

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşe ÇAKIR

TRABZON - 2019

**T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME
BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ ETMENLER**

Uzmanlık Tezi

Dr. Ayşe ÇAKIR

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT

TRABZON - 2019

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın değerlendirilmesinde ve tez yazım sürecinde her ihtiyaç duyduğumda yanımda olan ve zamanını ayıran, çok değerli katkı ve yardımlarını gördüğüm kıymetli tez danışmanım Doç. Dr. Demet SAĞLAM AYKUT'a;

Uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren bilgilerini ve deneyimlerini paylaşarak yanımda olan, yardıma ihtiyaç duyduğum her an desteklerini hissettiğim, mesleki gelişimimde büyük katkıları olan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Evrim ÖZKORUMAK KARAGÜZEL, Doç. Dr. Filiz CİVİL ARSLAN, Prof. Dr. Ahmet TİRYAKİ ve Yr. Doç. Dr. Aykut KARAHAN'a teşekkür ederim.

Mesleki deneyimlerinden her fırsatta faydalandığım, birçok anı ve deneyim paylaştığımız, bu süreçte birlikte yol aldığımız, başta Dr. Ezgi SELÇUK ve Dr. Cansu AĞRALI GÜNDOĞMUŞ olmak üzere, bütün asistan ve psikolog arkadaşlarıma;

Hayat yolculuğum boyunca iyi ve kötü günlerimde yanımda olan, paylaşarak sevinçlerimi artıran ve kederimi azaltan, bana destek ve güç veren, her ihtiyaç duyduğumda yanımda olan çok sevgili dostlarıma teşekkür ederim.

Son olarak dünyaya geldiğim ilk andan itibaren iyi ve eğitimli bir insan olmam için büyük emek veren, her anımda yanımda olan, sonsuz şefkat gösteren, zorluklarla mücadele etmeyi ve doğruluğu öğreten canım annem Nebahat ÇAKIR ve kardeşim Osman ÇAKIR'a sonsuz teşekkürler...

Dr. Ayşe ÇAKIR

Trabzon-2019

ÖZET

BİPOLAR BOZUKLUK HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ ETMENLER

Amaç: Bu çalışmada Bipolar Bozukluk (BB) hastalarının ve sağlıklı kontrollerin Tikinircasına Yeme Bozukluğu (TYB) sıklığının tespit edilmesi ve BB'ye sahip hastalarda hastalığın klinik özellikleri ile TYB varlığı arasında bir ilişki olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca BB hastaları ve sağlıklı kontroller arasında kişilik özellikleri, yeme tutumu ve yaşam kalitesi açısından farklılıklar olup olmadığının ve BB'ye komorbid TYB tanısı alanlar ile almayanlar arasında kişilik özellikleri, yeme tutumu ve yaşam kalitesi açısından farklılıklar olup olmadığının incelenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışmaya Haziran 2018 - Haziran 2019 arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak DSM-IV'e göre BB tanısı almış ve ötimi döneminde olan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 74 hasta alınmıştır. Bu hastalara cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından benzer 74 katılımcı da kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcılarla klinik görüşme yapılmış, katılımcılara sosyodemografik veri formu, Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği (DİS/DASÖ), Gece Yeme Anketi (GYA), Yeme Tutumu Testi (YTT), Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36) uygulanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada BB'ye sahip olan hastalarda TYB tanısı alanların yüzdesi %12,1 iken kontrol grubunda bu oran %1,3 bulunmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında BB hastalarında; vücut ağırlığı, şu ana kadarki en yüksek kilo, vücut kitle indeksi (VKİ) ve bel çevresi gibi ölçümler ve YTT, GYA ve YBDÖ'nin toplam ve altölçek puanları anlamlı olarak yüksek; SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü altölçek puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. BB hasta grubunda TYB'ye sahip olanlar ve olmayanlar karşılaştırıldığında; TYB'ye sahip olanlarda vücut ağırlığı, şu ana kadarki en yüksek kilo, VKİ ve bel çevresi gibi ölçümler anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. TYB'ye sahip olanların YTT ve YBDÖ'nin toplam ve altölçek puanlarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. TYB'si olan grupta SF-36 ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, genel sağlık ve mental sağlık altölçek puanları anlamlı olarak düşük saptanmıştır. BB hasta grubunda kullanılan ölçek puanları ve VKİ'nin korelasyonları incelendiğinde; VKİ ile DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık ve eğlence arayışı altölçek puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon; VKİ ile YBDÖ'nin yeme endişesi altölçeği puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon gösterilmiştir. Ayrıca BB grubunda GYA ile SF-36'nın vitalite ve sosyal fonksiyon altölçek puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon; YBDÖ'nin toplam puanı ile SF-36'nın vitalite altölçeği puanı arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon; YBDÖ'nün yeme endişesi

altölçeği puanı ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon, vitalite ve sosyal fonksiyon altölçek puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon; YBDÖ'nün beden endişesi altölçeği puanı ile SF-36'nın fiziksel rol güçlüğü altölçeği puanı arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmanın verilerine dayanarak BB tanısı alan hastalarda TYB'nin sıklığının arttığından söz edebiliriz. Çalışmamız; TYB'ye sahip BB hastalarında obezite oranının yüksek olduğunu, yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu ve bu hastaların yeme davranışlarında patolojik tutumların arttığını göstermektedir. Bu nedenle BB sahip hastalarda TYB başta olmak üzere yeme bozuklukları araştırılmalıdır. Bu kişilerde TYB'nin fark edilip tedavi planlanması ve hem farmakolojik hem de psikoterapötik uygun tedavi seçeneklerinin kullanılması BB sağaltımı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Bipolar Bozukluk, Yeme Bozukluğu, Yeme Tutumu Testi, Davranışsal İnhibisyon/Davranışsal Aktivasyon Sistemleri.

SUMMARY

BINGE EATING DISORDER AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

Objective: The aim of this study was to determine the frequency of Binge Eating Disorder (BED) in patients with Bipolar Disorder (BD) and healthy controls. At the same time it was to determine whether there is a relationship between clinical features of BD and the presence of BED in patients with BD. In addition, it was sought to examine whether there were differences between BD patients and healthy controls in terms of personality traits, eating attitudes and quality of life; and whether there were differences in personality traits, eating attitudes and quality of life between comorbid BED and non-comorbid BED in BD.

Method: From June 2018 to June 2019, 74 patients who applied to the psychiatry outpatient clinic of the Karadeniz Technical University Medical Faculty and accepted to participate in the study from the patients who were diagnosed with BD according to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and who met inclusion criteria were taken into the study. Also, 74 participants who were similar in terms of gender, age and educational level were included as a control group. A sociodemographic data form, Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System Scale (BIS/BASS), Night Eating Questionnaire (NEQ), Eating Attitude Test (EAT), Eating Disorders Assessment Scale (EDAS) and Quality of Life Scale Short Form (SF-36) were utilised for data collection.

Findings: In this study, the percentage of BED was 12.1% in patients diagnosed with BD and 1.3% in the control group. Compared to the control group, in patients with BD; measurements such as body weight, highest weight so far, body mass index (BMI) and waist circumference, and score of EAT, score of NEQ and total and subscale scores of EDAS were significantly higher; while subscale scores of SF-36 such as of physical function, physical role difficulty, social function and emotional role difficulty were found to be significantly lower. In the comparison of BD patients with BED and without BED; body weight, highest weight so far, BMI and waist circumference were significantly higher in patients with BED. It was shown that score of EAT and the total and subscale scores of EDAS were statistically higher in those with BED. Subscale scores of SF-36 such as physical role difficulty, social function, general health and mental health were significantly lower in the group with BED. When scale scores used in BD patients and the correlations of BMI were examined; there was a negative and significant correlation between BMI and subscale scores of BAS scale such as reward sensitivity and fun seeking; there was a positive and significant correlation between BMI and eating anxiety subscale scores of EDAS. Also, in the BD group, there was a negative and significant correlation between NEQ and vitality and social function subscales of SF-36; a negative and significant correlation between the total score of EDAS and the vitality subscale of SF-36; a negative and significant correlation between eating anxiety subscale score of EDAS and physical function, vitality and social function subscales of SF-36; and a

negative and significant correlation between body anxiety subscale score of EDAS and physical role difficulty subscale score of SF-36.

Results: Based on the data of this study, we can argue that the frequency of BED is increased in patients with BD. Our study showed that obesity rate is high, quality of life is low and pathological attitudes regarding eating behaviors is increased in the BD patients with BED. Therefore, eating disorders, especially BED, should be investigated in patients with BD. It is important for these people to recognize BED and to use appropriate pharmacological and psychotherapeutic treatment options for BD treatment.

Key Words: Binge Eating Disorder, Bipolar Disorder, Eating Disorder, Eating Attitude Test, Behavioral Inhibition/Behavioral Activation Systems.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	I
ÖZET.....	II
SUMMARY	IV
İÇİNDEKİLER	VI
KISALTMALAR DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ	X
GRAFİKLER DİZİNİ	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bipolar Bozukluk	4
2.1.1. Tanımı.....	4
2.1.2. Tarihçesi.....	4
2.1.3. Epidemiyolojisi	6
2.1.4. Bipolar Bozuklukta Tanı ve Klinik Görünüm	7
2.1.5. Bipolar Bozukluğun Doğası ve Seyri	14
2.1.6. Etiyolojisi.....	15
2.1.7. Bipolar Bozuklukta Kişilik	20
2.1.8. Bipolar Bozuklukta Eşitiler.....	25
2.1.9. Bipolar Bozukluk ve Yaşam Kalitesi.....	28
2.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	29
2.2.1. Tanımı.....	29
2.2.2. Tarihçe	30
2.2.3. Epidemiyolojisi	30
2.2.4. Etiyolojisi.....	31
2.2.5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda Tanı ve Klinik Görünüm.....	34
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	37
3.1. Araştırmanın Evreni ve Örnelemi	37
3.1.1. Hasta Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	37
3.1.2. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	38
3.1.3. Hasta Grubu İçin Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri.....	38
3.1.4. Kontrol Grubu İçin Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri	38

3.2. Araştırmanın Aşamaları	39
3.3. İstatistiksel Analiz.....	39
3.4. Veri Toplama Araçları	40
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	40
3.4.2. Gece Yeme Anketi (GYA)	40
3.4.3 Yeme Tutumu Testi (YTT).....	41
3.4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ).....	41
3.4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36).....	42
3.4.6. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)	42
3.4.7. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)	43
3.4.7. Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği	43
4. BULGULAR	45
4.1. Bipolar Affektif Bozukluk Tanılı Hastalar ile Kontrol Grubu Arasında Yapılan Karşılaştırmalar	45
4.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Yapılan Karşılaştırmalar	50
5. TARTIŞMA	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	76
7. KAYNAKLAR	81
8. EKLER.....	94

KISALTMALAR DİZİNİ

DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı'na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
BB	: Bipolar Bozukluk
GYS	: Gece Yeme Sendromu
AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimia Nervoza
GABA	: Gamma-aminobütirik asit
BDNF	: Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
CRH	: Kortikotropin salgılatıcı hormon
MAOA	: Monoamin oksidaz A
MHPG	: 3-metoksi 4-hidroksifenil glikol
5-HTT	: 5-hidroksitriptofan
TPH1	: Triptofan Hidroksilaz
HPA	: Hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen
MR	: Manyetik Rezonans
EEG	: Elektroensefalografi
VKİ	: Beden kitle indeksi
OKB	: Obesif-Kompulsif Bozukluk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ASL	: Arterial Spin Labelling,
PWI	: Perfusion Weighted Imaging,
SPECT	: Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografisi,
PET	: pozitron emisyon tomografisi
DİS/DAS	: Davranışsal Aktivasyon Sistemi/Davranışsal Aktivasyon Sistemi
DAOA	: D-aminooksidaz aktivatörü
COMT	: katekol-O-metiltransferaz
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
NE	: Norepinefrin
VMA	: Vanilmandelik asit
HVA	: Homovalinik asit
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
FSH	: Follikül Stimulan Hormon
LH	: Luterinizan Hormon
IL	: interleükin
TNF	: Tümör Nekroz Faktör
TNFR	: Tümör Nekroz Faktör Reseptörü
CRP	: C-reaktif protein
VEGF	: Endotelial Büyüme faktörü
NT	: Nörotrofin
GNDF	: Glial Hücre Dizisi Nörotrofik Faktör
CNTF	: Siliyernörotrofik Faktör
BDNF	: Beyin-türevli nörotrofik faktör

ACC	: Anterior Singulat Korteks
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
OPRM1	: Opioid Reseptör geni
EKT	: Elektrokonvulsif tedavi
HAM-D	: Hamilton Depresyon Ölçeği
YMDÖ	: Young Mani Değerlendirme Ölçeği
GYA	: Gece Yeme Anketi
YTT	: Yeme Tutumu Testi
YBDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1.	Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik ve Kişisel Özelliklerinin Dağılımı	47
Tablo 2.	Bipolar Bozukluk Hasta ve kontrol gruplarının GYA, YTT ve YBDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 3.	Bipolar Bozukluk ve kontrol grupları arasında Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu varlığı ile Gece Yeme Anketi, Yeme Tutumu Testi ve Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki dağılımın karşılaştırılması	48
Tablo 4.	Bipolar Bozukluk ve Kontrol Grupları Arasında DİS/DAS Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması	49
Tablo 5.	Alkol ve Madde Kullananlar Dışlandıktan Sonra Hasta ve Kontrol Grupları Arasında DİS/DAS Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması	49
Tablo 6.	Hasta ve Kontrol Grupları Arasında SF-36 Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması.....	50
Tablo 7.	Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 8.	Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre İlk Hastalık Dönemine Ait Özelliklerin Karşılaştırılması.....	52
Tablo 9.	Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Klinik Seyir Özelliklerinin Karşılaştırılması	53
Tablo 10.	Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Klinik Seyir Özelliklerinin Karşılaştırılması	53
Tablo 11.	Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Sağlıkım Kullanımının Dağılımının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 12.	Bipolar Bozukluk Grubundaki Hastaların Yeme Bozukluklarının Dağılımı.....	55
Tablo 13.	Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların GYA, YTT ve YBDÖ Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması	56
Tablo 14.	Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Varlığına Göre DİS/DAS Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması.....	56

Tablo 15. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tikinircasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda SF-36 Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması.....	57
Tablo 16. Bipolar Bozukluk Grubunda Klinik Seyir Özelliklerinin Korelasyon Analizi.....	58
Tablo 17. Bipolar Bozukluk Grubunda Klinik Seyir Özellikleri ile Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	60
Tablo 18. Bipolar Bozukluk Grubunda Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi.....	62



GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa No
Grafik 1. Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tikinircasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Sağaltım Kullanımının Dağılımının Karşılaştırılması.....	54
Grafik 2. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Yeme Bozukluklarının Dağılımı.....	55



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bipolar Bozukluk (BB) depresyon, mani, karma ya da hipomani dönemleri ile; dönemleri arasında herhangi bir belirtinin olmadığı ya da minimal düzeyde belirtilerin olduğu düşünülen; yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur [1]. BB karakteristik şekilde enerji ve duygudurumdaki dalgalanmalarla seyrederek, kronik ve tekrarlayıcıdır [2].

Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel Elkitabı'na (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM) göre BB tip I ve tip II olmak üzere ikiye ayrılmaktadır [3]. BB tip I'de mani ya da mani, hipomani ve depresyon dönemleri görülebilir. BB tip II'de ise yineleyen depresyon dönemleri arasında zaman zaman hipomani dönemleri yaşanmaktadır, hiç mani dönemi yoktur. BB tip I ve II'nin DSM-IV'e göre yaşam boyu görülme sıklığı % 1 ve % 1.1'dir. Eşik altı bipolar bozukluklar da (başka türlü adlandırılmayan) eklenirse, BB'nin yaşam boyu prevalansı % 4.5'a kadar çıkmaktadır [4]. Cinsiyete özgü görülme sıklığı ise BB tip I için erkeklerde % 0.8 ve kadınlarda % 1.1, BB tip II için erkeklerde % 0.9 ve kadınlarda % 1.3; eşikaltı BB için sırayla % 2.6 ve % 2.1'dir [4].

Günümüzde BB için komorbidite, beklenen bir durumdan çok, bir kural olarak kabul edilmektedir ve diğer tüm bozukluklara kıyasla daha yüksek oranlarda psikiyatrik eştanı görülmektedir. Amerikan Ulusal Komorbidite Anketi verilerine göre, BB hastalarının %95'inde yaşamları boyunca en az 3 veya daha fazla psikiyatrik komorbidite saptandığı bildirilmiştir [5]. Yaşam boyu görülebilecek eştanılar arasında; anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve kişilik bozuklukları gösterilebilir. Eşikaltı BB'ye kıyasla BB tip I ve tip II'de bu komorbid durumların görülme oranları daha yüksektir [6].

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB); bir bireyin aynı zaman diliminde ve aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını dizginleyemediği ve aşırı miktarlardaki yemek yeme davranışının tekrar ettiği bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır [7]. DSM-5'te "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" bölümünde kendine özgü tanı ölçütleri olan bir yeme bozukluğu olarak yer almaktadır. TYB'de kontrol kaybı ile bağlantılı

olarak kısa sürede aşırı gıda tüketimi olmasına rağmen diğer yeme bozukluklarında görülmekte olan telafi edici davranışlar bulunmamaktadır.

TYB yeme bozukluğuna özgün psikopatolojiler ile (işlevsel olmayan vücut şekli, kilo alımı) karakterize, psikiyatrik başka hastalıkların sıklıkla eşlik ettiği, sağlık ve sosyal alanlarda bozulmaların görüldüğü, hastaların genellikle aşırı kilolu olduğu bir bozukluktur [8]. TYB erişkinlerde en yaygın görülen yeme bozukluğudur ve TYB'li bireylerde, yeme bozukluğu olmayan bireylere göre daha genel ve özgül psikopatolojiler rapor edilmiştir [9].

Epidemiyolojik çalışmalar, TYB'nin genel nüfus içindeki yaygınlık oranlarının %0.7 ve %6.6 [10], [11]; yaşam boyu yaygınlığının %3 olduğunu göstermektedir [12]. Yakın zamanda yürütülen toplum temelli bir başka çalışmada, TYB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1.4 olduğu, başlangıç yaşının yirmili yaşların ilk yıllarına rastladığı, kadınların yaşamları boyunca bu bozukluğa yakalanma olasılığının daha yüksek olduğunu gösterilmiştir [13].

Son zamanlarda, BB'de TYB komorbiditesinin sık görüldüğü belirtilmiştir [14]. Genel popülasyondaki TYB prevalansı ve tekrarlayan tıknırcasına yeme ataklarının oranı %2-5 iken BB'de komorbid TYB prevalansı ve tekrarlayan tıknırcasına yeme ataklarının oranı sırasıyla % 15 ve% 17 olarak tahmin edilmektedir [14]. Yapılan bir çalışmada TYB'ye sahip olmayanlara kıyasla TYB'ye sahip olan BB hastalarında; vücut kitle indeksi (VKİ), intihar eğilimi, psikoz, duygudurum instabilitesi, anksiyete bozukluğu komorbiditesi ve ayrıca kadın hasta sayısının anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir [15].

Daha önceki çalışmalarda; kişilik psikopatolojisi ve formel yeme bozuklukları arasındaki ilişki açıklanmaya çalışılmıştır. Temeli daha çok hayvan çalışmalarına dayanan biyopsikolojik kişilik çalışmaları ile Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi (Reinforcement Sensitivity Theory-RST) ortaya atılmış ve kişilik ile pekiştirme (ödül veya ceza) arasındaki ilişkiye vurgu yapılmıştır. Bu teoriye göre; anksiyete ceza mekanizması ile ilişkili iken, dürtüsellik ödül mekanizması ile ilişkilidir [16]. Buna göre, daha dürtüsel olan kişiler ödül sinyallerine karşı daha duyarlıken, anksiyete düzeyi yüksek olan kişiler de ceza sinyallerine karşı daha duyarlıdır. Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi'ne göre, anksiyete ve dürtüsellik gibi kişilik boyutları beyinde iki temel motivasyonel sistemin çalışmasındaki bireysel

farklılıklar ile ilişkilidir [16]. Bu sistemler sırasıyla “Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS)” ve “Davranışsal İnhibisyon Sistemi” olarak adlandırılmıştır. Pek çok araştırmada DİS/DAS aktivasyonu ile BB ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Bu çalışmada ötimik dönemde olan BB hastalarında ve sağlıklı kontrollerde TYB sıklığının, yeme tutumlarının, yaşam kalitelerinin ve kişilik özelliklerinin; BB hasta grubunda BB hastalığının klinik özellikleri ile TYB arasındaki ilişkisinin araştırılması hedeflenmiştir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. BB’ye sahip olan bireylerde, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından hasta grubuna benzer sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında, TYB ne sıklıkta görülmektedir?
2. BB ve sağlıklı kontroller arasında yeme tutumları, yaşam kalitesi ve kişilik özelliklerini gösteren DİS/DAS açısından farklılıklar var mıdır?
3. BB’nin klinik özellikleri ile TYB varlığı arasında bir ilişki var mıdır?
4. BB’ye komorbid TYB tanısı alanlar ile olmayanlar arasında yeme tutumu, yaşam kalitesi ve DİS/DAS açısından farklılıklar var mıdır?

Bu çalışmanın sonuçları; BB olan bireylerde TYB gibi ek komorbiditeye sahip alt grupların tespit edilmesine ve bu gruplara yönelik olarak ek müdahalelerin belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

2.1.1. Tanımı

Bipolar bozukluk (BB) erken yaşlarda başlayan, depresyon, mani ya da hipomani dönemleriyle seyreden; yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açabilen ve yaşam kalitesini azaltan ciddi bir ruhsal bozukluktur. Depresyon, mani ya da her iki döneme ilişkin belirtilerin bulunduğu karma dönemler de görülebilir. Bu duygudurum dönemleri arasında, bazen eşik altı belirtiler bulunabilir [17].

BB duygularda, düşüncelerde, davranışlarda ve enerjide önemli değişikliklerin olduğu, işlevselliğin etkilendiği ve tedavi edilmesi gereken bir ruhsal bozukluktur. Hastalık belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilmekte, hasta ve yakınlarına belirgin yük oluşturmaktadır [18].

Hastalığın başlangıç şeklinin ve zamanının, gidişatının, tedaviye yanıtının çok karmaşık ve tam olarak anlaşılamayan çok boyutlu bir süreç olması; bizi bipolar bozukluğu homojen bir hastalıktan ziyade heterojen bir grup olarak değerlendirmeye sevk eder. BB'nin iki yıl içinde duygudurum nöbetlerinin tekrarlama oranı %60 civarındadır [19]. Bu nedenle hastalık dönemlerini önlemede sürdürüm ve koruyucu sağaltımların uygulanması bu hastalarda hayati önem arz etmektedir. Depreşme ve yinelemelerin önlenmesini ve eşik altı belirtilerin ortadan kaldırılmasını hedefleyen koruyucu sağaltım, mortalite ve morbiditeyi düşürür ve hastaların yaşam kalitesini arttırır [1].

2.1.2. Tarihçesi

Eski Yunan ve Roma dönemlerinden beri mani ve melankoli tanımlamaları ile duygudurum bozuklukları bilinmektedir. Melankoli kelimesinin kökeni “melas” yani “siyah”, ve “kole” yani “safra” kelimelerinden gelmektedir ve Hipokrat zamanında (M.Ö. 5. yüzyıl) enerjisizlik, umutsuzluk, hüznün, çabuk sinirlenme gibi

olumsuz duyguların bir arada görüldüğü klinik durumu ifade etmek için kullanılmıştır [20]. Vücuttaki sarı safranın artmasıyla ortaya çıktığı düşünülen coşkulu durum için mani kelimesi kullanılmıştır. Kelime olarak melankolideki gibi üzerinde uzlaşmış olmasa da eski Yunanca'daki “Ania” ya da “Manos” kelimelerinden türemiş olabileceği düşünülmektedir [21]. Depresyon ve maniyi tek bir hastalık olarak tanımlayan ise M.S. 150’de Kapadokyalı Arateus’dur. Yine benzer yıllarda Bergama’nın Galen’i melankoliyi kronik ve tekrarlayıcı bir durum olarak belirtmiştir.

19. yüzyılda Fransız tıp akademik kuruluna Baillarger ve Falret birbirinden bağımsız olarak, aynı klinik tabloyu iki farklı isimle; sırasıyla “folie à la doubleforme (bifazik ruhsal hastalık)” ve “foliecirculare (döngüsel ruhsal hastalık)” şeklinde sunmuşlardır [22]. Bourgeois ve Marneus, Falret’in tanımladığı döngüsel hastalık kavramının büyük ölçüde düzenli döngüsellik gösteren ve belirtilerin görülmediği dönemleri de içeren bir bozukluğu tanımladığını belirtmişlerdir [23]. Kahlbaum ise 1882’de sirküler hastalık (siklotimi) yani manik-depresif hastalığın hafif formunun demans ile sonlanabileceğini yazmıştır [24] [25]. 1895 yılında Emil Kraepelin, fonksiyonel psikozları “dementia precox” ve “manik-depresif psikoz” olmak üzere ikiye ayırmıştır ve “manik depresif hastalığın “depresyon ya da öfori tarzında yoğun emosyonel tonüs, sağlıklı dönemdeki işlevselliğe geri dönebilme özelliği, yaşam boyunca tekrarlayan birçok atakların olması” şeklinde üç önemli tanı ölçütünü belirtmiştir [26]. 1930’larda Bleuler depresif ve manik sendromları ‘Affektif Bozukluklar’ başlığı altında toplamıştır [27]. Leonhard 1959 yılında Kraepelin’in manik depresif hastalık tanısını, mani ve depresyon dönemleri ile giden ‘bipolar bozukluk’ ve sadece depresyon ya da sadece mani dönemleri ile giden ‘monopolar bozukluk’ olmak üzere iki alt gruba ayırarak yeni bir sınıflandırmayı gündeme getirmiştir [28]. 1976’da Dunner hastalığın Bipolar I ve Bipolar II olarak iki alt tipe ayrılmasını önermiştir. Bipolar bozukluk tip II’yi mani dönemi yaşamayan, hastanede yatmayı gerektiren depresyon ve hastanede yatmayı gerektirmeyen hipomani dönemleri olan hastalar için kullanmıştır [29].

DSM- III’de major depresyon ve bipolar bozukluk affektif bozukluklar içinde yer alan iki ayrı hastalık olarak tanımlanmıştır. DSM III-R’de ise affektif bozukluklar tanımı, daha kapsayıcı ve genel bir durumu ifade etmesi nedeniyle

duygudurum bozuklukları olarak yeniden adlandırılmıştır. Bipolar Bozukluk DSM-IV ve DSM-IV-R'de duygudurum bozuklukları içinde değerlendirilirken, 2013 yılında yayımlanan DSM-5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak sınıflandırılmıştır [30].

2.1.3. Epidemiyolojisi

Bipolar bozukluk milliyet, etnik köken veya sosyoekonomik statüden bağımsız olarak dünya nüfusunun % 1'inden fazlasını etkilemektedir ve genç insanlar arasında en yaygın engellilik nedenlerinden birini temsil etmektedir [31]. Amerikan Ulusal Komorbidite Araştırmasında BB'nin bilinenden daha sık olduğu gösterilmiştir. BB tip I ve II bozukluğun (DSM-IV'e göre) yaşam boyu görülme sıklığı % 1 ve % 1.1'dir. Eşikaltı bipolar bozukluklar da (başka türlü adlandırılmayan) eklenirse, BB'nin yaşam boyu prevalansı %4.5'a kadar çıkmaktadır [4]. Cinsiyete özgü görülme sıklığı ise BB tip I için erkeklerde % 0.8 ve kadınlarda % 1.1, BB tip II için erkeklerde % 0.9 ve kadınlarda % 1.3; eşikaltı BB için sırayla % 2.6 ve % 2.1'dir [4]. Yapılan son klinik ve epidemiyolojik çalışmalar; bipolar spektrum bozukluklarının toplumun yaklaşık %5-6'sını etkilediğini göstermektedir [32].

BB, seyri ile kişiler arası değişiklikler gösteren heterojen bir hastalık grubudur. Sıklık açısından cinsiyet farklılığı göstermezken, seyir açısından iki cinsiyet arasında belirli farklar olduğu tespit edilmiştir [33]. Kadın hastaların hastalık seyrinde hızlı döngülülük, eşlik eden anksiyete bozuklukları ve depresyon dönemleri nedeniyle hastaneye yatış öyküsü fazlayken; erkek hastalarda mani nedeniyle hastaneye yatış ve hayat boyu madde kullanım sıklığı daha fazla görülmektedir [34]. Yapılan bir çalışmada depresyon dönemi geçirmeden sadece mani dönemleri ile seyretme oranının erkeklerde %38.9, kadınlarda ise %4.1 olduğu bulunmuştur [35]. Ayrıca kadınlarda "BB tip II", "karma disforik mani", "kış depresyonu", "atipik klinik görünümlü bipolar depresyon" ve "hızlı döngülü bipolar depresyon" gibi alt tiplerin daha sık görüldüğü bildirilmiştir [36]. Kadınlarda komorbid olarak yeme bozuklukları, metabolik bozukluklar ve kaygı bozuklukları daha sık görülürken,

erkeklerde alkol ve madde kullanım bozuklukları, nörolojik hastalıklar ve kanser daha sık görülmektedir [37].

Ortaya çıkan ilk mani döneminin başlangıç yaşı ortalama erkeklerde 24.4 yıl ve kadınlarda 24.8 yıl olarak bulunmuştur ve bu tablo hastaların yaklaşık %20-30'unda 21 yaşından önce ortaya çıkarken, hastaların yaklaşık %10'unda bulgular ilk kez 50 yaşından sonra görülmekte ve bu durum altta yatan organik bir patolojinin varlığı açısından şüphe uyandırmaktadır [38] [39] [40].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlıklı kontrollere göre BB tanılı hastaların evli olma oranı düşük, çocuk sayıları daha azdır [41]. Bir başka çalışmada kadınlarda daha yüksek evlilik oranları ve erkeklerde daha yüksek çalışabilirlik oranları gösterilmiştir [42].

2.1.4. Bipolar Bozuklukta Tanı ve Klinik Görünüm

BB depresyon, mani, karma ya da hipomani dönemlerinin olduğu düşünülen; yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur [1]. Yapılan bir araştırmada BB hastalarının mevcut tanılarını alana kadar yaklaşık ortalama 10 yıl geçtiği belirtilmiştir [43]. Sıklıkla öncelikle depresyon dönemleri görülmektedir ve BB tanısı mani ya da hipomani dönemleri ortaya çıkmadan konulamayacağı için hastaların tanısı gecikebilmektedir. Hipomani dönemleri normal duygulanım ve davranışlardan, mani dönemlerinde psikotik belirtiler olduğunda ise birincil psikotik bozuklulardan ayırt edilmekte zorluk yaşanmaktadır [44].

