



**T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR  
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME  
BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMU GÖRÜLME  
SIKLIĞI; UYKU, DEPRESYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI  
TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Hafize Miray AYTAÇ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL / 2020**





**T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR  
HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME  
BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMU GÖRÜLME  
SIKLIĞI; UYKU, DEPRESYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI  
TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ**

**Dr. Hafize Miray AYTAÇ**

**Tez Danışmanı: Uzm. Dr. Nesrin Buket TOMRUK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**İSTANBUL / 2020**

## TEŞEKKÜR

*Sağladığı bilimsel çalışma ortamı nedeniyle hastanemiz Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a,*

*Asistan eğitimine verdiği önem ve disiplini ile bana çok şey kazandıran, desteğini ve anlayışını asla esirgemeyen, düzenli ve bilimsel bir çalışma ortamı yaratmak için her zaman özen gösteren, tecrübe ve birikimi ile bana yol gösteren klinik şefim ve tez danışmanım Uzm. Dr. Nesrin Büket TOMRUK'a,*

*Uzmanlık eğitimim ve tez sürecim boyunca katkılarını hiçbir zaman esirgemeyen, desteğini ve anlayışını her zaman hissettiren Uzm. Dr. Cenk VARLIK'a,*

*Rotasyonlarım boyunca tecrübelerinden faydalandığım hocalarım; Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Prof. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM, Doç. Dr. Münevver HACIOĞLU YILDIRIM, Doç. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Cüneyt EVREN, Doç. Dr. Ayhan KÖKSAL, Doç. Dr. Yavuz ALTUNKAYNAK, Doç. Dr. Caner MUTLU ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'e,*

*Asistanlığım boyunca beraber çalışma fırsatı bulduğum, ablalık ve abilik gördüğüm Doç. Dr. Armağan ÖZDEMİR, Uzm. Dr. Eren YILDIZHAN, Uzm. Dr. Cansu ÇAKIR ŞEN, Doç. Dr. Ali KEYVAN, Uzm. Dr. Abdulkadir Sencer TABAKÇI, Uzm. Dr. Funda KEÇELİ, Uzm. Dr. Meltem UZUNKAYA, Uzm. Dr. Tevfik KALELIOĞLU, Doç. Dr. Can GER, Uzm. Dr. Tuğba ÇIRAKOĞLU'na, tez sürecinde verdiği destekten dolayı psikoloji öğrencisi Begüm'Özgül'e*

*Beraber çalışmaktan keyif duyduğum bir kısmı artık eğitimini bitirip uzman olmuş, bir kısmı hala devam etmekte olan bütün 14. Psikiyatri asistanlarına,*

*Eğitim hayatım boyunca bana çok şey katan yollarımızın kesiştiği tüm BRSHH hemşirelerine, klinik ve poliklinik personellerine,*

*Çalışma disiplini ve üstün başarılarıyla her daim kendime örnek aldığım, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, ilgi ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, çok değerli abim Timur Selçuk AKPINAR'a,*

*Hayatım boyunca desteklerini asla esirgemeyen, varlıklarıyla güç kazandığım, bugünlere gelmem için sonsuz emek ve fedakarlıkta bulunan, başarımın asıl mimarları canım annem, babam ve kardeşlerime,*

*Varlığı ile en başından beri kendimi çok şanslı hissettiğim, hayatıma anlam ve güzellik katan; sonsuz sevgisi, desteği ve anlayışıyla her an yanımda olan sevgili eşim Eren AYTAÇ'a,*

*Varlığını hissettiğim günden beri bana mutluluk veren canımdan ötem kızım Elif Sare'ye,*

*Sonsuz teşekkürlerimle...*

Dr. Hafize Miray AYTAÇ

İstanbul, 2020

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

|                                                                            |      |
|----------------------------------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR .....                                                             | i    |
| İÇİNDEKİLER .....                                                          | ii   |
| SİMGELER ve KISALTMALAR .....                                              | v    |
| TABLO LİSTESİ .....                                                        | vi   |
| ÖZET.....                                                                  | vii  |
| ABSTRACT .....                                                             | viii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                                     | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                     | 4    |
| 2.1. Şizofreni.....                                                        | 4    |
| 2.1.1.Şizofreni Tanımı .....                                               | 4    |
| 2.1.2.Şizofreni Tarihçesi .....                                            | 4    |
| 2.1.3.Şizofreni Epidemiyolojisi .....                                      | 6    |
| 2.1.4.Şizofreni Etiyolojisi .....                                          | 7    |
| 2.1.5.Şizofreni Hastalığının Tanısı .....                                  | 10   |
| 2.1.6.Şizofreni Hastalığının Klinik Özellikleri, Gidiş ve Sonlanış .....   | 12   |
| 2.1.7.Şizofreni ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişki .....    | 13   |
| 2.1.7.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanımı .....                         | 14   |
| 2.1.7.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Klinik Özellikleri .....          | 14   |
| 2.1.7.3. DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu .....    | 15   |
| 2.1.7.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Epidemiyolojisi .....                | 16   |
| 2.1.7.5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Etiyolojisi .....                    | 17   |
| 2.1.7.6. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Şizofreni Arasındaki İlişki ..... | 18   |
| 2.1.7.7. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Depresyon İlişkisi.....           | 18   |
| 2.1.7.8. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Uyku İlişkisi .....               | 19   |
| 2.1.8.Şizofreni ve Gece Yeme Sendromu Arasındaki İlişki .....              | 19   |
| 2.1.8.1. Gece Yeme Sendromu Tanımı .....                                   | 20   |
| 2.1.8.2. Gece Yeme Sendromunun Klinik Özellikleri ve Ayırıcı Tanı .....    | 22   |

|                                                                            |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.8.3. Gece Yeme Sendromunun Epidemiyolojisi .....                       | 23        |
| 2.1.8.4. Gece Yeme Sendromunun Etiyolojisi .....                           | 24        |
| 2.1.8.5. Gece Yeme Sendromu ve Depresyon İlişkisi.....                     | 25        |
| 2.1.8.6. Gece Yeme Sendromu ve Uyku İlişkisi .....                         | 26        |
| 2.1.9.Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki.....         | 26        |
| 2.1.9.1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı .....                             | 27        |
| 2.1.9.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikleri.....               | 28        |
| 2.1.9.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi .....                 | 29        |
| 2.1.9.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojisi .....                     | 30        |
| 2.1.9.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Yeme Bozukluğu İlişkisi .....         | 31        |
| 2.1.9.6. Uyku ve Depresyon İlişkisi .....                                  | 32        |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....</b>                                         | <b>33</b> |
| 3.1. Çalışma Evreni ve Örneklemi .....                                     | 33        |
| 3.2. Uygulanan İşlem .....                                                 | 34        |
| 3.3. Çalışmada Kullanılacak Gereçler .....                                 | 35        |
| 3.3.1.Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu.....              | 35        |
| 3.3.2.Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) .....                      | 35        |
| 3.3.3.Gece Yeme Anketi (GYA).....                                          | 35        |
| 3.3.4.Yeme Tutumu Testi (YTT) .....                                        | 36        |
| 3.3.5.Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ).....                          | 36        |
| 3.3.6.Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ) .....                                 | 37        |
| 3.3.7.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ).....                          | 37        |
| 3.3.8.DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)..... | 38        |
| 3.4. İstatistiksel Analiz .....                                            | 38        |
| 3.5. Etik Konular .....                                                    | 39        |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                                                    | <b>40</b> |
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>                                                    | <b>59</b> |
| <b>6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI .....</b>                                  | <b>74</b> |
| <b>7. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>                                          | <b>75</b> |
| <b>8. KAYNAKLAR .....</b>                                                  | <b>77</b> |
| <b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>                                                   | <b>91</b> |

|                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>10. EKLER.....</b>                                           | <b>92</b> |
| EK 1 - Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu ..... | 92        |
| EK 2 - Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği.....                   | 94        |
| EK 3 - Gece Yeme Anketi (GYA) .....                             | 95        |
| EK 4 - Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ) .....                     | 97        |
| EK 5 - Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) .....             | 100       |
| EK 6 - Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ) .....             | 102       |
| EK 7 - Yeme Tutum Testi (YYT).....                              | 105       |
| EK 8 - Bilgilendirme ve Onam Formu.....                         | 107       |



## SIMGELER VE KISALTMALAR

|               |                                                          |
|---------------|----------------------------------------------------------|
| <b>BKİ</b>    | : Beden Kitle İndeksi                                    |
| <b>CDÖ</b>    | : Calgary Depresyon Ölçeği                               |
| <b>ÇÇT</b>    | : Çocukluk Çağı Travmaları                               |
| <b>ÇÇTÖ</b>   | : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği                        |
| <b>DM</b>     | : Diabetes Mellitus                                      |
| <b>DSM</b>    | : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  |
| <b>DSÖ</b>    | : Dünya Sağlık Örgütü                                    |
| <b>NIH</b>    | : National Institutes of Health                          |
| <b>ICD</b>    | : International Classification of Diseases               |
| <b>GYA</b>    | : Gece Yeme Anketi                                       |
| <b>GYS</b>    | : Gece Yeme Sendromu                                     |
| <b>HT</b>     | : Hipertansiyon                                          |
| <b>KED</b>    | : Klorpromazin Eşdeğer Doz                               |
| <b>PANSS</b>  | : Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği                      |
| <b>PUKÖ</b>   | : Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği                        |
| <b>SCID-5</b> | : DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme |
| <b>SPSS</b>   | : Statistical Package for the Social Sciences            |
| <b>TRSM</b>   | : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi                             |
| <b>TYB</b>    | : Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu                           |
| <b>YTT</b>    | : Yeme Tutumu Testi                                      |
| <b>WHO</b>    | : World Health Organization                              |

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa No

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 4.1:</b> Katılımcıların Demografik ve Klinik Verilerine Dair Frekans Dağılımları.                                                 | 41 |
| <b>Tablo 4.2:</b> Katılımcıların Klinik Özellikleri.....                                                                                   | 43 |
| <b>Tablo 4.3:</b> Katılımcıların İlaç Kullanımı Verileri .....                                                                             | 44 |
| <b>Tablo 4.4:</b> Katılımcıların Kullandığı Antipsikotik İlaçlar.....                                                                      | 45 |
| <b>Tablo 4.5:</b> Katılımcıların GYS, TYB, Çocukluk Çağı Travmaları ve Uyku Kalitesi ile Bağlantılı Verileri .....                         | 46 |
| <b>Tablo 4.6:</b> GYA, YTT ve PANSS, CDÖ, PUKÖ, ÇÇTÖ Arasındaki İlişki .....                                                               | 47 |
| <b>Tablo 4.7:</b> GYA, YTT, BKİ, Bel Çevresi, Yaş, KED, Toplam Antipsikotik Kullanım Süresi (Yıl) Arasındaki İlişki .....                  | 48 |
| <b>Tablo 4.8:</b> TYB Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Demografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması .....                      | 49 |
| <b>Tablo 4.9:</b> GYS Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Demografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması .....                      | 51 |
| <b>Tablo 4.10:</b> TYB Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasındaki Farmakoterapötik ve Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması ..... | 53 |
| <b>Tablo 4.11:</b> GYS Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasındaki Farmakoterapötik ve Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması ..... | 54 |
| <b>Tablo 4.12:</b> TYB Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması .....                              | 55 |
| <b>Tablo 4.13:</b> GYS Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması .....                              | 56 |
| <b>Tablo 4.14:</b> BKİ Değerlerini Yordamada Hastalık Süresi, PANSS, CDÖ, PKÖ, GYA, YTT ve ÇÇTÖ Etkinliği.....                             | 57 |
| <b>Tablo 4.15:</b> GYA Sonuçlarını Yordamada PUKÖ, CDÖ, YTT, PANSS ve ÇÇTÖ Etkinliği.....                                                  | 58 |

## ÖZET

### ŞİZOFRENİ HASTALARINDA TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU VE GECE YEME SENDROMU GÖRÜLME SIKLIĞI; UYKU, DEPRESYON VE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLE İLİŞKİSİ

Dr. Hafize Miray AYTAÇ

**AMAÇ:** Şizofreni hastalarında tıkinircasına yeme bozukluğu (TYB) ve gece yeme sendromu (GYS) görülme sıklığının sosyodemografik verilerle birlikte değerlendirilmesi; uyku, depresyon ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**GEREÇ ve YÖNTEM:** Çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ayaktan tedavi ünitelerinde DSM-5 tanı kriterlerine göre “Şizofreni” tanısı almış, en az 6 aydır remisyonda olan, 18-65 yaş arası, ardışık 208 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılara DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), yarı yapılandırılmış Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu, Pozitif ve Negatif Semptom Ölçeği (PANSS), Yeme Tutumu Testi (YTT), Gece Yeme Anketi (GYA), Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ), Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği (PUKÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan hastaların %17,8'sine (n:37) TYB tanısı, %20,7'sine (n:43) GYS tanısı konulmuş olup, %8,6'sında (n:18) GYS ve TYB tanısının birlikte bulunduğu tespit edilmiştir. Hastaların BKİ ortalaması 29,35±5,88 olup, yaklaşık %43'ünü obez ve morbid obez alt grupları oluşturmaktadır. GYS ve TYB tanısı alan hastalarda BKİ ortalaması ve bel çevresi anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. TYB tanısı alan hastalarda TYB tanısı almayanlara göre; GYS, depresyon, çocukluk çağı travma öyküsü (duygusal istismar) görülme oranları daha yüksek, uyku kalitesi daha düşük tespit edilmiştir. GYS tanısı alan hastalarda GYS tanısı almayanlara göre; sigara kullanım oranları, depresyon ve çocukluk çağı travma öyküsü (duygusal istismar) alt birimi ortalamaları daha yüksek, uyku kalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmada BKİ, çocukluk çağı travmaları (özellikle de duygusal istismar), depresyon düzeyi ve uyku kalitesinin hem GYS hem de TYB için belirleyici olduğu, sigara kullanımının da GYS açısından belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Yeme bozukluğu olan hastalarla olmayanlar arasında psikiyatrik ilaç kullanımı açısından anlamlı fark bulunamamıştır.

**SONUÇ:** Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şizofreni hastalarında GYS ve TYB'nin sık görülebileceği yönündedir. GYS ve TYB'nin şizofreni hastalarında fark edilmesi ve tedavi planlamasında göz önünde bulundurulması; hem primer psikopatolojinin daha etkin tedavisine hem de GYS ve TYB sonucu gelişebilecek obezite gibi yaşam kalitesini düşürücü etkenlerin önlenmesinde yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Şizofreni, Tıkinircasına Yeme Bozukluğu, Gece Yeme Sendromu, Uyku, Depresyon, Çocukluk Çağı Travmaları

**İletişim adresi:** mirayaytac23@gmail.com

## ABSTRACT

### FREQUENCY OF BINGE EATING DISORDER AND NIGHT EATING SYNDROME IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: RELATIONSHIP WITH SLEEP, DEPRESSION AND CHILDHOOD TRAUMA

Dr. Hafize Miray AYTAÇ

**Objective:** The aim of this study to evaluate the prevalence of binge eating disorder (BED) and night eating syndrome (NES) in patients with schizophrenia and investigation of the relationship with sociodemographic features, sleep, depression and childhood traumas.

**Method:** This study included 208 patients between 18-65 years of age, who were diagnosed with schizophrenia in remission for at least 6 months according to DSM 5 criteria at the outpatient treatment units of Prof. Dr. Mazhar Osman Bakirkoy Mental Health and Neurology Training and Research Hospital. Structured Clinical Interview for DSM 5 Disorders (SCID-I), Semi-Structured Sociodemographic and Clinic Data Form, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Eating Attitudes Test, Night Eating Questionnaire, Calgary Depression Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index and Childhood Trauma Questionnaire were applied to participants.

**Results:** While diagnosis of binge eating disorder was determined in 17,8% of patients (n:37), diagnosis of night eating syndrome was determined in 20,7% of patients (n:43). BED and NES were found together in 8,6% of the patients (n:18). The mean BMI of the patients was  $29.35 \pm 5.88$  and approximately 43% of the patients were either obese or morbid obese. The mean BMI and waist circumference were significantly higher in patients diagnosed with BED and NES. In patients diagnosed with BED; the rates of NES, depression, childhood trauma (emotional abuse) were found higher and sleep quality was found lower. In patients diagnosed with NES; the rates of smoking, depression, childhood trauma (emotional abuse) were found higher and sleep quality was found lower. In this study it was found that BMI, childhood traumas (especially emotional abuse), level of depression, and sleep quality were determinants for BED and NES. Smoking was a determinant for NES. There was no significant difference between patients with and without eating disorders in terms of medication use.

**Conclusion:** The results of our study show that; BED and NES are common in schizophrenia patients, noticing these eating disorders and considering them in treatment can help having more effective treatment of primary psychopathology. Also by taking them into consideration, factors that decrease the quality of life due to BES and NES (e.g., obesity) can be prevented.

**Keywords:** Schizophrenia, Binge Eating Disorder Night Eating Syndrome, Sleep, Depression, Childhood Trauma

**E-mail:** mirayaytac23@gmail.com

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Şizofreni, bireylerin düşünce, algı, duygulanım, davranış ve bilişsel işlevlerinde önemli bozukluklarla seyreden, henüz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, bireylerin mesleki ve toplumsal işlevselliklerini bozan, genellikle gençlik döneminde ortaya çıkan ruhsal bir hastalık olup; genel popülasyonun %1'ini etkilediği ve yaşam boyu prevalansının yüzde 0,6-1,9 arasında olduğu bildirilmektedir (1, 2).

Şizofreni; pozitif belirtiler (sanrılar, halüsinasyonlar ve gerçeği değerlendirmede bozulmalar), negatif belirtiler (sosyal geri çekilme, afektif küntlük, abuli, aloji, anhedoni, avolüsyon, apati), bilişsel belirtiler (hafıza ve dikkat ile ilgili zorluklar) ve afektif düzensizlikler olmak üzere çok çeşitli klinik belirtilerle karakterizedir (3,4). Psikiyatrik komorbiditeler, özellikle madde kötüye kullanımı, kaygı bozuklukları ve depresif bozukluk şizofreni hastalarında çok yaygındır (5). Bu komorbiditelere ek olarak; tip 2 diyabet, obezite, hipertansiyon ve dislipidemi gibi endokrin ve kardiyometabolik hastalıklar da şizofrenide artmış sıklıkta gözlenir (6). Şizofreni hastalarında genel popülasyona göre 2-3 kat artmış oranda diyabet hastalığı ve kardiyovasküler hastalıklar görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar şizofrenide önde gelen mortalite nedenlerindendir (7,8). Şizofrenide kardiyometabolik bozuklukların etiyolojisi multifaktöriyeldir; oksidatif stres artışı (9), genetik ve yaşam tarzı gibi risk faktörlerini ve ilaç yan etkilerini içerir (10). Şizofreni hastaları, artmış obezite ve kardiyovasküler hastalık prevalansı ile birlikte genel popülasyondan 10 ile 20 yıl arasında daha az bir yaşam beklentisine sahiptir (11,12). Bunun yanında genel popülasyonda olduğu gibi şizofreni hastalarında da yeme davranışı değişiklikleri ve yeme bozuklukları kardiyometabolik etiyolojinin belirlenmesinde önemli rol oynar (13). Yeme bozuklukları artmış fiziksel ve psiko-sosyal morbidite ve yüksek mortalite riski ile ilişkilendirilmiştir (14). Her ne kadar Eugen Bleuler 19. yüzyılda yeme bozukluklarını şizofreninin bir özelliği olarak tanımlasa da (15) şizofrenide yeme bozukluklarının etiyolojisi hala yeterince

anlaşılamamıştır (16,17). Duygudurum bozuklukları, stres, uyku bozukluğu, düşük sosyo-ekonomik düzey ve şizofreni hastalarının kullandığı psikotrop ilaçların yan etkileri gibi çeşitli faktörler yeme bozukluklarının yüksek prevalansını açıklayabilir (18). Şizofrenide yeme bozuklukları tipik yeme bozukluklarının tüm kriterlerini taşımayabilir, bu durum şizofreni hastalarında yeme bozukluklarını değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır (19). Şizofrenide yeme davranışı önemlidir; kilo alımı ve kardiyometabolik bozukluklar yeme bozuklukları ile yakından ilişkilidir (20). Yeme bozukluklarının yönetimi için egzersiz, diyet, psiko-davranışsal ve farmakolojik programları vurgulamak önemli olabilir (21). Yeme bozuklukları şizofreni hastalarında yaşam kalitesini düşürür ve birçok metabolik bozukluğun gelişiminde rol oynar. Bu nedenle şizofrenide düzensiz yeme davranışlarının taranması ve yönetimi için hastalar, aileler ve bakıcıları bilinçlendirilmelidir (22).

Bütün bu veriler değerlendirildiğinde dünyada hızla artan obezite insidansı ile birlikte yeme bozuklukları toplum sağlığı açısından önemli bir sorun haline gelmiştir. Psikotik hastalarda da yeme bozuklukları; obezite ve kardiyovasküler hastalıklara neden olarak morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır. Literatürde psikotik bozukluklarda yeme bozukluklarını değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Şizofreni tanılı hastalarda yeme bozukluklarının etyolojisine yönelik çalışmalar çok sınırlıdır. Çalışmamızda şizofreni hastalarında tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve gece yeme sendromu (GYS) görülme sıklığı; uyku, depresyon ve çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile ilişkisine dair verileri inceleyerek literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

#### Çalışmanın Hipotezleri:

1. Şizofrenide tıknırcasına yeme bozukluğu ve/veya gece yeme sendromunun yüksek oranda görülebileceği,
2. Şizofrenide tıknırcasına yeme bozukluğu ve/veya gece yeme sendromu saptanan grupta obezite insidansının belirgin oranda artacağı,
3. Şizofrenide tıknırcasına yeme bozukluğu ve/veya gece yeme sendromu saptanan grupta uyku kalitesinin daha düşük olacağı ,
4. Şizofrenide tıknırcasına yeme bozukluğu ve/veya gece yeme sendromu saptanan grupta depresif bozukluğun daha yüksek oranda görülebileceği,

5. Şizofrenide tıknırcasına yeme bozukluğu ve/veya gece yeme sendromu saptanan grupta çocukluk çağı travmalarının daha yüksek oranda görülebileceği hipotezlerimizdir.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. ŞİZOFRENİ**

#### **2.1.1. Şizofreni Tanımı**

Şizofreni, bireylerin algı, duygu, biliş, düşünme ve davranış alanlarını etkileyen, yıkıcı psikopatolojik etkilerle ve kronik seyreden, zaman içinde değişebilen, bireylerin sosyal kayıplar yaşamasına neden olan, kronik özellik gösteren nöropsikiyatrik bir hastalık ve klinik bir sendromdur (23).

#### **2.1.2. Şizofreni Tarihçesi**

Tarihte yer alan yazılı belgeler incelendiğinde şizofreninin klinik belirtileri ve bulgularının çok eski tarihlerde de var olduğunu gösteren belgelerin olduğu görülmektedir. M.Ö. 1400 yıllarından kalan Hint Veda yazılı belgelerinde; çıplak dolaşan, kendine bakımı ileri derecede azalmış, yaşamını boş bir biçimde sürdüren ya da dinle aşırı şekilde meşgul olan, kendisini Tanrı ya da Peygamber zanneden, tufana neden olmamak için işlemeyi reddeden, zehirleneceğinden korkan kişilerden bahsedilmektedir (24). Burada bahsedilen özellikler günümüzde şizofreni hastalarının klinik özellikleri ile karşılaştırıldığında ağır gidiş gösteren şizofreni tanılı bireylerde görülen klinik özellikler ile uyumludur.

M.Ö. 1500 yıllarına baktığımızda Hint Veda metinlerinde tanımlanan bu ifadeler, eski çağ Çince yapıtlarında, eski Yunan mitoloji metinlerinde, Tevrat ve Talmut gibi yazılı kaynaklarda da mevcuttur (24,25).

Ortaçağdan 18. yüzyıla kadar ruhsal ve zihinsel yönden problemlili olan bireyler şeytani varlıklar tarafından ele geçirilmiş, Tanrı'nın gazabına uğramış bireyler olarak değerlendirilmiş, toplumdan dışlanmış ve çeşitli cezalara (işkence, ölüm gibi) maruz bırakılmışlardır (4). 17. yüzyılda Thomas Willis şizofreni ile ilgili çalışmalarıyla önemli adımlar atmıştır. 1793 yılında Fransız Philippe Pinel (1745-

1826) bu özelliklere sahip bireylerin önemli bir bölümünü “düşünme yeteneğinin ortadan kalkması ya da bozulması (demans)” olarak tanımladığı bir sınıflamaya dahil etmiştir (26).

18. yüzyıl sonlarına kadar ruhsal ve zihinsel yönden sorunlu bireyler toplum üyeleri tarafından hem korkulan hem de eğlenceli olarak kabul edilen ve sirk gösterilerinde yer alan bireyler olmuşlardır. Bu dönem içerisinde İslamiyet’e inanan toplumlar ruhsal rahatsızlığı olan bireylere karşı hoşgörülü davranmış, Kudüs ve Bağdat’ta ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin tedavileri için hastaneler kurulmuştur (26).

1856 yılında “Démence précoce” terimini ilk kez Fransız ruh hekimi Benedict A. Morel kullanmıştır. 1871 yılında Ewald Hecker “Hebephrenie” terimini kullanmış ve şizofreni tanısı olan bireylere bizar davranışlar konusunda bilgi vermiştir (26).

1896 yılında Alman Ruh Hekimi Emil Kraepelin ise o güne kadar “dementia praecox, hebefreni ve katatoni” gibi ifadelerle tanımlanan durumları/sendromları betimleyici bir yaklaşımla ele almış ve 1899 yılında bu sendromlar için ifade edilen klinik özelliklerin “dementia praecox (erken bunama)” başlığı altında birleştirilmesi gerektiğini öne sürmüştür. “Dementia Praecox (erken bunama)” olarak tanımladığı temel klinik özellikleri ise sanrılar, varsanılar, düşüncenin yapısında bozulma, enkoherans, afektif küntlük, negativizm, stereotipler ve içgörü kaybı olarak ifade etmiştir (27). Daha sonra yapılan araştırmaların sonuçlarını takip eden Kraepelin çalışma sonuçlarına göre psikiyatrik hastalıkları, yıkım gösterenler (dementia praecox) ve yıkım göstermeyenler (manik-depresif psikoz) şeklinde iki gruba ayırmıştır. “Şizofreni” tanımını geniş kapsamlı yapan ilk psikiyatrist Kraepelin’dir ve “Dementia praecox”u katatonik, paranoid ve hebefrenik tip olmak üzere üç gruba ayırmıştır (26).

1911 yılında İsviçreli ruh hekimi Eugen Bleuler “Dementia Praecox ya da Şizofreniler Grubu” isimli bir kitap yayınlamıştır. Bu kitapta şizofreni hastalığının erken başlamasının ve bunama ile sonlanmasının gerekli olmadığını belirtmiş ve Yunanca aklın bölünmesi (splitting of the mind) anlamına gelen “şizofreni” kavramının bu hastalığın ismi olabileceğini ifade etmiştir. Bleuler şizofreni

hastalığının temel belirtileri olduğunu öne sürerek bu belirtileri 4 ana başlık altında toplamıştır ve bu belirtileri “4A Belirtisi” olarak ifade etmiştir. Bleuler’in 4A belirtisi; “Assosiyasyon Bozukluğu, Autizm (otizm), Ambivalans ve Affektif Bozukluk” şeklindedir. Bleuler’e göre şizofreni hastalığında 4A belirtisi “birincil”; sanrı, varsanı, katatoni ve motor bozukluklar gibi belirtiler ise “ikincil belirtiler” olarak ifade edilmiştir (26).

1930 yılında Alman Ruh Hekimi Kurt Schneider, şizofreni tanısını koymada belirleyici olduğunu düşündüğü temel semptomları tanımlamış olup, daha çok sanrı ve varsanılar üzerine yoğunlaşmıştır. Bu sanrı ve varsanıların ise düşünce çekilmesi, düşünce sokulması, kendisi hakkında konuşan sesler ve davranışlarını yorumlayan sesler, düşünce yayılması, düşüncenin, hareketin ve eylemin dış güçler tarafından kontrol edilmesi gibi belirtileri içerdiğini ifade etmiştir (4,26).

1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan DSM-I (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflamasında şizofreni tanı ölçütlerini oluşturmada Kurt Schneider’in belirttiği hastalık belirtileri etkili olmuştur ve şizofreni, şizofrenik reaksiyonlar şeklinde tanımlanmıştır. DSM-II sınıflamasında “reaksiyon” teriminin yerine şizofrenik bozukluklar tanımına yer verilmiştir. 1980 yılında yayınlanan DSM-III sınıflamasında şizofrenide içleme ve dışlama kriterleri tanımlanmış ve şizofreni hastalığının tanımlanmasında bu ilk resmi tanı sistemi olarak kabul edilmiştir. Daha sonra 1994 yılında DSM-IV sınıflaması yayımlanmış ve 2000 yılında DSM-IV sınıflamasında yapılan revizyon sonrasında; şizofreni ile ilgili tanımlar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar başlığı altında toplanmıştır. Günümüzde ise DSM-V sınıflamasında şizofreni hastalığının tanı ölçütleri yer almaktadır (24).

### **2.1.3. Şizofreni Epidemiyolojisi**

Psikiyatri kaynakları uzun yıllar boyunca şizofreni yaşam boyu yaygınlığını tüm toplumlarda görüme oranı %1 olarak vermiştir. Son on yılda yapılan araştırmalar şizofreni yaygınlığının toplumların özelliklerine göre geniş bir aralıkta dağılımı olduğunu göstermiştir (28).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre şizofreni sıklığı Avrupa ve Asya'da %0.85'tir. Türkiye'de kesitsel olarak yapılan epidemiyoloji araştırmalarında şizofreni prevalans ortalaması 8.9/1000 kişi olarak bulunmuştur (29). Erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralıkları en sık başlangıç yaş aralıklarıdır. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre 1.5 kat daha fazladır (30).

10 yaşından önce başlayan şizofreni hastalığının erken başlangıçlı olduğu ve 45 yaşından sonra ortaya çıkan şizofreninin geç başlangıçlı olduğu belirtilmekte olup, 10 yaş öncesi ve 45 yaş sonrası şizofreni tanısının nadiren ortaya çıktığı bildirilmektedir (1).

Şizofrenide bekar ve boşanmış olma en sık görülen medeni durumdur, yapılan bir çalışmada özellikle erkek hastalarda bekar ve boşanmış olanların oranı yüksek bulunmuştur (31).

Yapılan çalışmalarda ekonomik düzeyi düşük ailelerde şizofreni görülme sıklığının ekonomik düzeyi daha iyi olan ailelere göre 5 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ekonomik düzeyin düşük olmasının; doğumdan önceki dönemde yetersiz bakım, enfeksiyonlar ve sosyal destek azlığı gibi olumsuz koşullara neden olarak şizofreniye yatkınlık oluşturabileceği belirtilmiştir. Bir diğer görüş ise genetik yapısı ile şizofreniye yatkınlığı olan ailelerin bireylerinde şizofreninin kuşaklar boyunca yeti yitimi oluşturması ile alt sınıflara doğru bir kayma olabileceğidir (32).

