

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



**AFFEKTİF BOZUKLUKLARDA GECE YEME
SENDROMUNUN SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ KLİNİK
ÖZELLİKLERİ**

(Tıpta Uzmanlık Tezi)

DR. ONUR BİLGİÇ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. NUMAN KONUK

İSTANBUL - 2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam, bölüm başkanımız Prof. Dr. Alaattin Duran'a;

Tez konumun seçilmesinden, çalışmamın bitimine kadar geçen sürede, ilgisi ve bilgisi ile bana destek olan tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Numan Konuk'a;

Tezimi katkı ve önerileri ile zenginleştiren Yard. Doç. Dr. Güzin Mukaddes Sevinçer'e;

Tezimin yazımı sırasındaki İngilizce çevirileri için Özgür Doğan, Tuğçe Kacar ve Kübra Söğütligil'e, grafik desteği için Erhan Yüksesek'e;

Kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm hocalarıma;

Uzmanlık eğitimime katkısı olan uzman hekim meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim boyunca keyifle çalıştığım sevgili asistan hekim arkadaşlarıma;

Kliniğimizde çalışan bütün sağlık emekçilerine;

Yaşadığım zor günlerde eğitimimin devam etmesine katkısı olan herkese;

Bugünlere gelebilmemde büyük emekleri olan aileme;

Bana mutluluk veren 2 aylık oğlum Umut Şafak'a;

Desteği ve sevgisi ile her zaman yanımda olan, sevgili eşim Özden Doruköz Bilgiç'e;

Teşekkürlerimi sunmaktan gurur ve mutluluk duyarım.

Dr. Onur Bilgiç

Kasım - 2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET	x
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İkiüçlü Bozukluklar.....	3
2.1.1. İkiüçlü Bozukluğun Tanımı	3
2.1.2. Ülkemizde İkiüçlü Bozukluğun Epidemiyolojisi	4
2.1.3. İkiüçlü Bozukluk Tanısı	6
2.1.4. İkiüçlü Bozukluğun Klinik Seyri.....	8
2.1.5. İkiüçlü Bozukluk ve Eştanılar.....	10
2.1.6. İkiüçlü Bozukluk ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği	11
2.1.7. İkiüçlü Bozuklukta Kronobiyoloji	13
2.2. Gece Yeme Sendromu	14
2.2.1. Gece Yeme Sendromu Tanımı.....	14
2.2.2. GYS'nin Epidemiyolojisi	19
2.2.3. GYS'nin Klinik özellikleri	20
2.2.4. GYS'nin Ayırıcı Tanısı	23
2.3. İkiüçlü Bozukluk, Gece Yeme Sendromu ve Obezite	25

3. YÖNTEM VE GEREÇLER	29
3.1. Çalışma Evreni	29
3.2. Gereçler	31
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	31
3.2.2. Gece Yeme Anketi.....	31
3.2.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)	31
4. DEĞERLENDİRME	33
5. BULGULAR	34
5.1. Sosyodemografik Özellikler.....	34
5.2. Tıbbi Eştanı Varlığına Göre GYS	36
5.3. Kadınlarda Menstruel Siklus ve İlişkili Özelliklerin GYS ile İlişkisi.....	38
5.4. Ruhsal Travma Öyküsü Varlığının GYS ile İlişkisi	39
5.5. Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre GYS.....	40
5.6. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile GYS'nin İlişkisi.....	41
5.7. GYS Varlığına Göre Vücut Özellikleri	41
5.8. Yeme Bozuklukları.....	45
5.8.1. Yeme Bozukluğu Tanılarının Dağılımı	45
5.8.2. Gece Yeme Anketi ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Sonuçları	47
5.8.3. Gece Yeme Sendromu Tanı Kriterlerinin İncelenmesi	47
5.9. İkiüçlü Bozukluk.....	49
5.9.1. İkiüçlü Bozukluk Hastalarının Genel Özellikleri ve GYS ile İlişkisi.....	49
5.9.2. İkiüçlü Bozuklukta İlk Atağa Ait Özelliklerin GYS ile İlişkisi	53
5.9.3. İkiüçlü Bozukluğun Klinik Seyrinin GYS ile İlişkisi.....	56
5.10. Lojistik Regresyon Analizi.....	63

6. TARTIŞMA.....	64
6.1. Sosyodemografik Özellikler.....	64
6.2. İkiuçlu Bozukluk Hastalarında GYS'nin Fazla Kilo ve Obezite ile İlişkisi	70
6.3. GYS'nin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile İlişkisinin Değerlendirilmesi.....	73
6.4. İkiuçlu Bozukluk Tedavisinde Kullanılan İlaçların GYS ile İlişkisi.....	74
6.5. İkiuçlu Bozukluk Hastalarında Menstruel Özellikler ile GYS'nin İlişkisi.....	76
6.6. Alkol, Madde ve Sigara Bağımlılığının GYS ile İlişkisi	77
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	78
8. KAYNAKLAR	81
9. EKLER	97
9.1. Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu	98
9.2. Ek 2. Gece Yeme Anketi	102
9.3. Ek 3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)*	103
9.4. Ek 4. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	107

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. DSM-V'e göre İkiüçlü Bozuklukta Klinik Belirleyiciler	7
Tablo 2. İkiüçlü Bozuklukta Klinik Gidiş Göstergeleri	9
Tablo 3. Stunkard ve Arkadaşlarının Tanımladığı GYS Kriterleri (1955).....	14
Tablo 4. Birkevendt ve Arkadaşlarının Tanımladığı GYS Kriterleri (1999).....	15
Tablo 5. Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu Tanı Kriterleri (2010)	16
Tablo 6. DSM IV ve DSM V'te Yeme Bozukluklarının Karşılaştırması	17
Tablo 7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (DSM-V).....	17
Tablo 8. Gece Yemek Yeme Bozukluğu (DSM-V, 2013).....	18
Tablo 9. Gece Yeme Sendromu Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi.....	18
Tablo 10. Gece Yeme Sendromunun Çekirdek Klinik Özellikleri.....	23
Tablo 11. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu ve GYS Arasındaki Farklılıklar.....	24
Tablo 12. Sosyodemografik Özellikler 1	35
Tablo 13. Sosyodemografik Özellikler 2	36
Tablo 14. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre GYS varlığı	36
Tablo 15. Tıbbi Eştanı Varlığına Göre GYS	37
Tablo 16. Kadınlarda Menstruel Siklus ve İlişkili Özelliklerin GYS ile İlişkisi	39
Tablo 17. Menstruel Siklus Özelliklerinin GYS ile İlişkisi	39
Tablo 18. Ruhsal Travma Öyküsü Varlığının GYS ile İlişkisi.....	40
Tablo 19. Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre GYS	40
Tablo 20. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile GYS'nin İlişkisi	41
Tablo 21. Kullanılan Sigara Miktarı ile GYS'nin İlişkisi.....	41
Tablo 22. GYS Varlığına Göre Vücut Özellikleri	42
Tablo 23. Hastaların Ağırlıklarına Göre Dağılımı	43
Tablo 24. GYS Varlığına Göre Kilo Alma Alışkanlıkları	45

Tablo 25. Yeme Bozukluğu Tanılarının Dağılımı	46
Tablo 26. GYA ve YEDÖ Puan Ortalamaları ve GYS ile İlişkisi	47
Tablo 27. GYS Tanı Kriterlerinin Dağılımı	48
Tablo 28. İkiuçlu Bozukluk Tip I ve Tip II'nin GYS ile İlişkisi	50
Tablo 29. İkiuçlu Bozukluk Klinik Özelliklerinin GYS ile İlişkisi	52
Tablo 30. İkiuçlu Bozuklukta İlk Atağa Ait Özelliklerin GYS ile İlişkisi	55
Tablo 31. Klinik Seyir Özellikleri ile GYS'nin İlişkisi	58
Tablo 32. Klinik Seyirdeki Atak Özellikleri ile GYS'nin İlişkisi	62
Tablo 33. Lojistik Regresyon Analizi	63

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Hastaların Ağırlıklarına Göre Dağılım Grafiği.....	43
Şekil 2. Yeme Bozukluğu Tanılarının Dağılım Grafiği.....	46
Şekil 3. GYS Tanısı Alan Hastalarda Tanı Kriterlerinin Dağılımı.....	49
Şekil 4. İkiüçlü Bozukluk Tip I ve Tip II Hastalarında GYS Sıklığı	50
Şekil 5. İlk Atakta Kullanılan Tedavi.....	56



KISALTMALAR

AN	: Anoreksiya Nervosa
BN	: Bulimiya Nervosa
BRSHH	: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
DSM V	: Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, beşinci baskı
GYA	: Gece Yeme Anketi
GYS	: Gece Yeme Sendromu
ICD	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PMDB	: Premenstruel Disforik Bozukluk
PMS	: Premenstruel Sendrom
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
UIYB	: Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
YEDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

ÖZET

AFFEKTİF BOZUKLUKLARDA GECE YEME SENDROMUNUN SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Giriş: Yeme bozukluğu eştanılı, ikiüçlü bozukluk hastalarında kilo düzensizliği, depresif dönem ve yineleme, psikiyatrik eştanının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışmamız ikiüçlü bozuklukla, gece yeme sendromu (GYS) birlikteliğini klinik özellikleri ile birlikte inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Bu çalışma ile ikiüçlü bozukluk hastalarında YYS'nin sıklığını, ikiüçlü bozukluğun klinik özellikleri ile YYS'nin ilişkisini ve YYS'nin obeziteye katkısını araştırmayı hedefliyoruz.

Yöntem: Çalışmamıza polikliniğimizden takip edilen DSM-V kriterlerine göre ikiüçlü bozukluk tanılı, ötimik durumdaki 63 hasta alınmıştır. Hastalarla klinik görüşme yapılarak ikiüçlü bozukluk tanısı doğrulanmış ve yeme bozuklukları ile diğer psikiyatrik rahatsızlıklar bakımından değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veri formu, araştırmacı tarafından hastalarla görüşme yapılarak, “Gece Yeme Anketi” ve “Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği” ise hastalar tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: Çalışmamız sonucunda, ikiüçlü bozukluk hastalarında %19,04 oranında YYS eşlik ettiği bulundu. Hastalarda manik, hipomanik ve depresyon ataklarının görülme sıklığı, geçirilen atakların süresi, toplam atak sayısı açısından, kalıntı şikayetlerin varlığı, hastaneye yatış sayısı gibi klinik seyir özellikleri bakımından, YYS eşlik etmesi yada etmemesi durumuna göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Melankolik depresyon atağı geçirmiş olanlarda YYS'ye anlamlı olarak daha sık rastlandı ($p=0,016<0,05$). YYS tanılı ikiüçlü bozukluk hastalarında, kilo ($p=0,005<0,05$), VKİ ($p=0,000<0,05$), bel çevresi ($p=0,009<0,05$), bugüne kadar sahip oldukları en yüksek kiloları ($p=0,008<0,05$) gibi obezite ile ilişkili özelliklerin ortalamaları, YYS olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulundu.

Sonuç: İkiüçlü bozukluk hastalarında YYS'nin oldukça sık birlikte görülebildiği ve bu durumun hastaları obezite açısından daha riskli hale getirebileceği gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: İkiüçlü Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Gece Yeme Sendromu, Obezite, VKİ

İletişim Adresi: onurbilgic11@gmail.com

ABSTRACT

THE FREQUENCY OF NIGHT EATING SYNDROME IN AFFECTIVE DISORDER PATIENTS AND RELATED CLINICAL FEATURES

Introduction: In bipolar disorder patients, comorbid eating disorders may cause obesity or conversely, in eating disorder patients, comorbid bipolar disorder may cause treatment resistance. Among the bipolar disorder patients with a comorbid eating disorder, weight fluctuations, numbers of the depressive episodes and relapse risk of depressive episodes, risk of suicide and psychiatric comorbidities were shown to be more. Our study is the first research in the literature which examine the comorbidity of the bipolar disorder and night eating syndrome(NES) with their clinical features. Our aim is to investigate the frequency of NES in bipolar disorder patients, relation of the clinical features of bipolar disorder and NES, and contribution of NES to obesity in bipolar disorder patients.

Method: 63 patients who have been followed in our polyclinics with bipolar disorder diagnosis and were in euthymic state were included to our study. By a clinical interview bipolar disorder diagnosis was confirmed and the patients were evaluated in terms of eating disorders and other psychiatric disorders. The researcher performed the sociodemographic data form by using face to face interview method, "night eating questionnaire" and "eating disorders examination questionnaire" were filled by the patients.

Results: According to the results of our study, among the patients with bipolar disorder, %19.04 was accompanied by NES. No significant differences were found between the bipolar patients with or w/o NES in terms of clinical characteristics such as the frequency of the manic/hypomanic/depressive episodes, the duration of the episodes, the total number of the previous episodes, the number of hospitalizations, presence of the residual symptoms ($p>0.05$). NES was significantly more common within the patients who had a melancholic depressive episode ($p=0.016<0.05$) the mean values of the properties associated with obesity like weight ($p=0.005$), BMI ($p=0.000<0.05$), waist circumference ($p=0.009<0.05$), the highest weight until today ($p<0.08$) was found to be higher among the patients with NES than the patients w/o NES.

Conclusion: NES has been found to be quite common among the patients with bipolar disorder and this situation may increase the risk of the obesity.

Keywords: Bipolar disorder, night eating syndrome, obesity, BMI

Contact Information: onurbilgic11@gmail.com

1. GİRİŞ VE AMAÇLAR

İkiüçlü bozukluk, karakteristik şekilde enerji ve duygudurumdaki dalgalanmalarla seyreden, kronik tekrarlayıcı bir bozukluktur. Milliyetine, etnik kökenine veya sosyoekonomik durumuna bakılmaksızın dünya nüfusunun %1'inden fazlasını etkiler. İkiüçlü bozukluk genç nüfustaki, sakatlığın, bilişsel bozulmanın, işlevsellikteki bozulmanın ve özellikle intihar ederek gerçekleşen ölümün başlıca sebeplerindendir (Grande ve ark. 2015).

Çeşitli araştırmalarda ikiüçlü bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının toplumda % 0,5-1,5 oranları arasında olduğu gösterilmiştir. Yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalar, ikiüçlü bozukluk spektrum olarak ele alındığında ise toplumun yaklaşık %5-6'sını etkilediğini göstermektedir (Kessler ve ark. 2006).

Günümüzde ikiüçlü bozukluk için eştanı beklenen bir durumdan çok, bir kural olarak kabul edilmektedir. Yaşam boyu eştanı görülme olasılığı görülmeme olasılığından iki kat fazladır. Yaşam boyu görülebilecek eştanılar arasında; anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve kişilik bozuklukları sayılabilir (Parker ve ark. 2010; McElroy ve ark. 2001).

İkiüçlü bozukluk ile yeme bozuklukları arasında fenomenolojik benzerlikler de vardır. Vücut ağırlığında istikrarsızlıklar, yeme temposunda ve mizaçta dalgalanmalar, davranışsal iniş-çıkışlar ve labiliteler her iki bozukluk için de temel sorun alanlarıdır (Fairburn ve Harrison, 2003).

İkiüçlü bozukluğun depresyon ve mani dönemlerinde iştahta azalma kilo kaybetme görülürken, atipik depresyonda aşırı iştah ve kilo alımı gibi yeme davranışında bozulmalar, kilo ile ilgili sorunlar sıklıkla gözlenir. İkiüçlü bozukluğu olan hastalarda yeme bozukluğu (MacQueen ve ark. 2003; McElroy ve ark. 2011), yeme bozukluğu olan hastalarda ise ikiüçlü bozukluk görülme oranları oldukça yüksektir (McElroy ve ark. 2006). İkiüçlü bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu en az bir yeme bozukluğu eştanısı oranı %15-21 olarak bildirilmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu en sık görülenidir, daha sonra bulimiya nervoza ve anoreksiya nervoza gelmektedir (McElroy ve ark. 2006).

Yeme bozukluğu eştanısı olan ikiuçlu bozukluk hastalarında daha fazla kilo düzensizliği, daha fazla depresif dönem ve yineleme, özkıyım riskinde artış ve daha fazla psikiyatrik eştanı olduğu gösterilmiştir (McElroy ve ark. 2011; Perlis ve ark. 2006). Fazla kiloluluk ve obezite ile duygudurum bozuklukları arasında da ve özellikle de ikiuçlu bozukluk arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Keck ve McElroy, 2003).

Obezite bakımından önemli olan bir diğer rahatsızlık olan GYS ise, ilk olarak obezite hastalarında araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda obezlerde GYS'ye rastlanma oranı %6 ile %16 arasında bildirilmiştir (Stunkard ve ark. 1996; Gluck ve ark. 2001). Gece yeme sendromunun obez kişilerde daha çok görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. GYS'nin, obezitenin şiddeti ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir (Ceru-Bjork ve ark. 2001; Aronoff ve ark. 2001; Adami ve ark. 2002). Milano ve arkadaşlarının hazırladığı kapsamlı bir makalede, GYS tanısı almış olanların yaklaşık yarısının, hastalık başlamadan önce normal ağırlıkta olduğunu ifade edilmiştir (Milano ve ark. 2012).

Obezitenin bir çok tıbbi komplikasyonu olduğu, morbidite ve mortaliteyi arttırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (Sach ve ark. 2007; Sullivan ve ark. 2008). (Kuczmarski ve ark. 1994; Raymond ve ark. 2006). Ülkemiz için de obezitenin artmakta olduğu ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiği söylenebilir (Yumuk ve ark. 2005).

Günümüzde obezitenin yaygınlığı ve yarattığı sağlık sorunları göz önünde bulundurulduğunda, bu konudaki çalışmaların artması kaçınılmaz olarak gerekmektedir. İkiuçlu bozukluk hastalarında, yeme bozuklukları ve obezitenin topluma göre daha da sık birlikte görülmesi, obezite ile ilişkisi gösterilmiş olan GYS'nin, DSM sınıflandırma sistemine yeni eklenmiş olması, bizi bu alanda çalışmaya yneltmıştir.

Çalışmamız ikiuçlu bozukluk hastalarında, gece yeme sendromu birlikteliğini, klinik özellikleri ile birlikte inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır. Bu alışma ile ikiuçlu bozukluk hastalarında GYS'nin sıklığını, ikiuçlu bozukluğun klinik özellikleri ile GYS'nin ilişkisini ve bu hasta grubunda GYS'nin obeziteye katkısını araştırmayı hedefliyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İkiüçlü Bozukluklar

2.1.1. İkiüçlü Bozukluğun Tanımı

Duygudurum bozuklukları (affektif bozukluklar) patolojik duygudurumla ilişkili bozuklukların klinik tabloya egemen olduğu geniş bir grup bozukluğu kapsar. Duygudurum bozuklukları hastaların anormal olarak çökkün veya taşkın duygudurum yaşadıkları yaygın, ölüm tehlikesi bulunan ve yüksek düzeyde tedavi edilebilen bozukluklardır (Harris DS ve ark. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry, 2009).

DSM-V daha önce duygudurum bozukluğu başlığı altında toplanan hastalıkları “İkiüçlü ve İlişkili Bozukluklar” ile “Çökkünlük Bozuklukları” olarak ikiye ayrı tanı grubuna ayırmaktadır. Bu değişiklikte son yıllarda özellikle genetik alanında yapılan çalışmalarda ikiüçlü bozukluğun yalnızca çökkünlüklerle değil şizofreni ile de ortaklıkları olduğu bilgisine ulaşılmasının rolü vardır. Böylece ikiüçlü bozukluk her iki tanı grubuna eşit uzaklıkta sınıflandırılmaktadır. (Öztürk, O. ve Uluşahin, A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, 2015)

İkiüçlü bozukluk, yaşamsal olaylarla kısmen ya da tamamen ilişkisiz olarak yineleyici, belli bir kurala bağlı olmaksızın ortaya çıkan duygudurum değişimleri ile seyreden kronik bir bozukluktur. Depresyon, mani ya da her iki döneme ilişkin belirtinin de bulunduğu karma dönemler ile seyreder. Bu dönemler arasında, bazen eşik altı belirtiler bulunabilir. Bazen de ara dönemlerde hiçbir belirti bulunmayabilir. İkiüçlü bozukluk, duygularda, düşüncelerde, enerjide ve davranışlarda önemli değişikliklerin olduğu, işlevselliğin etkilendiği ve tedavi edilmesi gereken bir ruhsal bozukluktur. Yaşam boyu intihar nedeniyle ölüm riski genel toplumun yirmi katıdır. Hastalık belirgin psikososyal bozulmaya ve yeti yitimine yol açabilmekte, hasta ve yakınlarına belirgin yük oluşturmaktadır. (Abood ve ark. 2002)

İkiüçlü bozukluk, Dünya Sağlık Örgütü tarafından toplumda yeti yitimi oluşturan hastalıklar listesinde sekizinci sırada yer aldığı bildirilen, yineleyici özellikte, işlev kaybetmeye yol açan önemli bir psikiyatrik hastalıktır. (Mueser ve ark. 1998)

2.1.2. Ülkemizde İkiüçlü Bozukluğun Epidemiyolojisi

İkiüçlü bozukluk farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda benzer yaygınlıkta olduğu bilinmektedir. Çeşitli araştırmalarda ikiüçlü bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının toplumda % 0,5 – 1,5 oranları arasında olduğu gösterilmiştir. Yapılan son klinik ve epidemiyolojik çalışmalar ikiüçlü spektrum bozukluklarının, toplumun yaklaşık %5-6'sını etkilediğini göstermektedir (Kessler ve ark. 2006).

Ülkemizde ikiüçlü bozukluk yaygınlığına ilişkin yapılmış yakın zamanlı bir çalışmada Binbay ve arkadaşları İzmir kent merkezinde, DSM-IV tanı ölçütlerine göre, psikotik bulgulu depresyon ve ikiüçlü bozukluk tip I tanı kategorisi için yaygınlığı % 0.92 olarak bildirmişlerdir (Binbay ve ark. 2012).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ikiüçlü bozukluk olgularda hastalığın başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değişmektedir (Aydemir ve ark. 2007; Bilici 2010; Gültekin ve ark 2008; Kesebir ve ark 2012; Doğanayşargil-Baysal ve ark. 2013). Evli olma oranı ikiüçlü bozukluk tanılı olgularda, sağlıklı kontrollerden düşük, çocuk sayıları daha azdır (Üstündağ ve Kesebir 2013). Cinsiyetler arasında kadınlardaki daha yüksek evlilik oranlarına karşılık, erkeklerde daha yüksek çalışabilirlik oranları gösterilmiştir (Yazla ve ark 2012). Ülkemizdeki ikiüçlü bozukluk tanılı kişilerde sosyal desteğin varlığı, olguların yarıdan çoğunda mevcuttur (Üstündağ ve Kesebir 2013). Oysa literatürde bu durumun tersi belirtilmektedir (Shippee ve ark. 2011).

Ülkemizde, ilk atağın mani olması erkeklerde, kadınlardan daha sık görülür. Karma atak kadınlarda daha sık gözlenmekle birlikte ilk atak tipi olarak anlamlılık göstermemektedir. Bilici ve arkadaşlarının ikiüçlü bozukluk tanılı olgularda geçirilmiş atak sayısını ortalama 2.55 (± 2.79) olarak bildirmişlerdir (Bilici, 2010).

Çalışmalarda manik ve depresif atakların süresi, bir ayın altında olarak bildirilmiştir (Akkaya ve ark. 2012; İbiloğlu ve Çayköylü 2011). Bilici ve arkadaşlarının çalışmasında ilk atağı karma atak olan olgular, diğerleri ile karşılaştırıldığında atak sayıları daha yüksek bulunmuştur (Bilici, 2010). Karma atağın varlığı ikiüçlü bozukluğun gidişi için olumsuz bir belirteçtir (Krüger ve ark. 2005). En az bir karma atağın görülmüş olma sıklığı %40 olarak belirtilirken, tüm ataklar içindeki yaygınlığı çok daha düşüktür (Azorin ve ark. 2006; Hantouche ve ark. 2006).

İkiüçlü bozukluk hastalarında, %50 oranında psikotik bulgu geçirilmiş olmaktadır (Azorin ve ark. 2006). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer oranlar bulunmuştur (Özyıldırım ve ark. 2010). İkiüçlü bozuklukta pozitif aile öyküsünün yokluğunda ve irritabl mizaç varlığında psikotik bulgu daha sık izlenmiştir. (Kesebir ve ark. 2005; Yüncü ve ark. 2008). Bilici ve arkadaşlarının çalışmasında psikotik bulgu, en sık manik dönemde izlenmiştir. Sanrılar, manik, karma ve depresif ataklarda sırasıyla, %70.1, %44.2 ve %17.8 oranında, varsanılar %25.7, %15.4 ve %8.4 oranında saptanmıştır. Sanrı ya da varsanıların varlığı, cinsiyet yönünden bir farklılık göstermemektedir. Bu çalışmada, varsanılar sıklıkla sanrılarının varlığında bulunmuştur (Bilici, 2010).

Yüncü ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında, olguların birinci derece yakınlarında bozukluk %24.3 oranında saptamışlardır. Bu oran %10 olarak dile getirilen ailesel yükün üzerinde olmakla birlikte, klinik örnekleme daha yüksek bulunmuş olabileceğini, ailesel yüklülüğün olduğu durumda hastalığın daha şiddetli seyretmesi ve bu olguların daha sık hekime başvuruyor olabileceğini öne sürmüşlerdir. (Yüncü ve ark. 2008).

Ülkemizde ikiüçlü bozukluğun tedavisinde, depresif, manik, karma ve iyilik olmak üzere her dönemde, ilk üç sırada yer almak üzere, en sık kullanılan ilaçlar, lityum, sodyum valproat ve ketiyapindir. Ketiyapin diğer üç dönemde üçüncü sırada yer alırken karma atakta ilk sırada gelmektedir. Karma atakta daha az etkin olduğu konusunda görüş birliği olan lityum ise valproatın önünde yer almaktadır. Depresif ataktaki etkinliği lityumun gerisinde olan valproat ise bu çalışmada lityum ve ketiyapinin önünde ilk sırada yer almaktadır. Lityum manik atak tedavisinde ve iyilik döneminde en çok kullanılan ilaçtır (Aydemir ve Uluşahin, İkiüçlü Bozukluk Sağaltım Kılavuzu, 2010).

Antipsikotikler iyilik döneminde % 41 olguda kullanılmaya devam etmektedir. % 44 olgunun koruyucu tedavisinde ise duygudurum dengeleyici ilaçlar (lityum ve/veya valproat) yer almaktadır. Duygudurum dengeleyici bir diğer antikonvülzan olan lamotrijin sadece depresif atakta %5'i aşan bir kullanım sergilemektedir. Benzodiyazepin kullanımı depresif atakta %3.2, manide % 6.8, karma atakta %4 olarak belirlenmiştir. İkiüçlü bozuklukta antidepresan kullanımına bakacak olursak, iyilik döneminde sadece %3.5 olgu antidepresan kullanmaktadır ve bu antidepresanların tümü

SSRI grubundandır. Depresif atakta % 17.2 oranında antidepresan kullanımı mevcuttur. Bunun %11'i SSRI'lardan ve %6.2'si SNRI'lardan oluşmaktadır (Bilici, 2010 ; Bilici ve ark. 2014).

2.1.3. İkiüçlü Bozukluk Tanısı

Sınıflandırma sistemleri ikiüçlü bozukluk tanısını farklı koşullara bağlamıştır. DSM tanı ölçütlerine göre tek bir mani dönemi geçirmiş olmak ikiüçlü bozukluk tanısı için yeterlidir. Oysa ICD-10 tanı için en az bir mani veya hipomani olmak üzere iki duygudurum dönemini gerekli görmektedir.

DSM-V'te ikiüçlü ve ilişkili bozukluklar başlığı altında aşağıdaki alt başlıklardan bahsedilmiştir:

- İkiüçlü Bozukluk Tip I
- İkiüçlü Bozukluk Tip II
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmış Diğer Bir ikiüçlü ve İlişkili Bozukluk
- Tanımlanmamış İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk

DSM-V kriterlerine göre İkiüçlü Bozukluk Tip I tanısı için bir mani dönemi geçirilmesi gerekmektedir. Mani döneminin öncesinde yada sonrasında hipomani veya depresyon dönemi bulunabilir. İkiüçlü Bozukluk Tip II tanısı için ise o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan hipomani dönemi ve o sırada veya geçmişte ortaya çıkmış olan depresyon dönemi geçirmiş olmak gereklidir (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2013). DSM-V'te ikiüçlü bozukluk, klinik özelliklerine göre ise aşağıdaki belirleyiciler tanımlanmıştır.

Tablo 1. DSM-V'e göre İkiuçlu Bozuklukta Klinik Belirleyiciler

• Bunaltılı seyreden
• Karma özellikli
• Hızlı döngülü
• Melankolik özellikli
• Atipik özellikli
• Duygudurumla uyumlu psikotik özellik gösteren
• Duygudurumla uyumlu olmayan psikotik özellik gösteren
• Katatoni ile
• Peripartum başlangıçlı
• Mevsimsel örüntülü

Hızlı Döngülü:

Son 12 ay içinde mani, hipomani veya depresyon dönemi için tanı ölçütlerini tam olarak karşılayan 4 duygudurum dönemi olmasıdır (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2013).

Melankoli Özelliği Gösteren:

A) O sıradaki dönemin en ağır evresinde aşağıdakilerden en az biri vardır.

- 1- Bütün yada neredeyse bütün etkinliklerden zevk almama.
- 2- Genelde zevk verebilecek uyaranlara karşı tepkisiz kalma.

