

Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma



Dr. Erdal VARDAR¹, Dr. Mücadele ERZENGIN²

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amaçları ergenlerde yeme bozukluğu (YB) yaygınlığını belirlemek ve YB olgularında psikiyatrik eş tanıları değerlendirmektir.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmanın ilk aşamasında rasgele örneklem yöntemiyle 2907 öğrenciye yeme tutum testi (YTT) uygulanmıştır. İkinci aşamada YTT kesme puanı 30 ve üzeri olan öğrencilerle DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak klinik görüşme yapılmış ve YB grubu belirlenmiştir. Kontrol grubu, sınıf ve cinsiyet olarak eşlenmiş, YB tanısı olmayan, YTT skoru 30'un altında olan öğrenciden oluşmuştur. YB grubu ve kontrol grubunu oluşturan öğrencilere DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ayaktan Hasta Formu ve Sağlıklı Kişi Formu uygulanarak eş tanıları değerlendirilmiştir. Ayrıca, tüm öğrencilere bir demografik değerlendirme formu, Beck Depresyon ve Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 2907 öğrenciden 68'i (9 erkek, 59 kız) DSM-IV araştırma ölçütlerine göre YB tanısı almıştır. Çalışmamızda anoreksiya nervosa nokta yaygınlığı oranının % 0.034, bulimiya nervosa % 0.79, başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu % 1.51, tıknırcasına yeme bozukluğu % 0.99 ve tüm yeme bozuklukları için nokta yaygınlığı oranının ise % 2.33 olduğu bulunmuştur. Erkek öğrenciler arasında anoreksiya nervosa ve bulimiya nervosa tanısı alan olmamıştır. Sekiz erkek öğrencide YB tanısı olarak tıknırcasına yeme bozukluğu görülmüştür. Majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi, YB olgularında daha sık olarak görülen eş tanılarıdır. Beck anksiyete-depresyon ve YTT sonuçları, beden kitle indeksi, YB olgularında kontrollerden daha yüksektir.

Sonuç: Bu çalışmada, ergenlerde YB nokta yaygınlığı %2.33, ergen kızlarda oranın %4.03 olduğu saptanmıştır. Ayrıca, atipik yeme bozukluğunun ergenlerde en sık görülen YB olduğu, tıknırcasına yeme bozukluğunun ise erkeklerde en sık görülen YB olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulguların Batı ülkelerindeki oranlara benzer olduğu ancak anoreksiya nervosa yaygınlığının daha az olduğu, eş tanı açısından majör depresyon ve genelleşmiş anksiyete bozukluğunun en sık görülen bozukluklar olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Yeme bozuklukları, anoreksiya nervosa, bulimiya nervosa, tıknırcasına yeme bozukluğu, epidemiyoloji, eş tanı

SUMMARY

The Prevalence of Eating Disorders (EDs) and Comorbid Psychiatric Disorders in Adolescents: A Two-Stage Community-Based Study

Objective: The aims of this study were to determine the prevalence of eating disorders (EDs) in adolescents and the prevalence of comorbid psychiatric disorders in adolescents with EDs.

Method: During stage 1 of the study the Eating Attitude Test (EAT) was administered to 2907 randomly selected adolescent students. During stage 2 of the study students with an EAT score >30 underwent a clinical interview and those diagnosed with an ED (based on DSM-IV criteria) were included in the ED group. The control group included students that were age- and sex-matched with the ED group, were not diagnosed with an ED, and had an EAT score <30. Psychiatric comorbidity in the ED and control groups was evaluated using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (outpatient and non-patient forms). Additionally, a demographic data form, the Beck Depression Inventory (BDI), and the Beck Anxiety Inventory (BAI) were administered to all the participants.

Results: In total, 68 (9 male and 59 female) of the 2907 students met the diagnostic criteria for an ED. Point prevalence rates were as follows: anorexia nervosa: 0.034%; bulimia nervosa: 0.79%; eating disorder not otherwise specified: 1.51%; binge eating disorder: 0.99%; any ED: 2.33%. None of the male participants were diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. In all, 8 male students were diagnosed with binge eating disorder. The prevalence of comorbid psychiatric disorders was higher in the ED group. Major depression was the most prevalent comorbid disorder in the ED group, followed by generalized anxiety disorder and social phobia. The body mass index, and BDI, BAI, and EAT scores were higher in the ED group than in the control group.

Conclusion: The results of this study show that whereas the point prevalence rate for EDs among all the participants was 2.3%, it was 4.03% among the female participants. Moreover, ED not otherwise specified was the most prevalent ED, and binge eating disorder was the most common ED among the males. The prevalence rates in the present study are similar to those observed in Western countries, except for the prevalence rate for anorexia nervosa, which in the present study was lower. Major depression and generalized anxiety disorder were the most prevalent comorbid disorders in the ED group.

Key Words: Eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, epidemiology, comorbidity

Geliş Tarihi: 12.02.2011 - **Kabul Tarihi:** 02.06.2011

¹Prof., Trakya Üniv. Tıp Fak., Psikiyatri AD., Edirne. ²Uzm., Aksaray Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Aksaray. Dr. Erdal Vardar, e-posta: erdalvardar@trakya.edu.tr

GİRİŞ

Yeme bozuklukları, yeme davranışının ciddi olarak bozulduğu psikiyatrik bozukluklardır. DSM-IV ölçütlerine göre yeme bozuklukları anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve atipik yeme bozuklukları (AYB) olarak sınıflandırılmaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) resmi olarak Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) sınıflamasına girmeyen, atipik yeme bozuklukları altında değerlendirilen, son yıllarda daha iyi tanınan bir bozukluktur. Yeme bozukluklarının klinik örneklem ve toplum içinde görülme yaygınlığı açısından farklılıklar bulunmaktadır (Hoek 2002, Hoek 2006). Farklı toplumlarda farklı yaygınlık oranlarının görüldüğü bildirilmekte ve özellikle batı toplumları ile doğu toplumları arasında görülme yaygınlığı açısından farklar olduğu bildirilmektedir. AN yaygınlığının 70'li yıllara kadar artış gösterdiği, 90'lı yıllara ulaşıldığında daha dengeli bir seyir gösterdiği bildirilmektedir (Hoek 2006, van Hoeken ve ark. 2003). Sanayileşme, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, kent yaşamı, medya etkisi ve kültürler arası karşılaşmaların-etkileşimlerin yaygınlaşması, AN yaygınlığının artışın temellerindeki faktörler olarak yorumlanmaktadır. Bu nedenle yeme bozuklukları üzerinde toplum temelli ve büyük örneklemeli çalışmalar ilgi çekmektedir.