En son yayınlanan sınıflandırma olan DSM-5'te "bipolar ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında bipolar bozukluk tip I, bipolar bozukluk tip II, siklotimik bozukluk, madde/ ilaçla ortaya çıkan bipolar ve ilişkili bozukluklar, diğer tıbbi durumlara bağlı bipolar ve ilişkili bozukluklar, diğer bipolar ve ilişkili bozukluklar ve tanımlanmamış bipolar ve ilişkili bozukluklar yer alır [30].

BB tip I tanısı konulabilmesi için kişinin en az bir kez mani dönem geçirmesi gerekmektedir. Ardından hipomani veya depresyon dönemleri takip edebilir. Mani döneminin veya depresyon dönemlerinin ortaya çıkışı şizofreni, şizoaffektif bozukluk, delüzyonel bozukluk, şizofreniform bozukluk veya diğer tanımlanmış

veya tanımlanmamış psikotik bozukluklar ile daha iyi açıklanamamalıdır. BB tip II tanısı koyabilmek için en az bir majör depresyon dönemi ve hipomani dönemi olması ve mani dönemi olmaması gerekir [30].

Siklotimik bozukluk tanısı için; en az 2 yıl süreyle, görece hafif ve kısa süren (birkaç gün ya da birkaç hafta) taşkınlık ve çökkünlük belirtilerinin görüldüğü duygudurum dalgalanmaları, bu duygudurum dalgalanmalarının hiçbir zaman bir duygudurum bozukluğu dönemi (hipomani/mani, depresyon) şiddetinde olmaması ve bu süre içinde belirtisiz sürelerin 2 ayı geçmemesi gereklidir [3]. Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluklar ise yukarıda tanımlanan üç bipolar tanısına uymayan ancak bipolar semptom profili taşıyanlar için kullanılmaktadır [30].

DSM-5'te "Bipolar ve İlişkili Bozukluklar" başlığı altında yer alan "Bipolar I Bozukluk" ve "Bipolar II Bozukluk" aşağıda açıklanmıştır.

Bipolar I Bozukluğu

Bipolar I bozukluğu tanısını koyabilmek için, bir mani dönemi için aşağıdaki tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir. Mani döneminin öncesinde ya da sonrasında hipomani ya da majör depresyon dönemleri bulunabilir [30].

Mani Dönemi

- A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve amaca yönelik etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta (ya da hastaneye yatırılmayı gerektirmişse herhangi bir süre) süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu) (çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) belirgin derece vardır ve bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişiktir:
1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.

4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
 5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
 6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) (bir amaca yönelik olmayan anlamsız etkinlik).
 7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
- C. Duygudurum bozukluğu, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağırdır ya da psikoz özellikleri vardır.

Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. İlaç tedavisi, elektrokonvülsifiterapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde tam bir mani dönemi, bir mani dönemi için dolayısıyla bipolar I bozukluğu tanısı için yeterli bir kanıttır.

Not: A-D tanı ölçütleri bir mani dönemini oluşturur. Bipolar I bozukluğu tanısı konabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani dönemi geçirilmiş olması gerekir.

Hipomani Dönemi

- A. Kabarmış, taşkın ya da çabuk kızan, olağandışı ve sürekli bir duygudurumun ve etkinlikte ve içsel güçte, olağandışı ve sürekli bir artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunması.
- B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte ya da etkinlikte artma olduğu dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha çoğu)

(çabuk kızan bir duygudurum varsa dördü) sürmüştür, bunlar olağan davranışlardan önemli ölçüde değişik ve belirgin derecede olmuştur:

1. Benlik saygısında abartılı bir artış ya da büyüklük düşünceleri.
2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. yalnızca üç saatlik bir uykuyla kendini dinlenmiş olarak duyumsar).
3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmaya tutma.
4. Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin sanki birbiriyle yarışıyor gibi birbiri ardına geldiğine ilişkin öznel yaşantı.
5. Dikkat dağınıklığı (kişinin dikkati, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana kolaylıkla dağılır) olduğu bildirilir ya da öyle olduğu gözlenir.
6. Amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal olarak, işte ya da okulda ya da cinsel bağlamda) ya da psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon).
7. Kötü sonuçlar doğurabilecek etkinliklere aşırı katılma (örn. aşırı para harcama, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da gereksiz iş yatırımları yapma).
8. Bu dönem, kişinin belirtisiz olduğu zamanlarda olduğundan çok daha değişik, işlevsellikte belirgin bir değişikliğin görüldüğü bir dönemdir.

C. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikte olan değişiklik başkalarının gözlenebilir.

D. Bu dönem, toplumsal ya da işle ilgili işlevsellikte belirgin bir düşmeye neden olacak denli ya da kişinin kendisine ya da başkalarına bir kötülüğünün dokunmaması için hastaneye yatırılmasını gerektirecek denli ağır değildir. Psikoz özellikleri varsa, söz konusu dönem, tanım olarak mani dönemidir.

E. Bu dönem, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç, başka bir tedavi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: Antidepresan tedavi (örn. ilaç tedavisi, elektrokonvülsifoterapi) sırasında ortaya çıkan ve söz konusu tedavinin fizyolojiyle ilgili etkilerinin ötesinde sendrom düzeyinde tam bir hipomani dönemi, bir hipomani dönemi için için yeterli bir kanıttır. Ancak bir ya da iki belirti (özellikle antidepresan kullanımından sonra ortaya çıkan çabuk kızmada artış, sinirlilik ya da kışkırtma belirtileri) bir hipomani dönemi

için ne yeterli sayılmalı ne de bipolar bozukluğa yatkınlığın bir göstergesi olarak görülmelidir.

Not: A-F tanı ölçütleri bir hipomani dönemini oluşturur. Bipolar I bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür ancak bipolar I bozukluğu tanısı konabilmesi için hipomani dönemlerinin olması gerekli değildir.

Majör Depresyon Dönemi

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi (ya da daha çoğu) bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya (1) çökkün duygudurum ya da (2) ilgisini yitirme ya da zevk alamamadır.

Not: Açıkça başka bir sağlık durumuna bağlı belirtileri kapsamayın.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir (örn. üzüntülüdür, kendini boşlukta hisseder ya da umutsuzdur) ya da bu durum başkalarınca gözlenir (örn. ağlamaklı görünür). (not: Çocuklarda ve ergenlerde kolay kızan bir duygudurum olabilir.)
2. Bütün ya da nerdeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da bunlardan zevk almama durumu, neredeyse her gün, günün büyük bir bölümünde bulunur (öznel anlatıma göre ya da gözlemlerle belirlenir).
3. Kilo vermeye çalışmıyorken (diyet yapmıyorken) çok kilo verme ya da kilo alma (örn. bir ay içinde ağırlığının %5'inden daha çok olan bir değişiklik) ya da nerdeyse her gün, yeme isteğinde azalma ya da artma. (Not: Çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama göz önünde bulundurulmalıdır.)
4. Neredeyse her gün, uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.
5. Nerdeyse her gün, psikodevinsel kışkırtma (ajitasyon) ya da yavaşlama (başkalarınca gözlenebilir; yalnızca, öznel, dinginlik sağlayamama ya da yavaşladığı duygusu taşıma olarak değil).
6. Neredeyse her gün, bitkinlik ya da içsel gücün kalmaması (enerji düşüklüğü).

7. Neredeyse her gün, değersizlik ya da aşırı ya da uygunsuz suçluluk duyguları (sanrısız olabilir) (yalnızca hasta olduğundan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil).
8. Neredeyse her gün, düşünmekte ya da odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama (öznel anlatıma göre ya da başkalarının gözlenir).
9. Yineleyici ölüm düşünceleri (yalnızca ölüm korkusu değil), özel eylem tasarlamaksızın yineleyici kendini öldürme (intihar) düşünceleri ya da kendini öldürme girişimi ya da kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Not: A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur. Bipolar I bozukluğunda major depresyon dönemleri sık görülür ancak bipolar I bozukluğu tanısı konabilmesi için böyle dönemlerin olması gerekli değildir.

Not: Önemli bir yitim (kayıp) (örn. yas, parasal çöküntü, doğal bir yıkım sonucu yitirilenler, önemli bir hastalık ya da yeti yitimi) karşısında gösterilen tepkiler arasında, A tanı ölçütünde belirtilen, yoğun bir üzüntü duygusu yaşama, yitimle ilgili düşünüp durma, uykusuzluk çekme, yeme isteğinde azalma ve kilo verme gibi belirtiler olabilir ve bunlar da bir depresyon dönemini andırabilir. Bu gibi belirtiler anlaşılabilir ya da yaşanan yitime göre uygun bulunabilirse de önemli bir yitime olağan tepkinin yanı sıra bir yeğin depresyon döneminin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu karar, kişiden alınan öykünün ve yitim bağlamında yaşanan acının kültürel ölçütlere göre dışavurumunun değerlendirilmesini gerektirir.

Bipolar I Bozukluğu

A. En az bir mani dönemi için tanı ölçütleri karşılanmıştır (yukarıda “Mani Dönemi” başlığının altında yer alan A-D tanı ölçütleri).

B. Manive majör depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizodaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Belirtiniz:

Bunaltılı sıkıntı

Karma özellikler gösteren

Hızlı döngülü

Melankoli özellikleri gösteren

Atipik özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren

Katatoni ile giden

Doğum zamanı (peripartum) başlayan

Mevsimsel örüntü gösteren

Bipolar II Bozukluğu

Bipolar II bozukluğu tanısı koyabilmek için, o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi için ve o sırada ya da geçmişte ortaya çıkmış olan majör depresyon dönemi için yukarıda tanımlanan tanı ölçütlerinin karşılanmış olması gerekir.

Bipolar II Bozukluğu

- A. En az bir hipomani dönemi için (yukarıda “Hipomani Dönemi” başlığının altında yer alan A-F tanı ölçütleri) ve en az bir majör depresyon dönemi için (yukarıda “Major Depresyon Dönemi” başlığının altında yer alan A-c tanı ölçütleri karşılanmıştır).
- B. Hiçbir zaman bir mani dönemi geçirilmemiştir.
- C. Hipomani ve major depresyon dönem(ler)inin ortaya çıkışı şizoaffektif bozukluk, şizofreni, şizofreniform bozukluk, sanrılı bozukluk ya da tanımlanmış bir ya da tanımlanmamış diğer bipolar ve ilişkili bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

D. Depresyon belirtileri ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında sık gidip gelmelerin neden olduğu öngörülemezlik durumu, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

Belirtiniz:

Bunaltılı sıkıntı

Karma özellikler gösteren

Hızlı döngülü

Melankoli özellikleri gösteren

Atipik özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu psikoz özellikleri gösteren

Duygudurumla uyumlu olmayan psikoz özellikleri gösteren

Katatoni ile giden

Doğum zamanı (peripartum) başlayan

Mevsimsel örüntü gösteren

2.1.5. Bipolar Bozukluğun Doğası ve Seyri

İlk hastalık döneminin genellikle genç yaşta başladığı, hastaların %20-30'unda 18 yaşından önce, %35'inde 18 yaşından sonra ortaya çıktığı, %10'unda ise 40 yaşından sonra görüldüğü; ve hastalığın 17.4, 25.1 ve 40.4 yaşlarında pik yaptığı bilinmektedir [45].

BB'nin kadınların %75'inde, erkeklerin %67'sinde depresyon dönemi ile başladığı ve yinelemelerle seyrettiği bildirilmiştir [46]. İlk mani döneminden sonra bireylerin %90'ında tekrarlayan duygudurum dönemleri saptanmıştır. Mani dönemlerinin %60'ında bu dönemi iyileşme olmaksızın bir depresyon dönemi takip etmektedir [47].

Tedavi edilmediğinde, mani döneminin yaklaşık 3 ay kadar sürdüğü ve 3 aydan önce tedavinin kesilmemesi gerektiği; tedavi edilmemiş bir depresyon döneminin ise 6-13 ay kadar sürdüğü, tedavi altında olanların ise yaklaşık üç ay kadar sürdüğü, üç aydan önce antidepresan tedavinin kesilmesinin sıklıkla belirtilerin geri dönmesiyle sonuçlandığı bildirilmektedir [48].

BB olan hastaların %12-24'ünün hızlı döngülü olduğu ve hızlı döngülüğün erken başlangıç yaşı, atipik özellikler ile seyreden depresyon ve tekrarlayan intihar girişimleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir [49]. Genç yaşta başlayan BB'de duygudurum dönemlerinin araları daha uzun, orta ve geç yaşlarda ise duygudurum dönemlerinin araları daha kısa olduğu bilinmektedir [50]. Hastaların yaklaşık %25' inde dönemlerin mevsimsel özellik gösterdiği bildirilmektedir [51].

Mani dönemlerinin kısa sürmesi, geç başlangıç, intihar düşüncesinin olmaması, komorbid psikiyatrik tanılarının olmaması iyi prognozla ilişkilendirilirken; alkol bağımlılığı, psikotik özelliklerin olması, remisyon döneminde devam eden çökkünlük belirtilerinin olması ve erkek cinsiyet kötü prognozla ilişkilendirilmiştir [48].

2.1.6. Etiyolojisi

Bipolar bozukluğun etiolojisinde birçok farklı etkenin, değişik oranlarda ve öngörülmesi zor bir şekilde rol aldığı düşünülmektedir. Bu etkenler şu başlıklar altında incelenebilir.

2.1.6.1. Genetik

Bipolar bozukluğun genetik etiolojisinde yaygın olarak; genetik geçişin çok sayıda genle polimorfik bir şekilde sağlandığına inanılmaktadır [52]. Genetik etkenlerin BB gelişiminde yaklaşık %60-80 oranında ağırlığı olabileceği bildirilmiştir [53].

Ailede BB indeks vakasına olan akrabalık bağı azaldıkça duygudurum bozukluğu gelişme riski azalmaktadır [54]. Günümüzde birinci derece akrabalarında hastalık olan kişilerde BB görülme riski %3-8 arasında olduğu bildirilmiştir. Bu durum aile öyküsünün, hastalığın ortaya çıkma riskini tek başına yaklaşık 4-8 kat artmasına neden olan bağımsız bir değişken olarak düşünülebileceğini göstermektedir [55].

BB'nin genetik temelini ortaya koymak için aile, ikiz, evlatlık, bağlantı ve kromozom çalışmaları gibi çeşitli yöntemlerle araştırmalar yapılmıştır. Ailesel

genetik aktarım çalışmaları ile birlikte ikiz çalışmaları; hastalıkların genetik geçişi hakkında ve genetik etkenlerin çevresel etkenlere kıyasla ne denli etkin olduğunu saptamada önemli kaynaklardan biridir. BB'nin her iki ebeveynde bulunması halinde çocukta ortaya çıkma olasılığı %75 olduğu gösterilmiştir [45]. İkiz çalışmalarında BB için eş hastalanma oranı monozigotlarda %60-70, dizigotlarda ise % 20 olarak saptanmıştır [56]. Monozigot ikizlerdeki eş hastalanma oranının %100 olmaması hastalıkta sadece kalıtsal etkenlerin değil, çevresel etkenlerin de rol oynadığına dair güçlü bir kanıt olarak gösterilebilir [57]. Evlat edinen ailelerle ilgili yapılan çalışmalarda biyolojik ana-babada hastalık oranı, evlat edinen ana-babadan daha yüksek bulunmuştur [22]. Danimarka'da yapılan bir çalışmada hastalıktan etkilenen kişilerin biyolojik akrabalarında, tamamlanmış özkıyım oranında 6 kat artış ve unipolar bozukluk oranında 3 ila 4 kat artış olduğu bildirilmiştir [48].

Meta-analiz sonuçlarında BB'de kromozomlar üzerinde özellikle 16q12, 18q22, 21q21, 4p16, 12q24, 13q, 22q ve 16p bölgelerinde önemli bağlantılar bulunmuştur [58]. Bir meta-analiz çalışmasında 18 genden 4 tanesinin BB ile anlamlı ilişkisi gösterilmiş ve ilişkili bulunan genlerin BDNF geni (Beyin-türevli nörotrofik faktör), Dopamin reseptör D4 geni, DAOA geni (D-amino asit oksidaz aktivatör), TPH1 geni (Triptofan hidroksilaz) olduğu bildirilmiştir [59].

Literatürde monoamin oksidaz A (MAO-A), 5HTT (5-hidroksitriptofan), katekol-O-metiltransferaz (COMT), gamma-aminobütirik asit (GABA) alt reseptör tipleri, korticotropin-releasing hormon (CRH), adenozin A1, serotonin reseptör alt tipleri ile ilgili yapılan ilişkilendirme çalışmaları mevcuttur [60]. Ancak her ne kadar umut vadeden birçok çalışma olsa da tekrarlayan çalışmalarda tutarlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Şu anda bu konudaki hâkim görüş, genetik geçişin çok sayıda genle polimorfik sağlandığı ve bunun çevresel faktörlerden belli bir düzeyde etkilenerek gerçekleştiği şeklindedir.

2.1.6.2. Biyokimyasal Etkenler

Son zamanlarda duygulanım bozukluklarında yapılan biyokimyasal çalışmalar daha çok biyojenik aminler üzerinde durmuştur ve nörotransmitterlerin niceliğinden çok reseptörlerin yoğunluğunun ve duyarlılığının önemini

vurgulamıştır. Şimdiye kadar biyokimyasal nedenlerin araştırılmasında özellikle monoaminerjik sistem, serotonin, noradrenalin ve dopamin üzerine odaklanılmıştır.

Mani oluşumunda, noradrenerjik ve kolinerjik sistem arasındaki denge bozukluğunun sorumlu olduğu düşünülmektedir. Manide noradrenerjik sistemde aktivasyon gözlenirken kolinerjik sistemde ise yetersizlik göze çarpmaktadır [61]. Sağlıklı bireylere kıyasla mani hastalarının beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4 hidroksifenilglikol) ve idrar norepinefrin (NE), VMA (vanilmandelik asit) düzeylerinin daha yüksek olduğu ve lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı bulunmuştur [62].

Serotonin öncüsü olan L-triptofan'ın yüksek dozlarda verilmesi ile mani benzeri tablo ortaya çıkmaktadır [63]. Serotoninin uyku-uyanıklık, yeme isteği, libido ve beden ısısı gibi işlevlerde önemli düzenleyici görevleri vardır; adrenalin ve dopamin ile birlikte amaçlı motor işlevlerde, saldırgan davranışların bastırılmasında etkin yer alır [64].

Mani tablolarının kokain gibi dopaminerjik aktivasyonu artıran ilaçlarla uyarılabilmesi, buna karşın antipsikotik ilaçlar gibi dopamin antagonistlerinin antimanik etkinliğe sahip olması, mani oluşumunda dopaminerjik sistemin rolünün tartışılmasına neden olmuştur. Mani dönemleri sırasında BOS dopamin metaboliti olan Homovalinik Asit (HVA) yüksek bulunmuştur [45]. Motor aktivitedeki artışın; 1) beyindeki dopamin salınım düzensizliğinden ve 2) frontal bölgeden projeksiyonlar alan subkortikal yapılardaki hücre dışı dopamin artışından kaynaklandığı düşünülmüşür, dopaminin mani dönemindeki aşırı hareketlilik ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür [65].

Asetilkolinin sinaptik salınımının artması depresyon ile ilişkilendirilirken, azalması ise mani ile ilişkilendirilmektedir [45].

BB'de GABA anormalliklerine odaklanmış çalışmalar mevcuttur. Bir çalışmada sağlıklı kontrollere kıyasla BB depresyon döneminde GABA platelet uptake'nin arttığı ve mani döneminde GABA uptake'in azaldığı; ve yine aynı çalışmada mani dönemi sırasında glutamat platelet uptake'nin arttığı gösterilmiştir [66].

Nöroendokrin dizge, duygudurum bozukluklarının etiolojisinde üzerinde durulan bir alandır. En fazla ilgilenilen bölüm organizmanın stres karşısında verdiği

yanıtı düzenleyen hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) bez eksenidir [22]. BB'de CRH'ye, adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve kortizol yanıtlarında düzensizlikler olduğu ve bu düzensizliklerin daha çok depresyon ve karma dönemlerde görüldüğü bulunmuştur [22]. Dekametazon supresyon testi bipolar depresyonda, unipolar depresyona göre daha sık bozulmaktadır ancak hastalık dönemleriyle bağlantı saptanmamıştır [67]. Yapılan bir başka çalışmada geçirilen hastalık dönemi sayısı ile kortizol seviyelerinin arasında bağlantı olduğu tespit edilmiştir [68]. Sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu, glukokortikoid reseptör yetmezliği ve inflamasyonda artış bipolar hastalardaki metabolik sendrom, endokrin bozukluklar ve vasküler hastalıklar riskinin artmasına neden olabilir [69] [70].

Duygudurum bozuklukları ile ilişkili ana nöroendokrin eksenler adrenal, tiroid ve büyüme hormonu eksenleri olmakla birlikte; tanımlanan diğer nöroendokrin anormallikler nokturnal melatonin salgılanmasının azalması, prolaktin salınımının azalması, follikül stimulan hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) bazal değerlerinde azalma ve erkeklerde testosteron düzeyinde düşüş olarak tanımlanmıştır [71].

Yapılan bir çalışmada BB'de interlökinlerin (IL-6, IL-2R ve IL-1 beta), hücresel TNF- α (tümör nekroz faktör) reseptörlerinin (TNFR1) ve artmış prooksidatif CRP (C-reaktif protein) düzeyinin nöroinflamasyonun periferal belirteçleri olabileceği gösterilmiştir [72].

BB'de oksidatif stres belirteçlerinin meta-analizi; lipit peroksidasyonu, DNA / RNA hasarı ve nitrik oksitin, BB hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak arttığını doğrulamıştır [73].

Nörotrofik faktörler arasında sinir büyüme faktörü (NGF), BDNF, nörotrofin-3 (NT-3), nörotrofin-4 (NT-4), glial hücre dizisi nörotrofik faktör (GDNF) ve siliyernörotrofik faktör (CNTF), endotelyal büyüme faktörü (VEGF), gibi büyüme faktörleri yer almaktadır. BB'de nörotrofin düzeylerinde değişiklikler olduğu ve tedavi ile değişikliklerin düzenlenebileceği gösterilmiştir [22].

2.1.6.3. Beyin Görüntüleme

Duygudurum bozukluklarında beyin görüntüleme yöntemleri nöral sistem anormalliklerini doğrudan belirlemek için giderek daha fazla kullanılmaktadır.

BB'de; lateral ventriküllerde genişleme, derin beyaz cevher ve subkortikal gri cevher alanlarında hiperintensite artışı, ventroparietal frontal korteks hücre yoğunluğunda azalma, amigdala hacminde artma ya da azalma, hipokampus hacminde azalma, bazal ganglionlarda hiperintens lezyonlarda artış ya da glial hücrelerde azalma başlıca görüntüleme bulguları olarak gösterilebilir [74]. BB'de genel olarak duygularla ilgili beyin bölgelerinde etkinlik artışı, nörobilişle ilgili bölgelerde ise etkinlik azalması görülmektedir [22]. Bipolar bozukluğun patofizyolojisinde en çok ilgi çeken bölge karar verme, planlama ve duygudurum düzenlemesinde rol alan subgenual prefrontal kortekstir. Son zamanlarda yapılan çalışmalarda bipolar hastalarda özellikle sol taraftaki ön singulat hacminde ve gri cevher hacminde sağlıklı kontrollere göre belirgin azalma saptanmıştır [50]. Tekrarlayan duygudurum dönemleri sonrası hipokampal, fusiform ve serebellar gri madde hacminde progresif azalma olduğu bildirilmiştir [75]. Bir magnetik rezonans (MR) görüntüleme çalışmasında uzun süren hastalık dönemlerinin ve uzun süre antipsikotik tedavisi kullanmanın, toplam gri cevher hacimlerinde azalmayla ilişkili olduğu tespit edilmiştir [76].

2018 yılında yapılan bir meta analizde; sağlıklı kontroller ile depresyon ve mani dönemindeki BB hastalarında Arterial Spin Labelling (ASL), Perfusion Weighted Imaging (PWI), Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografisi (Single Photon Emission Computerized Tomography: SPECT), pozitron emisyon tomografisi (PET) yöntemlerini kullanarak çeşitli beyin bölgeleri incelenmiş ve yaygın istirahat hipoperfüzyonu saptanmıştır [77].

Bazı çalışmalarda depresyonda amigdala, hipokampus ve parahipokampal girus gibi limbik bölgelerde metabolizma artışı saptanmış olup, bu durumun tedaviye dirençli ve hızlı döngülü BB depresyon dönemi hastalarına özgü olduğu ileri sürülmüştür. Mani dönemi hastalarında yapılan görüntüleme çalışmaları klinik zorluklar nedeniyle daha kısıtlı olmakla birlikte, prefrontal korteks bölgelerinde hipometabolizma, limbik bölgelerde ise hipermetabolizma varlığı sıklıkla

gösterilmiştir [78]. Bir MR çalışmasında; sağlıklı kontrollerle kıyasla mani dönemindeki hastaların anterior singulat korteks (ACC) ve parietookspital kortekslerinde glutamin / glutamat oranının arttığı gösterilmiş ve BB’de aşırı glutamaterjik aktivite ve/veya anormal glia/nöronal etkileşimlerin olduğunu ileri sürülmüştür [79].

2.1.6.4. Çevresel Etkenler

Ruhsal bozuklukların tek bir sebebi olduğu düşüncesi artık çok gerilerde kalmıştır ve gen-çevre etkileşimi ve gen transkripsiyonun düzenlenmesini araştıran epigenetik çalışmalar vasıtasıyla bozukluklara yatkınlığın, farklı sebeplerin kombinasyonundan kaynaklandığı görüşü ağırlık kazanmıştır [22]. Gen-çevre etkileşimine göre çevresel olaylar gen transkripsiyonun düzenlenmesi ve işlevinde değişikliklere sebep olarak bireyi psikopatolojilere daha duyarlı hale getirmektedir [22].

2.1.7. Bipolar Bozuklukta Kişilik

“Kişilik” sözcüğü; Eski Yunan döneminde “Persona”, tiyatrolarda drama oyuncularının kullandığı maskeyi *-arkasındaki gerçek kişiliğini değil oynadığı tiptemeyi-* temsil etmekteydi. Zamanla kişinin gerçekte yansıttığı tavır ve davranışlarının bütünü anlatmak için kullanıldı.

Kişilik günümüzde;

- içsel kaynaklardan ortaya çıkan ve yaygın olarak kişinin davranışlarına hakim olan,
- biyolojik tabiatı ve deneysel olarak öğrenilenleri kapsayan,
- kişinin algılama, öğrenme, düşünme, duygu, başa çıkma ve davranış örüntülerini anlatan,
- içinde bulunulan biyolojik durum veya sosyal ortamdan ziyade süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir.

Kişilik, bireylerin düşünce, duygu ve davranış gibi psikolojik tepkilerindeki ve farklılıkları belirleyen sadece yaşanan an, içinde bulunulan biyolojik durum veya

sosyal ortam ile açıklanamayan biçimde süreklilik gösteren özellikler ve eğilimler olarak tanımlanabilir [80].

Ruh sağlığı tarihinde de tanımlanmış kişilik kuramlar üzerinden açıklanmaya çalışılmıştır. Literatürde tanımlanmış kişilik kuramları:

- a. Psikoanalitik Yaklaşım
- b. Psikoanalitik-Sosyal (Neo-Freudyen) Yaklaşım
- c. Ayırıcı Özellik Yaklaşımı
- d. Davranışsal/Sosyal Öğrenme Yaklaşımı
- e. İnsancıl Yaklaşım
- f. Biyolojik Yaklaşım

2.1.7.1. Hans Eysenck'in Biyolojik Kişilik Teorisi

H.J. Eysenck ve J.A. Gray, beyin işlevlerindeki bireysel farklılıkları inceleyerek kişiliğin biyolojik ve fizyolojik temellerini araştırmışlardır. Bu iki teorisyen, kişilik ve davranışla ilgili önemli beyin devrelerini ve işlevlerini "kavramsal sinir sistemi" varsayımından tanımlamışlardır [81].

Eysenck'in kişilik teorisinin; Dışadönüklük (Sosyal, impulsif, insanlarla konuşmayı seven, girişken ve yalnızlığı sevmeyen), Nörotisizm (Tepkisel, anksiyöz, depresif, gergin, çekingen, aşırı duygusal, düşük özgüvene sahip) ve Psikotisizm (Soğuk, mesafeli, saldırgan, güvensiz, duygusuz, tuhaf, empati kuramayan, suçluluk duygusuna sahip olmayan) olmak üzere alt grubu vardır.

Eysenck, kavramsal sinir sisteminin anahtar bileşenleri olarak iki adet beyin devreleri tanımlamaktadır [81]:

- 1) Retikülo-kortikal devre, uyarılar tarafından oluşturulan kortikal yanıtları kontrol etmektedir. Dışadönüklük-içedönüklük retikülo-kortikal devrenin uyarılabilirliği ile ilişkilidir.
- 2) Retikülo-limbik devre, emosyonel uyarılara cevabı kontrol etmektedir. Güçlü emosyonel uyarılma ile oluşan aktivasyon limbik sistemden kortekse yayılmaktadır.

Bu teoriye göre; dışadönüklere kıyasla içedönüklerin duysal uyarılar ile kortikal uyarılmaları daha yüksektir [82]. Nörotisizm; limbik sistemin aktivasyonuna ve duygusal kararsızlık durumuna bağlanmıştır.

2.7.1.2. Gray'in Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi

Jeffrey A. Gray kişilik özelliklerinin beyin işlevlerindeki bireysel farklılıklarını inceleyen biyolojik ve fizyolojik temelli kişilik teorisini “Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi” olarak öne sürmüştür. Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi davranışlarımızı harekete geçiren üç duygu sisteminden oluşmaktadır [83]. Bunlardan ilki olan Davranışsal İnhibisyon Sistemi; koşullu aversif uyarılara (yani, hem ödülün ihmal edilmesine/ feshedilmesine hem de cezaya işaret eden sinyallerine), doğuştan korku yaratan (yılan, kan gibi) yeni ve yüksek yoğunluktaki sinyallere duyarlıdır. İkinci sistem; öfke ve panik yaratan, koşulsuz aversif (tikindirici) uyarılar olarak tanımlanan savaş ya da kaç sistemidir. Davranışsal Aktivasyon Sistemi olan üçüncü sistem ise olumlu duygusallıktan sorumlu olup koşullu ve iştah açıcı uyarılara karşı duyarlıdır (yani, hem cezanın sona ermesi / ihmal edilmesine hem de ödüle duyarlı sinyaller). Bu teoriye göre, anksiyete ceza mekanizması ile ve dürtüsellik ödül mekanizması ile ilişkilidir; daha dürtüsel olan kişiler ödül sinyallerine karşı daha duyarlıyken, anksiyete düzeyi yüksek olan kişiler de ceza sinyallerine karşı daha duyarlıdır [16].