#### **2.1.4. Şizofreni Etiyolojisi**

Şizofreniyle ilgili yapılan çalışmalarda hastalığın belirti kümelerinin hastadan hastaya değişiklikler göstermesi şizofreninin bir hastalıktan çok sendrom gibi değerlendirilmesine yol açmıştır. Genetik analizler, nöroradyoloji, nörokimya ve nöropatoloji çalışmalarından elde edilen verilerle şizofreni etiyolojisine dair çeşitli bilgiler elde edilmiştir (24). Aile, ikiz ve evlatlık çalışmaları, şizofreni hastalığının kalıtsal geçişli olduğunu göstermektedir. Yapılan ayrıntılı araştırma sonuçlarına göre şizofreninin ortaya çıkmasında genetik %81 ile temel role sahipken, çevre etkisinin ise yaklaşık % 11 olduğu bildirilmiştir (33). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının 1. derece yakınlarında şizofreninin genel popülasyona göre 10 kat daha

fazla görüldüğü bildirilmiştir. İkizlerle yapılan bir şizofreni konkordans çalışmasında monozigot ikizlerde % 41-60, dizigot ikizlerde % 0-28 konkordans oranı saptanmıştır (34). Geniş örneklemelerin kullanılarak yapılan bağlantı analizi haritalama çalışmalarıyla şizofreni ile nöroregülin-1, disbindin, prolin dehidrogenaz ve katekol Ometiltransferaz gen bölgeleri arasında ilişki bulunduğu gösterilmiş; ayrıca 1q, 2q, 5q, 6p, 8p, 10p, 13q, 15q, 18q, 22q kromozomlarında şizofreni aday bölgelerinin bulunduğu dair güçlü kanıtlar tespit edilmiştir (35). Şimdiye kadar şizofreni ile kesin nedensel bağlantısı olan bir gen tanımlanamamış olmakla birlikte genetik alanındaki gelişmeler, yeni yöntemler ve yapılan çalışmalar umut vericidir.

İntrauterin dönemde meydana gelen; hipoksi, asfiksi, toksemi, travmalar ve bu dönemde geçirilen enfeksiyonlar şizofreni riskini 1,3-2 kat artırmaktadır. Perinatal komplikasyon öyküsü olan şizofreni hastalarında, hastalığın başlangıç yaşının daha erken olduğu, komplikasyon şiddeti arttıkça bu yaşın daha erkene kaydığı, hastalığın daha kronik bir seyir gösterdiği ve negatif belirtilerin daha belirgin olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (36).

Nörogelişimsel modele göre nöronal gelişimin erken döneminde meydana gelen beyin hasarı, genetik ve epigenetik olaylar nöron gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu olumsuz etkilene; hücre çoğalması, hücre farklılaşması, hücre göçü, programlı hücre ölümü, sinaps oluşumu, sinaptik budanma aşamalarında görülmektedir. Beynin nörogelişimsel sürecinde meydana gelen bu defektler belli bir latent dönem sonrasında ergenlik veya genç erişkinlikte nöronal dopamin mekanizmalarının bozulmasına ve şizofreni tablosunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yine beyin gelişiminin erken dönemlerinde oluşan araknoid ve septal kistler, akuadukt daralması, korpus kallozum genişlemesi, normal beyin asimetrisinin tersine dönmesi gibi anomaliler de şizofreni hastalarında daha sık gözlenmektedir (37).

Nörodejeneratif teoriye göre ise; şizofrenide NMDA reseptör işlevlerinin düşüklüğü ve eksitotoksisite, piramidal nöronların gama-aminobütirik asit (GABA) tarafından inhibisyonunda azalma, dopamin reseptör duyarlılığında artış, antioksidan düzeneklerinde dejenerasyon oluşmaktadır (24).

Şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterler üzerinde durmakla birlikte dopamin şizofreni etiyolojisinde en fazla adı geçen nörotransmitterdir.. Son 40 yılda şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotiklerin D2 reseptörleri üzerinden etki göstermesi, şizofreni hastalarında yapılan post mortem incelemelerde beyinde D2 benzeri reseptörlerin yoğunluğunda artış görülmesi ve dopamini artıran amfetamin, kokain, levodopa, metilfenidat gibi maddelerin şizofreniye benzeri sendrom ortaya çıkarması üzerine dopamin varsayımı öne çıkmıştır. Mezolimbik yolakta bulunan dopaminerjik nöronlarının aşırı aktivasyonunun psikozun pozitif belirtileri olan sanrı ve varsanılarının oluşumunda rol oynadığı, negatif belirtiler ve bilişsel kayıpların da mezokortikal yolakta dopamin aktivitesindeki azalmaya bağlı olduğu kabul edilmektedir (38,39). Şizofrenide serotonin hipotezinde postsinaptik serotonin reseptörlerindeki duyarlılık artışının muhtemelen merkezi serotonin işlevindeki azalmayla ilişkili olduğu ve şizofreninin bir kısım belirtilerinden sorumlu olduğunu ileri sürülmüştür. Şizofreni hastalarında postmortem tetkiklerle serotonerjik nöronların birbirlerinden farklı yapı ve etkilerinin gösterilmesi; çeşitli reseptör alt tiplerinin ortaya konması, beynin bazı bölgelerinde serotoninin farklı yoğunlukta bulunması, sonuçları daha karmaşık bir hale getirmiştir (40). Serotonin sistemi beyinde yaygın dağılım gösteren sistemlerden birisidir. Rafe çekirdeklerindeki nöron gövdelerinden çıkan aksonlar bütün kortekse ve birçok subkortikal yapıya ulaşırlar. Araştırmalarda en sık tekrarlanan sonuç, özellikle negatif belirtili şizofreni hastalarında postsinaptik serotonin reseptörlerinde duyarlılık artışı ve buna bağlı serotonin etkinliğindeki artıştır (41).

Son yıllarda şizofreni etiyolojisinde en çok çalışılan nörotransmitterlerden birisi glutamat olmuştur. Bir glutamat antagonisti olan fensiklidinin, şizofreni benzeri akut psikotik semptomları ortaya çıkarması glutamat hiperaktivitesi ve hipoaktivitesi üzerine olan çalışmaların sayısını artırmıştır. Ayrıca glutamat aracılı nörotoksisitenin de şizofreni patofizyolojisinde rolü olduğu öne sürülmektedir. Genetik çalışmalar frontal NMDA reseptör işlev bozukluğuyla ilişkilendirilen nöroregulin, disbindin, G72 gibi moleküllerin genetik polimorfizmlerinin şizofreni riskini artırdığını göstermektedir (39,42).

Asetilkolin ve nikotinle ilgili çalışmalarda ise prefrontal korteks, hipokampus ve kaudat- putamende azalmış muskarinik ve nikotinerjik reseptörlerin saptanması; şizofrenide bozulmuş bilişsel işlevlerde bu nörotransmitterlerle bağlantılı düzenlemenin etkili olabileceği hipotezinin ortaya atılmasına yol açmıştır (43).

### 2.1.5. Şizofreni Hastalığının Tanısı

Şizofreni hastalığının tanısında yaygın olarak DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sınıflandırma sistemlerinin oluşturduğu tanı ölçütleri kullanılmaktadır (26). DSM-5 ve ICD-10 sınıflandırma sisteminde yer alan şizofreni tanı ölçütleri aşağıda belirtildiği gibidir.

#### *DSM-5 Şizofreni Tanı Ölçütleri*

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisi (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

- 1) Sanrılar
- 2) Varsanılar
- 3) Dezorganize konuşma (örneğin sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
- 4) İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı
- 5) Negatif (silik) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama)

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri zamanın önemli bir kesiminde iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

- C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az 6 ay sürer. Bu 6 aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve rezidüel (artakalan) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, prodromal ya da rezidüel evreleri sırasında, yalnızca negatif (silik) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki yada daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örneğin yargılanacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.
- D. Şizoaffektif (şizoduygulanımsal) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da ikiyeşli bozukluk dışlanır, çünkü ya açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör (yeğın) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır (ya da açık evre belirtilerinin olduğı sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve rezidüel dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur).
- E. Bu bozukluk, bir maddenin (örneğin kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğeri belirtilerin yanısıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur (44).

#### ***ICD-10 Şizofreni Tanı Ölçütleri (45)***

- A. Düşünce yankılanması, düşünce sokulması ya da çekilmesi ve düşünce yayımlanması. Kontrol edilme, etkilenme ya da edilgenlik sanrıları (beden hareketlerini, özel düşünceleri, eylemleri ya da duyuları etkileyen); sanrılı algılama

Hastanın davranışlarını yorumlayan ya da kendi aralarında hastayı tartışan işitme varsanıları ya da bedenin belli bölgesinden gelen varsanısal sesler.

Tümü ile olanak dışı, kültüre uygun olmayan, süreklilik gösteren başka sanrılar. Örneğin dinsel/siyasal kimliğe ya da insanüstü güç ve yeteneklere sahip olma (hava durumunu denetleme, başka dünyalardan yabancılarla iletişim kurabilme gibi)

B. Herhangi bir türden inatçı varsanılar, bu varsanılar duygulanımla uyum göstermeyen gelip geçici ya da aşırı yüklü fikirlerle birlikte olmalı; ya da haftalarca, aylarca kesintisiz olarak her gün bulunmalıdır.

Düşünce akışında kopma ve başka düşünce sokulmaları, bunun sonucu oluşan çağrışımlarda dağınıklık (enkoherans), uygunsuz konuşma ya da neolojizm.

Katatonik davranış, örneğin eksitasyon, bedeni belli bir pozisyonda tutma, balmumu esnekliği, negativizm, mutizm ve stupor. Negatif belirtiler, örneğin belirgin apati, konuşma azlığı, duygusal tepkilerde küntleşme ya da uygunsuzluk gibi; bu belirtiler genellikle sosyal çekilme ve sosyal performansın düşmesine yol açar; bu belirtiler depresyona ya da nöroleptik tedaviye bağlı değildir.

Şizofreni tanısı koyabilmek için:

A grubu belirtilerden en az 1 tanesi açıkça; eğer belirtiler açık değilse en az 2 tanesi ya da B grubu belirtilerden en az 2 tanesi; en az 1 aydır zamanın büyük kısmında sürmelidir.

#### **2.1.6. Şizofreni Hastalığının Klinik Özellikleri, Gidiş ve Sonlanış**

Şizofreni hastalığı çeşitli ruhsal belirti ve bulguların bir araya gelmesi ile oluşan, kronik seyreden zihinsel bir hastalıktır. Şizofreni için patognomonik bulgu bulunmamakla birlikte şizofreni hastalarında görülen belirtilerin başka bir psikiyatrik veya nörolojik hastalıkta görülebilme ihtimali yüksektir. Bu nedenle şizofreni hastalığının başlıca klinik özelliği olarak, ayırt edici nitelikteki belirti ve bulguların, bir aylık sürenin önemli bir kısmında bulunması ve bu ayırt edici belirti ve bulgulardan bir kısmının ise en az altı ay süreyle sürüyor olması gerekmektedir. Şizofreni hastalığında belirti ve bulgular açısından tipik bir başlangıç yoktur. Bazı hastalarda sosyal izolasyon, gerçeği değerlendirmede zorluk, iletişimde güçlükler ve düşünce içeriğinde fakirleşme gibi sinsi bir başlangıç; bazı hastalarda ise uygunsuz

gölmeler, garip davranışlar, kendi kendine konuşma, ajitasyon ya da obsesif kompulsif bulgular şeklinde gözlenebilmektedir (39).

Şizofrenideki klinik belirtileri; gerçeği değerlendirmede bozulma ile giden pozitif belirtiler, olağan işlevlerde azalma ile giden negatif belirtiler şeklinde 2 alt başlıkta toplayabiliriz. Pozitif belirtiler olağan işlevlerde aşırılık ya da çarpıklıklardan oluşmaktadır. Bu pozitif belirtiler sanrılar, halüsinasyonlar, konuşmada bozukluk ve davranış problemlerini içeren; toplum özelliklerine göre sapmalar ve aşırılıklarla giden; saldırgan, garip davranış ve görünüm şeklindedir. Olağan işlevlerin azalması ya da yeti yitimi şeklinde tanımlanan negatif belirtiler ise; duygusal tepkilerde azalma, aloji, avolasyon, toplumdan çekilme, arkadaş ve aileden kendisini soyutlama, cinsel ilgi ve etkinlikte azalma, enerji ve isteğin azalması şeklinde kendini göstermektedir (1,2,46).

Uzun süreli izlem çalışmalarında şizofreni hastalarının; %15-20'sinde tam iyileşme sağlandığı, %15' inin ilk psikoz atağı sonrası semptomatik kalarak yoğun tedaviye ihtiyaç duyduğu, yaklaşık %70'inin ise ilk epizodu kısmen atlatabildiğı ama eski işlevsellik düzeyine ulaşamadığı ve tedaviye yanıt verenler de dahil % 80'inin beş yıl içerisinde nüks yaşadığı gösterilmiştir (47).

Şizofreni hastalarında mortalite oranının genel popölasyona göre iki-dört kat fazla olduğu bulunmuştur. En sık rastlanan ölüm nedenleri arasında fiziksel hastalıklar (en sık neden), intihar ve kazalar gösterilir. Tüm şizofreni hastalarının %50'si intihar girişiminde bulunur ve % 10 ile 15'i intihar nedeniyle ölürler (47).

#### **2.1.7. Şizofreni ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Arasındaki İlişki**

Yeme bozuklukları temel olarak vücut ağırlığı ile aşırı ilgilenme ve yeme davranışlarında ciddi değişikliklerle seyreden hastalıkları kapsamakta olup, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa ve tıkınırcasına yeme bozukluğu bunların başında gelmektedir. Gece yeme sendromu, obezite ve ortoreksiya nervosa olarak tanımlanan yeme bozuklukları ise henüz resmi sınıflama sistemlerinde yer almamaktadır (48).

#### **2.1.7.1. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanımı**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tekrarlayan aşırı yeme nöbetleri ve bu nöbetler sırasında kontrolü kaybetme hissiyle gelişen, bulimiya nervozaya çok benzeyen ancak bulimiya nervozadan farklı olarak aşırı yemeyi telafi edici davranışların bulunmadığı yeme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ilk kez 1959 yılında Albert Stunkard tarafından ‘‘tıkınırcasına yeme, obez bireylerde görülen ve normal ölçülerin dışında kalan yeme alışkanlıklarından biri’’ şeklinde tanımlanmıştır (49). Ancak, 1994 yılında tanı kriterleri kitabında yerini alabilmiştir. DSM-4 tanılama sisteminde ‘‘başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları’’ içerisinde ele alınan tıkınırcasına yeme bozukluğu DSM-5 tanılama sisteminde ‘‘Beslenme ve Yeme Bozuklukları’’ bölümünde başlı başına bir yeme bozukluğu olarak kendi kriterlerine göre tanımlanmıştır (50).

#### **2.1.7.2. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve Klinik Özellikleri**

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, bireyin belirli bir zaman diliminde (örneğin 2 saatte) ve normal koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği çok daha hızlı bir şekilde tükettiği; fazla miktarda yemek yeme davranışını düzenleyemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranış örüntüsünün tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur. TYB’nin en çok karıştığı yeme bozukluğu olan bulimiya nervozadan (BN) temel farkı; tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri telafi etmek için, hastanın kendini kusmaya zorlaması, ishal yapıcı ya da idrar söktürücü ilaçlar kullanması, yemek yemeyi erteleterek kendini uzun süre aç bırakması yahut yorucu beden hareketleriyle metabolizmayı hızlandırması gibi tedbirlerin alınmamasıdır (51). Bu yeme ataklarının 3 ay boyunca haftada en az bir kez olması tıkınırcasına yeme bozukluğunda görülen önemli bir davranıştır ve tanılamada önemli bir veridir (50,52).

TYB’si bulunan kişiler fazla miktarda yemek yemeden utandıkları için genellikle yalnızken yemek yemeyi tercih ederler. TYB’li birey, belirgin bir sıkıntı hissi içerisinde değildir. Bu hastaların yaşadığı sıkıntı hissi, tıkınırcasına yeme atağı sırasında ve/veya sonrasında yaşanan olumsuz duyguların yanında, tıkınırcasına

yemeye bağılı olarak gelişen vücut ağırlığında ve biçimindeki değişikliklerle de ilişkilendirilir. Bu bireyler yemek yeme davranışlarından ya da kilolarından dolayı kendilerinden nefret etme, beden görünümülerinden hoşnutsuzluk ya da iğrenme, bedensel kaygılar ve kişiler arası ilişkilerde sıkıntı yaşayabilirler. Bu durum TYB’li bireylerin çalışma hayatını da olumsuz yönde etkileyebilir (53).

### **2.1.7.3. DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu**

DSM-IV sınıflama sisteminde “başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları” içerisinde ele alınan tıkınırcasına yeme bozukluğu, DSM-5 sınıflama sisteminde başlı başına bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmiş ve kendi kriterlerine göre tanımlanmıştır (50).

#### ***DSM-5’e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri***

- A. Tekrar tekrar görülen tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:
  - 1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla yiyeceği ayrı bir zaman diliminde (Örneğin; Herhangi bir iki saatlik sürede) yeme.
  - 2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı hissinin bulunması.
- B. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerin üçü (ya da daha fazlası) görülür:
  - 1. Alışılanın çok üstünde bir hızla yeme.
  - 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme.
  - 3. Açlık hissi duymuyorken aşırı miktarlarda yeme.
  - 4. Ne kadar yediğinden utandığı için yalnız yeme.
  - 5. Yeme sonrası kendinden tiksime, çökkünlük yaşama, suçluluk duyma.
- C. Tıkınırcasına yemeyle ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.
- D. Tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimia nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz telafi edici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme yalnızca bulimia nervoza ve anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmaz (50).

#### ***DSM-5'e göre Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Şiddeti***

- **Hafif:** Ortalama tıkınırcasına yemek haftada 1-3 kez.
- **Orta:** Ortalama aşırı yeme haftada 4-7 kez.
- **Şiddetli:** Ortalama tıkınırcasına yemek haftada 8-13 kez.
- **Aşırı:** Ortalama tıkınırcasına yemek haftada 14 kez veya daha fazladır (50).

#### **2.1.7.4. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Epidemiyolojisi**

Vardar ve ark. tarafından 2011 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada tıkınırcasına yeme bozukluğunun yetişkinlerde en sık karşılaşılan yeme bozukluğu olduğu gösterilmiştir (54). Yaşam boyu yaygınlığının ortalama % 0.9 (% 0.7- % 1) olduğu bildirilmektedir (55). Literatürde yer alan farklı yıllarda yapılmış çalışmalara baktığımızda; Kugu ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı çalışmada, üniversite öğrencilerinde tıkınırcasına yeme bozukluğu yaygınlığının %0.31 olduğu tespit edilmiştir (56). Vardar ve Erzengin'in 2011 yılında yaptıkları çalışmada tıkınırcasına yeme bozukluğunun % 0.99 ile en sık karşılaşılan yeme bozukluğu olduğu gözlenmiştir (54). Udo ve Grilo'nun 2018 yılında Amerikalı 36.309 yetişkin ile yaptıkları prevelans çalışmasında ise tıkınırcasına yeme bozukluğunun ömür boyu yaygınlığının % 0.05 olduğu bildirilmektedir (57).

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından tıkınırcasına yeme bozukluğunun başlangıç yaşı ortalama 25 olarak kabul edilmektedir (58). Kessler ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmada; tıkınırcasına yeme bozukluğu başlangıç yaşının 20'li yaşların ilk yıllarına rastladığı, kadınların yaşamları boyunca bu hastalığa yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (59). Hudson ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada tıkınırcasına yeme bozukluğunun kadınlardan görülme sıklığının erkeklere göre 1.75 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (60).

#### 2.1.7.5. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Etiyolojisi

TYB'nin etiyojisine dair bilgiler sınırlıdır. TYB'yi genetik açıdan ele alan çalışmalar mevcuttur. TYB'ye sahip olan ve olmayan aşırı kilolu/obez bireyler ve onların birinci dereceden akrabalarıyla yapılan bir çalışmada TYB'nin obeziteden bağımsız bir şekilde bazı ailelerde yoğun olarak bulunduğu tespit edilmiştir (61).

TYB'nin oluşumuna neden olan biyolojik süreçlerle ilgili yapılan çalışmalarda dopamin, opioid, ghrelin ve serotoninin etyolojide rolü olduğu ileri sürülmüştür (62). Beyindeki ödülle ilişkili bölgelerde dopamin, asetilkolin ya da opioid sistemlerinde meydana gelen değışikliklerin tıkınırcasına yemeyi arttırdığı belirtilmektedir (63).

Yeme davranışı çevresel, biyolojik, psikolojik ve genetik faktörlerle ilişkili; içten gelen sinyaller veya dışarıdan alınan uyarılar ile yönlendirilen, bilinçli farkındalığı olan ya da olmayan karmaşık bir davranıştır. Dürtüsellik; yapılan eylemlerin mutlak ya da olası sonuçları düşünülmeden ve geniş kapsamlı olarak ele alınmadan harekete geçmek olarak tanımlanmış bir kişilik özelliğidir. Dürtüsellik bir durumu ayrıntılı değerlendirmeden alınan kararlar ve yüksek riskli davranışlar ile ilişkilidir. Çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve bağımlılıkların yanı sıra yeme bozukluğu ve yiyecek bağımlılığının da belirleyici özelliklerinden birisi olarak kabul edilir (64). Dürtüsellüğün gıda alımındaki artış üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir sistematik derlemede; TYB'ye sahip aşırı kilolu ve obez kişilerde, TYB'ye sahip olmayanlara göre, dürtüsel davranışların ve ödül duyarlılığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (65). Ayrıca, TYB'li bireylerde bir sonraki yemek alımı için en iyi yordayıcının dürtüsellik özelliğİ olduğu ve dürtü kontrol sorunlarının TYB'li bireylerde diğeri yeme bozukluklarına sahip kişilere göre daha yaygın olduğu saptanmıştır (64).

Tıkınırcasına yeme ve telafi davranışlarının nedenlerine dair yapılan bir çalışmada; bu davranışların başkalarına ihtiyacını iletme, sosyal etkileşimlerden kaçınma, olumsuz duyguları azaltma, olumlu duyguları artırma gibi insanların emosyonel durumlarını düzenlediğı gösterilmiştir (66).

Hilbert ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada ciddi çocukluk çağı obezitesinin ve ailede aşırı miktarda yeme davranışının varlığı, ebeveyn yokluğu ya da kaybı, aile bütünlüğünün bozulmuş olması gibi durumların yetişkinlikte tıknırcasına yeme bozukluğu gelişme riskini yordadığı tespit edilmiştir (67).

#### **2.1.7.6. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ve Şizofreni Arasındaki İlişki**

Yeme bozukluğu tanısı bulunan hastalarda geçici psikotik atakların görülme sıklığı % 10 - % 15 aralığında olup, bu hastalığın şizofreniye dönme olasılığı % 3- % 10'dur (60,68). Şizofreni ve tıknırcasına yeme bozukluğunda genetik faktörlerin etkili olduğu ve bu genetik faktörlerden bazılarının her iki hastalıkta da ortak olduğu bildirilmektedir. Tıknırcasına yeme bozukluğu ve şizofreni arasındaki ortak genetik faktörlerin, şizofreni hastalarında daha yüksek metabolik sendrom oranlarını açıklayabileceği düşünülmektedir (69). Tıknırcasına yeme bozukluğunun klinik özelliklerine baktığımızda fazla kalori alımına rağmen hastanın kilo kontrolüne yönelik bir davranışı bulunmamaktadır ve çoğu hastanın obez olduğu görülmektedir. Ramacciotti ve arkadaşlarının 2004 yılında aşırı kilolu ya da obez olarak belirlenen 31 şizofreni hastasıyla yaptıkları çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu semptomları değerlendirilmiş olup; 5 hastanın tıknırcasına yeme bozukluğu kriterlerini karşıladığı ve bu 5 hastanın 3'ünde atipik antipsikotiklerle tedavi sonrası semptomların başladığı gözlenmiştir (70).

#### **2.1.7.7. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ve Depresyon İlişkisi**

Yapılan birçok çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğunda depresyon görülme oranı normal popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur (60,71,72). Hudson ve arkadaşlarının 2007 yılında yaptıkları çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin %32.3'sinde; eşikaltı tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan bireylerin ise %17,7'sinde ek tanı olarak depresyon tanısının bulunduğu gözlenmiştir (60). Grilo ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğunun komorbid anksiyete, duygudurum bozuklukları ve etnik köken ile ilişkisine bakılmış; hayat boyu major depresyon görülme oranının %43.7 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (71). Sheehan ve Herman'ın 2015 yılında

yaptıkları çalışmada ise tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastalarda major depresyon ve intihar düşüncesi görülme riskinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (72).

Tıknırcasına yeme atağının; beyinde geçici olarak serotoninini arttırdığı; böylece depresyon belirtilerinin hafiflediği ve depresyonlu bireyler için bir self-medikasyon yöntemi olabileceği düşünülmektedir (73).

#### **2.1.7.8. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ve Uyku İlişkisi**

Yeme ve uyku davranışları yaşamsal faaliyetlerin sürdürülmesinde çok önemli bir yere sahiptir. Bu davranışların düzensizliği bireylerde sıkıntı hissine, ruh ve beden sağlığı açısından olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda uykusuzluk ve yeme bozukluğu arasında çift yönlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Ancak, tıknırcasına yeme bozukluğu ve uyku ilişkisi hakkında literatürde yeterli veri bulunmamaktadır (74).

Vardar ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları çalışmada tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı olan ve olmayan, obez sınıfına giren ve girmeyen hastaların uyku kalitesini incelemek için Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'ni (PUKÖ) kullanmışlardır. Çalışmanın sonucunda obezite ve tıknırcasına yeme bozukluğu birlikte bulunan hastalarda diğer gruplara göre (tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan, obez veya normal kilolu bireylerin bulunduğu) uyku kalitesinin daha düşük olduğu saptanmıştır (75).

Lombardo ve arkadaşlarının 2015 yılında İtalya'da bir tedavi merkezinde yeme bozukluğu ile takip edilen 562 hasta ile yaptıkları çalışmada; 6 ay takip sonrası, uyku kalitesi düşük olan hastaların yeme bozukluğu açısından tedavi başarısının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve yeme bozukluğu tedavisinde uyku bozukluklularının da ayrıca değerlendirilmesi önerilmiştir (76).

#### **2.1.8. Şizofreni ve Gece Yeme Sendromu Arasındaki İlişki**

Şizofreni tanısı almış bireylerde yaygın görülen uyku bozuklukları bireylerin gıda alım zamanını etkilemektedir. Gece geç saatlerde olan gıda alımının hormonal

düzenlemeyi olumsuz etkilemesinin yanında; metabolik bozukluklara, kardiyovasküler hastalıklara ve obeziteye yol açtığı savunulmaktadır (77).

Lundgren ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada çeşitli psikiyatrik hastalık tanılarıyla polikliniğe başvuran 205 hastanın % 12'sinin gece yeme sendromu kriterlerini karşıladığı tespit edilirken (78); aynı araştırmacıların 2010 yılında şizofreni ve bipolar bozukluğu olan 68 obez hasta üzerinde yaptıkları çalışmada gece yeme sendromu prevalansının yaklaşık % 25 olduğu gözlenmiştir (18). Palmese ve arkadaşlarının 2011 yılında şizofreni tanısı almış 175 ayaktan hasta üzerinde yaptıkları çalışmada gece yeme sendromunun prevalansı % 8 bulunmuş ve PUKÖ'ye göre bu durumun yüksek oranda insomnia ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (79). Yine Palmese ve arkadaşlarının 2013 yılında şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanısı olan bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada örneklem grubunun % 12'sinin gece yeme sendromu kriterlerini tamamen karşıladığı, % 10'unun ise kısmen karşıladığı gözlenmiştir (80). Kouidrat ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları bir meta-analizde şizofreni hastalarında gece yeme sendromu ve tıknırcasına yeme bozukluğunun görülme sıklığının ortalama %5 ile %20 arasında olduğu ve normal popülasyona göre 5 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (20).

#### **2.1.8.1. Gece Yeme Sendromu Tanımı**

Gece Yeme Sendromu (GYS) ilk defa 1955 yılında, aşırı kilo alımı ve obezite sebeplerinden biri olarak, Stunkard ve arkadaşları tarafından tanımlanmış; sabahları anoreksi, akşamları hiperfaji ve insomnia ile karakterize bir sendrom olarak açıklanmıştır. Stunkard ve arkadaşları aynı makalede, YYS'nin kilo alımı ve stresli yaşam dönemleri ile 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 kalorinin en az %25'inin akşam yemeğinden sonra alınması ve haftada 3 veya daha fazla gece “insomnia veya uykusuzluk” olması şeklinde tanımlanmıştır (81). Uzun yıllar üzerinde durulmayan bu sendrom 1990'lı yıllarda obezitenin giderek artan bir sorun olmaya başlaması ile bazı araştırmacıların dikkatini çekmiş ve başta obezite hastaları olmak üzere, normal kilolu kişilerde ve

psikiyatri hastalarında gece yeme sendromu üzerine çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (82).

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 (83). Birkedvedt ve arkadaşları GYS tanı ölçütlerine; gece uykudan uyanarak yapılan yeme davranışında kişinin bu durumun bilincinde olduğunu eklemiş ve akşam yemeğinden sonra gıda alımı düzeyinin günlük %50’den fazla olması gerektiğini belirtmişlerdir (84).

Tanı ölçütlerindeki farklılıklar nedeniyle çalışmalarda karşılaştırma yapabilmek zorlaşmıştır. Bu karışıklığı önlemek ve tanı tutarlılığını sağlamak amacıyla 2010 yılında Uluslararası Gece Yeme Sendromu Çalışma Grubu tarafından GYS tanı ölçütleri önerilmiştir (85). GYS, DSM-5 sınıflandırma sisteminde “Diğer Belirtilen Beslenme ve Yeme Bozuklukları” içerisinde “Gece Yemek Yeme Bozukluğu” adıyla yer almış ve son güncel tanımlaması da bu tanımlama olmuştur (50).

#### ***DSM-5 Gece Yemek Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (50):***

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

### 2.1.8.2. Gece Yeme Sendromunun Klinik Özellikleri ve Ayırıcı Tanı

GYS'de yeme ve uykunun biyolojik ritimleri birbirinden ayrılmıştır. Gün içinde enerji alımında gecikme meydana gelir. Bunun sonucunda bireylerin 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 (86-88).

Hastalık, akşam ve gece yarısı gıda alımının anormal derecede artışı, günlük gıda alımının en az %25'inin akşam yemeğinden sonra olması, haftada en az 2 kez gece uyanıp yemek yeme atağıyla karakterizedir (85). Bireylerin farkındalığı vardır ve olayları hatırlarlar. Bireylerin günlük enerji alım miktarında gecikme söz konusu olup, sabah yemeleri daha az, akşam ve gece yemeleri daha fazladır. Bu bireyler akşam ve gece geç saatlerde yemek yemeden hoşnut değildirler ve bu nedenle gerginlik, suçluluk, utanma duyarlar. Uykuya dalmakta ve uykuyu devam ettirmede güçlük çekerler (89).

Rogers ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada gece yeme sendromunun, uykunun Non-REM evresinde ortaya çıkma eğiliminde olduğu belirtilmekte ve düşük uyku kalitesiyle ilişkili olduğu savunulmaktadır (90).

Stresör faktörlerin GYS'deki alevlenmelerde yaygın olarak gözlemlendiği bildirilmiştir. Çoğunlukla GYS'nin hastaların stresli dönemlerinde başladığı ve gece yemesi olanlarda da stres düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (84).