Yeme bozukluğu yaygınlık oranları genellikle 1 yıllık ve nokta yaygınlığı oranları şeklinde verilmektedir. Yaygınlık oranları tedavi ve bakım planlamaları için en önemlidir (van Hoeken ve ark. 2003). Sağlık politikalarının bu çalışmalara göre yön verilmesi doğru bir yaklaşımdır. Yeme bozuklukları ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmaların en önemli sorunu örneklem seçilmesidir. Yeme bozukluklarının yaygınlık oranlarının düşük olması ve olguların kendini gizleme eğilimi, geniş örneklem ile çalışılmasını gerektirir (Hoek ve van Hoeken 2003). Bu nedenle YB ile yapılacak epidemiyolojik çalışmalarda aşırı maliyet ve zaman sorunu ortaya çıkmaktadır. İki aşamalı çalışmalar ve çalışmaların belli topluluklar üzerinde yürütülmesi ile bu sorun belli oranda aşılabılır. İki aşamalı çalışmalar, toplum içindeki yeme bozukluğu olgularını belirlemek için en çok kullanılan çalışmalardır. Bu çalışmaların birinci aşamasında, öncelikle geniş toplum örneklerinde, ölçekler ile yüksek riskli gruplar saptanır. İkinci aşamada bu riskli gruplarda klinik görüşme yapılarak olgular belirlenir ve rasgele seçilen risksiz örneklem ile karşılaştırmalar yapılabilir. İki aşamalı çalışmaların zayıf tarafı düşük yanıt oranları ve kullanılan ölçeklerin özgünlüğü ve duyarlılığıdır (Hoek ve van Hoeken 2003).

Yeme bozukluğu açısından yüksek riskli grupları en iyi temsil edenler lise ve üniversite öğrencileridir. Sorun, bu örneklemde elde edilen sonuçların topluma uyarlanmasıdır. Genç nüfus içinde katı AN ölçütleri ile yapılan iki aşamalı çalışmalarda, AN nokta yaygınlığının 0-%0.9 arasında olduğu bildirilmektedir (Hoek ve Hoeken 2003, Whitaker ve ark. 1990,

Whitehouse ve ark. 1992, Steinhausen ve ark. 1997, Cotrufo ve ark. 1998). AN'nın yaşam boyu yaygınlığı ise %0.6 ile %2.2 arasında değişen rakamlar ile verilmektedir (Keski-Rahkonen ve ark. 2007, Hudson ve ark. 2007). AN nokta yaygınlığını %1.3 olarak veren çalışmalar da vardır (Rathner ve Messner 1993). BN nokta yaygınlık oranları ise iki aşamalı çalışmalar sonucunda 0 ile %4.6 arasında değişen oranlarda verilmektedir (Hoek ve Hoeken 2003, Favaro ve ark. 2003). TYB oranları %0.2-%3.5 arasında değişkenlik göstermektedir (Cotrufo ve ark. 1998, Hudson ve ark. 2007). Yaşam boyu yaygınlıklar açısından AN'da %0.6, BN'da %1 ve TYB'da %3 oranları bildirilmektedir (Treasure ve ark. 2010). Bu oranlar erkek nüfusta daha düşüktür.

Eş tanı açısından değerlendirildiğinde; depresyon YB'na en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluktur. Depresyonun YB'nda %40-45 oranında gözlemlendiği, yaşam boyu prevalansının %68 olduğu ve depresyonun YB gidişinden bağımsız olarak seyrettiği bildirilmiştir (Halmi ve ark. 1991, Halmi 2003). Depresyon, tıkınırcasına yeme davranışı gösteren olgularda diyet yapanlara göre daha fazla görülmektedir. Ayrıca iki uçlu duygudurumu bozukluğu YB olan olgularda bildirilmiştir. Depresyondan sonra en sık görülen psikiyatrik eş tanı, anksiyete bozukluklarıdır. YB olgularında %60'ın üzerinde anksiyete bozukluğu görülmektedir. Panik bozukluğu ve agorafobi YB'dan önce başlamaktadır (Halmi ve ark. 1991, Halmi 2003, Kaye ve ark. 2004). YB olan hastalarda sıklıkla sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB) da birlikte görülmektedir. YB, OKB spektrum bozukluğu olarak da önerilmiştir (Halmi ve ark. 1991, Halmi 2003). Obsesif belirtiler ile YB belirtileri arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Erol ve ark. 2002). YB eş tanı açısından duygudurum ve anksiyete bozuklukları dikkat çekicidir.

Kişilik bozuklukları YB'na eşlik eden diğer bir tanı kategorisini oluşturmaktadır. Özellikle sınır kişilik bozukluğu ve kaçınan kişilik bozukluğu eş tanı olarak sık görülmektedir. (Halmi ve ark. 1991, Halmi 2003). Obsesif kişilik özelliklerinin, AN hastalarında ve ailelerinde yeme bozukluğuna eşlik ettiği bildirilmiştir (Halmi ve ark. 1991, Halmi 2003). Alkol ve madde bağımlılığı YB hastalarında görülen diğer bir psikiyatrik eş tanıdır. Özellikle BN hastalarında madde kullanımı sık görülmektedir (Halmi ve ark. 1991, Halmi 2003, Keçeli ve ark. 2008). YB olgularında travma sonrası stres bozukluğu, çocukluk çağı cinsel taciz ve istismar da sık olarak bildirilmiştir (Brewerton 2007).