2.1.7.3. Davranışsal Aktivasyon Sistemi/Davranışsal İnhibisyon Sistemleri

Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi'ne göre, anksiyete ve dürtüsellik gibi kişilik boyutları beyinde iki temel motivasyonel sistemin çalışmasındaki bireysel farklılıklar ile ilişkilidir. Bu sistemlerden biri, çevresel uyarılara karşı yaklaşma davranışını (approach behavior) diğeri ise kaçınma davranışını (avoidance behavior) düzenler. Bu sistemler sırasıyla “Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS)” (Behavioral Approach/Activation System) ve “Davranışsal İnhibisyon Sistemi” (Behavioral Inhibition System) olarak adlandırılmıştır.

Yaklaşma ve kaçınma motivasyonları ile ilgili süreçler, kişilik ve psikopatoloji araştırmalarında öne çıkan davranış özelliklerdendir ve bu iki beyin davranış sistemi, iştah açıcı uyaranlara yaklaşmayı ve aversif uyaranlardan kaçınmayı düzenler [84].

DAS'ın nöronal altyapısı; dopaminerjik sistemlere ve özellikle de ventral tegmental alandan nükleus akumbens, amigdala ve prefrontal korteksi içeren mezolimbik dopaminerjik yolları kapsamaktadır. Bu nöronal devre; doğal pekiştiricilerin (yiyecek, cinsellik, madde kötüye kullanımı) olumlu pekiştirici etkilerinin oluşmasını sağlayan önemli yollardan biridir [85]. DAS duyarlılığı yüksek olan bireyler, yaklaşma davranışına katılmaya ve ödül için ipuçları veren durumlarda olumlu duygulanım yaşamaya daha yatkındır [86].

DİS; beyin sapı ve beyin sapının frontal lobtaki neokortikal projeksiyonlarını içeren septo-hipokampal yolakla ilgili sistem şeklinde tarif edilmektedir [16]. Gray bu fizyolojik sistemin; özellikle anksiyete yaratan durumlara verilecek tepkileri kontrol ettiğini, ceza sinyalleri ile yeni ve kesin olmayan uyaranlara karşı duyarlı olduğunu, ceza olasılığında kaçınma davranışlarını düzenlediğini ileri sürmüştür. Gray'e göre yüksek DİS aktivasyonu korku, anksiyete, hayal kırıklığı ve üzüntü gibi olumsuz duyguların oluşmasında rol almaktadır.

Pek çok çalışmada Gray'in kişilik kuramında öne sürdüğü Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi (RST)'ini, ödül duyarlılığı ile ilişkili olduğu düşünülen davranışsal aktivasyon ve ceza duyarlılığı ile ilişkili olan davranışsal inhibisyon, takip etmiştir.

Pek çok araştırmacı DİS/DAS aktivasyonu ile anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), psikopati, yeme bozuklukları, şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli psikopatoloji türleri arasında bir ilişki olduğunu iddia etmiştir [16].

2.1.7.4. Bipolar Bozukluk ve Davranışsal Aktivasyon/ Davranışsal İnhibisyon Sistemi

Madde kullanım bozuklukları, unipolar depresyon ve normal gelişim dahil, çeşitli klinik ve klinik olmayan önemli teorik ve ampirik çalışmalarda DAS duyarlılığına ilgi göstermiştir. En çok ilgi görülen konulardan biri BB etiolojisinde

DAS duyarlılığı modelidir [87]. BB teorik modeline göre, yüksek DAS duyarlılığı bu bozukluklar için önemli bir risk faktörüdür. Yüksek DAS duyarlılığı (hipersensivite); BB'nin amaca yönelik hareketlerin arttığı mani dönemi ve amaca yönelik hareketlerin azaldığı depresyon dönemi olmak üzere her iki kutbunda da teorik olarak tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda; 1) ergenler arasında yüksek DAS duyarlılığının BB hastalık başlangıcını öngörebileceğini, 2) dahası, BB tanısı alanlar arasında yüksek DAS duyarlılığının BB duygudurum dönemlerinin tekrarlamasını, mani belirtilerinin artışı ve hastalık şiddetindeki artışı öngörebileceği gösterilmiştir [87]. Hipomani dönemindeki hastaların enerji miktarındaki artış, hedefe yönelik davranışlarda ve özgüvende artış, uykuda azalma ve dikkatte dağılma sergilerken yine aynı hasta depresyon döneminde enerji, çevresine ve faaliyetlere ilgide azalma ve özgüvende azalma tariflemektedir. Bazı teorisyenler bu durumu, bipolar spektrumdaki yüksek DAS duyarlılığı ile açıklamaktadır. Yüksek DAS duyarlılık modeline göre, BB'si olan kişiler aşırı duyarlı bir DAS'a, yani hedefe yönelme ve ödüle yaklaşma ile ilişkili olan motivasyon sistemine, sahiptir. Bu nedenle, DAS'ın aktivasyonunda ve deaktivasyonunda şiddetli dalgalanmalara karşı savunmasızdırlar ve hipomani / mani ve depresyon belirtileri ortaya çıkabilirler [88]. DİS/DAS duyarlılıklarının; 1) duygudurum bozukluklarına karşı kararlı bir hassaslık (vulnerabilite) belirteci olduğu ve 2) duygudurum bozuklukları tanıları arasında ayırım yapmak için DİS/DAS ölçek puanlarının kullanılmasında potansiyel klinik fayda olduğu düşünülmektedir [89]. Sağlıklı kontroller ile BB hastaları arasında genel DAS duyarlılığı ve ödüle duyarlılık ile eğlence arayışı açısından farklılık saptanmıştır [89]. Ampirik bir araştırma, belirtilerin yanı sıra, DİS/DAS duyarlılığı ile duygudurum bozukluğu tanıları arasında farklı bir ilişkiyi desteklemektedir. Özellikle, 1) bipolar hastalığının artmış DAS ve daha az oranda azalmış DİS duyarlılığı ile ilişkili olduğu ve 2) DAS duyarlılığının mani dönemlerinin varlığı ile nedensel olarak bağlantılı olduğunu gösterilmiştir [90]. DAS duyarlılığı, BB belirti şiddeti ile pozitif olarak ilişkilendirilmiştir. Kesitsel çalışmalarda, ötimik dönemde bile; 1) daha yüksek DAS puanları ve 2) davranışsal görevlerde daha fazla ödül tepkisi verme ve bunun kontrollere göre EEG'de sol frontal kortikal aktivite ile daha fazla bağlantılı olduğu gösterilmiştir [91]. Ayrıca hipomani belirtilerine yatkın olan bireyler, daha yüksek DAS duyarlılığı göstermiştir. Alloy ve arkadaşları hem DİS

/DAS hem de SPSRQ (Sensitivity to punishment and reward questionnaire) ölçeklerine göre katılımcıları yüksek ve orta düzey olarak gruplandırıp yapılandırılmış tanısal görüşmeler uygulamışlardır [88]. Yüksek DAS puanlarına sahip bireylerin, yaşam boyu bipolar spektrum bozukluğu için tanısal kriterlere uyma ihtimalinin, orta düzeyde DAS puanlarına sahip olanlara göre 6 kat daha fazla olduğunu bulunmuştur. Hayden ve arkadaşları ötimik BB tip I hastalarının CARROT (Kart Düzenleme Ödül Duyarlılığı Amaç Testi) kart sıralama görevinde sağlıklı kontrollere göre daha yüksek ödül duyarlılığı gösterdiğini bildirmiştir, ancak bu durum DİS / DAS ölçeklerinde ve EEG’de gösterilememiştir [92]. Bazı çalışmalarda da; genetik BB yükü olan ailelerde DAS puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda; DAS puanlarının yüksekliğinin tekrarlayan mani dönemlerinin öngörücüsü olduğu gösterilmiştir.

2.1.8. Bipolar Bozuklukta Eştanılar

Günümüzde BB’de komorbidite, beklenen bir durumdan çok kural olarak kabul edilmektedir ve BB’ye sahip hastaların 2/3’ünde bir ruhsal bozukluk komorbiditesi görülmektedir [6]. Amerikan Ulusal Komorbidite Araştırmasında bipolar I bozukluğa bir başka ruhsal hastalık eşlik etme riskinin 5.2-13.7 ve bipolar II bozukluğa eşlik etme riskinin ise 2,6-16,7 olduğu görülmüştür [4]. Yaşam boyu görülebilecek komorbiditeler arasında; anksiyete bozuklukları %23-93 (panik bozukluk %6-43, yaygın anksiyete bozukluğu %3-43, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) %7-39, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) %1-28, sosyal anksiyete bozukluğu %5-47), alkol ve madde kullanım bozuklukları (%18-75), yeme bozuklukları (%15-21), dürtü kontrol bozuklukları (%23-35), DEHB (%9.5-27) ve kişilik bozuklukları (%45-62) sayılabilir [6], [57][93].

Literatürde diğer kronik ruhsal hastalıklarda olduğu gibi BB’ye sahip hastalarda bedensel hastalıkların sıklığının arttığı ve olumsuz etkilerinin daha fazla görüldüğü; erken ölüm riskinin yüksek olduğu, beklenen yaşam süresinin 13-30 yıl kısaldığı ve bu durumun %60 oranında bedensel hastalıklarla ilişkili olduğu; kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diabetes mellütus ve obezitenin genel topluma göre daha yüksek görüldüğü gösterilmiştir [94].

2.1.8.1. Bipolar Bozukluk ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği

BB, önemli klinik, sosyal ve ekonomik yüküyle birlikte yüksek komorbidite düzeyleri içeren ciddi bir kronik affektif bozukluktur [14]. Klinik ve toplum çalışmalarında; BB'nin madde kullanımı, kaygı bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları ile birlikte ortaya çıktığı ve bu komorbiditelerin BB'nin seyri, sonucu ve tedavi yanıtı üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğu gösterilmektedir [95]. Ayrıca, BB gibi yeme bozuklukları da sıklıkla madde kullanımı ve kaygı bozuklukları ile birlikte görülmektedir [12]. Literatürde daha az dikkat çeken ancak önemli olabilecek bir başka komorbidite de BB ile yeme bozuklukları arasındadır.

Tıkınırcasına yeme sorununun BB hasta grubunda yaygın olduğu bilinmektedir. Bipolar depresyonda hipersomni ve hiperfaji gibi atipik özellikler belirgindir. BB hastalarında aşırı yemenin, sıklıkla kullanılan ilaçların “açlık ve tokluk mekanizmalarının” bozulmasında önemli rol oynamasıyla ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Duygudurum ve yeme davranışlarının serotonin yolaklarının merkezi rol oynadığını gösteren çok sayıda kanıt vardır [96]. Alttı yatan serotonın eksikliğinin, karbonhidrat aşermesine neden olduğu, aşırı karbonhidrat alımının geçici olarak serotonini artırdığı; böylece depresyon belirtilerinin hafiflediği ve depresyonlu bireyler için bir self-medikasyon yöntemi olabileceği düşünölmektedir [96]. Yeme bozukluklarında da duygudurum düzensizlikleri, davranışsal aktivasyon, dürtüsellik, uykusuzluk, irritabilite gibi duygudurum bozuklukları belirtileri görölebilmektedir [97]. Çalışmalarda tıkınırcasına yeme öncesinde negatif ruh halinin (sıkıntı, gerginlik, öfke vb) baskın olduğunu ve tıkinmanın bu negatif ruh halini hafiflettiği, hatta haz verdiği fakat aynı zamanda başka negatif duyguları da indüklediği gösterilmiştir ve bu tür affektif disregölasyonun bipolar nitelikte olduğu ileri sürölmektedir [98].

BB hastalarında affektif bulguların ağır/ ciddi olması, kullanılan ilaçların metabolik yan etkileri ve iştah artırıcı etkilerinin olması, duygudurum dönemlerinde iştahta artış ya da azalma gibi belirtiler görölmesi; eşlik eden TYB belirtilerini gölgeleyebilir ve komorbid yeme bozuklukları gözden kaçabilir BB'si olan kişilerde yeme bozukluğu görölme sıklığı arttığı ve BB hastalarında komorbid olarak bir yeme

bozukluğunun ortaya çıkmasının daha fazla psikiyatrik ve tıbbi hastalık yüküyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu komorbiditesi olmayan BB hastalarına kıyasla, DSM-5 yeme bozukluğu komorbiditesi olan BB hastalarının; daha genç ve daha fazla kadın cinsiyette olduğu ve ayrıca BB başlangıç yaşının daha erken olduğu, Yeme Bozukluğu Tanı Skorlarının (Eating Disorder Diagnostic Scale) daha yüksek olduğu, önemli derecede daha fazla özkıyım girişiminin, anksiyete bozukluğu komorbiditesinin ve duygudurum labilitesinin olduğu; ve anlamlı olarak daha yüksek ortalama VKİ'ye, anlamlı derecede yüksek obezite oranına sahip oldukları gösterilmiştir [99]. Bununla birlikte, yeme bozukluğu hastalarında BB görülmesi durumunda kendine zarar verme, özkıyım girişimleri, madde bağımlılığı ve yeme bozukluğunda tedavi direnç daha fazla görülmektedir [99].

Bir çalışmada, yeme bozukluklarında en sık görülen eşanı grubunun duygudurum bozuklukları olduğu bildirilmiştir [100]. Kontrollü aile öyküsü çalışmaları; anoreksiya nevroza (AN), bulimia nevroza (BN) ve TYB'ye sahip olan bireylerin birinci derece akrabalarında BB oranlarının yüksek olduğunu bulmuştur [95]. Yine yapılan çalışmalarda AN hastaların birinci derece yakınlarında unipolar depresyon ve BB görülme sıklığı sırayla %6.5-20.4 ve %0-8.3; BN'li hastaların birinci derece akrabalarında unipolar depresyon ve BB görülme sıklığı sırasıyla %10.5-37.1 ve %0.6-5.9 olarak saptanmıştır [101]. Yaşam boyu sıklık çalışmalarında ise yeme bozukluğu hastalarının %7.9'unda BB saptanmıştır [102].

Genel popülasyondaki TYB ve tıknırcasına yeme davranışları % 2-5 iken, BB'de, komorbid TYB ve tekrarlayan tıknırcasına yeme davranışının görülme oranları sırasıyla % 15 ve% 17 olarak hesaplanmıştır [14]. Toplum çalışmalarında hipomaninin tıknırcasına yemeye ilişkili olduğunu bulunmuştur [103]. Yeme bozukluklarının tiplerinin değerlendirildiği bir çalışmada, BB ile BN ve TYB arasında pozitif bir ilişkili bulunurken, AN ile bir ilişki gösterilememiştir [12]. Bulimik davranışlar, dürtüsellik ve affektif bozukluklar; genetik yatkınlık veya erken yaşam travmasının sonucu olarak serotonerjik nörotransmisyonadaki bozuklukla ilişkili olabilir [101]. Yeme bozuklukları ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki için öne sürülen hipotezler şu şekildedir [101];

1. Depresyon yeme bozukluğuna ikincil olarak gelişir. Yakın zamana kadar üzerinde en çok görüş birliğine varılan hipotezdir. AN'de psikofizyolojik bozukluklara, BN'de ise kontrol yitimine bağlı olarak depresyon görülür.

2. Yeme bozuklukları, duygudurum bozukluklarının bir varyantı olabilir. Son yıllarda geçerlilik kazanmış olan bu görüşe göre birincil olan duygulanım bozukluklarıdır.

3. Yeme bozuklukları biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyokültürel etkenlerin etkisiyle biçimlenen ortak son yoldur ve alt gruplarından bazılarının altta yatan duygudurum bozukluklarından etkilenmeleri söz konusudur. Çok yönelimli bu modele göre "depresyon yatkınlığının" başka birçok etki ile yeme bozukluğuna yol açtığı ya da depresyonun doğrudan yeme bozukluğunu presipite ettiği ileri sürülmektedir.

Karbonhidrat tüketiminin geçici olarak depresyon belirtilerini önlediği yönündeki kanıtlar; depresyona sahip bireylerde tıknırcasına yeme davranışlarındaki artış ile kendi kendilerine tedavi sağladıkları düşündürmektedir [104]. BB'si olan hastalardaki tıknırcasına yeme davranışı duygudurumlarını düzenlemede, özellikle de depresyon dönemlerinde koruyucu bir davranış olarak görünmektedir.

Ramocciotti ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada bazı hastaların mani dönemleri sırasında tıknırcasına yeme davranışları geliştirdikleri görülmüştür [96]. Tıknırcasına yeme davranışlarının affektif durumdan mı yoksa tedavide kullanılan ajanlardan mı kaynaklandığı bilinmemektedir.

2.1.9. Bipolar Bozukluk ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçlarına, beklentilerine, standartlarına ve kaygılarına ilişkin olarak yaşamındaki konumunu algılamasıdır [105]. BB; çökkünlük belirtilerinden mani ve hipomani belirtilerine kadar duygudurum dalgalanmaları ile ve bir dereceye kadar bilişsel bozulma ile seyreden kronik bir bozukluktur [106].

DSÖ tarafından BB; genç erişkinlerde maluliyet nedeni olarak 6. sırada yer alan, kontrollere kıyasla daha fazla sağlık bakım giderlerine ve işe devamsızlığa

neden olan ve yaşam kalitesinde ciddi bozukluklarla ilişkilendirilen ağır bir ruhsal hastalık olarak tanımlanmıştır [107]. Psikososyal işlevsellik; bir kişinin günlük yaşamdaki görevlerini yerine getirme yeteneğini, bireyi memnun edecek şekilde diğer insanlarla ilişkide bulunmasını ve kişinin kendi ve yaşadığı toplumun ihtiyaçlarını karşılamasını tanımlar [107]. BB'de belirtilerin iyileşmesi ile işlevselliğin düzelmesi aynı anlama gelmemektedir. Tohen ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada ilk duygudurum dönemi geçiren BB hastalarını 2 yıl incelemiştir [108]. 2 yılın sonunda hastaların belirtilerinin %97,5 'i iyileşirken işlevsel iyileşmenin % 36.9'da kaldığı görülmüştür.

Rezidüel belirtiler ve bilişsel fonksiyonlardaki bu bozulmalar psikososyal ve mesleki işleyişi etkilemekte, insanın acı çekmesinde ve ekonomik üretkenlikte önemli maliyetler ortaya koymaktadır [109]. Önceki araştırmalarda, BB olan hastalarda değişken klinik faktörler ile yaşam kalitesi ölçekleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Böylece bu faktörü iyileştirerek yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Hastaların duygudurum nöbetleri sonlandığında dahi yaşam kalitesindeki azalmalar devam etmektedir [110]. Yapılan bir çalışmada BB hastalarının hastalık dönemlerine göre yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Hastalığın bütün dönemlerinde kontrollere göre yaşam kalitesinde bozulmaların olduğu, depresyon döneminde yaşam kalitesinde bozulmanın en fazla olduğu ve bunu mani/hipomani döneminin takip ettiği, en az bozulmanın ötimik dönemde olduğu, depresyon belirtileri geriledikçe yaşam kalitesindeki bozulmanın azaldığı belirtilmiştir [111]. Yapılan diğer çalışmalarda da yaşam kalitesindeki bozulmanın en güçlü yordayıcısı olarak çökkünlük belirtileri gösterilmiştir.

2.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

2.2.1. Tanımı

Yeme bozuklukları temel olarak vücut ağırlığı ile aşırı ilgilenme ve yeme davranışlarında ciddi değişikliklerle seyreden hastalıkları kapsamaktadır ve AN, BN ve TYB bunların başında gelmektedir [112].

TYB; bir bireyin aynı zaman diliminde ve aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını dizginleyemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranışının tekrar ettiği bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır [7].

2.2.2. Tarihçe

Yeme bozukluklarının tarihçesine baktığımızda; literatürde 17. yüzyılın başlarında İngiliz Dr. Morton AN belirtilerini tanımlayan tıbbi vakadan bahsetmiştir [22]. Tıkınırcasına yeme ve ardından gelen telafi davranışları antik tarihlerden beri bilinmekteydi ancak tıbbi literatürde BN, 1979 yılında tanımlanmıştır ve 1987'de DSM-III'te resmi bir tanı olarak yer almıştır [113].

TYB; 1959 yılında Albert Stunkard tarafından obez hastalar arasında anormal bir beslenme şekli ifadesi ile bahsedilmiştir. Tanı ölçütleri ile birlikte bir klinik tablo olarak, 1991 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. Amerikan Psikiyatri Birliğinin (APA) sınıflandırma sistemi olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma Elkitabının (DSM) revize edilmiş 4. Baskısında (DSM-IV-TR) “Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları” başlığı altında yer verilmiştir (APA 2000). TYB, Yakın bir geçmişte yayınlanan DSM-5'te ise (APA 2013) “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” bölümünde kendine özgü tanı ölçütleri olan bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır [7].

2.2.3. Epidemiyolojisi

TYB erişkinlerde en sık görülen yeme bozukluğudur [9]. DSÖ'nün Mental Survey Study çalışmasındaki son verilerde; 14 ülkeden yetişkinleri yaşam boyu TYB yaygınlık oranı % 1.4 bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde TYB'nin yaşam boyu yaygınlığı % 2,6 olarak tespit edilmiştir [113]. DSM-IV'ün tahmini yaşam boyu AN, BN ve TYB prevalansları; kadınlar arasında sırasıyla %0.9, % 1.5 ve % 3.5; erkekler arasında % 0.3, % 0.5 ve % 2.0'dır [12]. TYB; AN ve BN'nin toplamından daha yaygındır.

Kessler ve arkadaşlarının yürüttükleri bir çalışmada, TYB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1.4 olduğu ve kadınlarda yaşamları boyunca daha fazla görüldüğü gösterilmiştir [13].

AN ve BN'de hastalığın dağılımı kadın/erkek oranı 9/1 görülürken TYB'de bu durum daha dengeli bir şekilde, 6/4 oranında görülür [12]. Yeme bozukluklarının kadın ve erkeklerde farklı oranlarda görülmesi; kadınlar ve erkekler arasındaki biyolojik farklılıklardan ve sosyo-kültürel faktörlerin cinsiyetler üzerindeki farklı etkilerinden kaynaklandığı varsayılmaktadır [113].

15-18 yaş grubuyla ülkemizde yapılan bir çalışmada; yeme bozukluğunun nokta yaygınlığının %2.3 olduğu, en sık görülen yeme bozukluğunun "başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları" olduğu, TYB'nin erkeklerde en sık görülen yeme bozukluğu olduğu belirtilmiştir [114].

Çeşitli çalışmalarda; TYB'nin obez kişilerde daha sık görüldüğü, obez kişilerde TYB oranının %8 olabileceği tahmin edildiği, kilo vermek için hastaneye başvuran kişilerde TYB'nin % 25-30 olarak görüldüğü, bariatrik cerrahi hastalarının yarıya yakınının TYB tanısı aldığı gösterilmiştir [7].

2.2.4. Etiyolojisi

TYB'nin etiyolojisi hakkındaki bilgiler kısıtlıdır. TYB'nin genetik yönünü inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. TYB'ye sahip olan ve olmayan aşırı kilolu ve obez bireyleri, ve onların birinci dereceden akrabalarını, içeren bir aile çalışmasında TYB'nin obeziteden bağımsız olarak ailelerde güçlü bir şekilde toplandığı tespit edilmiştir [115]. Davis ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada; TYB'li obez yetişkinler (n = 66) ve TYB olmayan obez yetişkinlerin (n = 70), dopamin reseptör D2-bağlantılı genin polimorfizmi ve opioid reseptör geninin (OPRM1) polimorfizmi değerlendirilmiştir. TYB'li obez bireylerin, TYB olmayan obez bireylere göre, Taq1A'nın A1 aleline sahip olmalarının daha düşük olduğu ve OPRM1'in G aleline sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğu bulunmuştur [116]. Monteleone ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı bir çalışmada TYB'li kadınların (n=77) ve yeme bozukluğu olmayan kadınların (n=61) 5HTT gen polimorfizmi incelenmiştir. TYB'li bireylerde LL genotipinin ve 5HTTLPR polimorfizminin L

alelinin frekansları daha yüksek bulunmuştur [116]. İkizler üzerindeki bir çalışmada, tıknırcasına yeme davranışında kalıtımın payının %41 olduğu ifade edilmiştir [117]. Monteleone ve arkadaşları 2007 yılında yaptıkları bir çalışmada Leu72Met ghrelin gen varyantının TYB'ye yatkınlık oluşturabileceğini ifade etmişlerdir [7].

Bir fonksiyonel MR görüntüleme (fMRI) çalışmasında TYB'e sahip obezlerin; TYB'e sahip olmayan obezler ve normal kişilere kıyasla, inhibisyon kontrolü ile ilişkili beyin bölgelerinde (sağ lateral ve anterior medial orbital korteks, ventromedial prefrontal korteks ve inferior frontal gyrus) aktivitelerin azaldığı rapor edilmiştir [118].

TYB'e sahip obezlerden oluşan bir gruba plasebo (n = 21), diğer gruba bir - opioid reseptör antagonisti (GSK1521498) (n = 21) verilerek yapılan bir fMRI çalışmasında; katılımcıların yüksek/düşük kalorili yiyecek görüntülerini kavrama gücü ve bu görüntüleri görme motivasyonu ölçülmüştür. Opioid reseptör antagonisti alan grupta, plaseboya kıyasla; 1) yüksek kalorili yiyecek görüntülerini görme motivasyonunun azaldığı ancak görüntüleri beğendiği, 2) yüksek kalorili gıda görüntülerine cevaben sağ pallidum / putamen aktivitesinin azaldığı tespit edilmiştir [119].

Kuikka ve arkadaşlarının (2001) yaptığı bir SPECT çalışmasında TYB' sahip 11 obez kadının ve TYB'e sahip olmayan 11 obez kadının Radioligand etiketleme yöntemi ile serotonin taşıyıcısına bağlanmaları incelenmiş ve TYB'li obez kadınların, TYB'e sahip olmayanlara göre, orta beyin bölgesinde serotonin taşıyıcı bağlanmasının azaldığını gösterilmiştir [116]. Beyin hacminin voksel temelli morfolojik değerlendiren bir çalışmada; 1) TYB'li obez bireylerde, TYB olmayan obez bireylere kıyasla, alışkanlığa dayalı öğrenmeyi kullanma ve tekrarlama daha fazla gözlenmiştir, 2) TYB'e sahip bireylerde sol lateral orbital frontal korteks hacimlerinde anlamlı azalmalar tespit edilmiştir [120].

Dopamin, asetilkolin ve opioid sistemlerdeki değişikliklerin beyindeki ödülle ilişkili bölgelerde değişikliğe yol açarak tıknırcasına yemeyi arttırdığı düşünülmektedir [121]. Hayvan modellerinde tıknırcasına yeme diyetle oluşturulmuş ve yağ ve şeker içeren gıdaların nükleus akümbensten dopamin salınımını arttırdığı bulunmuştur [122].

Psikoanalitik görüş göre yeme davranışını, bedeni kontrol altında tutmanın en eski ve ilkel yolu olarak göstermektedir. Fairburn'e göre (1985), tıknırcasına yeme sorunu olan bireyler, vücut biçimlerinin ve kilolarının çok önemli olduğuna ve bunların katı bir kontrol altında tutulması gerektiğine inanırlar [7].

Yeme davranışı biyolojik, psikolojik, çevresel ve genetik faktörlerle ilişkili; içten gelen sinyaller veya dışarıdan gelen ipuçları ile yönlendirilen, bilinçli farkındalığı olan ya da olmayan karmaşık bir davranıştır. Dürtüsellik; eylemlerin sonuçlarını düşünmeden ve olası sonuçları geniş kapsamlı olarak göz önünde bulundurmadan harekete geçmek olarak tanımlanmış bir kişilik özelliğidir. Dürtüsellik yüksek riskli davranışlar ve kararlar ile ilişkilidir ve çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve bağımlılıkların yanı sıra yeme bozukluğu ve yiyecek bağımlılığının belirleyici özelliklerinden biri olarak kabul edilir [123]. Dürtüsellığın gıda alımındaki artış üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Son zamanlarda yapılan bir meta-analizde; TYB'ye sahip aşırı kilolu ve obez bireylerde, TYB'ye sahip olmayanlara göre, dürtüsel davranışların ve ödüle duyarlılığın daha fazla olduğu gösterilmiştir [124]. Ayrıca, TYB'li hastalarda bir sonraki yemek alımı için en iyi yordayıcının dürtüsellik özelliği olduğu ve dürtü kontrol sorunlarının TYB'li hastalarda diğer yeme bozukluklarından daha yaygın saptandığı görülmüştür [123].

Fischer ve arkadaşları (2003) bulimik belirtiler ve 2 tip dürtüsellik arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır [125]:

- 1) Plan yapamama (eylemin sonuçlarını düşünüp tartana kadar erteleyememe) ve
- 2) Acelecilik (negatif duygu nedeniyle aceleci olmak).

Dürtüsellik ve yeme bozukluğu ölçekleri iki grup kadın üniversite öğrencilerine uygulanmıştır. Her iki grupta da, plansızlık değil, acelecilik bulimik belirtilerle ilişkili bulunmuştur. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında AN-bulimik tip, BN ve TYB tanılı kişilerin daha fazla dürtüsel davranışlar sergilediği görülmüştür [125].

Daha önceki yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları ve DİS/DAS sistemleri incelenmiştir. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğuna sahip hastalar, tedavisi ile yeme bozukluğu iyileşen hastalar ve sağlıklı kişiler DİS/DAS ölçekleri üzerinden karşılaştırılmıştır. Çalışmada sağlıklı kontrollere göre yeme bozukluğuna sahip

olanların (AN, BN ve tıknırcasına yeme) ve yeme bozukluğu iyileşen kişilerin DİS ölçekleri anlamlı olarak daha yüksek, DAS ölçekleri anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yeme bozukluğuna halen sahip olanlar ve yeme bozukluğu iyileşenler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [126].

