



**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE VÜCUT KİTLE
İNDEKSİ İLE BAZI PSİKOPATOLOJİLER
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Öznur BOZGEYİK
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ**

Şubat-2012

**T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE VÜCUT KİTLE
İNDEKSİ İLE BAZI PSİKOPATOLOJİLER
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Öznur BOZGEYİK
RUH SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ**

Şubat-2012

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE BAZI
PSİKOPATOLOJİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

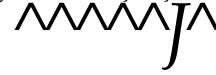
DR. ÖZNUR BOZGEYİK

09.03.2012

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

Prof. Dr. Abdurrahman KADAYIFÇI
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmamın "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.



Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÜNAL
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Yrd. Doç. Dr. Ahmet ÜNAL
2. Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ
3. Prof. Dr. Abdurrahman ALTIND,
4. Yrd. Doç. Dr. Remzi YİĞİTER
5. Yrd. Doç. Dr. Suat ZENGİN



I. ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim boyunca deneyimini ve bilgilerini benden esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ, Prof. Dr. Abdurrahman ALTINDAĞ, Doç. Dr. Osman VIRIT, Yrd. Doç. Dr. Ahmet Ünal ve Yrd. Doç. Dr. Feridun Bülbül'e teşekkür ederim.

Tez döneminde yaptığı katkılarından dolayı danışman hocam Prof. Dr. Haluk A. SAVAŞ'a ve beraber çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma ve bölümdeki tüm personele geçirilen güzel günler için ayrıca teşekkür ederim.

Eğitimim süresince bütün sıkıntılara ortak olan ve benden desteklerini esirgemeyen kıymetli eşime ve değerli aileme teşekkür ederim.

Dr. Öznur BOZGEYİK

Gaziantep, 2012

II. İÇİNDEKİLER

I. ÖNSÖZ	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. ÖZET	V
IV. ABSTRACT	VI
V. KISALTMALAR	VII
VI. TABLO LİSTESİ	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şişmanlık	3
2.1.1.Şişmanlığın Tanımı	3
2.1.2. Şişmanlığın Sıklığı	4
2.1.3. Şişmanlığın Etyolojisi	4
2.1.3.1. Nöroendokrin Nedenler	4
2.1.3.2. Genetik Nedenler	5
2.1.3.3. Çevresel Etmenler	5
2.1.3.4. Diğer Etmenler	6
2.1.3.5. Psikanalitik Görüşe Göre Şişmanlık	6
2.1.4. Şişmanlık Komplikasyonları	6
2.1.4.1. Tıbbi Komplikasyonlar	6
2.1.4.2. Psikolojik Komplikasyonlar	7
2.1.4.2.1. Beden İmajı ve Benlik Saygısı	7
2.1.4.2.2. Aile İlişkileri	8
2.1.4.2.3.Hayat Tarzı, Alışkanlıklar ve Sosyal yaşam	8
2.1.4.2.4. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları	9
2.1.4.2.5. Şişmanlık ve Diğer Ruhsal Hastalıklar	10
2.1.5. Şişmanlığın Tedavisi	11
2.2.İki uçlu Bozukluk	13

2.2.1.Tarihçe	13
2.2.2.Sınıflandırma	13
2.2.3.Epidemiyoloji	15
2.2.3.1.Sıklık ve Yaygınlık	15
2.2.3.2.Cinsiyet ve Yaş	15
2.2.3.3.Aile Öyküsü	16
2.2.3.4. Sosyoekonomik ve Kültürel Durum	16
2.2.3.5. Medeni Durum	16
2.2.4. Etyoloji	16
2.2.4.1. Genetik	16
2.2.4.2. Biyokimyasal Sebepler	17
2.2.4.3. Psikososyal ve Psikodinamik Etkenler	17
2.2.5. İki uçlu Bozukluklar İçin DSM IV-TR Hecme Ölçütleri	18
2.2.5.1.Majör Depresif Hecme Ölçütleri	18
2.2.5.2.Manik Hecme Ölçütleri	19
2.2.5.3.Hipomanik Hecme Ölçütleri	20
2.2.6.İki uçlu bozukluklar için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri	21
2.2.6.1.İki uçlu I Bozukluğu	21
2.2.6.2. İki uçlu I Bozukluğu, Tek Manik Hecme Tanı Ölçütleri	21
2.2.6.3. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Hipomanik Tanı Ölçütleri	22
2.2.6.4. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Manik Tanı Ölçütleri	22
2.2.6.5. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Karışık Tanı Ölçütleri	23
2.2.6.6. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Depresif Tanı Ölçütleri	24
2.2.6.7. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Belirlenmemiş Tanı Ölçütleri	24
2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	26
2.3.1. Tanımı	26
2.3.2. Tarihçesi	26
2.3.3. Epidemiyoloji	26
2.3.4. Etyolojisi	27
2.3.4.1. Nöroanatomik Yapılarla İlişkisi	27
2.3.4.2. Genetik	28

2.3.4.3. Psikososyal ve Çevresel Sebepler	28
2.3.4.4. Biyokimyasal Sebepler	28
2.3.5. Tanı ve Klinik Özellikler	29
2.3.6. Ek Hastalık	32
2.4. Kaygı	33
2.4.1. Tanım	33
2.4.2. Kaygı Belirtileri	33
2.4.3. Kaygı Bozukluklarının Sınıflandırılması	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Tipi	35
3.2. Araştırmanın Evreni	35
3.3. Araştırmanın Dâhil Etme ve Dışlama Ölçütleri	35
3.4. Araştırmanın Yürütülmesi	35
3.5. Veri Toplama Araçları	36
3.5.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu	36
3.5.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği	36
3.5.3. Beck Depresyon Envanteri	36
3.5.4. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)	37
3.5.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1)	37
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	37
4. BULGULAR	38
4.1. Sosyodemografik Özellikler	38
4.2. Ölçekler ile ilgili veriler	41
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	49
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	72

III. ÖZET

ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE VÜCUT KİTLE İNDEKSİ İLE BAZI PSİKOPATOLOJİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Dr. Öznur Bozgeyik

Uzmanlık Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Haluk A. Savaş

Şubat 2012, 82 Sayfa

Şişmanlık toplumun bütün kesimlerini ilgilendiren önemli bir halk sağlığı problemidir. Son yıllarda giderek yaygın bir sağlık sorunu haline gelmesi ve tıbbi komplikasyonlara bağlı erken ölümlerin olması, şişmanlığı üzerinde önemle durulması gereken bir konu haline getirmiştir. Araştırmalar, mortalite ve morbiditeye yol açmasının yanı sıra, ruhsal hastalıklar ile de ilişkili olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmanın birinci amacı toplum örnekleminde ruhsal belirti ölçüm düzeylerinin VKİ ile ilişkisini araştırmaktır.

Çalışmaya Gaziantep Üniversitesi öğrencisi olup gönüllü katılmayı kabul eden 1000 kişi alındı. Çalışmaya katılan öğrencilere sosyodemografik veri formu, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Kendi Bildirim Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) uygulandı. Öğrencilerin boy ve kilo değerlerine göre VKİ hesaplandı.

Öğrencilerin VKİ ortalaması 22.2 idi; %8.1'i zayıf, %74.7'si normal, %16.4'ü kilolu ve %0.7'si şişmandı. VKİ ile sadece STAI ölçeği arasında zayıf bir ilişki gözlemlendi.

Sonuç olarak VKİ ile duygudurum bozuklukları ve DEHB ölçümleri arasındaki başka çalışmalarda gösterilen ilişki, üniversite öğrencilerinde yaptığımız çalışmada gözlenmedi; bununla birlikte kaygı ölçümleri ile bir ilişki tespit edildi. Bu sonuçların bu yaş grubundaki şişman kişi sayısının az olması ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Anahtar kelimeler: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Şişmanlık, Duygudurum Bozuklukları

IV. ABSTRACT

RESEARCH OF THE RELATIONSHIP BETWEEN BODY MASS INDEX AND SOME PSYCHOPATHIES OF UNIVERSITY STUDENTS

Dr. Öznur Bozgeyik

Residency Thesis, Mental Health and Illnesses Department

Supervisor: Prof. Dr. Haluk A. Savaş

February 2012, 82 Pages

Obesity is an important public health problem which concerns all parts of community. The fact that it is becoming a common health problem in recent years and that there are premature deaths has made obesity an issue that has to be elaborated momentarily. Researches have indicated that it is related to mental illnesses along with causing mortality and morbidity.

The primary objective of this study is to search the relationship of mental symptom measurement levels and BMI in the sample of society.

1000 people who are Gaziantep University students and who accepted taking part voluntarily were taken. Sociodemographic data form, Mood Disorders Questionnaire, Adult Attention Deficiency Hyperactivity Disorder (ADHD) Self Report Scale, Beck Depression Inventory, Conditional-Constant Anxiety Inventory (STAI) were applied. To values of the weight and the height of students the BMIs were calculated.

The average BMI of students was 22.2 %; 8.1 % of them were thin, 74.7 % were normal, 16.4 % were overweight and 0.7 were obese. A slight relationship was observed only between BMI and STAI.

As a result, the relationship between mood disorders and ADHD measurements reported in other studies couldn't shown in our study hold with university students; all the same there was a relation between anxiety measurements. It is considered that these results can be related to the small number of obese people in this age group.

Key words: Adult Attention Deficiency Hyperactivity Disorder, Obesity, Mood Disorders

V.KISALTMALAR

VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
E-DEHB	: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
İUB	: İki uçlu Bozukluk
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
BTA	: Başka Türü Adlandırılmayan
HPA	: Hipotalamik-Pituiter-Adrenal
MDB	: Major Depresif Bozukluk
DSM-IV-TR	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
NE	: Norepinefrin
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
MHPG	: 3-metoksi-4-hidroksifenilglükol
GABA	: Gama Amino Butirik Asit
DRD	: Dopamin Almacı Geni
DAT1	: Dopamin Taşıyıcı Geni 1
SNAP-25	: Synaptosomal-associated protein
HTR1B	: Hydroxytryptamine receptor
VNTR	: Variable number of tandem repeats
DBÖ	: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği
ASRS	: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
STAI	: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM-IV

VI. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: VKİ'e göre erişkinlerde şişmanlığın sınıflandırılması	3
Tablo 2: DSM - IV TR İUB sınıflandırılması	14
Tablo 3a: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve VKİ'ne göre dağılımları	39
Tablo 3b: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve VKİ'ne göre dağılımları	39
Tablo 4: Öğrencilerin ailelerinin yaşadıkları yer ve durumlarına göre dağılımı	40
Tablo 5: Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre dağılımları	40
Tablo 6: Uygulanan ölçeklerin ortalamaları	41
Tablo 7: VKİ ve DBÖ pozitifliği arasındaki ilişki	42
Tablo 8: VKİ ve ölçek puanları arasındaki ilişki	43

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite (şişmanlık) dünyada önemli bir problem haline gelmektedir. Görülme oranları epidemik seviyeleri aşmıştır ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler etkilenmektedir (1). Obezitenin Türk Dil Kurumu Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü'ndeki karşılığı "şişmanlık, aşırı şişmanlık" olarak verilmiştir (2), bu çalışmada obezite yerine şişmanlık kelimesi kullanılacaktır.

Şişmanlık bedendeki yağların aşırı birikimiyle karakterize bir durumdur. Şişmanlığın önemli bir tanımlaması da vücut kitle indeksinin (VKİ) hesaplanmasıdır. 30 kg/m² ve üzerinde bir değer şişmanlık olarak tanımlanmaktadır (3). 25-29.9 kg/m² değeri aşırı kilo, 30-34.9 kg/m² sınıf I şişmanlık, 35-39.9kg/m² sınıf II şişmanlık, 40 kg/m² ve üzeri sınıf III ya da aşırı şişmanlık olarak sınıflandırılmıştır (4).

Şişmanlık ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Şişmanlığın diabetes mellitus, sistemik hipertansiyon, dislipidemi, inme, myokard infarktüsü, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, uyku apnesi, safra kesesi taşı, böbrek taşı, hiperürisemi, osteoartrit, polikistik over sendromu, infertilite, karaciğer steatozu, pulmoner embolizm, venöz tromboz, solunum fonksiyonu bozuklukları, belirli kanser türleri (kolorektal, prostat, endometrium, meme, safra kesesi) gibi durumlara bağlı olarak mortalite ve morbiditeyi artırdığı gösterilmiştir (4- 6).

Literatürde şişmanlık ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Şişman hastalarla normal vücut ağırlığına sahip olanlar arasında psikopatoloji açısından anlamlı bir fark olmadığını gösteren araştırmalar yanında şişman hastaların daha düşük benlik değerine sahip oldukları, psikopatolojik durumların daha fazla gözlemlendiği, özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının bulunduğu araştırmalar da bulunmaktadır (7- 10).

Genel toplumda şişmanlık ve ruhsal rahatsızlıklar arasında yapılmış daha az çalışma mevcuttur. Pickering, Amerika'da toplum örnekleminde yaptığı çalışmasında

şişmanlığın madde bağımlılığı, özgül fobi(bayanlar için) ve iki uçlu 1 bozuklukla (kadınlar için) ilişkili olduğunu göstermiştir (11). Alman toplumunda yapılmış depresyon, kaygı bozuklukları, somatoform bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarının araştırıldığı bir çalışmada şişman erkeklerde kaygı bozukluklarında artış saptanmakla birlikte; toplum tabanlı bakış açısından şişmanlık kendi başına ruhsal rahatsızlıklar için bir risk etmeni olarak değerlendirilmemiştir (12). Toplumda yapılan başka bir çalışmada ise erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (E-DEHB) ile aşırı kilolu olma ve şişmanlık ilişkili bulunmuştur (13).

İki uçlu bozuklukta (IUB) da şişmanlık genel popülasyondan daha sık görülür. Ayrıca retrospektif çalışmalar normal ağırlıklı hastalara göre şişmanlarda manik ve depresif hecmelerin daha sık olduğunu ve daha çok özkıyım girişiminde bulduklarını daha kısa ötimik dönem ve daha sık depresif alevlenme gösterdiklerine işaret etmiştir. Aşırı şişman kişilerin %89'u iki uçlu bozukluk yelpazesinde değerlendirilmiştir. En sık görülen iki uçlu II bozukluğudur. Özellikle aşırı aktivite ile karakterize olan hipomanik durum ciddi şişmanlık ile ilişkilidir (14).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) şişmanlığa eşlik etmesini inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Kabul edilen hipotezlerden biri dürtüsellik veya dikkat eksikliği ile ilgili DEHB belirtilerinin şişmanlık ile ilişkili anormal yeme davranışlarının gelişiminde önemli bir rol oynadığıdır. Hem şişmanlık hem DEHB tedavisinde DEHB belirtilerinin iyileştirilmesi kilo kaybına neden olabilir. Bu nedenle şişmanlarda bağımlılık ve yeme bozukluğu taranırken DEHB de değerlendirilmelidir (15).

Türkiye'de şişman hastalarda ve üniversite öğrencileri arasında ruhsal rahatsızlıklar, yeme tutumu gibi özellikleri araştıran çalışmalar bulunmaktadır; bilginiz dahilinde toplum örnekleminde yapılmış şişmanlık ve ruhsal rahatsızlıklar arasında ilişki araştıran bir çalışma bulunmamaktadır.

Biz araştırmamızda eğer varsa vücut kitle indeksi ile erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, iki uçlu, kaygı ve depresyon ölçüm sonuçlarının ilişkisini incelemeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şişmanlık

2.1.1. Şişmanlığın Tanımı

Şişmanlık başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada prevalansı giderek artan bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, vücuttaki yağ miktarının insan sağlığını olumsuz etkileyecek düzeyde artışı olarak tanımlanmıştır (1, 16). Şişmanlık, kişiye yüklediği ek hastalıklar ve toplumsal sorunlar ile birlikte süregen, ilerleyici, mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalık olarak kabul edilmektedir (17, 18).

DSÖ'nün de kabul ettiği, VKİ değerlerine göre bireyler; zayıf, normal, fazla kilolu, şişman olarak sınıflandırıldığı gibi şişmanlar da kendi aralarında sınıflara ayrılabilir. Kilo kilogram olarak, boy ise metrenin karesi olarak tanımlanmış olup; kg/m² olarak hesaplanmaktadır (19). DSÖ' ne göre; VKİ, kolay ulaşılabilen, cinsiyet ayırımı yapılmadan, yaştan bağımsız, noninvaziv olarak uygulanabilen, en yaygın ve geçerli standart bir boy ağırlık indeksidir (19).

VKİ yağ miktarının genel bir göstergesi olup, yağ dağılımı hakkında bilgi vermez. Bu nedenle büyüme çağındaki çocuklarda, hamilelerde, sporcularda, yaşlılarda, ödemle seyreden hastalığı olanlarda VKİ kullanılmamaktadır. Erişkinlerde VKİ' ne göre şişmanlığın sınıflandırılması Tablo 1'de gösterilmektedir (20).

Tablo 1: VKİ'e göre erişkinlerde şişmanlığın sınıflandırılması

Vücut Kitle İndeksi(kg/m²)
Zayıf < 18.5
Normal 18.5 - 24.9
Kilolu 25.0 - 29.9
Şişman \geq 30.0
Sınıf 1 şişmanlık 30.0 - 34.9
Sınıf 2 şişmanlık 35.0 - 39.9
Sınıf 3 şişmanlık (aşırı, morbid) \geq 40.0

2.1.2. Şişmanlığın Sıklığı

DSÖ tarafından yapılan çalışmalar sonunda dünyada şişmanlık yaygınlığının erkeklerde %10-20, kadınlarda ise %10-25 arasında bulunduğu ve yıllar içinde bu oranın daha da arttığı gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde şişmanlık hızıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada; 2015 yılında %30'unun, 2025 yılında ise %40'nın şişman olacağı öngörülmektedir (21). Obezitenin küresel prevalansı %8.2 olarak hesaplanmaktadır. Çin ve Japonya'da %5 olan prevalans, Samoa'da %75'e ulaşmaktadır (22).

Şişmanlık prevalansını etkileyen en önemli etmenler yaş, cins ve ırk olmakla birlikte sosyokültürel düzey, ailede şişman bireylerin varlığı ve beslenme alışkanlıklarının da prevalans üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (23). Şişmanlık oluşumundaki risk etmenlerinin bilinmesi korunma ve tedavi için gereklidir. Düşük eğitim durumu, evli olma ve çalışmama şişmanlık için risk etmenleri olarak bulunmuştur (24- 27). Kadınların gebelik sayısı arttıkça şişmanlık riski artmaktadır (20, 25). Yine sigara, alkol, spor gibi alışkanlıklar şişmanlık ile ilişkilidir (20, 28- 31). Yakın akrabada şişmanlık, şişmanlık için genetik bir risk etmeni olarak değerlendirilmektedir. Farklı ülkelerde 20-60 yaş grubunda şişmanlık prevalansı %10-40 arasındadır (20). Şişmanlık prevalansı yaş ile hem erkek, hem de kadınlarda artar. Ancak bu artış kadınlarda daha belirgindir (32, 33). Yapılan araştırmalarda, Türkiye'de kadınların daha şişman oldukları bulunmuştur (34, 35).

Hatemi ve arkadaşlarının 2002 yılında yapmış olduğu geniş çaplı araştırmada şişmanlık prevalansı %25 (kadınlarda %36, erkeklerde %17) olarak tespit edilmiştir (36). 2011 yılında Afyonkarahisar ilinde yapılan çalışmada ise şişmanlık prevalansı %31.7 iken, şişmanlık ve fazla kilolu toplam oranı %67.7 olarak bildirilmiştir (37).