YB ve zengin eş tanı birlikteliği toplum temelli araştırmalarda da gösterilmesi önemlidir. Çünkü genellikle eş tanı çalışmalarını klinik olgularda yapılmış çalışmalara dayanmaktadır.

Bu çalışmada, lise öğrencilerinde yeme bozukluklarının nokta yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM ve ARAÇLAR

Örneklem

Edirne il merkezindeki 10. ve 11. sınıf lise öğrencileri çalışmaya alındı. Çalışmanın yapıldığı dönemde Edirne il merkezinde 16 lise bulunmaktaydı. Bu okullarda 10. ve 11. sınıflarda toplam 5183 öğrenci öğrenim görmekteydi. Yeterli örneklemi temsil eden 3000 öğrenciye tabakalı rasgele örneklem yöntemi ile ulaşıldı. Doksan üç öğrenci yanıtlarının yetersiz olması nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya 2907 öğrenci dahil edildi. Değerlendirilen öğrencilerin %54'ü kız (1464 kişi), %46'sı erkektir (1443 kişi). Kontrol grubu, Yeme Tutum Testi (YTT)'inde 30'un altında puan alan, tanısız görüşmede YB olmayan, aynı cinsiyet ile eşleştirilmiş okul arkadaşlarından oluşturuldu. Yaş ortalamaları YB olgularında 17.04±0.8, kontrol grubunda 16.9±0.7 bulunmuştur.

İşlem

Araştırma yerel etik kurul tarafından onaylanmıştır. Edirne Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Okullarda görevli rehber öğretmenler, YTT'nin uygulanmasında yardımcı olmuşlardır. Tanı birliğini sağlamak için çalışma öncesinde araştırmacılar (EV ve ME) DSM-IV tanılarına yönelik klinik görüşme pratiği yapmışlardır. YTT'de 30 ve üzeri kesme puanı olan öğrencilerle, sadece bir araştırmacı (ME) tarafından klinik görüşme yapılmıştır. Tanı bütünlüğü, bir araştırmacının klinik değerlendirme yapması ile sağlanmıştır. Katılımcılar, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV, DSM-IV) tanı ölçütlerine göre AN, BN, BTA-YB ve TYB açısından değerlendirilmiştir. DSM-IV tanı ölçütlerine göre YB tanısı alan olgu grubuyla DSM-III-R-Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ayaktan Hasta-formu Structured Clinical Interview for DSM-III-R Outpatient (SCID-OP) kullanılarak eş tanı koymaya yönelik görüşme yapılarak, psikiyatrik eş tanıları değerlendirilmiştir. Kontrol grubu, YTT' de 30'un altında puan alan, tanısız görüşmede YB olmayan, aynı cinsiyet ile eşleştirilmiş okul arkadaşlarından oluşturulmuştur. Kontrol grubu öğrencileriyle de DSM-III-R-Yapılandırılmış Klinik Görüşme Sağlıklı Kişi-Formu Structured Clinical Interview for DSM-III-Nonpatient (SCID-NP) kullanılarak klinik görüşme yapılmıştır. Her iki grup genel bilgi formunu, Beck Depresyon Ölçeğini (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeğini (BAÖ), araştırmacının gözetiminde doldurmuşlardır. YTT' de 30 kesme puanı üzerinde puan alan 1 öğrenci klinik görüşmeyi kabul etmediği için çalışma dışı bırakılmıştır.

Gereçler

Genel Bilgi Formu: Tüm olgular, yaş, cinsiyet, boy, ağırlık, aile yapısı, ekonomik durum, daha önce psikiyatrik yardım alıp almadıkları, şimdiki alkol ve sigara kullanımı, fiziksel ve cinsel

travma öyküsü olup olmadığını sorgulayan, kendi bildirimlerini temel alan sosyodemografik form ile değerlendirilmiştir.

Yeme Tutum Testi (YTT): Yeme bozukluğu olan hastaların yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarını; normal bireylerde var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukların belirtilerini ölçer. Toplam puanın düzeyi, psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. YTT klinik düzeyde bozuk yeme davranışı ile ilgili yatkınlığı ve tutumu belirleyebilir. Altı basamaklı likert tipi yanıt formu ile 40 madde içerir. Kesme noktası 30 puandır. Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir. YTT'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır.