Tıknırcasına yeme ve telafi davranışlarının nedenleri araştırılmıştır. Yapılan çalışmalarda; bu davranışların olumsuz duyguları azaltma ve olumlu duyguları artırma, başkalarına ihtiyacını iletme veya sosyal etkileşimlerden kaçınma gibi insanların emosyonel durumlarını düzenlediği gösterilmiştir [126]. Bununla birlikte, yeme bozukluğu popülasyonlarında anksiyete eğiliminin ve ceza hassasiyetinin arttığı öne sürülmüştür. Örneğin, Ampollini ve arkadaşları 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada, zarardan kaçınma düzeylerinin yüksek olmasının, yeme bozukluklarının temel özellikleri olan endişe ve depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmiştir.

2.2.5. Tıknırcasına Yeme Bozukluğunda Tanı ve Klinik Görünüm

TYB kısa bir zaman diliminde kişinin normalde yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda besin alması ve bu sırada kontrol kaybı hissi yaşamıyla karakterize bir yeme bozukluğudur [112]. TYB “BN’ye özgü düzenli uygunsuz telafi edici davranışların olmadığı, tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları” şeklinde tanımlanır [127]. TYB’ye sahip bireyler vücut ağırlıkları ve biçimi hakkında normalden daha fazla endişe duyarlar ve küçük düşürücü bir görüntüleri olduğuna inanırlar [128]. Bozulmuş denetimin öznel ve davranışsal göstergeleri olarak; çok hızlı yeme, rahatsız edici bir doyumluk hissedene kadar yeme, aç değilken oldukça fazla yeme, kişinin ne kadar yediği konusunda utanması nedeniyle yalnız başına yemesi ve aşırı yeme sonrasında kendisini iğrenç, suçlu ya da çökkün hissetmesi sayılabilir [128]. Bu kimseler yemek yedikleri süre içinde hiçbir şeyin kendilerini yemekten alıkoyamayacağı hissine kapılırlar. Kişi kendini denetleyemez; ne yediğini ve ne kadar yediğini düşünemez [7]. TYB’ye sahip bireylerin yaşadığı sıkıntı hissi, tıknırcasına yeme atağı sırasında ve/veya sonrasında yaşanan hoş olmayan duyguların yanında, tıknırcasına yemenin bir sonucu olarak gelişen vücut ağırlığında ve biçimindeki değişikliklere de bağlıdır [7].

TYB hastaların önemli bir kısmında obezite görülmektedir. Birçok hasta diyet yapma konusunda yoğun çaba gösterebilir bu konuda başarısız olur. Hastalar utanç ve mahcubiyet hissettikleri için tıknırcasına yeme davranışlarını saklarlar. Çoğu vakada tıknırcasına yeme davranışı göz ardı edilir ve tedavi genellikle temel yeme psikopatolojileri yerine, obezite ve komplikasyonlarına odaklanır [113].

İlk kez 1991 yılında TYB tanı ölçütleri bir klinik tablo halinde Spitzer ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. TYB, DSM-IV-TR’de “Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır. Bu bozukluk DSM-5’te “Beslenme ve Yeme Bozuklukları” bölümünde kendine özgü tanı ölçütleri olan bir yeme bozukluğu olarak belirtilmiştir.

DSM-5 Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013);

- A) Tekrar tekrar görülen tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:
- Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla yiyeceği ayrı bir zaman diliminde (ör. herhangi bir iki saatlik sürede) yeme.
 2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı duyumunun olması
- B) Tıknırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) görülür:
- Olağandan çok daha hızlı yeme
 - Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme
 - Bedensel açlık duymuyorken aşırı miktarlarda yeme
 - Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme
 - Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da suçluluk duyma.
- C) Tıknırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.
- D) Bu tıknırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
- E) Tıknırcasına yemeye, bulimia nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme yalnızca bulimia nervoza ve anoreksia nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

Tam yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu ölçütlerin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sırada ağırlığını belirtiniz:

En düşük ağırlık düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

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

Orta derece: 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.

Aşırı yiyecek tüketiminin mevcudiyetine, bir tıkınırcasına yeme atağı olarak değerlendirilebilmesi için kontrol kaybı hissi eşlik etmelidir. Kontrol kaybının belirteci; bir kez başladığında yemeği erteleme ya da yemeyi durdurma yeteneksizliğidir [30]. Yemeğin içeriği, kapsamı, klinisyenin besin alımını aşırı olup olmadığını belirlemesini etkileyebilir. Örneğin tipik bir öğün için aşırı olarak kabul edilecek yiyecek miktarı, bir kutlama ya da tatil yemeği sırasında normal kabul edilebilir [30]. Gün boyunca küçük miktarlarda yiyeceklerin devamlı atıştırması bir tıkınırcasına yeme olarak tanımlanmaz [30]. Bazı bireyler, tıkınırcasına yeme dönemi boyunca ya da bu dönemi takiben disosiyatif nitelik bildirirler [30]. Yemede kontrol kaybı ya da epizodik tıkınırcasına yeme bazı bireyler için yeme bozukluklarının prodromal dönemi olarak ortaya çıkabilir.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada hasta grubu olarak, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Haziran 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak DSM-IV'e göre BB tanısı almış ve ötimi döneminde olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalar alınmıştır.

Çalışmaya KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniğine Haziran 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran ve BB tanısı ile takip edilen ve ötimi döneminde olan 152 hasta dahil edilmiştir. 152 hastadan 31'si çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Geriye kalan 121 hastanın 11'i 60 yaşından büyük olduğu için, 2'si 18 yaşından küçük olduğu için, 7'sinin okuma yazması yeterli düzeyde olmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 101 hastanın 3'sinde mental retardasyon, 1'sinde epilepsi ve 3'sinde son 6 ay içinde elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulaması öyküsü olması nedeniyle bu hastalar da çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen 94 BB hastasından 20'si öz bildirim ölçeklerinden bir kısmını hatalı ve/veya eksik doldurduklarından çalışmadan çıkarılmışlardır. Geriye kalan 74 BB tanılı ötimik hasta katılımcı grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların ötimik duygudurumları Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ile değerlendirilmiştir.

Kontrol grubuna; hasta grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi olarak eşleştirilmiş, tanı konan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler dahil edilmiştir.

3.1.1. Hasta Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak DSM-IV'e göre Bipolar Bozukluğu tanısı almış olmak

2. Ötimi ölçütleri olarak; klinik görüşme ve SCID'e göre en az 2 aydır remisyonunda olmak ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) puanı<7, Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puanı <5 olmak
3. 18-60 yaş aralığında olmak
4. Katılımcının çalışmaya katılım konusunda gönüllü olmak ve gönüllü onam formunu imzalamak
5. Uygulanan ölçeklerde sözel iletişim kurabilme becerisine sahip olmak

3.1.2. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Bedensel ve ruhsal kronik hastalığı olmamak
2. 18-60 yaş aralığında olmak
3. Katılımcının çalışmaya katılım konusunda gönüllü olması
4. Uygulanan ölçeklerde sözel iletişim kurabilme becerisine sahip olmak

3.1.3. Hasta Grubu İçin Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri

1. Okuma yazma bilmeme
2. Mental retardasyonu olma
3. 18 yaş altı ve 60 yaş üstünde olma
4. Demans ve diğer organik mental bozukluğun olması
5. Kafa travması, epilepsi ve başka bir major nörolojik bozukluk varlığı
6. Alkol ve/veya madde kötüye kullanımının öyküsü olanlar
7. Son 6 ay içerisinde EKT uygulanmış olması
8. Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi,
9. Gebeler,

3.1.4. Kontrol Grubu İçin Çalışma Dışı Tutulma Kriterleri

1. Geçmişte ve/veya halen herhangi bir psikiyatrik tanı ölçütünü karşılaması
2. Merkezi sinir sistemiyle ilişkili nörolojik bir hastalığa sahip olması

3. Mental retardasyonun olması
4. Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü olması,
5. Çalışmaya katılmayı kabul etmemesi,

3.2. Araştırmanın Aşamaları

Araştırmanın etik kurul onayı, 24237859-371 nolu etik kurul dosyası ile 06/06/2018 tarihinde KTÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Araştırma, Haziran 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında veri toplanan tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan hastalara ve sağlıklı kontrol grubundaki katılımcılara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel ve yazılı bilgi verildikten sonra sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

Çalışmaya katılan 74 BB hasta ve 74 sağlıklı kontrolle, yeme bozukluklarına sahip olup olmadıklarını değerlendirmek için klinik görüşmeler yapılmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Anoreksia Nervoza, Bulimia Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Gece Yeme Sendromu tanıları koyulmuştur.

Araştırmaya dahil edilen tüm katılımcılarla klinik görüşme yapılmış, katılımcılara sosyodemografik veri formu, kişilik özelliklerini değerlendirmek için Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği (DİS/DASÖ) gece yeme davranışını değerlendirmek için Gece Yeme Anketi (GYA), yeme tutumunun taranması ve değerlendirilmesi amacıyla Yeme Tutumu Testi (YTT) ve Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) uygulanmıştır. Ayrıca Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu ile hastaların yaşam kalitesi değerlendirilmiştir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” istatistik programına aktararak analiz edilmiştir. Niteliksel verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzde, ölçümsel verilerin özetlenmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin normal dağılıma uygunluğunun test edilmesinde

Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak, normal dağılıma uyan değişkenlerin karşılaştırılmasında Student-t Testi, normal dağılıma uymayan diğer verilerin analizinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin korelasyon analizinde normal dağılıma uyan verilerde pearson korelasyon testi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen verilerde spearman korelasyon testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, boyu, kilosu, bel çevresi, mesleği ve gelir durumu, eğitim durumu, yaşadığı çevre, alışkanlıkları, ek psikiyatrik hastalık öyküsü, sahip olduğu en yüksek kilo, kilo alıp verme öyküsünün olup olmadığı, daha önceden zayıflamak amaçlı diyet girişiminin olup olmadığı, oldu ise kaç sefer olduğu; hastanın hastalık başlangıç yaşı, ilk hastalık dönemi ve şiddeti, ortaya çıkış yaşam olayının olup olmadığı, peripartum özellik, psikotik özellik ve katatonik özellik olup olmadığı, hastalığı boyunca toplam hastalık dönemi ve toplam mani, hipomani ve depresyon dönemleri sayısı, toplam hastaneye yatış sayısı, hastalık dönemlerinin ortalama şiddeti, özkiyım girişiminin sayısı, hızlı döngülülük olup olmadığı, mevsimsel özellik olup olmadığı, hastalık dönemleri arasında tam düzelmelerin olup olmadığı, hastalık dönemi sıklığı ve kullanmakta olduğu ilaçlar yer almaktadır.

3.4.2. Gece Yeme Anketi (GYA)

GYA, Gece Yeme Sendromu tanısı için geliştirilen, sendromun hem davranışsal, hem psikolojik yönlerini değerlendiren, Allison ve arkadaşları tarafından hazırlanan ve 14 sorudan oluşan bir öz bildirim tarama anketidir [129]. Anketin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Atasoy ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir [130].

Anket; sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemeleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olmayan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. madde dışındaki maddeler beşli Likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yedinci maddede gün içi duygudurum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır. Ankette 1., 4. ve 14. sorular ters puanlanmaktadır. Kesme puanı tarama amaçlı araştırmalar için 25 olarak tavsiye edilmektedir.

3.4.3 Yeme Tutumu Testi (YTT)

YTT; Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilen, hem yeme bozukluğu olan hastalardaki hem de yeme bozukluğu olmayan bireylerdeki yeme davranışındaki olası bozuklukları değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir [131]. YTT'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [131]. Likert tipi altı basamaklı yanıt formu doldurulmaktadır ve kırk madde içermektedir. Toplam puanın psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu ve YTT'nin hem klinik düzeyde "hasta" olabilecek bireyleri hem de bu bozukluğa yatkın olan bireyleri saptayabileceği düşünülmektedir. YTT'nin kesme puanı 30 puan kabul edilmektedir.

3.4.4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

YBDÖ, yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde 'altın standart' olarak kabul edilen yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesinin [132], hasta tarafından doldurulan 28 maddelik anket versiyonudur. İlk 22 soru yeme bozukluklarının çekirdek özelliklerini meydana getiren 4 alt gruba aittir. Bu alt gruplar kısıtlama (5 madde), yeme endişesi (5 madde) beden şekli endişesi (8 madde) ve kilo endişesi (5 madde) olup, 1 madde hem beden şekli ile

ilgili hem de kilo ile ilgilidir [132]. Dört altgrup görüşme ve anket için benzerdir. Son 6 madde tıkmırcasına yeme atakları ve uygunsuz dengeleyici davranışların sıklığını değerlendirir. Bütün değerlendirme önceki 28 gün anlamına gelir. Dört alt ölçekten oluşturan 22 madde, 0 puan (hiçbir gün) ile 6 puan (her gün) arasında Likert tipi ölçümle ile derecelendirilir. Dört alt ölçek puanlarının ortalaması toplam skoru oluşturmaktadır.

Ölçeğin Türkçe çevirisi adolesanlarda çalışılmış olup geçerli ve duyarlı bulunmuştur [133]. Yetişkinler için Türkçe duyarlılık geçerlilik çalışması yapılmamıştır.

3.4.5. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36)

SF-36; yaşam kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan ve sağlıktaki küçük değişimleri saptamaya duyarlı bir ölçektir. Ülkemizde de Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [134].

SF-36; fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü, sosyal işlevsellik, ruhsal (mental) sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve genel sağlık alanlarında hastanın kısıtlanma dereceleri araştıran sorular sorar. Bu alanlar SF-36'nın alt ölçekleridir. Bedensel hastalığı olan hastalar, birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlar, sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı olanlarda uygulanabilir. SF-36'nın puanlanması ayrıntılı bir yönerge gerektirir. Ölçek puanının hesaplanması=Elde edilen ham puan-En düşük ham puan/Olası ham puan x100 şeklindedir. Bu alt ölçeklerin skorları 0-100 ölçeğinde puanlanarak sonuçlanır ki burada 0 mümkün olan en kötü sağlık durumunu 100 ise mümkün olan en iyi sağlık durumunu temsil etmektedir. SF-36 ölçeğinin toplam puanının hesaplanması söz konusu olmayıp yalnızca 8 alt ölçeğin puanı hesaplanmaktadır [134].

3.4.6. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D)

HAM-D, klinisyen tarafından uygulanır ve 17 maddeden oluşur. Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçmektedir. Ölçek Hamilton ve Williams tarafından [135], [136] geliştirilmiştir. Akdemir ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye

uyarlanmıştır [137]. Yapılandırılmış ve her bir 0-4 arası puanı olan sorulardan oluşmaktadır. Kesme puanı 7'dir ve 0-7 puan depresyon yok, 8-13 puan hafif depresyon, 14-18 puan orta depresyon, 19-22 ağır şiddetli depresyon ve 23 ve üzeri puan çok şiddetli depresyona denk gelmektedir.

3.4.7. Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve arkadaşları tarafından, 1978 yılında, mani belirtilerin şiddetini ve değişimini değerlendirmek için hazırlanmıştır [138]. Görüşmeci tarafından doldurulur. Karadağ ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır [139]. Ölçekteki maddeler, BB'deki mani döneminin çekirdek belirtileri kapsamaktadır. Ölçekteki 11 maddenin 7'si beşli likert tipinde, 4'ü dokuzlu likert tiptedir.

3.4.7. Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği

Günümüzde "Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi (Reinforcement Sensitivity Theory)" adıyla bilinen biyopsikolojik kişilik teorisi; 1970 yılında ilk kez Gray tarafından ortaya koyulmuş ve 1987 ve 1990 yıllarında yeniden tanımlanmıştır. Bu teoriden yola çıkarak Charles Carver ve Teri White tarafından Davranış İnhibisyon Sistemi (DİS)/Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) Ölçeği 1994 yılında geliştirilmiştir [16]. Ölçek; kaçınma sistemi ve anksiyete davranışına yönelik Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ve yaklaşma sistemi ve dürtüsellik davranışına yönelik Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. DAS altölçeğinde; eğlence arayışı (fun seeking), ödüle duyarlılık (reward responsiveness) ve dürtü (drive) olacak şekilde 3 altölçek vardır. 24 maddeden oluşan ölçekte, DİS altölçeğinin 7, DAS altölçeğinin eğlence arayışı altölçeğinin 4, ödüle duyarlılık altölçeğinin 5 ve dürtü altölçeğinin 4 maddesi vardır. Geriye kalan 4 madde doldurma maddeleridir. Her bir madde için 4'lü likert tipi bir cevaplama sistemidir (1= Tamamen Katılıyorum, 2=Biraz Katılıyorum, 3=Biraz Katılmıyorum, 4=Hiç Katılmıyorum). Puanlamada 2. ve 22. maddeler dışındaki tüm maddeler ters

çevrilerek hesaplanır. Türkiye’de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Simge Şişman tarafından 2012 yılında yapılmıştır [16].



4. BULGULAR

Araştırmada hasta grubu olarak, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Psikiyatri Kliniğine Haziran 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında ayaktan başvuran DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak DSM-IV'e göre BB tanısı almış olan, ötimi döneminde olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil edilme ölçütlerini karşılayan 74 hasta ve bu hastalar ile yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzer 74 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir.

4.1. Bipolar Affektif Bozukluk Tanılı Hastalar ile Kontrol Grubu Arasında Yapılan Karşılaştırmalar

Araştırma kapsamında 74 BB'ı olan hasta ve 74 sağlıklı kontrol değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubunun her ikisinde de 35 kadın (%47,3), 39 erkek (% 52,7) katılımcı mevcuttur. Hasta ve kontrol grubunun 16 kişi (%21.6) ilkokul, 9 kişi ortaokul (%12,2), 25 kişi lise (%33,8), 22 kişi (%29.7) üniversite ve 2 kişi (%2.7) master/doktora mezunudur. İstatistik analizler yapılırken ortaokul mezunu, ilkokul mezunu ve ilkokul veya ortaokula başlayıp yarıda bırakanlar "8 yıl ve altı eğitim yılı" grubu olarak, lise mezunu ve liseye başlamış ama eğitimini tamamlamamış olanlar " $8 < \text{eğitim} \leq 12$ " grubu olarak, üniversiteye başlamış veya devam eden, üniversite eğitimini yarıda bırakmış ya da üniversite mezunları veya üstü olanlar " >12 " grubu olarak tanımlanmıştır. BB ve kontrol grubunda 25 kişi (%33,8) 8 yıl ve altı eğitim yılına, 25 kişi (%33,8) 8 yıldan fazla ve 12 yıldan az eğitim yılına, 24 kişi (%32,4) ise 12 yıl ve üzeri eğitim yılına sahiptir. BB ve kontrol grupları arasında cinsiyet, eğitim durumu, yaş ve eğitim yılı açısından anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

BB grubunun %35,1'i (n=26) bekar, %52.7'si (n=39) evli, % 5.4'ü (n=4) dul ve %5,4'ü (n=4) boşanmış ve %1,4'ü (n=1) eşinden ayrı yaşayanlardır. Kontrol grubunun ise %23'ü (n=17) bekar, %74,3'ü (n=55) evli, ve % 2,7'si (n=2) duldur. İstatistiksel analizler evli olanlar ve olmayan şeklinde gruplandırılarak yapılmıştır. Evli olmayanlar grubuna bekar, dul, boşanmış ve eşinden ayrılmış grupları dahil

edilmiştir. BB ve kontrol grupları arasında evli olanlar ve evli olmayanlar durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p 0,010).

BB grubunun %41,9'u (n=31) çalışıyor, %19'u (n=14) işsiz, %13,5'i (n=10) emekli, %21,6 (n=16) ev kadını ve %4,1'i (n=3) öğrencidir. Kontrol grubunun %66,2'si (n=49) çalışıyor, %8,1'i (n=6) işsiz, %13,5'i (n=10) emekli ve %12,2'si (n=9) ev kadınıdır. İstatistiksel analizler yapılırken hasta ve kontrol grupları "çalışıyor" ve "çalışmıyor" şeklinde gruplandırılmıştır. Çalışmıyor grubuna; işsiz, emekli, ev kadını ve öğrenciler dahil edilmiştir. BB ve kontrol grupları arasında çalışıyor ve çalışmıyor durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p 0,003).

BB grubundan 11 kişi (%14,9) ek bir psikiyatrik hastalığa sahip iken kontrol grubunda ek bir psikiyatrik hastalık saptanmamıştır. Bu 11 kişinin 6'sı Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alırken 2 kişi Panik Bozukluk, 2 kişi Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve 1 kişi Toplumsal Kaygı Bozukluğu tanısı almıştır. Kontrol grubun oluşturulurken psikiyatrik hastalığa sahip olanlar dışlandığı için kontrol grubunda psikiyatrik tanı alanlar bulunmamaktadır.

BB grubunun gelir ortalaması 3242,56 TL iken kontrol grubunun 5214,86'dır.

BB grubunun VKİ ortalama değerleri $29,91 \pm 5,39$ (kg/m²), kontrol grubunun $26,71 \pm 5,22$ (kg/m²)'dir. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001). VKİ <18.5 olanlar zayıf, $18,5 \leq VKİ < 25$ olanlar normal kilolu, $25 \leq VKİ < 30$ olanlar fazla kilolu ve $30 \leq VKİ < 40$ olanlar obez ve $VKİ \geq 40$ olanlar ise morbid obez olarak gruplandırılmıştır. BB grubunda zayıf olan kişi yokken kontrol grubunda 3 kişi zayıf, BB grubunda 11 kişi ve kontrol grubunda 27 kişi normal kilolu, BB grubunda 32 kişi ve kontrol grubunda 26 kişi fazla kilolu, BB grubunda 29 kişi ve kontrol grubunda 17 kişi obez, BB grubunda 2 kişi ve kontrol grubunda 1 kişi morbid obez olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel karşılaştırmalar yapılırken zayıf ve normal kilolu kişiler bir grup, fazla kilolu, obez ve morbid obez olan kişiler bir grup olarak değerlendirilmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p 0, 001).

Ayrıntılı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Bipolar Bozukluk Hastaları ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik ve Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

		BB (n=74)	KONTROL (n=74)	p
		n (%)	n (%)	
Cinsiyet	Erkek	39 (%52,7)	39 (%52,7)	1,000
	Kadın	35 (%47,3)	35 (%47,3)	
Medeni Hal	Evli	39 (%52,7)	55 (%74,3)	0,010
	Evli olmayan	34 (%47,3)	19 (%25,7)	
Eğitim	8≥Eğitim Yılı	25 (%33,8)	25 (%33,8)	1,000
	8<eğitim≤12	25 (%33,8)	25 (%33,8)	
	>12	24 (%32,4)	24 (%32,4)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	31 (%41,9)	49 (%66,2)	0,003
	İşsiz	14 (%19)	6 (%8,1)	
	Ev kadını	16 (%21,6)	9 (%12,2)	
	Emekli	10 (%13,5)	10 (%13,5)	
Mevcut Alışkanlıklar	Öğrenci	3 (% 4,1)	0	0,002
	Sigara	44 (%59,4)	25 (%33,7)	
	Alkol	4 (%5,4)	14 (%18,9)	
Psikiyatrik komorbidite	Madde	1 (%1,4)	0	1,000
		11 (%14,9)	0	0,001
5 kg'dan fazla kilo alıp verme		24 (%32,4)	20 (%27)	0,590
Diyet Girişimi		16 (%21,6)	19 (%25,7)	0,699
		BB ORT±SS (min-maks)	KONTROL ORT±SS (min-maks)	p
Yaş		41,02±10,29 (23-59)	41,04±10,41 (24-59)	0,991
Bel Çevresi (cm)		99,12±15,93 (60-152)	88,70±15,03 (58-138)	<0,001
En Yüksek Kilo (kg)		87,48±20,62 (47-187)	80,08±18,41 (52-170)	0,017
Boy Uzunluğu (cm)		167,74±10,11 (147-187)	169,36±9,12 (150-189)	0,427
Vücut Ağırlığı (kg)		84,54±19,23 (47-165,5)	76,66±16,26 (52-130)	0,009
VKİ (kg/m ²)		29,91±5,39 (18,83-49,42)	26,71±5,22 (15,83-48,33)	<0,001
Sigara paket-yılı		21,50±12,08 (1,00-60,00)	23,58±15,80 (4,00-50,00)	0,872

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 41,02 ± 10,29 yıl, kontrol grubunun ise 41,04 ± 10,41 yıl olarak tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamında incelenen BB hasta grubunda 9 kişi (%12,2) ve kontrol grubunda 1 kişi (%1,3) TYB tanısı almıştır. BB tanılı hastalar içinde TYB olanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p 0,022). Ayrıca BB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde GYA puanı (p<0.001) YTT puanı (p 0,008) ve YBDÖ'nün altölçek puanları açısından fark saptanmıştır. Veriler Tablo 2'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Bipolar Bozukluk Hasta ve kontrol gruplarının GYA, YTT ve YBDÖ Puan Dağılımlarının Karşılaştırılması

	BB (n=74)	KONTROL (n=74)	p
Gece yeme anketi	18,74±10,30	11,08±5,69	P<0,001
Yeme tutumu testi	23,22±11,78	16,01±8,25	P<0,001
Kısıtlama	1,74±1,72	1,21±1,56	0,53
Yeme endişesi	1,48±1,64	0,55±1,03	P<0,001
YBDÖ			
Beden endişesi	2,08±1,69	1,28±1,78	0,006
Kilo endişesi	1,81±1,50	0,94±1,19	P<0,001
Toplam	1,76±1,43	0,98±1,18	P<0,001

BB tanılı hastaların GYA puanı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek hesaplanmıştır. Araştırma kapsamında incelenen bireylerden GYA 25 puanın altında olanlar bir grup, 25 puan ve üzerinde olanlar başka bir grup olmak üzere sınıflandırılıp değerlendirildiğinde; BB ve kontrol grupları arasında GYA sınıfı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001). BB tanılı hastalar içinde GYA puanı 25 ve üzerinde olanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yine YTT 30 puan altında olanlar bir grup, 30 puan ve üzerinde olanlar başka bir grup olarak değerlendirildiğinde; hasta ve kontrol grupları arasında YTT sınıfı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p 0.008). Aynı işlem YBDÖ'nün alt ölçekleri ve toplam puanı için yapıldığında; YBDÖ 4 puan altında alanlar bir grup, 4 puan ve üzerinde alanlar bir grup olarak değerlendirildiğinde, BB ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Puan dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Bipolar Bozukluk ve kontrol grupları arasında Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu varlığı ile Gece Yeme Anketi, Yeme Tutumu Testi ve Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği puanları arasındaki dağılımın karşılaştırılması

	BB (n=74)	KONTROL (n=74)	p
TYB varlığı	9 (%12,1)	1 (%1,3)	P 0,022
GYA			
<25	52 (%70,3)	72 (%97,3)	p <0,001
≥25	22 (%29,7)	2 (%2,7)	
YTT			
<30	55 (%74,3)	68 (%91,9)	0,008
≥30	19 (%25,7)	6 (%8,1)	
Kısıtlama≥4	10 (%13,5)	5 (%6,8)	0,276
Yeme endişesi≥4	9 (%12,2)	2 (%2,7)	0,060
YBDÖ≥4			
Kilo endişesi≥4	9 (%12,2)	2 (%2,7)	0,060
Beden endişesi≥4	16 (%21,6)	7 (%9,5)	0,070
Toplam≥4	6 (%8,1)	2 (%2,7)	0,275

BB ve kontrol grupları arasında DİS/DAS ölçeği incelendiğinde; DAS'ın ödüle duyarlılık alt ölçeği hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur (p 0,008). DİS ölçeği ve DAS ölçeğinin eğlence arayışı altölçeği, kontrol grubunda daha yüksek saptanmış ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (DİS p 0,748; eğlence arayışı p 0,392). DAS ölçeğinin dürtü altölçeği hasta grubunda yüksek bulunmuş ancak aradaki fark anlamlı bulunmamıştır (p 0,707). Değerler Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Bipolar Bozukluk ve Kontrol Grupları Arasında DİS/DAS Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması

		BB (n=74)	KONTROL (n=74)	p
DİS		20,83±3,70	21,02±3,43	0,748
	Ödüle duyarlılık	16,90±3,52	18,14±1,81	0,008
DAS	Eğlence arayışı	11,28±2,74	11,64±2,41	0,392
	Dürtü	10,59±2,93	10,41±2,72	0,707

BB ve kontrol gruplarındaki örnekler seçilirken alkol ve madde kullanım bozukluğu olanlar dahil edilmemiştir. BB grubunda 3 kişinin sadece alkol kullanımı, 1 kişinin alkol ve madde kullanımı mevcuttur. Kontrol grubunda 14 kişinin alkol kullanımı mevcuttur ve madde kullanan katılımcı bulunmamaktadır. Alkol ve madde kullanan katılımcılar çıkarıldıktan sonra DİS/DAS ölçeğinin dağılımı yeniden değerlendirilmiştir. Yeniden değerlendirildiğinde kontrol grubunun ödüle duyarlılık altölçeğinden yine yüksek puan aldığı ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Tablo 5. Alkol ve Madde Kullananlar Dışlandıktan Sonra Hasta ve Kontrol Grupları Arasında DİS/DAS Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması

		BB (n=70)	KONTROL (n=60)	p
DİS		20,87±3,79	20,78±3,55	0,892
	Ödüle duyarlılık	16,85±3,60	18,00±1,85	0,144
DAS	Eğlence arayışı	11,31±2,73	11,51±2,51	0,919
	Dürtü	10,61±2,98	10,21±2,67	0,557

BB ve kontrol grupları SF-36 ölçeği açısından değerlendirildiğinde; SF-36'nın 8 altölçeğinde de kontrol grubunun puanları daha yüksektir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü

altölçeklerindeki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p değerleri sırası ile 0,003, <0,001, <0,001, 0,001). Değerler Tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6. Hasta ve Kontrol Grupları Arasında SF-36 Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması

	BB (n=74)	KONTROL (n=74)	p
Fiziksel fonksiyon	76,28±22,89	86,14±16,93	0,003
Rol güçlüğü fiziksel	53,04±38,14	83,44±28,45	<0,001
Ağrı	68,75±20,63	72,93±21,23	0,227
Genel sağlık	57,93±21,50	61,97±20,60	0,245
Vitalite	55,81±20,30	60,27±21,98	0,202
Sosyal fonksiyon	64,35±22,15	79,89±19,60	<0,001
Rol güçlüğü emosyonel	47,47±36,55	68,72±37,20	0,001
Mental sağlık	66,64±42,34	66,70±14,24	0,992

4.2. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Yapılan Karşılaştırmalar

Toplam 74 hastanın 65’i Bipolar Bozukluk tip I, 9’u tip II olduğu saptanmıştır. BB başlangıç yaşı ortalama 25,83±8,95 yıldır (min=15, max 51). Hastalık süresi yıl olarak ortalama 15,12±8,83(min=2, max=39)’tür. BB tanılı hastaların TYB olanların VKİ 33,11± 7,64, olmayanların 29,47± 4,92’dir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur (p 0,007). TYB olan grupta 5 (%55,6) kişi fazla kilolu, 3 (%33,3) kişi obez ve 1 (%11,1) kişi morbid obezdir. TYB olmayan grupta ise 11 (% 16,9) kişi normal kilolu, 27 (%41,5) fazla kilolu, 26 (%40) obez ve 1 (%1,5) morbid obezdir. İstatistiksel karşılaştırmalar yapılırken zayıf ve normal kilolu kişiler bir grup, fazla kilolu, obez ve morbid obez olan kişiler bir grup olarak değerlendirilmiş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p 0, 339). BB tanılı hastaların TYB olan ve olmayan gruplara göre sosyodemografik verileri karşılaştırıldığında; vücut ağırlığı (kg), VKİ (kg/m²), bel çevresi (cm) ve en yüksek kilo (kg) değerleri arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (sırası ile p değerleri 0,001, 0,007, <0,001 ve 0,005). BB hastalarında TYB olanlar ve olmayanlar arasında ek psikiyatrik hastalıklara baktığımızda; TYB olan grupta 1 hastada psikiyatrik komorbidite tespit edilmiştir ve tanısı OKB’dir. BB

tanılı hastaların TYB olan ve olmayan gruplara göre sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Tıkıncasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Sosyodemografik Verilerinin Karşılaştırılması

		TYB var (n=9)	TYB yok (n=65)	p
Cinsiyet	Erkek	7 (%77,8)	32 (%49,2)	0,158
	Kadın	2 (%22,2)	33 (%50,8)	
Medeni hal	Evli	5 (%55,6)	34 (%52,3)	1,000
	Bekar	4 (%44,4)	31 (%47,7)	
Eğitim	≤8	2 (%22,2)	23 (%35,4)	
	8<Eğitim≤12	4 (%44,4)	21 (%32,3)	
	>12	3 (%33,3)	21 (%32,3)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	5 (%55,6)	26 (%40)	0,158
	Çalışmıyor	4 (%44,4)	39 (%60)	
Psikiyatrik komorbidite		1 (%11,1)	10 (%15,4)	1,000
Diyet Girişimi		2 (%22,2)	14 (%21,5)	1,000
5 kg’dan Fazla Kilo Alıp Verme		4 (%44,4)	20 (%30,8)	0,460
Mevcut Alışkanlıklar	Sigara	5 (%55,6)	39 (%60)	1,000
	Alkol	2 (%22,2)	2 (%3,1)	0,070
	Madde	0	1 (%1,5)	1,000
		ORT±SS (min-max)	ORT±SS (min-max)	
Yaş		36,44±5,85 (23-42)	41,66±10,64 (25-59)	0,234
Boy uzunluğu (cm)		172,11±9,80 (150-183)	167,13±10,07 (147-187)	0,207
Vücut ağırlığı (kg)		98,83±28,67 (70-165)	82,56±16,92 (47-142)	0,001
VKİ (kg/m2)		33,11±7,64 (26,22-49,42)	29,47±4,92 (18,83-46,37)	0,007
Bel çevresi (cm)		111,33±19,10 (92-150)	97,43±14,83 (60-152)	<0,001
En yüksek KİLO (kg)		101,77±34,78 (75-187)	85,50±17,35 (47-145)	0,005
BB başlangıç Yaşı (yıl)		25,00±7,10 (17-37)	25,95±9,22 (15-51)	1,000
Hastalık süresi (yıl)		11,44±7,12 (2-21)	15,63±8,97 (2-39)	0,233
Sigara paket yıl		22,00±10,36 (5,00-30,00)	21,43±12,40 (1,00-60,00)	0,655

Çalışmamızda BB tanılı hastaların TYB olan ve olmayan gruplara göre ilk hastalık dönemine ait özellikleri karşılaştırıldığında TYB olan grupta ilk hastalık dönemi olarak öforik mani (%55,6), karma dönem (%22,2) ve depresyon (% 22,2); TYB olmayan grupta öforik mani (%47,7), karma dönem (%16,9), hipomani (%1,5) ve depresyon (% 33,8) olarak tespit edilmiştir. Karma dönem, hipomani ve depresyon dönemi bir grup oluşturulup öforik mani ile karşılaştırıldığında dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p 0,732). İlk hastalık dönemini tetikleyen yaşam olayı, ilk hastalık döneminin şiddeti ve ilk

hastalık döneminin katatonik ile seyredip seyretmemesi gibi özellikler açısından da anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hastaların hiç birinde ilk hastalık döneminde katatonik özellik tespit edilmemiştir.