2.1.3 Şişmanlığın Etyolojisi

Şişmanlık tek bir etkene değil, pek çok etmene bağlı olarak gelişmektedir. Şişmanlık ile mücadele etmek veya tedavi kararının verilmesinde altta yatan mekanizmaların yeterince anlaşılması gereklidir (38).

2.1.3.1. Nöroendokrin Nedenler

Endokrin nedenler şişmanlık etyolojileri içinde en az rastlanılan nedenler olmakla birlikte altta yatan bozukluğun tedavisi şişmanlığın da düzelmesine yol açtığı için önem taşır. Hayvan çalışmalarında hipotalamusun ventromedial bölgesindeki

lezyonların hiperinsülinizm, hiperfaji ve şişmanlığa neden olduğu gösterilmiştir. İnsanlarda bu bölgenin tümör, travma, iltihap gibi lezyonlardan etkilenmesi hipertrofik tipte bir şişmanlığa neden olmaktadır. Cushing sendromunda merkezi tipte bir şişmanlık söz konusudur. Hiperinsülinizm durumunda insülin, yağ hücrelerinin (adipositler) enerji kaynağı olarak kullanımını engelleyerek şişmanlığa yol açar. Hipotiroidide bazal metabolizma yavaşlaması ve miksödem gelişimi kilo artışına neden olur (39).

2.1.3.2. Genetik Nedenler

Son zamanlarda yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar, şişmanlığın genetik etmenlerden etkilendiğini göstermektedir. Aşırı kilolu ebeveynlerin çocukları da aşırı kilolu olma eğilimindedir. Bu durumun çocuklar biyolojik ebeveynlerinden ayrı yetiştirildiklerinde de geçerli olması şişmanlığın genetik etmenlerine işaret eder (22). İkizler ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalarda çekirdek ailede şişmanlık geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 arasında olduğu gösterilmiştir. Şişmanlık etyolojisindeki en önemli etmenlerden birisi ebeveynlerin şişman olmasıdır. Her iki ebeveyni şişman olan çocuklarda şişmanlık gelişme sıklığı %80, ebeveynlerinden birisi şişman olanlar %40, her iki ebeveyni de şişman olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (22).

2.1.3.3. Çevresel Etmenler

Endüstrileşme ve şehirleşme, insanların yaşam tarzında şişmanlığa yatkınlık oluşturabilecek önemli değişikliklere sebep olmuştur. Ayrıca yiyecek maddelerinin yüksek oranda şeker ve yağ içermeleri, hazır gıda tüketiminin artması ve “hızlı yemek” alışkanlığı da gerekenden fazla kalori alımına katkıda bulunmaktadır. Bu kalori alımına karşılık, ulaşımın büyük ölçüde araçlarla gerçekleştirilmesi ve oturarak yapılan işlerin artması gerekenden az enerji harcanmasına ve bunun sonucu da fiziksel hareketlilik eksikliğine sebep olmaktadır. Bu özellikleri taşıyan çevreye “şişmanlatıcı çevre” adı verilmektedir (40).

2.1.3.4. Diğer Etmenler

Bazı ilaçlar özellikle psikoaktif ilaçlar ve bazı hormon kimyasalları kilo aldırırlar. Bu ilaçlar içinde; antipsikotikler, antidepresanlar, antiepileptikler, glukokortikoidler, adrenerjik reseptör antagonistleri, serotonin antagonistleri ve antidiyabetikler (sulfonilüreler, glitazonlar, insülin) sayılabilir (41).

2.1.3.5. Psikanalitik Görüşe Göre Şişmanlık

Şişmanlığa ilişkin psikanalitik kuramlarda şişman bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık gereksinimleri bulunduğu ve bu kişilerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine takıldıkları vurgulanır. Bu döneme takılma aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile karakterize tipik bir kişilik yapısını oluşturur. Oral karakter yapısı etyolojik olarak önemlidir ve şişmanlık ile güçlü bir ilişkisi vardır (42).

Wilson, şişman hastaları etkili bir şekilde tedavi etmek için genellikle şişmanlığın başlıca nedeni olan dürtü bozukluğunu, bağımlı kişilik yapısını ve çocukluk alışkanlıklarını anlamak gerektiğini ifade etmektedir. Şişmanlığın bağımlılık olduğunu ve parmak emme, tırnak yeme, saç yolma, enkoprezis, enürezis gibi dürtü kontrol bozukluklarıyla sıklıkla birlikte bulunduğu dikkat çekmiştir (40). Psikiyatrik ya da psikodinamik tanı ne olursa olsun şişmanlık altta yatan dürtü bozukluğunun bir belirtisidir (43).

2.1.4. Şişmanlığın Komplikasyonları

2.1.4.1. Tıbbi Komplikasyonlar

Şişmanlık, morbidite ve mortalitede ciddi bir artışa neden olmaktadır. Şişmanlık prevalansının artması beraberinde şişmanlığa bağlı hastalıkların da sıklığının artmasına neden olmaktadır (44). Reflü hastalığı, safra taşı ve yağlı karaciğer sıklığı şişmanlık ile artmaktadır (44).

Şişmanlık ile yüksek tansiyon riski beş kat artmaktadır. Yüksek tansiyon olgularının %85'i, VKİ 25 üzeri olan kişiler ile ilişkilidir. Koroner arter hastalığı riski, VKİ' ndeki her bir puan artış ile 3.6 kat artmaktadır. Yüksek tansiyonu olan şişman

kadınların %70'inde sol ventrikül hipertrofisi bulunmaktadır. Kalp yetmezlikli hastaların %10'undan fazlasında şişmanlık yardımcı etmendir (45). Şişman bireylerde ayrıca kardiyomyopati, aritmi ve ani ölüm ile venöz tromboembolik hastalık gibi çeşitli klinik durumlar da sık görülmektedir. Birçok hastada bu klinik durumların birden fazlası aynı anda bulunabilir (46).

Şişman hastalarda solunum sistemi ile ilgili en sık görülen komplikasyonlar uykuda solunum bozuklukları, tıkaçıcı uyku apne sendromu ve şişmanlık hipoventilasyon sendromudur (47).

Polikistik over sendromunun %30-70'inde şişmanlık mevcuttur (48). Şişmanlık bazı kanser türleri ile ilişkili bulunmuştur. Şişmanlık ile erkeklerde kolon, rektum, prostat kanseri artarken kadınlarda ise rahim, safra yolları, meme ve yumurtalık kanseri sıklığı artmaktadır (44). Şişman kişilerde alt ekstremitte dejeneratif eklem hastalığı sıklığı artmakta ve erken yaşta osteoartrit gelişmektedir (49).

Bu durumların dışında şişmanlık ile üriner taş görülme sıklığı artmakta, bazı cilt değişiklikleri (stria, acantozis nigricans vs.) görülebilmektedir. Ek olarak cerrahi komplikasyon (enfeksiyon, insizyonel herni, anestezi ve yara komplikasyonları) sıklığı artmaktadır (44).

Şişmanlık genel olarak ömrü kısaltan bir durumdur. İstatistikler de bunu kanıtlamaktadır. Daha önce yapılan bir çalışmada sigara içmeyen kırk yaşında kadın ve erkek şişman insanların, şişman olmayan insanlara göre 6-7 yıl erken öldükleri gösterilmiştir (50).

2.1.4.2. Psikolojik Komplikasyonlar

2.1.4.2.1. Beden İmajı ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonunda ulaştığı benlik kavramının onaylanmasından doğan beğeni durumudur. Benlik saygısı, bireyin kendisini olduğundan aşağı ya da üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur. Kendini olduğu gibi kabullenmeyi, özüne güvenmeyi, kendini değerli, olumlu, beğenilmeye ve sevilmeye değer bulmayı sağlar. Benlik saygısı yüksek olan bireylerde kendine güven, iyimserlik, başarıma isteği, zorluklardan yılmama gibi olumlu

nitelikler vardır. Düşük benlik saygısı içinde olan birey olumlu geri bildirimleri reddeder, tedavide işbirliği yapmaz (51).

Benlik saygısı bireyin kendini ve bedenini algılaması ile yakından ilişkilidir. Birey fiziksel yönden kendini beğeniyorsa, kendine olan saygısı da artmakta ve kendisi ile ilgili olumlu duygular hissetmektedir. Fiziksel sağlık sorunları, beden imajının değişmesi ve olumsuz duygular benlik saygısını etkilemektedir (52).

Fazla kiloya sıklıkla özsaygının azalması eşlik eder. Çalışmalar negatif vücut görüntüsünün çocuklukta ve ergenlik döneminde şişmanlık başlayanlarda, emosyonel rahatsızlığı olanlarda ve önemli kişilerce negatif değerlendirilenlerde daha sık olduğunu göstermiştir (53). Erişkinlerde şişmanlık ile benlik saygısının arasındaki ilişkileri araştıran çalışmaların bazılarında benlik saygısı ile şişmanlık ve VKİ arasında ters orantı olduğu (54), bir çalışmada ilişki olmadığı belirlenmiştir (55). Şişmanlık ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar vardır (56, 57).

2.1.4.2.2. Aile İlişkileri

Sosyal ve fiziksel çevredeki yetersizliklerin erişkinlikteki şişmanlık ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Lissau ve ark.'nın çalışması ebeveynlerinden yeterli destek alamayan çocukların erişkinlikte diğerlerinden yedi kat daha fazla şişmanlık riski altında olduğunu göstermektedir (58).

Grilo ve arkadaşları DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ölçütlerine göre “Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu” (TYB) tanısı alan 145 şişman hastaya çocukluklarında yaşadıkları travmaları sorgulayan çalışmasında, toplam %89'unun bir alanda kötü muamele ile karşılaştıklarını saptamışlardır. Ayrıca hastaların %59'unun duygusal istismara, %36'sının fiziksel istismara, %30'unun cinsel istismara, %69'unun duygusal ihmale, %49'unun fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirlemişlerdir (59).

2.1.4.2.3. Hayat Tarzı, Alışkanlıklar ve Sosyal Yaşam

Şişmanlığın gelişiminde psikososyal etmenlerin rolü kabul edilmektedir. Tedavi için başvuran kişilerin psikolojik rahatsızlık ve yeme sorunlarının olma olasılığı tedavi için başvurmamayanlardan daha yüksektir. ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde, şişmanlık prevalansı azınlık gruplarında, düşük sosyoekonomik sınıflarda ve eğitim düzeyi daha

düşük kitlelerde daha yüksektir. Şişman bireyler çalışma yaşamında daha az nitelikli olarak değerlendirilmekte, çalışma alışkanlıkları daha kötü, duygusal ve kişiler arası ilişkilerde sorunlu olarak görülmektedir. Astım, diyabet ve kas iskelet bozuklukları gibi diğer süregen fiziksel hastalıklarla beraber şişmanlık sıklıkla daha düşük evlilik oranı gibi negatif sosyal ve ekonomik sonuçlar da doğurmaktadır (60).

2.1.4.2.4. Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Şişman kişilerin tümünün kilolu oluşlarında yeme davranışlarının sorumlu olmadığı bilinmektedir. Bununla birlikte şişman bireyler arasında aşırı yemenin yaygın olduğu kabul edilir. Şişman bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu kişiler dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verirler. Bu bireyler normal kilolu bireylere göre ağrı, stres ve diğer emosyonel uyaranlara karşı daha fazla bir uyarılma örneği gösterirler. Bu bireylerdeki uyarılabilirlik eşiğinin düşük oluşu, dış uyaranlara yanıt vermedeki artışla birleşince bu durum aşırı yeme ile sonuçlanabilir. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan bireyler yiyecek uyaranlarının bulunduğu ortamda diğer bireylere göre bu uyaranlara daha kolay ve daha yoğun yanıt vermektedirler (61).

Şişmanlarda kaygı düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Çalışmalar şişman bireylerin, kaygı yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha fazla yemek yediklerini göstermiştir. Şişman bireylerin yaklaşık %10'unda günlük stresörlerle ortaya çıkan sabahları iştahsızlık, uykusuzluk ve gece yeme davranışı saptanmıştır. Bu tür davranış stres altında ortaya çıkar ve stres geçinceye kadar sürer. Açlık dürtüsü olmadan ortaya çıkan yeme atağı sırasında kontrolü kaybetme duygusu yaşanır ve aşırı miktarda gıda tüketilir. Bu şekilde yeme tarzı olan şişman grubun şişmanlık tanı kategorisi içinde farklı bir alt grup olduğunu düşünenler çoğunluktadır (21, 42, 61).

Şişman hastalarda yeme bozukluklarını araştıran çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olup bu konuda en çok vurgulanan tıknırcasına yeme bozukluğudur. Başka türlü adlandırılmayan (BTA) yeme bozuklukları içinde yer alan bazı yazarlarca "TYB" olarak adlandırılan klinik tablo şişmanlık ile bağlantısı açısından dikkati çekmektedir. Bu bozuklukta bulimia nervozadakine benzer yeme atakları olup kusma ve aşırı yemeyi telafi edici diğer davranışlar bulunmamaktadır (62).

TYB yaygınlığı toplumda %2 olarak bildirilmiştir. Sıklıkla şişmanlıkla birlikte ve kadınlarda daha fazla görülmektedir. Kilo verme programına katılan şişman kişilerin %23-46'sında TYB olduğu belirlenmiştir. TYB olan ve olmayan şişman bireylerin yeme biçimi, ruhsal bozukluk sıklığı, aile öykülerini kaşılaştıran çalışmalar vardır. Bu çalışmalarda TYB olan şişman bireylerin, TYB olmayan şişman kişilerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusuyla ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan şişman kişilerde şişmanlık, TYB olmayanlara göre daha erken başlamaktadır. Bu kişiler ağır ve gerçekleşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlamaktadırlar (62- 64).

2.1.4.2.5. Şişmanlık ve Diğer Ruhsal Hastalıklar

Birçok araştırmada şişman hastalarda başta depresyon olmak üzere ruhsal bozuklukların yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir (65). Şişmanlık ile birlikte major depresyon, iki uçlu bozukluk, panik bozukluk ya da agorafobi prevalansı artar. Madde kullanım bozukluğu riski ise belirgin olarak azalmıştır (14). Şişmanlık ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişkide HPA (Hipotalamik-Pituitar-Adrenal) eksenindeki işlev bozukluklarının rol oynadığı bilinmektedir. HPA ekseninin süregen aktivasyonunun travmatik deneyimler, immunsupresyon, serotonerjik, dopaminerjik ve noradrenerjik yollarda değişiklikler ile ilişkili olduğu bilinmektedir (66) ve duygudurum bozukluklarının %50'sinde görülen glukokortikoid direnci ile ilişkilidir (67, 68). Adiponektin, leptin, resistin ve ghrelinin duygudurum bozuklukları ve şişmanlıkta ortak olan nöral aktiviteye, insülin direncine ve inflamatuvar değişikliklere yol açtığı gösterilmiştir (69, 70).

Şişman hastalarda kaygı bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü, kaygı bozuklukları arasında da agorafobi, özgül fobi ve posttravmatik stres bozukluğunun daha sık görüldüğü belirtilmektedir (65, 71).

Şişmanlığın demans için bir risk etmeni olduğu (72, 73) ve şişmanlıkla ilişkili ek hastalıkların (tip 2 diabet gibi) bilişsel bozulmaya ve demans gelişimine neden olduğu bildirilmiştir (74, 75).

Yapılan araştırmalarda şişmanlık ve DEHB'nun da ilişkili olduğu gösterilmiştir (76). Şişman çocuk ve ergenlerde sıklıkla DEHB'nun olduğu (77, 78) ve DEHB tanısı

konmuş çocuk ve ergenlerde de şişmanlık riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (79, 80).

DEHB ve şişmanlığın birlikte görülmesine yönelik hipotezlere göre, beynin ödül merkezindeki dopaminerjik yetersizliğe bağlı olarak şişmanlık ile glukoz açlığına yatkınlık arasında bir ilişki oluşmaktadır. Büyük miktarda karbonhidrat ya da alkol alımı beyinde dopamin kullanımını uyarır (81). DEHB'nda bulunan dopaminerjik ödül sistemindeki yetersizlik madde kullanım bozukluğu için bir risktir. Yani beyin ödül merkezini yapay olarak tetikleyen madde ile dopaminerjik artış sağlanmaktadır. Benzer şekilde yüksek miktarda gıda alımı da dopaminerjik aktivasyonu sağlayarak bir çeşit terapötik etki oluşturmaktadır (82).

Geniş, toplum tabanlı bir çalışmada, şizofreni hastaları arasında toplumun geneline kıyasla aşırı kilolu olma ve şişmanlık daha fazla saptanmıştır. Bu durum özellikle kadın hastalarda daha belirgindir (83). Batı ülkelerinde ilaç kullanan şizofreni hastalarında şişmanlık %40-60 arasında iken, genel popülasyonda %30 civarındadır (84). Şizofrenide kilo artışı sadece antipsikotiklerin yan etkisi olarak değil, hastaların yaşam ve tedavi koşullarına bağlı olarak ortaya çıkabilir. Hastaneye yatış, fiziksel etkinliği azaltarak enerji harcanmasını kısıtlayabilir. Apati ya da anhedoni gibi durumlar nedeniyle yeme davranışı üzerindeki kontrol azalabilir, ya da ekonomik yetersizlik nedeniyle karbonhidrattan zengin bir yeme alışkanlığı kaçınılmaz bir hal alabilir (85).

2.1.5. Şişmanlığın Tedavisi

Şişmanlık, tedavisi zorunlu bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Şişmanlık tedavisinin hedefleri; şişmanlığın sonuçlarına bağlı riskleri azaltmak, şişman hastanın sağlığını düzelterek yaşam kalitesini artırmak, tedavinin ve şişmanlığın yan etkilerinden korunmak ve yeniden vücut ağırlığı artışını önlemektir. Şişmanlık tedavisinde çeşitli yöntemler uygulanmaktadır (86).

Beslenme eğitiminin şişman hastalarda ağırlık kaybı üzerine etkisini inceleyen bir çalışmada, her hastaya özgü diyet programı belirlenmesi, günlük besin tüketim kaydı tutulması, yanlış alışkanlıkların ve hataların anlatılıp düzeltilmesi, periyodik zamanlı eğitim verilmesi yolu ile anlamlı oranda VKİ ve bel kalça oranında azalma sağlanmıştır (86).

Diğer taraftan şişmanlığın en iyi bilinen nedenlerinden birisi de fiziksel aktivite yetersizliğidir. Bundan dolayı egzersiz, vücut ağırlığı kaybını sağlamada ve ideal vücut ağırlığının sürdürülmesinde sıklıkla önerilen bir tedavi yöntemidir (87).

Şişmanlık tedavisinin bir başka ayağı olan farmakolojik tedavisi ise yaşam tarzı değişikliği uygulanan şişman bireylerde 3-6 ay sonra istenen kilo verme hedefi (6 ayda %10 dan az) gerçekleşmezse ve VKİ >30 kg/m² olduğu takdirde düşünülmelidir. Bu ilaçlardan yakın zamana kadara en çok kullanılanı merkezi etkili serotonerjik ve adrenerjik etkileri ile iştahı azaltan sibutramin ve hala kullanılmakta olan gastrointestinal sistemde etkisini lipazı inhibe ederek gösteren orlistat' tır (88).