B) Aşağıdakilerden en az üçünün varlığı,

1- Derin bir bunalım, umutsuzluk, somurtkanlık yada duygusal boşluk olarak. adlandırılabilen, bir duygudurum ile belirli değişik nitelikte çökkün duygudurum varlığı.

2- Depresyon sürekli olarak sabahları daha kötüdür.

3- Sabah erken uyanma.

4- Belirgin psikomotor ajitasyon yada yavaşlama.

5- Yeme isteğinde belirgin azalma yada kilo verme.

6- Aşırı yada uygunsuz suçluluk duyguları varlığı (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2013).

Atipik özellikleri gösteren:

A) Duygudurumda tepkisellik (olumlu olaylarla karşılaşıldığında sevinebilme yeterliliğidir).

B) Aşağıdaki özelliklerden ikisini veya daha fazlasının varlığı

1- Belirgin bir kilo alımı yada yeme isteğinde artma

2- Çok uyku uyuma

3- Kurşun paralizisi (kolları ve bacakları ağırlaşmış, kurşun gibi duyumsama)

4- Belirgin bir toplumsal yada işle ilgili işlevsellikte bozulmayla sonuçlanan, uzun süreli, başkaları tarafından kabul görmeme duyarlılığı (duygudurum bozukluğu dönemleri ile ilişkili değildir).

C) Aynı dönemde “melankoli özellikleri gösteren” yada “katatoni ile giden” belirleyicileri için tanı ölçütleri karşılanmamıştır (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2013).

Peripartum başlayan:

Duygudurum belirtileri, gebelik sırasında yada doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkarsa o sıradaki dönem için yada bir duygudurum dönemi için tanı ölçütleri o sırada tam karşılanmıyorsa en son mani, hipomani, depresyon dönemi için bu belirleyici kullanılabilir (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 2013).

2.1.4. İkiüçlü Bozukluğun Klinik Seyri

İkiüçlü bozukluk, genellikle hayat boyu süren, tekrarlayıcı bir hastalıktır. Çoğunlukla ergenlik veya genç erişkinlik döneminde başlar ve önemli ölçüde ailesel geçiş gösterir. Bu hasta grubunda psikiyatrik ve fiziksel hastalık eştanıları, topluma göre daha sık görülür ve intihar sonucu ölüm riski daha fazladır (Sachs ve ark. 2003).

Tüm duygudurum bozukluklarının %10-20'sini ikiüçlü bozukluklar oluşturmaktadır. İkiüçlü bozukluk tip I'in başlangıç yaşı, majör depresif bozukluktan daha erkendir (ortalama 5-6 yıl daha erken). En sık başlama yaşı, 20'li yaşların ortaları

gibi gözükse de, ilk belirtinin ortaya çıkması en sık 15-19 yaşlarında olmakta, bunu 20-24 yaşların arasında ikinci bir çıkış izlemektedir. Ancak başlangıç yaşı çocukluktan (5 ya da 6 yaş kadar erken) 50 yaşına ya da daha ender olgularda daha ileri yaşlara kadar değişmektedir. İkiüçlü bozukluk tip I boşanmış ve yalnız yaşayan insanlarda evli insanlara kıyasla daha sık görülmektedir, ancak bu fark erken başlangıcı ve hastalığın evlilikte uyumsuzluk özellikleriyle sonuçlanmasını yansıtır olabilir (Sadock, BJ. ve Sadock, VA. Mood disorders. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, 2005).

İkiüçlü bozukluk ataklarında, mani nöbeti en az bir hafta, ortalama 4-6 hafta sürer, hipomani nöbeti ise daha kısa sürer ve daha hafif belirtilerle geçer. Tedavi edilmeyen olgularda maninin ortalama süresi 7 aydır (Yüksel, N. *Ruhsal Hastalıklar*, 2001). Literatürde görülen farklara karşın, depresif atakların 2 ila 5 ay arasında sürdüğü söylenebilir (Angst ve Sellaro, 2000). Karma ataklar 5 aydan bir yıla kadar uzayan süreleri ile en uzun sürenlerdir (Mc. Elroy ve Akiskal, 2000).

STEP-BD çalışması ikiüçlü bozuklukta yineleme olacağının en güçlü göstergelerinden biri olarak, ara dönemlerde kalıntı belirtilerin varlığı olmasını göstermiştir. Aynı çalışmada bir diğer yineleme olacağının göstergesi, eşlik eden başka ruhsal hastalığın (anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları) bulunması olarak bulunmuştur (Perlis ve ark. 2006).

İkiüçlü bozuklukta klinik gidiş göstergeleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2. İkiüçlü Bozuklukta Klinik Gidiş Göstergeleri

Olumlu Göstergeler	Olumsuz Göstergeler
• Manilerin baskın olması	• Erken başlangıç
• Sağaltıma iyi uyum	• İleri yaş
• Uzun iyilik dönemleri	• Ara dönemde kalıntı belirtiler
• Olumlu aile, iş ve uğraşı koşulları	• Ruhsal bozukluk eştanısı
• Ailede düşük duygudurum dışavurumu	• 10'dan fazla mani dönemi
	• Karma dönemler
	• Uzun çökkünlük dönemleri

	• Hızlı döngülülük
--	--------------------

(Öztürk, O. ve Uluşahin, A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 2015)

Psikososyal ya da fiziksel olayların, bozukluğun nedeni olmaktan çok, atakların zamanlaması üzerinde etkili oldukları kabul edilmektedir. İlk hastalık atağının yaşanmasında açıkça etkili oldukları görülmekle birlikte, daha sonraki ataklar için aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Herhangi bir hastalık dönemi için ikiüçlü bozukluk hastalarının %47'sinde, unipolar bozukluk hastalarının %53'ünde hastalık ataklarının başlangıcında stresli yaşam olayı olduğu bildirilmiştir (Oral T. İkiüçlü Bozukluk, 2002). İlk ataklar çevresel koşullar tarafından tetiklenirken, daha sonra otonomi geliştiği düşünülmektedir (Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum bozuklukları 2001).

Özkiyım oranı normal popülasyonun 20 katıdır (Tsai ve ark. 2002; Maria ve ark. 2000). İkiüçlü bozukluğu olan hastaların yarısında özkiyım girişimi olduğu gösterilmiştir (Valtonen ve ark. 2005). Riskin özellikle karma dönemlerde arttığı bildirilmektedir (Holma ve ark. 2014).

2.1.5. İkiüçlü Bozukluk ve Eştanılar

Günümüzde ikiüçlü bozukluk için eştanı, beklenen bir durumdan çok kural olarak kabul edilmektedir. Yaşam boyu eştanı görülme olasılığı görülmeme olasılığından iki kat fazladır. İkiüçlü bozukluk tanımlı hastaların 2/3'ünde bir ruhsal bozukluk eştanısı görülmektedir. Yaşam boyu görülebilecek eştanılar arasında; anksiyete bozuklukları (%23-93; panik bozukluk %6-43, yaygın anksiyete bozukluğu %3-43, OKB %7-39, TSSB %1-28, sosyal anksiyete bozukluğu %5-47), alkol ve madde kullanım bozuklukları (%18-75), yeme bozuklukları (%15-21), dürtü kontrol bozuklukları (%23-35), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (%9.5-27) ve kişilik bozuklukları (%45-62) sayılabilir (Parker, 2010; McElroy ve ark. 2001). Di Florio ve arkadaşları, yaptıkları yeni bir çalışma sonucunda bütün ruhsal hastalıklar içinde madde kullanım bozukluklarının en fazla eşlik ettiği hastalığı, ikiüçlü bozukluk olarak bildirmişlerdir (Di Florio ve ark. 2014).

İkiüçlü bozuklukta bedensel hastalık eştanısı ile de sık karşılaşılmaktadır. Migren, tiroid hastalıkları, obezite, tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar ikiüçlü bozuklukta en sık görülen bedensel hastalıklardır. Bedensel hastalık eştanısı olan ikiüçlü

bozukluğun daha kötü gidiş özellikleri taşıdığı bildirilmektedir (Thompson ve ark. 2006).

2.1.6. İkiüçlü Bozukluk ve Yeme Bozuklukları Birlikteliği

İkiüçlü bozukluğun, depresyon ve mani dönemlerinde iştahta azalma ve kilo kaybetme görülürken, atipik depresyonda aşırı iştah ve kilo alımı gibi yeme davranışında bozulmalar, kilo ile ilgili sorunlar sıklıkla gözlenir. İkiüçlü bozukluğu olan hastalarda yeme bozukluğu (MacQueen ve ark. 2003), yeme bozukluğu olan hastalarda ise ikiüçlü bozukluk oranları oldukça yüksektir. İkiüçlü bozukluğu olan hastalarda yaşam boyu en az bir yeme bozukluğu eştanısı oranı %15-21 olarak bildirilmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu en sık görülenidir, daha sonra bulimiya nervoza ve anoreksiya nervoza gelmektedir (McElroy ve ark. 2006).

Yeme bozukluğu eştanılı ikiüçlü bozukluk hastalarında daha fazla kilo düzensizliği, daha fazla depresif dönem ve yineleme, özkıym riskinde artış ve daha fazla psikiyatrik eştanı olduğu gösterilmiştir (McElroy ve ark. 2011 ; Perlis ve ark. 2006).

Yeme bozukluklarının tiplerinin değerlendirildiği bir çalışmada, ikiüçlü bozukluk ile bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu ilişkili bulunurken, anoreksiya nervoza ile ilişkisi gösterilememiştir (Hudson ve ark. 2007).

İkiüçlü bozukluk olan kadın hastalarda (%7.1), psikiyatrik bir hastalığı olmayan kadınlara (%0.6) göre bulimiya nervosa görülme oranları oldukça yüksektir. Ayrıca ikiüçlü bozukluk olan kadın hastalarda alkolizm ve TYB, iki önemli iştah problemi tesbit edilmiştir (Perugi ve ark. 2006). Blinder ve arkadaşları, yeme bozukluklarında en sık görülen eştanı grubu olarak duygudurum bozukluklarını bildirmişlerdir (Blinder ve ark. 2006). Anksiyete bozuklukları, alkol ve madde zararlı kullanımı onu takip etmektedir. Yeme bozukluklarında topluma göre yaklaşık üç kat daha fazla depresyon görülmektedir. 1668 yeme bozukluğu hastasının incelendiği bir çalışmada, 171 (%7.25) hastada ikiüçlü bozukluk tesbit edilmiştir (McElroy ve ark. 2005). Yaşam boyu prevalans çalışmalarında ise yeme bozukluğu hastalarının %7.9'unda ikiüçlü bozukluk tesbit edilmiştir (McElroy ve ark. 2006).

İkiüçlü bozukluk hastalarında, kadın cinsiyeti, daha genç yaş, duygudurum belirtilerinde daha erken yaşta başlangıç, karma dönem, daha fazla atak geçirmiş olma,

obezite, aile öyküsünde depresyon ve/veya ikiüçlü bozukluk bulunması gibi özellikler, yeme bozukluğu eştanısı ile alkol ve madde kötüye kullanımı eştanısı ile ilişkili bulunmuştur (McElroy ve ark. 2011).

İsviçre'de yaşayan 4547 yetişkinin incelendiği bir çalışmada, hipomaniyle birlikte tıknırcasına yeme bozukluğu eştanısı değerlendirilmiştir. Depresyonlu kişiler ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, hipomanili kişiler anlamlı olarak fazla oranda tıknırcasına yeme bozukluğu oranlarına sahiptiler. Örneğin, DSM-IV ölçütlerine göre hipomanili hastalar için TYB oranı %13, kısa rekürren hipomanili (<4 gün) hastalar için TYB %22, sporadik kısa hipomanili hastalar için %15 ve manisi olanlar için %14, depresyonlu bireyler için TYB %11 olarak bulundu. Bu oranlar sağlıklı kontrollerdeki %5'lik orana göre anlamlı derecede yüksekti (Fogarty ve ark. 1994 ; Angst, 1998).

Mac Queen'in yaptığı klinik çalışmada diğerlerinden farklı olarak ikiüçlü bozukluğu olan hastalarda, yeme bozukluklarını değerlendirilmiştir. 139 ayaktan hastanın yer aldığı bu çalışmada, en azından bir kere yeme bozukluğu olmasının yaşam boyu yaygınlık oranı %15, tıknırcasına yeme bozukluğunun %9, bulimiya nervosanın %7 ve anoreksiya nervosanın ise %3 olarak bulunmuştur.. Ayrıca eşik altı duygudurum bozukluğu olan hastaların, hastalık belirtili olanlarla (%16) ve ötimik hastalarla (%5) kıyaslandığında, belirgin olarak daha fazla yeme bozukluğuna sahip oldukları görünmekteydi (MacQueen ve ark. 2003).

Anoreksik hastaların birinci derece yakınlarında unipolar depresyon görülme riski değişik çalışmalarda %6.5-20.4 olarak; ikiüçlü bozukluk görülme riski ise %0-8.3 olarak bildirilmiştir. Yine bulimiya nervozalı hastaların birinci derece akrabalarında unipolar ve ikiüçlü bozukluk görülme riski sırasıyla %10.5-37.1 ve %0.6-5.9 olarak gözlenmiştir. Genel olarak yeme bozukluğu olan hastaların yakınlarında duygudurum bozukluğu görülme riski, yeme bozukluğu olmayanlara göre 2 ile 4.2 kat arasında artmaktadır (Kuruoğlu, 2000).

Tıknırcasına yemesi olan obez hastalar, karbonhidrat tüketimi sonrasında deprese duygudurumda klinik düzelme gösterirler, ki bu da onları tekrar yemeye teşvik eder. Bu obez hastalardaki depresif bozukluğun yüksek oranlarda görülmesi ve obeziteyle ilişkili diğer bulgular ile uyumludur. Çeşitli çalışmalar ayrıca tıknırcasına yemesi olan obez hastaların, obez ancak tıknırca yemeyenlerle kıyaslandığında, daha çok karbonhidratları tercih ettiklerini bulmuşlardır. Eğer bu bilgi daha önceki çalışmaların

açıklamalarına uygulanırsa, tıknırcasına yemenin ikiüçlü bozukluğu olan depresif hastaların duygudurumunu düzenleyen kompansatuar bir davranışı olduğunu göstermesi mümkündür (Ramacciotti ve ark. 2005). Bulimik davranışlar, dürtüsellik ve affektif bozukluklar genetik yatkınlık veya erken yaşam travmasının sonucu olarak serotonerjik nörotransmisyondaki bozuklukla ilişkili olabilir (Kuruoğlu, 2000).

2.1.7. İkiüçlü Bozuklukta Kronobiyoloji

Duygudurum bozukluklarının kronobiyoloji ile ilişkisini gösteren durumlar; duygudurum bozukluklarında mevsimsel veya 48 saatlik hızlı döngüler gibi periyodik döngülerin bulunması, duygudurumda diurnal ritmin gözlenmesi, depresyonda hastaların sabahları erken saatlerde uyanması, sirkadiyen ritim fonksiyonları ile depresyon ilişkisini gösteren uyku bozukluklarının olması, temel kanıtlar olarak öne çıkmaktadır (Emilien ve Maloteaux, 1999; Wirz-Justice, 2008).

Faz ilerlemesi hipotezine göre kortizol, melatonin, vücut sıcaklığı ve REM oluşumu gibi belirli bir ritmi olan fizyolojik olaylar, uyku-uyanıklık döngüsünü yöneten ritim belirleyicilerde meydana gelen bozulmalarla bağlantılı olarak ilerlemiş bir faza sahip olurlar (Jones ve ark. 1999; Van Cauter ve ark. 1996). Hastanın uykusu özellikle kortizol ve vücut sıcaklığının yükseldiği zamanlara bağlı olarak ya çok geç bir zaman dilimine ya da daha erken saatlere kaymış olur (Emilien ve Maloteaux, 1999; Hajak ve Landgrebe 2010).

İkiüçlü bozukluk tanısı almış hastalarda, her yıl aynı zaman diliminde tekrarlanan hipomani ve mani ataklarını, mevsimsel özelliklere uyum sağlanamaması sonucu oluşan uyku-uyanıklık döngüsündeki bozuklukların tetiklediği açıkça gösterilmiştir (Harvey, 2008). Pek çok araştırmacı uyku ve sirkadyen sistemdeki bozulmalarla, duygudurum bozuklukları arasındaki önemli ilişkinin, serotonin ve dopamin sistemleri ile bağlantılı olabileceğine dikkat çekmiştir. Uyku yoksunluğu sonrasında serotonerjik nöronal ateşlenmenin artmış olması, serotonin taşıyıcı geni için homozigot olan ikiüçlü hastaların, heterozigot olanlara göre uyku yoksunluğu tedavisine daha güçlü yanıt vermesi serotonerjik sistemi işaret etmektedir (Schulz, 2007; Harvey, 2011; Benedetti ve ark. 1999).

2.2. Gece Yeme Sendromu

2.2.1. Gece Yeme Sendromu Tanımı

Açlık uyanıklıkla ilişkili bir biyolojik dürtüdür. Açlık ve uyku arasındaki ilişki ise, homeostatik ve sirkadiyen ritimlerin kontrolü ile düzenlenir. İnsanlarda yeme ve uykunun sirkadiyen ritimleri, genellikle birbirleriyle senkronizedir. Bu nedenle enerji homeostazı; geceleri yemek yenmemesine rağmen, glukoz ayarlanması ve iştah düzenlenmesindeki değişikliklerle devam ettirilebilmektedir (Orhan ve Tuncel, 2009).

GYS'de, yeme ve uykunun biyolojik ritimleri ayrılmıştır. Kişilerde, enerji alımında gecikme meydana gelmesi sonucunda, sabah yemekleri baskılanırken, akşam ve gece yemekleri artar. Yeme ve uyku ritmi arasında 2 ile 6 saatlik bir gecikme söz konusudur. Ancak uyku döngüsü bozulmamıştır (Howell ve ark. 2009).

GYS ilk defa 1955 yılında, aşırı kilo alımına ve obeziteye katkıda bulunan sebeplerden biri olarak, Stunkard ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır. GYS, sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomniya ile karakterize bir sendrom olarak açıklanmıştır. Stunkard ve arkadaşları aynı makalede, GYS'nin kilo alımı ve stresli yaşam dönemleri ile özel olarak ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Stunkard'ın tanımladığı ilk tanı ölçütlerinde, “sabahları ortaya çıkan anoreksi olması”, kahvaltının atlanması veya ihmal edilebilir miktarda yenmesi (örneğin kahve veya meyve suyu); “akşam hiperfajisi olması”, günlük toplam kalorisinin en az %25'inin akşam yemeğinden sonra alınması ve haftada 3 veya daha fazla gece “insomniya veya uykusuzluk olması” olması şeklinde tanımlanmıştır (Stunkard ve ark. 1955).

Tablo 3. Stunkard ve Arkadaşlarının Tanımladığı GYS Kriterleri (1955)

• Akşam yemeği sonrası günlük kalorisinin >%25'ten fazlasının alınması
• Sabah anoreksisi
• Uykuya geçişte zorlanma
• Duygudurumun gece daha çökkün olması

İlk tanımlamasından sonra 1990'lı yılların sonuna kadar bu konu büyük oranda ihmal edilmiştir. 90'lı yıllarla birlikte, ABD'de ve çoğu Avrupa ülkesinde obezite prevalansı giderek artmıştır (Kuczmarski ve ark. 1994, Raymond ve ark. 2006). Bilimsel araştırmaların yoğun olarak yapıldığı bu ülkelerde obezitenin bir halk sağlığı sorunu haline gelmesi ile obezite hakkında araştırmalara ilgi artmış, GYS tekrar gündeme gelmiştir.

GYS ilk tanımlandığından bu yana çalışmalarda farklı tanı ölçütleri kullanılmasına rağmen 2000'li yıllara kadar Stunkard'ın 1955 ve Birkedvedt'in 1999 yılında kullandığı tanı ölçütleri en yaygın olarak kullanılanlardır (de Zwaan ve ark. 2006). Birketvedt ve ark. gözden geçirdikleri GYS tanı ölçütlerinde, gece uykudan uyanarak bilinçli bir şekilde yeme davranışı eklenmiş, akşam yemeğinden sonra gıda alımı düzeyinin günlük %50'den fazla olması gerektiği belirtilmiştir (Birketvedt ve ark. 1999).

Tablo 4. Birkevedt ve Arkadaşlarının Tanımladığı GYS Kriterleri (1999)

• Akşam yemeği sonrası günlük kaloringin >25'ten fazlasının, enerji alımının %50'den fazla alınması
• Sabah anoreksisi
• Gecede en az bir defa uyanma
• Uykudan uyanma sırasında atıştırma
• En az 3 aydır olması
• TYB ve BN ölçütlerinin karşılanmaması

Tanı ölçütlerindeki farklılıklar nedeniyle çalışmalarda karşılaştırma yapabilmek zorlaşmaktadır. Bu karışıklığı önlemek ve tanı tutarlılığını sağlamak amacıyla 2010 yılında Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubu tarafından, aşağıdaki GYS tanı ölçütleri önerilmiştir (Allison ve ark. 2010).

Tablo 5. Uluslararası Gece Yeme Sempozyumu Tanı Kriterleri (2010)

A. Aşağıda belirtilenlerin birisi ya da her ikisi şeklinde ortaya çıkan, günlük yeme düzeninde akşamları ve/veya geceleri belirgin artış olduğunun gösterilmesi
1. Gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması
2. Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması
B. Akşam ve gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması
C. Aşağıdaki bulguların en az 3 tanesinin kliniğe eşlik etmesi
1. Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması.
2. Akşam yemeği ile uyku başlangıcı arasında ve/veya geceleri güçlü yeme isteği varlığı
3. Haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniası olması
4. Uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı
5. Duygudurumun sıklıkla depresif olması ve veya akşamları kötüleşmesi
D. Bozukluğun belirgin sıkıntı ve/veya işlevsellikte azalmaya yol açması
E. Yeme düzenindeki bozukluğun en az 3 aydır olması
F. Bu bozukluğun herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı, tıbbi hastalık, ilaç kullanımı veya diğer psikiyatrik hastalıklara ikincil olarak gelişmiş olmaması

DSM-V'e hazırlık tartışmaları sırasında, obeziteye ilgi olmasının da muhtemel etkisi ile gece yeme sendromu, 2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal

Bozuklukluların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci baskısında (DSM-V); tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu başlığı altında “Gece Yemek Yeme Bozukluğu” ismiyle tanımlanmıştır (Devlin, 2007; Volkow ve O'Brien 2007).

Tablo 6. DSM IV ve DSM V'te Yeme Bozukluklarının Karşılaştırması

DSM-IV-TR	DSM-V
Yeme Bozuklukları	Beslenme ve Yeme Bozuklukları
1. Anoreksiya Nervosa	1. Pika
2. Bulimiya nervosa	2. Ruminasyon Bozukluğu
3. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları	3. Kaçınan / Kısıtlayıcı Gıda Alım Bozukluğu
	4. Anoreksiya Nervosa
Bebek yada Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları	5. Bulimiya Nervosa
1. Pika	6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
2. Ruminasyon Bozukluğu	7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu
3. Bebek yada Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu	8. Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Tablo 7. Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu (DSM-V)

• Değişik tür (atipik) anoreksia nervosa
• Bulimia nervosa (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
• Tıkınırcasına yeme bozukluğu (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)
• Çıkarma bozukluğu

• Gece yemek yeme bozukluğu

Tablo 8. Gece Yemek Yeme Bozukluğu (DSM-V, 2013)

• Uykudan uyanarak yemek yeme yada akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemleri
• Yemek yendiğinin ayırımında olunması ve yemek yendiği anımsanır
• Gece yemek yeme, kişinin uyku uyanıklık döngüsündeki değişiklikler yada yerel toplumsal değerler gibi dış etkilerle daha iyi açıklanamaz
• Gece yemek yeme, belirgin sıkıntıya ve/veya işlevsellikte düşmeye neden olur
• Düzensiz yeme örüntüsü, tıknırcasına yeme bozukluğu yada madde kullanımı da içinde olmak üzere başka ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve başka bir sağlık durumuna bağlanamaz.

Tablo 9. Gece Yeme Sendromu Tanı Ölçütlerinin Tarihsel Gelişimi

Yıl	Yazar	Değişen/eklenen tanım
1955	Stunkard ve ark.	Sabah anoreksi, akşam hiperfaji (19:00'dan sonra toplam enerji alımının %25 kadar) insomnia (zamanın yarısında)
1986	Rand and Kuldau	Sıkıntı (gerginlik/keyifsizlik) maddesi eklendi
1996	Stunkard ve ark.	Akşam hiperfajisi > %50 enerji alımı
1999	Birketvedt ve ark	Semptomlar başladıktan sonra 3 ay süren gece atıştırması eklendi
2005	Allison ve ark.	Haftada 1-3 kez olan gece atıştırması eklendi
2006	Allison ve ark.	Gece hiperfajisi toplam enerji alımının %25'ine düştü
2008	Allison ve ark.	Gece yeme anketinin geçerliliği ve 25 puanın üzeride GYS tanısını gösterdiği tanımlandı
2008	Allison ve ark.	Sabah anoreksisi ve kahvaltının atlanması en az önemli kriter olduğu ilam edildi

2010	<i>Allison ve ark.</i>	GYS tanı kriterleri önerildi
2013	<i>DSM V</i>	Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu başlığı altında örnekler arasında “Gece yemek yeme bozukluğu” ismiyle tanımlandı

2.2.2. GYS'nin Epidemiyolojisi

Erişkin popülasyondaki GYS yaygınlığı %1-1.5 oranında bildirilmiştir (Lundgren ve ark. 2006; Rand ve ark. 1997; Stunkard ve ark. 1996; Fischer ve ark. 2012). GYS ilk olarak obezite hastalarında araştırılmış, bugüne kadar yapılan çalışmalarda obez hastalarda GYS'ye rastlanma oranı %6 ile %16 arasında bildirilmiştir (Stunkard ve ark. 1996; Ceru-Bjork ve ark. 2001; Gluck ve ark. 2001). Normal kilolu kişilerde yapılan bir çalışmada GYS sıklığı %0.4 bulunurken, kilo vermek amaçlı tedavi arayışında olan kişilerde GYS sıklığı %4.3 ile %14 arasında değiştiği bulunmuştur (Stunkard ve ark. 1996; Ceru-Bjork ve ark. 2001; Gluck ve ark. 2001; Colles ve ark. 2007). GYS, obez olmayanlarda da görülmesine rağmen, obez kişilerde özellikle zayıflama tedavisi için başvuranlarda (%6-42) daha yaygındır (Rand ve ark. 1997; Ceru-Bjork ve ark. 2001; Allison ve ark. 2006). Bariatrik cerrahi için başvuran kişilerde ise GYS sıklığı %8 ile %42 arasında tespit edilmiştir (Hsu ve ark. 1996; Adami ve ark. 1996). Tip 2 diyabet hastalarında, GYS'nin sıklığı %3.8 olarak bildirilmiştir (Birketvedt ve ark. 1999). TYB nedeniyle olan kişilerde GYS sıklığı %15 olarak bulunmuştur (Stunkard ve ark. 1996).

Lundgren ve arkadaşları 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada, ayaktan hasta izlemi yapılan bir psikiyatri kliniğinde hastaların %12.3'ünün GYS tanı ölçütlerini karşıladığını bildirmişlerdir (Lundgren ve ark. 2006). 2008 yılında yaptıkları başka bir çalışmada ise, 19 obez olmayan GYS tanılı hasta ile kiloları açısından eşleştirilmiş 22 obez olmayan kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir araştırmada, GYS olanlarda 1. eksen tanısı belirgin olarak farklı bulunmuş, en sık major depresyon ile birlikteliği gözlemlendiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada ikiüçlü bozukluk bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak toplam 41 kişinin incelendiği bu çalışmanın örneklem boyutunun küçüklük olması kısıtlılıkları arasında belirtilmiştir (Lundgren ve ark. 2008). Friedman ve arkadaşları, mevsimsel affektif bozukluğu olan 62 hastada, GYS sıklığını %4,2 olarak tespit etmişlerdir (Friedman ve ark. 2006).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, Cengiz ve arkadaşlarının Şişli Etfal Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı bir araştırmada, GYS'nin ayaktan

psikiyatrik hasta popülasyonunda nokta prevalansı %19.8 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada 384 poliklinik hastasından 52 kişiye ikiüçlü bozukluk tanısı koyulmuş, bunların içinden ise 14 kişi GYS tanısı alırken, 38 kişi GYS tanısı almamıştır. Bu çalışmada ikiüçlü bozukluk hastaları arasında GYS oranı %26,92 olarak bulunmuş ancak aralarında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmamıştır. GYS görülme eğiliminin daha fazla olduğunu düşünüldüğü belirtilmiş ve bu eğilimin daha geniş örneklemli çalışmalarda değerlendirilmesi önerilmiştir (Cengiz ve ark. 2011). Orhan ve arkadaşları, m. depresyon hastalarında GYS yaygınlığını %35.2 olarak bildirilmiştir (Orhan ve ark. 2011).

Küçükgöncü ve arkadaşları, m. depresyon ve anksiyete bozukluğu tanılı 300 hastada GYS sıklığını ve klinik özelliklerini incelemişlerdir. GYS'nin yaygınlığını m. depresyon hastaları içinde %22, YAB'liler içinde %7,8, OKB'lilerde %12,5, Panik bozukluk tanısı alanlarda ise GYS yaygınlığın %14 olarak bulmuşlardır. Bu araştırmada m. depresyon ile GYS ilişkisi istatistiki olarak anlamlı olarak bulunmuştur (Küçükgöncü ve Beştepe 2014)

Arslan ve arkadaşlarının yaptığı, şizofreni, şizoaffectif bozukluk veya ikiüçlü bozukluk tanısı olan, kilolu ve obez hastaların değerlendirildiği bir çalışmada, 78 ikiüçlü bozukluk tanılı hasta içinde 8 (%10,26) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı konan ve konmayan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Arslan ve ark. 2015).

