T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YEME BAĞIMLILIĞI VE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE İNCELENMESİ

Dr. HİKMET EKİN SÖNMEZ GÜNGÖR

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2017

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

YEME BAĞIMLILIĞI VE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE İNCELENMESİ

Dr. HİKMET EKİN SÖNMEZ GÜNGÖR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: PROF. DR. YILDIZ AKVARDAR

İSTANBUL 2017

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

ÖNSÖZ i
ÖZET ii
ABSTRACT iii
KISALTMALAR DİZİNİ iv
TABLOLAR DİZİNİ v
ŞEKİLLER DİZİNİ vi
EKLER DİZİNİ vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Obezite 3
2.1.1. Obezitenin önemi ve epidemiyolojisi 3
2.1.2. Obezite etiyolojisi 4
2.2. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları 7
2.3. Yeme Bağımlılığı 9
2.3.1. Bağımlılık ve yeme davranışı ilişkisi 9
2.3.2. Yeme bağımlılığında semptomatoloji 11
2.3.3. Dürtüsellik ve diğer semptomatolojik özellikler 16
2.3.4. Yeme bağımlılığı ile ilgili nörobiyolojik modeller 17
2.3.5. Yeme bağımlılığında değerlendirme 20
2.4. Yeme Bozuklukları 22
2.4.1. Yeme Bozuklukları DSM-5 tanı ölçütleri 22
2.5. Yeme Bozuklukları ve Yeme Bağımlılığı İlişkisi 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1. Araştırmanın Tipi 26
3.2. Örneklem Seçimi ve Araştırma Deseni 26
3.3. Çalışmaya Alınma Ölçütleri 27
3.4. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri 27
3.5. Değişkenler 27
3.5.1. Demografik özellikler 27
3.5.2. Klinik özellikler 28
3.5.3. Yeme bağımlılığı ile ilişkili özellikler 30
3.6. Değerlendirme Araçları 30
3.6.1. Sosyodemografik veri ve görüşme formu 30
3.6.2. Yeme bağımlılığının değerlendirilmesi 31
3.6.3. Aşırı yeme isteğinin değerlendirilmesi 35
3.6.4. Dürtüselliğin değerlendirilmesi 36
3.6.5. Yeme bozukluklarının değerlendirilmesi 37
3.7. İstatistiksel Yöntem 38
4. BULGULAR 39
4.1. Sosyodemografik Özellikler 39
4.2. Klinik Özellikler 41

4.3. Semptomatoloji ve Tanısal Özellikler 44
4.3.1. Yeme bağımlılığı tanısı 44
4.3.2. Yeme bozukluğu tanısı 46
4.3.3. Dürtüsellik 48
4.3.4. Aşırı yeme isteği 49
4.4. Yeme Bağımlılığı Tanısına Göre Grupların Karşılaştırılması 51
4.5. Yeme Bağımlılığı ve Yeme Bozuklukları Tanıları Arasındaki İlişki 53
5. TARTIŞMA 55
5.1. BKİ Kategorilerine Göre Klinik ve Yeme ile İlişkili Özellikler 55
5.2. Yeme Bağımlılığı ve İlişkili Özellikler 57
5.2.1. BKİ kategorilerine göre yeme bağımlılığı sıklığı 57
4.3.2. Yeme bağımlılığı semptomatolojisi 60
5.3. Yeme Bozukluğu ve Yeme Bağımlılığının Birlikte Değerlendirilmesi 66
5.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları 69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 70
7. KAYNAKLAR 72
8. EKLER 85

ÖNSÖZ

Başta çalışmamda yer almayı kabul eden katılımcılara ve kendileriyle çalışmaktan büyük keyif aldığım Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine,

Uzmanlık eğitimim süresince gelişimimi birçok açıdan destekleyen, çalışmamda bağımlılık, psikiyatri ve halk sağlığına dair değerli birikiminden yararlandığım tez danışmanım Prof. Dr. Yıldız Akvardar'a,

Tez önerisinin oluşturulmasından çalışmanın tamamlanmasına kadar tüm yapıcı eleştirileri ve katkıları için, Anabilim Dalı Başkanı'mız Prof. Dr. Volkan Topçuoğlu ve 2012-2017 döneminde birlikte çalıştığım Anabilim Dalı'mız öğretim üyeleri Prof. Dr. Mehmet Z. Sungur, Prof. Dr. Kaan Kora, Prof. Dr. Kemal Sayar, Prof. Dr. Kemal Kuşçu, Dr. Axel Würz, öğretim görevlileri ve araştırma görevlilerine,

Yeme bozuklukları alanındaki çalışmalarından yararlandığım İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden Prof. Dr. Başak Yücel'e,

Eğitimimin bir bölümünde kadın ruh sağlığı alanında birlikte çalışma fırsatı bulduğum ve disiplinlerarası araştırmalar üzerine deneyim kazanmama yardımcı olan Charité-Universitätsmedizin Berlin öğretim üyeleri Doç. Dr. Meryam Schouler-Ocak, Doç. Dr. Sabine Oertelt-Prigione ve Dr. Christine Kurmeyer'e,

Olgulara ulaşmamda yardımcı olan sevgili arkadaşlarım Uz. Dr. Dilay Tunca ve Dr. Meylin Karalar Sağdıç'a, Spor Fizyolojisi Kliniği'nden Uz. Dr. Serpil Çeçen, Pediatri Kliniği'nden Uz. Dr. Birol Öztürk, Organ Nakli Birimi'nden Hemşire Deniz Birtan ve kliniğimiz emekçileri Pınar Aktaş, Birgül Başcan, Sevgi İşler ve Muhammet Yeşilyurt'a; yeme bağımlılığı ve obezite alanındaki çalışmalarından yararlandığım Uz. Dr. Cengiz Çelebi ve Klinik Psikolog Güler Kandemir'e,

Eğitim ve çalışma hayatım boyunca beni her zaman özveriyle desteklemiş olan aileme,

Tüm bu süreci sabır ve duyarlılıkla benimle paylaşan sevgili eşim Onur Güngör'e teşekkür ederim.

Mayıs, 2017

Ekin Sönmez

ÖZET

YEME BAĞIMLILIĞI VE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLERİN BEDEN KİTLE İNDEKSİNE GÖRE İNCELENMESİ

Giriş
Obezite gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de hızla yaygınlaşan bir sağlık sorunudur. Yakın tarihli klinik ve nörobiyolojik araştırmalar, beden kitle indeksindeki (BKİ) artışta bağımlılığı düşündürecek bir sürecin rol oynadığına işaret etmektedir. Bu çalışmada, farklı BKİ sınıflarında yeme bağımlılığı (YB) tanısını incelemek, yaygınlığını belirlemek ve YB ile BKİ arasındaki ilişkiyi, bağımlılıkta daha önce tanımlanmış dürtüsellik ve aşırı istek açısından ele almak amaçlanmıştır.

Yöntem
Çalışma Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde olgu kontrol karşılaştırması olarak tasarlanmıştır. Olgu grubu bariatrik cerrahi öncesi dönemde başvuran (morbid obez) hastalardan (n=40) ve kontrol grubu bu hastalarla yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleşmekte olan diğer BKİ sınıflarında (normal BKİ, preobez, obez) bireylerden (n=155) oluşmaktadır. Sosyodemografik veriler ve yeme alışkanlıklarını sorgulamak için yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu kullanılmıştır. YB tanısı Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YFAS) ve yeme bağımlılığı için DSM-5 madde kullanım bozukluğu (MKB) tanısından uyarlanmış ölçütler kullanılarak incelenmiştir. Dürtüsellik Barratt Dürtüsellik Ölçeği ile; aşırı yeme isteği Aşırı Yeme İsteği Ölçeği-Kısa Form ve görsel analog skala ile değerlendirilmiştir.

Bulgular
Olgu grubunda YFAS ve uyarlanmış DSM-5 MKB tanı ölçütleri ile incelenen YB yaygınlığı sırasıyla %15 ve %40 bulunmuştur. Bu bulgular DSM-5 ölçütlerinin YB'yi tanımlamakta daha düşük bir eşik oluşturabileceğini, buna karşın YFAS ile bazı olguların gözden kaçabileceğini düşündürmüştür. Belirti sayısına göre belirlenen YB şiddeti, BKİ'deki artış ile pozitif korelasyon göstermekte ($\rho=0.56$, $p<0.01$) ve BKİ'deki artışı anlamlı olarak yordayabilmektedir ($R^2=0.243$, $p<0.01$). YB, daha sık kilo alıp-verme ve diyet denemelerine daha erken yaşta başlama ile, daha şiddetli aşırı yeme isteği epizotları ile ve özellikle olumsuz duygulanımlara eşlik eden emosyonel aşırı yeme ile ilişkili bulunmuştur. Dürtüsellik skorları yeme bağımlılığı şiddeti ile pozitif korelasyon saptanmıştır ($\rho=0.56$, $p<0.01$), BKİ ile dürtüsellik arasında korelasyon bulunmamıştır. YB tanısı alan bireylerin %25'inde tıkınırcasına yeme bozukluğu eş tanısı görülmekle birlikte, iki tanının deskriptif açıdan ayrıştığı saptanmıştır.

Sonuç
Bulgularımız YB'nın yeme bozukluklarından çok MKB tanı kategorisi içinde yer alabileceğini, obezite sorunu olan bireylerin bir grubunda yeme bağımlılığının, olasılıkla dürtüsel aşırı yeme üzerinden, kilo alımında rol oynadığını düşündürmektedir. Yeme bağımlılığı ve olası klinik yansımalarına, örneğin bağımlılık odaklı müdahale yaklaşımlarına ağırlık vermek, obezite tedavilerinden alınacak yanıtın iyileştirilmesine ve bu bireylerde sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunabilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Yeme bağımlılığı, aşırı yeme isteği, obezite, madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları

ABSTRACT

EXAMINATION OF FOOD ADDICTION CONSTRUCT AND ASSOCIATED FEATURES WITH RESPECT TO BODY MASS INDEX

Introduction
Obesity is an escalating epidemic in developed but also developing countries. Recent clinical and neurobiological findings refer to an addictive process contributing to elevated body mass index (BMI). The aim of this study was to identify the prevalence of food addiction (FA) in different BMI classes and to examine the relationship between FA and BMI, with regard to defined pathologies in addiction including impulsivity and craving.

Methods
A case-control study was designed in Marmara University Pendik Training and Research Hospital. The case group consisted of pre-operative bariatric patients (n=40) and the control group of age, sex and level of education matched individuals (n=155) of other BMI classes (normal, preobese, obese). Sociodemographic data and eating habits were obtained by using a semi-structured interview. FA diagnosis was assessed by the Yale Food Addiction Scale (YFAS) together with a structured interview using an adopted version of DSM-5 substance use disorders criteria. Impulsivity was assessed with the Barratt Impulsivity Scale and craving was assessed with both Food Craving Questionnaire-Short Form and a visual analogue scale.

Results
The prevalence of FA, as assessed by the YFAS and DSM-5 criteria were 15% and 40 % respectively, implying that DSM-5 criteria might be more permissive in terms of determining FA, whereas YFAS might overlook some cases. FA severity, as defined by symptom count showed significant correlation in between and with the increase in BMI ($\rho=0.56$, $p<0.01$) and FA severity can significantly predict the increase in BMI ($R^2=0.243$, $p<0.01$). FA was significantly associated with more frequent weight-cycling and earlier onset of dieting, more intensive food craving episodes and higher levels of emotional overeating, especially with negative affects. Impulsivity scores correlated positively with the severity of food addiction ($\rho=0.56$, $p<0.01$), but not with BMI. Comorbid binge eating was found in 25% of patients diagnosed with FA, but the two diagnoses were descriptively distinct from eachother.

Conclusion
Our findings suggest that FA could be evaluated under the substance-related and addictive disorders diagnostic category rather than eating disorders. FA contributes to weight gain in a subgroup of individuals with obesity, plausibly through impulsive over-eating. More attention on food addiction construct and its clinical implications such as addiction based-treatments may improve the treatment outcome in obesity and may facilitate health promotion.

KEYWORDS: Food addiction, craving, obesity, substance use disorders, eating disorders

KISALTMALAR DİZİNİ

AN : Anoreksiya Nervoza

APA : Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association)

BDÖ : Barratt Dürtüsellik Ölçeği

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BN : Bulimiya Nervoza

CRF : Kortikotropin salgılatıcı faktör (Corticotropin Releasing Factor)

D2 Reseptörü : Dopamin 2 Reseptörü

DSM : Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FAA : Food Addicts Anonymous

FCQ-TR : Food Craving Questionnaire-Trait-Reduced

GABA : Gaba Amino Bütirik Asit

MRG : Manyetik Rezonans Görüntüleme

NAc : Nükleus Akkumbens

PET : Pozitron Emisyon Tomografisi

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

TYB : Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

YEDÖ : Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği

YFAS : Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (Yale Food Addiction Scale)

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik değişkenler
Tablo 2. Klinik özelliklerle ilgili değişkenler
Tablo 3. Yeme bağımlılığı ile ilgili değişkenler
Tablo 4. YFAS soru puanlaması
Tablo 5. Karşılaştırılan dört gruba ait sosyodemografik özellikler
Tablo 6. Karşılaştırılan dört gruba ait klinik özellikler
Tablo 7. Grupların yeme ile ilişkili özellikler açısından karşılaştırılması
Tablo 8. Grupların emosyonel yeme özelliklerine göre karşılaştırılması
Tablo 9. Grupların yeme bağımlılığı tanı sıklığı açısından karşılaştırılması
Tablo 10. Gruplar arasında yeme bağımlılığı belirtilerinin sıklığı
Tablo 11. Grupların yeme bozuklukları tanı sıklığı açısından karşılaştırılması
Tablo 12. YEDÖ skorları ile belirlenen yeme bozukluğu belirti şiddetinin farklı BKİ gruplarında karşılaştırılması
Tablo 13. BKİ grupları arasında BDÖ – 11 ile ölçülen dürtüsellik düzeyi karşılaştırması
Tablo 14. FCQTR ve görsel analog skala ile belirlenen aşırı yeme isteği düzeyi karşılaştırması
Tablo 15. BKİ, DSM -5 ve YFAS'a göre yeme bağımlılığı belirti sayısı, aşırı yeme isteği düzeyi ve dürtüsellik düzeyi arasında korelasyon
Tablo 16. Yeme bağımlılığı olan-olmayanların belirti sayısı, aşırı yeme isteği ve dürtüsellik ve yeme bozukluğu özellikleri açısından karşılaştırılması

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yeme bağımlılığı, morbid obezite ve tıkınırcasına yeme bozukluğu tanıları alan katılımcı sayıları
Şekil 2. YFAS'a göre yeme bağımlılığı, morbid obezite ve tıkınırcasına yeme bozukluğu tanıları alan katılımcı sayıları

EKLER DİZİNİ

Ek 1 : Sosyodemografik Veri ve Görüşme Formu
Ek 2 : YFAS (Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği)
Ek 3 : Yeme Bağımlılığı DSM-5 Görüşme Formu
Ek 4 : FCQ-TR (Aşırı Yeme İsteği Anketi – Kısa Form)
Ek 5 : Aşırı Yeme İsteği Ölçeği
Ek 6 : BDÖ- 11 (Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11)
Ek 7 : YEDÖ (Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği)
Ek 8 : Yeme Bozuklukları DSM-5 Görüşme Formu
Ek 9 : Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu
Ek 10 : Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Onayı

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite tüm dünyada, önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Barness ve ark., 2007). Özellikle son otuz yıldır obezite sıklığının artmakta olduğu ve 2013 yılı itibariyle tüm dünyada %36.9'a ulaştığı gösterilmiştir (Ng ve ark., 2014).

Obez bireyler, yemeye aşırı bir motivasyonel dürtü ile yönelmekte, planladıklarından daha fazla yemekte ve sıklıkla aşırı yemeyi kontrol altına almaya çalışıp başarısız olmaktadır (Mancino ve ark., 2015). Obeziteyi önleme ve geri döndürmeyi amaçlayan tedavilerin başarı oranlarının düşük olması, bu durumun yalnız metabolik değil, davranışsal bir bozukluk olduğu görüşünü desteklemektedir (Volkow ve Wise 2005). Son yıllarda obezitede görülen davranışsal ve emosyonel özellikler ile madde bağımlılığında görülen tablonun benzer olduğu yönünde genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve terapötik alanlarda araştırmalar yayınlanmıştır (Davis ve ark., 2009, Volkow ve ark., 2012, 2013, Carlier ve ark., 2015, Schwartz ve ark., 2015). Bu benzerlikten yola çıkılarak, 2009 yılında DSM–IV madde bağımlılığı ölçütlerinin aşırı yeme davranışına uyarlanması ile yeme bağımlılığının değerlendirilebileceği bir ölçek (Yale Food Addiction Scale / Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği - YFAS) geliştirilmiştir (Gearhardt ve ark., 2009). Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği kullanılarak yapılan klinik araştırmalarda, yeme bağımlılığı özellikleri gösteren obezite hastalarının, göstermeyen gruba göre yemekle ilgili ipuçlarına farklı yanıtlar verdikleri, bağımlılıkla ilişkili artmış dürtüsellik, emosyonel reaktivite ve aşırı yeme isteği gibi davranış özellikleri gösterdikleri bulunmuştur (Davis ve ark., 2011, Meule ve ark., 2014). Farklı klinik çalışmalarda obezite sorunu olan kişiler arasında yeme bağımlılığı yaygınlığının %17'den %52'ye kadar değişebildiği gösterilmiştir (Opolski ve ark., 2015).

Son on yılda yeme bağımlılığı alanında yapılmış ellinin üzerinde çalışma bulunmaktadır. Ancak yeme bağımlılığı belirtileri için üzerinde tam olarak ortaklaşılabilen tanımlardan söz etmek henüz mümkün değildir (Meule ve ark., 2015). Bir tanı kategorisi olarak yeme bağımlılığının evrensel geçerlilik kazanabilmesi için, farklı örneklemlerde yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Ülkemizde obezite sıklığı yıllar içinde artmış olmasına rağmen, yeme bağımlılığı

boyutu ile ilgili çalışmaların sayısı çok azdır. Obezite dışındaki beden kitle indeksi (BKİ) düzeylerinde yeme bağımlılığının varlığı bilindiği kadarıyla araştırılmamıştır. Yeme bağımlılığı modelini kullanarak geliştirilecek müdahalelerin etkili olabilmesi için, yeme bağımlılığının ne sıklıkta ve hangi etkenlerle ilişkili olarak görüldüğünün araştırılması önemlidir.

Amaçlar

Bu araştırmada BKİ'leri farklı gruplarda

a. Yeme bağımlılığı sıklığının

b. Yeme bağımlılığı ile ilişkili özelliklerin (dürtüsellik, aşırı yeme isteği, emosyonel yeme davranışı ve yeme bozuklukları tanısı) araştırılması,

c. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve bulimiya nevroza (BN) tanı ölçütleri ile yeme bağımlılığının örtüşen ve ayrışan özelliklerinin saptanarak; yeme bağımlılığının, madde kullanım bozuklukları ve yeme bozuklukları tanı gruplarından hangisinde bir alt tanı kategorisi olarak ele alınmasının daha uygun olduğunun araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Obezitenin önemi ve epidemiyolojisi

Obezite sağlık için risk oluşturacak şekilde vücutta aşırı ve anormal yağ birikimi olarak tanımlanabilir. Yağ birikimini ölçmek için cilt kalınlığı gibi ayrıntılı ve girişimsel yöntemler olmakla birlikte, toplumsal ölçekte obezitenin belirlenmesi için en sık kullanılan yöntem beden kitle indeksi (BKİ) hesaplamasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kategorilerine göre BKİ'nin 25.0 kg/m^2 ve üzerinde olması şişmanlık ya da preobezite, 30.0 kg/m^2 ve üzeri olması obezite olarak sınıflandırılır (DSÖ, 2015).

Şişmanlık ve obezite diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, rahim, meme ve kolon başta olmak üzere kanserler ve ruhsal hastalıklar için bir risk faktörüdür. Obezite önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur ve dünya üzerinde 600 milyonun üzerinde obezite ve iki milyara yakın şişmanlık sorunu olan yetişkin birey bulunmaktadır (DSÖ, 2015). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2014'te yaptığı Türkiye Sağlık Araştırması'nda obezite prevalansı %19.9 (15 milyonun üzerinde birey) bulunmuştur. Araştırmada 15 yaş ve üstü bireylerin %33.7'sinin fazla kilolu, %42.2'sinin normal kilolu, %4.2'sinin ise düşük kilolu olduğu saptanmıştır. Kadınlarda obezite prevalansı %24.5, preobezite prevalansı %29.3; erkeklerde ise sırasıyla %15.3 ve %38.2 olarak bulunmuştur (TÜİK, 2014). Türkiye'nin de içinde bulunduğu DSÖ Avrupa Bölgesi ülkelerindeki obezite prevalansı ortalaması ile karşılaştırıldığında, kadınlarda aynı düzeyde (%24.5), erkeklerde ise Avrupa ortalamasının altında (%21.5) olduğu görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Obezite fiziksel sorunların yanında, başta duygudurum ve anksiyete bozuklukları olmak üzere ruhsal hastalıklarla karşılıklı bir ilişki içindedir (Simon ve ark., 2006). Damgalama ve ayrımcılık pek çok psikososyal soruna yol açmaktadır. Obezite sorunu olan kişilere karşı "tembel, iradesiz, başarısız, disiplinsiz, tedavilere uyumsuz" gibi pek çok damga yüklenmektedir. Bu durum obezite sorunu olan

bireyleri tedaviye motive etmediği gibi ruhsal sorunlarını derinleştirmektedir (Puhl ve ark., 2010).

2.1.2. Obezite etiyolojisi

Küresel bir epidemi olduğu kabul edilen obezitenin (Ng, 2014) gelişiminde rol oynayan pek çok etken bulunmaktadır. Obezite yüzeysel olarak, uygunsuz derecede fazla yeme ile, enerji alımı ve harcanması arasındaki dengenin bozulmasının fenotipik bir sonucu olarak görülebilir. Ancak sadece bu varsayıma dayalı çalışmalar, obeziteyi açıklamada yeterince başarılı bir sonuca ulaşmamıştır (Jauch-Chara ve ark., 2014). Bu anlamda obezite, etiyolojisi tam olarak aydınlatılamamış heterojen bir durum olarak ele alınmaktadır (Marcus ve ark., 2012).

Obezitenin gelişiminde genetik yatkınlık, kranial lezyonlar gibi yapısal etkenler, başta psikotroplar olmak üzere ilaç yan etkilerinin yanında, artmış enerji alımı, yiyeceklerin bol ve kolay erişilebilir durumda olması, porsiyonların büyümesi gibi değişiklikler önemli rol oynamaktadır. Yüksek enerjili gıdalar, büyük porsiyonlar ve fast-food tipi beslenme son otuz yılda, kişi başına düşen günlük kalori alımının yükselmesi ile sonuçlanmıştır (Bleich ve ark., 2008). Şehirleşme ve teknolojinin ilerlemesi ile birlikte aktivite miktarında azalma gibi çevresel etkenlerin de rol oynadığı kompleks bir tablodan söz edilebilir (Sadock ve ark., 2015, Schulte ve ark., 2015).

Diyet, egzersiz ve diğer obezite tedavilerine rağmen obezitenin prognozu genellikle kötü seyretmektedir. Obez bireylerde kilo vermeyi takip eden ilk beş yıl içinde relaps olduğu ve %90 oranında verilen kilonun geri alındığı görülmektedir (Sadock ve ark., 2015). Bu tedaviler kısa vadede etkili olmakla birlikte sürdürülebilirlikleri ve kalıcılıkları düşük orandadır. Her yıl katlanarak artan bir epidemi olan obezite probleminin tedavisindeki geleneksel yöntemlerin uygulamadaki kısıtlılıkları, olumsuz yan etkileri ve tamamen küratif olmamaları, yeni terapötik yaklaşımların araştırılması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Obezitenin diyabet, hiperlipidemi gibi *sonuçlarının* metabolik tedavilerindeki ilerlemeler ile obeziteyi önlemek için uygulanan diyet ve egzersiz programları gibi tedavilerin başarısızlığı arasındaki tutarsızlık, bu durumun sadece metabolik bir sorun değil aynı zamanda bir beyin hastalığı olduğuna işaret etmektedir (Volkow ve O'Brien, 2007).

2.1.2.3. Obezite etiyolojisinde ruhsal faktörler

Obezite etiyolojisinin bir boyutu da ruhsal etkenlerdir. Ruhsal etkenlerin araştırılmasının, obezite ve ilişkili hastalıkların tedavisine uyumun artırılması, relapsların önlenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yolunda umut vaat edeceğine dikkat çekilmektedir (Simon ve ark., 2006, Sharma ve ark., 2010). Obezite gelişiminde rol oynayan ruhsal etkenler psikodinamik, bilişsel-davranışçı ve sistemik aile yaklaşımlarına göre incelenebilir.

2.1.2.3.1. Obeziteyle ilgili psikodinamik açıklamalar

Obezitenin ruhsal etiyolojisini açıklamakta başvurulan en uzun süreli modellerden biri psikodinamik modeldir. Klasik psikanalitik kurama göre aşırı yeme belirtileri, oral dürtülerin aşırı ya da yetersiz doyumundan kaynaklanan çatışmalarla ilişkilidir. Buna göre yiyecekler ve yeme, oral dönem fiksasyonu bulunan bireylerde, emosyonel doyumu sembolize etmektedir. Bu bireylerde sevgi ve güven arayışı, sevilme ve beslenme arasındaki erken çocuklukta oluşan bilinçdışı bağ nedeniyle, yiyeceklere karşı aşırı istek duyma olarak kendini gösterir (Hamburger, 1951). Yiyecekler anksiyete ve olumsuz duygulanımlar karşısında bir savunma olarak ya da hemen sağlanacak bir haz kaynağı olarak kullanılmaktadır.

Oral fiksasyon ile ilgili diğer psikopatolojiler alkol ve madde bağımlılıkları, tırnak yeme ya da parmak emme, hiperseksüalite gibi dürtü denetim bozukluklarıdır. Fenichel (1945), obeziteyi uyuşturucu maddesiz bağımlılıklar başlığı altında tartışmakta, obezitede benlik değerinin doyurulması eğilimlerinin orijinal nesnesi olan yemeğin yer değiştirme (displacement) olmaksızın bulunduğunu belirtmektedir. Yeme bozukluklarının psikanalitik değerlendirmesi ile ilgili önemli çalışmaları bulunan H. Bruch'a (1948) göre aşırı yeme, birincil bir ego işlevi olan duygulanımı tanıma ve tanımlamadan yoksun bireylerde görülmektedir. Bruch obez erişkinleri emosyonel olarak immatür, kişiler arası ilişkilerde edilgen bir şekilde bağımlı ve yaşamın getirdiği gereklilikleri karşılamada yetersiz olarak tanımlamakta ve früstrasyon yaşantıları karşısında aşırı yeme üzerinden rahatlama aradıklarını belirtmektedir.

Rorschach ve diğer psikanalitik yöntemler kullanılarak yapılan araştırmalarda obez bireylerin sıklıkla oral regresyon, somatizasyon, bastırma ve inkâr gibi savunma mekanizmalarını kullandıkları gözlenmiştir (Biasi ve Bonaiuto, 2014). Bu savunma mekanizmaları, obezitenin sık relapslarla giden kronik bir rahatsızlık olması ve bağımlılığa benzer bir davranış örüntüsü taşıması ile ilişkili görünmektedir.

Nesne ilişkileri ve kendilik kuramları açısından ise, yatıştırıcı özelliği olan nesnelerin kendilik tarafından "içe alınmasının" erişkin yaşamda devam etmesi erken çocukluk dönemindeki güvenilir kendilik nesnelerinin yokluğundan ve "dönüştürerek içselleştirme" sürecinin başarısızlığından kaynaklanır. Ayrılma ve bireyselleşme süreçlerinin tamamlanmadığı bireylerde bu aşırı içe alım, yiyeceklerin aşırı tüketimi (obezite) veya bağımlılıklar olarak kendini gösterir (Graham ve Glickauf-Hughes, 1992).

2.1.2.3.2. Obeziteyle ilgili bilişsel davranışçı açıklamalar

Obezitede kilo kaybını hedefleyen davranışçı yaklaşımların başarısız sonuçlar vermesi ve kilo alımının tekrarlaması üzerine Fairburn ve Cooper (2001) yeni bir bilişsel davranışçı yaklaşım geliştirmiştir. Bu yaklaşıma göre obezite sorunu olan bireyler, gerçekçi hedeflerin üzerinde bir kilo kaybı hedeflemekte, hayattaki diğer amaçlarını, özgüven ve özsaygılarındaki iyileşmeyi kilo kaybı ile eşleştirmektedir (Cooper, 2001). Bu nedenle, yeterince kilo verilmediğinde bireyin kendisi ile ilgili değerlendirmesi çok olumsuz etkilenmektedir. Bireyin kendisi hakkındaki olumsuz inançları, kilosu, beden biçimi ya da yeme davranışıyla ilgili bir yorumda bulunulması durumunda kendini gösterebilir ve kişide olumsuz otomatik düşüncelerin ("başarısızım" gibi) ve bunlarla ilişkili duygusal yanıtların (sıkıntı hissetme gibi) oluşmasına neden olabilir (Maner, 2013). Kişi, duygusal olarak sıkıntısını azaltmak amacıyla yemek yerse, bu davranışı sonrasında "kendimi durduramıyorum" şeklinde yemek yemenin kontrol edilemeyeceğine dair yeni düşünceler üretebilir. Obezite tedavilerinde başarısızlığın bilişsel yordayıcısı olarak "ya hep ya hiç" şeklinde dikotomik düşünmenin önemli olduğu, hedef kiloya ulaşmamış olmanın tam bir başarısızlık olarak yorumlanmasının bu çabaları boşuna olarak görme ve denemekten vazgeçme ile sonuçlandığı belirtilmiştir (Byrne ve ark.,

2004). Bu nedenle kilodaki küçük değişikliklerin ya da kilonun korunabilmiş olmasının olumlu olarak değerlendirildiği bir bakış açısının sağlanması, bilişsel davranışçı yaklaşımın ana hedefi olmuştur (Cooper ve ark., 2010).

2.1.2.3.3. Obeziteyle ilgili sistemik açıklamalar

Özellikle pediatrik obezite ve genç popülasyonun kilo alımında ailenin rolünü ön plana koyan sistemik yaklaşıma göre, aile üyeleri arasındaki bağların sıcak olması, kararların birlikte verilebilmesi, uygun sınırların korunabilmesi, ebeveynin uygun duygusal ve davranışsal tepkiler vermesi, gençlerde daha olumlu sağlık davranışlarına katkıda bulunmaktadır. Yüksek düzeyde kontrol ve esneklik göstermeyen katı ebeveyn davranışlarının ise kilo alımı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kitzman-Ulrich ve ark., 2010). Sistemik yaklaşıma göre, çocukluk ve gençlik çağı obezitesinde, diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi, ebeveynlerin de tedaviye katılması gereklidir.

Obezitenin ruhsal etiyolojisi ile ilgili olarak yeme bağımlılığını tanımlayabilmek için aşağıdaki bölümlerde madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozukluklarına yer verilmiştir. Ayrıca ilişkili bir diğer tanı grubu olan yeme bozuklukları ele alınmıştır.

2.2. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları

Bağımlılık, başlangıçta bireyin kendi isteğiyle ya da dürtüsel olarak başladığı madde kullanım davranışının kompulsif bir hal aldığı, nörokimyasal ve yapısal değişikliklerle giden bir beyin hastalığıdır (Sadock ve ark., 2015). Sosyal ve psikolojik etkenler, maddenin bulunabilirliği, madde kullanımının kısa ve uzun dönem sonuçları, maddenin tekrarlayan kullanımlarını belirleyen bir tablo yaratır. Maddenin kullanımı üzerindeki kontrolün kaybı, maddeye yönelik aşırı istek duyma, kullanılmadığı dönemlerde olumsuz belirtiler yaşama (yoksunluk), zaman içinde aynı etkiyi yaratan madde miktarında artış olması (tolerans) ve yüksek nüks oranları bağımlılıkla ilişkili klinik görüngülerdir.

