

Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Yeme Bozuklukları Sıklığının, Yeme Davranışları ile İlişkili Faktörlerin ve Yaşam Kalitesinin Davranışsal İnhibisyon/Aktivasyon Sistemleri Eşliğinde İncelenmesi



AYŞE KÖKSAL¹, DEMET SAĞLAM AYKUT², EZGİ SELÇUK ÖZMEN³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bipolar bozukluğu (BB) olan bireylerde ve sağlıklı kontrollerde yeme bozukluğu (YB) sıklığının tespit edilmesi; ve ayrıca yeme tutumu, yaşam kalitesi, Davranış İnhibisyon Sistemi/ Davranış Aktivasyon Sistemi (DİS/DAS) tarafından belirlenen kişilik özellikleri arasında ilişki olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel olarak planlanmıştır. Çalışmaya psikiyatri polikliniğine başvuran cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından benzer 76 BB tanılı birey ve 74 sağlıklı kişi dahil edilmiştir. Veri toplamak için Davranış İnhibisyon Sistemi/Davranış Aktivasyon Sistemi Ölçeği (DİS/DASÖ), Gece Yeme Anketi (GYA), Yeme Tutum Testi (YTT), Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (SF-36) kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada YB oranı BB tanısı konmuş kişilerde %18,4, kontrol grubunda %1,3 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında; BB hastalarının SF-36'nın fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü fiziksel, sosyal fonksiyon ve rol güçlüğü emosyonel alt ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düşüktür; BAS, YTT, GYA ölçekleri ve YBDÖ'nin yeme endişesi, beden endişesi ve kilo endişesi alt ölçeği ve ortalama puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmanın verilerine dayanarak, BB grubunda YB sıklığının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda literatürde eksikliği bilinen BB ve YB'nin komorbiditesi ve bununla etkileşimli olabilecek durumlar incelenmiştir. Elde edilen verilerin, gelecekte bu hastalıkların tanı ve tedavi sürecine katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar bozukluk, davranış aktivasyon sistemi, davranış inhibisyon sistemi, yeme bozukluğu, yeme tutum testi

ABSTRACT

The Frequency of Eating Disorders, Associated Factors, and Quality of Life in Patients with Bipolar Disorder: An Investigation in the Context of Behavioral Inhibition/Activation Systems

Objective: This study aimed to examine the frequency of eating disorders (ED) in patients with bipolar disorder (BD) compared to healthy controls, and to investigate potential relationships between eating attitudes, quality of life, and personality traits as measured by the Behavioral Inhibition System and Behavioral Activation System (BIS/BAS).

Method: The study was designed as a cross-sectional study in the psychiatry outpatient clinic. We included 76 BD patients and 74 controls who were similar in terms of gender, age, and education level. We utilized Behavioral Inhibition System/Behavioral Activation System Scale (BIS/BASS), Night Eating Questionnaire (NEQ), Eating Attitude Test (EAT), Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), and Quality of Life Scale Short Form (SF-36).

Results: The frequency of ED was 18.4% in participants with BD and 1.3% in the control group. Compared with the control group; the physical function subscales scores, role difficulty physical subscales scores, social function and role difficulty emotional subscale scores of SF-36 were lower in BD patients; while the BAS, the EAT, the NEQ scales and eating concern, body concern and weight concern subscales and mean scores of the EDE-Q were found to be higher.

Conclusions: The frequency of ED is increased in BD patients. Our study is one of very few in the literature to examine the comorbidity of BD and ED, and the factor associated with the presence of ED. The data obtained will hopefully contribute to better diagnosis and treatment.

Keywords: Bipolar disorder, behavioral activation systems, behavioral inhibition system, eating attitude test, eating disorder

Atf için: Köksal A, Sağlam Aykut D, Selçuk Özmen E. (2025) Bipolar Bozukluğu Olan Bireylerde Yeme Bozuklukları Sıklığının, Yeme Davranışları ile İlişkili Faktörlerin ve Yaşam Kalitesinin Davranışsal İnhibisyon/Aktivasyon Sistemleri Eşliğinde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 36:364–373. <https://doi.org/10.5080/u27340>

Geliş Tarihi: 24.04.2023, **Kabul Tarihi:** 07.11.2024, **Çevrim İçi Yayın Tarihi:** 24.06.2025

Bu makale düzeltilmiş versiyondur, bkz. <https://doi.org/10.5080/u28011>

¹Uzm., Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bl., Trabzon; ²Prof., Karadeniz Teknik Üniv., Tıp Fak., Psikiyatri AD., Trabzon;

³Uzm., Trabzon Fatih Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bl., Trabzon, Türkiye

Ayşe Köksal, e-posta: cakiraysee@gmail.com

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB) depresyon, mani, karma ya da hipomani dönemleri ile yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur (Eroğlu ve Özpoyraz 2010). BB tanısı konmuş kişilerin 2/3'ünde bir ruhsal bozukluk komorbiditesi bildirilmiş (Parker 2010) olup yeme bozuklukları (YB) en yaygınları arasında gösterilmektedir (Yakovleva ve ark. 2023). BB sahip kişilerde YB sıklığının %1 ile %33 arasında değiştiği ve genel topluma göre daha yaygın olduğu bilinmektedir (McDonald ve ark. 2019). Ayrıca kişilik özellikleri ve mizaç, biyolojik parametreler ve hastalıkların seyirleri gibi durumların bu komorbiditeyi etkilenebileceği anlaşılmıştır (Jen ve ark. 2013). Bu etkileşimin çift yönlü olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Toplum tabanlı ya da ayaktan hastaneye başvuran YB hastalarının yaşam boyu BB yaygınlık oranı % 0-19 iken, bu oranın hastanede yatan YB hastalarında % 36-64 olduğu tespit edilmiştir (Tseng ve ark. 2016).

BB'ler ve YB incelendiğinde; her iki bozukluğun genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde başladığı, her ikisinin de fazik-döngüsel veya kronik seyrettiği, BB gibi anoreksiya nervroza (AN) ve bulimiya nervrozada (BN) da genellikle depresif belirtilerin baskın olduğu ve her iki grup bozukluklarda da aile öyküsünün önemli olduğu gösterilmiştir. (McElroya ve ark. 2005). Bu veriler eşliğinde BB ve YB'nin başlangıç ve seyir açısından benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Hipomani, mani ve melankolik depresyonda hipofaji ve kilo kaybı daha fazla görülürken atipik depresyonda ise iştah ve kilo artışı görülür (Craba ve ark. 2021). Araştırmalarda bu durum, duygudurumda ve yeme davranışlarında serotonin yolaklarının ortak biyokimyasal mekanizma olarak merkezi rol oynamasıyla ilişkilendirilmiştir (Ramacciotti ve ark. 2005). Ayrıca suçluluk düşünceleri, hipotimi, öfori, duygudurumda dalgalanmalar, intihar davranışları gibi davranışlar da YB'de sıkça görülen duygudurum belirtileridir (Yakovleva ve ark. 2023). Sadece BB'li bireyler ile karşılaştırıldığında, BB ve YB'ye aynı anda sahip olanların sıklıkla kadın cinsiyette olduğu ve bu kişilerde BB hastalıklarının daha erken başladığı, depresif belirti ve komorbidite oranlarının arttığı, önemli derecede daha fazla özkıyım girişiminin gerçekleştiği, atak sayılarının arttığı, duygudurum labilesinin daha sık gözlemlendiği ve anlamlı derecede obezite oranlarına sahip oldukları tespit edilmiştir (McElroya ve ark. 2016, McAulay ve ark. 2023).