Literatürdeki çalışmalarda, cinsiyetler arasında GYS açısından fark bulunmayan çalışmaların yanında (Cerú-Björk ark. 2001; Allison ve ark. 2006), erkeklerde GYS'nin daha sık olduğunu bildiren çalışmalar da vardır (Grilo ve Masheb, 2004; Aronoff ve ark. 2001). Küçükgöncü ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kadınların GYS tanısını daha çok aldığını ancak bunun örneklemelerindeki kadın sayısının belirgin olarak erkeklerden fazla olmasına bağlı olabileceğini, kadın ve erkek gruplar arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmişlerdir (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014).

2.2.3. GYS'nin Klinik özellikleri

Gece yeme sendromunda, yeme ve uykunun biyolojik ritimleri ayrılmıştır. Gün içinde enerji alımında gecikme meydana gelir. Bunun sonucunda bu kişilerin, sabah yemeleri baskılanırken, akşam ve gece yemeleri artar. Yeme ve uyku ritmi arasında 2 ile

6 saatlik bir gecikme söz konusudur. Ancak uyku döngüsü bozulmamıştır (Stunkard AJ. Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook, 2002; Stunkard ve ark. 2005; Orhan ve Tuncel, 2009).

Ayaktan tedavi edilen hastalarla yapılan bir araştırmada, GYS olanların kalori alımında bir gecikme olduğu bildirilmiştir (O'Reardon ve ark 2004). Yatan hastalarda yapılan bir çalışmada ise, GYS olan hastaların aldığı günlük toplam kalori miktarı, kontrol grubuyla benzerlik göstermekle birlikte, geceleri yenen yiyecek miktarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Bu kişilerin akşam olan yemekleri tıknırcasına yeme şeklinde değildir (Allison ve ark. 2005). Orta büyüklükte ortalama 271 kkal'lık atıştırmalar şeklindedir. Gece yedikleri yiyeceklerin %70'ini karbonhidratlar oluştururken, gündüz ise bu oranın ancak %47 olduğu bildirilmiştir. Hastaların yaklaşık %50'si, gece yeme dönemleri sırasında, ekmek, günlük ürünler ve şekerlemeler gibi yiyecekleri tercih ettiklerini bildirilmişlerdir. Akşam atıştırmalarının, karbonhidrat/protein (7/1) oranı da oldukça yüksektir (Birketvedt ve ark. 1999). Karbonhidrat lehine olan, bu beslenme biçimi triptofanın beyne geçişini arttırdığı ve sonuçta bunun serotonine dönüşümü artırarak, bu kişilerdeki bozulmuş uyku düzenini düzeltmeye yönelik bir özellik taşıdığını öne sürülmüştür (Berry ve ark. 1991; Yokogoshi ve Wurtman, 1986).

GYS olanlarda, olmayanlara göre daha sık deprese duygudurum bildirilmiştir (Birketvedt ve ark. 1999; Gluck ve ark. 2001; Allison ve ark. 2005). GYS'li hastaların duygudurum puanlarında saat 16'dan sonra sirkadiyen olarak azalma bildirilmiştir. Bu hastalar gece daha depresiftirler, bu endojen depresyonda gözlenen, gece depresif duygudurumdaki azalmanın tam tersi bir bulgudur. GYS olanlarda yaşam boyu majör depresif bozukluk (%56) ve anksiyete bozukluğu öyküsü daha fazladır (Birketvedt ve ark. 1999).

Lundgren ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, GYS kriterlerini karşılayan kişilerin alkol-madde kötüye kullanımının daha sık olduğu tespit edilmiş, diğer psikiyatrik bozuklukların sıklığında GYS olan ve olmayanlar arasında anlamlı farklılık bildirmemişlerdir (Lundgren ve ark. 2006).

Psikososyal stresörlerin, GYS'deki alevlenmelerde yaygın olarak bulunduğu bildirilmiştir. Özellikle, GYS'nin hastaların stresli dönemlerinde başladığı ve gece yemesi olanlarda da stresin daha yüksek düzeyde bulunduğu gösterilmiştir (Birketvedt ark. 1999).

Emosyonel yeme, açlık hissi nedeniyle ya da öğün zamanı geldiği için ya da sosyal gereklilik olduğu için değil de sadece ve sadece duygulanıma cevaben ortaya çıktığı varsayılan yeme davranışı olarak kavramsallaştırılmıştır (Bekker ve ark. 2004; Sevinçer ve Konuk, 2013). Emosyonel yemenin olumsuz emosyonlar tarafından tetiklendiği, sıklıkla gizlice yapıldığı ve dış ortamlarda değil evde yapıldığı gösterilmiştir. Emosyonel yeme sıklıkla düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları ve yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (Taylor ve ark. 1996; Waller ve Matoba 1999). Aynı zamanda emosyonel yemenin kilo kontrolü düşük ve vücut kitle indeksi (VKİ) yüksek kişilerde daha sık olduğu ortaya koyulmuştur (Blair ve ark. 1990).

Mc Crone ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, erken başlangıçlı obezitesi olan kadınlarda olumsuz duygulanıma cevaben yemenin ve açlıktan ziyade duygusal uyarılma nedeniyle yemenin daha sık olduğunu göstermişlerdir (Mc Crone ve ark. 2000). Emosyonel yeme davranışı daha çok öğün zamanlarında değil zamansız atıştırmalarda daha sık gözlenmektedir. Bundan dolayı atıştırma davranışı sergileyen kişilerin, gıdaları emosyonu düzenlemek için bir araç gibi kullandığı sonucuna varılmıştır (Heatherton ve Baumeister, 1991). Ayrıca gece yeme sendromunun da emosyonel yeme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Nolan ve Geliebter, 2012).

GYS'nin uyku ile ilişkisinin incelendiği, iki polisomnografi çalışmasında GYS'deki uyku paternleri araştırılmıştır. Hastaların daha sık uyandığı ve bu uyanmaların çoğunun da yemeye ilişkili olduğu gözlenmiştir. Ancak bu çalışmalar kontrol grubu içermemektedir (Spaggiari ve ark. 1994; Manni ve ark. 1997). de Zwaan ve arkadaşlarının, 106 gece yeme hastasıyla yaptığı bir çalışmada, hastalarda parasomni ve %9.8 oranında obstrüktif uyku apnesi bildirilmiştir. Ayrıca gece yeme atakları olan hastaların 1/4'ünde insomniyanın, kalkıp bir şeyler yemek için birincil neden olduğu görülmüştür. Buradan şu sonuca varılabilir; bazı hastalarda uyku bozukluğu gece yemelerini arttıran başlıca problem olabilir (de Zwaan ve ark. 2006; Orhan ve Tuncel, 2009). Spaggiari ve arkadaşları GYS tanısı olan 10 hastada polisomnografi ile yaptıkları çalışmalarında gece yeme ataklarının sıklıkla Non-REM uykusu sırasında gerçekleştiğini bildirmişlerdir (Spaggiari ve ark. 1994).

AN ve BN hastalarında özkıyım riskinin arttığı bildirilmiştir (Franko ve ark. 2004). Majör depresyonlu hastalarda yapılan çalışmalarda, uyku bozukluklarının varlığı özkıyım davranışı ile ilişkili bulunmuş, uyku kalitesinin bozulmasının özkıyım riskini

arttırdığı bildirilmiştir (Agargun ve ark. 1997). GYS'li hastalarda psikopatoloji şiddetinin yanında uyku bozukluklarının eşlik ediyor olması, özkıyım riskini artırıyor olabilir. Küçükgöncü ve Beştepe'nin yaptıkları çalışmada, GYS olan hastalarda yaşam boyu özkıyım girişiminde bulunma oranı diğer hastalardan anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014).

Tablo 10. Gece Yeme Sendromunun Çekirdek Klinik Özellikleri

• Non REM uykusu sırasında çıkma,
• Düşük uyku verimliliği ile ilişkili olma,
• Genellikle erken erişkinlik döneminde ortaya çıkma,
• Remisyon ve alevlenme dönemleri ile karakterize olma,
• Stresli yaşam olayı dönemlerinde meydana gelme,
• Ailesel birlikteliğin sık olması,
• Vücut kitle indeksi ile birlikte prevalansının da artması
• Cinsiyete göre dağılımında belirgin farklılıklar olmaması,
• En sık eşlik eden durumlar ; yeme bozuklukları, obezite, depresyon, uykusuzluk, madde kötüye kullanımı ve anksiyetedir
• Etnik kökenler arasındaki dağılımında belirgin farklılıklar bulunmaması,
• Kiloluluk ve diyabet tedavisinde etkileri olabilir.

2.2.4. GYS'nin Ayırıcı Tanısı

GYs, uyku ve yeme paternlerindeki farklılık ile diğer yeme bozukluklarından ayrılır.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: TYB hastaları için fazla miktarda yiyecek yeme davranışı için belirgin bir zamandan bahsedilemez.. GYS'de ise gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması veya haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması tanı için gerekmektedir. GYS'de insomniya ve sabahları anoreksi görülürken, bu semptomlar TYB'de bulunmaz. İki bozukluğun ortak yönleri

arasında, her iki bozuklukta da negatif duygulanım sonucu yeme davranışı olması, hastaların yeme ataklarının farkında olması ve diğer psikiyatrik bozukluklarla yüksek birliktelik göstermeleri sayılabilir.

Bulimia Nervosa: TYB'deki özelliklere ek olarak, GYS'de yeme sonrası telafi edici davranışlar gözlenmez.

Anoreksiya Nervosa: AN'de görülen anoreksi gün içinde süreklilik gösterirken, GYS'de sabahları anoreksi görülmesine karşın akşam saatlerinde fazla miktarda yeme davranışı görülür. AN'de VKİ düşüklüğü olurken ve vücut imajı bozukluğu görülürken bu özelliklerin görülmesi GYS'de beklenmez.

Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu: UIYB bir tür parasomniya olup, yeme atakları sırasında tam uyanıklık ve hatırlama genellikle gözlenmez. GYS'de ise, gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması tanı için gereklidir. UIYB'de, garip yiyeceklerin ve toksik maddelerin yenmesi ya da garip yeme davranışları görülebilirken, GYS'de uykudan uyanıldığında günlük yaşamda tüketilen besinler yenilmektedir. GYS olan hastalarda insomniya hariç tutulursa nadiren tanımlanmış bir uyku bozukluğu görülür. UIYB olgularının hiçbirinde, akşam yemeğiyle yatma zamanı arasında aşırı yemek yeme yoktur (Stunkard ve ark. 2008).

Tablo 11. Uyku ile İlişkili Yeme Bozukluğu ve GYS Arasındaki Farklılıklar

	GYS	UIYB
• Gece Yemelerindeki Bilinçlilik Düzeyi	+	-
• Gece Yemelerinin Hatırlanması	+	-
• Uygunsuz Yemeler	-	+
• Parasomnilerle Komorbidite	-	+
• Prevalans	>	<
• Nokturnal Tıkınırcasına Yeme	-	+
• Akşam Hiperfaji	+	-
• Gecikmiş Sirkadiyen Yeme Paterni	+	?

	GYS	ÜİYB
• Hipnotiklerle İndüklenme	?	+
• Farmakolojik Tedaviler	SSRI, Topiramat	Topiramat, Dopaminerjik ajanlar, Kodein, Klonazepam

American Academy of Sleep Medicine The International Classification of Sleep Disorders, 2nd: Diagnostic and coding manual. Westchester, IL, 2005

Kleine-Levin Sendromu: Periyodik hipersomniya, mental bozukluklar, hiperfaji ve hiperseksüalite gibi davranış bozuklukları ile karakterize nöropsikiyatrik bir hastalıktır. Sendrom ataklar halinde seyreder, ani olarak başlar ve sonlanır, birkaç gün ile birkaç hafta arası sürer. Ataklar arasında uyku bozukluğu görülmez, hastalar fiziksel ve mental olarak normaldir (Karadağ ve ark. 2010). GYS'nin seyri ataklar şeklinde değildir. Davranış bozuklukları beklenmez.

2.3. İkiüçlü Bozukluk, Gece Yeme Sendromu ve Obezite

Obezitenin tanımı vücuttaki yağ oranının artması şeklinde yapılabilir. Obezite, kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun metre karesine bölümü (kg/m^2) olarak tanımlanan Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ile belirlenmektedir. VKİ'nin 30 kg/m^2 ve üzeri olması obezite olarak kabul edilmektedir. Obezitenin oluşumunda yüksek kalorili besinlerin aşırı alınması ve günlük harcanan enerji miktarının azalması temel sorun olarak kabul edilmektedir. Multipl genetik faktörlerin, güçlü ve farklı çevresel etmenlerle etkileşimi obeziteyi meydana getirmektedir (Caterson ve Gill, 2002; Semerci, 2004). Obezitenin bir çok tıbbi komplikasyonu olduğu, morbidite ve mortaliteyi arttırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (Sach ve ark. 2007; Sullivan ve ark. 2008). Son yıllarda özellikle ABD'de ve çoğu Avrupa ülkesinde obezite prevalansı giderek artmaktadır (Kuczmarski ve ark. 1994; Raymond ve ark. 2006). Ülkemiz için de obezitenin artmakta olduğu ve önemli bir halk sağlığı sorunu haline geldiği söylenebilir (Yumuk ve ark. 2005).

Akıl hastalığı olan kişilerde, fazla kilolu olma ve obez olma riski toplumun geneline göre artmıştır. Bu kişilerde kilo alma mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Bu durum, ilaç kullanmak ve sedanter yaşam tarzı faktörleri ile ilişkili

olarak açlıktaki, tokluktaki ve metabolizmadaki fizyolojik değişikliklerle ilişkili olabilir (David ve ark. 1999; Allison ve ark 2001).

Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen araştırmalarda, obez bireylerde depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları, özellikle posttravmatik stress bozukluğu, sigara bağımlılığı ve yeme bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir (Black ve ark. 1992, Scott ve ark. 2008)

Fazla kiloluluk ve obezite ile duygudurum bozuklukları arasında ve özellikle de ikuçlu bozukluk arasında bir ilişki vardır (Keck ve McElroy, 2003). İkuçlu bozukluk ile yeme bozuklukları arasında fenomenolojik benzerlikler de vardır. Vücut ağırlılığında istikrarsızlıklar, yeme temposunda ve mizaçta dalgalanmalar, davranışsal iniş-çıkışlar ve labiliteler her iki bozukluk için de temel sorun alanlarıdır (Fairburn ve Harrison, 2003).

Yeme bozukluğu eştanısının, ikuçlu bozukluk hastalarında görülen obeziteye katkıları olabilir veya tersine, ikuçlu bozukluk eştanısının yeme bozukluğunda görülen tedaviye dirence katkıları olabilir. Bu nedenle klinisyenler ikuçlu bozukluk hastalarında yeme bozukluklarını, yeme bozukluğu hastalarında da ikuçlu bozukluk yelpazesinde yer alan bozuklukları sorgulamalıdır. İkuçlu bozukluk hastalarında kilo alırım endişesiyle duygudurum düzenleyicilerini kullanmayı reddetmek ve kilo düzensizlikleri (obezite, kilolu olma, zayıflık) yeme bozukluğu eştanısını düşündürecek işaretlerdendir. Yeme bozukluklarında ikuçlu bozukluk düşündürecek bulgular ise erken başlangıç, eştanı olarak depresyonun olması, depresyon nükslerinin çok sık olması, dürtüsellik ve aile öyküsünde ikuçlu bozukluk olmasıdır (McElroy ve ark. 2005; Erol, 2011).

İkuçlu bozukluk hastalarında, yeme davranışlarında bozulmalar, obezite ve vücut ağırlılığında dalgalanmalar vardır. Bu hastalarda yeme bozukluğu patolojilerinin yaygın olduğu, obezite ve diğer psikopatolojilere eşlik ettiği gösterilmiştir (Wildes ve ark. 2008). 875 ikuçlu bozukluk hastasının değerlendirildiği bir çalışmada; yaşam boyu yeme bozukluğu eştanısı %14.3 oranında saptanmış olup, tip I ve tip II hastalar arasında yeme bozukluğu eştanı oranları açısından farklılık saptanmamıştır. Aynı çalışmada, yeme bozukluğu eştanısı varlığı; kadın cinsiyet, erken başlangıç ve ağır gidişat ile ilişkili bulunmuştur (McElroy ve ark. 2011). Diğer taraftan tedavi görmeyen ikuçlu bozukluk hastalarında da artmış sıklıkta obezite görülmektedir (Cheskin ve ark. 1999; Maina ve ark. 2008).

McElroy ve arkadaşları, ikiüçlü bozukluk hastalarının tedavisini düzenlerken, yeme bozukluğu eştanısının olması durumunda, her iki duruma da etki eden ilaçların ön planda tutulmasını veya böyle bir imkan yoksa ve farklı ilaçlar kullanılacaksa diğer rahatsızlığı olumsuz yönde etkilemeyecek tedavilerin tercih edilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (McElroy ve ark. 2006).

Obezite bakımından önemli olan bir diğer rahatsızlık olan GYS ise, ilk olarak obezite hastalarında araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda obezlerde GYS'ye rastlanma oranı %6 ile %16 arasında bildirilmiştir (Stunkard ve ark. 1996; Gluck ve ark. 2001). Gece yeme sendromunun obez kişilerde daha çok görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. GYS'nin, obezitenin şiddeti ile de ilişkili olduğu gözükmemektedir (Ceru-Bjork ve ark. 2001; Aronoff ve ark. 2001; Adami ve ark. 2002). Gece yemeleri, GYS'nin ana komponentlerinden biri olmakla birlikte, bu semptomun sendromdan bağımsız olarak aşırı kiloluluğa etkisi sistematik çalışmalarda araştırılmaktadır (Birketvedt ve ark. 1999; Adami ve ark. 1999; Rand ve ark. 1997).

Spaggiari ve arkadaşları, pekçok GYS hastasında obezite başlangıcından önce GYS olduğunu bildirmiştir (Spaggiari ve ark. 1994). Normal kilolu GYS hastalarının obez olanlardan daha genç olduğu ve obez gece yeme hastalarının, obezite öncesi de gece yemelerinin olduğu çeşitli makalelerde bahsedilmiştir. (Marshall ve ark. 2004; Napolitano ve ark. 2001). Milano ve arkadaşlarının hazırladığı kapsamlı bir makalede, gece yeme sendromunun, obezite ile olan ilişkisi nedeniyle klinik açıdan önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bu makalede, GYS tanısı almış olanların yaklaşık yarısının, hastalık başlamadan önce normal ağırlıkta olduğunu ifade edilmiştir (Milano ve ark. 2012).

Aronoff ve arkadaşları, obez hastalar arasında yaptıkları araştırmalarında, obezitenin yada yüksek VKİ'nin, GYS olan obez hastalarla, GYS olmayanlar arasında anlamlı farklılık olduğunu bulmuşlardır (Aronoff ve ark. 2001). Colles ve ark. normal kilolu ve obez hastalar arasında yaptıkları çalışmalarında, GYS ile VKİ artışı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmişlerdir. Yazarlar önceki bazı çalışmalarda bu ilişkinin bulunmamış olmasının GYS'nin homojen popülasyonlarda ve dar kilo aralıklarında araştırılmasından kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir (Colles ve ark. 2007). Lundgren ve arkadaşları psikiyatri hastalarında yaptıkları bir çalışmada, GYS

olan hastaların VKİ ortalamalarını, GYS olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmişlerdir (Lundgren ve ark. 2006).

Küçükgöncü ve Beştepe, majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında yaptığı çalışmalarında, GYS grubunda VKİ ortalamasını, GYS olmayanlardan anlamlı olarak yüksek tespit etmişlerdir. Diğer taraftan aynı çalışmada, hastaların kilo dağılımları incelendiğinde, obez hastaların GYS grubunda daha fazla olduğu görülse de, arada anlamlı fark bulunmamıştır (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014). Cengiz ve arkadaşlarının, psikiyatrik ayaktan hastalarda yaptıkları çalışmada, GYA skorları ile VKİ arasında pozitif korelasyon tesbit edilmekle birlikte, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı bildirilmiştir ($p=0.059$) (Cengiz ve ark. 2011).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Çalışma Evreni

Çalışmaya Nisan 2015 – Eylül 2015 tarihleri arasında, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı Genel Polikliğine başvuruda bulunan DSM-V kriterlerine göre ikiüçlü bozukluk tanılı ötimik durumdaki hastalar alınmıştır.

Polikliniğimize 2013 yılında genel poliklinik başvuru sayısı 17.720 olarak öğrenilmiştir. Önsel bilgilerden yola çıkarak; ikiüçlü bozukluk yaşam boyu görülme sıklığını %1,5 olarak belirlenmiştir. Çalışmada %95 güven aralığında, $\pm\%5$ örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 22,7 olarak hesaplanmıştır. Evren genellemesi yapılabilmesi ve temsil edilebilmesi için alınması gereken gözlem sayısı en az 23 olmalıdır. Ancak çalışmamızda ulaşabileceğimiz kadar çok hastaya ulaşmayı hedefledik. Bazı hastalar çalışmaya daha sonra katılabileceğini söylemesi üzerine poliklinik kartlarına not yazılarak sonraki kontrollerinde çalışmaya alındılar. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen yaklaşık 10 hasta oldu. Bunlar arasında en sık kabul etmek istememe sebebi bilgilerin saklanması hakkında endişeleri olmasıydı.

Nisan 2015 - Eylül 2015 tarihleri arasında, araştırma kabul edilme ve dışlanma kriterlerine uygun olarak DSM-V kriterlerine göre ikiüçlü bozukluk tanılı ötimik durumdaki 63 hasta, çalışmamıza alınmıştır.

Çalışmada, Helsinki Bildirgesi'nde yer alan etik kurallara uyulmuş, yerel etik kurul onayı ve çalışmaya katılan hastalardan rızaları sözlü ve yazılı olarak alınmış, gönüllü olur formu ile imza altına alınmıştır.

Çalışmaya aşağıda belirtilen dahil edilme ve dışlama ölçütlerine uygun olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

Çalışma Dahil Edilme Ölçütleri

1. DSM-V kriterlerine göre ikiüçlü bozukluk tanısı olan hastanın ötimik durumda olması
2. Katılımcının 18 – 65 yaş arasında olması
3. Katılımcının okur-yazar olması.

4. Katılımcının ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş ve gönüllü olur formunu imzalamış olması

Çalışmadan Dışlama Ölçütler

1. DSM-V tanı kriterlerine göre ikiüçlü ve ilişkili bozukluklar ile beslenme ve yeme bozuklukları haricinde eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluğu olan hastalar,

2. Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırmasına göre, uykuyla ilişkili yeme bozukluğu olan hastalar,

3. Mental retardasyon, nörolojik hastalık, alkol ya da madde etkisi altında olması gibi kişinin kooperasyon ve bilişsel fonksiyonlarını bozulan hastalar,

4. Psikocerrahi veya başka bir beyin cerrahi girişim öyküsünün olan hastalar,

5. Kafa travması öyküsü olanlar,

6. Çalışmanın yapıldığı dönemde oruç tutan, kilo almak ya da vermek amaçlı diyet yapan hastalar

7. Vardiya düzeni ile çalıştığı için gece uyanık olması gerekenler

Araştırmada bu ölçütleri karşılayan kişilerle klinik görüşme yapılmış, DSM – V kriterlerine göre ikiüçlü tanısı doğrulanan ötimik durumdaki hastalar çalışmaya alınmıştır. Yapılan klinik görüşme sırasında DSM-V'e göre eştanı varlığı, GYS ayırıcı tanısı araştırılmıştır. Ayırıcı tanı olarak anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa ve tıkinircasına yeme bozukluğu araştırılmıştır. Yapılan klinik görüşme sırasında GYS tanısı 2010 yılında Allison ve arkadaşları tarafından önerilen kriterlere göre koyulmuştur.

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu hasta ile görüşme yapılarak klinisyen tarafından doldurulmuştur. Sonrasında Gece Yeme Anketi (GYA) ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ) hastalar tarafından doldurulmuştur.

Katılımcıların boy, kilo ve bel çevreleri görüşme sonrasında ölçülmüştür. Boy ölçümleri ayakkabısız yapılmıştır. Bel çevresi ölçümü, batin bölgesi çıplak vaziyette iken, hasta ekspirasyonun sonunda, sağ iliaka anterior superior seviyesinde horizontal planda yapılmıştır. Beden Kitle İndeksi (BKİ) kilogram olarak ölçülen kilo değerinin, metre olarak ölçülen boy değerinin karesine bölünmesi ile elde edilmiştir. BKİ, 18.5

kg/m² altında olan katılımcılar zayıf, 18.5-25 kg/m² arasında olan katılımcılar normal kilolu, 25-30 kg/m² arasında olan katılımcılar aşırı kilolu, VKİ 30-35 kg/m² arası Grade 1 obezite, VKİ 35-40 kg/m² arası Grade 2 obezite, VKİ 40 kg/m² ve üstü ise Grade 3 obezite olarak değerlendirilmiştir.

3.2. Gereçler

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyoekonomik durum, meslek, çalışabilirlik durumu, aile öyküsü, sosyal destek varlığı, eğitim durumu, özkıyım, sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü, psikiyatri dışı hastalıklar, fiziksel ve cinsel travma öyküsü, kadın hastalar için menstrel siklus özellikleri, doğum kontrol yöntemi seçimi, kilo almak veya vermek için bir yöntem uygulanıp uygulanmadığı ve ikiüçlü bozukluk öyküsü sorgulanmıştır. Form hastalarla görüşme yapılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.2.2. Gece Yeme Anketi

Psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonu için “Gece Yeme Anketi”nin (GYA) geçerlilik güvenilirliği gösterilmiştir (Atasoy ve ark. 2013). GYA Allison ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 14 sorudan oluşan bir tarama anketidir. Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemekleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemekleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olmayan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. madde dışındaki maddeler beşli Likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yedinci maddede gün içi duygudurum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır.

3.2.3. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YEDÖ)

YEDÖ, yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde 'altın standart' olarak kabul edilen yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme

Görüşmesinin (Fairburn ve ark. 1993), hasta tarafından doldurulan 28 maddelik anket versiyonudur (Fairburn ve ark . 1994; Fairburn ve Wilson, 2002). İlk 22 soru yeme bozukluklarının çekirdek özelliklerini meydana getiren 4 altgruba aittir. Bu altgruplar kısıtlama (5 madde), yeme endişesi (5 madde) beden şekli endişesi (8 madde) ve kilo endişesi (5 madde) olup, 1 madde hem beden şekli ile ilgili hem de kilo ile ilgilidir (Cooper ve ark. 1989; Fairburn ve Beglin, 2008). Dört altgrup görüşme ve anket için benzerdir. Son 6 madde tıknırcasına yeme atakları ve uygunsuz dengeleyici davranışların sıklığını değerlendirir. Bütün değerlendirme önceki 28 gün anlamına gelir.

Dört alt ölçekten oluşturan 22 madde, 0 puan (hiçbir gün) ile 6 puan (her gün) arasında Likert tipi ölçümle ile derecelendirilir. Dört alt ölçek puanlarının ortalaması toplam skoru oluşturmaktadır.

Ölçeğin Türkçe çevirisi adolesanlarda çalışılmış olup geçerli ve duyarlı bulunmuştur (Yücel ve ark. 2011). Yetişkinler için Türkçe duyarlılık geçerlilik çalışması yapılmamıştır.

4. DEĞERLENDİRME

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Kategorik parametrelerin verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı.

Univariate analizlerde anlamlı çıkan risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Lojistik regresyon analizinde enter metodu ile değişkenler seçildi ve ilk kategoriler referans olarak alınarak risk oranları (Odds ratio) hesaplandı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya Nisan 2015 - Eylül 2015 tarihleri arasında 63 hasta alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 37,63 ($\pm 10,53$) olup, yaş dağılımı 19 – 63 arasında olduğu tespit edilmiştir. GYS tanısı alan hastaların yaş ortalaması 43,36 ($\pm 7,65$) iken, GYS tanısı almayan hasta grubunda yaş ortalaması 36,35 ($\pm 10,72$) olarak bulunmuştur. GYS olan hastaların yaş ortalaması, olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0,047<0,05$).