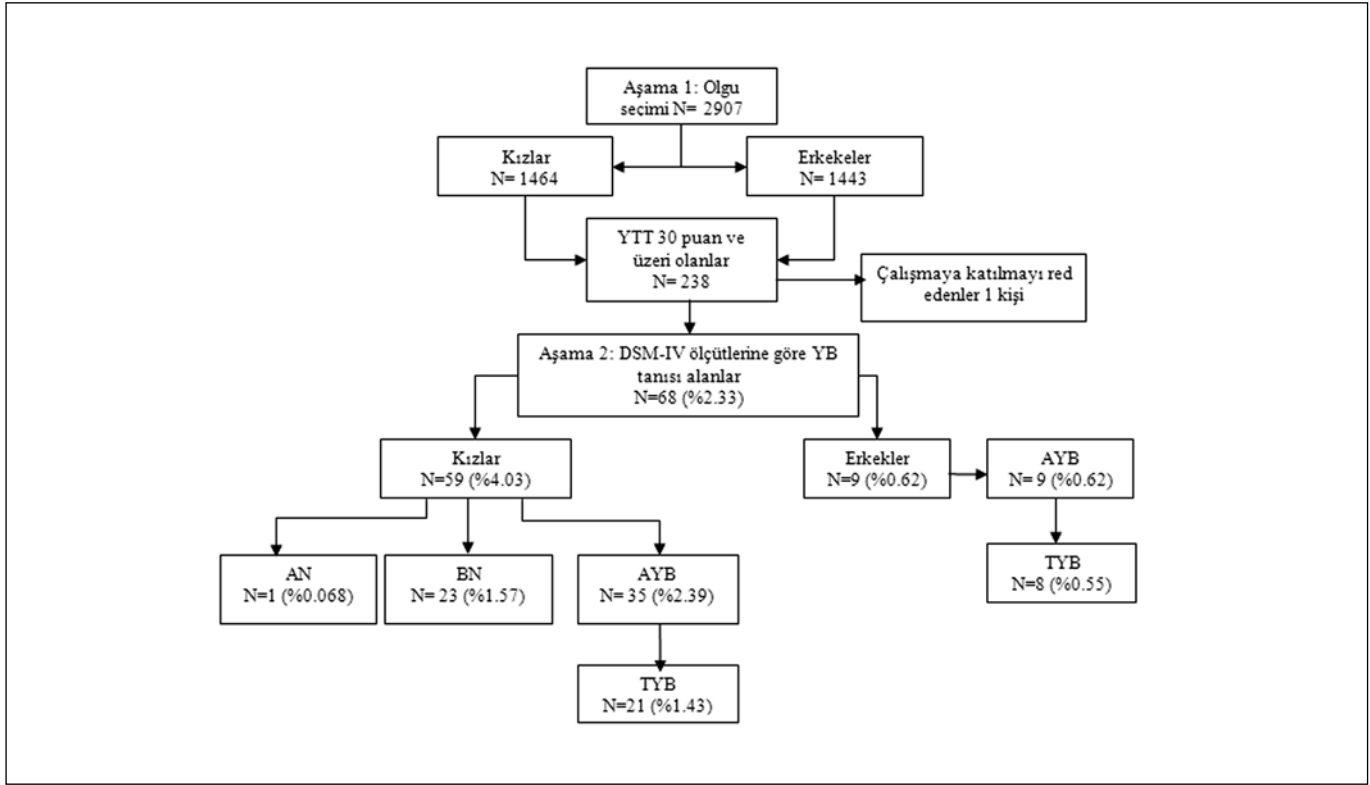
DSM-IV ölçütleri Köroğlu (1995) tarafından Türkçeye çevrilmiştir. TYB tanısı BTA YB olan olgular için DSM-IV araştırma ölçütleri kullanılmıştır. de Zwaan ve Mitchell (1992) tarafından önerilen ölçütlere göre belli bir zaman diliminde belirgin olarak aşırı miktarda yiyecek tüketme, kontrol kaybının olması ve telafi edici davranışların olmaması ile tanı belirlenir.

DSM-III-R-Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi (SCID): DSM-III-R sınıflandırmasına uygun olarak birinci eksende yer alan psikiyatrik bozukluklara tanı koymak için Spitzer ve ark., tarafından geliştirilmiş, yapılandırılmış bir görüşme yöntemidir. Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması Sorias ve ark. tarafından 1990 yılında hazırlanmıştır. SCID-OP (Ayaktan Hasta Formu) ayaktan izlenen hastalar ya da psikotik bozukluk kuşkusu olmayan kişiler içindir. Normal kontrol olguları ya da genel nüfustan seçilen örneklem için SCID-NP (Sağlıklı Kişi Formu) kullanılır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyon ile ilgili belirtileri ölçmektedir. Ölçeğin amacı depresyon tanısı koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemektir. Hastanın kendisinin ölçeği doldurması istenir. 21 belirti kategorisinin her birinde dört seçenek vardır. Her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınan toplam puan 0- 63 arasında değişir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Türkçe formunun kesim noktası 17 olarak alınmıştır (Hisli 1989).

Beck Anksiyete Ölçeği (BAE): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin yaygınlığını ölçmektedir. Ölçeği hastanın kendisinin doldurması istenir. Yirmi bir maddeden oluşur ve her madde 0 ile 3 arasında puan alır. Alınan toplam puan 0-63 arasında değişir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır.

Verilerin istatistiksel analizi: İki grubun nicel verilerin değerlendirilmesinde normal dağılıma uymadığı için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0.05 olarak kabul edilmiştir.



ŞEKİL 1. Çalışmanın Dizaynı.

BULGULAR

Değerlendirilen 2907 öğrenci içerisinde herhangi bir YB görülmeye yaygınlığı %2.33(68 kişi) olarak bulunmuştur (Tablo 1). Bu 68 olgunun %86.8'i kız (59 olgu), %13.2'si (9 olgu) erkektir (Tablo 3). AN için nokta yaygınlığı %0.034 (1 olgu), BN için %0.79 (23 olgu)dur (Tablo 1, Şekil 1). Erkeklerde AN ve BN tanısını karşılayan olmamıştır. Kızlar içinde AN yaygınlığı %0.068, BN için %1.57 dir (Tablo1). AYB nokta yaygınlığı kızlarda %2.39 (35 olgu), erkeklerde %0.62 (9 olgu), toplamda %1.51 (44 olgu) dur (Tablo 1). Kızlar içinde herhangi bir YB nokta yaygınlığı %4.03, erkekler için %0.62 bulunmuştur. AYB tanısı alan 44 olgunun DSM-IV araştırma ölçütlerine göre TYB açısından değerlendirilmesi sonucunda, 21 kız ve 8 erkek toplam 29 (%0.997)olgunun TYB ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur. AYB olguları içinde TYB karşılanma oranı %63.6 olmuştur. (Tablo 2). TYB nokta yaygınlığı kızlarda %1.43, erkeklerde %0.55 olarak hesaplanmıştır (Şekil 1, Tablo 2).