Cerrahi girişimler ise genel olarak 18 yaş veya üzerinde, VKİ' i 40 kg/m² üzerinde olan şişman bireylerde ve ek hastalık etmenleri bulunanlarda VKİ' i 35-40 kg/m² ise düşünülmelidir (88).

2.2. İKİ UÇLU BOZUKLUK

İUB belli bir düzen olmaksızın tekrarlayan depresif, manik ya da her ikisini kapsayan karma hecmelerle giden ve bu hecmeler arasında kişinin tamamen sağlıklı haline (ötimi) dönebildiği bir hastalıktır (89).

Yaklaşık 2500 yıldan beri insanlığın en sık görülen hastalıkları arasında tanımlanmasına rağmen duygudurum bozuklukları ancak yakın zamanlarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, dünya çapında en acil sağlık sorunlarını sıraladığı listesinde depresyonu dördüncü sıraya koymuştur (90).

2.2.1. Tarihçe

Eski din kitaplarında, Yunan ve Latin yapıtlarında ağır depresyon ve mani hecmeleri geçiren hastalar anlatılmıştır. Homeros, İlyada Destanı'nda "mani" (Yunanca öfke ve gazap anlamında) sözcüğünü kullanmıştır. "Melankoli" deyimini M.Ö. 400'lü yıllarda uykusuzluk, yememe, keder, irritabilite, umutsuzluk halindeki görünüm için ilk olarak Hipokrat kullanmış (91) ve bunu kara safraya bağlamıştır (92). Kapadokya'lı Areteus melankoli ve mani arasında bir bağlantı olduğunu, aynı hastaların bu iki hastalığı farklı zamanlarda yaşadığını gözlemlemiştir (89). Klinik tarihçiler iki uçlu bozukluk kavramının 19. Yüzyılda geliştiğini öne sürerler. 19. yüzyılda Fransız ve Alman ruh hekimleri mani ve melankolinin değişik türlerini ve klinik belirtilerini yazmışlarsa da; hepsini "psikoz manyak depresif" adı altında toparlamayı, hastalığın belirtilerini, gidiş ve sonlanışının tanımlanmasını ise Kraepelin (1896) başarmıştır (92).

2.2.2. Sınıflandırma

İUB'un sınırlarının genişletilmesi Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı'nın 4. basımına (DSM-IV) da yansımıştır (93). Sadece şimdiki durumla sınırlı kalmaması ve sürekli bir emosyonel durumu tanımlaması sebebiyle duygudurum bozuklukları tanımı kabul edilmiştir (94). DSM-IV-TR (2000) "Duygudurum Bozukluğu" başlığı altında şu tanımları getirmiştir (95):

1. Depresif Bozukluklar

- Major Depresif Bozukluk
- Distimik Bozukluk
- BTA Depresif Bozukluk

2. İki uçlu Bozukluklar

- İki uçlu I Bozukluk
- İki uçlu II Bozukluk
- Siklotimik Bozukluk
- BTA İki uçlu Bozukluk

3. Diğer Duygudurum Bozuklukları

- Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı duygudurum bozukluğu
- BTA duygudurum bozukluğu

DSM-IV-TR İUB sınıflaması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: DSM - IV TR; İUB sınıflandırılması (95)

İUB I: Bir ya da daha fazla manik ya da karma (mikst) tip dönem geçirilmesi.
İUB II: En az bir major depresif dönem ile en az bir hipomanik dönemin varlığı.
Siklotimik Bozukluk: Manik dönem ölçütlerine ulaşamayan (hipomanik) ve major depresif dönem ölçütlerine ulaşamayan depresif belirtilerin, süregen bir şekilde sürmesi.
BTA İUB: Herhangi özgül bir İUB'nun tanı ölçütlerini karşılamayan, iki uçlu özellikler gösteren bozukluklar.
Genel Tıbbi Duruma ya da Madde Kullanımına Bağlı Duygudurum Bozukluğu
BTA Duygudurum Bozukluğu: Duygudurum belirtileriyle giden ancak herhangi bir özgül duygudurum bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamayan bozukluklar.

2.2.3. Epidemiyoloji

2.2.3.1. Sıklık ve Yaygınlık

İUB' un yaşam boyu yaygınlığı % 0.4-1.6 arasındadır. İki uçlu yelpazesi olarak ele alındığında, oran % 5'i geçmektedir (96, 97) . İUB' ta sıklık oranı erkekler için 9-15/100.000, kadınlar için 7.4-30/100.000'dir (97, 98). İUB' nun yaşam boyu yaygınlığı farklı ırk ve kültürlerde değişkenlik göstermez; bu da hastalığın çevresel etmenlerden bağımsız olduğunu düşündürmektedir (99, 100). Beş epidemiyolojik çalışmayı değerlendiren bir yazıda iki uçlu yelpazesinin yaşam boyu prevalansının %3–6.5 arasında değiştiği bulunmuştur (96).

2.2.3.2. Cinsiyet ve Yaş

İUB' da cinsiyet oranı tüm alt gruplar birlikte değerlendirildiğinde yaklaşık olarak eşittir. İUB 20'li yaşlar dolayında başlar (101). İUB I ve İUB II bozukluğun başlangıç yaşı birbirine yakındır; fakat İUB II bozuklukta başlangıç yaşı hafifçe daha yüksek olmaya eğilimlidir. Başlangıç yaşı açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark saptanmamıştır (101). Yapılan çalışmalarda mani için başlangıç yaşı erkeklerde ortalama 24.4, kadınlarda 24.8 bulunmuştur (102). Çoğu çalışmada iki kalıplı başlama yaşı bulunmuştur, en sık başlama yaşı 18-44 yaşları arasında belirirken, Kessler ve arkadaşları 15 ile 34 yaşları arasında artmış bir yaygınlık bildirmişlerdir (103). Hastaların % 20-30'unda ilk dönem 21 yaşından önce ortaya çıkarken, 50 yaşından sonra başlayan olgular % 10 olarak bildirilmektedir (104).

İUB I bozukluğu kadınlarla erkeklerde eşit oranlarda görülmesine karşın, İUB II bozukluğu kadınlarda daha sık görülür. İUB I bozukluğun erkeklerde daha çok bir manik dönemle, kadınlarda ise daha çok bir major depresif dönemle başladığı bildirilse de veriler kesin değildir. Doğum sonrası dönemde İUB depresif dönemin sıklığı göreceli olarak yüksektir ve doğum sonrası depresyon hastalarının çoğu iki uçlu bozukluğa sahiptir (101). Manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha siktir (101). Kadınlarda, karma durumlar ve hızlı döngü daha sık görülmektedir (103, 105, 106).

2.2.3.3. Aile Öyküsü

İUB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında, İUB tanı riskinin % 3-8 arasında değiştiği bildirilmiştir (107). Normal popülasyonda ise bu oran çok daha düşüktür (% 0.4-1.6). Hem anne hem de babada İUB varsa çocuklarında duygudurum bozukluğu gelişme olasılığı % 50- 75 arasındadır (108).

2.2.3.4. Sosyoekonomik ve Kültürel Durum

Sosyoekonomik duruma ilişkin veriler kesin değildir. Kentlerin kenar mahallelerinde yaşayanlarda merkezi bölgelerde yaşayanlara göre risk daha yüksek olduğunu bildiren çalışmaların yanında, son yıllarda; daha çok şehirlerde ve üst sosyoekonomik düzeyde izlendiğini ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır (96).

2.2.3.5. Medeni Durum

Boşanmış ve ayrı yaşayan kişilerde daha sık görülür; evlilik ve sosyal yaşamda ciddi kayıplara va dönemsel antisosyal davranışlara neden olabilir (109, 110).

2.2.4. Etyoloji

2.2.4.1. Genetik

İUB' da aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin rolünü destekler (111- 113). Evlat edinme çalışmalarında biyolojik anne-babada hastalık oranı, evlat edinilen anne-babadan yüksek bulunmuştur (114). Bulgular; İUB'nun klasik Mendel genetik yasalarıyla kalıtsal geçiş göstermediğini ve tek bir genetik alanla belirlenen dominant geçişe de uymadığını, birden fazla geni ilgilendiren ve birçok işlevsel etkenin rol oynadığı (multifaktöryel) bir kalıtım ile genetik geçiş gösterdiğini desteklemektedir (111- 113, 115). Moleküler genetik alanındaki çalışmalar çelişkili sonuçlar vermiştir. İUB ile 5, 11, 18 ve X kromozomları için bağlantı bildirilmiştir. 18 p bölgesindeki bir lokusun hastalıktan sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir (116). Pek çok kromozomal bölge iki uçlu bozukluk ile bağlantılı bulunmuştur ancak bozukluğa yol açan tek bir gen henüz saptanabilmiş değildir (117). Pereira ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (118), İUB'da genetik yatkınlığa sebep aday gen olarak insülin-like growth faktör 1 düşünülmüştür. Yeni bir çalışmada 7p21-22, 1p31, 16p12, 21q21-22 ve 12q kromozomal bölgelerinin iki uçlu bozuklukla ilişkili olduğu bulunmuştur (119).

2.2.4.2. Biyokimyasal Sebepler

Manide NE (Norepinefrin) aktivitesinde artış vardır. Sağlıklı kontrollere kıyasla manik hastaların beyin omurilik sıvısında (BOS) MHPG (3-metoksi-4-hidroksifenilglükol) ve idrar NE, vanilmandelik asit düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ve lityum sağaltımıyla BOS MHPG ve idrar NE düzeylerinin anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir (120). İki uçlu bozukluğun tedavisinde kullanılan lityum merkezi sinir sisteminde serotonin stabilizasyonu sağlamaktadır (121).

Dopamin aktivitesinin genel olarak depresyonda düştüğü, manide yükseldiği düşünülmektedir. L-DOPA gibi dopamin aktivitesini arttıran ajanların maniyi tetiklemesi bu görüşü desteklemektedir (122).

GABA (Gama Amino Butirik Asit)'erjik sistemin iki uçlu bozukluktaki etkinliği ise GABA düzeylerini arttıran valproatin, duygudurum düzenleyicisi olarak iki uçlu bozukluğun tedavisinde etkisinin kanıtlanmış olması, iki uçlu bozukluğun patofizyolojisindeki rolünün bir göstergesi olarak sunulmaktadır (123).

İki uçlu hastaların oksipital, prefrontal ve temporal kortekslerinde G protein konsantrasyonu ve aktivitesinde artış saptanmıştır. Ayrıca Na-K ATPaz aktivitesinde de azalma saptanmıştır (124).

2.2.4.3. Psikososyal ve Psikodinamik Etkenler

Duygudurum bozukluklarında, ilk dönemlerin genellikle bir çevresel stres sonrası ortaya çıktığı, ancak daha sonraki dönemlere stresli yaşam olaylarının eşlik etmesinin daha az olduğu gözlemi duyarlılaşma modelinin geliştirilmesine sebep olmuştur (109, 110, 116, 125, 126). Sosyal, davranışsal ve travmatik deneyimlerin gen ekspresyonuna sebep olduğu bilinmektedir. Manik ve depresif dönemlerin yinelemesi, beyin biyokimyasını değiştirebilir, çevresel stresörlere ve tetikleyicilere hassas hale getirebilir, böylece takip eden dönemlerin oluşmasını kolaylaştırabilir. Sonuçta ataklar, psikososyal bir kolaylaştırıcı olmaksızın kendiliğinden yineleyebilir (127).

Psikoanalitik açıdan bakıldığında maninin görünümü üç temel ruhsal yapıyı etkiler: İd, ego ve süperegö. Freud maniyi ego ve süperegönün birleşmesi olarak tanımlamıştır. Mani ve hipomani durumları inkar mekanizmasının yoğun kullanımı ile ortaya çıkar. Manik dönemin, dayanılmaz acı ve anıları kontrol altına alma arzusu ile

ağırlaştığı ifade edilmektedir. Mani, acı ve sıkıntıya karşı bir savunma mekanizmasını temsil eder (128).

2.2.5. İki uçlu Bozukluklar İçin DSM IV-TR Hecme Ölçütleri

2.2.5.1. Majör Depresif Hecme Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki belirtilerden beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; belirtilerden en az birinin ya (1) depresif duygudurum ya da (2) ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

1. Ya hastanın kendi bildirmesi (örneğin üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren depresif duygudurum olması. Not: Çocuklarda ve ergenlerde irritabl duygudurum bulunabilir.

2. Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da bu etkinliklerden zevk alamıyor olma (ya hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlenir).

3. Perhizde değilken önemli ölçüde kilo kaybetme ya da kilo alma (örneğin bir ayda beden ağırlığında %5'den fazla değişim) ya da hemen her gün iştahta artma ya da azalma olması. Not: Çocuklarda beklenen kilo artımının olmaması.

4. Hemen her gün uykusuzluk ya da aşırı uyuma olması.

5. Hemen her gün psikomotor ajitasyon ya da retardasyon olması (sadece huzursuz yada yavaşlama olduğu duygularının hasta tarafından belirtilmesi değil, bunların başkaları tarafından da gözleniyor olması gerekir).

6. Hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı olması.

7. Hemen her gün değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duyguları (sanrisal olabilir) olması (sadece hasta olmaktan dolayı kendini kınama ya da suçluluk duyma değil).

8. Hemen her gün düşünme ya da yoğunlaşma yetisinde azalma ya da kararsızlık olması (ya hastanın söylemesi ya da başkaları tarafından gözlenmesi gerekir).

9.Yineleyici ölüm düşünceleri (sadece ölüm korkusu değil),özgül bir plan olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarı olması.

B. Bu belirtiler bir karışık atak belirtilerini karşılamamaktadır.

C. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu belirtiler bir maddenin (örneğin ilaç kötüye kullanımı, bir tedavi edici ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel bir tıbbi duruma (örneğin hipotiroidizm) bağlı değildir.

E. Bu belirtiler yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin kaybindan sonra bu belirtiler 2 aydan daha uzun sürer ya da bu belirtiler işlevsellikte belirgin bozulma, değersizlik düşünceleri ile hastalık düzeyinde uğraşma, intihar düşünceleri, psikotik belirtiler ya da psikomotor retardasyonla belirlidir (95).

2.2.5.2. Manik Hecme Ölçütleri

A. En az bir hafta süren (hastaneye yatmayı gerektiriyorsa herhangi bir süre), olağandışı ve sürekli yükselmiş, taşkın ya da irritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.

B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece irritabl ise dördü) belirgin derecede bulunur.

1. Benlik saygısında abartılı ölçüde artma ve grandiyözite.

2. Uyku gereksiniminde azalma (örn. Sadece 3 saat uyuduktan sonra kendini dinlenmiş hisseder).

3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmayı sürdürmeye zorlama.

4. Fikir uçuşmaları ya da öznel olarak düşünceler yarışmış gibi yaşantılama.

5. Çelinebilirlik (yani dikkat çok kolaylıkla önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana çekilebilir).

6. Amaca yönelik etkinlikte artış (toplumsal olarak, işte ya da okulda, ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon.

7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (sınırsızca alışveriş yapma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma, aptalca iş yatırımları).

- C. Bu belirtiler bir karışık atak belirtilerini karşılamaz.
- D. Bu duygudurum bozukluğu mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek şiddetlidir veya psikotik özellikler içerir.
- E. Bu belirtiler bir maddenin (örneğin ilaç kötüye kullanımı, bir tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin hipertroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (95).

2.2.5.3. Hipomanik Hecme Ölçütleri

- A. Olağan depresif olmayan duygudurumdan açıkça farklı, en az dört gün boyunca süren sürekli yükselmiş, taşkın ya da iritabl ayrı bir duygudurum döneminin olması.
- B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki belirtilerden üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum sadece iritabl ise dördü) belirgin derecede bulunur.
1. Benlik saygısında abartılı ölçüde artma ve büyüklük.
 2. Uyku gereksiniminde azalma (örneğin sadece 3 saat uyuduktan sonra kendini dinlenmiş hisseder).
 3. Her zamankinden daha konuşkan olma ya da konuşmayı sürdürmeye zorlama.
 4. Fikir uçuşmaları ya da öznel olarak düşünceler yarışıyormuş gibi yaşantılama.
 5. Çelinebilirlik (yani dikkat çok kolaylıkla önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana çekilebilir).
 6. Amaca yönelik etkinlikte artış (toplumsal olarak, işte yada okulda, ya da cinsel olarak) ya da psikomotor ajitasyon.
 7. Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (sınırsızca alışveriş yapma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma, aptalca iş yatırımları).
- C. Atak sırasında kişinin belirtili olmadığı dönemde görülmeyecek düzeyde işlevselliğinde belirgin değişiklik görülür.
- D. Duygudurum bozukluğu ve işlevsellikteki değişiklik başkaları tarafından gözlenebilir düzeydedir.

E. Bu atak toplumsal ve mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da hastaneye yatırmayı gerektirecek derecede şiddetli değildir ve psikotik özellikler içermez.

F. Bu belirtiler bir maddenin (örneğin ilaç kötüye kullanımı, bir tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel bir tıbbi durumun (örneğin hipertroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (95).

2.2.6. İki uçlu bozukluklar için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

2.2.6.1. İki uçlu I Bozukluğu

İki uçlu I Bozukluğu için birbirinden ayrı altı tanı ölçütleri seti vardır:

Tek manik hecme, en son hecme hipomanik, en son hecme manik, en son hecme karışık, en son hecme depresif ve en son hecme belirlenmemiş. İki uçlu I

Bozukluğu, tek manik hecme ilk mani hecmesini geçiren kişileri tanımlamak için kullanılır. Geriye kalan tanı ölçütleri setleri, tekrarlayıcı duygudurum hecmeleri olan kişilerde o sıradaki (ya da en son) hecmenin yapısını belirtmek için kullanılır (95).

2.2.6.2. İki uçlu I Bozukluğu, Tek Manik Hecme Tanı Ölçütleri

A. Tek bir manik hecmenin varlığı ve geçmişte major depresif hecmelerin olmaması.

Not: Nüks, ya depresyondan maniye bir değişme olması ya da manik belirtiler olmaksızın en az 2 ay süren bir ara dönemin olması olarak tanımlanır.

B. Manik hecme, şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.

Varsa belirtiniz:

Karışık: Belirtiler karışık hecme için tanı ölçütlerini karşılıyorsa

Manik, karışık ya da major depresif hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumunu ya/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan, Ağır/Psikotik Özellikleri Olan, Ağır Katatonik Özellikler Gösteren, Doğum Sonrası Başlangıçlı Manik, karışık ya

da major depresif hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa iki uçlu I bozukluğunun o sıradaki klinik durumunu ya da en son hecmenin özelliklerini belirtiniz.

Kısmi Düzelmeye, Tam Düzelmeye, Katatonik Özellikler Gösteren Doğum Sonrası Başlangıçlı (95).

2.2.6.3. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Hipomanik Tanı Ölçütleri

- A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir hipomanik hecmededir.
- B. Daha önceden, en az bir manik hecme ya da karışık hecme geçirilmiştir.
- C. Duygudurum belirtileri klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozukluğa neden olur.
- D. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum hecmeleri şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.

Belirtiniz:

Uzunlamasına gidiş belirleyicileri (Hecmeler arasında düzelmeye olan ve olmayan)
Mevsimsel yapı gösteren (sadece major depresif hecmeler için uygulanır)
Hızlı döngülü (95).