GYS'nin yeme ve uykuya ilişkili diğer bozukluklardan ayırt edilmesi önemlidir. GYS ve diğer yeme bozuklukları (özellikle de TYB) arasında çakışan bazı semptomlar vardır. Hastaların yaklaşık %15-20'sinde GYS ve TYB birlikte görülür. GYS ve TYB arasında sadece günlük alınan toplam kalori miktarı ve yeme sırasındaki kontrol kaybı hissine bakılarak ayırım yapmak zor olabilir. Bu iki bozukluğun; her bir atak sırasında yenilen yiyecek miktarı, yeme motivasyonu, kilo düzeyi ve vücut şekliyle ilgili duyulan kaygıya göre daha iyi ayırt edilebileceği belirtilmiştir. GYS'de daha çok gıda alımının zamanlaması farklıdır, TYB'de ise alınan gıda miktarı farklıdır (91). Tıkınırcasına yeme bozukluğu düzenli telafi edici davranışlar olmadan bireyin yeme davranışı üzerinde kontrol kaybı yaşadığı aşırı yeme davranışlarıyla karakterize bir yeme bozukluğu sendromudur (51). İki yeme

bozukluğu arasındaki farklara bakacak olursak; GYS'de daha fazla sıklıkta gece uyanmaları vardır ve uyanmalar sırasında yenilen yiyecek miktarı TYB'ye göre daha azdır. Allison ve ark.'nın 2005 yılında yaptıkları çalışmada TYB ve GYS tanılarının ortak özelliğinin hiperfaji olduğu belirtilmektedir ve hiperfaji atakları sırasında sindirilen gıda miktarlarının farklı olduğu tespit edilmiştir (107). TYB'de dış görünüş ve kilo artışı ile ilgili endişelenme GYS'ye göre daha fazladır (92). İki yeme bozukluğun ortak yönleri ise her iki bozuklukta da eksen I hastalıkların yüksek oranda görülmesidir ve her ikisi de negatif duygulanım sonucu ortaya çıkar (93). İsveç'te ikizler üzerinde yapılan bir çalışmada tıknırcasına yeme ve gece yeme davranışlarının 0.67 genetik korelasyon ile örtüştüğü bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda bu bozuklukların benzer genetik etkiye sahip olduğu ancak farklı yapılar olarak kaldığı belirtilmektedir (94).

#### **2.1.8.3. Gece Yeme Sendromunun Epidemiyolojisi**

Yakın zamanda yapılan iki sistematik gözden geçirme çalışmasında genel popülasyonda GYS görülme sıklığı % 1 ile % 1.5 olarak bildirilmiştir (78,95-97). GYS ilk dönemlerde obez hasta grubunda araştırılmış, bugüne kadar yapılan çalışmalarda da obez hastalardaki GYS oranı % 6 ile % 16 arasında gösterilmiştir (97,98). Lundgren ve arkadaşlarının; 2006 yılında, psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları bir çalışmada, hastaların %12.3'ünün GYS tanı ölçütlerini karşıladığını bildirilmiştir (78). Şizofreni, bipolar bozukluk ve depresyonu olan aşırı kilolu veya obez hastalardan oluşan bir örneklem grubuyla yapılan bir başka çalışmada hastaların % 25'i GYS tanısı almıştır (18). Palmese ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada obez şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalarda GYS prevalansı %12 bulunmuştur (80).

Ülkemizde ise Cengiz ve arkadaşlarının 2011 yılında Şişli Etfal Hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı bir çalışmada GYS'nin psikiyatrik hasta grubunda nokta prevalansı %19.8 olarak saptanmıştır (99). Arslan ve arkadaşlarının 2015 yılında şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve ikuçlu bozukluk tanısı alan, kilolu veya obezitesi olan hasta grubunda yaptığı çalışmada; hastaların

%7.6'sı klinik görüşmeye göre GYS tanısı alırken; %16.5'i de Gece Yeme Anketi'ne (GYA) göre (kesme puanı 25 olarak alınmış) GYS tanısı almıştır (100).

#### **2.1.8.4. Gece Yeme Sendromunun Etiyolojisi**

Gece yeme sendromuna katkıda bulunan belirleyiciler arasında genetik, nöroendokrin, duygusal ve stres faktörleri bulunmakla birlikte, etiyojisini açıkça belirlemek oldukça zordur (86). Fischer ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada GYS'si olan bireylerin sağlıklı kişilere oranla daha fazla vücut şekli, kilo alımı ve yemeyle ilgilendikleri, daha fazla yeme kısıtlamasında bulundukları, daha yüksek oranda depresif semptomlar gösterdikleri ve bu bireylerde yaşam kalitesinin daha düşük olduğu rapor edilmiştir (95).

Gece yeme sendromunun ortaya çıkmasında etkili olan etiyojik faktörler incelendiğinde, psikostresör faktörlerin yeme davranışı ile ilişkili olduğu ve hastalığın gelişmesinde önemli rol oynadığı görülmektedir (89). Hastalık 1990'lı yıllarda obez hastalarda tanımlansa da, obez olmayan bireylerde de bu tabloya sıkça rastlandığı dikkat çekmektedir. Küçükgöncü ve Beştepe'nin 2014 yılında yaptıkları çalışmada gece yeme sendromunun görülme sıklığı; önceki suisid girişimi, artmış sigara kullanım oranları, antipsikotik kullanımı öyküsü, yüksek beden kitle indeksi (BKİ) değerleri ve depresyon varlığı ile yüksek oranda ilişkili bulunmuştur (101).

Literatürde yer alan çalışmalara baktığımızda gece yeme sendromunun kadınlarda daha sık görüldüğünü (102) bildiren çalışmaların yanı sıra erkeklerde daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (103). Striegel-Moore ve arkadaşlarının 2006 yılında yetişkin bireyler ile yaptıkları çalışmada ise gece yeme sendromu ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ve siyah ırka mensup bireylerde gece yeme sendromunun daha sık görüldüğü saptanmıştır (82).

Gece yeme sendromunun kültürel farklılıklar açısından ilişkilendirilmesinin yanında genetik faktörlerin de hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Lundgren ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada; gece yeme sendromu tanısı almış bireylerin birinci derece akrabalarında bu sendromun görülme olasılığının kontrol grubuna oranla 4.9 kat fazla olduğu tespit edilmiştir

(78). Yine Lamerz ve ark.'nın 2005 yılında yaptığı bir çalışmada; GYS'li annelerin çocukları arasında GYS görülme oranının GYS tanısı olmayan annelerin çocuklarından 7.8 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (104).

Yapılan bir çalışmada GYS tanısı alan bireylerin günlük toplam kalori alımı kontrol grubuyla benzerlik göstermekle birlikte, günlük kalori miktarının çoğunluğunun akşam ve gece alındığı belirtilmiştir. Bu kişilerin akşam olan yemekleri tıknırcasına yeme şeklinde değildir (105). Daha çok orta kalorili gıda alımı olur. Gece yedikleri yiyeceklerin % 70'i karbonhidratlardan oluşurken, gündüz ise bu oran %47 olarak bildirilmiştir. Gece yiyenlerin %50'sinin gece yeme epizodları sırasında ekmek, günlük ürünler ve şekerlemeler gibi yiyecekleri tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Akşam yemeği sonrası olan bu atıştırmaların karbonhidrat/protein (7/1) oranı da oldukça yüksektir (84). Karbonhidrat ağırlıklı olan bu beslenme biçiminin triptofanın beyne geçişini arttırdığı, beyinde artan triptofanın serotonine dönüşümünün arttığı, artan serotonin miktarının da bu kişilerdeki bozulmuş uyku düzenini düzeltmeye yönelik bir özellik taşıdığı belirtilmiştir (106).

#### **2.1.8.5. Gece Yeme Sendromu ve Depresyon İlişkisi**

GYs olanlarda deprese duygudurum olmayanlara göre daha sık bildirilmiştir(84, 107,108). GYS'li hastaların duygudurum puanlarında saat 16'dan sonra düşme gözlenmiştir. Bu hastalar gece daha depresiftirler(84). GYS olanlarda yaşam boyu majör depresif bozukluk öyküsü daha fazladır ve özsaygıları daha düşüktür (105).

Küçükgöncü ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptıkları çalışmada major depresyon tanısı alan hastalarda gece yeme sendromunun % 21 olduğu gözlenmiştir (101). Geliebter ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada gece yeme sendromu ile depresif ruh hali arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (109). Gül ve arkadaşlarının 2018 yılında, 216 hasta ve 216 sağlıklı kontrol grubuyla yaptıkları başka bir çalışmada ise major depresyon tanısı alan hastalarda gece yeme sendromu tanısı alanların oranı %13.4 bulunurken, kontrol grubunda bu oranın % 2.3 olduğu ve

gece yeme sendromu tanımlı hastaların bulunduğu grupta şiddetli depresyon tanısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (110).

#### **2.1.8.6. Gece Yeme Sendromu ve Uyku İlişkisi**

Açlık uyku-uyanıklık döngüsüyle ilişkili biyolojik bir dürtüdür. Açlık ve uyku arasındaki ilişki homeostatik ve sirkadiyen ritimlerin kontrolü ile düzenlenir. Yeme ve uykunun sirkadiyen ritimleri genellikle birbirleriyle senkronizedir. Bu nedenle enerji homeostazı; geceleri yemek yenmemesine rağmen, iştah düzenlenmesindeki değişikliklerle ve hormonal düzenlemeyle kan glukozunu belli aralıklarda tutabilmektedir (86).

Uykusuzluk ve yeme bozuklukları arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır (111). Yahia ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları çalışmada gece yeme sendromuyla uyumlu semptomları bulunan bireylerin; sendromu bulunmayan öğrencilere göre daha kısa uyku sürelerine sahip olduğu ve uyku kalitelerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (112).

Nolan ve Geliebter'ın 2012 yılında 246 Amerikalı üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 5,7'sinin GYS tanısına sahip olduğu ve gece yeme sendromlu öğrencilerin, sendromu olmayan veya hafif kategorideki öğrencilere göre uyku kalitelerinin anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (113).

#### **2.1.9. Şizofreni ve Çocukluk Çağı Travmaları Arasındaki İlişki**

Çocukluk çağı travma (ÇÇT) öyküsü olan çocuklarda yetişkinlik döneminde psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma ihtimali normal sağlıklı çocukluk dönemi geçiren çocuklara göre yüksektir ve psikiyatrik rahatsızlıkların çoğunluğunun altında ÇÇT risk faktörü olarak yer almaktadır. Fry ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları meta-analiz çalışmasında cinsel istismara maruz kalan çocuklarla maruz kalmayanlar karşılaştırıldığında; cinsel istismara maruz kalmış çocukların mental bozukluk yaşama riskinin 2 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir. Aynı çalışmada fiziksel

istismara ve ihmale uğrayan çocuklarda da psikiyatrik hastalık görülme oranının yüksek olduğu belirtilmiştir. (114). Xie ve arkadaşlarının 2018 yılında psikiyatrik tanısı bulunan hastalarla yaptıkları çalışmada depresyon hastalarının %55,5'inin, bipolar bozukluk tanısı bulunan hastaların %61.8'inin, şizofreni hastalarının %47.2'sinin ve sağlıklı bireylerin %20.5'inin çocukluk çağında en az bir travma geçirdiği tespit edilmiştir (115).

#### **2.1.9.1. Çocukluk Çağı Travmaları Tanımı**

Herman (1992), çocukluk çağı travmalarını şu şekilde tanımlamıştır: Kişinin/kişilerin 18 yaş öncesi maruz bırakıldığı; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal edilme ile birlikte, ebeveynin boşanması, ebeveyn kaybı, istenmediği halde ebeveyninden ayrı kalma, şiddete tanık olma, göç etme-ettirilme, kaza geçirme veya tanık olma ve doğal afetlerdir (116).

Dünya Sağlık Örgütü çocuğa yapılan kötü muamele ve istismarı sorumluluk, güven ve yetenekle ilgili çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerine zarar verebilen; fiziksel ve/veya psikolojik her türlü kötü davranışı, ihmali, her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışların tamamı olarak tanımlamaktadır (117). İhmal ile istismar arasındaki temel fark ise istismarın aktif, ihmalin pasif bir durum olmasıdır (118).

Dünya Sağlık Örgütü raporlarında çocukluk çağı travmalarının nedenleri fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal (fiziksel ve duygusal) olmak üzere 4 temel başlıkta incelenmektedir (119). İlk olarak fiziksel istismar kavramını ele alacak olursak; UNICEF fiziksel istismarı, kaza dışı, çocuğa acı veren ve yasaklanmış olan şiddet davranışları sonucu çocuğun gelişim ve iş görme yetileri bakımından hasara uğraması olarak tanımlarken; DSÖ çocuğa yönelik bilerek yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru bakımından zarar görmesi şeklinde tanımlar (120). Çocukluk döneminde fiziksel istismarın en sık rastlanan şekli dayaktır. Bir disiplin yöntemi olarak kullanılan bu davranış çocuğun öfke ve haksızlığa uğrama duygusu geliştirmesine neden olmaktadır (121).

Duygusal istismar; çocuğa ruhsal gelişimini bozacak şekilde uygunsuz duygusal davranışlarda bulunulması olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa yetersiz olduğunu, sevilmediğini hissettirmek; çocuktan yapamayacağı, aşırı ve uygunsuz beklentilerde bulunulması, okula göndermeme, sosyalleşmesini ve araştırmasını kısıtlama davranışları örnek olarak gösterilebilir (122).

Cinsel İstismar; çocuk ve yetişkin arasında veya çocuk ve diğer çocuk arasında gerçekleşen (diğer çocuğun yaşının anlamlı olarak daha büyük olması ya da zor kullanması şartıyla), cinsel olarak kötüye kullanım olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (123). Cinsel istismar davranışları; çocuğun özel bölgelerine bakmak, dokunmak, öpmek, vücuduna organ ya da cisim sokmak, bir başkasının özel bölgelerini göstermek, zorla dokundurmak, cinsel içerikli video, resim vb şeyler izlemeye zorlamak olarak tanımlanmıştır (125).

Son olarak çocuk ihmali kavramına bakacak olursak; çocuğun beslenme, eğitim, tıbbi bakım gibi gereksinimlerinin bakım vereni tarafından uygun biçimde veya yeterince karşılanmaması, çocuğun zararlı maddelerle karşı karşıya bırakılması, korunmaması, anne baba tarafından kontrol edilmemesi, hijyeninin yeterince sağlanamaması fiziksel ihmal kavramı içerisinde yer alır. Duygusal ihmal ise çocuğun sevgi, ilgi, destek, bağlanma, bakım gibi gereksinimlerinin yeterince karşılanmamasıdır (123,124).

İhmalin tanısı fiziksel ve cinsel istismara göre daha zor konulmakla birlikte, büyüme geriliği olan, psiko-sosyal uyum güçlüğü yaşayan ve eğitim ihtiyaçları karşılanmayan çocuklarda ihmal olduğu düşünülmelidir (125).

#### **2.1.9.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Klinik Özellikleri**

Doğal afetler ya da kazalar nedeniyle olan travmalarla başa çıkmak, insanların sebep olduğu travmalara göre daha kolaydır. İnsan eliyle oluşturulan travmalarda diğer travmalara göre psikiyatrik destek arayışı daha fazladır. Travmanın etkisini ağırlaştıran bir diğer durum ise bireyin çevresindeki tanıdık kişiler ve hatta çoğunlukla bakımvereni tarafından travmaya uğratılmasıdır (126).

Fiziksel istismara uğrayan çocuklarda birçok bedensel bulgu olabileceği gibi, bazı vakalarda hiçbir bulgu olmayabilir. Bazen tek istismar belirtisinin çocuğun tutarlı ifadesi olabileceği unutulmamalıdır. İstismara maruz kalan çocuklarda çok çeşitli psikiyatrik belirtiler gözlenebilmektedir. İstismar sonrasına özgün bir belirti kümesi ya da bir sendrom yoktur. İstismara uğrayan çocuklarda psikiyatrik belirtilerin hemen ortaya çıkmaması hayatının sonraki dönemlerinde de ortaya çıkmayacağı anlamına gelmemelidir (127). Fiziksel istismar ve ihmale uğrayan çocuklarda agresyon, huzursuzluk, korku, ajitasyon, paranoid davranışlar, derslerde başarısızlık ile çökkünlük belirtileri, ayrılık kaygıları, içe kapanıklık, uyku bozukluğu, öğrenme zorluğu, davranım bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, emosyonel düzensizlik, madde ve alkol kullanımı, dissosiyatif belirtiler ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli bozukluklar ortaya çıkabilmektedir (126).

Cinsel istismar akut veya kronik dönemde psikiyatrik sorunlara neden olabilir. Akut dönem belirtileri şiddetli ve çevreyi tedirgin edici olabilir. Küçük çocuklarda görülen; artmış cinsel merak, uygunsuz cinsel davranış, cinsellikle ilgili oyunlar, uygunsuz yerlerde masturbasyon yapmak, cinsel saldırgan davranışlar ve yaşına uygun olmayan cinsel bilgiler cinsel istismarı düşündürmelidir. Büyük çocuklarda ve ergenlerde artmış cinsel davranışlar ve rastgele olan cinsel deneyimler görülebilir. Okul öncesindeki çocuklarda; karın ağrısı, vajinal ağrı, uykuda kâbus görme, masturbasyon, uyum ve davranış bozukluğu gibi fiziksel ve davranışsal belirtiler gözlenebilir. Cinsel istismara uğrayan çocuklarda; kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, dissosiyatif bozukluk, depresyon, ketlenmeler, somatoform bozukluklar, uyku bozukluğu, cinsel fobiler, cinsel kimlik bozukluğu, psikotik bozukluklar gelişebileceği gibi intihar girişimi ve ölüm gibi dramatik sonuçlar da görülebilmektedir (127-129).

#### **2.1.9.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Epidemiyolojisi**

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünya için ortak bir sorundur. Her yıl 1.6 milyon çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismara ya da ihmale maruz kaldığı; 1000'den fazla çocuğun da bu nedenlerle hayatını kaybettiği düşünülmektedir (130).

Örsel ve arkadaşları, 2011 yılında psikiyatri polikliniğine başvuran bilinen psikiyatrik hastalık tanısı olan 183 hastada çocukluk çağı travmasını araştırmıştır. Kadınların %70.3'ünün, erkeklerin %58.2'sinin çocukluk çağında travmaya maruz kaldığı gösterilmiştir. Hastaların 117'sinin (%65.7) çocukluk çağında fiziksel, duygusal ve cinsel istismar deneyimlerinden en az birisini yaşadığı; 11'inin (%6.1) ise çocukluk çağında her üç istismarı da yaşadığı bulunmuştur (131).

Ayaz ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir çalışmada, çocuk psikiyatrisi kliniğine adli muayene için getirilen 6-18 yaş aralığındaki çocuk-ergenlerde istismar öyküsü olanların %71'inde psikiyatrik bozukluk olduğunu gösterilmiştir (132).

Cinsel istismara uğrayan kişilerin yaşları yaklaşık %30'unun 2-5, %40'ının 6-10, %30'unun 11-17 olmakla birlikte her yaştan ve her sosyoekonomik gruptan çocuklar cinsel istismara maruz kalabilmektedir. Ayrıca cinsel istismarın ilk olarak 8-12 yaşlarında yaşandığı belirtilmektedir (133).

Yapılan çalışmalar çocuk ihmali ve istismarını azaltmaya yönelik alınacak önlemlerin toplum ruh sağlığı açısından büyük önem taşıdığını göstermektedir.

#### **2.1.9.4. Çocukluk Çağı Travmalarının Etiyolojisi**

Çocukluk çağı travmalarının ortaya çıkmasında birçok risk faktörü bulunmaktadır. Ebeveynin yaşının küçük olması, ebeveyn olma rolüyle ilgili yetersizlik ve eğitimsizlik, anne ve/veya babada psikiyatrik bir hastalık veya bağımlılık varlığı, öfke kontrolünün yetersiz olması, düşük sosyo ekonomik durum, ebeveynlerden birinin kaybı, boşanma, fiziksel bir hastalık varlığı, ebeveynin kendisinin istenmeyen çocuk olması, ebeveynin kendisinde de bir istismar öyküsünün olması, empati eksikliği, çok eşlilik, çocuğun mental retarde olması, çocuğun fiziksel veya ruhsal hastalığının bulunması gibi durumlar istismar ve ihmallerin ortaya çıkışını arttıran risk faktörlerinden bazılarıdır (134).

#### 2.1.9.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Yeme Bozukluğu İlişkisi

Çocukluk çağı travmalarının bireyde dissosiyatif savunma mekanizmalarına neden olabileceği (135) ve tıknırcasına yeme semptomlarında rol oynadığı, ayrıca özsaygıda azalma, kendinden nefret etme ve kendi bedenine zarar verme ile kendi hayatları üzerinde kaybettikleri kontrolü geri kazanmak için kendilerini aç bırakma davranışına yol açabileceği ileri sürülmüştür (136). Brewerton (2007) çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalma durumunun, yeme bozukluğu açısından spesifik olmayan bir risk faktör olduğunu, cinsel istismarla birlikte diğer ihmal ve istismar türlerinin de yeme bozukluklarının gelişmesine neden olduğunu belirtmektedir (137). Treasure ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları çalışmada ise cinsel istismarın yeme bozukluğunun etiyolojisinde yer alan önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (138). Bunun nedeni olarak da cinsel travma maruziyetinin beden algısında memnuniyetsizliği artırarak yeme bozukluğu belirtilerini açığa çıkardığı ileri sürülmektedir (139).

Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısına sahip bireylerin kilo kontrolüne yönelik bir davranış sergilemediği, bu bireylerin genellikle obez bireyler olduğu ve bu durumun çocukluk çağında maruz kaldığı cinsel istismardan kaynaklandığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (139,141). Çocukluk çağında cinsel istismar öyküsü bulunan bireylerin; kilo artışına yol açan bir yaşam şeklini benimsedikleri ve bu şekilde daha az dikkat çekerek kendilerini cinsel istismar durumlarından korumaya çalıştıkları ifade edilmektedir. Fuemmeler ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları çalışmada çocukluk çağında fiziksel veya cinsel istismara uğramış bireylerde obezite görülme riskinin arttığı tespit edilmiştir (141).

Literatürde yer alan farklı yıllarda yapılmış çalışmalarda yeme bozukluğu tanısına sahip bireylerde yüksek oranda çocukluk çağı travması öyküsü bildirilmiştir (142-144), yeme bozukluklarının etiyolojisinde çocukluk çağı travmalarının varlığının değerlendirilmesi ve bu duruma yönelik uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması ile tedavinin daha etkili olacağı düşünülmektedir.

#### **2.1.9.6. Uyku ve Depresyon İlişkisi**

Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH - National Institutes of Health) yetişkinlerin günde 7 ila 8 saat uyumasını önermektedir (145). Furihata ve arkadaşlarının 2015 yılında toplum temelli yaptıkları çalışmada ise uyku süresi ve yatakta geçirilen sürenin 6 saatten kısa olması depresyon ile ilişkilendirilmiştir (146).

Birçok psikiyatrik hastalığın gelişiminde rolü olan, bedensel hastalıkların seyrinde olumsuz etkileri bulunan depresyon dünya genelinde oldukça yaygın görülen, yıkıcı bir hastalıktır ve depresif epizodlarda uyku bozukluğu sık görülen bir durumdur. Sun ve arkadaşlarının 2018 yılında Çin’de 10.704 orta yaşlı ve yaşlı bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada kısa uyku sürelerinin depresyon başlangıcı ve tekrarlayan depresyon için risk faktörü olduğu, buna karşılık depresyon epizodu sırasında da daha çok kısa uyku sürelerinin görüldüğü gözlenmiştir (147). Literatürde yer alan bazı çalışmalarda hem kısa hem de uzun uyku sürelerinin depresyonla ilişkilendirildiği görülmekte olup, uyku süresi değişkeninin depresyonun gelişmesinin nedeni mi yoksa sonucumu olduğu belirsizdir (148-152).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, kesitsel bir çalışma olup İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 23.07.2019 tarihinde 336 protokol no ile onay almıştır (EK-1).

#### 3.1. ÇALIŞMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışma kesitsel nitelikte bir vaka çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmamıza 05.09.2019-23.01.2020 tarihleri arasında; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinikleri ve hastaneye bağlı bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde takip edilmekte olan; DSM 5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı konulan; son 6 aydır remisyonda olan; çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 208 şizofreni tanılı hasta dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında 224 hasta değerlendirilmiş olup 7 hasta remisyon kriterlerini karşılamayıp aktif atak döneminde olduğundan, 4 hasta mental retardasyon tanısı olduğundan, 5 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Hastaların psikiyatrik hastalık tanılarının kesinleştirilmesinde DSM-5 tanı ölçütleri kullanılmıştır.

#### **Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. Okur yazar olmak
3. DSM 5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı ile takip edilmesi
4. PANSS ölçeğinin alt skorlarının tümünden 3 (hafif) , 2 (minimal) ya da 1 (yok) puan almak koşulu (154)

5. Son 6 ay içinde öyküde relaps ya da yatış öyküsü olmaması
6. Hastaların çalışmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı gönüllülük esasınca kabul etmiş olmaları ve yazılı onam alınması

#### **Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:**

1. Klinik olarak saptanmış zeka geriliği bulunması
2. Tıbbi nedene bağlı psikiyatrik hastalığının bulunması
3. Demans ve/veya diğer organik mental bozuklukların olması

### **3.2. UYGULANAN İŞLEM**

Çalışmamızda katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş, aydınlatılmış onam formu doldurtularak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Yazılı ve sözlü onamları alınarak çalışmaya katılmayı kabul eden 208 katılımcıya araştırmacı tarafından; SCID-5, sosyodemografik ve klinik olgu değerlendirme formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Yeme Tutumu Testi (YTT), Gece Yeme Anketi (GYA), Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ), Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği (PUKÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) uygulanmıştır. Hastaların BKİ hesaplamaları için gerekli boy ve kilo değerlerinin(kilo elektronik tartı ile ölçülmüş, boy en yakın milimetreye kadar ölçülmüş ve BKİ hesaplanmıştır) gerçek değerleri yansıtması ve hata payını azaltmak amacıyla ayakkabıları çıkarıldıktan sonra ve olabilecek en az kıyafet ile ölçülmüştür. Bel çevresi ölçümü için en alt kaburga kemiği ile iliak kemik arası orta noktadan geçen çevre ölçülerek santimetre cinsinden veri toplama formuna kaydedilmiştir. Hastaların kullandığı tüm ilaçlar ve dozları kaydedilmiş, antipsikotik ilaç kullanan hastaların klorpromazin eşdeğer dozları Maudsley Tedavi Rehberi'nin 13. Baskısı dikkate alınarak hesaplanmıştır. Hastaların kronik hastalıkları ve hiperlipidemi, hipo-hipertiroidi durumları; hasta dosyasındaki tıbbi kayıtlar ve hasta sistemindeki güncel laboratuvar değerleri taranıp kaydedilerek belirlenmiştir.

### **3.3. ÇALIŞMADA KULLANILACAK GEREÇLER**

#### **3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu**

Çalışmanın amacına yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ve sigara, alkol kullanımı, bilinen fiziksel hastalıklar, geçirdiği operasyonlar, suisid girişimi öyküsü ve kullandığı ilaçlarla ilişkili özellikleri değerlendiren görüşme formudur. Ayrıca, hastanın boy, kilo ve bel çevresi ölçülerek kaydedilmiş ve beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmıştır (EK-2).

#### **3.3.2. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)**

Şizofrenide pozitif ve negatif belirtiler, genel psikopatolojiyi değerlendirmek ve bu belirtilerin düzeyini ölçmek üzere 1987’de Kay ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirilmesi içeren yarı yapılandırılmış, araştırmacı tarafından uygulanan bir görüşme ölçeğidir (EK-3). 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve geri kalan on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir (154). Opler ve arkadaşları tarafından 1992’ de yapılandırılmış, 1999 yılında Anıl Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (155).

#### **3.3.3. Gece Yeme Anketi (GYA)**

Allison ve arkadaşları tarafından 2008 yılında geliştirilen, 14 sorudan oluşan bir tarama anketidir (156). Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemeleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anket katılımcılar tarafından doldurulacaktır. 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. Madde 1, 4 ve 14 ters puanlanmaktadır. Gece yarısı atıştırmalarının ne kadar farkında olduğunu soran madde 13, GYS'nin uykuyla ilişkili yeme bozukluğundan ayırt edilebilmesi için sorulmakta, ancak puanlamaya katılmamaktadır. Toplam puan 0-52 arasındadır. Ankette yer alan 15. ve 16. soruların ise ek soru olarak kullanılması önerilmiş ve puanlamaya katılmamıştır. Ölçekte 30 ve üzerindeki puan için pozitif öngörü değeri % 72.7 olarak bildirilmiştir. 30 ve üzeri puan alanlar risk grubunda kabul edilir. Atasoy ve arkadaşları tarafından 2014 yılında Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır (157) (EK-4).

#### **3.3.4. Yeme Tutumu Testi (YTT)**

Başta anoreksiya nevroza olmak üzere yeme bozukluğu düşündürebilecek tutumları değerlendirebilmek amacıyla (158) geliştirilmiştir. Test 40 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeği olup, katılımcı tarafından doldurulmaktadır. Altı dereceli Likert tipinde yanıtlanmakta ve 11 ile 70 yaşları arasındaki kişilere uygulanabilmektedir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi, tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirleyebilmektedir. Öte yandan ölçek; yüksek risk taşıyan topluluklarda yeme bozukluklarını belirlemek için bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır. Türkiye'de ölçeğin geçerlik - güvenirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır (159) (EK-8).

#### **3.3.5. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ)**

Bireyde uyku kalitesini, uyku miktarını ve uykudaki bozulmaları değerlendirebilmek amacıyla Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (160). Ölçek katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. On dokuz sorudan oluşan ölçek 0-3 arasında puanlanır. PUKÖ öznel uyku kalitesi, uykuda gecikme, uyku süresi, süregelen uykunun yeterliliği, uyku bozulmaları, uyku ilacı kullanımı ve gün içindeki işlev bozukluğu olarak yedi alt öğeden oluşmaktadır. Yüksek puanlar uyku kalitesinin düşüklüğüne işaret eder. Toplam PUKÖ skoru 0-21 arasında bir değer alabilir. Toplam skoru 5 ve altında olanların uyku kalitesi iyi; 5'in üzerinde olanların

ise uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilir. PUKÖ'nün iyi ve kötü uyuyanları ayırt edebilmede tanı duyarlılığı ve özgünlüğü (sırasıyla %89.6 ve %86.5) oldukça yüksek bulunmuştur (98,99). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (161) (EK-7).

### **3.3.6. Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ)**

1990 yılında Addington ve arkadaşları tarafından, şizofreni hastalarında depresyonun varlığını ve şiddetini ekstrapiramidal ve psikotik belirtilerden ayrı olarak ölçmek üzere geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış görüşme formunda bir ölçektir (162). Ölçek, şizofreni hastalarında depresyon yönünden değerlendirme yapmak ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddetinin değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin temel uygulama grubunu şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hastalar oluşturmaktadır. Toplam 9 maddeden oluşan ölçek dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında değişen puanlar almakta ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilmektedir. Ölçeğin doldurulması hasta ile görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere, hasta yakınlarından alınan bilgilere göre yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği 2000 yılında Oksay ve ark. tarafından yapılmıştır (163). Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı 0.88 olarak bulunmuştur (EK-5).