Hastaların cinsiyetleri bakımından dağılımı ise 37 (%58.7) kadın, 26 (%41.3) erkek şeklindedir. Kadınlar arasında 9 (%24,3) kişiye, erkeklerden ise 3 (%11,5) kişiye GYS tanısı koyulmuştur. GYS olanlar ve olmayanlar arasında cinsiyetleri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar medeni durumları bakımından incelendiğinde, 26 (%41,3) bekar, 31 (%49,2) evli, 3 (%4,8) dul, 3 (%4,8) boşanmış hasta olduğu görülmüştür. Hastaların yaklaşık olarak beyan ettikleri hane gelirinin ortalaması 2484,92 TL ($\pm 1183,85$ TL) olarak hesaplanmıştır. GYS olan ve olmayan gruplar arasında medeni durum yada hane geliri bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalardan, 58 (%92,1) tanesi ailesi ile yaşadığını bildirdi. 3 (%4,8) hasta yalnız yaşadığını, 2 (%3.1) hasta ise arkadaşı ile yaşadığını bildirdi. Çalışmaya katılan hastaların birlikte yaşadığı kişiler açısından, GYS varlığı veya yokluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Hastalar eğitim durumuna göre incelendiğinde, 8 (%12,7) hasta ilkokul, 10'u (%15,9) ortaokul, 25 (%39,7) hasta lise, 17'si (%27,0) üniversite (ön lisans/lisans), 3'ü (%4,8) yüksek lisans/doktora mezunu olarak dağılmaktadır. Toplam eğitim süresi 5 yıl ile 22 yıl arasında değişmektedir. Eğitim yılı ortalaması 11,35 (± 3.62) olarak hesaplanmıştır. GYS olan ve olmayan gruplar arasında eğitim durumu yada eğitim süresi bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların çalışabilirlik durumuna göre dağılımı, 28'i (%44,4) çalışıyor, 3'ü (%4,8) işsiz, 6'sı (%9,5) çalışmıyor, 5'i (%7,9) emekli, 14'ü (%22,2) ev

hanımı, 7'si (%11,1) öğrenci olarak bulunmuştur. Hastaların çalışabilirlik durumuna göre GYS olan ve olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar, ikiüçlü bozukluk açısından sosyal destek varlığı sorgulandığında, var olarak ifade eden 53 (%84,1) kişi, sosyal desteği olmadığını ifade eden 10 (%15,9) kişi olduğu görülmüştür. Sosyal destek varlığı bakımından, GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Sosyodemografik Özellikler 1

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Cinsiyet	Kadın	37	58,7	28	75,7	9	24,3	0,203
	Erkek	26	41,3	23	88,5	3	11,5	
Eğitim düzeyi	İlkokul	8	12,7	5	62,5	3	37,5	0,240
	Ortaokul	10	15,9	10	100,0	0	0,0	
	Lise	25	39,7	19	76,0	6	24,0	
	Üniversite	17	27,0	15	88,2	2	11,8	
	Master/doktora	3	4,8	2	66,7	1	33,3	
Çalışabilirlik	Çalışıyor	28	44,4	23	82,1	5	17,9	0,713
	İşsiz	3	4,8	2	66,7	1	33,3	
	Çalışmıyor	6	9,5	5	83,3	1	16,7	
	Emekli	5	7,9	4	80,0	1	20,0	
	Ev kadını	14	22,2	10	71,4	4	28,6	
	Öğrenci	7	11,1	7	100,0	0	0,0	
Medeni hal	Bekar	26	41,3	22	84,6	4	15,4	0,148
	Evli	31	49,2	25	80,6	6	19,4	
	Dul	3	4,8	1	33,3	2	66,7	
	Boşanmış	3	4,8	3	100,0	0	0,0	
Sosyal destek	Var	53	84,1	43	81,1	10	18,9	0,933
	Yok	10	15,9	8	80,0	2	20,0	

Tablo 13. Sosyodemografik Özellikler 2

	Toplam					GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ort</i>	<i>Ss</i>	<i>Ort</i>	<i>Ss</i>	
Yaş	60	37,63	10,53	19	63	36,35	10,72	43,36	7,65	0,047
Eğitim Yılı	63	11,34	3,62	5	22	11,43	3,52	11,00	4,18	0,957
Hane Geliri (TL)	63	2484,92	1183,85	830	6000	2430	1101	2717	1521	0,730

Tablo 14. Hastaların Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre GYS varlığı

	Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ailesi ile Yaşayanlar	58	92,1	46	% 79,3	12	% 20,7	0,334
Arkadaşı ile Yaşayanlar	2	3,1	2	% 100,0	0	% 0,0	0,486
Yalnız Yaşayanlar	3	4,8	3	% 100,0	0	% 0,0	0,389

5.2. Tıbbi Eştanı Varlığına Göre GYS

Hastalardan 20 (%32,3) kişide endokrin hastalık olduğu, 42 (%67,7) kişide endokrin hastalık olmadığı öğrenilmiştir. Hastaların endokrin hastalıkları bakımından dağılımı 2 (%3,2) kişi DM, 13 (%21,0) kişi hipotiroidi, 1 (%1,6) kişi hipertiroidi, 1 (%1,6) kişi Cushing, 3 (%4,8) kişi ise başka bir endokrin hastalık olarak bulunmuştur. Bu 20 hasta arasında, 3'ü hipotiroidi hastası, 1'i cushing hastası olmak üzere, 4 kişiye GYS tanısı koyulmuştur.

Hastalardan 57'sinde (%96,6) kardiyak hastalık olmadığı, 1 (%1,7) kişide aritmi olduğu, 1 (%1,7) kişide de diğer kalp hastalıkları olduğu bulunmuştur. Kardiyak hastalıkları olan 2 kişiden, 1'ine GYS tanısı koyulmuştur.

Hastalardan 6 (%9,5) kişiye nörolojik hastalık eşlik ettiği, bu 6 kişiden, 2 kişinin migreni olduğu, 1 kişide distoni olduğu, 1 kişide SVH geçirme öyküsü olduğu, 1 kişide esansiyel tremor olduğu, 1 kişide nörolojik tutulumu olan SLE olduğu öğrenildi.

Nörolojik hastalığı olanlar arasında 3 kişiye GYS tanı koyulmuştur. Bu kişilerden 1'inde SVH geçirme öyküsü vardı. Migren tanısı olan 2 kişiden 2'sine de GYS tanısı koyulmuştur. Bu durum dikkatimizi çekse de hasta sayılarının çok az olmasından dolayı istatistiki çalışma yapılmamıştır.

Diğer hastalıklar altında bulunan 16 kişiden 1'ine GYS tanısı koyulmuştur. Bu 16 kişinin rahatsızlıkları bakımından dağılımı incelendiğinde ise, 2 kişide hipertansiyon, 2 kişide servikal ve lumbal herniyasyon/düzleşme olduğu, 1 kişide anemi, 1 kişinin varis operasyonu geçirmiş olduğu, 1 kişide spastik kolon, 1 kişide allerjik rinit, 2 kişide hemoroid, 1 kişide hafif düzeyde böbrek yetmezliği, 1 kişide SLE, 1 kişide hepatit B taşıyıcılığı olduğu, 1 kişinin apandektomi ameliyatı geçirmiş olduğu, 1 kişinin böbreğinin alınmış olduğu öğrenildi.

Çalışmaya alınan hastalar, endokrin hastalıklar, kardiyak hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve diğer hastalıklar olarak gruplandırıldığında, GYS tanısı olanlar ve olmayanlar hastalar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 15. Tıbbi Eştanı Varlığına Göre GYS

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		p
		n	%	n	%	n	%	
Endokrin Hastalıklar	Yok	42	67,7	34	81,0	8	19,0	0,334
	DM	2	3,2	2	100,0	0	0,0	
	Hipotroidi	13	21,0	10	76,9	3	23,1	
	Hipertroidi	1	1,6	1	100,0	0	0,0	
	Cushing	1	1,6	0	0,0	1	100,0	
	Diğer	3	4,8	3	100,0	0	0,0	
Kardiyak Hastalıklar	Yok	57	96,6	46	80,7	11	19,3	0,122
	Aritmi	1	1,7	1	100,0	0	0,0	
	Diğer	1	1,7	0	0,0	1	100,0	
Nörolojik Hastalıklar	Yok	57	90,5	48	81,3	9	18,7	0,859
	Var	6	9,5	3	50,0	3	50,0	
Diğer Hastalıklar	Yok	47	74,6	36	76,6	11	23,4	0,131
	Var	16	25,4	15	93,8	1	6,3	

5.3. Kadınlarda Menstruel Siklus ve İlişkili Özelliklerin GYS ile İlişkisi

Çalışmamıza alınan kadın hastalar, menstruel siklus ve ilişkili özellikleri açısından incelenmiştir. Siklusunun düzenli veya düzensiz olmasına göre, 17'si (%63,0) düzenli, 10'u (%37,0) düzensiz olarak dağılmaktadır. Hastalar arasından, 1 kişinin 35 yaşından önce (32 yaşında) olmak üzere, toplam 9 hastanın menopozda olduğu öğrenilmiştir.

Menarş yaşını net olarak hatırlayan hastalarlar arasında dağılım yapıldığında, 1'i (%3,4) 10 yaşında, 2'si (%6,9) 11 yaşında, 9'u (%31,0) 12 yaşında, 7'si (%24,1) 13 yaşında, 6'sı (%20,7) 14 yaşında, 4'ü (%13,8) 15 yaşında olarak dağılmaktadır. Erken yada geç menarş tespit edilmemiştir.

Çalışmaya katılan kadın hastalar, doğum kontrol yolu kullanmaları bakımından incelenmiş olup, korunma yollarının, erkekler üzerinde ruhsal açıdan bilinen major bir etkisi olmadığı için bu konuda erkekler incelenmemiştir. Ancak kadın hastaların eşleri bilimsel olarak etkin bir yöntem kullanıyorsa yine kayıt altına alınmıştır.

Hastalar, kullandıkları doğum kontrol yolu değişkenine göre, 32 (%86,5) kişi herhangi bir etkili korunma yöntemi kullanmıyor, 5'i (%13,5) bariyer yöntemleri kullanıyor olarak dağılmaktadır. Korunma yolu kullanan hastalar arasında, bariyer yöntemi dışında bir yol kullanan hasta bulunmamaktadır.

Hastalar, premenstrel sendrom varlığı açısından sorgulandığında, 21'inde (%60,0) premenstrel sendrom yok, 14'ünde (%40,0) premenstrel sendrom var olarak bulunmuştur. 2 kişi ise yoruma açık ifadeler nedeniyle karar verilemediği için hesaplama dışına çıkarılmıştır.

GYs olan ve olmayan kadınlar arasında, menstruel siklus düzeni, menapoz yaşı, menarş yaşı açısından, premenstrel sendrom tanısı olması bakımından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 16. Kadınlarda Menstruel Siklus ve İlişkili Özelliklerin GYS ile İlişkisi

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Menstruel Siklus Düzeni	Düzenli	17	63,0	14	82,4	3	17,6	0,159
	Düzensiz	9	37,0	10	100,0	0	0,0	
Premensturel Sendrom	Yok	21	56,8	16	76,2	5	23,8	0,406
	Var	14	37,8	12	85,7	2	14,3	
Doğum Kontrol Yolu	Yok	32	86,5	24	75,0	8	25,0	0,809
	Bariyer yöntemi	5	13,5	4	80,0	1	20,0	

Tablo 17. Menstruel Siklus Özelliklerinin GYS ile İlişkisi

		<i>N</i>	<i>Ort</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Menstruel Siklus Düzenli Olanlar	GYS (-)	15	29,353	8,477	0,587
	GYS (+)	2	27,500	0,707	
Menapoz Yaşı	GYS (-)	3	43,667	11,060	0,895
	GYS (+)	6	42,500	7,064	
Menarş Yaşı	GYS (-)	22	12,773	1,412	0,190
	GYS (+)	7	13,429	0,787	

5.4. Ruhsal Travma Öyküsü Varlığının GYS ile İlişkisi

Hastalarda ruhsal travma varlığı açısından, çocukluk yada yetişkinlik dönemlerinde yaşadıkları cinsel taciz ve/veya tecavüz varlığı ve ruhsal travmaya izleri ile anlatılan fiziksel şiddet öyküsü sorgulandı. 14 kişide fiziksel şiddete bağlı, 21 kişide cinsel taciz ve/veya tecavüze bağlı ruhsal travma öyküsü vardı. GYS pozitif ve negatif olan hastalar arasında; fiziksel şiddete bağlı ruhsal travma ve cinsel taciz ve/veya tecavüze bağlı ruhsal travma varlığı açısından incelendiğinde istatistiki anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18. Ruhsal Travma Öyküsü Varlığının GYS ile İlişkisi

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Fiziksel Şiddete Bağlı Ruhsal Travma	Yok	49	77,8	39	% 79,6	10	% 20,4	0,607
	Var	14	22,2	12	% 85,7	2	% 14,3	
Cinsel Taciz-Tecavüze Bağlı Ruhsal Travma	Yok	42	66,7	34	% 81,0	8	% 19,0	0,999
	Var	21	33,3	17	% 81,0	4	% 19,0	

5.5. Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre GYS

Hastaların birinci derecede akrabalarında bulunan psikiyatrik hastalıklar sorgulandığında, 6 kişide ikiüçlü bozukluk, 6 kişide majör depresyon, 6 kişide şizofreni, 3 kişide panik bozukluk, 1 kişide OKB, 1 kişide diğer (psikiyatri servisinde yatışı olduğu biliniyor ancak tanı bilinmiyor) bozukluklardan biri olduğu öğrenildi. Birinci derecede akrabalarında bulunan hastalıklar, ikiüçlü bozukluk, yeme bozuklukları ve psikiyatrik hastalık varlığı olarak gruplandırıldı. Bu hastalar arasında birden fazla yakınında psikiyatrik hastalık bulunduğu için çalışmaya alınan 20 kişide inceleme yapıldı. Birinci derecede akrabalarında, ikiüçlü bozukluk, yeme bozuklukları ve psikiyatrik hastalık olması bakımından, GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 19. Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre GYS

	GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
İkiüçlü Bozukluk Varlığı	5	% 83,3	1	% 16,7	0,876
Psikiyatrik Hastalık Varlığı	14	% 70,0	6	% 30,0	0,123
Yeme Bozukluğu Varlığı	0	0	0	0	-

5.6. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile GYS'nin İlişkisi

Çalışmaya katılan hastaların 35'i (%55,6) sigara kullanıyor, 9'u (%14,3) alkol kullanıyor, 5'i (%7,9) madde kullanıyordu. Sigara kullanma miktarı ortalaması 16,85 ($\pm$ 11,773) paket-yıl olarak hesaplandı. Madde kullanımı olan 5 kişinin, 1 kişi sadece esrar, 1 kişinin sadece bonzai, 3 kişinin ise karışık madde kullanım öyküsü vardı.

Sigara, alkol veya madde kullanma açısından GYS incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadı. Yine sigara kullanım miktarı paket-yıl olarak hesaplandığında GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 20. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile GYS'nin İlişkisi

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Sigara	Yok	35	55,6	26	74,3%	9	25,7%	0,132
	Var	28	44,4	25	89,3%	3	10,7%	
Alkol	Yok	54	85,7	43	79,6%	11	20,4%	0,513
	Var	9	14,3	8	88,9%	1	11,1%	
Madde Kullanımı	Yok	58	92,1	47	81,0%	11	19,0%	0,955
	Var	5	7,9	4	80,0%	1	20,0%	
Kullandığı Madde	Esrar	4	*					
	Bonzai	1						
	Extazi	3						
	Fensiklidin (melek Tozu)	1						

* Hasta sayıları çok az olduğu için istatistiki çalışma yapılmadı.

Tablo 21. Kullanılan Sigara Miktarı ile GYS'nin İlişkisi

	Toplam					GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
	<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>Ss</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Ort</i>	<i>Ss</i>	<i>Ort</i>	<i>Ss</i>	
Sigara Miktarı (paket-yıl)	34	16,85	11,77	3	45	15,48	12,84	20,67	7,42	0,063

5.7. GYS Varlığına Göre Vücut Özellikleri

Çalışmaya katılan hastalarda boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri yapılmıştır. 1 hasta boy, kilo ve bel çevresi ölçülmesini kabul etmediği için bu parametreler 62 hasta

üzerinden değerlendirilmiştir. Ölçüm yapılmasını kabul eden 62 hasta arasında, en kilolu hasta 106 kg, en zayıf hasta 50 kg, en uzun 185cm, en kısa hasta 146 cm, bel çevresi en az 70 cm, en fazla 162 cm olarak ölçülmüş, VKİ en fazla 44, en az 20 olarak hesaplanmıştır. Kilo ortalaması 78,50 ($\pm 13,32$) kg, boy ortalaması 166,21 ($\pm 9,53$) cm, VKİ ortalaması 28,49 ($\pm 5,116$); bel çevresi ortalaması 95,20 ($\pm 14,80$) cm; bu güne kadar sahip olduğu en yüksek kilo ortalaması 83,86 ($\pm 19,31$) kg olarak bulunmuştur.

62 ikiüçlü bozukluk hastasının kilo ortalaması 78,5 ($\pm 13,32$) kg olarak bulunmuş, GYS tanısı almayan 48 kişinin kilo ortalaması 76,0 ($\pm 12,33$) kg, GYS tanısı alan 12 kişide ise 88,6 ($\pm 12,79$) kg olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı olanlarda, GYS tanısı olmayanlara göre kilo ortalaması anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,005<0,05$)

62 ikiüçlü bozukluk hastasının VKİ ortalaması 28,49 ($\pm 5,12$) olarak hesaplanmıştır. GYS olmayan 48 kişinin VKİ ortalaması 27,0 ($\pm 4,25$) , GYS olanların VKİ ortalaması ise 33,9 ($\pm 5,03$) olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı olanlarda, GYS tanısı olmayanlara göre VKİ ortalaması anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,000<0,05$)

62 ikiüçlü bozukluk hastasının bel çevresi ortalaması 95,20 ($\pm 14,80$) cm olarak hesaplanmıştır. GYS olmayan 48 kişinin bel çevresi ortalaması 93,3 ($\pm 15,04$) cm , GYS olanların bel çevresi ortalaması ise 103,8 ($\pm 10,45$) cm olarak bulunmuştur. GYS tanısı olanlarda, GYS tanısı olmayanlara göre bel çevresi ortalaması anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,009<0,05$).

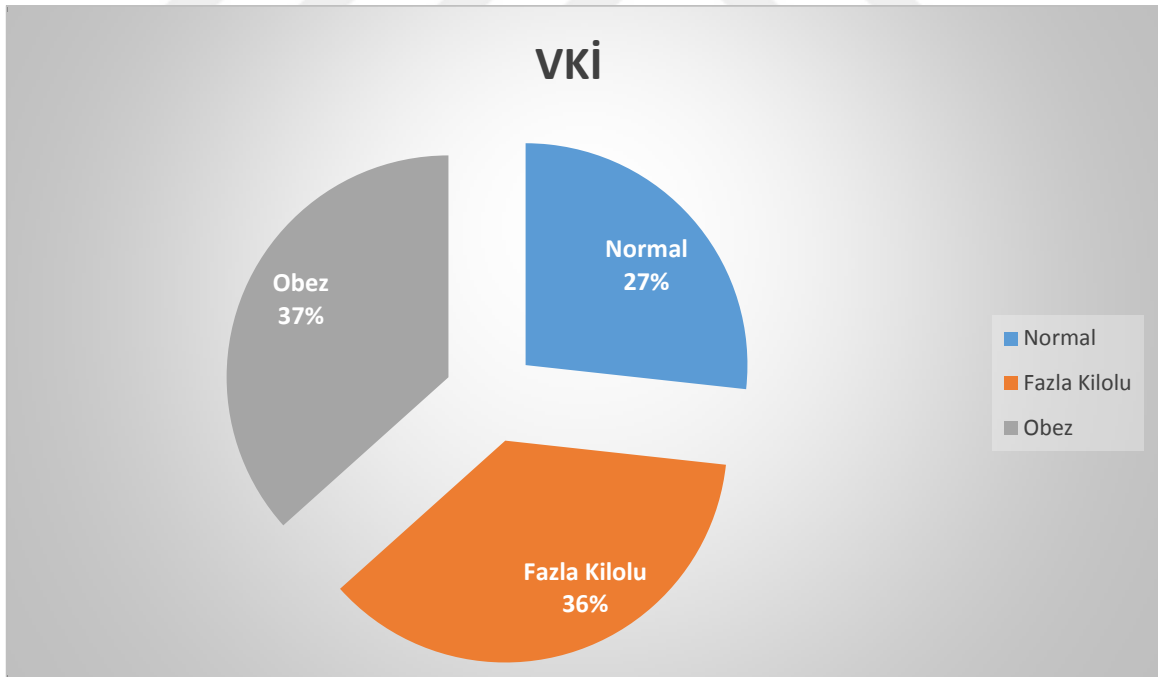
Tablo 22. GYS Varlığına Göre Vücut Özellikleri

		<i>N</i>	<i>Ort</i>	<i>Ss</i>	<i>p</i>
Boy (cm)	GYS (-)	50	167,2	8,89	0,134
	GYS (+)	12	162,1	11,37	
	Toplam	62	166,2	9,54	
Kilo (kg)	GYS (-)	48	76,0	12,33	0,005
	GYS (+)	12	88,6	12,79	
	Toplam	60	78,5	13,32	
VKİ	GYS (-)	48	27,0	4,25	0,000
	GYS (+)	12	33,9	5,03	
	Toplam	60	28,5	5,12	
Bel çevresi (cm)	GYS (-)	44	93,3	15,04	0,009
	GYS (+)	10	103,8	10,45	
	Toplam	54	95,2	14,80	

Çalışmaya katılan hastaların 16'sı (% 26,7) normal kilolu, 22'si (% 36,7) fazla kilolu, 22'si (% 36,7) ise obezdi. Obez olan 22 hastanın 15'i (% 25,0) grade-1 obez, 6'sı (% 10,0) grade-2 obez, 1'i (% 1,7) grade-3 obez olarak bulunulmuştur.

Tablo 23. Hastaların Ağırlıklarına Göre Dağılımı

Ağırlık		<i>n</i>	%
Normal Kilolu		16	26,7
Fazla Kilolu		22	36,7
Obez		22	36,7
	grade1 obez	15	25,0
	grade2 obez	6	10,0
	grade3 obez	1	1,7



Şekil 1. Hastaların Ağırlıklarına Göre Dağılım Grafiği

Hastaların kilo alma alışkanlıklarını öğrenebilmek amacıyla sosyodemografik veri formuna eklenen sorulara göre aşağıdaki verilere ulaşılmıştır.

Çalışmamızda, hastaların bugüne kadar sahip olduğu en yüksek kilosu sorgulandığında, bütün hastaların ortalaması 83,9 kg olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı almayan hastaların sahip olduğu en yüksek kilo ortalaması 80,1 ($\pm 16,6$) kg iken, GYS tanısı alan hastalarda 100,4 ($\pm 22,6$) kg olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı alan ve almayan hastalar arasında bugüne kadar sahip oldukları en yüksek kiloları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,008<0,05$).

Hastalar bugüne kadar, çocukluk döneminde kendi normal kilosuna göre en az 5 kg veya yetişkinlikte kendi normal kilosuna göre en az 7.5 kg fazla kilosu olması açısından sorgulandığında 45 (%80,4) hastada fazla kilo alımı olduğu, 11 (%19,6) hastada fazla kilo alımı olmadığı öğrenilmiş, ilk defa fazla kilo aldığı yaş ortalaması 24,82 ($\pm 8,28$) olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı almayan hastalarda ilk defa fazla kilo aldığı yaş ortalaması 22,74 ($\pm 7,11$), GYS tanısı alan hastalarda ise 32,10 ($\pm 8,29$) olarak hesaplanmış olup aradaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003<0,05$).

Hastalarının kilolarının dalgalı seyretme durumunu öğrenmek amacıyla, kaç kez hasta olmadığı halde 9-10 kg verip sonra tekrar aldığı sorgulandı. 32 (%57,1) hasta hiç, 21 (%37,5) hasta bir ya da iki kez, 1 (%1,8) hasta üç ya da dört kez, 2 (%3,6) hasta 5 veya üzeri olarak cevaplamıştır. Hastaların kilolarının dalgalı seyretme durumu bakımından GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Hastalara hiç diyet yaparak veya yediklerini kontrol ederek 5 kilodan fazla kilo verip vermediği sorgulandığında 22 (%39,3) hasta evet, 34 (%60,7) hasta hayır olarak yanıtlamıştır. Bu soruya evet olarak cevap verenler arasında ilk defa diyet yaptığı yaş ortalaması 26,62 ($\pm 7,79$) olarak hesaplanmıştır. Hastalar diyet yaparak kilo verip vermemelerine göre ve diyet yapanlar arasında ilk defa diyet yaptıkları yaş ortalaması bakımından, GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 24. GYS Varlığına Göre Kilo Alma Alışkanlıkları

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		Ortalama / n	Ss / %	Ortalama / n	Ss / %	Ortalama / n	Ss / %	
Bugüne kadar sahip olduğu en yüksek kilonuz nedir?		83,9	19,3	80,1	16,6	100,4	22,6	0,008
Hiç çocukluk döneminde normalden en az 5 kg veya yetişkinlikte en az 7.5 kg fazla kilonuz oldu mu?	<i>evet</i>	45	%80,4	35	%77,8	10	%22,2	0,326
	<i>hayır</i>	11	%19,6	10	%90,9	1	%9,1	
	Eğer cevap evet ise ilk defa kaç yaşında?	24,8	8,3	22,7	7,1	32,10	8,3	0,003
Yaklaşık kaç kez hasta olmadığınız halde 9-10 kg verip sonra tekrar aldınız?	<i>hiç</i>	32	%57,1	28	%87,5	4	%12,5	0,089
	<i>bir ya da iki kez</i>	21	%37,5	16	%76,2	5	%23,8	
	<i>üç ya da dört kez</i>	1	%1,8	0	%0,0	1	%100,0	
	<i>5 veya üzeri</i>	2	%3,6	1	%50,0	1	%50,0	
Hiç diyet yaparak veya yemenizi kontrol ederek 5 kg'den fazla kilo verdiniz mi?	<i>evet</i>	22	%39,3	16	%72,7	6	%27,3	0,248
	<i>hayır</i>	34	%60,7	29	%85,3	5	%14,7	
	Eğer cevap evet ise ilk defa kaç yaşında?	26,6	7,8	25,6	7,24	29,80	9,52	0,264

5.8. Yeme Bozuklukları

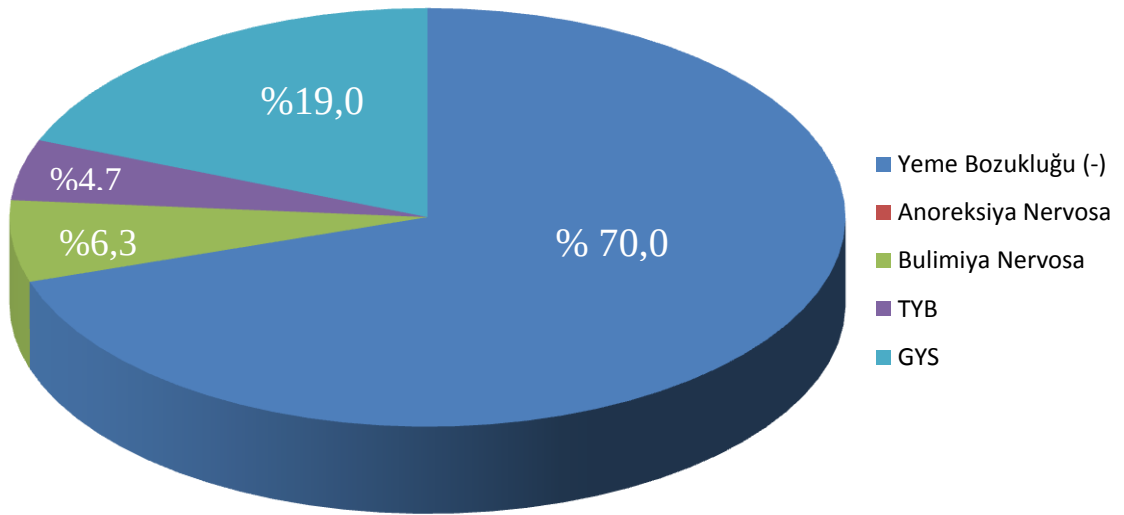
5.8.1. Yeme Bozukluğu Tanılarının Dağılımı

Çalışmaya katılan hastalarla yapılan klinik görüşme sonucunda 3 kişiye tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) tanısı, 4 kişiye bulimiya nervosa (BN) tanısı

koyuldu. 63 hastadan hiç kimseye anoreksiya nervosa (AN) tanısı koyulmadı. Yapılan klinik görüşme sırasında 12 kişiye ise gece yeme sendromu (GYS) tanısı koyuldu.

Tablo 25. Yeme Bozukluğu Tanılarının Dağılımı

		n	%
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	<i>Yok</i>	60	93,3
	<i>Var</i>	3	4,7
Anoreksiya Nervosa	<i>Yok</i>	63	100,0
	<i>Var</i>	0	0,0
Bulimiya Nervosa	<i>Yok</i>	59	93,7
	<i>Var</i>	4	6,3
Gece Yeme Sendromu	<i>Yok</i>	51	81,0
	<i>Var</i>	12	19,0



Şekil 2. Yeme Bozukluğu Tanılarının Dağılım Grafiği

5.8.2. Gece Yeme Anketi ile Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeğinin Sonuçları

Hastalara uygulanan gece yeme anketinde (GYA) toplam puan ortalaması 14,58 ($\pm 6,64$); yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinde (YEDÖ) “kısıtlama” bölümü ortalaması 1,54 ($\pm 1,61$), “yeme ile ilgili endişeler” bölümü ortalaması 1,05 ($\pm 1,38$); “beden şekli ilgili endişeler” bölümü ortalaması 1,95 ($\pm 1,68$); “kilo ile ilgili endişeler” bölümü ortalaması 1,9 ($\pm 1,64$); YEDÖ “toplam puan” ortalaması 1,60 ($\pm 1,381$) olarak hesaplandı.

