, tüm gün boyunca genellikle bir şeylerle “meşgul” kalabilirim.	D	Y
203.	Başkaları çabuk bir karar vermeme isteseler bile, karar vermeden önce hemen her zaman tüm olgular hakkında ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204.	Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan öyle kolayca kurtulamam.	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 dahi olsa, yalan söylemekte sıkıntı yaşarım.	D	Y
213.	Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214.	Herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215.	Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağan üstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırim.	D	Y
216.	Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217.	Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218.	Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlarım ya da 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 gelemeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222.	Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223.	Yaşamda 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 kez ters gider.	D	Y
226.	Kendimi keyifsiz hissettiğim zamanlarda, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olmak daha iyi hissetmeme neden olur.	D	Y
227.	Aynı şeyi yaşamayan birisiyle duygularımı paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y
228.	Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkalarına çoğu kez sanki başka bir dünyadaymışım gibi gelir.	D	Y

229.	Keşke başkalarından daha iyi görünüşlü 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 yakalandığımızda sorun yaratır.	D	Y
236.	Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra dahi, çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237.	Herhangi bir kağıdı imzalamam istendiğinde, herşeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238.	Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239.	Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240.	Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

Teşekkürler...