McDonald ve ark (2019) tarafından yapılan bir gözden geçirme yazısında herhangi bir YB ve BB'ye aynı anda sahip olma oranı %1,9 ile %33,3 arasında bulunmuştur. Ve yine aynı gözden geçirmede BB-I sahip kişilerde yaşam boyu BN komorbiditesinin %1,8 ile %13,7 arasında olduğu, BB hastalarının yaşam boyu ve şimdiki tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) veya tıknırcasına yeme prevalansının %2,6 ile %30,0

arasında değiştiği, bipolar spektrumundaki bireylerden oluşan popülasyonlarda yaşam boyu eşlik eden TYB %9,5 ile %14,2 arasında değiştiği gösterilmiştir. Bu tür çalışmalardan da anlaşılabacağı üzere BB ve YB'yi inceleyen çalışmalar farklı yöntemler ve farklı örneklem gruplarıyla yapılmış ve bir fikir birliği oluşturulamamıştır (McDonald ve ark. 2019).

BB'ye sahip hastaların fiziksel sağlıkları ve yaşam kaliteleri etkilenmektedir (McAulay ve ark. 2021). BB'ye komorbid YB'nin varlığında mental ve fiziksel sağlıkta kötüleşme artarken yaşam kalitesinin daha olumsuz etkileneceği düşünülmektedir (McAulay ve ark. 2021).

Literatürde BB ve YB komorbiditesinde hastalarının mizaç ya da duygusal özelliklerini, bilişsel süreçlerini inceleyen çalışmalar az sayıdadır (Yakovleva ve ark. 2023). BB hasta grubunda yeme davranışlarını ve bunun sonuçlarının psikolojik süreçlerini inceleyen çalışmalar da yetersizdir (McAulay ve ark. 2023). Ayrıca YB olsun olmasın BB sahip hastaların aşırı yeme, kiloya ve kilo kontrolüne yönelik uygunsuz davranışlar ve beden şekline aşırı değer verilmesi gibi belirti grupları hakkında çok az şey bilindiği görülmektedir (McAulay ve ark.2023).

Jeffrey A. Gray tarafından öne sürülen Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisine göre, anksiyete ve dürtüsellik gibi kişilik boyutları beyinde iki temel motivasyonel sistemin çalışmasındaki bireysel farklılıklar ile ilişkilidir (Şişman 2012). Bu sistemler "Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS)" (Behavioral Activation System) ve "Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS)" (Behavioral Inhibition System)'dir. DAS; çevresel uyarılara karşı yaklaşma davranışını düzenlemekte iken DİS ise kaçınma davranışını düzenler (Chiara 1995). Literatürde pek çok araştırmacı DİS/DAS aktivasyonu ile anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), psikopati, yeme bozuklukları, şizofreni, madde bağımlılığı ve kişilik bozuklukları gibi çeşitli psikopatoloji türleri arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir (Şişman 2012). Ayrıca DİS/DAS aktivasyonu ile duygudurum bozukluklarında hassasiyet (vulnerabilite) arasında bağlantı olduğu da gösterilmiştir (Quilty ve ark 2014).

Yukarıda belirtilen güncel literatürdeki bulgular ve belirsizlikler göz önüne alındığında bu çalışma BB'li kişilerde YB'nin sıklığının artacağı ve bu kişilerin yeme davranışlarında patolojik tutumların oluşabileceği, yaşam kalitesinin bozulacağı ve DİS/DAS hassasiyetinin artacağı hipotezinden yola çıkarak oluşturulmuştur. Çalışmanın amacı BB ve YB arasındaki bağlantının incelenmesidir. Ayrıca çalışmanın bir diğer amacı da Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi Psikiyatri- Psikoz kliniğine başvuran BB tanılı kişiler ve sağlıklı bireylerden oluşan bir örneklemde YB sıklığını, yeme davranışının özelliklerini, katılımcıların DİS/DAS ile belirlenen kişilik özellikleri ile yeme tutumları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Bu çalışmanın sonuçları; BB olan bireylerde YB gibi ek komorbiditeye sahip alt grupların tespit edilmesine ve bu gruplara yönelik olarak ek müdahalelerin belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırma KTÜ Farabi Hastanesi Psikiyatri-Psikoz Kliniğinde daha önceden psikiyatri uzmanları tarafından BB tanısı konulan, düzenli takip altında olan ve ilaç tedavisi düzenlenen BB hastalarında yürütülmüştür. Bu hastalardan, Haziran 2018 - Haziran 2019 tarihleri arasında kliniğe ayaktan ardışık sıra ile başvuran, DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I) uygulanarak DSM-IV'e göre BB tanısı almış ve ötimi döneminde takip edilen 152 kişi çalışma için taranmıştır. Bu çalışmanın tasarlandığı dönemde DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen versiyonunun Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması henüz yapılmadığı için DSM-IV SCID-I kullanılmıştır. Etik kurul aşamasında çalışma için güç analizi yapılarak %80 güce ulaşmak için 75 BB hastasının toplanmasının yeterli olacağı tespit edilmiştir. Ötimi ölçütleri olarak; klinik görüşme ve SCID'e göre en az 2 aylık remisyon dönemi, Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) puanı <7, Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puanı <5 olarak kabul edilmiştir. Herhangi bir duygudurum döneminde ötimi sağlandıktan sonra yeni bir duygudurum dönemi tekrarını ya da duygudurum dönemlerinden bir diğerine geçişi ekarte etmek için 2 ay beklenmiştir. 152 hastadan 31'si çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Geriye kalan 121 hastanın 11'i 60 yaşından büyük olduğu için, 2'si 18 yaşından küçük olduğu için, 7'sinin okuma yazması yeterli düzeyde olmadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 101 hastanın 3'sinde mental retardasyon, 1'sinde epilepsi ve 3'sinde son 6 ay içinde elektrokonvulsif tedavi (EKT) uygulaması öyküsü olması nedeniyle bu hastalar da çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilen 94 BB hastasından 18'i öz bildirim ölçeklerinden bir kısmını hatalı ve/veya eksik doldurdıklarından çalışmadan çıkarılmışlardır. Geriye kalan 76 BB tanılı ötimik hasta katılımcı grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Katılımcıların çalışmaya dahil edilme kriterleri arasında DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I) ile Bipolar Bozukluğu tanısı alma, en az iki aydır remisyon halinde olma (remisyon kriterleri klinik görüşme ve SCID'e göre en az 2 aydır remisyonunda olmak ve Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) puanı <7, Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMDÖ) puanı <5 olmak), 18-60 yaş aralığında olma, gönüllü katılım ve sözel iletişim becerisine sahip olma gerekliliği bulunmaktadır. Öte yandan, çalışmadan dışarıda tutulma kriterleri arasında okuma yazma bilmemek, mental retardasyon, son 2 ay içerisinde

BB dışında başka bir psikiyatrik hastalık tanısı almak, yaş sınırlarının aşılması, organik mental bozukluklar, major nörolojik bozukluklar ve alkol/madde kötüye kullanım öyküsü yer almaktadır. Belirlenen bu kriterler, araştırmanın geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmayı hedeflemektedir.