BB tanılı hastaların TYB olan ve olmayan gruplara göre ilk hastalık dönemine ait özelliklerinin verileri karşılaştırıldığında; anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Ayrıntılı bilgiler Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre İlk Hastalık Dönemine Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

		TOPLAM		TYB YOK		TYB VAR		P
		n (74)	%	n (65)	%	n (9)	%	
İlk hastalık dönemi	Öforik mani	36	48,6	31	47,7	5	55,6	0,732
	Karma episod	13	17,5	11	16,9	2	22,2	
	Hipomani	1	1,3	1	1,5	0	0	
	Depresyon	24	32,6	22	33,8	2	22,2	
Atağı tetikleyen yaşam olayı	YOK	60	81,1	52	80,0	8	88,9	1,000
	VAR	14	18,9	13	20,0	1	11,1	
İlk atağın şiddeti	Hafif	16	21,6	14	21,5	2	22,2	0,476
	Orta	33	44,5	30	46,2	3	33,3	
	Şiddetli	25	33	21	32,3	4	44,4	

Klinik seyir özelliklerinden psikotik belirti varlığına göre duygudurumu ile uyumlu psikotik belirtisi olanlar bir grup; psikotik belirtisi olmayanlar, duygudurumu ile uyumsuz psikotik belirtisi olanlar ve hem duygudurumu ile uyumlu hem de duygudurumu ile uyumsuz psikotik belirtisi olanlar diğer grup olarak değerlendirilmiştir ve bu iki grubun karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,005$). Hasta grubunda hiçbir hastada hızlı döngülülük tespit edilmemiştir. BB tanılı hastaların TYB olan ve olmayan gruplara göre klinik seyir özelliklerinin verileri karşılaştırıldığında; anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Ayrıntılı bilgiler Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Klinik Seyir Özelliklerinin Karşılaştırılması

		TOPLAM		TYB YOK		TYB VAR		P
		n (74)	%	n (65)	%	n (9)	%	
Özkıyım girişimi	Yok	66	89,2	58	89,2	8	88,9	1,000
	Var	8	10,8	7	10,8	1	11,1	
Mevsimsel özellik	Yok	62	83,8	56	86,2	6	66,7	0,156
	Var	12	16,2	9	13,8	3	33,3	
Psikotik belirti varlığı	DD uyumlu (+)	33	44,6	30	46,2	3	33,3	0,723
	yok	26	35,1	23	35,4	3	33,3	
	DD uyumsuz(-)	4	5,4	4	6,2	0	0	
	DD (+) ve DD (-)	11	14,9	8	12,3	3	33,3	
Peripartum özellik (N=35)	YOK	62	83,8	53	81,5	9	100,0	0,339
	VAR	12	16,2	12	18,5	0	0	

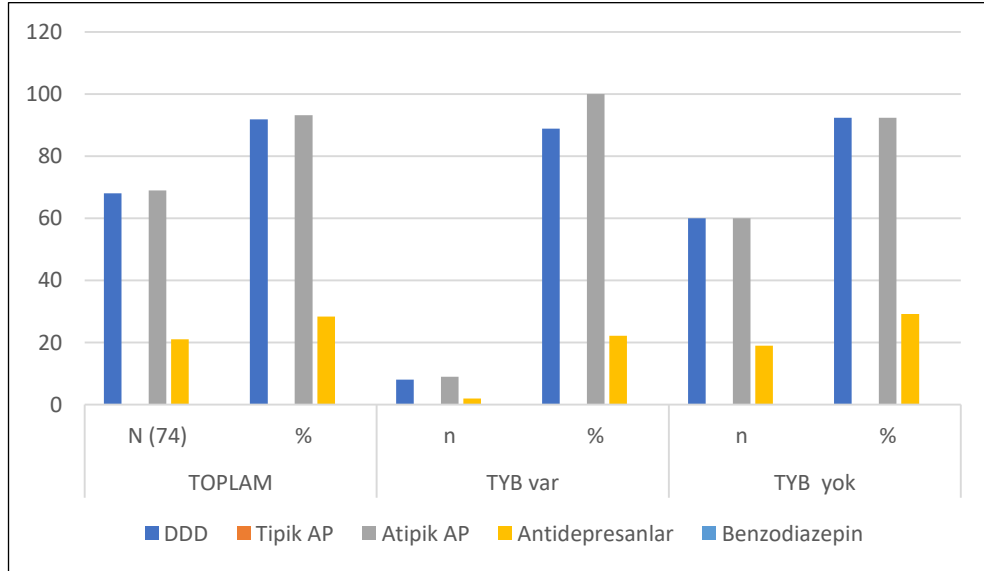
Tablo 10. Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Klinik Seyir Özelliklerinin Karşılaştırılması

	TYB var (n=9)	TYB yok (n=65)	p
Toplam duygudurum dönemi sayısı	6,33±5,74	4,67±2,16	0,416
T. hastanede yatış sayısı	4,11±4,62	2,47±2,29	0,325
Mani dönemi sayısı	4,33±6,32	2,52±2,08	0,418
Hipomani dönemi sayısı	0,55±0,88	0,86±1,01	0,392
Depresyon dönemi sayısı	1,44±1,13	1,29±1,23	0,728
BB başlangıç yaşı (yıl)	25,00±7,10	25,95±9,22	1,000
Hastalık süresi (yıl)	11,44±7,12	15,63±8,97	0,233

BB hasta grubundaki hastaların TYB olan ve olmayan gruplarına göre sağaltımları incelenmiştir. Kullanılan ilaçlar lityum, valproik asit, lamotrijin, olanzapin, risperidon, ketiyapin, aripiprazol, paliperidon, amisülpirid, tipik antipsikotikler, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI), benzodiazepinler ve bupropiyon olarak gruplandırılmıştır. Ayrıca lityum, valproik asit ve lamotrijin, duygudurum düzenleyicileri (DDD) olarak, olanzapin, risperidon, ketiyapin, aripiprazol, paliperidon, amisülpirid atipik antipsikotik grubu olarak, SSRI, SNRI ve bupropiyon antidepresan sağaltım grubu olarak değerlendirilip hastaların sağaltımları yeniden karşılaştırılmıştır. Hastalar arasında tipik antipsikotik ve benzodiazepin kullananlar tespit edilmemiştir. Ayrıntılı bilgi Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Sağlıkım Kullanımının Dağılımının Karşılaştırılması

		TOPLAM		TYB var		TYB yok		p
		N (74)	%	n	%	n	%	
Sağaltım	DDD	68	91,8	8	88,8	60	92,3	0,554
	Tipik AP	0	0	0	0	0	0	
	Atipik AP	69	93,2	9	100	60	92,3	1,000
	Antidepresanlar	21	28,3	2	22,2	19	29,2	1,000
	Benzodiazepin	0	0	0	0	0	0	
Lityum		35	47,3	4	44,4	31	47,7	1,000
Valproikasit		33	44,06	4	44,4	29	44,6	1,000
Lamotrijin		14	18,9	0	0	14	21,5	0,193
Olanzapin		29	39,2	3	33,3	26	40	1,000
Risperidon		10	13,5	2	22,2	8	12,3	0,600
Ketiypin		21	28,4	2	22,2	19	29,2	1,000
Aripiprazol		14	18,9	1	11,1	13	20	1,000
Paliperidon		2	2,7	1	11,1	1	1,5	0,230
Amisülpirid		2	2,7	1	11,1	0	0	0,122
Tipik antipsikotikler		0	0	0	0	0	0	
SSRI		19	25,7	2	22,2	17	26,2	1,000
SNRI		1	1,4	0	0	1	1,5	1,000
Benzodiazepin		0	0	0	0	0	0	
Bupropiyon		1	1,4	0	0	1	1,5	1,000

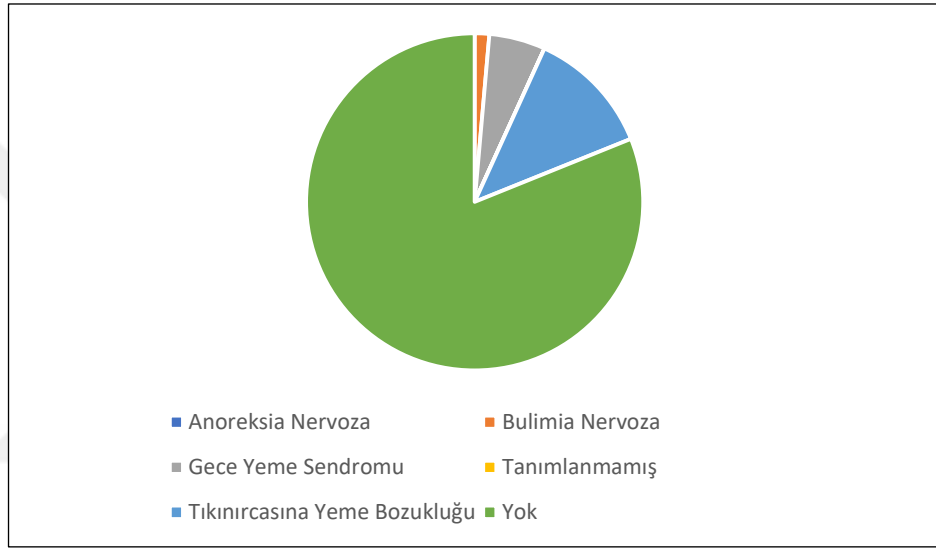


Grafik 1. Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplara Göre Sağlıkım Kullanımının Dağılımının Karşılaştırılması

BB grubundaki hastaların diğer yeme bozuklukları açısından dağılımı da incelenmiştir. Ayrıntılı bilgi Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Bipolar Bozukluk Grubundaki Hastaların Yeme Bozukluklarının Dağılımı

BB (n=74)		n (%)
Diğer Yeme Bozuklukları	Anoreksia Nervoza	0
	Bulimia Nervoza	1 (1,4)
	Gece Yeme Sendromu	4 (5,4)
	Tanımlanmamış	0



Grafik 2. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Yeme Bozukluklarının Dağılımı

BB tanılı hastalarda TYB olan ve olmayan gruplara göre GYA, YTT ve YBDÖ'nin toplam ve alt ölçeklerinin puanları incelenmiştir. TYB olan grubunda; GYA hariç diğer ölçeklerin puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıntılı bilgi Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Bipolar Bozukluk Tanılı hastaların Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Grupların GYA, YTT ve YBDÖ Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması

	TYB var (n=9)	TYB yok (n=65)	p
Gece Yeme Anketi (GYA)	25,77±12,29	17,76±9,70	0,067
Yeme Tutumu Testi (YYT)	41,55±12,03	20,69±9,30	<0,001
Kısıtlama	3,71±1,49	1,46±1,57	<0,001
Yeme endişesi	4,25±1,03	1,10±1,30	<0,001
YBDÖ			
Beden endişesi	4,18±0,58	1,79±1,59	<0,001
Kilo endişesi	3,58±0,97	1,57±1,40	<0,001
Toplam	3,91±0,76	1,46±1,24	<0,001

BB tanılı hastalarda TYB olan ve olmayan grupların DİS/DAS ölçeği puanlarının dağılımı incelenmiştir. TYB olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında DİS ölçeği ve DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık, eğlence arayışı ve dürtü altölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıntılı bilgi Tablo 14’te verilmiştir.

Tablo 14. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Varlığına Göre DİS/DAS Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması

	TYB var (n=9)	TYB yok (n=65)	p
DİS	21,22±2,10	20,78±3,88	0,993
Ödüle duyarlılık	17,11±1,16	16,87±3,74	0,398
DAS			
Eğlence arayışı	11,00±2,91	11,32±2,74	0,635
Dürtü	10,88±3,01	10,55±2,94	0,790

BB tanılı hastalarda TYB olan ve olmayan grupların SF-36 ölçeğinin altölçek puanlarının dağılımı incelenmiştir. TYB olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında fiziksel rol gücü, genel sağlık ve mental sağlık altölçek puanlarının TYB olan grupta anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmüştür (p 0,034, 0,015 ve 0,001). Ayrıntılı bilgi Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan ve Olmayan Gruplarda SF-36 Ölçeği Puanları Arasındaki Dağılımın Karşılaştırılması

	TYB var (n=9)	TYB yok (n=65)	p
Fiziksel fonksiyon	66,66±25,24	77,61±22,43	0,200
Rol güçlüğü fiziksel	27,77±29,16	56,53±38,08	0,034
Ağrı	73,11±20,05	68,15±20,79	0,451
Genel sağlık	41,77±23,59	60,16±20,40	0,015
Vitalite	45,00±19,20	57,30±20,13	0,107
Sosyal fonksiyon	47,22±17,43	66,73±21,79	0,005
Rol güçlüğü emosyonel	36,88±38,90	48,93±36,29	0,338
Mental sağlık	45,77±15,88	69,53±44,08	0,001

BB hastalarının klinik seyir özellikleri arasındaki korelasyona bakıldığında; hastalık süresi ile BB başlangıç yaşı arasında negatif yönde ve anlamlı ($r = -0,327$, $p = 0,001$); toplam duygudurum dönemi sayısı ($r = 0,367$, $p = 0,001$), hipomani ($r = 0,383$, $p = 0,001$) ve depresyon ($r = 0,315$, $p = 0,006$), dönemleri sayıları ile pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. BB başlangıç yaşı ile toplam duygudurum dönemi sayısı arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon gözlenmiştir ($r = -0,317$, $p = 0,006$). Hipomani dönemi sayısı ile depresyon dönemi sayısı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,351$, $p = 0,002$). Ayrıntılı bilgi Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16. Bipolar Bozukluk Grubunda Klinik Seyir Özelliklerinin Korelasyon Analizi

	Hastalık Süresi		BB Başlangıç Yaşı		Toplam dd Dönemi Sayısı		Toplam Has. Yatış Sayısı		Mani Dönemi Sayısı		Hipoani Dönemi Sayısı		Depresyon Dönemi Sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Hastalık süresi			-0,327	0,004	0,367	0,001	0,180	0,124	0,094	0,426	0,383	0,001	0,315	0,006
BB başlangıç yaşı					-0,317	0,006	-0,287	0,013	-0,268	0,021	-0,230	0,049	0,095	0,419
Toplam dd dönemi sayısı							0,800	<0,001	0,800	<0,001	0,196	0,095	0,246	0,035
Toplam has. Yatış sayısı									0,897	<0,001	-0,246	0,035	-0,90	0,444
Mani dönemi sayısı											-0,297	0,010	-0,297	0,010
Hipoani dönemi sayısı													0,351	0,002

BB hastalarının klinik seyir özellikleri ile çalışmamızda kullanılan ölçekler arasındaki korelasyona bakıldığında; toplam duygudurum dönemi sayısı ile yeme tutumu testi arasında pozitif yönde ve anlamlı ($r = 0,234$, $p = 0,044$) ve SF-36'nın altölçeği olan sosyal fonksiyon puanı ile negatif yönde ve anlamlı ($r = -0,236$, $p = 0,043$) bir korelasyon saptanmıştır. Mani dönemi sayısı ile YTT ölçeği puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır ($r = 0,231$, $p = 0,048$). Ayrıntılı bilgi Tablo 17'de verilmiştir.



Tablo 17. Bipolar Bozukluk Grubunda Klinik Seyir Özellikleri ile Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

	Hastalık Süresi		BB Başlangıç Yaşı		Toplam dd Dönemi Sayısı		Toplam has. Yatış Sayısı		Mani Dönemi Sayısı		Hipoani Dönemi Sayısı		Depresyon Dönemi Sayısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DİS	0,91	0,443	0,097	0,409	0,056	0,638	0,100	0,394	0,058	0,623	-0,049	0,681	0,030	0,802
ÖD	-0,036	0,763	0,46	0,698	0,048	0,684	0,053	0,654	0,101	0,391	-0,137	0,244	-0,019	0,875
DAS	-0,198	0,090	0,100	0,394	0,080	0,497	-0,015	0,898	0,038	0,747	-0,017	0,889	0,109	0,357
Dürtü	-0,207	0,054	0,078	0,508	0,024	0,842	-0,10	0,933	0,034	0,774	-0,029	0,804	-0,003	0,983
GYA	0,018	0,882	0,029	0,809	0,087	0,460	-0,006	0,963	0,025	0,835	0,016	0,895	0,131	0,265
YTT	0,054	0,646	-0,044	0,709	0,234	0,044	0,165	0,160	0,231	0,048	-0,005	0,968	-0,006	0,959
TOPLAM	-0,214	0,067	0,017	0,889	0,092	0,437	0,047	0,693	0,107	0,365	-0,114	0,330	0,050	0,669
Kısıtlama	-0,173	0,141	0,042	0,721	0,061	0,605	0,018	0,877	0,090	0,446	-0,178	0,129	0,072	0,540
YBDÖ	-0,212	0,69	-0,018	0,880	0,169	0,150	0,145	0,217	0,201	0,086	-0,125	0,287	0,013	0,910
BE	-0,183	0,118	0,044	0,711	0,018	0,877	-0,20	0,863	0,012	0,920	-0,028	0,811	0,037	0,752
KE	-0,207	0,076	0,013	0,914	0,063	0,595	0,014	0,905	0,067	0,568	-0,64	0,586	0,037	0,753
FF	0,81	0,494	-0,014	0,903	0,019	0,870	0,040	0,734	0,082	0,489	0,016	0,892	-0,165	0,161
FRG	0,108	0,361	0,067	0,573	-0,161	0,170	-0,227	0,052	-0,131	0,266	0,032	0,785	-0,087	0,460
Ağrı	0,136	0,248	-0,062	0,600	0,176	0,133	0,157	0,182	0,180	0,125	0,022	0,853	-0,040	0,735
GS	0,091	0,441	0,038	0,746	-0,155	0,188	-0,052	0,663	-0,022	0,852	-0,108	0,358	-0,219	0,061
Vitalite	0,124	0,294	-0,051	0,665	-0,148	0,207	-0,083	0,483	-0,050	0,675	-0,030	0,799	-0,202	0,085
SF	-0,20	0,869	-0,003	0,981	-0,236	0,043	-0,185	0,114	-0,193	0,099	0,030	0,797	-0,111	0,348
ERG	0,157	0,181	0,125	0,290	-0,145	0,217	-0,201	0,086	-0,173	0,140	0,0119	0,311	-0,019	0,870
MS	0,159	0,176	-0,145	0,290	0,016	0,893	0,043	0,714	-0,63	0,594	0,024	0,838	0,169	0,150

BB grubunda VKİ ve kullanılan ölçeklerin korelasyonları bakıldığında anlamlı sonuçlar saptanmıştır. VKİ ile YBDÖ'nin yeme endişesi alt ölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı ($r = 0,366$, $p = 0,001$) bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca VKİ ile DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık ($r = -0,302$, $p = 0,009$) ve eğlence arayışı ($r = -0,310$, $p = 0,049$) altölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır. GYA ile SF-36 ölçeğinin vitalite ($r = -0,345$, $p = 0,003$) ve sosyal fonksiyon ($r = -0,302$, $p = 0,009$) altölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. YBDÖ'nin alt ölçekleri ve SF-36 ölçeğinin alt ölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Ayrıntılı bilgi Tablo 18'de verilmiştir.



Tablo 18. Bipolar Bozukluk Grubunda Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi

	VKİ						YTT						GYA						YBDÖ						
	r		p		r		p		r		p		r		p		r		p		r		p		
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	
VKİ																									
DİS	-0,125	0,290	0,247	0,034	0,154	0,189	0,270	0,020	0,057	0,629	0,366	0,001	0,284	0,014	0,061	0,227	0,052								
DAS	-0,302	0,009	-0,035	0,768	0,127	0,279	0,164	0,163	0,149	0,205	-0,003	0,981	0,219	0,061	0,234	0,014	0,907								
ÖD	-0,310	0,007	-0,63	0,592	-0,032	0,784	0,200	0,087	-0,182	0,121	-0,140	0,234	-0,140	0,234	0,014	0,907									
Dürtü	-0,153	0,194	-0,083	0,483	0,159	0,176	0,003	0,983	0,160	0,174	-0,060	0,613	-0,035	0,766	-0,057	0,632									
FF	-230	0,049	0,012	0,918	0,077	0,514	-0,033	0,782	0,091	0,439	-0,067	0,570	-0,080	0,500	-0,059	0,618									
FRG	-0,009	0,941	0,012	0,918	-0,239	0,040	-0,253	0,030	-0,041	0,727	-0,344	0,003	-0,296	0,010	-0,218	0,062									
Ağrı	-0,093	0,428	-0,015	0,899	-0,099	0,401	-0,271	0,019	-0,112	0,340	-0,245	0,036	-0,351	0,002	-0,253	0,030									
GS	0,055	0,642	0,044	0,711	-0,197	0,093	-0,149	0,205	-0,173	0,140	-0,050	0,673	0,087	0,460	-0,225	0,054									
Vitalite	-0,138	0,241	0,012	0,918	-0,179	0,127	0,221	-0,059	-0,176	0,133	-0,170	0,148	-0,202	0,084	-0,231	0,013									
SF	-0,020	0,869	-0,052	0,659	-0,345	0,003	-0,301	0,009	-0,136	0,249	-0,351	0,002	0,293	0,011	-0,292	0,012									
ERG	0,157	0,181	0,152	0,197	-0,302	0,009	-0,223	0,056	-0,127	0,282	-0,374	0,001	-0,143	0,225	-0,147	0,212									
MS	0,159	0,176	0,103	0,384	-0,034	0,771	-0,175	0,136	-0,161	0,171	-0,163	0,166	-0,122	0,299	-0,165	0,159									
					-0,112	0,342	-0,168	0,153	-0,017	0,885	-0,207	0,077	-0,210	0,072	-0,167	0,155									

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı BB tanısı alan hastalarda TYB sıklığının ve bu sıklığın BB'nin klinik özellikleri ile bağlantısının araştırılması ile birlikte BB'de görülen TYB'nin ne tür öngörücüleri olduğunun belirlenmesidir. Ayrıca BB hastalarında TYB tanısı olan ve olmayanlar arasında sosyodemografik özellikler, klinik değişkenler, yeme tutumu, kişilik özellikleri ve yaşam kalitesinin karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Araştırma kapsamında Haziran 2018 ve Haziran 2019 tarihleri arasında 74 BB hastası ve onlarla yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleşmiş 74 kontrol incelenmiştir. 74 BB hastasından 65 (%87,9) kişinin BB tip I, 9 (%12,1) kişinin BB tip II olduğu saptanmıştır.

BB tanılı kişilerde yeme bozukluğu görülme sıklığının arttığı bilinmektedir. Literatürü incelediğimizde; genel popülasyondaki tıknırcasına yeme bozukluğu ve tıknırcasına yeme davranışları % 2-5 iken, BB'da, komorbid TYB ve tekrarlayan tıknırcasına yeme davranışının görülme oranları sırasıyla % 15 ve% 17 olarak hesaplanmıştır [14]. Çalışmamızda BB grubunda TYB sıklığı %12,2 ve kontrol grubundaki TYB sıklığı %1,3 saptanmış ve bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$). Bu açıdan çalışmamız literatür ile uyumlu görülmektedir. Kessler ve arkadaşlarının yürüttükleri bir çalışmada, TYB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1.4 olduğu gösterilmiştir [13]. 875 BB hastası ile yapılan ve %56'sı kadın olan bir çalışmada hastaların % 8,8'inde TYB tespit edilmiştir [95]. McElroy ve arkadaşlarının 1092 BB hastası üzerinde yaptığı çalışmada; örneklemin %62'sinin kadın olduğunu ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre hastaların %12'sinde TYB saptanmıştır [99]. Fornaro ve arkadaşlarının BB tip I, tip II ve siklotimik bozukluklardan oluşan 148 kadın hasta üzerinde yaptığı çalışmada; hastaların %14,2'sinde TYB saptanmıştır [140]. Genel popülasyonda ve BB hastaları arasındaki TYB sıklığının literatürdeki çalışmalarda farklılık gösterdiği görülmektedir. Bu durum, özdeş olmayan örneklem grupları seçilmesiyle ve TYB tanısının klinik görüşmelerle koyulmasıyla ilgili olabilir. Çalışmamızda yeme bozuklukları tanıları klinik görüşme ile konulmuştur.

Çalışmamıza katılan BB tanılı hastaların 39'u (%52,7) erkek, 35'i (%47,3) kadındır. BB hasta grubunda TYB tespit edilen 9 kişinin 7'si (%77,8) erkek 2'si (%22,2) kadındır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p 0,158). DSM-IV'ün tahmini yaşam boyu TYB prevalansı; kadınlar arasında %3,5; erkekler arasında % 2'dir [12]. Diğer yeme bozukluklarına göre TYB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü ancak yine de kadın/erkek oranının kadınlar lehine olduğu bilinmektedir. Literatürde kadınlara göre erkeklerde yüksek oranda TYB'nin saptandığı çalışmalar da mevcuttur. Ramacciotti ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 29 erkek ve 22 kadın (toplam 51 hasta) BB hastası incelenmiş; 6 erkek ve 3 kadın olmak üzere toplamda 9 (%17,7) kişiye TYB tanısı koyulmuştur [96]. Literatürdeki BB hasta grubunda TYB'yi değerlendiren çalışmalar incelendiğinde çoğu çalışmada kadın denek oranlarının yüksek olduğu ya da çalışmaların sadece kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda BB grubunda kadınlarda daha sık TYB tespit edilirken çalışmamızda erkeklerde daha fazla TYB tespit edilmesinin nedeni çalışmamızın örneklem grubunun erkek ağırlık olması olabilir.

Çalışmamızda BB hasta grubu ve kontroller VKİ yönünden incelendiğinde; BB grubunun VKİ'si anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p <0,001). BB hastalarında TYB olan ve olmayan gruplar VKİ üzerinden karşılaştırıldığında TYB olan grubun VKİ'si anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p 0,007).