### **3.3.7. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇCTÖ)**

Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen (164), 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını değerlendirmek için kullanılır. Kişilerin kendilerinin doldurduğu 28 sorudan oluşmaktadır. Duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismarı ölçen alt ölçekler vardır. Beşli Likert tipi yanıtlar olup toplam puan 25-125 arasında değişir. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Şar ve arkadaşları tarafından gösterilmiştir (165) (EK-6).

### 3.3.8. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)

DSM-IV'ten DSM-5'e geçilmesi önemli değişiklikleri yanında getirmiştir ve bu değişiklikler sonucu First ve arkadaşları tarafından DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) geliştirilmiştir (167). Henüz SCID-5 ürünlerinin kendilerinin oluşturulması dışında başka dillerde SCID-5 için güvenilirlik veya geçerlilik verileri bulunmamaktadır (168). SCID-5, SCID-I'den bazı farklılıklar göstermektedir. SCID-I, 6 modülden oluşurken; SCID-5, 10 modülden oluşmaktadır. 32 tanısal kategoride ayrıntılı tanı ölçütleri, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı sorular yer almaktadır. Modüller psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ile travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozukluğunu içermektedir. SCID-5'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (168).

### 3.4. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmaya ait sayısal veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise yüzde (%) olarak tanımlanmıştır. GYA, YTT, PANSS, CDÖ, PUKÖ, ÇÇTÖ, klinik ve demografik özellikler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla normal dağılım hipotezini karşılayan değişkenler için Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım hipotezini karşılamayan değişkenler için Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. GYS olan ve olmayan, TYB olan ve olmayan katılımcılar arasında psikometrik ölçüm ortalamalarını karşılaştırmak için normal dağılım hipotezini karşılayan değişkenleri için Bağımsız Gruplar t testi, normal dağılım hipotezini karşılamayan değişkenler için Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Araştırmada kategorik değişkenler arasında oransal verileri karşılaştırmak amacıyla Ki-Kare testi ve Fisher Kesin Ki-Kare testi (oransal verilerin %5'in altında olduğu durumlarda) kullanılmıştır. BKİ, GYA ve YTT skorlarını yordamada değişkenlerin etkinliğini belirlemek amacıyla Hiyerarşik Regresyon Analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

### 3.5. ETİK KONULAR

Bu çalışma için Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden 23.07.2019 tarihinde 336 protokol no ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş, aydınlatılmış onam formu doldurtularak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı reddetme veya görüşmeyi herhangi bir noktada sonlandırma hakkına sahip oldukları açıklanarak, kayıtlarının gizli tutulacağına dair güvence verilmiştir.



#### 4. BULGULAR

Bu çalışma kesitsel nitelikte bir vaka çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmamıza 05.09.2019-23.01.2020 tarihleri arasında; Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi poliklinikleri ve hastaneye bağlı bulunan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde takip edilmekte olan; DSM 5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı konulan; son 6 aydır remisyonda olan; çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 208 şizofreni tanılı hasta dahil edilmiştir. Çalışma kapsamında 224 hasta değerlendirilmiş olup 7 hasta remisyon kriterlerini karşılamayıp aktif olarak atak döneminde olduğundan, 4 hasta mental retardasyon tanısı olduğundan, 5 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden çalışma dışında tutulmuştur. Hastalardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Hastaların psikiyatrik hastalık tanılarının kesinleştirilmesinde DSM-5 tanı ölçütleri ve SCID-5 kullanılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen şizofreni tanılı hastaların 134'ü (% 64,4) erkek olup tüm katılımcıların yaş ortalaması  $40,31 \pm 11,04$ 'dür. Hastaların 165'i (% 79,3) bekar, 57'si (% 27,4) çocuk sahibi, 118'i (% 56,7) ilköğretim, 63'ü (% 30,3) lise ve 27'si (% 13,0) lisans mezunudur. Şizofreni tanılı hastaların 37'si (% 17,8) çalışmaktadır ve 92'sinin (% 44,2) psikiyatri dışı ek tıbbi hastalığı bulunmaktadır. Hastalarla yapılan görüşmeler ve tıbbi kayıtların incelenmesi sonucunda; hastaların 28'inde (%13,5) diyabet, 18'inde (%8,7) hipertansiyon, 61'inde (%29,3) hiperlipidemi tespit edilmiştir. Buna ek olarak çalışmaya katılan tüm katılımcıların BKİ ortalaması  $29,35 \pm 5,88$  olup, yaklaşık % 43'ü obezdir (81'i (% 38,9) obez, 9'u (% 4,3) morbid obez). Tüm katılımcıların kilo ortalaması  $83,64 \pm 18,15$  olup, en düşük kilo 46, en yüksek kilo 142'dir (Bkz. Tablo 4.1).

**Tablo 4.1:** Katılımcıların Demografik ve Klinik Verilerine Dair Frekans Dağılımları

|                              |                        | <b>n</b>       | <b>%</b>        |
|------------------------------|------------------------|----------------|-----------------|
| <b>Cinsiyet</b>              | Erkek                  | 134            | 64,4            |
|                              | Kadın                  | 74             | 35,6            |
| <b>Medeni durum</b>          | Bekar                  | 165            | 79,3            |
|                              | Evli                   | 43             | 20,7            |
| <b>Çocuk sayısı</b>          | Yok                    | 151            | 72,6            |
|                              | Var                    | 57             | 27,4            |
| <b>Eğitim Durumu</b>         | İlköğretim             | 118            | 56,7            |
|                              | Lise                   | 63             | 30,3            |
|                              | Lisans Mezunu          | 27             | 13,0            |
| <b>Meslek</b>                | Yok                    | 93             | 44,7            |
|                              | Var                    | 115            | 55,3            |
| <b>Çalışma durumu</b>        | Çalışıyor              | 37             | 17,8            |
|                              | Çalışmıyor             | 171            | 82,2            |
| <b>Ek tıbbi hastalık</b>     | Yok                    | 116            | 55,8            |
|                              | Var                    | 92             | 44,2            |
| <b>Diabetes Mellitus</b>     | Yok                    | 180            | 86,5            |
|                              | Var                    | 28             | 13,5            |
| <b>Hipertansiyon</b>         | Yok                    | 190            | 91,3            |
|                              | Var                    | 18             | 8,7             |
| <b>Hiperlipidemi</b>         | Yok                    | 147            | 70,7            |
|                              | Var                    | 61             | 29,3            |
| <b>Kardiyak hastalık</b>     | Yok                    | 196            | 94,2            |
|                              | Var                    | 12             | 5,8             |
| <b>Hipotiroidi</b>           | Yok                    | 193            | 92,8            |
|                              | Var                    | 15             | 7,2             |
| <b>Hipertiroidi</b>          | Yok                    | 207            | 99,5            |
|                              | Var                    | 1              | 0,5             |
| <b>Diğer kronik hastalık</b> | Yok                    | 186            | 89,4            |
|                              | Var                    | 22             | 10,6            |
| <b>BKİ Grup</b>              | <18,5 (az kilolu)      | 2              | 1,0             |
|                              | 18,5-24,9 (normal)     | 45             | 21,6            |
|                              | 25,0-29,9 (fazla kilo) | 71             | 34,1            |
|                              | 30,0-40,5 (obez)       | 81             | 38,9            |
|                              | >40,5 (morbid)         | 9              | 4,3             |
|                              |                        |                |                 |
|                              | <b>Ort. ± Ss.</b>      | <b>Minimum</b> | <b>Maksimum</b> |
| <b>Yaş</b>                   | 40,31±11,04            | 18,00          | 65,00           |
| <b>BKİ</b>                   | 29,35±5,88             | 18,13          | 58,00           |
| <b>Bel çevresi</b>           | 102,56±17,27           | 58,00          | 161,00          |
| <b>Kilo</b>                  | 83,64±18,15            | 46,00          | 142,00          |

Ort.= Ortalama, Ss=Standart Sapma

Çalışmaya katılan katılımcıların 60'ı (% 28,8) geçmişte intihar girişimi olduğunu, 101'i (% 48,6) sigara kullandığını, 12'si (% 5,8) alkol kullandığını ve 8'i (% 3,8) madde kullandığını ifade etmiştir. Katılımcılar ile yapılan görüşme sonucunda 69'unda (% 33,2) ek ruhsal rahatsızlık olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 109 (% 52,4) katılımcının ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak katılımcıların hastalık başlangıç yaşının ortalama  $23,39 \pm 7,69$ , tedavi başlangıç yaşının ortalama  $24,41 \pm 8,11$ , hastalık süresinin ortalama  $16,58 \pm 10,12$  yıl ve remisyon süresinin ortalama  $4,11 \pm 4,09$  yıl olduğu, hastane yatış sayısı ortalamasının  $3,49 \pm 4,14$  olduğu ve 26 (% 12,5) hastanın hiç hastane yatışının olmadığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). Katılımcılar ile yapılan görüşmeler sonucunda 64 (% 30,8) hastanın akrabalarında psikoz tanısı olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 4.2:** Katılımcıların Klinik Özellikleri

|                                |                 | <b>n</b>       | <b>%</b>        |
|--------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| <b>İntihar girişimi</b>        | Yok             | 148            | 71,2            |
|                                | Var             | 60             | 28,8            |
| <b>Sigara</b>                  | Yok             | 107            | 51,4            |
|                                | Var             | 101            | 48,6            |
| <b>Alkol</b>                   | Yok             | 196            | 94,2            |
|                                | Var             | 12             | 5,8             |
| <b>Madde kullanımı</b>         | Yok             | 200            | 96,2            |
|                                | Var             | 8              | 3,8             |
| <b>Adli öykü</b>               | Yok             | 169            | 81,3            |
|                                | Var             | 39             | 18,8            |
| <b>İlk atak psikoz</b>         | Yok             | 208            | 100,0           |
| <b>Konuşma anlaşılır</b>       | Yok             | 15             | 7,2             |
|                                | Var             | 193            | 92,8            |
| <b>Ruhsal Komorbidite</b>      | Yok             | 139            | 66,8            |
|                                | Var             | 69             | 33,2            |
| <b>Ailede ruhsal hastalık</b>  | Yok             | 99             | 47,6            |
|                                | Var             | 109            | 52,4            |
|                                | <b>Ort.±Ss.</b> | <b>Minimum</b> | <b>Maksimum</b> |
| <b>İntihar sayısı</b>          | 0,67±1,38       | 0              | 8,00            |
| <b>Hastalık başlangıç yaşı</b> | 23,39±7,69      | 10,00          | 55,00           |
| <b>Tedavi başlangıç yaşı</b>   | 24,41±8,11      | 10,00          | 55,00           |
| <b>Hastalık süresi (yıl)</b>   | 16,58±10,12     | 0,75           | 42,00           |
| <b>Remisyon süresi (yıl)</b>   | 4,11±4,09       | 0,50           | 22,00           |
| <b>Hastaneye Yatış Sayısı</b>  | 3,49±4,14       | 0              | 30,00           |

Ort.= Ortalama, Ss=Standart Sapma

Çalışmaya katılan hastaların 56'sının (% 26,9) antideprasan, 38'inin (%18,3) duygudurum düzenleyici/antiepileptik, 67'sinin (%32,2) antikolinerjik/antiparkinson, 60'ının (% 28,8) psikiyatrik tedavi dışı ilaç, 30'unun (% 14,4) birinci kuşak, 200'ünün (% 96,2) ikinci kuşak, 22'sinin (% 10,6) birinci ve ikinci kuşak antipsikotiği birlikte kullandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların en yaygın olarak kullandığı antipsikotiğin % 41 oran ile klozapin olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak 76 katılımcının ikili, 24 katılımcının üçlü ve 2 katılımcının dördü antipsikotik ilaç ile tedavilerini devam ettirdikleri belirlenmiştir (Bkz.Tablo 4.3).

**Tablo 4.3:** Katılımcıların İlaç Kullanımı Verileri

|                                                 |     | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------------------|-----|----------|----------|
| <b>Antidepresan kullanımı</b>                   | Yok | 152      | 73,1     |
|                                                 | Var | 56       | 26,9     |
| <b>Duygudurum<br/>Düzenleyici/Antiepileptik</b> | Yok | 170      | 81,7     |
|                                                 | Var | 38       | 18,3     |
| <b>Antikolinerjik/Antiparkinson</b>             | Yok | 141      | 67,8     |
|                                                 | Var | 67       | 32,2     |
| <b>Psikiyatri dışı ilaç kullanımı</b>           | Yok | 148      | 71,2     |
|                                                 | Var | 60       | 28,8     |
| <b>Birinci kuşak antipsikotik</b>               | Yok | 178      | 85,6     |
|                                                 | Var | 30       | 14,4     |
| <b>İkinci kuşak antipsikotik</b>                | Yok | 8        | 3,8      |
|                                                 | Var | 200      | 96,2     |
| <b>Birinci ve İkinci Kuşak<br/>Antipsikotik</b> | Var | 22       | 10,6     |
|                                                 | Yok | 186      | 89,4     |
| <b>Olanzapin</b>                                | Yok | 181      | 87       |
|                                                 | Var | 25       | 12,1     |
| <b>Klozapin</b>                                 | Yok | 121      | 59       |
|                                                 | Var | 87       | 41       |
| <b>İkili antipsikotik</b>                       | Yok | 132      | 63,5     |
|                                                 | Var | 76       | 36,5     |
| <b>Üçlü antipsikotik</b>                        | Yok | 184      | 88,5     |
|                                                 | Var | 24       | 11,5     |
| <b>Dördü antipsikotik</b>                       | Yok | 206      | 99,0     |
|                                                 | Var | 2        | 1,0      |

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların klorpromazin eşdeğer doz (KED) ortalamasının  $408,39 \pm 185,37$  mg/gün olduğu belirlenmiş olup, katılımcıların ortalama  $14,81 \pm 9,61$  yıldır antipsikotik tedavisi aldığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.4).

**Tablo 4.4:** Katılımcıların Kullandığı Antipsikotik İlaçlar

|                            | AP  |               | AP  |           | AP |           | AP |         |
|----------------------------|-----|---------------|-----|-----------|----|-----------|----|---------|
|                            | n   | %             | n   | %         | n  | %         | n  | %       |
| Amisulpirid                | 17  | 8,2           | 21  | 10,1      | -  | -         | -  | -       |
| Aripiprazol                | 14  | 6,7           | 25  | 12,0      | 2  | 1,0       | -  | -       |
| Aripiprazol depo           | 7   | 3,4           | -   | -         | -  | -         | -  | -       |
| Flupentixol depo           | 1   | 0,5           | 1   | 0,5       | -  | -         | -  | -       |
| Haloperidol                | 2   | 1,0           | 5   | 2,4       | -  | -         | -  | -       |
| Haloperidol Dekonat        | 8   | 3,8           | -   | -         | -  | -         | -  | -       |
| Ketiapin                   | 4   | 1,9           | 41  | 19,7      | 10 | 4,8       | 2  | 1,0     |
| Klorpromazin               | 1   | 0,5           | 1   | 0,5       | -  | -         | -  | -       |
| Klozapin                   | 66  | 31,8          | 14  | 6,8       | 5  | 2,4       | -  | -       |
| Olanzapin                  | 12  | 5,8           | 9   | 4,3       | 4  | 1,9       | -  | -       |
| Paliperidon                | 10  | 4,8           | 5   | 2,4       | 1  | 0,5       | -  | -       |
| Paliperidon depo           | 14  | 6,7           | -   | -         | -  | -         | -  | -       |
| Paliperidon Depo (3 Aylık) | 3   | 1,4           | -   | -         | -  | -         | -  | -       |
| Risperidon                 | 19  | 9,1           | 9   | 4,3       | 2  | 1,0       | -  | -       |
| Risperidon depo            | 11  | 5,3           | -   | -         | -  | -         | -  | -       |
| Ziprasidon                 | 4   | 1,9           | -   | -         | -  | -         | -  | -       |
| Zuklopentixol depo         | 15  | 7,2           | 1   | 0,5       | -  | -         | -  | -       |
|                            |     |               |     |           |    |           |    |         |
|                            | N   | Ort.±Ss       | n   | Ort.±Ss   | n  | Ort.±Ss   | n  | Ort.±Ss |
| Süresi (1 yıl)             | 208 | 6,31±6,37     | 132 | 5,19±4,98 | 24 | 4,29±3,86 | -  | -       |
| Klorpromazin Eşdeğer Doz   | 208 | 408,39±185,37 | -   | -         | -  | -         | -  | -       |
| Toplam Antipsikotik (Yıl)  | 208 | 14,81±9,61    |     |           |    |           |    |         |

Çalışmaya katılan şizofreni tanılı hastaların 37'sinin (% 17,8) tıknırcasına yeme bozukluğu, 43'ünün (% 20,7) gece yeme sendromu tanı kriterlerini karşıladığı, 18'inde ise (% 8,6) her iki yeme bozukluğunun birlikte bulunduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak Yeme Tutumu Testi'ne göre yeme tutumu problemlili olan katılımcıların sayısının 30 (% 14,4) olduğu saptanmıştır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'ne göre katılımcıların 154'ünün (% 74,0) çocukluk çağında fiziksel ihmal, 117'sinin (% 56,3) duygusal ihmal, 135'inin (% 64,9) duygusal istismar, 138'inin (% 66,3) fiziksel istismar ve 80'inin (% 38,5) cinsel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.5).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği'ne göre katılımcıların % 68'inin uyku kalitesinin kötü olduğu, % 32'sinin uyku kalitesinin iyi olduğu saptanmıştır. Son bir haftadaki uyku kalitesinin değerlendirildiği soruyu katılımcıların; 132'si (% 63,5) oldukça iyi, 40'ı (% 19,2) iyi, 28'i (% 13,5) oldukça kötü ve 8'i (% 3,8) çok kötü olarak cevaplamıştır (Bkz. Tablo 4.5).

**Tablo 4.5:** Katılımcıların GYS, TYB, Çocukluk Çağı Travmaları ve Uyku Kalitesi ile Bağlantılı Verileri

|                                     |              | n   | %    |
|-------------------------------------|--------------|-----|------|
| <b>TYB</b>                          | Yok          | 171 | 82,2 |
|                                     | Var          | 37  | 17,8 |
| <b>GYS</b>                          | Yok          | 165 | 79,3 |
|                                     | Var          | 43  | 20,7 |
| <b>Fiziksel ihmal</b>               | Yok          | 54  | 26   |
|                                     | Var          | 154 | 74   |
| <b>Duygusal ihmal</b>               | Yok          | 91  | 43,8 |
|                                     | Var          | 117 | 56,3 |
| <b>Duygusal istismar</b>            | Yok          | 73  | 35,1 |
|                                     | Var          | 135 | 64,9 |
| <b>Fiziksel istismar</b>            | Yok          | 70  | 33,7 |
|                                     | Var          | 138 | 66,3 |
| <b>Cinsel istismar</b>              | Yok          | 128 | 61,5 |
|                                     | Var          | 80  | 38,5 |
| <b>YTT (≥30)</b>                    | Yok          | 178 | 85,6 |
|                                     | Var          | 30  | 14,4 |
| <b>Uyku Kalitesi (PUKÖ'ye göre)</b> | Kötü         | 142 | 68,2 |
|                                     | İyi          | 66  | 31,7 |
| <b>Uyku Kalitesi (Geçen hafta)</b>  | Çok iyi      | 40  | 19,2 |
|                                     | Oldukça iyi  | 132 | 63,5 |
|                                     | Oldukça kötü | 28  | 13,5 |
|                                     | Çok kötü     | 8   | 3,8  |

Çalışmamızda GYA skorları ile CDÖ ( $r=0,440$ ,  $p<0,001$ ), PUKÖ ( $r=0,285$ ,  $p<0,001$ ), ÇÇTÖ ( $r=0,198$ ,  $p=0,004$ ), çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar ( $r=0,280$ ,  $p<0,001$ ), Fiziksel istismar ( $r=0,153$ ,  $p=0,027$ ) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. YTT skorları ile CDÖ ( $r=0,241$ ,  $p<0,001$ ), PUKÖ ( $r=0,179$ ,  $p=0,010$ ) ve duygusal istismar ( $r=0,194$ ,  $p=0,005$ ) skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak, BKİ ve CDÖ, PUKÖ ve ÇÇTÖ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede ilişki bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.6).

**Tablo 4.6:** GYA, YTT ve PANSS, CDÖ, PUKÖ, ÇÇTÖ Arasındaki İlişki

|                               |                      | <b>GYA</b>       | <b>YTT</b>       | <b>BKİ</b>       |
|-------------------------------|----------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>CDÖ</b>                    | <b>r</b>             | 0,440            | 0,241            | 0,050            |
|                               | <b>p</b>             | <b>&lt;0,001</b> | <b>&lt;0,001</b> | 0,474            |
| <b>PUKÖ</b>                   | <b>r</b>             | 0,285            | 0,179            | 0,120            |
|                               | <b>p</b>             | <b>&lt;0,001</b> | 0,010            | 0,084            |
| <b>ÇÇTÖ</b>                   | <b>r</b>             | 0,198            | 0,086            | <b>&lt;0,001</b> |
|                               | <b>p<sup>a</sup></b> | <b>0,004</b>     | 0,216            | 0,997            |
| <b>ÇÇTÖ Fiziksel İhmal</b>    | <b>r</b>             | 0,054            | 0,049            | 0,031            |
|                               | <b>p</b>             | 0,434            | 0,486            | 0,654            |
| <b>ÇÇTÖ Duygusal İhmal</b>    | <b>r</b>             | 0,088            | 0,076            | 0,068            |
|                               | <b>p</b>             | 0,205            | 0,278            | 0,331            |
| <b>ÇÇTÖ Duygusal İstismar</b> | <b>r</b>             | 0,280            | 0,194            | 0,009            |
|                               | <b>p</b>             | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,005</b>     | 0,892            |
| <b>ÇÇTÖ Fiziksel İstismar</b> | <b>r</b>             | 0,153            | -0,006           | -0,010           |
|                               | <b>p<sup>a</sup></b> | <b>0,027</b>     | 0,930            | 0,888            |
| <b>ÇÇTÖ Cinsel İstismar</b>   | <b>r</b>             | 0,057            | 0,068            | 0,024            |
|                               | <b>p<sup>a</sup></b> | 0,416            | 0,332            | 0,726            |
| <b>ÇÇTÖ Minimizasyon</b>      | <b>r</b>             | -0,068           | -0,085           | 0,020            |
|                               | <b>p<sup>a</sup></b> | 0,333            | 0,220            | 0,778            |

$r$  = Pearson Korelasyon Analizi Sonucu;  $p^a$  =Spearman Korelasyon Analizi Sonucu,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmada BKİ değerleri ile GYA ( $r=0,273$ ,  $p<0,001$ ) ve YTT ( $r=0,257$ ,  $p<0,001$ ) değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak diğer parametreler (bel çevresi, yaş, KED, toplam antipsikotik kullanım süresi) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. BKİ ve bel çevresi ile PUKÖ ve ÇÇTÖ (alt ölçekleri de dahil) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle PUKÖ ve ÇÇTÖ parametreleri tablolara eklenmemiştir. (Bkz. Tablo 4.7).

**Tablo 4.7:** GYA, YTT, BKİ, Bel Çevresi, Yaş, KED, Toplam Antipsikotik Kullanım Süresi (Yıl) Arasındaki İlişki

|                                             |                | 1      | 2      | 3      | 4     | 5      | 6      | 7     |
|---------------------------------------------|----------------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|-------|
| 1-GYA                                       | r              | -      |        |        |       |        |        |       |
|                                             | p              | -      |        |        |       |        |        |       |
| 2-YTT                                       | r              | ,097   |        |        |       |        |        |       |
|                                             | p              | ,162   |        |        |       |        |        |       |
| 3-BKİ                                       | r              | ,273   | ,257   |        |       |        |        |       |
|                                             | p              | <0,001 | <0,001 |        |       |        |        |       |
| 4-Bel Çevresi (cm)                          | r              | ,203   | ,163   | ,753   |       |        |        |       |
|                                             | p              | ,003   | ,018   | ,000   |       |        |        |       |
| 5-Yaş                                       | r              | -,077  | ,088   | ,082   | ,131  |        |        |       |
|                                             | p              | ,267   | ,208   | ,240   | ,059  |        |        |       |
| 6-Klorpromazin Eşdeğer Doz                  | r              | 0,022  | 0,071  | 0,034  | 0,139 | 0,040  | -0,002 |       |
|                                             | p <sup>a</sup> | 0,758  | 0,306  | 0,631  | 0,046 | 0,565  | 0,978  |       |
| 7-Toplam Antipsikotik Kullanım Süresi (Yıl) | r              | -0,067 | -0,057 | -0,048 | 0,041 | 0,596  | 0,550  | 0,011 |
|                                             | p <sup>a</sup> | 0,336  | 0,412  | 0,488  | 0,555 | <0,001 | <0,001 | 0,884 |

*p<sup>a</sup> =Spearman Korelasyon Analizi, p<0,05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir*

Çalışmada TYB olan katılımcılarda TYB olmayanlara göre BKİ alt grup oranlarının ( $X^2=45,01$ ,  $p<0,001$ ) , ek tıbbi hastalık oranlarının ( $X^2=5,87$ ,  $p=0,015$ ) ve hiperlipidemi oranlarının ( $X^2=6,00$ ,  $p=0,014$ ) istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. TYB olan şizofreni tanılı katılımcılarda BKİ değerinin ortalamasının ( $t=-6,91$ ,  $p<0,001$ ) ve bel çevresi (cm) ortalamasının ( $t=-5,62$ ,  $p<0,001$ ) istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.8).

**Tablo 4.8:** TYB Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Demografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

|                          |             | TYB |      |     |      |        |        |
|--------------------------|-------------|-----|------|-----|------|--------|--------|
|                          |             | Yok |      | Var |      |        |        |
|                          |             | n   | %    | n   | %    |        |        |
| Cinsiyet                 | E           | 113 | 66,1 | 21  | 56,8 | 1,54   | 0,283  |
|                          | K           | 58  | 33,9 | 16  | 43,2 |        |        |
| BKİ grup                 | Az Kilolu   | 2   | 1,2  | 0   | 0,0  | 45,01* | <0,001 |
|                          | Normal      | 45  | 26,3 | 0   | 0,0  |        |        |
|                          | Fazla kilo  | 67  | 39,2 | 4   | 10,8 |        |        |
|                          | Obez        | 54  | 31,6 | 27  | 73,0 |        |        |
|                          | Morbid obez | 3   | 1,8  | 6   | 16,2 |        |        |
| Medeni durum             | Yok         | 139 | 81,3 | 26  | 70,3 | 2,25   | 0,134  |
|                          | Var         | 32  | 18,7 | 11  | 29,7 |        |        |
| Çocuk Sahibi Olma Durumu | Yok         | 126 | 73,7 | 25  | 67,6 | 0,57   | 0,449  |
|                          | Var         | 45  | 26,3 | 12  | 32,4 |        |        |
| Eğitim Durumu            | İlköğretim  | 95  | 55,6 | 23  | 62,2 | 0,77   | 0,680  |
|                          | Lise        | 54  | 31,6 | 9   | 24,3 |        |        |
|                          | Lisans      | 22  | 12,9 | 5   | 13,5 |        |        |
| Meslek                   | Yok         | 92  | 53,8 | 23  | 62,2 | 0,86   | 0,354  |
|                          | Var         | 79  | 46,2 | 14  | 37,8 |        |        |
| Çalışma durumu           | Yok         | 139 | 81,3 | 32  | 86,5 | 0,56   | 0,453  |
|                          | Var         | 32  | 18,7 | 5   | 13,5 |        |        |
| Ek tıbbi hastalık        | Yok         | 102 | 59,6 | 14  | 37,8 | 5,87   | 0,015  |
|                          | Var         | 69  | 40,4 | 23  | 62,2 |        |        |
| Diabetes Mellitus        | Yok         | 150 | 87,7 | 30  | 81,1 | 1,15   | 0,283  |
|                          | Var         | 21  | 12,3 | 7   | 18,9 |        |        |
| Hipertansiyon            | Yok         | 156 | 91,2 | 34  | 91,9 | 0,02   | 0,896  |
|                          | Var         | 15  | 8,8  | 3   | 8,1  |        |        |
| Hiperlipidemi            | Yok         | 127 | 74,3 | 20  | 54,1 | 6,00   | 0,014  |
|                          | Var         | 44  | 25,7 | 17  | 45,9 |        |        |
| Kardiyak Hastalık        | Yok         | 163 | 95,3 | 33  | 89,2 | 2,10*  | 0,180  |
|                          | Var         | 8   | 4,7  | 4   | 10,8 |        |        |
| Hipotiroidi              | Yok         | 159 | 93,0 | 34  | 91,9 | 0,05   | 0,816  |
|                          | Var         | 12  | 7,0  | 3   | 8,1  |        |        |

|                                    |     |       |       |        |       |         |        |
|------------------------------------|-----|-------|-------|--------|-------|---------|--------|
| Hipertiroidi                       | Yok | 170   | 99,4  | 37     | 100,0 | 0,21*   | 1,00   |
|                                    | Var | 1     | 0,6   | 0      | 0,0   |         |        |
| Diğer kronik hastalık              | Yok | 155   | 90,6  | 31     | 83,8  | 1,51    | 0,219  |
|                                    | Var | 16    | 9,4   | 6      | 16,2  |         |        |
| İntihar girişimi                   | Yok | 125   | 73,1  | 23     | 62,2  | 1,77    | 0,183  |
|                                    | Var | 46    | 26,9  | 14     | 37,8  |         |        |
| Sigara                             | Yok | 85    | 49,7  | 22     | 59,5  | 1,15    | 0,282  |
|                                    | Var | 86    | 50,3  | 15     | 40,5  |         |        |
| Alkol                              | Yok | 162   | 94,7  | 34     | 91,9  | 0,45    | 0,501  |
|                                    | Var | 9     | 5,3   | 3      | 8,1   |         |        |
| Madde kullanımı                    | Yok | 163   | 95,3  | 37     | 100,0 | 1,80*   | 0,355  |
|                                    | Var | 8     | 4,7   | 0      | 0,0   |         |        |
| Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü | Yok | 82    | 48,0  | 17     | 45,9  | 0,05    | 0,825  |
|                                    | Var | 89    | 52,0  | 20     | 54,1  |         |        |
| Adli öykü                          | Yok | 140   | 81,9  | 29     | 78,4  | 0,24    | 0,622  |
|                                    | Var | 31    | 18,1  | 8      | 21,6  |         |        |
|                                    |     |       |       |        |       |         |        |
|                                    | N   | Ort.  | Ss.   | Ort.   | Ss.   | Z/t     | p      |
| Yaş                                | 208 | 40,83 | 11,13 | 37,92  | 10,41 | t=1,46  | 0,146  |
| BKİ                                | 208 | 28,16 | 5,30  | 34,82  | 5,35  | t=-6,91 | <0,001 |
| Bel Çevresi (cm)                   | 208 | 99,64 | 16,69 | 116,05 | 13,14 | t=-5,62 | <0,001 |
| İntihar Sayısı                     | 208 | ,59   | 1,26  | 1,05   | 1,79  | Z=-1,52 | 0,128  |
| Hastalık başlangıç yaşı            | 208 | 23,63 | 7,79  | 22,27  | 7,21  | t=0,97  | 0,332  |
| Tedavi başlangıç yaşı              | 208 | 24,62 | 8,28  | 23,43  | 7,29  | t=0,81  | 0,421  |
| Hastalık süre (yıl)                | 208 | 16,85 | 10,36 | 15,35  | 8,96  | Z=-0,78 | 0,438  |
| Remisyon süre (yıl)                | 208 | 4,21  | 4,14  | 3,68   | 3,84  | Z=-0,89 | 0,373  |

$\chi^2$  = Ki-Kare Analizi, \*Fisher Kesin Ki Kare Testi,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmada GYS olan katılımcılarda GYS olmayanlara göre BKİ alt grup oranlarının ( $\chi^2=20,31$ ,  $p < 0,001$ ) ve sigara kullanım oranlarının ( $\chi^2=5,95$ ,  $p=0,015$ ) istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. GYS olan şizofreni tanılı katılımcılarda BKİ değerinin ortalamasının ( $t=-4,41$ ,  $p < 0,001$ ) ve bel çevresi (cm) ortalamasının ( $t=-3,11$ ,  $p=0,002$ ) istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.9).

**Tablo 4.9:** GYS Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Demografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

|                   |             | GYS |      |     |       |                |        |
|-------------------|-------------|-----|------|-----|-------|----------------|--------|
|                   |             | Yok |      | Var |       | X <sup>2</sup> | p      |
|                   |             | n   | %    | n   | %     |                |        |
| Cinsiyet          | E           | 106 | 64,2 | 28  | 65,1  | 0,01           | 0,915  |
|                   | K           | 59  | 35,8 | 15  | 34,9  |                |        |
| BKİ grup          | Az Kilolu   | 2   | 1,2  | 0   | 0,0   | 20,31*         | <0,001 |
|                   | Normal      | 43  | 26,1 | 2   | 4,7   |                |        |
|                   | Fazla kilo  | 58  | 35,2 | 13  | 30,2  |                |        |
|                   | Obez        | 59  | 35,8 | 22  | 51,2  |                |        |
|                   | Morbid obez | 3   | 1,8  | 6   | 14,0  |                |        |
| Medeni durum      | Yok         | 132 | 80,0 | 33  | 76,7  | 0,22           | 0,639  |
|                   | Var         | 33  | 20,0 | 10  | 23,3  |                |        |
| Çocuk             | Yok         | 120 | 72,7 | 31  | 72,1  | 0,01           | 0,934  |
|                   | Var         | 45  | 27,3 | 12  | 27,9  |                |        |
| Eğitim            | İlköğretim  | 92  | 55,8 | 26  | 60,5  | 0,57           | 0,752  |
|                   | Lise        | 52  | 31,5 | 11  | 25,6  |                |        |
|                   | Lisans      | 21  | 12,7 | 6   | 14,0  |                |        |
| Meslek            | Yok         | 90  | 54,5 | 25  | 58,1  | 0,18           | 0,673  |
|                   | Var         | 75  | 18,8 | 18  | 41,9  |                |        |
| Çalışma durumu    | Yok         | 134 | 45,5 | 37  | 86,0  | 0,55           | 0,460  |
|                   | Var         | 31  | 81,2 | 6   | 14,0  |                |        |
| Ek tıbbi hastalık | Yok         | 94  | 57,0 | 22  | 51,2  | 0,47           | 0,495  |
|                   | Var         | 71  | 43,0 | 21  | 48,8  |                |        |
| Diabetes Mellitus | Yok         | 145 | 87,9 | 35  | 81,4  | 1,23           | 0,267  |
|                   | Var         | 20  | 12,1 | 8   | 18,6  |                |        |
| Hipertansiyon     | Yok         | 151 | 91,5 | 39  | 90,7  | 0,03           | 0,865  |
|                   | Var         | 14  | 8,5  | 4   | 9,3   |                |        |
| Hiperlipidemi     | Yok         | 121 | 73,3 | 26  | 60,5  | 2,73           | 0,099  |
|                   | Var         | 44  | 26,7 | 17  | 39,5  |                |        |
| Kardiyak Hastalık | Yok         | 157 | 95,2 | 39  | 90,7  | 1,24           | 0,265  |
|                   | Var         | 8   | 4,8  | 4   | 9,3   |                |        |
| Hipotiroidi       | Yok         | 154 | 93,3 | 39  | 90,7  | 0,35           | 0,552  |
|                   | Var         | 11  | 6,7  | 4   | 9,3   |                |        |
| Hipertiroidi      | Yok         | 164 | 99,4 | 43  | 100,0 | 0,26*          | 1,000  |
|                   | Var         | 1   | 0,6  | 0   | 0,0   |                |        |
| Diğer kronik      | Yok         | 147 | 89,1 | 39  | 90,7  | 0,09           | 0,760  |

|                                           |            |             |            |             |            |            |                  |
|-------------------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|------------------|
| <b>hastalık</b>                           | <b>Var</b> | 18          | 10,9       | 4           | 9,3        |            |                  |
| <b>İntihar girişimi</b>                   | <b>Yok</b> | 116         | 70,3       | 32          | 74,4       | 0,28       | 0,596            |
|                                           | <b>Var</b> | 49          | 29,7       | 11          | 25,6       |            |                  |
| <b>Sigara</b>                             | <b>Yok</b> | 92          | 55,8       | 15          | 34,9       | 5,95       | <b>0,015</b>     |
|                                           | <b>Var</b> | 73          | 44,2       | 28          | 65,1       |            |                  |
| <b>Alkol</b>                              | <b>Yok</b> | 157         | 95,2       | 39          | 90,7       | 1,25       | 0,265            |
|                                           | <b>Var</b> | 8           | 4,8        | 4           | 9,3        |            |                  |
| <b>Madde kullanımı</b>                    | <b>Yok</b> | 159         | 96,4       | 41          | 95,3       | 0,10*      | 0,671            |
|                                           | <b>Var</b> | 6           | 3,6        | 2           | 4,7        |            |                  |
| <b>Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü</b> | <b>Yok</b> | 81          | 49,1       | 18          | 41,9       | 0,72       | 0,398            |
|                                           | <b>Var</b> | 84          | 50,9       | 25          | 58,1       |            |                  |
| <b>Adli öykü</b>                          | <b>Yok</b> | 137         | 83,0       | 32          | 74,4       | 1,66       | 0,198            |
|                                           | <b>Var</b> | 28          | 17,0       | 11          | 25,6       |            |                  |
|                                           |            |             |            |             |            |            |                  |
|                                           | <b>N</b>   | <b>Ort.</b> | <b>Ss.</b> | <b>Ort.</b> | <b>Ss.</b> | <b>Z/t</b> | <b>p</b>         |
| <b>Yaş</b>                                | <b>208</b> | 40,81       | 11,14      | 38,40       | 10,56      | t=1,28     | 0,202            |
| <b>BKİ</b>                                | <b>208</b> | 28,46       | 5,48       | 32,75       | 6,20       | t=-4,44    | <b>&lt;0,001</b> |
| <b>Bel Çevresi (cm)</b>                   | <b>208</b> | 100,70      | 17,17      | 109,70      | 15,93      | t=-3,11    | <b>0,002</b>     |
| <b>İntihar Sayı</b>                       | <b>208</b> | ,68         | 1,38       | ,65         | 1,40       | Z=-0,43    | 0,655            |
| <b>Hastalık başlangıç yaşı</b>            | <b>208</b> | 23,67       | 7,83       | 22,28       | 7,11       | t=1,06     | 0,291            |
| <b>Tedavi başlangıç yaşı</b>              | <b>208</b> | 24,50       | 8,37       | 24,05       | 7,09       | t=0,33     | 0,743            |
| <b>Hastalık süre (yıl)</b>                | <b>208</b> | 16,72       | 10,29      | 16,05       | 9,53       | Z=-0,37    | 0,711            |
| <b>Remisyon süre (yıl)</b>                | <b>208</b> | 4,34        | 4,28       | 3,24        | 3,16       | Z=-1,26    | 0,208            |

$\chi^2$ =Ki-Kare Analizi, \*Fisher Kesin Ki Kare Testi, t=Bağımsız gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmada TYB olan şizofreni tanılı katılımcıların 18'inde (% 48,6) GYS olduğu, TYB olmayan katılımcıların ise 25'inde (% 14,6) GYS olduğu tespit edilmiştir. TYB olan şizofreni tanılı katılımcılarda GYS oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu ( $\chi^2=21,48$ ,  $p<0,001$ ) bulunmuştur. Ancak iki grup arasında komorbid ruhsal hastalık varlığı, farmakoterapötik ve psikometrik özellikler açısından istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.10).

**Tablo 4.10:** TYB Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasındaki Farmakoterapötik ve Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması

|                                |              | TYB |      |     |      |                |        |
|--------------------------------|--------------|-----|------|-----|------|----------------|--------|
|                                |              | Yok |      | Var |      |                |        |
|                                |              | N   | %    | n   | %    | X <sup>2</sup> | p      |
| GYS                            | Yok          | 146 | 85,4 | 19  | 51,4 | 21,48          | <0,001 |
|                                | Var          | 25  | 14,6 | 18  | 48,6 |                |        |
| Kororbidite                    | Yok          | 117 | 68,4 | 22  | 59,5 | 1,10           | 0,294  |
|                                | Var          | 54  | 31,6 | 15  | 40,5 |                |        |
| Antidepresan kullanımı         | Yok          | 125 | 73,1 | 27  | 73,0 | 0,00           | 0987   |
|                                | Var          | 46  | 26,9 | 10  | 27,0 |                |        |
| Antiepileptik                  | Yok          | 142 | 83,0 | 28  | 75,7 | 1,11           | 0,293  |
|                                | Var          | 29  | 17,0 | 9   | 24,3 |                |        |
| Antikolinerjik/Anti parkinson  | Yok          | 118 | 69,0 | 23  | 62,2 | 0,65           | 0,419  |
|                                | Var          | 53  | 31,0 | 14  | 37,8 |                |        |
| Fiziksel ihmal                 | Yok          | 44  | 25,7 | 10  | 27,0 | 0,03           | 0,870  |
|                                | Var          | 127 | 74,3 | 27  | 73,0 |                |        |
| Duygusal ihmal                 | Yok          | 79  | 46,2 | 12  | 32,4 | 2,34           | 0,126  |
|                                | Var          | 92  | 53,8 | 25  | 67,6 |                |        |
| Duygusal istismar              | Yok          | 63  | 36,8 | 10  | 27,0 | 1,29           | 0,257  |
|                                | Var          | 108 | 63,2 | 27  | 73,0 |                |        |
| Fiziksel istismar              | Yok          | 55  | 32,2 | 15  | 40,5 | 0,96           | 0,328  |
|                                | Var          | 116 | 67,8 | 22  | 59,5 |                |        |
| Cinsel istismar                | Yok          | 106 | 62,0 | 22  | 59,5 | 0,08           | 0,774  |
|                                | Var          | 65  | 38,0 | 15  | 40,5 |                |        |
| Uyku kalitesi (geçen hafta)    | Çok iyi      | 36  | 21,1 | 4   | 10,8 | 6,12           | 0,0886 |
|                                | Oldukça iyi  | 110 | 64,3 | 22  | 59,5 |                |        |
|                                | Oldukça kötü | 20  | 11,7 | 8   | 21,6 |                |        |
|                                | Çok kötü     | 5   | 2,9  | 3   | 8,1  |                |        |
| İkili antipsikotik             | Yok          | 67  | 39,2 | 9   | 24,3 | 2,90           | 0,089  |
|                                | Var          | 104 | 60,8 | 28  | 75,7 |                |        |
| Üçlü antipisikotik             | Yok          | 152 | 88,9 | 32  | 86,5 | 0,17           | 0,678  |
|                                | Var          | 19  | 11,1 | 5   | 13,5 |                |        |
| Psikiyatri dışı ilaç kullanımı | Yok          | 125 | 73,1 | 23  | 62,2 | 1,77           | 0,183  |
|                                | Var          | 46  | 26,9 | 14  | 37,8 |                |        |
| Birinci Kuşak antipsikotik     | Yok          | 147 | 86,0 | 31  | 83,8 | 0,12           | 0,732  |
|                                | Var          | 24  | 14,0 | 6   | 16,2 |                |        |
| İkinci kuşak antipsikotik      | Yok          | 7   | 4,1  | 1   | 2,7  | 0,16*          | 1,00   |
|                                | Var          | 167 | 95,9 | 36  | 97,3 |                |        |

\*Fisher Kesin Ki Kare Testi,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmada GYS olan şizofreni tanılı katılımcıların GYS olmayanlara göre son 1 haftadaki uyku kalitelerinin anlamlı derecede düşük olduğu ( $X^2=9,42$ ,  $p=0,019$ ) bulunmuştur. Ancak iki grup arasında kororbid ruhsal hastalık varlığı, farmakoterapötik ve psikometrik özellikler açısından istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.11).

**Tablo 4.11:** GYS Tanısı Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasındaki Farmakoterapötik ve Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması

|                                       |              | GYS |      |     |      |                |              |
|---------------------------------------|--------------|-----|------|-----|------|----------------|--------------|
|                                       |              | Yok |      | Var |      |                |              |
|                                       |              | N   | %    | n   | %    | X <sup>2</sup> | p            |
| Komorbidite                           | Yok          | 113 | 68,5 | 26  | 60,5 | 0,99           | 0,320        |
|                                       | Var          | 52  | 31,5 | 17  | 39,5 |                |              |
| Antidepresan kullanımı                | Yok          | 121 | 73,3 | 31  | 72,1 | 0,03           | 0,870        |
|                                       | Var          | 44  | 26,7 | 12  | 27,9 |                |              |
| Duygudurum dengeleyici/Antiepi leptik | Yok          | 136 | 82,4 | 34  | 79,1 | 0,26           | 0,612        |
|                                       | Var          | 29  | 17,6 | 9   | 20,9 |                |              |
| Antikolinerjik/Anti parkinson         | Yok          | 112 | 67,9 | 29  | 67,4 | 0,00           | 0,956        |
|                                       | Var          | 53  | 32,1 | 14  | 32,6 |                |              |
| Fiziksel ihmal                        | Yok          | 45  | 27,3 | 9   | 20,9 | 0,71           | 0,398        |
|                                       | Var          | 120 | 72,7 | 34  | 79,1 |                |              |
| Duygusal ihmal                        | Yok          | 76  | 46,1 | 15  | 34,9 | 1,73           | 0,188        |
|                                       | Var          | 89  | 53,9 | 28  | 65,1 |                |              |
| Duygusal istismar                     | Yok          | 61  | 37,0 | 12  | 27,9 | 1,23           | 0,267        |
|                                       | Var          | 104 | 63,0 | 31  | 72,1 |                |              |
| Fiziksel istismar                     | Yok          | 58  | 35,2 | 12  | 27,9 | 0,80           | 0,371        |
|                                       | Var          | 107 | 64,8 | 31  | 72,1 |                |              |
| Cinsel istismar                       | Yok          | 104 | 63,0 | 24  | 55,8 | 0,75           | 0,386        |
|                                       | Var          | 61  | 37,0 | 19  | 44,2 |                |              |
| Uyku kalitesi (geçen hafta)           | Çok iyi      | 32  | 19,4 | 8   | 18,6 | 9,42*          | <b>0,019</b> |
|                                       | Oldukça iyi  | 110 | 66,7 | 22  | 51,2 |                |              |
|                                       | Oldukça kötü | 20  | 12,1 | 8   | 18,6 |                |              |
|                                       | Çok kötü     | 3   | 1,8  | 5   | 11,6 |                |              |
| İkili antipsikotik                    | Yok          | 65  | 39,4 | 11  | 25,6 | 2,81           | 0,094        |
|                                       | Var          | 100 | 60,6 | 32  | 74,4 |                |              |
| Üçlü antipisikotik                    | Yok          | 147 | 89,1 | 37  | 86,0 | 0,31           | 0,578        |
|                                       | Var          | 18  | 10,9 | 6   | 14,0 |                |              |
| Psikiyatri dışı ilaç kullanımı        | Yok          | 121 | 73,4 | 27  | 62,8 | 1,85           | 0,189        |
|                                       | Var          | 44  | 26,6 | 16  | 37,2 |                |              |
| Birinci Kuşak antipsikotik            | Yok          | 142 | 86,1 | 36  | 83,7 | 0,15           | 0,697        |
|                                       | Var          | 23  | 13,9 | 7   | 16,3 |                |              |
| İkinci kuşak antipsikotik             | Yok          | 7   | 4,2  | 1   | 2,3  | <b>0,34*</b>   | 1,00         |
|                                       | Var          | 158 | 95,8 | 42  | 97,7 |                |              |

\*Fisher Kesin Ki Kare Testi,  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmada TYB olan şizofreni tanılı katılımcılarda TYB olmayanlara göre GYA ( $t = -5,66$ ,  $p < 0,001$ ); YTT ( $Z = -6,78$ ,  $p < 0,001$ ); CDÖ ( $t = -3,33$ ,  $p = 0,001$ ), PUKÖ ( $t = -2,93$ ,  $p = 0,004$ ), ÇÇTÖ-duygusal istismar ( $t = -2,85$ ,  $p = 0,005$ ) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.12).

**Tablo 4.12:** TYB Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması

|                        | TYB   |       |       |       |         |        |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|--------|
|                        | Yok   |       | Var   |       |         |        |
|                        | Ort.  | Ss.   | Ort.  | Ss.   | Analiz  | p      |
| GYA                    | 14,35 | 7,85  | 22,78 | 9,78  | t=-5,66 | <0,001 |
| YTT                    | 17,52 | 8,04  | 27,89 | 6,69  | Z=-6,78 | <0,001 |
| CDÖ                    | 6,21  | 4,22  | 8,73  | 3,92  | t=-3,33 | 0,001  |
| PUKÖ                   | 6,65  | 2,48  | 7,97  | 2,55  | t=-2,93 | 0,004  |
| ÇÇTÖ                   | 47,78 | 11,18 | 51,68 | 16,98 | Z=-0,93 | 0,336  |
| ÇÇTÖ Fiziksel ihmal    | 10,13 | 3,18  | 10,08 | 3,66  | t=0,08  | 0,936  |
| ÇÇTÖ Duygusal ihmal    | 13,58 | 4,00  | 14,35 | 3,77  | t=-1,08 | 0,283  |
| ÇÇTÖ Duygusal istismar | 9,42  | 3,76  | 11,51 | 5,24  | t=-2,85 | 0,005  |
| ÇÇTÖ Fiziksel istismar | 7,62  | 3,16  | 8,32  | 4,18  | Z=-0,11 | 0,913  |
| ÇÇTÖ Cinsel istismar   | 6,58  | 2,93  | 7,05  | 3,77  | Z=-0,46 | 0,643  |
| ÇÇTÖ Minimizasyon      | 0,30  | 0,66  | 0,11  | 0,39  | Z=-1,82 | 0,069  |

*t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.*

Çalışmada GYS olan şizofreni tanılı katılımcılarda GYS olmayanlara göre CDÖ ( $t=-2,84$ ,  $p=0,005$ ), PUKÖ ( $t=-3,31$ ,  $p=0,001$ ) ve ÇÇTÖ-duygusal istismar ( $Z=-2,49$ ,  $p=0,013$ ) ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.13).

**Tablo 4.13:** GYS Olan ve Olmayan Katılımcılar Arasında Psikometrik Özelliklerin Karşılaştırılması

|                        | GYS   |       |       |       |         |              |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|--------------|
|                        | Yok   |       | Var   |       |         |              |
|                        | Ort.  | Ss.   | Ort.  | Ss.   | Analiz  | p            |
| YTT                    | 19,05 | 8,62  | 20,56 | 9,29  | t=-1,00 | 0,317        |
| CDÖ                    | 6,24  | 4,27  | 8,28  | 3,93  | t=-2,84 | <b>0,005</b> |
| PUKÖ                   | 6,59  | 2,51  | 8,00  | 2,37  | t=-3,31 | <b>0,001</b> |
| ÇÇTÖ                   | 47,49 | 11,45 | 52,23 | 15,31 | Z=-1,85 | 0,065        |
| ÇÇTÖ Fiziksel ihmal    | 10,06 | 3,30  | 10,35 | 3,13  | t=-0,52 | 0,607        |
| ÇÇTÖ Duygusal ihmal    | 13,57 | 3,95  | 14,28 | 4,03  | t=-1,05 | 0,297        |
| ÇÇTÖ Duygusal istismar | 9,38  | 3,87  | 11,37 | 4,70  | Z=-2,49 | <b>0,013</b> |
| ÇÇTÖ Fiziksel istismar | 7,53  | 3,18  | 8,56  | 3,92  | Z=-1,53 | 0,126        |
| ÇÇTÖ Cinsel istismar   | 6,48  | 2,77  | 7,37  | 4,08  | Z=-1,02 | 0,307        |
| ÇÇTÖ Minimizasyon      | 0,25  | 0,61  | 0,30  | 0,67  | Z=-0,43 | 0,669        |

t=Bağımsız Gruplar t testi, Z=Mann Whitney U testi, p<0,05 anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmada hiyerarşik regresyon analizine göre hastalık süresinin ve PANSS skorlarının BKİ değerlerini açıklamada yeterli olmadığı (F=0,31, p=0,736); modele CDÖ ve PUKÖ skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın % 2'ye yükseldiği ve modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı (F=0,83, p=0,505); modele GYA ve YTT skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın % 15'e çıktığı ve modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (F=5,88, p<0,001); model 4'e normal dağılım hipotezini karşılayan ÇÇTÖ alt ölçek skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın % 17'ye yükseldiği ve son modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (F=4,47, p<0,001) tespit edilmiştir. Buna ek olarak Model 4'te CDÖ (AL=-0,46, ÜL=-0,02; p=0,032), GYA (AL=0,12, ÜL=0,32; p<0,001), YTT (AL=0,10, ÜL=0,28; p<0,001) ve ÇÇTÖ duygusal istismar (AL=-0,07, ÜL=0,39; p=0,044) alt ölçek skorları BKİ skorlarını yordamada anlamlı faktörler olarak bulunmuştur. Normal dağılım hipotezi karşılanmadığı için tabloya tedavi ve ÇÇTÖ ile bağlantılı verilerin tamamı dahil edilmemiştir (Bkz. Tablo 4.14).

**Tablo 4.14:** BKİ Değerlerini Yordamada Hastalık Süresi, PANSS, CDÖ, PKÖ, GYA, YTT ve ÇÇTÖ Etkinliği

| Model |                        | R <sup>2</sup> | B     | Standart hata | Beta  | t     | p            | AL    | ÜL    |
|-------|------------------------|----------------|-------|---------------|-------|-------|--------------|-------|-------|
| 1     | Sabit                  | 0,00           | 28,20 | 1,95          |       | 14,44 | <0,001       | 24,35 | 32,05 |
|       | Hastalık süre (yıl)    |                | -0,01 | 0,04          | -0,02 | -0,29 | 0,770        | -0,09 | 0,07  |
|       | PANSS                  |                | 0,12  | 0,16          | 0,05  | 0,74  | 0,460        | -0,20 | 0,44  |
| 2     | Sabit                  | 0,02           | 26,92 | 2,12          |       | 12,73 | <0,001       | 22,75 | 31,09 |
|       | Hastalık süre (yıl)    |                | -0,02 | 0,04          | -0,03 | -0,41 | 0,683        | -0,10 | 0,06  |
|       | PANSS                  |                | 0,08  | 0,17          | 0,03  | 0,45  | 0,656        | -0,27 | 0,42  |
|       | CDÖ                    |                | -0,01 | 0,11          | -0,01 | -0,07 | 0,942        | -0,22 | 0,28  |
|       | PUKÖ                   |                | 0,28  | 0,18          | 0,12  | 1,57  | 0,118        | -0,07 | 0,62  |
| 3     | Sabit                  | 0,15           | 22,67 | 2,15          |       | 10,52 | <0,001       | 18,42 | 26,92 |
|       | Hastalık süre (yıl)    |                | -0,00 | 0,04          | -0,00 | -0,05 | 0,961        | -0,08 | 0,07  |
|       | PANSS                  |                | 0,08  | 0,16          | 0,09  | 0,52  | 0,606        | -0,24 | 0,41  |
|       | CDÖ                    |                | -0,25 | 0,11          | -0,18 | -2,22 | 0,028        | -0,46 | -0,03 |
|       | PUKÖ                   |                | 0,12  | 0,17          | 0,05  | 0,69  | 0,491        | -0,21 | 0,44  |
|       | GYA                    |                | 0,20  | 0,05          | 0,30  | 4,14  | <0,001       | 0,11  | 0,30  |
|       | YTT                    |                | 0,18  | 0,05          | 0,26  | 3,86  | <0,001       | 0,09  | 0,27  |
| 4     | Sabit                  | 0,17           | 21,43 | 2,50          |       | 8,57  | <0,001       | 16,50 | 26,36 |
|       | Hastalık süre (yıl)    |                | 0,00  | 0,04          | 0,00  | 0,04  | 0,968        | -0,07 | 0,08  |
|       | PANSS                  |                | 0,13  | 0,16          | 0,06  | 0,80  | 0,427        | -0,19 | 0,46  |
|       | CDÖ                    |                | -0,24 | 0,11          | -0,18 | -2,16 | <b>0,032</b> | -0,46 | -0,02 |
|       | PUKÖ                   |                | 0,12  | 0,17          | 0,05  | 0,72  | 0,471        | -0,21 | 0,45  |
|       | GYA                    |                | 0,22  | 0,05          | 0,33  | 4,45  | <0,001       | 0,12  | 0,32  |
|       | YTT                    |                | 0,19  | 0,05          | 0,28  | 4,11  | <0,001       | 0,10  | 0,28  |
|       | ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal    |                | 0,01  | 0,14          | 0,01  | 0,06  | 0,951        | -0,26 | 0,27  |
|       | ÇÇTÖ-Duygusal ihmal    |                | 0,16  | 0,12          | 0,11  | 1,38  | 0,169        | -0,07 | 0,39  |
|       | ÇÇTÖ-Duygusal istismar |                | -0,23 | 0,11          | -0,16 | -2,02 | <b>0,044</b> | -0,45 | -0,01 |

Model 1:  $F=0,31$ ,  $p=0,736$ , Model 2:  $F=0,83$ ,  $p=0,505$ , Model 3:  $F=5,88$ ,  $p<0,001$ , Model 4:  $F=4,47$ ,  $p<0,001$ , AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmada hiyerarşik regreyon analizine göre PUKÖ ve CDÖ skorlarının GYA skorlarının %21'ini istatistiksel açıdan anlamlı derecede açıkladığı ( $F=27,14$ ,  $p<0,001$ ); Modele YTT skorları ve PANSS skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın değişmediği, normal dağılım hipotezini karşılayan ÇÇTÖ alt skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın istatistiksel açıdan %24'e ( $F=8,92$   $p<0,001$ ) yükseldiği tespit edilmiştir. Buna ek olarak Model 4'te CDÖ ( $AL=0,41$ ,  $ÜL=1,01$ ;  $p<0,001$ ) ve ÇÇTÖ-duygusal istismar ( $AL=0,09$ ,  $ÜL=0,71$ ;  $p=0,013$ ) alt ölçek değerleri ortalaması GYA sonuçlarını yordamada anlamlı faktörler olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.15).

**Tablo 4.15:** GYA Sonuçlarını Yordamada PUKÖ, CDÖ, YTT, PANSS ve ÇÇTÖ Etkinliği

| Model |                        | R <sup>2</sup> | B     | Standart hata | Beta  | t     | p      | AL    | ÜL    |
|-------|------------------------|----------------|-------|---------------|-------|-------|--------|-------|-------|
| 1     | Sabit                  | 0,21           | 7,30  | 1,61          |       | 4,53  | <0,001 | 4,12  | 10,47 |
|       | PUKÖ                   |                | 0,47  | 0,23          | 0,14  | 2,00  | 0,047  | 0,01  | 0,93  |
|       | CDÖ                    |                | 0,80  | 0,14          | 0,39  | 5,77  | <0,001 | 0,53  | 1,08  |
| 2     | Sabit                  | 0,21           | 7,61  | 1,86          |       | 4,10  | <0,001 | 3,95  | 11,27 |
|       | PUKÖ                   |                | 0,48  | 0,24          | 0,14  | 2,02  | 0,045  | 0,01  | 0,94  |
|       | CDÖ                    |                | 0,81  | 0,14          | 0,39  | 5,72  | <0,001 | 0,53  | 1,09  |
|       | YTT                    |                | -0,02 | 0,07          | -0,02 | -0,34 | 0,734  | -0,15 | 0,11  |
| 3     | Sabit                  | 0,21           | 5,30  | 2,96          |       | 1,79  | 0,075  | -0,54 | 11,14 |
|       | PUKÖ                   |                | 0,46  | 0,24          | 0,13  | 1,96  | 0,051  | -0,00 | 0,93  |
|       | CDÖ                    |                | 0,76  | 0,15          | 0,37  | 5,10  | <0,001 | 0,47  | 1,06  |
|       | YTT                    |                | -0,02 | 0,07          | -0,07 | -0,25 | 0,805  | -0,14 | 0,11  |
|       | PANSS                  |                | 0,23  | 0,23          | 0,08  | 1,00  | 0,318  | -0,23 | 0,69  |
| 4     | Sabit                  | 0,24           | 5,86  | 3,48          |       | 1,68  | 0,094  | -1,00 | 12,72 |
|       | PUKÖ                   |                | 0,42  | 0,24          | 0,12  | 1,77  | 0,078  | -0,05 | 0,88  |
|       | CDÖ                    |                | 0,71  | 0,15          | 0,35  | 4,71  | <0,001 | 0,41  | 1,01  |
|       | YTT                    |                | -0,04 | 0,07          | -0,04 | -0,57 | 0,559  | -0,17 | 0,09  |
|       | PANSS                  |                | 0,16  | 0,23          | 0,05  | 0,67  | 0,502  | -0,30 | 0,62  |
|       | ÇÇTÖ Fiziksel ihmal    |                | -0,07 | 0,19          | -0,02 | -0,29 | 0,772  | -0,43 | 0,32  |
|       | ÇÇTÖ Duygusal ihmal    |                | -0,15 | 0,17          | -0,07 | -0,87 | 0,385  | -0,47 | 0,18  |
|       | ÇÇTÖ Duygusal istismar |                | 0,40  | 0,16          | 0,19  | 2,51  | 0,013  | 0,09  | 0,71  |

Model 1:  $F=27,14$ ,  $p<0,001$ , Model 2:  $F=18,05$ ,  $p<0,001$ , Model 3:  $F=13,79$ ,  $p<0,001$ , Model 4:  $F=8,92$ ,  $p<0,001$ , AL=Alt Limit, ÜL=Üst Limit,  $p<0,05$  anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

NOT: PUKÖ ve CDÖ zaten GYA modelleriyle benzerlik gösteriyor, bu nedenle modelin ilk sırasından sonrasında YTT ve diğerleri modele eklendi.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ayaktan psikiyatri ünitesine başvuran, DSM 5 tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış; son 6 aydır remisyonda olan; çalışmanın dahil etme ve dışlama kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 208 hastada; tıknırcasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromunun prevalansı araştırılmış olup, uyku bozuklukları, depresyon ve çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisi değerlendirilmiştir. Hastaların psikiyatrik hastalık tanılarının kesinleştirilmesinde DSM-5 tanı ölçütleri ve SCID-5 kullanılmıştır. Hastalardaki yeme bozukluklarını belirlemek için DSM-5 tanı ölçütleri ve SCID-5'e ek olarak Yeme Tutumu Testi (YTT) ve Gece Yeme Anketi (GYA) kullanılmıştır. Uyku bozuklukluklarının belirlenmesinde Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği (PÜKÖ), depresyonun belirlenmesinde Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ), çocukluk çağı travmalarının belirlenmesinde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden (ÇÇTÖ) yararlanılmıştır.

Çalışmamıza dahil ettiğimiz 208 hastanın 37'sine (%17,8) TYB tanısı, 43'üne (%20,7) GYS tanısı konulmuş olup, 18'inde (%8,6) GYS ve TYB tanısının birlikte bulunduğu tespit edilmiştir. Örneklemimizde GYS ve TYB prevalansı toplum temelli çalışmalara göre yüksek olmakla birlikte şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Hastaların BKİ ortalaması  $29,35 \pm 5,88$  olup, yaklaşık %43'ünü obez ve morbid obez alt grupları oluşturmaktadır. Çalışmamızda BKİ değerleriyle GYA ve YTT puanları arasında anlamlı derecede pozitif ilişki saptanması; yeme bozukluğunun BKİ artışına ve obeziteye neden olabileceğini göstermektedir. Gece yeme sendromu ve tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı alan gruplarda BKİ ortalaması ve bel çevresi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. TYB tanısı alan şizofreni hastalarında TYB olmayan gruba göre; GYS, depresyon ve çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar alt birimi anlamlı derecede yüksek; uyku kalitesi düşük bulunmuştur. Ayrıca TYB olan grupta ek tıbbi hastalık ve hiperlipidemi oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. GYS tanısı alan şizofreni hastalarında

GYS olmayan gruba göre sigara kullanım oranları, depresyon ve çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar alt birimi anlamlı derecede yüksek, uyku kalitesi düşük bulunmuştur. GYS ve/veya TYB olan gruplarda psikiyatrik ilaç kullanımı açısından fark saptanmamıştır. Son olarak bu örnekleme BKİ, çocukluk çağı travmaları (özellikle de duygusal istismar), depresyon düzeyi, ve uyku kalitesinin hem GYS hem de TYB için belirleyici olduğu; sigara kullanımının da GYS açısından belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular çalışma hipotezlerimizi destekler niteliktedir.

Çalışmamıza katılan şizofreni tanılı hastaların % 64,4'ü erkek olup tüm katılımcıların yaş ortalaması  $40,31 \pm 11,04$ , BKİ ortalaması  $29,35 \pm 5,8 \text{ kg / m}^2$  olarak değerlendirilmiştir ve hastaların % 38,9'unun obez, % 4,3'ünün morbid obez olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.1). Youssef Kouidrat ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı, şizofrenide yeme bozukluğu davranışı ile sosyodemografik ve klinik veriler arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmada; şizofreni hastalarının % 65'inin erkek olduğu, örnekleme yer alan tüm katılımcıların yaş ortalamasının  $44 \pm 11$  yıl ve BKİ ortalamasının  $30.3 \pm 8.2 \text{ kg / m}^2$  olduğu saptanmıştır (169). Ülkemizde Döngel ve ark.'nın 2018 yılında yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının % 59.2'sinin erkek, yaş ortalamasının  $38.50 \pm 12.21$  olduğu ve % 31.7'sinin obezite tanısına sahip olduğu bildirilmektedir (170). Literatürde yer alan bu çalışma sonuçları ile çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının % 79,3'ünün bekar, % 27,4'ünün çocuk sahibi, %56,7'sinin ilköğretim mezunu, % 30,3'ünün lise mezunu ve % 13,0'ünün lisans mezunu olduğu, hastaların %17.8'inin çalıştığı gözlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1). Cai ve arkadaşlarının 2017 yılında Çin'de toplum ruh sağlığı merkezlerinden takipli 172 şizofreni hastası ile yaptıkları, şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin araştırıldığı çalışmada; hastaların % 61'inin erkek olduğu, % 75'inin bekar olduğu, yaş ortalamasının 43.1 olduğu, ortalama eğitim süresinin 11.25 yıl olduğu ve hastaların %9.4'ünün çalıştığı tespit edilmiştir (171). Mohr ve ark.'nın 2014 yılında Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'da yaptıkları, şizofrenide işlevsellik düzeyini araştıran çalışmada; şizofreni hastalarının % 62,5'inin bekar, % 35,9'unun mezuniyet olmadan ortaöğretim, % 32,8'inin mezuniyet ile ortaöğretim, % 17,7'nin ilköğretim, % 9'unun

üniversite mezunu olduğu, hastaların %13'ünün tam zamanlı ve yarı zamanlı çalıştığı belirtilmiştir (172). Literatürde yer alan bu çalışmaların sonuçları ile çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar karşılaştırıldığında; bizim çalışmamızda eğitim süreleri daha düşük bulunmuştur. Bu durumun toplumsal eğitim düzeyinin farklı olmasıyla ilişkili olabileceği gibi; hastalık başlangıç yaşı, tedavi başlangıç yaşı gibi faktörlerle de ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni hastalığının başlangıç yaşı genellikle ergenlik sonrası ve genç erişkinlik dönemine denk gelmektedir (30). Bu dönemin aynı zamanda bireylerin çalışma hayatına katıldığı döneme denk gelmesi nedeniyle hastaların iş bulmasını ve çalışma hayatını sürdürmesini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle şizofreni hastalarında genel topluma oranla işsizlik oranları daha yüksektir (31,171,172,173). Bizim çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda elde edilen bu bulgular şizofreni hastalığının mesleki işlevselliği bozan, hastalarda yeti yitimine neden olan ruhsal bir hastalık olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Döngel ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı, şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirildiği çalışmada; şizofreni hastalarının % 92.2'sinde eşlik eden tıbbi bir durumun olduğu ve en sık görülen hastalıkların diş hastalıkları (% 85.3), obezite (% 31.7) ve diyabet (% 9.3) olduğu tespit edilmiştir (170). Şizofreni hastalarında genel popülasyona kıyasla 2-3 kat daha fazla oranda obezite, metabolik sendrom, diyabet ve kardiyovasküler hastalık görüldüğü bildirilmiştir (6). Çalışmamızda da hastaların % 44,2'sinin psikiyatri dışı ek hastalığının olduğu, % 29.3'ünün hiperlipidemisinin olduğu, % 13,5'inin diyabet tanısına sahip olduğu, % 43.2'sinin (obez ve morbid obez) obezitesinin olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.1). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar literatürle uyumludur. Örneklemimizde diyabet, hiperlipidemi ve obezite oranlarının yüksek saptanması kardiyovasküler hastalık riskini, morbidite ve mortaliteyi arttıran faktörlerdendir.

Çalışmamızda hastaların %28,8'inin geçmişte intihar girişimi olduğu, %48,6'sının sigara kullandığı, %5,8'inin alkol kullandığı ve %3,8'inin madde kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca, hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda %33,2'sinin ek ruhsal rahatsızlığı olduğu, % 52,4'ünün ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu, %30,8'inin akrabalarında psikoz tanısı olduğu saptanmıştır (Bkz.

Tablo 4.2). Zhong ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının yaşam boyu intihar girişimi prevalansının %22,2 olduğu, %36.8'inin yaşamları boyunca en az bir kez intihar düşüncesi olduğu, %6.4'ünün görüşme sırasında intihar düşüncesi olduğu belirtilmiştir (174). Şizofreni hastalarında yeme bozukluğunun obeziteye etkisini değerlendiren yakın zamanlı bir çalışmada hastalarda sigara içme oranı % 70 bulunmuştur (169). Cassidy ve ark.'nın 2018 yılında yaptığı, 96 çalışma, 80.488 şizofreni hastasını dahil ettikleri meta-analiz çalışmasında intihar düşüncesi ve intihar davranışında bulunma durumlarının görülmesinde; depresif belirtilerin varlığı, PANSS genel skorunun yüksek olması, psikiyatrik nedenli hastane yatış sayısının yüksek olması, alkol, uyuşturucu ve tütün kullanım öyküsü varlığının, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün varlığının, ailede intihar öyküsünün olmasının, beyaz ırka mensup olmanın, erkek cinsiyetin, daha önce intihar girişiminde bulunmuş olmanın, genç yaşta olmanın, yüksek zeka katsayısına sahip olmanın, tedaviye zayıf uyum göstermenin ve umutsuzluk duygusu varlığının intihar girişimi ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Bu alanlarda yapılacak çalışmaların ve farmakoterapide klozapin gibi anti-suisidal antipsikotik kullanımının şizofreni hastalarındaki suid riskini azaltabileceği bildirilmiştir (175). Çalışmamızdaki sonuçlar literatürle uyumlu olmakla birlikte; çalışmaya katılan hastaların klozapin kullanım oranının yüksek olmasının suid riskinin azaltılması açısından olumlu bir parametre olabileceği söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların hastalık başlangıç yaşlarının ortalama  $23,39 \pm 7,69$ , tedavi başlangıç yaşlarının ortalama  $24,41 \pm 8,11$ , hastalık sürelerinin ortalama  $16,58 \pm 10,12$  yıl ve remisyon sürelerinin ortalama  $4,11 \pm 4,09$  yıl olduğu, hastanede yatış ortalamalarının  $3,49 \pm 4,14$  yıl olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Takiguchi ve ark.'nın 2017 yılında yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının hastalık başlangıç yaşları ortalama  $23.5 \pm 7.1$ , tedaviye başlama yaşları ortalama  $24.4 \pm 7.1$  ve hastalık süreleri ortalama  $20.5 \pm 14.4$  yıl olarak tespit edilmiştir (176). Yine 2017 yılında şizofreni hastalarıyla yapılan bir başka çalışmada; hastalığın başlangıç yaşı 25,1, ortalama hastalık süresi 14.5 yıl, ortalama hastane yatış sayısı 5.2 olarak bulunmuştur (171). Çalışmamızda elde edilen bu bulgular literatürle uyumludur.

Hastalarla yapılan görüşmeler ve tıbbi kayıtların incelenmesi sonucunda katılımcıların tümünün antipsikotik kullandığı, % 14,4'ünün birinci kuşak, % 96,2'sinin ikinci kuşak, % 10,6'sının birinci ve ikinci kuşak antipsikotik kullandığı; antipsikotiğe ek olarak % 26,9'unun antidepresan, %18,3'ünün duygudurum dengeleyici/antiepileptik, %32,2'sinin antikolinerjik/antiparkinson, % 28,8'inin psikiyatrik tedavi dışı ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Buna ek olarak 50 (%24) katılımcı tekli, 132 (%63) katılımcı ikili, 24 (%11,5) katılımcı üçlü ve 2 (% 0,96) katılımcı dördü antipsikotik ile tedavilerine devam ettiği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3). Aydın ve ark.'nın 2020 yılında yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının % 37'sinin tek antipsikotik kullandığı, % 65,9'unun antipsikotik dışında başka kullandığı psikiyatrik ilaçların olduğu, % 63,7'sinin antidepresan ilaç kullandığı, % 16,3'ünün duygudurum dengeleyici/antiepileptik ilaç kullandığı, %28,9'unun antikolinerjik/antiparkinson ilaç kullandığı ve % 29,6'sının psikiyatri ilacı dışında tıbbi tedavi için ilaç kullandığı bildirilmektedir (177). Şafak ve ark.'nın 2020 yılında şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve hezeyanlı bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların % 50'sinin tek antipsikotik kullandığı; % 72'sinin atipik antipsikotik, % 4'ünün tipik antipsikotik, % 4'ünün ise tipik ve atipik antipsikotiği birlikte kullandığı belirtilmiştir (179). Youssef Kouidrat ve ark.'nın 2018 yılında yaptıkları çalışmada hastaların % 93'ünün antipsikotik kullandığı, % 40'ının antidepresan kullandığı, % 84'ünün anksiyolitik kullandığı, % 60'ının ise hipnotik ilaçları kullandığı tespit edilmiş olup, antipsikotik kullananların % 38'inin birinci kuşak, % 30'unun ikinci kuşak, % 25'inin ise birinci ve ikinci kuşak antipsikotikleri birlikte kullandığı bildirilmektedir (169). Bizim çalışmamızda ikinci kuşak antipsikotiklerin çok daha yüksek oranda kullanılması, çoklu antipsikotik kullanım oranının görece yüksek olması, antidepresan kullanım oranının da daha düşük olması literatürden farklı olan bulgulardır. İkinci kuşak antipsikotiklerin 5HT2A antagonizmasıyla mezolimbik yollardaki dopamin reseptörlerini bloke ederken aynı zamanda korteksten de dopamin salınımını arttırmasının; böylece daha az ekstrapiramidal yan etkiye yol açarak, bilişsel ve afektif belirtilerde düzelme sağlamanın (178) tercih edilme olasılıklarını arttırdığı ve antidepresan kullanım oranını düşürdüğü düşünülmektedir.

Çalışmamızda şizofreni tanılı hastaların en yaygın olarak kullandığı antipsikotiğin % 41 ile klozapin olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak tüm katılımcıların kullandıkları antipsikotiğin klorpromazin eşdeğer doz ortalaması  $408,39 \pm 185,37$  mg/gün olup katılımcıların ortalama  $14,81 \pm 9,61$  yıl antipsikotik tedavisi aldığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 4.4). Şafak ve ark.'nın 2020 yılında şizofreni, şizoafektif bozukluk ve hezeyanlı bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada oral antipsikotik kullanan hastaların % 15.46'sının klozapin kullandığı, klozapin kullanan hastaların % 58.8'inin sadece klozapin, % 41.2'sinin ise uzun etkili antipsikotik ile birlikte (paliperidon palmitat, zuklupentiksol depo ve haloperidol dekonat) kullandığı bildirilmektedir (179). Delibaş ve ark.'nın 2018 yılında yaptıkları çalışmada içgörüsü olan şizofreni hastalarının KED ortalaması  $693.50 \pm 377$ , içgörüsü olmayan şizofreni hastalarının KED ortalaması  $827.48 \pm 485$  mg/gün olarak bildirilmektedir (180). Bizim çalışmamızda bu çalışmalara kıyasla çoklu antipsikotik kullanım oranı ve klozapin kullanım oranı yüksek olmakla birlikte, antipsikotik kullanımının KED ortalaması düşüktür. Çoklu antipsikotik kullanımının ve klozapin kullanımının yüksek oranda olması, hastanemizde tedavi edilen hastalarda tedaviye direnç oranının yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Antipsikotiklerin KED ortalamalarının düşük bulunması ise şizofreni tedavisinde en etkin antipsikotik olarak kabul edilen klozapinin kullanım oranının yüksek olmasına bağlı olabilir.

Çalışmaya katılan şizofreni tanılı hastaların 37'sinde (% 17,8) TYB tanısı, 43'ünde (% 20,7) GYS tanısı ve 18'inde (% 8,6) GYS ve TYB tanısının birlikte olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Tablo 4.5). Palmese ve ark.'nın 2013 yılında şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı 100 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların % 12'sinin GYS tanı kriterlerinin tamamını, % 10'unun ise GYS tanı kriterlerinin bir kısmını karşıladıkları saptanmıştır (80). Khazaal ve ark.'nın 2006 yılında yaptıkları vaka kontrol çalışmasında şizofreni hastalarının 17/40'sinin (%42.5) tıknırcasına yeme semptomatolojisine sahip olduğunu tespit edilmiştir (181). Ağır mental hastalığı olan, aşırı kilolu ve obez hastalarla yapılan bir çalışmada Gece Yeme Anketi'ne göre GYS oranı yaklaşık % 25 olarak bulunmuştur (18). Ek olarak yapılan çalışmalarda klozapin ve olanzapin ile tedavinin kompulsif aşırı yeme ve TYB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (182, 183). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarında

GYS ve TYB sıklığının % 5-20 arasında (normal populasyonun yaklaşık 5 katı kadar) olduğu belirtilmektedir (18, 80). Hastalarımızda klozapinin yüksek oranda kullanıldığı ve obezite oranlarının yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa; çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda Yeme Tutumu Testi'ne göre yeme tutumu bozukluğu olan katılımcıların oranının % 14,4 olduğu gözlenmiş olup, YTT kesme puanı 30 alınmıştır (Bkz. Tablo 4.5). Fawzi ve Fawzi'nin 2012 yılında şizofreni hastalarında yeme bozukluğunu belirlemeye yönelik yaptıkları kesitsel çalışmada şizofreni hastalarının % 30'unun YTT'ye göre yeme tutumlarının bozuk olduğu, şizofreni hastalarındaki yeme tutumu bozukluğu yaygınlığının kontrol grubuna göre iki buçuk kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (17). YTT daha çok anoreksiya nervoza ve blumiya nervoza olmak üzere yeme bozukluğunu düşündürebilecek tutumları değerlendirebilmek amacıyla (158) geliştirildiği için; çalışmamızda ele aldığımız TYB ve GYS oranlarıyla uyumsuz bulunduğu yorumu yapılabilir.

Genetik ya da çevresel etkenler gelişim sürecinin erken dönemlerinde beyin gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir ve bu olumsuz etkilenme sonucu bireylerin şizofreni hastalığına yatkınlığı artabilmektedir. Yatkınlığın arttığı bireyler yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde stresli bir çevresel etkene maruz kaldıklarında şizofreni belirtilerini gösterebilmektedirler (4,26,184). Carbone ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada çocukluk çağı olumsuz deneyimlerinin şizofreni spektrum bozukluğu tanımlı hastalarda hastalığın klinik şiddeti ile ilişkili olduğu; kötüye kullanım ve ihmale erken çocuklukta maruz kalınmasının hastalık semptomlarının şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (185). Çalışmamızda ÇÇTÖ'ye göre katılımcıların çocukluk çağında % 74'ünün fiziksel ihmal, % 56,3'ünün duygusal ihmal, % 66,3'ünün fiziksel istismar, % 64,9'unun duygusal istismar ve % 38,5'inin ise cinsel istismara maruz kaldığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Alvarez ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları çalışmada şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanımlı hastaların çocukluk çağında %, 91,1'inin duygusal ihmale, % 68,9'unun duygusal istismara, % 75,6'sının fiziksel ihmale % 42,2'sinin fiziksel istismara ve % 45'inin cinsel istismara maruz kaldığı bildirilmiş; çocukluk çağında travmatik olaylara dörtten fazla kez maruz kalmanın, şizofreni gelişme

riskini 10 kat arttırdığı belirtilmiştir (186). Mall ve ark.'nın 2019 yılında Güney Afrika'da yaptıkları, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travmalarını değerlendiren çalışmada; şizofreni hastalarının çocukluk çağında % 83,5'inin fiziksel/duygusal istismara, % 56,4'ünün cinsel istismara ve % 72,7'sinin ihmale maruz kaldığı ve bu oranların sağlıklı kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (189). Morkved ve ark.'nın 2017 yılında yaptığı, şizofreni hastalarıyla diğer ruhsal bozukluğu olan hastaların kıyaslandığı çalışmada elde edilen sonuçlar çocukluk çağı travmalarının (orta ve şiddetli fiziksel istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmal) psikoz için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (188). Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular literatürü destekler niteliktedir ve çocukluk çağı travmalarının psikoz için risk faktörü olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Şizofreni tanılı hastalarda uyku verimliliğinde azalma, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku sırasında sık uyanma, toplam uyku süresinde azalma, yavaş dalga uykusunda azalma ve REM uykusunda azalma görülebilmektedir (189, 190). Çalışmamızda katılımcıların % 19,2'si geçen hafta uykusunun iyi olduğunu, % 63,5'i uykusunun oldukça iyi olduğunu, % 13,5'i uykusunun oldukça kötü olduğunu ve % 3,8'i uykusunun çok kötü olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 4.5). PUKÖ'ye göre katılımcıların % 68'inin uyku kalitesinin kötü olduğu, % 32'sinin uyku kalitesinin iyi olduğu tespit edilmiştir. Geçmişte şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada katılımcıların % 52'si uyku kalitesinin kötü olduğunu belirtmiştir (191). Noort ve ark.'nın yakın zamanda yaptığı bir çalışmada 30 depresyon tanılı hasta, 30 şizofreni hastası, 30 sağlıklı bireylerden oluşan gruplar arasında uyku kalitesi değerlendirilmiştir. Şizofreni hastaları ve depresyon hastalarının kontrol grubuna göre uyku kalitesinin belirgin oranda kötü olduğu; depresyon ve şizofreni hasta grupları arasında ise uyku kalitesi açısından belirgin bir fark olmadığı belirtilmiştir (192). Şizofreni hastalarında uyku bozuklukları oldukça yaygındır; uyku bozukluklarının yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar üzerinde olumsuz bir etkisi vardır. Kötü uyku kalitesi ve vücut ağırlığı arasındaki pozitif yönde ilişki vardır ve bu durumun gece yeme davranışı ile potansiyel bir bağlantısının olduğu belirtilmektedir (79).

Çalışmamızda Gece Yeme Anketi skorları ile CDÖ, PUKÖ, ÇÇTÖ, çocukluk çağında duygusal istismar ve fiziksel istismar skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6). Palmese ve ark.'nın 2013 yılında yaptıkları çalışmada GYS'li şizofreni hastalarının daha depresif oldukları ve daha şiddetli uykusuzluk yaşadıkları bildirilmektedir (80). Civil Arslan ve ark.'nın 2015 yılında yaptıkları çalışmada ağır ruhsal bozukluğu olan kilolu veya obez hastalarda GYS yaygınlığı ve uyku ile ilişkili faktörler araştırılmış; GYS'li grupta, GYS saptanmayan gruba kıyasla uyku kalitesinin düşük ve uykusuzluk şiddetinin anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (101). Lundgren ve ark.'nın 2008 yılında yaptıkları çalışmada kontrol grubuna kıyasla GYS'li bireylerin; düzensiz beslendiği, yaşam ve uyku kalitelerinin düşük olduğu ve psikiyatrik eş tanı (özellikle anksiyete, depresif ruh hali ve madde kullanım bozuklukları) oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (193). Allison ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; GYS ve TYB tanısı konulan gruplarda kontrol grubuna kıyasla fiziksel ve duygusal ihmal ve duygusal istismar oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (194). Literatürde yer alan bu çalışma sonuçları ve çalışmamızda elde ettiğimiz literatürle uyumlu sonuçlar doğrultusunda şizofrenide gece yeme sendromunun; depresyon, çocukluk çağı travmaları, uyku bozukluklarıyla pozitif yönde ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda Yeme Tutumu Testi skorları ile CDÖ, PUKÖ ve çocukluk çağında duygusal istismar skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Ancak BKİ ile CDÖ, PUKÖ ve ÇÇTÖ skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4.6). Guillaume ve ark.'nın 2016 yılında yaptıkları, çocukluk çağı olumsuz yaşantılarla yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmada; çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalmanın diğer istismar ve ihmal türlerine göre yeme bozukluğu semptomları üzerinde daha belirgin bir etkiye sahip olduğu bildirilmektedir (195). Tayfur ve Evrensel'in 2020 yılında yaptıkları, üniversite öğrencilerinde yeme tutumları, beden imajı ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmada; anormal yeme tutumları olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, BKİ'nin bireylerin yeme tutumlarında anlamlı bir fark yaratmadığı bildirilmektedir (196). Depresif duyguduruma sahip bireylerde

uykusuzluk, yeme davranışlarında değişiklik görülebildiği bilinmektedir. Literatürde yer alan çalışma sonuçları çalışmamızda elde ettiğimiz bulguları destekler niteliktedir. Bu sonuçlara göre; şizofreni tanılı hastalarda görülen uyku bozukluğu, depresyon ve çocukluk çağında duygusal istismara maruz kalma gibi durumlar hastaların yeme tutumlarında bozukluğa yol açabilir. Yeme bozukluğu tedavisinde bu durumları göz önünde bulundurmak tedavi başarısını arttırabilir.

Şizofreni hastalarında normal popülasyona göre 2-3 kat artmış oranda obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar görülür (6). Bu artmış oranlar kötü beslenme, fiziksel aktivite azlığı, madde kötüye kullanımı, yüksek sigara içme oranları, antipsikotik yan etkileri ve genetik yatkınlık gibi birkaç nedene bağlanmaktadır (9, 10, 21, 197, 198). Çalışmamızda BKİ değerleri ile GYA ve YTT skorları arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak diğer parametreler (bel çevresi, yaş, KED, toplam antipsikotik kullanım süresi) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yeme tutumu Testi ve Gece Yeme Anketi'nden yüksek puan alan şizofreni hastalarında BKİ değerleri daha yüksektir (Bkz. Tablo 4.7). Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar literatürle büyük oranda uyumluluk göstermektedir. Ancak literatürün aksine çalışmamızda antipsikotik kullanım süresi ve klorpromazin eşdeğer dozuyla; BKİ ve değerlendirilen yeme bozuklukları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu çalışma kesitsel bir çalışma olduğundan şizofreni ile yeme bozuklukları, obezite ve antipsikotik ilaç kullanımı arasındaki karmaşık ilişkiyi çözmek için yeterli olmayabilir, hastaların kullandığı antipsikotikler süreç içerisinde birden fazla kez değiştirilebilir. Bu konuda daha büyük örneklem gruplarıyla yapılacak, antipsikotiklerin ayrıntılı ele alındığı uzun süreli gözlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Kardiyovasküler sistem hastalıkları şizofreni hastalarında normal popülasyondan daha yüksek oranda görülmektedir. Genetik, epigenetik pek çok faktörün suçlandığı bu durum; diyabet, dislipidemi, obezite, hipertansiyon, sigara içiciliği gibi önemli kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin prevelansının şizofreni hastalarında artmış olmasına bağlanmaktadır (199,200). Bizim çalışmamızda TYB'si olan şizofreni tanılı hastalarda TYB'si olmayanlara göre; BKİ alt gruplarında obezite ve morbid obezite oranları, ek tıbbi hastalık oranları,

hiperlipidemi oranları ve bel çevresi ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.8). Şizofreni hastalarında atipik antipsikotik kullanımıyla kilo artışı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; antipsikotik ilaçlarla tedavi süresince hastaların % 40-80' inin ideal ağırlıklarında % 20 oranında artış olduğu gösterilmiştir (201). Lin ve ark.'nın çalışmasında; 8 haftalık olanzapin tedavisinden sonra şizofreni hastalarında BKİ, açlık insülin, kolesterol, trigliserit, LDL, ApoB ve leptin düzeylerinin önemli ölçüde arttığı bildirilmektedir (202). Mhalla ve ark.'nın 2018 yılında yaptıkları çalışmada şizofrenide depresif semptomların varlığının hastaların lipit parametrelerini kötüleştirdiği bildirilmektedir (203). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar literatürle uyumludur. Hastalarımızın atipik antipsikotik kullanım oranlarının yüksek olması, sedanter yaşantılarının olması, depresyon oranlarının yüksek olması, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmaları ve kötü beslenmelerinin; tıknırcasına yeme bozukluğu gelişiminde rol oynamasının yanısıra obezite ve hiperlipidemiye yol açtığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda GYS olan şizofreni hastalarında GYS'si olmayanlara göre; BKİ alt gruplarında obezite ve morbid obezite oranları ve sigara kullanım oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.9). Literatürde yer alan çalışma sonuçlarına bakacak olursak; Saraçlı ve ark.'nın 2015 yılında ve Lundgren ve ark.'nın 2006 yıllarında yaptıkları çalışmalarda GYS tanıli hastalarda nikotin bağımlılığı prevalansının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (78, 204). Lundgren ve ark.'nın 2010 yılında yaptıkları çalışmada obez psikiyatri hastaların obez olmayan psikiyatri hastalarına göre GYS kriterlerini karşılama olasılığının 5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (18). Literatürde yer alan bu çalışma sonuçlarının yanı sıra GYS ile BKİ arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (97, 205). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Benzer çalışmaların daha geniş örneklem gruplarında yapılarak sonuçların güvenilirliğinin artırılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda GYS'li hastalarda; BKİ ve bel çevresi ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.9). Çalışmamıza katılan şizofreni hastalarının tamamının antipsikotik tedavisi aldığı ve büyük bir kısmının ikinci kuşak antipsikotik kullandığı görülmüştür. Antipsikotik

ilaçların kilo artışına neden olduğu bilinmektedir ve kilo kaygısı olan şizofreni hastalarının kilo artışı nedeniyle tedaviyi bırakabildikleri gözlenmektedir. Literatürde ikinci kuşak antipsikotik tedavisi alan hastaların düzenli olarak bel çevresinin ölçülmesi ve iştahlarında artış olup olmadığının sorulması gerektiği bildirilmektedir (206). Çalışma sonucumuz ve literatür verileri doğrultusunda antipsikotik ilaç kullanımı ve gece yeme sendromu gibi faktörlerin şizofreni hastalarında BKİ ve bel çevresi ortalamalarının artmasına neden olabileceği sonucuna ulaşabiliriz.

Daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi gece yeme sendromu ve tıknırcasına yeme bozukluğu birlikteliği sık görülen yeme bozukluklarıdır (87). Lundgren ve ark'nın 2010 yılında aşırı kilolu ve obez, ağır mental bozukluğu olan 68 hasta ile yaptığı bir çalışmada GYS % 25, TYB % 5.9 olarak bildirilmiş; TYB tanılı hastaların % 25'inin GYS kriterlerini de karşıladığı tespit edilmiştir ve eşlik eden hastalıklar açısından anlamlı fark bulunamamıştır (18). Bizim çalışmamızda ise TYB'si olan şizofreni hastalarının %48,6'sının aynı zamanda GYS tanısı aldığı , TYB'si olmayan katılımcıların % 14,6'sının GYS tanısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan şizofreni hastalarında gece yeme sendromu görülme sıklığının TYB olmayan gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak, iki grup arasında komorbid ruhsal hastalık varlığı, antidepresan ve antipsikotik kullanım durumu oranlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.10). Örneklem grubumuzda TYB sıklığı ve TYB – GYS birlikteliği literatüre göre daha yüksek oranlarda saptanmıştır, eşlik eden hastalıklar açısından fark bulunmamıştır. Bu farklılığın kültürel farklılık, atipik antipsikotik kullanım oranlarının yüksekliği, örneklemimizin büyük olması ve sadece şizofreni tanılı hastaları içermesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde GYS tanısı olan bireylerle psikiyatrik komorbiditeler arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı çalışmanın olduğu görülmekle birlikte konuyla ilgili yapılan çalışmalarda sıklıkla depresyon ve uyku bozukluklarının GYS tanısına eşlik ettiği bildirilmektedir (78,108,207). Çalışmamızda GYS tanısı alan şizofreni hastalarının GYS tanısı almayan gruba göre son bir haftadaki uyku kalitesinin anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Ancak, iki grup arasında komorbid ruhsal hastalık

varlığı, antidepresan ve antipsikotik kullanım durumu oranlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.11). GYS tanısı olan bireylerin uyku kaliteleri düşük ve uykusuzluk düzeyleri yüksektir ve kötü uyku kalitesi ile gece yeme bozukluğu arasında ilişki vardır (208). Literatürde GYS tanısına sahip bireylerde depresif duyguduruma psikiyatrik komorbiditelerin eşlik ettiği bildirilmesine karşın çalışmamızda komorbid ruhsal hastalık varlığı, antidepresan ve antipsikotik kullanım durumu oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Daha geniş örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Yeme bozuklukları ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişki yapılan birçok çalışmada gösterilmiştir (113,136,137,140). Amianto ve ark.'nın 2018 yılında yaptıkları çalışmada TYB hastalarının % 83'ünde en az bir tür çocukluk çağı travması olduğu tespit edilmiş olup hastaların % 59'unun duygusal istismar, % 36'sının fiziksel istismar, % 30'unun cinsel istismar, % 69'unun duygusal ihmal ve % 49'unun fiziksel ihmal öyküsünün olduğu belirtilmektedir (209). Çalışmamızda TYB'si şizofreni hastalarında TYB'si olmayanlara göre; GYA, YTT, CDÖ, PUKÖ ve ÇÇTÖ duygusal istismar puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.12). Yani, TYB tanısı olan hastalarda; gece yeme davranışı, depresif duygudurum, kötü uyku kalitesi, çocukluk çağı travmaları ve çocukluk çağında duygusal istismar öyküsü daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucu literatür verileriyle paralellik göstermektedir.

Striegel-Moore ve ark.'nın 2005 yılında yaptıkları çalışmada GYS'de majör depresif bozukluk oranı % 30, herhangi bir anksiyete bozukluğu oranı ise % 20 olarak bildirilmektedir (210). Çalışmamızda GYS'li hastaların GYS olmayan gruba göre CDÖ, PUKÖ ve ÇÇTÖ duygusal istismar puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.13). Literatürde bulunan; gece yeme sendromunun depresyon, uyku ve çocukluk çağı travmalarıyla (özellikle duygusal istismar) pozitif yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalardan önceki paraglarda bahsetmiştik (78,108,113,137,207). Çalışmamızda elde edilen bu sonuç literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda hastalık süresinin ve PANSS skorlarının BKİ değerlerini açıklamada yeterli olmadığı; modele CDÖ ve PUKÖ skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın % 2'ye yükseldiği ve modelin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı; modele GYA ve YTT skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın % 15'ye çıktığı ve modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu; model 4'e normal dağılım hipotezini karşılayan ÇÇTÖ alt ölçek skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın % 17'ye yükseldiği ve son modelin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak Model 4'te CDÖ, GYA, YTT ve ÇÇTÖ duygusal istismar alt ölçek skorları BKİ skorlarını yordamada anlamlı faktörler olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.14). Monti ve ark.'nın 2013 yılında yaptıkları çalışmada; şizofreni hastalarında görülebilen uyku başlangıcında gecikme ve uykuyu devam ettirmede güçlük çekme gibi durumların hastaların kullandıkları ilaçlara ya da hastalığın evresine bakılmaksızın bireylerin karakteristik bir özelliği olduğu belirtilmekte olup, sıklıkla psikotik semptomların başlaması ve tekrarlamasından önce görüldüğü belirtilmektedir (189). Palmese ve ark.'nın 2011 yılında yaptıkları çalışmada şiddetli uykusuzluğun önemli ölçüde daha yüksek BKİ ve CDÖ skorlarıyla ilişkili olduğu, şiddetli uyku bozukluğu görülen hastalarda CDÖ skorlarının anlamlı derecede yüksek olduğu, bu grup için ortalama BKİ skorunun 41.4 kg/m<sup>2</sup> olduğu ve hafif-orta derecede uyku sorunu yaşayan bireylerin ortalamasından yaklaşık 10 puan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (79). Hepgul ve ark.'nın 2012 yılında yaptıkları çalışmada çocukluk döneminde kötü muameleye maruz kalmanın, ilk dönem psikoza olan hastalarda daha yüksek BKİ skorlarıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (211). Benzer şekilde Williamson ve ark.'nın 2002 yılında yaptıkları çalışmada; çocuklukta herhangi bir istismar türüne maruz kalan bireylerin yetişkinlik döneminde obez olma ve yüksek BKİ'ye sahip olma ihtimallerinin arttığı belirtilmektedir (212). Sonuç olarak, literatürde yer alan çalışmalar ve çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda depresyon, yeme bozuklukları, çocukluk çağı travmaları ve uyku kalitesi BKİ skorlarını yordamaktadır. BKİ skorları ile PANSS skorları ve hastalık süresi arasındaki ilişkinin incelendiği başka çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda PUKÖ ve CDÖ skorlarının GYA skorlarının % 21'ini istatistiksel açıdan anlamlı derecede açıkladığı; Modele YTT skorları ve PANSS

skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın değişmediği, normal dağılım hipotezini karşılayan ÇÇTÖ alt skorlarının eklenmesi ile açıklayıcılığın istatistiksel açıdan anlamlılığın % 24'e yükseldiği görülmüştür. Buna ek olarak Model 4'te CDÖ ve ÇÇTÖ duygusal istismar alt ölçek skorları GYS skorlarını yordamada anlamlı faktörler olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.15). Palmase ve ark.'nın 2011 yılında şizofreni hastalarıyla yaptıkları çalışmada uykusuzluk şiddetinin depresyon, yaşam kalitesi düşüklüğü ve gece yeme davranışı ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir (79). Dunkley ve ark.'nın 2010 yılında yaptıkları çalışmada çocuklukta kötü muamelenin belirli biçimlerine (duygusal istismar, cinsel istismar) maruz kalma ile vücut memnuniyetsizliği arasında anlamlı derecede ilişki olduğu bildirilmektedir (213). Literatür verileri ve çalışmamızda elde ettiğimiz veriler doğrultusunda uykusuzluk, depresyon, çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın gece yeme davranışını yordadığı sonucuna ulaşabiliriz.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar şizofreni hastalarında GYS ve TYB'nin sık görülebileceği yönündedir. GYS ve TYB'nin şizofreni hastalarında fark edilmesi ve tedavi planlamasında göz önünde bulundurulması; hem primer psikopatolojinin daha etkin tedavisine hem de GYS ve TYB sonucu gelişebilecek obezite gibi yaşam kalitesini düşürücü etkenlerin önlenmesinde yardımcı olacaktır. Literatürde psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerde yeme bozukluklarını değerlendiren az sayıda çalışma bulunmakla birlikte şizofreni tanılı hastalarda yeme bozukluklarının etiyolojisine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır, psikiyatrik hastalıklar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

## 6. ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın kesitsel tasarımı, örneklemimizin görece küçük olması, uygulanan ölçeklerin özbildirime dayalı olması, şizofreni hastalarının tüm dönemlerini kapsayacak nitelikte olmaması, hastaların ailelerindeki yeme bozukluğuyla ilgili verilerin olmaması, örneklem grubumuzu oluşturan şizofreni hastalarında hastalık doğası gereği bilişsel yıkımın yüksek oluşu, hastalardan geçmişe yönelik bilgi alınması ve antipsikotik ilaç etkisinin dışlanamamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Çalışmamızda GYS ve TYB oranı yüksek saptanmıştır, GYS ve TYB tanısı alan hastalarda BKİ ortalaması ve bel çevresi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Yeme bozuklukları bireylerde obezite ve kardiyovasküler hastalıkların gelişmesine neden olarak morbidite ve mortalite oranını arttırmaktadır. GYS ve TYB'nin psikiyatri hastalarında fark edilmesi ve tedavi planlamasında göz önünde bulundurulması; hem primer psikopatolojinin daha etkin tedavisine hem de GYS ve TYB sonucu gelişebilecek obezite gibi yaşam kalitesini azaltan etkenlerin önlenmesine yardımcı olacaktır.
- Çalışmamızda atipik antipsikotik kullanımı (%96,2) ve özellikle de klozapin kullanım oranları; dünyada ve ülkemizde şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalara kıyasla yüksek bulunmuş olup bu durumun hasta popülasyonumuzda tedaviye dirençli olgu sayısının yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca GYS ve TYB olan hastalarla olmayanlar arasında tipik/atipik antipsikotik ilaç kullanımı açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Örneklemimizde tipik antipsikotik kullanım oranı (%14,4) çok düşüktür, bu konuda daha doğru sonuçlar elde etmek için tipik/atipik antipsikotik kullanımının oranlarının dengeli olduğu örneklemle yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.
- TYB tanısı alan şizofreni hastalarında TYB olmayan gruba göre; GYS, depresyon ve çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar alt birimi anlamlı derecede yüksek; uyku kalitesi düşük bulunmuştur. Ayrıca TYB olan grupta ek hastalık ve hiperlipidemi oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
- GYS tanısı alan şizofreni hastalarında GYS olmayan gruba göre sigara kullanım oranları, depresyon ve çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar alt birimi anlamlı derecede yüksek, uyku kalitesi düşük bulunmuştur.

- Bu örneklemede BKİ, çocukluk çağı travmaları (özellikle de duygusal istismar), depresyon düzeyi ve uyku kalitesinin hem GYS hem de TYB için belirleyici olduğu; sigara kullanımının da GYS için belirleyici olduğu tespit edilmiştir. GYS ve TYB tedavisinde bu etkenlerin göz önünde bulundurularak birlikte ele alınması tedavi başarısını yükseltebilir.
- Çalışmamız şizofreni hastalarında TYB ve GYS'yi uyku, depresyon, ve çocukluk çağı travmalarıyla birlikte geniş perspektifte değerlendirmesi; BKİ, psikiyatrik ilaç kullanımı ve psikiyatri dışı ek hastalıklar gibi karıştırıcı faktörleri ayrıntılı olarak ele alması açısından literatürdeki ilk çalışmadır ve bu çalışmamızın en önemli özelliğidir. Literatürde psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerde yeme bozukluklarını değerlendiren az sayıda çalışma bulunmakla birlikte şizofreni tanılı hastalarda yeme bozukluklarının etiyolojisine yönelik çalışmalar oldukça sınırlıdır, psikiyatrik hastalıklar ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.
- Örneklemimizde çocukluk çağı travmaları yüksek oranda tespit edilmiş olup; yeme bozuklukları ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bu konuyla ilgili detaylı araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağı travmalarını azaltmaya yönelik tedbirler toplum ruh sağlığı açısından büyük önem arz etmektedir.
- Örneklemimizin büyük kısmını atipik antipsikotik kullanan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmamızda antipsikotik kullanımıyla yeme bozuklukları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Tipik ve atipik antipsikotik kullanım oranlarının daha dengeli olduğu geniş örneklem gruplarında; yeme bozuklukları ve antipsikotik kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2016;58(1):78-79.
2. Köroğlu E, Güleç C,  enol S. Psikiyatri temel kitabı. Baskı Ankara: HYB Basım Yayın. 2007;273.
3. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts": What we know in 2008: Part 3: Neurobiology. Schizophrenia research. 2008;106(2-3):89-107.
4. I ık, E. (2007). Güncel  izofreni, 2. Baskı, İstanbul: G. M Matbaacılık.
5. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. Schizophrenia Bulletin. 2009;35(2):383-402.
6. Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch FB, Ward PB, Probst M, Stubbs B. Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. General hospital Psychiatry. 2016;39:15-23.
7. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Archives of General Psychiatry. 2007;64(10):1123-1131.
8. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. American Heart Journal. 2005;150(6):1115-1121.
9. Kouidrat Y, Amad A, Desailoud R, Diouf M, Fertout E, Scoury D, ... & Loas G. Increased advanced glycation end-products (AGEs) assessed by skin autofluorescence in schizophrenia. Journal of Psychiatric Research. 2013;47(8):1044-1048.
10. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, ... & Newcomer JW. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World psychiatry. 2011;10(1):52-77.
11. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(4):334-341.
12. Lawrence D, Hancock K J, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. BMJ. 2013; 346.
13. Golay A, Brock E, Gabriel R, Konrad T, Lalic N, Laville M, ... & Anderwald CH. Taking small steps towards targets—perspectives for clinical practice in diabetes, cardiometabolic disorders and beyond. International Journal of Clinical Practic. 2013;67(4):322-332.
14. Klump KL, Bulik CM, Kaye WH, Treasure J, Tyson E. Academy for eating disorders position paper: eating disorders are serious mental illnesses. International Journal of Eating Disorders. 2009;42(2):97-103.

15. Hoff P. Eugen Bleuler's concept of schizophrenia and its relevance to present-day psychiatry. *Neuropsychobiology*. 2012;66(1):6-13.
16. Foulon C. Schizophrenia and eating disorders. *L'Encephale*. 2003;29(5):463-466.
17. Fawzi MH, Fawzi MM. Disordered eating attitudes in Egyptian antipsychotic naive patients with schizophrenia. *Comprehensive psychiatry*. 2012;53(3):259-268.
18. Lundgren JD, Rempfer MV, Brown CE, Goetz J, Hamera E. The prevalence of night eating syndrome and binge eating disorder among overweight and obese individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*. 2010;175(3):233-236.
19. Yum SY, Caracci G, Hwang MY. Schizophrenia and eating disorders. *Psychiatric Clinics*. 2009;32(4):809-819.
20. Kouidrat Y, Amad A, Lalau JD, Loas G. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management. *Schizophrenia Research and Treatment (Internet)*. 2014;2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/791573>.
21. Stubbs B, Firth J, Berry A, Schuch FB, Rosenbaum S, Gaughran F, ... & Vancampfort D. How much physical activity do people with schizophrenia engage in? A systematic review, comparative meta-analysis and meta-regression. *Schizophrenia Research*. 2016;176(2-3):431-440.
22. Kouidrat Y, Amad A, Renard N, Corneille F, Lalau JD, Loas G. Management of eating disorders in schizophrenia. *Soins. Psychiatrie*. 2016;(304):39-43.
23. Kaplan BJ. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. *Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2016;58(1):78-79.
24. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. Baskı. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*. 2007;500.
25. Saldanha D. Kaplan and Sadock's Comprehensive Text Book of Psychiatry. *Medical Journal, Armed Forces India*. 2005;61(3):302.
26. Öztürk M, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. *Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara*. 13. Baskı. 2015;189-244.
27. Andreasen NC. The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*. 1997;28(2-3):105-109.
28. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*. 2008;30(1):67-76.
29. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011;22(1):40-52.
30. Uğur M, İ.C.T.F.S. Tıp, Etkinlikleri E. Türkiye'de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. *STE sempozyum dizisi İstanbul*. 2008;62:59-84.
31. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of general psychiatry*. 2004;61(1):28-33.

32. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine* (Internet). 2004;2(1):13. Available from: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-13>.
33. Vereczkei A, Mirnics K. Genetic predisposition to schizophrenia: what did we learn and what does the future hold. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2011;13(4):205-210.
34. Cardno AG, Gottesman II. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *American journal of medical genetics*. 2000;97(1):12-17.
35. Owen MJ, Craddock N, O'Donovan MC. Schizophrenia: genes at last? *TRENDS in Genetics*. 2005;21(9):518-525.
36. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobów TM, Rabe-Jabłońska J. Obstetric complications and Apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *Journal of Psychiatric Research*. 2001;35(4):249-257.
37. Öztürk O, U.A.S.E. Tokat 2015, Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni-seminer. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 2014.
38. Öztürk O, U.A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Gözden Geçirilmiş ve Yenilenmiş. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 2015;13 Baskı:189-247.
39. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Forensic Psychiatry and Ethics in Psychiatry*. Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* 11th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer. 2015;1381-1399.
40. Kırılı S, Yargıcı N. Şizofrenide serotonin hipotezi ve serotonerjik ajanlar. *Düşünenadam Dergisi*. 1996;46-51.
41. Mita T, Hanada S, Nishino N, Kuno T, Nakai H, Yamadori T et al. Decreased serotonin S2 and increased dopamine D2 receptors in chronic schizophrenics. *Biol Psychiatry*. 1986;24:1407-1414.
42. Ertuğrul A. Şizofreni Etiyolojisi. In: Soygür H, A.K., Atbaşoğlu EC, Herken H (editors). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. Ankara. 2007: p.28–53.
43. Kaplan H, Kaplan SB. Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences. *Clinical Psychiatry*. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Baltimore, Williams and Wilkins. 2015;7:468-469.
44. Edition F. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc (Internet), 2013. Available from: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>.
45. World Health Organization. 1CD-10 Ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması: Klinik tanımlamalar ve tanı kılavuzu. Öztürk MO (çev. Ed.). Ankara: Medikomat. 1993.
46. Çetin M. Şizofreni Tedavisinde Gelinek Nokta: Tipik ve Yeni Antipsikotikler Ne Kadar Başarılılar? *Türkiye Klinikleri Psikiyatri-Özel Konular*. 2010;3(2):45-53.
47. Lewis SW, Fast Facts, Indispensable Guides to Clinical Practise Schizophrenia. Dursun AN 2. Baskı, İstanbul: And Yayıncılık. 2002;24-25.

48. Zincir SB. Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(4):389-400.
49. Stunkard A, McLaren-Hume M. The results of treatment for obesity: a review of the literature and report of a series. *AMA Archives of Internal Medicine*. 1959;103(1):79-85.
50. American Psychiatric Association, & American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). 2013: American Psychiatric Pub (Internet). Available from: [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38718268/CSL6820\\_21.pdf?1441831400=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAMBERTON\\_UNIVERSITY\\_SYLLABUS\\_FOR\\_LECTURE.pdf&Expires=1592487604&Signature=amUCTcLQW6wOkehlCD8ICP1Jc2HAK2Xqx-u1WyclveptotkZUpP9LMHg7A0XiGtDH1resYCGwasyAgzJTkJJl~ibPHNpMoE4di~hmZ5H47Kthn6~Wy1eWSZPHcQ4Dbh5LjIi~JsYY4bRaKQgCLjyHcodv4tjNopngtrY3palMN8ho1ruTK80f4CIKcFR21P4Nr5V2mwhxZI5UfW7MKQkwjA71Nu6H~dcFlWo5s56bRvwIxZDK6oDD7mVgk8iKVNbcSUAi9u2rrATS YhE8eKFoQkTZh2LAKgdMCFOHTHPIUGqj6tv594JHt5D-Pxmhi4K~tJwadbbiUK3y34ifJ1hQ\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38718268/CSL6820_21.pdf?1441831400=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAMBERTON_UNIVERSITY_SYLLABUS_FOR_LECTURE.pdf&Expires=1592487604&Signature=amUCTcLQW6wOkehlCD8ICP1Jc2HAK2Xqx-u1WyclveptotkZUpP9LMHg7A0XiGtDH1resYCGwasyAgzJTkJJl~ibPHNpMoE4di~hmZ5H47Kthn6~Wy1eWSZPHcQ4Dbh5LjIi~JsYY4bRaKQgCLjyHcodv4tjNopngtrY3palMN8ho1ruTK80f4CIKcFR21P4Nr5V2mwhxZI5UfW7MKQkwjA71Nu6H~dcFlWo5s56bRvwIxZDK6oDD7mVgk8iKVNbcSUAi9u2rrATS YhE8eKFoQkTZh2LAKgdMCFOHTHPIUGqj6tv594JHt5D-Pxmhi4K~tJwadbbiUK3y34ifJ1hQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA).
51. Turan S, Poyraz CA, Özdemir A. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015; 7(4):419.
52. Udo T, White MA, Lydecker JL, Barnes RD, Genao I, Garcia R, ... & Grilo CM. Biopsychosocial correlates of binge eating disorder in Caucasian and African American women with obesity in primary care settings. *European Eating Disorders Review*. 2016;24(3):181-186.
53. Herzog DB, Eddy KT. Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*. 2007;1-29.
54. Vardar E, Erzen M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(4):205-212.
55. Erskine HE, Whiteford HA. Epidemiology of binge eating disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2018; 31(6):462-470.
56. Kugu N, Akyuz G, Dogan O, Ersan E, Izgic F. The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(2):129-135.
57. Udo T, Grilo CM. Prevalence and correlates of DSM-5–defined eating disorders in a nationally representative sample of US adults. *Biological Psychiatry*. 2018;84(5):345-354.
58. Köse G. Üniversite öğrencilerinin yeme farkındalığının üzerine bir araştırma. 2017.
59. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, ... & Bruffaerts R. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*. 2013;73(9):904-914.
60. Hudson JI, Hiripi E, Pope Jr HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007;61(3):348-358.

61. Hudson JI, Lalonde JK, Berry JM, Pindyck LJ, Bulik CM, Crow SJ, ... & Rosenthal NR. Binge-eating disorder as a distinct familial phenotype in obese individuals. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(3):313-319.
62. Halmi KA. A multi-modal model for understanding and treating eating disorders. *Journal of Women's Health*. 1994;3(6):487-493.
63. Avena NM, Bocarsly ME. Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology*. 2012;63(1):87-96.
64. Atalayer D. Dürtüsellik ve Aşırı Yeme Arasındaki İlişki: Psikolojik ve Nörobiyolojik Yaklaşımlar. *Psikiyatride guncel yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*. 2018;10(2):121-137.
65. Schag K, Schönleber J, Teufel M, Zipfel S, Giel KE. Food-related impulsivity in obesity and Binge Eating Disorder—a systematic review. *Obesity Reviews*. 2013;14(6):477-495.
66. Harrison A, Treasure J, Smillie LD. Approach and avoidance motivation in eating disorders. *Psychiatry Research*. 2011;188(3):396-401.
67. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, ... & Weissman RS. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Research*. 2014;220(1-2):500-506.
68. Sarro S. Transient psychosis in anorexia nervosa: review and case report. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2009;14(2-3):e139-e143.
69. Solmi F, Mascarell MC, Zammit S, Kirkbride JB, Lewis G. Polygenic risk for schizophrenia, disordered eating behaviours and body mass index in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*. 2019;215(1):428-433.
70. Ramacciotti CE, Paoli RA, Catena M, Ciapparelli A, Dell'Osso L, Schulte F, Garfinkel PE. Schizophrenia and binge-eating disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(7):1016-1017.
71. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2009;42(3):228-234.
72. Sheehan DV, Herman BK. The psychological and medical factors associated with untreated binge eating disorder. The primary care companion for CNS disorders (Internet). 2015;17(2). Available from: <https://doi.org/10.4088/PCC.14r01732>.
73. Ramacciotti CE, Paoli RA, Marcacci G, Piccinni A, Burgalassi A, Dell'Osso L, Garfinkel PE. Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Research*. 2005;135(2):165-170.
74. Allison KC, Spaeth A, Hopkins CM. Sleep and eating disorders. *Current psychiatry reports*. 2016;18(10):92.
75. Vardar E, Caliyurt O, Arikan E, Tuglu C. Sleep quality and psychopathological features in obese binge eaters. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2004;20(1):35-41.
76. Lombardo C, Battagliese G, Venezia C, Salvemini V. Persistence of poor sleep predicts the severity of the clinical condition after 6 months of standard treatment in patients with eating disorders. *Eating Behaviors*. 2015;18:16-19.

77. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. *Nature Reviews Endocrinology*. 2009;5(5):253.
78. Lundgren JD, Allison KC, Crow S, O'Reardon JP, Berg KC, Galbraith J, ... & Stunkard AJ. Prevalence of the night eating syndrome in a psychiatric population. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(1):156-158.
79. Palmese LB, DeGeorge PC, Ratliff JC, Srihari VH, Wexler BE, Krystal AD, Tek C. Insomnia is frequent in schizophrenia and associated with night eating and obesity. *Schizophrenia Research*. 2011;133(1-3):238-243.
80. Palmese LB, Ratliff JC, Reutenauer EL, Tonizzo KM, Grilo CM, Tek C. Prevalence of night eating in obese individuals with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54(3):276-281.
81. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *The American journal of medicine*. 1955;19(1):78-86.
82. Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Affenito S, Kraemer HC. Night eating: prevalence and demographic correlates. *Obesity*. 2006;14(1):139-147.
83. De Zwaan M, Roerig DB, Crosby RD, Karaz S, Mitchell JE. Nighttime eating: a descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*. 2006;39(3):224-232.
84. Birketvedt GS, Florholmen J, Sundsfjord J, Østerud B, Dinges D, Bilker W, & Stunkard A. Behavioral and neuroendocrine characteristics of the night-eating syndrome. *JAMA*. 1999;282(7):657-663.
85. Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Geliebter A, Gluck ME, Vinai P, ... & Engel S. Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(3):241-247.
86. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009;1(2):132-154.
87. Stunkard AJ. Binge-eating disorder and the night-eating syndrome. *Handbook of obesity treatment*. 2002;107-121.
88. Stunkard AJ, Allison KC, O'Reardon JP. The night eating syndrome: a progress report. *Appetite*. 2005;45(2):182-186.
89. Allison KC, Stunkard AJ, Thier SL. Overcoming night eating syndrome: a step-by-step guide to breaking the cycle. 2004: New Harbinger Publications.
90. Rogers NL, Dinges DF, Allison KC, Maislin G, Martino N, O'Reardon JP, Stunkard AJ. Assessment of sleep in women with night eating syndrome. *Sleep*. 2006;29(6):814-819.
91. De Zwaan M, Marschollek M, Allison KC. The night eating syndrome (NES) in bariatric surgery patients. *European Eating Disorders Review*. 2015;23(6):426-434.
92. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*. 2003;41(5):509-528.
93. Stunkard AJ, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *International Journal of Obesity*. 2003;27(1):1-12.

94. Root TL, Thornton LM, Lindroos AK, Stunkard AJ, Lichtenstein P, Pedersen NL, ... & Bulik CM. Shared and unique genetic and environmental influences on binge eating and night eating: a Swedish twin study. *Eating Behaviors*. 2010;11(2):92-98.
95. Fischer S, Meyer AH, Hermann E, Tuch A, Munsch S. Night eating syndrome in young adults: Delineation from other eating disorders and clinical significance. *Psychiatry Research*. 2012;200(2-3):494-501.
96. Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *International Journal of Eating Disorders*. 1997;22(1):65-69.
97. Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E, Young L. Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *International Journal of Obesity*. 1996;20:1-6.
98. Cerú-Björk C, Andersson I, Rössner S. Night eating and nocturnal eating—two different or similar syndromes among obese patients? *International Journal of Obesity*. 2001;25(3):365-372.
99. Cengiz Y, Toker SG, Karamustafalıoğlu KO, Bakım B, Özçelik B. Prevalence of night eating syndrome and comorbidity with other psychiatric disorders in psychiatric outpatient population. in *Yeni Symposium*. 2011; 49:83-88.
100. Civil Arslan F, Tiryaki A, Sağlam Aykut D, Özkorumak E, Çalışkan İlter Z, Günaydın D. The Prevalence of Night Eating Syndrome among Outpatient Overweight or Obese Individuals with Serious Mental Illness. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2015;26(4):1-6.
101. Küçüköncü S, Beştepe E. Night eating syndrome in major depression and anxiety disorders. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2014;51(4):368.
102. O'Reardon JP, Peshek A, Allison KC. Night Eating Syndrome. *CNS drugs*. 2005;19(12):997-1008.
103. Aronoff NJ, Geliebter A, Zammit G. Gender and body mass index as related to the night-eating syndrome in obese outpatients. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2001;101(1):102.
104. Lamerz A, Kuepper-Nybelen J, Bruning N, Wehle C, Trost-Brinkhues G, Brenner H., ... & Herpertz-Dahlmann B. Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a crosssectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46 (4):385–393 (PubMed PMID: 15819647).
105. Allison KC, Stunkard AJ. Obesity and eating disorders. *Psychiatric Clinics*. 2005;28(1):55-67.
106. Yokogoshi H, Wurtman RJ. Meal composition and plasma amino acid ratios: effect of various proteins or carbohydrates, and of various protein concentrations. *Metabolism-Clinical and Experimental*. 1986;35(9):837-842.
107. Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005;73(6):1107.
108. 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. *Obesity Research*. 2001;9(4):264-267.

109. Geliebter A, McOuatt H, Tetreault CB, Kordunova D, Rice K, Zammit G, Gluck M. Is night eating syndrome associated with obstructive sleep apnea, BMI, and depressed mood in patients from a sleep laboratory study? *Eating Behaviors*. 2016;23:115-119.
110. Gül HK, Aykut DS, Tiryaki A, Arslan FC. Night eating syndrome in patients with major depressive disorder. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*. 2018;28:18-18.
111. Soares MJ, Macedo A. Sleep Problems and Disorders Associations With Eating Behavior and Obesity, in *Neurological Modulation of Sleep*. Academic Press. 2020;347-360.
112. Yahia N, Brown C, Potter S, Szymanski H, Smith K, Pringle L, ... & Geliebter A. Night eating syndrome and its association with weight status, physical activity, eating habits, smoking status, and sleep patterns among college students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2017;22(3):421-433.
113. Nolan LJ, Geliebter A. Night eating is associated with emotional and external eating in college students. *Eating Behaviors*. 2012;13(3):202-206.
114. Fry D, McCoy A, Swales D. The consequences of maltreatment on children's lives: a systematic review of data from the East Asia and Pacific Region. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2012;13(4):209-233.
115. Xie P, Wu K, Zheng Y, Guo Y, Yang Y, He J, ... & Peng H. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China. *Journal of affective disorders*. 2018;228:41-48.
116. Herman JL. (1992). *Travma ve İyileşme*. (Çev. T. Tosun, 2007). İstanbul: Literatür Yayıncılık.
117. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> Erişim Tarihi: 15.05.2020.
118. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*. 2001;151(5): p. 27-54.
119. World Health Organization. Available from: <https://www.who.int/whr/2006/en/>. Erişim Tarihi:15.05.2020.
120. Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*. 2010;32(4):423-433.
121. Şenkal İ. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri ile İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü). 2013. Available from: <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11655/1308/d8665bc4-e5b2-4de7-b5ce-a14db0e4dccb.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
122. Tamar-Gurol D, Sar V, Karadag F, Evren C, Karagoz M. Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2008;62(5):540-547.
123. Yargic LI, Tutkun H, Sar V. Childhood trauma and dissociative symptoms in adult life. *Journal of Psychiatry Psychology Psychopharmacology*. 1994;2:338-347.

124. Aslan SH, Alparslan ZN. Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999;10(4):275-285.
125. Polat O. Klinik Adli Tıp. Seçkin Yayıncılık 1. baskı Ankara. 2004;85-131.
126. Şar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri temel kitabı*. 1998:823-834.
127. Glazer D. Child Sexual Abuse. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry, 5th Edition. Rutter M, editor. USA: Balckwell Publishing. 2008;440-458.
128. Green AH. The impact of physical, sexual, and emotional abuse. *Handbook of child and adolescent psychiatry*. 1997;2:202-212.
129. Bernet W. Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997; 36(10):37S-56S.
130. Sedlak A, Broadhurst D. Executive summary of the third national incidence study of child abuse and neglect (NIS-3). National Center on Child Abuse and Neglect (DHHS) (Internet). Washington. DC. 1996. Available from: <http://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=166288>.
131. Örsel S, Karadağ H, Kahlıoğulları AK, Aktaş EA. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2011;12:130-136.
132. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2012;15(1):33-40.
133. Rutter M. Psychosocial adversity: Risk, resilience & recovery. *Southern African Journal for Child & Adolescent Psychiatry & Allied Profession*. 1995;7(2):75-88.
134. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi*. 2010; 17(3):108-113.
135. Perry BD, Pollard RA, Blakley TL, Baker WL, Vigilante D. Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant mental health journal*. 1995;16(4):271-291.
136. Kearney-Cooke A, Striegel-Moore RH. Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. *International Journal of Eating Disorders*. 1994;15(4):305-319.
137. Brewerton TD. Eating disorders, trauma, and comorbidity: Focus on PTSD. *Eating disorders*. 2007;15(4):285-304.
138. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010;375:583-593.
139. Paxton SJ, McLean SA. Treatment for Body-Image Disturbances. *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*. 2009;8:471-486.
140. Gabert DL, Majumdar SR, Sharma AM, Rueda-Clausen CF, Klarenbach SW, Birch DW, ... & Padwal RS. Prevalence and predictors of self-reported sexual abuse in severely obese patients in a population-based bariatric program. *Journal of obesity*. 2013;1-7.

141. Fuemmeler BF, Dedert E, McClernon FJ, Beckham JC. Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a US population-based survey of young adults. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2009;22(4):329-333.
142. Carter JC, Bewell C, Blackmore E, Woodside DB. The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child abuse & neglect*. 2006;30(3):257-269.
143. Feldman MB, Meyer IH. Childhood abuse and eating disorders in gay and bisexual men. *International journal of eating disorders*. 2007;40(5):418-423.
144. Jacobi C, Hayward C, De Zwaan M, Kraemer HC, Agras WS. Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*. 2004;130(1):19.
145. Consensus Conference Panel, Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, ... & Kushida C. Joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society on the recommended amount of sleep for a healthy adult: methodology and discussion. *Sleep*. 2015;38(8):1161-1183.
146. Furihata R, Uchiyama M, Suzuki M, Konno C, Konno M, Takahashi S, ... & Akashiba T. Association of short sleep duration and short time in bed with depression: AJ apanese general population survey. *Sleep and Biological Rhythms*. 2015;13(2):136-145.
147. Sun Y, Shi L, Bao Y, Sun Y, Shi J, Lu L. The bidirectional relationship between sleep duration and depression in community-dwelling middle-aged and elderly individuals: evidence from a longitudinal study. *Sleep medicine*. 2018;52:221-229.
148. Kaneita Y, Ohida T, Uchiyama M, Takemura S, Kawahara K, Yokoyama E, ... & Fujita T. The relationship between depression and sleep disturbances: a Japanese nationwide general population survey. *The Journal of clinical psychiatry*. 2006;67(2):196-203.
149. Van Mill JG, Hoogendijk WJ, Vogelzangs N, Van Dyck R, Penninx BW. Insomnia and sleep duration in a large cohort of patients with major depressive disorder and anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;71(3):239.
150. Van den Berg JF, Luijendijk HJ, Tulen JH, Hofman A, Neven AK, Henning T. Sleep in depression and anxiety disorders: a population-based study of elderly persons. *The Journal of clinical psychiatry*. 2009;70(8):1105-1113.
151. Krueger PM, Friedman EM. Sleep duration in the United States: a cross-sectional population-based study. *American journal of epidemiology*. 2009;169(9):1052-1063.
152. Zhang J, Paksarian D, Lamers F, Hickie IB, He J, Merikangas KR. Sleep patterns and mental health correlates in US adolescents. *The Journal of pediatrics*. 2017;182:137-143.
153. Andreasen, N.C., et al., Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 2005. 162(3): p. 441-449.
154. Kay, S.R., A. Fiszbein, and L.A. Opler, The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 1987. 13(2): p. 261-276.
155. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1999;14(44):23-32.

- 156.Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP, Martino NS, Sarwer DB, Wadden TA, Stunkard AJ. The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating Behaviors*. 2008;9(1):62-72.
- 157.Atasoy N, Saraçlı Ö, Konuk N, Ankaralı H, Guriz SO, Akdemir A, Sevinçer GM, Atik L. Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 2014;15:238-247..
- 158.Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979;9(2):273-279.
- 159.Savasir, I. and E.N.Y.T. Testi. Anoreksiya Nevroza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:19-25.
- 160.Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*. 1989;28(2):193-213.
- 161.Ağargün M, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996;7(2):107-115.
- 162.Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *The British journal of psychiatry*. 1993;163(S22):39-44.
- 163.Oksay SE, Aksaray G, Kaptanoğlu C, Bal C. Calgary Depresyon Ölçeği'nin şizofreni hastalarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000;11(4):278-284.
- 164.Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Ruggiero J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American journal of psychiatry*. 1994; 151(8):1132-1136.
- 165.Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2012;32(4):1054-1063.
- 166.Cautin, R. L., & Lilienfeld, S. O. (Eds.). (2015). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 5 Volume Set. John Wiley & Sons. First M. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, Birinci Baskı. RL Cautin, SO Lilienfeld. 2015, Wiley-Blackwell.
- 167.Glasofer DR, Brown AJ, Riegel M. Structured clinical interview for DSM-IV (SCID). *Encyclopedia of feeding and eating disorders*. 2015;1-4.
- 168.Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak OZ, Çetin Ş, Aydemir Ö. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2019;30(1):51-56.
- 169.Kouidrat Y, Amad A, Stubbs B, Louhou R, Renard N, Diouf M, Loas G. Disordered eating behaviors as a potential obesogenic factor in schizophrenia. *Psychiatry research*. 2018;269:450-454.
- 170.Döngel BD, Demirkol ME, Tamam L. Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*. 2018;43(4):892-902.
- 171.Cai C, Yu L. Quality of life in patients with schizophrenia in China: relationships among demographic characteristics, psychosocial variables, and symptom severity. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*. 2017;55(8):48-54.

172. Mohr P, Rodriguez M, Bravermanová A, Melicher T, Čeplová Z, Čermák J, Pečeňák J. Social and functional capacity of schizophrenia patients: A cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2014; 60(4):352-358.
173. Tsang HW, Leung AY, Chung RC, Bell M, Cheung WM. Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2010;44(6):495-504.
174. Zhong Y, Xia L, Zhao TT, Zhang YL, Zhang YL, Li WZ, Liu HZ. The prevalence of suicide attempts and independent demographic and clinical correlates among chronic schizophrenia patients in agricultural areas of China. *Psychiatric Quarterly*. 2019;90(4):683-691.
175. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2018;44(4):787-797.
176. Takiguchi K, Uezato A, Itasaka M, Atsuta H, Narushima K, Yamamoto N, Tamaru M. Association of schizophrenia onset age and white matter integrity with treatment effect of D-cycloserine: a randomized placebo-controlled double-blind crossover study. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):249.
177. Aydın M, Altınbaş K, Nal ŞO, Ercan SK, Ayhan MG, Usta A, Özbek S. Toplum ruh sağlığı merkezlerine devam eden şizofreni hastalarının bakımevinde veya evlerinde yaşama durumlarına göre karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2020;21(1):14-22.
178. Stahl SM. Symptoms and circuits, part 3: schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2004;65(1):8-9.
179. Şafak Y, Bulut SD, Karadağ H, Orsel S. Psikotik bozukluk tanımlı hastalarda uzun etkili, oral ve kombinasyon antipsikotik tedavilerinin değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2020;23:72-82.
180. Delibaş DH, Karti Ö, Erdoğan E, Şahin T, Bilgiç Ö, Erol A. Şizofrenide retina sinir lifi ve ganglion hücre-iç pleksiform tabaka kalınlıklarındaki azalma, iç görü ile ilişkisi: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2018;19(3):264-273.
181. Khazaal Y, Frésard E, Borgeat F, Zullino D. Binge eating symptomatology in overweight and obese patients with schizophrenia: a case control study. *Annals of general psychiatry*. 2006;5(1):15.
182. Theisen FM, Linden A, König IR, Martin M, Remschmidt H, Hebebrand J. Spectrum of binge eating symptomatology in patients treated with clozapine and olanzapine. *Journal of neural transmission*. 2003; 110(1):111-121.
183. Kluge M, Schuld A, Himmerich H, Dalal M, Schacht A, Wehmeier PM, Pollmächer T. Clozapine and olanzapine are associated with food craving and binge eating: results from a randomized double-blind study. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2007;27(6):662-666.
184. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Burstein R. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382(9904):1575-1586.
185. Carbone EA, Pugliese V, Bruni A, Aloï M, Calabrò G, Jaén-Moreno MJ, De Fazio P. Adverse childhood experiences and clinical severity in bipolar disorder and schizophrenia: A transdiagnostic two-step cluster analysis. *Journal of affective disorders*. 2019;259:104-111.

- 186.Álvarez MJ, Masramon H, Peña C, Pont M, Gourdier C, Roura-Poch P, Arrufat F. Cumulative effects of childhood traumas: polytraumatization, dissociation, and schizophrenia. *Community mental health journal*. 2015;51(1):54-62.
- 187.Mall S, Platt JM, Temmingh H, Musenge E, Campbell M, Susser E, Stein DJ. The relationship between childhood trauma and schizophrenia in the Genomics of Schizophrenia in the Xhosa people (SAX) study in South Africa. *Psychological medicine*. 2019;1-8.
- 188.Mørkved N, Endsjø M, Winje D, Johnsen E, Dovran A, Arefjord K, Huber N. Childhood trauma in schizophrenia spectrum disorder as compared to other mental health disorders. *Psychosis*. 2017;9(1):48-56.
- 189.Monti JM, BaHammam AS, Pandi-Perumal SR, Bromundt V, Spence DW, Cardinali DP, Brown GM. Sleep and circadian rhythm dysregulation in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2013;43:209-216.
- 190.Chang WC, Wong CSM, Chen EYH, Lam LCW, Chan WC, Ng RMK, Lam M. Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia-spectrum, affective, and other non-affective psychotic disorders in the Chinese adult population. *Schizophrenia Bulletin*. 2017;43(6):1280-1290.
- 191.Royuela A, Macias JA, Gil-Verona JA, Pastou JF, Maniega MA, Alonso J, Boget T. Sleep in schizophrenia: a preliminary study using the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Neurobiology of Sleep-Wakefulness Cycle*. 2002;2(2):37-39.
- 192.Van Den Noort M, Struys E, Perriard B, Staudte H, Yeo S, Lim S, Bosch P. Schizophrenia and depression: The relation between sleep quality and working memory. *Asian journal of psychiatry*. 2016;24:73-78.
- 193.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. *Eating Behaviors*. 2008;9(3):343-351.
- 194.Allison KC, Grilo CM, Masheb RM, Stunkard AJ. High self-reported rates of neglect and emotional abuse, by persons with binge eating disorder and night eating syndrome. *Behaviour research and therapy*. 2007; 45(12):2874-2883.
- 195.Guillaume S, Jaussent I, Maimoun L, Ryst A, Seneque M, Villain L, Courtet P. Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports*. 2016;6(1):1-7.
- 196.Tayfur SN, Evrensel A. Investigation of the relationships between eating attitudes, body image and depression among Turkish university students. *Rivista di Psichiatria*. 2020;55(2):90-97.
- 197.Gardner-Sood P, Lally J, Smith S, Atakan Z, Ismail K, Greenwood KE, Papanastasiou E. Cardiovascular risk factors and metabolic syndrome in people with established psychotic illnesses: baseline data from the IMPaCT randomized controlled trial. *Psychological medicine*. 2015;45(12):2619-2629.
- 198.Malan-Müller S, Kilian S, Van Den Heuvel LL, Bardien S, Asmal L, Warnich L, Seedat S. A systematic review of genetic variants associated with metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2016;170(1):1-17.

199. Correll CU, Joffe BI, Rosen LM, Sullivan TB, Joffe RT. Cardiovascular and cerebrovascular risk factors and events associated with second-generation antipsychotic compared to antidepressant use in a non-elderly adult sample: results from a claims-based inception cohort study. *World Psychiatry*. 2015;14:56-63.
200. Emul M, Kalelioglu T. Etiology of cardiovascular disease in patients with schizophrenia: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:2493-2503.
201. Green AI, Patel JK, Goisman RM, Allison DB, Blackburn G. Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action. *General Hospital Psychiatry*. 2000;22(4):224-235.
202. Lin Y, Peng Y, He S, Xu J, Shi Y, Su Y, Cui D. Serum IL-1ra, a novel biomarker predicting olanzapine-induced hypercholesterolemia and hyperleptinemia in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2018;84:71-78.
203. Mhalla A, Bel WHS, Mensi R, Amamou B, Messaoud A, Gassab L, Gaha L. Lipid profile in schizophrenia: case control study. *La Tunisie medicale*. 2018;96(1):22-29.
204. Saraçlı Ö, Atasoy N, Akdemir A, Güriz O, Konuk N, Sevinçer GM, Atik L. The prevalence and clinical features of the night eating syndrome in psychiatric out-patient population. *Comprehensive psychiatry*. 2015;57:79-84.
205. Orhan FO, Ozer UG, Ozer A, Altunoren O, Çelik M, Karaaslan MF. Night eating syndrome among patients with depression. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2011;48(3):212-217.
206. Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*. 2008;62(1):341-348.
207. O'reardon JP, Ringel BL, Dinges DF, Allison KC, Rogers NL, Martino NS, Stunkard AJ. Circadian eating and sleeping patterns in the night eating syndrome. *Obesity research*. 2004;12(11):1789-1796.
208. Cleator J, Abbott J, Judd P, Wilding JP, Sutton CJ. Correlations between night eating, sleep quality, and excessive daytime sleepiness in a severely obese UK population. *Sleep medicine*. 2013;14(11):1151-1156.
209. Amianto F, Spalatro AV, Rainis M, Andriulli C, Lavagnino L, Abbate-Daga G, Fassino S. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry research*. 2018;269:692-699.
210. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Hook JM, Schreiber GB, Crawford PB, Daniels SR. Night eating syndrome in young adult women: prevalence and correlates. *International Journal of Eating Disorders*. 2005;37(3):200-206.
211. Hepgul N, Pariante CM, Dipasquale S, DiForti M, Taylor H, Marques TR, Mondelli V. Childhood maltreatment is associated with increased body mass index and increased C-reactive protein levels in first-episode psychosis patients. *Psychological medicine*. 2012;42(9):1893-1901.
212. Williamson DF, Thompson TJ, Anda RF, Dietz WH, Felitti V. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International journal of obesity*. 2002;26(8):1075-1082.
213. Dunkley DM, Masheb RM, Grilo CM. Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self criticism. *International Journal of Eating Disorders*. 2010;43(3):274-281.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### III- Ünvanları

2011: Hekim

### IV- Mesleki Deneyimleri:

2016-2020: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Asistan Hekim

2014-2016: Kanuni Sultan Süleyman EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Asistan Hekim

2012-2013: Elazığ Harput Devlet Hastanesi Acil Servisi, Pratisyen Hekim

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Psikiyatri Derneği

İstanbul Tabip Odası

### VI- Bilimsel Etkinlikleri

Türkiye Psikiyatri Derneği 55. Ulusal Psikiyatri Kongresi, İstanbul 2019

Türkiye Psikiyatri Derneği 21. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu, Antalya 2017

7. Bakırköy Nöropsikiyatri Günleri, İstanbul 2017

9. Nöropsikiyatri Günleri, İstanbul 2016

Çocuk ve Erişkin Klinik Psikiyatri Kongresi, İstanbul 2016

### VII- Diğer Bilgiler

Bilişsel Davranışçı Psikoterapi Temel Eğitimi ve Supervizyon Eğitimi, Prof Dr Hakan Türkçapar ACT Derneği 2016-2019.

Şema Terapi Eğitimi Modul I-II-III, Prof Dr Gonca Soygüt Pekak, Uluslararası Şema Terapi Derneği 2019

Psikoonkoloji Eğitimi I. Modül : Prof. Dr. Sedat Özkan & Prof Dr. Mine Özkan 2019

Psikanalizle Tanışma Seminerleri İstanbul Psikanaliz Enstitüsü 2016.

Hipnoz Eğitimi: Uzm. Dr. Şeref Özer 2017

## 10. EKLER

### EK 1 - Sosyodemografik ve Klinik Olgu Değerlendirme Formu

1.Adı- Soyadı:

2.Yaş: Tlf (kendisi ve ya yakını)

3. Hastanın kendi ifadesi ile Boy:\_\_\_\_ Kilo:\_\_\_\_

Ölçülen; Boy: \_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_ BMI: \_\_\_\_

Ölçülen bel çevresi: \_\_\_\_ cm

4.Doğum Yeri: \_\_\_\_

5.Medeni durumu: Bekar: Evli

6.Çocuk var mı? Var: Yok:

7.Eğitim Süresi (Yıl olarak belirtilecek): \_\_\_\_

8.Meslek: ..... Çalışmıyor(İşsiz): \_\_\_\_

Çalışıyor: \_\_\_\_

9.Evde kiminle yaşıyor?

10.Bilinen ek tıbbi hastalığı var mı?:

DM Var : Yok:

Hipertansiyon Var: Yok:

Hiperkolesterolemi Var: Yok:

Kardiyak Hastalık öyküsü Var: Yok:

Hipotiroidi Var: Yok:

Hipertiroidi Var: Yok:

Diğer kronik hastalıklar:

11.Geçmişte intihar girişimi öyküsü: Var: Sayısı: Yok:

12.Sigara kullanımı Var : Kullanım süresi:\_\_\_\_ Miktarı:\_\_\_\_

Yok:

15.Alkol kullanımı? Var: Kullanım süresi:\_\_\_\_ Miktarı:\_\_\_\_

Yok:

16.Herhangi bir madde (opiyat/sedatif-hipnotik/stimulan/uçucu/kannabis/sentetik kannabinoid... vs) kullanımı ? Var: Yok:

Varsa hangi madde:\_\_\_\_\_ Kullanım süresi:\_\_\_ Miktarı:\_\_\_

17.Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü Var: Yok:

Var ise hangi aile üyesi \_\_\_\_\_ Hangi hastalık: \_\_\_\_\_

18.Adli öykü: Var: Yok:

19.Ayaktan tedaviye gelen hasta DSM V TR“ye göre şizofreni kriterlerini karşılıyor mu? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

20. İlk atak hasta mı? Evet:\_\_\_\_\_ Hayır:\_\_\_\_\_

21.Konuşması iyi anlaşılıyor mu? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

22.Son 3 ay içinde hastane yatışı ya da akut relapsı var mı? Evet \_\_\_\_\_ Hayır \_\_\_\_\_

23.Hastalığın başlangıç yaşı: \_\_\_\_\_ İlk tedaviye başlama yaşı: \_\_\_\_\_

Hastalığın süresi: \_\_\_\_\_ Remisyon süresi: \_\_\_\_\_

Hospitalizasyon sayısı: \_\_\_\_\_ Komorbidite: \_\_\_\_\_

24.Halen Kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaçlar (antidepresan, duygudurum düzenleyici, sedatif): VAR \_\_\_\_\_ YOK \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_

25.Kullanmakta olduğu antipsikotik tedavi ve klorpromazin eşdeğer dozu (KED):

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_ KED \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_ KED \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_ KED \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_ KED \_\_\_\_\_

Toplam antipsikotik kullanım süresi: \_\_\_\_\_ AY/YIL

26. Psikiyatri dışı hastalıklara bağlı kullandığı tıbbi ilaçlar ve dozlar:

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_

İlacın Adı: \_\_\_\_\_ Dozu: \_\_\_\_\_ Sıklığı: \_\_\_\_\_ Süresi \_\_\_\_\_

## EK 2 - Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği

(PANSS)

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ

(P)

Pozitif Ölçek : Yok Asq Haf Ort O.c. Cid. A1.

P1. Hezeyanlar 1 2 3 4 5 6 7

P2. Kavramsal düzensizlik 1 2 3 4 5 6 7

P3. Varsanlı davranı 1 2 3 4 5 6 7

P4. Eksitasyon 1 2 3 4 5 6 7

P5. Grandiyosite 1 2 3 4 5 6 7

P6. üphecilik/perseküsyon 1 2 3 4 5 6 7

P7. Hostilite 1 2 3 4 5 6 7

### EK 3 - Gece Yeme Anketi (GYA)

1. Sabahları ne kadar aç oluyorsunuz?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

2. İlk yemeğinizi genelde ne zaman yersiniz?

Saat 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 besin alımınızın ne kadarını akşam yemeğinden sonra tüketirsiniz?

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

6. Son zamanlarda hüzünlü ve ya 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 / akşam üzeri / akşam / gece

8. Uykuya dalmakta hangi sıklıkta zorluk yaşıyorsunuz?

Hiç / Bazen / Zamanın yarısında / Genelde / Her zaman

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

Hiç / Haftada 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 yanıtı verdiyseniz, 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

15. Gece yemeye ilgili sorunuz ne kadar zamandır sürüyor?

---- ay ---- yıl

16. Gece yemeniz sizi ne kadar rahatsız ediyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

17. Gece yemeniz hayatınızı ne kadar etkiliyor?

Hiç / Çok az / Biraz / Orta derecede / Aşırı

## EK 4 - Calgary Depresyon Ölçeği (CDÖ)

### 1. Depresyon:

Son iki hafta boyunca ruh halinizi nasıl tanımlarsınız? Yeterince neşelenebiliyor muydunuz, yoksa son zamanlarda aşırı çökkün ya da üzüntülü müydünüz? Son iki hafta içinde, her gün ne kadar sıklıkta kendinizi (kendi kelimeleri) hissediyorsunuz? Gün boyu?

0.Yok

1.Hafif: Sorulduğunda biraz üzüntü ya da güvensizlik ifade eder

2. Orta: Son iki hafta boyunca zamanın neredeyse yarısından fazlasında süren belirgin çökkün duygudurum: her gün var

3. Şiddetli: Her gün zamanının yarısından fazlasında süren, olağan motor ve toplumsal işlevselliği etkileyen belirgin çökkün duygudurum

### 2. Umutsuzluk:

Geleceğinizi nasıl görüyorsunuz? Sizin için herhangi bir gelecek var mı? Yoksa yaşam oldukça umutsuz mu görünüyor? Kendinizi koyuverdiniz mi yoksa hala çaba göstermek için neden var mı?

0. Yok

1. Hafif: Son iki hafta boyunca bazen umutsuzluğa kapılmış ama hala gelecek için belli düzeyde umut taşıyor

2. Orta: Son iki hafta boyunca ısrarlı, orta düzeyde umutsuzluk duygusu. İşlerin daha iyiye gidebileceği konusunda ikna edilebiliyor

3. Şiddetli: İsrarlı ve sıkıntı veren umutsuzluk duygusu

### 3. Değersizlik Duygusu:

3.Başka insanlarla karşılaştırdığınızda, kendinizi nasıl görüyorsunuz? Kendinizi başka insanlardan daha mı iyi, daha mı kötü, yoksa yaklaşık aynı düzeyde mi görüyorsunuz? Kendinizi başkalarından aşağıda ya da hatta değersiz mi hissediyorsunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kısmen aşağılık duygusu var; değersizlik duygusu düzeyine ulaşmıyor.

2. Orta: Kişi kendini değersiz hissediyor; ama zamanının yarısının azında

3. Şiddetli: Kişi zamanın yarısından fazlasında kendisini değersiz hissediyor. Öyle olmadığı konusunda ikna edilebiliyor.

#### 4. Suçlulukla İlgili Alınma Düşünceleri:

Bir konuda itham edildiğiniz ya da hatta haksız yere suçlandığınız duygusuna kapıldınız mı?

Hangi konuda? (Doğrulanabilir itham ya da suçlamaları dahil etmeyin. Suçluluk sanrılarını dışlayın)

0. Yok

1. Hafif: Kişi zamanın yarısından azında kendini itham altında hisseder ama suçlu hissetmez

2. Orta: İtham altında olduğuna dair ısrarlı duygular ve/veya ara sıra suçlu olduğuna dair duygular

3. Şiddetli: Suçlu olduğuna dair ısrarlı duygular. İkna edilmeye çalışılınca, öyle olmadığını kabul eder

#### 5. Patolojik Suçluluk:

Geçmişte yapmış olabileceğiniz önemsiz şeylerden dolayı kendinizi kabahatli bulma eğiliminde misiniz? Bu konuyla bu derecede uğraşmayı hakkettiğinizi düşünüyor musunuz?

0. Yok

1. Hafif: Kişi bazen bazı küçük kabahatler konusunda olması gerekenden daha fazla suçluluk duyar, ama bu, zamanın yarısından azını alır

2. Orta: Kişi çoğu zaman (zamanın yarısından fazlasında) önemini abarttığı geçmiş eylemleri konusunda suçluluk duyar

3. Şiddetli: Kişi çoğu zaman kötü giden her şey için, hatta kendi hatası olmasa bile kendini kabahatli hisseder.

#### 6. Sabah Depresyonu:

Son iki hafta boyunca, kendinizi çökkün hissederken, bu çökkünlüğün günün belli bir zamanında daha kötüleştiğini fark ettiniz mi?

0. Yok: Depresyon yok

1. Hafif: Depresyon var ama gün içi değişkenlik yok

2. Orta: Depresyonun sabahları kötüleştiği kendiliğinden belirtilir

3. Şiddetli: Sabahları belirgin biçimde daha kötü olan ve işlevselliğin bozulduğu depresyon akşamları düzelir.

#### 7. Erken Uyanma:

Sabahları normalden daha erken mi uyanıyorsunuz? Bu, haftada kaç kez oluyor?

0. Yok: Erken uyanma yok

1. Hafif: Ara sıra (en çok haftada iki kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

2. Orta: Çoğunlukla (haftada en fazla 5 kez) olağan ya da gerekli uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor

3. Şiddetli: Her gün uyanma zamanından en az 1 saat önce uyanıyor.

### **8. Özkıyım:**

Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyor musunuz? Yaşamınıza son vermek hiç içinizden geçti mi? Kendinize ne yapabileceğinizi düşündünüz? Gerçekten denediniz mi?

0. Yok

1. Hafif: Sıklıkla keşke ölmüş olsaydım biçiminde düşünceler ya da ara sıra özkıyım düşünceleri

2. Orta: Üzerinde uğraşılmış özkıyım tasarısı ama girişimde bulunulmamıştır

3. Şiddetli: Açıkça ölümle sonuçlanmak üzere hazırlanmış özkıyım girişimi (örn.: şans eseri fark edilme ya da etkisiz yöntem).

### **9. Gözlenen Depresyon:**

Tüm görüşme boyunca görüşmecinin gözlemlerine dayanır. Görüşmede uygun anlarda sorulan “Kendinizi ağlamaklı hissediyor musunuz?” sorusu bu gözle için gerekli bilgiyi sağlayabilir.

0. Yok

1. Hafif: Görüşmenin belirgin olarak yansız konuşmalarını içeren bölümlerinde bile kişi üzgün ya da kederli görünmektedir.

2. Orta: Kişi görüşme boyunca sikkın, tekdüze bir ses tonuyla üzgün ve kederli görünmektedir ve bazen ağlar ya da ağlamaklı olur.

3. Şiddetli: Kişi sıkıntı veren konularda boğulacak gibi olur, sıklıkla derin iç çeker ve açıkça ağlar, ya da kişi ısrarlı olarak ıstıraptan donakalmış durumdadır ancak görüşmeci depresyonun var olduğundan emindir.

### EK 5 - Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiç Bir Zaman    2. Nadiren    3. Kimi zaman    4. Sık olarak    5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.
7. Sevildiğimi hissediyordum.
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
16. Çocukluğum mükemmeldi.
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.

26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
28. Ailem benim için bir g   ve destek kaynağı idi.



### EK 6 - Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKÖ)

Bu formun kapsadığı sorunlar sadece son 1 ayın alışkanlıkları ile ilgilidir. Geçen ayın genelini düşünerek, çoğunluğa uyum sağlayan cevabı veriniz. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız? Genel yatış saati:\_\_\_\_\_

2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

Dakika:\_\_\_\_\_

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız? Genel kalkış saati:\_\_\_\_\_

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

Bir gecede ki uyku süresi: Saat:\_\_\_\_\_

5. Aşağıdaki soruların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

| Haftada                                          | Hiç                        | 1'den az                   | 1 - 2 kez                  | 3'den Çok                  |
|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 30 dakika içinde uykuya dalamadınız              | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız        | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Tuvalete gittiniz                                | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz         | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Aşırı derecede üşüdünüz                          | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz              | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Kötü rüyalar gördünüz                            | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Ağrı duydunuz                                    | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Diğer nedenler                                   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

6-Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

☐ 0 Çok iyi ☐ 1 Oldukça iyi ☐ 2 Oldukça kötü ☐ 3 Çok kötü

7-Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

☐ 0 Hiç ☐ 1 1'den az ☐ 2 1-2 kez ☐ 3 3'den çok

8-Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

☐ 0 Hiç ☐ 1 1'den az ☐ 2 1-2 kez ☐ 3 3'den çok

9-Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

☐ 0 Hiç problem oluşturmadı ☐ 2 Bir dereceye kadar problem oluşturdu

☐ 1 Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ☐ 3 Çok büyük bir problem oluşturdu

10-Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

☐0 Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok  
yatakta değil

☐2 Partneri aynı odada fakat aynı

☐1 Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var  
oluşturdu

☐3 Partner aynı yatakta

11-Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun.

| Haftada                                         | Hiç                        | 1'den az                   | 1 - 2 kez                  | 3'den Çok                  |
|-------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Gürültülü horlama                               | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama         | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık        | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Diğer huzursuzluklarınız                        | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

## EK 7 - Yeme Tutum Testi (YYT)

|                                                                          | Daima | Çok Sık | Sık | Bazen | Nadiren | Hiçbir Zaman |
|--------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-----|-------|---------|--------------|
| 1. Başka birileri ile yemekten hoşlanırım.                               |       |         |     |       |         |              |
| 2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiği yemeği yemem.         |       |         |     |       |         |              |
| 3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.                                       |       |         |     |       |         |              |
| 4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.                                            |       |         |     |       |         |              |
| 5. Acıktığımda yemek yemeye çalışırım.                                   |       |         |     |       |         |              |
| 6. Aklım fikrim yemektedir.                                              |       |         |     |       |         |              |
| 7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.                            |       |         |     |       |         |              |
| 8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalar bölerim.                              |       |         |     |       |         |              |
| 9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.                                 |       |         |     |       |         |              |
| 10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım. |       |         |     |       |         |              |
| 11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.                              |       |         |     |       |         |              |
| 12. Ailem fazla yememi bekler.                                           |       |         |     |       |         |              |
| 13. Yemek yedikten sonra kusarım.                                        |       |         |     |       |         |              |
| 14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.                         |       |         |     |       |         |              |
| 15. Tek düşüncem zayıf olmaktır.                                         |       |         |     |       |         |              |
| 16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.      |       |         |     |       |         |              |
| 17. Günde birkaç kere tartılırım.                                        |       |         |     |       |         |              |
| 18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.                          |       |         |     |       |         |              |
| 19. Et yemekten hoşlanırım.                                              |       |         |     |       |         |              |
| 20. Sabahları erken uyanırım.                                            |       |         |     |       |         |              |

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

## EK 8 - Bilgilendirme Ve Onam Formu

### Hastalar İçin

“Şizofreni hastalarında tıknırcasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu görülme sıklığı; uyku, depresyon ve çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisi” konulu bilimsel araştırma çalışması yapmaktayız. Bu çalışmada, hastalığınız ve sizinle ilgili önceden hazırlanmış standart sorulara yanıt vermenizi beklemekteyiz.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir. Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır. Boy ve kilo ölçümü yapılacaktır. Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır. Bunlar; Sosyodemografik ve klinik olgu değerlendirme formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), Yeme Tutumu Testi (EAT-40), Gece Yeme Anketi (GYA), Beck Depresyon Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)’nden oluşmaktadır. Araştırma için sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmadığı gibi araştırmanın sağlık güvencenize de hiçbir maddi külfeti yoktur. Çalışmada uygulanacak testler bilimsel amaçlı olup, sağlığınız ve ekonomik açıdan herhangi bir risk taşımamaktadır. Tedaviniz bu çalışmadan bağımsız olarak devam edecektir. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. İsminiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca veriler kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.

### Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu çalışmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiç bir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimi beyan ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası

Bilgilendirmeyi Yapan Kişi

**Katılımcı, uygulayan ve şahit olmak üzere 3 imzalı olmalıdır.**

**Tarih:**

**İsim:**

**İmza:**