GYS tanısı alan hastalarda, GYA “toplam puanı” tanı almayan hastalara göre istatistiki açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($P=0,000<0,05$). YEDÖ'de “yeme ile ilgili endişeler” alt grubu ($P=0,017<0,05$), “beden şekli ile ilgili endişeler” alt grubu ($P=0,003<0,05$), “kilo ile ilgili endişeler” ($P=0,014<0,05$) alt grubu ve YEDÖ “toplam puanı” ($P=0,014<0,05$), GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre istatistiki açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Tablo 26. GYA ve YEDÖ Puan Ortalamaları ve GYS ile İlişkisi

	Toplam			GYS (–) (n=51)		GYS (+) (n=12)		p
	N	Ort.	S.s	Ort	Ss	Ort	Ss	
GYA toplam	63	14,58	6,63	12,76	4,24	22,33	9,25	0,000
YEDÖ - Kısıtlama	63	1,53	1,61	1,40	1,52	2,10	1,90	0,222
YEDÖ - Yeme ile ilgili endişeler	63	1,05	1,37	0,82	1,15	2,01	1,83	0,017
YEDÖ - Beden şekli ilgili endişeler	63	1,94	1,68	1,61	1,48	3,34	1,81	0,003
YEDÖ - Kilo endişeleri	63	1,89	1,64	1,61	1,44	3,08	1,96	0,014
YEDÖ - Toplam	63	1,60	1,38	1,36	1,19	2,63	1,67	0,014

5.8.3. Gece Yeme Sendromu Tanı Kriterlerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan tüm hastalar, 2010 yılında Allison ve arkadaşları tarafından önerilen kriterlerine göre, tanı kriterlerinin görülme sıklığına göre incelendiğinde, en fazla B kriteri (n:59 ; %90,5) “Akşam ve gece yeme ataklarının farkında olunması ve

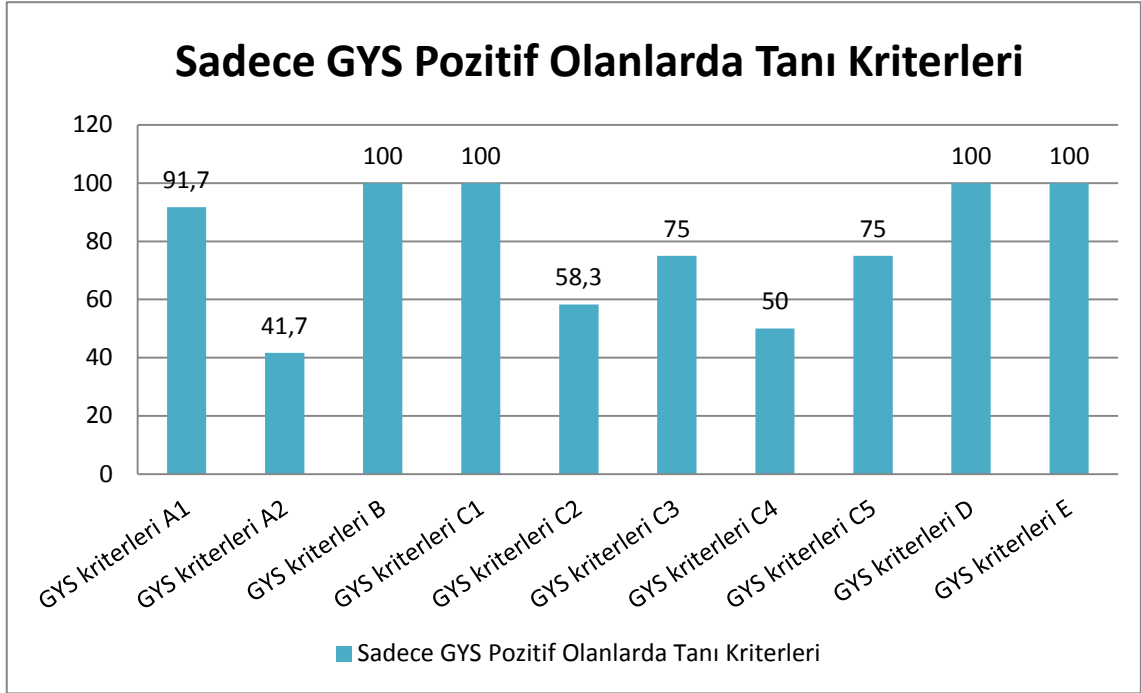
hatırlanıyor olunması”, daha sonra sırayla A1(n:29, %46) “Gıda alımının en az %25’inin akşam yemeğinden sonra olması” ve C1 (25 ; %39,7) “Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması” kriteri karşılandığı görülmüştür.

Tablo 27. GYS Tanı Kriterlerinin Dağılımı

	Toplam		GYS (+)	
	n	%	n	%
GYS tanısı yok	51	80,9	-	
GYS tanısı var	12	19,1		
A1: Gıda alımının en az %25’inin akşam yemeğinden sonra olması	29	46,0	11	91,7
A2: Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması	10	15,9	5	41,7
B: Akşam ve gece yeme ataklarının farkında olunması ve hatırlanıyor olunması	57	90,5	12	100,0
C1: Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 yada daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması.	25	39,7	12	100,0
C2: Akşam yemeği ile uyku başlangıcı arasında ve/veya geceleri güçlü yeme isteği varlığı	14	22,2	7	58,3
C3: Haftada en az 4 ya da daha fazla uykuya başlama ve/veya uykuyu sürdürme insomniyası olması	21	33,3	9	75,0
C4: Uykuya başlamak ya da geri dönebilmek için yeme gerekliliği inancının varlığı	7	11,1	6	50,0
C5: Duygudurumun sıklıkla depresif olması ve veya akşamları kötüleşmesi	22	34,9	9	75,0
D: Bozukluğun belirgin sıkıntı ve/veya işlevsellikte azalmaya yol açması	13	20,6	12	100,0
E: Yeme düzenindeki bozukluğun en az 3 aydır olması	14	22,2	12	100,0

Sadece GYS tanısı alan hastalar incelendiğinde ise tanının koyulması için gerekli ve tek seçenekli B, D ve E kriterleri tüm hastalar tarafından karşılanmıştır. Bu üç kriter

ihmal edilip A1, A2, C1, C2, C3, C4, C5 kriterleri sıklıkları açısından incelendiğinde tüm hastalarda C1 (n:12 ; %100) “Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 ya da daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması” kriteri karşılandığı, ikinci sık olarak ise A1 (n:11 ; %91,7) “Gıda alımının en az %25’inin akşam yemeğinden sonra olması” kriterinin olduğu, en az rastlanan tanı kriteri ise A2 (n:5 ; %41,7) “Haftada en az iki gece uykudan uyanarak yeme olması” olarak bulundu.

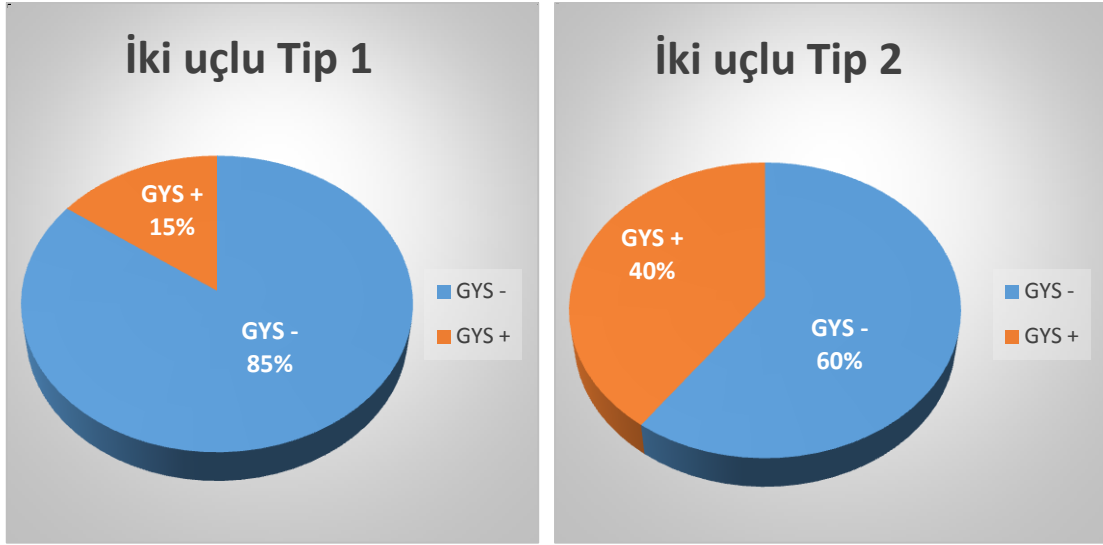


Şekil 3. GYS Tanısı Alan Hastalarda Tanı Kriterlerinin Dağılımı

5.9. İkiüçlü Bozukluk

5.9.1. İkiüçlü Bozukluk Hastalarının Genel Özellikleri ve GYS ile İlişkisi

Çalışmaya Nisan 2015-Eylül 2015 tarihleri arasında ikiüçlü bozukluk tanılı ötimik durumdaki 63 hasta alınmıştır. Bu hastalardan, 53 kişiye tip I, 10 kişiye tip II ikiüçlü bozukluk tanısı koyulmuştur. İkiüçlü bozukluk ile GYS birlikteliği tüm hastalar içinde 12 (%19,04) kişide bulunmuştur. 53 ikiüçlü bozukluk tip II hastası arasından 8 (% 15,1) kişiye, 10 ikiüçlü bozukluk tip I hastası arasından 4 (% 40,0) kişiye GYS tanısı koyulmuştur. Tip I ve tip II hastaları arasında GYS görülmesi bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 4. İkiuçlu Bozukluk Tip I ve Tip II Hastalarında GYS Sıklığı

Tablo 28. İkiuçlu Bozukluk Tip I ve Tip II'nin GYS ile İlişkisi

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
İkiuçlu Bozukluk	Tip I	53	%100	45	% 84,9	8	% 15,1	0,066
	Tip II	10	%100	6	% 60,0	4	% 40,0	

Çalışmaya katılan hastalarda, ikiuçlu bozukluk başlangıç yaşı ortalaması 25,92 ($\pm$ 9,85) olarak bulunmuştur. 1 hasta net olarak hatırlayamadığı için hesaplama dışında tutulmuştur. En küçük başlangıç yaşı 8, en büyük başlangıç yaşı 54'dür. GYS tanısı alan hastalarda ilk atak başlangıç yaşı, GYS tanısı almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,50 \leq 0,05$). İkiuçlu bozukluk tip I ve tip II olarak ayrılarak yaş ortalamaları hesaplandığında ise anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hastaların toplam atak sayısı ortalaması 6,40 ($\pm$ 4,30), en çok sayıda atak geçiren hastanın atak sayısı 20, en az atak atak geçiren hastanın atak sayısı ise 1'di. Toplam atak sayısı açısından GYS varlığı incelendiğinde istatistiki anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Toplam atak sayısını ifade edemeyen hastalar hesaplama dışında tutulmuştur.

Hastaların, hastaneye yatış sayısı, en çok 12, en az ise hiç yatış olmaması şeklinde olup, ortalama olarak 2,59 ($\pm$ 2,601) olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı alan ve

almayanlarda hastaneye yatış sayısında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Toplam hastaneye yatış sayısını ifade edemeyen hastalar hesaplama dışında tutulmuştur.

Mani atak geçirmiş olan 51 hastada, en az atak sayısı 1, en çok atak sayısı 20'dir. Geçirilen manik atak ortalaması 3,18 ($\pm 3,36$) olarak hesaplanmıştır. Bunlardan 8 kişi GYS tanısı alırken, 43 kişi GYS tanısı almamıştır. Bu 51 hasta içinde, GYS tanısı alan ve almayanlar arasında manik atak geçirme sayısı ortalamaları bakımından istatistiki anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hipomanik atak geçirmiş olan 35 hastada, en az atak sayısı 1 en çok atak sayısı 14'dür. Geçirilen hipomanik atak ortalaması 2,74 ($\pm 2,29$) olarak hesaplanmıştır. Bu hastalardan 7'si GYS tanısı alırken, 28 hasta GYS tanısı almamıştır. Bu hastalar içinde GYS tanısı alanlar ve almayanlar arasında hipomanik atak geçirme ortalamaları bakımından istatistiki anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Depresyon atağı geçirmiş olan 34 hastada, en az atak geçirme sayısı 1, en çok atak sayısı 10'dur. Geçirilen depresyon atağı ortalaması 3,14 ($\pm 2,66$) olarak hesaplanmıştır. Bu hastalardan 7'si GYS tanısı alırken, 27 hasta GYS tanısı almamıştır. Bu hastalar içinde GYS tanısı alanlar ve almayanlar arasında depresyon atağı geçirme ortalamaları bakımından istatistiki anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastalardan 60'ı geçirdikleri atakların yaklaşık olarak kaç gün sürdüğünü ifade edebilmiştir. Atakların ortalama olarak 21,00 ($\pm 12,27$) gün sürdüğü hesaplanmıştır. Atakları en kısa süren hastada 3 gün, en uzun süren hastada ise 60 gün olduğu öğrenilmiştir. Bu hastalardan 11 tanesi GYS tanısı alırken, 49 hasta GYS tanısı almamıştır. Bu hastalar içinde GYS tanısı alanlar ve almayanlar arasında atak sürelerinin gün ortalamaları bakımından istatistiki anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastalardan 54 kişide GAF skoru belirlenmiştir. GAF skoru ortalaması 59,44 ($\pm 8,10$) olarak hesaplanmıştır. En yüksek GAF skoru alan kişiye 80 puan, en az skoru olan kişiye 50 puan verilmiştir. Bu hastalardan 11 tanesi GYS tanısı alırken, 43 hasta GYS tanısı almamıştır. Bu hastalar içinde GYS tanısı alanlar ve almayanlar arasında GAF skoru ortalamaları arasında istatistiki anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29. İkiüçlü Bozukluk Klinik Özelliklerinin GYS ile İlişkisi

		<i>N</i>	<i>Ort.</i>	<i>S.s</i>	<i>p</i>
Başlangıç Yaşı	Toplam	62	25,92	9,85	0,050
	GYS (-)	50	24,16	7,79	
	GYS (+)	12	33,25	13,96	
Toplam Atak Sayısı	Toplam	52	6,40	4,30	0,981
	GYS (-)	43	6,21	3,90	
	GYS (+)	9	7,33	6,10	
Hastaneye Yatış Sayısı	Toplam	59	2,59	2,60	0,403
	GYS (-)	50	2,50	2,61	
	GYS (+)	9	3,11	2,62	
Mani Atağı Sayısı	Toplam	51	3,18	3,36	0,488
	GYS (-)	43	3,14	3,52	
	GYS (+)	8	3,38	2,50	
Hipomani Atağı Sayısı	Toplam	35	2,74	2,29	0,307
	GYS (-)	28	2,86	2,42	
	GYS (+)	7	2,29	1,80	
Depresyon Atağı Sayısı	Toplam	34	3,15	2,66	0,306
	GYS (-)	27	2,89	2,44	
	GYS (+)	7	4,14	3,44	
Ortalama Atak Süresi (gün)	Toplam	60	21,00	12,27	0,584
	GYS (-)	49	21,45	12,89	
	GYS (+)	11	19,00	9,22	
Ortalama GAF Skoru	Toplam	54	59,44	8,11	0,258
	GYS (-)	43	58,84	7,93	
	GYS (+)	11	61,82	8,74	

5.9.2. İkiüçlü Bozuklukta İlk Atağa Ait Özelliklerin GYS ile İlişkisi

Hastaların ilk atak tipi değişkenine göre 33'ü (%53,2) mani, 6'sı (%9,7) karma atak, 4'ü (%6,5) hipomani, 19'u (%30,6) depresyon olarak dağılmaktadır. İlk atağı mani olanlardan 4 hastaya, karma atak olanlardan 1 hastaya, hipomanik atak olanlardan hiçbirine, depresyon atağı olanlardan 6 hastaya GYS tanısı koyulmuştur. Bu hastalar içinde GYS tanısı alanlar ve almayanlar arasında istatistiki anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalara ilk atakları öncesinde tetikleyici faktör olabilecek düzeyde kendilerini etkilediklerini düşündükleri yaşam olayı varlığı sorgulandığında, 30'u (%47,6) yok, 32'si (%50,8) var olarak ifade etti., 1 (%1,6) hasta iyi anımsayamadığı için net bilgi veremedi. Tetikleyici faktör var olarak ifade eden hastalardan 6'sına GYS tanısı koyulurken, tetikleyici faktör yok olarak ifade eden hastalardan yine 6'sına GYS tanısı koyulmuştur. Bu hastalar içinde GYS tanısı alanlar ve almayanlar arasında istatistiki anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların geçirdikleri ilk atakların şiddetine göre 3'ü (%4,8) hafif, 24'ü (%38,7) orta, 35'i (%56,5) şiddetli olarak dağılmaktadır. GYS tanısı alanlardan 8 hastanın ilk atağı orta şiddette, 4 hastanın ilk atağı şiddetli olarak tanımlanmıştır. GYS tanısı alan hiçbir hastada ilk atak hafif şiddette olarak tanımlanmamıştır. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda ilk atağın şiddeti bakımından istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kadın hastalarla yapılan görüşmelerde, 4 (%7,5) hastanın ilk atağı peripartum olarak değerlendirilmiş, 33 (%89,2) hastanın ilk atağı peripartum olarak değerlendirilmemiştir. İlk atağı peripartum olan hastaların hiçbirinde GYS tanısı koyulmamış, ilk atağı peripartum olmayan 33 hastanın 9 tanesine GYS tanısı koyulmuş, 24 hastaya ise GYS tanısı koyulmamıştır. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, ilk atağın peripartum olması veya olmaması istatistiki açıda anlamlı olarak farklı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların ilk ataklarında psikotik özellik olmasına göre değerlendirildiğinde 33'ü (%52,4) yok, 30 (%47,6) hastada psikotik özellik var olarak değerlendirilmiştir. Psikotik özellik olanların, 20'si (%31,7) duygudurumla uyumlu, 6'sı (%9,5) duygudurumla uyumsuz, 4'ü (%6,3) duygudurumla uyumlu ve uyumsuz psikotik özellik birlikte var

olarak değerlendirilmiştir. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, psikotik özellikleri açısından değerlendirildiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar ilk ataklarında katatoni olmasına göre değerlendirildiğinde 61 (%98,4) hasta katatoni yok, 1 (%1,6) hasta ilk atağında katatoni var olarak değerlendirildi. Katatoni yok olarak değerlendirilen hastalardan 12 tanesine GYS tanısı koyulurken, katatoni var olarak değerlendirilen hastalardan hiçbirine GYS tanısı koyulmamıştır. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, katatoni bulunması bakımından değerlendirildiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların ilk ataklarının melankolik olması açısından değerlendirildiğinde 50 (%82,0) hasta yok, 10 (%16,4) hasta var olarak değerlendirildi. İlk atağında melankoli yok olarak değerlendirilen hastalardan 8'ine, melankoli var olarak değerlendirilen hastaların 4'üne GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, ilk atakta melankolik özellik bulunması bakımından değerlendirildiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar ilk ataklarının atipik depresyon olma durumuna göre değerlendirildiğinde, 54 (%87,1) hasta ilk atağında atipik depresyon yok, 7 (%11,3) hasta ilk atağında atipik depresyon var olarak değerlendirildi. İlk atağında atipik depresyon yok olarak değerlendirilen hastaların 10'una, atipik depresyon var olarak değerlendirilen hastaların 2'sine GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, ilk atakta atipik depresyon bulunması bakımından değerlendirildiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 30. İkiüçlü Bozuklukta İlk Atağa Ait Özelliklerin GYS ile İlişkisi

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
İlk Atak Tipi	Öforik mani	33	53,2	29	% 87,9	4	% 12,1	0,254
	Karma episod	6	9,7	5	% 83,3	1	% 16,7	
	Hipomani	4	6,5	4	% 100,0	0	% 0,0	
	Depresyon	19	30,6	13	% 68,4	6	% 31,6	
Atağı Tetikleyen Yaşam Olayı	Yok	30	47,6	24	% 80,0	6	% 20,0	0,901
	Var	32	50,8	26	% 81,3	6	% 18,8	
	Yetersiz Bilgi	1	1,6	1	%100,0	0	%0,0	
İlk Atağın Şiddeti	Hafif	3	4,8	3	% 100,0	0	% 0,0	0,077
	Orta	24	38,7	16	% 66,7	8	% 33,3	
	Şiddetli	35	56,5	31	% 88,6	4	% 11,4	
Peripartum Başlangıç	Hayır	33	89,2	24	% 72,7	9	% 27,3	0,310
	Evet	4	10,8	4	% 100,0	0	% 0,0	
Psikotik Semptom Varlığı	Yok	33	52,4	26	% 78,8	7	% 21,2	0,562
	DD uyumlu (+)	20	31,7	17	% 85,0	3	% 15,0	
	DD uyumsuz (-)	6	9,5	4	% 66,7	2	% 33,3	
	DD (+) ve DD (-)	4	6,3	4	% 100,0	0	% 0,0	
Katatoni ile Seyretme	Yok	61	98,4	49	% 80,3	12	% 19,7	0,621
	Var	1	1,6	1	% 100,0	0	% 0,0	
	Yetersiz bilgi	1	1,6	1	% 100,0	0	% 0,0	
Melankolik Depresyon Atağı	Yok	50	82,0	42	% 84,0	8	% 16,0	0,193
	Var	10	16,4	6	% 60,0	4	% 40,0	
	Yetersiz bilgi	3	4,8	3	% 100,0	0	% 0,0	
Atipik Depresyon Atağı	Yok	54	87,1	44	% 81,5	10	% 18,5	0,724
	Var	7	11,3	5	% 71,4	2	% 28,6	
	Yetersiz bilgi	2	3,2	2	% 100,0	0	% 0,0	

Araştırmada, hastaların ilk ataklarında aldıkları tedavi, duygudurum düzenleyiciler, tipik ve atipik antipsikotikler, antidepresanları antikolinerjikler ve EKT olarak gruplanmıştır. 9 (%14,3) hasta hatırlamadığını, 5 (%7,9) hasta kendiliğinden düzeldiğini, ifade etmiş, en sık duygudurum düzenleyicilerin kullanıldığı gözlenmiştir. İlk atakta kullanılan ilaçlar incelendiğinde, 26 (%41,3) hastada duygudurum düzenleyiciler, 23 (%36,5) hastada atipik antipsikotikler, 9 (%14,3) hastada tipik antipsikotikler, 5 hastada (%7,9) antidepresanlar kullanıldığı, 4 (%6,3) hastaya EKT yapıldığı öğrenilmiştir.



Şekil 5. İlk Atakta Kullanılan Tedavi

5.9.3. İkiüçlü Bozukluğun Klinik Seyrinin GYS ile İlişkisi

Çalışmaya ötimik durumdaki hastalar alınmış olup, yapılan görüşme sırasında kullandıkları ilaçlar gruplanarak değerlendirildiğinde en çok duygudurum düzenleyiciler, ikinci sıklıkta atipik antipsikotikler en az sayıda ise antidepresanların kullanıldığı gözlenmiştir. Hastalar birden fazla ilaç kullanabilmektedirler. Bütün hastalar içinden, 56 (%88,9) hastanın duygudurum düzenleyici kullandığı, bunlardan 10 (% 17,9) tanesinin GYS tanısı aldığı; 46 (%73,0) hastanın atipik antipsikotik kullandığı, bunlardan 9 (% 19,6) tanesinin GYS tanısı aldığı; 10 (%15,9) hastanın anksiyolitik kullandığı bunlarda 2 (% 20,0) tanesinin GYS tanısı aldığı; 8 (%12,7) hastanın tipik antipsikotik aldığı, bunlardan 3 (% 37,5) tanesinin GYS tanısı aldığı, 7 (%11,1) hastanın antidepresan kullandığı, bunlardan 1 tanesinin GYS tanısı aldığı bulunmuştur. GYS

tanısı alan ve almayan hastalar, kullandığı ilaç tedavisi bakımından değerlendirildiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar atakların tetiklenmesine sebep olan yaşam olayı olmasına göre değerlendirildiğinde bilgi alınabilen 61 hastadan, 29 (%46,8) hastada tetikleyici yaşam olayı olmadığı, bunların 5 (% 17,2) tanesinde GYS tanısı koyulduğu; 32 (%50,8) hastada tetikleyici yaşam olayı olduğu ve bunların 7 (% 21,9) tanesine GYS tanısı koyulduğu bulunmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, atakların tetiklenmesine sebep olan yaşam olayı olmasına göre değerlendirildiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar ataklar arasında tam düzelme veya kalıntı şikayetler görülmesi durumuna göre değerlendirildiğinde, 19 (%30,2) hastada kalıntı şikayetler bulunduğu, bunların 4 (% 21,1) tanesine GYS tanısı koyulduğu; 42 (%66,7) hastada ise tam düzelme olduğu, bunların da 8 (% 19,0) tanesine GYS tanısı koyulduğu bulunmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, ataklar arasında tam düzelme veya kalıntı şikayetler olması durumuna göre değerlendirildiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastalarda, hastalığın kronik gidişte olması açısından değerlendirildiğinde, 6 (%9,5) hastada kronik gidiş olmadığı, bunlardan 1 (% 16,7) tanesine GYS tanısı koyulduğu; 57 (%90,5) hastada ise hastalığının kronik gidişli olduğu ve bunların içinde 11 (% 19,3) hastaya GYS tanısı koyulduğu bulunmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, hastalığın kronik gidişin olması açısından değerlendirildiğinde istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar ortalama olarak bir yılda yaşadıkları atak sayısı bakımından incelendiğinde, 42 (%71,2) hastada yılda 1 ataktan az atak görüldüğü bunların 7 (% 16,7) tanesinde GYS tanısı koyulduğu; 3 (%5,1) hastada yılda 1 atak görüldüğü, bunların hiçbirine GYS tanısı koyulmadığı; 11 (%18,6) hastada yılda 2 atak geçirdiği, bunların 3 (% 27,3) tanesine GYS tanısı koyulduğu; 3 (%5,1) hastada yılda 4 atak geçirdiği ve bunların 1 (% 33,3) tanesine GYS tanısı koyulduğu; 4 (%7,1) hastanın da yılda 4 ataktan fazla atak geçirdiği, bunların da hiçbirinde GYS tanısı koyulmadığı bulunmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalar, ortalama olarak bir yılda yaşadıkları atak sayısı bakımından incelendiğinde, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 31. Klinik Seyir Özellikleri ile GYS'nin İlişkisi

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Yaşam olayı	Yok	29	46,8	24	% 82,8	5	% 17,2	0,797
	Var	32	51,6	25	% 78,1	7	% 21,9	
	Yetersiz Bilgi	1	1,6	1	% 100,0	0	% 0,0	
Tam Düzelmeye	Yok	19	30,2	15	% 78,9	4	% 21,1	0,771
	Var	42	66,7	34	% 81,0	8	% 19,0	
	Yetersiz Bilgi	2	3,2	2	% 100,0	0	% 0,0	
Kronik Gidiş	Yok	6	9,5	5	% 83,3	1	% 16,7	0,876
	Var	57	90,5	46	% 80,7	11	% 19,3	
Yılda Görülen Atak Sayısı	1'den az	42	71,2	35	% 83,3	7	% 16,7	0,623
	1	3	5,1	3	% 100,0	0	% 0,0	
	2	11	18,6	8	% 72,7	3	% 27,3	
	3	0	0,0	0	% 0,0	0	% 0,0	
	4	3	5,1	2	% 66,7	1	% 33,3	
	4'den çok	4	7,1	4	% 100,0	0	% 0,0	
Sağaltım*	DDD ile	56	88,9	46	% 82,1	10	% 17,9	0,496
	Tipik Antipsikotik	8	12,7	5	% 62,5	3	% 37,5	0,155
	Atipik Antipsikotik	46	73,0	37	% 80,4	9	% 19,6	0,863
	Antidepresan	7	11,1	6	% 85,7	1	% 14,3	0,734
	Anksiyolitik	10	15,9	8	% 80,0	2	% 20,0	0,933

* Hastalar birden fazla ilaç grubundan kullanıyor olabilirler.

Çalışmaya katılan hastalarda ikiuçlu bozukluk ataklarının mevsimlerle ilişkili olması veya olmaması açısından değerlendirildiğinde, 23 (%36,5) hastada mevsimlerle ilişkili olmadığı, bunların da 5 (% 21,7) tanesinde GYS tanısı koyulduğu; 35 (%55,6) hastada ise atakların mevsimlerle ilişkili olduğu ve bunların 6 (% 17,1) tanesinde GYS tanısı koyulduğu bulunmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, atakların mevsimsel ilişkili olması veya olmaması açısından değerlendirildiğinde, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar, geçirmiş olduğu ikiuçlu bozukluk atakları sırasında psikotik özellik olması durumuna göre değerlendirildiğinde, 22 (%35,5) hastaya daha önceki atakları sırasında psikotik özellik olmadığı, bunların 6 (% 27,3) tanesine GYS tanısı koyulduğu bulunmuştur. Daha önceki atakları sırasında psikotik özellik olan 40 (%64,5) hastanın, 24'ünde (%38,7) duygudurumla uyumlu hezeyan/halusinasyonlar görüldüğü, 5'inde (%8,1) duygudurumla uyumsuz hezeyan/halusinasyonlar görüldüğü, 11'inde (%17,7) ise aynı atak sırasında hem duygudurumla uyumlu hem de duygudurumla uyumsuz hezeyan/halusinasyonların görüldüğü bulunmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalar, ataklar sırasında psikotik özellik görülme durumuna göre değerlendirildiğinde, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Daha önceki atakları sırasında katatoni gelişmiş olma durumuna göre incelendiğinde, 61 (%98,4) hastada daha önceki atakları sırasında katatoni gelişmemiş, bunların 12'sinde (% 19,7) GYS tanısı koyulmuştur. Daha önceki atakları sırasında katatoni gelişmiş olan 1 (%1,6) hastaya rastlanmıştır. Bu hastaya da GYS tanısı koyulmamıştır. GYS tanısı alan ve almayan hastalar daha önceki atakları sırasında katatoni gelişmiş olma durumuna göre incelendiğinde, istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar, daha önceki atakları arasında melankolik depresyon bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde, 40 (%64,5) hastanın daha önce melankolik depresyon atağı geçirmediği bulunmuştur. Bunlar arasından 4 (%10,0) hastaya GYS tanısı koyulmuş, 36 (%90,0) hastaya bu GYS tanısı koyulmamıştır. 22 (%35,5) hastanın daha önce melankolik depresyon atağı geçirdiği bulunmuştur. Bu hastalar arasından ise 8 (%36,4) hastaya GYS tanısı koyulmuş, 14 (%63,6) hastaya GYS tanısı koyulmamıştır. GYS tanısı alan ve almayan hastalar, daha önceki atakları arasında melankolik depresyon

bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde, melankolik depresyon atağı geçirmek ile GYS arasında istatistiki anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,016<0,05$).