Yapılan bir gözden geçirmede; diğer yeme bozukluklarına göre TYB'nin hastalık süresinin daha uzun olduğu ve obeziteyle daha fazla ilişkili olduğu gösterilmiştir [141]. TYB, obez bireylerde sıklıkla görülmektedir ancak TYB ve obezite arasında psikopatoloji, kilo ve şekil kaygıları ve yaşam kalitesi açısından farklılıklar mevcuttur [141]. Çeşitli çalışmalarda; obez kişilerde TYB oranının %8 olabileceği tahmin edildiği, kilo vermek için hastaneye başvuran kişilerde TYB'nin % 25-30 olarak görüldüğü, bariatrik cerrahi hastalarının yarıya yakınının TYB tanısı aldığı gösterilmiştir [7]. Pike ve arkadaşları TYB'e sahip 150 kadını ve 150 sağlıklı kontrolü karşılaştırdıklarında; TYB'e sahip kadınlarda vücut kitle indeksi (VKİ) skorlarının ve obezite oranının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir [142]. Çalışmamızda BB hastalarında TYB olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, TYB olan grubun boy uzunluğu, vücut ağırlığı, VKİ, bel çevresi ve sahip olduğu en yüksek kilo ölçümleri yüksek bulunmuştur. Vücut ağırlığı, VKİ, en yüksek kilo ve

bel çevresi arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıdır (p değerleri sırasıyla 0,001, 0,007, 0,001, 0,005). TYB'e sahip 9 hastadan 5'i (%55,6) fazla kilolu, 3'ü (%33,3) obez ve 1'i (%11,1) morbid obezdir. Çalışmamızın sonuçlarına göre BB hastalığının VKİ'yi anlamlı bir şekilde artırdığından, BB ve komorbid TYB'de ise VKİ'nin anlamlı derecede daha da arttığından söz edebilir. TYB olmayan popülasyona göre, TYB'de; tıknırcasına yeme ataklarının olması, bu ataklarda yüksek kalorili yiyecekler tüketilmesi ve telafi davranışlarının olmaması ile vücut ağırlığı, bel çevresi ve VKİ'inde yüksek değerler görülebilir. BB'a komorbid TYB ile obezite ve ciddi obezite arasındaki pozitif ilişki daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir.

Çalışmamızda BB tanılı hastaların TYB olan ve olmayan gruplara göre ilk hastalık dönemine ait özellikleri karşılaştırıldığında; ilk hastalık dönemi olarak öforik mani, karma epizod, hipomani ve depresyon olanlarda (p 0,732), ilk hastalık dönemini tetikleyen yaşam olayının varlığında (p 1,000), ilk hastalık dönemi şiddetinde (p 0,476), katatoni ile seyredip seyretmediği yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda TYB olan BB tanılı hastaların, TYB olmayanlara göre; hastalık başlangıç yaşı küçük ve hastalık süresi kısa olarak bulunmuş ve her ikisinde de istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterilememiştir (p>0,05). 1092 BB tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu eştanısı olmayan BB hastalarına kıyasla, DSM-5 yeme bozukluğu eştanısı olan BB hastalarının; BB başlangıç yaşının erken olduğu, Yeme Bozukluğu Tanı Skorlarının (Eating Disorder Diagnostic Scale) yüksek olduğu, önemli derecede fazla özkıyım girişiminin, anksiyete bozukluğu eştanılarının ve duygudurum labilitésinin olduğu; anlamlı olarak yüksek ortalama VKİ'ye, anlamlı derecede yüksek obezite oranına sahip oldukları gösterilmiştir [99].

Fornaro ve arkadaşlarının 148 BB tanılı kadın hastayı yeme bozuklukları açısından incelemişlerdir. 23 kişi AN, 21 kişi TYB ve 8 kişi BN tanısı tespit ederek yeme bozukluklarını kendi içinde birleştirerek gruplamışlardır ve gruplar arasında hızlı döngülülük ve VKİ açısından anlamlı farklılıklar tespit etmişler ancak özkıyım girişimi, psikotik semptomların varlığı, ek psikiyatrik hastalıklar ve hastalık başlangıç yaşı açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [140]. Çalışmamızda BB tanılı hastaların TYB olan ve olmayan gruplara göre klinik seyir özelliklerine

bakıldığında tam düzelmenin (p 1,000), hızlı döngülülüğün, özkıyım girişiminin (p 1,000) ve mevsimsel özelliğın (p 0,156) olup olmaması yönünden, psikotik semptomların varlığı (p 0,723) ve peripartum özellik (p 0,339) açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Ayrıca TYB olan BB tanılı hastalarda toplam hastalık dönemi sayısı, toplam hastaneye yatış sayısı, mani dönemi sayısı ve depresyon dönemi sayısı istatistiksel olarak anlamlı olmayacak şekilde yüksektir (p 0,325, 0,418 ve 0,728). Hipomani dönemi sayısı TYB olmayan grupta daha yüksektir ancak anlamlı gösterilememiştir (p 0,392). Yapılan bir çalışmada BB tanılı kadın hastalarda obezite, özkıyım düşüncesi ve rezidüel duygudurum belirtileri ile yeme bozuklukları belirtileri arasında bir ilişki gösterilmiştir [143]. 137 BB tip I tanılı kadın hastada yeme bozukluklarını araştıran bir çalışmada; yeme bozukluklarının varlığı ile özkıyım girişimi, alkol ve madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları komorbiditesi, depresyon dönemi ve duygudurum dönemleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki ve BB başlangıç yaşı ile negatif anlamlı bir ilişki gösterilmiştir [143]. Ancak bu çalışmada yeme bozuklukları ayrıştırılmamış, bütün yeme bozuklukları birleştirilerek, yeme bozukluğu olmayan hastalar ile karşılaştırılmıştır. Bütün yeme bozukluklarını beraber ele alması ve sadece kadın deneklerden oluşması ile çalışmamızın deseninden farklıdır. 875 BB tanılı hastada AN, BN ve TYB'yi inceleyen bir çalışmada TYB prevalansı % 8,8 saptanmış; herhangi bir yeme bozukluğuna sahip olmayan hastalara göre herhangi bir yeme bozukluğuna sahip olanların (AN, BN veya TYB) çoğunun kadın olduğu, şu anki yaşının ve hastalık başlangıç yaşının küçük olduğu, işlevi etkileyecek ilk depresyon ve ilk mani belirtilerinin daha erken ortaya çıktığı, mani/hipomani dönemi ve depresyon dönemi sayılarının fazla olduğu ve sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu gösterilmiştir [95]. AN, BN ve TYB kendi aralarında karşılaştırıldığında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. MacQueen ve arkadaşları, 138 BB tanılı hastada yaptıkları bir çalışmada, eşikaltı duygudurum bozukluğu olan hastaların, duygudurum döneminde olanlar (%16) ve ötimik olanlara (%5) kıyaslandığında belirgin olarak daha fazla sıklıkla yeme bozukluğuna sahip olduğunu belirtmişlerdir [144].

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında BB'a komorbid TYB bulunmasının, BB klinik özelliklerini nasıl etkilediği yönünde bir fikir birliği sağlanmadığı

görülmektedir. Bazı çalışmalarda BB'a komorbid TYB olan ve olmayan gruplar arasında BB'ın klinik özellikleri açısından anlamlı farklılıklar gösterilirken bazı çalışmalarda gösterilememiştir. Bunun bir nedeni çalışmalar arasında desen farklılığıdır. Çalışmaların bir kısmında örneklem grubu olarak sadece kadın BB hastaları değerlendirilmiş, bazı çalışmalarda yeme bozuklukları AN, BN ve TYB olarak karma bir şekilde ele alınmış, bir takım çalışmalarda klinik görüşme ile ya da yeme bozuklukları ölçekleri ile tanı konulmuştur. Ayrıca TYB DSM-5 ile ayrı bir yeme bozukluğu olarak ele alınmıştır.

Önceki çalışmalarda sağlıklı kontroller ile BB hastaları arasında genel DAS duyarlılığı ve ödüle duyarlılık ile eğlence arayışı açısından farklılık saptanmıştır [89]. Ampirik araştırmalar, belirtilerin yanı sıra, DİS/DAS duyarlılığı ile duygudurum bozukluğu tanıları arasındaki bir ilişkiyi desteklemektedir. Özellikle, 1) bipolar hastalığının artmış DAS ve daha az oranda azalmış DİS duyarlılığı ile ilişkili olduğu ve 2) DAS duyarlılığının mani dönemlerinin varlığı ile nedensel olarak bağlantılı olduğunu gösterilmiştir [90]. Çalışmamızda BB ve kontrol grupları arasında DİS/DAS ölçeği puanlarının dağılımına bakıldığında; DİS ölçeği ve DAS'ın eğlence arayışı altölçeği BB hasta grubunda anlamlı olmayacak şekilde düşüktür (0,748). DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık altölçeğinde BB grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur (p 0,008). DAS'ın dürtü alt ölçeğinde BB grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmayacak şekilde yüksek hesaplanmıştır (p 0,707).

Literatürde BB hastalarında DİS ölçek puanlarının ve DİS duyarlılığının düşük olması beklenmektedir. Bu açıdan baktığımızda çalışmamız DİS ölçeği açısından literatür ile uyumludur. Ayrıca literatürde BB hasta grubunda artmış DAS duyarlılığı ve DAS altölçeklerinde artış beklenmektedir. Çalışmamızda sadece dürtü altölçeğinde BB grubunda kontrollere göre anlamlı olmayan bir şekilde yüksek, ödül duyarlılığında istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ve eğlence arayışında anlamlı olmayan bir şekilde düşük hesaplanmıştır. Çalışmamızdaki bu veriler literatür ile çelişmektedir. Bunun bir nedeni çalışmamıza ötimik ve ilaç kullanan BB hastalarını seçmemiz olabilir. Literatürdeki çalışmalarda DAS duyarlılığı; özellikle mani dönemleri başta olmak üzere belirti varlığı ve şiddeti ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca mani/hipomani, depresyon ve ötimi dönemleri karışık bir şekilde değerlendirilmiştir. Çalışmamızda ise ötimik dönemdeki BB hastaları

değerlendirilmiştir. Yani belirtilerin olmadığı bir dönemde DAS duyarlılığı ve DAS puanları gerilemiş olabilir. Ayrıca çalışmamızda BB hastaların ötimik dönemdeki DİS/DAS ölçek puanları ile klinik özellikleri arasındaki korelasyonu bakılmış ve anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Kesitsel çalışmalarda, ötimik dönemde bile; 1) daha yüksek DAS puanları ve 2) davranışsal görevlerde daha fazla ödül tepkisi verme ve bunun kontrollere göre EEG'de sol frontal kortikal aktivite ile daha fazla bağlantılı olduğu gösterilmiştir [91]. Ayrıca hipomani belirtilerine yatkın olan bireyler, daha yüksek DAS duyarlılığı gösterilmiştir. Alloy ve arkadaşları hem DIS /DAS hem de SPSRQ (Sensitivity to punishment and reward questionnaire) ölçeklerine göre katılımcıları yüksek ve orta düzey olarak gruplandırıp yapılandırılmış tanısal görüşmeler uyguladılar [88]. Yüksek DAS puanlarına sahip bireylerin, yaşam boyu bipolar spektrum bozukluğu için tanısal kriterlere uyma ihtimalinin, orta düzeyde DAS puanlarına sahip olanlara göre 6 kat daha fazla olduğunu buldular. Hayden ve arkadaşları ötimik bipolar I hastalarının CARROT (Kart Düzenleme Ödül Duyarlılığı Amaç Testi) kart sıralama görevinde sağlıklı kontrollere göre daha yüksek ödül duyarlılığı gösterdiğini bildirmiştir, ancak bu durum DIS / DAS Ölçeklerinde ve EEG'de gösterilememiştir [92]. Bazı çalışmalarda da; genetik BB yükü olan ailelerde DAS puanlarının yüksek olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda; DAS puanlarının yüksekliğinin tekrarlayan mani dönemlerinin öngörücüsü olduğu gösterilmiştir. Alloy ve arkadaşları 136 BB tip II ve siklotimik hastaya ve 157sağlıklı kontrole başlangıçta DİS/DAS ölçeği uygulamışlar, yarı-yapılandırılmış görüşmeler yaparak belirtiler yönünden değerlendirmişler ve 33 ay takip etmişlerdir. BB tip II ve siklotimik hastalarının başlangıçtaki DAS ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur (DİS değil) ve BB tip II ve siklotimik hastalar arasında, yüksek DAS puanlarının, kısa bir süre içerisinde hipomani ve mani dönemlerinin başlamasını öngörebileceği sonucuna ulaşılmıştır [145].

Literatürdeki çalışmalarda; BB hastaların DAS ölçeği puanları, bipolar hastalar ve kontrol grupları arasında DAS ölçeği puanları, bipolar açısından riskli grupların DAS ölçeği puanları, duygudurum belirtileri olan hastaların belirti boyutları ile DAS ölçeği puanları karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda ödüle duyarlılık altölçeği hariç diğer ölçeklerde anlamlı farklar bulunmaması çalışmamızın desen

farklılığından kaynaklanabilir. Ayrıca çalışmamıza katılan sağlıklı kontrollerde alkol kullandığını bildirenlerin sayısı, hasta grubundan daha fazladır. Alkol kullanım bozukluğu olanlar çalışmamıza dahil edilmemiştir. BB ile alkol madde kullanımının komorbiditesinin yüksek olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda alkol kullanım bozukluğuna sahip olan hastalar elenerek belki de çalışmanın homojenitesi bozulmuş olabilir. Bu nedenle BB hasta grubunda alkol ve madde kullanan 4 kişi ve kontrol grubunda alkol kullanan 14 kişi çıkarıldıktan sonra DİS/DAS ölçeği karşılaştırılmaları yeniden yapılmış ve BB ve kontrol grupları arasındaki DAS'ın ödüle duyarlılık altölçeğindeki anlamlı farklılık ortadan kalkmıştır. Sonuç olarak DAS puanlarında literatürle çelişerek BB grubunda düşük saptanması; seçilen hasta ve kontrol popülasyonunun homojen olmaması, görece küçük olması ve ötimik-belirtisi olmayan- hastalar seçilmesinden kaynaklı olabilir.

Tıkınırcasına yeme sorununun BB hasta grubunda yaygın olduğu bilinmektedir. Bipolar depresyonda hipersomni ve hiperfaji gibi atipik özellikler özellikle belirgindir. BB hastalarında affektif bulguların ağır/ ciddi olması kullanılan ilaçların metabolik yan etkileri ve iştah artırıcı etkilerinin olması, duygudurum dönemlerinde iştahta artış ya da azalma gibi belirtiler görülmesi; eşlik eden TYB belirtilerini gölgeleyebilir. Bu nedenle komorbid yeme bozuklukları gözden kaçabilmektedir. Yeme bozukluklarında da duygudurum düzensizlikleri, davranışsal aktivasyon, dürtüsellik, uykusuzluk, irritabilite gibi duygudurum bozuklukları belirtileri görülebilmektedir [97]. Çalışmalarda tıkınırcasına yeme öncesinde negatif ruh halinin (sıkıntı, gerginlik, öfke vb) baskın olduğunu ve tıkinmanın bu negatif ruh halini hafiflettiği, hatta haz verdiği fakat aynı zamanda başka negatif duyguları da indüklediği gösterilmiştir ve bu tür afektif disregülasyonun bipolar nitelikte olduğu ileri sürülmektedir [98].

Literatürde yeme bozukluğu popülasyonlarında anksiyete eğiliminin ve ceza hassasiyetinin arttığı öne sürülmüştür. Örneğin, Ampollini ve arkadaşları 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada, yüksek zarardan kaçınma düzeylerinin, yeme bozukluklarının temel özellikleri olan endişe ve depresyon ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Daha önceki yapılan çalışmalarda yeme bozuklukları ve DİS/DAS sistemleri incelenmiştir. Yapılan bir çalışmada yeme bozukluğuna sahip hastalar, tedavisi ile yeme bozukluğu iyileşen hastalar ve sağlıklı grup DİS/DAS ölçekleri

üzerinden karşılaştırılmıştır. Çalışmada sağlıklı kontrollere göre yeme bozukluğuna sahip olanların (AN, BN ve tıknırcasına yeme) ve yeme bozukluğu iyileşen kişilerin DAS altölçekleri anlamlı olarak daha düşük, DİS ölçekleri anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Yeme bozukluğuna halen sahip olanlar ve yeme bozukluğu düzelenler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [126]. Çalışmamızda BB grubunda TYB olan ve olmayan hasta gruplarının DİS/DAS ölçek puanlarına bakıldığında; TYB olan grubun DİS ve DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık ve dürtü altölçeklerinin yüksek olduğu, DAS'ın eğlence arayışı altölçeğinin düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,005$). Çalışmamız, BB'ye komorbid TYB hastalarını DİS/DAS ölçekleri ile inceleyen ilk çalışmadır. Daha önceki çalışmalarda TYB ve BB'de ayrı ayrı DİS/DAS ölçeklerinde anlamlı farklılıklar gösterilmiştir. Ancak bu iki hastalığın komorbiditesi DİS/DAS ölçeklerindeki anlamlılığı gölgelemiş olabilir.

Obezlerle yapılan bir çalışmada, obezler “ciddi gıda aşermesi olan” ve “ılımlı gıda aşermesi olan” şeklinde iki gruba ayrılmış ve DİS/DAS ölçek puanları değerlendirilmiştir [146]. Ciddi gıda aşermesi olanlarda DİS ölçek puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Karbonhidrat tüketiminin geçici olarak depresif belirtileri önlediği yönündeki kanıtlar; depresyona sahip bireylerde tıknırcasına yeme davranışlarındaki artış ile kendi kendilerine tedavi sağladıkları düşündürmektedir [104]. BB'si olan hastalardaki tıknırcasına yeme davranışı duygudurumlarını düzenlemede, özellikle de depresif ataklarda koruyucu bir davranış olarak görünmektedir. Sonuç olarak çalışmamızda obezite, BB ve TYB gibi durumların bir arada bulunması DİS/DAS ölçeği sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda BB grubu ile kontrol grupları GYA, YTT ve YBDÖ üzerinden yeme tutumları ve patolojileri açısından da değerlendirilmiştir. GYA, YTT ve YBDÖ'nün beden endişesi, kilo endişesi, yeme endişesi altölçekleri ve toplam ölçek puanları BB grubunda anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür (her biri için $p<0,005$). Ayrıca araştırma kapsamında incelenen bireylerden GYA 25 puanın altında olanlar bir grup, 25 puan ve üzerinde olanlar başka bir grup olmak üzere sınıflandırılıp değerlendirildiğinde; BB tanılı hastalar içinde GYA puanı 25 ve üzerinde olanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur

($p < 0.001$). BB ve kontrol gruplarında yeme bozukluğu tanısı alanlardan daha fazla kişinin 25 puan ve üzerinde aldığı ve BB ve kontrol grupları arasında GYA sınıfı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandığı görülmüştür. Yine YTT 30 puan altında olanlar bir grup, 30 puan ve üzerinde olanlar başka bir grup olarak değerlendirildiğinde; BB tanılı hastalar içinde YTT puanı 30 ve üzerinde olanların yüzdesi kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p = 0.008$). BB ve kontrol gruplarında yeme bozukluğu tanısı alanlardan daha fazla kişinin 30 puan ve üzerinde aldığı ve YTT sınıfı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Aynı işlem YBDÖ'nün altölçekleri ve toplam puanı için yapıldığında; YBDÖ 4 puan altında alanlar bir grup, 4 puan ve üzerinde alanlar bir grup olarak değerlendirildiğinde, BB ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlara göre BB'nin yeme tutumunu etkilediğini ve yeme patolojilerine yol açtığını söylemek mümkündür.

Bipolar bozuklukta belirtilerin iyileşmesi ile işlevselliğin düzelmesi aynı anlama gelmemektedir. Tohen ve arkadaşları, yaptıkları bir çalışmada ilk duygudurum dönemi geçiren BB hastalarını 2 yıl incelemiştir [108]. 2 yılın sonunda hastaların belirtilerinin %99,5'i iyileşirken işlevsel iyileşmenin % 36,9'da kaldığı görülmüştür.

Çalışmamızda BB grubu ve sağlıklı kontroller SF-36 altölçekleri üzerinden değerlendirilmişlerdir. Kontrollere kıyasla BB grubunda SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon ($p = 0,003$), fiziksel rol güçlüğüne ($p < 0,001$), sosyal fonksiyon ($p < 0,001$) ve emosyonel rol güçlüğü ($p = 0,001$) altölçekleri istatistiksel olarak düşük hesaplanmıştır. SF-36 ölçeğinin mental sağlık, vitalite, genel sağlık ve ağrı altölçeklerinde BB grubunun puanları yine düşük hesaplanmıştır fakat aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu bilgiler eşliğinde değerlendirdiğimizde, çalışmamızdaki veriler literatüre uygun bir şekilde, BB hastalarında SF-36 ölçeğinde düşük puanlar saptanmış ve bu hasta grubunda yaşam kalitesinin düştüğü gösterilmiştir.

Komorbidite ve fazla kilo veya obezite yaşam kalitesini olumsuz etkileyen özelliklerdir. BB hastaları TYB olanlar ve olmayanlar gruplandırılıp SF-36 ölçek puanları ile karşılaştırıldığında TYB olan BB hastalarının fiziksel rol güçlüğü ($p < 0,034$), genel sağlık ($p < 0,015$), sosyal fonksiyon ($p < 0,005$) ve mental sağlık (p

0,001) altölçek puanları anlamlı olarak düşük hesaplanmıştır. SF-36'nın ağrı altölçeği hariç diğer altölçekleri TYB olan grupta düşük hesaplanmış ancak anlamlılık gösterilememiştir. Ağrı altölçeği TYB olan grupta yüksek hesaplanmış ancak anlamlı fark gösterilememiştir. Sosyal fonksiyon ve fiziksel rol güçlüğü hem BB-KONTROL hem de BB hastalarındaki TYB olan ve olmayanların karşılaştırılmalarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre ve literatüre uyumlu bir şekilde BB hastalığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve BB hastaları arasında komorbid TYB'ye sahip olanların yaşam kalitesinin daha da kötü etkilendiğinden bahsedebiliriz.

Dean ve arkadaşları psikososyal ölçekleri kullanan 65 çalışmayı incelemişlerdir ve BB hastalarının yaşam kalitesi seviyelerinin unipolar depresyonda gözlenenlere benzer ve kronik tıbbi koşullarda olanlara eşit veya daha düşük olduğu sonucuna varmışlardır [147]. Ishak ve arkadaşları BB hastalarında kapsamlı bir sistematik inceleme yapmışlardır [106]. Yazarlar, BB'nin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirgin olduğunu, ancak BB'nin diğer kronik psikiyatrik ve tıbbi durumlarla karşılaştırıldığında yaşam kalitesindeki etkisinin muğlak/şüpheli olduğu sonucuna varmışlardır. Ayrıca, komorbid koşulların, BB'da yaşam kalitesi üzerinde daha fazla olumsuz etkiye sahip olduğunu ve farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi müdahalelerinin yaşam kalitesini artırdığını göstermişlerdir.

Rezidüel belirtiler ve bilişsel fonksiyonlardaki bozulmalar psikososyal ve mesleki işleyişi etkilemekte ve ekonomik üretkenlikte önemli maliyetler ortaya koymaktadır [109]. Çalışmamıza baktığımızda BB grubu ve kontroller arasında; kontrol grubunda 49 (%66,2) kişi çalışırken BB grubunda 31 (%41,9) kişi çalıştığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p = 0,003$) bulunmuştur. Aynı şekilde kontrol grubunda 55 (%74,3) kişinin evli, BB grubunda 39 (%52,7) kişinin evli olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0,010$). Evlilik ve çalışma durumu sosyal ve mesleki işlevselliğini bir göstergesi olabilir ve bu veriler BB hastalarının sosyal ve mesleki işlev kaybını göstermektedir.

Çalışmamızda ayrıca BB hasta grubunun VKİ ile kullanılan ölçek puanlarının korelasyonları incelenmiştir. VKİ ile 1) DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık ($r = -0,302$, $p = 0,009$) ve eğlence arayışı ($r = -0,310$, $p = 0,007$) altölçeklerinin negatif yönde ve anlamlı olarak korelasyon gösterdiği; 2) YBDÖ'nin yeme endişesi ($r = 0,366$, $p = 0,001$) altölçeği

arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyonlar göstermiştir. Çalışmamızda görülmektedir ki; BB hasta grubunda VKİ arttıkça yeme davranışlarındaki patolojik tutumlarda artmaktadır. GYA ile SF-36'nın vitalite (r -0,345 p0,003) ve sosyal fonksiyon (r -0,302 p 0,009) altölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. YBDÖ'nin toplam puanı ile SF-36'nın vitalite (r -0,301 p 0,009) altölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. YBDÖ'nün yeme endişesi altölçeği ile SF-36'nın fiziksel fonksiyon (r -0,344 p 0,003), vitalite (r -0,351 p 0,002) ve sosyal fonksiyon (r-0,374 p 0,001) altölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. YBDÖ'nün beden endişesi altölçeği ile SF-36'nın fiziksel rol güclüğü (r -0,351 p 0,002) altölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. SF-36 ölçeğinde yüksek puanlar daha iyi bir yaşam kalitesini göstermektedir. Bu bilgiler eşliğinde yeme tutumundaki patolojiler artmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden söz edebiliriz.

Önceki araştırmalarda, BB olan hastalarda yaşam kalitesi ölçekleri ile ilişkili değişken klinik faktörler tanımlanmaya çalışılmıştır. Böylece bu faktörü iyileştirerek yaşam kalitesinin artırılması hedeflenmiştir. Çalışmalar, çökkünlük belirtilerin bipolar bozukluğu olan kişilerde yaşam kalitesini azalttığını göstermektedir. Hastalar duygudurum nöbetleri yaşamadığında dahi yaşam kalitesindeki azalmalar saptanmıştır [110]. Yapılan bir çalışmada BB hastalarının hastalık dönemlerine göre yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Hastalığın bütün dönemlerinde kontrollere göre yaşam kalitesinde bozulmaların olduğu, depresyon döneminde yaşam kalitesinde bozulmanın en fazla olduğu ve bunu mani/hipomani döneminin takip ettiği, en az bozulmanın ötimik dönemde olduğu, depresyon belirtileri geriledikçe yaşam kalitesindeki bozulmanın azaldığı belirtilmiştir [111]. Yapılan diğer çalışmalarda da yaşam kalitesindeki bozulmanın en güçlü yordayıcısı olarak çökkünlük belirtileri gösterilmiştir.

Çalışmamızda SF-36 ölçeği ile toplam duygudurum dönemi sayısı toplam hastanede yatış sayısı, mani dönemi sayısı, hipomani ve depresyon dönemleri sayıları gibi klinik özellikler arasındaki korelasyonlara bakılmış ancak anlamlı korelasyonlar saptanamamıştır.

Yapılan gözden geçirmelerde; 1) yaşam kalitesi ölçümlerinin BB popülasyonlarında semptom ölçümleriyle sadece küçük ila orta dereceli negatif korelasyonlara sahip olduğunu, 2) tedaviye cevap olarak belirtilerde azalma ile yaşam kalitesi değişikliği arasında ayrışmalar olduğu, 3) iyileşme değerlendirirken hastaların belirtilerine daha fazla odaklandıkları ve 4) bazı hastaların belirtilerinin ciddiyetine göre yaşam kalitesinde azalma tariflerken bazı hastaların daha düşük şiddetli belirtilere rağmen yaşam kalitesinde daha büyük bir bozulma tariflediklerine dair kanıtlar vardır [148]. SF-6'nın BB hasta grubunda duyarsız olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.

SF-36 ile 50 BB hastasını ve kontrolleri karşılaştırılmış ve BB hastalarının (çalışmaya mani, hipomani, depresyon ve ötimi dönemindeki hastalar dahil edilmiş) şu anda ötimik veya ötimik olmadıklarına bakılmaksızın, tüm SF-36 alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük puanlar saptanmıştır [149]. Aynı zamanda, depresif dönemler ve rezidüel depresif belirtiler BB'nin en sık görülen evresidir ve her ikisi de iş, sosyal ve aile yaşamındaki önemli bozulmalara yol açar [143]. Arnold ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada SF-36 ölçeği ile BB hastaları sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmış ve fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve emosyonel rol güçlüğü alt ölçeklerinde BB hastalarının puanları anlamlı derecede düşük tespit edilmiştir [109].

Yapılan çalışmalarda; 1) alkol kullanım sorunları ile başvuran olgularda tanı konmamış BB olasılığının %60 olduğu, 2) ECA çalışmasında (Epidemiological Catchment Area Study) BB tip I'li kişiler arasında madde kötüye kullanımı veya bağımlılığın yaşam boyu yaygınlığını % 60.7 olduğu ve en yaygın kötüye kullanılan maddenin alkol olduğu, 3) klinik ve toplum temelli çalışmalarda da kötüye kullanımı en çok olan madde olarak alkolün gösterildiği ve BB tip I hasta grubunda alkolle ilişkili hastalık prevalansının %46 bulunurken genel popülasyonda %14 bulunduğu gösterilmiştir [150]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda ve özellikle BB hastalarında alkol kullanımının ve alkol kullanım bozukluğunun daha yaygın olduğu gösterilmiştir [151].

Çalışmamıza BB ve kontrol gruplarına alkol kullanım bozukluğu olan hastalar kabul edilmemiştir. Çalışmamıza katılan BB hasta ve kontrol grupları madde, alkol ve sigara kullanımı yönünden incelendiğinde; BB grubunda 44 (%59,4)

ve kontrol grubunda 25 (%33,7)kişinin sigara kullandığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0,002$); BB grubunda 4 (%5,4) ve kontrol grubunda 14 (%18,9) kişinin alkol kullandığı ve aradaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0,024$); BB grubunda sadece 1 (%1,3) kişinin madde kullandığı tespit edilmiştir. Kontrol grubunda sigara paket yılının anlamlı olmayacak şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p > 0,05$). Çalışmamızda BB hasta grubunda TYB olan ve olmayan gruplar arasında sigara, alkol veya madde kullanımı ve sigara paket-yılı açısından incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Alkol kullanımı açısından bakıldığında kontrol grubunda anlamlı bir şekilde alkol kullanımının olduğu görülmektedir.

Tütün kullanımının bipolar bozukluğu olan kişilerde, bozukluğu olmayan bireylere göre iki ila üç kat daha yaygın olduğu bilinmektedir [152]. Çalışmamızın verileri bu açıdan literatür ile uyumludur. Türkiye’de alkol kullanım bozukluğu nikotin kullanımının aksine kültürel olarak yaygın değildir [153]. Çalışmamızda alkol kullanımına bakıldığında kontrol grubunda anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedenleri; ülkemizdeki dini ve kültürel olarak alkol kullanımının yaygın olmaması, çalışma deseninde alkol kullananların dışlanması veya hastaların klinik doktorlarına alkol kullandıklarını bildirmek istememeleri olabilir.