2.2.6.4. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Manik Tanı Ölçütleri

- A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir manik hecmededir.
- B. Daha önceden, en az bir major depresif hecme, manik hecme ya da karışık hecme geçirilmiştir.
- C. A ve B Tanı Ölçütlerindeki duygudurum hecmeleri şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.

Manik hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumunu ve/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta Derecede/Psikotik Özellikleri Olmayan, Ağır/Psikotik Özellikleri Olan Ağır Katatonik Özellikler Gösteren, Doğum Sonrası Başlangıçlı Manik hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa iki uçlu I bozukluğunun o sıradaki klinik durumunu ya da en son hecmenin özelliklerini belirtiniz.

1. Kısmi Düzelmeye, Tam Düzelmeye
2. Katatonik özellikler gösteren doğum sonrası başlangıçlı
3. Belirtiniz:
 1. Uzunlamasına gidiş belirleyicileri (Hecmeler arasında düzelmeye olan ve olmayan).
 2. Mevsimsel yapı gösteren (sadece major depresif hecme için uygulanır).
4. Hızlı döngülü (95).

2.2.6.5. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Karışık Tanı Ölçütleri

- A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir karışık hecmededir.
 - B. Daha önceden en az bir major depresif hecme, manik hecme ya da karışık hecme geçirilmiştir.
 - C. A ve B tanı ölçütlerindeki duygudurum hecmeleri şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.
- Karışık hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumunu ya/ya da özelliklerini belirtiniz:

1. Hafif/Orta Derecede/Psikotik özellikleri olmayan, Ağır/Psikotik özellikleri olan.
2. Katatonik özellikler gösteren postpartum başlangıçlı.

Karışık hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa iki uçlu I bozukluğunun o sıradaki klinik durumunu ya da en son hecmenin özelliklerini belirtiniz:

1. Kısmi Düzelmeye, Tam Düzelmeye.
2. Katatonik özellikler gösteren.
3. Doğum sonrası başlangıçlı.

Uzunlamasına gidiş belirleyicileri (Hecmeler arasında düzelmeye olan ve olmayan).

Mevsimsel yapı gösteren (sadece major depresif hecmeler için uygulanır).

Hızlı döngülü (95).

2.2.6.6. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Depresif Tanı Ölçütleri

- A. O sırada (ya da son zamanlarda) bir major depresif hecmededir.
- B. Daha önceden, en az bir manik hecme ya da karışık hecme geçirilmiştir.
- C. A ve B tanı ölçütlerindeki duygudurum hecmeleri şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmiş değildir.

Major depresif hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanıyorsa, o sıradaki klinik durumunu ya/ya da özelliklerini belirtiniz:

Hafif/Orta derecede/Psikotik özellikleri olmayan, Ağır/Psikotik özellikleri olan Kronik/Katatonik özellikler gösteren/Melankolik özellikler gösteren/Atipik özellikler gösteren/Doğum Sonrası başlangıçlı Major depresif hecme için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa, iki uçlu I bozukluğunun o sıradaki klinik durumunu ya/ya da en son major depresif hecmenin özelliklerini belirtiniz:

1. Kısmi Düzelmeye, Tam Düzelmeye
2. Kronik
3. Katatonik özellikler gösteren
4. Melankolik özellikler gösteren
5. Atipik özellikler gösteren doğum sonrası başlangıçlı

Belirtiniz:

1. Uzunlamasına gidiş belirleyicileri (Hecmeler arasında düzelmeye olan ve olmayan).
2. Mevsimsel yapı gösteren (sadece major depresif hecmeler için uygulanır).
3. Hızlı döngülü (95).

2.2.6.7. İki uçlu I Bozukluğu, En Son Hecme Belirlenmemiş Tanı Ölçütleri

- A. O sırada (ya da en son hecmeye) bir manik, bir hipomanik, bir karışık ya da bir major depresif hecmenin tanı ölçütleri, süre dışında karşılanmaktadır.
- B. Daha önceden en az bir manik hecme ya da karışık hecme geçirilmiştir.
- C. Bu duygudurum belirtileri klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. A ve B tanı ölçütlerindeki duygudurum semptomları şizoaffektif bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve şizofreni, şizofreniform bozukluk, hezeyanlı bozukluk ya da başka türlü adlandırılmayan psikotik bozukluk üzerine binmemiştir.

E. A ve B tanı ölçütlerindeki duygudurum semptomları bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Uzunlamasına gidiş belirleyicileri (Hecmeler arasında düzelme olan ve olmayan)

Mevsimsel gidiş gösteren (sadece major depresif hecmeler için uygulanır)

Hızlı döngülü (95).

2.3. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.3.1. Tanımı

DEHB, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinden oluşan , erken çocukluk döneminde başlayıp önemli oranda ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de süren nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB, davranışsal, sosyal, akademik ve ruhsal alanlarda sorunlara yol açabilmektedir (129).

2.3.2. Tarihçesi

DEHB ile ilgili ilk tanımlamalar 18. yy'a dayanmaktadır (130). Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-II (1968) sınıflandırmasında "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak isimlendirilmiştir. DSM-III (1980), DEHB' nu hiperaktivitenin eşlik ettiği ve hiperaktivitenin eşlik etmediği tip olarak iki alt gruba ayırarak tanımlamıştır. DSM - IV' de (1994) yapılan son tanımlama "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu" dur. DSM-III sınıflandırmasından önceki tanımlamalarda bu hastalığın erişkin dönemde devam etmesiyle ilgili bir bilgiye yer verilmezken, DSM-III ve sonraki sınıflandırmalarda farklı tanımlamalarla, belirtilerin erişkin dönemde devam edebileceği bildirilmiştir (131).

E-DEHB ile ilgili ilk olgu bildirimleri 1960'lara kadar dayansa da ilk düzenli çalışma 1976'da Wood ve Reimherr'in başında bulunduğu bir grup tarafından başlatılmıştır (132). Bunu takip eden yıllarda erişkin dönemde DEHB konusundaki ilgi ve araştırmalar artarak devam etmektedir (133).

2.3.3. Epidemiyoloji

DEHB'in okul çağı çocukları arasındaki yaygınlığı %2–12 olarak bildirilmiştir (134). DEHB olgularının, birinci dereceden kan bağı olan akrabalarında bu bozukluğun daha sık olduğu bulunmuştur. DEHB olgularının %55'inde aile öyküsü vardır. Tek yumurta ikizlerinde eş zamanlı hastalanma oranları %51, çift yumurta ikizlerinde %33

dür (135, 136). Belirtiler sıklıkla ergenlik döneminde de vardır ve % 60 olguda erişkin yaşamda da devam eder. Belirtilerin sürekliliği ile ilgili belirleyiciler; ailede DEHB öyküsü, psikososyal durum, eşlik eden davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu ve kaygı bozukluğunun varlığıdır (136).

E-DEHB sıklığı ile ilgili çalışmalar yetersizdir. E-DEHB sıklığını araştıran çalışmalar, çocukluktaki DEHB oranlarının erişkin dönemde devam etme oranları gözetilerek yapıldığı veya küçük örneklem grubu ile yaygınlık araştırıldığı için kısıtlılık içermektedir (137).

ABD’de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada sıklık %4.4 olarak bulunmuştur (138). Uluslararası bir epidemiyolojik çalışmada ülkeler arasında sıklık oranları açısından farklılıklar olmakla beraber, E-DEHB ortalama sıklık oranı %3.4 bulunmuştur (139). Erişkinlerde erkek/kadın oranı yaklaşık olarak 1.5/1.0 verilmektedir (140). Çocuklarda yapılan çalışmaların çoğunda ise erkeklerde kızlara göre en az iki-üç kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (141).

2.3.4. Etyolojisi

DEHB' nun nörokimyası, beyin görüntülemesi, yaygınlığı, risk etmenleri ve genetiği üzerine yapılan çalışmalar, bozukluğun monoamin düzeneklerindeki ve frontal-striatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan ailesel bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (142, 143).

2.3.4.1. Nöroanatomik Yapılarla İlişkisi

Dikkatin beyinde tek bir bölgede yapılan bir işlemde çok yaygın nöral ağı görev yaptığı gösterilmiştir (144). DEHB'nun beyindeki bir zedelenme sonucu geliştiği biçimindeki düşünceler hastalığın tanımlanmasından bu yana öne sürülmektedir (145). Bozukluğun frontal korteks ve striatum arasındaki bağlantı sorunlarından kaynaklanabileceği ifade edilmiştir (146). Frontal lob ve serebellum arasındaki nöral ağlarla hastalığın ilişkili olabileceğini de belirtenler bulunmaktadır (147). Yürütücü işlevlerin merkezi frontal loblardır. Frontal lob işleviyle ilişkili sorunlar DEHB’nda temeldir. Frontal loblar soyut düşünce, çalışma belleği (bilgiyi mantıklı basamaklarda ele alma yeteneği), dürtüselliği (yapmak istediğimiz ya da yapılması gerekeni yapabilme kapasitemiz) ve yürütücü kontrolü (gerçek dünyada başarıyı sağlayan organizasyon, odaklanma, bütünleştirme yeteneği) düzenler. Yürütücü kontrolde

yetersizlik gösteren bireyler dürtüsel olabilir, dikkat dağınıklığı sergileyebilir ve görevlerini tamamlamada güçlük çeker, düşünmeden ya da pervasızca davranmaya eğilimli olur (148, 149).

2.3.4.2. Genetik

Genetik etmenler DEHB'ndan sorumlu tutulmaktadır ancak etki mekanizmaları tam olarak anlaşılammıştır (150). İkiz, aile ve evlat edinme çalışmalarıyla DEHB için güçlü bir genetik katkı olduğu %60-90 kalıtım oranları ile desteklenmiştir (151, 152). DEHB'nun aday gen çalışmaları ile DRD4, DRD5, DAT1, SNAP-25 ve HTR1B' yi kodlayan genlerin rolünü destekleyen meta-analiz çalışmalarında bozukluğun etyolojisi için birkaç önemli kanıt bulunmuştur (153). DEHB için potansiyel alellerin gen tarama çalışmaları 5p13, 6q12, 16p13, 17p11 ve 11q22-25 kromozomları üzerinde bağlantı olabileceğini göstermiştir (154, 155).

Aile tabanlı bir çalışmada DEHB fenotipi sürekliliği DRD4 ve DAT1 genlerin VNTR polimorfizmi ile ilişkili bulunmuş, dikkat eksikliği belirtileri DAT1, hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivite belirtileri ise DRD4 ile ilişkilendirilmiştir (156).

2.3.4.3. Psikososyal ve Çevresel Sebepler

DEHB patogenezinde prenatal, perinatal ve postnatal etmenler önemli rol oynamaktadır (149). Örneğin prenatal alkole maruziyet özellikle serebellumda yapısal harabiyeti uyarmaktadır (157). Bir çalışmada maternal sigara tüketiminin DEHB riskini 2,7 kat artırdığı bildirilmiştir (158). Perinatal etmenler olarak gebelik ve doğum komplikasyonları ile çok düşük doğum ağırlıklı çocuklarda DEHB' nda iki kat artış bildirilmiştir (159). Postnatal etmenler olarak bir esansiyel yağ asidi (omega 3 ve omega 6) dengesizliği DEHB oluşumunda potansiyel rol oynadığı öne sürülmüştür (160). Postnatal erken dönem demir eksikliği de bazı durumlarda suçlanmıştır (161).

Bozukluğun ortaya çıkışında psikososyal etkenlerin temel bir etmeden çok, hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı yönünden söz edilmektedir. Örneğin, yetiştirme yurdundaki çocukların dikkat sürelerinin kısa ve aşırı hareketli oldukları gözlenmiş, bu durumun uzun süre duygusal yoksunlukla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (162, 163). Olumsuz aile tutumlarının daha ağır DEHB bulgularına yol açtığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (164).

2.3.4.4. Biyokimyasal Sebepler

Pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi DEHB'nun etyolojisinin

araştırılmasında da, nörotransmitterler önemli bir yer almıştır. Özellikle DEHB tedavisinde kullanılan başlıca ilaçların hem dopamin hem de norepinefrini etkilediği bilindiğinden her iki sistemde bozukluk olabileceği görüşü çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir (165). Dopamin ve noradrenalin aynı zamanda motivasyon, ilgi ve öğrenme gibi bir yandan yeterince uyarılmayı, bir yandan da odaklanmayı gerektiren ilişkili bilişsel işlevlerde de rol alırlar (166). NE'in daha çok aktivite (Hiperaktivite, dürtüsellik ve davranışsal kontrol) ile dopaminin ise dikkat ile ilişkili olduğuna kadar kanıtlar bulunmaktadır (167). Dopaminle ilgili yapılan diğer çalışmalar da göz önüne alındığında DEHB olan hastalarda göreceli bir dopamin yetersizliğinden söz edilebilir (133).

2.3.5. Tanı ve Klinik Özellikler

DEHB'nun temel özelliği kalıcı ve sürekli dikkatsizlik örüntüsü ve/veya benzer gelişim düzeylerindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli hiperaktivite-impulsivitenin olmasıdır. Bozukluğu oluşturan hiperaktivite-impulsivite ya da dikkatsizlik belirtilerinin en azından bazıları 7 yaşından önce bulunmalıdır. Belirtiler ve yol açtıkları aksaklıklar en az iki ortamda (örn. evde ve okulda ya da işte) ortaya çıkmalıdır. Aşağıda DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri gösterilmektedir (95).

DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri;

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

Aşağıdaki dikkatsizlik (1) ve/veya hiperaktivite-impulsivite (2) semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

(1) Dikkatsizlik

(a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

(b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınıktır.

(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

(d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).

(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.

(f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.

(g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç-gereçler).

(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağılır.

(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

(2) Hiperaktivite

(a) Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

(b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.

(c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

(d) Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

(e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.

(f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (Dürtüsellik)

(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.

(h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer. (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar)

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda ya da işte ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Kaygı Bozukluğu, Dissosiatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlayınız:

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmıştır.

314.00 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite- İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı Ölçütü karşılanmamıştır.

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve yetişkinler) "Kısmi düzelmede" olarak belirtilmelidirler. DSM-IV' e göre DEHB tanısının konulabilmesi için dikkatsizlik ve/ya da hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden herbiri için en az 6 ölçütü karşılıyor olması gerekmektedir.

Bireylerin büyük çoğunluğunda hem dikkatsizlik hem de impulsivite belirtileri birlikte görülse de bazı bireylerde bu örüntülerden biri ya da diğeri daha baskındır. DEHB, daha baskın olan belirti kümesine göre üç alt tipe ayrılmaktadır:

1. DEHB, Bileşik Tip
2. DEHB, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip
3. DEHB, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip (95).

DSM-IV tanı ölçütlerine göre yetişkin dönemde DEHB tanısının konulması konusunda bazı güçlükler bulunmaktadır. Mevcut ölçütlerin bazılarının çocukluk dönemine ait özellikleri içermesi ve yetişkin döneme uygulanamaması bu güçlüklerden biridir. Bu ölçütlerin yetişkin dönemde DEHB belirtilerini karşılamakta yetersiz olmasının yanında, diğer psikiyatrik hastalıkların belirtileriyle de örtüşüyor olması araştırmacıları farklı tanı modelleri arayışına yöneltmiştir. Wender ve arkadaşlarının geliştirdiği Utah ölçütleri bunlardan biridir (133).

Utah ölçütlerine göre erişkin DEHB tanı ölçütleri;
Çocukluk çağında DEHB öyküsünün olması. Erişkin dönemde aşağıdakilerden A ve B belirtilerinin olması ve buna diğer belirtilerden en az ikisinin eşlik etmesi gerekir:

A. Motor hiperaktivite

B. Dikkat eksikliği

C. Dürtüsellik

D. Dağınıklık, planlama/organizasyon problemleri

E. Strese tahammülsüzlük, aşırı tepkisellik (emotional over reactivity)

F. Duygudurumda değişkenlik (afektif labilite)

G. Çabuk parlamak/kolay öfkelenme (hot temper)

H. İlişkili Özellikler; evlilik problemleri, zekası ve eğitiminden beklenenden daha düşük mesleki ve akademik başarı, alkol ya da madde kötüye kullanımı, psikoaktif ilaçlara karşı tipik olmayan yanıtlar, aile öyküsünde aile bireylerinde çocukluk çağı DEHB hikayesi, antisosyal kişilik bozukluğu ve Briquet Sendromu varlığı (133).

2.3.6. Ek Hastalık

Erişkin dönemde de çocukluk döneminde olduğu gibi eşanlılık oranları yüksektir. Yaşam boyunca E-DEHB olan hastaların E-DEHB olmayanlara göre 2 ila 5 kat daha fazla depresyon, kaygı veya madde bağımlılığına sahip olduğu bildirilmiştir (168, 169). Bir başka çalışmada E-DEHB olan olguların yalnızca %12'sinde başka bir eksen I sorunu saptanmamıştır (170). Araştırmalar göz önüne alındığında E-DEHB'nun duygudurum bozuklukları (%10-65), kaygı bozuklukları (%32-50), alkol kullanım bozuklukları (%34), madde kullanım bozuklukları (%9-30) ile birlikteliği sıktır (171). Eşanlılar E-DEHB'da ağır ve süregelen seyredebilir. Bir çalışma E-DEHB'na eşlik eden depresyonun E-DEHB olmayan depresyonlar kadar ağır ve süregelen seyrettiğini göstermiştir (172). E-DEHB olanlarda, iki uçlu bozukluk tanısı %10-30 oranında görülmektedir. Nierenberg, STEP-BD çalışmasında E-DEHB olanlarda İUB ek tanısını %9.5 bulmuştur (173). DEHB ve tik bozuklukları da oldukça sık birlikte görülür (174).

2.4. KAYGI

2.4.1. Tanım

Kaygı, nedeni bilinmeyen içten gelen, belirsiz, korku, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış endişesiyle yaşanan bir bunaltı hissidir. Yaşamı tehdit eden ya da tehdit ediyormuş gibi algılanan bir çeşit alarm duygusu, içten veya dıştan gelen tehlike ya da tehlike beklentilerine karşı yaşanan bir tepkidir. Kaygı bozuklukları, yaygın olarak görülen ve önemli düzeyde işlev kaybına yol açan ruhsal bozukluklardır (175).

Birçok tıbbi ve psikiyatrik hastalıkta kaygı önemli bir belirtidir. Normal ve patolojik kaygı arasındaki sınırlar ise kesin değildir (176). Normal kaygı, organizmanın biyolojik bir korunma sistemi olup, sık yaşanan bir duygudur ve her zaman bir hastalık belirtisi olarak düşünülmemelidir (177,178). Örnek olarak kişinin yaralanma, acı, ayrılık, düş kırıklığı gibi durumlara karşı kendisini hazırlaması kaygının uyarıcı; tedbir alması ve eğer olumsuzluklar yaşanırsa daha kolay atlatması koruyucu; başarısız olma endişesi ile daha çok çalışmaya sevk etmesi ise motive edici özellikleridir (176). Ancak kaygı ortada tehlike oluşturacak bir durum yokken de ortaya çıkıyorsa, uzun sürüyor ve sonlandırılmıyorsa (177), uyarının şiddeti ile ortaya çıkan kaygı uyumlu değilse, klinik tabloya ağırlıklı olarak kaygının fiziksel belirtileri hakim ise, kaygıya katlanılmıyor ve işlevsellik bozuluyorsa, kişi kendi kendine tedavi çabasında ise patolojik kaygıdan bahsedilir (179).