Daha önceki atakları arasında melankolik depresyon bulunan ve bulunmayan hastalarda çalışmaya alındığı sırada antidepresan kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde, 40 (%64,5) hastanın daha önce melankolik depresyon atağı geçirmediği bulunmuş, bunların arasından 2 (% 5,0) tanesinin çalışmaya alındığı sırada antidepresan kullandığı, 38 (% 95,0) hastanın antidepresan kullanmadığı bulunmuştur. Daha önce melankolik depresyon atağı geçirmiş olan 22 (34,9) hastadan 5 (% 22,7) tanesinin çalışmaya alındığı sırada antidepresan kullandığı, 17 (% 77,39) hastanın o sırada antidepresan kullanmadığı bulunmuştur. Daha önceki atakları arasında melankolik depresyon bulunma durumuna göre antidepresan kullanımı değerlendirildiğinde, melankolik depresyon atağı geçirmiş olan hastalarda antidepresan kullanımı, geçirmemiş olanlara göre anlamlı olarak sık olduğu bulunmuştur ($p=0,035<0,05$).

Tablo 22. Antidepresan Kullanımı ile Melankolik Depresyonun İlişkisi

		Toplam		Antidepresan kullanıyor		Antidepresan kullanmıyor		<i>p</i>
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Melankolik Depresyon Atağı	Yok	40	63,5	2	% 5,0	38	% 95,0	0,035
	Var	22	34,9	5	% 22,7	17	% 77,3	

Hastalar, daha önceki atakları arasında atipik depresyon bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde, 54 (%87,1) hastada daha önceki atakları arasında atipik depresyon atağı geçirmediği, bu hastalar arasından 7 (% 17,1) tanesine GYS tanısı koyulduğu bulunmuştur. Hastaların 7 (%11,3) tanesinde ise daha önceki atakları arasında atipik depresyon geçirme öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Bu hastaların 5 (% 23,8) tanesine GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalar, daha önceki atakları arasında atipik depresyon atağı bulunma durumuna göre değerlendirildiğinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kadın hastalarla yapılan görüşmelerde, 4 (%7,5) hastanın daha önceki atakları arasında peripartum başlangıç olduğu, 33 (%89,2) hastanın daha önceki atakları arasında peripartum başlangıç olmadığı öğrenilmiştir. Daha önceki atakları arasında peripartum başlangıç olan hastaların hiçbirinde GYS tanısı koyulmamıştır. Olmayan 33 hastanın 9 tanesine GYS tanısı koyulmuş, 24 hastaya ise GYS tanısı koyulmamıştır. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, daha önceki atakları arasında peripartum başlangıç olan veya olmayan gruplar arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

İkiuçlu bozukluk ataklarının hızlı döngülü seyretmesine göre hastalar değerlendirildiğinde, 59 (%93,7) hastada hızlı döngülülük olmadığı, bunların 11'ine (% 18,6) GYS tanısı koyulduğu bulunmuştur. Bütün hastalardan sadece 4 (%6,3) hastada ataklarının hızlı döngülü şekilde seyrettiği görülmüş, bunlar arasından da 1 (% 25,0) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalar, ataklarının hızlı döngülü şekilde seyretmesine göre değerlendirildiğinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalar, daha önceki atakları sırasında antidepresan kullanımı nedeniyle mani/hipomaniye kayma olması durumuna göre incelendiğinde, 47 (%77,0) hastada mani/hipomaniye kaymanın olmadığı bulunmuş, bunların içinde 9 (% 19,1) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. 13 (%21,3) hastada ise daha önceki atakları sırasında antidepresan kullanımı nedeniyle kaymanın olduğu bulunmuş bunların içinde 3 (%23,1) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalar, daha önceki atakları sırasında antidepresan kullanımı nedeniyle mani/hipomaniye kayma olması durumuna göre incelendiğinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hastalar, daha önceki atakları arasında karma özellikli depresyon veya karma özellikli mani/hipomani atağı geçirmiş olma durumuna göre incelendiğinde, 28 (%53,8) hastada bu şekilde bir atak görülmediği bulunmuş, bunların içinden 5 (% 17,9) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. 23 (%44,2) hastada ise daha önceki atakları arasında karma özellikli depresyon veya karma özellikli mani/hipomani atağı geçirmiş olduğu bulunmuş, bunların içinden de yine 5 (% 21,7) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalar, daha önceki atakları arasında karma

özellikli depresyon veya karma özellikli mani/hipomani atağı geçirmiş olma durumuna göre incelendiğinde istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 32. Klinik Seyirdeki Atak Özellikleri ile GYS'nin İlişkisi

		Toplam		GYS (-)		GYS (+)		p
		n	%	n	%	n	%	
Mevsimsel Özellik	Yok	23	36,5	18	% 78,3	5	% 21,7	0,908
	Var	35	55,6	29	% 82,9	6	% 17,1	
	Yetersiz bilgi	5	7,9	4	% 80,0	1	% 20,0	
Psikotik Semptom Varlığı	Yok	22	35,5	16	% 72,7	6	% 27,3	0,656
	DD uyumlu (+)	24	38,7	21	% 87,5	3	% 12,5	
	DD uyumsuz (-)	5	8,1	4	% 80,0	1	% 20,0	
	DD (+) ve DD (-)	11	17,7	9	% 81,8	2	% 18,2	
Katatoni ile Seyretme	Yok	61	98,4	49	% 80,3	12	% 19,7	0,621
	Var	1	1,6	1	%100,0	0	% 0,0	
Melankolik Depresyon Atağı	Yok	40	63,5	36	% 90,0	4	% 10,0	0,016
	Var	22	34,9	14	% 63,6	8	% 36,4	
	Yetersiz Bilgi	1	1,6	1	%100	0	%0,0	
Atipik Depresyon Atağı	Yok	41	65,1	34	% 82,9	7	% 17,1	0,723
	Var	21	33,3	16	% 76,2	5	% 23,8	
	Yetersiz Bilgi	1	1,6	1	%100,0	0	% 0,0	
Peripartum Başlayan Atak	Yok	33	89,2	24	% 72,7	9	% 27,3	0,310
	Var	4	10,8	4	%100,0	0	% 0,0	
Hızlı Döngülülük	Yok	59	93,7	48	% 81,4	11	% 18,6	0,754
	Var	4	6,3	3	% 75,0	1	% 25,0	
AD ile Kayma	Yok	47	77,0	38	% 80,9	9	% 19,1	0,840
	Var	13	21,3	10	% 76,9	3	% 23,1	
	Yetersiz Bilgi	1	1,6	1	%100,0	0	% 0,0	
Karma Atak Varlığı	Yok	28	53,8	23	% 82,1	5	% 17,9	0,141
	Var	23	44,2	18	% 78,3	5	% 21,7	
	Yetersiz Bilgi	1	1,9	0	% 0,0	1	%100,0	

5.10.Lojistik Regresyon Analizi

Çalışmamızın istatistik kısmında, univariate analizlerde anlamlı çıkan risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Cinsiyet, yaş, melankolik depresyon atağı geçirmiş olma, atipik depresyon atağı geçirmiş olma, düzenli antidepresan kullanıyor olma, VKİ, YEDÖ “toplam puan” ortalaması değişkenleri seçildi. İlk kategoriler referans olarak alınarak risk oranları (odds ratio) hesaplandı.

Tablo 33. Lojistik Regresyon Analizi

	<i>B</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	95% C.I.for OR	
				<i>Lower</i>	<i>Upper</i>
Cinsiyet	-1,04	0,400	0,35	0,03	3,98
Yaş	0,11	0,103	1,11	0,98	1,27
Melankolik Depresyon Atağı Geçirmiş Olma	2,41	0,041	11,17	1,11	112,51
Atipik Depresyon Atağı Geçirmiş Olma	-0,26	0,816	0,77	0,09	6,63
Düzenli Antidepresan Kullanıyor Olma	-0,23	0,867	0,79	0,05	12,23
VKİ	0,44	0,026	1,56	1,05	2,31
YEDÖ Toplam Puanı Ortalaması	0,14	0,735	1,15	0,52	2,55

GYS pozitif olanlarda normal VKİ olan hasta yoktu. Bu yüzden VKİ grup olarak alınamadı. Melankolik depresyon atağı geçirmiş olan hastalarda, GYS görülme riski 11,17 kat daha yüksek olarak bulundu ($p=0,041<0,05$). VKİ yüksek olan hastalarda, GYS görülme riski 1,56 kat daha yüksek olarak bulundu ($p=0,026<0,05$).

6. TARTIŞMA

6.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya Nisan 2015-Eylül 2015 tarihleri arasında ikiüçlü bozukluk tanılı ötimik durumdaki 63 hasta alınmıştır. Bu hastalardan, 53 kişiye tip I, 10 kişiye tip II ikiüçlü bozukluk tanısı koyulmuştur. İkiüçlü bozukluk ile GYS birlikteliği tüm hastalar içinde %19,04 sıklığında bulunmuştur.

53 ikiüçlü bozukluk tip II hastası arasından 8 (% 15,1) kişiye, 10 ikiüçlü bozukluk tip II hastası arasından 4 (% 40,0) kişiye, tüm hastalar içinde 12 kişiye GYS tanısı koyulmuştur. Tip I ve tip II hastaları arasında GYS sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İkiüçlü bozukluk tip I ve tip II hastalarında GYS sıklığı, 53 tip I ikiüçlü bozukluk hastaları arasında % 15.1, tip II ikiüçlü bozukluk hastaları arasında % 40 GYS yaygınlığı bulunmuş, tip I ve tip II hastaları arasında GYS sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde ikiüçlü bozukluk ile GYS ilişkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Arslan ve arkadaşlarının 158 hasta ile yaptıkları yeni bir çalışmada, şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve ikiüçlü bozukluk tanısı olan, kilolu ve obez hastalarda GYS'nin yaygınlığı incelenmiştir. 78 ikiüçlü bozukluk tanılı hasta içinde, 8 (%10,26) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı konan ve konmayan gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (Arslan ve ark. 2015). Lundgren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, GYS tanılı obez olmayan 19 hasta ile kiloları açısında eşleştirilmiş 22 obez olmayan kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir araştırmada, GYS olanlarda 1. eksen tanısı belirgin farklı bulunmuş, en sık majör depresyon ile birliktelik gözlenmiştir. Aynı çalışmada ikiüçlü bozukluk bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak toplam 41 kişinin incelendiği bu çalışmanın örnekleminin küçük olması çalışmanın kısıtlılıkları arasında belirtilmiştir (Lundgren ve ark. 2008). Cengiz ve arkadaşlarının, Şişli Etfal Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir araştırmada, 384 poliklinik hastasından 52 kişiye ikiüçlü bozukluk tanısı koyulmuş, bunların içinden ise 14 (%26,92) kişi GYS tanısı alırken 38 (%73,08) kişi GYS tanısı almamıştır. Bu çalışmada yüksek ikiüçlü bozukluk oranı bulunmuş ancak istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. İkiüçlü bozukluk

hastaların GYS görülme eğiliminin daha fazla olduğunu düşünülmüş ve bu eğilim daha geniş örneklemlerle çalışmalarda değerlendirilmesi önerilmiştir. Aynı çalışmada GYS'nin ayaktan psikiyatrik hasta popülasyonunda nokta prevalansı %19.8 olarak hesaplanmıştır (Cengiz ve ark. 2011).

Literatürde ikiüçlü bozukluk hastalarında GYS sıklığını değerlendiren sadece birkaç çalışma bulunmuş ancak bunlar yapılan araştırmaya katılanlar arasında bulunan ikiüçlü bozukluk hastalarıdır. Çalışmamızda ikiüçlü bozukluk hastalarında GYS birlikteliği %19,04 olarak bulunmuş, bu oran Cengiz ve arkadaşlarının (%26,92) bildirdiğinden düşük, Arslan ve arkadaşlarının (%10,26) bildirdiğinden yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamızda kontrol grubunun olmamasından dolayı ikiüçlü bozukluk tanısı olan ve olmayanlar arasında GYS sıklığı incelenememiştir. Kontrol grubunun olmaması çalışmamızın kısıtlılıkları arasında belirtilmiştir. Yine de toplumda GYS görülme sıklığını %1-1.5 oranında (Lundgren ve ark. 2006; Rand ve ark. 1997; Stunkard ve ark. 1996; Fischer ve ark. 2012) bildirildiği göz önünde bulundurulursa ikiüçlü bozukluk hastalarında GYS'nin oldukça eşlik ettiği düşünülebilir.

İkiüçlü bozukluk tip I ve tip II hastalarında GYS sıklığı, 53 tip I ikiüçlü bozukluk hastası arasında % 15.1, tip II ikiüçlü bozukluk hastaları arasında % 40,0 GYS yaygınlığı bulunmuş, Tip I ve Tip II hastaları arasında GYS sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamız GYS'nin ikiüçlü bozukluk tip I ve tip II arasında yaygınlığını veren literatürdeki ilk çalışmadır. Bu sebeple bulgularımız başka çalışmalarla karşılaştırılamamıştır.

Tip II ikiüçlü bozukluk hastaları arasında %40,0 sıklıkla GYS tanısına rastlanmış olması dikkatimizi çekmiştir. Literatürde GYS'nin m. depresyonla ilişkisini gösteren çalışmaların varlığı düşünüldüğünde (Küçükgöncü ve ark. 2014; Orhan ve ark. 2011; de Zwaan ve ark. 2014), daha çok depresif ataklarla seyreden tip II hastalarında GYS'nin sık görülmesi beklenebilecek bir durumdur. Bir diğer taraftan McElroy ve arkadaşlarının 875 ikiüçlü bozukluk hastası arasında yaptıkları araştırmada, tip I ve tip II hastaları arasında, yeme bozukluğu eşanı oranları açısından farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada yeme bozukluğu tanıları altında AN, BN ve TYB araştırılmış, GYS değerlendirilmemiştir (McElroy ve ark 2011). Çalışmamızda ikiüçlü bozukluk tip II tanısı koyulan 10 kişi istatistik çalışmaları için verimli olmayabilir. Daha geniş örneklemlerle çalışmalarda bulguların değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya katılan hastalarda, ikiüçlü bozukluk başlangıç yaşı ortalaması 25,92 ($\pm$ 9,85) olarak bulunmuştur. Hastalık başlangıç yaşı ortalamaları, GYS tanısı alanlarda anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,50\leq 0,05$). Bu durum literatürde başka çalışmalarla karşılaştırılmadı. Çalışmamızda ikiüçlü bozukluk tip I ve tip II hastaları arasında GYS sıklığı bakımından anlamlı bir fark bulunmasa da, ikiüçlü bozukluğun tip II hastalarında tip I'e göre daha geç yaşlarda başladığı (Judd ve ark. 2003) bilgisi göz önünde bulundurularak hastalar bir de tip I ve tip II olarak ayrılarak yaş ortalamaları karşılaştırıldı. Ancak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). GYS tanılı hastalarda ikiüçlü bozukluğun daha geç yaşlarda başlıyor olmasının ileri çalışmalarda araştırılmaya ihtiyacı olduğu düşünüldü.

Çalışmamıza katılan 63 hastanın, cinsiyetleri bakımından dağılımı 37 (%58.7) kadın hasta, 26 (%41.3) erkek hasta şeklindedir. Kadınlar arasından 9 (%24,3) kişiye, erkeklerden ise 3 (%11,5) kişiye GYS tanısı koyulmuştur. GYS olanlar ve olmayanlar arasında cinsiyetleri bakımından bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde GYS'nin cinsiyet dağılımına bakıldığında; Rand ve Kuldau'nun normal kilolu kişilerde yeme biçimini araştırdıkları bir çalışmada, her iki cinsiyette de GYS sıklığını benzer bulmuşlardır (Rand ve Kuldau, 1986). Striegel-Moore ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cinsiyetler arasında GYS görülmesi bakımından farklılık bulunmamıştır (Striegel-Moore ve ark. 2006). Napolitano ve arkadaşları TYB ve GYS'yi inceledikleri çalışmada cinsiyetler arasında farklılık bulmamışlardır (Napolitano ve ark. 2001). Literatürde, GYS'nin kadınlarda daha sık bulunduğu bildiren çalışmalar olduğu gibi (O'Reardon ve ark. 2005), erkeklerde GYS'nin daha sık görüldüğü ve erkek olmanın GYS için yatkınlık oluşturduğu ileri süren bir çalışma da vardır (Aronoff ve ark. 2001). Ülkemizde yapılan araştırmaların dördünde de GYS için cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014; Saraçlı ve ark. 2015, Arslan ve ark. 2015; Cengiz ve ark. 2011). Çalışmamızda kadın ve erkekler arasında GYS görülmesi bakımından farklılık bulunmamış olup bu durum literatürdeki çalışmalarda ağırlıklı olarak cinsiyetler arasında fark bulunmaması ile uyumludur. Yine de durumun daha netleşmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda ailesiyle yaşadığını beyan eden 58 (%92,1) kişi, arkadaşı ile yaşadığını ifade eden 2 (%3,1) kişi ve yalnız yaşayan 3 (%4,8) kişi vardır. Ailesiyle

yaşayan 58 kişide 12 (%20,7) kişi GYS tanısı alırken, 46 (%79,3) kişi GYS tanısı almamıştır. Arkadaşı ile yaşayan 2 kişinin 2'sine GYS tanısı koyulmamıştır. Yine yalnız yaşayan 3 kişinin 3'üne de GYS tanısı koyulmamıştır.

Ailesi ile yaşayanların, yalnız yaşayanlara göre veya arkadaşı ile yaşayanlara göre yemek ve uyku saatlerinin daha düzenli olduğu genel bir bilgi olarak varsayılsa da GYS tanısı alan hastalarla, tanı almayanlar arasında, ailesi ile yaşamanın, yalnız yaşamaya göre veya arkadaşı ile yaşayanlara göre ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde GYS açısından bu şekilde bir incelemeye rastlanmamıştır. Çalışmamızda örneklemin küçük olmasından dolayı daha geniş örneklemlerli çalışmalarda araştırılmaya ihtiyaç vardır.

Diğer sosyodemografik özellikler açısından GYS incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

6.2. İkiüçlü Bozukluk Klinik Özelliklerinin GYS ile İlişkisi

Çalışmaya katılan ikiüçlü bozukluk hastalarında klinik seyir sırasında ortaya çıkan özellikler, GYS tanısı alan ve almayan hastalarda karşılaştırılmıştır. Atakların mevsimsellerle ilişkisi ($p>0,05$), atakları sırasında psikotik özellik bulunması ($p>0,05$), daha önceki atakları sırasında katatoni gelişmiş olması ($p>0,05$), atipik depresyon atağı geçirmiş olmak ($p>0,05$), hastalığın seyrinin hızlı döngülü olması ($p>0,05$), peripartum başlangıçlı atak geçirmiş olmak ($p>0,05$), karma atak geçirmiş olmak ($p>0,05$) özellikleri bakımından değerlendirildiğinde GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızın, GYS ile ikiüçlü bozukluğun klinik özelliklerini inceleyen literatürdeki ilk çalışma olmasından dolayı sonuçlarımız başka çalışmalarla karşılaştırılamamıştır. Daha geniş örnekleme sahip ve izlemsel çalışmalarda bu özelliklerin araştırılmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan hastaların klinik seyirleri geçmişe yönelik sorgulandığında, geçirilen manik atak sayısı ortalamaları ($p>0,05$), geçirilen hipomanik atak sayısı ortalamaları ($p>0,05$), depresyon atağı ortalamaları ($p>0,05$), geçirilen atakların süresinin gün ortalamaları arasında ($p>0,05$), hastaların çalışmaya alındıkları dönemdeki GAF skoru ortalamaları arasında ($p>0,05$), bugüne kadar geçirilmiş olan toplam atak sayısı açısından ($p>0,05$), hastaneye yatış sayısında ($p>0,05$), kalıntı şikayetlerin varlığı varlığı bakımından ($p>0,05$), antidepresan ile mani/hipomaniye kayma

olması bakımından ($p>0,05$), GYS olan ve olmayan gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuçlarımız başka çalışmalarla karşılaştırılamamıştır. Yeme bozukluğu eştanılı ikiüçlü bozukluk hastalarında daha fazla kilo düzensizliği, daha fazla depresif dönem ve yineleme, özkıyım riskinde artış ve daha fazla psikiyatrik eştanı olduğu gösterilmiş olsa da, bu çalışmalarda yeme bozuklukları içinde AN, BN ve TYB incelenmiştir (McElroy ve ark. 2011; Perlis ve ark. 2006). Bu sonuçlara göre GYS'nin ikiüçlü bozukluk klinik seyrini olumsuz yönde etkilemediği düşünülebilir. Ancak çalışmamızın kesitsel çalışma olması ve ikiüçlü bozukluğun özelliklerini karşılaştırırken sayıların görece olarak az olması nedeniyle, daha geniş örnekleme sahip ve izlemsel çalışmalarda bu sonuçların desteklenmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Hastalar, melankolik depresyon geçirmiş olma durumuna göre değerlendirildiğinde, 40 (%64,5) hastanın daha önce melankolik depresyon atağı geçirmediği, 22 (%35,5) hastanın ise melankolik depresyon atağı geçirdiği bulunmuştur. Melankolik depresyon geçirmiş olanlardan 4 (%10,0) hastaya, geçirmemiş olanlardan ise 8 (%36,4) hastaya GYS tanısı koyulmuştur. GYS tanısı alan ve almayan hastalarda, melankolik depresyon geçirmiş olma durumuna göre değerlendirildiğinde, melankolik depresyon atağı geçirmek ile GYS arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0,016<0,05$). Risk faktörlerini çok değişkenli incelemek için yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, melankolik depresyon atağı geçirmiş olan hastalarda, GYS görülme riski 11,17 kat daha yüksek olarak bulundu ($p=0,041<0,05$).

Melankolik depresyon geçirmiş olanlar ve olmayanlar, çalışmaya alındığı sırada antidepresan kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde, melankolik depresyon atağı geçirmemiş olan 40 (%64,5) hastadan, 2 (% 5,0) tanesinin çalışmaya alındığı sırada antidepresan kullandığı, melankolik depresyon atağı geçirmiş olan 22 (34,9) hastadan 5 (% 22,7) tanesinin çalışmaya alındığı sırada antidepresan kullandığı bulunmuştur. Hastalarda melankolik depresyon bulunma durumuna göre, antidepresan kullanımı değerlendirildiğinde, melankolik depresyon atağı geçirmiş olan hastalarda antidepresan kullanımı, geçirmemiş olanlara göre anlamlı olarak daha sık olduğu bulunmuştur ($p=0,035<0,05$).

Literatürde yapılmış olan çalışmalara göre, GYS'li hastaların duygudurum puanlarında saat 16'dan sonra sirkadiyen olarak azalma olduğu, bu hastaların geceleri

daha depresif oldukları bildirilmiştir (Birketvedt ve ark. 1999). GYS'de, yeme ve uykunun biyolojik ritimleri ayrılmıştır. Uyku döngüsünde bozulma görülmezken, gün içinde enerji alımında gecikme meydana gelir. Bunun sonucunda bu kişilerin, sabah yemeleri baskılanırken, akşam ve gece yemeleri artar. Yeme ve uyku ritmi arasında 2 ile 6 saatlik bir gecikme söz konusudur (Stunkard AJ. , Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook, 2002; Stunkard ve ark. 2005). Ancak melankolik depresyonda, her zamanki uyanma zamanından en az iki saat önce uyanma, depresif duygudurumun sabahları kötüleşmesi, belirgin iştah kaybı ve kilo kaybı (son 1 ay içinde vücut ağırlığının %5'inden fazlasının kaybı) görülür (Türkçapar, 2004). Kabaca bakıldığında GYS ve melankolik depresyon kimi klinik özellikler bakımından birbirini tersi özellikler taşımaktadırlar.

Kendler, melankolinin melankolik olmayan depresyonun nicelik olarak daha şiddetli bir türü olduğunu, ancak nedensel ve niteliksel yönden ayrı bir hastalık olmadığını bildirmiştir (Kendler, 1997).

Literatürde melankolik depresyon için bahsedilmemiş olsa da GYS'nin majör depresyonla birlikte sık görüldüğünü bildiren yayınlar vardır (Birketvedt ve ark. 1999; Küçükgöncü ve Beştepe 2014). Nolan ve arkadaşları gece yeme sendromunun da emosyonel yeme ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (Nolan ve Geliebter, 2012). Allison ve arkadaşları.GYS'li kişilerdeki depresif duygudurumun tipik olarak gece yeme üzerindeki kontrol eksikliği ile ilişkili olduğunu, ayrıca suçluluk ve utanç duygularının eşlik ettiğini belirtmişlerdir (Allison ve ark. 2010).

Çalışmamızda, melankolik depresyon atağı geçirmiş olan hastalarda antidepresan kullanımı, geçirmemiş olanlara göre anlamlı olarak daha sık olduğu bulunmuştur ($p=0,035<0,05$). Bu durumun sebebi yüksek ihtimal ile araştırmamızdaki melankolik depresyon atağı geçirmiş olan hastaların depresif şikayetlerinin atak dönemleri dışında da kısmen devam etmesi olabilir.

MacQueen ve arkadaşları, 139 ikiüçlü bozukluk hastasında yaptıkları çalışma sonucunda, eşikaltı duygudurum bozukluğu olan hastaların, hastalık belirtili olanlar (%16) ve ötimik hastalarla (%5) kıyaslandığında belirgin olarak daha fazla sıklıkla yeme bozukluğuna sahip olduğunu belirtmişlerdir (MacQueen ve ark. 2003).

Tüm bu bilgilerin sonucunda, her ne kadar klinik görünümleri olarak bazı zıt özellikler taşısalar da GYS ile melankolik depresyon arasında ilişki olduğunu

düşünebiliriz. Bu durumun daha iyi aydınlatılması için ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

6.2. İkiüçlü Bozukluk Hastalarında GYS'nin Fazla Kilo ve Obezite ile İlişkisi

Çalışmaya katılan hastalar arasında, 1 kişi boy, kilo ve bel çevresinin ölçülmesini kabul etmediği için hesaplamalar 62 hasta üzerinden yapılmıştır. Ölçümleri kabul etmeyen hastaya GYS tanısı koyulmamıştır.

Ölçümleri yapılan hastalar arasında 16'sı (% 26,7) normal kilolu, 22'si (% 36,7) fazla kilolu, 22'si (% 36,7) obezdi. Obez olan 22 hasta VKİ'ye göre sınıflandırıldığında 15'i (% 25,0) grade-1 obez, 6'sı (% 10,0) grade-2 obez, 1'i (% 1,7) grade-3 obez olarak bulunulmuştur.

62 hasta içinde sadece 16 (% 26,7) kişinin normal kilolu olması ve VKİ ortalaması (28,49) ile bel çevresi ortalamasının (95,2 cm) normal sınırlardan fazla bulunması, ikiüçlü bozukluk hastalarında fazla kiloluluk ve obezitenin sıklıkla eşlik etmesi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Bu durum çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir (Wildes ve ark. 2008; Keck ve McElroy 2003).

62 ikiüçlü bozukluk hastasının kilo ortalaması 78,5 ($\pm 13,32$) kg olarak bulunmuş, GYS tanısı almayan 48 kişinin kilo ortalaması 76,0 ($\pm 12,33$) kg, GYS tanısı alan 12 kişide ise 88,6 ($\pm 12,79$) kg olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı olanlarda, GYS tanısı olmayanlara göre kilo ortalaması anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,005<0,05$).

62 ikiüçlü bozukluk hastasının VKİ ortalaması 28,49 ($\pm 5,12$) olarak hesaplanmıştır. GYS olmayan 48 kişinin VKİ ortalaması 27,0 ($\pm 4,25$) , GYS olanların VKİ ortalaması ise 33,9 ($\pm 5,03$) olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı olanlarda, GYS tanısı olmayanlara göre VKİ ortalaması anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,000<0,05$). Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, VKİ yüksek olan hastalarda GYS görülme riski 1,56 kat daha yüksek olarak bulundu ($p=0,026<0,05$).

62 ikiüçlü bozukluk hastasının bel çevresi ortalaması 95,20 ($\pm 14,80$) cm olarak hesaplanmıştır. GYS olmayan 48 kişinin bel çevresi ortalaması 93,3 ($\pm 15,04$) cm, GYS olanların bel çevresi ortalaması ise 103,8 ($\pm 10,45$) cm olarak bulunmuştur. GYS tanısı olanlarda, GYS tanısı olmayanlara göre bel çevresi ortalaması anlamlı şekilde fazla bulunmuştur ($p=0,009<0,05$).

Çalışmamızda, hastaların bugüne kadar sahip olduğu en yüksek kilosu sorgulandığında, bütün hastaların ortalaması 83,9 kg olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı almayan hastaların sahip olduğu en yüksek kilo ortalaması 80,1 ($\pm 16,6$) kg iken, GYS tanısı alan hastalarda 100,4 ($\pm 22,6$) kg olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı alan hastalarda, GYS tanısı almayanlara göre, bugüne kadar sahip oldukları en yüksek kiloları anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur ($p = 0,008 < 0,05$).

Literatürde, GYS ilk olarak obezite hastalarında araştırılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalarda obezlerde GYS'ye rastlanma oranı %6 ile %16 arasında bildirilmiştir (Stunkard ve ark. 1996; Ceru-Bjorkve ark. 2001; Gluck ve ark. 2001). Obez hastalar arasında yapılan çalışmalarda GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu tespit eden çalışmalar olduğu gibi, aksi şekilde yine obez hastalarda GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmayan çalışmalar da bildirilmiştir (Napolitano ve ark. 2001; Adami ve ark. 2002; Allison ve ark. 2006; Jarosz ve ark. 2007). Spaggiari bir çalışmada, pekçok GYS hastasının obezite başlangıcından önce de gece yemesinin olduğunu bildirmiştir (Spaggiari ve ark. 1994). Marshall ve arkadaşları normal kilolu gece yeme hastalarının obez olanlardan daha genç olduğunu, obez gece yeme hastalarının, obezite öncesi de gece yemelerinin olduğunu bildirmişlerdir (Marshall ve ark. 2004). Napolitano ve arkadaşları da benzer şekilde obez olmayan gece yeme hastalarının obez olanlardan daha genç olduğunu bildirmiştir (Napolitano ve ark. 2001).

Milano ve arkadaşlarının hazırladığı kapsamlı bir makalede, gece yeme sendromunun, obezite ile olan ilişkisi nedeniyle önemli olduğunu bildirmişler, GYS'nin prevalansının kilo artışı ile birlikte yükseldiği ve GYS tanısı almış olanların yaklaşık yarısının, hastalık başlamadan önce normal ağırlıkta olduğu bildirildiği ifade etmişlerdir (Milano ve ark. 2012).

Aronoff ve arkadaşları, obezitenin yada yüksek VKİ'nin GYS ile klinik ilişkili olduğunu ve sendromun klinik önemini gösterdiği ifade etmişler, GYS olan obez hastaların, olmayan obez hastalarla karşılaştırıldığı bu çalışmada, GYS olanların VKİ'lerinin anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur (Aronoff ve ark. 2001). Colles ve ark. normal kilolu ve obez hastalarda yaptıkları çalışmada, GYS ile VKİ artışı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit etmişlerdir. Yazarlar önceki çalışmalarda bu ilişkinin bulunmamış olmasının GYS'nin homojen popülasyonlarda ve dar kilo aralıklarında

araştırılmasından kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir (Colles ve ark. 2007). Psikiyatri hastalarında yapılan diğer bir çalışmada, bulgularımıza benzer şekilde, GYS olan hastaların VKİ ortalamaları GYS olmayanlarda anlamlı yüksek tespit edilmiştir (Lundgren ve ark. 2006).

Küçükgöncü ve arkadaşlarının majör depresyon ve anksiyete bozukluğu hastalarında yaptığı çalışmada, GYS grubunda VKİ ortalaması GYS olmayanlardan anlamlı olarak yüksek tespit edilmiş, diğer taraftan VKİ'ye göre hastaların kilo dağılımlarında, obez hastalar GYS grubunda daha fazla olsa da, anlamlı fark bulunmamıştır (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014).

Cengiz ve arkadaşlarının, psikiyatrik ayaktan hastalarda yaptığı çalışmada, hastaların %4.4'ü düşük ağırlıklı, %46.1'i normal kilolu, %32.3'ü kilolu ve %17.2'si obez olarak bulunmuş, GYA skorları ile VKİ arasında pozitif korelasyon tesbit edilmekle birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşamadığı bildirilmiştir ($p=0.059$) (Cengiz ve ark. 2011).

Çalışmamızda, GYS hastalarında bulduğumuz VKİ ve kilo ortalamasının GYS olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunması yukarıda anlatıldığı gibi literatürdeki pek çok çalışma ile uyumludur. GYS olanların VKİ ortalaması 33,9 ile obezite sınırından fazla ($VKİ>30$), grade 1 obezite ($VKİ<35$) ile uyumludur.

Obezitenin ikiüçlü bozukluğun kötü prognozuyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (Wildes ve ark. 2007). Obezitenin bir çok tıbbi komplikasyonu olduğu, morbidite ve mortaliteyi arttırdığı, yaşam kalitesini düşürdüğü bilinmektedir (Sach ve ark. 2007; Sullivan, 2008). Bu sebeplerle ikiüçlü bozukluk hastalarında GYS'nin eşlik etmesi, hastaların sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmüştür.

GYS tanısı alan hastalarda bel çevresi ortalamasının, olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla bulunmasını, literatürdeki çalışmalarda GYS ve bel çevresi ile ilgili bir açıklamaya rastlamadığımız için karşılaştırma imkanımız olmadı. Ancak bel çevresi ortalamasının, GYS hastalarında daha fazla bulunmuş olması, muhtemelen çalışmamızdaki GYS hastalarında VKİ ve kilo ortalamalarının da yüksek bulunması ile ilişkilidir. GYS tanısı alan hastalarda bel çevresi ortalamasının (103,8 cm) olarak hesaplanmış olup, bu değer Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin metabolik sendrom için önerdiği, hem kadınlarda (>80 cm), hem de erkeklerde (>94 cm) kullanılan değerlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. GYS tanısı koyulan

hastalarda metabolik sendromun diğer kriterleri bakımından dikkatli olunması hastalar açısından faydalı olacaktır. Literatürde GYS ve metabolik sendrom ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Hastalar bugüne kadar, çocukluk döneminde kendi normal kilosuna göre en az 5 kg veya yetişkinlikte kendi normal kilosuna göre en az 7.5 kg fazla kilosuna olması açısından sorgulandığında 45 (%80,4) hastada fazla kilo alımı olduğu, 11 (%19,6) hastada fazla kilo alımı olmadığı öğrenilmiştir. Fazla kilo aldığını ifade eden hastalarda, ilk defa fazla kilo alınan yaş ortalaması 24,82 ($\pm 8,28$) olarak hesaplanmıştır. GYS tanısı negatif hastalarda, ilk defa fazla kilo aldığı yaş ortalaması 22,74 ($\pm 7,11$), GYS tanısı pozitif hastalarda ise 32,10 ($\pm 8,29$) olarak hesaplanmış olup aradaki fark istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003<0,05$).

Çalışmamızda fazla kilo alımı olduğunu belirten 45 hasta, ilk defa fazla kilo aldıkları sıradaki yaşlarının, GYS olanlarda olmayanlara göre daha yüksek yaşlarda bulunması, fazla kilo almış olan hastaların bir kısmında bu duruma GYS'nin neden olduğunu düşündürmüştür. Bu düşüncemiz literatürdeki, gece yeme durumunun şiddeti ile vücut kitle indeksi arasında pozitif bir ilişki olduğu halde, obez olmayan kişilerde de GYS görülebilmesinin, GYS'nin kilo alımının öncülü olması ile ilişkili olduğunu öne süren araştırmalarla uyumlu gözükmemektedir (Marshall ve ark. 2004).

6.3. GYS'nin Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeğinde (YEDÖ) “yeme ile ilgili endişeler” alt grubu puan ortalaması ($P=0,017<0,05$), “beden şekli ile ilgili endişeler” alt grubu puan ortalaması ($P=0,003<0,05$), “kilo ile ilgili endişeler” ($P=0,014<0,05$) alt grubu ve YEDÖ “toplam puanı” ortalaması ($P=0,014<0,05$), GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre istatistiki açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. “Kısıtlama” alt grup puan ortalamasında ise anlamlı farklılık bulunmadı.

Araştırmamızda GYS tanısı alan hastalarda, VKİ ve kilo ortalaması tanı almayanlara göre istatistiki bakımdan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Bu sebeple YEDÖ toplam puanının ve alt gruplardan “yeme ile ilgili endişeler”, “beden şekli ile ilgili endişeler”, “kilo ile ilgili endişeler” alt grup puanlarının GYS tanısı alanlarda anlamlı olarak daha yüksek bulunması beklenen bir durumdur.

Runfola ve arkadaşlarının yaptığı, GYS'nin incelendiği ve YEDÖ'nün de kullanıldığı araştırmada, 1636 üniversite öğrencisinde GYS'nin sıklığı incelenmiş, YEDÖ toplam puanı ($p<001$) ve tüm altgrup puanlarında ($p<.001$) GYS tanısı alanların puan ortalamaları, GYS olmayanlara göre anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Runfola ve ark. 2014).

Runfola ve arkadaşlarının çalışmasında YEDÖ “kısıtlama” altgrubunda da anlamlı fark çıkarken, bizim çalışmamızda, “kısıtlama” altgrubu puan ortalamasında anlamlı farklılık bulunmamasının, örneklemimizi oluşturan ikiüçlü bozukluk hastalarında görülen dürtüsellik nedeniyle kısıtlama davranışlarının daha az görülmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Dürtüsellik ile ikiüçlü bozukluğun ilişkisi özellikle mani dönemleri için açıkça bilinmektedir. Çalışmamıza ötimik durumdaki ikiüçlü bozukluk hastaları alınmış olsa da, literatürde ötimik hasta grubunda yapılmış olan az sayıdaki çalışmada dürtüsellikle ilişkisi gösterilmiştir. Yine Güleç ve arkadaşlarının, ötimik durumdaki ikiüçlü bozukluk tanısı alan hastalarda yaptığı çalışmada dürtüsellik oranları yüksek bulunmuştur (Güleç ve ark. 2009). Swann ve arkadaşları ötimik durumdaki ikiüçlü bozukluk tip I hastalarında yaptıkları çalışmada, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-11) puanlarını kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla bulmuşlardır (Swann ve ark. 2001).

6.4. İkiüçlü Bozukluk Tedavisinde Kullanılan İlaçların GYS ile İlişkisi

Araştırmamızda bütün hastalar içinden, 56 (%88,9) hastanın duygudurum düzenleyici kullandığı, 46 (%73,0) hastanın atipik antipsikotik kullandığı, 10 (%15,9) hastanın anksiyolitik kullandığı 8 (%12,7) hastanın tipik antipsikotik aldığı, 7 (%11,1) hastanın antidepresan kullandığı bulunmuştur. Bir hasta birden fazla ilaç kullanabilmektedir. İştah üzerine belirgin etkisi olduğu bilinen atipik antipsikotikler dahil herhangi bir ilaç grubuyla GYS arasında ilişki tespit edilememiştir. (duygudurum düzenleyiciler $p=0,496<0,05$; tipik antipsikotikler $p=0,155<0,05$; atipik antipsikotikler $p=0,863<0,05$; antidepresanlar $p=0,734<0,05$; anksiyolitikler $p=0,933<0,05$)

Literatüre baktığımızda büyük hasta sayısı olan araştırmalarda bile farklı sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir. 2013 yılında yayınlanan bir araştırmada, şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısı olan, 153 fazla kilolu ve obez hastada GYS prevalansı

araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre GYS tanısı alan ve almayanlar arasında, tipik antipsikotik, atipik antipsikotik veya hem tipik antipsikotik hem de atipik antipsikotik kullanmak ile GYS arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Laura ve ark. 2013). Ancak 2006 yılında yapılan, iki ayrı psikiyatri polikliniğinden toplam 399 hastada GYS varlığının araştırıldığı bir başka araştırmada ise gece yeme sendromu olan hastaların, olmayanlara göre büyük bir oranda atipik antipsikotik ilaçlar kullandığı bulunmuştur ($p=0.04<0,05$) (Jennifer ve ark. 2006). 2011 yılında yayınlanan, Şişli Etfal hastanesinde yapılan bir çalışmada GYS tanısı koyulan hastalarda antipsikotik kullanımı, GYS tanısı koyulmayanlara göre daha sık gözükse de aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı bulunmadığı bildirilmiştir ($p=0.09$) (Cengiz ve ark. 2011). BRSHH'nde yapılan bir çalışmada ise antipsikotik kullanan hasta oranı GYS grubunda anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Küçükgöncü ve Beştepe, 2014).

Çalışmamızda ikiüçlü bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçlarla GYS'nin ilişkisi incelendiğinde, herhangi bir ilaç grubuyla GYS arasında ilişki tespit edilememiştir. Literatürdeki bazı çalışmalar sonuçlarımızı desteklerken, bazı çalışmalar tersi yönde bilgi vermektedir. İlaçların GYS üzerine etkilerinin daha net anlaşılması açısından ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Literatürdeki çelişkili bilgilere rağmen, bizim araştırmamızda ilaç kullanımı ile GYS arasında ilişki bulunmamasının asıl önemi GYS tanısı koyulan hastaların VKİ ortalamalarının, kilo ortalamalarının ve bel çevresi ortalamalarının, GYS tanısı koyulmayan hastalara göre anlamlı olarak fazla çıkması ve bunun GYS tanısı koyulanlarda atipik antipsikotik veya antidepresanlar gibi iştah ve kilo üzerine etkisi olduğu bilinen ilaçlara bağlı olmadığını düşündürmesi bakımından önemlidir. Kullanılan ilaçların iştah üzerine arttırıcı etkisi olabileceği düşünülse bile GYS tanı kriterleri arasında bulunan “Sabahları yeme isteğinde azalma olması ve/veya haftada 4 yada daha fazla kahvaltı yapılmayan gün olması” kriteri tüm hastalar içinden 25(%39,7) hastada karşılanıyorken, GYS tanısı koyulan 12 (%100) hastada bu kriter karşılanmış olması bu düşünceden uzaklaştırmıştır.

6.5. İkiüçlü Bozukluk Hastalarında Menstruel Özellikler ile GYS'nin İlişkisi

Çalışmaya katılan kadınlar doğum kontrol yolu kullanmaları bakımından incelenmiş olup, kullandıkları doğum kontrol yoluna göre, 32 (%86,5) kişi bilimsel olarak etkili herhangi bir yol kullanmıyor, 5'i (%13,5) ise bariyer yöntemleri kullanıyor olarak dağılmaktadır. Korunma yolu kullanan hastalar arasında, bariyer yöntemi dışında bir yol kullanan hasta bulunmamaktadır. Hastalar, hamilelik döneminde ikiüçlü bozukluğun genel seyri hakkında bilgilendirildi, etkili korunma yöntemleri hakkında kısaca bilgilendirildi ve ilgili hekime başvurmaları önerildi. Her ne kadar çalışmamızın konusu içinde yer almasa da etkili korunma yolları kullanan kadınların oldukça az oranda olması, bu konuda biz hekimlerin daha çok özen göstermesi gerektiğini bize düşündürdü.

Çalışmaya katılan kadınlarda, GYS tanısı alan ve almayanlar arasında, menstruel siklus düzenliliği, menapoz yaşı, menarş yaşı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamızda premenstruel sendrom (PMS) sorgulamadaki amacımız, hem ikiüçlü bozukluğun, hem PMS'nin, hem de GYS'nin döngüsel özelliklerinin bulunması nedeniyle aralarında bir ilişki olabileceğini düşünmemiz sebebiyledir. Çalışmamıza katılan kadın hastalar, PMS varlığı açısından sorgulandığında, 21'inde (%60,0) PMS olmadığı, 14'ünde (%40,0) PMS olduğu görülmüştür.

Simkin'in yayınladığı bir raporda, PMS'nin gerçek sıklığını bulmanın tanısallık güçlüğü nedeniyle zor olsa da farklı yöntemler kullanılarak yapılan epidemiyolojik çalışmalarda %6.5-%95 arasında değişen oranlar verildiğini, çalışmalardaki denek sayıları ve oranlar dikkate alındığında kadınlarda %30-40 arasında, bu tablonun görüldüğünü söylemenin gerçekçi olduğunu ifade etmiştir (Simkin, 1985). Çalışmamızda bulduğumuz %40 oranında premenstruel sendrom sıklığı literatürle uyumludur. Premenstruel sendrom tanısı olan kadın hastalarda, GYS eşlik edip etmemesine göre incelendiğinde gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Literatürde PMS ve GYS birlikteliği hakkında herhangi bir görüşe rastlanmadığı için sonucumuzla karşılaştırma yapılamadı.

6.6. Alkol, Madde ve Sigara Bağımlılığının GYS ile İlişkisi

Çalışmaya katılan hastaların 35'i (%55,6) sigara kullanıyor, 9'u (%14,3) düzenli alkol kullanıyor, 5 kişide (%7,9) madde kullanım öyküsü vardı. Sigara kullanma miktarı ortalaması 16,85 ($\pm$ 11,773) paket-yıl olarak hesaplandı. Madde kullanımı olan 5 kişiden, 1 kişi sadece esrar, 1 kişi sadece bonzai, 3 kişinin ise karışık madde kullanım öyküsü vardı.

Çalışmamızda, sigara, alkol veya madde kullanma açısından GYS incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yine sigara kullanım miktarı paket-yıl olarak hesaplandığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Literatürde nikotin ve madde bağımlılıklarının GYS tanılı hastalarda anlamlı olarak daha sık görüldüğünü bildiren alışmalar vardır (Lundgren ve ark. 2006; Saraçlı ve ark. 2015; Küçükgöncü ve Beştepe, 2014). Arslan ve arkadaşlarının yaptığı, çalışmada ise GYS tanısı konan ve konmayan gruplarda nikotin kullanımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada Türkiye’de alkol kullanım bozukluğu nikotin kullanımının aksine kültürel olarak yaygın olmadığı bu nedenle çalışma grubunda alkol kullanımı olan hasta sayısı istatistiksel analize olanak vermeyecek düzeyde düşük bulunduğundan dolayı bu sonuca ulaşıldığı öne sürülmüştür (Arslan ve ark. 2015).

Bizim sonuçlarımız Arslan ve arkadaşlarının buldukları ile uyumlu olup bu konuda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Literatürde GYS'nin, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bozukluğu olan hasta grubunda incelendiğı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, ikiüçlü bozukluk hastalarında GYS'nin sıklığını, ikiüçlü bozukluğun klinik özellikleri ile GYS'nin ilişkisini ve bu hasta grubunda GYS'nin obeziteye katkısı incelenmiştir.

- ✓ Çalışmamıza katılan ikiüçlü bozukluk hastaları arasında %19,04 oranında GYS eşlik ettiği bulundu. Tip I ve Tip II hastaları arasında GYS görülme sıklığı bakımından farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Cinsiyetler arasında farklılık bulunmadı ($p>0,05$). GYS olan hastaların yaş ortalamaları, olmayanlardan anlamlı olarak daha fazla bulundu ($p=0,047<0,05$).
- ✓ Hastalarda manik atak, hipomanik atak ve depresyon atağı görülme sıklığı, geçirilen atakların süresi, toplam atak sayısı açısından, kalıntı şikayetlerin varlığı, hastaneye yatış sayısı, atakların hızlı döngülü seyretmesi, ortalama GAF skoru gibi klinik seyir özellikleri bakımından, GYS eşlik etmesi yada etmemesi durumuna göre anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). GYS tanısı alan hastalarda ikiüçlü bozukluk ilk atak başlangıç yaşı, GYS tanısı almayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,50\leq 0,05$).
- ✓ GYS tanısı olan ikiüçlü bozukluk hastalarında; melankolik depresyon atağı geçirmiş olmaya anlamlı olarak daha fazla rastlandı ($p=0,016<0,05$). Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda, melankolik depresyon atağı geçirmiş olan hastalarda, GYS görülme riski 11,17 kat daha yüksek olarak bulundu ($p=0,041<0,05$).
- ✓ Atakların mevsimsel özellik göstermesi, ataklar sırasında psikotik semptom varlığı, katatoni görülmesi, karma özellik gösteren atak geçirmiş olmak, atipik depresyon atağı geçirmiş olmak, atakların peripartum başlaması, antidepresan kullanımı nedeniyle manik/hipomanik kayma olması gibi geçirilen ataklarının özellikleri bakımından GYS olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).
- ✓ GYS tanısı olan ikiüçlü bozukluk hastalarında, kilo ($p=0,005<0,05$), VKİ ($p=0,000<0,05$), bel çevresi ($p=0,009<0,05$), bugüne kadar sahip oldukları en yüksek kiloları ($p=0,008<0,05$) gibi obezite ile ilişkili özelliklerin ortalamaları, GYS olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulundu. Yapılan lojistik

regresyon analizi sonucunda, VKİ yüksek olan hastalarda GYS görülme riski 1,56 kat daha yüksek olarak bulundu ($p=0,026<0,05$).

- ✓ ”YEDÖ'de “yeme ile ilgili endişeler” altgrup puan ortalaması ($P=0,017<0,05$), “beden şekli ile ilgili endişeler” altgrup puan ortalaması ($P=0,003<0,05$), “kilo ile ilgili endişeler” altgrup puan ortalaması ($P=0,014<0,05$) ve YEDÖ “toplam puan” ortalaması ($P=0,014<0,05$), GYS tanısı alan hastalarda, tanı almayanlara göre istatistiki açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. “Kısıtlama” altgrup puan ortalamasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).
- ✓ GYS olan ve olmayan gruplar arasında, endokrin, kardiyak, nörolojik ve diğer tıbbi hastalık gruplarının eşlik etmesi bakımından anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Menstruel siklus ile ilişkili özellikler bakımından anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).
- ✓ GYS olan ve olmayan gruplar arasında, ruhsal travma öyküsü bulunması bakımından, sigara, alkol, madde kullanımı bakımından anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Araştırmamızın sonuçlarına göre, ikiüçlü bozukluk hastalarında GYS'nin oldukça sık birlikte görülebildiği ve GYS eşlik eden hastalarda obezite bulgularının daha sık görüldüğü bulunmuştur. GYS'nin ikiüçlü bozukluk klinik özellikleri bakımından belirgin bir etkisinin olmadığı gözükmemektedir.

Obezitenin, hastalarda çok çeşitli sağlık sorunlarına yol açtığı göz önünde bulundurulduğunda, ikiüçlü bozukluk hastalarında GYS eştanısı varlığına klinik açıdan önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın avantajları, kısıtlı yönleri ve ilerideki çalışmalara öneriler;

- ✓ Çalışmamız GYS'nin ikiüçlü bozuklukla birlikteliğini klinik özellikleri ile birlikte inceleyen literatürdeki ilk çalışmadır.
- ✓ Değerlendirilen hastalarla klinik görüşme yapılarak tanı koyulmuş olması sadece ölçekle yapılan çalışmalara göre çalışmamızın avantajlı yanıdır.
- ✓ Örneklemin genişliği görece olarak az olması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır. Daha geniş örnekleme çalışmak bulgularımızın gücünü arttıracaktır.
- ✓ Çalışmamızda kontrol grubu alınmaması kısıtlılıklar arasında sayılabilir. Kontrol

grubu ile klinik görüşme yapmak fiziksel imkanlar ve zaman açısından mümkün olmamıştır. Kontrol grubunun olması bulgularımızın gücünü arttıracaktır.

- ✓ Yöntemimiz kesitsel olduğu için ikiüçlü bozukluk klinik özelliklerini incelemek bakımından yeterli olmayabilir. İzlem çalışması yapılması durumunda klinik özellikler hakkında daha nitelikli bilgilere ve sonuçlara ulaşılabilir.



8. KAYNAKLAR

- Abood Z, Sharkey A, Webb M, Kelly A, Gill M. Are patients with ikiuçlu affective disorder socially disadvantaged? A comparison with a control group. *bipolar Disord* 2002;4(4):243-8
- Adami GF, Campostano A, Marinari GM, Ravera G, Scopinaro N. Night eating in obesity: A descriptive study. *Nutrition* 2002; 18:587-589
- Adami GF, Meneghelli A, Scopinaro N. Night eating and binge eating disorder in obese patients. *Int J Eat Disord* 1999;25:335-338
- Agargun MY, Kara H, Solmaz M. Sleep disturbances and suicidal behavior in patients with major depression. *J Clin Psychiatry* 1997;58:249-251
- Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N et al. Türkiye’de bipolar I bozukluğu hastalarının, sosyodemografik ve klinik özellikleri-HOME çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2012; 22:31-42.
- Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 1107-1115
- Allison KC, Lundgren JD, O’Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, Mitchell JE, Schenck CH, Howell MJ, Crow SJ, Engel S, Latzer Y, Tzischinsky O, Mahowald MW, Stunkard AJ. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 2010; 43:241-247
- Allison KC, Martino NS, O’Reardon JP, Stunkard AJ. CBT treatment for night eating syndrome: A pilot study. *Obes Res* 2005;13:A83-A84
- Allison KC, Wadden TA, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand C, Gibbons L, ve ark. Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *14(Suppl.2):77-82. Obesity* 2006

- Allison, David B.; Casey, Daniel E. , Antipsychotic-induced weight gain: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 62(Suppl7), 2001, 22-31.
- Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 445-57.
- Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord*, 1998, 50:143-151.
- Aronoff NJ, Geliebter A, Zammit G. Gender and body mass index as related to the night-eating syndrome in obese outpatients. *J Am Diet Assoc* 2001;1101:102–104.14
- Arslan, F. C., Tiryaki, A., Aykut, D. S., Özkorumak, E., İlter, Z. Ç., & Günaydın, D. Ağır Ruhsal Bozukluğu Olan Kilolu veya Obez Ayaktan Hasta Grubunda Gece Yeme Sendromu Yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2015;26
- Atasoy, N., Saracli, O., Konuk, N., Ankarali, H., Guriz, S., Akdemir, A., ve ark. The reliability and validity of Turkish version of The Night Eating Questionnaire in psychiatric outpatient population. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013. doi: 10.5455/apd.39829.
- Aydemir Ö, Eren I, Savaş H, Kalkan Oğuzhanoğlu N. ve ark ; Development of a questionnaire to assess inter-episode functioning in disorder: Disorder Functioning Questionnaire. *Türk Psikiyatri Derg* 2007; 18:344-352
- Aydemir Ö, Uluşahin A, Akdeniz F. İkiuçlu Bozukluk Sağaltım Kılavuzu, 1. Baskı. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2010.
- Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E. The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J Affect Disord* 2006; 96:215-223

- Bekker MH, van de Meerendonk C, Mollerus J. Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *Int J Eat Disord.* 2004;36:461-469.
- Benedetti F, Serretti A, Colombo C, Campori E, Barbini B, di Bella D, Smeraldi E. Influence of a functional polymorphism within the promoter of the serotonin transporter gene on the effects of total sleep deprivation in bipolar depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1450-1452
- Berry EM, Growdon JH, Wurtman JJ, Caballero B, Wurtman RJ. A balanced carbohydrate: protein diet in the management of Parkinson's disease. *Neurology* 1991; 41:1295 – 1297.
- Bilici M, Kesebir S, Özkorumak E. ve ark. ; Türkiye’de bipolar bozukluğun ele alınmasında pratik uygulamalar ve hasta özelliklerinin kesitsel incelenmesi *Anatolian Journal of Psychiatry* 2014; 15:304-312
- Bilici M, Bipolar Türkiye Çalışması Araştırma Grubu. Ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastalarda tedavi yaklaşımlarının ve hasta özelliklerinin değerlendirilmesi. 14. Bahar Sempozyumu, 2010; SB-16: 111
- Binbay T, Alptekin K, Elbi H, Zağlı N, Drukker M, Tanık FA et al. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Türk Psikiyatri Derg* 2012; 23:149-160
- Birketvedt G, Florholmen J, Sundsfjord J, ve ark. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA*; 1999, 282: 657-663.
- Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalance of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry*, 1992, 149: 227-234.
- Blair AJ, Lewis VJ, Booth DA. Does emotional eating interfere with success in attempts at weight control? *Appetite.* 1990;15:151-7.

- Blinder, BJ, Cumella EJ, Sanathara VA. Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients With Eating Disorders. *Psychosomatic Medicine*. 2006;68: 454-462.
- Caterson ID, Gill TP () Obesity: epidemiology and possible prevention. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2002,16: 595-610. Review
- Cengiz, Y., Toker, S. G., Oğuz Karamustafalıoğlu, K., Bakım, B., & Özçelik, B. Psikiyatrik Ayaktan Hasta Popülasyonunda Gece Yeme Sendromunun Yaygınlığı ve Diğer Psikiyatrik Bozukluklarla Birlikteliği. In *Yeni Symposium*, 2011, (Vol. 49, No. 2).
- Ceru-Bjork C, Andersson I, Rossner S. Night eating and nocturnal eating-two different or similar syndromes among obese patients? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:365-372
- Cerú-Björk C, Andersson I, Rössner S. Night eating and nocturnal eating-two different or similar syndromes among obese patients? *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25:365-372.
- Ceylan ME, Oral ET. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Duygudurum Bozuklukları.(4. Cilt.) (2001) 1. baskı. İstanbul: CSA Medikal Yayın
- Cheskin LJ, Bartlett SJ, Zayas R et al. Prescription medications: a modifiable contributor to obesity. *South Med J* 1999;92:898-904
- Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE. Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes (Lond)* 2007;31:1722-1730.
- Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG () The validity of the eating disorder examination and its subscales. *Br J Psychiatry*, 1989, 154:807–812. doi:10.1192/bjp.154.6.807
- David B. Allison, Janet L. Mentore, Moonseong Heo, Linda P. Chandler, Joseph C. Cappelleri, Ming C. Infante, and Peter J. Weiden, Antipsychotic-

Induced Weight Gain: A Comprehensive Research Synthesis ; American Journal of Psychiatry 1999 156:11, 1686-1696

- de Zwaan M, Müller A, Allison KC, Brähler E, Hilbert A. Prevalence and correlates of night eating in the German general population. PLoS One. 2014 May 14;9(5)
- de Zwaan M, Roerig D, Crosby R, Karaz S, Mitchell J. Nighttime eating: A descriptive study. Int J Eat Disord 2006; 39: 224–232.
- Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? Int J Eat Disord. 2007 Nov;40 Suppl:S83-8.
- Di Florio A, Craddock N, van den Bree M Alcohol misuse in bipolar disorder. A systematic review and meta-analysis of comorbidity rates. Eur Psychiatry. 2014 Mar;29(3):117-24.
- Doğanayşargil-Baysal GÖ, Gökmen Z, Akbaş H, Cinemre B, Metin Ö, Karaman T. Bipolar bozuklukta serum homosistein ve metiyonin düzeylerinin bilişsel işlevler ve işlevsellikle ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg 2013; 24:7-16.
- Emilien G, Maloteaux JM. Circadian system and sleep anomaly in depression Ir J Psych Med 1999; 16:18-23
- Erol A. Yeme Bozuklukları ve ikiçüklü Mizaç Bozuklukları Ek hastalığı Journal of Mood Disorders 2011;1(2):75-80
- Fairburn CG, Beglin SJ, Eating disorder examination questionnaire (6.0). In: Fairburn CG (ed) Cognitive behavior therapy and eating disorders. Guilford Press, New York, 2008, pp 309–313
- Fairburn CM, Harrison PJ. Eating disorders. Lancet. 2003;361:407–16.
- Fairburn, & G. T. Wilson (Eds.), Binge eating: Nature, assessment and treatment, New York: Guilford Press, 2002, pp. 317–360.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? The International Journal of Eating Disorders, 16, 363–70

- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed). In C. G.
- Fischer S, Meyer AH, Hermann E, Tuch A, Munsch S. Night eating syndrome in young adults: delineation from othereating disorders and clinical significance. *Psychiatry Res* 2012; 200:494-501
- Fogarty F, Russel JM, Newman SC () Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Mania. *Acta Psychiatr Scand*, 1994 ,376 (Suppl): 16-23
- Franko DL, Keel PK, Dorer DJ, Blais MA, Delinsky SS, Eddy KT, Charat V, Renn R, Herzog DB. What predicts suicide attempts in women with eating disorders? *Psychol Med* 2004;34:843-853.
- Friedman S, Even C, Thuile J, Rouillon F, Guelfi JD. Night eating syndrome and winter seasonal affective disorder. *Appetite* 2006; 47:119-122
- Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res* 2001; 9:264-267
- Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E Bipolar disorder. *Lancet*. 2015 Sep 17.
- Grilo CM, Masheb RM. Night-time eating in men and women with binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2004; 42: 397–407.
- Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Güleç MY, Zengin M et al. Bipolar bozuklukta dürtüsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:198-203.
- Gültekin BK, Günderci A, Balcı MV, Kökcü F, Gedikbaş C, Özcan ME. Duygudurum bozukluğu tanısı ile yatan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri: bir ön bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2008; 18:183-188
- Hajak G, Landgrebe M. Time and depression:when the internal clock does not work. *Medicographia* 2010; 32:146-151

- Hantouche EG, Akiskal HS, Azorin JM, Châtenet-Duchêne L, Lancrenon S. Clinical and psychometric characterization of depression in mixed mania: a report from the French National Cohort of 1090 manic patients. *J Affect Disord* 2006; 96:225-232
- Harris DS, Wolkowitz OM, Reus V. . Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry, BJ Sadock, VA Sadock, P Ruiz. 9.Edition, 2009 Lippincott Williams & Wilkins
- Harvey AG. Sleep and circadian functioning: Critical mechanisms in the mood disorders? *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7:1-23 Benedetti F, Serretti A, Colombo C, Campori E, Barbini B, di Bella D et al.
- Harvey AG. Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: seeking synchrony, harmony, and regulation. *Am J Psychiatry* 2008; 165:820-829
- Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from selfawareness. *Psychol Bull.* 1991;110:86-108.
- Holma KM, Haukka J, Suominen K,ve ark. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord.* 2014 Sep;16(6):652-61. doi: 10.1111/bdi.12195. Epub 2014 Mar 17.
- Howell MJ, Schenck CH, Crow SJ. A review of nighttime eating disorders. *Sleep Med Rev.* 2009; 13: 23-34.
- Hsu LK, Betancourt S, Sullivan SP. Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: a pilot study. *Int J Eat Disord* 1996;19:23-34.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC.The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry.* 2007 Feb 1;61(3):348-58.
- İbiloğlu AO, Çayköylü A. Bipolar-I, bipolar-II ve majör depresif bozuklukta ayrıışan sosyodemografik, klinik ve mizaç özellikleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2011; 22:159-165.

- Jarosz PA, Dobal MT, Wilson FL, Schram CA. Disordered eating and food cravings among urban obese African American women. *Eat Behav* 2007;8:374–381
- Jennifer D. Lundgren, Ph.D.Kelly C. Allison, Ph.D. Scott Crow, M.D. John P. O'Reardon, M.D. Kelly C. Berg, B.S. Juliette Galbraith, M.D. Nicole S. Martino, B.S. Albert J. Stunkard, M.D. Prevalence of the Night Eating Syndrome in a Psychiatric Population ; *Am J Psychiatry* 2006; 163:156–158
- Jones CR, Campbell SS, Zane SE, Cooper F, DeSano A, Murphy PJ et al. Familial advanced sleep-phase syndrome: a short period circadian rhythm variant in humans; *Nat Med* 1999; 5:1062-1065
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Coryell W, Maser J, Rice JA et al. The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? *J Affect Disord* 2003; 73:19-32.
- Kaplan & Sadock, *Klinik Psikiyatri El Kitabı*, (4. baskı) (2009) (Çev. Aydın H ve Bozkurt A), Güneş Tıp Kitapevileri
- Karadağ, H., Alışır, B., Örsel, S., & Türkçapar, H. Kleine-Levin Sendromu: bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 2010 13, 92-96.
- Keck PE, McElroy SL. Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy associated weight gain. *J Clin Psychiatry* 2003;64:1426-1435.
- Kendler KS. The diagnostic validity of melancholic major depression in a population-based sample of female twins. *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54:299-304
- Kesebir S, Şayakçı S, Süner Ö. Geç başlangıçlı olan ve olmayan bipolar bozukluk hastalarının karşılaştırılması. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2012; 25:244-251
- Kesebir S, Vahip S, Akdeniz F, Yüncü Z. Bipolar bozuklukta mizaç ile klinik özelliklerin ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:164-169

- Kessler RC, Akiskal HS, Angst J, Guyer M, Hirschfeld RM, Merikangas KR, Stang PE. Validity of the assessment of bipolar spectrum disorders in the WHO CIDI 3.0. *J Affect Disord* 2006; 96:259-269
- Kısa C, Yıldırım SG, Göka E. Ataklık ve Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16:46-54.
- Krüger S, Trevor Young L, Braunig P. Pharmacotherapy of bipolar mixed states. *Bipolar Disord* 2005; 7:205-215
- Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM ve ark. Increasing prevalence of overweight among US adults. The National Health and Nutrition Examination Surveys, 1960 to 1991. *JAMA*, 1994, 272: 205-211
- Kuruoğlu AÇ, Yeme bozukluğunda genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Dergisi*, 2000, 10:32-37.
- Küçükgöncü, S., & Beştepe, E. Majör Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu Hastalarında Gece Yeme Sendromu. *Nöropsikiyatri Arşivi* , 2014, 51, 368-375.
- Küçükgöncü S, Tek C, Beştepe E, Musket C, Gülöksüz S. Clinical features of night eating syndrome among depressed patients. *Eur Eat Disord Rev.* 2014;22(2):102–108
- Laura B. Palmese a, Joseph C. Ratliff a , Erin L. Reutenauer a , K. Melek Tonizzo b , Carlos M. Grilo a , Cenk Tek a Prevalence of night eating in obese individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder; *Compr Psychiatry*. 2013 Apr;54(3):276-81
- Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O'Reardon JP, Berg KC, Galbraith J, Martino NS, Stunkard AJ. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *Am J Psychiatry* 2006; 163:156-158
- Lundgren JD, Allison KC, O'Reardon JP, Stunkard AJ. A descriptive study of non-obese persons with night eating syndrome and a weight-matched comparison group. *Eat Behav.* 2008 Aug;9(3):343-51

- Lundgren JD, Newberg AB, Allison KC, Wintering NA, Ploessl K, Stunkard AJ. 123I-ADAM SPECT imaging of serotonin transporter binding in patients with night eating syndrome: a preliminary report. *Psychiatry Res* 2008; 162:214-220
- MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT, Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2003 Oct;5(5):349-55.
- Maina G, Salvi V, Vitalucci A et al. Prevalence and correlates of overweight in drug-naïve patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2008;110:149-155.
- Manni R, Ratti MT, Tartara A. Nocturnal eating: prevalence and features in 120 insomniac referrals. *Sleep* 1997; 20:734-738.
- Maria A, Quendo MD, Christine W, ve ark.. Suicidal behavior in bipolar mood disorder; clinical characteristics of attempters and nonattempters. *J Affect Disord* 2000; 59: 107-17
- Marshall HM, Allison KC, O'Reardon JP, Birketvedt G, Stunkard AJ. Night eating syndrome among nonobese persons. *Int J Eat Disord* 2004; 35:217-222
- McElroy SL, Akiskal HS. The mixed bipolar disorder, *J Affect Disord* 2000: 63-88.
- McCrone S, Dennis K, Tomoyasu N, Carroll J. A profile of early versus late onset of obesity in postmenopausal women. *J Womens Health Gend Based Med*. 2000;9:1007-13
- McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T ve ark. ; Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001 Mar;158(3):420-6.
- McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, Keck PE, Nolen WA, Kupka R, Post RM. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;128:191-8

- McElroy SL, Kotwal R, Keck PE Jr, Akiskal HS. Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord*. 2005;86:107-27.
- McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disorders*. 2006;8:686-695.
- McElroy SL. ve ark McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T ve ark. ; Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001 Mar;158(3):420-6.
- Milano W, De Rosa M, Milano L, Capasso A. Night eating syndrome: an overview. *J Pharm Pharmacol*. 2012 Jan;64
- Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual Diagnosis: a review of etiological theories; *Addict Behav*, 1998;23:717-734
- Napolitano MA, Head S, Babyak MA, Blumenthal JA. Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord* 2001; 30:193-203
- Nolan LJ, Geliebter A. Night eating is associated with emotional and external eating in college students. *Eat Behav*. 2012;13:202-6.
- O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night eating syndrome : diagnosis, epidemiology and management. *CNS Drugs* 2005;19:997-1008.
- Oral T. İkiüçlü Bozukluk. (2002.) İstanbul: CSA Medikal Yayın Ajansı; 441-503
- Orhan FO, Ozer UG, Ozer A, Altunoren O, Celik M, Karaaslan MF. Night eating syndrome among patients with depression. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2011;48:212-217.
- Orhan FÖ, Tuncel D. Gece Yeme Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1:132-154

- Özyıldırım I, Çakır S, Yazıcı O. Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 2010; 25:47-51
- Parker GB; Comorbidities in bipolar disorder: models and management. *Med J Aust.* 2010 Aug 16;193(4 Suppl):S18-20.
- Pearlstein T, Steiner M, Premenstrual dysphoric disorder: Burden of illness and treatment update. *J Psychiatry Neurosci*, 2008, 33:291-301.
- Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, Marangell LB, Zhang H, Wisniewski SR, Ketter TA, Miklowitz DJ, Otto MW, Gyulai L, Reilly-Harrington NA, Nierenberg AA, Sachs GS, Thase M. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *E. Am J Psychiatry.* 2006 Feb;163(2):217-24
- Perugi G, Toni C, Passino MCS, Akiskal KK, Kaprinis S, Akiskal HS. Bulimia nervosa in atypical depression: The mediating role of cyclothymic temperament. *Journal of Affective Disorders.* 2006;92:91-97.
- Ramacciotti CA, Paoli RA, Marcacci G ve ark. Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psyhiatry Res*, 2005, 2:165-170
- Rand CSW, Kuldau JM. Eating patterns in normal weight individuals: bulimia, restrained eating, and the night eating syndrome. *Int J Eat Disord* 1986; 5:75-84.
- Rand CSW, Macgregor MD, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among post-operative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord* 1997; 22:65-69
- Raymond SU, Leeder S, Greenberg HM. Obesity and cardiovascular disease in developing countries: a growing problem and an economic threat. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2006 9: 111-116

- Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, (13. baskı) (2015) Prof. Dr. M. Orhan Öztürk, Prof Dr N. Aylin Uluşahin, Ankara 2015
- Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (Beşinci Baskı) (2013), Köroğlu E. (çeviri editörü) Hekim Yayınları Birliği
- Runfolo CD, Allison KC, Hardy KK, Lock J, Peebles R. Prevalence and clinical significance of night eating syndrome in university students. J Adolesc Health. 2014 Jul;55(1):41-8.
- Sach TH, Barton GR, Doherty M ve ark. The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. Int J Obes (Lond), 2007, 31: 189-196
- Sachs GS, Thase ME, Otto MW, Bauer M, Miklowitz D, Wisniewski SR et al. Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). Biol Psychiatry, 2003; 53(11):1028-42.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2005) Mood disorders. Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry, Aydın H, Bozkurt A (ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- Saraçlı Ö, Atasoy N, Akdemir A ve ark, The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatry out patient population. Compr Psychiatry, 2015, 57:79-84
- Schulz P. Biological clocks and the practice of psychiatry. Dialogues Clin Neurosci; 2007,9:237-255
- Scott KM, Mc Gee Magnus A, Wells J ve ark. Obesity and mental disorders in the adult general population. J Psychosom Res, 2008, 64: 97-105
- Semerci CN. Obezite ve Genetik. Gülhane Tıp Dergisi, 2004, 46: 353-359
- Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel Yeme, Journal of Mood Disorders 2013;3(4): 171-8

- Shippee ND, Shah ND, Williams MD, Moriarty JP, Frye MA, Ziegenfuss JY. Differences in demographic composition and in work, social, and functional limitations among the populations with unipolar depression and bipolar disorder: results from a nationally representative sample. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9:90
- Simkin RJ, Premenstrual syndrome: Approaches to diagnosis and treatment. *Can Fam Physician*, 1985, 331:1959-1967
- Spaggiari MC, Granella F, Parrino L, Marchesi C, Melli I, Terzano MG. Nocturnal eating syndrome in adults. *Sleep* 1994;17:339-344
- Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Affenito S, Kraemer H. Night eating: Prevalence and demographic correlates. *Obesity* 2006; 14:139–147.
- Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E, Young L. Binge eating disorder and the night eating syndrome. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20:1-6.
- Stunkard AJ, Allison KC, Geliebter A, Lundgren JD, Gluck ME, O'Reardon JP. Development of criteria for a diagnosis: lessons from the night eating syndrome. *Compr Psychiatry* 2008; doi:10.1016/j.comppsy. 2008.09.013.
- Stunkard AJ, Allison KC, O'Reardon JP. The night eating syndrome: A progress report. *Appetite* 2005;45:182–186
- Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome: A pattern of food intake among certain obese patients. *Am J Med* 1955; 19: 78–86.
- Stunkard AJ. *Eating Disorders and Obesity A Comprehensive Handbook*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002
- Sullivan PW, V.H. Ghushchyan, Ben Joseph R () The impact of obesity on diabetes, hyperlipidemia and hypertension in the United States. *Qual Life Res*, 2008, 17: 1063-1071
- Swann AC, Anderson JC, Dougherty DM, Moeller FG. Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001; 101:195-197.

- Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, Bourke MP. Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *J Psychosom Res.* 1996;41:561-8.
- Thompson WK, Kupfer DJ, Fagiolini A, Scott JA, Frank E. Prevalence and clinical correlates of medical comorbidities in patients with bipolar I disorder: analysis of acute-phase data from a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry.* 2006 May;67(5):783-8.
- Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC. Risk factors for completed suicide in BPB. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 469-76
- Türkçapar, M. H. Melankolili Depresyon. *Klinik Psikiyatri* 2004;Ek 1:20-31
- Üstündağ MF, Kesebir S. İkiçüçlü bozuklukta içselleştirilmiş damgalanma: klinik özellikler, yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg* 2013; doi:10.5080/u7123.
- Valtonen H, Suominen K, Mantere O, ve ark. Suicidal ideation and attempts in bipolar I and II disorders. *J Clin Psychiatry.* 2005 Nov;66(11):1456-62.
- Van Cauter E, Leproult R, Kupfer DJ. Effects of gender and age on the levels and rhythmicity of plasma cortisol. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81:2468-2473
- Volkow ND, O'Brien CP. Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry.* 2007 May;164(5):708-10.
- Waller G, Matoba M. Emotional eating and eating psychopathology in nonclinical groups: a cross-cultural comparison of women in Japan and the United Kingdom. *Int J Eat Disord.* 1999;26:333-40
- Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A. Prevalence and correlates of eating disorder co-morbidity in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res.* 2008;161:51-58
- Wildes JE, Marcus MD, Fagiolini A, Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry,* 2007 ;48:516-521.

- Wirz-Justice A. Biological rhythms and depression: treatment opportunities. WPA Bulletin on Depression 2008; 12:5-8.
- Yazla E, İnanç L, Bilici M. İkiüçlü bozukluk manik dönemdeki hastalarda sosyodemografik özellikler, klinik belirtiler ve işlevsellik seviyesinin birbiriyle ilişkisi ve cinsiyete göre farklılıkları. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012; 25:221-229
- Yokogoshi H, Wurtman RJ. Meal composition and plasma amino acid ratios: effects of various proteins or carbohydrates, and of various protein concentrations. Metab Clin Exp 1986; 35:637– 642
- Yumuk VD, Hatemi H, Tarakci T ve ark. , High prevalence of obesity and diabetes mellitus in Konya, a central Anatolian city in Turkey. Diabetes Res Clin Pract, 2005, 70: 151-158.
- Yücel, B., Polat, A., İkiz, T., Duşgor, B. P., Elif Yavuz, A., & Sertel Berk, O.. The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents. *European Eating Disorders Review*. 2011, doi: 10.1002/erv.1104
- Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. (2. baskı), (2001) Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi
- Yüncü Z, Kesebir S, Akdeniz F, Vahip S. Anticipation in Bipolar Disorder: A Comparison Between Two Generations. Turk Psikiyatri Derg 2008; 19:349-357.

9. EKLER

- 9.1. Ek 1: Sosyodemografik veri formu
- 9.2. Ek 2: Gece Yeme Anketi
- 9.3. Ek 3: Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği
- 9.4. Ek 4: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



9.1. Ek 1. Sosyodemografik Veri Formu

1. Adı-Soyadı:

Dosya tarihi ve numarası:

Adres:

Telefon:

2. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Görüşmecisi:

3. Doğum tarihi (GG/AA/YY):

Doğum yeri:

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

5. Toplam öğrenim yılı:.....

6. Meslek:.....

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

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

9. Toplam hane geliri:

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

11. Sosyal destekler: 1.Var 2. Yok 3. Yetersiz

12. Sigara kullanımı 1. Hayır 2. Evet paket yıl

13. Alkol madde kullanımı

1. Kullanmıyorum

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

14. Madde kullanımı

1. Kullanmıyorum

2. Madde kullanıyorum

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

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

Miktar:.....

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

Miktar:.....

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

15. Aşağıda kodlanmış (kesinleşmiş olan) hastalıkları akrabalarındaki varlık durumlarına göre işaretleyiniz:

1.Bipolar Boz 2.M. Depresyon 3.Siklotimi 4.Distimi 5.Şizofreni

6.Panik boz 7.Yaygın Anksiyete Boz. 8. OKB 9. Fobi 10. PTSB

11.Alkol 12.Madde 13.İntihar 14. Anoreksia Ner. 15. Bulimia

16. Somatoform bozukluk 17.Diğer (.....)

1° akrabalar: Anne____,____ Baba____,____ Erkek kardeş____,____

Kız kardeş____,____ Oğlu____,____ Kızı____,____

2° akrabalar (_____ : _____) (_____ : _____) (_____ : _____) 16.
Eşlik eden tıbbi hastalık 1.Yok 2. Var (.....)

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

Panik Boz	Sosyal fobi	OKB	Yeme boz.
Psikoz	Hipokondriasis	Kişilik boz	PTSD
Alkol-madde	Diğer (.....)		

18. Bunların herhangi biri nedeniyle ilk tedavi yaşı:

19. Kötüye kullanım / Travma: 1. Var 2. Yok 3. Bilinmiyor (Var ise şiddet / tarih ve biçim belirtin)

	a. Cinsel	b. Fiziksel	c. Duygusal	d.Diğer
Türü				
Şiddet				
Tarih				

20. Çocukluk Öyküsü (DSM ölçütleri kullanınız ve kodlayınız) 1.Yetersiz bilgi 2.Yok 3. Eşikaltı 4.Var

1.ADHD 2. Öğrenme bozukluğu 3. Enüresis 4. Ayrılık Anks
5. Dürtü denetim boz 6. Diğer (.....)

21. Menstrel Siklus: gün 1. Düzenli 2. Düzensiz 3.Menapozda (yaşı:____) Menarş yaşı
Hastalık dönemleriyle ilişkisi 0. Yok 1. Var 2. Bilinmiyor
Premenstrüel Sendrom 0. Yok 1. Var 2. Bilinmiyor
Şu anki doğum kontrol yöntemi 0. Yok 1. OKS 2. Mekanik 3. Takvim

22. Endokrin: DM Hipotiroidi Hipertiroidi Cushing Diğer Tedavi:

23. Kardiyak: MI Kalp Yetmezliği Aritmi Diğer

24. Diğer: Tedavi:

25. Boy: Kilo: Bel Çevresi:

26. Bu güne kadarki en yüksek kilo (hamilelik dönemi dışında) : kg

27. Hiç çocukluk döneminde normalden en az 5 kg veya yetişkinlikte en az 7.5 kg fazla kilonuz oldu mu? (hamilelik dönemi dışında) 1. Evet ilk defa yaşında 2. Hayır

28. Yaklaşık kaç kez hasta olmadığınız halde 9-10 kg verip sonra tekrar aldınız?

1. Hiç 2. Bir yada iki kez 3. Üç yada dört kez 4. Beş veya üzeri

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

1. Evet ilk defa yaşında iken 2. Hayır

İLK EPİSOD

30. Başlangıç yılı:

31. Başlangıç yaşı:

32. İlk hastalık dönemi (episod):

1. Öforik mani 2. Karma episod 3. Hipomani
4. Depresyon 5. Distimiyle başlamış 6. Siklotimi
7. Ayırt edilemedi (Açıklayın)

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

34. Şiddeti (DSM-V) 1.Hafif 2.Orta 3.Şiddetli

35. Postpartum özellik: 0.Hayır 1.Evet 2.Yetersiz Bilgi

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

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

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

39. Atipik Dep belirtisi 0.Yok 1.Var 2.Yetersiz Bilgi

40. Düzelme: 0. Yok 1.Kendiliğinden

2. DDD ile(.....)

3. AP'le(.....)

4. AD'la(.....)

5. EKT

6. Kombinasyon (.....+.....+.....)

7. Diğer (.....)

KLİNİK SEYİR

(*Oran: %_ görülen yere var/yok oranı yazılmalı)

41. Bilgi: 0. Yok 1. Var (0 ise bundan sonraki soruları boş bırakınız)

42. Toplam episod sayısı: (0 ise bundan sonraki soruları yanıtlamayın)

43. Toplam hastaneye yatış:

44. Episod şiddeti ort. (DSM-V) 1. Hafif 2. Orta 3. Şiddetli Oran%
45. Episod sayısı: Mani Hipomani Depresyon
.....

46. İlk tedavi yaşı: Tedavi:

47. Şuanda aldığı sağaltım:

48. Toplam hastaneye yatış sayısı:

49. Ortalama episod süresi gün

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

51. Psikotik özellik 0. Yok 1. D. uyumlu 2. D. uyumsuz 3. 1+2

52. Katatonik özellik (DSM) 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

53. Melankolik özellik (DSM) 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

54. Atipik Depresyon belirtisi 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

55. Postpartum özellik: 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

56. Episodda yaşam olayı: 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

57. İntihar girişimi sayısı:

58. Episodlararası tam düzelme: 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

59. Kronik gidiş (2 yıl < episod): 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

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

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

62. AD ile M/m kayma 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi

63. Varsa AD /

64. Karma episod 0. Yok 1. Var 2. Yetersiz Bilgi
Oran%

65. Ort. GAF skoru:

9.2. Ek 2. Gece Yeme Anketi

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?

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

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

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

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

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

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

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

6. Son zamanlarda hüzünlü veya kederli hissediyor musunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

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

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

8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?

Hiç / bazen / zamanın yarısında / genelde / her zaman

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

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

Not: 9. soruda cevabınız hiçse burada durun

10. Gece uyanınca yeme isteği veya atıştırmanız oluyor mu?

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

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

Hiç / Çok az / Biraz / oldukça çok / Aşırı

12. Gece yarısı uyanınca hangi sıklıkta atıştırırsınız?

Hiç / bazen / zamanın yarısında / sıklıkla / her zaman

Not: 12'ye hiç dediyseniz burada durun

13. Gece yarısı atıştırdığınızda, yediğinizin ne kadar farkındasınız?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

14. Gece kalktığınızda yemenizi ne kadar kontrol edebiliyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Çok / Tamamen

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

15. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

16. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hiç Biraz Orta Önemli

ölçüde

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

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

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

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

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

9.4. Ek 4. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

1. Kabul etmeniz halinde katılacağınız “Affektif Bozukluklarda Gece Yeme Sendromu Sıklığı ve İlişkili Klinik Özellikler” adlı çalışma bir araştırmadır.
2. Bu çalışmada Affektif Bozukluklarda Gece Yeme Sendromu Sıklığının tespit edilmesi ve İlişkili Klinik Özelliklerin araştırılması amaçlanmaktadır.
3. Çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.
4. Bu çalışma esnasında ikiüçlü bozukluk tanılı hastalara psikiyatrik değerlendirmede kullanılan psikiyatrik ölçekler verilecektir.
5. Gönüllü olarak sizin araştırma ile ilgili herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır
6. Araştırmaya yönelik gönüllülerden SCID yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme formu, Bipolar bozukluklar için sosyodemografik veri formu (SKİP Türk), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için araştırma ölçütleri, Gece Yeme Anketi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon ölçeği, QWEP ölçeği, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, , Beck Depresyon ölçeği, Beck anksiyete ölçeği doldurmaları istenecektir. Çalışma süresince ölçekler yalnızca bir kez doldurulacaktır.
7. Bu araştırma sizin için herhangi bir risk içermemektedir. Size ait bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır.
8. Bu çalışma kısa dönemde size bir fayda ve klinik açıdan yönlendirme sağlamayacaktır. Ancak uzun dönemde gece yeme sendromunun daha iyi anlaşılabilmesi için oldukça önemlidir.
9. Bu çalışmada gönüllülere herhangi bir tedavi, alternatif tedavi uygulanmayacaktır.
10. Çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluğunuz yoktur. Bu çalışma sırasında size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, SGK’dan bir ücret alınmayacaktır.
11. Çalışmada tarafınıza, ulaşım veya yemek gibi masraflar için de bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmada gönüllü katılım esas alınmıştır.
12. Çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılmayı reddedebilirsiniz. Reddetmeniz halinde yararınıza engel ya da cezai bir durum ortaya çıkmayacaktır. Size uygulanan tedavide de herhangi bir değişiklik olmayacaktır.
13. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin gönüllü olur formunu imzalamanız ile orijinal tıbbi kayıtlara doğrudan erişebilecek, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır.
14. Çalışma esnasında gizlilik ilkesine bağlı kalınacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileri gizli kalacaktır. Ayrıca, kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar da gizli tutulacaktır.

15. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirileceği,
16. Araştırma hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir olay hakkında daha fazla bilgi almak için, 0212 414 30 00/21168 Dr. Onur Bilgiç'e ulaşabilirsiniz.
17. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Ancak, zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekildiğinizi önceden bildirmeniz uygun olacaktır.
18. Araştırmanın yaklaşık 6 ay kadar süreceği planlanmaktadır.
19. Bu araştırmada tahmini gönüllü sayısının 60 olması beklenmektedir.
20. Araştırmaya katılacak gönüllülerden biyolojik materyal alınmayacaktır.
21. *"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum."*
22. *"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu"* gönüllü olan sizin veya yasal temsilcinizin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermemektedir. Ayrıca araştırmacıyı, kurumu veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülükten kurtaracak hüküm veya ifade taşımamaktadır.
23. *"Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."*

Hasta/hasta yakını adı, soyadı	İmzası	Tarih

Açıklama yapan araştırmacının adı, soyadı	İmzası	Tarih

Tanık olan kişinin adı, soyadı	İmzası	Tarih

Yasal temsilci olan kişinin adı, soyadı	İmzası	Tarih