Bağımlılığın gelişmesinde maddenin etkisi önemli olmakla birlikte, aynı

maddeyi kullanan her bireyde aynı yaşantı görülmeyebilir. Biyolojik, psikolojik, ailesel ve sosyal etkenler bağımlılık tablosunun oluşmasında rol oynamaktadır.

Freud'a göre bağımlılık, psikoseksüel gelişimin oral basamağında karşılaşılan problemler nedeniyle oral kişilik özelliklerinin gelişmesinin bir sonucudur. Anneye aşırı bağlılık, hırslılık ya da açgözlülük, umutsuzluk, depresyon, aşırı duygusallık ve tutarsızlık bu kişilik özelliklerinin belirteçleri olarak görülebilir. Bağımlılığı olan kişilerde aşırı oral doyum isteği görülmekle birlikte, bu kişiler için nesne artık annenin memesi ya da süt değildir; alkol, sigara ya da başka bir madde ile yer değiştirmiştir. Daha güncel psikodinamik formülasyonlar bağımlılığı bozulmuş ego işlevlerinin bir yansıması (gerçekle yüzleşmekte yetersizlik) olarak görür. Bağımlılığı olan bazı kişilerin duygulanımla ilgili, bilişsel ve sosyal boyutlarda aleksitimik özellikler gösterdiği bilinmektedir (Sadock ve ark., 2015, Savov ve Atanassov, 2013). Duygulanım regülasyonu ve mentalizasyon kapasitesinin düşüklüğü de bağımlılıkla ilişkili bulunmuştur.

Davranışsal modeller bağımlılık davranışının gelişiminde öğrenme kuramlarının rol oynadığını öne sürer (Sadock ve ark., 2015). Klasik ya da edimsel koşullanma üzerinden, çeşitli yaşam olayları ve bu olaylar esnasındaki duygu ve düşünceler ile madde kullanımı sonucu hızla ortaya çıkan öfori arasında bir eşleşme oluşur. Çevresel uyaranlar (fiziksel çevre, alkol ya da maddelerin koku, tat gibi özellikleri) bu eşleşmeden dolayı alkol ya da madde kullanımını çağrıştırır. Tekrarlayan kullanımlarla beraber bu çevresel uyaranlar koşullu uyaranlara dönüşür ve bu bağlantı koşullu uyaranların olduğu her durumda alkol ya da madde kullanımıyla sonuçlanır.

Kötüye kullanımı olan pek çok maddenin santral sinir sisteminde eşleştiği özgül bir nörotransmitter sistemi vardır; örneğin opiatlar – opiat nörotransmitter sistemi gibi. Endojen olarak bu nörotransmitterlerin görece düşük yoğunluklarda bulunuşu madde bağımlılığına yatkınlık sağladığı gibi, belirli bir maddenin uzun süre kullanımı bu nörotransmitter sistemlerin modülasyonuna ve bağımlılığın gelişmesine yol açabilir (Sadock ve ark., 2015).

Madde ile ilişkili olmayan ya da davranışsal olarak tanımlanan bağımlılıklar, alışveriş, kumar, cinsel davranışlar, egzersiz, internet kullanımı ve yeme gibi davranışların kompulsif nitelik kazanmaları ve bireyin hayatında olumsuz sonuçlar

yaratmalarına rağmen sürdürülmeleri biçiminde klinikte gözlenmektedir (Olsen, 2011). Davranışsal bağımlılıklar komorbidite, nörobiyolojik profil, kalıtsallık ve tedavi yöntemleri açısından madde bağımlılıklarına benzerlik göstermektedir. İki grup bağımlılık da genellikle genç yaşta başlamakta, iyileşme ve nükslerle giden kronik bir seyir izlemektedir (Yau ve Potenza, 2015). Davranışsal bağımlılıklarda, madde bağımlılıklarında olduğu kadar net gösterilememekle beraber, mezokortikolimbik sistemde ve amigdalada benzer nöroplastik değişiklikler oluştuğu bilinmektedir (Olsen 2011, Koob ve Volkow, 2010). Ventral medial prefrontal kortekste azalmış aktivite (karar verme süreçlerinde dürtüsellik ile ilişkili); düşük serebrospinal sıvı 5 hidroksiindolasetik asit (5 – HIAA) düzeyleri (yüksek dürtüsellik ve arama davranışı ile ilişkili) ve dopamin reseptör bağlanmasında düzensizlikler davranışsal bağımlılıklara eşlik ettiği gösterilen nörobiyolojik bulgulardır (Chamberlain ve ark., 2016).

2.3. Yeme Bağımlılığı

2.3.1. Bağımlılık ve yeme davranışı ilişkisi

Obezitenin sadece enerji fazlasının bir sonucu olarak görülmesi, yaşam biçiminin etkisini, genetik belirleyenleri, sosyolojik ve psikolojik faktörleri göz ardı etmektedir. Bu görüş, iştahın, buna paralel olarak kilo alımının "tamamen iradeyle kontrol edilebildiği" gibi, hastalar ve bu alanla ilgili terapistler tarafından yanlış bulunan bir kanıya yol açmaktadır (Jauch-Chara ve ark., 2014).

Önceki kuşaklara göre yiyeceklerin daha fazla tüketiliyor olması, günümüz piyasasında yüksek düzeyde işlem görmüş (highly-processed) ve aşırı lezzetlendirilmiş (hyperpalatable), özellikle de şeker, yağ ve tuz açısından zengin ürünlerin aşırı miktarda ve her an tüketime hazır durumda bulunması ile ilişkili görülmektedir (Curtis ve Davis, 2014). Zaman içinde tüm dünyada işlenmiş şeker, yağ ve tuzdan zengin yüksek kalorili yiyeceklerin tüketimi, baklagil, sebze ve tahılların tüketiminin yerini almıştır. Yiyeceklerin içeriği ve sunumundaki değişiklikler ile obezite hızındaki artışın paralellik göstermesi, aşırı lezzetlendirilmiş yiyeceklerin bağımlılık yaptığına dair tartışmalara yol açmıştır (Gold ve ark., 2003).

Obezitede görülen kompulsif yemek tüketimi ve yemek yemenin sınırlandırılmak istenmesine rağmen başarılamaması, madde kullanım bozuklukları ve bağımlılıklarına benzer bir örüntünün varlığına dikkat çekmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar obezitenin ruhsal etiyolojisinde yeme bağımlılığı olarak kabul edilebilecek bir davranış setinin yer alabileceğini ileri sürmektedir (Cota ve ark., 2006). Bağımlılık ve obezitenin psikolojik kökenleri incelendiğine görülen benzerlik, aşırı yemenin, en azından bir alt grubunun yeme bağımlılığı olarak kavramsallaştırılabileceğini düşündürmektedir.

Yeme bağımlılığı konusunda önemli bir nokta, yiyeceklerin genel anlamda, bağımlılık yapıcı olmadığı, ancak bileşenlerindeki belirli maddelerin keyif verici bir yanıtı tetiklediğidir. Özellikle modern Batı diyeti glisemik olarak yüksek şeker ve doymuş yağ içeriği ile belirgin hedonik nitelik göstermektedir. Ayrıca bağımlılıklarda, maddenin dozajı ve işlenmişlik biçiminin, bağımlılık yapıcı potansiyeli ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Örneğin işlenmemiş koka yapraklarının bağımlılık yapıcı etkisine göre işlendikten sonra oluşan kokainin bağımlılık yapıcı etkisi çok daha yüksektir (Brewerton, 2014).

Bilimsel olarak yeme bağımlılığına dair artan sayıda incelemenin yanında, aşırı yemenin bağımlılık yapıcı bir davranış olabileceği ile ilgili bir "popüler" kabul olduğu söylenebilir. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde 1960 yılında kurulan Overeaters Anonymous topluluğu ve 1987'de kurulan Food Addicts Anonymous (FAA) topluluğu, bağımlılığın grup tedavisinde kullanılan 12 basamak programlarını uygulamaktadır (Davis, 2013). Bu gruplara katılan kişiler, diğer kilo verme yöntemlerine göre anlamlı ölçüde fazla kilo verebildiklerini bildirmiştir (FAA, 2016).

Ayrıca bugün bağımlılık başlığı altında incelenen bazı maddelerin kullanımının, geçmişte çok yaygın olduğu ve kabul gördüğü bilinmektedir. 1900'lü yılların başında alkol kullanımı, 1950'lerde sigara kullanımı, Vietnam'daki ABD askerlerinde eroin kullanımı gibi epidemik tabloların, biyolojik, klinik ve halk sağlığı araştırmaları sonucu bağımlılık olarak tanımlanması, önlenmesi ve tedavisine yönelik çalışmaların geliştirilmesi bunun örnekleridir. Günümüzde belirli yiyeceklerin aşırı tüketimi epidemisine olan yaklaşım da gelecekte tedavi politikalarının oluşturulmasında belirleyici olabilir.

2.3.2. Yeme bağımlılığında semptomatoloji

ICD ve DSM tanı kılavuzlarına göre madde bağımlılıklarının ya da madde kullanım bozukluklarının tanısı bireyin fizyolojik durumuna göre değil, yaşantı ve deneyimlerine dayalı davranışsal özellikleri içeren bir tanı olarak ele alınmaktadır (DSÖ, 1992, APA, 2000, APA 2013). Bu nedenle yeme bağımlılığından söz etmek için madde kullanım bozukluğu ölçütlerine karşılık gelen tanı ölçütlerinin ve ilişkili belirtilerin incelenmesi gerekmektedir.

2013'te yayımlanan DSM-5 tanı kılavuzunda, "Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" başlığı altında, madde ile ilişkili bozuklukları ve madde ile ilişkili olmayan davranışsal bağımlılıkları içeren yeni tanı kategorisi tanımlanmıştır (APA, 2013). Bu yeni sınıflandırmaya göre madde kullanım bozuklukları, DSM-IV'teki madde bağımlılığı kategorisine ait yedi ölçüte ek olarak, sorumlulukları yerine getirememe, fiziksel olarak tehlikeli olabilecek durumlarda kullanmaya devam etme, kişilerarası problemlere rağmen kullanmaya devam etme (DSM-IV'teki yasal sorunlar dışındaki madde kötüye kullanım ölçütleri) ve madde kullanımına yönelik aşırı istek ya da içsel bir zorlantı duyma (craving) ölçütleri ile birlikte tanımlanmaktadır. Toplamda on bir ölçütün en az ikisinin bir yıl boyunca geçerli olması; ayrıca klinik olarak anlamlı derecede bozulmuş işlevsellik ya da sıkıntı olduğunun belirlenmesi, madde kullanım bozukluğu tanısı için gerekli koşuldur. Aşırı yeme problemleri olan bireylerin yeme bağımlılığı bağlamında incelenmesi için aynı tanı ölçütlerinin kullanılması önerilmektedir (Curtis ve Davis, 2014, Meule ve ark., 2014). Farklı maddelerin kullanım bozukluklarında olduğu gibi, her belirti kümesi yeme bağımlılığı için tamamen karşılanmayabilir ya da farklı yaygınlıkta gözlenebilir. Belirti kümeleri sırasıyla incelenecektir.

2.3.2.1. Tolerans ve Yoksunluk

Tolerans tekrarlayan kullanımlarda maddenin etkisinin daha az belirgin hale gelmesi, ya da istenen etkinin sağlanması için daha fazla miktarda madde kullanılmasının gerekliliği olarak tanımlanabilir. Yoksunluk kullanılan madde miktarının azaltılması ya da maddenin tamamen bırakılmasına yanıt olarak ortaya çıkan fizyolojik ya da

psikolojik belirtilerdir. Ayrıca bu belirtilerin ortaya çıkmasını önlemek için maddenin kullanımı da yoksunluk olarak tanımlanabilir. Tolerans ve yoksunluk, bireyde fiziksel bağımlılığın geliştiğine dair ipuçlarıdır. Madde kullanım bozukluğuna yol açan her madde aynı ölçüde fiziksel bağımlılık belirtileri ortaya çıkarmayabilir. Diyet yapıldığı sırada sıkıntı ve disfori yaşanması yeme bağımlılığında yoksunluk ölçütünün karşılığı olarak ele alınmıştır (Volkow ve O'Brien, 2007). Yiyeceklerin kısıtlanması ya da diyet yapılması durumunda, ruhsal ve fiziksel yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkabildiği gözlense de, bu belirtileri enerji eksikliğinden tamamen ayırmak kolay değildir (Meule, 2015). Kullanımına genellikle ergenlik döneminde başlanan alkol ya da nikotin gibi maddelerin aksine, yüksek yağ ve şeker içerikli yiyeceklerin tüketimi erken çocukluk dönemlerinde başlamaktadır. Bu durum araştırmacıları, yeme bağımlılığının bir belirtisi olarak toleransı daha erken yaşlarda araştırmaya yönlendirmiştir. Örneğin Harrison ve arkadaşları (2008), infantlarda sükroz çözeltisinin etkili bir analjezik olabildiğini; ancak on sekizinci aydan, yani bebek şeker içeriği yüksek birtakım yiyecekleri tüketmeye başladıktan sonra bu etkinin gözlenmediğini bulmuştur. Tolerans ile ilgili daha net bulgular elde edilmesi için çocukluk çağında yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Gearhardt ve ark., 2009, Harrison, 2008).

2.3.2.2. Kontrol Kaybı

Kontrol kaybı, maddenin istenen ya da planlanandan daha fazla ya da daha uzun süre kullanılması olarak tanımlanabilir. Örneğin sadece yemeklerden sonra sigara içmeyi hedefleyip gün boyu sigara içmek, kısa bir sürede aşırı miktarda tüketim olarak sayılmasa da, bağımlılık perspektifinden bakıldığında madde üzerindeki kontrolün kaybına bir örnektir (Brownell ve Gold, 2012). Buna benzer olarak, öğünlere uyma hedefi olan birinin gün boyu atıştırma tarzında yeme özelliği göstermesi de kontrol kaybı olarak ele alınabilir. Kontrol kaybı yeme bozukluklarından özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve bulimiya nervozada (BN), tıkınırcasına yeme epizotları olarak görülmektedir. TYB ve BN toplumda %1-4 oranlarında görülse de, tıkınırcasına yeme epizotlarının daha yaygın olduğu ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan bireylerde de yaygın görüldüğü bilinmektedir. Normal

kiloda kadınların %9'unda ve kilolu (BKİ 25.0-30.0 kg/m^2 arasında olan) kadınların da %21'inde tıkınırcasına yeme epizotları görüldüğü bildirilmiştir (French ve ark., 1999).

2.3.2.3. Madde kullanımının bırakılması için duyulan istek ve tekrarlayan başarısız denemeler

Yeme bağımlılığı üzerine yapılan araştırmalarda en sık rastlanan ölçüttür (Gearhardt ve ark., 2009, Meule ve ark., 2015). Bu ölçüt, bağımlılığın yüksek oranda nükslerle seyreden bir bozukluk olması ile ilişkilidir. Yeme davranışında da benzer bir nüksten söz etmek mümkündür. Obezite hastalarının sık sık diyetlere başvurması ve diyet girişimlerinden sonra eski yeme alışkanlıklarına tekrar geri dönülmesi sık rastlanan bir durumdur. Yaş ve kilodan bağımsız olarak her yıl milyonlarca insanın diyet denemeleri yaptığı bildirilmektedir (Dulloo ve Montani, 2015).

2.3.2.4. Maddenin elde edilmesi, kullanılması ya da etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcanması

Maddenin hastanın hayatında oynadığı merkezi rolün altını çizen bu ölçüt, bağımlılık yapıcı maddelerin tümüne uyarlanamayabilir. Örneğin nikotin bağımlılığında, sigaranın uzun yıllar yasal, pek çok kamusal ortamda serbest ve kabul edilebilir görülmesi, edinilmesi, kullanılması ile ilgili herhangi bir zorluk ya da zaman kaybı oluşturmamıştır. Bağımlılık yapıcı etkisi olduğu düşünülen yüksek kalorili, yüksek şeker-yağ içerikli yiyeceklerin de pazarlanması ve sunumu da sigara örneğine benzer seyretmiştir. Yiyeceklerin neden olduğu ağır bir intoksikasyon tablosundan söz etmek mümkün değildir; ancak araştırmalarda, bireyler özellikle kontrolsüz yeme ataklarından sonra yorgunluk, miskinlik gibi etkilerin geçmesinin zaman aldığı bildirilmiştir.

2.3.2.5. Madde kullanımı yüzünden diğer önemli etkinliklerin bırakılması ya da azaltılması

Bu ölçüt günlük işlevselliğin ne kadar etkilendiğine dair fikir vermektedir. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde gizlice yemek yeme ve olumsuz duyguların yemek yiyerek giderilmeye çalışılması çevredeki kişilerden uzaklaşmaya yol açabilir. Bazı kişiler önemli toplantılar ya da etkinliklerden, sunulacak yemeğe karşı koyamacağı ya da belli bir süre yemek yiyemeyeceği için kaçınma eğilimindedir (Gearhardt ve ark., 2009). Aşırı kilo nedeniyle sosyalleşememe, dışarıya çıkamama, arkadaşlardan uzaklaşma sık söz edilen bir bulgudur.

2.3.2.6. Ruhsal ya da fiziksel sorunlar ortaya çıkmasına ya da var olan sorunların kötüleşmesine rağmen madde kullanımının sürdürülmesi

Madde kullanım bozukluğu durumunda bireylerin yasal, ekonomik, kişiler arası ya da sağlıkla ilgili sorunlara rağmen madde kullanımını sürdürebildikleri bilinmektedir. Aşırı yemek tüketiminin başta gelen olumsuz sonucu olarak obezite, diyabet, kanser ve kalp hastalıkları gibi birçok fiziksel soruna yol açmaktadır. Ayrıca obezite hastaları distimi, depresyon, kaygı gibi ruhsal sorunları daha sık yaşamaktadır. Bu risklere ve sorunlara rağmen rağmen yüksek kalorili yiyeceklerin tüketimine devam edilmesi, yeme davranışının değiştirilememesi bağımlılık lehine yorumlanmaktadır (Volkow ve ark., 2007, Gearhardt ve ark., 2009).

2.3.2.7. Aşırı yeme isteği (Craving)

Bağımlılık tanısının en önemli bileşenlerden biri bu ölçüttür. Madde bağımlılığında aşırı bir istek ya da içsel bir zorlantı olarak tanımlanabilecek bu durumun, maddelerin kompulsif kullanımlarında rol oynadığı; alkol, kokain ve tütün kullanım bozukluklarında fazla miktarda kullanıma ve daha erken nükslere yol açtığı bilinmektedir (Joyner ve ark., 2015). Aşırı istek, beyinde insula, amigdala, orbitofrontal korteks ve hipokampüs gibi ödül yolağındaki yapılarda etkinlik artışı ile ilişkili bulunmuştur (Schulte ve ark., 2016).

Aşırı yeme isteği, başta çikolata olmak üzere aşırı lezzetlendirilmiş (hyperpalatable) yiyeceklere yönelik yoğun bir istek ya da dürtü olarak tanımlanabilir (Meule ve ark., 2014). Aşırı yeme isteği çeşitli emosyonel ve

davranışsal boyutları ile ele alınabilir. Yiyecek tüketimi ile ilgili somut niyet ve planlar, yedikten sonra duygudurumun yükseleceğine ya da olumsuz duygulardan uzaklaşılacağına dair bir beklenti, yemekle ilgili zihinsel aşırı uğraşılar (preoccupation), aşırı yeme isteğini tetikleyen ipuçlarına duyarlılık, yedikten sonra oluşan suçluluk hissi bu boyutlar arasında sayılabilir (Cepeda-Benito, 2000). Yeme bağımlılığı ve problemli yeme alışkanlıklarının tedavisinde aşırı yeme isteğinin önüne geçmek önemli bir ara hedef olarak görülebilir.

2.3.2.8. Tekrarlayan madde kullanımı sonucunda iş, ev veya okul sorumluluklarını yerine getirememe

Bağımlılık biçiminde yeme özellikleri göstermenin sorumlulukları yerine getirmekte güçlük oluşturduğuna doğrudan işaret eden yeterince çalışma bulunmamakla birlikte, obeziteden kaynaklanan yeterince hızlı hareket edememe ve fiziksel aktivite eksikliği sorumlulukların bırakılmasına yol açabilir, çok aşırı kilo durumlarında da kişi fiziksel olarak inaktif hale gelmektedir. Obezite sorunu olan bireylerin sağlıklarıyla ilgili gereklilikleri yerine getirme ve tedavilerini sürdürme, eğitimlerini tamamlama ve bir işte süreklilik sağlama konusunda zorluklar yaşadıkları çalışmalarda gösterilmiştir (Ifland, 2009). Öte yandan, DSM-IV'te madde kötüye kullanımı başlığı altında yer alan bu belirtinin yeme bağımlılığının çekirdek belirtilerinden biri olmayabileceği öne sürülmektedir (Meule, 2014).

2.3.2.9. Madde kullanımı ile ortaya çıkan ya da şiddetlenen kalıcı ya da tekrarlayıcı kişiler arası veya sosyal sorunlara rağmen madde kullanmaya devam etme

Yeme davranışındaki bozulmalar çeşitli sosyal problemlere yol açabilmektedir. Obez bireylerin normal kiloda bireylere göre daha fazla sosyal izolasyonla karşılaştığı, ancak bunun sadece kilo ve dış görünüşe bağlı damgalamadan değil, bu bireylerin duygulanım regülasyonu ve güvenli ilişkiler kurmakla ilgili yaşadıkları problemlerden de kaynaklandığı belirtilmektedir. Obezite hastaları sıklıkla yeme biçimlerinden dolayı aile bireyleri ile tartışmalar yaşadıklarını, eleştiriler aldıklarını

ve bu durumun ilişkilerini olumsuz etkilediğini ifade etmektedir.

2.3.2.10. Fiziksel olarak zararlı olabilecek durumlarda tekrarlayıcı madde kullanma

Madde ile ilişkili bozukluklarında olduğu gibi madde etkisi altında makine veya araç kullanmak ya da algısal veya bilişsel bozulma görülen intoksikasyon benzeri bir tablodan yeme bağımlılığı için bahsetmek mümkün değildir. Öte yandan, araç kullanırken yemek yemek nadir görülen bir davranış değildir ve kazalara sebep olabilmektedir (Meule, 2014). Ayrıca bazı hastalar, alerji, intolerans veya diyabette olduğu gibi hiperglisemi riski taşımalarına rağmen belirli yiyecekleri tüketmeye devam etmektedir.

2.3.3. Dürtüsellik ve diğer semptomatolojik özellikler

Düşünmeden eyleme geçme, heyecan arayışı, verilen görevleri tamamlayamama gibi çeşitli şekillerde kavramsallaştırılan dürtüselliğin, çok sayıda çalışmada bağımlılık ile karşılıklı ilişki içinde olduğu bulunmuştur (De Wit, 2009). Dürtüsellik bağımlılığa yatkınlığı arttırdığı gibi, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı da dürtüselliğe yol açmaktadır.

Bağımlı şekilde yemek, madde kullanım bozukluklarında görüldüğü gibi, artmış dürtüsellik ve emosyonel reaktivite ile ilişkilidir (Schulte ve ark., 2015). Hayvan deneylerinde dürtüsellik; aşırı lezzetli yiyeceklerin fazla tüketimi, yiyeceklere karşı yüksek motivasyon ve kompulsif şekilde yeme ile ilişkili bulunmuştur (Velázquez-Sánchez ve ark., 2014). Normal ve normalin üzerinde BKİ gruplarında yapılan klinik araştırmalarda yüksek derecede dürtüselliğin, daha fazla yiyecek tüketimi, yeme bağımlılığına ve kilo alımına yatkınlık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (Guerrieri ve ark., 2007, Murphy ve ark., 2014, Meule ve ark., 2015).

Ayrıca yeme bağımlılığı belirtilerinin yüksek Beck Depresyon Ölçeği skorları, düşük özsaygı ve emosyon regülasyonunda zorluklarla ilişkili olduğu görülmüştür (Gearhardt ve ark., 2012). Yaş ve kilo açısından eşleştirilmiş

bireylerden, yeme bağımlılığı tanısı alanların, anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta tıkınırcasına yeme bozukluğu, depresyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı aldıkları; daha dürtüsel oldukları ve daha yüksek emosyonel reaktivite gösterdikleri saptanmıştır (Davis ve ark., 2011).

2.3.4. Yeme bağımlılığı ile ilgili nörobiyolojik modeller

2.3.4.1. Açlık ve tokluğun nörobiyolojik düzenlenmesi

Açlık dürtüsünün giderilmesi ve yiyecekler üzerinden yeterli kalori alımının sağlanmasını düzenleyen sinir yolağı temelde hipotalamus ve beyin sapında lokalizedir (Cota ve ark., 2006, Volkow ve ark., 2007). Enerji homeostazının sağlanmasında hipotalamustaki belirli çekirdeklerin rolü yirminci yüzyılın ikinci yarısındaki çalışmalarda ortaya konmuştur. Ventromedial, paraventriküler ve dorsomedial hipotalamik çekirdeklere zarar verilmesinin hiperfaji ile sonuçlandığı, lateral hipotalamus lezyonlarının ise yiyecek alımında azalmaya yol açtığı bilinmektedir (Horwath, 2004).

Açlık ve yiyecek alımının hipotalamik düzenlemesi, merkezi ve periferal pek çok uyaran aracılığıyla düzenlenmektedir. Kronik stres durumlarında kortikotropin salgılatıcı faktör (CRF) ve kortizolün aşırı artış gösterdiği, bu iki hormon arasındaki negatif feedback yolağının işleyişinin bozulmasının hipotalamopitüiter aksın (HPA) çalışmasını olumsuz etkilediği bilinmektedir. CRF artışı beyin ödül yolağı bileşenlerini ve dopaminerjik nörotransmiyonu stimule etmekte ve HPA disregülasyonu durumunda bağımlılık riskini artırmaktadır. Periferal olarak, gastrointestinal sistemde üretilen ghrelin hormonunun hipotalamus üzerinden iştahı artırıcı etkisi bulunmakta, bir diğer hormon olan peptit YY (PYY) ise yiyecek alımını baskılamaktadır (Volkow ve ark., 2013).

2.3.4.2. Homeostatik yeme – hedonik yeme karşıtlığı

Kalori alımı ile ilgili temel mekanizmalar açlık ve iştahın sinir sistemindeki karşılıklarının araştırılması ile bulunmuştur. Ancak günümüzde, çeşitliliği ve

bulunabilirliği artmış birçok yiyeceğe yönelik duyulan "beğenme" (haz/platability) ve "isteme" (iştah/motivasyon)'nin prefrontal korteks (PFK), amigdala, ventral tegmental alan (VTA), nukleus akkumbens (NAc), ventral pallidum ve medial forebrain bundle (MFB)'den oluşan birbirine bağlı bir nöral ağ üzerinden düzenlendiği gösterilmiştir. Arka beyin ve orta beyin bölgelerini hipotalamusa bağlayan bu nöral ağın etkinliği, yiyecek tüketimi davranışlarını belirlemektedir (Cota ve ark., 2006).

Yiyeceklerin ağırlığı, dokusu, görüntüsü, koku ve tatları, o yiyeceğin ödül niteliği kazanmasını ve homeostatik ihtiyaçtan daha fazla tüketilmesini belirleyen temel özellikleridir. İnsan dışındaki primatlarda yapılan nörofizyolojik araştırmalar ve insanlarda yapılan nörogörüntüleme çalışmaları, prefrontal korteksin bu özelliklerin beyindeki temsilinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir. Yiyeceklerin dokusu (örneğin yağlı özellikleri) ile ilgili somatosensöriyel uyaranların, soliter trakt nukleusu, talamus ve amigdala gibi subkortikal yapılarda işlendikten sonra bir araya getirildiği önemli bir bölge de orbitofrontal kortekstir (Rolls, 2005).

2.3.4.3. Yeme bağımlılığı ile ilgili modeller

Yeme bağımlılığı ile ilgili nörobiyolojik açıklamalar preklinik çalışmalar, insan nörogörüntüleme çalışmaları ve davranış genetiği araştırmalarından elde edilmektedir.

Farmakolojik olarak hayvan modellerinde madde kullanımının kontrolü için deneme çalışmaları yapılan ilaçların (kannabinoid antagonistleri, baklofen, GABA agonistleri ve CRF antagonistleri, vd.), yemenin kontrolü ve obezite tedavisinde de araştırılan ilaçlar olması tesadüf değildir (Volkow ve ark., 2007).

Ventral tegmental alandan nükleus akkumbense uzanan mezolimbik dopaminerjik yolak, hem maddelerin, hem de birtakım yiyeceklerin tekrarlayan şekilde tüketimlerine yol açarak ödül niteliğini kazanmasında merkezi rol oynayan yapıdır. Uzun süreli madde kullanımına bağlı olarak, dopaminerjik uyarının tekrarlayan şekilde suprafizyolojik düzeylerde seyretmesinin, beyinde plastik değişikliklere yol açtığı (örn. glutamaterjik kortiko-striatal yolaklar) bilinmektedir. Bu yolla maddenin kompulsif şekilde alımının üzerindeki inhibitör kontrol

zayıflamaktadır (Volkow ve Wise, 2005).

Hayvan deneylerinde yüksek şeker ve yüksek yağ içerikli yiyeceklerle beslenen farelerde, amfetamine çapraz tolerans geliştiği görülmüştür. Çapraz toleransın, benzer etki mekanizmalarına sahip iki uyaran arasında geliştiği bilinmektedir (Olsen, 2011).

Fonksiyonel MRG çalışmalarında, yüksek yeme bağımlılığı skorları olan bireylerde aşırı lezzetli yiyecekler ile ilgili görsel ipuçları (çikolatalı milkshake görüntüsü gibi) gösterilmesi, motivasyonla ilgili merkezler olan anterior singulat korteks (ACC), medial orbitofrontal korteks (mOFC) ve amigdalada aktivasyon ile ilişkili bulunmuştur; sadece yemek yeme bu tür bir aktivasyona yol açmamıştır. Bu durum yemek yemenin değil, yemek yemeye dair beklentinin (antisipasyon) bir motivasyon oluşturduğuna işaret etmektedir. Yiyeceğin yenmesi durumunda ise ödül merkezi olan nükleus akkumbenste aktivasyon olduğu görülmüştür (Volkow ve ark., 2013).

Yiyeceklerin ödül niteliği kazanması ile ilişkili birden çok nörotransmitter sistem incelenebilir. Başlıca rol oynayan dopaminerjik, opioderjik ve endokannabinoid sistemlerdir.

2.3.4.3.1. Dopaminerjik sistem

Hayvan deneylerinde, dopamin eksikliği olan farelerin açlıktan öldüğü, kaudat putamende dopamin bulunduğu zaman yiyecek tüketmeye başlayabildikleri, kaudat putamen ve NAc'de dopamin bulunduğu zaman ise özellikle sükroz ya da lezzetlendirilmiş yiyeceklere yöneldikleri görülmüştür.

İnsan nörogörüntüleme çalışmalarında emosyonel yeme özellikleri ile dopaminin ilişkisi gösterilmiştir. Tüketilen yiyeceğin ödül niteliği ne kadar belirginse, kortikal ve limbik yapılarda o kadar aktivasyon olmakta ve NAc'de ekstrasellüler dopamin artışı gözlenmektedir. Buna paralel olarak obez bireylerde, normal BKİ'deki bireylere göre PET görüntülemeleriyle incelenen striatal D2 reseptör yoğunluğunda bir azalma gösterilmiştir (Wang ve ark., 2001). Yağ ve şekerden zengin belirli yiyeceklerle tekrarlayan karşılaşmalar (exposure), yatkınlığı olan kişilerde kompulsif yiyecek tüketimine, yemek alımının kontrolünde

zayıflamaya, yiyeceklerle ilgili görsel, olfaktör, vb. ipuçlarına karşı duyarlılaşmaya ve sonuçta aşırı kilo alımına yol açmaktadır (Volkow ve Wise, 2005).

Antipsikotik kullanımı da dopamin antagonizması üzerinden ödül yolağında blokaja, bu nedenle de aşırı yeme ve obezite riskinde artışa yol açabilmektedir (Volkow ve ark., 2007).

2.3.4.3.2. Opioderjik sistem

Yiyeceklerin hedonik nitelik kazanması, yani haz verici özellikleri ile ilgili nöral sistemlerde opioderjik nöroiletim de rol oynamaktadır. NAc'teki mü-opioid receptörlerin uyarılması şeker ve yağ açısından zengin yiyeceklerin tercih edilmesini ve tüketimini artırmaktadır. Ratlarla yapılan çalışmalarda endojen mü-opiat nöroiletiminin bloke edilmesinin sükroz tüketiminde azalmaya yol açtığı gösterilmiştir (Egecioglu ve ark., 2011).

2.3.4.3.3. Endokannabinoid sistem

Merkezi sinir sisteminde yaygın olarak dağılım gösteren tip 1 kannabinoid reseptörler (CB1), yiyecek tüketimi ve ödül mekanizması ile ilgili uyarıcı etki göstermektedir. Endokannabinoidlerin iştahı ve yiyecek tüketimini artırıcı etkisi özellikle hipotalamus ventromedial ve paraventriküler çekirdekler ve beyin sapı parabrakial çekirdek üzerinden olmaktadır (Egecioglu ve ark., 2011). Farmakolojik olarak endojen kannabinoid sistemin baskılanmasını sağlayan antagonist molekül rimonabant, obezite tedavisinde etkili bulunmuş; ancak olumsuz psikiyatrik yan etkileri nedeniyle piyasadan geri çekilmiştir.

2.3.5. Yeme bağımlılığında değerlendirme

2.3.5.1. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, madde bağımlılığı DSM-IV ölçütlerini temel almaktadır (Gearhardt ve ark., 2009). Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği kullanılarak

yapılan yeme bağımlılığı araştırmalarının gözden geçirildiği bir meta-analizde, 35 yaşın üzerinde aşırı kilolu/obez kadınların yeme bağımlılığına daha predispoze olduğu; ancak çeşitli yaş gruplarında ve genel popülasyonda yapılacak araştırmalar ile YFAS skorlarının geçerliliğinin desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Pursey ve ark., 2014). 2016'da YFAS'ın DSM-5 madde kullanım bozuklukları ölçütlerine göre uyarlanarak ikinci versiyonu yayınlanmış, ancak geniş klinik çalışmalarda henüz uygulanmaya başlanmamıştır (Gearhardt ve ark., 2016).

2.3.5.2. Yeme bağımlılığı ile ilgili diğer değerlendirmeler

DSM-5 madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları bölümünde yeme bağımlılığına yer verilmemiştir. Bu başlıktaki DSM-5 tanı ölçütleri ve tanı için gerekli koşullar DSM-IV'teki kötüye kullanım ve bağımlılık ölçütlerinden farklı olduğundan, yeme bağımlılığının güncel klinik değerlendirmesinde DSM-IV'ten farklı bir uyarlamanın gerekli olduğu düşünülmektedir (Meule ve ark., 2014). DSM-5'e göre yapılacak klinik değerlendirmede, DSM-IV'te olduğu gibi işlevsellikte anlamlı ölçüde bozulma ya da sıkıntının da belirlenmesi gerekmektedir.

2.3.5.3.Aşırı yeme isteği ile ilgili değerlendirmeler

Aşırı yeme isteği, düşünce, duygulanım, açlık, yeme ile ilişkili ödül hissi gibi bağlamlarda değerlendirilebilecek çok boyutlu bir deneyimdir. Bu nedenle aşırı yeme isteğini araştırmak için geliştirilmiş anketlerin tüm bu boyutları ele alması gerekmektedir (Moreno ve ark., 2008).

Aşırı yeme isteği ile ilgili en çok araştırma karbonhidrat aşırı yeme isteği konusunda yapılmıştır (Lobera ve ark., 2010). 2002'de White ve arkadaşları tarafından belirli yiyeceklere ne sıklıkta aşırı istek duyulduğu sorgulanan Food Craving Inventory geliştirilmiş ve farklı dillerde kullanılmıştır (White ve ark., 2002, Lobera ve ark., 2010). Aşırı yeme isteğinin emosyonel ve davranışsal boyutlarının daha ayrıntılı incelenmesi için Food Craving Questionnaire geliştirilmiştir (Cepeda-Benito ve ark., 2000).

Bunun yanında öznel deneyimin değerlendirilebilmesi için bir derecelendirme

ya da görsel analog skala kullanılması önerilmektedir. Aşırı yeme isteğinin şiddeti ya da yoğunluğu gibi parametreler, deneysel çalışmalarda bu yöntemle belirlenmektedir (Hill, 2012).

2.4. Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları, yeme paterninde bozulmalar yanında beden imgesi ile ilgili sıkıntılar ile seyreden, birbiriyle ilişkili çeşitli fenomenolojik özellikler gösteren bir tanı grubudur. Özellikle tıkınırcasına yeme epizotları sırasında yeme üzerindeki kontrolün azalması ve fazla yeme, kilo alımı ve obezite ile yakından ilişkilidir (Gearhardt ve ark., 2012). Yeme bozuklukları, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılıklarla; klinik fenomenoloji, eştanılar, patofizyoloji, nörobiyoloji ve tedavi yaklaşımları gibi pek çok açıdan örtüşmektedir (Brewerton, 2014). Bu nedenle DSM-5'te ayrı bir tanı kategorisi olarak kabul edilen tıkınırcasına yeme bozukluğu başta olmak üzere, yeme bozuklukları ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişki incelenmeyi gerektirmektedir.

2.4.1. Yeme bozuklukları DSM – 5 tanı ölçütleri

2.4.1.1. Anoreksiya nervoza

A. Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlama tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.

B. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma belirgindir.

C. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığıyla ilgili bir bozukluk vardır. Kişi kendini değerlendirirken, vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.

DSM-5'te anoreksiya nervozanın iki alt türü kısıtlayıcı tür ve tıkınırcasına yeme/çıkarma türü olarak belirtilmiştir.

2.4.1.2. Bulimiya nervoza

A. Tekrar tekrar görülen tıkınırcasına yeme dönemleri vardır. Bir tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:

1. 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 hissinin bulunması.

B. Kilo alımını önlemek için yapılan tekrarlayıcı telafi davranışları (Kendini kusturma, oruç tutma, aşırı yoğun egzersiz yapma, laksatif ve/veya idrar söktürücü kullanma) ön plandadır.

C. Kendini değerlendirmede beden şekli ve ağırlığının çok önemlidir.

D. Tıkanırcasına yeme ve telafi davranışlarının her ikisinin de ortalama en azından üç aydır haftada bir kez olması gerekir.

2.4.1.3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu

A. Tekrar tekrar görülen tıkınırcasına yeme dönemleri vardır. Bir tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:

1. 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 hissinin bulunması.

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) görülür:

1. Alışılanın çok üstünde bir hızla yeme
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme

3. Açlık hissi duymuyorken aşırı miktarlarda yeme
4. Ne kadar yediğinden utandığı için yalnızken yeme
5. Yeme sonrası kendinden tiksinme, çökkünlük yaşama ya da suçluluk duyma

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.
D. Tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.
E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme yalnızca bulimiya nervoza ve anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz.

2.4.1.4. Tanımlanmamış diğer yeme bozuklukları

Bu kategoride atipik anoreksiya nervoza (tüm ölçütler karşılanıyor; fakat BKİ normal sınırlarda), kısa süreli ya da düşük sıklıkta bulimiya nevroza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu gibi diğer tanılar bulunmaktadır (APA, 2013).

2.5. Yeme Bozuklukları ve Yeme Bağımlılığı İlişkisi

Yeme bozukluklarında problemli temel davranış alanları, diyet yapma, tıkınırcasına yeme, çıkarma ve egzersizdir. Araştırmalar bu dört davranış biçiminin de bağımlılık özellikleri kazanabildiğini göstermektedir. Yeme bozukluklarında, bireylerin olumsuz duygulanımları regüle etmek amacıyla bu tür davranışlara başvurduğu gözlenir. Ayrıca yeme bozukluğu tanısı alan hastalarda Eysenck Kişilik Envanteri'nde bağımlılıkla ilgili kişilik özelliklerinin (addictive personality) yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (Davis ve ark., 2015).

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ile yapılan çalışmalarda, yüksek yeme bağımlılığı skorlarının daha ciddi yeme bozukluğu semptomatolojisiyle korele olduğu bildirilmiştir. Özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu ve bulimiya nervozada yüksek belirti şiddeti yüksek yeme bağımlılığı skorları ile ilişkilidir (Meule ve ark., 2014). Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastalar arasında yapılan çalışmalarda, yeme bağımlılığının hastaların yarısından çoğunda görüldüğü bulunmuştur (Gearhardt veark., 2011, Granero ve ark., 2014). Yemek yemeyi kısıtlama davranışının başat olduğu anoreksiya nevroza hastalarında %50'ye yakın oranda

yeme bağımlılığı saptanmış olması, kısıtlamaya rağmen yemek yeme üzerine kontrol kaybı hissinin ve aşırı yeme isteğinin yaşanıyor olduğunu düşündürmektedir (Witt ve Lowe, 2014).

Bir yaklaşıma göre aşırı yeme davranışı bir spektrum olarak ele alınabilir. Herhangi bir psikopatoloji olmaksızın aşırı yeme, normal kiloda ancak bulimiya nervoza tanısı alan hastalarda gözlenen aşırı yeme, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda aşırı yeme ve en ileri düzey olarak yeme bağımlılığındaki aşırı yemenin bir süreklilik içinde ele alınabileceği önerilmiştir (Davis, 2013).

Diğer açıdan, Davis ve arkadaşları (2011), Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'ni kullanarak yaptıkları olgu-kontrol çalışmasında, yeme bağımlılığı ölçütlerini karşılayan bireylerin %50'sinin tıkınırcasına yeme bozukluğu eş tanısı aldıklarını göstermiştir. Bu bulgu, yeme bağımlılığı tanısının, tıkınırcasına yeme bozukluğu ile örtüşmekle birlikte, klinik olarak ayrı bir olgu olduğuna işaret etmektedir (Davis ve ark., 2011).

Tanım olarak, tıkınırcasına yeme sadece aşırı miktarda yemeyi değil, yeme üzerindeki kontrolün kaybını da kapsamaktadır. Tıkınırcasına yeme durumu, sıklıkla egodistonik olarak deneyimlenmektedir; haz alınan bir davranış olmakla beraber, aslında istenmeyen ve utanılan bir davranıştır. Ayrıca yeme bozuklukları, kilo almaktan yoğun derecede korku duymak ya da beden ağırlığı ve görünümünü algılamada sorunlar olması gibi karakteristik özelliklerle madde ile ilişkili bozukluklardan ayrışmaktadır.

Tüketim üzerindeki kontrol kaybı, bağımlılıklarda da tıkınırcasına yemede de çekirdek belirtilerden biri iken, tanım olarak tıkınırcasına yeme "belli bir süre içinde" (örneğin iki saatlik) aşırı ya da alışılmadık düzeyde fazla miktarda yiyecek tüketilmesi ve bu esnada kontrol kaybı hissinin yaşanması olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, örneğin gün boyu süren bir aşırı yeme, bu tanıma göre tıkınırcasına yeme olarak sayılmayacaktır. Buna karşın, bağımlılıklardaki kontrol kaybı, zaman ile bağımlı değildir; daha çok istenen ya da planlanan miktarın üzerinde ya da daha sık tüketim ile karakterizedir (APA, 2013). Obeziteye yol açan bir durum olarak yeme üzerindeki kontrol kaybının tıkınırcasına yeme bozukluğu ölçütlerini karşılamadığı durumlarda, bağımlılık çerçevesinde incelenebileceği belirtilmektedir (Gearhardt ve ark., 2011).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma dört farklı BKİ grubunda (normal, preobez, obez, morbid obez) bireylerde yeme bağımlılığı ve ilişkili özelliklerin araştırıldığı bir olgu kontrol çalışması olarak tasarlanmıştır.

3.2. Örneklem Seçimi ve Araştırma Deseni

Çalışmaya olgu grubu olarak Aralık 2015–Mart 2016 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne bariatrik cerrahi tedavi öncesi psikiyatrik değerlendirme amacıyla yönlendirilen, BKİ sınıflandırmasına göre **morbid obezite** düzeyinde olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 40 hasta alınmıştır. Bu grubun yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve çocuk sayısı açısından eşleşen, farklı beden kitle indeksi düzeylerinden gruplarla karşılaştırılması planlanmıştır. Raosoft® örneklem büyüklüğü hesaplama programı kullanılarak, yeme bağımlılığı sıklığının klinik olmayan popülasyonda %5-10 arasında saptanmasına göre (Flint, 2014), %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile kontrol grubu büyüklüğü 80 kişi olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu için **normal** (n=40) ve **preobez** (n=40) BKİ düzeyinde bireyler hastane çalışanları ve onların yakınlarından çalışmayı kabul edenler arasından; BKİ **obezite** düzeyinde bireylerise (n=35) Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Spor Fizyolojisi Bölümü'ne medikal obezite tedavisi için başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul edenler arasından oluşturulmuştur.

Olgu ve kontrol gruplarında katılımcılarla iki kez klinik değerlendirme görüşmesi yapılarak, bu görüşmelerde sosyodemografik özellikler ve yeme alışkanlıkları, yeme bozukluğu, aşırı yeme isteği, dürtüsellik düzeyi ve yeme bağımlılığı ile ilgili veri toplanmıştır.

Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılarla iki kez klinik değerlendirme görüşmesi yapılmış ve iki görüşme randevusu arasında hastalardan özbildirime dayalı beş ölçek doldurmaları istenmiştir. Her iki görüşmeye katılan ve

anket formlarını tamamlayan katılımcılar örneklemi oluşturmuştur.

Yapılan görüşmelerde yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu kullanılmıştır. Birinci görüşmede hastaların sosyodemografik bilgileri, yeme davranışları ve kilo verme girişimleri değerlendirilmiştir. İkinci görüşmede yeme bağımlılığı ve yeme bozukluklarının klinik değerlendirmesi yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda psikopatoloji saptanan bireylere tedavi planı oluşturulmasında yardımcı olunmuştur.

3.3. Çalışmaya Alınma Ölçütleri

Çalışma sırasında 18-65 yaş arasında olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, okuma yazma bilen ve verilen yönergeyi anlayarak uygulayabilecek zihinsel yeterliliğe sahip, görüşmeyi engelleyecek ciddi fiziksel hastalığı bulunmayan bireyler çalışmaya alınmıştır.

3.4. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Okuma yazma bilmeyen, verilen yönergeleri anlayamayacak derecede entelektüel güçlüğü ya da bilişsel yetersizliği olan bireyler, görüşmeyi tamamlamaya engel oluşturabilecek ciddi derecede fiziksel hastalığı bulunan (ağır solunum yetmezliği, miyokard infarktüsü, serebrovasküler olay gibi), tedavi görmekte olduğu psikiyatrik hastalığı bulunan bireyler ve gebelik döneminde bulunan kadınlar çalışmaya alınmamıştır.

3.5. Değişkenler

3.5.1. Demografik özellikler

Tablo 1. Sosyodemografik değişkenler.

Değişken	**Değerlendirme**
Yaş	Olgulara doğrudan sorularak sürekli değişken olarak ele alınmıştır.

Cinsiyet	İkili kategorik değişken (kadın-erkek) olarak ele alınmıştır.
Eğitim düzeyi	Mezun olunan son okula göre kategorik değişken (ilkokul – ortaokul – lise – yüksekokul – üniversite - yüksek lisans/doktora) olarak ele alınmıştır.
Çalışma durumu	Katılımcının bildirimine göre ikili kategorik değişken (evet-hayır) olarak ele alınmıştır.
Algılanan gelir düzeyi	Katılımcının bildirimine göre kategorik değişken (düşük – düşük/orta – yüksek/orta – yüksek) olarak ele alınmıştır.

3.5.2. Klinik özellikler

Tablo 2. Klinik özelliklerle ilgili değişkenler

Değişken	**Değerlendirme**
BKİ	Kg/m^2 olarak hesaplanmış, sürekli ve kategorik değişken (normal – preobez – obez – morbid obez) olarak ele alınmıştır.
Sigara, alkol ve madde kullanma durumu	Katılımcıların bildirimine göre kategorik değişken olarak (sırasıyla sigara kullanımı var – yok, riskli alkol kullanımı var –yok, madde kullanımı var – yok), sigara kullanım düzeyi (adet/gün) sürekli değişken olarak ele alınmıştır. Riskli alkol kullanımı klinik görüşmede belirlenmiştir. Ortalama 10 gr alkol içeren bir küçük kutu bira, bir tek rakı, cin ya da viski ve bir kadeh şarap bir standart içki olarak kabul edilmiştir. Kadınlar için haftada 7 standart içki ya da bir oturuşta 3 standart içkinin üzeri, erkekler için haftada 14 standart içki ya da bir oturuşta 4 standart içkinin üzeri riskli kullanım olarak kabul edilmiştir.
Alkol ve madde kullanımı aile öyküsü	Katılımcıların bildirimine göre kategorik değişken olarak (var – yok) ele alınmıştır.

Diyet girişimleri ve sıklığı	Katılımcıların bildirimine göre, güncel yaştan ilk diyet yaşı çıkarılarak diyet girişimlerinin süresi yıl olarak hesaplanmış, sürekli değişken olarak ele alınmıştır. İlk diyet yaşından bugüne kadar yapılan diyet sayısı sürekli değişken, diyet sayısının diyet süresine bölünmesi ile oluşturulan diyet sıklığı sürekli değişken olarak ele alınmıştır.
Atıştırma tarzında yeme özelliği	Katılımcıların bildirimine göre kategorik değişken (var – yok) olarak ele alınmıştır. Açık uçlu olarak atıştırmalarda ne tip yiyecekler tükettikleri sorulmuş ve sıklıkla atıştırılan yiyecekler değerlendirilmiştir.
Emosyonel yeme özellikleri	Katılımcılara neşeli, üzgün, kaygılı/sıkıntılı ve sinirli iken yemek tüketimindeki değişiklik sorulmuş, kategorik değişken olarak (daha fazla – daha az – değişmez) olarak ele alınmıştır.
Dürtüsellik düzeyi	Barratt Dürtüsellik Ölçeği – 11'in değerlendirilmesinden elde edilen toplam puan ve alt boyut puanları sürekli değişken olarak ele alınmıştır.
Aşırı yeme isteği şiddeti	Aşırı Yeme İsteği Anketi – Kısa Form'un değerlendirilmesinden elde edilen puanlar sürekli değişken olarak ele alınmıştır. Aşırı Yeme İsteği Ölçeği'nin şiddet, süre, sıklık ve direnç alanları için oluşturulan görsel analog skalada işaretlenen noktaların ortalamaları sürekli değişken olarak ele alınmıştır.
Tıkınırcasına yeme varlığı	DSM-5 yeme bozuklukları tanısal görüşmesinde bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütleri içinde sorgulanan tıkınırcasına yeme epizotlarının varlığı kategorik değişken (var – yok) olarak ele alınmıştır.

Yeme bozuklukları tanısı varlığı	DSM-5 yeme bozuklukları tanısal görüşmesine göre tanı ölçütleri kategorik değişken (karşılanıyor – karşılanmıyor) ve tanı varlığı kategorik değişken (yok – hafif – orta – ağır – çok ağır) olarak ele alınmıştır. Geçmişteki tanı varlığı kategorik değişken olarak (varsa kısmi ve tam remisyon belirtilerek) ele alınmıştır.
Yeme bozuklukları belirti şiddeti	Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut skorları sürekli değişken olarak ele alınmıştır.

3.5.3. Yeme bağımlılığı ile ilişkili özellikler

Tablo 3. Yeme bağımlılığı ile ilgili değişkenler

Değişken	**Değerlendirme**
Yeme bağımlılığı tanısı	DSM–5 tanı ölçütleri kategorik değişken olarak (karşılanıyor – karşılanmıyor) ve tanı varlığı kategorik değişken olarak (yok – hafif – orta – ağır) ele alınmıştır. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ile DSM-IV tanı ölçütleri kategorik değişken olarak (karşılanıyor – karşılanmıyor) ve tanı varlığı kategorik değişken olarak (var-yok) ele alınmıştır.
Yeme bağımlılığı belirti sayısı	DSM-5 tanı ölçütlerinin her biri bir belirti olarak kabul edilip belirti sayısı sürekli değişken olarak ele alınmıştır.

3.6. Değerlendirme Araçları

Veri toplanmasında aşağıdaki araçlar kullanılmıştır:

3.6.1. Sosyodemografik veri ve görüşme formu

Katılımcılara ait yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, aile özellikleri, algılanan gelir düzeyi gibi sosyal ve demografik bilgiler açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan

yarı yapılandırılmış bir görüşme formu üzerinden edinilmiştir. Aynı görüşmede BKİ, sigara, alkol ve madde kullanımı, ruhsal hastalık öyküsü ve aile öyküsü, tıbbi hastalık öyküsü ve aile öyküsü, kilo probleminin başlama yaşı ve süresi, kilo kontrolü ile ilgili önlemler ve diyet girişimleri, beslenme düzeni (ana öğün, ara öğün, atıştırmalar ve fastfood/hazır yemek tüketimi), gece yeme varlığı ve emosyonel yeme özellikleri değerlendirilmiştir. Yarı-yapılandırılmış görüşme formunun oluşturulmasında Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği Görüşme Formu ve Çelebi (2015) tarafından yapılan Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı, Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi başlıklı tez çalışmasında kullanılan yarı-yapılandırılmış görüşme formundan yararlanılmıştır. Soruların anlaşılabilirliği, araştırmacılar tarafından bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmeye başvurmuş beş kişiyle yapılan ön uygulamalarda değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra çalışmada kullanılmıştır (EK 1).

3.6.2. Yeme bağımlılığının değerlendirilmesi

3.6.2.1. Ölçek kullanımı

3.6.2.1.1. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (Yale Food Addiction Scale; YFAS)

YFAS, son 12 ay içinde, yüksek yağ ve yüksek şekerli yiyecekler yeme ve yeme bağımlılığı davranışlarını ölçen, 25 maddeden oluşan, kişinin kendi bildirimine dayalı bir ölçektir. Gearhardt ve arkadaşları tarafından 2009'da geliştirilen ölçek, yeme bağımlılığı ile ilgili olarak iç tutarlığı ve geçerliliği iyi bulunan tek tanısal ölçektir. Almanca (Meule ve ark., 2012), Fransızca (Brunault ve ark., 2014), İspanyolca (Granero ve ark., 2014) ve İtalyanca (Innamorati ve ark., 2015) dillerinde çevirileri yapılmış ve klinik çalışmalarda kullanılmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayraktar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır.

YFAS, DSM-IV madde bağımlılığında belirtilen tanı ölçütlerini kapsayan ve DSM-IV Eksen 1 Bozukluklarının Değerlendirilmesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, First, 2009) içinde ayrıntılandırılmış olan sorulara benzer sorulardan oluşmaktadır. Buna göre;

1. Maddenin istenenden daha büyük miktar ve daha uzun süre kullanılması: Soru 1, 2, 3
2. Bırakmak için sürekli bir istek ya da tekrarlayan başarısız denemeler olması: Soru 4, 22, 24, 25
3. Maddenin elde edilmesi, kullanımı ve etkilerinden arınılması için fazla zaman harcanması / fazla etkinlikte bulunulması: Soru 5, 6, 7
4. Önemli sosyal, mesleki etkinliklerin ya da dinlence/eğlence etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması: Soru 8, 9, 10, 11
5. Olumsuz sonuçlar yarattığının (sorumlulukların yerine getirilememesi ya da fiziksel-ruhsal sorunların varlığı) bilinmesine rağmen kullanıma devam edilmesi: Soru 19
6. Tolerans (Kullanılan miktarda önemli ölçüde artış ya da etkide önemli ölçüde azalma): Soru 20, 21
7. Karakteristik yoksunluk belirtileri, yoksunluğun giderilmesi için maddenin kullanılması: Soru 12, 13, 14
8. Kullanımın klinik olarak anlamlı derecede işlevsellikte bozulma ya da sıkıntı yaratması: Soru 15, 16

Belirtilerin bir arada ele alındığı tek faktör yapısına sahip YFAS iki skorlama olanağı sunmaktadır. Yedi tanısal ölçütün her birinin bir skor olarak sayıldığı belirti sayımı ve tanısal bir eşik olarak işlevsellikte anlamlı ölçüde bozulmayla birlikte en az üç belirtinin varlığını kapsayan bağımlılığın bulunup bulunmadığına dair dikotomik belirleme (Gearhardt ve ark., 2009) yapılabilmektedir. Formun değerlendirilmesinde Gearhardt ve arkadaşları tarafından hazırlanan ve açık erişim sağlanan YFAS Instruction Sheet (2012) orijinal versiyonu kullanılmıştır. Buna göre her sorunun alabileceği 0-4 arası puanları için kesme noktaları belirlenmiş, kesme noktasının altında ise sorunun puanı 0, üstünde ise 1 kabul edilmiştir. YFAS soru puanlaması Tablo 4'te belirtilmiştir.

Tablo 4. YFAS soru puanlaması

Soru No	**0 puan değerinde yanıtlar**	**1 puan değerinde yanıtlar**
1, 2, 4, 6	0, 1, 2, 3	4

3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16	0, 1, 2	3, 4
8, 10, 11	0, 1	2, 3, 4
25	0, 1, 2, 3, 4	5
19, 20, 21, 22	1	0
24	0	1
17, 18	Puanlamaya katılmaz, 19. soru için değerlendirilir	
23	Puanlamaya katılmaz, 23. soru için değerlendirilir	

Her ölçütün ilgili sorularının toplam puanı, o ölçütün puanını vermektedir. Puan 0 ise ölçüt karşılanmıyor, 1 ve üzeri ise ölçüt karşılanıyor olarak yorumlanmaktadır. YFAS EK' 2 de yer almaktadır.

3.6.2.2. Klinik görüşme

Yeme bağımlılığının tanısal olarak değerlendirilebilmesi için görüşmeci tarafından yapılan yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme ile DSM-5 Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları tanı ölçütlerinin yeme bağımlılığına uyarlanmasıyla oluşturulan ölçütlerin son bir yıl içindeki varlığı araştırılmıştır. Her ölçütün araştırılması için sorulan soruların hazırlanmasında DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme (Nussbaum, 2015) kitabından, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'nden ve Alkol Kullanım Bozukluklarının Tanı ve Tedavisinde Kısa Müdahale Yaklaşımı – Değerlendirme Bölümü (Akvardar, 2012)'nden yararlanılmıştır.

Yeme bağımlılığına uyarlanan on bir ölçüt aşağıda yer almaktadır:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak yemek yenmesi, belirli yiyeceklerin büyük miktarda tüketilmesi ya da açlığın geçmesine karşın yemenin durdurulamaması
2. Yemek yemeyi azaltmak ya da denetim altında tutmak için sürekli istek duyma ya da sonuç vermeyen çabaların olması
3. Yemek hazırlamak, yemek ya da yarattığı etkilerden (yorgunluk, uyku hali gibi) kurtulmak için çok zaman harcanması,

4. Belirli yiyecekleri yemek için ya da aç değilken yemek yemek için aşırı bir istek duyma (Bu ölçütün kadın katılımcılarda menstrüasyon dönemiyle ilişkisi değerlendirilmiş, sadece premenstrüal dönemde aşırı yeme isteği yaşanıyorsa ölçüt karşılanmıyor olarak kabul edilmiştir)
5. Yeme biçiminden dolayı işte, okulda ya da evdeki sorumluluklarını ihmal etme ya da iş, okul ya da evdeki hayatın yolunda gitmiyor olması
6. Çok sık ya da çok fazla yemek yemenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın yemeyi sürdürme
7. Aşırı yeme nedeniyle önemli sosyal, mesleki ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin azaltılması ya da bırakılması
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek ya da akut olarak sağlığı tehdit edebilecek durumlarda yemek yeme
9. Büyük olasılıkla aşırı yemenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal sorunu olduğu bilgisine karşın aşırı yemenin sürdürülmesi
10. Aşağıdakilerden en az biriyle tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması

10.a. İstenen etkiyi (hoşnutluğu) sağlamak için belirgin olarak artan miktarda yeme gereksinimi

10.b. Aynı miktarda yemenin sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki (hoşnutluk) sağlanması

11. Aşağıdakilerden en az biriyle tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması

11.a. Daha az yenildiğinde ya da aşırı yeme/belirli yiyeceklerin tüketimi engellendiğinde ortaya çıkan fiziksel ya da ruhsal belirtiler olması

11.b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için yiyecek tüketimi

Bu on bir ölçütün yanında, katılımcılara belirli yiyecekleri yemeleri ya da genel olarak yeme davranışlarının hayatlarında ciddi bir zorlanma ya da sıkıntı yaratıp yaratmadığı sorularak, alkol ve madde ile ilişkili bozukluklar tanı kategorisinde gerekli koşul olan işlevsellikte bozulma ölçütünün karşılanıp karşılanmadığı değerlendirilmiştir. İşlevselliğinde bozulma olduğu saptanan bireylerde, belirti sayısına göre 2-3 belirti varlığı hafif, 4-5 belirti varlığı orta, 6 ve üzeri belirti varlığı ağır derecede yeme bağımlılığı olarak tanımlanmıştır. Bu

değerlendirmeye göre yeme bağımlılığı tanısının varlığı, ortalama belirti sayısı, her belirtinin örneklemde ne sıklıkta görüldüğü ve klinik olarak yeme bağımlılığı tanısı ile ne kadar örtüştüğünün belirlenmesi amaçlanmıştır. Değerlendirmede kullanılan görüşme formu EK 3'te belirtilmiştir.

3.6.3. Aşırı yeme isteğinin değerlendirilmesi

3.6.3.1. Aşırı Yeme İsteği Anketi- Kısa Form

Aşırı yeme isteğinin değerlendirilmesi için Capeda-Benito ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilmiş ve Meule (2014) tarafından kısa formu hazırlanmış, 15 soruluk Aşırı Yeme İsteği Anketi –Kısa Form (Food Craving Questionnaire-Trait Reduced (FCQTR)) kullanılmıştır. Aşırı yeme isteği ile ilgili özelliklerin 0 (hiçbir zaman) - 6 (her zaman) arasında Likert ölçeğiyle değerlendirildiği anketin geçerlilik ve güvenilirliği Meule ve arkadaşları tarafından (2014) yüksek bulunmuştur. Ölçeğin İngilizce (Hormes ve ark., 2016), İtalyanca (Innamorati ve ark., 2015) ve İspanyolca (Rodriguez-Martin ve ark., 2014) çevirilerinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Ölçekte aşırı yeme isteği yiyecek tipinden bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Yeme üzerindeki kontrol kaybı (1, 2, 8, 9, 11), yeme ile ilişkili düşünce ve zihinsel meşguliyet (4, 5, 10, 12, 13), yiyecek tüketimi ile ilgili plan ve niyetler (3, 6), aşırı yeme isteği sırasında veya sonrasında duygular (7, 14), aşırı yeme isteğini tetikleyen uyarıcılar (15) olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ancak FCQTR'nin kullanıldığı çalışmalarda bu alt boyutlar yerine, tüm soruların puanlarının toplandığı toplam skor kullanıldığından çalışmada toplam skor kullanılmıştır (Meule ve ark., 2014).

Çalışmada anketin Türkçe çevirisinin kullanılabilmesi için Türkçe ve İngilizce dillerini akıcı kullanabilen araştırmacılar tarafından anketin Türkçe'ye çevirisi ve İngilizce'ye geri çevirisi yapılmış, hastane personelinden oluşan beş kişilik bir pilot örneklemde Türkçe olarak anlaşılabilirliği test edilmiştir (EK: 4).

3.6.3.2. Aşırı Yeme İsteği Ölçeği (ASYİS)

Katılımcıların aşırı yeme isteği ile ilgili çok boyutlu ve öznel değerlendirmelerini alabilmek amacıyla araştırmacılar tarafından görsel analog skala hazırlanmıştır. Hatırlamadan kaynaklanabilecek yanlılığı azaltmak amacıyla son bir ay içinde belirli yiyeceklere karşı aşırı yeme isteği duyup duymadıkları, bu isteğin şiddeti, süresi, sıklığı ve katılımcının aşırı yeme isteğine karşı koyabilme gücünü ayrı ayrı görsel skalalar üzerinde 0-10 arası puanlamaları istenmiştir. Ayrıca aşırı yeme isteğinin en sık hangi ortamda ve günün hangi saatinde yaşantılandığı açık uçlu olarak sorulmuştur (EK: 5).

3.6.4. Dürtüselliğin değerlendirilmesi

Yaşam boyu dürtüselliği değerlendiren 30 maddelik bir öz bildirim ölçeği olan Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11) kullanılmıştır. BDÖ, Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiş ve takip eden yıllarda yeni versiyonları geliştirilmiştir. Ölçek maddeleri 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lü Likert ölçeği ile değerlendirilir. Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması, BDÖ-11'in 1997'de geliştirilen orijinal İngilizce on birinci versiyonu temel alınarak Güleç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (Güleç ve ark., 2008). Ölçeğin iki ay arayla uygulandığında test-test tekrar güvenilirliğinin iyi olduğu ve kabul edilebilir iç tutarlılık düzeyine sahip olduğu gösterilmiştir.

BDÖ-11'in Plan Yapmama (PY), Motor Dürtüsellik (MD), Dikkatte Dürtüsellik (DD) şeklinde, güvenirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır (Patton, 1995). Üç alt boyut için de yüksek BDÖ-11 değerleri daha yüksek düzeyde dürtüselliğin göstergesidir.

1. **Dikkatte Dürtüsellik alt boyut soruları** (Konsantrasyon ve dikkat ile ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi ya da bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük): 5, 6, 9*, 11, 20*, 24, 26, 28
2. **Motor Dürtüsellik alt boyut soruları** (Hızlı tepkiler, aceleci hareket, huzursuzluk): 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25, 30*

3. **Plan Yapmama alt boyut soruları** (Gelecek yöneliminin eksikliği): 1*, 7*, 8*, 10*, 12*, 13*, 14, 15*, 18, 27, 29 olmak üzere, * işaretli sorular 4'ten 1'e, işaretli olmayan sorular 1'den 4'e puanlanmaktadır. Alt boyut skorları her soru puanının toplanması, toplam dürtüsellik skoru alt boyut skorlarının toplanması ile elde edilir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, klinik ve klinik olmayan gruplarda dürtüselliği iyi saptayabilmekle birlikte, üçlü faktör yapısına dahil olan maddelerin orijinal İngilizce versiyonu ile birebir örtüşme göstermediği bulunmuştur, bu çalışmada ölçeğin toplam skorunun dürtüsellik düzeyini göstermekte kullanılabileceği belirtilmiştir. Çalışmamızda orijinal versiyonda belirtilen alt boyut skorlarının, bu kısıtlılığa rağmen korelasyon analizlerine dahil edilmesi planlanmıştır (EK: 6).

3.6.5. Yeme bozukluklarının değerlendirilmesi

3.6.5.1. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) – Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)

YEDÖ, Fairburn ve Cooper tarafından 1993'te geliştirilmiş Yeme Bozuklukları Değerlendirme Görüşmesi'nin (Eating Disorders Examination) özbildirim anket versiyonudur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve arkadaşları tarafından 2011'de yapılmıştır. YEDÖ iki tipte veri sunmaktadır. Problemli yeme davranışlarının ne sıklıkta yaşandığıyla ilgili niceliksel veri ölçekteki sorulara verilen yanıtlardan edinilmektedir. Ek olarak, yeme bozukluğu semptomları; kısıtlama, yeme ile ilgili endişeler, beden şekli ile ilgili endişeler ve kilo endişeleri olmak üzere dört alt ölçekte incelenir.

1. Kısıtlama alt ölçek soruları: 1, 2, 3, 4, 5
2. Yeme ile ilgili endişeler: 7, 9, 19, 20, 21
3. Beden şekli ile ilgili endişeler: 6, 8, 10, 11, 23, 26, 27, 28
4. Kilo endişeleri: 8, 12, 22, 24, 25. sorular olmak üzere her alt ölçeğin puanını elde etmek için ilgili soruların puanları toplanıp alt ölçekteki toplam soru sayısına

bölünür. Toplam skor dört alt ölçeğin puanlarının alt ölçek sayısı olan 4'e bölünmesi ile elde edilir. Skorlar semptom şiddeti ile orantılı olarak kabul edilir (EK: 7)

3.6.5.2. Tanısal görüşme

Yeme bozukluğu varlığı ve tipinin tanısal olarak değerlendirilebilmesi için görüşmeci tarafından yapılan yarı-yapılandırılmış bir klinik görüşme ile DSM-5 Beslenme ve Yeme Bozuklukları tanı kategorisinden yeme bozuklukları tanı ölçütlerinin varlığı sorgulanmıştır. Yapılan klinik görüşme her bir semptomun görüşmeci tarafından varlığının dikotomik olarak değerlendirilebileceği şekilde yapılandırılmıştır. Soruların hazırlanması ve kolaylaştırıcı soruların oluşturulmasında Fairburn ve arkadaşları tarafından hazırlanan Eating Disorder Examination görüşme formundan yararlanılmıştır (Fairburn ve ark., 2014). Güncel yeme bozukluğu tanılarının varlığı, tanı ölçütlerinin son üç aydaki davranış sıklığını içermesinden dolayı son üç aydaki durum sorgulanarak belirlenmiştir. Ayrıca geçmişe yönelik tanıların varlığı ve varsa kısmi veya tam remisyon durumları sorgulanmıştır. Tanı şiddeti hafif-orta-ağır-çok ağır (DSM-5) olarak değerlendirilmiştir (EK: 8).

3.7. İstatistiksel Yöntem

Veri analizinde SPSS Statistics 22.0, 2013 istatistik paket programı kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi, sürekli değişkenlerin analizinde Spearman korelasyonu, ortalamaların karşılaştırılmasında Student's t, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lineer regresyon analizi kullanılmıştır. İkili grup karşılaştırmalarda p değerinin 0.05'in altında olması; dörtlü grup karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltmesi ile p değerinin 0.0083 (0.05/6)'ün altında olması istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Tüm örneklem toplam 155 bireyden oluşmaktadır; yaş ortalaması 35.03 ± 7.29, %79.4'ü kadın ve % 63.2'si evlidir, %63.9'u eşi ve/veya çocukları ile yaşadığını bildirmiştir. Çalışmaya katılanların çoğu ortaokul ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir (% 85.2), %70.3'ü çalışmakta ve %87.1'i ekonomik düzeyini "orta" olarak tarif etmektedir. BKİ gruplarına göre sosyodemografik özellikler Tablo 5'te verilmiştir.

Normal, preobez, obez ve morbid obez kategorilerinde incelenen beden kitle indekslerinin ortalama ve standart sapmaları sırasıyla; 22.13±1.92 kg/m^2 (18.80 - 25.00), 27.22±1.27 kg/m^2 (25.20 - 29.80), 32.74±2.59 kg/m^2 (30.0 - 38.05), 45.17±4.92 kg/m^2 (37.80 - 58.90)'dır. Bariatrik cerrahiye başvuran morbid obezite grubunda kadınların yaş ortalamasının (35.88 ± 8.64) erkeklere göre (36.75 ± 8.29) daha düşük olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Dört BKİ grubunda da yaş ortalamalarının Kolmogorov-Smirnov testi ile normal dağılım gösterdikleri ve Levene testi ile varyansların homojen olduğu belirlenmiştir. Yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanılmıştır. Diğer sosyodemografik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Olgu ve kontrol gruplarının ilgili sosyodemografik değişkenler açısından eşleştiği görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Karşılaştırılan dört gruba ait sosyodemografik özellikleri

	Normal (n:40)	**Preobez (n:40)**	**Obez (n=35)**	**Morbid Obez (n=40)**	**p**
BKİ (ort ± SS)	22.13±1.92	27.22±1.27	32.74±2.59	45.17±4.92	
Yaş (ort ± SS)	32.50 ± 6.34 Min: 20 Max:46	36.10 ± 7.41 Min: 24 Max:52	35.77 ± 6.39 Min: 23 Max: 47	36.05 ± 8.47 Min: 21 Max: 54	AD*
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	
Cinsiyet					
Kadın	33 (82.5)	30 (75.0)	28 (80.0)	32 (80.0)	AD
Erkek	7 (17.5)	10 (25.0)	7 (20.0)	8 (20.0)	
Eğitim Düzeyi					
İlkokul	5 (12.5)	6 (15.0)	5 (14.3)	7 (17.5)	
Ortaokul	7 (17.5)	10 (25.0)	6 (17.1)	8 (20.0)	
Lise	9 (22.5)	10 (25.0)	9 (25.7)	10 (25.0)	AD
Yüksekokul	9 (22.5)	2 (5.0)	5 (14.3)	5 (12.5)	
Üniversite	7 (17.5)	9 (22.5)	8 (22.9)	7 (17.5)	
Yüksek Lisans / Doktora	3 (7.5)	3 (7.5)	2 (5.7)	3 (7.5)	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	31 (77.5)	27 (67.5)	25 (71.4)	26 (65.0)	AD
Çalışmıyor	9 (22.2)	13 (32.5)	10 (28.6)	14 (35.0)	
Medeni Durum					
Bekar	15 (37.5)	6 (15.0)	11 (31.4)	12 (30.0)	
Evli	21 (52.5)	31 (77.5)	21 (60.0)	25 (62.5)	AD
Boşanmış	2 (5.0)	2 (5.0)	3 (8.6)	1 (2.5)	
Diğer	2 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	2 (5.0)	
Algılanan Ekonomik Durum					
Düşük	6 (15.0)	3 (7.5)	2 (5.7)	6 (15.0)	
Düşük – Orta	18 (45.0)	23 (57.5)	20 (57.1)	16 (40.0)	AD
Yüksek – Orta	14 (35.0)	13 (32.5)	13 (37.1)	18 (45.0)	
Yüksek	2 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Birlikte Yaşadığı Kişiler					
Yalnız	7 (17.5)	3 (7.5)	5 (14.3)	1 (2.5)	
Eşi ve/veya çocuklarıyla	22 (55.0)	31 (77.5)	22 (62.9)	24 (60.0)	
Anne, baba ve kardeşleriyle	7 (17.5)	3 (7.5)	4 (11.4)	12 (30.0)	AD
Arkadaşlarıyla	2 (5.0)	1 (2.5)	2 (5.7)	0 (0.0)	
Diğer (tek ebeveynle yaşama, sadece kardeşiyle yaşama, vd.)	2 (5.0)	2 (5.0)	2 (5.7)	3 (7.5)	

*AD: Anlamlı değil

4.2. Klinik Özellikler

Grupların sigara, alkol ve madde kullanımı ve aile öyküsü açısından farklı olmadıkları saptanmıştır (Tablo 6). Fiziksel hastalık varlığı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık vardır, farkı yaratan grup morbid obezite grubudur. Bu grupta en sık bildirilen fiziksel rahatsızlıklar sırasıyla diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemidir (%25, %20, %10). BKİ 30.0 kg/m^2 ve üzeri olan bireylerde (n=75) ailesinde fazla kilolu en az bir birey bulunduğunu bildirenlerin sıklığı %63.5 (sadece morbid obezite grubunda bu oran %80 olmaktadır), BKİ 30 kg/m^2'nin altında olan bireylerde %36.5'tir ve fark anlamlıdır ($\chi 2=23.19$, $p<0.01$).

Gruplar arasında diyet yapma oranları farklıdır, en yüksek oran morbid obez gruptadır. Morbid obezite grubundaki bireylerin, kilo vermek için egzersiz yapma, akupunktur, reçete edilmiş ilaç ya da reçete edilmemiş ürünler kullanma sıklığı (sırasıyla %97.5, %30, %27.5 ve %45) diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Kilo vermek için herhangi bir girişimde bulunmuş olan bireyler incelendiğinde, morbid obezite (%67.5) ve obezite (%57.1) sorunu olan bireylerin çoğunluğu daha sağlıklı olmak amacıyla; preobezite düzeyinde BKİ'ye sahip bireyler ise daha iyi görünmek (%44.8) ve daha rahat hareket edebilmek (%20.7) amacıyla kilo vermek istediklerini bildirmiştir. Normal BKİ'ye sahip her beş bireyden birinin kilo verme girişiminde bulunduğu görülmüştür, bu grupta ön plana çıkan nedenler daha iyi görünmek ve daha sağlıklı olmak olarak bildirilmiştir. Grupların kilo verme amaçları anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi 2=22.68$, $p<0.001$).

Kilo verme girişimlerinin cinsiyetler arasında farklı olup olmadığı incelendiğinde, tüm örneklemde diyet denemesinde bulunanların (n=96) %82.3'ünün kadın olduğu görülmektedir; ancak cinsiyetler arasındaki fark anlamlı değildir ($\chi 2=1.33$, $p=0.25$).

Gruplar arasında ana, ara öğün sayıları, gün boyu atıştırma, fast food yeme özellikleri açısından fark yoktur (Tablo 7).

Tablo 6. Karşılaştırılan dört gruba ait klinik özellikler

	Normal (n:40)	**Preobez (n:40)**	**Obez (n=35)**	**Morbid Obez (n=40)**		
	n, (%)	**n, (%)**	**n, (%)**	**n, (%)**	**$\chi 2$**	**p**
Sigara kullanımı						
Var	10 (25.0)	16 (40.0)	17 (48.6)	20 (50.0)	6.43	0.09
Yok	30 (75.0)	24 (60.0)	18 (51.4)	20 (50.0)		
Riskli alkol kullanımı						
Var	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (7.5)	8.80	0.03
Yok	40 (100.0)	40 (100.0)	35 (100.0)	37 (92.5)		
Madde kullanım öyküsü						
Var	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)		
Yok	40 (100.0)	39 (97.5)	35 (100.0)	40 (100.0)	2.90	0.40
Fiziksel hastalık						
Var	6 (15.0)	12 (30.0)	13 (37.1)	**28 (70.0)**	27.45	<0.001
Yok	34 (85.0)	28 (70.0)	22 (62.9)	**12 (30.0)**		
Ailede fiziksel hastalık						
Var	27 (67.5)	30 (75.0)	30 (85.7)	36 (90.0)		
Yok	13 (32.5)	10 (25.0)	5 (14.3)	4 (10.0)	7.53	0.06
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü						
Var	11 (27.5)	10 (25.0)	8 (22.9)	7 (17.5)	1.22	0.75
Yok	29 (72.5)	30 (75.0)	27 (77.1)	33 (82.5)		
Ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü						
Var	9 (22.5)	8 (20.0)	6 (17.1)	5 (12.5)	1.49	0.69
Yok	31 (77.5)	32 (80.0)	29 (82.9)	35 (87.5)		
Ailede madde kullanım bozukluğu öyküsü						
Var	0 (0.0)	1 (2.5)	2 (5.7)	2 (5.0)	2.50	0.48
Yok	40 (100.0)	39 (97.5)	33 (94.3)	38 (95.0)		

Kilo verme için yapılanların (diyet yapma, egzersiz yapma, akupunktur, reçeteli, reçetesiz ilaç kullanımı) sıklığı BKİ arttıkça artmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Grupların yeme ile ilişkili özellikler açısından karşılaştırılması

	Normal (n=40)	**Preobez (n=40)**	**Obez (n=35)**	**Morbid Obez (n=40)**		
	n, (%)	**n, (%)**	**n, (%)**	**n, (%)**	**χ2**	**p**
Kilo vermek için						
- Diyet yapmış olma						
Var	10 (25.0)	16 (40.0)	17 (48.6)	20 (50.0)	62.33	<0.001
Yok	30 (75.0)	24 (60.0)	18 (51.4)	20 (50.0)		
- Egzersiz yapmış olma						
Var	**6 (15.0)**	24 (60.0)	27 (77.1)	**39 (97.5)**	36.67	<0.001
Yok	**34 (85.0)**	16 (40.0)	8 (22.9)	**1 (2.5)**		
- Akupunktur denemiş olma						
Var	0 (0.0)	2 (5.0)	4 (11.4)	**12 (30.0)**		
Yok	40 (100.0)	38 (95.0)	31 (88.6)	**28 (70.0)**	20.14	<0.001
- Reçete edilmiş ilaç kullanmış olma						
Var	**0 (0.0)**	0 (0.0)	0 (0.0)	**11 (27.5)**	34.04	<0.001
Yok	**40 (100.0)**	40 (100.0)	40 (100.0)	**29 (72.5)**		
- Reçete harici ürün kullanmış olma						
Var	1 (2.5)	7 (17.5)	11 (31.4)	**18 (45.0)**		
Yok	39 (97.5)	33 (82.5)	24 (68.6)	**22 (55.0)**	21.87	<0.001
Ana öğün sayısı						
Hiç	0 (0.0)	1 (2.5)	0 (0.0)	2 (5.0)		
Bir	2 (5.0)	3 (7.5)	1 (2.9)	3 (7.5)		
İki	16 (40)	15 (37.5)	14 (40.9)	17 (42.5)	7.09	0.85
Üç	21 (52.5)	21 (52.5)	19 (54.3)	18 (45.0)		
Ara öğün sayısı						
Hiç	22 (55.0)	22 (55.0)	15 (42.9)	20 (50.0)		
Bir	8 (20.0)	11 (27.5)	11 (31.4)	11 (27.5)		
İki	8 (20.0)	3 (7.5)	8 (22.9)	7 (17.5)	10.81	0.55
Üç	2 (5.0)	2 (5.0)	1 (2.9)	1 (5.0)		
Gün boyu atıştırarak yeme						
Var	18 (45.0)	22 (55.0)	24 (68.6)	24 (60.0)	4.47	0.22
Yok	22 (55.0)	18 (45.0)	11 (31.4)	16 (40.0)		
Fast food tüketimi						
Var	22 (55.0)	16 (40.0)	16 (44.1)	24 (60.0)	3.85	0.28
Yok	18 (45.0)	24 (60.0)	19 (54.7)	16 (40.0)		

Emosyonel yeme özellikleri incelendiğinde, gruplar arasında olumsuz duygularla (üzüntü, kaygı, sinirlilik) yemede anlamlı farklılığın bulunduğu görülmüştür. BKİ arttıkça neşeli iken daha fazla yiyenlerin oranının azaldığı; olumsuz duygularla fazla yiyenlerin oranının arttığı görülmektedir (Tablo 8).

Tablo 8. Grupların emosyonel yeme özelliklerine göre karşılaştırılması

	Normal (n:40)	**Preobez (n:40)**	**Obez (n=35)**	**Morbid Obez (n=40)**		
Yemek yeme	**n, (%)**	**n, (%)**	**n, (%)**	**n, (%)**	**$\chi 2$**	**P**
Neşeli iken						
Artar	6 (15.0)	5 (12.5)	3 (8.6)	2 (5.0)		
Azalır	3 (7.5)	9 (22.5)	10 (28.6)	13 (32.5)	2.49	0.48
Değişmez	31 (77.5)	26 (65.0)	22 (62.9)	25 (62.5)		
Üzüntülü iken						
Artar	3 (7.5)	12 (30.0)	**20 (57.2)**	**22 (55.0)**		
Azalır	22 (55.0)	16 (40.0)	**6 (17.1)**	**6 (15.0)**	27.49	<0.001
Değişmez	15 (37.5)	12 (30.0)	**9 (25.7)**	**12 (30.0)**		
Kaygılı ya da sıkıntılı iken						
Artar	4 (10.0)	14 (35.0)	**17 (48.6)**	**12 (30.0)**		
Azalır	27 (67.5)	13 (32.5)	**8 (22.9)**	**10 (25.0)**		
Değişmez	9 (22.5)	13 (32.5)	**10 (28.6)**	**18 (45.0)**	13.75	<0.001
Sinirli iken						
Artar	3 (7.5)	10 (25.0)	**15 (42.5)**	**13 (32.5)**		
Azalır	18 (45.0)	14 (35.0)	**8 (22.9)**	**11 (27.5)**	13.02	<0.001
Değişmez	19 (47.5)	16 (40.0)	**12 (34.3)**	**16 (40.0)**		

4.3. Semptomatoloji ve Tanısal Özellikler

4.3.1. Yeme bağımlılığı tanısı

Gruplar arasında yeme bağımlılığı sıklığı açısından anlamlı farklılık vardır (Tablo 9). Morbid obezite ve obezite grubunda hem YFAS ile hem DSM-5 ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede diğer gruplara göre yeme bağımlılığı daha sık görülmektedir ($p<0.01$). DSM-5 ölçütleri ile yapılan değerlendirmede morbid obezite grubunda yeme bağımlılığı sıklığı obezite grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir ($\chi 2=6.75$, $p=0.09$); YFAS ile yapılan değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Fisher's exact test; $p=0.49$).

Tablo 9. Grupların yeme bağımlılığı tanı sıklığı açısından karşılaştırılması

	Normal (n:40)	**Preobez (n:40)**	**Obez (n=35)**	**Morbid Obez (n=40)**		
	n, (%)	**n, (%)**	**n, (%)**	**n, (%)**	χ^2	**p**
YFAS'a göre						
YB Yok	40 (100.0)	40 (100.0)	**31 (91.2)**	**34 (85.0)**	11.61	<0.001
YB Var	0 (0.0)	0 (0.0)	**3 (8.8)**	**6 (15.0)**		
DSM-5'e göre						
YB Yok	35 (87.5)	35 (87.5)	19 (54.3)	10 (25.0)	48.82	<0.001
YB Var	5 (12.5)	5 (12.5)	**16 (45.7)**	**30 (75.0)**		
Hafif	1 (2.5)	2 (5.0)	4 (11.4)	6 (15.0)		
Orta	2 (5.0)	2 (5.0)	3 (8.6)	8 (20.0)		
Ağır	2 (5.0)	1 (2.5)	9 (25.7)	16 (40.0)		

YB: Yeme Bağımlılığı

DSM-5'e göre yapılan değerlendirmede en sık görülen üç belirti sırasıyla (i) istenen ya da planlanandan daha çok/daha uzun süre yeme (kontrol kaybı), (ii) tekrarlayan başarısız kesme ya da azaltma denemeleri ve (iii) aşırı yeme isteği (craving) olarak bulunmuştur (Tablo 10). YFAS'ta en sık görülen belirtiler sırasıyla; (i) tekrarlayan başarısız kesme ya da azaltma denemeleri, (ii) tolerans ve (iii) olumsuzluklara rağmen tüketimi sürdürmedir. Belirtilerin görülme oranları BKİ grupları arasında anlamlı olarak farklıdır, BKİ arttıkça her belirtinin görülme sıklığının arttığı görülmektedir. Yeme bağımlılığı olan bireyler cinsiyetlerine göre karşılaştırıldıklarında, çok zaman harcama ölçütünün kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görüldüğü (p=0.01), tehlikeli durumlarda bile yemeyi sürdürme ölçütünün erkeklerde daha yüksek oranda görüldüğü (p<0.05), diğer belirtiler açısından anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır.

YFAS soru formunda belirtilen ancak puanlamaya katılmayan aşırı tüketme nedeniyle problem yaşanan yiyecek türleri sorusuna en sık verilen yanıtların sırasıyla "çikolata-gofret" (%44.8), "ekmek" (%31.2), "pasta-kek" (28.6), "poğaça" (%27.3) ve "patates kızartması" (%27.3) olduğu görülmüştür.

Tablo 10. Gruplar arasında yeme bağımlılığı belirtilerinin sıklığı

	Normal (n:40)		Preobez (n:40)		Obez (n=35)		Morbid Obez (n=40)	
	YFAS	DSM-5	YFAS	DSM-5	YFAS	DSM-5	YFAS	DSM-5
	%	%	%	%	%	%	%	%
İşlevsellikte bozulma	0.0	12.5	0.0	12.5	8.8	42.7	15.0	70
Tolerans	12.5	15.0	40.0	22.5	73.5	40.0	72.5	47.5
Yoksunluk	0.0	7.5	2.5	27.5	14.7	37.1	15.0	50.0
Kontrol kaybı	0.0	57.5	2.5	70.0	8.8	77.1	0.0	85.0
Tekrarlayan başarısız kesme denemeleri	62.5	37.5	85.0	82.5	82.4	77.1	100.0	87.5
Zaman harcama*	0.0	10.0	0.0	12.5	11.8	17.1	5.0	27.5
Diğer önemli etkinliklerin bırakılması ya da azaltılması	0.0	0.0	2.5	2.5	5.9	5.7	7.5	17.5
Ruhsal ya da fiziksel sorunlara rağmen sürdürme	22.5	7.5	30.0	20.0	52.9	45.7	72.5	67.5
Sorumlulukları yerine getirememe		2.5		2.5		2.9		15.0
Tekrarlayan kişilerarası sorunlar		2.5		7.5		8.6		27.5
Tehlikeli durumlarda bile yemeyi sürdürme**		7.5		2.5		14.3		12.5
Aşırı yeme isteği (craving)		27.5		40.0		54.3		60.0

* p=0.16
** p=0.27

4.3.2. Yeme bozukluğu tanısı

Tüm örneklemde DSM-5 ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede aktif olarak anoreksiya nervoza ya da atipik anoreksiya nervoza tanısı alan birey bulunmamaktadır. Normal BKİ grubundaki iki kadın katılımcıda geçmişte hafif düzey, bir kadın katılımcıda ise geçmişte ağır düzey anoreksiya nervoza olduğu ve her üçünün de tam remisyonda olduğu saptanmıştır.

Geçmiş tanılar incelendiğinde sekiz kadın, iki erkek katılımcıda geçmişte hafif düzeyde bulimiya nervoza tanısı olduğu, bu on kişiden sekizinin tam, ikisinin kısmi remisyonda olduğu görülmüştür. On katılımcıda (dokuz kadın, bir erkek) geçmişte tıkınırcasına yeme bozukluğu olduğu, beşinin tam remisyonda olduğu, diğer beş kişinin kısmi remisyonda olduğu; kısmi remisyonda olanlar arasında en sık

görülen belirtinin tıkınırcasına yeme epizotları olduğu bulunmuştur. DSM-5 ölçütleri ile değerlendirildiğinde kısmi remisyonda olan beş kişiden ikisi ağır, biri orta düzeyde yeme bağımlılığı tanısı almaktadır; bu kişiler en sık, istenen ya da planlanandan daha fazla/daha uzun süre yeme (kontrol kaybı) (%100), tekrarlayan başarısız kesme denemeleri (%100), aşırı yeme isteği (%80), bedensel ve ruhsal sorunlara rağmen aşırı yemeye devam etme (%80) ve yoksunluk (%80) belirtileri tanımlamıştır. Bu dört ölçüt de kontrol kaybı ile ilişkilidir.

Güncel tanılar incelendiğinde tıkınırcasına yeme bozukluğu ($p<0.001$) ve gece yeme sendromu ($p<0.001$) tanı sıklığı gruplar arasında farklılık göstermektedir (Tablo 11). Bu tanı kategorileri en sık morbid obez grupta saptanmıştır.

Tablo 11. Grupların yeme bozuklukları tanı sıklığı açısından karşılaştırılması
AN: Anoreksiya Nervoza BN: Bulimiya Nervoza TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

	Normal (n:40)	**Preobez (n:40)**	**Obez (n=35)**	**Morbid Obez (n=40)**		
	n, (%)	**n, (%)**	**n, (%)**	**n, (%)**	**$\chi 2$**	**p**
Yeme Bozukluğu Tanısı						
Yok	33 (82.5)	34 (85.0)	24 (68.5)	14 (35.0)		
AN	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
BN	1 (2.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.5)	1.90	0.59
TYB	1 (2.5)	2 (5.0)	5 (14.0)	**10 (25.0)**	12.17	<0.001
Atipik AN	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
Atipik BN	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	1 (2.5)	2.18	0.54
AtipikTYB	0 (0.0)	3 (7.5)	4 (11.4)	3 (7.5)	4.34	0.23
Gece Yeme Sendromu	5 (12.5)	1 (2.5)	1 (2.9)	**11 (27.5)**	15.72	<0.001

Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) toplam ve alt ölçek skorlarının BKİ grupları ve tüm örneklem içinde normal dağılımdan sapma gösterdiği belirlenmiştir. Grupların YEDÖ toplam ve alt ölçek skorları karşılaştırılması Kruskal-Wallis testi ile yapılmış ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Tablo 12). BKİ arttıkça YEDÖ skorlarının arttığı görülmektedir.

Tablo 12. YEDÖ skorları ile belirlenen yeme bozukluğu belirti şiddetinin farklı BKİ gruplarında karşılaştırılması

	Normal (n:40)	Preobez (n:40)	Obez (n=35)	Morbid Obez (n=38)	$\chi 2$ KW	p
YEDÖ Skorları						
Toplam skoru	0.65 ± 0.96	1.44 ± 1.01	2.03 ± 1.33	2.40 ± 1.10	48.20	<0.001
Kısıtlama	0.63 ± 1.11	1.34 ± 1.17	1.76 ± 1.46	1.76 ± 1.16	29.30	<0.001
Yeme ile ilgili endişeler	0.36 ± 0.75	0.61 ± 0.64	1.02 ± 1.01	1.31 ± 1.15	28.53	<0.001
Beden ile ilgili endişeler	0.91 ± 1.12	2.14 ± 1.49	2.93 ± 1.88	3.49 ± 1.70	46.40	<0.001
Kilo endişeleri	0.74 ± 1.03	1.65 ± 1.24	2.41 ± 1.62	3.03 ± 1.38	57.71	<0.001

4.3.3. Dürtüsellik

BKİ grupları ve tüm örneklem incelendiğinde, BDÖ–11 toplam ve alt boyut skorlarının normal dağılımdan sapma gösterdikleri bulunmuştur. Grupların toplam ve alt boyut skor ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Dürtüsellik düzeyinin BKİ'ye göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13. BKİ grupları arasında BDÖ – 11 ile ölçülen dürtüsellik düzeyi karşılaştırması

	Normal (n:40)	Preobez (n:40)	Obez (n=35)	Morbid Obez (n=38)	$\chi 2$ KW	p
BDÖ-11 Skorları						
Toplam	59.12 ± 7.44	58.90 ± 8.86	58.32 ± 10.20	61.28 ± 8.62	4.74	0.19
PY	26.00 ± 4.63	25.85 ± 4.62	24.97 ± 4.61	26.87 ± 4.75	4.32	0.23
MD	19.22 ± 3.68	19.65 ± 3.68	19.35 ± 4.42	20.76 ± 4.11	3.60	0.31
DD	13.90 ± 2.91	13.40 ± 3.24	13.50 ± 3.06	13.64 ± 2.88	1.19	0.76

PY: Plan Yapmama MD: Motor Dürtüsellik DD: Dikkatte Dürtüsellik

Cinsiyetlere göre dürtüsellik skorları Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında toplam dürtüsellik ve motor, dikkat, plan yapamama alt boyut

skorları açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (sırasıyla z=-1.19, p=0.24; z=-1.27, p=0.21; z=-0.76, p=0.45; z=-0.79, p=0.43).

4.3.4. Aşırı yeme isteği

Aşırı yeme isteğinin değerlendirmesinde kullanılan FCQTR skoru gruplar arasında normal dağılımdan sapma göstermektedir, skor karşılaştırması için Kruskal – Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arasında FCQTR ile belirlenen aşırı yeme isteği düzeyinin anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur (Tablo 14). Gruplar birleştirilip Mann Whitney-U testi ile ortalamalar karşılaştırıldığında BKİ 30.0 kg/m^2 ve üzerinde olanların FCQTR ile belirlenen aşırı yeme isteği şiddetinin BKİ 30.0 kg/m^2'nin altında olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (z=-5.61, p<0.01; Tablo 14). Cinsiyetler arası aşırı yeme isteği düzeyi farklılık göstermemektedir (z=-0.15, p=0.89). Görsel analog skala ile yapılan puanlamada, yüksek BKİ daha yoğun aşırı yeme isteği ile ilişkili bulunmuştur. FCQTR skorları GAS puanları ile orta düzeyde pozitif korelasyon göstermektedir (ρ=0.50, p<0.01).

Aşırı yeme isteği ile ilgili öznel bildirimler incelendiğinde, en sık ev ortamında ve çoğunlukla öğleden sonra ve akşam saatlerinde yaşandığı görülmektedir. Aşırı yeme isteği yaşanan yiyecek türleri sırasıyla çikolata, tatlı ve ekmek olarak ifade edilmiştir.

Tablo 14. FCQTR ve görsel analog skala ile belirlenen aşırı yeme isteği düzeyi karşılaştırması

	Normal (n:40)	**Preobez (n:40)**	**Obez (n=34)**	**Morbid Obez (n=38)**	**z**	**p**
FCQTR Skorları	8.05 ± 11.16	10.72 ± 10.03	**20.15 ± 14.13**	**24.17 ± 16.08**	34.49	<0.001
					t	**p**
GAS ile belirlenen aşırı yeme isteği (0-10 arası)	3.85 ± 0.44	4.46 ± 0.67	**6.17 ± 0.82**	**5.47 ± 0.81**	-2.21	0.03

Tablo 15'te, BKİ, yeme bağımlılığı şiddeti, aşırı yeme isteği düzeyi ve dürtüsellik skorları arasındaki ilişkiyi inceleyen Spearman korelasyon analizi sonuçları görülmektedir.

YFAS ve DSM-5'e göre yeme bağımlılığı belirti sayılarının orta düzeyde pozitif korele olduğu bulunmuştur. BKİ ile yeme bağımlılığı belirti sayısı (YFAS ve DSM-5'e göre) ve aşırı yeme isteği düzeyi arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur.

DSM-5 ile belirlenen belirti sayısı, aşırı yeme isteği düzeyi ile güçlü düzeyde; motor dürtüsellik skorları ile düşük düzeyde pozitif korele bulunmuştur.

YFAS'a göre belirti sayısı, aşırı yeme isteği düzeyi ile orta düzeyde, motor dürtüsellik ve toplam dürtüsellik skorları ile düşük düzeyde pozitif korele bulunmuştur.

FCQTR'ye göre aşırı yeme isteği şiddeti ile motor dürtüsellik, dikkatte dürtüsellik ve toplam dürtüsellik skorları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur.

Tablo 15. BKİ, DSM -5 ve YFAS'a göre yeme bağımlılığı belirti sayısı, aşırı yeme isteği düzeyi ve dürtüsellik düzeyi arasında korelasyon

	DSM – 5 belirti sayısı	**YFAS belirti sayısı**	**FCQTR skoru**	**BDÖ – 11 PY**	**BDÖ – 11 MD**	**BDÖ – 11 DD**	**BDÖ – 11 Toplam**
BKİ	**0.507****	**0.561****	**0.468****	0.084	0.122	-0.019	0.085
DSM – 5 belirti sayısı	1	**0.631****	**0.746****	0.006	**0.191***	0.89	0.130
YFAS belirti sayısı	**0.631****	1	**0.655****	0.121	**0.258****	0.125	**0.223****
FCQTR skoru	**0.746****	**0.655****	1	0.077	**0.271****	**0.252****	**0.265****
BDÖ – 11 PY	0.006	0.121	0.077	1	**0.341****	**0.436****	**0.822****
BDÖ – 11 MD	**0.191***	**0.258****	**0.271****	**0.341****	1	**0.322****	**0.702****
BDÖ – 11 DD	0.089	0.125	**0.252****	**0.436****	**0.322****	1	**0.702****
BDÖ – 11 Toplam	0.130	**0.223****	**0.265****	**0.822****	**0.702****	**0.702****	1

PY: Plan Yapmama MD: Motor Dürtüsellik DD: Dikkatte Dürtüsellik

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

DSM-5 belirti sayısının lineer regresyon analizinde BKİ'deki artışı istatistiksel anlamlı olarak yordayabildiği görülmüştür ($F(1,153)=49.095$, $p<0.01$, $R^2=0.243$).

4.4. Yeme Bağımlılığı Tanısına Göre Grupların Karşılaştırılması

YFAS ve DSM-5 ile yapılan değerlendirmelerin her ikisinde de yeme bağımlılığı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, cinsiyet (sırasıyla; $\chi2 = 0.92$, $p=0.40$; $\chi2 = 0.03$, $p=0.86$), medeni durum ($\chi2 = 3.97$, $p=0.26$; $\chi2 = 3.0$, $p=0.39$), eğitim düzeyi ($\chi2 = 1.21$, $p=0.94$; $\chi2 = 3.91$, $p=0.56$), çalışma durumu ($\chi2 = 1.6$, $p=0.28$; $\chi2 = 2.57$, $p=0.11$) ve algılanan ekonomik durum ($\chi2 = 2.19$, $p=0.53$; $\chi2 = 0.51$, $p=0.92$) açısından bir farklılık bulunmadığı, bunun ağır yeme bağımlılığı tanısı ayrı bir kategori olarak ele alınıp yeniden gruplandığında da geçerli olduğu görülmüştür. YFAS'a göre yeme bağımlılığı tanısı alanların %66.7'si, DSM-5'e göre yeme bağımlılığı tanısı alanların %78.6'sı kadındır.

DSM-5'e göre yeme bağımlılığı tanısı alan grubun % 51.8'i en az bir fiziksel hastalığı olduğunu bildirmiş, tanı almayanların çoğunluğu ise (%69.7, n=69) fiziksel hastalığı olmadığını bildirmiştir ($\chi2 = 7.0$, $p<0.00$). YFAS'a göre yeme bağımlılığı tanısı alan grubun almayan gruba göre anlamlı olarak daha sık sigara içtiği ($p=0.032$); YFAS ve DSM-5'e göre yeme bağımlılığı tanısı alanlarda almayanlara göre riskli alkol tüketimi sıklığının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($\chi2 = 4.20$, $p=0.04$; $\chi2 = 5.41$, $p=0.02$). Soygeçmişte psikiyatrik bozukluk açısından gruplar arasında farklılık bulunmamıştır.

Yeme bağımlılığı olanlarda diyet yapanların sıklığı ve yaşam boyu ortalama diyet girişimi sayısı, yeme bağımlılığı olmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. DSM-5'e göre yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerin %91'i (n=51) diyet yaptığını; tanı almayan grubun %54.5'i (n=54) hiç diyet yapmadığını bildirmiştir ($\chi2 = 31.57$, $p<0.01$). Ortalama diyet girişimi sayısı YFAS'a göre yeme bağımlılığı olanlarda 11.22 ± 8.23 [ortanca 10, (3-30)], olmayanlarda 6.89 ± 7.09 [ortanca 4, (1-30)] bulunmuştur ($z=-2.03$, $p=0.04$). Yeme bağımlılığı olan bireylerin olmayanlara göre daha erken yaşta kilo sorunu yaşamaya [sırasıyla ortanca 14, (6-44); ortanca 20, (5-40)] ve daha erken yaşta diyet denemeleri yapmaya başladığı [sırasıyla ortanca 20, (6-35); ortanca 22, (9-49)] görülmektedir; ancak aradaki fark istatistiksel olarak

anlamlı bulunmamıştır (z=-1.62, p=0.11 ve z=-1.14, p=0.26). Yeme bağımlılığı olanların gün boyu atıştırma yapma oranları daha yüksektir (%64.3 vs. %52.5); ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($\chi 2 = 2.02$, p=0.16). Fast-food tüketimi açısından anlamlı fark yoktur ($\chi 2 = 0.89$, p=0.35).

Yeme bağımlılığı olan grupta, aşırı yeme isteği şiddeti ve yeme bozukluğu belirtileri yeme bağımlılığı olmayan gruba göre anlamlı ölçüde yüksektir. Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında DSM-5'e göre ile yeme bağımlılığı olan grubun, olmayan gruba göre daha yüksek motor dürtüsellik gösterdiği; YFAS'a göre yeme bağımlılığı olan grubun, olmayan gruba göre daha yüksek dikkatte dürtüsellik gösterdiği bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Yeme bağımlılığı olan-olmayanların belirti sayısı, aşırı yeme isteği ve dürtüsellik ve yeme bozukluğu özellikleri açısından karşılaştırılması

	DSM – 5'e göre				**YFAS'a göre**			
	Var (n = 56)	**Yok (n = 99)**	**z**	**p**	**Var (n= 9)**	**Yok (n= 145)**	**z**	**p**
DSM – 5 belirti sayısı	5.27 ± 1.93	2.25 ± 1.89	-7.55	<0.01	5.33 ± 1.87	3.17 ± 2.34	-2.61	<0.01
YFAS belirti sayısı	2.83 ± 1.34	1.42 ± 1.06	-6.47	<0.01	4.78 ± 1.30	1.75 ± 1.14	-4.88	<0.01
FCQTR skoru	26.03 ± 15.93	9.74 ± 9.75	-6.41	<0.01	35.44 ± 13.94	14.28 ± 13.68	-3.64	<0.01
BDÖ – 11 toplam	60.90 ± 9.55	58.56 ± 8.25	-1.73	0.83	62.56 ± 9.99	59.20 ± 8.70	-1.10	0.27
BDÖ – 11 PY	26.14 ± 4.77	25.83 ± 4.64	-0.67	0.50	25.44 ± 4.33	25.98 ± 4.71	-0.09	0.93
BDÖ – 11 MD	20.98 ± 4.75	19.27 ± 3.36	-2.02	0.04	21.56 ± 3.54	25.98 ± 4.71	-1.53	0.13
BDÖ – 11 DD	13.78 ± 2.99	13.45 ± 2.95	-0.69	0.49	15.56 ± 3.17	13.44 ± 2.91	-1.93	0.05
YEDÖ toplam	2.43 ± 1.17	1.16 ± 1.07	-6.10	<0.01	3.07 ± 0.83	1.81 ± 1.50	-3.34	<0.01
YEDÖ kısıtlama	1.90 ± 1.33	1.06 ± 1.19	-4.36	<0.01	2.22 ± 1.22	1.30 ± 1.29	-2.28	<0.01
YEDÖ yeme ile ilgili endişeler	1.33 ± 1.02	0.52 ± 0.78	-5.71	<0.01	1.91 ± 0.74	0.74 ± 0.92	-3.64	<0.01
YEDÖ beden ile ilgili endişeler	3.52 ± 1.61	1.69 ± 1.60	-6.13	<0.01	4.26 ± 0.87	1.81 ± 1.50	-3.18	<0.01
YEDÖ kilo ile ilgili endişeler	2.98± 1.43	1.35 ± 1.31	-6.30	<0.01	3.87 ± 0.83	1.52 ± 1.23	-3.51	<0.01

Gruplar arasında emosyonel yeme özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, DSM-5'e göre yeme bağımlılığı tanısı alan grubun çoğunluğu (%53.6), özellikle üzüntülü durumlarda daha fazla yemek yediğini bildirmiştir ($\chi 2 = 10.73$, $p<0.01$). Yeme bağımlılığı olanlar diğer olumsuz emosyonel durumlarda da yeme miktarlarının arttığını belirtmektedir; ancak yeme bağımlılığı olmayanlarla aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

4.5. Yeme Bağımlılığı ve Yeme Bozukluğu Tanıları Arasındaki İlişki

Morbid obezite, yeme bağımlılığı ve tıkınırcasına yeme bozukluğu tanıları birlikte incelendiğinde, eş tanılar görülmekle birlikte, özellikle yeme bağımlılığı tanısı alanların çoğunun (%75) tıkınırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamadığı görülmektedir. Morbid obezite olgularının %22.5'i her iki tanı kategorisinde de yer almamaktadır.

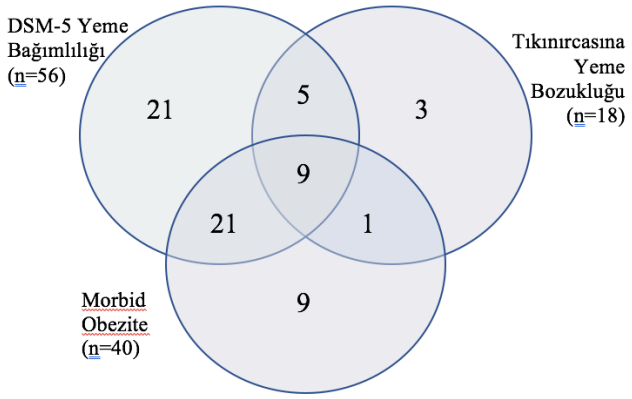
Tüm grupta DSM-5'e göre yeme bağımlılığı ve tıkınırcasına yeme bozukluğu eş tanısı ile değerlendirilen 14 katılımcı bulunmaktadır, bu 14 katılımcıdan 9'u morbid obezite kategorisindedir. DSM-5 veya YFAS'a göre yeme bağımlılığı tanısı olanlar ve aynı zamanda tıkınırcasına yeme bozukluğu eş tanısı da olan 14 kişinin, eş tanısı olmayanlara göre (n=4) tıkınırcasına yeme bozukluğu semptom profili ve dürtüsellik özellikleri açısından anlamlı farklılık göstermedikleri görülmüştür. Eş tanılı bireyler, DSM-5'e göre sadece yeme bağımlılığı tanısı alan bireylere göre "sosyal-mesleki etkinliklerin bırakılması" ($\chi 2 = 9.93$, $p<0.01$) ve "tolerans" ($\chi 2 = 6.10$, $p=0.01$) ölçütlerini daha yoğun yaşamaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu eş tanısı olan bireylerin dikkatte dürtüsellik skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($z=-2.08$, $p=0.04$).

DSM-5'e göre sadece yeme bağımlılığı tanısı alanların çoğunun (n=29, %69.0), tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı için koşul ölçütü olan "sıklıkla tekrarlayan tıkınırcasına yeme epizotları ve bu epizotlar esnasında yeme üzerindeki kontrolün kaybı" belirtisini karşılamadığı görülmektedir ($p=0.02$). Ayrıca tıkınırcasına yeme bozukluğu tanı ölçütlerinden "tıkınırcasına yeme epizotlarından sonra kendinden iğrenme, çökkünlük ya da suçluluk hissetme" ölçütünü, bu tanıyı

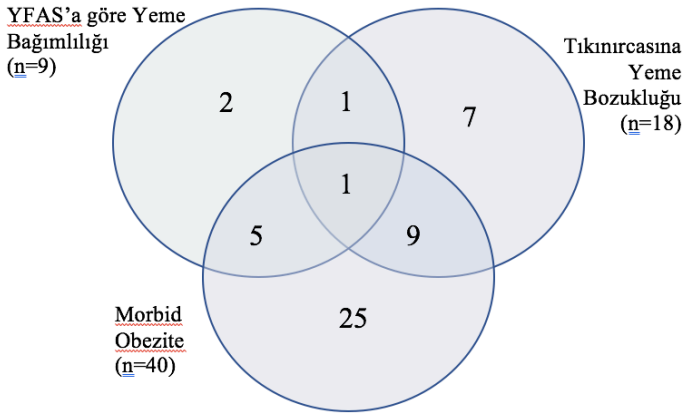
alan tüm bireyler karşılamaktayken, tek başına yeme bağımlılığı olan bireylerin yarısından azı (n= 20, %47.7) karşılamaktadır (p=0.06).

Bulimiya nervoza tanısı alan iki bireyden biri DSM-5 tanı ölçütleri ile değerlendirildiğinde ağır düzeyde yeme bağımlılığı tanısı almakta ve morbid obezite kategorisinde olduğu görülmektedir. Normal BKİ'deki diğer kişi YFAS ve DSM-5'e göre yeme bağımlılığı tanısı almamıştır.

Şekil 1. Yeme Bağımlılığı, Morbid Obezite ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanıları alan katılımcı sayıları



Şekil 2. YFAS'a göre Yeme Bağımlılığı, Morbid Obezite ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanıları alan katılımcı sayıları



5. TARTIŞMA

5.1. BKİ Kategorilerine Göre Klinik ve Yeme ile İlişkili Özellikler

Bariatrik cerrahi için başvuran grubun beden kitle indeksi aralığı (37.80 – 58.90 kg/m^2) ve yaş ortalaması (36.05 ± 8.47), Türkiye'de ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla benzer olmakla birlikte, ortalama BKİ'nin (45.17±4.92 kg/m^2) görece daha düşük olduğu görülmektedir (Meule ve ark., 2012; Sevinçer ve ark., 2015; Çelebi ve ark, 2016; Boesten ve ark., 2015; Dawes, ve ark., 2016). Ortalama BKİ'nin daha düşük olması, Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre Sınıf-III obezite olarak kabul edilen BKİ 40.0 kg/m^2 ve üzerinde olan hastaların oranının (%75) çalışmamızda daha düşük olmasıyla ilişkili olabilir; bu anlamda incelenen grubun bariatrik cerrahi tedavisine daha erken yönlendirilmiş bir hasta grubu olduğu yorumu yapılabilir. Bu durum obezite insidansının artmakta olması (Ng ve ark., 2014) ve bariatrik cerrahide son yıllarda daha düşük BKİ sınıflarından hastalara da uygulanması yönelimiyle (Cerci ve ark., 2013) uyumlu görünmektedir.

Çalışmada değerlendirilen morbid obezite hasta grubunun %80'i ve tüm örneklemin %79.4'ü kadındır. Sevinçer ve arkadaşlarının (2015) YFAS Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışmasındaki bariatrik cerrahi hasta örneklemi ve Çelebi ve arkadaşlarının (2015, 2016) bariatrik cerrahi hasta popülasyonunda kadın-erkek oranlarının benzer olduğu görülmektedir (sırasıyla %72.6 ve %75'i kadın). Preoperatif dönemde morbid obezite hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda da kadın-erkek oranı benzer düzeydedir (Meule ve ark., 2012, da Silva ve ark., 2012; Stroh ve ark., 2015, Sevinçer ve ark., 2015; Çelebi ve ark., 2016; Dawes ve ark., 2016). Bariatrik cerrahi hasta popülasyonunun önemli bir bölümünü 35-45 yaş arası orta yaş grubundan kadınlar oluşturmaktadır. Kadınlarda obezitenin daha sık saptanıyor olması (TÜİK, 2014) çalışmada değerlendirilen preoperatif inceleme için yönlendirilmiş morbid obezite hastalarının çoğunun kadınlar olmasını açıklayıcı sebeplerden biri olabilir. Yine de bariatrik cerrahiye başvuran hasta grubunda cinsiyetler arası yaygınlık farkı obezite sorunu yaşayan bireyler arasında cinsiyetler arası yaygınlık farkına göre daha yüksektir. Beden görünümü ve kilo ile ilgili "normal", hatta "güzel" olmanın koşulu olarak zayıflık vurgusunun toplumda ve görsel, yazılı, sosyal medyada özellikle kadınlara yöneltiliyor oluşu, kadınları bu

durumu düzeltme arayışına daha çok ve daha erken yaşta itiyor olabilir. Buna karşılık erkeklerde obezitenin ya da fazla kilolu olmanın sosyal olarak daha kabul edilebilir oluşu da yüksek kadın/erkek oranına yol açan etmenlerden olabilir.

Morbid obezitesi olan bireylerin %70'inin, başlıca diyabet, hipertansiyon ve hiperlipidemi olmak üzere, bir ya da daha fazla bedensel hastalığının olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yüksek BKİ, başta hipertansiyon, diyabet ve apne olmak üzere çok sayıda bedensel hastalıkla ilişkilidir (DSÖ, 2015). Bu durum obezitenin sadece estetik kaygılarla değil, yol açtığı kronik hastalıklarla da önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda değerlendirilen bariatrik cerrahi adaylarının kilo verme girişimlerinde dış görünüşlerinde iyileşmeden çok sağlıklı olma amacının ön planda olması, diyet, egzersiz, akupunktur, ilaç tedavisi gibi yöntemleri defalarca denemiş olmaları, neredeyse her iki morbid obezite sorunu olan bireyden birinin ilaç dışı ürünler kullanarak kilo vermeye çalışmış olması, bu problemin şiddetine ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkisine işaret etmektedir. Obezite sorunu yaşayan kişiler her yolu denemekte, çare aramaktadırlar. Bu durum madde kullanım bozukluğu yaşayan hastalarda sık gördüğümüz tekrarlanan ancak başarısızlıkla sonuçlanan azaltma-kesme girişimlerine benzemektedir.

Araştırmada obezite ve morbid obezite BKİ grubunda bulunan bireylerin ailelerinde aşırı kilo problemi bulunan kişilerin olması; ancak ailesinde hiç kilolu birey bulunmayanlarda da morbid obezite düzeyinde kilo probleminin olması, obezitenin sadece genetik değil, çok etkenli etiyolojisini vurgulamaktadır. BKİ 30.0 kg/m^2'nin altında olan grubun ailelerinde kilo problemi yaşayan bireylerin sıklığı (%36.5), TÜİK tarafından açıklanan fazla kilolu birey sıklığına (%33.7) ve Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri – II (TURDEP-II) çalışmasında genel toplumda saptanan obezite sıklığına (%35) yakın düzeydedir (TÜİK, 2014; TURDEP, 2010).

Morbid obezite grubunda riskli alkol kullanımı (%7.5), Türkiye'de yapılan diğer araştırmalarda saptanan riskli alkol kullanım sıklığından (DSÖ 2014, %2.7; Ulaş ve ark. 2017, %2.5) yüksek bulunmuştur. Yüksek miktarda alkol kullanımı bu bireylerin obezite sorunu yaşamalarına yol açan etkenlerden biri olabileceği gibi,

alkol içtiklerinde miktarı ve sıklığı artırmaya eğilimli olmaları nedeniyle bu kişilerin bağımlılık için yatkınlık taşıyor olabilecekleri de düşünülebilir.

5.2. Yeme Bağımlılığı ve İlişkili Özellikler

5.2.1. BKİ kategorilerine göre yeme bağımlılığı sıklığı

Çalışmamızda bariatrik cerrahi grubunda YFAS kullanıldığında bulunan yeme bağımlılığı sıklığı (%15), preoperatif morbid obezite hastalarının bağımlılık özelliği gösteren yeme davranışları açısından YFAS kullanılarak incelendiği ((Meule ve ark. (2012) (%41.7), Clark ve Saules (2014) (%53.7), Sevinçer ve ark. (2015) (%57.8), Çelebi ve ark. (2016) (%47.1), Torres ve ark. (2017) (%25.8)) diğer çalışmalarda bulunan sıklığa göre daha düşük olmakla birlikte; Miller-Matero ve arkadaşlarının (2014) preoperaitf morbid obezite (%16.9) ve Eichen ve arkadaşlarının (2013) tedavi arayışı içindeki obezite hastalarında buldukları sıklığa (%15) benzerdir. Sıklıklar arasındaki fark, YFAS ölçeğinin özbildirim türü bir ölçek olması, hastaların değerlendirmelerinin tanısal klinik görüşmeye göre daha öznel olması ve bu çalışmalarda değerlendirilen hasta gruplarının ortalama beden kitle indekslerinin çalışmamızdaki ortalamaya göre daha yüksek olması ile ilişkili olabilir.

Bariatrik cerrahi hasta grubunda uyarlanmış DSM-5 ölçütleri ile değerlendirildiğinde bulunan yeme bağımlılığı sıklığı ise %75'tir. Çelebi ve arkadaşları tarafından (2016) bariatrik cerrahi için başvurmuş hastaların DSM-5 madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları ölçütlerinden uyarlanmış ölçütlerle değerlendirildiği çalışmada da yeme bağımlılığı sıklığı benzer bulunmuştur (%82.9). DSM-5 ile birlikte yeniden düzenlenen madde kullanım bozukluğu tanısında, DSM-IV'te madde bağımlılığına karşılık gelen tanının ağır düzeyde madde kullanım bozukluğu olduğu belirtilmektedir (Volkow, 2016). Bu anlamda ağır düzey ele alındığında, yeme bağımlılığı prevalansı morbid obezite hastalarında %40'tır. Buna göre DSM-5 madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinin ve hafif ve orta düzey tanıları için karşılanması gereken ölçüt sayısının, yeme bağımlılığı tanısı açısından daha düşük bir eşik oluşturduğu düşünülebilir. Ayrıca DSM-IV'e göre uyarlanmış YFAS'ta, DSM-5'le yapılan değerlendirmede en sık ifade edilen üç belirtiden biri

olan aşırı yeme isteğinin (craving) sorgulanmıyor oluşu nedeniyle bazı olgularda yeme bağımlılığı tanısı atlanıyor olabilir. Preoperatif hastalarda yeme bağımlılığı cerrahi sonucunu olumsuz etkileyen etkenlerden biridir (Clark ve Saules, 2013). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda bu hasta grubunun önemli bir bölümünde yeme bağımlılığının görülüyor olması, preoperatif değerlendirmede ve tedavi planında yeme bağımlılığının mutlaka sorgulanması gerektiğine işaret etmektedir. DSM-5'e göre en az iki belirti ve işlevsellik kaybı olarak tanımlanan eşiğin, yeme bağımlılığı açısından uyarıcı olup tablonun daha erken tanınmasına yardımcı olacağı düşünülmüştür.

Morbid obezite hastaları yanında, obezite sorunu olan (BKİ 30-35.0 kg/m^2) her dört bireyden birinin DSM-5 ile değerlendirildiğinde ağır düzeyde yeme bağımlılığı özellikleri gösterdiği görülmektedir. Bu oran, YFAS 2.0 ile DSM-5 ölçütleri kullanılarak yapılan çalışmalardakine benzerdir (Gearhardt ve ark., 2016 %24.6; Hauck ve ark., 2017, %17.2). Obezite sıklığının her yaş grubunda hızla artmakta olduğu düşünüldüğünde, bağımlılık paterni gösteren yeme davranışlarının önlenmesi ve tedavi edilmesinin geniş bir hedef kitlenin sağlığını geliştirmeye yarayacak bir halk sağlığı müdahalesi olma potansiyeli taşıdığı söylenebilir.

Çalışmamızda YFAS ile değerlendirildiğinde normal kiloda ve preobezite kategorisinde yeme bağımlılığı tanısı alan birey bulunmamaktadır. Bu bulgu genel popülasyonda YFAS ile yapılan çalışmalarda yeme bağımlılığı prevalansının %0-10 arasında değiştiği bilgisiyle uyumludur (Long ve ark., 2015; Chao ve ark.; 2017). DSM-5 ile bakıldığında ise normal ve preobezite grubunda yeme bağımlılığı sıklığı %3.75 bulunmuştur. YFAS 2.0 ile yapılan diğer çalışmalarda normal BKİ'de yeme bağımlılığı oranları %7.8 (Gearhardt ve ark. 2016) ve %5.5 (Hauck ve ark., 2017)'dir. Bu sonuçlar DSM-5 yaklaşımının, BKİ yüksek olmayan bireylerde de yeme bağımlılığı riskini erken dönemde ayırt etmek için daha işlevsel olduğunu düşündürmektedir.

Örneklemimizde yeme bağımlılığı belirti sayısı ile BKİ yüksekliği arasında orta düzeyde anlamlı korelasyon (ρ=0.56) saptanmış; yeme bağımlılığı belirti sayısının BKİ'deki artışı anlamlı olarak yordayabildiği görülmüştür. BKİ 30.0 kg/m^2 üzerinde olan bireylerin olmayanlara göre daha yüksek oranda yeme bağımlılığı tanısı alıyor olmaları (BKİ 30.0 kg/m^2 ve üzerinde olan bireylerde yeme bağımlılığı

tanısı dokuz kat daha sık görülmektedir), kilo alımı ve BKİ artışında yeme bağımlılığının önemli bir etken olduğunu düşündürmektedir. Gearhardt ve arkadaşlarının (2011) 48 kadın katılımcı ile yaptıkları fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmasında beden kitle indeksi ve YFAS ile değerlendirilen yeme bağımlılığı skorları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu bulgu çalışmamızda bulduğumuz sonuçla çelişmekle birlikte, Meule ve arkadaşları tarafından yine YFAS ile yapılan çalışmada (2014), BKİ ve YFAS belirti sayısı arasında düşük düzeyde fakat anlamlı pozitif korelasyon olduğu (r=0.17) görülmüştür. Yeme bağımlılığı ile yüksek BKİ'nin (özellikle 35.0 kg/m^2 ve üzeri olmak üzere) (Pedram ve ark., 2013; Flint ve ark., 2014; Şanlier ve ark., 2016) ve önemli bir kardiyometabolik risk etkeni olan artmış viseral adipozitenin (Pursey ve ark., 2016) ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Hauck ve arkadaşlarının (2017) YFAS 2.0 versiyonunu kullanılarak yaptıkları çalışmada da yeme bağımlılığı tanısı ve belirti sayısı, yüksek BKİ ile ilişkili bulunmuştur. Tüm bu bulgular ışığında, yeme bağımlılığı belirti şiddetinin, özellikle belli bir BKİ düzeyi üzerinde daha fazla kilo alımı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Öte yandan yeme bağımlılığının BKİ'deki varyasyonun görece küçük bir bölümünü açıklıyor olması, kilo artışı ve obezitenin etiyolojisinin çok etkenli olması ile uyumlu olarak yorumlanabilir.

Yeme bağımlılığı olan grupta kilo sorununun ve diyet denemelerinin, olmayan gruba göre daha genç yaşta başlamış olması, bağımlılığın genel olarak ergenlik ve genç erişkinlikte başlayan bir sorun olduğu dikkate alındığında; kilo sorunu olan bireyler arasında erken başlangıçlı ve daha ağır bir klinik tablo ile seyreden yeme bağımlılığı alt grubunun tanımlanabileceğini düşündürmektedir. Diyet denemelerinin yirmili yaşlarda başlamış olması, yeme bağımlılığına yönelik birincil önleme girişimlerinin hedef grubunu ergenlerin oluşturması ve sağlıklı beslenme bilincinin oluşturulması gerektiğine işaret etmektedir.