Kaygı düzeyi, panik düzeyinde yoğun ve hafif belirtiler arasında değişkenlik gösterir. Seyri de önemli ölçüde değişmektedir. Süresi ise aylar yıllar arasında değişebilir. Beklenmedik biçimde ani olarak ortaya çıkan kısa süreli yoğun kaygı “panik”, özel durumlarda ortaya çıkıyorsa “fobi” veya “durumsal kaygı” adını alır (176).

2.4.2. Kaygı Belirtileri

Kaygının ruhsal ve fiziksel olmak üzere iki temel bileşeni vardır (176,180). Ruhsal bileşen kişiden kişiye büyük ölçüde değişebilir ve kişilik ve başa çıkma düzenekleri

tarafından önemli ölçüde etkilenir (176). Ruhsal belirtiler; huzursuzluk, dehşet hissi, kendini “gergin ve sinirli” hissetme, dikkatin kolay dağılması ve konsantrasyon zorluğudur (180). Fiziksel belirtilerin ifadesi de değişkenlik gösterir. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültürel etkenler kaygı belirtilerini etkiler (176). Bunlar çarpıntı, taşikardi, soğuk ve sıcak basmaları, solukluk, hiperventilasyon, nefes darlığı ve göğüste sıkışma gibi belirtilerdir. Gastrointestinal sistemle ilgili olarak da ağız kuruluğu, diyare, mide yakınmaları, boğazda yumru hissi, bulantı ve kusma gibi belirtiler görülebilir. Genito-üriner sistem ile ilgili bulgular sık idrara çıkma, empotans ve cinsel isteksizliktir. Nörolojik sistemle ilgili olarak tremor, parestezi, baş dönmesi, bayılma hissi veya bayılmalar, kas gerginliği ve motor huzursuzluk sık görülür (176).

2.4.3. Kaygı Bozukluklarının Sınıflandırılması

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM-IV-TR) kaygı bozuklukları aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

- Agorafobi olmadan panik bozukluğu
- Agorafobi ile birlikte panik bozukluğu
- Panik bozukluğu öyküsü olmadan agorafobi
- Özgül fobi (Basit fobi)
 - Hayvan tipi
 - Doğal çevre tipi
 - Kan-enjeksiyon-yara tipi
 - Durumsal tip
 - Diğer tip
- Sosyal fobi (sosyal kaygı bozukluğu)
- Obsesif-kompulsif bozukluk
- Travma sonrası stres bozukluğu
 - Akut
 - Kronik
 - Gecikmeli başlangıçlı
- Akut stres bozukluğu
- Yaygın kaygı bozukluğu
- Genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı kaygı bozukluğu
- Madde kullanımının yol açtığı kaygı bozukluğu
- Başka türlü adlandırılmayan kaygı bozuklukları (95).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırma, Gaziantep Üniversitesi öğrencilerinde VKİ ile erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, iki uçlu, kaygı ve depresyon ölçüm düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan kesitsel bir çalışmadır.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu'ndan 05.05.2011 tarihinde 05-2011/59 karar numarası ile araştırma için onay alınmıştır.

3.2. Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi öğrencisi olup çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kişiler oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın dahil etme ve dışlama ölçütleri

Çalışmaya dahil etme ölçütleri aşağıdaki gibidir:

Deneklerin çalışmaya katılmayı kabul etmesi ve anket formlarını tam olarak doldurması dahil edilme ölçütü kabul edilmiştir.

Çalışmanın dışlama ölçütleri aşağıdaki gibidir:

Herhangi bir dışlama ölçütü tanımlanmamıştır.

3.4. Araştırmanın yürütülmesi

Çalışmaya katılan kişilerin Gaziantep Üniversitesi öğrencisi olup 01.05.2011–30.11.2011 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Çalışmaya katılan her kişi sosyodemografik veri formu, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) 'ni kendileri doldurdu. Öğrencilerin bildirimine göre boy ve kilo değerleri öğrenilerek VKİ hesaplandı.

3.5. Veri toplama araçları

3.5.1. Sosyodemografik ve klinik veri formu: Hastanın sosyodemografik verilerini içermektedir. Yarı-yapılandırılmış görüşme çizelgesi kullanılarak hastaların cinsiyeti, kardeş sayısı, aile tipi, kendisinin ve ailesinin yaşadığı yer, sosyoekonomik düzey, eğitim düzeyi, medeni durumu, ailede ruhsal hastalık öyküsü, sosyal güvenceleri ve alkol-madde kullanım öyküsü gibi sosyodemografik veriler ile, daha önce psikiyatrik tanı/tedavi ve halen psikiyatrik tedavi öyküsü gibi klinik veriler değerlendirilmiştir (Bkz Ek-1).

3.5.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği: Evet ve hayır cevaplarını içeren, kökenini DSM IV'den alan öz bildirime dayalı bir kağıt-kalem ölçeğidir. Ölçek üç sorudan oluşmaktadır. 13 alt maddeden oluşan birinci soru yaşamboyu manik ya da hipomanik belirtilerin öyküsü, yükselmiş duygudurum, iritabilite, girişkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi göze çarpan öznel değişiklikleri irdeler. “Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve ... oldu mu?” ile başlayan bu sorularda “.... çok çabuk kızıp insanlara bağırdığımız ya da kavga veya tartışma çıkardığımız oldu mu?”, “... her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?” “....normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu?” gibi sorularla hastalık belirtileri sorgulanmaktadır. İkinci soruda “evet” olarak işaretlenen belirtilerin eşzamanlı olarak bir arada olup olmadığını sorgulamaktadır. Üçüncü soru da ise bu belirtilerin işlevsellik üzerine etkisi sorgulanmaktadır. Konuk tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (181). (Bkz Ek-2).

3.5.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan, toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içeren, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan bir ölçektir. Bupuanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyon belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği önce Tegin, daha sonra Hisli tarafından yapılmıştır (182). (Bkz Ek-3).

3.5.4. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI): Envanterin, her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği vardır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puanlar yüksek kaygı düzeyini, düşük puanlar ise düşük kaygı düzeyini belirtir. Öner tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (183). (Bkz EK-4)

3.5.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS v1.1): Dünya Sağlık Örgütü tarafından ruhsal hastalıkların tanınması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir. DSM-IV’de DEHB tanısı için önerilen 18 A grubu belirtiyi içeren 18 sorudan oluşur. Ölçeğin “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite/dürtüsellik” olmak üzere her biri 9 sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her bir belirtinin son 6 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. Basamaklı lojistik regresyon analizi 18 sorudan 6’sının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir. Bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların “yüksek olasılıkla DEHB”, 17-23 puan alanların “olasılıkla DEHB” olduğu, 0-16 puan alanların DEHB olmadıklarını bildirilmiştir.

Özgün forma (ASRS <http://www.med.nyu.edu/psych/assets/adhdscreen18.pdf>. bağlantısından ulaşılabilmektedir (184). (Bkz Ek-5).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for.Windows 13.0 kullanılarak gerekli istatistiksel analizler yapıldı. Öncelikle tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Sürekli değişken özelliği taşıyan değişkenlerin karşılaştırılmasında student t testi kullanıldı. $P < 0.05$ olması anlamlı olarak kabul edildi. Değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ise Pearson bağıntı analizi kullanıldı.

4.BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya, veri toplama araçlarını eksiksiz olarak cevaplayan 958 öğrenci dahil edildi.

Katılımcıların 426'sı kız (%44.5), 532'si (%55.5) erkekti. 778 (%81.2) kişinin sosyal güvencesi vardı. Medeni duruma bakıldığında %98'i bekar (n=939), %1.4'ü evli (n=13) ve %0.6'sı dul/boşanmıştı(n=6). %23.7'si ailesinin yanında, %31'i yurttan ve %45.3'ü evde yaşamaktaydı.

Katılımcıların %18.1'inin (n=173) sigara, %0.7'sinin (n=7) maraş otu ve %11.2'sinin (n=107) alkol kullanımı vardı.

Ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunan 68 kişi vardı (%7.1).

Düzenli spor yapan 193 kişi (%20.1) vardı.

Daha önce psikiyatrik tanı ve tedavi alan 71 kişi (%7.4), halen psikiyatrik tedavi alan 14 kişi (%1.5) vardı. Daha önce psikiyatrik tanı/tedavi alan grup, halen psikiyatrik tedavi alanları kapsamakta idi.

Ruhsal sorunu olduğunu düşünen 134 kişi, ruhsal rahatsızlığı olduğunu düşünen 64 kişi vardı. Yaşamı boyunca intihar düşüncesi olan 118 kişi, intihar girişimi olan 50 kişi vardı.

Öğrenciler tarafından en sık tıbbi rahatsızlık olarak; migren (n=42,%4.4), astım (n=14, %1.5) ve sinüzit (n=10, %1) bildirilmiştir.

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3a ve 3b'de gösterilmiştir.

Tablo 3a: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve VKİ' ne göre dağılımları

		Zayıf (N=78)	Normal (N=716)	Kilolu (N=157)	Şişman (N=7)	Toplam (N=958)
Cinsiyet	Kadın	59 (75.6)	343 (47.9)	24 (15.3)	0(0.0)	426 (44.5)
	Erkek	19 (24.4)	373 (52.1)	133 (84.7)	7(100.0)	532 (55.5)
Medeni hal	Evli	0 (0.0)	10 (1.4)	3 (1.9)	0(0.0)	13 (1.4)
	Bekar	75 (96.2)	704 (98.3)	153 (97.5)	7 (100.0)	939 (98)
	Dul- Boşanmış	3 (3.8)	2 (0.3)	1 (0.6)	0 (0.0)	6 (0.6)
Sosyal güvence		72 (92.3)	585 (81.7)	115 (73.2)	6 (85.7)	778 (81.2)
Aile tipi	Çekirdek	64 (82.1)	590 (82.4)	122 (77.7)	5 (71.4)	781 (81.5)
	Geniş	10 (12.8)	104 (14.5)	33 (21.0)	1 (14.3)	148 (15.4)
	Parçalanmış	4 (5.1)	22 (3.1)	2 (1.3)	1 (14.3)	29 (3.1)
Yaşadığı yer	Aile yanı	21 (26.9)	171 (23.9)	35 (22.3)	0 (0.0)	227 (23.7)
	Yurt	24 (30.8)	229 (32.0)	42 (26.8)	2 (28.6)	297 (31.0)
	Ev	33 (42.3)	316 (44.1)	80 (51.0)	5 (71.4)	434 (45.3)
Alkol (n,%)		7 (9.0)	74 (10.3)	23 (14.6)	3 (42.9)	107 (11.2)
Sigara (n,%)	1 paketten az	5 (6.4)	102 (14.2)	29 (18.5)	0 (0.0)	136 (14.2)
	1 paketten fazla	1 (1.3)	25 (3.5)	10 (6.4)	1 (14.3)	37 (3.9)
Maraş otu (n,%)		2 (2.6)	4 (0.6)	1 (0.6)	0 (0.0)	7(0.7)

Tablo 3b: Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve VKİ' ne göre dağılımları

		Zayıf (N=78)	Normal (N=716)	Kilolu (N=157)	Şişman (N=7)	Toplam (N=958)
Düzenli spor yapma (n,%)		7 (9.0)	154 (21.5)	31 (19.7)	1 (14.3)	193 (20.1)
İntihar düşüncesi (n,%)		13 (16.7)	77 (10.8)	27 (17.2)	1 (14.3)	118 (12.3)
İntihar girişimi (n,%)		7 (9.0)	33 (4.6)	10 (6.4)	0 (0.0)	50 (5.2)
Tıbbi rahatsızlık tanısı (n,%)		12 (15.4)	89 (12.4)	22 (14.0)	0 (0.0)	123 (41.8)
Ailede ruhsal hastalık öyküsü (n,%)		5 (6.4)	56 (7.8)	7 (4.5)	0 (0.0)	68 (7.1)
Ruhsal sorun düşüncesi (n,%)		14 (17.9)	93 (13)	26 (16.6)	1 (14.3)	134 (14.0)
Ruhsal rahatsızlık düşüncesi (n,%)		6 (7.7)	44 (6.1)	15 (9.6)	0 (0.0)	65 (6.8)
Önceki psikiyatrik tedavi (n,%)		6 (7.7)	56 (7.8)	9 (5.7)	0 (0.0)	71 (7.4)
Hala alınan psikiyatrik tedavi (n,%)		2 (2.6)	11 (1.5)	1 (0.6)	0 (0.0)	14 (1.5)

Öğrencilerin VKİ ortalaması 22.2 idi; %8.1'i zayıf, %74.7'si normal, %16.4'ü kilolu ve %0.7'si şişmandı. VKİ gruplarında cinsiyet, sosyal güvence, alkol ve sigara kullanan kişi sayısı açısından istatistiksel anlamlı fark saptandı ($p<0.5$). Şişman olanlarda alkol tüketen hasta oranı yüksekti.

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ailelerinin yaşadıkları yer ve durumlarına bakıldığında, %65.2'si ilde, %24.7'si ilçede ve %10'u kasaba/köyde yaşamaktaydı. Yaşadığı yerde %81.3'ü yerli, %18.7'si göçmendi. Öğrencilerin ailelerinin yaşadıkları yer ve durumlarına göre dağılımı Tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4: Öğrencilerin ailelerinin yaşadıkları yer ve durumlarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
İl	625	65.2
İlçe	237	24.7
Kasaba-Köy	96	10.0
Toplam	958	100.0
Yerli	779	81.3
Göçmen	179	18.7
Toplam	958	100.0

Araştırma kapsamına giren öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyi durumlarına bakıldığında, %31.6'sı 0-800, %36.7'si 800-1600, %24.1'i 1600-3200, %6.3'ü 3200-8000 ve %1.3'ü 8000 ve üzeri gelir düzeyine sahipti. Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre dağılımları Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5: Öğrencilerin ailelerinin gelir düzeyine göre dağılımları

	Sayı	Yüzde
0-800	303	31.6
800-1600	352	36.7
1600-3200	231	24.1
3200-8000	60	6.3
8000	12	1.3
Toplam	958	100.0

Psikiyatrik tanı/tedavi alan grupla almayan grup arasında cinsiyet, VKİ, medeni hal, sosyal güvence, aile tipi, yaşadığı yer, ailesinin yaşadığı yer, ailenin yaşadığı yerdeki durumu, aile gelir düzeyi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Psikiyatrik tanı/tedavi alanlarda intihar düşüncesi, intihar girişimi, tıbbi rahatsızlık, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ruhsal sorun düşüncesi, ruhsal rahatsızlık düşüncesi olan kişi sayısı yüksekti.

4.2. Ölçekler ile ilgili veriler:

BDE ortalaması 11.8 idi ve 17 kesim noktasına göre depresyon sıklığı %22.8 bulundu.

ASRS ortalaması 28.4, alt tiplerine bakıldığında ASRS-A dikkat eksikliği alt ölçeği 9.4, ASRS-B 19 idi. DEHB sıklığı 1.5 standart sapma üzeri alındığında %7.1, 2 standart sapma üzeri alındığında %3.5 olarak bulundu.

DBÖ ortalaması 7.8, DBÖ pozitif olanlar %15.3 olarak bulundu.

STAI durumluk ölçeği ortalaması 43, sürekli ortalaması ise 45.5 idi. Ölçek ortalamaları Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6: Uygulanan Ölçeklerin ortalamaları

N=958		
BDE (Ort.±SD)		11.8±8.5
BDE (n,%)		218 (22.8)
ASRS A (Ort.±SD)		9.4±3.6
ASRS B (Ort.±SD)		19.0±6.4
ASRS Toplam (Ort.±SD)		28.4±9.0
DEHB sıklığı (1,5 S.Sapma Üzeri)		68 (7.1)
DEHB sıklığı (2 S.Sapma Üzeri)		34 (3.5)
STAI kaygı ölçeği: Durumluk (Ort.±SD)		43±6.7
STAI kaygı ölçeği: Sürekli (Ort.±SD)		45.5±7.2
DBÖ (Ort.±SD)		7.8±2.9
DBÖ (≥7) (n,%)		530 (55.3)
DBÖ (n,%)	Negatif	811 (84.7)
	Pozitif	147 (15.3)

VKİ ile ölçek ilişkisine bakıldığında, psikiyatrik tanı/tedavi alan ve almayanlar ayrı değerlendirildi. Psikiyatrik tanı/tedavi alanlarda; STAI durumculuk ($r=0.103$, $p=0.002$) ve süreklilik ölçeği ($r=-0.067$, $p=0.047$) ile VKİ arasında zayıf bir korelasyon gözlemlendi. Almayanlarda ise STAI süreklilik ölçeği ile VKİ arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon gözlemlendi ($r=-0.355$, $p=0.002$). Buna karşın BDE, ASRS ve DBÖ puanı ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki yoktu. DBÖ pozitif olanlar ile negatifler arasında VKİ bakımından anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.381$).

İntihar düşüncesi olan ve olmayanlar arasında da VKİ bakımından anlamlı farklılık görülmedi ($p=0.274$).

VKİ ve ölçekler arasındaki korelasyonlar Tablo 7 ve 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 7: VKİ ve DBÖ pozitifliği arasındaki ilişki

Psikiyatrik tanı/tedavi	DBÖ pozitif	N	Ortalama	St. Sapma	P
Alan VKİ	NEGATİF	51	22.2451	2.36155	0.381
	POZİTİF	20	21.6700	2.74420	
Almayan VKİ	NEGATİF	760	22.1197	3.01937	0.126
	POZİTİF	127	22.5624	2.98189	

Tablo 8: VKİ ve ölçek puanları arasındaki ilişki

		Psikiyatrik tanı/tedavi alan	Psikiyatrik tanı/tedavi almayan
BDE	Pearson Correlation	.046	-.127
	Sig. (2-tailed)	.173	.291
	N	887	71
ASRSa	Pearson Correlation	-.040	.079
	Sig. (2-tailed)	.238	.514
	N	887	71
ASRSb	Pearson Correlation	-.035	.100
	Sig. (2-tailed)	.299	.405
	N	887	71
ASRStoplama	Pearson Correlation	-.041	.108
	Sig. (2-tailed)	.227	.369
	N	887	71
DBÖpuani	Pearson Correlation	.060	.044
	Sig. (2-tailed)	.072	.717
	N	887	71
STAI durumlu	Pearson Correlation	.103**	-.355**
	Sig. (2-tailed)	.002	.002
	N	887	71
STAI sürekli	Pearson Correlation	-.067*	-.111
	Sig. (2-tailed)	.047	.356
	N	887	71
VKİ	Pearson Correlation	1	1
	Sig. (2-tailed)		
	N	887	71

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın birinci amacı toplum örnekleminde bazı ruhsal belirtilerin VKİ ile ilişkisini araştırmaktır. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında birçoğunun şişmanlık tanısı konmuş hastalarda yapıldığı görülmektedir.

Şişman hastaların daha düşük benlik değerine sahip olduğunu bildiren araştırmalarda, psikopatolojik durumların daha fazla gözleendiği, özellikle depresyon, kişilik bozukluklarının ve psikososyal stresörlerin sıklıkla eşlik ettiği bildirilmektedir (185- 187).

Şişmanlık ve diğer sağlık sorunları nedeniyle tedavi olanağı arayan bireylerde depresyon ve kaygı puanlarının orta derecede artmış olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, disfori, kaygı, depresyon gibi psikopatolojik bulguların şişmanlığa neden olmaktan çok şişmanlığın sonuçları olarak ortaya çıktığını düşündürmektedir (21).