Çalışmamızda BB tanılı hastalarında, iştah üzerine belirgin etkisi olduğu bilinen atipik antipsikotikler dahil herhangi bir ilaç grubuyla TYB arasında ilişki tespit edilememiştir (duygudurum düzenleyiciler $p > 0,05$; atipik antipsikotikler $p > 0,05$; antidepresanlar $p > 0,05$).

Literatüre baktığımızda büyük hasta sayısı olan araştırmalarda bile farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. İlaçların TYB üzerine etkilerinin daha iyi anlaşılması açısından ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Literatürdeki çelişkili bilgilere rağmen, bizim araştırmamızda ilaç kullanımı ile TYB arasında ilişki bulunmaması; TYB tanısı koyulan hastaların VKİ ortalamalarının, kilo ortalamalarının ve bel çevresi ortalamalarının, TYB tanısı koyulmayan hastalara göre anlamlı olarak fazla çıkması ve bunun TYB tanısı koyulanlarda atipik antipsikotik veya antidepresanlar gibi iştah ve kilo üzerine etkisi olduğu bilinen ilaçlara bağlı olmadığını düşündürmesi bakımından önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada BB tanısı alan hastalarda TYB sıklığı ve bu sıklığın BB'ın klinik özellikleri ile bağlantısının araştırılmıştır. Ayrıca BB hastalarında TYB tanısı olan ve olmayanlar arasında sosyodemografik özellikler, yeme tutumu, kişilik özellikleri ve yaşam kalitesinin karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızda;

- BB hasta grubunda 9 (%12,1) ve kontrol grubunda 1 (%1,3) kişiye TYB tanısı konulduğu ve BB grubunda TYB oranının anlamlı olarak yüksek olduğu ($p = 0,022$),
- BB hasta grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunda evli olanların ve çalışanların sayısının anlamlı olarak yüksek olduğu,
- BB hasta grubu ile karşılaştırıldığında, kontrol grubunda alkol kullananların sayısının anlamlı olarak yüksek olduğu,
- Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BB hasta grubunda sigara kullananların sayısının anlamlı olarak yüksek olduğu ancak sigara paket yılı arasında anlamlı bir fark olmadığı,
- Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BB hasta grubunda vücut ağırlığı, şu ana kadarki en yüksek kilo, VKİ ve bel çevresi gibi ölçümlerin anlamlı olarak yüksek olduğu,
- Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BB hasta grubunda YYT, GYA ve YBDÖ'nin toplam ve yeme endişesi, kilo endişesi ve beden endişesi altölçeklerinin puanlarının anlamlı bir şekilde yüksek bulunduğu ($p < 0,005$),
- Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BB hasta grubunda DİS/DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık altölçeği puanının anlamlı bir şekilde düşük olduğu,
- Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BB hasta grubunda SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü altölçeklerinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu,

- BB hasta grubunda TYB olanlar ve olmayanları karşılaştırdığımızda; TYB olanlar grubunda vücut ağırlığı, şu ana kadarki en yüksek kilo, VKİ ve bel çevresi gibi ölçümlerin anlamlı bir şekilde yüksek olduğu ve diğer sosyodemografik ve kişilik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı,
- BB hastalarının TYB olan ve olmayan grupları arasında hastalığın ilk hastalık dönemi, klinik seyir özellikleri ve sağaltım seçenekleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı,
- BB hastalarının TYB olan grubun, olmayanlara göre, YTT ve YBDÖ'nin toplam ve tüm altölçek puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu,
- BB hastalarının TYB olan ve olmayan grupları arasında DİS/DAS ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı,
- BB hastalarının TYB olan grubun, olmayanlara göre, SF-36 ölçeğinin fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon, genel sağlık ve mental sağlık altölçeklerinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu,
- BB hastalığının klinik özelliklerinin korelasyonuna baktığımızda;
 - Toplam hastalık süresi ile toplam duygudurum dönemi sayısı, hipomani ve depresyon dönemleri sayısının anlamlı ve pozitif yönde korele olduğu,
 - BB başlangıç yaşı ile toplam duygudurum dönemi sayısının anlamlı ve negatif yönde korele olduğu,
 - Toplam duygudurum dönemi sayısı ile toplam hastanede yatış sayısı ve mani dönemi sayısının anlamlı ve pozitif yönde korele olduğu,
 - Hipomani sayısı ile depresyon dönemi sayısının anlamlı ve pozitif yönde korele olduğu
- BB hasta grubunun kullanılan ölçek puanlarının korelasyonları incelendiğinde;
- VKİ ile;
 - DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık ve eğlence arayışı altölçeklerinin negatif yönde ve anlamlı olarak korelasyon gösterdiği,
 - YBDÖ'nin yeme endişesi altölçeği arasında pozitif yönde ve anlamlı korelasyonun olduğu,

- GYA ile SF-36'nin vitalite ve sosyal fonksiyon altölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyon gösterdiği,
- YBDÖ'nin toplam puanı ile SF-36'nin vitalite altölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyonun olduğu,
- YBDÖ'nün yeme endişesi altölçeği ile SF-36'nin fiziksel fonksiyon, vitalite ve sosyal fonksiyon altölçekleri arasında negatif yönde ve anlamlı korelasyonların olduğu,
- YBDÖ'nün beden endişesi altölçeği ile SF-36'nin fiziksel rol güçlüğü altölçeği arasında negatif yönde ve anlamlı bir korelasyonun olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

BB ile TYB'nin komorbiditesini incelemenin bazı açılardan faydaları vardır. BB ve TYB ile başvuran hastaların tedavi düzenlemeleri gerekmektedir. Her iki hastalıkta da yarar sağlayacak farmakolojik veya psikoterapötik müdahalelerin seçilmesi önemlidir. Bu tür müdahaleler mevcut olmadığında tedavi seçenekleri olarak; her bir sendrom için diğerini olumsuz yönde etkilemeyecek terapötik yaklaşımlar değerlendirilmelidir. Hem TYB'deki duygudurum bozuklukları prevalansı hem de duygudurumlarında TYB prevalansı yüksek olduğu için hastaların bu yöndeki değerlendirilmeleri dikkatlice yapılmalıdır.

BB hastalarında TYB oranının yüksek çıkması ile, BB hastalarının yeme bozuklukları açısından sistemli ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Aynı şekilde, yeme bozuklukları ile başvuran hastalar BB dahil olmak üzere duygudurum bozuklukları açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Patolojik kilo değişimi olan bipolar hastalarda gizli yeme bozuklukları düşünülmelidir ve aynı zamanda tedaviye dirençli yeme bozuklukları olan hastalarda gizli komorbid BB düşünülmelidir.

BB ve Yeme Bozuklukları; birbirleri için spesifik olmayan risk faktörlerini veya farklı etiyolojik mekanizmaların benzer son durumlarını paylaşan, birbirinden bağımsız ve ayrı birer hastalık olabilir. Ya da başka bir olasılıkla, BB ve yeme bozuklukları birbiriyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızın avantajları, kısıtlı yönleri ve ilerideki çalışmalara öneriler;

- Çalışmamız BB tanılı ötimik hastalarda TYB varlığı ve DİS/DAS ölçekleri üzerinden tanımlanmıştır.

- Tüm hastalarla klinik görüşme yapılarak tanı koyulmuş olması sadece ölçek kullanılarak tanı konulan çalışmalara kıyasla çalışmamızın güçlü yanındır.
- Çalışmamızda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından hasta grubuna benzer özelliklere sahip bir kontrol grubunun olması çalışmamızın diğer güçlü bir yanındır.
- Küçük bir örneklem grubunda çalışılması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir. BB hastalarında TYB ile klinik özelliklerinin ilişkisinin anlamlı olup olmadığının anlaşılması için daha büyük bir örneklem grubuna ihtiyaç vardır.
- Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan TYB'nin BB tanısından önce olup olmadığı konusundaki zamansal ilişkiye dair elimizde veri bulunmamaktadır. İzlem çalışması yapılması durumunda BB başlaması ile TYB başlaması arasındaki zamansal ilişkinin ne yönde olduğunu aydınlatmaya yönelik daha nitelikli bilgilere ulaşılabilir.
- TYB'nin cinsiyetler arasındaki dağılımı ile ilgili daha anlamlı veriler elde edebilmek için örneklemelerinin kadın-erkek oranının benzer olduğu toplum tabanlı saha çalışmalarına ihtiyaç olduğu görülmektedir.
- Araştırmacı tanılara kör değildir. Bu nedenle, bias oluşabilir ve yanlış pozitiflik ortaya çıkabilir.
- Çalışmamızda bildirilen, ilk hastalık dönemindeki ve klinik özelliklerdeki hastalık değişkenleri geriye dönük olarak toplandığı ve bazen öz bildirim ile raporlama yapıldığı için; yeme bozukluğu olan hastaların BB başlangıç yaşı ve bipolar belirtilerinin seyri raporlanması konusunda önyargılı olunması mümkündür.
- Örneklem olarak hastanemize ayaktan başvuran hastalar alınmıştır. Seçtiğimiz grup bütün BB hastalarını yansıtmıyor olabilir. Sonuçlar BB hastalarına genişletemeyebilir.
- Tedavi altındaki ve ötimik hastaları değerlendirdiğimiz için DİS/DAS'ın her alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmamış olabilir. Bir sonraki çalışmalarda bu parametrelerde göz önüne alarak örneklem grupları seçilebilir.

- Gelecekteki araştırmalar; davranışsal, bilişsel ve nörofizyolojik indikatör olayların DAS aktivasyonu-reaktivasyonu sağlayarak, sırasıyla mani ve depresyon dönemlerinin ilk başlangıcını ve nükslerini öngörmek için inceleyebilir.



7. KAYNAKLAR

1. M. Z. Eroğlu and N. Özpoyraz, “Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi.,” *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar.*, vol. 2, no. 2, pp. 206–236, 2010.
2. I. Grande, M. Berk, B. Birmaher, and E. Vieta, “Bipolar disorder.,” *Lancet (London, England)*, vol. 387, no. 10027, pp. 1561–1572, Apr. 2016.
3. Öztürk MO. Uluşahin NA., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbeşinci baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara 2018, 297-326.* .
4. K. R. Merikangas *et al.*, “Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 64, no. 5, pp. 543–552, May 2007.
5. G. Autumn *et al.*, “update in psychiatry,” 2018.
6. G. B. Parker, “Comorbidities in bipolar disorder: models and management.,” *Med. J. Aust.*, vol. 193, no. 4 Suppl, pp. S18-20, Aug. 2010.
7. Ş. Turan, C. A. Poyraz, and A. Özdemir, “Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu,” *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry*, vol. 7, no. 4, pp. 419–435, 2015.
8. G. T. Wilson, D. E. Wilfley, W. S. Agras, and S. W. Bryson, “Psychological treatments of binge eating disorder.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 67, no. 1, pp. 94–101, Jan. 2010.
9. J. M. Iacovino, D. M. Gredysa, M. Altman, and D. E. Wilfley, “Psychological treatments for binge eating disorder.,” *Curr. Psychiatry Rep.*, vol. 14, no. 4, pp. 432–446, Aug. 2012.
10. J. Westenhoefer, “Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997.,” *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 29, no. 4, pp. 477–481, May 2001.
11. C. C. Grucza RA, Przybeck TR, “Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in a Community Sample,” *Compr Psychiatry*, vol. 48, no. 2, pp. 124–131, 2007.
12. J. I. Hudson, E. Hiripi, H. G. J. Pope, and R. C. Kessler, “The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication.,” *Biol. Psychiatry*, vol. 61, no. 3, pp. 348–358, Feb. 2007.

13. R. C. Kessler *et al.*, “The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys,” *Biol. Psychiatry*, vol. 73, no. 9, pp. 904–914, May 2013.
14. H. Boulanger *et al.*, “Binge eating behaviours in bipolar disorders,” *J. Affect. Disord.*, vol. 225, pp. 482–488, Jan. 2018.
15. M. A. F. . Susan L.M., Scott C. , Joanna M. B., Stacey W., Jennifer G., Alfredo B.C.B. , Miguel L.P., Mohit C., Lisa R.S., Nicole M., “Clinical phenotype of bipolar disorder with comorbid binge eating disorder,” *J. Affect. Disord.*, vol. 150, no. 3, pp. 981–986, 2013.
16. S. Şişman, “Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği ’ nin Türkçeye Uyarlanması : Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması,” vol. 2, pp. 1–22, 2012.
17. S. Özer, “Bipolar ve Unipolar Bozukluğun Ayırıcı Tanısı,” *Türkiye Klin. J Psychiatry*, vol. 6, no. 2, pp. 41–51, 2013.
18. Z. Abood, A. Sharkey, M. Webb, A. Kelly, and M. Gill, “Are patients with bipolar affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group,” *Bipolar Disord.*, vol. 4, no. 4, pp. 243–248, Aug. 2002.
19. A. Fagiolini *et al.*, “Diagnosis, Epidemiology and Management of Mixed States in Bipolar Disorder,” *CNS Drugs*, vol. 29, no. 9, pp. 725–740, Sep. 2015.
20. S. N. Maj M, Akiskal H, López-Ibor J, *Bipolar Disorder*. .
21. J. Angst and A. Marneros, “Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth,” *J. Affect. Disord.*, vol. 67, no. 1–3, pp. 3–19, Dec. 2001.
22. O. Karamustafalıoğulları, *Temel ve Klinik Psikiyatri. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri*; 2018.
23. M. A. Bourgeois ML, *Bipolar disorders: 100 years after Manic Depressive Insanity*. 2000, 2000.
24. R. D. Goldney, “From mania and melancholia to the bipolar disorders spectrum: a brief history of controversy,” *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 46, no. 4, pp. 306–312, Apr. 2012.
25. Goodwin FK. Jamison KR., *Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd Edition*. 2007.

26. S. V. Sadock BJ, Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams &Wilkins; 2011.
27. Oral T., İki uçlu bozukluk. İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı,. 2002.
28. Işık E., Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 2003.
29. G. F. Dunner DL, Gershon ES, "Heritable factors in these verity of affective illness.," *Biol. Psychiatry.*, vol. 11, no. 31–42, 1976.
30. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013. .
31. V. G. Alonso J, Petukhova M, "Days out of role due to common physical and mental conditions : results from the WHO World Mental Health surveys," *Mol Psychiatry*, no. August 2010, pp. 1234–1246, 2011.
32. S. P. Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, "Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0.," *J Affect Disord.*, vol. 96, no. 3, pp. 259–269, 2007.
33. K. S. Gündüz C, Akkaya C, Deniz G, Cangür Ş, "Bipolar bozuklukta dönem süreleri üzerine sosyodemografik ve klinik özelliklerin etkisi," *Anatol J Clin Investig*, vol. 6, no. 4, pp. 251–255, 2012.
34. L. L. Altshuler *et al.*, "Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network.," *Am. J. Psychiatry*, vol. 167, no. 6, pp. 708–715, Jun. 2010.
35. S. Kruger, R. G. Cooke, G. M. Hasey, T. Jorna, and E. Persad, "Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder.," *J. Affect. Disord.*, vol. 34, no. 2, pp. 117–120, May 1995.
36. I. Kawa *et al.*, "Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation.," *Bipolar Disord.*, vol. 7, no. 2, pp. 119–125, Apr. 2005.
37. J.-M. Azorin *et al.*, "Risks associated with gender differences in bipolar I disorder.," *J. Affect. Disord.*, vol. 151, no. 3, pp. 1033–1040, Dec. 2013.
38. F. Bellivier *et al.*, "Age at onset in bipolar I affective disorder in the USA and Europe.," *World J. Biol. Psychiatry*, vol. 15, no. 5, pp. 369–376, Jul. 2014.

39. O. P. Almeida, "Bipolar disorder with late onset : an organic variety of mood disorder ? Transtorno bipolar de início tardio : uma variedade orgânica do transtorno de humor ?," vol. 26, no. Supl III, pp. 27–30, 2004.
40. "Akiskal HS. İki uçlu bozuklukların sınıflandırılması, tanısı ve sınırları: Gözden geçirme. İki Uçlu Bozukluk, Editörler: Maj M, Akiskal HS, Lopez-Ibor JJ, Sartorius N, Türkçe Basım Editörü: Timuçin Oral. CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002 s.," pp. 1-52.
41. K. S. Üstündağ MF, "İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik Özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum ile İlişkisi," vol. 24, pp. 1–9, 2013.
42. "Yazla E, İnanç L, Bilici M. İkiuçlu bozukluk manik dönemdeki hastalarda sosyodemografik özellikler, klinik belirtiler ve işlevsellik seviyesinin birbiriyle ilişkisi ve cinsiyete göre farklılıkları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 201."
43. R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K. R. Merikangas, and E. E. Walters, "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 62, no. 6, pp. 593–602, Jun. 2005.
44. M. ten Have, W. Vollebergh, R. Bijl, and W. A. Nolen, "Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).," *J. Affect. Disord.*, vol. 68, no. 2–3, pp. 203–213, Apr. 2002.
45. U. Işık, E. and Işık, *Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar*. 2013.
46. D. H. Blackwood, P. M. Visscher, and W. J. Muir, "Genetic studies of bipolar affective disorder in large families.," *Br. J. Psychiatry. Suppl.*, vol. 41, pp. s134-6, Jun. 2001.
47. K. R. Merikangas *et al.*, "Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative.," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 68, no. 3, pp. 241–251, Mar. 2011.
48. *Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi 2007; 1559-1707. .*
49. M. Valenti *et al.*, "Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder.," *Bipolar Disord.*, vol. 17, no. 5, pp. 549–559, Aug. 2015.

50. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2015.* .
51. P. A. Geoffroy, F. Bellivier, J. Scott, and B. Etain, “Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 168, pp. 210–223, Oct. 2014.
52. H. Ç. Yeloğlu ÇH, “ÖNEMLİ BİR RUH SAĞLIĞI SORUNU : BİPOLAR BOZUKLUK,” *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg.*, vol. 8, no. 30, pp. 41–54, 2017.
53. N. C. Patel, M. P. Delbello, P. E. J. Keck, and S. M. Strakowski, “Phenomenology associated with age at onset in patients with bipolar disorder at their first psychiatric hospitalization.,” *Bipolar Disord.*, vol. 8, no. 1, pp. 91–94, Feb. 2006.
54. N. Craddock and I. Jones, “Genetics of bipolar disorder.,” *J. Med. Genet.*, vol. 36, no. 8, pp. 585–594, Aug. 1999.
55. Güleç C. Köroğlu E., *Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası; 2007.*
56. B. Mitchell, P., Mackinnon, A., and Waters, “The genetics of bipolar disorder. Mitchell,” *Aust N Z J Psychiatry*, vol. 27(4):, pp. 560–80., 1993.
57. I. Jones *et al.*, “Molecular Genetic Studies of Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis at Two Polymorphisms in the Estrogen Receptor α Gene (ESR 1),” *Am J Med Genet.*, vol. 853, no. October 1999, pp. 850–853, 2000.
58. E. I. Ivleva, D. W. Morris, A. F. Moates, T. Suppes, G. K. Thaker, and C. A. Tamminga, “Genetics and intermediate phenotypes of the schizophrenia--bipolar disorder boundary.,” *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 34, no. 6, pp. 897–921, May 2010.
59. F. Seifuddin *et al.*, “Meta-analysis of genetic association studies on bipolar disorder.,” *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.*, vol. 159B, no. 5, pp. 508–518, Jul. 2012.
60. J. H. Barnett and J. W. Smoller, “The genetics of bipolar disorder.,” *Neuroscience*, vol. 164, no. 1, pp. 331–343, Nov. 2009.
61. *Kaplan&Sadock’scomprehensivetextbook of psychiatryeditors, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, 8 th. Edition. Lippincott Williams &WilkinsHagop S, Akiskal M.D, 2005, Chapter 13.1:1559-1575.* .

62. Ceylan ME, Oral ET. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları. 1. Baskı, 4. Cilt, İstanbul, CSA Medikal Yayın. 2001;1-71. .*
63. M. Yumru *et al.*, “Atypical antipsychotics related metabolic syndrome in bipolar patients.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 98, no. 3, pp. 247–252, Mar. 2007.
64. Öztürk MO. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbirinci baskı, Tuna Matbaacılık Ankara 2008, 337-427. .*
65. Stahl MS. (Çeviri editörü: Oral T.). *Depresyon ve bipolar bozukluk, Stahl’ın Temel Psikofarmakolojisi. 1. baskı. İstanbul: Sigma Publishing; 2010. s. 48-58. 39. .*
66. S. Daniele *et al.*, “Platelet uptake of GABA and glutamate in patients with bipolar disorder.,” *Bipolar Disord.*, vol. 14, no. 3, pp. 301–308, May 2012.
67. C. Daban, E. Vieta, P. Mackin, and A. H. Young, “Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and bipolar disorder.,” *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. 28, no. 2, pp. 469–480, Jun. 2005.
68. R. Havermans, N. A. Nicolson, J. Berkhof, and M. W. deVries, “Patterns of salivary cortisol secretion and responses to daily events in patients with remitted bipolar disorder.,” *Psychoneuroendocrinology*, vol. 36, no. 2, pp. 258–265, Feb. 2011.
69. V. Taylor and G. MacQueen, “Associations between bipolar disorder and metabolic syndrome: A review.,” *J. Clin. Psychiatry*, vol. 67, no. 7, pp. 1034–1041, Jul. 2006.
70. D. Vancampfort *et al.*, “Metabolic syndrome and metabolic abnormalities in bipolar disorder: a meta-analysis of prevalence rates and moderators.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 170, no. 3, pp. 265–274, Mar. 2013.
71. Sadock, B.J., E. Abay, and H.I. Kaplan, *Klinik psikiyatri. 2004: Nobel Tıp Kitabevleri. .*
72. I. G. Barbosa *et al.*, “Increased plasma levels of soluble TNF receptor I in patients with bipolar disorder.,” *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 261, no. 2, pp. 139–143, Mar. 2011.
73. N. C. Brown, A. C. Andreazza, and L. T. Young, “An updated meta-analysis of oxidative stress markers in bipolar disorder.,” *Psychiatry Res.*, vol. 218, no. 1–2, pp. 61–68, Aug. 2014.
74. “Grunze A, Meisenzahl E, Grunze H. Neuroimaging of bipolar disorders. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. 2013;81:S17-21.”

75. T. W. J. Moorhead *et al.*, “Progressive gray matter loss in patients with bipolar disorder.,” *Biol. Psychiatry*, vol. 62, no. 8, pp. 894–900, Oct. 2007.
76. S. M. Strakowski *et al.*, “The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a consensus model.,” *Bipolar Disord.*, vol. 14, no. 4, pp. 313–325, Jun. 2012.
77. S. Toma, B. J. MacIntosh, W. Swardfager, and B. I. Goldstein, “Cerebral blood flow in bipolar disorder: A systematic review.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 241, pp. 505–513, Dec. 2018.
78. J. O. 3rd Brooks and N. Vizueta, “Diagnostic and clinical implications of functional neuroimaging in bipolar disorder.,” *J. Psychiatr. Res.*, vol. 57, pp. 12–25, Oct. 2014.
79. “Ongur D, Jensen JE, Prescott AP, Stork C, Lundy M, Cohen BM, et al. Abnormal glutamatergic neurotransmission and neuronal-glia interactions in acutemania. *Biological psychiatry*. 2008;64(8):718-26.”
80. İ. Taymur and M. H. Türkçapar, “Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi,” *Psikiyatr. Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry 2012; 4(2)154-177*.
81. G. Matthews and K. Gilliland, “The personality theories of H . J . Eysenck and J. A. Gray : a comparative review,” *Personal. Individ. Differ.* 26, p. (1999) 583-626.
82. P. J. Corr, “Reinforcement sensitivity theory and personality.,” *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 28, no. 3, pp. 317–332, May 2004.
83. P. J. Corr, “Testing problems in J . A . Gray ’ s personality theory : a commentary on Matthews and Gilliland (1999),” vol. 30, pp. 333–352, 2001.
84. A. Harrison, J. Treasure, and L. D. Smillie, “Approach and avoidance motivation in eating disorders,” *Psychiatry Res.*, vol. 188, no. 3, pp. 396–401, 2011.
85. G. Di Chiara, “The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation.,” *Drug Alcohol Depend.*, vol. 38, no. 2, pp. 95–137, May 1995.
86. C. S. Carver and T. L. White, “Behavioral Inhibition , Behavioral Activation , and Affective Responses to Impending Reward and Punishment : The BIS / BAS Scales,” *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 67, no. 2, pp. 319–333, 1994.
87. R. T. Liu, T. A. Burke, L. Y. Abramson, and L. B. Alloy, “The Behavioral Approach System (BAS) Model of Vulnerability to Bipolar Disorder :

Evidence of a Continuum in BAS Sensitivity across Adolescence,” *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. Aug;46(6):, pp. 1333-1349., 2018.

88. “Alloy L.B., Abramson L.Y., Walshaw P.D., Cogswell A., Smith J.M., Neeren A. M., (2006). Behavioral approach system (BAS) sensitivity and bipolar spectrum disorders: A retrospective and concurrent behavioral high-risk design. *Motivation and Emotion*, 30(2),.”
89. L. C. Quilty, L. Mackew, and R. M. Bagby, “Distinct profiles of behavioral inhibition and activation system sensitivity in unipolar vs. bipolar mood disorders,” *Psychiatry Res.*, vol. 219, no. 1, pp. 228–231, 2014.
90. L. B. Alloy and L. Y. Abramson, “The Role of the Behavioral Approach System (BAS) in Bipolar Spectrum Disorders,” *Curr Dir Psychol Sci.*, vol. 19, no. 3, pp. 189–194, 2010.
91. L. B. Alloy, L. Y. Abramson, S. Urosevic, R. E. Bender, and C. A. Wagner, “Longitudinal Predictors of Bipolar Spectrum Disorders: A Behavioral Approach System (BAS) Perspective,” *Clin Psychol (New York)*.
92. “Hayden E. P., Bodkins M., Brenner C., Shekhar A., Nurnberger Jr J. I., O’Donnell B., & Hetrick W. P. (2008). A multimethod investigation of the Behavioral Activation System in bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 164.”
93. S. L. McElroy *et al.*, “Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 158, no. 3, pp. 420–426, Mar. 2001.
94. Ö. S. Yıldız Mİ, “Bipolar Bozuklukta Bedensel Hastalık Komorbiditesi,” *Turkiye Klin. J Psychiatry-Special Top.*, vol. 6, no. 2, pp. 65–71, 2013.
95. S. L. McElroy *et al.*, “Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder,” *J. Affect. Disord.*, vol. 128, no. 3, pp. 191–198, 2011.
96. C. E. Ramacciotti *et al.*, “Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders,” *Psychiatry Res.*, vol. 135, no. 2, pp. 165–170, 2005.
97. S. L. McElroy, R. Kotwal, P. E. Keck, and H. S. Akiskal, “Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations?,” *J. Affect. Disord.*, vol. 86, no. 2–3, pp. 107–27, 2005.
98. F. Maner, “Dürtüsellik : Yeme Bozukluklar > < liflkisi,” no. 20, pp. 20–22, 2009.

99. S. L. McElroy *et al.*, “Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder,” *J. Affect. Disord.*, vol. 191, pp. 216–221, 2016.
100. B. J. Blinder, E. J. Cumella, and V. A. Sanathara, “Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders.,” *Psychosom. Med.*, vol. 68, no. 3, pp. 454–462, 2006.
101. A. Ç. Kuruoglu, “Yeme bozukluklarında genetik etkenler,” *Klin. Psikofarmakol. Bul.*, vol. 10, no. 1, pp. 32–37, 2000.
102. S. L. McElroy, R. Kotwal, and P. E. J. Keck, “Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications.,” *Bipolar Disord.*, vol. 8, no. 6, pp. 686–695, Dec. 2006.
103. J. Angst, “The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder.,” *J. Affect. Disord.*, vol. 50, no. 2–3, pp. 143–151, Sep. 1998.
104. “Akdemir A. Sarı Nargis B., Yeme Bozukluğu ve Bipolar Bozukluk Birlikteliği,” *Klin. Psikiyatr.* 2013;16, pp. 175–180, 2013.
105. “The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46:1569–1585.”
106. W. W. Ishak, K. Brown, S. S. Aye, M. Kahloon, S. Mobaraki, and R. Hanna, “Health-related quality of life in bipolar disorder,” *Bipolar Disord.*, vol. 14, no. 1, pp. 6–18, 2012.
107. “Rosa A.R., Reinares M., Michalak E.E., Bonnin C.M., Sole B., Franco C., Comes M., Torrent C., Kalpczinski F., Vieta E. Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value in health*,2010 Dec;13(8); 984-988.”
108. “Tohen M., Hennen J., Zarate Jr C. M., Baldessarini R. J., Strakowski S. M., Stoll A. L., Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features.,” *Am. J. Psychiatry*, pp. 157(2), 220-228., 2000.
109. L. M. Arnold, K. A. Witzeman, M. L. Swank, S. L. McElroy, and P. E. Keck, “Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population,” *J. Affect. Disord.*, vol. 57, no. 1–3, pp. 235–239, 2000.
110. “Abraham K.M., Miller C.J., Birgenheir D.G., Lai Z., Kilbourne A.M. Self-efficacy and Quality of Life among People with Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2014 Aug; 202(8): 583–588.”

111. H. Hayhurst, S. Palmer, R. Abbott, T. Johnson, and J. Scott, "Measuring health-related quality of life in bipolar disorder: relationship of the EuroQol (EQ-5D) to condition-specific measures.," *Qual. Life Res.*, vol. 15, no. 7, pp. 1271–1280, Sep. 2006.
112. S. Zincir, "Neuroendocrine and Molecular Interactions in Eating Disorders," *Psikiyatr. Guncel Yaklasimlar - Curr. Approaches Psychiatry*, vol. 6, no. 3, p. 1, 2014.
113. M. S. Guerdjikova AI, Mori N, Casuto LS, "Binge-Eating Disorder," *Psychiatr. Clin. North Am.*, vol. Jun;40(2):, pp. 255-266., 2017.
114. E. Vardar and M. Erzenin, "Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma," *Türk Psikiyatr. Derg.*, vol. 22, no. 4, pp. 205–212, 2011.
115. J. I. Hudson *et al.*, "Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals.," *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 63, no. 3, pp. 313–319, Mar. 2006.
116. R. M. Kessler, P. H. Hutson, B. K. Herman, and M. N. Potenza, "The neurobiological basis of binge-eating disorder," *Neurosci. Biobehav. Rev.*, vol. 63, pp. 223–238, 2016.
117. T. Reichborn-Kjennerud, C. M. Bulik, K. Tambs, and J. R. Harris, "Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study.," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 36, no. 3, pp. 307–314, Nov. 2004.
118. I. M. Balodis *et al.*, "Divergent Neural Substrates of Inhibitory Control in Binge Eating Disorder Relative to Other Manifestations of Obesity," vol. 21, no. 2, pp. 367–377, 2013.
119. V. C. Cambridge *et al.*, "Neural and Behavioral Effects of a Novel Mu Opioid Receptor Antagonist in Binge-Eating Obese People," *Biol. Psychiatry*, vol. 73, no. 9, pp. 887–894, 2012.
120. V. Voon *et al.*, "Disorders of compulsivity: a common bias towards learning habits," *Mol. Psychiatry*, vol. 20, pp. 345–352, May 2015.
121. N. M. Avena and M. E. Bocarsly, "Dysregulation of Brain Reward Systems in Eating Disorders: Neurochemical Information from Animal Models of Binge Eating, Bulimia Nervosa, and Anorexia Nervosa," *Neuropharmacology.*, vol. 2 July; 6, 2012.
122. N. T. Bello and A. Hajnal, "Dopamine and binge eating behaviors.," *Pharmacol. Biochem. Behav.*, vol. 97, no. 1, pp. 25–33, Nov. 2010.