YB olan olgular içinde fiziksel istismar öyküsü 11 (%16.2) olgu, cinsel istismar 2 (%2.9) olgu olarak bildirilirken kontrol grubunda fiziksel istismar 2 (%2.9) olguda görülmüş, kontrol grubunda cinsel istismar bildirilmemiştir. YB olanlarda fiziksel istismara uğrama istatistiksel olarak anlamlı olarak fazladır (p=0.017).YB grubu ile kontrol grubunun alkol ve sigara kullanma özellikleri ise benzer bulunmuştur (Tablo 2).

YB ve kontrol grubunun eş tanıları Tablo 3'de verilmiştir. YB olgularında en sık görülen eş tanı %13.2 ile majör depresyon, ardından uyum bozukluğu (%11.8) ve (%8.8) ile genelleşmiş anksiyete bozukluğudur. YB olgularının %55.9'u eş tanı almazken kontrol grubunda bu oran %85.3 olarak bulunmuştur (Tablo 3). BN hastalarında %26 oranında majör depresyon ve TYB olanlarda da %20.7 oranında uyum bozukluğu en sık görülen eş tanılarıdır (Tablo 4). TYB olgularında ikinci sıklıkta sosyal fobi (%10.3) eş tanı olarak görülmüştür.

Tablo 5'de YB ve kontrol gruplarının yaş, kilo, Beck depresyon-anksiyete ve YTT ölçek puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. YB grubunun kontrolden daha kilolu olduğu ve BKİ'lerinin daha fazla olduğu görülmektedir (z=-2.538, p=0.001), (z=-2.875, p=0.004). YB grubunun Beck depresyon ve anksiyete ölçeği puanlarının ortalamaları kontrol grubundan daha yüksektir (z=-2.850, p=0.004), (z=-2.915, p=0.004). YTT ölçeğine göre, YB grubunun puanlarının ortalaması istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (z=-10.06, p<0.001) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, kızlarda AN için nokta yaygınlığı %0.068, BN yaygınlığı %1.57 bulunmuş, erkeklerde ise her iki bozukluk

TABLO 1. YB Nokta Yaygınlığı.

DSM-IV tanısı	Kız	Erkek	Toplam
	N (%)	N (%)	N (%)
AN	1 (0.068)	0	1 (0.034)
BN	23 (1.57)	0	23 (0.790)
AYB	35 (2.39)	9 (0.62)	44 (1.510)
Toplam YB	59 (4.03)	9 (0.62)	68(2.330)

da gözlenmemiştir. Bütün YB yaygınlığı her iki cins için ise %2.33 bulunmuştur. AN ve BN dağılımına bakıldığında öncelikle batı toplumlarında, beyaz ırkta, kızlarda, ergenlerde ve genç erişkinlerde dikkati çekmektedir (Fairburn ve Harrison 2003). Yaygınlık oranları, AN için 0-%0.9, BN için ise 0-%4.6 gibi daha yüksek oranlardadır. Yaygınlık oranlarının arasındaki bu fark, toplumsal yapı ve çalışmalara ait yöntemsel nedenlere bağlanmaktadır. Ancak benzer toplum yapısı ve yöntemle sahip çalışmalarda da farklılıklar görülmektedir. Örneğin İran kaynaklı iki aşamalı bir çalışmada, YB yaygınlığı %4.13, AN %0.9 ve BN %3.23 olarak bulunmuştur (Nobakht ve Dezhkam 2000). Bu değerler iki aşamalı çalışmalar içinde bildirilen en yüksek yaygınlık oranlarıdır. Bu durum YB içerisinde BN'nın daha fazla kültürel özelliklerden etkilendiğini, AN'nın ise kültüre bağlı bir bozukluk olmadığını düşündürmektedir (Steinhausen ve ark. 1997, Attia ve Walsh 2007). YB günümüzde bütün kültürlerde görülen evrensel bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (Treasure ve ark. 2010). Ayrıca, son yıllarda BN yaygınlığında bir artış olduğu yorumu da yapılmaktadır (Fairburn ve Harrison 2003). BN yaygınlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda %0.9-%2.6 oranları bildirilmekle birlikte iki aşamalı ve katı DSM ölçütlerinin uygulandığı çalışmalar ile elde edilen oranların daha düşük olduğu görülmektedir (Fairburn ve Beglin 1990, Kjelsas ve ark. 2004). Bu yaygınlık oranlarının bizim çalışmamızdaki oranlar ile benzer olduğu söylenebilir. Ancak Trasure ve ark. (2010)

YB ile ilgili derlemelerinde, YB yaygınlığı için %5 gibi yüksek oranları işaret etmişlerdir.

Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde, Uzun ve ark. (2006) 414 kız öğrencide 2 AN ve 2 BN olgusu bulduklarının bildirmişlerdir. BN yaygınlık oranları bizim çalışmamızdan daha düşük, AN oranları ise daha yüksektir. Kuğu ve ark. (2006) 951 üniversite öğrencisinde AN tespit edememişler, BN yaygınlığını %1.57 ve TYB yaygınlığını ise %0.63 olarak tespit etmişlerdir. Ülkemizdeki çalışmaların sonuçlarının da benzer ve farklı yönlerinin olduğu, verilerin çeşitlilik gösterdiği yorumu yapılabilir. İki aşamalı ve katı DSM araştırma ölçütlerine göre yapılmış çalışmaların sonuçlarına göre ise yaygınlık oranları AN için 0-%0.9, yaşam boyu yaygınlığını da %2.2 olarak daha önceki çalışmalardan daha yüksek olarak bildirilmiştir (Hudson ve ark. 2007, Keski-Rahkonen ve ark. 2007, Attia ve ark. 2007). Katı bir şekilde DSM ölçütlerini kullanan çalışmalarda, ölçütlerin tam karşılanamaması nedeniyle AYB daha fazla görülmesi beklenir.

Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre, toplum içinde en sık görülen YB kızlarda %2.39 ve erkeklerde %0.62 oranıyla AYB olmuştur. Çalışmamızda YB tanılarını için DSM-IV ölçütleri katı olarak uygulanmıştır. AYB içinde kızlarda TYB %1.43, erkeklerde %0.55 oranları ile dikkat çekicidir. TYB'nun AYB içerisinde telafi edici davranışlar göstermeyen ve daha kilo-lu bir hasta grubunu oluşturduğu söylenebilir (Fairburn ve Harrison 2003, Vardar ve ark. 2004). Klinik ortamda tıknırcasına yeme davranışının bulimiklerde de görülmesi, tanı karmaşasına yol açan önemli bir sorundur (Mizes ve Sloan 1998, Fairburn ve Harrison 2003). TYB'nun resmi sınıflama sistemlerinde yer alması için bu türden çalışmaların yararlı olacağı düşünülebilir. Obezlerde %20'nin üzerinde görülen TYB'nun, toplum içinde %0.2-%4.5 oranlarında olduğu ve özellikle de erkeklerde görüldüğü bildirilmektedir (Robertson ve Palmer 1997). TYB'nun erkeklerde en sık görülen YB olması, bizim çalışmamızda da desteklenmiştir. TYB ve AYB, erkeklerde ve obezlerde özellikle dikkati çekmektedir (Carlat

TABLO 2. YB Olan Olguların ve Kontrol Grubunun Özellikleri.

	YB olanlar	Kontrol Grubu	Toplam	Fisher's X ² testi
	N=68 (%)	N=68 (%)	N= 136 (%)	
Erkek	9 (13.2)	9 (13.2)	18 (13.2)	AD
Kız	59 (86.8)	59 (86.8)	118 (86.8)	AD
Fiziksel kötüye kullanım öyküsü	11 (16.2)	2 (2.9)	13 (9.6)	0.017*
Cinsel kötüye kullanım öyküsü	2 (2.9)	-	2 (1.5)	AD
Tütün kullanımı	13 (19.1)	13 (19.1)	29 (19.1)	AD
Alkol kullanımı	6 (8.8)	8 (11.8)	14 (10.3)	AD

AD:Anlamli değil, *p<0.05

TABLO 3. YB ve Kontrol Grubunun Psikiyatrik Eş Tanıları.

DSM-IV tanısı	YB olanlar	Kontrol grubu	Toplam
	N (%)	N (%)	N (%)
Majör depresyon	9 (13.2)	1 (1.5)	10 (7.4)
Genelleşmiş anksiyete bozukluğu	6 (8.8)	1 (1.5)	7 (5.1)
Obsesif kompulsif bozukluk	1 (1.5)	-	1 (0.7)
Uyum bozukluğu	8 (11.8)	6 (8.8)	14 (10.3)
Sosyal fobi	4 (5.9)	-	4 (2.9)
Disosiyatif bozukluk	1 (1.5)	-	1 (0.7)
Panik bozukluk	1 (1.5)	-	1 (0.7)
Distimi	-	1 (1.5)	1 (0.7)
Travma sonrası stres bozukluğu	-	1 (1.5)	1 (0.7)
Tanı yok	38 (55.9)	58 (85.3)	96 (70.6)
Toplam	68 (100.0)	68 (100.0)	136 (100.0)

ve ark. 1997). AYB'nın diğer YB'ı ile benzer psikopatolojiyi paylaşması ve diğer bir YB'a geçiş olması nedeniyle dikkate alınmalıdır (Fairburn ve Harrison 2003). Toplum örnekleme- li çalışmalarda da TYB'nun, AN ve BN'dan daha sık görüldüğü, erkek ve obezlerde dikkat çektiği bildirilmiştir (Herzog ve Eddy 2007, Striegel-Moore ve Franko 2003). Kuğu ve ark. (2006) TYB'nun yaygınlık oranını her iki cins için toplam %0.63 olduğunu ve erkeklerde sadece TYB tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Katı DSM ölçütlerini kullanarak yapılan epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen yaygınlık oranları daha düşüktür.

YB ve eş tanı çalışmalarında, duygudurumu, anksiyete, dürtü kontrol, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve kişilik patolojilerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Hudson ve ark. 2007, Zaider ve ark. 2000, Milos ve ark. 2004, Gadalla ve Piran 2007). Bizim çalışmamızda da majör depresyon, genelleşmiş anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi kontrol grubu

ile karşılaştırıldığında en çok eşlik eden psikiyatrik bozukluk olarak tespit edilmiştir. Ayrıca YB olgularında Beck depresyon ve anksiyete ölçek puanlarının yüksek olması da bu görüşü destekler niteliktedir. YB olgularının %44'ü eş tanı alırken, kontrol grubunun %15'i eş tanı almıştır. Hudson ve ark. (2007) AN'da %56, BN'da %95, TYB'da %79 en az bir DSM-IV birinci eksen tanısının olduğunu bildirmişlerdir. Eş tanı, YB olgularında neredeyse kural gibi görülmektedir (Munsch ve ark. 2007, Hudson ve ark. 2007). Klinik ortamda eş tanı, toplum örnekleme çalışmalardan daha yüksektir. BN'da majör depresyon görülme oranları literatürde %50-65 arasında verilmektedir (Sansone ve Sansone 2007). Bizim çalışmamızdaki oranlar daha düşüktür. Bunun nedeni toplum merkezli çalışma olması ve çalışmaya alınan olguların yardım aramayan bir grubu temsil etmeleri olabilir. Majör depresyonun YB içinde özellikle BN'da daha fazla görülmesi dikkat çekicidir. BN olan hastaların majör depresyon açısından iyi

TABLO 4. YB Tanısına Göre Psikiyatrik Eş Tanı Dağılımları.