Şişman hastaların birinci derece akrabalarında mental hastalıklar daha sık (kaygı bozuklukları, depresyon, iki uçlu bozukluk) gözlenmekte ve bunun genetik-çevre etkileşimi ile ilgili olabileceği ifade edilmektedir. Aynı zamanda aşırı karbonhidrat alımının merkezi serotonerjik aktivitelerini etkileyerek kaygı, depresyon ve vejetatif semptomların artışına sebep olduğu bildirilmektedir. Azalmış fiziksel aktivitenin de endorfin düzeylerini etkileyerek norepinefrin metabolizmasında değişikliklere yol açarak bu belirtilerin artmasına katkıda bulunduğu çalışmalarda gözlenmiştir (188, 189).

Yapılan bir çalışmada psikolojik stresin depresyon, kaygı ve somatoform bozukluklara yol açabildiği gibi şişmanlık ile de ilişkili olabileceği saptanmıştır. Psikiyatrik hastalığa eşlik eden stres, yeme davranışını artırabilir ve kilo alımına yol açabilir. Şişmanlığa eşlik eden metabolik olaylar psikiyatrik hastalıklarda kendini gösterir (190, 191). Örneğin yüksek kortizol seviyeleri stres ve depresyon ilişkisinde rol oynar. Strese ve hipotalamik-hipofizer-adrenal eksene verilen yanıt VKİ artışına yol açabilir (192).

Şişmanlık ve ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişkiyi açıklayan mekanizmaların çoğu şişmanlık ve depresyon üzerine odaklanmıştır. Depresif duygudurum ile alakalı olan az hareket etme ve fazla yemek yeme (193), psikotrop ilaç kullanımı (194), şişmanlık ile damgalanmayı (195, 196) içeren açıklamalar kaygı bozuklukları ile daha az alakalı gibi görünmektedir. Duygusal etmenler tarafından düzenlenen aşırı yeme “Emosyonel yeme” olarak tanımlanmıştır ve şişmanlık ile ilişkilidir (197-199).

Emosyonel yeme tedavi gören şişman hastalarda sık görülmektedir (198). Olumsuz duygulardan biri olan kaygı yeme için tetikleyici bir etmen varsayılmıştır ve kaygının şişman kişilerde şişman olmayanlara göre yemek tüketimini arttırdığı yönünde bilgi mevcuttur (198).

Çalışmamızda birçok çalışmada şişmanlık değerlendirilmesinde antropometrik ölçüm olarak kullanılan VKİ kullanılmıştır. Şişmanlığa neden olabilen psikotrop ilaç kullanımı sorgulanmış ve ayrı değerlendirilmiştir. Ankara Üniversitesi öğrencilerinde yapılan bir tez çalışmasında da, öğrencilerin %7.6’sı zayıf, %73.5’i normal, %15.4’ü kilolu, %3.5’i şişman olarak bildirilmiştir; çalışmamızda bildirilen ile benzerlik göstermektedir (%8.1’i zayıf, %74,7’si normal, %16.4’ü kilolu ve %0.7’si şişmandı (200).

İki uçlu bozukluk ve şişmanlık arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların daha çok iki uçlu bozukluğu olan hastalarda şişmanlık prevalansını saptamaya yönelik olduğu anlaşılmaktadır. Bu araştırmalar, iki uçlu bozukluğu olan kişilerin genel topluma göre daha şişman olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalarda; karıştırıcı bir etmen iki uçlu bozuklukta kullanılan lityum, valproik asid, olanzapin gibi tedavilerin kilo alımı ile ilişkili olduğudur. Ayrıca, literatürün çoğu depresyon üzerine odaklanmıştır ve öyküde iki uçluluk dikkatlice sorgulanmamıştır. Bir çalışmada cerrahi tedavi planlanan morbid şişman hastaların %89’unda iki uçlu yelpaze bozuklukları olduğu bulunmuştur (201).

Başka bir çalışmada iki uçlu bozukluğu olan hastaların kontrol grubuna göre daha az fiziksel aktivitede bulunduğu ve yüksek kalori içeren dietle beslendikleri bildirilmiştir (202). Bundan başka iki uçlu bozukluk ve kilo alımı arasında genetik yollar ve HPA eksen disregülasyonu olduğuna dair teorik hipotezler mevcuttur (203).

Dosyaları incelenerek hiç tedavi görmemiş iki uçlu bozukluğu olan hastalarda yapılan geriye dönük bir çalışmada şişmanlık prevalansı diğer çalışmalarla benzer şekilde %1.4, kilolu olma prevalansı ise %40.8 bulunmuştur. Bu bilgi göstermiştir ki iki

uçlu bozukluk ve kilo arasındaki ilişki yalnızca ilaç tedavisi ile açıklanamamaktadır (204).

Çalışmamızda DBÖ pozitif kabul edilen kişi sayısı %15.3 olarak bulunmuştur ve VKİ ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Pickering, Amerika'da toplum örnekleminde yaptığı çalışmasında şişmanlığın madde bağımlılığı, özgül fobi (bayanlar için), ve iki uçlu 1 bozuklukla (bayanlar için) ilişkili olduğunu göstermiştir (11).

DBÖ pozitif kişi sayısı çalışmaya alınan olguların hangi örneklemden seçildiğine göre değişmektedir (genel toplum örnekleme, genel psikiyatri polikliniği, iki uçlu hastalar). DBÖ, psikiyatri poliklinik başvurusuna dayalı olguların olduğu çalışmada; 0.73 duyarlılık ve 0.90 özgüllük özellikleri göstermiştir; toplum tabanlı bir diğer çalışmada ise ölçeğin duyarlılığı daha yüksek (0.81) seçiciliği ise daha düşük olarak bulunmuştur (0.65) (205, 206). DBÖ iki uçlu I'ı tararken iki uçlu II'ye göre daha yüksek duyarlılığa sahiptir (%66.vs. 38.6) (207). İtalyanca DBÖ'nün geçerlik çalışmasındaki örneklem grubunda SCID ile herhangi bir tanı konulmamış hastaların oranı (%25.9) dikkat çekici düzeyde yüksektir (208). Unutmamak gerekir ki kendi bildirim ölçekleri tanı koymada ilk basamağı oluşturmakla birlikte tanının klinik psikiyatrik muayene diğer ek değerlendirme yöntemleriyle desteklenmesi önemlidir.

Şişmanlık tedavisi gören çocukların büyük bir kısmında (%58) DEHB saptanmıştır. Yine DEHB olan çocukların VKİ'lerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (209). Ayrıca bazı araştırmalarda şişmanlık tedavisi alan erişkinlerde yüksek DEHB oranları bildirilmiştir. Altfas'ın çalışmasında (210) DEHB sıklığı %27,4 bulunmuş, özellikle VKİ 40 ve üzerinde olan grupta %42,6'ya dek çıkmıştır. Bu çalışmada değinilen bir diğer özellikte DEHB varlığında tedavi başarısının düşüklüğü olmuştur. Fleming ve Levy'nin çalışmasında (211) VKİ 35 üzerinde olan kadınlarda DEHB belirtileri %26.7 oranında bildirilmiştir. Ayrıca DEHB olan çocuklarda şişmanlık sıklığındaki artış da dikkat çekmektedir (212).

Çalışmamızda DEHB sıklığı ortalama puanın 1.5 standart sapma üzeri alındığında %7.1, 2 standart sapma üzeri alındığında %3.5 olarak bulunmuştur ve VKİ ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Çocukluk döneminin sorgulanmamış olması bir sınırlılıktır. Namık Kemal Üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada da DEHB sıklığı ASRS puan ortalamasının 2 standart sapma üzeri alındığında %2.6 olarak bildirilmiştir (213). Son yıllarda gençlerde ve erişkinlerde DEHB görülmesiyle ilgili

araştırmalara ilgi artmış olmakla birlikte üniversite öğrencilerinde DEHB ile ilgili bilgilerimiz henüz sınırlıdır (214). Üniversite öğrencilerinde DEHB'nun gerçek prevalansı çeşitli etmenlerden dolayı bilinmemekle birlikte sıklığıнын %2-8 arasında olduğu tahmin edilmektedir ve çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatürde bildirilenler ile uyumludur (215, 216).

Toplum örnekleminde yapılan bir çalışmada E-DEHB'nun kilolu olma ve şişmanlık ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (12).

Çalışmamıza BDE kesim noktası 17 alındığında major depresyon sıklığı %22.8 bulunmuştur ve VKİ ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Toplumda ruhsal bozuklukların şişmanlık ile ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde; Amerika'da yapılan iki araştırmada major depresyon ile şişmanlık arasındaki ilişkinin kadınlarda anlamlı olduğu gösterilmiştir (217, 218).

Carpenter ek olarak etnisite etmenini değerlendirmiş fakat etnik gruplar arasında fark bulmamıştır; ayrıca şişmanlık ve intihar düşüncesi ve girişimi arasında pozitif ilişki de tespit etmiştir (217). Jorm, Avusturalya toplumunda yaptığı araştırmasında kaygı ve depresif semptomlar ile şişmanlık arasında ilişki bulmamıştır (219). Istvan 25-74 yaş aralığındaki geniş toplum örnekleminde VKİ ve depresyon arasındaki ilişkiyi incelemiş, bayanlarda (VKİ>28.96) daha düşük VKİ'ne göre anlamlı depresif belirtiler sıklığıнын %38 olarak bildirmiştir; erkeklerde ise herhangi bir ilişki bulmamıştır (220).

Simon şişmanlığın major depresyon, iki uçlu bozukluk ve panik bozukluk/agorafobi ile ilişkili olduğunu göstermiştir (221). Şişmanlık ve kaygı arasında pozitif, (11, 219, 221), madde kullanımı (222, 223) ve madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı arasında (11, 224) negatif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.

Çalışmamızda STAI durumluk ölçeği ortalaması 43, sürekli ortalaması ise 45.5 idi.

Kaygı düzeyi ile VKİ arasında zayıf bir ilişki gözlendi. Scott çalışmasında duygudurum bozukluklarından ziyade şişmanlık ve özellikle travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere kaygı bozuklukları ile daha güçlü bir ilişki göstermiştir. Madde kullanım bozuklukları ile herhangi bir ilişki gözlenmemiştir (225).

Genç bayanlarla yapılan bir toplum çalışmasında ise şişmanlık sadece kaygı bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (226). Alman toplumunda yapılan bir çalışmada şişman erkeklerde kaygı bozukluklarında artış saptanmakla birlikte şişmanlık ve ruhsal

hastalıklar arasında nedensel bir ilişki gösterilmemiş; toplum tabanlı bakış açısından şişmanlık kendi başına ruhsal rahatsızlıklar için bir risk etmeni olarak değerlendirilmemiştir (12).

Diğer çalışmalarda gözlenen duygudurum bozuklukları ve DEHB ölçümleri arasındaki ilişki, üniversite öğrencilerinde yaptığımız çalışmada gözlenmedi; bununla birlikte kaygı ölçümleri ile bir ilişki tespit edildi. Bu sonuçların bu yaş grubundaki şişman kişi sayısının az olması ile ilgili olabileceği düşünüldü.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Yapılan bu araştırmanın sonucunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

1.Öğrencilerin VKİ ortalaması 22.2 idi; %8.1'i zayıf, %74.7'si normal, %16.4'ü kilolu ve %0.7'si şişmandı.

2. Psikiyatrik tanı/tedavi alan grupla almayan grup arasında cinsiyet, VKİ, medeni hal, sosyal güvence, aile tipi, yaşadığı yer, ailesinin yaşadığı yer, ailenin yaşadığı yerdeki durumu, aile gelir düzeyi açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

Psikiyatrik tanı ve tedavi alanlarda intihar düşüncesi, intihar girişimi, tıbbi rahatsızlık, ailede ruhsal hastalık öyküsü, ruhsal sorun düşüncesi, ruhsal rahatsızlık düşüncesi olan kişi sayısı yüksekti.

3. Çalışmamızda DBÖ pozitif kabul edilen kişi sayısı %15.3 olarak bulunmuştur ve VKİ ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

4. Çalışmamızda DEHB sıklığı ortalama puanın 1.5 standart sapma üzeri alındığında %7.1, 2 standart sapma üzeri alındığında %3.5 olarak bulunmuştur ve VKİ ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

5. Çalışmamıza BDE kesim noktası 17 alındığında major depresyon sıklığı %22.8 bulunmuştur ve VKİ ile anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

6. Çalışmamızda STAI durumluk ölçeği ortalaması 43, sürekli ortalaması ise 45.5 idi. Kaygı düzeyi ile VKİ arasında zayıf bir ilişki gözlemlendi.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Technical report series no 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000; s.1-4.
2. Türk Dil Kurumu, Bilim ve Sanat Terimleri Sözlüğü, <http://www.tdk.gov.tr>.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Eating disorders. HI Kaplan, BJ Sadock (eds), Synopsis of Psychiatry'de, sekizinci baskı, Baltimore, Williams and Wilkins. 1998, s.720-736.
4. Pi-Sunyer FX. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. Obes Res. 1998; 6(suppl 2):51S-209S.
5. Khaodhlar L, McCowen KC, Blackburn GL. Obesity and its comorbid conditions. Clin Cornerstone. 1999; 2:17-31.
6. Lean ME. Pathophysiology of obesity. Proc Nutr Soc. 2000; 59:331-336.
7. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition. BJ Sadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore. 2000, s.1787-1797.
8. Marcus MD. Binge eating in obesity, in binge eating: Nature, assessment, and treatment. CG Fairburn, GT Wilson (eds), New York, Guilford Pres. 1993, s.77-96.
9. Mussell MP, Mitchell JE, de Zwaan M, Crosby RD, Seim HC, Crow SJ. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. Int J Obes Relat Metab Disord. 1996; 20:324-331.
10. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. Am J Psychiatry. 1993; 150:1472-1479.

11. Pickering RP, Grant BF, Chou SP, et al. Are overweight, obesity, and extreme obesity associated with psychopathology? Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2007; 68:998–1009.
12. Hach I, Ruhl UE, Klose LM, Klotsche J. Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample. *Eur J Public Health*. 2006, Vol. 17, No. 3, 297–305.
13. Pagoto SL, Curtin C, Lemon SC, Bandini LG, Schneider KL, Bodenlos JS, Ma Y. Association between adult attention deficit/hyperactivity disorder and obesity in the US population. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(3):539-44.
14. Balcıoğlu İ, Başer Z. Obezitenin psikiyatrik yönü Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008 S:341-348.
15. Yang R, ADHD and obesity. *CMAJ*. 2010 Mar 9;182(4):327-8.
16. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute: Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-in evidence report. *Obes Res*. 1998; 6(2): 51S-209S.
17. Sarlio-Lahteenkorva S, Lahelma E. The association of body mass index with social and economic disadvantage in women and men. *Int J Epidemiol*. 1999; 28(3): 445-449.
18. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. *Phys Ther*. 2003; 83(3): 276-288.
19. World Health Organization (WHO). Body Mass Index Classification. www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.htm.
20. World Health Organization Expert Committee: Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series no. 854. Geneva, World Health Organization. 1995. s:1-460.
21. Bayraktar E, Obezitenin Psikolojik Yönleri, ed: Yılmaz C, Şişmanlık. Nobel Tıp Kitapevleri, 1995:s:107-137.

22. Seidell JC, Deerenberg I. Obesity in Europe: Prevalence and consequences for use of medical care. *Pharmacoeconomics*. 1994;5 (1):38-44.
23. Şarbat G, Demirkol M. *Obesite*, Ed: Ekşi A, Ben Hasta Değilim. Nobel Tıp Kitapevi, 1999:441-450.
24. Lyznicki JM, Young DC, Rigss JA, Davis DM. Obesity: Assessment and management in primary care. *AmFam Physician* 2001;63: 2185-2196.
25. Sağlam F. Kadınlarda Şişmanlığın Görülme Sıklığı ve Şişmanlık Oluşumunu Etkileyen Etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 1989;18:195-203.
26. Tucker LA, Bagwell M. Television Viewing and Obesity in Adult Females. *Am J Public Health*. 1991;81(/):908-11.
27. Özkahraman S, Kişioğlu AN, Öztürk M. Bir sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınlarda şişmanlık prevalansı ve yapılan eğitimin şişmanlık ile ilgili bilgi, tutum, davranış ve prevalansa etkisi. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı 2, 2002:738-740.
28. Van Gaal LF, Mertens IL: *Obezitenin Kardiyovasküler Sistem ve Kan Basıncı Kontrolü, Sindirim Sistemi Hastalıkları ve Kansere Üzerindeki Etkileri: Klinik Şişmanlık 2000* (Kopelman PG and Stock M. Blackwell Sience Ltd 1998) Ed. Uz. Dr Arif Nihat Dursun, Tekin Ciltevi, 2000: s:206.
29. Galuska DA, Serdula M, Pamuk E, Siegel BZ, Byers T. Trends in Overweight Among US Adults from 1987 to 1993: A Multistate Telephone Survey. *Am J Public Health*. 1996;86:1729-1735.
30. Lewis CE, Smith DE, Wallace DD, Williams OD, Bild DE, Jacobs DR. Jr. Seven Year Trends in BodyWeight and Associations with Lifestyle and Behavioral Characteristics in Black and White Young Adults: The CARDIA Study. *Am J Public Health*. 1997;87:635-642.
31. Rabkin SW et al. Risk Factor Correlates of Body Mass Index. *CanMedAssoc J*. 1997;157:27-31.

32. Williamson FD. Descriptive Epidemiology of Body Weight and Weight Change in U.S.A. Adults. *Ann Intern Med.* 1993;119: 646-649.
33. Erkol A, Khorshid L Şişmanlık; Predispozan Faktörler ve Sosyal Boyutun Değerlendirilmesi SSK Tepecik Hastanesi Dergisi. 2004;14 :101-109.
34. Erem C, Arslan C, Hacıhasanoglu A, Değer O, Topbaş M, Ukınc KI, et al. Prevalence of obesity and associated risk factors in a Turkish population (Trabzon City, Turkey). *Obes Res.* 2004; 12: 1117-27.
35. Yumuk VD, Hatemi H, Tarkçı T, Uyar N, Turan N, Bağrıaçık N, et al. High prevalence of obesity and diabetes mellitus in Konya. A Central Anatolian City in Turkey. *Diabetes Res Clin Prac.* 2006; 70: 151-8.
36. Hatemi H, Yumuk VD, Turan N, Arik N. Prevalence of overweight and obesity in Turkey (TOHS). *Metab. Syndr. Relat. Disord.* 2003;1(4):285-90.
37. Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar ilinde şişmanlık prevalansı ve ilgili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci.* 2011;31(1):122-32.
38. Kaya H, Özçelik O. Tıp öğrencilerinde bir yılda vücut kompozisyonlarında meydana gelen değişimlerin belirlenmesi. *Fırat Tıp Dergisi.* 2005; 10(4):164-168.
39. Hellerstein MK, Parks EJ. Obesity and Overweight. In: Gardner DG, Shobeck D(Eds.). *Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology.* 8th ed. New York, McGrawHill; 2007: p.796-816.
40. Bell CG, Walley AJ, Froguel P. The genetics of human obesity. *Nat Rev Genet.* 2005; 6: 221-34.
41. Ersoy R, Çakır B. Şişmanlık. *Turkish Medical Journal.* 2007; 1: 107-116.
42. Lomax JW. Obesity in *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* Ed: Kaplan H, Sadock Bj, Williams& Wilkins, Baltimore, 1989: 1176-1186.