Kontrol grubu, KTÜ Farabi Hastanesi çalışanları ile hastanenin diğer polikliniklerine başvuran hasta ve yakınları arasından, bipolar bozukluk hasta grubuyla yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından eşleşen, çalışma esnasında tanı almış herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 74 bireyden oluşturulmuştur.

Çalışmaya katılım koşullarını sağlayan tüm katılımcılara, araştırmanın amacı ve süreci hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Yazılı bilgilendirilmiş onamlarının alınmasının ardından, katılımcıların sosyodemografik özellikleri sistematik bir şekilde kaydedilmiştir. Yeme bozukluklarını değerlendirmek amacıyla yapılan klinik görüşme, SCID-I, Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) ve Young Mani Değerlendirme Ölçeği (YMRS) uygulamaları araştırmayı yürüten hekim tarafından yapılmıştır. Öz bildirim ölçekleri olan DİS/DAS ölçeği, Gece Yeme Anketi (GYA), Yeme Tutumu Testi (YTT), Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu katılımcılar tarafından doldurulmuştur.

Bu çalışmada yapılan tüm uygulamalar, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına ve 1964 Helsinki Bildirgesi'ne ve daha sonraki düzeltmelerine veya karşılaştırılabilir etik standartlara uygun yapılmıştır. Çalışma, KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.06.2018 tarih ve 2018/107 protokol numarası ile onay alınarak başlatılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmanın yazarları tarafından hazırlanarak çalışmaya katılanların sosyodemografik bilgilerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi) ve klinik özelliklerini değerlendirmek için tasarlanmıştır. Tüm katılımcılara sırasıyla belirti şiddetlerini değerlendirmek amacıyla HAM-D ve YMRS, kişilik özelliklerini değerlendirmek için DİS/DASÖ, gece yeme davranışını değerlendirmek için GYA, yeme tutumunun değerlendirilmesi için YTT ve YBDÖ, yaşam kalitelerini değerlendirmek için Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu uygulanmıştır.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I): SCID-I, yapılandırılmış bir klinik değerlendirme aracı ile DSM-III-R eksen I bozuklukların tanımlarını koymak amacıyla 1987'de geliştirilmiştir (First ve ark. 1997). Daha sonraları DSM IV için güncellenmiştir.

Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D): HAM-D, klinisyen tarafından uygulanır ve 17 maddeden oluşur. Hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçmektedir. Ölçek Hamilton (1960) ve Williams (1988) tarafından

geliştirilmiştir. Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMRS): Young ve arkadaşları tarafından, 1978 yılında, mani belirtilerin şiddetini ve değişimini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Görüşmeci tarafından doldurulur. Karadağ ve arkadaşları tarafından (2001) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği (DİS/DAS): Günümüzde “Pekiştirmeye Duyarlılık Teorisi (Reinforcement Sensitivity Theory)” adıyla bilinen biyopsikolojik kişilik teorisi; 1970 yılında ilk kez Gray tarafından ortaya koyulmuş ve 1987 ve 1990 yıllarında yeniden tanımlanmıştır. Bu teoriden yola çıkarak Charles Carver ve Teri White tarafından Davranış İnhibisyon Sistemi (DİS)/Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) Ölçeği 1994 yılında geliştirilmiştir (Şişman 2012). Ölçek; kaçınma sistemi ve anksiyete davranışına yönelik Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ve yaklaşma sistemi ve dürtüsellik davranışına yönelik Davranış Aktivasyon Sistemi (DAS) olmak üzere iki alt ölçekten oluşur. DAS alt ölçeğinde; eğlence arayışı (fun seeking), ödüle duyarlılık (reward responsiveness) ve dürtü (drive) olacak şekilde 3 alt ölçek vardır. 24 maddeden oluşan ölçekte, DİS alt ölçeğinin 7, DAS altölçeğinin eğlence arayışı altölçeğinin 4, ödüle duyarlılık alt ölçeğinin 5 ve dürtü altölçeğinin 4 maddesi vardır. Geriye kalan 4 madde doldurma maddeleridir. Her bir madde için 4’lü likert tipi bir cevaplama sistemidir (1=Tamamen Katılıyorum, 2=Biraz Katılıyorum, 3=Biraz Katılmıyorum, 4=Hiç Katılmıyorum). Puanlamada 2. ve 22. maddeler dışındaki tüm maddeler ters çevrilerek hesaplanır. Türkiye’de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Simge Şişman tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları “DİS anksiyete için 0,74; DAS ödüle duyarlılık için 0,63; DAS-eğlence arayışı için 0,65; DAS-dürtü için 0,73” olarak bildirilmiştir (Bilge 2020).

Gece Yeme Anketi (GYA): GYA, Gece Yeme Sendromu tanısı için geliştirilen, sendromun hem davranışsal, hem psikolojik yönlerini değerlendiren, Allison ve arkadaşları tarafından (2008) hazırlanan ve 14 sorudan oluşan bir öz bildirim tarama anketidir. Anketin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Atasoy ve arkadaşları tarafından (2014) yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,69 bulunmuştur (Atasoy ve ark. 2014). Anket; sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemekleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemekleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olmayan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. madde dışındaki maddeler beşli Likert tipi ölçümle 0-4 arasında

puanlanmaktadır. Yedinci maddede gün içi duygudurum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır. Ankette 1. 4. ve 14. sorular ters puanlanmaktadır. Kesme puanı tarama amaçlı araştırmalar için 25 olarak tavsiye edilmektedir.

Yeme Tutumu Testi (YTT): YTT; Garner ve ark (1982) tarafından geliştirilen, hem yeme bozukluğu olan hastalardaki hem de yeme bozukluğu olmayan bireylerdeki yeme davranışındaki olası bozuklukları değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. YTT’nin Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Savaşır ve Erol 1989). Likert tipi altı basamaklı yanıt formu doldurulmaktadır ve kırk madde içermektedir. Toplam puanın psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkili olduğu ve YTT’nin hem klinik düzeyde “hasta” olabilecek bireyleri hem de bu bozukluğa yatkın olan bireyleri saptayabileceği düşünülmektedir. YTT’nin kesme puanı 30 puan kabul edilmektedir.

Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ): YBDÖ, yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde ‘altın standart’ olarak kabul edilen yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Görüşmesinin (Fairburn 2008), hasta tarafından doldurulan 28 maddelik anket versiyonudur. İlk 22 soru yeme bozukluklarının çekirdek özelliklerini meydana getiren 4 alt gruba aittir. Ölçeğin Türkçe çevirisi ergenlerde çalışılmış olup geçerli ve duyarlı bulunmuştur (Yücel ve ark. 2011). Yetişkinler için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalında tarafından Baktıroğlu tez çalışması olarak yapılmış ve bu ölçeğin Türk topluluğu için uygulanabilir, geçerli ve güvenli olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yine aynı tezde ölçeğin Cronbach alfa değeri “Kısıtlama” alt ölçeği için 0,769, “Beden Şekli ile ilgili Endişeler” alt ölçeği için 0,895, “Kilo ile ilgili Endişeler” alt ölçeği için 0,792, “Yeme ile ilgili Endişeler” alt ölçeği için 0,70 olarak gösterilmiştir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (SF-36); yaşam kalitesi ölçümünde yaygın olarak kullanılan ve sağlıktaki küçük değişimleri saptamaya duyarlı bir ölçektir. Ülkemizde de Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından (1999) yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 26.0 (SPSS Inc, Chicago, IL)” istatistik programına aktararak analiz edilmiştir. Niteliksel verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzde, ölçümsel verilerin özetlenmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin normal dağılıma uygunluğunun test edilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak, normal dağılıma uyan iki bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Student-t Testi, normal dağılıma uyan 3 ve daha fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında ANOVA Testi; normal