	Dep	Ank	Okb	Uyum	Sos Fob	Disos	Panik	Tanı yok	Topl
AN	-	-	-	-	-	-	-	1(%100)	1
BN	6(%26)	3(%13)	-	2(%8.7)	1(%4.3)	-	-	11(%47.8)	23
AYB	1(%6.7)	1(%6.7)	-	-	-	-	-	13(%86.7)	15
TYB	2(%6.9)	2(%6.9)	1(%3.4)	6(%20.7)	3(%10.3)	1(%3.4)	1(%3.4)	13(%44.8)	29
TOPL	9	6	1	8	4	1	1	38	68

Dep: majör depresyon, Ank: genelleşmiş anksiyete bozukluğu, Okb: obsesif kompulsif bozukluk, Uyum: uyum bozukluğu, Sos fobi: sosyal fobi, Disos: disosiyatif bozukluk, Panik: panik bozukluk, Topl.

TABLO 5. YB ve Kontrol Grubunun Anksiyete, Depresyon ve YTT Ölçeklerinden Elde Edilen Puanların ve Yaş, Kilo; VKİ Değerlerinin Karşılaştırılması.

	YB Grubu N=68	Kontrol Grubu N=68	Mann Whitney U	
	Ort ± SD	Ort ± SD		
Yaş	17.01±0.86	16.96±0.74	Z=-0.084	P=0.933
Kilo (kg)	60.11±8.97	56.04±8.86	Z=-2.538	P=0.010*
Boy (cm)	167.38±8.86	166.22±6.83	Z=-0.947	P=0.344
VKİ (kg/m ²)	21.41±2.29	20.21±2.43	Z=-2.875	P=0.004*
Beck depresyon ölçeği puanları	15.85±9.30	12.10±8.81	Z=-2.850	P=0.004*
Beck anksiyete ölçeği puanları	17.42±11.64	12.63±10.53	Z=-2.915	P=0.004*
YTT-40 puanları	37.85±6.93	17.27±5.86	Z=-10.06	P<0.001*

* p<0.05

değerlendirilmesi gerekliliği önemlidir. BN ve anksiyete bozuklukları açısından değerlendirme yapıldığında, herhangi bir anksiyete bozukluğunun bizim çalışmamızda literatür oranlarından daha az görüldüğü söylenebilir. Literatürde genelleşmiş anksiyete bozukluğu eş tanısı %36, sosyal fobi için ise %17 oranları verilmektedir (Sansone ve ark. 2007). Kaye ve ark (2004) YB olan hastaların üçte ikisinde en az bir DSM anksiyete bozukluğu tanısı olduğunu, bununda en çok obsesif kompulsif bozukluk, ardından da sosyal fobi geldiğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda da sosyal fobi olgularının YB grubunda görülmesi, kontrol grubunda sosyal fobiye rastlanmaması bu görüşü destekler niteliktedir. Eş tanı açısından BN ve TYB'nun özellikle öne çıktığı görülmektedir. YB olgularında, özellikle de bulimik davranış gösterenlerde, cinsel ve fiziksel travma öyküsü daha sık bildirilmektedir (Brewerton 2007). Bizim çalışmamızda da YB grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında cinsel ve fiziksel travma öyküsünün daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum travma sonrası stres bozukluğu ve YB birlikteliğinin de gözden kaçırılmaması sonucunu getirmektedir.

SONUÇ

Bu çalışma, ergenlerde YB nokta yaygınlığının %2.33, kızlarda ise %4.03 oranında olduğunu, AYB'nun en sık görülen YB

olduğunu, TYB'nun ise erkeklerde en sık görülen YB olduğunu ve batı ülkelerindeki oranlara benzer olduğunu ancak AN yaygınlığının batı ülkelerine göre daha az olduğunu, eş tanı açısından majör depresyon ve genelleşmiş anksiyete bozukluğunun ise sık görüldüğü göstermiştir.

Çalışmanın sınırlılıkları

Bu çalışma 10-11 sınıf, 16-17 yaş grubu erkek ve kız öğrencilerinde randomizasyon yapılarak ve iki aşamalı, kontrol grubu içerecek şekilde yürütülmüştür. Geniş bir örnekleme sahip olması ve klinik görüşme yapılmış olması nedeniyle değerli bir çalışmadır. Ancak Türkiye'de tıbbi kayıtların yetersiz olması ve hastaların değişik kurumlara başvurmaları nedeniyle insidans oranları doğru şekilde verilememektedir. Ayrıca elde edilen verilerin bütün toplumu yansıtmayacağı açıktır. Bu çalışmanın birinci aşamasında YTT testi ile öz bildirim olarak ilk değerlendirmenin yapılmış olması hatalı bildirim olasılığını yaratabilir. Ayrıca AN hastalarının iş birliğine yanaşmama ve gizleme eğilimlerinin yaygınlık oranlarını etkileyebileceği düşünülebilir. YB ilgili yapılan iki aşamalı bütün çalışmalarda benzer kısıtlılıklar görülebilir. Bu çalışmanın temsil yeteneği olan önemli bir olgu sayısında yürütülmüş olması, çalışmada kontrol grubu kullanılmış olması, randomizasyon ve klinik görüşme yapılmış olması güçlü yönlerdir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR (2008). Washington DC: American Psychiatric Association.

- Attia E, Walsh BT (2007) Anorexia nervosa. Am J Psychiatry, 164: 1805-10.
- Brewerton TD (2007) Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. Eat Disord, 15: 285-304.
- Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB (1997) Eating disorders in males: a report on 135 patients. Am J Psychiatry, 154: 1127-32.
- Cotrufo P, Barretta V, Monteleone P ve ark. (1998) Full-syndrome, partial-syndrome and subclinical eating disorders: an epidemiological study of female students in Southern Italy. Acta Psychiatr Scand, 98: 112-5.

- Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıdız M ve ark. (1999) DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme. Hekimler Yayın Birliği.
- De Zwaan M, Mitchell JE (1992) Binge eating in the obese. *Annals of Medicine*, 24: 303-8.
- Erol A, Toprak G, Yazıcı F (2002) Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 13: 48-57.
- Fairburn CG, Beglin SJ (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 147: 401-8.
- Fairburn CG, Harrison PJ (2003) Eating disorders. *Lancet*, 361: 407-16.
- Favaro A, Ferrara S, Santonastaso P (2003) The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosom Med*, 65: 701-8.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M ve ark. (1997) Structured Clinical Interview for DSM-IV clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Gadalla T, Piran N (2007) Eating disorders and substance abuse in Canadian men and women: a national study. *Eat Disord*, 15: 189-203.
- Garner DM, Garfinkel PE (1979) The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 273-9.
- Halmi KA (2003) Classification, diagnosis and comorbidities of eating disorders: a review. *Eating Disorders*, cilt 6, M Maj, K Halmi, JJ Lopez-Ibor, N Sartorius (Eds), England. John Wiley and Sons Ltd, s. 1-33.
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P ve ark. (1991) Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 48: 712-8.
- Herzog DB, Eddy KT (2007) Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical Manual of Eating Disorders*, 1. Baskı J Yager, PS Powers (Ed), Washington DC, American Psychiatric Publishing, s. 1-26.
- Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 7: 3-13.
- Hoek HW (2002) *Distributoin of eating disorder*. *Eating Disorder and Obesity*, 2. Baskı, cilt 1, CG Fairburn, Brownell KD (Ed), New York, The Guilford Press, s. 233-37.
- Hoek HW (2006) Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 19: 389-94.
- Hoek HW, van Hoeken D (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord*, 34: 383-96.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG ve ark. (2007) The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61: 348-58.
- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L ve ark. (2004) Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*, 161: 2215-21.
- Keçeli F, Maner F, Alpkın L ve ark. (2008) Yeme bozukluğu hastalarında alkol ve psikoaktif madde kullanım bozukluğu: kontrollü bir çalışma. *Bağ Derg*, 9: 65-71.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES ve ark. (2007) Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry*, 164: 1259-65.
- Kjelsas E, Bjornstrom C, Gotestam KG (2004) Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eat Behav*, 5: 13-25.
- Kugu N, Akyuz G, Dogan O ve ark. (2006) The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*, 40: 129-35.
- Milos G, Spindler A, Schnyder U (2004) Psychiatric comorbidity and Eating Disorder Inventory (EDI) profiles in eating disorder patients. *Can J Psychiatry*, 49: 179-84.
- Mizes JS, Sloan DM (1998) An empirical analysis of eating disorder, not otherwise specified: preliminary support for a distinct subgroup. *Int J Eat Disord*, 23: 233-42.
- Munsch S, Becker E, Meyer A ve ark. (2007) Recurrent binge eating (RBE) and its characteristics in a sample of young women in Germany. *Eur Eat Disord Rev*, 15: 385-99.
- Nobakht M, Dezhkam M (2000) An epidemiological study of eating disorders in Iran. *Int J Eat Disord*, 28: 265-71.
- Rathner G, Messner K (1993) Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. *Psychol Med*, 23: 175-84.
- Robertson DN, Palmer RL (1997) The prevalence and correlates of binge eating in a British community sample of women with a history of obesity. *Int J Eat Disord*, 22: 323-7.
- Sansone RA, Sansone LA (2007) *Eating disorders and Psychiatric comorbidity*. *Clinical Manual of Eating Disorders*, 1. Baskı J Yager, PS Powers (Ed), Washington DC: American Psychiatric Publishing, s. 79-111.
- Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7: 19-25.
- Sorias S, Saygılı R, Elbi H ve ark. DSM-III-R için yapılandırılmış klinik görüşmesi, Türkçe versiyonu (SCID). İzmir, Ege Üniversitesi; 1990.
- Steinhausen HC, Winkler C, Meier M (1997) Eating disorders in adolescence in a Swiss epidemiological study. *Int J Eat Disord*, 22: 147-51.
- Striegel-Moore RH, Franko DL (2003) Epidemiology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord*, 34: (Suppl): 19-29.
- Treasure J, Claudino AM, Zucker N (2010) Eating disorders. *Lancet*, 375: 583-93.
- Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H (1998) Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 12: 163-72.
- Uzun O, Gulec N, Ozsahin A ve ark. (2006) Screening disordered eating attitudes and eating disorders in a sample of Turkish female college students. *Compr Psychiatry*, 47: 123-6.
- van Hoeken D, Seidell J, Hoek HW (2003) *Epidemiology*. J Treasure, U Schmidt, E van Furth (Ed), *Handbook of Eating Disorders*, 2. Baskı England. John Wiley and Sons Ltd, s. 11-34.
- Vardar E, Caliyurt, Arikani E ve ark. (2004) Sleep quality and psychopathological features in obese binge eaters. *Stress and Health*, 20: 35-41.
- Whitaker A, Johnson J, Shaffer D ve ark. (1990) Uncommon troubles in young people: prevalence estimates of selected psychiatric disorders in a nonreferred adolescent population. *Arch Gen Psychiatry*, 47: 487-96.
- Whitehouse AM, Cooper PJ, Vize CV ve ark. (1992) Prevalence of eating disorders in three Cambridge general practices: hidden and conspicuous morbidity. *Br J Gen Pract*, 42: 57-60.
- Zaider TI, Johnson JG, Cockell SJ (2000) Psychiatric comorbidity associated with eating disorder symptomatology among adolescents in the community. *Int Eat Disord*, 28: 58-67.