123. D. Atalayer, "Dürtüsellik ve Aşırı Yeme Arasındaki İlişki: Psikolojik ve Nörobiyolojik Yaklaşımlar," *Psikiyatr. Guncel Yaklasimlar - Curr. Approaches Psychiatry*, vol. 10, no. 2, pp. 1–1, 2018.
124. K. Schag, J. Schonleber, M. Teufel, S. Zipfel, and K. E. Giel, "Food-related impulsivity in obesity and binge eating disorder--a systematic review.," *Obes. Rev.*, vol. 14, no. 6, pp. 477–495, Jun. 2013.
125. S. Fischer, G. T. Smith, and K. G. Anderson, "Clarifying the role of impulsivity in bulimia nervosa.," *Int. J. Eat. Disord.*, vol. 33, no. 4, pp. 406–411, May 2003.
126. A. Harrison, J. Treasure, and L. D. Smillie, "Approach and avoidance motivation in eating disorders," *Psychiatry Res.*, vol. 188, no. 3, pp. 396–401, 2011.
127. "Garfinkel PE (2002) Classification and diagnosis of eating disorders. Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook, 2. baskı, Fairburn CG, Brownell KD (Ed), Ne York. The Guildford Press, s. 155-161," .
128. "Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi Kitabı, Nisan 2013, Ankara."
129. K. C. Allison *et al.*, "The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome.," *Eat. Behav.*, vol. 9, no. 1, pp. 62–72, Jan. 2008.
130. N. Atasoy *et al.*, "Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması The reliability and validity of Turkish version of the Night Eating Questionnaire in psychiatric outpatient population," pp. 238–247.
131. I. Savaşır and N. Erol, "Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi," *Psikol. Derg.*, vol. kısım Cilt, no. sayı 23, p. ss 19-25, 1989.
132. C. G. Fairburn, Z. Cooper, and M. O. Connor, "EATING DISORDER EXAMINATION," *Cogn. Behav. Ther. Eat. Disord. Guilford Press. New York, 2008.*
133. B. Yucel, A. Polat, T. İkiz, B. P. Duşgor, A. Elif Yavuz, and O. Sertel Berk, "The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents.," *Eur. Eat. Disord. Rev.*, vol. 19, no. 6, pp. 509–511, 2011.
134. H. Koçyiğit, O. Aydemir, G. Fişek, N. Ölmez, and A. Memiş, "Kısa Form-36 (SF-36)' nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği . Reliability and

Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36),” vol. 36, no. January 1999, 2016.

135. M. HAMILTON, “A rating scale for depression.,” *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 23, pp. 56–62, Feb. 1960.
136. J. B. Williams, “A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale.,” *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 45, no. 8, pp. 742–747, Aug. 1988.
137. “Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği’nin Geçerliği, Güvenilirliği ve Klinikte Kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji* 1996;4:251-259., *Dergisi*.”
138. “Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*. 1978;133:429–435.”
139. “Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA, Erten E. Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;13(2):107-114.”
140. M. Fornaro *et al.*, “Lifetime co-morbidity with different subtypes of eating disorders in 148 females with bipolar disorders,” *J. Affect. Disord.*, vol. 121, no. 1–2, pp. 147–151, 2010.
141. S. A. Wonderlich, K. H. Gordon, J. E. Mitchell, R. D. Crosby, and S. G. Engel, “The Validity and Clinical Utility of Binge Eating Disorder,” *Int. J. Eat. Disord.*, vol. Dec;42(8):, pp. 687–705, 2009.
142. K. M. Pike, F. A. Dohm, R. H. Striegel-Moore, D. E. Wilfley, and C. G. Fairburn, “A comparison of black and white women with binge eating disorder.,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 158, no. 9, pp. 1455–1460, Sep. 2001.
143. E. Brietzke, C. L. R. Moreira, R. A. Toniolo, and B. Lafer, “Clinical correlates of eating disorder comorbidity in women with bipolar disorder type i,” *J. Affect. Disord.*, vol. 130, no. 1–2, pp. 162–165, 2011.
144. G. M. MacQueen, M. Marriott, H. Begin, J. Robb, R. T. Joffe, and L. T. Young, “Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder.,” *Bipolar Disord.*, vol. 5, no. 5, pp. 349–355, Oct. 2003.
145. L. B. Alloy *et al.*, “Behavioral Approach System and Behavioral Inhibition System sensitivities and bipolar spectrum disorders: prospective prediction of bipolar mood episodes.,” *Bipolar Disord.*, vol. 10, no. 2, pp. 310–322, Mar. 2008.

146. “Fabbriatore M., Imperatori C., Pecchioli L., Micarelli T., Contardi A, Tamburello S., Tamburello, A. (2011). Binge eating and BIS/BAS activity in obese patients with intense food craving who attend weight control programs. *Obe Metab*, 7, e21-e27.”
147. B. B. Dean, D. Gerner, and R. H. Gerner, “A systematic review evaluating health-related quality of life, work impairment, and healthcare costs and utilization in bipolar disorder.,” *Curr. Med. Res. Opin.*, vol. 20, no. 2, pp. 139–154, 2004.
148. G. Murray and E. E. E. Michalak, “The quality of life construct in bipolar disorder research and practice: Past, present, and possible futures,” *Bipolar Disord.*, vol. 14, no. 8, pp. 793–796, 2012.
149. P. Sierra, L. Livianos, and L. Rojo, “Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables.,” *Bipolar Disord.*, vol. 7, no. 2, pp. 159–165, Apr. 2005.
150. B. M. Cardoso, M. Kauer Sant’Anna, V. V. Dias, A. C. Andreazza, K. M. Ceresér, and F. Kapczinski, “The impact of co-morbid alcohol use disorder in bipolar patients,” *Alcohol*, vol. 42, no. 6, pp. 451–457, 2008.
151. Ö. Pektaş, H. Mirsal, A. Kalyoncu, and D. Tan, “Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda alkol kullanımı Alcohol use in psychiatric inpatients,” *Anadolu Psikiyatr. Derg.*, pp. 2003; 4:26-29.
152. “Heffner, J. L., DelBello, M. P., Anthenelli, R. M., Fleck, D. E., Adler, C. M., & Strakowski, S. M. (2012). Cigarette smoking and its relationship to mood disorder symptoms and co-occurring alcohol and cannabis use disorders following first hospitalizatio.”
153. F. Civil Arslan, A. Tiryaki, D. Sağlam Aykut, E. Özkorumak, Z. Çalışkan İlter, and D. Günaydın, “Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kilolu veya Obez Ayaktan Hasta Grubunda Gece Yeme Sendromu Yaygınlığı,” *Turk Psikiyatri Derg.*, vol. 26, no. 4, pp. 242–248, 2015.

8. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

Adı-Soyadı:

Dosya tarihi ve numarası:

Adres:

Telefon:

Cinsiyet:

Doğum tarihi (GG/AA/YY):

Doğum yeri:

Öğrenim düzeyi: 1.Yok 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6.Üniversite 7.Master/Doktora

Meslek:.....

Çalışabilirlik 1. Çalışıyor 2. İşsiz 3. Çalışmıyor 4. Emekli 5. Ev kadını 6. Öğrenci

Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Dul 4. Boşanmış 5. Ayrı

Toplam hane geliri:

Birlikte yaşadığı kişi(ler): 1. Ana-baba 2. Eş 3. Çocuk 4. Kardeş 5. Akraba 6. Arkadaş 7. Partner 8. Tek

Sigara kullanımı 1. Hayır 2. Evetpaket yıl

Alkol madde kullanımı

1. Kullanmıyorum

2. Alkol kullanıyorum Süre:.....yıl Sıklık:..... Miktar:.....

Madde kullanımı

1. Kullanmıyorum

2. Madde kullanıyorum

- Kullanılan madde adı:..... Süre:.....yıl Sıklık.... Miktar.....

Geçmiş Diğer Psikiyatrik Öykü (SCID): 1.Yetersiz bilgi 2.Yok 3. Eşikaltı 4.Var

Panik Boz Sosyal fobi OKB Yeme boz.

Psikoz Hipokondriasis Kişilik boz PTSD

Alkol-madde **Diğer** (.....)

Bunların herhangi biri nedeniyle **ilk tedavi yaşı:**

Ek 1'in devamı

Boy:

Kilo:

Bel Çevresi:

Bu güne kadarki en yüksek kilo (hamilelik dönemi dışında) :kg
EK1'in devamı

Hiç çocukluk döneminde normalden en az **5 kg** veya **yetişkinlikte** en az **7.5 kg** fazla kilonuz oldu mu?

(hamilelik dönemi dışında)

1. Evet ilk defa yaşında

2. Hayır

Hiç diyet yaparak veya yemenizi kontrol ederek **5 kg'den fazla** kilo verdiniz mi?

1. Evet ilk defa yaşında iken

2. Hayır

İLK EPİSOD

Başlangıç yılı:

Başlangıç yaşı:

İlk hastalık dönemi (episod): 1. Öforik mani Depresyon 2. Karma episod 3. Hipomani 4.

Ortaya çıkışta yaşam olayı : 0.Yok 1.Var (.....) 2.Yetersiz Bilgi

Peripartum özellik: 0.Hayır 1.Evet 2.Yetersiz Bilgi

Psikotik semptom: 0.Yok 1.DD uyumlu 2.DD uyumsuz 3.1+2 4.....

Katatonik özellik (DSM-V): 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

KLİNİK SEYİR

Toplam episod sayısı:

Toplam hastaneye yatış:

Ek1'in devamı

Episod sayısı: Mani Hipomani Depresyon

Şuanda aldığı sağaltım:

Mevsimsel özellik 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

İntihar girişimi sayısı:

Sıklık (yılda)episod (ardışık episodlar zıt kutuptan ya da 8 haftalık ötimi ile birbirinden ayrılmalı)

Hızlı döngülülük: 0.Yok 1. Var 2.Yetersiz Bilgi

E 2. Young Mani Derecelendirme Ölçeği

Orijinalinde son 48 saat, ancak son yıllarda yapılan pek çok çalışmada son bir hafta değerlendirmeye alınmaktadır. Hastanın söylediklerinden çok klinisyenin kanaati önemlidir. Bu çalışmada uygulanmadı ama katılan bir geçerlik güvenilirlik çalışmasında 0-4 puanlı maddelerde klinisyen karar veremiyorsa (örneğin 2 mi, 3 mü gibi) daha büyük olan puanı vermesi, 0-8 puanlı maddelerde ise aradaki değeri alması (yani 2 mi, 4 mü karar verilemiyorsa 3 puan verilmesi gibi) önerilmiştir. Tanı koymak amacıyla değil, o anki manik durumun şiddetini belirlemek için kullanılır. Ölçekteki her bir üst basamağın kendinden önceki alt basamakları kapsadığı kabul edilir. 15- 30 dakikalık bir görüşme ile uygulanır. Hastanın kendi ifadelerine izin verilir. Görüşme anındaki değerlendirme dışında servis personeli ya da hasta ailesinden bilgi alınabilir.

YOUNG MANİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1) Yükselmiş duygudurum

0. Yok

1. Hafifçe yüksek veya görüşme sırasında yükselebilen
2. Belirgin yükselme hissi; iyimserlik, kendine güven, neşelilik hali
3. Yükselmiş; yersiz şakacılık
4. Öforik; yersiz kahkahalar, şarkı söyleme

2) Hareket ve enerji artışı

0. Yok

1. Kendini enerjik hissetme
2. Canlılık; jestlerde artış
3. Artmış enerji; zaman zaman hiperaktivite, yatıştırılabilen huzursuzluk
4. Eksitasyon; sürekli ve yatıştırılamayan hiperaktivite

3) Cinsel ilgi

0. Artma yok

1. Hafif ya da olası artış
2. Sorulduğunda kişinin belirgin artış tanımlaması
3. Cinsel içerikli konuşma, cinsel konular üzerinde ayrıntılı durma, kişinin artmış cinselliğini kendiliğinden

belirtmesi

4. Hastalara tedavi ekibine ya da görüşmeciye yönelik aleni cinsel eylem

Ek 2'nin devamı

4) Uyku

0. Uykuda azalma tanımlamıyor
1. Normal uyku süresi 1 saatten daha az kısalmıştır
2. Normal uyku süresi 1 saatten daha fazla kısalmıştır
3. Uyku ihtiyacının azaldığını belirtiyor
4. Uyku ihtiyacı olduğunu inkar ediyor

5) İritabilite

0. Yok
2. Kendisi arttığını belirtiyor
4. Görüşme sırasında zaman zaman ortaya çıkan iritabilite, son zamanlarda gittikçe artan öfke veya kızgınlık atakları
6. Görüşme sırasında sıklıkla iritabl, kısa ve ters yanıtlar veriyor
8. Düşmanca. işbirliğine girmiyor, görüşme yapmak olanaksız

6) Konuşma hızı ve miktarı

0. Artma yok
2. Kendini konuşkan hissediyor
4. Ara ara konuşma miktarı ve hızında artma, gereksiz sözler ve laf kalabalığı
6. Baskılı; durdurulması güç, miktarı ve hızı artmış konuşma
8. Basınçlı. durdurulamayan, sürekli konuşma

7) Düşünce yapı bozukluğu

0. Yok
1. Çevresel; hafif çelinebilir; düşünce üretimi artmış
2. Çelinebilir; amaca yönelememe; sık sık konu değiştirme; düşüncelerin yarışması
3. Fikir uçuşması; teğetsellik; takibinde zorluk; uyaklı konuşma; ekolali
4. Dikişsizlik; iletişim olanaksız

Ek 2'nin devamı

8) Düşünce içeriği

0. Normal
2. Kesin olmayan yeni ilgi alanları, planlar
4. Özel projeler; aşırı dini uğraşlar
6. Büyüklük veya paranoid fikirler; alınma fikirleri
8. Sanrılar; varsanılar

9) Yıkıcı-Saldırgan Davranış

0. Yok, işbirliğine yatkın
2. Alaycı, küçümseyici; savunmacı tutum içinde, zaman zaman sesini yükseltiyor
4. Tehdide varacak derecede talepkar
6. Görüşmeciyi tehdit ediyor; bağırıyor; görüşmeyi sürdürmek güç
8. Saldırgan; yıkıcı; görüşme olanaksız

10) Dış görünüm

0. Durum ve koşullara uygun giyim ve kendine bakım
1. Hafif derecede dağınıklık
2. Özensiz giyim, saç bakımı ve giyimde orta derecede dağınıklık, gereğinden fazla giysilerin olması
3. Dağınıklık; açık saçık giyim, gösterişli makyaj
4. Darmadağınıklık; süslü, tuhaf giysiler

11) İçgörü

0. İçgörüsü var; hasta olduğunu ve tedavi gerektiğini kabul ediyor
1. Hastalığı olabileceğini düşünüyor
2. Davranışlarındaki değişiklikler olduğunu itiraf ediyor, ancak hastalığı olduğunu reddediyor
3. Davranışlarında olasılıkla değişiklikler olduğunu itiraf ediyor; ancak hastalığı reddediyor
4. Herhangi bir davranış değişikliği olduğunu inkar ediyor

Ek 3. Hamilton Depresyon Ölçeği

1) Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)

- 0- Yok
- 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
- 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
- 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
- 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) Suçluluk duyguları

- 0- Yok
- 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
- 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
- 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
- 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) İntihar

- 0- Yok
- 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
- 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
- 3- İntiharını düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
- 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) Uykuya dalamamak

- 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
- 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
- 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

Ek 3'ün devamı

5) Geceyarısı uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
- 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 puanla değerlendirilir.)

6) Sabah erken uyanmak

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
- 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) Çalışma ve aktiviteler

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
- 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)

EK3'ün devamı

- 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
- 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)

- 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
- 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
- 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
- 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
- 4- Tam stuporda.

Ek 3'ün devamı

9) Ajitasyon

- 0- Yok
- 1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
- 2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

- 0- Herhangi bir sorunu yok.
- 1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
- 2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
- 3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
- 4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Ilımlı
- 3- Şiddetli
- 4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:

Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme

Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı

Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

- 0- Yok
- 1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
- 2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

Ek 3'ün devamı

13) Somatik semptomlar- Genel

- 0- Yok
- 1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
- 2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

- 0- Yok
- 1- Hafif
- 2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

- 0- Yok
- 1- Kuruntulu.
- 2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
- 3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
- 4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

- 0- Kilo kaybı yok.
- 1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
- 2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

- 0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
- 1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

- 0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
- 1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
- 2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Ek 4. Yeme Tutum Testi

Hastanın Adı, Soyadı:		Tarih:
Hastanın Yaşı:	Değerlendirici:	
Hastanın Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Eğitim:	
Boy:	Kilo:	
Baba Eğitim:	Baba Meslek:	
Anne Eğitim:	Anne Meslek:	

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu X ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu X ile işaretleyiniz.

a: Daima
b: Çok sık
c: Sık sık
d: Bazen
e: Nadiren
f: Hiçbir zaman

	a	b	c	d	e	f
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aklım fikrim yemektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ailem fazla yememi bekler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Yemek yedikten sonra kusarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Günde birkaç kere tartılırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Et yemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sabahları erken uyanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek 4 'ün devamı

	a	b	c	d	e	f
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Adetlerim düzenlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Müshil kullanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Kabızlıktan yakınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Perhiz yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek. 5 Yeme Bozukluklar Değerlendirme Ölçeği

9.3. Ek 3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)*

YÖNERGE: Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbir in-de	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (iyanınık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediniz?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6

Ek 5'in devamı

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbir in-de	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	Hergün
8-	<u>Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?</u>	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?
15-	Son 28 günün kaç gününde aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müşhil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?

Ek 5'in devamı

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıkmırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkmırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkmırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkmırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta	Önemli ölçüde			
		0	1	2	3	4	5	6

Ek 5'in devamı

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız.
Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

Hiç Biraz Orta Önemli

ölçüde

22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız).....

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız).....

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek 6. Davranışsal İnhibisyon Sistemi/Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği

Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği

Bu testteki her madde, insanların kendilerinden bahsederken kullandıkları bazı ifadeleri tanımlamaktadır. Lütfen her maddeyi okuyunuz ve size ne kadar uygun olup olmadığına karar veriniz. Her madde için, 4 seçenekten (Tamamen katılıyorum, Biraz katılıyorum, Biraz katılmıyorum, Hiç katılmıyorum) sizi en iyi tarif eden seçeneği işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmayınız ve her madde için sadece bir seçenek işaretleyiniz. Cevaplarınızın tutarlı olup olmayacağından endişe duymadan her maddeyi tek bir maddeymiş gibi cevaplayınız. Lütfen olabildiğince dürüst olunuz ve samimi cevaplar veriniz.

1- Bir insanın ailesi, hayatındaki en önemli şeydir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

2- Başıma kötü bir şey gelmek üzere olsa bile, nadiren korkarım veya sinirlenirim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

3- İstedğim şeyleri elde etmek için, her yolu denerim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

4- Bir şeyi yapmakta iyiysem, onu devam ettirmeyi severim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

5- Eğlenceli olacağını düşündüğüm yeni şeyleri denemeye her zaman istek duyarım.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

6- Nasıl giyindiğim benim için önemlidir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

7- İstedğim şeyi elde ettiğimde, heyecanlı ve enerji dolu olurum.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

8- Eleştirilme veya azarlanma beni oldukça incitir.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

9- Bir şeyi istediğimde, genellikle onu elde etmek için elimden ne geliyorsa yaparım.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

10- Çoğu zaman bir şeyleri başka bir sebep olmaksızın, sırf eğlenceli olabilecek diye yapmak isterim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

11- Saç kestirmek gibi şeylere zaman bulmak benim için zordur.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

12- İstedğim şeyi elde etmek için bir ihtimal görürsem, hemen harekete geçerim.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

13- Birisinin bana kırgın olduğunu bildiğimde veya düşündüğümde, oldukça endişelenirim veya üzülürüm.

1=Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

Ek 6'nin devamı

- 14- İstediğim bir şey için bir fırsat yakaladığımda hemen heyecanlanırım.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 15- Çoğu zaman düşünmeden o an aklıma eseni yaparım.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 16- Eğer hoş olmayan bir şeyin olacağını düşünürsem, genellikle oldukça "gerilirim".
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 17- Çoğu zaman insanların neden öyle davrandıklarını merak ederim.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 18- Başıma iyi şeylerin gelmesi, beni çok olumlu etkiler.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 19- Önemli bir şeyi kötü yaptığımı düşündüğümde endişelenirim.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 20- Heyecan ve yeni duygular yaşamayı çok isterim.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 21- Bir şeyi elde etmeye çalıştığım zaman "kural tanımam".
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 22- Arkadaşlarıma kıyasla çok az korkum vardır.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 23- Bir yarışmayı kazanmak beni heyecanlandırır.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum
- 24- Hata yapmaktan endişelenirim.
1= Tamamen katılıyorum 2= Biraz katılıyorum 3= Biraz katılmıyorum 4= Hiç katılmıyorum

Değerlendirme:

Davranışsal İnhibisyon Alt Ölçeği Maddeleri = 2, 8, 13, 16, 19, 22, 24

Ödüle Duyarlılık Alt Ölçeği Maddeleri = 4, 7, 14, 18, 23

Eğlence Arayışı Alt Ölçeği Maddeleri = 5, 10, 15, 20

Dürtü Alt Ölçeği Maddeleri = 3, 9, 12, 21

Doldurma Maddeler = 1, 6, 11, 17

* 2. ve 22. maddeler dışındaki tüm maddeler ters çevrilerek hesaplanır.

Ek 7. Gece Yeme Anketi

Gece Yeme Anketi

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?

9'dan önce/ 9-12 arası/12-15 arası /15-18 arası /18'den sonra

3. Akşam yemeğinden yatana kadar aşırı yeme veya atıştırma isteğiniz olur mu?

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

4. Akşam yemeğinden yatana kadarki zamanda yemeniz üzerinde ne kadar kontrolünüz var?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

5. Günlük gıda alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?

%0 / % 1-25 / % 26-50 / % 51-75 / % 76-100

6. Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

7. Hüzünlü hissettiğiniz zaman, duygudurumunuz _____ daha çökkün oluyor. Gün içinde değişme olmuyorsa X işareti koyunuz.

Sabah erken / sabah / öğleden sonra / akşamüzeri / akşam/gece

8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?

Hiç / bazen / zamanın yarısında / genelde / her zaman

9. Tuvalet ihtiyacı dışında gece hangi sıklıkta en az bir kez kalkarsınız?

Hiç / hafta birden az / haftada bir / haftada birden çok / her gece

Not: 9. soruda cevabınız hiçse burada durun

10. Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

11. Gece uyanınca tekrar uyuyabilmek için yeme ihtiyacı duyar mısınız?

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

12. Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?

Hiç / bazen / zamanın yarısında / sıklıkla / her zaman

Not: 12'ye hiç dediyseniz burada durun

13. Gece yarısı atıştırdığınızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

14. Gece kalktığınızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

Gece yemeyle ilgili sorunuz ne kadar zamandır devam ediyor? ----- ay ----- yıl

15. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

16. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

Ek 8. SF-36

SF-36

Hasta Adı Soyadı:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
 - a) Mükemmel
 - b) Çok iyi
 - c) İyi
 - d) Orta
 - e) Kötü
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda, şimdi gene) olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?
 - a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
 - b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
 - c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı
 - d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
 - e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü
3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?
 - A- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - B- Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - E- Merdivenle bir kat çıkma
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - F- Eğilme veya diz çökme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - G- Bir iki kilometre yürüme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - H- Bir kaç sokak öteye yürüme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - İ- Bir sokak öteye yürüme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
 - J- Kendi kendine banyo yapma veya giyinme
 - 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
 - 2) Evet, biraz kısıtlıyor
 - 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

Ek 8'in devamı

- 4- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır
- C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?
1) Evet 2) Hayır
- D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)
1) Evet 2) Hayır
- 5- Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (Örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
1) Evet 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
1) Evet 2) Hayır
- C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?
1) Evet 2) Hayır
- 6- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
a) Hiç etkilemedi c) Orta derece d) Oldukça etkiledi
b) Biraz etkiledi e) Aşırı etkiledi
- 7- Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
a) Hiç c) Hafif e) Şiddetli
b) Çok hafif d) Orta f) Çok şiddetli
- 8- Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?
a) Hiç etkilemedi c) Orta derece d) Oldukça etkiledi
b) Biraz etkiledi e) Aşırı etkiledi
- 9- Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duyularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.
- A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiç bir zaman
- C- Sizi hiçbir şeyin neşelendirmeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiç bir zaman
- E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
c) Oldukça e) Nadiren

Ek 8'in devamı

- F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiç bir zaman
- G- G-Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiç bir zaman
- H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?
a) Her zaman c) Oldukça e) Nadiren
b) Çoğu zaman d) Bazen f) Hiçbir zaman
- 10- Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?
a) Her zaman c) Bazen e) Hiç bir zaman
b) Çoğu zaman d) Nadiren
- 11- Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.
- A- Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.
a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
- B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.
a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
- C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.
a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış
- D- Sağlığım mükemmel.
a) Kesinlikle doğru c) Bilmiyorum e) Kesinlikle yanlış
b) Çoğunlukla doğru d) Çoğunlukla yanlış

Ek 9. Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın Adı: BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
TİKNİRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 05)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada bipolar affektif bozukluğu olan hastalarda ve sağlıklı kontrollerde tıknırcasına yeme bozukluğunu ve sıklığını araştırmak amaçlanmıştır. Bu çalışmanın sonuçları; bipolar affektif bozuklukta tıknırcasına yeme bozukluğunun nasıl ortaya çıktığına, hangi fonksiyonları etkilediğine ışık tutacaktır. Böylece bipolar affektif bozukluğun ve tıknırcasına yeme bozukluğunun hastalık ve ölüm oranı azaltılmasına ve yeni tedaviler geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Araştırma grubuna 01.06.2018-01.06.2019 tarihleri arasında KTÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran, klinik görüşme ve değerlendirme ölçekleri sonucunda DSM 5 tanı ölçütlerine göre Bipolar Affektif Bozukluk tanısı konulan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edilecektir. Kontrol grubu; hasta grubu ile yaş, cinsiyet, eğitim açısından eşleştirilmiş, tanı konulan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler alınacaktır. Araştırmacı tarafından verilen aydınlatılmış onam formunu imzalayıp gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmada kullanılacak veriler klinik görüşmelerden, araştırmacının doldurduğu ölçeklerden ve öz bildirim ölçeklerinden elde edilecektir. Çalışma amaçlı bunlardan başka herhangi bir işlem veya tetkik yapılmayacaktır. Çalışmada girişimsel bir işlem ve herhangi bir spesifik bir ilaç kullanımı söz konusu değildir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma kesitsel (takibi olmayan) bir çalışma olduğundan araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada katılımcı sayısı Bipolar Affektif Bozukluk tanısı alan 140 hasta ve hasta grubu ile yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş, tanı konulan herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan 140 sağlıklı kontrol olarak belirlenmiştir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 05	01.02.2011/05	1/4

Ek 9'un devamı

Araştırmanın Adı: BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada, araştırmacı tarafından klinik görüşme yapılacak ve size verilen öz bildirim ölçeklerini doldurmanız istenecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma bipolar affektif bozukluğun hastalık belirtilerinin gözlenmediği ötimik dönemde tıknırcasına yeme bozukluğu ve bu hastalığı yordayan faktörler değerlendirilerek bipolar affektif bozukluk ve tıknırcasına yeme bozukluğunu arasındaki ilişki araştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler gelecek çalışmalara ışık tutacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada psikiyatrik görüşme yapılacak ve öz bildirim ölçekleri uygulanacaktır. Uygulamanın bilinen riskleri yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Klinik görüşme ve doldurulması gerek ölçeklerden birisi eksik olan hastalar çalışmaya alınmayacaktır. Sonrasında herhangi bir çalışma dışı bırakılma durumu söz konusu değildir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışma dizaynında herhangi bir spesifik ilaç tedavisi yoktur.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmada kullanılan ölçekler sıkça kullanılan ve bilinen yan etkileri olmayan tetkiklerdir. Bu nedenle, bu tetkiklere bağlı bir zarar görmeniz beklenmemektedir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Çalışma klinik görüşme ve öz bildirim ölçeklerini içermektedir. Oluşabilecek sorunlar için 04623775391/05436088186 no.lu telefondan Arş. Gör. Dr. Ayşe ÇAKIR'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 05	01.02.2013/05	2/4

Ek 9'un devamı

Araştırmanın Adı: BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
TİKİNİRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM
DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 2 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermeme için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 05	01.02.2011/05	3/4

Ek 9'un devamı

**Araştırmanın Adı: BİPOLAR AFFEKTİF BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA
TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

İlaç Dışı Çalışmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Form 05	01.02.2011/05	4/4

Ek 10. Etik Kurul Onayı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-371
Konu: Etik Kurul onay belgesi

06/06/2018

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT
Psikiyatri ABD.

“Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu” başlıklı etik kurul 2018/107 protokol numaralı tez çalışma önerisi raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

Ek 10'un devamı

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu"		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2018 / 107		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, ÜNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Ayşe ÇAKIR		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>






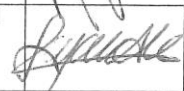
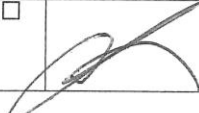
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

Ek 10'nun devamı

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 8	Tarih: 04/06/2018
	Dr. Öğr. Üyesi Demet Sağlam AYKUT'un sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Ayşe ÇAKIR'a ait "Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Tıkmırcasına Yeme Bozukluğu" başlıklı 2018/107 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

- * :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma