

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

Yeme Bozukluğu Hastalarında
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun
Klinik Görüşme ve Özbildirim Ölçekleriyle
Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Dr. Selin AKIŞIK GENÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Başak YÜCEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ
İSTANBUL

2017

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

Yeme Bozukluğu Hastalarında
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun
Klinik Görüşme ve Özbildirim Ölçekleriyle
Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması

Dr. Selin AKIŞIK GENÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Başak YÜCEL

TIPTA UZMANLIK TEZİ
İSTANBUL

2017

ÖNSÖZ

Tezimin her aşamasında yanımda olan, dikkatli ve titiz gözlemleriyle beni yönlendiren, tez danışmanım olmasını istemekle çok doğru bir karar aldığımı tez sürecim boyunca bana çok sık düşündüren Prof. Dr. Başak Yücel'e,

Tezim konusunda sık sık fikir danıştığım ve katkılarını esirgemeyen Prof. Dr. Nahit Motavalli Mukaddes'e,

Uzmanlık eğitimime hem teorik bilgi edinme, hem de nasıl bir psikiyatri hekimi olmam gerektiği konusunda rol modelim olma açısından sağladıkları katkılar nedeniyle başta Prof. Dr. Alp Üçok, Prof. Dr. Raşit Tükel, Prof. Dr. Bilgin Saydam ve Doç. Dr. Erhan Ertekin olmak üzere kliniğimizin tüm değerli öğretim üyelerine,

Çapa Psikiyatri'li olmaktan gurur duymama, asistanlığım süresince hep gülümseyerek hatırlayacağım anılar biriktirmeme vesile olan, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

5 yıllık asistanlık sürecimde, kısa veya uzun süre birlikte çalışma olanağı bulduğum çocuk psikiyatrisi ve nöroloji asistanı arkadaşlarıma,

Mesai ve nöbetlerde, birlikte çalışma olanağı bulduğum tüm hemşirelerimize, hastabakıcılarımıza, personellerimize, güvenlik görevlilerimize, sekreterlerimize ve psikologlarımıza,

Ruhsal dünyaları gibi çok özel bir alanda, hayatlarına dokunmama izin veren tüm hastalarım,

Eğitim hayatıma en önemli desteği veren başta annem olmak üzere tüm aileme,

Asistanlığımın güzel ve zor zamanlarında hep yanımda olan sevgili eşime,

Çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

I-	Kısaltmalar.....	V
II-	Tablolar.....	VI
III-	Özet.....	1
IV-	Abstract.....	3
V-	Giriş ve Amaçlar.....	5
VI-	Genel Bilgiler.....	6
	A- Yeme Bozukluklarına Giriş.....	6
	1. Anoreksiya Nervoza.....	6
	a. Tanım.....	6
	b. Tanı ölçütleri.....	7
	c. Epidemiyoloji.....	9
	d. Psikolojik etiyoloji.....	9
	e. Biyolojik etiyoloji.....	10
	f. Klinik gidiş.....	11
	g. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar.....	11
	h. Tedavi.....	12
	2. Bulimiya Nervoza.....	12
	a. Tanım.....	12
	b. Tanı ölçütleri.....	12
	c. Epidemiyoloji.....	14
	d. Psikolojik etiyoloji.....	14
	e. Biyolojik etiyoloji.....	15
	f. Klinik gidiş.....	15
	g. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar.....	15
	h. Tedavi.....	16
	3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	16
	a. Tanım.....	16
	b. Tanı ölçütleri.....	16
	c. Epidemiyoloji.....	17

d. Tedavi.....	18
4. Tanımlanmış Diğer Bir Yeme ve Beslenme Bozukluğu.....	18
a. Tanı Ölçütleri.....	18
b. Epidemiyoloji.....	18
B- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	19
a. Tanım.....	19
b. Tanı ölçütleri.....	19
c. Epidemiyoloji.....	22
d. Etiyoloji.....	22
e. Klinik gidiş.....	22
f. Eşlik eden psikiyatrik hastalıklar.....	22
g. Tedavi.....	23
C- Yeme Bozuklukları ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	
İlişkisi.....	23
1- Yeme Bozukluğu Olan Kişilerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite	
Bozukluğu Varlığı ve Bağlantısını İnceleyen Çalışmalar.....	24
2- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Kişilerde Yeme	
Bozukluğu Varlığı ve Bağlantısını İnceleyen Çalışmalar.....	26
3- Yeme Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	
Arasındaki Nörobiyolojik Bağlantılar.....	28
VII- Örneklem ve Yöntem.....	31
A- Örneklem.....	31
B- Yöntem.....	31
1- Klinik Değerlendirme ve Veri Toplama Araçları.....	32
2- İstatistiksel Analiz.....	37
VIII- Bulgular.....	38
A- Sosyodemografik Veriler ve Yeme Bozukluğu ile İlgili Değişkenler.....	38
B- Yeme Bozukluklarının Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Diğer	
Değişkenlerle İlişkisi.....	43
IX- Tartışma.....	52

X-	Sonuç.....	57
XI-	Kaynaklar.....	58
XII-	Ekler.....	69
XIII-	Özgeçmiş.....	107



I- KISALTMALAR

YB: Yeme Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

AN: Anoreksiya Nervoza

AN-K: Anoreksiya Nervoza Kısıtlayıcı Tip

AN-TÇ: Anoreksiya Nervoza Tıkınırcasına Yeme/Çıkartma Tipi

BN: Bulimiya Nervoza

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

TDYB: Tanımlanmış Diğer Bir Yeme ve Beslenme Bozukluğu

BTA-YB: Başka Türli Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu

DIVA 2.0: Diagnostic Interview for ADHD in adult

ASRS v1.1: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

BDE: Beck Depresyon Envanteri

YTT: Yeme Tutumu Testi

YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

II-TABLOLAR

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler

Tablo 2: Eştanılar

Tablo 3: Yeme Bozukluğu ile İlgili Değişkenler

Tablo 4: DIVA 2.0 ve Özbildirim Ölçeklerinin Sonuçları

Tablo 5: DIVA 2.0'a Göre DEHB Olan ve Olmayan Hastaların Diğer Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 6: ASRS v1.1'e Göre DEHB Olan ve Olmayan Hastaların Diğer Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Tablo 7: DIVA 2.0 ve ASRS v1.1'in Sonuçlarının Karşılaştırılması

Tablo 8: DIVA 2.0'a Göre Erişkin DEHB Olan ve Olmayan Hastaların Yeme Bozukluğu Türü ve Şiddeti Açısından Karşılaştırılması

III-ÖZET

Amaç: Yeme bozuklukları (YB), beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve yeme davranışındaki değişikliklerle giden bir hastalık grubudur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ise, dikkat süresi kısalığı veya dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilik ile seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur. Son yıllarda hem YB hastalarında DEHB sıklığının toplumdan daha sık olduğuna dair araştırma sonuçları, hem de DEHB’li hastalarda YB ve obezite sıklığının toplumdan daha sık olduğuna dair araştırma sonuçları olduğu görülmekte ve bu iki bozukluk arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada, YB hasta grubunda DEHB sıklığının klinik görüşme ve öz bildirim ölçekleriyle saptanması ve sonuçların birbiriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza, DSM-5’e göre YB tanısı koyulan 59 hasta alınmıştır. Katılımcılara görüşmecisi tarafından Demografik Bilgi Formu doldurulmuş , psikiyatrik eş tanıların saptanması amacıyla klinik görüşme ve erişkinlerde DEHB tanısı için yapılandırılmış tanı görüşmesi olan DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for ADHD in adult) yapılmış, öz bildirim ölçekleri olan Beck Depresyon Envanteri (BDE) Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Yeme Tutum Testi (YTT) , Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi , Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) uygulanmıştır. Hem klinik görüşmeyle, hem de öz bildirim ölçekleriyle DEHB olan ve olmayan hastalar kendi içlerinde kıyaslanarak sonuçlar birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmada klinik görüşme ile DEHB sıklığını %25,4 , öz bildirim ölçeği ile DEHB sıklığını ise %32,2 olarak bulundu. Klinik görüşme ile dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB %13,6, hiperaktivite-dürtüsellik ön planda olduğu DEHB %5,1 ve bileşik tip DEHB %6,8 olarak saptandı. Klinik görüşmeye göre DEHB saptanan hastaların YB alt tiplerine göre dağılımına bakıldığında ise, AN-K’ların %33’ü, AN-TÇ’lerin %17,6’sı, BN’lerin %18,7’si, TYB’lerin %20’si ve TDYB’lerin %44,4’ünün DEHB tanısı aldığı saptandı. Klinik görüşmeye göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında en düşük kilo, Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve öz bildirim ölçeği ASRS v1.1’e göre DEHB olma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş, öz bildirim ölçeğine göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında

BDE, YBDÖ yeme kısıtlama alt ölçeği puanı, DIVA 2.0'a göre çocuklukta DEHB ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Sonuç: YB hasta grubunda DEHB sıklığı, hem klinik görüşme hem de öz bildirim ölçekleriyle toplumdan yüksek bulunmuştur. Çalışmamız, literatürde klinik görüşme ile YB grubunda DEHB araştıran ilk çalışmadır. Öz bildirim ölçekleriyle YB grubunda DEHB araştıran literatür çalışmalarına göre, çalışmamızda DEHB sıklığı daha fazla saptanmıştır. Literatürden farklı olarak, DEHB alt tiplerinden en sık dikkatsizliğin ön planda olduğu tip DEHB saptanması ve YB alt tiplerinden en sık AN-K ve TDYB'de DEHB saptanması önemli bir bulgudur.

Anahtar Kelimeler: Yeme Bozukluğu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DIVA 2.0, ASRS v1.1

İletişim Adresi: selin2357@hotmail.com

IV-ABSTRACT

Objective: Eating disorders (ED) are a group of illnesses that involve obsessions with body weight and changes in eating behaviors. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder with symptoms that substantially last a lifetime such as shortness or lack of attention, chaotic activity, and impulsiveness. During the last few years, research show that ADHD in patients with ED, and ED and obesity in patients with ADHD are seen more often than the general population, therefore it is thought that a relationship between these disorders could exist. The aim of this study is to determine the frequency of ADHD in a group of ED patients, based on self-reports and clinical interviews, and comparing the results.

Method: 59 patients diagnosed with ED according to DSM-5 were included in our study. Participants filled out Demographic information forms, clinical interviewing to determine psychiatric comorbidity and DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for ADHD in adult) were conducted by the interviewer, self-report scales such as Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory, Eating Attitudes Test (EAT), Rosenberg Self-Esteem Scale, Body Regions and Proportions Satisfaction Survey, Eating Disorders Evaluation Scale (EDES), Barratt Impulsivity Scale-11 and Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) were done. Patients with and without ADHD were checked in their own separate groups and results were compared.

Results: In the study, clinical interviews have shown ADHD frequency as %25,4, and self-reports have shown ADHD frequency as %32,2. Clinical interviews have shown Inattentive type ADHD as %13,6, hyperactive-impulsive type ADHD as %5,1, and combined type ADHD as %6,8. Based on clinical interviews, the percentage of ED patients diagnosed with ADHD were: %33 of AN-restrictive subtype, %17,6 of AN-binge-purge subtype, %18,7 of BN, %20 binge eating disorder, and %44,4 of Other Specified Feeding and Eating Disorders(OSFED). Clinical interviews have shown a statistically significant difference between patients with and without ADHD based on lowest weight, Barratt Impulsivity Scale, and Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1). Self-reports have shown a statistically significant difference between patients with and without ADHD based on BDI, EDES eating

restriction subscale score, having ADHD at childhood according to DIVA 2.0, and Rosenberg Self-esteem Scale.

Conclusion: Both clinical interviews and self-reports have shown the frequency of ADHD in the ED patient group to be higher than the general population. Our study, researching ADHD in an ED group via clinical interviews, is a first in literature. Unlike the studies in literature researching ADHD in ED groups via self-report scales, ADHD has been found to be more frequent in our study. Unlike the literature, it is important to note that Inattentive type ADHD has been found to be the most frequent, and ADHD has most frequently been found in AN-restrictive and OSFED subtypes of ED.

Keywords: Eating Disorders, Attention deficit hyperactivity disorder, DIVA 2.0, ASRS v1.1

Contact: selin2357@hotmail.com

V-GİRİŞ VE AMAÇLAR

Yeme bozuklukları (YB), beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve yeme davranışındaki değişikliklerle giden, Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Tanımlanmış Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları (TDYB) gibi bozuklukları içeren bir hastalık grubudur. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ise, dikkat süresi kısalığı veya dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevrilik ile seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur.

Son yıllarda hem YB hastalarında DEHB sıklığının toplumdan daha sık olduğuna dair araştırma sonuçları, hem de DEHB’li hastalarda YB ve obezite sıklığının toplumdan daha sık olduğuna dair araştırma sonuçları olduğu görülmekte ve bu iki bozukluk arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir.

DEHB ile ilgili yapılan araştırmalarda, erişkin DEHB tanısının konulmasında sıklıkla öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı dikkati çekmektedir. DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for ADHD in adult) 2010 yılında geliştirilen, erişkin DEHB tanısının konulmasında kullanılan yapılandırılmış bir klinik görüşmedir. Öz bildirim ölçekleri ile klinik görüşme arasında DEHB tanısı konulması açısından farklılıklar olduğunu belirten yayınlar bulunmaktadır (119,120).

Ayrıca DEHB’de dürtüsellüğün ön plana çıkması nedeniyle, çalışmalar başlangıçta obezite, daha sonra ise tıkınırcasına yemenin ön planda olduğu BN ve TYB üzerinde yoğunlaşmakta olup, AN ile DEHB ilişkisi ancak son yıllarda yapılan araştırmalarda dikkati çekmiştir ve bu alandaki araştırmalar halen oldukça azdır.

Tüm bu bilgilere dayanarak, AN, BN, TYB ve TDYB tanılı hastaları içeren heterojen bir YB popülasyonunda, DEHB eş tanı sıklığını, bir öz bildirim ölçeği olan ASRS v1.1’e ek olarak, yapılandırılmış klinik görüşme olan DIVA 2.0 ile saptayarak birbiriyle kıyaslamayı, ayrıca YB hastalarında, DEHB eş tanısının, semptomatolojiye etkisini araştırmayı amaçladık.

VI-GENEL BİLGİLER

A-Yeme Bozukluklarına Giriş

Yeme bozuklukları (YB), beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve yeme davranışındaki değişikliklerle giden, Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ve Tanımlanmış Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları (TDYB) gibi bozuklukları içeren bir hastalık grubudur. Gelişmiş ülkelerde, engelli geçirilen yıl sayısı açısından AN ve BN 306 ruhsal hastalık arasında %2,2 sıklıkla, özellikle 15-19 yaş arası kadınlarda en yüksek 12. sırayı almaktadır (1). Yeme bozukluklarının, önceleri gelişmiş ülkelerde sık görüldüğü düşünülürken, son yıllarda yapılan çalışmalarda, orta ve az gelişmiş ülkelerde de sıklığının giderek arttığı görülmektedir. Dünya genelinde, 1990'dan 2013'e kadarki dönemde, yeme bozuklukları, engelli geçirilen yıl sayısı açısından 13. sıradan 12. sıraya geçmekle beraber, az ve orta gelişmiş ülkelerde 58. sıradan 46. sıraya yükselmiştir (2).

YB görülme sıklığı dünyanın çeşitli yerlerinde farklılık göstermektedir. Avrupalı kadınlarda hayat boyu YB görülme sıklığı AN için %1-4, BN için %1-2, TYB ve TDYB için %1-4 bulunmuştur. Avrupalı erkeklerde ise alt tip tanımlanmaksızın hayat boyu YB görülme sıklığı %0,3 olarak saptanmıştır (3). Çin'de, genç kadınlarda YB sıklığı AN %1,05, BN %2,98 ve diğer YB için %3,58 olarak bulunmuştur (4,5). Afrika'da ise genç kadınlarda YB sıklığı AN %0,01'den az, BN %0,87 ve diğer YB için %4,45 olarak bulunmuştur (6).

YB, 5000 hasta üzerinde yapılan uzun süreli bir izlem çalışmasında saptanan AN için %5,35, BN için %1,49, TYB için %1,5 ve TDYB için %1,7 mortalite oranlarıyla, önemli bir sağlık sorunu olarak dikkati çekmektedir (7).

1. Anoreksiya Nervosa

a. Tanım

AN, bireyin olağan sayılan en az vücut ağırlığına sahip olmayı reddetmesi, kilo almaktan korkması ve vücut biçimi ya da boyutunu algılamada belirgin bozukluk sergilemesi ile karakterizedir (8). Zayıflık için aşırı çaba gösterme AN'nin özü olarak gösterilmektedir. Birey, yaşı ve boyu için olağan sayılan en az vücut ağırlığının altında vücut ağırlığına sahiptir.

Çoğu kez kilo kaybı, öncelikle, toplam gıda alımını azaltma yoluyla elde edilir. Ek kilo verme yöntemleri çıkartmayı (kusturma, laksatif veya diüretik kullanımı gibi) ve aşırı egzersizi içerir (9).

b. Tanı Ölçütleri

AN tanısı için ölçütler ilk kez 1970'te Gerald Russell tarafından öne sürülmüştür. Russell, belirgin kilo kaybına yol açan davranışsal bir bozukluk, yeme kontrolünü kaybedip kilo almaktan aşırı korkma ile karakterize bir psikopatoloji ve kadınlarda amenore, erkeklerde ise cinsel istek ve güç azalması olarak görülen endokrin bir bozukluk üzerinde durmuştur (13). Feigner'in, 1972'de AN için önerdiği tanı ölçütlerinde ise, başlangıç yaşı 25'in altındadır ve anoreksi başlangıçta beden ağırlığının %25'inden fazlasının kaybı ile birlikte. Ayrıca amenore, bradikardi, lanugo, hiperaktivite dönemleri, bulimik epizodlar ve kusmadan en az ikisi de bulunmalıdır (13).

DSM-III'te AN tanısında beden imgesinin bozukluğu ve şişmanlama korkusu vurgulanmış, Feighner'in kilo kaybı için öngördüğü %25 ölçütü aynen kullanılmıştır (12). Fakat beden ağırlığının en az %25'inin kaybının tanı için gerekli görülmesi katı bulunmuş ve eleştirilmiştir (13). DSM-III-R'de başlangıçtaki beden ağırlığının %15'inin kaybı tanı için yeterli görülmüş ve amenore tanı ölçütü olarak gündeme gelmiştir (14).

DSM-IV-TR'de ise AN tanı kriterleri şu şekildedir:

A. Yaşı ve boy uzunluğu için olağan sayılan en az kiloda ya da bunun üzerinde bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabul etmeme (örn. beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açan bir kilo kaybı ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin %85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya yol açacak biçimde beklenen kilo alımını gerçekleştirememe).

B. Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma.

C. Kişinin vücut ağırlığı ya da biçimini algılama biçiminde bozukluk olması, kendini değerlendirmede vücut ağırlığı ya da biçiminin anlamsız bir etkisinin olması ya da o sırada vücut ağırlığının düşük olmasının önemini inkar etme.

D. Kadınlarda menarş sonrası amenore, yani, en az üç ardışık menstruel siklusun olmaması. (Sadece hormon verilmesi sonrası menstruasyon dönemleri oluyorsa o kadının amenoresi olduğu düşünülür.)

Tipini belirtiniz:

Kısıtlı Tip: Anoreksiya Nervosa'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma davranışı göstermemiştir.

Tıknırcasına Yeme/Çıkartma Tipi: Anoreksiya Nervosa'nın o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak tıknırcasına yeme ya da çıkartma davranışı göstermiştir (15).

DSM-5'te AN tanı kriterleri ise şu şekildedir:

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.

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

Varsa belirtiniz:

Kısıtlayıcı Tür: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma dönemleri olmamıştır. Bu alttür, daha çok diyet yaparak, neredeyse hiç yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği görünümleri tanımlar.

Tıknırcasına Yeme/Çıkarma Türü: Kişinin, son üç ay içinde, yineleyen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örn. kendi kendini kusturma, laksatif ilaçlar, diüretik ilaçlar ya da lavmanın yanlış yere kullanımı) dönemleri olmuştur.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: AN için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra A tanı ölçütü artık uzunca bir süredir karşılanmamaktadır, ancak ya B tanı ölçütü ya da C tanı ölçütü yine karşılanmaktadır.

Tam yatışma gösteren: AN için tanı ölçütleri daha önce tam olarak karşılandıktan sonra, artık hiçbir tanı ölçütü uzunca bir süredir karşılanmamaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağırlığın en düşük düzeyi, erişkinler için, o sıradaki beden kütle indeksine(BKİ) göre, çocuklar ve gençler içinse BKİ persentiline göre belirlenir. Aşağıdaki değer aralıkları, erişkinler için Dünya Sağlık Örgütü zayıflık kategorilerinden alınmıştır; çocuklar ve gençler için bunlara karşılık gelen persentiller kullanılmalıdır. Klinik belirtileri, işlevsel yetersizliğin derecesini ve gözetim altında tutulma gereğini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

Ağır olmayan: $BKİ \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Orta derecede: $BKİ 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Ağır: $BKİ 15-15.99 \text{ kg/m}^2$

Aşırı düzeyde: $BKİ < 15 \text{ kg/m}^2$ (16)

c. Epidemiyoloji

AN görülme sıklığı son çalışmalarda Avrupalı kadınlarda %1-4, Çin’de %1,05, Japonya’da %0,43, Latin Amerika’da %0,1 ve Afrika’da %0,01’den az olarak bulunmuştur (17,3). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında AN sıklığında 1970’e kadar artış, sonrasında ise durağanlık gösterdiği bildirilmiştir. Hastaların yalnızca yaklaşık 1/3’ü tedaviye başvurmaktadır (18). AN’nin, orta ve yüksek sosyoekonomik sınıf mensuplarında, zayıf kalmanın desteklendiği mankenlik, balerinlik gibi meslek elemanları arasında ve sporcularda daha sık görüldüğü düşünülmekte olup, bir metaanalizde AN’nin toplumda %2 , dansçılarda ise %4 oranında görüldüğü gösterilmiştir (10).

d. Psikolojik Etiyoloji

AN, psikodinamik açıdan çeşitli etkenlere bağlanmıştır. Bruch, ebeveyn yetersizliğine bağlı olarak, AN’li hastada emosyonel ve fiziksel ihtiyaçları ayırt edememenin geliştiğini öne sürmüş, hayatın erken dönemindeki bağlanma sorunlarının getirmiş olduğu çaresizlik ve

yetersizliklerle başa çıkma çabası olarak yeme patolojisinin geliştiğini öne sürmüştür. Bu durumdaki hastalar aşırı bir kontrol, kimlik ve etkinlik çabası içindedirler ve bunun son aşaması olarak aşırı zayıf olmaya uğraşmaktadırlar (20). Crisp ise, AN'nin oluşturduğu vücut biçimi ve adet düzeni değişikliklerinin aslında erişkin beden biçimi ve sorumluluklarından kaçış olabileceğini öne sürmektedir (21).

Bilişsel davranışçı yaklaşım açısından ise AN, düşük benlik saygısı ve olumsuz yaşam olayları sonucunda beden biçim ve ağırlığına aşırı önem atfetmeye bağlı olarak gelişmektedir (22).

e. Biyolojik Etiyoloji

AN'nin biyolojik etiolojisinde çeşitli nörotransmitter ve nöropeptidlerle ilişkili araştırmalar yapılmış olmakla birlikte, şu ana kadar AN'nin oluşmasını açıklayacak bir mekanizma bulunamamıştır. Yetersiz beslenmesi olan ve normal kilosunun altında olan AN'li bireylerde Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH), leptin, beta endorfin ve Nöropeptid Y konsantrasyonlarında değişim vardır ve bu bozukluklar iyileşme ile normale dönmektedir (23). Fakat bu değişikliklerin AN gelişmesinde etkili olan bir faktör mü yoksa beslenme yetersizliğine yanıt olan dengeleyici bir mekanizma mı olduğu bilinmemektedir. Klinik çalışmalar AN'li hastalarda plazma ghrelin düzeylerinin, benzer yaştaki sağlıklı gönüllülerden ve yeme bozukluğu belirtileri olmayan ancak yapısal olarak zayıf kişilerden yüksek olduğunu göstermiş ve bu hastaların tekrar kilo almasının ardından ghrelin düzeylerinin normal değerlere gerilemesi, bu değişikliklerin de beslenme anormalliklerine bağlı olabileceğini düşündürmektedir (24). Bilgisayarlı tomografi(BT) çalışmalarında AN'li hastalarda serebral atrofi ve ventriküllerde genişleme, manyetik rezonans görüntüleme(MRG) ise beyin omurilik sıvısı hacminde artma, total beyaz ve gri madde hacminde azalma ve ventriküllerde genişleme olduğu saptanmıştır (25).

AN'li 12 hasta ve 11 sağlıklı kontrolle yapılan fonksiyonel MRG çalışmasında, AN'lilerde tedavi öncesi ön singulat korteksi de içeren bilateral ön loblarda bölgesel kan akımında azalma saptanmıştır. Tedavi sonrası sağ pariyetal lob kan akımında artış saptanırken, ön singulat kortekste azalmış kan akımının tedaviye rağmen kalıcı olduğu gözlenmiştir (26). AN'de açlık, egzersiz, uygulanan tedaviler ve eşanılar gibi çeşitli faktörler, nörogörüntüleme çalışmalarının yorumlanmasını güçleştirmekle birlikte, bu faktörler kontrol edildiğinde, sol medial orbitofrontal girus rektus volümündeki artış, hastalığın hem akut hem de remisyon

döneminde görülmüştür. Ayrıca çalışmalar, AN'li bireyde şişman olduğuna yönelik alginin insula fonksiyonundaki değişikliklerle bağlantılı olabileceğini göstermektedir (11).

f. Klinik Gidiş

AN'li hastalar günlük toplam kalori alımını çok düşük miktarlarda tutarlar ve buna bağlı olarak çeşitli tıbbi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Açlığa veya dengeleme davranışına ikincil gelişen metabolik ve fiziksel değişiklikler sıklıkla geri dönüşlüdür. Bunlar arasında hipokalemi, hipokalsemi, gastrointestinal motilite bozuklukları, ortostatik hipotansiyon, sinüs bradikardisi, senkop, kardiyomiyopati, ikincil seks karakterlerinin gelişiminde durma, libido kaybı, amenore, osteopeni, hiperkolesterolemi, karaciğerde yağlı dejenerasyon, dermatolojik bozukluklar, hematolojik ve immün sistem bozuklukları sayılabilir. Bu komplikasyonlardan özellikle hipokalemi, yol açtığı kardiyak ve renal bozukluklar nedeniyle en sık ölüm nedenidir (27).

AN'de iyileşme oranı %50 dolayındadır. Tanı konulması ile iyileşme arası ortalama 5-6 yıldır. Hastalık boyunca iyileşme ve yinleme dönemleri olabilir (28). Psikiyatrik hastalıklar arasında en yüksek ölüm oranı olan bozukluk AN'dir. Eştanı olarak dahili hastalıklarla komplike olması ve %2-5'i intihar nedeni olmak üzere AN'de ölüm oranı %10 civarındadır (29). AN'nin sıklıkla ilk 2 yılda olmak üzere 5 yıl içinde BN'ye dönme oranı %15'tir ve bunlar tedaviden yararlanması zor hastalar olarak kabul edilirler (22). Hastaların birçoğunda bütün belirtilerde tamamen iyileşme görülmesi oldukça güçtür. İyi prognoz göstergeleri, prepubertal başlangıçlı hastalar haricinde erken başlangıç olması, tedavi sonrası normal kiloya dönüş, çıkarma davranışı olmaması, ek psikiyatrik hastalıkların olmaması, hastane yatışı öncesi az kilo kaybının bulunması, hastalığın kısa sürmesi ve hastane çıkışı takiplerin iyi yapılmasıdır (30).

g. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar

Kısıtlayıcı tip AN olgularında %73, Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma tipi AN olgularında ise %82 oranında eştanı görülmektedir (31). AN'de en sık eştanı yaşam boyu %68 oranıyla major depresyondur (32). Diğer sık görülen tanılar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve sosyal fobidir (33).

h. Tedavi

Tedavinin iki temel amacı vardır. Birincisi hastanın tıbbi komplikasyonlara yol açabilecek beslenme bozukluğunun düzeltilmesi, ikincisiyse bozuk yeme ve dengeleme davranışının düzeltilmesidir. Yaşamı tehlikeye sokan durumlarda kısa süreli hastane yatışları yapılabilirken, ağır kilo kaybı olmayan hastalarda ayaktan tedavi yapılabilir (34). İlaç tedavisi ve farklı psikoterapi yaklaşımlarını kapsayan bir bireysel psikoterapi uygulamasının yararlı olacağı düşünülmektedir (35).

2. Bulimiya Nervosa

a. Tanım

Dönem dönem aşırı yemek yeme, kilo alma ve kilo almayı durdurma amacıyla ortaya çıkan çıkarma davranışlarıyla giden bir bozukluktur. Hasta, aşırı yeme nöbeti başlayınca bütün çabalarına, korkularına, üzüntüsüne karşın yemek yemeyi durduramaz. Daha sonra ise kilo almayı önlemek için kusma, aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunur. Bu hastalar normal veya normalin üzerinde kilodadırlar. Beden ağırlığı ve güzel görünme ile aşırı uğraş vardır (34).

b. Tanı Ölçütleri

BN teriminin ortaya çıkışı Russell'ın bu alandaki yayını ile olmuştur. Russell, BN hastalarında başlıca 3 özellikten söz etmiştir: Güçlü ve karşı konulamaz yeme arzusu, kusarak veya müshil kullanarak gıdaların kilo aldırıcı etkisinden kaçınma ve şişmanlamaktan aşırı korku duyma (36).

DSM IV-TR'de BN tanı kriterleri şu şekildedir:

A.Yineleyen tıknırcasına yeme epizodlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

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

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

B.Kilo almaktan sakınmak için, kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C.Tıkınırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de 3 ay süreyle ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

D.Kendini değerlendirme anlamsız bir biçimde vücut biçimi ve ağırlığından etkilenir.

E.Bu bozukluk sadece AN epizodları sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tipini belirtiniz:

Çıkartma olan tip: BN'nin o sıradaki epizodu sırasında kişi düzenli olarak kendi kendine kusmuş ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmıştır.

Çıkartma olmayan tip: BN'nin o sıradaki epizodu sırasında kişi, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi diğer uygunsuz dengeleyici davranışlarda bulunmuş ancak kendi kendine kusmamış ya da laksatifler, diüretikler ya da lavmanları yanlış yere kullanmamıştır (15).

DSM-5'te BN tanı kriterleri ise şu şekildedir:

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

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

2.Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması(örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B.Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, laksatif, diüretik ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C.Bu tıkınırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

D.Kendilik değerdendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E.Bu bozukluk, yalnızca AN dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: BN için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin, hepsi olmasa da, bir kesimi uzunca bir süredir karşılanmaktadır.

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Ağır: Ortalama haftada 8-13 kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması (16).

c. Epidemiyoloji

BN sıklığı son çalışmalarda erişkin kadınlarda Çin’de %2,98, Japonya’da %2,32, Afrika’da %0,87 ve Latin Amerika’da %1,16 olarak saptanmıştır (17). ABD’de yapılan bir çalışmada ise yaşam boyu BN yaygınlığı kadınlarda yaklaşık %1,5, erkeklerde %0,5 olarak bildirilmiştir (33). 6 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada ise erişkinlerde BN sıklığı %0,51 olarak bulunmuş, kadınlarda erkeklere göre 3-8 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (37).

d. Psikolojik Etiyoloji

BN’nin etiyojisine yönelik psikodinamik açıklamalar AN’ye göre oldukça azdır. BN’de, içsel bir boşluk duygusu ve bu boşluğu gıdalarla doldurmaya yönelik bir çaba olduğu, fakat hiçbirinin bu boşluğu doldurmaya tam olarak yetmediği, sonrasında ise tıknımanın yarattığı ruhsal ve fiziksel şişkinlik ve sıkıntı hissinden, hastanın gıdaları öfke ve şiddetle dışarı atma yoluyla kurtulduğu varsayılmaktadır (34).

Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre ise, düşük benlik saygısı ve olumsuz yaşam olayları sonucunda beden biçim ve ağırlık konularına odaklanarak diyet yapma ve kilo verme çabaları

bağlamında sıkı gıda kısıtlamasını izleyen tıknama nöbetleri ve BN gelişmektedir. Bu yapı dikotom düşünme, abartma ve büyüsel düşünme gibi bilişsel çarpıtmalar ve işlevsel olmayan düşüncelerin katkısıyla gelişmektedir (22).

e. Biyolojik Etiyoloji

Dopamin ve endojen opioid miktarındaki değişimler BN olan bireylerde gösterilmiştir. Bir opioid antagonisti olan naloksan, BN'li bireylerde damak tadı güzel olan yemeklerin alımını düşürmüş, fakat tıknırcasına yeme davranışı olmayan şişmanlarda ve normal kilolularda herhangi bir değişikliğe neden olmamıştır (38). Ayrıca BN olan bireylerde artmış 5HT1A postsinaptik aktivitesi saptanmıştır (39).

BN'de yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında AN ile benzer şekilde, fakat daha az belirgin kortikal hacim azalması saptanmıştır (40).

f. Klinik Gidiş

BN olan hastaların dişlerinde çürüme, parotis bezinde büyüme gelişebilir. Parmağı ile kendini kusturmaya bağlı Russell belirtisi denilen el sırtında nasırlaşma görülebilir. EKG değişiklikleri, elektrolit bozuklukları, özofajit, pankreatit gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir (41). BN olan normal kilodaki kadınların %7-40'ında amenore, %37-64'ünde adet düzensizlikleri görülmekte olup bu durumun, besin alımındaki değişkenliklere bağlı olarak artan insülin ve dolaşımdaki androjen düzeylerinin yükselmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir (42).

BN, iyileşme ve yinelemelerle giden, süregelen bir rahatsızlıktır. İyileşme oranları %50 civarındadır. İyileşmeye kadar geçen süre ortalama 5 yıldır. AN kadar yüksek olmasa da BN'de de ölüm riski yüksektir. Başlıca ölüm nedeni intihardır. Eşlik eden major depresyon, madde kötüye kullanımı ve dürtü kontrol bozukluğunun olması, hastalığın gidişini olumsuz etkileyen faktörlerdir (28).

g. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar

Major depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi ve panik bozukluğu sıklıkla BN ile birlikte görülmektedir. Ayrıca bu hastaların aile öykülerinde de bu bozukluklar genel toplumdan daha sık görülmektedir (34). Bipolar spektrum bozuklukları ve eşik altı

bipolaritenin, BN ile, diğer yeme bozukluklarına göre daha güçlü bir ilişkisi olabileceği öne sürülmektedir (43). 51 araştırmanın sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada BN ile madde kullanım bozukluğu ilişkisinin, AN'ye göre daha güçlü olduğu öne sürülmüştür (44).

h. Tedavi

BN'li hastaların tedavisi çoğunlukla ayaktan yapılır. Hastaların sıvı-elektrolit dengesi ve kardiyak durumu yakından izlenmelidir. Psikoterapi ve ilaçla belirtiler durdurabilirse de uzun dönemde yinelemeler sıktır (34). Fluoksetin, yüksek dozda, yeme ataklarının önlenmesinde etkili olabilir (45).

3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

a. Tanım

BN'ye özgü düzenli uygunsuz dengeleyici davranışların olmadığı tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları şeklinde tanımlanır (46). Değişen derecelerde obeziteye rastlanır. Çoğu TYB hastasının diyet yapmak için uzun süreli, yineleyen çabaları vardır ve gıda alımını denetlemedeki zorlukları konusunda umutsuzluk hissederler (13).

b. Tanı Ölçütleri

Sınıflandırma dizgelerine DSM-5 ile girmiş bir tanı olan TYB'nin tanı kriterleri şu şekildedir:

A.Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

- 1.Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde(örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
- 2.Bu dönem sırasında yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması(örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B.Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerin üçü(ya da daha çoğu) eşlik eder:

- 1.Olağandan çok daha hızlı yeme
- 2.Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3.Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.

4.Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.

5.Daha sonra kendinden tiksınme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

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

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

E.Tıkınırcasına yemeye, BN'de olduğu gibi yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca BN ya da AN gidiş sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

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

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

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Ortalama haftada 1-3 kez tıkınırcasına yemenin olması.

Orta derecede: Ortalama haftada 4-7 kez tıkınırcasına yemenin olması.

Ağır: Ortalama haftada 8-13 kez tıkınırcasına yemenin olması.

Aşırı düzeyde: Ortalama haftada 14 ya da daha çok kez tıkınırcasına yemenin olması (16).

c. Epidemiyoloji

Erişkin kadın hastalarda TYB sıklığı Çin'de %3,58, Japonya'da %3,32, Afrika'da %4,45 ve Latin Amerika'da %3,53 olarak saptanmıştır (17). Avrupa'da erişkinler arasında her iki cinsiyette toplam %1,12 sıklıkta bulunmuştur (37). AN ve BN'den farklı olarak TYB'de kadın/erkek oranı birbirine yakın olup 1/2-1/6 arasında değişmektedir (47).

d. Tedavi

Psikoterapi ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri etkili olmaktadır (45). Ayrıca bir dekstroamfetamin öncülü olan lisdeksamfetamin dimesilat, TYB hastalarında tıknırcasına yeme olan günlerin sayısını azaltma, tıknırcasına yemeyi tamamen önleme ve genel işlevsellikte artma açısından plaseboya göre daha etkili bulunmuştur (48).

4. Tanımlanmış Diğer Bir Yeme ve Beslenme Bozukluğu

a. Tanı Ölçütleri

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, beslenme ve yeme bozukluğunun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu kategorisi, beslenme ve yeme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Örneğin:

1. Atipik Anoreksiya Nervoza
2. Bulimiya Nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
3. Tıknırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
4. Çıkarma bozukluğu
5. Gece yemek yeme bozukluğu (16).

b. Epidemiyoloji

Klinik popülasyonda en çok görülen yeme bozukluğu TDYB olmasına karşın, birbirinden çok farklı klinik tabloları kapsamı, araştırma yapmayı zorlaştırmaktadır. TDYB ile ilişkili elimizde epidemiyolojik bir veri olmamakla birlikte, DSM IV-TR’de TYB ve TDYB’yi içeren bir tanı kategorisi olan Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozukluğu (BTA-YB) ile ilgili bir metaanalizin verileri, yeme bozukluğu kliniklerinde değerlendirilen hastaların ortalama %40-60’ının, toplum tabanlı ayaktan psikiyatri kliniklerinde değerlendirilen YB

hastalarının %90'ının ve bir toplum yaygınlık çalışmasında genç kadınların %75'inin BTA-YB tanısı aldığını göstermiştir (49).

B-Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

a. Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB), dikkat süresi kısalığı veya dağınıklığı, kaotik hareketlilik ve fevriyet ile seyreden, belirtileri büyük oranda, hayat boyu süren nörogelişimsel bir bozukluktur (16). DEHB, iki boyutta gelişimsel aksamalara yol açar; dikkat eksikliği(yürütücü ve meta-bilişsel yetersizlik) ve hiperaktif-dürtüsel davranışlar(yürütücü inhibisyon) (50).

b. Tanı Ölçütleri

DSM-5 DEHB tanı kriterleri şu şekildedir:

A.Aşağıdakilerden (1) ve/veya (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1.Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki 6 ya da daha çok belirti, en az 6 aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde(17 yaş ve daha büyüklerde) en az 5 belirti olması gerekir.

a.Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.

b.Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c.Çoğu kez, kendisiyle doğrudan konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.

d.Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlamaz.

e.Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker

f.Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g.Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.

h.Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır(yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i.Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır.

2.Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki 6 ya da daha çok belirti, en az 6 aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde(17 yaş ve daha büyüklerde) en az 5 belirti olması gerekir.

a.Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.

b.Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c.Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır(yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

d.Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e.Çoğu kez, her an hareket halindedir.

f.Çoğu kez, aşırı konuşur.

g.Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtı yapıştırır.

h.Çoğu kez sırasını bekleyemez.

i.Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B.12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C.Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D.Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E.Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

Bileşik tip: Son 6 ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin baskın olduğu tip: Son 6 ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu tip: Son 6 ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son 6 ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma ağır olmayanla ağır arası orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur (16).

DSM-IV-TR’de, DEHB tanısı konulabilmesi için belirtilerin 7 yaşından önce başlaması ve erişkinlerde 6 tanı ölçütünün karşılanması gerekmekte iken, DSM-5’te belirtilerin 12 yaşından önce başlaması ve erişkinlerde 5 tanı ölçütünün karşılanması şeklinde değiştirilmiştir.

c. Epidemiyoloji

Yapılan pek çok çalışma, çocuklarda ve ergenlerde DEHB oranının %3-13 arası olduğunu bildirmiştir ve erkeklerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda ise bu oranın ortalama %3,4 olduğu bildirilmiş ve kadın/erkek oranının birbirine daha yakın olduğu tespit edilmiştir (50). Son yıllarda yapılan iki metaanalizde DEHB'nin tüm dünyadaki birleştirilmiş sıklığının %5,29-7,1 arasında değiştiği bildirilmiştir (51).

d. Etiyoloji

DEHB'nin oluş nedeni tam olarak aydınlatılamamış olmasına karşın, biyolojik ve çevresel etkenlerin birlikte rol oynadığı görüşü egemendir. DEHB etiyolojisinde ileri sürülen kuramlardan biri fronto-striatal-serebellar devreleri kapsayan yönetici kontrol eksiklikleri, bir diğer kuram ise ventral-striatal-limbik devrelerin sorumlu olduğu güdülenme ve ödülle ilişkili eksiklikler olduğudur (52). Nörogörüntüleme çalışmalarının metaanalizine göre, motor yanıtları inhibe etmede görevli olan sağ inferior frontal korteks, anterior insula, yardımcı motor alan, anterior singulat korteks, kaudat ve talamusta hipofonksiyon ve dikkat işlevlerinde görevli olan sağ dorsolateral prefrontal korteks, putamen, posterior talamus, kaudatin kuyruğu ve parietal lobda hipofonksiyon saptanmıştır (53).

e. Klinik Gidiş

DEHB tanısı genellikle ilkokul yıllarında konur. Çünkü dikkat eksikliği bu yıllarda işlevselliği bozucu etkisini gösterir. Bazı bireylerde antisosyal davranışların geliştiği kötü bir seyir izleyebilir. Genellikle ergenlik ve erişkinlikte hiperaktivite kaybolur. Huzursuzluk, dikkatsizlik, plan yapamama, dağınıklık ve dürtüsellik devam eder. En son kaybolan belirti dikkat eksikliğidir. Çocukluk döneminde davranım bozukluğunun eşlik etmesi, aile içi sorunlar ve zeka düzeyi düşüklüğü kötü gidişin belirleyicileridir (54).

f. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar

DEHB'de ektanı %70 gibi yüksek bir oranda görülür. Anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve öğrenme bozuklukları sık görülür. Diğer ektanılar ise tik bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluklardır (55). Erken erişkinlikte özellikle duygudurum bozuklukları, davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu ektanıları olması, intihar girişimini riskini arttırmaktadır (16).

g. Tedavi

DEHB tedavisinde kanıtlanmış etkileri ve görece az yan etkileri ile psikostimulanlar tedavide ilk seçenektir. Atomoksetin, alfa 2 agonistler(klonidin ve guanfasin), trisiklik antidepresanlar, venlafaksin, bupropion ve modafinil de kullanılan ilaçlar arasındadır (56).

C- Yeme Bozuklukları ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

YB ve DEHB arasındaki ilişki, her ikisi de impulsivitenin ön plana çıktığı bozukluklar olmasına rağmen, uzun süre dikkati çekmemiştir. 1983'te metilamfetamin ve amfetamin analogu fenfluraminin, BN hastalarında tıknırcasına yeme ataklarını azaltmada etkisi olabileceği plasebo kontrollü çalışmalarda gösterilmekle birlikte, DEHB ile bir bağlantı kurulmamıştır (57).

Bu iki bozukluk arasında bağlantı olabileceği literatürde ilk kez vaka bildirimlerinde dikkati çekmeye başlamıştır. 1997'de bir vaka bildiriminde, 25 yaşında bilinen DEHB tanılı bir kadın hastanın, 13 yaşından beri devam eden tıknırcasına yeme atakları ve kendini kusturma davranışının, metilfenidat tedavisine başlanması sonrası gerilediğine dikkat çekilmiştir. Buna, DEHB olan bireylerin, dikkat ve organizasyon konusundaki zorluklarına bağlı olarak yaşadıkları frustrasyon ve anksiyeteyi kontrol etmek amacıyla, impulsif bir davranış olan tıknırcasına yemeyi kullanıyor olabilecekleri şeklinde bir açıklama getirilmiştir (58). 1999'da yayınlanan bir vaka bildirimde ise, BN ve B kümesi kişilik bozukluğu olan, antidepresan tedavi ve psikoterapiden fayda görmeyen iki hastada, DEHB olmaksızın kullanılan metilfenidat tedavisinin tıknırcasına yeme ve kusma davranışını azalttığı gösterilmiştir. Bu durum, tedaviye yanıtı zayıf BN hastalarının, genellikle B kümesi kişilik bozukluğuna sahip hastalar olması ve B kümesi kişilik bozukluğu ile DEHB arasında, impulsivite düzeyinin yüksek olması gibi ortak noktalar bulunması nedeniyle, DEHB'de kullanılan metilfenidattan fayda görülebileceği şeklinde yorumlanmıştır (59). 2001'de yayınlanan bir vaka bildiriminde ise, başlangıçta AN tıknırcasına yeme-çıkartma tipi, daha sonra ise AN kısıtlayıcı tip tanısıyla takip edilen bir hastanın takip sürecinde, geçmiş öyküsü ve ailesinden alınan bilgilere dayanılarak, dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip DEHB tanısı konması ve başlanan metilfenidat tedavisi ile AN semptomlarının gerilemesi, mesleki ve sosyal işlevselliğinin artması gösterilmiştir. Bu durum, DEHB'ye bağlı olarak gelişen dikkat ve organizasyon problemleri gibi kognitif eksikliklerle baş etmek için, çocukluk çağlarından itibaren

geliştirilen katı kontrol mekanizması, aşırı disiplin gibi maladaptif stratejilerin, yeme bozukluğu gelişiminde rol oynuyor olabileceği şeklinde yorumlanmış, bozulmuş yeme davranışı olan hastalarda, dikkat ve öğrenme güçlüklerinin erken dönemde değerlendirilmesinin önemli olduğuna dikkat çekilmiştir (60).

Literatürde yakın zamana kadar YB ile DEHB ilişkisi hakkında az sayıda veri bulunması çeşitli faktörlere bağlanmıştır: YB'nin özellikle kadınları etkilemesi (BN için kadın/erkek oranı 9/1, eşik altı BN semptomları ve beden imajı bozukluğu kadın/erkek oranı 3/1), buna karşılık DEHB'nin daha fazla erkekleri etkilemesi (erkek/kadın oranı 3/1) bu faktörlerin başında gelmektedir (61,62,63). Erişkin YB hastalarında DEHB tanısının geriye dönük olarak konmasındaki zorluk da önemli bir rol oynamaktadır. Kız çocuklarının erkeklere göre daha verbal olması ve bu nedenle, hiperaktivitenin konuşma artışı şeklinde kendini göstermesi, çocuklarda dikkat eksikliği ve organizasyon güçlüğünün daha az dikkat çeken semptomlar olması gibi özellikler, özellikle kız çocuklarında DEHB tanısı konmasını güçleştirmektedir (64,65). Benzer şekilde DEHB'li kız çocuklarının yüksek zeka seviyesi ve mükemmeliyetçilik gibi özellikleri de olduğunda, belirtilerinin aile ve sağlık profesyonelleri tarafından dikkati çekmemesi ve yaşamın ilerleyen yıllarına kadar işlevsellikte düşmeye neden olmaması da, kızlarda çocukluk çağında DEHB tanısının konmasını güçleştirmektedir (66).

YB ile DEHB ilişkisini araştıran çalışmaların çoğunluğu son 10 yıl içerisinde yapılmıştır. Bunların bir kısmı YB hastalarında DEHB ve ilişkili durumları incelerken, diğer bir kısmı ise DEHB hastalarında YB incelemiştir.

1- YB Olan Kişilerde DEHB Varlığı ve Bağlantısını İnceleyen Çalışmalar

2004'te 17 erişkin AN ve 4 erişkin BN hastası, çocukluk çağı başlangıçlı nöropsikiyatrik hastalıklar başlığı altında Otizm Spektrum Bozuklukları, DEHB ve Tik Bozukluğu açısından değerlendirilmiş, %17'sinde DEHB saptanmıştır (67). YB'de DEHB sıklığını araştıran geniş örneklemli ilk çalışma 2006'da, 2436 kadın YB hastası üzerinde yapılmış olup, DEHB sıklığı AN-K'lerde %3, AN-TÇ'lerde %3, BN'lerde %9, BTA-YB'lerde %6 ve tüm YB grubunda %6 olarak bulunmuştur (68). 2009'da, 189 kadın YB hastasında özbildirim ölçeklerinde DEHB sıklığı %5,8 olarak bulunmuş, buna karşılık hastaların %21'inin çalışma sırasında devam eden en az 6 DEHB semptomu bildirdiği ve saptanan dikkat eksikliği belirtilerinin pek çoğunun, çocukluk dönemi sonrası gelişen ve DEHB ile açıklanamayan semptomlar olduğu gözlenmiş, bu semptomların da yüksek Beden Kütle İndeksi(BKİ), BN semptomları ve depresif semptomlarla korele olduğu saptanmıştır (69). 2013'te, 191 YB hastasıyla yapılan bir

çalışmada, tüm hastalarda bulimik belirtilerin DEHB belirtileri ile korele olduğu saptanırken, böyle bir bağıntının BN, BTA-YB ve TYB hastaları arasında benzer düzeyde, AN hastalarında ise daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum, DEHB’li hastalardaki zayıf inhibitör kontrolün de içinde yer aldığı yürütücü işlevlerdeki bozuklukların, aşırı yemek yeme, açlık hissi olmadan yemek yeme ve tıknırcasına yeme davranışı gibi bulimik belirtilerin gelişmesinde etkili olduğu, buna karşılık AN hastalarında düşük DEHB semptomlarıyla beraber kognitif rijidite ve mükemmeliyetçiliğin ön planda olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca DEHB semptom düzeyi ile YB semptomlarının ciddiyeti ve genel psikopatoloji düzeyi arasında da pozitif bir ilişki saptanmıştır (70). 2013’te, 57 BN hastası erişkin ve 40 sağlıklı kontrolün halen mevcut ve çocuklukta DEHB açısından araştırıldığı bir başka çalışmada, BN hastalarında, çocukluk çağı DEHB oranı %21 bulunurken, sağlıklı kontrollerde %2,5 olarak bulunmuştur. BN hastalarında erişkin DEHB oranı da sağlıklı kontrollerden 4,2 kat daha fazla bulunmuştur. Çocuklukta DEHB olan, fakat erişkinlikte tanı almayan BN hastalarında, çocuklukta DEHB olmayan BN hastalarına göre dikkat eksikliği ve impulsivite daha yüksek oranda bulunmuş, bu hastaların ayrıca daha ciddi bozulmuş yeme davranışı ve daha fazla genel psikopatoloji semptomu gösterdikleri saptanmıştır. Bu çalışmada, YB semptomlarının ciddiyetinin, hiperaktivite ve impulsiviteden çok, dikkat eksikliği ile bağlantılı görüldüğü dikkati çekmektedir (71). 2013’te, 32 YB hastasının katıldığı bir çalışmada, pek çok hastanın en azından subsendromal DEHB semptomları gösterdiği, özellikle de impulsivitenin topluma göre daha yüksek olduğu gözlenirken, DEHB’nin çekirdek semptomları ile YB belirtilerinin ciddiyeti arasındaki bağlantıya bakıldığında ise, sadece impulsivite düzeyi ile şişmanlatıcı besinlerden kaçınma davranışı arasında bir bağlantı olduğu saptanmıştır (72). 2015’te, 962 adolesanın 2 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada ise YB prevalansı %3,6 bulunurken, YB olanlarda DEHB sıklığı %31,4, YB olmayanlarda DEHB sıklığı %8,4 olarak bulunmuştur (73).

2012’de BKİ 30’un üzerinde olan 51 DEHB olan ve 179 DEHB olmayan obez hastanın anormal yeme davranışları açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, öğünler arasında atıştırma, tıknırcasına yeme atakları, gece uyanıp yemek yeme, fazla miktarda yemek yeme ve gizlice yemek yeme gibi anormal yeme davranışları DEHB hastalarında daha sık saptanmıştır (74). Fakat özellikle DSM-5 ile TYB’nin ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanması, obezite ve TYB ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların artmasına neden olmuştur. 2014’te 171 obez kadın hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB saptanan hastaların başta Madde Kullanım Bozukluğu olmak üzere psikiyatrik komorbiditelerinin, depresif

semptomlarının, sürekli kaygı düzeylerinin, tıknırcasına yeme ataklarının ve impulsivite semptomlarının, DEHB olmayanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (75). 2015'te ortalama yaş grubu 10,8 olan 252 çocuğun, DEHB ve TYB açısından değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %43'ünde DEHB saptanırken, DEHB olanların %26'sında, DEHB olmayanların %2'sinde TYB görüldüğü, DEHB ve TYB olan çocukların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek BKİ'ye sahip oldukları saptanmıştır (76). 2015 yılında yayınlanan, 7120 çocuğun yaşamlarının çeşitli dönemlerinde değerlendirildiği bir izlem çalışmasında, geç çocukluk döneminde mevcut olan DEHB'nin, erken adolesan dönemde yemek için aşırı arzu duyma, orta adolesan dönemde tıknırcasına yeme ve geç çocukluk döneminde aşırı yeme ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (77). 2015'te yapılan başka bir çalışmada, tıknırcasına yeme ataklarının pediatrik popülasyonda gözlenen şekli olarak tanımlanan "Yeme Üzerinde Kontrolünü Kaybetme Sendromu"nın, DEHB olan çocuklarda olmayanlara göre 12 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (78). 2016'da, 50 obez kişi üzerinde yapılan bir başka çalışmada da, DEHB semptomları ile TYB semptomları ve hem öz bildirim ölçekleri hem de nöropsikolojik testlerle saptanan impulsivite düzeyi arasında bağlantı bulunmuş, bu durum DEHB hastalarında sık görülen anksiyete, depresyon ve emosyonel regülasyon güçlüklerini azaltmak için bu bireylerin bir tıknırcasına yeme paterni geliştirdikleri şeklinde yorumlanmıştır (79).

2- DEHB Olan Kişilerde YB Varlığı ve Bağlantısını İnceleyen Çalışmalar

2004'te Brezilya'da DSM-IV'e göre DEHB tanısı alan 86 hasta, hayat boyu YB ve eşlik eden durumlar açısından taranmış, 9 hastada YB saptanırken, en sık TYB'nin görüldüğü belirtilmiştir (80). 2007'de DEHB'li 70 erişkin hasta ve onlarla yaşça eşleştirilmiş 70 sağlıklı kontrol ile yapılan bir çalışmada, DEHB'li grupta YB oranı %11,4 saptanırken, kontrol grubunda %1,4 olarak bulunmuştur (81). YB ve DEHB arasındaki ilişkiyi araştıran Biederman'ın 5 yıllık takip çalışması, bu alana dikkatin çekilmesine ve araştırmaların artmasına yol açmıştır. 2007'de yayınlanan bu çalışmada, 6-18 yaş arası DEHB tanılı 140 kız çocuğu ile 122 sağlıklı kontrol 5 yıl boyunca izlenmiş ve AN/BN insidansına bakılmıştır. DEHB olanlarda YB gelişme riskinin DEHB olmayan gruba göre 3,6 kat daha fazla olduğu, DEHB ve YB olan bireylerde major depresyon, anksiyete bozuklukları ve yıkıcı davranış bozukluklarının DEHB olup YB olmayan bireylere göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (82). Quinn, DEHB'li kadınların DEHB'li erkeklere göre semptomlarını internalize etme eğilimlerinin daha fazla olduğuna, buna bağlı olarak da daha depresif ve anksiyöz olduklarına, emosyonel disregülasyon yaşadıklarına dikkati çekmiş ve özellikle tıknırcasına yemenin ön

planda olduğu yeme bozukluklarını bununla ilişkilendirmiştir (83). 2008’de yayınlanan, 6-12 yaş arası 93 DEHB bileşik tip, 47 DEHB dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip kız hasta ile 88 sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı 5 yıllık bir başka izlem çalışmasında, YB geliştirme açısından en yüksek riskli grubun DEHB bileşik tip olduğu, başlangıçtaki impulsivite düzeyinin, YB geliştirme riskini tahmin etmede en değerli ölçüt olduğu saptanmıştır (61). 2010’da yayınlanan bir başka izlem çalışmasında, 6-18 yaş arası 140 DEHB olan ve 122 DEHB olmayan kız çocuğu 11 yıl boyunca takip edilmiş, DEHB’li hastaların olmayanlara göre hem 1 yıllık izlemde, hem de yaşam boyu herhangi başka bir psikopatoloji geliştirme riski yüksek bulunmuş, YB açısından, 1 yıllık izlemde her iki grup arasında fark bulunmazken, yaşam boyu izlemde DEHB’li hastaların YB geliştirme riskinin DEHB olmayanlara göre 3,5 kat fazla olduğu saptanmıştır (84.). 2012’de yayınlanan bir çalışmada, 1976-1982 yılları arasında Rochester’da doğan 5718 kişi arasında bulunan, 379 DEHB’li ve bunlarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 758 DEHB olmayan vakanın 19 yıllık izleminde, DEHB olanlarda YB gelişme riskinin DEHB olmayanlara göre 5,68 kat fazla olduğu saptanmıştır (85). 2013’te yayınlanan, 217 adolesan üzerinde yapılan bir başka izlem çalışmasında ise, çocukluktaki DEHB belirtileri ile geç ergenlik dönemindeki yeme alışkanlıkları arasında bağlantı olduğu, DEHB belirtilerinin eşik altı düzeyde olmasının bile kaotik ve organize olmayan yeme davranışlarına sebep olabileceği, bu durumun kızlarda aşırı yemeyi dengeleyici davranışlara, erkeklerde ise aşırı kilolu olmaya yol açabileceği düşünülmüştür (86). 2013’te, DEHB ile YB ve bozulmuş yeme davranışları arasında komorbiditeyi toplum örnekleminde araştıran, 4862 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınlarda DEHB ile YB komorbiditesi %1,05 bulunurken, bu oran erkeklerde %0,2 olarak bulunmuştur. DEHB olan kadınlarda, DEHB olmayanlara göre YB görülme sıklığının daha fazla olduğu, DEHB’nin kadınlarda YB gelişme riskini tahmin etmede değerli olduğu saptanmıştır. Ayrıca cinsiyet açısında fark etmeksizin, DEHB’li bireylerde DEHB olmayanlara göre, bozulmuş yeme davranışlarının daha sık görüldüğü, özellikle de tıknırcasına yeme ve/veya çıkarma davranışının daha sık saptandığı, fakat yemeyi kısıtlama davranışının iki grup arasında farklı olmadığı bulunmuştur (87). 2015’te, 12,262 kişiden oluşan bir başka toplum örnekleminde yapılan çalışmada ise, DEHB saptanan katılımcıların DEHB saptanmayanlara göre 2,81 kat daha fazla YB öyküsü olduğu, 8,14 kat daha fazla klinik düzeyde tıknırcasına yeme ve/veya çıkarma davranışı olduğu, 4,92 kat daha fazla klinik düzeyde yemeyi kısıtlama davranışı oldukları saptanmıştır. Aynı çalışmada subklinik DEHB ile tıknırcasına yeme ve/veya çıkarma davranışı arasında bağlantı saptanırken, yemeyi kısıtlama davranışı arasında bağlantı saptanmamıştır (88).

2013'te, Dünya Sağlık Örgütü'nün 13 ülkedeki 12,413 kişi üzerinde yaptığı bir çalışmada, hayatının herhangi bir zamanında DEHB tanısı alan kişilerin %6'sında BN öyküsü olduğu, herhangi bir zamanda BN tanısı alan kişilerin %15'inde ise DEHB öyküsü olduğu saptanmıştır (89).

Son olarak 2016'da, DEHB hastalarında YB sıklığı araştıran 12 çalışmanın metaanalizi, DEHB hastalarında YB görülme oranının 3,82 kat fazla olduğu, bu oranın klinik görüşmede öz bildirim ölçeklerine göre daha yüksek saptandığını göstermiştir. YB hastalarında DEHB sıklığı araştıran 5 çalışmanın metaanalizi ise YB'de DEHB görülme oranının 2,57 kat fazla olduğunu göstermiştir (90).

3- YB ve DEHB Arasındaki Nörobiyolojik Bağlantılar

2005'te yapılan, yeme davranışları, özellikle de aşırı yeme ve buna bağlı olarak aşırı kilo artışı ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma, özellikle tıknırcasına yeme semptomunun ön planda olduğu YB'nin nörobiyolojik mekanizması konusunda bize fikir vermektedir. Bu çalışmada 25-46 yaş arası 110 erişkin kadın hasta BKİ, çocuklukta DEHB Semptomları, impulsivite ve yeme davranışı açısından incelenmiş, DEHB semptomlarının negatif duyguduruma cevap olarak yeme, açlık hissi olmasından çok çevresel faktörlere cevap olarak yeme ve tıknırcasına yeme gibi aşırı yeme ve buna bağlı olarak kilo artışı ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (91). Daha sonra benzer bir çalışma 145 erişkin erkek hasta üzerinde de yapılmış, DEHB'nin erkek hastalarda da aşırı yeme ve kilo artışı ile bağlantısı gösterilmiştir (92). Bu durum da üç teoriyle açıklanmıştır: İlki DEHB'de inhibitör kontrol mekanizmasında eksiklik olması ve bunun hızlı yemek yeme, aç değilken yemek yeme gibi aşırı besin alımına sebep olan davranışlara yol açmasıdır (93). İkinci teori DEHB'de ödül erteleme mekanizmasındaki bozukluk olması ve buna bağlı olarak çabuk elde edilen ödülün, daha büyük olan fakat geç elde edilen ödüle tercih edilmesidir. Bu durum, örneğin, DEHB'li bireylerde, hızlı elde edilen fast food tipi beslenme şeklinin, evde yapılan ve hazırlanması zaman alan ev tipi beslenmeye göre daha fazla olmasına sebep olmaktadır (94). Üçüncü teori ise DEHB'de beyin ödül yolağındaki dopaminerjik eksiklik olması ve bu eksikliğin daha fazla dopamin aktivitesine yol açan yüksek kalorili besin alımıyla giderilmeye çalışılması, yani bireyin kendini kendini tedavi etmeye çalışmasıdır (95). Bu konuyla ilgili bir başka çalışmada ise, DEHB'li hastaların diğer alanlarda olduğu gibi, açlık ve toklukla ilgili içsel sinyaller konusunda da dikkatlerinin daha az olduğu, hastaların ilgi çekici bir aktiviteyle ilgilenirken

yemeyi unuttukları, aktivitelerinin az olduğu durumlarda ise açlık hissinden bağımsız olarak yemek yemeye daha eğilimli oldukları yönünde bir teoriden bahsedilmektedir (96).

DEHB ve aşırı yemeye karakterize obezite, tıknırcasına yeme gibi davranışlar arasında, ödül mekanizmasını düzenleyen nöral yollar(orta beyinde kortikobazal ganglia ağı, ventral ve dorsal striatum amigdala, orbitofrontal korteks), cevap inhibisyonunu düzenleyen nöral yollar(premotor, prefrontal, striatal,serebellar yollar ve frontotemporal ağlar) ve duygusal işleme(amigdala, insula, ventral striatum ve orbitofrontal korteks) ve düzenlemeden(anterior singulat korteks, dorsolateral prefrontal korteks, medial prefrontal korteks ve ventrolateral prefrontal korteks) sorumlu yollar gibi nöroanatomik örtüşmeler olsa da, bu iki hastalık arasındaki bağlantıyı araştıran fonksiyonel nörogörüntüleme çalışmaları yetersizdir (97). 20 BN hastası ve 20 yaş ve kilo açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrolün, bir dikkat testi esnasında fonksiyonel Manyetik Rezonans görüntüleme ile incelendiği ve BN'lerde, uyarılmış durumda parietookipital alanlarda hiperaktivasyon ve Default Mode Network alanlarında azalmış deaktivasyon, yeniden yönlendirme durumunda ise anterior singulat alanlar, temporo-parietal bileşke ve parahippokampusta hipoaktivasyon saptanan çalışma, bildiğimiz kadarıyla YB-DEHB ilişkisini araştıran tek nörogörüntüleme çalışmasıdır (98).

Özellikle tıknırcasına yeme davranışı ve DEHB arasındaki ilişkiyi yaratan nörobiyolojik mekanizmaların oluşmasında rol oynayabilecek çeşitli faktörler ortaya sürülmüştür. Çocukluk çağı DEHB'si ile erişkin dönemde obezite, prefrontal dikkat alanları ve ödül sisteminde yer alan beyin yollarında dopamin disfonksiyonuna neden olan DRD4'ün 7R allelinin varlığıyla ilişkilendirilmiştir (99). Fakat daha sonra 157 BN ve eşit sayıda sağlıklı kontrolün karşılaştırıldığı bir çalışmada DRD4 allel sıklığı açısından gruplar arasında bir farklılık saptanmazken, 2-7 sayıda tekrarlanan allelin BN hastalarında çocukluk çağında DEHB öyküsü ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (100). Bir başka potansiyel biyolojik mekanizma ise Beyin Kaynaklı Nörotrofik Faktör(BDNF)'le ilişkilidir. Bir çalışmada, heterozigot BDNF allelini taşıyan farelerde azalmış dürtü kontrolü ve bununla bağlantılı olarak agresiflik ve abartılı iştah/yeme davranışı saptanmıştır (101). Gray ve arkadaşları ise hiperfaji, ciddi obezite, bozulmuş kognitif fonksiyonlar ve hiperaktivitesi olan 8 yaşında bir kız çocuğunda BDNF geninin bir kopyasında fonksiyonel kayıp olduğunu saptamışlardır (102). Ayrıca özellikle dürtüsellüğün ön planda olduğu DEHB hastalarında gözlenen yüksek Katekol-O-Metil Transferaz(COMT) aktivitesi ve COMT geni polimorfizminin tıknırcasına yeme riskini arttırdığına yönelik çalışmalar bulunmaktadır (103). Bazı çalışmalarda ise, DEHB ve

obezitede ortak görülen Melanokortin-4-Reseptör gen mutasyonunun önemli olabileceğinden bahsedilmektedir (104).

DEHB olan çocukların ebeveyn ve akran ilişkilerinde DEHB olmayan çocuklara göre daha fazla problem yaşaması ve DEHB'li kız çocuklarında ebeveynlerin daha eleştirel ve baskıcı olmasının da özellikle BN gelişiminde etkili olabileceği düşünülmektedir (105,106). DEHB'li çocuklarda daha yüksek oranda görülen akranları tarafından dışlanmanın da BN gelişmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir (107). Negatif duyguları azaltmak amacıyla yemek yeme, özellikle de bulimik hastalarda tıknırcasına yemek yeme, Heatherton ve Baumeister'in kaçış teorisi ile uyumlu görünmektedir (108). Çocukluk çağında sık görülen ruhsal hastalıklardan DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu ile yeme davranışlarının ilişkisini araştırmak amacıyla 2013'te İsveç'te yapılan bir çalışmada, 1993-1998 yılları arasında doğan 9-12 yaş arası ikizler arasında DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu olan bireylerin, sağlıklı kontrollere göre daha fazla beslenme problemi yaşadıkları saptanmış, bu durumun DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu olan kız çocuklarında sosyal etkileşim problemleriyle, erkek çocuklarında ise impulsivite ve aktivite problemleriyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir (109).

Son zamanlarda, bir dekstroamfetamin öncülü olan lisdeksamfetamin dimesilat, TYB hastalarında tıknırcasına yeme olan günlerin sayısını azaltma, tıknırcasına yemeyi tamamen önleme ve genel işlevsellikte artma açısından plaseboya göre daha etkili bulunmuş olmakla birlikte, bu etkinin DEHB ile bağlantısı olup olmadığına dair veri henüz bulunmamaktadır (48).

VII-ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

A- Örneklem

Bu çalışmaya katılmaları amacıyla 2004-2016 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yeme Bozuklukları Birimi'nde Yeme Bozukluğu tanısıyla izlemi yapılan 108 kadın hastaya telefon yoluyla ulaşıldı. Katılmayı kabul eden ve işleme ölçütlerini karşılayan 59 hasta çalışmaya dahil edildi.

Hastalar için işleme ölçütleri:

- 1) DSM-5 kriterlerine göre AN, BN, TYB veya TDYB tanısı almış olmak
- 2) 18-50 yaş arasında olmak.
- 3) En az ilkokul mezunu olmak.
- 4) Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olmak.

Hastalar için dışlama ölçütleri:

- 1) Klinik görüşmeyi ve öz bildirim ölçeklerinin anlaşılmasını ve doldurulmasını engelleyecek nitelikteki akli ve fiziki engellilikleri olan hastalar

B- Yöntem

Çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik yönden uygun bulundu(Ek 1). Tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve yöntemi ile ilgili ayrıntılı bilgi içeren onam formu verildi ve yazılı onayları alındı. Gönüllü bilgilendirilmiş onam formu örneği Ek 2'de gösterilmiştir.

Hastaların, görüşmecisi tarafından Demografik Bilgi Formu (Ek 3) dolduruldu, psikiyatrik eştanıların saptanması amacıyla klinik görüşme yapıldı ve erişkinlerde DEHB tanısı için yapılandırılmış tanı görüşmesi olan DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for ADHD in adult) (Ek 4) uygulandı. Katılımcıların tümüne öz bildirim ölçekleri olan Beck Depresyon Envanteri (Ek

5), Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (Ek 6) , Yeme Tutum Testi (Ek 7), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (Ek 8), Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi (Ek 9), Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (Ek 10), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (Ek 11) ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) (Ek 12) uygulandı.

1- Klinik Değerlendirme ve Veri Toplama Araçları

Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini, DSM-5'e göre YB tanısı ve YB ile ilgili çeşitli belirtilerinin varlığını ve sıklığını saptamak amacıyla yazarlar tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur.

Psikiyatrik Eştanıların Saptanması Amacıyla Klinik Görüşme

DSM-5 tanı ölçütlerine dayanılarak, hastalarla klinik görüşme yapılmış ve yeme bozuklukları dışındaki eştanılar saptanmıştır.

DIVA 2.0 (Diagnostic Interview for ADHD in adult)

Erişkinlerde DEHB için tanısal görüşme olan DIVA DSM-IV ölçütlerine dayanmaktadır ve yetişkinler için geliştirilmiş ilk yapılandırılmış tanı görüşmesidir. J.J.S.Kooji ve M.H.Francken tarafından 2010 yılında geliştirilmiş, 2016 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (110). Orijinal dili olan Hollandaca'dan Türkçe'ye çevirisi Jansen ve Verburg tarafından yapılmış olup halen geçerlik güvenilirlik çalışması Öncü ve arkadaşları tarafından yapılmaktadır. Çocuklukta ve yetişkin dönemde DEHB için belirlenen 18 ölçütün her birinin değerlendirilmesini kolaylaştırmak için, görüşmede güncel ve geçmişe yönelik davranışlarla ilgili somut ve gerçekçi örnekler sunulmaktadır. Ayrıca belirtilerin günlük hayatta yol açtığı işlev bozukluğunu değerlendirmek için iş ve eğitim, ilişkiler ve aile hayatı,

sosyal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri ve hobiler, özgüven ve benlik imgesi olmak üzere beş ana alanda da somut örnekler verilmektedir.

DSM-5'te erişkin DEHB tanısı konulmasında, DSM-IV-TR'den farklı olarak, belirtilerin 7 yaşından önce başlaması yerine 12 yaşından önce başlaması ve 6 tanı ölçütü yerine 5 tanı ölçütünün bulunması şeklinde bir değişiklik olması nedeniyle, bu çalışmada DIVA 2.0'da sorgulanan belirtilerin 12 yaşından önce başlaması ve 5 tanı ölçütünün karşılanması durumunda erişkin DEHB tanısı konulmuştur.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BDE, depresyon riskini belirlemek ve depresif belirtilerin şiddet ile düzeyini ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961'de geliştirilmiştir. 21 sorudan oluşan envanter dörtlü likert tipi değerlendirmeye (0=depresyonla ilgili olumlu ifadeler, 3=depresyonla ilgili olumsuz ifadeler) puanlandırılmaktadır. BDE'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında yapılmış olup, Türkçe formu güvenilirliği için Cronbach alfa kat sayısı 0.8 olarak bulunmuştur(111). Envanterden alınacak puan 0-63 arasında değişmekte olup, kesme puanının 17 olarak kabul edilmiştir. Yapılan faktör analizleri ise BDE'nin dört faktör ile yorumlanabileceğini göstermiştir: umutsuzluk, kişinin kendine yönelik olumsuz duyguları, bedensel kaygılar ve suçluluk duyguları.

Durumluluk – Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)

STAI, Spielberg, Gorsuch ve Lushene tarafından kişilerin durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu envanter, her biri 20 madde içeren Durumluluk Kaygı ve Sürekli Kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Maddeler 1-hiç, 2-biraz, 3-çok ve 4-tamamıyla şeklinde puanlanır. Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur, bunlara doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerdir. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. Durumluluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar

1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Her iki alt ölçekte de doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri ayrı şekilde toplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanması ve standardizasyonu yapılan envanterin, Sürekli Kaygı Ölçeği için alpha güvenirlik katsayısının 0,83-0,87 arasında ve Durumluk Kaygı Ölçeği için alpha güvenirlik katsayısının 0,94-0,96 arasında olduğu belirtilmiştir(112).

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS-v1.1)

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) tarafından ruhsal bozuklukların taranması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir. Ölçeğin 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3, çok sık yanıtı için 4 olmak üzere, yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 ve üzerinde puan alanların yüksek olasılıkla DEHB olduğu belirtilmiştir (121). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (113).

Yeme Tutum Testi (YTT)

40 maddeden oluşan YTT, Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında AN hastalarının yeme tutum ve davranışlarını ve yeme davranışlarındaki bozuklukları ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 40 maddeden oluşmakta ve maddeler cevapları her zaman ile hiçbir

zaman arasında değişen 6'lı likert tipi bir ölçek üzerinde işaretlenmektedir. Puanlama patolojik olarak uç noktalarda yer alan yanıtlara göre yapılmakta ve puanlar 0-3 arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 numaralı sorular için bazen seçeneği 1, nadiren seçeneği 2, hiçbir zaman seçeneği 3 puan alırken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Ölçekte yer alan tüm diğer sorularda ise daima, çok sık ve sık sık seçenekleri sırasıyla 3, 2 ve 1 puan alırken diğer seçenekler 0 puan almaktadır. Ölçekten alınan toplam puan tüm sorulara verilen puanların toplanmasıyla elde edilmekte ve puan artışı yeme tutumlarındaki bozulmayı ifade etmektedir. Ölçeğin orijinal formunda kesme noktası 30 puan olarak belirlenmiştir. YTT'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Savaşır ve Erol tarafından yapılmış; ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .70 ve ölçeğin test-tekrar test güvenirliği $r = .65$ olarak bulunmuştur(114).

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Kişilerin benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi için Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiş olan ölçeğin on iki alt testi vardır. Ölçeğin Türkçeye geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır(115). Araştırmanın amacı doğrultusunda, 10 maddeden oluşan benlik saygısı alt testi katılımcılara uygulanacaktır. . Ölçeğin puanlanmasında, benlik saygısı alt kategorisi için olumlu-olumsuz yüklü, Gutman ölçüm şekline göre düzenlenmiş 6 madde ardışık olarak sıralanmıştır. Puanlama şu şekilde yapılmaktadır: 1., 2. ve 3. sorular, 4. ve 5. soru, 9. ve 10. sorular birlikte değerlendirilmektedir. İlk üç sorudan herhangi ikisinden puan alıyorsa bu kümeden bir puan almış olur. 4. ve 5. sorudan herhangi birinde puan alan şıklardan birini işaretlemişse yine bu kümeden de bir puan alır. 9. ve 10. sorular da 4. ve 5. gibi değerlendirilir. 6. , 7. ve 8. soruların herbiri kendi başlarına puan alır. Böylece testi dolduran kişi tüm sorulardan puan aldığı zaman maksimum puanı 6 olmaktadır. Bu alt teste, 0-1 puan arası yüksek, 2-4 puan arası orta, 5-6 puan arası ise düşük benlik saygısına düzeyini belirtmektedir.

Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi

Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut olma Anketi, Gökdoğan tarafından 1988 yılında Berscheid, Walster ve Bohrnstedt'in bireylerin beden imgesine ilişkin doyumunu ölçmek amacıyla kullandıkları Beden İmajı Anketi temel alınarak geliştirilmiştir (116). Gökdoğan'ın

uyarladığı ölçek; bedenın genel görünümüne, beden üyelerine, yüz, göğüsler ve göğüs bölgesi ile cinsel organlara ilişkin hoşnut olma düzeyini ölçen kızlar için toplam 25 ve erkekler için 26 maddeden oluşmaktadır. Anketin maddeleri 1 (hiç hoşnut değilim) –5 (son derece hoşnutum) arasında puanlanmaktadır. Puanın yüksekliği, beden imgesinden hoşnutluğu ifade etmektedir. Tütıkçe geçerlik ve güvenilirliği Kalafat ve Kıncal tarafından yapılmıştır (122).

Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Bu ölçek, Fairburn ve Beglin tarafından 1994 yılında Yeme Bozuklukları Değerlendirme Görüşmesi baz alınarak öz bildirim formatında geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabına göre yeme bozukluklarının ölçülmesi ve tanısının koyulmasıdır. Ölçek, YB psikopatolojisinin şiddetini yansıtan alt ölçekler sunar. Bu alt ölçekler 1-kısıtlama (1,2,3,4,5. sorular), 2-yeme ile ilgili endişeler (7,9,19,20,21. sorular), 3- beden şekli ile ilgili endişeler (6,8,10,11,23,26,27,28. sorular) ve 4-kilo endişeleridir (8,12,22,24,25. sorular). Belli bir alt ölçek puanı elde etmek için alt ölçek sorularının puanları toplanır, alt ölçekteki toplam soru sayısına bölünür. Toplam puan için ise 4 alt ölçeğin puanları toplanır ve alt ölçek sayısı olan 4'ebölünür. YBDÖ'nün Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117). Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı YBDÖ'nün toplam puanı için $r = .91$ ve iç tutarlılık Chronbach alfa katsayısı ise 0.93 olarak tespit edilmiştir.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

Barratt Dürtüsellik Ölçeği (Barratt Impulsivity Scale 11 - BIS-11), dürtüsellik yapısının değerlendirilmesinde hem normal hem de klinik örneklemelerde en sık kullanılan ölçeklerden birisidir. Barratt tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olan BIS, geçen 50 yıl içinde çok sayıda revizyona uğramıştır. En son formu olan BIS-11 1995 yılında Patton ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçede geçerlik güvenilirlik çalışması, Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (118). Toplam 30 sorudan oluşan ölçek 3 faktörü (plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkat dürtüselliliği) ölçmektedir. 4'lü likert (1=nadiren/hiçbir zaman- 4=hemen her zaman/her zaman) tipi değerlendirmeyeyle puanlanan ölçekte yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir.

2- İstatistiksel Analiz

İstatistiksel verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20 ile yapıldı. Veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, yüzde ve sayı olarak sunuldu. Sürekli değişkenlerin normal dağılımına Shapiro Wilk testi ile bakıldı.

İki bağımsız grup arasındaki kıyaslamalarda normal dağılım şartı sağlandığı durumda Independent Samples t testi, sağlanmadığı durumda Mann Whitney u testi kullanıldı.

İkiden fazla grup ile sürekli değişkenlerin kıyaslanmasında normal dağılım şartı sağlandığı durumda ANOVA testi, sağlanmadığı durumda Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Kategorik değişkenler arasındaki kıyaslama ise Ki-kare testi ve Fisher's Exact test ile yapıldı.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.



VIII- BULGULAR

A-Sosyodemografik Veriler, Eştanılar ve Yeme Bozukluğu ile İlgili Değişkenler

Araştırmaya 2004-2016 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Yeme Bozuklukları Birimi'nde Yeme Bozukluğu tanısıyla izlemi yapılan ve içleme ölçütlerini karşılayan 59 hasta dahil edildi. Çalışmaya katılan hastaların tamamı kadındı.

Sorumlu araştırmacı tarafından, çalışmaya katılan tüm hastaların Demografik Bilgi Formları dolduruldu, psikiyatrik eştanıların saptanması amacıyla klinik görüşme yapıldı ve DIVA 2.0 tanı görüşmesi yapıldı. 59 hastanın 11'inin (%18,64) annesi DIVA 2.0 görüşmesine eşlik ederek bilgi verdi. Hastalara özbildirim ölçekleri olan Beck Depresyon Envanteri , Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri , Yeme Tutum Testi , Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği , Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnut Olma Anketi , Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) uygulandı. Hastaların 55'i (%93,2) Yeme Tutum Testi ve Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği, 54'ü (%91,5) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1), 53'ü (%89,83) Beck Depresyon Envanteri, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, , Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin sürekli kaygı alt ölçeği, 52'si (%88,13) Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin durumluk kaygı alt ölçeği ve 46'sı (%77,96) Yeme Tutum Testi'ne yanıt vermişlerdi.

Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1'de, klinik görüşme sonucu saptanan eştanıları Tablo 2'de, klinisyen tarafından uygulanan demografik bilgi formu ile edinilen yeme bozukluğu ile ilgili değişkenleri Tablo 3'te ve klinik görüşme ölçeği olan DIVA 2.0 ve hastalar tarafından doldurulan özbildirim ölçeklerinin sonuçları Tablo 4'te verilmiştir:

Tablo 1: Sosyodemografik Veriler

Yaş (n=59)	26 ±7			
Eğitim Durumu (n=59)	İlkokul 4 (%6,8)	Ortaokul 7 (%11,9)	Lise 22 (%37,3)	Yüksekokul 26 (%44,1)
Çalışma Durumu (n=59)	Çalışmıyor 39 (%66,1)		Çalışıyor 20 (%33,9)	
Aylık Gelir Düzeyi(n=59)	Düşük 7 (%11,9)	Orta 11 (%18,6)	Üst-Orta 21 (%35,6)	Yüksek 20 (%33,9)

Tablo 2: Eştanılar

Eştanı (n=59)	Var 32 (%54,2)	Yok 27 (%45,8)
Major Depresyon	21 (%35,6)	38 (%64,4)
Distimi	4 (%6,8)	55 (%93,2)
Bipolar Bozukluk	1 (%1,7)	58 (%98,3)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	8 (%13,6)	51 (%86,4)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3 (%5,1)	56 (%94,9)
Panik Bozukluğu	1(%1,7)	58 (%98,7)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2 (%3,4)	57 (%96,6)
Sosyal Anksiyete Bozukluğu	3 (%5,1)	56 (%94,9)
Özgül Fobi	3 (%5,1)	56 (%94,9)
Alkol Kullanım Bozukluğu	2 (%3,4)	57 (%96,6)
Dürtü Kontrol Bozuklukları	4 (%6,8)	44 (%93,2)
Tik Bozukluğu	1 (%1,7)	58 (%98,7)

Tablo 3: Yeme Bozukluğu ile İlgili Değişkenler

Tanı (n=59)	AN-K 12 (%20,3)	AN-TÇ 17 (%28,8)	BN 16 (%27,1)	TYB 5 (%8,5)	TDYB 9 (%15,3)
Hastalık Durumu (n=59)	Aktif 54 (%91,5)			Remisyonunda 5 (%8,5)	
Hastalık Şiddeti* (n=45)	Ağır olmayan 15 (%25,4)	Orta derecede 13 (%22)	Ağır 7 (%11,9)	Aşırı düzeyde 10 (%16,9)	
Beden Kütle İndeksi (kg/m2) (n=59)	20,8±8,15 (AN-K: 16,31±2,03 , AN-TÇ:17,54±1,66 BN:22,75±5,44 , TYB:40,29±14,51, TDYB:18,69±2,66)				
En Yüksek Kilo (kg) (n=59)	70±22 (AN-K:57±9, AN-TÇ:63±11, BN:75±23, TYB:112±31, TDYB:65±8)				
En Düşük Kilo (kg) (n=59)	46±12 (AN-K:37±6, AN-TÇ:41±8, BN:50±12, TYB:64±19, TDYB:48±8)				
Olmak İstedığı Kilo (kg) (n=59)	50,3±6,5				
Hastalık Süresi (ay) (n=59)	78±73				
Tıkınma Sıklığı (haftada) (n=59)	3±5				
Tıkınma Süresi (ay) (n=59)	41±72				
Dengeleyici Davranış Sıklığı (haftada) (n=59)	10±11				
Şu Anki Kilosundan Memnuniyeti (n=59)	Az 13 (%22)	İdeal 13 (%22)	Fazla 23 (%39)	Çok Fazla 10 (%16,9)	
Görünüşünü Kontrol Sıklığı (n=59)	Hiç 5 (%8,5)	Nadiren 19 (%32,2)	Aklına Geldikçe 13 (%22)	Her gördüğü ayna veya yansıtıcı cisimde 22 (%37,3)	

Tartılma Sıklığı (n=59)	Hergün 13 (%22)	Haftada 3-4 4 (%6,8)	Haftada 1-2 19 (%32,2)	Tartılmıyor 23 (%39)
------------------------------------	--------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------------

*Hastalık şiddeti değerlendirmesi, DSM-5'te şiddet değerlendirmesi olan AN, BN ve TYB için şiddet değerlendirmesi kriterlerine göre yapılmış olup TDYB için şiddet değerlendirmesi yapılamamıştır.

Tablo 4: DIVA 2.0 ve Özbildirim Ölçeklerinin Sonuçları

DIVA 2.0'a göre DEHB (n=59)	Var 15 (%25,4)		Yok 44 (%76,4)	
DIVA 2.0'a göre DEHB tipi (n=15)	Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip 8 (%13,6)	Hiperaktivite-dürtüsellüğün ön planda olduğu tip 3 (%5,1)	Bileşik tip 4 (%6,8)	
DIVA 2.0'a göre çocuklukta DEHB (n=59)	Var 19 (%32,2)		Yok 40 (%67,8)	
ASRS v1.1'e göre DEHB (n=54)	Var 19 (%32,2)		Yok 35 (%59,3)	
Beck Depresyon Envanteri puanı (n=53)	18±12			
Durumluk Kaygı Ölçeği Puanı (n=52)	41±5			
Sürekli Kaygı Ölçeği Puanı (n=53)	47±7			
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı (n=53)	64±9			
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (n=54)	Düşük 22 (%40,7)	Orta 20 (%37,1)	Yüksek 12 (%22,2)	
YTT Puanı (n=46)	39±24			
YBDÖ Toplam Puanı (n=55)	3,07±1,62			
YBDÖ Yeme Kısıtlama Alt Ölçeği Puanı(n=55)	3,1±1,78			
YBDÖ Yeme Endişeleri Alt Ölçeği Puanı(n=55)	2,72±1,74			

YBDÖ Beden Endişeleri Alt Ölçeği Puanı(n=55)	3,48±1,82
YBDÖ Kilo Endişeleri Alt Ölçeği Puanı(n=55)	3,07±1,86
Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnutluk Anketi Puanı (n=55)	85±21

B- Yeme Bozukluklarının DEHB ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Hastaların sosyodemografik verilerinden yaş ve çalışma durumu, eştanıları, yeme bozukluğu ile ilgili değişkenleri ve DIVA 2.0 ile öz bildirim ölçeklerinin sonuçları istatistiksel değerlendirmeye alındı. DIVA 2.0 ile erişkin DEHB olan ve olmayan hastalar, ASRS v1.1 ile erişkin DEHB olan ve olmayan hastalar arasında istatistiksel kıyaslama yapıldı. Sonuçlar sırasıyla Tablo 5 ve Tablo 6’da verildi. DIVA 2.0 ile ASRS v1.1 arasında DEHB tanısı koyma açısından fark olup olmadığı Tablo 7’de incelendi. Ayrıca DIVA 2.0’a göre erişkin DEHB olan ve olmayan hastaların yeme bozukluğu türü ve şiddeti açısından istatistiksel kıyaslama yapıldı ve sonuçlar Tablo 8’de verildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

Tablo 5: DIVA 2.0'a Göre DEHB Olan ve Olmayan Hastaların Diğer Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

DIVA 2.0'a Göre DEHB (n=59)	VAR	YOK	p
Yaş	26±6	26±7	0,855
Çalışma Durumu (çalışıyor/çalışmıyor)	7/8	13/31	0,226
BKİ (kg/m2)	21,19±6,17	20,67±8,78	0,317
Olmak istediği kilo(kg)	50,4±8,2	50±6	0,930
En Yüksek Kilo (kg)	59±26	70±20	0,542
En Düşük Kilo (kg)	52±17	44±10	0,036
Hastalık Süresi (ay)	83±71	77±74	0,848
Tıkınma sıklığı (haftada)	3±5	3±4	0,325
Tıkınma süresi (ay)	26±52	46±78	0,409
Dengeleyici Davranış Sıklığı (haftada)	6±5	11±12	0,287
BDE Puanı	18±12	18±12	0,968
Durumluk Kaygı Puanı	39±5	42±5	0,108
Sürekli Kaygı Puanı	48±7	46±6	0,390
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı	68±8	62±8	0,024
Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnutluk Anketi Puanı	88±24	84±20	0,503
YBDÖ Yeme Kısıtlama Alt Ölçeği Puanı	3,39 ±1,69	2,99±1,82	0,466

YBDÖ Yeme Endişeleri Alt Ölçeği Puanı	2,63±1,30	2,76±1,89	0,808
YBDÖ Beden Endişeleri Alt Ölçeği Puanı	3,75±1,69	3,38±1,88	0,512
YBDÖ Kilo Endişeleri Alt Ölçeği Puanı	3,11±1,57	3,06±1,98	0,929
YBDÖ Toplam Puanı	3,22±1,30	3,02±1,73	0,687
YTT Puanı	43±25	38±23	0,506
Hastalık Durumu (aktif/remisyonda)	14/ 1	40/4	1,00
Ektanı (var/yok)	8/ 7	24/20	0,935
Major Depresyon (var/yok)	4/ 11	17/ 27	0,403
Distimi(var/yok)	1/ 14	3/ 41	1,00
Bipolar Bozukluk(var/yok)	0/15	1/43	1,00
Obsesif Kompulsif Bozukluk(var/yok)	1/14	7/37	0,666
Yaygın Anksiyete Bozukluğu(var/yok)	0/ 15	3/41	0,564
Panik Bozukluğu(var/yok)	1/14	0/44	0,254

Travma Sonrası Stres Bozukluğu(var/yok)	0/15	2/42	1,00
Sosyal Anksiyete Bozukluğu(var/yok)	2/13	1/43	0,156
Özgül Fobi(var/yok)	0/15	3/41	0,564
Alkol Kullanım Bozukluğu(var/yok)	1/14	1/43	0,477
Dürtü Kontrol Bozuklukları(var/yok)	0/15	4/40	0,564
Tik Bozukluğu(var/yok)	0/15	1/43	1,00
ASRS v1.1'e göre DEHB (var/yok)	10/5	9/30	0,003
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanı (yüksek/orta/düşük)	2/7/5	10/13/17	0,470

DIVA 2.0'a göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında en düşük kilo ($p:0,036$), Barratt Dürtüsellik Ölçeği ($p:0,024$) ve ASRS v1.1'e göre DEHB olma ($p:0,003$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 6: ASRS v1.1'e Göre DEHB Olan ve Olmayan Hastaların Diğer Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

ASRS v1.1'e göre DEHB (n=54)	VAR	YOK	p
Yaş	25±6	26±7	0,290
Çalışma Durumu (çalışıyor/çalışmıyor)	6/13	11/24	0,991
BKİ (kg/m ²)	21,08±5,87	21,26±9,56	0,183
Olmak istediği kilo(kg)	50,3±7	50,1±6,2	0,903
En Yüksek Kilo (kg)	69±22	71±23	0,532
En Düşük Kilo (kg)	48±13	46±12	0,139
Hastalık Süresi (ay)	65±63	78±69	0,714
Tıkınma sıklığı (haftada)	3±3	3±5	0,229
Tıkınma süresi (ay)	41±87	41±67	0,828
Dengeleyici Davranış Sıklığı (haftada)	7±8	9±10	0,444
BDE Puanı	24±10	14±11	0,002
Durumluk Kaygı Puanı	40±4	42±5	0,213
Sürekli Kaygı Puanı	49±6	46±7	0,117
Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanı	67±9	62±8	0,061
Beden Bölgeleri ve Özelliklerinden Hoşnutluk Anketi Puanı	82±24	86±19	0,524
YBDÖ Yeme Kısıtlama Alt Ölçeği Puanı	3,79 ±1,28	2,72±1,88	0,018
YBDÖ Yeme Endişeleri Alt Ölçeği	2,98±1,32	2,42±1,85	0,252

Puanı			
YBDÖ Beden Endişeleri Alt Ölçeği Puanı	4,04±1,6	3,19±1,9	0,102
YBDÖ Kilo Endişeleri Alt Ölçeği Puanı	3,55±1,64	2,79±1,9	0,151
YBDÖ Toplam Puanı	3,59±1,22	2,78±1,72	0,078
YTT Puanı	47±22	36±24	0,129
Hastalık Durumu (aktif/remisyonda)	19/ 0	30/5	0,149
Ektanı (var/yok)	12/ 7	18/17	0,407
Major Depresyon (var/yok)	8/ 11	11/ 24	0,433
Distimi(var/yok)	2/ 17	2/ 33	0,607
Bipolar Bozukluk(var/yok)	0/19	1/34	1,00
Obsesif Kompulsif Bozukluk(var/yok)	2/17	2/33	0,698
Yaygın Anksiyete Bozukluğu(var/yok)	2/ 17	1/34	0,28
Panik Bozukluğu(var/yok)	0/19	1/34	1
Travma Sonrası Stres Bozukluğu(var/yok)	0/19	2/33	0,535

Sosyal Anksiyete Bozukluğu(var/yok)	1/18	2/33	1
Özgül Fobi(var/yok)	0/19	3/32	0,544
Alkol Kullanım Bozukluğu(var/yok)	1/18	1/34	1
Dürtü Kontrol Bozuklukları(var/yok)	2/17	2/33	0,607
Tik Bozukluğu(var/yok)	0/19	1/34	1,00
DIVA 2.0'a Göre Çocuklukta DEHB (var/yok)	10/9	9/26	0,048
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanı (yüksek/orta/düşük)	1/6/11	11/13/11	0,033

ASRS v1.1'e göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında Beck Depresyon Envanteri (p:0,002), YBDÖ yeme kısıtlama alt ölçeği puanı (p:0,018), DIVA 2.0'a göre çocuklukta DEHB (p:0,048) ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı (p:0,033) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 7: DIVA 2.0 ve ASRS v1.1'in Sonuçlarının Karşılaştırılması

DIVA 2.0'a göre DEHB	ASRS v1.1'e göre DEHB		Toplam	p
	VAR	YOK		
VAR	10	5	15	0,003
YOK	9	30	39	
Toplam	19	35	54	

DIVA 2.0 ile ASRS v1.1 arasında DEHB tanısı koyulması açısından anlamlı fark bulundu.

Tablo 8: DIVA 2.0'a Göre Erişkin DEHB Olan ve Olmayan Hastaların Yeme Bozukluğu Türü ve Şiddeti Açısından Karşılaştırılması

DIVA 2.0'a Göre DEHB	VAR	YOK	p
Yeme Bozukluğu Türü (AN-K/AN-TÇ/BN/TYB/TDYB)	4/3/3/1/4 (%33, %17,6, %18,7, %20, %44,4)	8/14/13/4/5 (%67, %82,4, %81,3, %80, %55,6)	0,562
Yeme Bozukluğu Şiddeti (ağır olmayan+orta derecede/ ağır+aşırı düzeyde)	7/3	21/14	0,837

DIVA 2.0'a göre erişkin DEHB olan ve olmayan hastalar arasında yeme bozukluğu türü ve şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Yeme bozukluğu alt tiplerine göre bakıldığında AN-K'ların %33'ünde, AN-TÇ'lerin %17,6'sında, BN'lerin %18,7'sinde , TYB'lerin %20'sinde ve TDYB'lerin %44,4'ünde DEHB saptanmıştır.

Örneklem grubunda hem aktif hem de remisyonda YB hastaları olmakla birlikte, 59 hastanın 54'ünün aktif hasta, yalnızca 5'inin remisyonda olması nedeniyle iki grup arasında istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır.



IX-TARTIŞMA

Son yıllarda hem YB hastalarında DEHB sıklığının toplumdan daha sık olduğuna dair araştırma sonuçları, hem de DEHB'li hastalarda YB ve obezite sıklığının toplumdan daha sık olduğuna dair araştırma sonuçları olduğu görülmekte ve bu iki bozukluk arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Nazar ve arkadaşları, DEHB hasta grubunda YB araştıran 12 çalışmanın ve YB hasta grubunda DEHB araştıran 5 çalışmanın metaanalizini yapmışlardır. Buna göre, DEHB hastalarında YB görülme riski ortalama 3,82 kez daha fazladır ve bu risk, AN, BN ve TYB için benzerdir. Bu metaanalize dahil edilen çalışmalarda, DEHB tanısı konulmasında ölçüm aracı olarak, ya klinik görüşmenin ya da öz bildirim ölçeklerinin kullanılıyor oluşuna dikkat çekilmiş ve DEHB tanısı konulmasında, klinik görüşme kullanılan çalışmalarda öz bildirim ölçekleri kullanılan çalışmalara göre, YB riskinin daha yüksek saptandığı belirtilmiştir. Benzer şekilde YB hastalarında DEHB görülme riskinin ortalama 2,57 kez daha fazla olduğu ve YB alt tiplerinden özellikle TYB'lerde bu riskin ortalama 5,77 kat ile en fazla olduğu belirtilmiştir (90).

Bizim başlangıçta bu çalışmadaki amacımız, son yıllarda YB ile DEHB eştanı sıklığını araştıran çalışmaların literatürde giderek artması ve gerek YB'de DEHB sıklığının, gerekse DEHB'de YB sıklığının toplumdan daha fazla olduğuna dair sonuçlardan hareketle, YB hastalarında DEHB sıklığını araştırmaktır. Çalışmaların özellikle TYB hasta grubunda yoğunlaşması, bunun aksine AN-K hasta grubu ve TDYB hasta grubunu dahil eden çalışmaların azlığı nedeniyle çalışmamızı AN-K, AN-TÇ, BN, TYB ve TDYB hastalarından oluşan heterojen bir YB grubunda yapmayı kararlaştırdık. Nazar'ın çalışmasında da dikkat çekildiği gibi, DEHB tanısı konulmasında klinik görüşme ve öz bildirim ölçekleri arasında ortaya çıkan farklılık nedeniyle, biz çalışmamızda, aynı hasta grubunda hem klinik görüşme hem de öz bildirim ölçekleri kullanarak DEHB sıklığı arasında bir farklılık bulunup bulunmadığını saptamayı ve her iki yöntemle de DEHB tanısı olan ve olmayan hasta gruplarını, eştanılar ve YB semptomatolojisi açısından karşılaştırmayı planladık.

Erişkin DEHB sıklığı toplumda %3,4 olarak bilinmektedir (59). Wentz ve arkadaşları 2004'te, 17 AN ve 4 BN hastasında öz bildirim ölçekleriyle DEHB sıklığını %17 olarak saptamışlardır (67). Blinder ve arkadaşlarının 2006'daki çalışmasında 2436 YB hastasında öz bildirim ölçekleriyle DEHB sıklığı AN-K'lerde %3, AN-TÇ'lerde %3, BN'lerde %9, BTA-YB'lerde %6 ve tüm YB grubunda %6 olarak bulunmuştur (68). Yates ve arkadaşlarının 2013'teki çalışmasında YB'lerde öz bildirim ölçekleriyle DEHB sıklığı %5,8

olarak bulunmuş, fakat çalışma sırasında hastaların %21'inde dikkat eksikliği semptomları bulunmuş ve bu semptomların çocukluk çağı başlangıçlı olmaması nedeniyle DEHB olarak tanımlanamayacağı belirtilmiştir (69). Seitz ve arkadaşlarının 2013'teki çalışmasında 57 BN hastasında öz bildirim ölçekleriyle DEHB sıklığı %21 olarak bulunmuştur (71). Rojo-Moreno ve arkadaşlarının 2015'teki çalışmasında 962 YB hastasında öz bildirim ölçekleriyle DEHB sıklığı %31,4 olarak saptanmıştır (73). Bu çalışmalarda farklı öz bildirim ölçeklerinin uygulandığı ve DSM-IV tanı kriterlerinin dikkate alındığı görülmektedir.

Biz çalışmamızda klinik görüşme DIVA 2.0 ile DEHB sıklığını %25,4 , öz bildirim ölçeği ASRS v1.1 ile DEHB sıklığını ise %32,2 olarak bulduk. İstatistiksel olarak bakıldığında da DIVA 2.0 ile ASRS v1.1 arasında DEHB tanısı koyulması açısından anlamlı fark bulundu. Bu sonuçlar, YB hasta grubunda DEHB sıklığının, toplumdan daha yüksek olduğu literatür bilgisiyle uyumludur. Klinik görüşme ile saptanan DEHB sıklığı, literatürde YB'de klinik görüşme ile DEHB sıklığı saptayan bir çalışma olmaması nedeniyle kıyaslanamamaktadır. Öz bildirim ölçekleriyle saptadığımız DEHB sıklığı ise, literatürde öz bildirim ölçekleriyle yapılmış DEHB sıklık çalışmalarından daha yüksek görünmektedir. Klinik görüşme ile DSM-5 tanı kriterlerine göre saptadığımız DEHB sıklığı ile literatürde ve bizim çalışmamızda öz bildirim ölçekleriyle DSM-IV tanı kriterlerine göre yapılmış DEHB sıklık çalışmaları arasında farklılık olabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Yates ve arkadaşlarının çalışmasında YB hastalarının %21'inde DEHB olmaksızın dikkat eksikliği semptomları bulunmuş ve bu semptomlar yüksek BKİ, BN semptomları ve depresif belirtilerle korele bulunmuştur (69). Fernandez-Aranda ve arkadaşlarının 2013'teki çalışmasında, 191 YB hastasının tamamında bulimik belirtilerin DEHB belirtileri korele olduğu saptanırken, böyle bir bağıntının BN, BTA-YB ve TYB hastaları arasında benzer düzeyde, AN hastalarında ise daha düşük düzeyde olduğu saptanmış, ayrıca DEHB semptom düzeyi ile YB semptomlarının ciddiyeti ve genel psikopatoloji düzeyi arasında da pozitif bir ilişki saptanmıştır (70). Biz çalışmamızda AN-K grubunda DEHB sıklığını %33, AN-TÇ grubunda %17,6, BN grubunda %18,7, TYB grubunda %20, TDYB grubunda ise %44,4 olarak bulduk. AN-K grubunda DEHB sıklığının, literatürden farklı olarak, tıkinma davranışının ön planda olduğu AN-TÇ, BN ve TYB grubundan yüksek saptanması önemli bir bulgudur. Stulz ve arkadaşlarının 2013'teki çalışmasında, 32 YB hastasından pek çoğunun en azından subsendromal DEHB semptomları gösterdiği, özellikle de impulsivitenin topluma göre daha yüksek olduğu gözlenirken, DEHB'nin çekirdek semptomları ile YB belirtilerinin

ciddiyeti arasındaki bağlantıya bakıldığında ise, sadece impulsivite düzeyi ile şişmanlatıcı besinlerden kaçınma davranışı arasında bir bağlantı olduğu saptanmıştır (72).

Bizim çalışmamızda DIVA 2.0'a göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında en düşük kilo ($p:0,036$), Barratt Dürtüsellik Ölçeği ($p:0,024$) ve ASRS v1.1'e göre DEHB olma ($p:0,003$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

DIVA 2.0'a göre DEHB olan hastalarla olmayanlar arasında en düşük kilo açısından saptanan farklılık literatürde daha önce saptanmamış bir bulgudur. Fakat Petron ve arkadaşlarının 2013'te 217 adolesanla yaptığı izlem çalışmasında, çocukluktaki DEHB belirtileri ile geç ergenlik dönemindeki yeme alışkanlıkları arasında bağlantı olduğu, DEHB belirtilerinin eşik altı düzeyde olmasının bile kaotik ve organize olmayan yeme davranışlarına sebep olabileceği saptanmıştır (86). Bu sonuçtan hareketle, bizim çalışmamızda saptanan en düşük kilo açısından iki grup arasındaki farklılık, DEHB'lilerin yeme davranışlarında ve buna bağlı olarak yaşam boyu en düşük kilolarındaki farklılıkla açıklanabilir.

DIVA 2.0'a göre DEHB olan hastalarla olmayan hastalar arasında Barratt Dürtüsellik Ölçeği puanı açısından saptanan fark, DEHB'de dürtüsellüğün çekirdek belirtilerden biri olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur. Çalışmamızda, dikkatsizliğin ön planda olduğu DEHB'nin %13,6 , hiperaktivite-dürtüsellüğün ön planda olduğu DEHB'nin %5,1 ve bileşik tip DEHB'nin %6,8 sıklık oranlarıyla, YB grubunda en fazla dikkatsizliğin ön planda olduğu tip DEHB saptanmıştır. Barratt Dürtüsellik Ölçeği puanlarının DEHB olmayan gruptan yüksek saptanması ile birlikte, en sık dikkatsizliğin ön planda olduğu tip DEHB saptanması önemli bir bulgudur.

Bizim çalışmamızda ASRS v1.1'e göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında Beck Depresyon Envanteri ($p:0,002$), YBDÖ yeme kısıtlama alt ölçeği puanı ($p:0,018$), DIVA 2.0'a göre çocuklukta DEHB ($p:0,048$) ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı ($p:0,033$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, diğer değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

ASRS v1.1'e göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında BDE puanları, YBDÖ yeme kısıtlama alt ölçeği puanı ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı açısından farklılık bulunması, Fernandez-Aranda'nın DEHB semptomları ile genel psikopatoloji düzeyi arasında pozitif bir ilişki saptadığı çalışması ile uyumludur (70).

ASRS v1.1'e göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında DIVA 2.0'a göre çocuklukta DEHB olma açısından farklılık saptanması da, DEHB'nin çocukluk çağı başlangıçlı bir bozukluk olması nedeniyle beklenen bir bulgudur.

Yates ve arkadaşlarının çalışmasında, YB hastalarının %21'inde DEHB olmaksızın dikkat eksikliği semptomları bulunmuş ve bu semptomlar yüksek BKİ, BN semptomları ve depresif belirtilerle korele bulunmuştu (69). Bizim çalışmamızda, ASRS v1.1'e göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında BDE puanları, YBDÖ yeme kısıtlama alt ölçeği puanı ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı açısından farklılık bulunurken, böyle bir farklılık DIVA 2.0'a göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında saptanmamıştır. Klinik görüşmede DEHB olan ve olmayan gruplar arasında saptanmamasına rağmen, öz bildirim ölçekleri ile DEHB olan ve olmayan gruplar arasında saptanan BDE ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanlarındaki farklılık, öz bildirim ölçekleri ile saptanan DEHB'nin, aslında depresif belirtilere ikincil gelişen dikkat problemleri nedeniyle konulmuş yanlış bir DEHB tanısı olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, klinik görüşmede DEHB olan ve olmayan gruplar arasında saptanmamasına rağmen, öz bildirim ölçekleri ile DEHB olan ve olmayan gruplar arasında saptanan YBDÖ yeme kısıtlama alt ölçeği puanlarındaki farklılık, öz bildirim ölçekleri ile saptanan DEHB'nin, aslında yemeyi kısıtlamaya bağlı oluşan fizyolojik açlığa bağlı gelişmiş dikkat eksikliği nedeniyle konulmuş yanlış bir DEHB tanısı olabileceğini düşündürmektedir.

Stulz ve arkadaşlarının 2013'teki çalışmasında, DEHB'nin çekirdek semptomları ile YB belirtilerinin ciddiyeti arasındaki bağlantıya bakılmış ve sadece impulsivite düzeyi ile şişmanlatıcı besinlerden kaçınma davranışı arasında bir bağlantı olduğu saptanmıştır (72). Nazar'ın 2016 yılında yaptığı metaanaliz çalışmasında YB alt tiplerinden özellikle TYB'lerde DEHB olma riskinin ortalama 5,77 kat ile en fazla olduğu belirtilmiştir (90). Bizim çalışmamızda ise DIVA 2.0'a göre erişkin DEHB olan ve olmayan hastalar arasında yeme bozukluğu türü ve şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Çalışmamız, bildiğimiz kadarıyla, YB grubunda DIVA 2.0 klinik görüşme ölçeği ile DEHB tanısı konması açısından literatürde ilktir. Yalnızca kadın YB hastalarının dahil edilmiş olması, başta TYB ve TDBY hastaları olmakla birlikte toplam hasta sayısındaki azlık ve YB alt tipleri arasında sayıca homojen bir dağılım olmaması çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Benzer şekilde, remisyonda olan hasta sayısındaki azlık da aktif ve remisyondaki hastaların

kıyaslanmasını engellemekle çalışmamızı sınırlandırmaktadır. Ayrıca kontrol grubu olmaması da çalışmamızın sınırlılıklarındandır.



X-SONUÇ

Bu çalışmada YB hasta grubunda, klinik görüşmeyle erişkinlikte ve çocuklukta DEHB ve özbildirim ölçekleriyle erişkinlikte DEHB sıklığı bakılmış, her iki ölçüm yöntemiyle DEHB olan ve olmayan hastalar, demografik özellikler, eştanılar ve YB semptomatolojisiyle ilgili değişkenler açısından kendi içlerinde kıyaslanmıştır. Daha sonra ise elde edilen sonuçların, her iki ölçüm yönteminde benzer olup olmadıkları incelenmiş ve yorumlanmıştır.

Çalışmamızda, klinik görüşmeye göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında en düşük kilo, Barratt Dürtüsellik Ölçeği ve özbildirim ölçeği ASRS v1.1'e göre DEHB olma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş, özbildirim ölçeğine göre DEHB olan ve olmayan hastalar arasında BDE, YBDÖ yeme kısıtlama alt ölçeği puanı, DIVA 2.0'a göre çocuklukta DEHB ve Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur.

Çalışmamız, YB hasta grubunda, DSM-5'e göre DEHB saptanması, klinik görüşme ile DEHB tanısı konması ve özbildirim ölçekleri ile kıyaslanması açısından bildiğimiz kadarıyla literatürde ilktir. Toplam hasta sayımızın azlığı ve aktif/remisyonda hasta oranının yüksek olması açısından kısıtlılıkları olan çalışmamızı, örneklem sayısını arttırarak sürdürmeyi hedeflemekteyiz.

YB'da DEHB eştanısının, tekrarlayan çalışmalarla saptanması ve semptomatolojiye etkisinin belirlenmesinin, YB hastalarında DEHB eştanısı olma ihtimalinin klinisyenlerce göz önünde bulundurulması ve takip ve tedavi sürecinin buna göre yönlendirilmesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

XI-KAYNAKLAR

- 1.Murray CJL, Barber RM, Foreman KJ, Abbasoglu Ozgoren A, Abd-Allah F, Abera SF ve ark. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386:2145–2191.

2. Erskine HE, Whiteford HA, Pike KM. The global burden of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29(6):346-353.

- 3.Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29(6):340-345.

- 4.Thomas JJ, Lee S, Becker AE. Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29(6):354-362.

- 5.Tong J, Miao S, Wang J, Yang F, Lai H, Zhang C ve ark. A two-stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Wuhan, China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49(3):499-505.

- 6.van Hoeken D, Burns JK, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Africa. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29(6):372-377.

- 7.Fichter MM, Quadflieg N. Mortality in eating disorders – results of a large prospective clinical longitudinal study. *Int J Eat Disord* 2016;49(4):391-401.

- 8.Maayan LA, Woolston JL. Eating disorders. Cheng K, Myers KM(Ed). *Child and adolescent psychiatry: the essentials*. Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia, USA. 1st ed., 2005; pp 248-250.

- 9.American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. American Psychiatric Association:Washington DC. 1994.

10. Arcelus J, Witcomb GL, Mitchell A. Prevalence of eating disorders amongst dancers: a systemic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev* 2014; 22(2): 92-101.

11. Frank GW. Advances from neuroimaging studies in eating disorders. *CNS Spectr* 2015; 20(4): 391-400.

12.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. American Psychiatric Association:Washington DC. 1980.

13.Görgülü Y. Yeme bozukluklarında tanı ve sınıflandırma. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E(Ed). Yeme bozuklukları ve obezite: Tanı ve tedavi kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara, Türkiye. 1.baskı , 2013: pp 10-25.

14.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised. American Psychiatric Association: Washington DC. 1987.

15.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revised. American Psychiatric Association:Washington DC. 2000.

16.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. American Psychiatric Association:Washington DC. 2013.

17.Hoek HW. Review of the Worldwide Epidemiology of Eating Disorders. Curr Opin Psychiatry 2016; 29(6):336-339.

18. Hoek HW.Incidence, Prevalence and Mortality of Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. Curr Opin Psychiatry 2006; 19:389-394.

19.Gürdal Küey A. Yeme Bozuklukları ve Tedavisi. Klin Psikofarmakol Bülteni 1999; 9:21-27.

20.Bruch H. Eating Disorders:Obesity, Anorexia Nervosa , and the Person within. Basic Books. 1974.

21.Crisp AH. Anorexia Nervosa. Br Med J 1983; 287:855-858.

22.Fairburn CG, Brownell KD. Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook, Second Edition. The Guildford Press. London, 2002. pp:162-284.

23.Kaye W. Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa. Physiol Behav 2008; 22:121-135.

24.Jimerson DJ, Wolfe BE. Neuropeptides in Eating Disorders.CNS Spectrum 2004; 9:516-522.

25.Kaye W, Wagner A, Fudge JL. Neurocircuitry of Eating Disorders. Curr Top Beh Neurosci 2011; 6:37-57.

26.Kuruoğlu AÇ. Yeme Bozuklukları. Işık E, Taner E, Işık U(Ed). Güncel Klinik Psikiyatri. Golden Print Matbaası, Ankara, Türkiye. 1. baskı, 2008: pp 351-369.

27.Örsel SE, Erol A. Yeme Bozukluklarında Klinik Seyir ve Sonlanım. Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E(Ed). Yeme bozuklukları ve obezite: Tanı ve tedavi kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Ankara, Türkiye. 1.baskı , 2013: pp 139-146.

28.Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology, Course, and Outcome of Eating Disorders. Curr Opin Psychiatry 2013; 26:543-548.

29.Sadock B, Sadock V. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A(çev. Ed). Güneş Kitabevi, Ankara,Türkiye. 8.Baskı, 2. Cilt, 2007: pp 2002-2017.

30.Hales RE, Yudofsky SC. Essentials of Clinical Psychiatry. American Psychiatry Publishing, Washington DC, USA. 2.Baskı, 2004: pp 759-781.

31.Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK. Comorbidity and Outcome in Eating Disorders. Psychiatr Clin North Am 1996; 19:843-859.

32.Halmi KA, Eckert E, Marchi P. Comorbidity of Psychiatric Diagnosis in Anorexia Nervosa. Arch Gen Psychiatry 1991; 47:712-718.

33.Hudson JL, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 61: 348-358.

34.Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruhsal Etkenlerle Bağlantılı Fizyolojik İşlev Bozuklukları-Yeme Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, Türkiye. 13. baskı,2015: pp 465-475.

35.Kass AE Kolko RP, Wilfley DE. Psychological Treatments for Eating Disorders. Curr Opin Psychiatry 2013; 26:549-555.

36. Russell GFM. Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychol Med* 1979; 9:429-448.
37. Preti A, Girolamo GD, Vilagut G, Alonso J, Graaf Rd ve ark. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009; 43(14):1125-1132.
38. Mathes WF, Brownley KA, Mo X, Bulik CM. The Biology of Binge Eating. *Appetite* 2009; 52(3):545-553.
39. Tiihonen J, Keski-Rahkonen A, Löppönen M, Muhonen M, Kajander J. Brain serotonin 1A receptor binding in bulimia nervosa. *Biol Psychiatry* 2004; 55(8):871-873.
40. Kaye W. Neurobiology of Anorexia and Bulimia Nervosa. *Physiol Behav* 2008; 22:121-135.
41. Rikani AA, Choudhry Z, Choudhry AM, Ikram H, Asghar MWA ve ark. Critique of the Literature on Etiology of Eating Disorders. *Ann Neurosci* 2013; 20(4):157-161.
42. Poyastro Pinheiro A, Thornton LM, Plotnicov KH, Tozzi F, Klump KL ve ark. Patterns of Menstrual Disturbance in Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2007; 40(5):424-434.
43. McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS ve ark. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2011; 128(3):191-198.
44. Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *Int J Eat Disord* 1994; 16(1):1-34.
45. Taylor D. The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry. Wiley-Blackwell, 11.baskı, 2012.

- 46.Garfinkel PE. Classification and Diagnosis of Eating Disorders. Fairburn CG, Brownell KD(Ed). Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. The Guilford Press, New York, USA. 2.baskı. 2002. pp 155-161.
- 47.Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Hoek HW. A review of eating disorders in males. Curr Opin Psychiatry 2014; 27(6):426-430.
- 48.McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, Wilfley D, Ferreira-Cornwell MC, Gao J ve ark. Efficacy and Safety of Lisdexamfetamine for Treatment of Adults with Modere to Severe Binge-Eating Disorder: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 2015; 72(3): 235-246.
- 49.Thomas JJ, Vartanian LR, Brownell KD. The Relationship Between Eating Disorder Not Otherwise Specified(EDNOS) and Officially Recognized Eating Disorders:Meta-analysis and Implications for DSM. Psychol Bull 2009; 135:407-433.
- 50.Motavalli Mukaddes N. Genel Bilgiler. Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Türkiye. 1. baskı 2015. pp 1-13.
- 51.Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2015; 56(3):345-365.
- 52.Baroni A, Castellanos FX. Neuroanatomic and cognitive abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder in the era of 'high definition' neuroimaging. Curr Opin Neurobiol 2014; 30:1-8.
- 53.Hart H, Radua J, Nakao T, Mataix-Cols D, Rubia K. Meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies of inhibition and attention in attention-deficit/hyperactivity disorder: exploring task-specific, stimulant medication, and age effects. JAMA Psychiatry 2013; 70(2):185-198.
- 54.Hechtman L. Predictors of long-term outcome in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatr Clin North Am 1999; 46:1039-1052.
- 55.Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder:A Selective Overview. Biol Psychiatry 2005; 57:1215-1220.

- 56.Öztürk MO, Uluşahin NA.Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları-Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, Türkiye. 13. baskı,2015: pp 565-626.
- 57.Ong YL, Checkley SA, Russell GF. Suppression of Bulimic Symptoms with Methylamphetamine. Br J Psychiatry 1983; 143:288-93.
- 58.Schweickert LA, Strober M, Moskowitz A. Efficacy of Methylphenidate in Bulimia Nervosa Comorbid with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder:A Case Report. Int J Eat Disord 1997; 21(3):299-301.
- 59.Sokol MS, Gray NS, Goldstein A, Kae WH. Methylphenidate Treatment for Bulimia Nervosa Associated with A Cluster B Personality Disorder. Int J Eat Disord 1999; 25(2):233-237.
- 60.Lena SM, Chidambaram U, Panarella C, Sambasivan K. Cognitive Factors in Anorexia Nervosa: A Case History. Int J Eat Disord 2001; 30(3):354-358.
- 61.Mikami AY, Hinshaw SP, Patterson KA, Lee JC. Eating Pathology Among Adolescent Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Abnorm Psychol 2008; 117(1):225-235.
- 62.Sweeting H, West P. Gender Differences in Weight Related Concerns in Early to Late Adolescence. J Epidemiol Community Health 2002; 56(9):700-701.
- 63.Hinshaw SP, Blachman DR. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Girls. Bell-Dolan D, Foster S, Mash EJ(Ed). Behavioral and Emotional Problems in Girls. Kluwer Academic, New York, USA 2005.
- 64.Brizendine L. The female brain. Morgan Road Books/Random House 2006. New York.
- 65.Nadeau K, Quinn K. Understanding Women with AD/HD. Nadeau K, Quinn K(ED). Rethinking DSM-IV. Advantage Books 2002, pp 24-43.
- 66.Ioannidis K, Serfontein J, Müller U. Bulimia Nervosa Patient Diagnosed with Previously Undiscovered ADHD in Adulthood: Clinical Case Report, Literature Review, and Diagnostic Challenges. Int J Eat Disord 2014; 47(4):431-436.
- 67.Wentz E, Lacey JH, Waller G, Rastam M, Turk J, Gillberg C. Childhood Onset Neuropsychiatric Disorders in Adult Eating Disorder Patients, A Pilot Study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2005; 14:431-437.

68. Blinder BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosom Med* 2006; 68(3):454-462.
69. Yates WR, Lund BC, Johnson C, Mitchell J, McKee P. Attention-Deficit Hyperactivity Symptoms and Disorder in Eating Disorder Inpatients. *Int J Eat Disord* 2009; 42(4):375-378.
70. Fernandez-Aranda F, Agüera Z, Castro R, Jimenez-Murcia S, Ramos-Quiroga JA, Bosch R ve ark. ADHD Symptomatology in Eating Disorders: A Secondary Psychopathological Measure of Severity? *BMC Psychiatry* 2013; 13:166.
71. Seitz J, Kahraman-Lanzerath B, Legenbauer T, Sarrar L, Herpetz S, Salbach-Andrae H ve ark. The Role of Impulsivity, Inattention and Comorbid ADHD in Patients with Bulimia Nervosa. *PLoS One* 2013; 8(5):e63891.
72. Stulz N, Hepp U, Gächter C, Martin-Soelch C, Spindler A, Milos G. The Severity of ADHD and Eating Disorder Symptoms: A Correlational Study. *BMC Psychiatry* 2013; 13:44.
73. Rojo-Moreno L, Arribas P, Plumed J, Gimeno N, Garcia-Blanco A, Vaz-Leal F ve ark. Prevalence and Comorbidity of Eating Disorders Among a Community Sample of Adolescents: 2-Year Follow-Up. *Psychiatry Res* 2015; 227(1):52-57.
74. Docet MF, Larranaga A, Perez Mendez LF, Garcia-Mayor RV. Attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of having abnormal eating behaviours in obese adults. *Eat Weight Disord* 2012; 17(2):132-136.
75. Nazar BP, Suwwan R, Moreira de Sousa Pinna C, Duchesne M, Freitas SR, Sergeant J ve ark. Influence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Binge Eating Behaviors and Psychiatric Comorbidity Profile of Obese Women. *Compr Psychiatry* 2014; 55(3):572-578.
76. Reinblatt SP, Leoutsakos JMS, Mahone EM, Forrester S, Wilcox HC, Riddle MA. Association Between Binge Eating and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Two Pediatric Community Mental Health Clinics. *Int J Eat Disord* 2015; 48:505-511.
77. Sonnevile KR, Calzo JP, Horton NJ, Field AE, Crosby RD, Solmi F ve ark. Childhood Hyperactivity/Inattention and Eating Disturbances Predict Binge Eating in Adolescence. *Psychol Med* 2015; 45(12):2511-2520.
78. Reinblatt SP, Mahone EM, Tanofsky-Kraff M, Lee-Winn AE, Yenokyan G, Leoutsakos JMS ve ark. Pediatric Loss of Control Eating Syndrome: Association with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Impulsivity. *Int J Eat Disord* 2015; 48:580-588.
79. Steadman KM, Knouse LE. Is the Relationship Between ADHD Symptoms and Binge Eating Mediated by Impulsivity? *J Atten Disord* 2016; 20(11):907-912.

80. Mattos P, Saboya E, Ayrao V, Segenreich D, Duchesne M, Coutinho G. Comorbid Eating Disorders in A Brazilian Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Adult Clinical Sample. *Rev Bras Psiquiatr* 2004; 26(4):248-250.
81. Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T ve ark. Psychiatric Comorbidity and Functional İmpairment in a Clinically Referred Sample of Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder(ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257(7):371-377.
82. Biederman J, Ball SW, Monuteaux MC, Surman CB, Johnson JL, Zeitlin S. Are Girls with ADHD at Risk for Eating Disorders? Results from a Controlled, Five-Year Prospective Study. *J Dev Behav Pediatr* 2007; 28(4):302-307.
83. Quinn PO. Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. *Curr Psychiatry Rep* 2008; 10(5):419-423.
84. Biederman J, Petty CR, Monutaux MC, Fried R, Byrne D, Mirto T ve ark. Adult Psychiatric Outcomes of Girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 11 Year Follow-Up in a Longitudinal Case-Control Study. *Am J Psychiatry* 2010; 167(4):409-417.
85. Yoshimasu K, Barbaresi WJ, Colligan RC, Voigt RG, Killian JM, Weaver AL ve ark. Childhood ADHD is Strongly Associated with a Broad Range of Psychiatric Disorders During Adolescence:A Population-Based Birth Cohort Study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(10):1036-1043.
86. Petrone P, Prunas A, Dazzi S, Madeddu F. ADHD Symptoms as Risk Factors for Dysfunctional Eating Habits in Adolescents: Results from a Longitudinal Study. *Riv Psichiatri* 2013; 48(6):448-455.
87. Bleck J, Debate RD. Exploring the Co-Morbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors in a Nationally Representative Community-Based Sample. *Eat Behav* 2013; 14(3):390-393.
88. Bleck JR, DeBate RD, Olivardia R. The Comorbidity of ADHD and Eating Disorders in a Nationally Representative Sample. *J Behav Health Serv Res* 2015; 42(4):437-451.
89. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V ve ark. The Prevalence and Correlates of of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73:904-914.

- 90.Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The Risk of Eating Disorders Comorbid with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Eat Disord* 2016; 49(12):1045-1057.
- 91.Davis C, Levitan RD, Smith M, Tweed S, Curtis C. Associations Among Overeating, Overweight, and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Structural Equation Modelling Approach. *Eat Behav* 2006; 7(3):266-274.
- 92.Strimas R, Davis C, Patte K, Curtis C, Reid C, McCool C. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder, overeating, and body mass index in men. *Eat Behav* 2008;9(4):516-518.
- 93.Smith CF, Williamson DA, Bray GA, Ryan DH. Flexible vs. Rigid Dieting Strategies:Relationship with Adverse Behavioral Outcomes. *Appetite* 1999; 32(3):295-305.
- 94.Banaschewski T, Hollis C, Oosterlaan J,Roeyers H, Rubia K, Willcutt E ve ark. Toward an Understanding og Unique and Shared Pathways in the Psychopathophysiology of ADHD. *Dev Sci* 2005; 8(2):132-140.
- 95.Blum K, Braveman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D ve ark. Reward Deficiency Syndrome: A Biogenetic Model for the Diagnosis and Treatment of İmpulsive, Addictive and, Compulsive Behavior. *J Psychoactive Drugs* 2000; 32 Suppl:i-iv,1-112.
- 96.Fleming J, Levy L. Eating Disorders in Women with AD/HD. Quinn PO, Nadeau KG(Ed). *Gender İssues and AD/HD: Research, Diagnosis and Treatment*. Silver Springs Advantage Books, 2002:pp 411-426.
- 97.Seymour KE, Reinblatt SP, Benson L, Carnell S. Overlapping Neurobehavioral Circuits in ADHD, Obesity and Binge Eating: Evidence from Neuroimaging Research. *CNS Spectr* 2015; 20(4):401-411.
- 98.Seitz J, Hueck M, Dahmen B, Schulte-Rüther M, Legenbauer T, Herpertz-Dahlmann B ve ark. Attention Network Dysfunction in Bulimia Nervosa-An fMRI Study. *PLoS One* 2016; 11(9).
- 99.Levitan RD, Masellis M, Lam RW, Muglia P, Basile VS, Jain U ve ark. Childhood inattention and dysphoria and adult obesity associated with the dopamine D4 receptor gene in overeating women with seasonal affective disorder. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29(1):179-186.
- 100.Yilmaz Z, Kaplan AS, Levitan RD, Zai CC, Kennedy JL. Possible Association of the DRD4 Gene with a History of Attention-Deficit/Hyperactiviy Disorder in Women with Bulimia Nervosa. *İnt J Eat Disord* 2012; 45:622-625.

- 101.Lyons WE, Mamounas LA, Ricaurte GA, Coppola V, Reid SW, Bora SH. Brain-derived neurotrophic factor-deficient mice develop aggressiveness and hyperphagia in conjunction with brain serotonergic abnormalities. *Proc Natl Acad Sci USA* 1999; 96(26):15239-15244.
- 102.Gray J, Yeo GS, Cox JJ, Morton J, Adlam AL, Keogh JM. Hyperphagia, severe obesity, impaired cognitive function, and hyperactivity associated with functional loss of one copy of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene. *Diabetes* 2006; 55(12):3366-3371.
- 103.Mikołajczyk E, Smiarowska M, Grzywacz A, Samochowiec J. Association of eating disorders with catechol-o-methyltransferase gene functional polymorphism. *Neuropsychobiology* 2006; 54(1):82-86.
- 104.Agranat-Meged AN, Deitcher C, Goldzweig G, Leibenson L, Stein M, Galili-Weisstub W. Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: a newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Disord* 2005; 37:357-359.
- 105.Johnston C, Mash EJ. Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4(3):183-207.
- 106.Peris TS, Hinshaw SP. Family Dynamics and Preadolescent Girls with ADHD: The relationship between expressed emotion, ADHD Symptomatology, and Comorbid Disruptive Behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44(8):1177-1190.
- 107.Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Bukowski WM, Kraemer HC, Wigal T ve ark. What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(3):411-423.
- 108.Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull* 1991; 110(1):86-108.
- 109.Rastam M, Taljemmark J, Tajnia A, Lundström S, Gustafsson P, Lichtenstein P ve ark. Eating Problems and Overlap with ADHD and Autism Spectrum Disorders in a Nationwide Twin Study of 9- and 12- Year-Old Children. *ScientificWorldJournal* 2013; 315429.
- 110.Ramos-Quiroga JA, Nasillo V, Richarte V, Corrales M, Palma F ve ark. Criteria and Concurrent Validity of DIVA 2.0: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *J Atten Disord* 2016.
- 111.Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji dergisi* 1989; 7(23): 3-13.

- 112.Öner N, Le Compte A. Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayını, İstanbul. 1983.
- 113.Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:77-87.
- 114.Savaşır I, Erol N. Yeme tutum testi: anoreksia nervosa belirtiler indeksi. Psikoloji Dergisi 1989; 7: 19-25.
- 115.Çuhadaroglu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1986.
- 116.Gökdoğan F. Ortaöğretime Devam Eden Ergenlerde Beden İmajından Hoşnut Olma Düzeyi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1988.
- 117.Yucel B, Polat A, İkiz T, Dusgor BP, Yavuz AE ve ark. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity in adolescents. Eur Eat Disord Rev 2011; 19: 509-511.
- 118.Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G ve ark. Psychometric Properties of the Turkish Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18(4):251-258.
119. Pettersson R, Söderström S, Nilsson KW. Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. J Atten Disord 2015; Epub.
120. Young S, Gonzalez RA, Mutch L, Mallet-Lambert I, O'Rourke L ve ark. Diagnostic accuracy of a brief screening tool for attention deficit hyperactivity disorder in UK prison inmates. Psychol Med 2016; 46(7): 1449-1458.
121. Kessler RC, Adler L, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T ve ark. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16(2):52-65
122. Kalafat T, Kıncal RY. Üniversite Öğrencilerinin Beden Memnuniyeti Düzeyleri ile Sosyal Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 2008; 23: 41-47

EK 1



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**



Sayı : 756

Tarih : 13.06.2016

Konu : Prof. Dr. Başak YÜCEL

Sayın Prof. Dr. Başak YÜCEL
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının 27/05/2016 gün ve 192525 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Dr. Selin Akışık GENÇ' in yürüteceği 2016/726 dosya numaralı "Yeme Bozukluğu Hastalarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Görüşme ve Özbildirim Ölçekleriyle Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması" başlıklı çalışma kurulumuzun 10/06/2016 tarih ve 11 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

EK 2 GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

1. Bölüm (AYDINLATMA)

İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yürütülmekte olan bu araştırmada, yeme bozukluğu hastaları dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından incelenecektir. Bu araştırmayla yeme bozukluğu hastalarında dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterize olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hastalığının incelenmesi amaçlanmaktadır. Elde edeceğimiz sonuçlarla, gelecekte, hastaların yaşam kalitesini arttırmada ve daha etkin bakım önerilerinin geliştirilmesine katkıda bulunmayı hedefliyoruz.

Size, Yeme Bozukluğu tanısı almış olmanız dolayısıyla bu araştırmanın yeme bozukluğu hastalarından oluşan katılımcı grubunda yer almanızı teklif ediyoruz. Katılımcı olmanız halinde, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısında kullanılan bir klinik görüşme formu olan DIVA 2.0 size uygulanacak ve bazı ölçekleri doldurmanız istenecektir. Yaklaşık olarak 45 dakika sürecek olan DIVA 2.0 görüşmesi araştırmacı tarafından masa başında birebir uygulanacaktır. Kendiniz doldurmanız istenen ölçekler ise yaklaşık 1 saat sürmektedir.

Araştırma sonuçları bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, isminiz saklı tutulacak; etik kurullar ve resmi makamlar gerekirse size ait araştırmayla ilgili tıbbi bilgilere ulaşabilecek; araştırmada sizi ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bu size bildirilecektir.

Araştırma amacıyla yapılacak yukarıda belirtilen tetkikler için sizden bir ücret talep edilmeyecek; eğer bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı iseniz, söz konusu kuruma bir araştırma gideri yüklenmeyecektir. Aynı zamanda da, çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırmaya katılmaya yazılı onay vermeyi kabul etmeniz dahi, araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan çıkmakta özgür olduğunuzu bilmelisiniz. Yapılacak olan incelemeler, beden ya da ruh sağlığınız açısından herhangi bir risk oluşturmamaktadır. Çalışmayla ilgili sorularınızı tetkikleri yapan araştırmacılara yöneltebilir; daha fazla bilgi almak isterseniz Prof. Dr. Başak Yücel ile 0212 414 20 00 / 31989 no'lu telefondan bağlantı kurabilirsiniz.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Konu 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, imzası, adresi ve telefon numarası

Açıklamaları yapan araştırmacının adı, soyadı ve imzası

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı, soyadı, imzası ve görevi

2. Bölüm (KATILIMCININ BEYANI)

Asistan Doktor Selin Akışık Genç tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra bu araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildim.

Eğer bu çalışmaya katılırsam, hekim ile aramda kalması gereken bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Bu araştırmada elde edilecek bilgilerin resmi kurumlar ve etik kurullar tarafından gerekirse incelenebileceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum ve bu masraflar kendi sosyal güvenlik kurumumdan da talep edilmeyecektir. Bu çalışma için bana herhangi bir ücret ödenmeyeceği bilgisine de sahibim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; mesai saatleri içinde 0212 414 20 00- 31885 numaralı telefondan Asistan Doktor Selin Akışık Genç'i veya 0212 414 20 00-31989 numaralı telefondan Prof. Dr. Başak Yücel'i arayabileceğimi biliyorum.

Bu çalışmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Çalışmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir olumsuz yansıması olmayacaktır.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Belli bir düşünme süresi sonunda bu çalışmaya ‘katılımcı’ olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı Soyadı:

Ünvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

EK 3

Demografik Bilgi Formu

1. Adı Soyadı:
2. Doğum yeri ve tarihi (gün/ay/yıl): ;/...../.....
3. Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
4. Yaşanılan Yer:
5. Telefon:
6. Boy (cm): cm
7. Kilo (kg): Kg
8. Beden kitle indeksi (kg/m²) kg/m²
9. Olmak istediğiniz kilo (kg): Kg
10. Bugüne kadar crıştiğiniz en yüksek ve en düşük kilo nedir?
11. Çalışıyor musunuz? 1)Evet 2)Hayır
12. Meslek:
13. Öğrenim durumu (bitirilen okul)
1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4)Yüksek okul 5) Okur-yazar 6)Okur-yazar değil
14. Sosyal Güvence: 1) SGK 2) Özel Sağlık Sigortası 3) Sosyal Güvencem yok
15. Medeni Durum: 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Dul 5)Diğer
16. Çocuğunuz var mı? 1)Evet,tane 2)Hayır
Çocuğunuzun/çocuklarınızın yaşlarını yazınız:
17. Aylık gelir düzeyi: 1)Düşük (0-800) 2)Orta (800-1500) 3)Üst-orta(1500-3000) 4) Yüksek (3000 ve üstü)
18. Tanısı konmuş tıbbi bir hastalığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır Evetse; Ne kadar süredir? ay.
19. Hangi hastalık?
20. Ailede tanısı konmuş tıbbi bir hastalık var mı? 1) Evet 2) Hayır
21. Hangi hastalık?
22. Psikiyatrik bir rahatsızlığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
Varsa belirtiniz:..... Ne kadar süredir?..... ay.
23. Ailede psikiyatrik bir rahatsızlığı olan var mı? 1) Evet 2) Hayır
Varsa belirtiniz(kim/hastalığı):
24. Daha önce psikiyatrik bir tedavi gördünüz mü? 1) Evet 2) Hayır
Evetse; Ne kadar süre? Hangi ilacı kullandınız?

25. Şuan herhangi bir tedavi görüyor musunuz(psikiyatrik tedavi dahil)? 1) Evet 2) Hayır
Görüyorsanız belirtiniz:
26. Şuan herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz(psikiyatrik ilaçlar dahil)? 1) Evet 2) Hayır
Kullanıyorsanız belirtiniz:/.....süredir
27. Adet düzeniniz nasıl (kadınlar için)?
1) yıldır menapozdayım 2)Düzenli 3)Düzensiz 4)Menapozda değilim amasüredir olmuyorum.
28. Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet,süredir; 1günde.....adet/.....paket 2)Hayır
29. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet,süredir; 1 ayda.....kutu/şişe 2)Hayır
30. Madde kullanıyor musunuz? 1)Evetsüredir, kullanılan madde..... 2)Hayır
31. Belirli bir sürede (örneğin herhangi bir 2 saat içinde) ve benzer koşullarda yeme kontrolünün kalktığı duygusu ile başka insanların yiyebileceğinden daha fazla (alışılmadık) miktarda yemek yer misiniz?
1) Evet, 2) Hayır
32. Evetse;
Ne sıklıkla?/hafta
Ne kadar süredir?ay
33. Yemek yedikten sonra aşağıdaki davranışlardan herhangi birini uyguluyor musunuz?
- Kusma: 1)Evet Ne sıklıkla?...../hafta
2)Hayır
- İshal yapıcı ilaç veya herhangi başka bir madde alma: 1)Evet Ne sıklıkla?...../hafta
2)Hayır
- İdrar söktürücü ilaç veya herhangi başka bir madde alma: 1)Evet Ne sıklıkla?...../hafta
2)Hayır
- Kendini aç bırakma: 1)Evet Ne sıklıkla?...../hafta
2)Hayır
- Kilo vermenizi sağlayacak başka bir ilaç (tiroid ilaçları, zayıflama ilaçları gibi) kullanma:
1)Evet Ne sıklıkla?/hafta
2)Hayır
- Fazla egzersiz yapma: 1)Evet Ne sıklıkla?...../hafta
2)Hayır
34. Sık kilo alıp verir misiniz? 1) Evet 2) Hayır
35. Şu anki kilonuzu nasıl buluyorsunuz? 1)Az 2) İdeal 3) Fazla 4) Çok fazla
36. Çay tüketim miktarınız nedir?bardak/gün
37. Kahve tüketim miktarınız nedir?fincan/gün
38. Sakız tüketim miktarınız nedir?adet/gün

39. Tartılma sıklığınız nedir?

- 1)Hergün
- 2)Haftada 3-4 kez
- 3)Haftada 1-2 kez
- 4)Tartılmıyorum, kilomu bilmek istemiyorum.

40. Aynada görünümünüzü ne sıklıkla kontrol edersiniz?

- 1)Hiç
- 2)Nadiren
- 3)Aklıma geldikçe
- 4)Her gördüğüm aynada(veya cam gibi yansıtıcı nesnelerde) görünümümü kontrol ederim.

EK 4

TÜRKÇE

DIVA 2.0

Yetişkinlerde DEHB İçin Tanısal Görüşme

Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen

DIVA
Foundation

Yetişkinlerde DEHB
İçin Tanısal Görüşme

J.J.S. Kooij, MD, PhD & M.H. Francken, MSc,
2010, DIVA Foundation, Hollanda

Yayınevi Önsözü

Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (DIVA) DIVA Foundation, La Hay, Hollanda, Ağustos 2010 yayınıdır. Hollandaca'dan Türkçe'ye çevirisi Fred Jansen ve Türkçeden Hollandaca ya geri çevirisi Antoinette Verburg tarafından Janssen tarafından desteklenerek yapılmıştır. Prof. Dr. Nahit Motavalli Mukaddes (İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı), Doç. Dr. Bedriye Öncü (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı), T.I. Annet Bron (MSc), M. van Bussel (MSc) ve Dr. J.J. Sandra Kooij (MD, PhD), DIVA Foundation, gözden geçirmiştir. Mayıs 2013.

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Başkı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000 den çeviren Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, (Ankara, 2001) izni ile yeniden basılmıştır.

Bu yayın özenle derlenmiştir. Ancak zamanla bu yayının bölümlerinde değişiklikler söz konusu olabilir. Bu nedenle bu yayından hiçbir hak kaynaklanamaz. DIVA hakkında daha fazla bilgi almak ve gelecekte yapılacak güncellemeler için www.divacenter.eu adresini ziyaret ediniz.

Giriş

DSM-IV'e göre Yetişkinlerde DEHB tanısı konulması için, hem çocukluk hem erişkinlik döneminde DEHB belirtilerinin varlığının saptanması gerekmektedir.

Tanı için en temel ölçüt, DEHB belirtilerinin çocukluk döneminde başlaması ve ardından güncel değerlendirme anına kadar temel özelliklerin yaşam boyu kalıcılık göstermesidir. Belirtiler, kişinin yaşamında iki veya daha fazla alanı anlamlı düzeyde etkileyen klinik ya da psiko-sosyal bozulmalara eşlik etmelidir¹.

Yetişkinlerde DEHB, çocukluk döneminde başlayan ve yaşam boyu süren bir durum olduğu için çocuklukta belirtiler, gidiş ve işlev bozukluğu düzeyinin geçmişe yönelik olarak çocuklukta davranışları sorgulayan bir görüşmeyle değerlendirilmesi gereklidir. Mümkünse bilgiler hastadan alınmalı ve hastanın çocukluğunu bilen diğer kişilerden (çoğunlukla ana babalar ya da yakın akrabalar)² edinilecek bilgilerle desteklenmelidir.

Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (DIVA) DSM-IV ölçütlerine dayanmaktadır ve yetişkinler için geliştirilmiş ilk yapılandırılmış Hollandaca tanı görüşmesidir. DIVA, J.J.S. Kooij ve M.H. Francken tarafından geliştirilmiştir ve daha önce geliştirilen yetişkinlerde DEHB için Yarı-Yapılandırılmış Görüşmenin devamı niteliğindedir^{2,3}. Çocuklukta ve yetişkin dönemde DEHB için belirlenen 18 ölçütün her birinin değerlendirilmesini kolaylaştırmak için, görüşmede güncel ve geçmişe yönelik (çocukluk dönemi) davranışlarla ilgili somut ve gerçekçi örnekler sunulmaktadır. Örnekler, ayaktan psikiyatri kliniği PsyQ Lahey'de erişkin hastaların klinik uygulamada sıkça yaptığı tanımlamalara dayanmaktadır. Ayrıca belirtilerin günlük hayatta yol açtığı işlev bozukluğunu değerlendirmek için iş ve eğitim, ilişkiler ve aile hayatı, sosyal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri ve hobiler, özgüven ve benlik imgesi olmak üzere beş ana alanda da somut örnekler verilmektedir.

Geçmişle ilgili bilgilerin başka kaynaklardan da alınması ve aynı zamanda doğrulanabilmesi için DIVA yetişkinlerde mümkünse kişinin eşi ve/veya aile bireylerinden birinin varlığında tamamlanmalıdır. DIVA görüşmesinin yapılabilmesi için gerekli olan zaman bir ila bir buçuk saat arasındadır.

DIVA, DSM-IV çerçevesinde tanı için gerekli olan ana DEHB belirtilerini sorgular ve ilave ek psikiyatrik belirtileri, sendromları ya da bozuklukları sorgulamaz. Eş tanımlar, olguların yaklaşık %75 'inde olmak üzere çocuklarda ve yetişkinlerde görülmektedir. Bu nedenle sık görülen belirtiler, sendromlar ve bozukluklar için genel bir psikiyatrik değerlendirme yapılması önemlidir. DEHB de en sık görülen bozukluklar anksiyete, depresyon ve bipolar bozukluk, madde kullanımı ve bağımlılığı, uyku bozuklukları ve kişilik bozukluklarıdır. Tüm bu bozuklukların araştırılması, DEHB si olan birinin gösterdiği belirtilerin net şekilde anlaşılması için gereklidir. Bu araştırma erişkinlerde 'DEHB belirtileri' nin görülmesine neden olabilecek diğer psikiyatrik bozuklukları dışlamak ve DEHB' nin aynı tanısının yapılması için gereklidir².

DIVA yapılması ile ilgili talimatlar

DIVA, her biri çocukluk ve yetişkinlik dönemine uygulanmak üzere üç bölümden oluşmaktadır:

- Dikkat Eksikliğine yönelik ölçütler (A1)
- Hiperaktivite/Dürtüsellik'e yönelik ölçütler (A2)
- Belirtilerin Başlangıcı ve belirtiler sonucu gelişen İşlev Bozukluğu

DSM-IV'teki ilk belirti grubu olan *Dikkat Eksikliği* (A1) bölümünden başlayın, ardından ikinci belirti grubunu oluşturan *Hiperaktivite/Dürtüsellik* (A2) ölçütleriyle devam ediniz. Sırasıyla 18 ölçütün her birini sorgulayın. Her bir madde için aşağıdaki işlemi uygulayın:

Önce yetişkinlik dönemini sorgulayın (belirtilerin son altı aydır veya daha uzun süredir mevcut olması), ardından aynı belirtiyi çocukluk dönemi için de sorgulayın (5-12 yaş arasındaki belirtiler)⁴⁶. Her soruyu tamamen okuyun ve görüşme yapılan kişiye bu sorunu tanıyıp tanımadığını sorunuz ve örnek vermesini isteyiniz. Hastalar çoğunlukla DIVA'da bulunan örneklerle benzer örnekler verecektir, ki bu durumda belirtinin yanındaki kutucukta belirti var olarak işaretlenebilir. Belirtiler hastaya tanıdık gelmezse ya da verilen yanıtın sorudaki maddeye uygun olup olmadığı konusunda tereddüt ederseniz, verilmiş olan örneklerin her birini tek tek sorunuz. Sorunlu davranış ya da belirti, yaş ve zekâ bakımından benzer akran bir grubuna göre daha sık görülüyorsa ya da daha ciddi bir durum arz ediyor ya da işlev bozukluğuna yol açıyorsa, mevcut olarak işaretlenir. Hastanın tanımladığı ya da tanıdığı her örneği işaretleyiniz. Eğer ölçütlere uyan başka örnekler verilirse bunları "diğer" seçeneği altına belirtiniz. Bir ölçütün mevcut olduğuna karar vermek için verilen tüm örneklerin tanınmasına gerek yoktur. Önemli olan araştırmacının her ölçütün karşılanıp karşılanmadığı konusunda net bir karar verebilmesidir.

Her bir ölçüt için partnerin ya da ailenin verilen yanıtı katılıp katılmadığını ya da onların ölçüte uygun başka sorun örnekleri verip veremeyeceklerini sorunuz. Partner genellikle yetişkinlik, aile ise (genellikle anababalar ya da daha yaşlı bir akraba) çocukluk dönemi hakkında bilgi verir. Klinisyen en uygun yanıtın ne olduğunu belirlemek için klinik yargılamasını kullanmalıdır. Verilen yanıtlarda farklılık ve tutarsızlık olması durumunda ana kural, hastanın genellikle en iyi bilgi kaynağı olduğudur⁷.

Partnerden ve aileden alınan bilginin amacı hastadan elde edilen bilgilerin desteklenmesi ve hem güncel hem de çocukluk dönemindeki davranışlar hakkında mümkün olduğunca doğru bilgi elde edilebilmesidir. Başka kaynaklardan alınacak bilgiler özellikle çocukluk dönemi için yararlıdır çünkü çoğu hasta için kendi davranışlarını geriye

dönük olarak hatırlamak güçtür. Çoğu kişi 10-12 yaşlarından itibaren davranışlarını iyi hatırlayabilir ancak okul öncesi yılları hatırlamakta zorluk çeker.

Ölçütlerin her birinin her iki yaşam evresinde de var olup olmadığı konusunda araştırmacı tüm ilgililerden alınan bilgiler ışığında karar vermelidir. Tamamlayıcı bilgi elde edilemediği takdirde yalnızca hastanın hatırladıklarına dayanarak tanı konur. Okul karneleri, hastanın çocukluk döneminde sınıfta göstermiş olduğu belirtilere dair daha net bir görüş sağlama konusunda yardımcı olabilir ve tanıya destek olarak kullanılabilir. Belirtilerin akranlarına göre daha ciddi ve/veya daha sık görülmesi veya işlev bozukluğuna yol açması, klinik açıdan anlamlı olarak değerlendirilir.

Belirtilerin başlangıç yaşı ve belirtilere bağlı bozulma
Üçüncü Bölüm olan *Başlangıç Yaşı ve belirtilere bağlı bozulma*, tanı ölçütlerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hastada belirtilerin hep var olup olmadığını, ve eğer varsa, yedi yaşından önce herhangi bir belirti olup olmadığını araştırın. Belirtiler daha sonraki yıllarda başladıysa başlangıç yaşını belirtiniz.

Ardından, önce yetişkinlik sonra çocukluk dönemi için işlev bozukluğunun ortaya çıkabileceği farklı durumlara ilişkin örnekleri sorgulayınız. Lütfen hastaya tanıdık gelen örneklerin yanına işaret koyun ve iki ya da daha fazla alanda bozulmaya yol açıp açmadığını belirtiniz. Tanı koyabilmek için iş / eğitim, ilişkiler / aile hayatı, sosyal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri / hobiler, özgüven / benlik imgesi gibi alanların en az ikisinde bozulmanın ortaya çıkması ve bu bozukluğun en az orta şiddette olması gereklidir.

Belirtilerin Özetlenmesi ve Puanlama formu

Dikkat Eksikliği (D) ve *Hiperaktivite-Dürtüsellik* (HD) *Belirtilerinin Özeti* bölümünde 18 ölçütten hangilerinin yaşamın her iki evresinde de bulunduğunu işaretleyiniz ve hem dikkat eksikliği hem de aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümleri için ölçütleri ayrı ayrı toplayınız.

Son olarak *Puanlama Formunda*, Dikkat Eksikliği (D) ve Hiperaktivite-Dürtüsellik (HD) belirti gruplarında altı ya da daha fazla sayıda ölçütün karşılanıp karşılanmadığını işaretleyiniz. Her bir belirti alanı için belirtilerin yaşam boyu süregelen bir gidiş gösterip göstermediğini, işlev bozukluğuna yol açıp açmadığını, ve bu işlev bozukluğunun en az iki durumda kendini gösterip göstermediğini ve belirtilerin başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanıp açıklanamayacağını işaretleyiniz. Ayrıca çoğul kaynaktan edinilen bilgilerin ve olası okul karnelerinin tanıyı ne derecede desteklediğini de belirtiniz.

Sonuçta DEHB tanısının konulup konulamayacağını ve hangi alt tipinin (DSM-IV koduyla) geçerli olduğunu belirleyiniz.

Hastaya önceden yapılacak açıklama

Bu görüşme çocukluk ve yetişkinlik döneminde yaşadığınız DEHB belirtilerini sorgulamak için uygulanacaktır. Sorular DSM-IV'te yer alan resmi DEHB ölçütlerine dayanmaktadır. Her bir soruda size bu belirtinin tanıdık gelip gelmediğini soracağım. Görüşme sırasında size yardımcı olmak için, çocuklar ve yetişkinlerin DEHB belirtilerine bağlı olarak sıklıkla yaşadıkları sorunları tarif eden örnekler vereceğim. Öncelikle soruları size soracağım, sonra (eğer buradalarsa) aynı soruları eşinize veya aile bireylerinize de yönelteceğim. Eşiniz büyük bir olasılıkla sizi yetişkinlik döneminizden itibaren tanıyordu ve ona sorulacak sorular sizi tanıdığı dönemlerle ilgili olacaktır; ailenizse çocuklukta davranışlarınız hakkında daha fazla fikir sahibidir. DEHB tanısının konabilmesi için yaşamınızın her iki döneminin sorgulanması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000 den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
2. Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0), in Kooij JJS: Adult ADHD. Diagnostic assessment and treatment. Springer, 2012.
3. Kooij, JJS, Francken MH: Diagnostisch Interview Voor ADHD (DIVA) bij volwassenen. Çevrimiçi adres www.kenniscentrumadhd.bijvolwassenen.nl, 2007 ve İngilizce olarak Kaynak 2'de yayınlanmıştır.
4. Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, Ollendick T, Frick PJ, Greenhill L, McBurnett K, Newcorn JH, Kerdyk L, Garfinkel B, Waldman I, Shaffer D: Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: a report from the DSM-IV field trials. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(9):1211-21.
5. Barkley RA, Biederman J: Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(9):1204-10.
6. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C, Adamson JJ, Monuteaux MC: Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? Am J Psychiatry 2006; 163(10):1720-9.
7. Kooij JJS, Boonstra AM, Willemsen-Swinkels SHN, Bekker EM, de Noord I, Buitelaar JL: Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report regarding symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adult patients. J Atten Disorders 2008; 11(4):445-458.

Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR). Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000 den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, (Ankara, 2001) izni ile yeniden basılmıştır.

Hasta Adı

Doğum tarihi

Cinsiyet

☐ E / ☐ K

Test uygulama tarihi

Araştırmacı Adı

Hasta numarası

Bölüm 1: Dikkat eksikliği belirtileri (DSM-IV A1 ölçütleri)

Yönerge: Yetişkinlerde belirtiler en az 6 aydır bulunuyor olmalıdır. Çocukluk dönemindeki belirtiler 5 – 12 yaşları ile ilgilidir. Herhangi bir belirtinin DEHB'ye bağlanabilmesi için kronik ve süreklilik arz eden bir seyir göstermeli ve epizodik olmamalıdır.

D1

Ayrıntılara yeterince dikkat etmek konusunda sık sık sorun yaşıyor veya işinizde ya da diğer etkinliklerde sık sık dikkatsizce hatalar yapıyor musunuz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Dikkatsizce hatalar yapmak
- ☐ Hata yapmayı engellemek için yavaş çalışmak
- ☐ Talimatları dikkatlice okumamak
- ☐ Ayrıntılı çalışmalar yaparken zorlanmak
- ☐ Ayrıntılı görevleri tamamlamak için çok fazla zamana ihtiyaç duymak
- ☐ Ayrıntılarda tıkanmak
- ☐ Çok hızlı biçimde çalışmak ve bu nedenle hatalar yapmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi örnekleri**

- ☐ Okul ödevlerinde dikkatsizce hatalar yapmak
- ☐ Soruları iyi okumamaktan dolayı hatalar yapmak
- ☐ İyi okumamaktan dolayı soruları yanıtsız bırakmak
- ☐ Sınav kâğıdının arka kısmını yanıtsız bırakmak
- ☐ Dikkatsiz çalıştığı için başkaları tarafından eleştirilmek
- ☐ Ödevlerin yanıtlarını kontrol etmemek
- ☐ Ayrıntılı görevleri tamamlamak için çok fazla zamana ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D2

Verilen görevlerde dikkatinizi sürdürmekte sık sık zorlanıyor musunuz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Görevlere uzun süre dikkati verememek *
- ☐ Kendi düşünceleri veya çağrışımları nedeniyle dikkatin çok çabuk dağılması
- ☐ Bir filmi sonuna kadar izlemekte veya kitap okumakta zorlanmak*
- ☐ Herhangi bir şeyden çabuk sıkılmak*
- ☐ Konuşulmuş olan konular hakkında sorular sormak
- ☐ Diğer:

* Konuyu gerçekten ilgi çekici bulmadıkça (örneğin bilgisayar veya hobi)

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Dikkati okul ödevlerine vermekte güçlük çekmek
- ☐ Dikkati oyunlara vermekte güçlük çekmek*
- ☐ Dikkatin çabuk dağılması
- ☐ Konsantrasyon zorluğu*
- ☐ Dikkatin dağılmasını önlemek için yapılandırılmaya gereksinim duymak
- ☐ Etkinliklerden çabuk sıkılmak*
- ☐ Diğer:

* Konuyu gerçekten ilgi çekici bulmadıkça (örneğin bilgisayar veya hobi)

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D3

Sizinle doğrudan konuşulurken sık sık sanki dinlemiyormuşsunuz gibi görülüyor mu? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Rüya aleminde olmak veya dalgın olmak
- ☐ Karşılıklı konuşurken konsantre olmakta zorluk
- ☐ Sonradan, bir konuşmanın ne hakkında olduğunu hatırlamamak
- ☐ Konuşma sırasında konuyu sık sık değiştirmek
- ☐ İnsanların size aklınızın başka yerde olduğunu söylemesi
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Anababa/öğretmenlerinin ne söylediğini bilmemek
- ☐ Rüya aleminde olmak veya dalgın olmak
- ☐ Sadece göz teması kurulduğunda ya da ses yükseltildiğinde dinlemek
- ☐ Sık sık yeniden hitap etmek gerekmesi
- ☐ Soruların tekrar edilmesinin gerekmesi
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D4

Yönergelere (talimatlara) uymakta ve işleri bitirmekte sık sık başarısız olur musunuz veya işyerinde sorumluluklarınızı yerine getirmek konusunda başarısız mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ İşleri tamamlayamadan karman çorman etmek
- ☐ Yapılan iş yeni olma özelliğini yitirdiğinde bitirmekte güçlük çekmek
- ☐ Görevleri tamamlamak için bir görev teslim tarihine ihtiyaç duymak
- ☐ İdari işleri bitirme güçlüğü
- ☐ Kullanma talimatlarını takip etme güçlüğü
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Yönergelere uyma güçlüğü
- ☐ Birden çok adımdan oluşan görevlerde güçlük çekmek
- ☐ İşleri bitirememek
- ☐ Ev ödevini bitirememek ya da teslim etmemek
- ☐ Verilen görevleri bitirmek için çok fazla yapılandırmaya gereksinim duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D5

Görev ve etkinlikleri düzenlemekte sık sık güçlük çekiyor musunuz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Günlük işleri planlamakta güçlük çekmek
- ☐ Ev ve/veya çalışma alanının dağınık olması
- ☐ Çok sayıda iş için plan yapmak ya da verimli plan yapamamak
- ☐ Sıklıkla aynı saatte farklı işler için ya da farklı kişilere randevu vermek (çifte randevu)
- ☐ Geç kalmak
- ☐ Ajanda veya günlük kullanırken süreklilik gösterememek
- ☐ Programlara sabit kalma gereksinimi nedeniyle esnek olamamak
- ☐ Zaman mefhumunun yetersiz olması
- ☐ Zaman programları yapmak ama bunları kullanmamak
- ☐ Konuları düzenlemek için başkalarına ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Zamanında hazırlanmakta güçlük çekmek
- ☐ Odanın ya da masanın dağınık olması
- ☐ Kendi başına oynamakta güçlük çekmek
- ☐ İş ya da ev ödevlerinin planlanmasında güçlük çekmek
- ☐ İşleri karışık yapmak
- ☐ Geç kalmak
- ☐ Kötü zaman kavramı, zamanı ayarlayamamak
- ☐ Kendi kendine vakit geçirmekte güçlük çekmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D6

Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden sıklıkla kaçır (ya da sevmeyi veya yapmak istemeyi) mısınız? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Öncelikle kolay ya da eğlenceli olan şeyleri yapmak
- ☐ Sıkıcı ya da güç görevleri sıkça ertelemek
- ☐ Teslim tarihini kaçırarak şekilde görevleri ertelemek
- ☐ İdari işler gibi monoton işlerden kaçmak
- ☐ Zihinsel çaba gerektirdiği için okumayı sevmemek
- ☐ Çok konsantrasyon gerektiren işlerden kaçınmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Okul ödevlerinden kaçınmak ya da sevmemek
- ☐ Zihinsel çaba gerektirdiği için az kitap okumak ya da okumak istememek
- ☐ Çok konsantrasyon gerektiren görevlerden kaçınmak
- ☐ Okulda çok konsantrasyon gerektiren konuları sevmemek
- ☐ Sıkıcı ya da zor görevleri sıkça ertelemek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D7

Görev ya da etkinlikler için gerekli olan araçları sıkça kaybeder misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Cüzdan, anahtar veya ajanda kaybetmek
- ☐ Sık sık eşyaları olduğu yerde bırakıp, unutmak
- ☐ İş için gerekli evrakları kaybetmek
- ☐ Eşya aramaya çok zaman harcamak
- ☐ Diğer insanlar eşyaların yerini değiştirdiğinde paniğe kapılmak
- ☐ Eşyalarını kaldırırken yanlış yerlere koymak
- ☐ Listeler, telefon numaraları veya notları kaybetmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Ajanda, kalem, beden eğitimi eşyaları veya başka eşyaları kaybetmek
- ☐ Kıyafet, oyuncak veya ev ödevlerini kaybetmek
- ☐ Eşya aramaya çok zaman harcamak
- ☐ Diğer insanlar eşyaların yerini değiştirdiğinde paniğe kapılmak
- ☐ Anababa/öğretmenin kaybolan eşyalarla ilgili eleştiride bulunması
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

D8Sık sık dış uyaranlar tarafından dikkatiniz kolayca dağılır mı? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?***Erişkinlik dönemi örnekleri**

- ☐ Dış uyaranlara kendini kapatmakta güçlük çekmek
☐ Dikkat dağıldıktan sonra yeniden işe odaklanmakta güçlük çekmek
☐ Sesler veya olaylardan dolayı dikkatin kolayca dağılması
☐ Başka insanların kendi aralarında konuşmalarını dinleme eğilimi
☐ Bilgiyi filtreleme ve/veya seçmekte güçlük çekmek
☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi örnekleri**

- ☐ Sınıftayken sık sık dışarıya bakmak
☐ Sesler veya olaylardan dolayı dikkatin kolayca dağılması
☐ Dikkat dağıldıktan sonra tekrar işe dönmekte güçlük çekmek
☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**D9**Günlük etkinliklerinizde sık sık unutkanlık yaşıyor musunuz? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?***Erişkinlik dönemi örnekleri**

- ☐ Randevuları ya da başka sorumlulukları unutmak
☐ Anahtarları, ajandayı vb. unutmak
☐ Randevuların sıkça hatırlatılmasının gerekmesi
☐ Unutulan eşyaları almak için eve geri dönmek zorunda kalmak
☐ İşleri unutmadığından emin olmak için katı biçimde listeler kullanılması
☐ Günlük ajandaya not almayı ya da bakmayı unutmak
☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi örnekleri**

- ☐ Randevuları veya yönergeleri unutmak
☐ Sıkça hatırlatma yapılmasının gerekmesi
☐ Bir görevin yarısında ne yapılması gerektiğini unutmak
☐ Okul eşyalarını beraberinde götürmeyi unutmak
☐ Eşyaları okulda ya da arkadaşların evinde unutmak
☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır**Ek Ölçüt A****Erişkinlik dönemi:**

Yukarıdaki dikkat eksikliği belirtileri sizde diğer insanlara göre daha fazla mıdır ya da onlara kıyasla daha sık yaşıyor musunuz?

☐ Evet / ☐ Hayır**Çocukluk dönemi:**

Yukarıdaki dikkat eksikliği belirtileri sizde akranınız olan çocuklara kıyasla daha fazla mıydı ya da bunları yaşadığınıza kıyasla daha sık yaşıdınız mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Bölüm 2: Hiperaktivite –dürtüsellik belirtileri (DSM-IV A2 ölçütleri)

Yönerge: Yetişkinlerde belirtiler en az 6 aydır bulunuyor olmalıdır. Çocukluk dönemindeki belirtiler 5 – 12 yaşları ile ilgilidir. Herhangi bir belirtinin DEHB'ye bağlanabilmesi için kronik ve süreklilik arz eden bir seyir göstermeli ve epizodik olmamalıdır.

H/D 1

Ellerinizi ya da ayaklarınızı sık sık huzursuzca oynatır mısınız veya sandalyenizde sık sık kıpırdanır mısınız? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Sabit oturmakta güçlük çekmek
- ☐ Bacakların kıpır kıpır olması
- ☐ Kalem tıkırdatmak veya başka bir şeyle oynamak
- ☐ Tırnak yemek veya saçla oynamak
- ☐ Huzursuzluğu kontrol edebilmek ancak bunun sonucunda strese girmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Anababanın sık sık "sessiz otur" ve benzeri söylemleri
- ☐ Bacakların kıpır kıpır olması
- ☐ Kalem tıkırdatmak veya başka bir şeyle oynamak
- ☐ Tırnak yemek veya saçla oynamak
- ☐ Sandalyede sakince oturamamak
- ☐ Huzursuzluğu kontrol edebilmek ancak bunun sonucunda strese girmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 2

Oturmanızın beklendiği durumlarda genellikle ayağa kalkar mısınız? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Konferans, toplantı, cami vb. yerlere gitmekten kaçınmak
- ☐ Oturmak yerine gezinmeyi tercih etmek
- ☐ Asla uzun süre sakince oturamamak, sürekli hareket halinde olmak
- ☐ Sakince oturma güçlüğünden dolayı gergin olmak
- ☐ Yürümek için bahaneler uydurmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Yemek yerken veya sınıfta sık sık ayağa kalkmak
- ☐ Okulda ya da yemeklerde yerinde oturmakta çok güçlük çekmek
- ☐ Oturması gerektiği konusunda uyarı almak
- ☐ Biraz yürüebilmek için bahaneler uydurmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 3

Kendinizi sıkça huzursuz hisseder misiniz? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ İçsel huzursuzluk ya da ajitasyon hissi
- ☐ Sürekli bir şeylerle meşgul olmak zorunda olduğu hissine sahip olmak
- ☐ Rahatlayıp gevşemek konusunda zorlanmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Sürekli koşturmak
- ☐ Mobilyalara tırmanmak veya koltuklarda zıplamak
- ☐ Ağaçlara tırmanmak
- ☐ İçsel huzursuzluk hissi
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 4

Boş zamanlarda yaptığınız rahatlatıcı etkinliklerinizle sakin bir şekilde uğraşmakta zorlanır mısınız? Ve *çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Yürütülen faaliyetler sırasında konuşulması uygun olmayan yerlerde konuşmak
- ☐ Toplum içinde hep dikkatleri üzerine çekmeyi istemek
- ☐ Her türlü durumda sesli olmak
- ☐ Yürütülen faaliyetleri sessiz bir şekilde yapmakta zorlanmak
- ☐ Alçak sesle konuşmakta zorlanmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Oyun oynarken veya sınıfta yüksek sesle konuşmak
- ☐ Televizyon ya da filmleri sessizce izleyememek
- ☐ Daha sessiz ya da sakin olması gerektiği yönünde eleştirilmek
- ☐ Toplum içinde hep dikkatleri üzerine çekmeyi istemek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 5

Genellikle hareket halinde misiniz ya da sanki bir "motor takılmış gibi" mi davranırsınız? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Sürekli bir şeylerle meşgul olmak
- ☐ Çok enerjik olmak, sürekli hareket halinde olmak
- ☐ Kendi sınırlarını aşmak
- ☐ İşleri kendi haline bırakmakta zorlanmak, duramamak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Sürekli meşgul olmak
- ☐ Okulda ve evde dikkat çekici bir şekilde aktif olmak
- ☐ Çok enerjik olmak
- ☐ Sürekli hareket halinde olmak, duramamak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 6

Genellikle aşırı mı konuşursunuz? Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ İnsanları yoracak şekilde konuşmayla meşgul olmak
- ☐ Durmaksızın konuşan biri olarak tanınmak
- ☐ Konuşmayı kesmekte zorlanmak
- ☐ Çok konuşma eğilimi
- ☐ Konuşmalar sırasında başkalarına fırsat vermemek
- ☐ Bir şeyi anlatmak için çok sayıda sözcüğe ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Geveze olarak bilinmek
- ☐ Öğretmen ve anababaların sık sık sizden sessiz olmanızı istemeleri
- ☐ Karnelerde çok konuşmaya dair yorumlar bulunması
- ☐ Çok konuştuğu için ceza almak
- ☐ Okulda çok konuşarak başkalarını dersten alıkoymak
- ☐ Konuşmalarda başkalarına fırsat vermemek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 7

Genellikle sorulan soru tamamlanmadan mı yanıt verirsiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Geveze olmak, aklından geçeni söylemek
- ☐ Konuştuğu şeyleri öncesinde düşünmemek
- ☐ İnsanlar sözlerini bitirmeden cevap vermek
- ☐ Başkalarının cümlelerini tamamlamak
- ☐ Patavatsız olmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Geveze olmak, düşünmeden konuşmak
- ☐ Okulda sorulara ilk yanıt veren kişi olmayı istemek
- ☐ Yanlış olsa dahi ilk önce cevap vermek
- ☐ Başkaları cümlelerini bitirmeden söze girmek
- ☐ Patavatsızca konuştuğu için kırıncı olmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 8

Genellikle sıra beklemekte zorluk çeker misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Kuyrukta beklemekte güçlük çekmek, öne geçmek
- ☐ Trafikte/trafik sıkıştığında sabırla beklemekte güçlük çekmek
- ☐ Konuşmalarda sırasını beklemekte zorluk çekmek
- ☐ Sabırsız olmak
- ☐ İlişkilere/işlere hızlı başlamak ya da sabırsızlıktan bunları çabuk bırakmak
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Grup etkinlikleri/oyunlarda sıra bekleyememek
- ☐ Sınıfta sırasını bekleyememek
- ☐ Hep ilk konuşan ya da harekete geçen olmak
- ☐ Kolayca sabrının taşması
- ☐ Sağa sola bakmadan yola atlayıp karşıdan karşıya geçmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

H/D 9

Genellikle başkalarının işlerini böler ya da onları rahatsız eder misiniz? *Ve çocukluğunuzda bu durum nasıldı?*

Erişkinlik dönemi örnekleri

- ☐ Başkalarının işine karışmakta acele etmek
- ☐ Başkalarını bölmek
- ☐ İstenmediği halde başkalarını uğraşları sırasında rahatsız etmek
- ☐ Başkalarının işlerine karıştığı yönünde eleştirilme
- ☐ Başkalarının sınırlarına saygı duymakta güçlük
- ☐ Her konu hakkında bir fikir sahibi olmak ve bunu hemen ifade etmek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi örnekleri

- ☐ Başkalarının oyununu bölmek
- ☐ Başkalarının konuşmalarını bölmek
- ☐ Her şeye tepki vermek
- ☐ Bekleyememek
- ☐ Diğer:

Belirti var mı? ☐ Evet / ☐ Hayır

Ek ölçüt A**Erişkinlik dönemi:**

Yukarıdaki hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde diğer insanlara göre daha fazla mıdır, ya da onlara kıyasla daha sık yaşar mısınız?

☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk dönemi:

Yukarıdaki hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde akranınız olan çocuklara kıyasla daha fazla mıydı, ya da bunları yaşıtlarınıza kıyasla daha sık yaşadınız mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Bölüm 3: Belirtiler sonucu yaşanan Bozulma (DSM-IV B, C ve D ölçütleri)

Ölçüt B

Yukarıda bahsedilen dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri sizde her zaman var mıydı?

- ☐ Evet (bazı belirtiler yedi yaşından önce de vardı)
- ☐ Hayır

Hayırsa, başlangıç yaşı

Ölçüt C

Yukarıda bahsedilen belirtilerle ilgili olarak hangi alanlarda sorunlar yaşadınız veya yaşamaktasınız?

Erişkinlik dönemi

İş/Eğitim

- ☐ İş için gerekli eğitimlerin tamamlanmaması
- ☐ İşin eğitim düzeyinin altında olması
- ☐ Bir işyerinden çabuk sıkılmak
- ☐ Çok sayıda kısa süreli işlerde çalışma, sık iş değiştirmeyi alışkanlık haline getirmek
- ☐ İdari işlerde/plan yaparken güçlük çekmek
- ☐ Bir işte terfi edememek
- ☐ İşyerinde yeterli performans gösterememek
- ☐ Kavga ederek ayrılmak ya da işten çıkarılmak
- ☐ Belirtiler sonucu hastalık yardımı/ maluliyet maaşı almak
- ☐ Zeka düzeyinin yüksek olması nedeniyle bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Yapılandırılmış dış ortam sonucu bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Diğer:

İlişkiler ve/veya aile

- ☐ İlişkilerde çabuk sıkılmak
- ☐ Anı ve dürtüsel biçimde ilişkilere başlamak/bitirmek
- ☐ Belirtiler nedeniyle ilişkideki dengenin bozuk olması
- ☐ İlişki sorunları, çok tartışmak, samimiyet eksikliği
- ☐ Belirtilerden dolayı boşanma
- ☐ Belirtilerden dolayı cinsellik sorunları
- ☐ Belirtilerden dolayı çocuk yetiştirme sorunları
- ☐ Ev işleri ve/veya ev idaresinde güçlük çekmek
- ☐ Ekonomik sorunlar veya kumar
- ☐ İlişki başlatma korkusu
- ☐ Diğer:

Çocukluk ve ergenlik dönemi

Eğitim

- ☐ Eğitim seviyesinin zeka ya göre beklenenin altında kalması
- ☐ Konsantrasyon sorunları nedeniyle sınıfta kalmak
- ☐ Eğitimi yarım bırakmak/okuldan atılmak
- ☐ Eğitimin tamamlanması için geçen sürenin normalden çok daha uzun olması
- ☐ Zeka düzeyine uygun eğitim almak için çok fazla emek harcamak
- ☐ Ödev yapmakta zorlanmak
- ☐ Belirtiler nedeniyle özel eğitim alınması
- ☐ Davranışlar/konsantrasyon hakkında öğretmenlerin uyarıda bulunması
- ☐ Zeka düzeyinin yüksek olması nedeniyle bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Yapılandırılmış dış ortam sonucu bozulmanın telafi edilerek sınırlı düzeyde kalması
- ☐ Diğer:

Aile

- ☐ Kardeşlerle sık sık kavga etmek
- ☐ Sık sık ceza almak veya dayak yemek
- ☐ Çatışmalardan dolayı aile ile az temas kurmak
- ☐ Anababaların yapılandırmasına/kurallarına normalde olduğundan daha uzun süre ihtiyaç duymak
- ☐ Diğer:

Erişkinlik dönemi (devam)**Sosyal İlişkiler**

- ☐ Sosyal ilişkilerden çabuk sıkılmak
- ☐ Sosyal ilişkileri devam ettirmekte güçlük çekmek
- ☐ İletişim sorunlarından dolayı çatışmalar
- ☐ Sosyal temaslar başlatmakta güçlük çekmek
- ☐ Olumsuz deneyimlerden dolayı iddiasız olmak, kendini ortaya koyamamak
- ☐ Özenli ve nazik olmamak (örn. kart göndermeyi/kutlama-hastalık- taziye vb. konularda empati yapmayı/telefon etmeyi unutmak vs.)
- ☐ Diğer:

Boş zaman/hobi

- ☐ Boş zamanlarda yeterince rahatlayamamak
- ☐ Rahatlayabilmek için çok fazla spor yapmak zorunda olmak
- ☐ Aşırı spor yapmaktan dolayı yaralanmalar
- ☐ Bir kitabı ya da filmi bitirememek
- ☐ Sürekli meşgul olduğu için aşırı yorgun düşmek
- ☐ Hobilerden çabuk sıkılmak
- ☐ Dikkatsizce araba kullanmaktan dolayı kazalara/hiyetin alınması
- ☐ Heyecan aramak ve/veya çok fazla risk almak
- ☐ Karakola/adliyeye düşmek
- ☐ Yeme krizleri
- ☐ Diğer:

Özgüven/Kendilik algısı

- ☐ Başkalarının olumsuz söylemlerinden dolayı kendinden emin olamamak
- ☐ Yaşadığı başarısızlıklar nedeniyle kendi hakkında olumsuz düşünmek
- ☐ Yeni işlere başlarken başarısız olmaktan korkmak
- ☐ Eleştiriye aşırı derecede tepki vermek
- ☐ Mükemmeliyetçilik
- ☐ DEHB belirtilerinden dolayı endişeli olmak
- ☐ Diğer:

Çocukluk ve ergenlik dönemi (devam)**Sosyal Temaslar**

- ☐ Sosyal ilişkileri devam ettirmekte güçlük çekmek
- ☐ İletişim sorunlarından dolayı çatışmalar
- ☐ Sosyal ilişkilere girmekte güçlük çekmek
- ☐ Olumsuz tecrübelerden dolayı iddialı olmamak
- ☐ Az sayıda arkadaşına sahip olmak
- ☐ Dalga geçilmesi
- ☐ Dışlanmak/gruba dahil edilmemek
- ☐ Kabadayılık yapmak
- ☐ Diğer:

Boş zaman/hobi

- ☐ Boş zamanda yeterince rahatlayamamak
- ☐ Rahatlayabilmek için çok fazla spor yapmak zorunda olmak
- ☐ Birçok spordan dolayı yaralanmalar
- ☐ Bir kitabı ya da filmi bitirememek
- ☐ Sürekli meşgul olduğu için aşırı yorgun düşmek
- ☐ Hobilerden çabuk sıkılmak
- ☐ Sansasyon aramak ve/veya çok fazla risk almak
- ☐ Karakola/adliyeye düşmek
- ☐ Başından çok sayıda kaza geçmesi
- ☐ Diğer:

Özgüven/Kendilik algısı

- ☐ Başkalarının olumsuz söylemlerinden dolayı kendinden emin olamamak
- ☐ Başarısızlık tecrübeleri nedeniyle kendi hakkında olumsuz düşünmek
- ☐ Yeni işlere başlarken başarısız olmaktan korkmak
- ☐ Eleştiriye aşırı derecede tepki vermek
- ☐ Mükemmeliyetçilik
- ☐ Diğer:

Erişkinlik dönemi: İki yada daha fazla ($2 \geq$) alanda bozulma var mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Çocukluk ve ergenlik dönemi: İki yada daha fazla ($2 \geq$) alanda bozulma var mı?

☐ Evet / ☐ Hayır

Görüşmenin sonu. Şimdi lütfen özetle devam ediniz.

Olası özellikler:

D ve HD belirtilerinin özeti

Bölüm 1 ve 2'de hangi ölçütlerin puanlandığını belirtin ve toplayın

Ölçüt DSM-IV TR	Belirti	Erişkinlik döneminde var	Çocukluk döneminde var
A1a	D1. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar		
A1b	D2. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık		
A1c	D3. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür		
A1d	D4. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlamamaya bağlı değildir)		
A1e	D5. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri, etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker		
A1f	D6. Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmeyi ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir		
A1g	D7. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli şeyleri kaybeder (örn; oyuncaklar, okul ödevleri, kalem, kitaplar ya da araç ve gereçler)		
A1h	D8. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık		
A1i	D9. Günlük etkinliklerde çoğu zaman unutkan		
Dikkat Eksikliği Toplam ölçüt sayısı:		/ 9	/ 9
A2a	H/D 1. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpırkır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur		
A2b	H/D 2. Çoğu zaman Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar		
A2c	H/D 3. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuturup durur ya da sağa sola tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde, öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir)		
A2d	H/D 4. Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır		
A2e	H/D 5. Çoğu zaman hareket halindedir ya da sanki bir motor takılıymış gibi davranır		
A2f	H/D 6. Çoğu zaman çok konuşur		
A2g	H/D 7. Çoğu zaman sorulan sorular tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır		
A2h	H/D 8. Çoğu zaman sırasını bekleme gücü vardır		
A2i	H/D 9. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn; başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)		
Hiperaktivite/Dürtüsellik toplam Ölçüt sayısı:		/ 9	/ 9

Puanlama Formu

DSM-IV Ölçüt A	Çocukluk dönemi D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı? H/D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı? Erişkinlik dönemi* D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı? H/D özelliklerinin sayısı ≥ 6 mı?	☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır
DSM-IV Ölçüt B	Belirtiler ve kısıtlanmalarla seyreden yaşam boyu süren bir örüntüye işaret ediyor mu?	☐ Evet / ☐ Hayır
DSM-IV Ölçüt C ve D	Belirti ve kısıtlanmalar kendisini en az 2 yaşam alanında göstermektedir Erişkinlik dönemi Çocukluk dönemi	☐ Evet / ☐ Hayır ☐ Evet / ☐ Hayır
DSM-IV Ölçüt E	Belirtiler başka bir ruhsal bozuklukla (daha iyi) açıklanamaz	☐ Hayır ☐ Evet
	Tanı tamamlayıcı bilgi kaynakları tarafından destekleniyor mu? Anababa/erkek kardeş/kız kardeş/diğer ** Partner/ iyi bir arkadaş /diğer ** Okul karneleri 0 = hiç/az destek 1 = biraz destek 2 = belirgin bir destek	☐ UD ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ UD ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ UD ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 Açıklama:
	DEHB Tanısı***	☐ Hayır Evet, alt tipi ☐ 314.01 Bileşik tip ☐ 314.00 Dikkatsizlik önde ☐ 314.01 Hiperaktivite-dürtüsellik önde

* Yapılan araştırmalara göre erişkin dönemde, dikkat sorunları ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik sorunlarının 4 ya da daha fazla sayıda olması, DEHB tanısı konması için yeterlidir. Kooij et al., Internal and external validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine* 2005; 35(6):817-827. Barkley RA: Age dependent decline in ADHD: True recovery or statistical illusion? *The ADHD Report* 1997; 5:1-5.

** Tamamlayıcı bilginin kimden alındığını belirtiniz.

*** Çocukluk dönemi ve erişkinlikte belirlenmiş olan alt tipler farklı ise, tanıda güncel erişkin alt tipi yürürlüktedir.



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 çeşit seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra o maddenin yanındaki harfin üzerine (x) işaretini koyunuz.

1. a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
b) Kendimi üzgün hissediyorum.
c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. a) Gelecekte umutsuz değilim.
b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum.
c) Gelecekte beklediğim hiç bir şey yok.
d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmez.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Çevremdeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığım olduğunu görüyorum.
d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. a) Herşeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
b) Bazı şeyler için cezalandırılabileceğimi hissediyorum.
c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
d) Cezalandırılacağımı hissediyorum.
7. a) Kendimden hoşnutum.
b) Kendimden pek hoşnut değilim.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
d) Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
10. a) Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabiliyordum ama şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Her zamankinden daha sinirli değilim.
b) Her zamankinden daha kolayca sinirlenebiliyorum ve kızıyorum.
c) Çoğu zaman sinirliyim.
d) Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenmiyorum.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgililiyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum.
b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum.
c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. a) Dış görünüşümü eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzüleniyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor.
c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç bir iş yapamıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum.
b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum.
c) Şu sıralarda neredeyse her şey beni yoruyor.
d) Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şu sıralarda iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim. Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum.
Evet ☐
Hayır ☐
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağır, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılar beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşamımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine oranla cinsel konulara daha az ilgileniyorum.
c) Şu sıralarda cinsellikle pek ilgili değilim.
d) Artık cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

EK 6

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
		(1)	(2)	(3)	(4)
1.	<i>Şu anda sakinim</i>				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Şu anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sınırlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutuyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alırım ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlara karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüznü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Durumluk ve Sürekli Kaygı Değerlendirmesi

STAI FORM TX-1

İsim:

Cinsiyet:

Yaş: Meslek:

Tarih:/...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

EK 7



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

YEME TUTUMU TESTİ (YTT-40)

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen şıkla işaretleyiniz.

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

- | a | b | c | d | e | f | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| () | () | () | () | () | () | 1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım. |
| () | () | () | () | () | () | 2. Başkaları için yemek pişiririm ama pişirdiğim yemeği yemem. |
| () | () | () | () | () | () | 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum. |
| () | () | () | () | () | () | 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar. |
| () | () | () | () | () | () | 5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım. |
| () | () | () | () | () | () | 6. Aklım fikrim yemektedir. |
| () | () | () | () | () | () | 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur. |
| () | () | () | () | () | () | 8. Yiyeceğimi küçük parçalara bölerim. |
| () | () | () | () | () | () | 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim. |
| () | () | () | () | () | () | 10. Ekmek, patates, pirinç, gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. |
| () | () | () | () | () | () | 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim. |
| () | () | () | () | () | () | 12. Ailem fazla yememi bekler. |
| () | () | () | () | () | () | 13. Yemek yedikten sonra kusarım. |
| () | () | () | () | () | () | 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım. |
| () | () | () | () | () | () | 15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır. |
| () | () | () | () | () | () | 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım. |
| () | () | () | () | () | () | 17. Günde birkaç kez tartılırım. |
| () | () | () | () | () | () | 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım. |
| () | () | () | () | () | () | 19. Et yemekten hoşlanırım. |
| () | () | () | () | () | () | 20. Sabahları erken uyanırım. |
| () | () | () | () | () | () | 21. Günlerce aynı yemeği yerim. |
| () | () | () | () | () | () | 22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım. |
| () | () | () | () | () | () | 23. Adetlerim düzenlidir. |
| () | () | () | () | () | () | 24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür. |
| () | () | () | () | () | () | 25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder. |
| () | () | () | () | () | () | 26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden uzun sürer. |
| () | () | () | () | () | () | 27. Lokantada yemek yemeyi severim. |
| () | () | () | () | () | () | 28. Müshil kullanırım. |
| () | () | () | () | () | () | 29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım. |
| () | () | () | () | () | () | 30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim. |
| () | () | () | () | () | () | 31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm. |
| () | () | () | () | () | () | 32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim. |
| () | () | () | () | () | () | 33. Yemek yeme konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim. |
| () | () | () | () | () | () | 34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır. |
| () | () | () | () | () | () | 35. Kabızlıktan yakınırım. |
| () | () | () | () | () | () | 36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum. |
| () | () | () | () | () | () | 37. Perhiz yaparım. |
| () | () | () | () | () | () | 38. Midemin boş olmasından hoşlanırım. |
| () | () | () | () | () | () | 39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım. |
| () | () | () | () | () | () | 40. Yemeklerden sonra içimden kısmak gelir. |



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

B) ROSENBERG ÖLÇEĞİ: (ilk on maddesi)

1- Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

2- Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

3- Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

4- Ben de, diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

5- Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

6- Genel olarak kendimden memnunum.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

7- Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

8- Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

9- Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

10- Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.

- a) Çok doğru
- b) Doğru
- c) Yanlış
- d) Çok yanlış

BEDEN BÖLGELERİNDEN VE ÖZELLİKLERİNDEN HOŞNUT OLMA ÖLÇEĞİ

ACIKLAMA:

Bu araç sizin beden bölgelerinizden ve özelliklerinizden hoşnut olup olmadığınızı ve ne derece hoşnut olduğunuzu belirlemeyi amaçlamaktadır. Sıra ile belirtilen beden bölgelerinizden çok hoşnut iseniz "son derece hoşnutum", hoşnut iseniz "oldukça hoşnutum", söz konusu beden bölgelerinizden hoşnut olup olmama konusunda bir fikriniz yok ise "kararsızım", hoşnut değilseniz "hoşnut değilim", hiç hoşnut değilseniz "hiç hoşnut değilim" seçeneğinin altındaki boşluğu işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi boş bırakmamaya çalışınız.

ÖRNEK: Ten rengi maddesinde, ten renginizden hiç hoşnut değilseniz "hiç hoşnut değilim" ifadesinin altındaki boşluğu işaretleyiniz.

Son Derece Hoşnutum (5)	Oldukça Hoşnutum (4)	Kararsızım (3)	Pek Hoşnut Değilim (2)	Hiç Hoşnut Değilim (1)
☐	☐	☐	☐	☐

ACIKLAMALAR:

Beden Oranları : Bir insanın bedeninde gövde, kol, bacak ve ayakların birbiri ile Oranları

Beden duruşu : Bir insanın boyunu belli edecek genel görüntüsü, endam. Dik ya da eğik, kambur vb. duruşlarla ilgilidir.



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

BEDEN BÖLGELERİNDEN VE ÖZELLİKLERİNDEN HOŞNUT OLMA ÖLÇEĞİ

(ERKEKLER/KADINLAR)

	Son Derece Hoşnutum (5)	Oldukça Hoşnutum (4)	Kararsızım (3)	Pek Hoşnut Değilim (2)	Hiç Hoşnut Değilim (1)
BEDENİN GENEL GÖRÜNÜMÜ					
Beden oranları	☐	☐	☐	☐	☐
Bedenin duruşu	☐	☐	☐	☐	☐
Spor yeteneği	☐	☐	☐	☐	☐
Ten rengi	☐	☐	☐	☐	☐
Kas gücü	☐	☐	☐	☐	☐
Boy	☐	☐	☐	☐	☐
Kilo	☐	☐	☐	☐	☐
YÜZ					
Yüz güzelliği	☐	☐	☐	☐	☐
Saçlar	☐	☐	☐	☐	☐
Gözler	☐	☐	☐	☐	☐
Kulaklar	☐	☐	☐	☐	☐
Burun	☐	☐	☐	☐	☐
Ağız	☐	☐	☐	☐	☐
Dişler	☐	☐	☐	☐	☐
Ses	☐	☐	☐	☐	☐
Çene	☐	☐	☐	☐	☐
Yüzdeki kıl miktarı (E)	☐	☐	☐	☐	☐
BEDEN ÜYELERİ					
Omuzlar	☐	☐	☐	☐	☐
Kollar	☐	☐	☐	☐	☐
Eller	☐	☐	☐	☐	☐
Ayaklar	☐	☐	☐	☐	☐
GÖVDE					
Karın	☐	☐	☐	☐	☐
Kalçalar	☐	☐	☐	☐	☐
Bacak ve bilekler	☐	☐	☐	☐	☐
Göğüsler ve üst bölge	☐	☐	☐	☐	☐
Cinsel organ	☐	☐	☐	☐	☐



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı

YEME DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

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

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbir- de	1-5	6-11	12-15	16-21	22-27	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız mı ? (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 yemediğiniz oldu mu ?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız mı ? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn.kalori sınırlanması) belli kurallara uymaya çalıştınız mı ? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu edilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz mu ?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz mu ?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme yada kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme yada okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu mu ?	0	1	2	3	4	5	6

	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 düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu mu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktunuz oldu mu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz mu?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz mi?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu mu?	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 (sartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yedığınız sırada)?	
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yedğiniz 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.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirin de	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Hergün
19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz ? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	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.)	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.)	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.

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 sizi ne kadar üzerti ?	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-	Bedeninizi 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 ?

Buna bağlı olarak hap kullanıyor musunuz ?

EK 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 her zaman/ Her zaman
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. Aldırma estifi 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 ilgili düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

EK 12

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

İsim: Tarih:	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşıyor musunuz?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşıyorsunuz?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşıyorsunuz?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınıyor ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıyor, kıpırdanıyor ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşıyorsunuz?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşıyorsunuz?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıra gelmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

XIII-ÖZGEÇMİŞ

EĞİTİM

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi
(2012-2017)

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (2006-2012)

Kabataş Erkek Lisesi (2002-2006)

BİLİMSEL ÇALIŞMALAR

1-Poster Sunumu: Şizofreniyi Taklit Eden Çok Erken Başlangıçlı bir Frontotemporal Demans Olgusu- Türkiye Psikiyatri Dernegi 18. Yillik Toplantisi ve Klinik Eğitim Sempozyumu- 2014-Antalya

İLETİŞİM: selin2357@hotmail.com