dağılıma uymayan 2 bağımsız değişkenin analizinde Mann Whitney U test, 3 ve daha fazla bağımsız değişkenlerin analizlerinde ise Kruskal-Wallis H Testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümsel verilerin korelasyon analizinde normal dağılıma uyan verilerde pearson korelasyon testi, normal dağılıma uygunluk göstermeyen verilerde spearman korelasyon testi kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sosyodemografik veriler incelendiğinde BB'li kişilerin 34'ü kadın (%44,7), 42'si erkek (%55,3), kontrol grubunun ise 35'i kadın (%47,3), 39'ü erkek (%52,7) olarak tespit edilmiştir. BB grubunun yaş ortalaması $40,9 \pm 10,3$ yıl, sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması $41 \pm 10,4$ yıl olarak tespit edilmiştir.

BB kişiler ve sağlıklı kontroller arasında yaş, cinsiyet ve eğitim süresi açısından anlamlı fark yoktur. Katılımcıların sosyodemografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

BB'ye sahip kişiler ve sağlıklı kontrollerin ölçek puanlarına bakıldığında; DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık ($p=0,003$), dürtü ($p=0,004$) ve eğlence arayışı ($p=0,029$) alt ölçekleri BB grubunda anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca yeme davranışlarını değerlendirmek için kullanılan GYA ($p<0,001$), YTT ($p<0,001$) ve YBDÖ'nin yeme endişesi ($p<0,001$), kilo endişesi ($p<0,001$) ve beden endişesi ($p=0,006$) alt ölçek puanları ve toplam puanı ($p<0,001$) yine BB grubunda anlamlı olarak yüksektir. SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon ($p=0,003$), rol güçlüğü fiziksel ($p<0,001$), sosyal fonksiyon ($p<0,001$) ve rol güçlüğü emosyonel ($p<0,001$) ölçek puanları anlamlı olarak BB grubunda daha düşük bulunmuştur. BB'ye sahip

Tablo 1. Bipolar Bozukluklu Hasta ve Kontrol Grubunda Sosyodemografik Veriler

	BB (n= 76)	Kontrol (n= 74)	p
Yaş (yıl)	$40,9 \pm 10,3$	$41 \pm 10,4$	0,944
Kadın %	%44,7 (34)	%47,3 (35)	0,754
Erkek %	%55,3 (42)	%52,7 (39)	0,821
Eğitim (yıl)	$11 \pm 3,8$	$10,9 \pm 3,8$	0,929

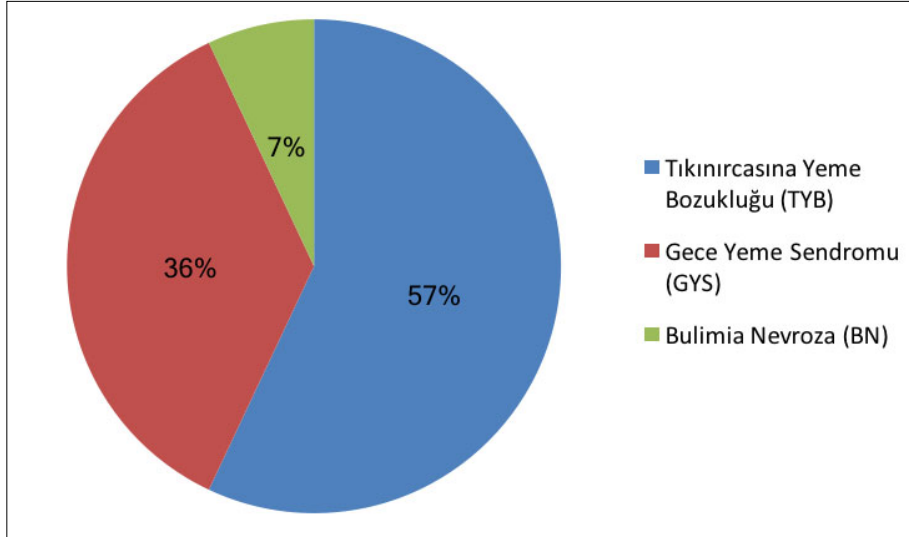
BB: Bipolar bozukluk. Veriler ortalama $\pm$ standart sapma veya (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 2. Bipolar Bozukluklu Kişiler ve Sağlıklı Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	BB (n= 76)	Kontrol (n= 74)	p
DİS	$20,4 \pm 3$	$18,7 \pm 2,4$	0,142
DAS			
Ödüle Duyarlılık	$17,6 \pm 2,1$	$16,6 \pm 1,8$	0,003
Eğlence Arayışı	$12,9 \pm 1,7$	$11,4 \pm 2,2$	0,029
Dürtü	$12,5 \pm 2$	$10,1 \pm 2,5$	0,004
GYA	$19,1 \pm 10,3$	$11 \pm 5,7$	<0,001
YTT	$23 \pm 11,8$	$16 \pm 8,2$	<0,001
YBDÖ			
Kısıtlama	$1,7 \pm 1,8$	$1,2 \pm 1,5$	0,53
Yeme endişesi	$1,5 \pm 1,6$	$0,6 \pm 1$	<0,001
Beden endişesi	$2 \pm 1,7$	$1,3 \pm 1,7$	0,006
Kilo endişesi	$1,8 \pm 1,5$	$0,9 \pm 1,1$	<0,001
Toplam	$1,7 \pm 1,4$	$1 \pm 1,1$	<0,001
SF-36			
Fiziksel fonksiyon	$76,3 \pm 22,9$	$86,1 \pm 16,9$	0,003
Rol güçlüğü fiziksel	$53 \pm 38,1$	$83,4 \pm 28,5$	<0,001
Ağrı	$68,8 \pm 20,6$	$72,9 \pm 21,2$	0,227
Genel sağlık	$57,9 \pm 21,5$	$62 \pm 20,6$	0,245
Vitalite	$55,8 \pm 20,3$	$60,2 \pm 21$	0,202
Sosyal fonksiyon	$64,4 \pm 22,2$	$79,9 \pm 19,6$	<0,001
Rol güçlüğü emosyonel	$47,5 \pm 36,6$	$68,7 \pm 37,2$	<0,001
Mental sağlık	$66,6 \pm 42,3$	$66,7 \pm 14,2$	0,992

BB: Bipolar bozukluk, DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi, DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi, GYA: Gece Yeme Anketi, YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
Veriler ortalama $\pm$ standart sapma veya (%) olarak ifade edilmiştir.

Şekil 1. BB grubunda Yeme Bozukluklarının Dağılımı.



Tablo 3. Yeme Bozukluğuna (YB) Sahip Olan Bipolar Bozukluklu(BB) Kişiler, Yeme bozukluğuna Sahip Olmayan Bipolar Bozukluklu Kişiler ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenleri

	YB Eşlik Eden BB (n=14)	YB Eşlik Etmeyen BB (n=62)	Kontrol (n=74)	p
Yaş (Yıl)	38,1 ± 8,3	41,3 ± 10,5	41 ± 10,3	0,540
Kadın %	%28,6 (4)	%48,4 (30)	% 47,3 (35)	0,395
Erkek %	% 71,4 (10)	%51,6 (32)	% 52,7 (39)	0,386
Eğitim (yıl)	11,6 ± 3,2	10,8 ± 3,9	10,9 ± 3,8	0,800
BAB hastalık süresi	13,4 ± 7,9	15,9 ± 9,1		0,363
BAB başlangıç yaşı (yıl)	24,7 ± 5,6	25,6 ± 9,5		0,736
DİS	21 ± 3,7	20,2 ± 3	18,7	0,001
DAS				
Ödüle duyarlılık	17,7 ± 1,6	17,5 ± 2,	2 16,6 ±1,9	0,011
Eğlence arayışı	13,6 ± 1,9	12,8 ± 1,6	11,4 ±2,3	<0,001
Dürtü	13,8± 1,8	12,2± 2	10,2 ± 2,5	<0,001
GYA	31,4 ± 12	16,4 ± 8	11 ± 5,7	<0,001
YTT	37,8 ± 12,3	19,4 ± 8,8	16 ± 8,2	<0,001
YBDÖ				
Yeme Endişesi	3,9 ± 1,5	0,9 ± 0,9	0,6 ± 1	<0,001
Beden Endişesi	4 ± 1	1,6 ± 1,5	1,3 ± 1,8	<0,001
Kilo Endişesi	3,6 ± 1	1,4 ± 1,3	0,9 ± 1,2	<0,001
Kısıtlama	2,8 ± 1,8	1,4 ± 1,5	1,2 ± 1,6	0,004
Toplam	3,5 ± 1	1,3 ± 1,1	1 ± 1,2	<0,001
SF 36				
Fiziksel Fonksiyon	61,8 ± 26,3	79,7 ± 20,7	86,1 ±16,9	0,001
Rol Güçlüğü Fiziksel	37,5 ± 36,4	57,3 ± 37,4	83,4 ± 28,5	<0,001
Ağrı	62,6 ± 24	70,4 ± 19,5	72,9 ± 21,2	0,233
Genel Sağlık	46,6 ± 27,4	60,8 ± 18,8	62 ± 20,6	0,037
Vitalite	40,7 ± 22,5	59,8 ± 17,2	60,3 ± 21	0,004
Sosyal Fonksiyon	52,7 ± 24,1	67,3 ± 20,6	79,9 ± 19,6	<0,001
Rol Güçlüğü Emosyonel	40,4 ± 43,7	51,3 ± 34,4	68,7 ± 37,2	0,004
Mental sağlık	50,9 ± 14,5	70,1 ± 45	66,7 ± 14,2	0,021

DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi, DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi, GYA: Gece Yeme Anketi, YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu Veriler ortalama ± standart sapma veya (%) olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4. Yeme Bozukluğuna Sahip Olan Bipolar Bozukluk Hastalarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Özellikler		YTT		GYA		YBDÖ											
						Toplam		Kısıtlama		Yeme Endişesi		Beden Endişesi		Kilo Endişesi			
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p		
DİS		0,24	0,408	-0,032	0,914	-0,086	0,769	0,218	0,454	-0,336	0,24	-0,13	0,656	-0,05	0,841		
DAS	ÖD	-0,084	0,775	-0,201	0,492	0,143	0,626	-0,129	0,661	0,123	0,676	0,333	0,244	0,246	0,398		
	EA	-0,12	0,682	-0,408	0,148	0,409	0,146	0,025	0,934	0,325	0,256	0,576	0,031	0,502	0,068		
	Dürtü	-0,109	0,071	-0,335	0,242	0,143	0,626	0,218	0,454	0,123	0,676	-0,013	0,656	0,158	0,59		
Özellikler		SF-36															
		Fiziksel Fonksiyon		Rol güçlüğü Fiziksel		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güçlüğü Emosyonel		Mental Sağlık	
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DİS		0,212	0,467	-0,072	0,806	0,103	0,726	-0,777	0,001	-0,406	0,150	0,251	0,387	-0,128	0,664	-0,545	0,044
	ÖD	0,004	0,989	-0,133	0,650	-0,622	0,017	0,287	0,321	-0,273	0,345	-0,204	0,484	-0,261	0,368	0,132	0,654
DAS	EA	0,092	0,753	-0,298	0,301	-0,199	0,496	0,314	0,274	-0,195	0,504	-0,234	0,421	-0,153	0,601	0,109	0,711
	Dürtü	-0,024	0,939	-0,337	0,239	-0,062	0,833	0,337	0,239	0,061	0,836	-0,163	0,579	-0,012	0,969	0,143	0,626
DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi, DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi, ÖD: Ödüle Duyarlılık, EA: Eğlence Arayışı, GYA: Gece Yeme Anketi, YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu																	

DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi, DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi, ÖD: Ödüle Duyarlılık, EA: Eğlence Arayışı, GYA: Gece Yeme Anketi, YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

Tablo 5. Yeme Bozukluğuna Sahip Olmayan Bipolar Bozukluk Hastalarının Korelasyon Analizi Sonuçları

Özellikler		YTT		GYA		YBDÖ											
						Toplam		Kısıtlama		Yeme Endişesi		Beden Endişesi		Kilo Endişesi			
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p		
DİS		-0,107	0,409	-0,032	0,914	0,175	0,175	0,171	0,184	0,012	0,928	148	0,251	0,251	0,049		
DAS	ÖD	0,041	0,752	0,005	0,969	-0,114	0,379	0,137	0,289	-0,086	0,62	-0,24	0,057	0,008	0,951		
	EA	0,069	0,593	-0,179	0,163	0,108	0,404	0,24	0,06	0,141	0,275	-0,02	0,83	0,025	0,85		
	Dürtü	0,041	0,752	-0,072	0,578	-0,114	0,379	0,171	0,184	-0,086	0,148	-0,02	0,57	-0,173	0,180		
Özellikler		SF-36															
		Fiziksel Fonksiyon		Rol Güçlüğü Fiziksel		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güçlüğü Emosyonel		Mental Sağlık	
		r	p	r	p	r	p	R	p	r	p	r	p	r	p	r	p
DİS		0,019	0,884	-0,237	0,064	0,043	0,740	-0,093	0,474	-0,118	0,360	-0,028	0,829	-0,174	0,176	-0,071	0,584
	ÖD	0,179	0,163	0,161	0,211	-0,090	0,484	-0,091	0,483	-0,117	0,365	-0,084	0,516	-0,129	0,317	-0,016	0,901
DAS	EA	-0,173	0,178	-0,068	0,598	-0,139	0,280	0,036	0,783	-0,061	0,637	-0,184	0,152	0,014	0,912	0,036	0,781
	Dürtü	0,136	0,291	0,026	0,842	0,115	0,372	0,110	0,393	-0,107	0,406	-0,151	0,241	-0,107	0,407	0,111	0,392
DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi, DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi, ÖD: Ödüle Duyarlılık, EA: Eğlence Arayışı, GYA: Gece Yeme Anketi, YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme ÖlçeğiSF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu																	

DİS: Davranışsal İnhibisyon Sistemi, DAS: Davranışsal Aktivasyon Sistemi, ÖD: Ödüle Duyarlılık, EA: Eğlence Arayışı, GYA: Gece Yeme Anketi, YTT: Yeme Tutumu Testi, YBDÖ: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, SF-36: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

kişilerin ve sağlıklı kontrollerin ve ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

YB eşlik eden BB'li bireyler ve YB eşlik etmeyen BB'li bireyler karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, eğitim yılı, BB hastalık süresi ve BB başlangıç yaşı değerlerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. YB eşlik eden grupta DAS ölçeğinin dürtü alt ölçek puanı ($p=0,009$) anlamlı olarak daha yüksek, GYA ($p<0,001$), YTT ($p<0,001$) ve YBDÖ'nin toplam ($p<0,001$) ve yeme endişesi ($p<0,001$), kilo endişesi ($p<0,001$), beden endişesi ($p<0,001$) ve kısıtlama ($p=0,005$) alt ölçek puanları anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca yine YB eşlik eden BB grubunda SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon ($p=0,007$), genel sağlık ($p=0,022$), vitalite ($p=0,001$) ve sosyal fonksiyon ($p=0,023$) alt ölçekleri anlamlı olarak daha düşüktür.

Çalışma gruplarında yeme bozuklukları açısından yapılan incelemede BB'li bireyler grubunda sekiz kişi (%10,5) TYB tanısı, 5 (%6,5) kişi GYB, 1 (%1,3) kişide de BN olmak üzere toplamda 14 (%18,4) kişide yeme bozukluğu tespit edilmiştir. Sağlıklı kontroller grubunda ise bir kişi (%1,3) TYB tanısı almıştır. BB tanısı olanlar grubunda yeme bozukluklarının görülme oranı sağlıklı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Veriler Şekil 1'de gösterilmiştir.

YB eşlik eden BB'li bireyler, YB eşlik etmeyen BB'li bireyler ve sağlıklı kontrol grupları karşılaştırıldığında DİS ölçeği ($p=0,001$), DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık ($p=0,011$), eğlence arayışı ($p<0,001$) ve dürtü alt ölçek puanı ($p=0,009$) anlamlı olarak YB eşlik eden BB grubunda en yüksektir. Yine YB eşlik eden BB grubunda GYA ($p<0,001$), YTT ($p<0,001$)

ve YBDÖ'nin toplam ($p<0,001$) ve yeme endişesi ($p<0,001$), kilo endişesi ($p<0,001$), beden endişesi ($p<0,001$) ve kısıtlama ($p=0,004$) alt ölçek puanları anlamlı olarak en yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca YB eşlik eden BB grubunda SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon ($p=0,001$), rol güçlüğü fiziksel ($p<0,001$), genel sağlık ($p=0,037$), vitalite ($p=0,004$), sosyal fonksiyon ($p<0,001$), rol güçlüğü emosyonel ($p=0,004$) ve mental sağlık ($p=0,021$) alt ölçekleri anlamlı olarak en düşüktür. Veriler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Yeme bozukluğuna sahip olan BB grubunda DİS/DAS ölçeği ile diğer ölçeklerin korelasyonlarına bakıldığında; DAS ölçeğinin eğlence arayışı alt ölçeği ile YBDÖ'nün beden endişesi alt ölçeği arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir korelasyon, DİS ölçeği ile SF-36 ölçeğinin Genel Sağlık ve Mental Sağlık alt ölçekleri arasında negatif yönde ve güçlü düzeyde anlamlı korelasyonlar, DAS ölçeğinin ödüle duyarlılık alt ölçeği ile SF-36 ölçeğinin Ağrı alt ölçeği arasında negatif yönde ve güçlü anlamlı korelasyonlar tespit edilmiştir (Tablo 4).

Yeme bozukluğuna sahip olmayan BB grubunda DİS/DAS ölçeği ile diğer ölçeklerin korelasyonlarına bakıldığında; yeme bozukluğuna sahip olan BB hasta grubunda görülen anlamlı korelasyonlar görülmemiştir. Ancak DİS ölçeği ile YBDÖ'nün kilo endişesi alt ölçeği arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışmamızda sağlıklı kontrol grubuna kıyasla BB tanısına sahip kişilerde YB komorbiditesinin yükseldiği tespit edilmiştir. Mevcut literatür bulguları BB'ye sahip kişilerde YB'nin sıklığının arttığını göstermektedir (McDonald ve ark. 2019). Son dönemde yapılan bir incelemede, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında BB tanısı konmuş bireylerde TYB ve BN gibi yeme bozukluklarının sıklığının arttığı gösterilmiştir; bu durumun "tıkınırcasına yeme ve BB psikopatolojilerinin ortak fenotiplere sergilediği" yönündeki tartışmaları desteklediği ileri sürülmüştür (McAulay ve ark. 2023). Yine aynı inceleme bu komorbiditeyi, daha kötü bir prognoz ve azalmış yaşam kalitesi ile de ilişkilendirmiştir.

Çalışmamıza katılan BB hastalarında en sık TYB tanısının eşlik ettiği görülmüştür. Bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde McElroy ve arkadaşları 2016'da BB tanılı hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların %12'sinde TYB saptamıştır. Fornaro ve arkadaşlarının (2010) BB tip I, tip II ve siklotimik bozukluklardan oluşan 148 kadın hasta üzerinde yaptığı çalışmada ise TYB görülme sıklığı %14,2 olarak bulunmuştur. McElroy ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı başka bir çalışmada ise 875 BB hastası alınmış ve TYB görülme oranının % 8,8 olduğu belirtilmiştir. BB ve YB'yi inceleyen bir derlemede BB tanılı hastalarda herhangi bir YB geliştirme oranı %1,9-33,3 iken genel

popülasyonda bu oran şimdiki %1,8 ve yaşam boyu %3,8 olarak bulunmuştur (McDonald ve ark. 2019). Aynı derlemede YB'ler ayrı ayrı incelendiğinde ise işler biraz daha karışmaktadır. BB-I'de BN komorbiditesi şimdiki %2,9- 5 ve yaşam boyu %1,8-13,7; BB ile TYB veya tıkınırcasına yeme komorbidite-leri %2,6- 30; BB I-II'de TYB komorbidite şimdiki %12-28,8 ve yaşam boyu %8,8; Bipolar spektrumlu popülasyonlarda yaşam boyu eşlik eden TYB komorbiditesi %9,5-14,2 olarak raporlanmıştır. Komorbidite oranlarının tutarsız ve heterojen olduğu görülmektedir. Bu durum BB'nin geniş bir yelpazeyi temsil etmesi, YB çatısı altına DSM-5 ile TYB tanısının eklenmesi ve ölçütlerde değişikliklerin olması, çalışmalarda farklı yöntemlerin kullanılması, ayaktan/yatan hasta gibi farklı grupların tercih edilmesi, çalışmaların ölçek çalışmaları olması ve farklı ölçekler kullanılması gibi durumlardan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle sonuçları yorumlarken temkinli yaklaşmakta fayda vardır.

Çalışmamızda DİS/DAS ölçekleri açısından DİS ölçeği puanı BB hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olmayacak şekilde yüksektir. BB hasta grubunda kontrol grubuna göre DAS ölçeğinin her üç alt ölçeği de istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada BB hasta grubunda; komorbid YB olanlar ve olmayanlar karşılaştırıldığında DİS ölçeğinde anlamlı bir fark tespit edilmemiş olup komorbid YB olanlarda DAS ölçeğinin dürtü alt ölçeği anlamlı yüksek tespit edilmiştir. Bu sonuçlar bize, literatür ile uyumlu bir şekilde, BB'de DAS hassasiyetinin arttığını, özellikle komorbid BB ve YB hastalarında DAS-dürtü alt ölçeği hassasiyetinin yüksek olduğunu ve bu hastalıklar için duyarlı halde olduklarını göstermektedir. Komorbid YB olan ve olmayan BB hasta grupları ve kontroller kıyaslandığında DIS ve DAS bütün alt ölçeklerde, komorbid YB olan BB hastalarında anlamlı bir yükseklik görülmüştür. Bu sonuçlarla biyopsikolojik modele göre BB sahip kişilerde DAS aktivasyonun yüksek olduğu, belki de bu durumun hastaları duyarlı hale getirdiği ve ek tanılara zemin hazırladığı söylenebilir. Ayrıca BB ve YB komorbiditesine sahip olanların DİS/DAS açısından ise en duyarlı grup olduğu görülmektedir.

Literatürde DİS/DAS duyarlılıkları duygudurum bozukluklarında hassasiyet (vulnerabilite) belirteci olarak ele alınmıştır (Quilty ve ark 2014). Ayrıca DİS/DAS aktivasyonu; yeme bozuklukları ile de ilişkilendirilmiştir (Şişman 2012). Yapılan çalışmalarda BB'nin özellikle artmış DAS ölçek puanlarının ilişkili olduğu, DAS eğlence arayışı ve dürtü alt ölçeklerinin sağlıklı kontrollerden daha yüksek olduğu, DAS puan yükseklikleri ile BB belirti şiddetlerinin pozitif ilişkili olduğu; buna karşılık DIS ölçek puanı ile bu ilişkinin daha zayıf kurulduğu gösterilmiştir (Quilty ve ark 2014). Ayrıca BB hastalarının hem hastalık hem de ara dönemlerinde dürtü kontrolünde bozulmaların belirgin olduğu ve yeme davranışını engellemede zorluklar yaşanabileceği bilinmektedir (McAulay ve ark. 2023). Bu durum BB hastalarında YB tanısı alınmasa da YB belirtilerinin gözlenmesini açıklanmaya yardımcı olabilir.

Çalışmamızda 76 BB hastası ve sağlıklı kontroller yeme davranışları ve yeme patolojileri açısından da değerlendirilmiştir. YTT, GYA ölçeklerinde ve YBDÖ'nün yeme endişesi, beden endişesi ve kilo endişesi alt ölçekleri ve total puanında; BB hasta grubunda anlamlı bir yükseklik tespit edilmiştir. YB'ye sahip olmayan BB hastaları ile sağlıklı kontroller karşılaştırıldığında GYA ($p=0,001$) ve YTT puanları ($p=0,044$) istatistiksel anlamlı yüksekken YBDÖ'nün total ve alt ölçek puanlarındaki artışın anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu verilerle; BB'nin yeme davranışlarını etkilediğini, yeme bozukluğu eşlik etmese dahi yeme patolojilerinden bahsedebileceğini göstermektedir.

Ayrıca çalışmamızda SF-36 ile katılımcıların yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Kontrol grubuna kıyasla BB hasta grubunda SF-36'nın fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü fiziksel, sosyal fonksiyon, rol güçlüğü emosyonel alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir düşüklük mevcuttur. Buradan BB hastalarının yaşam kalitesinin bozulduğu sonucuna varılabilir. YB komorbiditesi olan ve olmayan BB hastaları karşılaştırıldığında; SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon alt ölçeklerinde yeme bozukluğu eşlik eden BB hastalarında anlamlı bir düşüşün olduğu görülmektedir. Bu veriler bize BB ve yeme bozukluğu komorbiditesinde hastaların yaşam kalitesinin daha fazla olumsuz etkilendiğini söylemektedir. Komorbid YB ve BB varlığında hastaların fiziksel sağlıklarının ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (McAulay ve ark 2021). Çalışmamızdaki sonuçlar da bu bilgiyi desteklemektedir. Çalışmanın giriş kısmında da bahsedildiği gibi BB ve YB komorbiditesinde, çift yönlü olarak, her iki hastalığın belirtilerinin arttığı ve hastalıkların ağırlaştığı, eşlik eden psikopatolojilerin yoğunlaştığı ve komorbid başka ruhsal hastalıkların eklendiği görülmektedir. Yani BB ve YB komorbiditesinde tablo daha da karmaşık hale gelmektedir ve bunun sonucu olarak hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır.

YB ve BB'nin komorbid olduğu durumlarda ölçek puanları üzerinden yapılan korelasyon analizlerinde; DAS-eğlence arayışı ile YBDÖ-beden endişesi arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki, DAS-ödüle duyarlılık ile SF-36-ağrı arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca DIS ile SF-36- genel sağlık arasında negatif yönde ve güçlü bir ilişki, DIS ile mental sağlık arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. YB'ye sahip olmayan BB hastalarına baktığımızda sadece DIS ile YBDÖ'nün kilo endişesi alt ölçeği arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki mevcuttur. Bu veriler ile; YB ve BB komorbiditesinde DIS/DAS aktivasyonu arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği ve bu etkileşimin YB'ye sahip olmayan BB hastalarında görülmeyeceği söylenebilir. YB ve BB'nin bir arada bulunması, her iki durumun da tedavisini zorlaştırabilir. Literatürde, bu tür komorbiditelerin psikolojik ve fiziksel sağlık üzerinde olumsuz etkiler yarattığına

dair birçok bulgu mevcuttur. Örneğin, YB'nin BB ile birlikte görülmesi, bireylerin genel yaşam kalitesini düşürebilir ve tedavi süreçlerini karmaşıktırabilir. Özellikle DAS ile YBDÖ beden endişesi arasındaki pozitif ilişki, duygusal durumların beden algısını etkileyebileceğini göstermektedir. DIS/DAS aktivasyonunun artmasının yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, bireylerin psikolojik yüklerini artırdığını ve dolayısıyla genel sağlık durumlarını bozduğunu düşündürmektedir. Literatürde, yüksek düzeyde duygusal distress'in yaşam kalitesini düşürdüğüne dair birçok çalışma bulunmaktadır.

BB hasta grubunda yeme davranışlarını ve bunun sonuçlarının psikolojik süreçlerini inceleyen çok az çalışma vardır (McAulay ve ark 2023). Ayrıca bu komorbiditenin tedavisine yönelik psikolojik müdahalelere yönelik çalışmalar da yetersizdir (McAulay ve ark 2021). Bu çalışma ile BB ve YB'nin komorbiditesi varlığında kişilik özellikleri, yeme davranışları ve yaşam kalitesi mevcut ölçeklerle değerlendirmeye ve olası etkileşimleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Tüm katılımcılara tanınal değerlendirme açısından yapılandırılmış bir görüşme olan SCID-I uygulanması, kapsama ve dışlama kriterlerine sıkı bir şekilde riayet edilmesi, çalışmaya ötimi döneminde olan BB hasta grubunun alınarak örneklem açısından homojenite sağlanması ve tüm ölçeklerin klinisyen tarafından uygulanması bu çalışmanın güçlü yönlerindendir.

Bununla birlikte çalışmanın örneklem büyüklüğü, kesitsel desende ve tek merkezde yapılması, hastaların kullandıkları tedavilerin çalışmaya dahil edilmemesi, kilo ve metabolik değerlendirmelerin yapılmaması, fiziksel hastalıklarının ve diyet alışkanlıklarının incelenmemesi çalışmanın sınırlılıkları arasındadır. Ayrıca çalışmamız bir üniversite kliniğinde, düzenli olarak takip edilen ve hastalık süresi ortalama $15,4 \pm 1$ yıl (max 39, min 2) olan hastalarda yapılmıştır. Hastalık süresinin uzun olması ile hastaların kullandığı ilaç yükü ve hastalığın kişilik üzerindeki biyolojik etkisi artmış olabilir ve bu da hastaların yeme davranışlarındaki artmış patoloji oranlarını açıklayabilir. Daha genç ve hastalık süresi daha kısa olan BB hastaları ile yapılan benzer çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatürde BB ve YB komorbiditesi ile ilgili bilgiler yetersizdir ve bu komorbiditenin sıklıkla gözden kaçırıldığı düşünülmektedir (McAulay ve ark. 2019). Her üç BB sahip hastadan birinde YB olduğu düşünülmesine rağmen bu iki hastalığın birbirine katkısı çok az değerlendirilmiştir (McAulay ve ark. 2019). Bu durumun nedenleri, bu iki hastalık grubunun tanınmasındaki zorluklar, bu alandaki yetersiz çalışmalar nedeni ile bilgi birikiminin az olması, klinisyenler arasında bu hastalıkların tanınırlığının az olması, TYB ya da gece yeme sendromu gibi tanılarının literatüre yeni eklenmiş olması olabilir. Öte yandan YB için sadece tanı düzeyindeki hastalar değil eşik altı belirtiler gösteren hastaların da ayrıntılı incelenmeye ihtiyacı vardır. Literatürde bu alanda da eksiklikler mevcuttur. Her ne kadar bu çalışmanın eksik yanları olsa da BB ve YB arasındaki ilişkinin anlaşılması için literatüre

katkısının olacağı aşıkardır. Bu alanda yapılacak daha büyük örneklemli ileriye dönük çalışmalarla BB ve YB ortak etiyopatolojik zemini aydınlanabilecek, psikolojik ve farmakolojik yeni tedavi yaklaşımları önerilebilecektir.

Sonuç olarak, çalışmamızın sonuçları YB ve BB'nin bir arada görüldüğünde, bireylerin yaşam kalitesinin nasıl etkilendiğine dair önemli bir bilgi sunmaktadır. YB'ye sahip olmayan BB hastalarında ise bu etkileşimlerin gözlemlenmemesi, farklı psikolojik dinamiklerin rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu tür çalışmalar, hem klinik uygulamalar hem de tedavi stratejileri açısından kritik öneme sahiptir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Çıkar çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yoktur.

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Örsel SD, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği'nin Geçerliliği, Güvenilirliği ve Klinikte Kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 4: 251-9.
- Allison KC, Lundgren JD, O'Reardon JP ve ark. (Jan 2008) The Night Eating Questionnaire (NEQ): psychometric properties of a measure of severity of the Night Eating Syndrome. *Eating Behaviors* 9:1 62-72.
- Atasoy N, Saraçlı Ö, Konuk N ve ark. (2014) Gece Yeme Anketi-Türkçe Formunun psikiyatrik ayaktan hasta popülasyonunda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatr Derg* 15: 238-47.
- Bilge Y (2020) Davranışsal İnhibisyon Sistemi ve Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeğinin Türk Toplum Örnekleminde Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 12: 219-34
- Chiara GD (1995) The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation. *Drug Alcohol Depend* 38: 95-137.
- Craba A, Mazza M, Marano G ve ark. (2021) Which comes first? New insights on comorbidity between eating disorders and bipolar disorders. *Emerging Trends in Drugs, Addictions, and Health* 1: 100023
- Eroğlu MZ, Özpoyraz N (2010) Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2:206-36.
- Fairburn CG (2008) *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders, Eating Disorder Examination*. New York, Guilford Press s. 265.
- Fornaro M, Perugi G, Gabrielli F ve ark. (2010) Lifetime co-morbidity with different subtypes of eating disorders in 148 females with bipolar disorders. *J Affect Disord* 121: 147-51.
- Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y ve ark. (1982) The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med* 12: 871-8.
- Hamilton M (1960) A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 23: 56-62.
- Jen A, Saunders EFH, Ornstein RM ve ark. (2013) Impulsivity, anxiety, and alcohol misuse in bipolar disorder comorbid with eating disorders. *Int J Bipolar Disord* 1: 13.
- Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA ve ark. (2001) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 13:107-14.
- Koçyiğit H, Aydemir O, Fişek G ve ark. (1999) Kısa Form-36 (SF-36) 'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12: 102-6.
- McAulay C, Hay P, Mond J ve ark. (2019) Eating disorders, bipolar disorders and other mood disorders: complex and under-researched relationships. *J Eat Disord* Sep 12:7:32.
- McAulay C, Dawson L, Mond J ve ark. (2021) "The Food Matches the Mood": Experiences of Eating Disorders in Bipolar Disorder. *Qualitative Health Research* Jan 31: 100-12
- McAulay C, Mond J, Outhred T ve ark. (2023) Eating disorder features in bipolar disorder: clinical implications. *J Ment Health* 32: 43-53.
- McDonald CE, Rossell SL, Phillipou A (2019) The comorbidity of eating disorders in bipolar disorder and associated clinical correlates characterised by emotion dysregulation and impulsivity: A systematic review. *J Affect Disord* 1:259: 228-43
- McElroy SL, Crow S, Blom TJ ve ark. (2016) Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 191: 216-21.
- McElroy SL, Frye MA, Helleman G ve ark. (2011) Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord* 128: 191-8.
- McElroy SL, Kotwal R, Keck PE ve ark. (2005) Comorbidity of bipolar and eating disorders: distinct or related disorders with shared dysregulations? *J Affect Disord* 86: 107- 27.
- Parker GB (2010) Comorbidities in bipolar disorder: models and management. *The Medical Journal of Australia* 193: s.18-20.
- Ramacciotti CE, Paoli RA, Marcacci G ve ark. (2005) Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Res* 135: 165-70.
- Quilty LC, Mackew L, Bagby RM (2014) Distinct profiles of behavioral inhibition and activation system sensitivity in unipolar vs. bipolar mood disorders. *Psychiatry Res* 219: 228-31.
- Savaşır I, Erol N (1989) Yeme Tutum Testi: Anoreksiya Nervoza Belirtileri İndeksi. *Türk Psikoloji Dergisi* 23: 19-25.
- Şişman S (2012) Davranışsal İnhibisyon Sistemi / Davranışsal Aktivasyon Sistemi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Psikoloji Çalışmaları* 2: 1-22.
- Tseng MCM, Chang CH, Chen KY ve ark. (2016) Prevalence and correlates of bipolar disorders in patients with eating disorders. *J Affect Disord* 190: 599-606.
- Turan Ş, Poyraz CA (2015) Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 7: 419-35.
- Yakovleva YV, Kasyanov ED, Mazo GE (2023) Prevalence of eating disorders in patients with bipolar disorder: a scoping review of the literature. *Consort Psychiatr* 10; 4: 91-106
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE ve ark. (1978) A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133: 429-35.
- Yucel B, Polat A, İkiz T ve ark. (2011) The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev* 19: 509-11.
- Williams JB (1988) A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 45: 742-7.