43. Wilson CP, Personality Structure and Psychoanalytic Treatment of Obesity, Ed:WilsonCP,Hogan CC,Mintz I,Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eatig Disorders. Northvale, New Jersey, London, 1992:81-95.
44. Kalan I, Yeşil Y. Şişmanlık ile ilgili kronik hastalıklar. Türk Eczacılar Birliği MİSED. 2010; 23-24; 78-81.
- 45.Kopelman P. Health Risks Associated with Overweight and Obesity. Obesity reviews. 2007; 8(1): 13-17.
46. Coppack SW. Şişmanlık ve kardiyovasküler hastalık ve hipertansiyon. Şişmanlık ve ilişkili hastalıkların tedavisi. Kopelman PG (editör). Çev editörü: Dursun AN. 1. baskı. AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. 2003; 4:65-84.
47. Hatipoğlu ON. Şişmanlık ve Solunum Sistemi Bozuklukları. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2005; 1(37): 43-47.
48. Vrbikova J, Hainer V. Obesity and polycystic ovary syndrome. Obes Facts. 2009; 2:26-35.
49. Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, Walker AM, Meenan RF. Obesity and knee osteoarthritis. The Fremingham Study. Ann Intern Med. 1988; 109: 18-24.
50. Canoy D, Buchan I. Challenges in Obesity Epidemiology. Obesity Reviews. 2007; 8(1): 1-11.
51. Eti Aslan F. Beden imajında değışiklik deneyimleyen hastalara yönelik hemşirelik yaklaşımları. Çınar Dergisi 1998;2:4-6.
- 52.HartmannU,HeiserK,RüfferHesseC,KlothG.Female□sexual□desire□disorders:subty pes, classification, personality□factors□and□new□directions for treatment. World J Urol. 2002;20:79-88.
53. Sarwer, D.B., Wadden,T.A., Foster,G.D. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity and clinical significance.Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1998:7: 101-104.

54. French SA., Perry C., Leon GR., Fulkerson JA. Self-esteem and change in BMI over three years in a cohort of adolescents. *Obes Res.* 1996;4: 27-33.
55. Gortmaker SL., Must A., Perrin JM., Sobol AM., Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N England J Med.* 1993; 329: 1008-12.
56. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *Int J Eat Disord.* 1994; 5:53-61.
57. Bryan J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite.* 2001; 36:147-156.
58. Lissau I Sorensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet.* 1994;343:324-327.
59. Grilo CM ve ark., Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder, *Obes Res.* 2001; 9: 320-5.
60. R.L. Kolotkin, K Meter, G.R. Williams Health related quality of life and obesity. *Obesity reviews.* 2, 2001: 219-229.
61. Saygılı F. Şişmanlık Komplikasyonları Ed: Yılmaz C, Şişmanlık ve Tedavisi Mart matbaacılık. İstanbul, 1999: 41-57.
62. Değirmenci T. Obez erişkinlerde benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete. Doktora tezi, Pamukkale Üniv. Tıp Fak. Denizli 2006 (yayınlanmamış),s.18-19
63. Spitzer RL, Stunkard A, Yanovski S, Marcus MD, Wadden T, Wing R, Mitchell J, Hasin D.: Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al. " The classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal". *Int J Eat Disord.* 1993;13:161- 169.
64. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship Between Childhood Onset Obesity and Psychopathology in Adulthood, *The Journal of Psychology.* 1993;127: 547-551.

65. Sullivan M, Karlsson J, Sjostrom L ve ark. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in he first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1993; 17:503-512.
66. Rush, A. J., Giles, D. E., Schlessner, M. A., Orsulak, P. J., Parker, C. R., Jr., Weissenburger, J. E., et al. (1996). The dexamethasone suppression test in patients with mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 57(10), 470–484.
67. Swann, A. C., Stokes, P. E., Casper, R., Secunda, S. K., Bowden, C L., Berman, N., et al. Hypothalamic-pituitary-adreno cortical function in mixed and pure mania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. (1992). 85(4), 270–274.
68. Watson, S., Gallagher, P., Ritchie, J. C., Ferrier, I. N., & Young, A. H. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*. (2004). 184 496–502.
69. Karalis, K. P., Giannogonas, P., Kodela, E., Koutmani, Y., Zoumakis M., & Teli, T. Mechanisms of obesity and related pathology: Linking immune responses to metabolic stress. *FEBS Journal*. 276(20), (2009): 5747–5754.
70. Tilg, H., & Moschen, A. R. Adipocytokines: Mediator linking adipose tissue, inflammation and immunity. *Natur Reviews Immunology*. (2006). 6(10), 772–783
71. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*. 1992; 149:227-234.
72. Whitmer, R. A., Gunderson, E. P., Barrett-Connor, E., Quesenberry, C. P., Jr. & Yaffe, K. Obesity in middle age and future risk of dementia: A 27 year longitudinal population based study. *BMJ*, (2005). 330(7504):1360.
73. Whitmer, R. A., Gustafson, D. R., Barrett-Connor, E., Haan, M. N., Gunderson, E. P., & Yaffe, K. Central obesity and increased risk of dementia more than three decades later. *Neurology*. (2008). 71(14), 1057–1064.
74. Luchsinger, J. A., Tang, M. X., Shea, S., & Mayeux, R. Hyperinsulinemia and risk of Alzheimer disease. *Neurology*. (2004). 63(7), 1187–1192.

75. Tiehuis, A. M., van der G. Y., Visseren, F. L., Vincken, K. L., Biessels, G. J., Appelman, A. P., Kappelle, L. J., Mali, W. P. Diabetes increases atrophy and vascular lesions on brain MRI in patients with symptomatic arterial disease. *Stroke*. (2008). 39(5),1600–1603.
76. Cortese, S., Angriman, M., Maffei, C., Isnard, P., Konofal, E., Lecendreux, M., et al. Attention - deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: A systematic review of the literature. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. (2008). 48,524–537.
77. Agranat - Meged, A. N., Deitcher, C., Goldzweig, G., Leibenson, L., Stein, M., & Galili - Weisstub, E. Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: A newly described comorbidity in obese hospitalized children. *The International Journal of Eating Disorders*. (2005). 37, 357–359.
78. Braet, C., Claus, L., Verbeken, S., & Van Vlierberghe, L. Impulsivity in overweight children. *European Child & Adolescent Psychiatry*. (2007). 16, 473–483.
79. Anderson, S. E., Cohen, P., Naumova, E. N., & Must, A. Relationship of childhood behavior disorders to weight gain from childhood into adulthood. *Ambulatory Pediatrics*. (2006). 6, 297–301.
80. Holtkamp K., Konrad K., Mueller B., Heussen N., Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., et al. Overweight and obesity in children with attention - deficit/hyperactivity disorder. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*. (2004). 28,685–689.
81. Liu LL, Li BM, Yang J, Wang YW. Does dopaminergic reward system contribute to explaining comorbidity obesity and ADHD? *Med Hypotheses*. 2008; 70:1118-1120.
82. Solanto MV. Dopamine dysfunction in AD/HD: integrating clinical and basic neuroscience research. *Behav Brain Res*. 2002; 130:65-71.
83. Allison DB, Fontaine KR, Heo M, Mentore JL, Cappelleri JC, Chandler LP et al. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60:215-220.
84. Flegal KM, Carroll MD, Ogden Cl, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *JAMA*. 2002; 288:1723-1727.

85. Kurtzthaler I, Fleschacker W. The clinical implications of weight gain in Schizophrenia. J Clin Psychiatry. 2001; 62(suppl.7):32-37.
86. Yılmaz C. Şişmanlığın İlaçla Tedavisi. Endokrinoloji el kitabı.Kabakak T, Yılmaz C, Tüzün M (editörler). 3. basım. İzmir, Güven Kitabevi. 2004; 769-781.
87. Silventoinen K, Sans S, Tolonen H, Monterde D, Kuulasmaa K, Kesteloot H, Tuomilehto J. WHO MONICA Projesinde Şişmanlık ve Enerji Miktarındaki Trendler. International Journal of Obesity, TR Edition. 2005; 1(3): 211-219.
88. Gülcan E, Özkan A. Şişmanlık. Dumlupınar Üniv. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2006; 10: 185-194.
89. Işık E: Depresyon ve Bipolar Bozukluklar. 1. baskı, Görsel Sanatlar Yayınevi, 2003; s:467-483.
90. Kaplan& Sadock Klinik Psikiyatri Türkçe, Çeviri editörü: Hamdullah Aydın, Ali Bozkurt 2005;1559.
91. Ceylan E, Dr. Timuçin Oral: Duygudurum Bozuklukları. 1. baskı, s: 1-11, 2001.
92. Öztürk MO, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 10. Basım , Ankara: 2004; s:295.
93. Işık E., Taner E., Işık U., Güncel Klinik Psikiyatri. 2. Baskı, Ankara 2008;s:157.
94. Schou M. The new bipolar era and beyond, J. Affect Disord. 2001; 67: 1-2.
95. Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV- TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington D.C., 2000'den çeviri editörü: Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri.s:55-61,163-209.
96. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder, J. Affect. Disord. 1998; 50: 143- 151.

97. Akiskal HS., Bourgeois ML., Jules Angst ve ark., Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders, *J. Affect Disorder*. 2000; 59: 5-30.
98. Kessler RC., Rubinow DR. and Holmes C., The epidemiology of DSM III-R Bipolar I disorder in a general population survey, *Psychol Med*. 1997; 27: 1079-1089.
99. Ball WA. and Whybrow PC., Biology of depression and mania, *Current Opinion in Psychiatry*. 1993; 6: 27- 34.
100. Weissman NM., Bland RC. and Canino GJ., Cross- national epidemiology of major depression and bipolar disorder, *JAMA*. 1996; 276: 293- 299.
101. Sadock BJ. and Sadock VA., *Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007; s: 1578-1579.
102. Akiskal HS. The bipolar spectrum: research and clinical perspectives, *Encephale*. 1995; 21 (no. 6): 3- 11.
103. Kessler RC., Rubinow DR. and Holmes C., The epidemiology of DSM III-R Bipolar I disorder in a general population survey, *Psychol Med*. 1997; 27: 1079-1089.
104. Bellivier F., Golmard J. and Rietschel M., Age at onset in Bipolar I Affective Dis. Further evidence for three subgroups, *Am. J. Psych*. 2003; 160: 999-1001.
105. Öztürk MO., *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* , 8. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2001; s: 291-342.
106. Angst J., Gamma A., Sellaro R. and Lavori P., Recurrence of BPD and major depresyon, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2003; 253: 236-240.

107. Sadock BJ. and Sadock VA., Kaplan & Sadoc's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007; s: 1582-1583.

108. Belmaker RH., Bipolar disorder. N. Engl. J. Med., 2004; 351: 476- 486.

109. Güleç C. ve Köroğlu E., Psikiyatri Temel Kitabı. 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara: Medico Graphics Matbaası, 2007; s:273.

110. Köroğlu E., Duygudurum Bozuklukları. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1996 :1: 429-448.

111. Sourney D., Mussat I. ve Mendlewicz J., Genetics of BPD, J. Affect. Disord. 2000; 18: 278- 286.

112. Blackwood DH., Visscher PM. and Muir WJ., Genetic Studies of Bipolar affective disorder in large families, Br. J. Psychiatry Supply. 2001; 41: 6-134.

113. Taner E., Yüksel N. Affektif bozuklukların genetiği, Klinik Psikiyatri Dergisi. 1998; 1(1): 5- 12.

114. Kruger S., Cooke RG., Hasey GM. et al. Comorbidity of obsessive - compulsive disorder in bipolar disorder, J. Affect. Disord. 1997; 34: 117- 120.

115. Baron M., Genetic linkage and bipolar disorder, J. Affect. Disord. 2001; 67: 267- 373.

116. Mac Q., Glenda M., Young L., Trevor., Joffe and RussellT., A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder, J. Affect. Disord. 2001;103(3): 163- 170.

117. Arısoy Ö. Ve Oral T., Bipolar bozuklukla ilgili genetik araştırmalar: Bir gözden geçirme, Türk Psikiyatri Dergisi. 2009; 20(3): 282-293.

118. Pereira AC., McQuillin A., Puri V., Anjorin A., Bass N., Kandaswamy R., Lawrence J., Curtis D., Sklar .P, Purcell SM. and Gurling HM., Genetic association and sequencing of the insulin-like growth factor 1 gene in bipolar affective disorder, Am. J. Med. Genet. B. neuropsychiatry Genet. 2011; 156 (2):177-87.

119. Kremeyer B., Garcia J., Müller H., Burley MW., Herzberg I., Parra MV., Duque C., Vega J., Montoya P., Lopez MC., Bedoya G., Reus V., Pacacio C., Lopez C., Ospina-Duque J., Freimer NB., Ruiz-Linares A., Genome-Wide Linkage Scan of Bipolar Disorder in aColombian Population Isolate Replicates Loci on Chromosomes 7p21-22, 1p31, 16p12 and 21q21-22 and Identifies a Novel Locus on Chromosome 12q., Hum Hered., 2010; 70(4):255-268.

120. Ceylan ME. ve Oral ET., Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları, 1. Baskı, 4. Cilt, İstanbul, CSA Medikal Yayın., 2001:1-71.

121. Freeman MP., Freeman SA. ve McElroy SL., The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues, J. Affect. Disord., 2002; 6 8(1): 1-23.

122. Yazıcı O., Kora K., Üçok A. ve ark. Predictors of lithium prophylaxis in bipolar Patients, J. Affect. Disord. 1999; 55: 133- 142.

123. Keck PE JR., Strawn JR. and McElroy SL: pharmacologic treatment considerations in co-occurring bipolar and anxiety disorders, J. Clin. Psychiatry. 2006; 67 Suppl 1:8-15.

124. Vawter MP., Freed WJ. And Kleinman JE., Neuropathology of bipolar disorder, Biol. Psychiatry. 2000, 48: 486-504.

125. Coryell W., Scheftner WA., Keller M. ve ark., The enduring psychosocial consequences of mania and depression, *Am. J. Psychiatry.* 1993; 150: 703-720.
126. Lam D. and Wong G., Prodromes , coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder, *Psychiatry Med.*, 1997; 27: 1091-1100.
127. Post RM., Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective illness: therapeutic and pathogenic., *Biol. Psychiatry.*1992; 32: 469- 484.
128. Sadock B. And Sadock V., *Duygudurum Bozuklukları: İntrapsişik Kişiler arası Yönu, Compherensive Textbook Of Psychiatry. 2. Cilt. 2005:1607.*
129. Goldstein S. *Understanding and Managing Children's Classroom Behaviour.* New York, Wiley, 1995. p.511.
130. Amen DG, Goldberg P. Attention deficit hyperactivity disorder: a guie for primary care physicians. *Primary Psychiatry.* 1998; 7:76-80.
131. Wozniak J. Appropriate therapeutic targets for ADHD, In: Biederman J chair. *Determining and Achieving Therapeutic Targets in Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder [Academic Highlights]. J Clin Psychiatry.* 2003;64:265-276.
132. Menkes M, Rowe J, Menkes J. A five year follow-up study of the hyperactive child with minimal brain dysfunction. *Pediatrics.* 1967; 39: 393-399.
133. Wender P. *Attention- deficit hyperactivity disorder in adults.* New York, Oxford University Pres. 1995:122-143.
134. Sagvolden T, Johansen EB, Aase H, Russel VA. A Dynamic Developmental Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Predominantly Hyperactive/Impulsive and Combined Subtypes. *Behav Brain Sci.* 2005; 28(3):397-419.
135. Wood DR, Reimherr FW, Wender PH, Johnson GE. Diagnosis and treatment of minimal dysfunction in adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1976: 33: 1453.

136. Graham P. *Child Psychiatry*. 2.ed, New York: Oxford University Press. 1991: 148-157.
137. Barkley R.A. Major life activity and health outcomes associated with attentiondeficit/ hyperactivity disorder. *Journal of Clinic Psychiatry*. (2002). 63: 10-15.
138. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*. 2006, 163(4): 716-23.
139. J. Fayyad, R. DE Graff, R. Kessler, J. Alonso, M. Angermeyer, K. Demyttenaere *British Journal of Psychiatry*. (2007). 190, 402-409.
140. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: An Overview. *Ann N Y Acad Sci*. 2001; 931:1-16.
141. Biederman J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Life-Span Perspective. *J Clin Psychiatry*. 1998;59: 4-15.
142. McCraeken., *Attention Deficit Disorder*, Ed: Sadock BJ. and Sadock VA., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, USA 2000, 7th. Edition, pp: 2679-2692.
143. Wender P., Wolf L. & Wassertein J., Adults with ADHD: An overview, In J.Wasserstein, L.Wolf & F.F. LeFever (Eds.), *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*, New York Academy of Science Annals, 2001; 931: 1-16.
144. Mesulam M-M. A cortical network for directed attention and unilateral neglect. *Ann Neurol*. 1981; 10: 309-325.
145. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri- Tedavisi Çocuklarda ve erişkinlerdeki belirtileri. 14. Baskı, İstanbul:Gendaş A. Ş., 2007; 41-61.

146. Zametkin AJ, Nordahl TE, Gross M, King AC, Semple WE, Rumsey J, Hamburger S, Cohen RM. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med.* 1990; 323:1361-6.
147. Mega MS, Cummings JL. Frontal-subcortical circuits and neuropsychiatric disorders. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1994; 6:358-70.
148. Doyle BB., *Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.* 1st Ed., Washington, London, American Psychiatric Publishing, 2006; 1-313.
149. Hechtman L. and McGough JJ., *Dikkat Eksikliği Bozuklukları.* In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Çev: Öner Ö., Aysev A.), Aydın H., Bozkurt A., (Editörler)., 8.baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2007; 3183-3205.
150. Curatolo P., D'Agati E. and Moavero R., *The neurobiological basis of ADHD,* *Italian Journal of Pediatrics.* 2010, 36: 79.
151. Sharp SI., McQuillin A. and Gurling HM., *Genetics of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD),* *Neuropharmacology.* 2009, 57: 590-600.
152. Gizer IR., Ficks C. and Waldman ID., *Candidate gene studies of ADHD: a metaanalytic review,* *Hum. Genet.* 2009, 126: 51-90.
153. Faraone SV. and Mick E., *Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder,* *Biol. Psychiatry.* 2005; 57: 1313–1323.
154. Ogdie MN., Fisher SE., Yang M., Ishii J., Francks C., Loo SK., Cantor RM., McCracken JT., McGough JJ., Smalley SL. and Nelson SF., *Attention deficit hyperactivity disorder: fine mapping supports linkage to 5p13, 6q12, 16p13, and 17p11,* *Am. J. Hum. Genet.* 2004, 75: 661-668.