Çalışmamızda yeme bağımlılığı tanısı alanlar arasında kadınlar çoğunluktadır; ancak cinsiyetler arasında yeme bağımlılığı sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu durum örneklemin dağılımı (olgu grubunun çoğunluğunun kadınlardan oluşması ve diğer grupların da buna göre eşleştirilmiş olması) ile ilgili olabilir (tip 1 hata). Pursey ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan gözden geçirmede yeme bağımlılığı tanısının kadınlarda daha sık görüldüğü

bildirilmiştir. Ancak daha sonra yapılan çalışmalar, yeme bağımlılığının cinsiyetle ilişkili olmadığını göstermiştir (Meule ve ark., 2014; Meule ve ark., 2015; Çelebi, 2015, Hauck ve ark., 2017). Çalışmamızda yeme bağımlılığı belirtilerin çoğunda cinsiyetler arası farklılığın bulunmadığı görülmemektedir. Çok zaman harcama ölçütünün (yiyeceklerin hazırlanması, tüketilmesi ve tüketildikten sonra oluşan yorgunluk, uyku problemleri gibi belirtilerin giderilmesine) kadınlarda daha sık görülüyor olmasında, yemek hazırlama ilgili kültürel rolün karıştırıcı etkisi olabilir. Kadınlarda özellikle perimenstrüel dönemde östrojen ve progesteronun düşük olması çikolata ve tatlı yiyeceklere yönelik aşırı yeme isteği yaratsa da yeme bağımlılığında aşırı yeme isteği döngüsel değil süreğen bir belirti olarak ele alınmaktadır. Bununla uyumlu olarak çalışmamızda yeme bağımlılığı sıklığında olduğu aşırı yeme isteğinde de cinsiyetler arasında da farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet ve diğer demografik değişkenlerin yeme bağımlılığı gelişimine etkisinin belirlenebilmesi için geniş epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.2.2. Yeme bağımlılığı semptomatolojisi

5.2.2.1. Yeme bağımlılığı belirtileri

Çalışmamızda yeme bağımlılığı tanısı bir bütün olarak incelenmesinin yanında deskriptif olarak ayrıntılandırılmaya çalışılmıştır. DSM-5'e göre yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerin çoğu 5-7 belirti göstermektedir. En sık saptanan yeme bağımlılığı belirtileri; tekrarlayan başarısız azaltma - kesme isteği ve denemeleri, tüketilen miktar üzerinde kontrolün kaybı ya da istenenden daha fazla yiyecek tüketme, tolerans, aşırı yeme isteği, ruhsal ve fiziksel sorunlara rağmen aşırı yemeye devam etme ve yoksunluk olarak sıralanmaktadır. Benzer şekilde, Pursey ve arkadaşları tarafından yapılan 25 çalışmanın incelendiği gözden geçirmede de (2014) en sık görülen yeme bağımlılığı belirtisinin yiyecek tüketimini azaltmak için sürekli istek duyma ve başarısız denemeler olduğu görülmektedir. Gearhardt ve arkadaşları tarafından YFAS kullanılarak yapılan çalışmada (2011) yeme bağımlılığının erişkinlerde en sık görülen üç belirtisinin, tüketilen yemek miktarını azaltmak konusunda sürekli bir istek ve tekrarlayan başarısız denemeler, olumsuz sonuçlara yol açmasına rağmen aynı düzeyde tüketmeye devam etme ve tüketilen miktarı azaltmaya yönelik girişimlerle ya da aşırı yemenin olumsuz etkilerinden arınmaya

çalışarak çok zaman harcama olduğu görülmüştür. Sevinçer ve arkadaşları (2015), YFAS Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında en sık görülen belirtileri başarısız bırakma denemeleri, tolerans, önemli mesleki, sosyal ve rekreasyonel etkinliklerin bırakılması ve olumsuz sonuçlara rağmen devam etme olarak bulmuştur. DSM-5 ölçütlerine göre geliştirilen ikinci YFAS versiyonu ile yapılan çalışmalarda en sık görülen belirtilerin, kişilerarası ya da sosyal sorunlara rağmen aşırı yiyecek tüketimine devam etme, tekrarlayan başarısız denemeler, istenenden daha fazla tüketme, aşırı yeme isteği, ruhsal ve fiziksel sorunlar yaşamaya rağmen aşırı yiyecek tüketiminin bırakılamaması ve yoksunluk olduğu görülmektedir (Brunault ve ark., 2017; Gearhardt ve ark., 2016; Meule ve ark., 2016).

Bu bulgular, yeme bağımlılığında, sık sık yemek yemeyi azaltma denemeleri, bunun getirdiği aşırı yeme isteği ve ardından istenen, planlanan miktardan fazla miktarda tüketme ile sonuçlanan, tekrarlanan bir patern olduğunu düşündürmektedir. Bu patern yeme bağımlılığının madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı grubunun bir alt grubu olarak ele alınabileceğini desteklemektedir. Bozulmuş yeme davranışı paternini hastalara gösterme ve değiştirmeyi hedeflemeyi amaçlayan psikolojik müdaheleler, yeme bağımlılığının azaltılması ve bu yolla obezitenin geriletilmesinde etkili olabilir.

Çalışmamızda riskli düzeyde alkol tüketimi olan bireylerin tamamı morbid obezite grubunda bulunmakta ve morbid obezitesi olan bireylerin riskli alkol tüketiminin toplum ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir. Bu üç bireyin DSM-5 ölçütleri ile değerlendirildiğinde tümü yeme bağımlılığı tanısı almaktadır. Bu bulgu alkol ve madde kullanım bozukluklarının (ya da bağımlılıkların) sıklıkla başka madde kullanım bozuklukları ya da davranışsal bağımlılıklar ile komorbidite göstermesi açısından yeme bağımlılığı tanısını destekler nitelikte ele alınabilir. Literatürde diğer bağımlılıklarla yeme bağımlılığının ilişkisine yönelik bulgular çeşitlidir. Gearhardt ve arkadaşları (2012) obezitede yeme bağımlılığı ile alkol ve madde kullanım bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermişlerdir. Berenson ve arkadaşları (2015) düşük-orta gelir düzeyinden kadınlar arasında yeme bağımlılığı sıklığını inceledikleri çalışmalarında sigara ya da alkol kullanımının yeme bağımlılığı ile ilişkili olmadığını belirtmişlerdir. Buna karşılık Davis ve arkadaşları (2011) ve Innamorati ve arkadaşları (2015) çalışmalarında yeme

bağımlılığı olan bireylerin alkol kötüye kullanım riskinin yüksek olduğunu ve bununla ilişkili problemler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Riskin artışıyla ilgili bu bulgular bağumlılıkta maddeler arası geçişle uyumludur. Herhangi bir maddeye bağımlılık geliştiğinde diğer bağımlılık yapan maddelere de bağımlılık gelişmektedir. Diğer bağımlılıklar ve yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin netleştirilmesi için bu konuya odaklanan çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Madde kullanımın etkilerinden arınmak için çok zaman harcanması ve tehlikeli durumlar yaratmasına rağmen madde kullanımına devam etmek ölçütleri çok düşük oranlarda görülmektedir. Yeme bağımlılığının bu kriterleri karşılaması zordur. Yiyeceğin kolay bulunması nedeniyle kullanmak için zaman harcanması gerektirmemektedir, tehlikeli durumlar yaratması da çok deneyimlenecek bir ölçüt değildir. Bu nedenle bu iki ölçütün de yeme bağımlılığı tanı kategorisine alınmayabileceği yorumu yapılabilir. DSM-5'te davranışsal bağımlılıkların ayrı bir başlıkta ve farklı ölçütlerle değerlendirilmesi örneğinde olduğu gibi, gelecekteki tanı kılavuzlarında yeme bağımlılığı da davranışsal bağımlılıklar içinde yer alabilir ve özgün tanı ölçütleri tanımlanması düşünülebilir.

Madde ile ilişkili diğer bozukluklarda görülebilen yüksek doz madde kullanımının yaratabileceği olumsuz sonuçlardan farklı olarak, yeme bağımlılığı ile ilgili bir intoksikasyon tablosu tarif etmek güçtür. Ancak örneğin nikotin bağımlılığında da, belirgin katastrofik bir intoksikasyon tablosu görülmemektedir. Bu özelliğin yeme bağımlılığını, madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları kategorisinden dışlamak için yeterli olmayacağı kanısına varılmıştır.

5.2.2.2. Yeme bağımlılığı ve dürtüsellik

Beden kitle indeksi kategorilerine göre yapılan sınıflandırmada bireylerin dürtüsellik, alt boyutları ve diğer klinik özellikler açısından birbirinden farklılık göstermediği bulunmuştur. Yeme bağımlılığı olanlarda, olmayanlara göre motor ve dikkatte dürtüsellik, yeme bozukluğu şiddeti ve aşırı yeme isteğinin boyutu gibi klinik özellikler açısından daha ciddi bir tablo görülmektedir. Bu bulguların obezite sorunu olan bireyler arasında özgün bir alt grup olarak yeme bağımlılığı kategorisini destekler nitelikte olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda yeme bağımlılığı belirti sayısı ile motor ve toplam dürtüsellik

skorları arasında pozitif korelasyon vardır. Yeme bağımlılığı olan bireylerin, olmayanlara göre dikkatte dürtüsellik alt boyutunda anlamlı ölçüde yüksek skorlar aldıkları saptanmıştır. Dürtüselliğin değerlendirildiği başka bir araç olan UPPS (Urgency, Premeditation, Perseverance, Sensation Seeking) ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda, BDÖ ölçeğinde motor dürtüselliğe karşılık gelebilecek "negative urgency" alt boyutunun, yani olumsuz duygulanımlar karşısında ani davranışsal tepkiler göstermenin yeme bağımlılığı belirti şiddeti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Murphy ve ark., 2014; Pivarunas ve Conner, 2015).

Obezitesi olan bireylerin aşırı lezzetli (hyperpalatable) ve yüksek kalorili yiyeceklere yönelik inhibitör kontrollerinde azalma olduğu ve bu tür yiyeceklere özgü dürtüsel tepkiler göstermenin yaygın olduğuna işaret eden çalışmalar bulunmaktadır (Davis, 2010, Georgiadou, 2014). Dikkatte dürtüsellik ve motor dürtüsellik alt boyutu ile yeme bağımlılığı belirti şiddetini pozitif yönde ilişkili bulan çalışmalar mevcuttur (Meule ve ark., 2012; Meule ve ark.; 2014; Ceccarini, ve ark. 2015). YFAS 2.0 ile yapılan çalışmalarda, BDÖ ile ölçülen motor dürtüsellik ve toplam dürtüsellik skorlarının YFAS 2.0 belirti sayısı ile düşük düzeyde pozitif yönlü korelasyon gösterdiği (sırasıyla r=0.12, r=0.17) bulunmuştur (Meule ve ark., 2016). Bu çalışmalarda BKİ ile dürtüsellik arasında birebir ilişki gösterilmezken; bir çalışmada tip II diyabet hastalarından oluşan bir örneklemde dürtüselliğin yüksek BKİ açısından doğrudan yordayıcı olduğu bulunmuştur (Raymond ve Lovell, 2015).

Yüksek derecede dürtüselliğin, kafein, nikotin, alkol ve diğer maddelerin aşırı tüketimi ile ilişkili olduğu, madde kullanım bozukluklarında DEHB ve dürtüsellikle ilişkili tabloların sık görüldüğü bilinmektedir (Davis, 2011, de Wit, 2009). Bireyin davranışlarının denetimi üzerinde kontrolünün zayıf olması ve düşünmeden hareket etmesi anlamında motor dürtüselliğin bireyin yediği yiyeceklerin tipi ve miktarını düzenlemekte zorluklar yaşaması ile; ayrıca bağımlılığı tetikleyebilecek aşırı lezzetli yiyeceklere karşı artmış dikkat göstermenin bu yiyecekleri daha fazla tüketme ile sonuçlandığı düşünülebilir. İleri düzeyde bozulmuş dürtü kontrolünün bu yolla yeme bağımlılığı ve dolaylı olarak obezitenin gelişiminde rol oynadığı söylenebilir. Her ikisinde de dürtüsellikle ilgili sorunların varlığı yeme bağımlılığının madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozukluklarının bir alt kategorisi olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Yeme bağımlılığında en sık görülen belirtilerden olan istenen-planlanan miktarın üzerinde yiyecek tüketimi ve belirli yiyeceklerin tüketimini azaltma ya da bırakma konusunda başarısız denemeler davranışın inhibe edilmesi ile ilgili zorluklara işaret etmektedir. Dürtü denetimini geliştirmeye yönelik yaklaşımların, yeme bağımlılığı temel belirtilerini iyileştirmede etkili olacağı düşünülebilir.

5.2.2.3. Emosyonel yeme özellikleri ve aşırı yeme isteği

Çalışmamızda yeme bağımlılığı bulunan bireylerin özellikle üzgün oldukları zaman yiyecek tüketimlerinin arttığını belirtmiş olmaları, istenmeyen yaşantılar ve olumsuz emosyonel yaşantılardan hemen kurtulma isteği ile yiyeceklere yöneldikleri şeklinde yorumlanabilir. Yeme bağımlılığı olan kişilerin daha yoğun aşırı yeme isteği epizotları yaşadığı ve sıklıkla kendilerini rahatlatmak için yemek yemeye başvurdukları bildirilmiştir (Clark ve ark., 2014; Chao ve ark., 2017). Benzer şekilde, yüksek yeme bağımlılığı belirti şiddetinin emosyon regülasyonunda zorluklar yaşama, baskın olumsuz duygulanım (Gearhardt ve ark., 2012; Innamorati ve ark., 2015), emosyonel aşırı yeme ve aşırı yeme isteği (Pepino ve ark., 2014) ile ilişkili olduğu (Innamorati ve ark., 2015) ve yeme bağımlılığı olan bireylerin olumsuz duyguları kabullenmekte güçlük çektiğini bildiren çalışmalar vardır (Ceccarini ve ark., 2015; Pivarunas ve Conner, 2015).

Emosyon regülasyonu bireylerin emosyonlarını tanımlama, deneyimleme ve ifade etme süreçlerinin ne boyutta yaşandığı ile ilgilidir. Emosyonlarla ilgili farkındalığın azlığı, olumsuz duygulanımları işlemede güçlük ve sıkıntılar yaşama bozulmuş emosyon regülasyonuna işaret eder. Sıkıntılı, endişeli, zorlayıcı ya da gergin duygulanımlara adaptif duygusal ve davranışsal yanıtlar veremeyen bireyler, bu olumsuz duygulanımlardan kaçmak, uzaklaşmak, dikkati başka yöne çekmek adına dürtüsel şekilde hedonik davranışlar gösterebilir ve aşırı lezzetli, haz verici yiyecekleri tüketmeye yönelebilir. Böylelikle yiyecek tüketimi, bir tür negatif pekiştireç özelliği kazanmış olmaktadır. Obezite hastalarının sıklıkla damgalanma ve utanç yaşantıları ve bu durumun başarısız kilo verme girişimleri ile pekiştiği düşünüldüğünde (Homer, 2016), olumsuz duygulanım ve aşırı yiyecek tüketimi arasında bir kısır döngü geliştiği öne sürülebilir.

Yeme bağımlılığında görülen bu durum, madde kullanım bozukluklarını açıklamada önerilen hipotezlerden biri olan self-medikasyon hipotezine benzerlik göstermektedir. Bu hipoteze göre madde kullanım bozukluklarında da artan miktarlarda madde kullanımı ve relapslar, olumsuz duygulanımlarla baş etmekte zorlanan bireylerin bu durumdan uzaklaşmak için maddeye yönelmesinden kaynaklanmaktadır (Khantzian, 1997).

Yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerde depresif psikopatolojilerin sıklığı, alkol kullanım bozukluğu komorbitesi ve aşırı yeme isteği göstermeleri nedeniyle bu durumun oral dönem fiksasyonuyla ilişkili olduğu düşünülebilir (Fenichel, 1945, Bruch 1948). Bu bireylerin früstrasyon toleransları düşük ve ego güçleri zayıf olabilir. Kişilerarası sorunlar yaşamalarına rağmen aşırı yeme davranışına devam etmeleri süperego kontrolünün yetersizliği ile açıklanabilir. Emosyon regülasyonunun geliştirilmesi, bireyin duygulanımlarını kabul edebilmesi ve maladaptif davranışlar yerine olumsuz duygulanımlarla baş etme becerilerinin öğrenilmesine yönelik psikoterapötik müdahaleler, yiyeceklerin kontrolsüz tüketimini ve obeziteyi önlemeye katkıda bulunacaktır.

Aşırı yeme isteği, çalışmamızda en sık görülen yeme bağımlılığı belirtilerinden biridir. Şiddetli aşırı yeme isteği BKİ artışı ile ilişkili bulunmuştur. Görsel analog skalada elde edilen puanlar FCQTR ölçeği kullanımından elde edilen puanlar ile korelasyon göstermektedir. Bu nedenle özellikle morbid obezite hasta grubunun poliklinik değerlendirmelerinde görsel analog skala kullanımının pratik bir yöntem olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda aşırı yeme isteğinin, çikolata-gofret, ekmek, pasta, poğaça gibi öforik özellikleri belirgin şekerli, tatlı ve yağlı yiyeceklere yönelik tarif edildiği görülmektedir. Benzer özellikteki yiyeceklerin, hayvan deneylerinde ödül sisteminde bağımlılıktakine benzer değişiklikler yarattığı, deneysel olarak yoksunluk tablosu ortaya çıkartabildiği bilinmektedir (Volkow, 2013). Madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi, yeme bağımlılığında da bu yiyecekler başlangıçta yarattıkları hedoni nedeniyle, ilerleyen zamanlarda ise yoksunluğun yarattığı anhedoni ve disforiyi gidermek için tüketiliyor olabilirler.

Ayrıca bu yiyecekler, pişirilmesi gerekmeyen, kolay bulunan, hazır tüketime uygun yiyeceklerdir. Bu bulgu, özellikle besin değeri düşük olmakla birlikte

piyasada yaygın olarak bulunan ve kullanılan endüstriyel gıdaların şeker, yağ ve kalori açısından zengin oldukları ve yeme bağımlılığı açısından risk taşıdığı bilgisi ile uyumludur (Avena ve ark., 2011; Gearhardt ve ark., 2011). Yeme bağımlılığı bu yönüyle de nikotin bağımlılığına benzemektedir. Sigarada olduğu gibi, yasal, ulaşımı kolay, toplum tarafından diğer maddelere göre daha kabul gören bir "madde"nin yol açtığı, işlevselliği görece daha az bozan; ancak uzun vadede önlenebilir ölüm nedenleri arasında sayılacak ciddi sağlık sorunlarına yol açan bir bağımlılık tablosundan burada da söz edilebilir. Paralel olarak, aşırı yeme isteği ve obeziteyi tetikleyen tüketim alışkanlıklarının bu tür işlenmiş yiyeceklerin satışı ve vergilendirilmesi ile ilgili düzenlemelerle dönüştürülmesinin yararlı olacağı düşünülebilir.

Katılımcılar aşırı yeme isteğini sıklıkla evde yalnızken, öğle ya da akşam saatlerinde deneyimlediklerini bildirmektedir. Koski ve Naukkarinnen (2017) öfke, sıkılma ve çökkün duygudurumun, normal kilodaki bireylere göre obezitesi olan bireylerde daha çok yiyecek tüketimine yol açtığını belirtmekte ve Bruch'un yalnızlıkla ilişkilendirdiği reaktif bir obezite tanımladığından bahsetmektedir. Günün bu anlarını yalnız geçiren bireyler, sıkıntılarını gidermek için yiyeceklere başvurmak gibi olumsuz sonuçları olacak bir yöntem seçiyor olabilir, tıpkı alkol kullanım bozukluğunda olduğu gibi. Rehabilitasyon döneminde madde kullanım bozukluklarında da sıkça önerildiği gibi bireysel terapötik müdahalelerde günün bu saatleri ile ilgili planlanabilecek davranış aktivasyonu önerileri yiyecek tüketiminin düzenlenmesine yardımcı olacağı düşünülebilir.

5.3. Yeme Bozukluğu ve Yeme Bağımlılığının Birlikte Değerlendirilmesi

Çalışmamızda bariatrik cerrahi için başvuran hastalar arasında tıkınırcasına yeme bozukluğu sıklığı %25 ve gece yeme sendromu sıklığı %27.5 olarak bulunmuştur. Sevinçer ve arkadaşları (2016) tarafından İstanbul'da bir üniversite hastanesinde bariatrik cerrahi için başvuran hastalar arasında bu tanılar sırasıyla %22.5 ve %8.1 olarak bildirilmiştir. Bu bulgulara, bariatrik cerrahi hasta grubunda yapılacak değerlendirme yeme bozukluklarını sorgulamanın önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin %11.11'i YFAS'a göre, %77.78'i DSM-5 ölçütlerine göre değerlendirildiğinde yeme bağımlılığı tanısı almaktadır. Leigh ve Morris tarafından yapılan derlemede (2016), tıkınırcasına yeme bozukluğu olan hastaların yaklaşık yarısının yeme bağımlılığı tanı ölçütlerini de (DSM-IV) karşıladığı belirtilmektedir. Chao ve arkadaşları (2017), tıkınırcasına yeme bozukluğu ve yeme bağımlılığı klinik birlikteliğinin %41.5 - %72.2 aralığında olduğunu belirtmiştir. Hem obezitesi hem tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde %56.8 sıklığında yeme bağımlılığı olduğu bildirilmiştir (Gearhardt, 2012). Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda tıkınırcasına yeme bozukluğu bulunan hastaların tümünde yeme bağımlılığı görülmediği gibi, yeme bağımlılığı olduğu değerlendirilen hastaların tümünde de tıkınırcasına yeme bozukluğu görülmemektedir. İki tanı grubunun hangi açılardan örtüştüğü, hangi açılardan ayrıştığı incelenmeyi hak etmektedir.

Çalışmamızda yeme bağımlılığı tanısı alan grubun YEDÖ ile değerlendirilen yeme bozukluğu belirti şiddeti, yeme bağımlılığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilen diğer olgu-kontrol çalışmalarında da benzer sonuçlar olduğu gösterilmiştir. Meule'nin bariatrik cerrahiye başvuran hastalarda YFAS ve YEDÖ kullanılarak yapılan değerlendirmede (2014), YEDÖ skorlarının yeme bağımlılığı grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür; skorlar çalışmamızdakine benzer düzeydedir (sırasıyla YEDÖ toplam skoru 3.58±0.56; 3.07 ± 0.83). Gearhardt ve arkadaşlarının YFAS 2.0 geçerlilik çalışmasında (2016), bu ölçeğe göre yeme bağımlılığı olduğu değerlendirilen bireylerin daha ciddi yeme patolojileri (özellikle tıkınırcasına yeme ve sık sık kilo alıp verme döngüleri yaşama – weight cycling) ve obezite sorununa sahip oldukları bulunmuştur. Yeme bağımlılığı skorları ile tıkınırcasına yeme şiddeti arasında yüksek ölçüde korelasyon bulunduğu görülmektedir. Özetle yeme bağımlılığının daha şiddetli yeme patolojileri ile ilişkili olduğu söylenebilir. Yiyecek tüketimi üzerindeki kontrolün kaybı ve olumsuz sonuçlara rağmen aşırı tüketime ya da tıkınırcasına yemeye devam etme davranışları iki tanı kategorisinde de sıklıkla görüldüğü görülmektedir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı, ortalama bir bireye göre aşırı ya da alışılmadık miktarda kabul edilen yiyeceklerin "belirli bir süre içinde" (örneğin iki

saatlik bir süre) tüketilmesini gerekli kılarken, bağımlılıklardaki kontrol kaybı, zaman ile bağımlı değildir; daha çok istenen ya da planlanan miktarın üzerinde ya da daha sık tüketim ile karakterizedir (APA, 2013). Yeme bağımlılığında gün içinde herhangi bir zamanda yeme davranışı gözlenebilir (örneğin az miktarda da olsa gün boyu atıştırma) ya da herhangi bir yeme epizodunda aşırı miktarda yeme ya da kontrol kaybı hissi yaşanmıyor olabilir. Obeziteye yol açan bir durum olarak yeme üzerindeki kontrol kaybının tıkınırcasına yeme bozukluğu ölçütlerini karşılamadığı durumlarda, bağımlılık çerçevesinde incelenebileceği belirtilmektedir (Gearhardt, 2011). Çalışmamızda bunu doğrulayacak şekilde, yalnızca yeme bağımlılığı tanısı alan bireylerde tıkınırcasına yeme epizotlarının hem yeme bağımlılığı hem yeme bozukluğu tanısı alan bireylere göre daha az görüldüğü bulunmuştur. Bu bireylerde yeme üzerindeki kontrol kaybı, tıkınma atakları şeklinde değil, gün içinde yiyeceklerin istenen ya da planlanandan fazla tüketimi şeklinde olmakta; sonuçta gerekli miktardan daha fazla kalori alımına ve BKİ'nin artmasına yol açmaktadır.

Ayrıca çalışmamızda sadece bariatrik cerrahi grubu katılımcıları incelendiğinde (n=40), beden görünümü ve kısıtlama ile ilgili YEDÖ alt boyut skorlarının anlamlı farklılık göstermemesi, bu grubun kilo verme amacının dış görünüş değişikliğinden önce daha sağlıklı yaşamak olması ile uyumlu görünmektedir.

Yeme bağımlılığı tanısı cinsiyetler arasında farklılık göstermezken, yeme bozukluğu tanıları kadınlarda anlamlı ölçüde daha sık görülmektedir. Bu farklılık özellikle yeme bozukluğu tanısına özgün kilo almaktan yoğun derecede korku duymak ya da beden ağırlığı ve görünümünü algılamada sorunlar olması gibi özellikleri kadınların daha çok yaşıyor olması, buna karşılık yeme bağımlılığı tanı ölçütleri arasında bu klinik özelliklerin yer almaması ile açıklanabilir.

Sonuç olarak, yeme bağımlılığı ve yeme bozuklukları (TYB ve BN); her ikisinde de yeme davranışı üzerinde kontrol kaybı yaşanıyor olması nedeniyle bir ölçüde benzerlik göstermektedir. Ancak yeme bağımlılığında yoksunluk, tolerans ve aşır yeme isteği belirleyicidir; yeme bozukluklarında ise beden görünümü ve kilo ile ilgili endişeler ön plandadır. İki antitenin deskriptif olarak ayrıştığı ve yeme bağımlılığının madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları başlığı altında incelenmesinin daha doğru olabileceği kanısına varılmıştır. Sonuçların

nörobiyolojik araştırmalarla da desteklenmesi durumunda bu değerlendirmenin geçerliliği artabilir.

5.4. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Türkiye'de bariatrik cerrahi tedavi gören hastaların pre- ve postoperatif dönemde yeme bağımlılığı özellikleri bakımından incelendiği çeşitli çalışmalar olmakla birlikte; bilindiği kadarıyla bu çalışma farklı beden kitle indeksi gruplarından bireylerin yeme bağımlılığı, yeme bozukluğu tanıları ve ilişkili özellikler açısından karşılaştırıldığı ilk klinik çalışmadır. Karşılaştırmalı bir dizaynı olması çalışmayı güçlü yapan özelliklerden biridir. Ayrıca gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde giderek artmakta olan ve önlenmesi güç bir problem olan obezitenin gelişimini aydınlatmak, önleyici ve tedavi edici yaklaşımlar geliştirmek açısından bulgularımız bir kaynak sağlamaktadır.

Katılımcıların çoğunun kadın olması ve klinik örneklemle eşleşmiş kontrol grupları üzerinde incelenmesi, genel popülasyonda BKİ dağılımının farklılık göstermesi nedeniyle bulunan sonuçların projekte edilebilmesi açısından bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

Çalışmada özbildirim türünde bir ölçek olan ve DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı YFAS'ın kullanılmış olmasının yaratacağı kısıtlılık, yeme bağımlılığı ile ilişkili belirtilerin klinik olarak sorgulanması ve DSM-5 ölçütleriyle eşleşip eşleşmediğinin incelenmesi ile dengelenmiştir. Bu çalışma başladığı sırada henüz YFAS 2.0 yayınlanmamış olduğu için kullanılamamış olsa da DSM-5 madde ile ilişkili bozukluklar ölçütlerinin uyarlanarak değerlendirmeye dahil edilmiş olması, yeme bağımlılığı tanısı için daha düşük bir eşik ile birlikte tablonun daha hafif görüldüğü olguları da saptayabilmeyi sağlamıştır. Toplum temelli önleyici müdahaleler bu tanı sürekliliği dahilinde daha kapsayıcı olacak şekilde planlanabilir.

Yeme davranışlarının kültür ile karşılıklı ilişki içinde olması nedeniyle farklı toplumlarda benzer araçlarla yapılan araştırmaların sonuçları karşılaştırılırken dikkatli olunmalıdır. Çalışmanın obezitenin daha sık görüldüğü bilinen kentli bir popülasyonda yapılmış olması kısıtlılıklardan biridir. Bulguların Türkiye'de kentsel

ve kentsel olmayan örneklemlerde yapılacak diğer çalışmalarla tekrarlanması, yeme bağımlılığının klinik görünümüne dair ilginç bulgular sunabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda farklı beden kitle indeksi kategorilerinde yeme bağımlılığı yaygınlığı ve ilişkili olduğu diğer özellikler araştırılmıştır. Yeme bağımlılığının, aşırı lezzetli yiyeceklerin yarattıkları öfori ile kendi tüketimlerini artırmaları, buna bağlı gereğinden fazla kalori alımı ve sık sık diyet yapma, diyetlerin yarattığı yoksunluk, disfori ve aşırı yeme isteğini dürtüsel biçimde yeme ile giderme şeklinde seyreden; bu yolla yüksek BKİ gelişimine yol açan bir klinik tablo olduğu izlenimi edinilmiştir. Yarattığı olumsuz sonuçlara rağmen bireyler yeme bağımlılığını kontrol altına almakta zorlanmaktadır. Cinsiyetler arası dağılımı benzerdir, maddeler arası geçişi düşündüren yönleri bulunmaktadır. Bulgularımız yeme bağımlılığının madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları başlığı altında değerlendirilebileceği kanısını oluşturmuştur. Benzer belirtilere yeme bozukluklarında rastlanabilmektedir. Ancak TYB ve BN, yeme bağımlılığından özellikle yeme üzerindeki kontrol kaybının biçimi ve temel endişenin beden görünümü ve kilo olması ile ayrılmaktadır.

ABD'de yapılan bir araştırmaya göre yaşam boyu en az bir kez alkol tüketimi olduğunu bildiren toplumun %90'ına karşılık sadece %5-10'unda alkol bağımlılığının geliştiği bilinmektedir (Grant, 1997). Benzer şekilde, aşırı yiyecek tüketimi olan her bireyde yeme bağımlılığının gelişmesi beklenemez. Ancak diğer bağımlılıklarda olduğu gibi, bazı bireylerin biyolojik, ruhsal ve toplumsal risk etkenlerinin baskın gelmesi ile belirli yiyecekleri olumsuz sonuçlar yaratmasına rağmen fazla tüketmeye devam ettikleri, tükettikleri miktarı kontrol edemedikleri ve aşırı istek duydukları, olumsuz duygularını bastırmak için tüketmeye devam ettikleri bir klinik tablo gözlendiği dikkate alınmalıdır. Etiyolojik olarak obezitenin yeme bağımlılığı ile ilişkisi; karaciğer sirozunun alkol, akciğer kanserinin nikotin kullanım bozuklukları ile ilişkisine benzetilebilir.

Hastalık sürecinin ilerlemesinde sağlıksız davranış biçimlerinin de rolü olan diğer bulaşıcı olmayan kronik hastalıklarda olduğu gibi (kalp hastalıkları, diyabet,

kronik ağrı ya da akciğer kanseri) önlemeye yönelik çalışmalar hastalık yaygınlığına dair olumsuz tabloyu düzeltmekte önemli rol oynamaktadır (Volkow, 2016). Benzer şekilde, yeme bağımlılığının bir beyin hastalığı olarak modellenmesi ve bu temelde geliştirilecek önleme ve tedavi yaklaşımları, toplum tarafından sıklıkla yargılanan ve damgalamaya maruz bırakılan obezite hastaları için umut vaat edebilir. Obezite sorunu olan bireylerde yeme bağımlılığı tek açıklayıcı mekanizma olmayabilir; ancak yeme bağımlılığının yaşam kalitesi üzerinde önemli etkisi olduğu gösterilmiştir (Chao ve ark., 2017). Bu anlamda yeme bağımlılığı hedeflenerek oluşturulacak yaklaşımların yaşam kalitesini artırmaya da dolaylı olarak olumlu etkisi olacaktır.