155. Coghill D. and Banaschewski T., The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder, *Expert Rev. Neurother.* 2009, 9: 1547-1565.
156. Bidwell LC., Willcutt EG., McQueen MB., Defries JC., Olson RK., Smith SD. and Pennington BF., A Family Based Association Study of DRD4, DAT1, and 5HTT and Continuous Traits of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *Behav. Genet.* 2011; 165-74.
157. Coffin JM., Baroody S., Schneider K. and O'Neill J., Impaired cerebellar learning in children with prenatal alcohol exposure: a comparative study of eyeblink conditioning in children with ADHD and dyslexia, *Cortex.* 2005, 41: 389-398.
158. Kotimaa AJ., Moilanen I., Taanila A., Ebeling H., Smalley SL., McGough JJ., Hartikainen AL. and Jarvelin MR., Maternal smoking and hyperactivity in 8- year-old children, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2003, 42: 826-833.
159. Taylor E. and Rogers JW.: Practitioner review: early adversity and developmental disorders, *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2005, 46: 451-467.
160. Raz R. and Gabis L., Essential fatty acids and attention-deficit-hyperactivity disorder: a systematic review, *Dev. Med. Child. Neurol.* 2009, 51: 580-592.
161. Juneja M., Jain R., Singh V. and Mallika V., Iron Deficiency in Indian Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Indian Pediatr*, 2010, 47(11): 955-8.
162. Türkbay T, Söhmen T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri dünyası*, 2000; 4: 57-63.
163. Canat Ş. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Ed: Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1.baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998:1119-1131.
164. Sayal K, Taylor E, Beecham J, Byrne P. Pathways to care in children at risk of attention-deficit hyperactivity disorder. *Br. J. Psychiatry.* 2002; 181:43-48.

165. Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1996, 35(8): 978-987.

166. Hechtman L, McGough JJ. Dikkat Eksikliği Bozuklukları. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Çev: Öner Ö, Aysev A.). Aydın H, Bozkurt A. (Editörler)., 8.baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2007; 3183-3205.

167. Pliszka SR, McCracken JT, Maas JW. Catecholamines in attention deficit/hyperactivity disorders: current perspectives. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 35: 264-272.

168. Adelman A, Brown TE, Faraone SV. Optimizing ADHD outcomes. *ADHD Podium*. 2003; 2:1-11.

169. Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48: 77-83.

170. Shekim WO, Asarnow RF, Hess E, Zaucha K, Wheeler N. A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Compr Psychiatry*. 1990; 31: 416-25.

171. Horing M. Addressing Comorbidity in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry*. 1998;59: 69-75.

172. Alpert JE, Maddocks A, Nierenberg AA, O'Sullivan R, Pava JA, Worthington JJ 3rd, Biederman J, Rosenbaum JF, Fava M. Attention deficit hyperactivity disorder in childhood among adults with major depression. *Psychiatry Res*. 1996; 62: 213-9.

173. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biologic Psychiatry*. (2005). Jun 1;57(11):1467-73.

174. Ishii T, Takahashi O, Kawamura Y, Ohta T. Comorbidity in attention deficit-hyperactivity disorder. *Psychiatry. Clin. Neurosci*, 2003; 57: 457-463.

175. Mete L, Aydın PÇ, Akyalçın S; Anksiyete Bozukluklarının Tedavisinde Antiepileptik İlaçların Kullanımı, Current Approaches in Psychiatry. 2009; 1: 80-94.

176. Yüksel N (Ed.). Ruhsal Hastalıklar. 3. baskı. Ankara:MN Medikal & Nobel, 2006: s.143-182.

177. Cansever A. Anksiyete Bozuklukları,
http://www.psikolojikdanim.net/anksiyete_bozukluklari2.htm.

178. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. Clin Psychol Rev. 2000;20(6): 731-754.

179. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002; 5 (Ek Sayı:1):5-13.

180. Anxiety, www.nhs.uk/translationturkish/.../Anxiety_Turkish_FINAL.pdf.

181. Konuk N, Kiran S, Tamam L, Karahmet E, Aydın H, Atik L. Validation of the Turkish Version of the Mood Disorder Questionnaire for Screening Bipolar Disorders. Turk Psikiyatri Derg. 2007; 18(2):147-154.

182. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Turk Psik Derg. 1989; 7:3-13.

183. Öner N. Durumluk-Sürekli Envanterinin Türk toplumunda geçerliği. Yayımlanmamış Doçentlik Tezi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü. 1977.

184. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1). Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Derg. 2009;10:77-87

185. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. Am J Psychiatry. 1993;150: 1472-1479.

186. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition*. BJSadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore. 2000: 1787-1797.
187. Gloria J. Kensinger, MS, RD;Maureen A.Murtaugh, PhD, RD; Simona Robert E. K.Reichmann, PhD; Christine C. Tangney,PhD. Psychological symptoms are greater among weight cycling women with severe binge eating behavior. *Journal Of The American Dietetic Association*. 1998: 98:863-868).
188. Roberts, George A. Kaplan, Sarah J.Shema and William J. Strawbridge Are the Obese at Greater Risk for Depression? *American Journal Epidemiology*. 2000:152:163-170.
189. Roland Rosmond. Obesity and depression:same disease, different names? *Medical Hypotheses*. 2004:62: 976-979).
190. Lean, ME. Pathophysiology of obesity *Proc Nutr Soc*. 2000: 59: 331-336.
191. Chrousos, GP. The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue related causes *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000: 24: 50- 55.
192. McEwen, BS. Mood disorders and allostatic load *Biol Psychiatry*. 2003: 54: 200-207.
193. Stunkard A, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry*. 2003;54:330–7.
194. Schwartz TL, Nihalani N, Jindal S, Virk S, Jones N. Psychiatric medication-induced obesity: a review. *Obes Rev*. 2004;5:115–21.
195. Chen EY, Brown M. Obesity stigma in sexual relationships. *Obes Res*. 2005;13:1393–7.
196. Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obes Rev*. 2003;4:213–27.

197. Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord.* 2003;34:S117–20.
198. Ganley RM. Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *Int J Eat Disord.* 1989;8:343–61.
199. Blair AJ, Lewis VJ, Booth DA. Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control? *Appetite.* 1990;15:151–7.
200. Kuyumcu G, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerinde vücut kitle indeksi ve bazı ilişkili etmenler. Doktora tezi, Ankara Üniv. Tıp Fak. Ankara 2007 (yayınlanmamış), s.49.
201. Alciati A, Ambrosio A, Foschi D, Corsi F, Mellado C, Angst J. Bipolar spectrum disorders in severely obese patients seeking surgical treatment. *J Aff Dis.* 2007 ; 131-138.
202. Elmslie JL, Silverstone JT, Mann JJ, Williams SM, Romans SE. Prevalance of overweight and obesity in bipolar patients. *J. Clin. Psychiatry.* 2000. 61, 179-184.
203. Philibert R, Caspers K, Langbehn D, Troughton EP, Yucuis R, Sanhu HK, Cadoret RJ. The association of a HOPA polymorphism with major depression and phobia. *Comr. Psychiatry.* 2002. 43(5), 404-410.
204. Maina G, Salvi V, Vitalucci A, D'Ambrosio V, Bogetto F. Prevalence and correlates of overweight in drug-naive Patients with bipolar disorder. *J Aff Dis.* 2008; 149-155.
205. Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR ve ark. Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *Am J Psychiatry.* (2003a), 160:178-180.
206. Hirschfeld RMA, Calabrese JR, Weissman MM ve ark. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry.* (2003b), 64:53-59.
207. Zimmerman M, Galione JN_Screening for bipolar disorder with the mood disorders questionnaire: a review.*Harv Rev Psychiatry.* 2011; 19(5):219-28.

208. Isometsä E, Suominen K, Mantere O ve ark. The Mood Disorder Questionnaire improves recognition of bipolar disorder in psychiatric care. *BMC Psychiatry*. 2003, 3(1):8.
209. Agranat Megeed AN, Deitcher C, Goldzweig G, Leibson L, Stein M, Galili Weisstub E. Childhood obesity and attention deficit hyperactivity disorder: A newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Dis*. 2005; 37: 357-359.
210. Altfas JR. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment. *BMC Psychiatry*. 2002; 2:9.
211. Fleming JP, Levy LD, Levitan RD. Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in severely obese women. *Eat Weight Disord*. 2005; 10:10-13.
212. 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; 7:266-274.
213. Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu GV, Küçükgöncü S. Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyiyle ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri*. 2008; 10:109-115.
214. Heiligenstein E, Conyers Lm, Berns AR, Smith MA, Preliminary and normative data on DSM-IV attention-deficit hyperactivity disorder in college students, *J Am Coll Health*. 1998 46:185-188.
215. Weyandt LL, Dupaul GJ. ADHD in college Students. *JAtten Disord*. 2006; 10:9-19.
216. Weyandt LL, Dupaul GJ. ADHD in college Students. Developmental findings *Dev Disabil Res Rev*. 2008; 14:311-319.
217. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*. 2000;90:251-7.

218. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol.* 2003;158:1139–47.
219. Jorm AF, Korten AE, Christensen H, et al. Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey. *Aust N Z J Public Health* 2003;27:434–40.
220. Istvan J, Zavela K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANESI. *Int J Obes.* 1992;16:999–100.
221. Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63:1–7.
222. Kleiner KD, Gold MS, Frost-Pineda K, et al. Body mass index and alcohol use. *J Addict Dis.* 2004;23:105–18.
223. Warren M, Frost-Pineda K, Gold M. Body mass index and marijuana use. *J Addict Dis.* 2005; 24:95–100.
224. John U, Meyer C, Rumpf HJ, et al. Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. *Obes Res.* 2005;13:101–9.
225. Kate M. Scott, Magnus A. McGee, J. Elisabeth Wells, Mark A. Oakley Browne. Obesity and mental disorders in the adult general population *J of Psychosomatic Research.* (2008): 64 97–105.
226. Becker ES, Margraf J, Turke V, Soeder U, Neumer S. Obesity and mental illness in a representative sample of young women. *Int J Obes.* 2001;25:S5–9.

8. EKLER**Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu****SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:**

ADI SOYADI: BOY: KİLO:

CİNSİYETİ:

MEDENİ DURUM: A-EVLİ B- BEKAR C-BOŞANMIŞ D- DUL

KARDEŞ SAYISI:

EĞİTİM DÜZEYİ(BÖLÜM , SINIF BELİRTİLECEK):

SOSYAL GÜVENCE: A-VAR B-YOK

AİLE TİPİ: A- ÇEKİRDEK B-GENİŞ C-PARÇALANMIŞ

KALDIĞI YER: A-AİLESİNİN YANINDA B-YURT C-EV

AİLENİZİN YAŞADIĞI YER: A-İL B- İLÇE C- KASABA-KÖY

AİLENİZİN YAŞADIĞI YERDEKİ DURUMU: A- YERLİ B- GÖÇMEN

AİLENİN SOSYOEKONOMİK DÜZEYİ: A-800 TL B-800-1600 TL C-1600-3200
D-3200-8000 E-8000 VE ÜZERİMADDE KULLANIMI: A-ALKOL (HAFTADA ALINAN TÜR VE MİKTAR
BELİRTİNİZ) B-SİGARA: A-GÜNDE 1 PAKETTEN AZ B-GÜNDE 1
PAKETTEN FAZLA C-DİĞER LÜTFEN BELİRTİNİZ.....

DÜZENLİ SPOR YAPARMISINIZ? A -EVET B-HAYIR

HİÇ CİDDİ İNTİHAR DÜŞÜNCENİZ OLDU MU? A -EVET B-HAYIR

HİÇ İNTİHAR GİRİŞİMİNDE BULUNDUNUZ MU? A -EVET B-HAYIR

BİR UZMAN DOKTOR TARAFINDAN TANI KONULMUŞ BİR TIBBİ
RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI? (ÖRNEĞİN HİPERTANSİYON, DİABET, EPİLEPSİ,
MİGREN GİBİ.) A- VAR B-YOK VAR İSE LÜTFEN BELİRTİNİZ:

AİLENİZDE RUHSAL HASTALIĞI OLAN VAR MI? A-EVET B- HAYIR

HERHANGİ BİR RUHSAL SORUNUNUZ OLDUĞUNU

DÜŞÜNÜYORMUSUNUZ? A- EVET B-HAYIR

HERHANGİ BİR RUHSAL HASTALIĞINIZ OLDUĞUNU

DÜŞÜNÜYORMUSUNUZ? A- EVET B-HAYIR

HERHANGİ BİR PSİKİYATRİK TANI ALDINIZ MI? A- EVET B- HAYIR

EVET İSE LÜTFEN BELİRTİNİZ:

HİÇ PSİKİYATRİK TEDAVİ GÖRDÜNÜZ MÜ? A-EVET B- HAYIR

HALEN ALDIĞINIZ BİR PSİKİYATRİK TEDAVİ VAR MI? A-EVET B- HAYIR

EK-2: Duygudurum Bozuklukları Ölçeği**Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (DBÖ)**

Yönerge: Lütfen her bir soruya sizin için en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

1.		Evet	Hayır
	Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 diğer insanlara normal haliniz olmadığını düşündürecek kadar veya başınızı derde sokacak derecede, kendinizi çok iyi ve aşırı neşeli hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...çok çabuk kızıp insanlara bağırduğunuz ya da kavga veya tartışma çıkardığınız oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...eskisinden çok daha fazla veya daha hızlı konuştuğunuz oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...düşüncelerin kafanızda yarıştığı ve zihninizi yavaşlatamadığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...etrafınızdaki şeylerden çok kolayca dikkatinizin dağıldığı veya bir hedefe yönelik ilerlerken konsantre olmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...normalde olduğunuzdan daha fazla enerjik olduğunuz oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...eskisinden çok daha aktif - faal- olduğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...eskisinden çok daha sosyal ve sıkça gezmelere giden birisi oldunuz mu? Mesela bu amaçla arkadaşlarınızı gecenin bir yarısı aramaya başladığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...cinsellikle normalden daha fazla ilgilendiğiniz oldu mu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...normalde yapmadığınız ya da diğer insanların sizin için aşırı, saçma sapan ve riskli bulduğu şeyler yaptığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 aşırı para harcayarak kendinizi veya ailenizi zor duruma düşürdüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Eğer yukarıdaki soruların birden fazlasına evet dediyseniz bunların bir kaçını aynı zamanda mı oldu? (lütfen tek cevap işaretleyiniz)		
	EVET	HAYIR	

EK-3: Beck Depresyon Envanteri**BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

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) Gelecek konusunda umutsuzum.
c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
3. a) Kendimi başarısız görmüyorum.
b) Herkesten daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
4. a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok can 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) Cezalandırılmışım gibi duygular içinde değilim.
b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilmişim gibi duygular içindeyim.
c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.

7. a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
d) Kendimden nefret ediyorum.
8. a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görmüyorum.
b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
d) Eğer fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
10. a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
d) Eskiden ağlayabilirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.
11. a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
c) Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
12. a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
d) Artık hiç karar veremiyorum.

14. a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyorum ve üzülüyorum.
c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
15. a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
d) Hiç çalışmıyorum.
16. a) Eskisi kadar rahat ve kolay uyuyabiliyorum.
b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
d) Artık hiçbir şey yapamayacak kadar yoruluyorum.
18. a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
d) Artık hiç iştahım yok.
19. a) Son zamanlarda pek kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
20. a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntılarım var.
c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka şeyleri düşünemiyorum.
21. a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.

Ek-4: STAI Ölçeği**STAI FORM TX-1**

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim.	(D	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(D	(2)	(3)	d)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(D	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(D	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(D	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(D	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(D	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(D	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(D	(2)	(3)	(4)
10 Kendimi rahat hissediyorum.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
11 Kendime güvenim var.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
12 Şu anda asabım bozuk.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
13 Çok sinirliyim.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
14 Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(D	(2)	(3)	d)
.				
15 Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
16 Şu anda halimden memnunum.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
17 Şu anda endişeliyim.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
18 Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
19 Şu anda sevinçliyim.	(D	(2)	(3)	(4)
.				
20 Şu anda keyfim yerinde.	(D	(2)	(3)	(4)
.				

Durumluk Kaygı Puanı:

STAI FORM TX-2

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21 Genellikle keyfim yerindedir.	(D)	(2)	(3)	(4)
22 Genellikle çabuk yoruluyorum.	(D)	(2)	(3)	(4)
23 Genellikle kolay ağlanm.	(D)	(2)	(3)	(4)
24 Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(D)	(2)	(3)	(4)
25 Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçınınm.	(D)	(2)	(3)	(4)
26 Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(D)	(2)	(3)	(4)
27 Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(D)	(2)	(3)	(4)
28 Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	(D)	(2)	(3)	(4)
29 Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(D)	(2)	(3)	(4)
30 Genellikle mutluyum.	(D)	(2)	(3)	(4)
31 Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32 Genellikle kendime güvenim yoktur.	(D)	(2)	(3)	(4)
33 Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(D)	(2)	(3)	(4)
34 Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınınm.	(D)	(2)	(3)	(4)
35 Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(D)	(2)	(3)	(4)
36 Genellikle hayatımdan memnunum.	(D)	(2)	(3)	(4)
37 Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(D)	(2)	(3)	(4)
38 Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alınm ki hiç unutamam.	(D)	(2)	(3)	(4)
39 Akli başında ve kararlı bir insanım.	(D)	(2)	(3)	(4)
40 Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(D)	(2)	(3)	(4)
Sürekli Kaygı Puanı:				

Ek-5: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

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	Nadi- ren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır 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 yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
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. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

Ek-6: Onam Formu**ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU**

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Üniversite öğrencilerinde vücut kitle indeksi ile bazı psikopatolojiler arasındaki ilişkinin incelenmesi “dir. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni üniversite öğrencilerinde vücut kitle indeksi ile bazı psikiyatrik rahatsızlıkların arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayın.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr. Öznur Bozgeyik veya onun görevlendireceği bir hekim tarafından size uygulanacak psikiyatride kullanılan klinik ölçeklere ve bir anketin sorularına yanıt vermeniz istenecektir ve boy-kilo ölçümünüz yapılacaktır. Bu çalışma bir anket çalışması olduğundan size herhangi bir laboratuvar işlemi/tedavi/girişim yapılmayacaktır. Bu nedenle araştırma kapsamında karşılaşılabileceğiniz herhangi bir risk mevcut değildir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında, onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz ve araştırmadan ayrılabilirsiniz

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Dr. Öznur Bozgeyik tarafından Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

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

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir dūřünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağınının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-7: Etik Kurul Onay Formu

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI						
BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	ARAŞTIRMA ADI	Üniversite öğrencilerinde vücut kitle indeksi ile bazı psikopatolojiler arasındaki ilişkinin incelenmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVAN/ADI-SOYADI	Prof.Dr.Haluk A. SAVAŞ G.Ü.Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.				
	YARDIMCI ARAŞTIRICI UNVAN/ADI-SOYADI	Arş.Gör.Dr.Öznur BOZGEYİK G.Ü.Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.				
KOORDİNATÖR MERKEZ						
DESTEKLEYİCİ						
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No/Tarihi	Dili			
	PROTOKOL	-	-			
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-	-			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	-			
	OLGU RAPOR FORMU	-	-			
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZU					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/2011-59		Tarih: 05.05.2011			
	Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapılması planlanan ve yukarıda adı geçen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak 05.05.2011 tarihli Etik Kurul toplantısında incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın yapılmasının uygunluğuna toplantıda katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı-Soyadı/ Etik Kurul Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	G.Ü.Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	Kardiyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Kardiyoloji A.D	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Serdar UŞÜMEZ Raportör/Üye	Diş Hekimi	G.Ü. Diş Hek. Fak.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç.Dr.Ercan SIVASLI Üye	Pediyatri	G.Ü.Tıp Fak. Pediyatri A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Ş.Nur AKSOY Üye	Biyokimya	G.Ü.Tıp Fak. Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ Üye	Fizyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Fizyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Ahmet BOŞNAK Üye	Eczacı	G.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki
** Toplantıda Bulunma