Yeme bağımlılığının nozolojik olarak "gerçek" bir fenomen olduğuna dair yeterince çalışma bulunmaktadır. Özbildirim ölçekleri ve klinik görüşmelerde saptanan ve benzer çalışmalarda da replike edilebilen yeme bağımlılığına ait bilişsel ve davranışsal özelliklerin, yeme bağımlılığının geçerli bir tanı kategorisi olarak oluşturulması için biyolojik (fonksiyonel nörogörüntüleme ve genetik polimorfizm çalışmaları ile) karşılıkları ile desteklenmesi gereklidir. Diğer madde kullanım bozuklukları ve bağımlılıklarla benzerlikleri ve özgünlükleri ortaya konmalıdır.

Özellikle hangi yiyeceklerin yeme bağımlılığı yapma potansiyeli olduğu ile ilgili, yiyeceklerin kimyasal bileşimi ve yeme bağımlılığı belirtileri arasında ilişki kurabilecek nörobiyolojik araştırmalara gereksinim vardır.

Bir sonraki adımda, yeme bağımlılığı tanı kategorisi ve bu kategoriye ait operasyonel değerlendirme ölçütlerinin, problemli yeme davranışlarının iyileştirilmesinde ne kadar kullanışlı ve yararlı olacağı, uzunlamasına çalışmalarla araştırılmalıdır. Bağımlılıkla ilgili psikoeğitim, motivasyonel görüşme teknikleri, zararı azaltma gibi yaklaşımların yeme bağımlılığı üzerindeki etkisi incelenmelidir.

Yeme bağımlılığını temel alarak oluşturulacak bireysel düzeyde psikoterapötik ve farmakolojik müdahaleler yanında, toplum düzeyinde de halk sağlığı yaklaşımları, yüksek şeker ve yüksek yağ içerikli yiyecek ve içeceklerin sunumu ve pazarlanması ile ilgili uygulamalarda düzenlemeler ve özellikle çocukların bu yiyeceklere ulaşımının düzenlenmesinin (Brownell, 2009), sağlıklı yeme alışkanlıklarının yaygınlaştırılması ve obezite sorununun geriletilmesinde önemli olacağı düşünülmüştür.

7. KAYNAKLAR

Akvardar, Y. Alkol Kullanım Bozukluklarının Tanı ve Tedavisinde Kısa Müdahale Yaklaşımı. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı içinde. Ed. Cüneyt Evren, Kültegin Ögel, Berna Uluğ. TPD Yayınları, Ankara, 2012. 127-138

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev: Köroğlu E), s. 91-136. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2000.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev: Köroğlu E), s.231- 290. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2015.

Ashley N. Gearhardt, William R. Corbin, Kelly D. Brownell. Yale Food Addiction Scale (YFAS) Measurement Instrument Database for the Social Science, 2012 (www.midss.ie)

Avena NM, Gold MS. Food and addiction - sugars, fats and hedonic overeating. Addiction 2011;106(7):1214-5.

Barness LA, Opitz JM, Gilbert-Barness E. Obesity: genetic, molecular, and environmental aspects". American Journal of Medical Genetics 2007;143A(24):3016–34.

Bayraktar F, Erman F, Kurtuluş E. Yale yeme bağımlılığı ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2012;22(Ek 1):S38

Berenson AB, Laz TH, Pohlmeier AM, Rahman M, Cunningham KA. Prevalence of Food Addiction Among Low-Income Reproductive-Aged Women. Journal of Women's Health 2015;24(9):740-744.

Biasi V, Bonaiuto P. Negative Emotions and Defence Mechanisms in Obese People. Psychology 2014;5:1979-1988.

Boesten RHM, Luijmes RE, van Hout GCM, Nienhuijs SW. Social- Demographic and Behavioural Characteristics of a Morbid Obese Population Seeking Bariatric Surgery. J Obes Weight Loss Ther 2015:5;290.

Brewerton TD. Are Eating Disorders Addictions? Ed: Brewerton TD, Dennis AB, Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders. pp. 267-301, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, Germany, 2014.

Brownell, KD, Gold, SM, Food and addiction: a comprehensive handbook, 1st ed. 2012, Oxford University Press.

Bruch H. Psychological Aspects of Obesity. Bulletin of the New York Academy of Medicine 1948;2:73-86.

Brunault P, Ballon N, Gaillard P, Réveillère C, Courtois R. Validation of the French version of the Yale Food Addiction Scale: an examination of its factor structure, reliability, and construct validity in a nonclinical sample. Can J Psychiatry 2014;59(5):276-84.

Brunault P, Courtois R, Gearhardt AN, Gaillard P, Journiac K, Cathelain S, Réveillère C, Ballon N. Validation of the French Version of the DSM-5 Yale Food Addiction Scale in a Nonclinical Sample. Can J Psychiatry. 2017;62(3):199-210.

Byrne SM, Cooper Z, Fairburn C. Psychological predictors of weight regain in obesity. Behaviour Research and Therapy 2004;42:1341–1356.

Carlier N, Marshe VS, Cmorejova J, Davis C, Müller DJ. Genetic Similarities between Compulsive Overeating and Addiction Phenotypes: A Case for "Food Addiction"? Curr Psychiatry Rep 2015;17(12):96.

Ceccarini M, Manzoni GM, Castelnuovo G, Molinari E. An Evaluation of the Italian Version of the Yale Food Addiction Scale in Obese Adult Inpatients Engaged in a 1-Month-Weight-Loss Treatment. J Med Food. 2015;18(11):1281-7.

Cepeda-Benito A, Gleaves DH, Williams TL, Erath SA. The development and validation of the state and trait Food-Cravings Questionnaires. Behav. Ther. 2000;31:151–173.

Cerci M, Bellini MI, Russo F, Benavoli D, Capperucci M, Gaspari AL, Gentileschi P. Bariatric surgery in moderately obese patients: a prospective study. Gastroenterol Res Pract 2013;2013:276183.

Chamberlain SR, Lochner C, Stein DJ, Goudriaan AE, van Holst RJ, Zohar J, Grant JE. Behavioural addiction-A rising tide? Eur Neuropsychopharmacol 2016;26(5):841-55.

Chao AM, Shaw JA, Pearl RL, Alamuddin N, Hopkins CM, Bakizada ZM, Berkowitz RI, Wadden TA. Prevalence and psychosocial correlates of food

addiction in persons with obesity seeking weight reduction. Compr Psychiatry 2017;73:97-104.

Clark SM, Saules KK. Validation of the Yale Food Addiction Scale among a weight-loss surgery population. Eat Behav 2013;14:216-219.

Cooper Z, Doll HA, Hawker DM, Byrne S, Bonner G, Eeley E, O'Connor ME, Fairburn CG. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. Behav Res Ther 2010;48(8):706-13.

Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. Behav Res Ther 2001;39(5):499-511.

Cota, D, Tschöp, MH, Horvath, TL, Levine, AS. Cannabinoids, opioids and eating behavior: The molecular face of hedonism? Brain Research Reviews 2006;51:85–107.

Curtis C, Davis C. A Qualitative Study of Binge Eating and Obesity From an Addiction Perspective, Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention 2014;22(1):19-32.

Çelebi C, Gündüz A, Akvardar Y. Obezite bir bağımlılık hastalığı mı? 52. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya, 16-20 Kasım 2016 (Türk Psikiyatri Dergisi 2016;27(Ek 1):137.

Çelebi, C. Obezite Hastalarında Yeme Bağımlılığı, Psikopatoloji ve Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2015.

Da Silva SS, da Costa Maia A. Obesity and treatment meanings in bariatric surgery candidates: a qualitative study. Obes Surg 2012;22:1714–22.

Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that "food addiction" is a valid phenotype of obesity. Appetite 2011;57:711–717.

Davis C, Patte K, Curtis C, Reid C. Immediate pleasures and future consequences: a neuropsychological study of binge eating and obesity. Appetite 2010;54:208–213.

Davis CA, Levitan RD, Reid C, Carter JC, Kaplan AS, Patte KA, King N, Curtis C, Kennedy JL. Dopamine for "wanting" and opioids for "liking": a

comparison of obese adults with and without binge eating. Obesity (Silver Spring 2009;17(6):1220-5.

Davis, C. Compulsive Overeating as an Addictive Behavior: Overlap Between Food Addiction and Binge Eating Disorder. Curr Obes Rep 2013;2:171–178.

Dawes AJ, Maggard-Gibbons M, Maher AR, Booth MJ, Miake-Lye I, Beroes JM, Shekelle PG. Mental Health Conditions Among Patients Seeking and Undergoing Bariatric Surgery: A Meta-analysis. JAMA. 2016;315(2):150-63.

De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. Addict Biol 2009;14(1):22-31.

Dulloo AG, Montani JP. Pathways from dieting to weight regain, to obesity and to the metabolic syndrome: an overview. Obes Rev 2015;16(Suppl 1):1-6.

Egecioglu E, Skibicka KP, Hansson C, Alvarez-Crespo M, Friberg PA, Jerlhag E, Engel JA, Dickson SL. Hedonic and incentive signals for body weight control. Rev Endocr Metab Disord. 2011;12(3):141-51.

Eichen DM, Lent MR, Goldbacher E, Foster GD. Exploration of "food addiction" in overweight and obese treatment-seeking adults. Appetite 2013;67:22-4

Fagundo AB, Sánchez I, Riesco N, Dieguez C, Soriano J, Salcedo-Sánchez C, Casanueva FF, De la Torre R, Menchón JM, Gearhardt AN, Fernández-Aranda F. Foodaddiction in a Spanish sample of eating disorders: DSM-5 diagnostic subtype differentiation and validation data. Eur Eat Disord Rev. 2014;22(6):389-96.

Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor M, Eating Disorder Examination, Edition 17.0D; 2014 (http://www.credo-oxford.com/pdfs/EDE_17.0D.pdf)

Fenichel O. Nevrozların Psikanalitik Teorisi (Çev. Selçuk Tuncer) s.347-348, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kitaplar Serisi İzmir, 1974.

Flint AJ, Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD, Field AE, Rimm EB. Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. Am J Clin Nutr. 2014;99(3):578-86.

French SA, Jeffery RW, Sherwood NE, et al. Prevalence and correlates of binge eating in a nonclinical sample of women enrolled in a weight gain prevention program. Int J Obes Relat Metab Disord. 1999;23:576–585.

Gearhardt AG, Corbin WR, Brownell KD. Preliminary validation of the Yale Food Addiction Scale. Appetite 2009;52:32–36.

Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Development of the Yale Food Addiction Scale Version 2.0. Psychol Addict Behav. 2016;30(1):113-21.

Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. J Addict Med 2009;3(1):1-7.

Gearhardt AN, Corbin WR, Brownell KD. Instruction sheet for the Yale Food Addiction Scale, 2008. (http://wwwyaleruddcenter.org/resources/upload/docs/what/addiction/FoodAddictionScaleInstructions09.pdf. 2008.)

Gearhardt AN, Grilo CM, DiLeone RJ, Brownell KD, Potenza MN. Can food be addictive? Public health and policy implications. Addiction 2011;106(7):1208-12.

Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An Examination of the Food Addiction Construct in Obese Patients with Binge Eating Disorder. The International Journal of Eating Disorders. 2012;45(5):657-663.

Gearhardt AN, White MA, Potenza MN. Binge Eating Disorder and Food Addiction. Curr Drug Abuse Rev 2011; 4:201-207.

Gearhardt AN, Yokum S, Orr PT, Stice E, Corbin WR, Brownell KD. Neural correlates of food addiction. Arch Gen Psychiatry 2011;68(8):808-16.

Georgiadou E, Gruner-Labitzke K, Köhler H, de Zwaan M, Müller A. Cognitive function and nonfood-related impulsivity in post-bariatric surgery patients. Frontiers in Psychology. 2014;5:1502.

Gold MS, Frost-Pineda K, Jacobs WS. Overeating, binge eating, and eating disorders as addictions. Psychiat Ann 2003;33:117–122.

Goodridge A, Carter JC, Zhai G, Ji Y, Sun G. Food addiction: its prevalence and significant association with obesity in the general population. PLoS One. 2013;8(9):e74832.

Graham A, Glickauf-Hughes C. Object relations and addiction: The role of “transmuting externalizations”. Journal of Contemporary Psychotherapy. 1992;22(1):21-33.

Granero R, Hilker I, Agüera Z, Jiménez-Murcia S, Sauchelli S, Islam MA, Guerrieri R, Nederkoorn C, Stankiewicz K, Alberts H, Geschwind N, Martijn C, Jansen A. The influence of trait and induced state impulsivity on food intake in normal-weight healthy women. Appetite 2007;49(1):66-73.

Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford SM. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2008;18:251-258.

Hamburger, W. Emotional Aspects of Obesity. Med. Clin. N. A. 1951;35:483499.

Harrison DM. Oral sucrose for pain management for infants: myths and misconceptions. J Neonatal Nurs. 2008;14:39 – 46.

Hauck C, Weiss A, Schulte E, M, Meule A, Ellrott T, Prevalence of 'Food Addiction' as Measured with the Yale Food Addiction Scale 2.0 in a Representative German Sample and Its Association with Sex, Age and Weight Categories. Obes Facts 2017;10:12-24.

Hill AJ. The Psychology of Food Cravings. Ed: Brownell KD, Gold SM, Food and Addiction: A Comprehensive Handbook. 1st Edition, pp. 638-652. Oxford University Press, Oxford, UK, 2012.

Homer CV, Tod AM, Thompson AR, Allmark P, Goyder E. Expectations and patients' experiences of obesity prior to bariatric surgery: a qualitative study. BMJ Open 2016;6(2):e009389.

Hormes JM, Meule A. Psychometric properties of the English Food Cravings Questionnaire-Trait-reduced (FCQ-T-r). Eating Behaviors 2016;20:34-38.

Horvath TL, Diano S. The floating blueprint of hypothalamic feeding circuits. Nat Rev Neurosci. 2004;5(8):662-7.

Iani L, Barbaranelli C, Lombardo C. Cross-validation of the reduced form of the Food Craving Questionnaire-Trait using confirmatory factor analysis. Front Psychol. 2015;13(6):433.

Ifland JR, Preuss HG, Marcus MT, Rourke KM, Taylor WC, Burau K, Jacobs WS, Kadish W, Manso G. Refined food addiction: a classic substance use disorder. Med Hypotheses 2009;72(5):518-26.

Innamorati M, Imperatori C, Harnic D, Erbuto D, Patitucci E, Janiri L, Lamis DA, Pompili M, Tamburello S, Fabbricatore M. Emotion Regulation and Mentalization in People at Risk for Food Addiction. Behav Med 2015;24:1-10.

Innamorati M, Imperatori C, Manzoni GM, Lamis DA, Castelnuovo G, Tamburello A, Tamburello S, Fabbricatore M. Psychometric properties of the Italian Yale Food Addiction Scale in overweight and obese patients. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimiya and Obesity. 2015;20(1):119-127.

Innamorati M, Imperatori C, Meule A, Lamis DA, Contardi A, Balsamo M, Tamburello A, Tamburello S, Fabbricatore M. Psychometric properties of the Italian Food Cravings Questionnaire-Trait-reduced (FCQ-T-r). Eat Weight Disord 2015;20(1):129-35.

Jauch-Chara K, Oltmanns KM. Obesity--a neuropsychological disease? Systematic review and neuropsychological model. Prog Neurobiol. 2014;114:84-101.

Joyner MA, Gearhardt AN, White, MA. Food craving as a mediator between addictive-like eating and problematic eating outcomes. Eating Behaviors 2015;19:98–101.

Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry 2005;162:1403–1413.

Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry 1997;4(5):231-44.

Kitzman-Ulrich H, Wilson DK, St. George SM, Lawman H, Segal M, Fairchild A. The Integration of a Family Systems Approach for Understanding Youth Obesity, Physical Activity, and Dietary Programs. Clinical Child and Family Psychology Review 2010;13(3):231-253.

Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of Addiction. Neuropsychopharmacology 2010;35(1):217-238.

Koski M, Naukkarinen H. Severe obesity, emotions and eating habits: a case-control study. BMC Obes 2017;7(4):2.

Köse MR, Bora Başaran B, Güler C, Yentür GK. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2015.

Leigh SJ, Morris MJ. The role of reward circuitry and food addiction in the obesity epidemic: An update. Biol Psychol 2016;21(S0301-0511):30376-3.

Lobera IJ, Bolaños P, Carbonero R, Valero Blanco E. Psychometric properties of the Spanish version of Food Craving Inventory (FCI-SP). Nutr Hosp 2010;25(6):984-92.

Long CG, Blundell JE, Finlayson G. A Systematic Review of the Application And Correlates of YFAS-Diagnosed 'Food Addiction' in Humans: Are Eating-Related 'Addictions' a Cause for Concern or Empty Concepts? Obes Facts 2015;8(6):386-401.

Mancino S, Burokas A, Gutiérrez-Cuesta J, Gutiérrez-Martos M, Martín-García E, Pucci M, Falconi A, D'Addario C, Maccarrone M, Maldonado R. Epigenetic and Proteomic Expression Changes Promoted by Eating Addictive-Like Behavior. Neuropsychopharmacology. 2015 Nov;40(12):2788-800.

Maner F. Yeme bozuklukları ve bilişsel davranışçı görüşler. Yeme Bozuklukları ve Obezite (Eds B Yücel, A Akdemir, A Gürdal Küey, F Maner, E Vardar) içinde. 2013:67-76. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.

Marcus MD, Wildes JE. Obesity in DSM-5. Psychiatr Ann. 2012;42(11):431-435.

Meule A, Heckel D, Jurowich CF, Vögele C, Kübler A. Correlates of food addiction in obese individuals seeking bariatric surgery. Clin Obes. 2014 Aug;4(4):228-36

Meule A, Heckel D, Kübler A. Factor structure and item analysis of the Yale Food Addiction Scale in obese candidates for bariatric surgery. Eur Eat Disord Rev 2012; 20:419-422.

Meule A, Hermann T, Kübler A. Food Addiction in Overweight and Obese Adolescents Seeking Weight-loss Treatment. Eur. Eat. Disorders Rev 2015;23:193–198.

Meule A, Hermann T, Kübler A. A short version of the Food Cravings Questionnaire—Trait: the FCQ-T-reduced. Frontiers in Psychology. 2014;5:190.

Meule A, Lutz A, Vögele C, Kübler A. Women with elevated food addiction symptoms show accelerated reactions, but no impaired inhibitory control, in response to pictures of high-calorie food-cues. Eat Behav. 2012 Dec;13(4):423-8.

Meule A, Müller A, Gearhardt AN, Blechert J. German version of the Yale Food Addiction Scale 2.0: Prevalence and correlates of 'food addiction' in students and obese individuals. Appetite. 2016;16:S0195-6663.

Meule A, Rezori V, Blechert J. Food Addiction and Bulimia Nervosa. Eur. Eat. Disorders Rev. 2014;22:331–337.

Meule A, Vögele C, Kübler A. Deutsche Übersetzung und Validierung der Yale Food Addiction Scale-German translation and validation of the Yale Food Addiction Scale. Diagnostica. 2012;58:115-26.

Meule, A, Gearhardt, AN. Food Addiction in the Light of DSM-5. Nutrients 2014;6(9):3653-3671.

Meule, A. Back by Popular Demand: A Narrative Review on the History of Food Addiction Research. Yale Journal of Biology and Medicine. 2015;88:295-302.

Miller-Matero LR, Armstrong R, McCulloch K et al. To eat or not to eat; is that really the question? An evaluation of problematic eating behaviours and mental health among bariatric surgery can- didates. Eat Weight Disord 2014; 19: 377–382.

Moreno S, Rodgriguez S, Carmen Fernandez M, Tamez J, Cepeda-Benito A. Clinical validation of the trait and state versions of the Food Craving Questionnaire. Assessment 2008;15:375–387

Murphy CM, Stojek KM, MacKillop J. Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and Body Mass Index. Appetite 2014;73:45–50.

Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, Mullany EC, Biryukov S, Abbafati C, Abera SF, Abraham JP, Abu-Rmeileh NM, Achoki T, AlBuhairan FS, Alemu ZA, Alfonso R, Ali MK, Ali R, Guzman NA, Ammar W, Anwari P, Banerjee A, Barquera S, Basu S, Bennett DA, Bhutta Z, Blore J, Cabral N, Nonato IC, Chang JC, Chowdhury R, Courville KJ,

Criqui MH, Cundiff DK, Dabhadkar KC, Dandona L, Davis A, Dayama A, Dharmaratne SD, Ding EL, Durrani AM, Esteghamati A, Farzadfar F, Fay DF, Feigin VL, Flaxman A, Forouzanfar MH, Goto A, Green MA, Gupta R, Hafezi-Nejad N, Hankey GJ, Harewood HC, Havmoeller R, Hay S, Hernandez L, Husseini A, Idrisov BT, Ikeda N, Islami F, Jahangir E, Jassal SK, Jee SH, Jeffreys M, Jonas JB, Kabagambe EK, Khalifa SE, Kengne AP, Khader YS, Khang YH, Kim D, Kimokoti RW, Kinge JM, Kokubo Y, Kosen S, Kwan G, Lai T, Leinsalu M, Li Y, Liang X, Liu S, Logroscino G, Lotufo PA, Lu Y, Ma J, Mainoo NK, Mensah GA, Merriman TR, Mokdad AH, Moschandreas J, Naghavi M, Naheed A, Nand D, Narayan KM, Nelson EL, Neuhouser ML, Nisar MI, Ohkubo T, Oti SO, Pedroza A, Prabhakaran D, Roy N, Sampson U, Seo H, Sepanlou SG, Shibuya K, Shiri R, Shiue I, Singh GM, Singh JA, Skirbekk V, Stapelberg NJ, Sturua L, Sykes BL, Tobias M, Tran BX, Trasande L, Toyoshima H, van de Vijver S, Vasankari TJ, Veerman JL, Velasquez-Melendez G, Vlassov VV, Vollset SE, Vos T, Wang C, Wang X, Weiderpass E, Werdecker A, Wright JL, Yang YC, Yatsuya H, Yoon J, Yoon SJ, Zhao Y, Zhou M, Zhu S, Lopez AD, Murray CJ, Gakidou E. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014;384(9945):766-81.

Nussbaum A. DSM-5 Yönelimli Tanısal Görüşme (Çev: Köroğlu E), s. 47-214. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2015.

Olsen CM. Natural Rewards, Neuroplasticity, and Non-Drug Addictions. Neuropharmacology 2011;61(7):1109-1122.

Opolski M, Chur-Hansen A, Wittert G. The eating-related behaviours, disorders and expectations of candidates for bariatric surgery. Clinical Obesity 2015;5: 165–197.

Pedram P, Wadden D, Amini P, Gulliver W, Randell E, Cahill F, Vasdev S, Pivarunas B, Conner BT. Impulsivity and emotion dysregulation apredictors of food addiction. Eat Behav 2015;19:9-14.

Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. American Journal of Public Health 2010;100(6):1019-1028.

Pursey KM, Gearhardt AN, Burrows TL. The relationship between "food addiction" and visceral adiposity in young females. Physiol Behav 2016;157:9-12.

Pursey KM, Stanwell P, Gearhardt AN, Collins CE, Burrows TL. The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. Nutrients 2014;6(10):4552-90

Raosoft. Sample size Calculator. Raosoft, Inc., 2004 (http://www.raosoft.com/samplesize.html)

Raymond KL, Lovell GP. Food addiction symptomology, impulsivity, mood, and body mass index in people with type two diabetes. Appetite 2015;95:383-9.

Rodríguez-Martín BC, Molerio-Pérez O. Exploring the factor structure of the Food Cravings Questionnaire-Trait in Cuban adults. Front Psychol 2014;5:214.

Rolls, ET. Taste, olfactory, and food texture processing in the brain, and the control of food intake. Physiol Behav. 2005;85(1):45-56.

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th Edition, Wolters Kluver Philadelphia, 2015.

Savov S, Atanassov N. Deficits of Affect Mentalization in Patients with Drug Addiction: Theoretical and Clinical Aspects. ISRN Addiction. 2013;2013:250751.

Schulte EM, Avena NM, Gearhardt AN. Which foods may be addictive? The roles of processing, fat content, and glycemic load. PLoS One. 2015;10(2):e0117959.

Schulte EM, Grilo CM, Gearhardt AN. Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. Clin Psychol Rev. 2016;44:125-39.

Schwartz DC, Nickow MS, Arseneau R, Gisslow MT. A Substance Called Food: Long-Term Psychodynamic Group Treatment for Compulsive Overeating. Int J Group Psychother. 2015;65(3):386-409.

Sevincer GM, Konuk N, Bozkurt S, Saracli O, Coskun H. Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients. Anadolu Psikiyatri Derg 2015;16(Supplement 1): 44-53.

Sevinçer, G, Bozkurt, S, Akın E, Köse, S. Determinants of night eating syndrome in bariatric surgery candidates. Journal of Mood Disorders (JMOOD) 2016;6(4):202-10.

Sharma AM. M, M, M & M: a mnemonic for assessing obesity. Obes Rev 2010;11(11):808-9.

Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. Arch Gen Psychiatry. 2006 Jul;63(7):824-30.

Stroh C, Weiner R, Wolff S, Knoll C, de Zwaan M, Manger T, Adipositas K. Comment on Gender-Specific Aspects in Obesity and Metabolic Surgery--Analysis of Data from the German Bariatric Surgery Registry. Zentralbl Chir. 2015;140(3):285-9.

Şanlier N, Türközü D, Toka O. Body Image, Food Addiction, Depression, and Body Mass Index in University Students. Ecol Food Nutr 2016;55(6):491-507.

Testimonials. Food Addicts Anonymous, 2016. (http://www.foodaddictsanonymous.org/testimonials)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Sağlık Araştırması, 2014. (http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18854)

Ulaş H, Binbay T, Kırlı U, Elbi H, Alptekin K. The epidemiology of alcohol use in Izmir, Turkey: drinking pattern, impairment and help-seeking. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017 Feb 20.

Velázquez-Sánchez C, Ferragud A, Moore CF, Everitt BJ, Sabino V, Cottone P. High trait impulsivity predicts food addiction-like behavior in the rat. Neuropsychopharmacology 2014;39(10):2463-72.

Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. N Engl J Med 2016;374(4):363-71.

Volkow ND, O'Brien, CP. Issues for DSM-V: Should Obesity Be Included as a Brain Disorder? Am J Psychiatry 2007;164:5.

Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, Baler RD. Pro v Con Reviews: Is Food Addictive?: Obesity and addiction: neurobiological overlaps. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity. 2013;14(1):2-18.

Volkow ND, Wise RA. How can drug addiction help us understand obesity? Nat Neurosci. 2005 May;8(5):555-60.

Wang GJ, Volkow ND, Logan J, Pappas NR, Wong CT, Zhu W, Netusil N, Fowler JS. Brain dopamine and obesity. Lancet 2001;357(9253):354-7.

White MA, Whisenhunt BL, Williamson DA, Greenway FL, Netemeyer RG. Development and validation of the Food-Craving Inventory. Obes Res 2002;10(2): 107-114.

WHO, Global Alcohol Report, Turkey, 2014. (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/tur.pdf)

Witt A, Lowe MR. Hedonic hunger and binge eating among women with eating disorder. The International Journal of Eating Disorders, 2014;47:273–280.

World Health Organization Media Center. Obesity and overweight, Fact sheet N°311, 2015. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#)

World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Health Organization, Geneva, Switzerland,1992.

Yau YHC, Potenza MN. Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions: Recognition and Treatment. Harvard review of psychiatry. 2015;23(2):134-146.

Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dusgor BP, Yavuz AE, Sertel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. Eur Eat Disord Rev 2011;16(4):e274-279.

8. EKLER

Ek 1. Sosyodemografik Veri Ve Değerlendirme Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih: .../.../….

Tlf:

1. Adı - Soyadı:
2. Yaş:
3. Doğum Yeri:
4. Cinsiyeti:

   1) Kadın 2) Erkek
5. Yaşadığı Yer (semt/ şehir):

……..

6. Medeni Durumu:

   1) Bekar 2) Evli 3) Boşanmış 4) Diğer (……)
7. Çocuk Sayısı / Çocukların Yaşları:

…….
8. Doğum Sayısı (kadınlar için):

……...
9. Eğitim durumu:

   1) Okuma- yazma bilmiyor 2) Okuma yazma biliyor 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Yüksekokul (2 yıllık) 7)Üniversite 8) Yüksek lisans/Doktora
10. Meslek:

……
11. Çalışma Durumu:

    1) Evet 2) Hayır
12. Algılanan ekonomik durum:

1) Düşük

2) Düşük-orta

3) Yüksek-orta

4) Yüksek

13. Kimlerle Yaşadığı:

1) Yalnız

2) Eşi veya çocuklarıyla

3) Anne, Baba ve/veya Kardeşleriyle

4) Arkadaşlarıyla

5) Diğer (tek ebeveynle yaşama, sadece kardeşiyle yaşama, vd.……..)

14. Kilo ……..

15. Boy ……..…cm

16. BKİ…….

17. Sigara kullanımı var mı?

1) Var 2) Yok

18. Sigara Adet /gün (varsa): …….

19. Sigara Yılı (varsa): ……

20. Alkol kullanımı

1) Var 2) Yok

21. Alkol Yılı (varsa): ……

22. Alkol Miktarı (varsa): ……

23. Alkol dışı madde kullanımı

1) Var 2) Yok

24. Kullanılan madde (varsa) …….

25. Madde kullanım süresi (ay olarak) ……..

28. Psikiyatrik hastalık veya tedavi öyküsü:

1) Var 2) Yok

30. Tıbbi hastalığı:

1) Var 2) Yok

31. Tıbbi hastalığı varsa hangisi?

1) Hipotiroidi 2) Diyabetes Mellitus 3) Hipertansiyon 4) Akciğer Hastalıkları

5)Kanser 6) Kalp-Damar Hastalıkları 7) Anemi 8) Hiperlipidemi 9)

Diğer (.....)

29. Ailede psikiyatrik hastalık veya tedavi öyküsü: (alkol madde kullanım bozuklukları hariç)

1) Var 2) Yok

52. Ailede alkol/madde kullanım bozukluğu olan var mı?

1) Var 2) Yok

Alkol:

Madde:

32. Ailede Tıbbi Hastalık

1) Var 2) Yok

31. Ailede tıbbi hastalık varsa hanigisi?

1) Hipotiroidi 2) Diyabetes Mellitus 3) Hipertansiyon 4) Akciğer Hastalıkları

5) Kanser 6) Kalp-Damar Hastalıkları 7) Anemi 8) Hiperlipidemi 9)

Diğer (.....)

32. Ailede kilo problemi olan başka biri var mı?

1) Var 2) Yok

33. Kilo problemi ilk kaç yaşında başlamış?

…….

34. Kilo problemini başlatan bir stresör / yaşam olayı var mı?

1) Var 2) Yok

35. Stresör varsa nedir?

……

36. Kilo problemini sürdüren bir stresör / yaşam olayı var mı?

1) Var 2) Yok

37. Diyet öyküsü?

1) Var 2) Yok

38. İlk diyete başlama yaşı: ……..

39. Kaç kez diyet yapılmış? ……..

40. Diyet tipi (bilgi verilebiliyorsa): ……..

41. Egzersiz öyküsü ?

1) Var 2) Yok

42. Akupunktur öyküsü ?

1) Var 2) Yok

43. Kilo vermek için reçete edilmiş ilaç kullanım öyküsü

1) Var 2) Yok

44. Kilo vermek için bitkisel ilaç / ürün kullanım öyküsü

1) Var 2) Yok

45. Geçmişte yaşadığı travma öyküsü:

1) Fiziksel istismar

1) Var 2) Yok

2) Cinsel istismar

1) Var 2) Yok

3) İhmal

1) Var 2) Yok

46. Kilo verme isteğinin öncelikli amacı hangisi idi?

1) Daha sağlıklı olmak

2) Daha iyi görünmek

3) Çocuk sahibi olabilmek

4) Daha rahat hareket edebilmek

5) Diğer(.....)

47. Günde ortalama kaç ana öğün yersiniz?

1) Yok 2) Bir 3) İki 4) Üç 5) Dört 6) Beş 7) Altı veya daha fazla

48. Günde ortalama kaç ara öğün yersiniz?

1) Yok 2) Bir 3) İki 4) Üç 5) Dört 6) Beş 7) Altı veya daha fazla

49. Gün boyu atıştırma tarzında yeme var mı?

1) Var 2) Yok

50. Atıştırma varsa hangi tür yiyecekler?

……

…..

51. Fastfood (hazır yemek) yer misiniz?

1) Evet 2) Hayır

52. Son bir ay içinde fastfood sıklığı:

……

53. Diğer yiyeceklerden belirgin olarak daha fazla tükettiğiniz bir yiyecek tipi var mı? (örn: çikolata, kola, cips, vb.)

1) Evet 2) Hayır

54. Varsa nedir?

……
……..

55. Son bir ay içinde gece uykudan uyanarak yemek yediğiniz oldu mu?

1) Evet 2) Hayır

56. Gece Yeme Sıklığı:

1) Her gece 2) Haftada bir veya daha fazla 3) Ayda bir 4) Birkaç ayda bir

Beslenmenin emosyonla olan ilişkisi :

57. Neşeliyken daha fazla veya daha az yemek yer misiniz?

1) Daha fazla 2) Daha az 3) Değişmez

58. Üzüntülüyken daha fazla veya daha az yemek yer misiniz?

1) Daha fazla 2) Daha az 3) Değişmez

59. Kaygılıyken veya sıkıntılıyken daha fazla veya daha az yemek yer misiniz?

1) Daha fazla 2) Daha az 3) Değişmez

60. Sinirliyken daha fazla veya daha az yemek yer misiniz?

1) Daha fazla 2) Daha az 3) Değişmez

Ek 2. YFAS (Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği)

Yale Yemek Bağımlılığı ölçeği

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla dair yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır. İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar:

-Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar

-Beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar

-Cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar

-Biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler

-Kolalı ve şekerli içecekler

Aşağıdaki sorularda "BELİRLİ YİYECEKLER" ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekler ya da benzerlerini, ya da geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün

SON 12 AYDIR:	Hiç	Ayda bir kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2- kez	Haftada 4'ten fazla ya da her gün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim	0	1	2	3	4
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum	0	1	2	3	4
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum	0	1	2	3	4
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor	0	1	2	3	4
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum	0	1	2	3	4
6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum	0	1	2	3	4
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığında, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım.	0	1	2	3	4
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.	0	1	2	3	4
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli	0	1	2	3	4

faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.					
10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.	0	1	2	3	4
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin)	0	1	2	3	4
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.	0	1	2	3	4
15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları)	0	1	2	3	4

	EVET	HAYIR
17. Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.	**0**	**1**
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.	**0**	**1**
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.	**0**	**1**
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.	**0**	**1**
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim.	**0**	**1**
22. Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.	**0**	**1**
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım	**0**	**1**
24. Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım	**0**	**1**

25. Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?	1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 ya da daha fazla

26. Aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız her yiyeceği işaretleyiniz:

Dondurma	Çikolata/gofret	Elma	Donat/Tatlı Çörek	Karnabahar	Kurabiye/Bisküvi	Pasta/kek	Şeker/Şekerleme
Ekmek	Poğaça/Açma	Marul	Makarna	Çilek/Kiraz/Üzüm	Pilav	Kraker	Cips
Simit	Patates kızartması	Havuç	Kırmızı Et	Muz	Pastırma/ Sucuk/ Salam	Hamburger	Tost/Peynirli Sandviç
Pizza/Lahmacun Döner	Kola/Gazoz	Peynir(Beyaz peynir, kaşar,vs.)	Yukarıdakilerin hiçbiri				

27. Listedekiler dışında aşırı yeme isteği uyandırdığı için ve/veya aşırı yemekten dolayı sorun yaşadığınız yiyecekler varsa belirtiniz.

Ek 3. Yeme Bağımlılığı DSM-5 Görüşme Formu

DSM – 5 Alkol ve Madde Bağımlılığı kriterlerinin Yeme Bağımlılığı için uyarlanması

Yönerge: Size son bir yıl içindeki / cerrahi sonrası dönemde yeme davranışınızla ilgili sorular soracağım. Öncelikle, son bir yıl içinde / cerrahi sonrası dönemde belirli yiyecekleri yemenizle ya da genel olarak yeme durumunuz, hayatınızda ciddi bir zorlanma ya da sıkıntı yarattı mı?

Size göre bu zorluğu ya da sıkıntıyı yaratan belirli yiyecekler miydi, yoksa genel olarak yeme durumunuz muydu? Her ikisi miydi?

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak madde alınması

Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak yemek yenmesi, belirli yiyeceklerin büyük miktarda tüketilmesi ya da açlığın geçmesine karşın yemenin durdurulamaması

(Son 12 ay içinde) Sık sık planladığınızdan ya da istediğinizden daha fazla yemek yediğiniz oldu mu?

Sık sık planladığınızdan daha uzun süre yediğiniz oldu mu?

Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığınızdan daha fazla yediğiniz

oldu mu? Açlığınız geçmesine karşın kendinizi yemek yemeye ya da belirli

yiyecekleri tüketmeye devam ederken bulduğunuz oldu mu?

2. Madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli istek duymaya da sonuç vermeyen çabaların olması

Yemek yemeyi azaltmak ya da denetim altında tutmak için sürekli istek duyma ya da sonuç vermeyen çabaların olması

(Son 12 ay içinde) Sık sık yemek yemeyi azaltmaya ya da denetim altına almaya çalıştınız mı?

Yemek yemeyi azaltmayı deneyip başarısız olduğunuz oldu mu?

Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmayı ya da azaltmayı istediniz mi?

Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmayı ya da azaltmayı deneyip başarısız olduğunuz oldu mu?

3. Madde elde etmek, kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılması

Yemek hazırlamak, yemek ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılması

Yemek hazırlamak, yemek ya da yarattığı etkilerden (yorgunluk, uyku hali gibi) kurtulmak için çok zaman harcıyor musunuz?

4. Madde kullanmak için aşırı istek duyma

Belirli yiyecekleri yemek için ya da aç değilken yemek yemek için aşırı bir istek duyma

Aç olduğunuz zamanlar dışında yemek yemek için güçlü bir istek duydunuz mu?

Belirli yiyecekleri yemek için sık sık aşırı istek duydunuz mu ya da kendinizi yemek için zorlanmış hissettiniz mi?

***Kadınlarda menstrüasyon dönemiyle ilişki sorulacak*

5. İşte, okulda ya da evdeki sorumluluklarını yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici madde kullanımının olması

Yeme biçiminden dolayı işte, okulda ya da evdeki sorumluluklarını ihmal etme ya da iş, okul ya da evdeki hayatın yolunda gitmiyor olması

Yemek yeme biçiminizden dolayı işyerinizde, okulda ya da evdeki sorumluluklarınız ihmal ettiğiniz ya da iş, okul ya da ev hayatınızın yolunda gitmediği oldu mu?

6. Maddenin etkilerinin neden olduğu yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi

Çok sık ya da çok fazla yemek yemenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın yemeyi sürdürme

(Son 12 ay içinde) Çok sık ve çok fazla yemek yemeniz aile üyeleri, arkadaşlar ya da iş arkadaşları gibi başka kişilerle aranızda sorun olmasına neden oldu mu? Bu nedenle şiddetli tartışmalarınız oldu mu?

Çok sık ve çok fazla yemek yemenizi her şeye karşın sürdürdünüz mü?
(sürdürdüyse evet kabul edilecek)

7. Madde kullanımı nedeniyle önemli bazı sosyal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme- dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması

Aşırı yeme nedeniyle önemli sosyal, mesleki ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması

(Son 12 ay içinde) Aşırı yemek yeme nedeniyle bazı önemli etkinliklere örn: çalışmak, ailenizle ya da arkadaşlarınızla zaman geçirmek ya da spor yapmak, müzik dinlemek, bahçe ile uğraşmak gibi eğlenceli aktivitelere ayırdığınız zaman azaldı mı ya da tümüyle bunlardan vazgeçtiniz mi?

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanımın olması

Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek ya da akut olarak sağlığı tehdit edebilecek durumlarda yemek yeme

Tehlikeli olabilecek durumlarda sık sık yemek yediğiniz oldu mu? (Örneğin araba kullanırken? Uymanız gereken diyet kısıtlamalarına uymamak gibi?)

9. Büyük olasılıkla maddenin neden olduğu bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine rağmen madde kullanımını sürdürmesi

Büyük olasılıkla aşırı yemenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal sorunu olduğu bilgisine karşın aşırı yemenin sürdürülmesi

(Son 12 ay içinde) Aşırı yemek yemeniz fiziksel ya da psikolojik sorunlara yol açtı mı?

Aşırı yemek yemeniz bedensel ya da ruhsal sorunları kötüleştirdi mi? Buna karşın yemek yemeyi sürdürdüğünüz oldu mu?

Ruhsal/fiziksel sağlık sorunlarına neden olduğunu ya da onları kötüleştirdiğini bilmenize karşın belirli yiyecekleri yemeyi ya da fazla yemeyi sürdürdüğünüz oldu mu?

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, tolerans gelişmiş olması
a. İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde madde kullanma gereksiniminin olması:

İstenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan miktarda yeme gereksinimi

(Son 12 ay içinde) İstediğiniz etkiyi (hoşnutluğu) sağlamak için (ilk aşırı yediğiniz zamana göre) daha fazla yemek yemeniz gerekiyor mu?

b. Aynı ölçüde madde kullanımının sürdürülmesine rağmen daha az madde etkisinin yaşanması:

Aynı miktarda yemenin sürdürülmesine karşın belirgin olarak daha az etki (hoşnutluk) sağlanması

Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığı ya da hazzı oluşturmadığı oldu mu?

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması

a. Maddeye özgü yoksunluk belirtilerinin olması

Daha az yenildiğinde ya da aşırı yeme / belirli yiyeceklerin tüketimi engellendiğinde ortaya çıkan fiziksel ya da ruhsal belirtiler

(Son 12 ay içinde/ameliyattan itibaren) Belirli yiyecekleri/ çok yemeyi kontrol altına aldığınızda ya da azalttığınızda ruhsal (huzursuzluk, sinirlilik gibi) ya da fiziksel (çarpıntı, titreme gibi) belirtiler oldu mu?

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için madde ya da maddeyle yakından ilişkili başka bir madde alınması:

Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için yiyecek tüketimi

Belirli yiyecekleri azaltmanızdan dolayı gelişen endişe, kaygı, huzursuzluk, sinirlilik ya da fiziksel belirtiler gibi yoksunluk belirtilerini gidermek için belirli yiyecekleri yediğiniz ya da aşırı yemek yediğiniz oldu mu?

Ek 4. FCQTR (Aşırı Yeme İsteği Anketi – Kısa Form)

AŞIRI YEME İSTEĞİ ÖLÇEĞİ
(FOOD CRAVING QUESTIONNAIRE – REDUCED, MEULE, 2014)
Puanlama: Her maddeye 0-5 arasında puan verilir (0: hiçbir zaman, 1: nadiren 2: bazen 3: sık sık 4: genellikle 5: her zaman)

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Genellikle	Her zaman
1. Bir yiyeceğe karşı aşırı istek duyarsam, onu bir kez yemeye başladığımda kendimi durduramayacağımı biliyorum.						
2. Bir yiyeceğe karşı aşırı istek duyarsam, sıklıkla kontrolü kaybeder ve o yiyecekten çok fazla yerim.						
3. Bir yiyeceğe karşı aşırı istek, her zaman yemek istediğim şeyi elde etme yollarını düşünmeme neden olur.						
4. Aklımda sürekli yemek varmış gibi hissediyorum.						
5. Zihnim sürekli yemekle meşgul.						
6. Ne zaman bir yiyeceğe karşı aşırı istek duysam, kendimi yemek planları yaparken bulurum.						
7. Canım sıkıldığında, kızgın ya da üzgünken yiyeceklere karşı aşırı istek duyarım.						
8. Aşırı yeme isteğime karşı hiç irade gösteremem.						
9. Yemek yemeye bir kez başlarsam kendimi durdurmakta zorlanırım.						
10. Ne kadar denesem de yemekle ilgili düşünmeyi bırakamıyorum.						
11. Eğer aşırı yeme isteğime teslim olursam, bütün kontrolü kaybediyorum.						
12. Ne zaman bir yiyeceğe karşı aşırı istek duysam, o yiyeceği yiyene kadar yemekle ilgili düşünmeye devam ediyorum.						
13. Eğer bir yiyeceğe karşı aşırı istek duyuyorsam, onu yeme düşünceleri beni tüketir.						
14. Duygularım sıklıkla benim yemek yeme istememe neden olur.						
15. Ulaşabileceğim lezzetli yiyeceklerin kışkırtmasına direnmek benim için zordur.						

Ek 5. Aşırı Yeme İsteği Ölçeği

Aşırı yeme isteği ölçeği

Yönerge: Aşağıda son bir ay içinde belirli yiyeceklere karşı aşırı istek ya da aşırı yeme isteği (açlık dışında) duyup duymadığını ve duyuyorsanız bunun boyutu ile ilgili sorular sorulacaktır.

1. Belirli yiyeceklere karşı aşırı yeme isteği oluyor mu?
2. Hangi yiyecekler? İlk üçü;……..., ……, ……

3. Belirli yiyeceklere karşı aşırı istek/Aşırı yemek isteğinin şiddeti neydi?

0 hiç	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Çok şiddetli

4. Belirli yiyeceklere karşı aşırı istek/Aşırı yemek isteği ne kadar sürdü?

0 Hiç sürmedi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Çok uzun sürdü

5. Belirli yiyeceklere karşı aşırı istek/Aşırı yemek isteği ne sıklıktaydı?

0 Hiç olmadı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Her gün oldu

6. Belirli yiyeceklere karşı aşırı istek/Aşırı yemek isteğine ne kadar karşı koyabildiniz?

0 Hiç karşı koyamadım	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Belirli yiyeceklere karşı aşırı istek/Aşırı yemek isteği en sık hangi ortamda geliyor?

8. Belirli yiyeceklere karşı aşırı istek/Aşırı yemek isteği en sık günün hangi saatinde geliyor?

Ek 6. BDÖ- 11 (Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11)

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

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

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen herzaman/ Herzaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	_	_	_	_
2. Düşünmeden iş yaparım	_	_	_	_
3. Hızla karar veririm	_	_	_	_
4. Hiç bir şeyi dert etmem	_	_	_	_
5. Dikkat etmem	_	_	_	_
6. Uçuşan düşüncelerim var	_	_	_	_
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	_	_	_	_
8. Kendimi kontrol edebilirim.	_	_	_	_
9. Kolayca konsantre olurum	_	_	_	_
10. Düzenli para biriktirim	_	_	_	_
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	_	_	_	_
12. Dikkatli düşünen birisiyim	_	_	_	_
13. İş güvenliğine dikkat ederim	_	_	_	_
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	_	_	_	_
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	_	_	_	_
16. Sık sık iş değiştiririm	_	_	_	_
17. Düşünmeden hareket ederim	_	_	_	_
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	_	_	_	_
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	_	_	_	_
20. Düşünerek hareket ederim	_	_	_	_
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	_	_	_	_
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	_	_	_	_
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	_	_	_	_
24. Hobilerimi değiştiririm	_	_	_	_
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	_	_	_	_
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	_	_	_	_
27. Şu an ile gelecekten daha fazla ilgilenirim.	_	_	_	_
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	_	_	_	_
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	_	_	_	_
30. Geleceğini düşünen birisiyim	_	_	_	_

Ek 7. YEDÖ (Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği)

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (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…	Hiçbirin-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 *(uyanık 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 boşlandığınız 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 hoş 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 düşünme, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6

*Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dusgor BP, Yavuz AE, Sertel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, (2011) 16(4): e274-279

	Son 28 günün kaçında…	Hiçbirin-de	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünme, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeyle 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 kere kendinizi kusturdunuz?	……..
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (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?	……..

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıkınırcasına 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? (Tıkınırcasına 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)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yandan az	Yarı yarıya	Yandan 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? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz		Orta		Önemli ölçüde	
		0	1	2	3	4	5	6

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-	Kilonuz, kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	Bedeninizin şekli, 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 şizi ne kadar üzerdi ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	Kilonuzdan ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	Bedeninizin şeklinden ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedenimizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	Başkalarının 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 8. Yeme Bozuklukları DSM-5 Görüşme Formu

DSM-5 Yeme Bozuklukları Sorgulama

Adı Soyadı:

Tarih:

Yeme bozuklukları tanıları, yapılacak klinik görüşmeye göre konulacaktır. Görüşmede aşağıdaki başlıklarla ilgili sorular sırasıyla katılımcıya yöneltilecek, tanıyla ilgili ek ipuçlarından yararlanılacaktır. Beslenme bozuklukları kategorisi sorgulamaya dahil edilmemiştir.

Eleme soruları: *Dış görünümünüzle ilgili olarak ne düşünüyorsunuz? Özel birtakım yiyecekleri sağlığınızı ya da kilonuzu olumsuz bir biçimde etkileyecek denli kısıtladığınız ya da bu yiyeceklerden kaçındığınız hiç oldu mu?*

(Yanıt evet ise) *Kendinizi düşündüğünüzde vücut biçiminiz ya da kilonuz sizin için en önemli konulardan biri mi?*

Yanıt Evet ise Anoreksiya Nervoza tanı ölçütleri sorgulanır.

A. Anoreksiya Nervoza

AN 1. Ciddi derecede kilo kaybı ya da düşük kiloya yol açacak şekilde (BKİ<18.5) kalori alımında kısıtlama var mı?
Düşük bir kiloda olmak için yediğiniz yemekleri kısıtlıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır

AN 2. Kilo almaktan yoğun bir korku duyuluyor mu? Örneğin kilo vermek için aşırı egzersiz yapmak gibi bir davranış biçimi gelişmiş mi?
Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkuyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır

AN 3. Beden algısında bozulma, şu anki düşük kiloyu normal bulma ya da zayıflaması gerektiğini düşünme var mı?
Vücut ağırlığınızı ve biçiminizi nasıl algılıyorsunuz? Çok düşük kiloda olmanın beden sağlığınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?
1. Evet 2. Hayır

AN 4. AN1, AN2 ve AN3'teki sorulara evet yanıtı verilmiş mi?
1. Evet (Şu anda AN tanısı alıyor) 2. Hayır (Şu anda AN tanısı almıyor)

AN 5. (AN4'ün yanıtı evetse) Son üç ay içinde, tekrarlayan şekilde, kısa bir süre içinde normal bir öğünden çok daha fazla miktarda yemek yeme (tıkınırcasına yeme episodu) ya da kusma, laksatif, diüretik gibi ilaçlar

kullanma, kendini aç bırakma, diyet yapma, aşırı egzersiz yapma (çıkarma episodu) gibi bir davranış oldu mu?

1. *Evet (Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü)* 2. *Hayır (Kısıtlayıcı tür)*

AN 6. Geçmişte bu düşünce ve davranışlardan ilk üçünün bir arada olduğu bir dönem olmuş muydu?

1. *Evet (Geçmişte AN tanısı var)* 2. *Hayır(Geçmişte AN tanısı yok)*

AN 7. (AN6'nın yanıtı evetse) Eğer olmuşsa şu anda bunlardan devam eden var mı?

1. *Evet (Kısmi resmiyon)* 2. *Hayır (Tam remisyon)*

AN 8. AN4'ün yanıtı evet ise BKİ'ye göre ciddiyet nedir/neydi?

1. Hafif: BKİ>17
2. Orta: BKİ 16-16.99
3. Ağır: BKİ 15-15.99
4. Çok ağır: BKİ < 15

B. Bulimiya Nervoza

BN 1. Tekrarlayan şekilde, belirli bir sürede (örneğin iki saat içinde) ortalama bir bireyin yediğinden çok daha fazla yediği tıkınırcasına yeme episodları yaşıyor mu?

Kısa bir süre içinde, örneğin bir öğün boyunca ya da iki saat içinde, ortalama birinin yediğinden çok daha fazla yer misiniz?

1. *Evet* 2. *Hayır*

BN 2. Bu esnada ne kadar yediği üzerinde kontrol kaybı yaşanıyor mu ya da yemenin durdurulamadığı oluyor mu?

Bu esnada kendinizi durduramayacak gibi hisseder ya da yemenin kontrolünü kaybeder misiniz? Kontrol etmeyi tamamen bırakır mısınız?

1. *Evet* 2. *Hayır*

BN 3. BN1 ve BN2'nin her ikisine de evet yanıtı verilmiş mi? (Birinci kriter karşılanıyor mu?)

1. *Evet* 2. *Hayır*

BN 4. Kilo alımının önüne geçmek için, tekrarlayan şekilde, uygun olmayan davranışlarda bulunuluyor mu? Örneğin kendi eliyle kusmak, laksatif, diüretik gibi ilaçları uygunsuz kullanmak, kendini aç bırakmak ya da aşırı egzersiz yapmak?

Kilo almamak için uyguladığınız bir yöntem var mı? Örneğin kendi kendinizi kusturmak, ilaç kullanmak, kendinizi aç bırakmak ya da aşırı diyet uygulamak, aşırı spor yapmaktan biri ya da birkaçı?

1. *Var* 2. *Yok*

BN 5. (BN 3 ve BN 4'ün yanıtları evet ise) Hem tıkınırcasına yeme hem de çıkarma türünden davranışlar son üç ay içinde en az haftada bir kez yaşandı mı?
Bu davranışlar ne sıklıkta olur?

1. Evet 2. Hayır

BN 6. Kendini değerlendirme gereğinden fazla beden şekli ve kilodan etkileniyor mu?
Dış görünüşünüz ve kilonuz kendinizle ilgili düşüncenizi çok etkiliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

BN 7. Bu belirtilerin bir arada görüldüğü dönemde anoreksiya nervoza tanısı karşılanıyor mu? (Bu durumda bulimiya nervoza tanısı konulmaz.)

1. Evet 2. Hayır

BN 8. BN 1-6'nın yanıtı evet ve BN 7 'nin yanıtı hayır mı? (Bu durumda bulimiya nevroza tanısı konur.)

1. Evet 2. Hayır

BN 9. (BN 8'in yanıtı hayır ise) Geçmişte bu belirtilerin bir arada görüldüğü bir dönem var mı?

1. Evet (Geçmişte BN tanısı var) 2. Hayır (Geçmişte BN tanısı yok)

BN 10. (BN 9'un yanıtı evet ise) Şu anda bu belirtilerden devam eden var mı?

1. Evet (Kısmi remisyon) 2. Hayır (Tam remisyon)

BN 11. (BN 8'in yanıtı evet ise) Bulimiya Nervosa tanısının ciddiyeti nedir?
Çıkarma (kompansasyon) davranışlarının sıklığına göre ciddiyet belirlenir.

1. Hafif: Haftada 1-3 episod
2. Orta: Haftada 4-7 episod
3. Ağır: Haftada 8-13 episod
4. Çok ağır: Haftada 14'ten fazla episod

C. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

TYB 1. Tekrarlayan şekilde, belirli bir sürede (örneğin iki saat içinde) ortalama bir bireyin yediğinden çok daha fazla yediği tıkınırcasına yeme episodları yaşıyor mu?

1. Evet 2. Hayır

*(***TYB 2.** Bu esnada ne kadar yediği üzerinde kontrol kaybı yaşanıyor mu ya da yemenin durdurulamadığı oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır (TYB

TYB 3. TYB 1 ve TYB 2'nin yanıtı evet mi? (A Kriterin karşılanması için her iki sorunun yanıtının evet olması gerekir)

1. Evet (TYB A kriteri karşılanıyor) 2. Hayır (TYB A kriteri karşılanmıyor)

TYB 4. Tıkınırcasına yeme esnasında, normalden çok daha hızlı yediği oluyor mu?

Bu şekilde yeme atakları sırasında, normalden çok daha hızlı yediğiniz oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

TYB 5. Tıkınırcasına yeme esnasında rahatsızlık verecek derece dolu hissedinceye kadar yediği oluyor mu?

Bu şekilde yeme atakları sırasında, tamamen doymanıza rağmen yemeye devam ettiğiniz ya da rahatsızlık verecek kadar dolu hissetmenize ragmen yemeye devam ettiğiniz oluyor mu?

1. *Evet 2. Hayır*

TYB 6. Fiziksel olarak açlık hissetmemesine rağmen aşırı miktarda yediği oluyor mu?

Fiziksel olarak açlık hissetmemenize rağmen aşırı miktarda yemek yediğiniz oluyor mu?

1. *Evet 2. Hayır* **TYB 7.** Fazla yediğinden utandığı için yalnız yediği oluyor mu?

Fazla yemenizden utandığınız için yanlız yemek yediğiniz oluyor mu?

1. *Evet 2. Hayır* **TYB 8.** (Tıkınırcasına) Yemek yedikten sonra kendinden iğrenme, çökkünlük ya da suçluluk hissettiği oluyor mu?

Aşırı yeme ataklarından sonra kendinizden iğrenme, çökkünlük ya da suçluluk hissettiğiniz oluyor mu?

1. Evet 2. Hayır

TYB 9. TYB 4-8 arasındaki sorulardan en az üçüne evet yanıtı verilmiş mi?

1. Evet (TYB B kriteri karşılanıyor) 2. Hayır (TYB B kriteri karşılanmıyor)

TYB 10. Tıkınırcasına yeme episodları ile ilgili ciddi derecede sıkıntı yaşanıyor mu?

1. Evet (TYB C kriteri karşılanıyor) 2. Hayır (TYB C kriteri karşılanmıyor)

TYB 11. Tıkınırcasına yeme episodları son üç ay içinde ortalama haftada en az bir kez gerçekleşti mi?

1. Evet (TYB D kriteri karşılanıyor) 2. Hayır (TYB D kriteri karşılanmıyor)

TYB 12. Uygunsuz çıkarma/kompansasyon davranışları var mı? (Bu sorunun cevabı hayır ise tanı konabilir.)

1. *Evet (TYB E kriteri karşılanmıyor)* *2. Hayır (TYB E kriteri karşılanıyor)*

TYB 13. Tıkınırcasına yeme episodlarının olduğu dönemde anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervoza tanısı karşılanıyor mu? (Bu durumda tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı konulmaz.)

1. *Evet (TYB tanısı konamaz)* *2. Hayır (TYB tanısı konabilir)*

TYB 14. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı için; 3,9,10,11'e verilen yanıt evet ve TYB 12,13'e verilen yanıt hayır mı?

1. *Evet (TYB tanısı konur)* *2. Hayır (TYB tanısı konulamaz)*

TYB 15. (TYB 14'e verilen yanıt hayır ise) Geçmişte bu belirtilerin bir arada görüldüğü bir dönem var mı?

1. *Evet (Geçmişte TYB tanısı var)* *2. Hayır (Geçmişte TYB tanısı yok)*

TYB 16. Şu anda tıkınırcasına yeme episodları devam ediyor mu?

1. *Evet, haftada birden az sıklıkta devam ediyor (Kısmi remisyon)*
2. *Hayır (Tam remisyon)*

TYB 17. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı alıyorsa (TYB 14'e verilen yanıt evet ise) tıkınırcasına yeme episodunun sıklığına göre şiddeti nedir?

1. *Hafif: Haftada 1-3 episod*
2. *Orta: Haftada 4-7 episod*
3. *Ağır: Haftada 8-13 episod*
4. *Çok ağır: Haftada 14'ten fazla episod*

D. Tanımlanmış Diğer Yeme Bozuklukları

Özel bir gerekçeyle A, B, C'de tanımlanan yeme bozukluklarına dahil edilemeyen özellikler gösteren hastalar için bu tanı konulabilir. Örneğin:

TDYB 1. Atipik Anoreksiya Nervoza: Bütün kriterler karşılanıyor, ancak vücut ağırlığı normal ya da normalin üstünde ise

1. *Var 2. Yok*

TDYB 2. Kısa süreli ya da düşük sıklıkta Bulimiya Nervoza : Bütün kriterler karşılanıyor ancak tıkınırcasına yeme ve çıkarma episodları haftada birden az veya toplam süre üç aydan kısa ise

1. *Var 2. Yok*

TDYB 3. Kısa süreli ya da düşük sıklıkta Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Bütün kriterler karşılanıyor ancak tıkınırcasına yeme episodları haftada birden az veya toplam süre üç aydan kısa ise

1. *Var 2. Yok*

TDYB 4. Çıkarma Bozukluğu: Tıkınırcasına yeme davranışı olmadığı halde uygunsuz çıkarma davranışları (uygunsuz laksatif, diüretik kullanımı, kusma gibi) görülmesi

1. Var 2. Yok

TDYB 5. Gece Yeme Sendromu: Uykudan uyanarak yemek yeme ya da akşam yemeğinden sonra aşırı yeme ile belirlenen, uyku düzenindeki değişiklik, alkol/madde kullanımı gibi başka bir neden, başka bir ruhsal hastalığa bağlı bir neden olmaksızın var olan ve bireyin bu durumdan haberdar olduğu tablo.

Gece uykudan uyanarak yemek yediğiniz ya da akşam yemeğinden sonra fazla miktarda yemek yediğiniz oluyor mu? Bu durum son zamanlardaki bir ilaç ya da madde kullanımı ile mi ilişkili? Uyku düzeninizde son zamanlarda bir değişiklik oldu mu?

1. *Var 2. Yok*

E. Tanımlanmamış Yeme Bozukluğu

TYB 1. A,B,C tanılarından hiçbirinin karşılanmadığı ve klinisyenin D kategorisinden bir tanı için özel bir gerekçe göstermemeyi tercih ettiği durumlar (örneğin acil servis başvuruları) için bu tanı konabilir.

1. *Var 2. Yok*

Ek 9. Gönüllü Bilgilendirme ve Onam Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

I- Araştırmayla İlgili Bilgiler

"Yeme bağımlılığı ve ilişkili özelliklerin beden kitle indeksine göre incelenmesi" isimli klinik araştırmada, obezite için cerrahi tedavi görmüş hastaların, kapsamlı ruhsal değerlendirilmesi, yeme bağımlılığı özelliklerinin cerrahinin sonucuna olan etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Yıldız Akvardar danışmanlığında Dr. Hikmet Ekin Sönmez tarafından yapılacak tez çalışması için yapılmaktadır. Bu araştırmaya katılacak gönüllülerle, onay vermeleri durumunda, araştırmacı tarafından yaklaşık birer saatlik yüz yüze iki görüşme yapılacaktır. Bu görüşmelerde gönüllülerin kişisel ve sosyal bilgileri, yeme tutumlarına dair bilgiler edinilecek, ruhsal durumlarının değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından uygulanacak ölçekler kullanılacaktır. Bu araştırmada kullanılacak yöntemlerin herhangi bir istenmeyen etkisi ya da riski yoktur. Yaklaşık on dört ay süreceği öngörülen araştırmaya toplamda yaklaşık iki yüz yirmi gönüllünün katılması planlanmıştır.

Çalışmanın sonunda, ülkemizde yaygınlaşmakta olan obezite sorunu ve cerrahi tedavisinin psikososyal sonuçlarına dair edinilecek bilgiler, bu tedaviden daha olumlu sonuçlar elde edilmesine yardımcı olacaktır.

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler

Sayın Dr. Hikmet Ekin Sönmez tarafından Marmara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence

verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr. Hikmet Ekin Sönmez'i, 0216 657 06 06 / 6404 numaralı telefon ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Mimar Sinan Caddesi No: 41 Üst Kaynarca Fevzi Çakmak Mahallesi / Pendik 34899 İstanbul adresinden arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi