

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU ÖZELLİKLERİ VE
YEME BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Berk BAŞAR

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İSTANBUL-2021

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU ÖZELLİKLERİ VE
YEME BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Berk BAŞAR

**Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji
Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji**

“Bu tez ___/___/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Berk BAŞAR

11.08.2021



ÖNSÖZ

Tez çalışmamda bütün bilgi, birikim ve tecrübesini benimle paylaşan ve tezin her aşamasında yanımda olan tez danışmanım, Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER'e teşekkürlerimi sunarım.

Bu zamana kadar akademik gelişimime katkısı olan bütün hocalarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Tüm tez sürecinde bana destek olan Gizem İZGİ, Bora GÜL, Gülcan GÜL, Burak TUNUŞ, Korhan ÜNER ve veri toplama aşamasında emeği geçen herkese sonsuz teşekkür ediyorum.

Ayrıca yaşamımın her aşamasında maddi manevi yanımda olan kardeşim Meleknur BAŞAR, annem Hacer BAŞAR ve babam Yaşar BAŞAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum ve bu çalışmayı onlara ithaf ediyorum.

Berk BAŞAR

11.08.2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER	6
1.1 Kişilik.....	6
1.1.1 Kişilik Yaklaşımları.....	6
1.1.2 Kişilik Bozukluğu.....	7
1.1.2.1 Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu	8
1.1.2.2 Epidemiyolojisi	9
1.1.2.3 Etiyolojisi.....	10
1.1.2.4 Nöro-Görüntüleme	11
1.1.2.5 Komorbidite	11
1.1.2.6 Tanı.....	12
1.1.2.7 Tedavi.....	13
1.2 Bağımlılık	15
1.2.1 Yeme Bağımlılığı	17
1.2.2 Yeme Bağımlılığı Tanı Kriterleri	17
1.2.3 Epidemiyolojisi ve Komorbidite	18
1.2.4 Yeme Bağımlılığı Nörofizyolojisi	19
1.3 Bağımlılık (Madde Kullanım Bozukluğu) ve Kişilik Bozuklukları	21
BÖLÜM 2: YÖNTEM ve GEREÇLER	23
2.1 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	23
2.2 Veri Toplama Araçları	23
2.2.1 Borderline Kişilik Ölçeği.....	23
2.2.2 Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği.....	24
2.3 Verilerin Analizi	25
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	26
BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....	44

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
KAYNAKÇA.....	54
EKLER.....	73
ÖZGEÇMİŞ	85



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AKB	: Alkol Kullanım Bozukluğu
BKÖ	: Borderline Kişilik Ölçeği
FMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
SKB	: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
YYBÖ	: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	26
Tablo 2: Katılımcıların Bazı Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 3: Normal Dağılım Tablosu.....	28
Tablo 4: Katılımcıların Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Toplam Semptom Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri	29
Tablo 5: Katılımcılarda Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Kesme Puanına Göre Yeme Bağımlılığı Sıklığı.....	29
Tablo 6: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik, Özgeçmiş Ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Yeme Bağımlılığı Durumu Karşılaştırmaları	30
Tablo 7: Katılımcıların Borderline Kişilik Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri	31
Tablo 8: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları	32
Tablo 9: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Duygulanımda Kararsızlık Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları.....	33
Tablo 10: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Terk Edilme Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları	34
Tablo 11: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre İlişkiler Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları	35
Tablo 12: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kendilik İmgesi Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları	36
Tablo 13: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre İntihar/Kendini Yaralama Davranışı Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları.....	37
Tablo 14: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Boşluk Duygusu Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları	38
Tablo 15: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yoğun Öfke Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları	39
Tablo 16: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Psikoz Benzeri Durumlar Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları.....	40
Tablo 17: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Borderline Kişilik Ölçeği Toplam Puanı Karşılaştırmaları.....	41

Tablo 18: Katılımcıların Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Toplam Semptom Skoru İle Yaş Ve Vücut Kitle İndeksleri Arasındaki Korelasyonlar	41
Tablo 19: Katılımcıların Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Toplam Semptom Skoru İle Borderline Kişilik Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar ...	42
Tablo 20: Katılımcıların Borderline Kişilik Ölçeği Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanları İle Yaş Ve Vücut Kitle İndeksleri Arasındaki Korelasyonlar	43
Tablo 21: Ölçek ve alt boyutların Cronbach alfa katsayıları.....	43



ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü- Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Özellikleri ve Yeme Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	
Tezin Yazarı: Berk BAŞAR	Danışman: Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER
Kabul Tarihi: 11.08.2021	Sayfa Sayısı: v (ön kısım) + 72 (tez) + 12 (ek)
Anabilim Dalı: Psikoloji	Bilim Dalı: Klinik Psikoloji
Araştırmamızın amacı yeme bağımlılığı ile sınırdaki kişilik bozukluğu özellikleri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Araştırmada veri toplama araçları olarak Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, Borderline Kişilik Ölçeği, Sosyodemografik Form kullanılmıştır. Araştırmaya 583 kadın, 212 erkek olmak üzere toplam 795 gönüllü katılmıştır. Katılımcılar 18-62 yaş aralığındadır. IBM SPSS versiyon 21.0 programı verileri analiz etmek için kullanılmıştır. Araştırma sonucunda yeme bağımlılığı ve sosyodemografik özellikler ile arasındaki ilişkiye bakıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocuklukta görülen obezite öyküsü ile ilişkili bulunmuştur. Sınırdaki kişilik özellikleri ile sosyodemografik özelliklere bakıldığında ise; cinsiyet, yaş, VKİ, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, sigara ve madde kullanım alışkanlığı ile ilişkili bulunmuştur. Yale yeme bağımlılığı ölçeği toplam puanı ile Borderline (sınırdaki) kişilik ölçeği toplam puanı ve tüm alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yeme bağımlılığı ve sınırdaki kişilik bozukluğu komorbid olarak görülebilmektedir. Sonuçların klinik çalışanlarına hastaları değerlendirme ve tedavi sürecinde yardımcı olabileceği düşünülmektedir.	
Anahtar Kelimeler: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu, Yeme Bağımlılığı.	

ABSTRACT

İstanbul Kent University Institute of Social Sciences-Abstract of Master Thesis

Title of the Thesis: The Investigation Of Relationship Between Borderline Personality Disorder Features And Food Addiction

Author: Berk BAŞAR

Supervisor: Assoc. Prof. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

Date:11.08.2021

Nu. of pages: v (pre text) +72 (main body) + 12 (App.)

Department: Psychology

Subfield: Clinical Psychology

The aim of this research is to study the relationship between food addiction and the borderline personality disorder traits. Yale Food Addiction Scale, Borderline Personality Scale, and Sociodemographic Form were used as data collection tools in this study. A total number of 795 participants, 583 women and 212 men, participated voluntarily to the study. Participants were between the ages of 18 and 62. The data were analyzed with IBM SPSS version 21.0. Studying the relationship between food addiction and sociodemographic characteristics reveals significant correlation with gender, body mass index (BMI), psychiatric drug use, suicide attempt history, and childhood obesity history. Moreover, analysis of borderline personality traits and sociodemographic characteristics demonstrated significant correlation with gender, age, BMI, psychiatric drug use, suicide attempt history, smoking and substance use habits. Furthermore, a significant relationship was found between the total score of the Yale food addiction scale and the Borderline Personality Scale total score and all sub-dimension scores. Food addiction and borderline personality disorder can be seen as comorbid. It is believed that this study's findings may assist clinical staff in the evaluation and treatment process of patients.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Food Addiction.

GİRİŞ

Kişilik, psikolojinin yoğun çabalarına rağmen açıklaması zor kavramlarından biridir (Cohen ve Swerdlik, 2013). Latince “persona” olan kişilik kavramı İngilizceye “personality” olarak geçmiştir. Kişi anlamına gelen “person” kelimesinden türetilmiştir. Kişilik kavramı ilk “Persona” olarak Antik Roma’da tiyatrocuların drama oyunlarında kullandığı maskeye verilen isimdir. Bu maske o dönemde oyunu oynayan kişiyi değil maskeyi taktığı karakterin; kişi, kişilik ve rolünü temsil etmektedir. Daha sonraları kişinin tavır ve davranışlarını anlamak için kullanılmaya başlanmıştır (Aslan, 2008; Kurt ve Yıldız, 2017).

Geçmişten bu yana birçok kişi kişilik kavramını farklı yönleri ile açıklamaya çalışmıştır (Cohen ve Swerdlik, 2013). Bu açıklamaların ortak özellikleri kişilik kavramını, kişiyi diğer kişilerden ayıran farklı biliş, duygu, davranış gibi özelliklerin kişiye özgü olması şeklinde tanımlamasıdır. Eğer bu farklı özellikler toplumun kabul ettiği normal değerlerden farklı olduğunda ise kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Taymur ve Türkçapar kişilik bozukluğunu, kişide kalıcı ve süreklilik gösteren psikolojik özelliklerin normal sayılabilecek özelliklerin dışına çıkması olarak tanımlamıştır (Taymur ve Türkçapar, 2012). Kişilik bozuklukları DSM-5 tanı kitabında A, B ve C olmak üzere üç sınıfa ayrılmaktadır. Araştırmamızın bir değişkeni olan sınırda kişilik bozukluğu, B kümesi kişilik bozukluklarının içinde yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Sınırda kişilik bozukluğu; duygulanımda düzensizlik, dürtüleri kontrol etmede zorluk, kişiler arası ilişkileri sürdürmede zorluk, kendilik imajı oluşturmada kararsızlık, kendine zarar verme, intihar etme, dürtüsel saldırganlık gibi davranışların sık görüldüğü psikiyatrik bir rahatsızlıktır (Lieb ve diğerleri, 2004). Sınırda kişilik bozukluğu (SKB) gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenler rol oynamaktadır (Paris, 2009). Ergenlik dönemi ile belirtiler başlamakta ve yaş ilerledikçe belirtiler hafiflemektedir (Bradley ve diğerleri, 2005; Grant ve diğerleri, 2008). Klinik uygulamalarda diğer kişilik bozukluklarına göre görülme sıklığı en yaygın olan kişilik bozukluğudur (Grant ve diğerleri, 2008). SKB tedavisi zordur ve intihar nedeniyle yüksek ölüm oranıyla ilişkilidir (Paris, 2009; Skodol ve diğerleri, 2002a). Sınırda kişilik bozukluğu, diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbid olarak görülmektedir. Bu psikiyatrik rahatsızlıklar başında depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozuklukları ve

yeme bozuklukları gelmektedir (Oldhan ve diğ erleri). Ayrıca bazı çalışmalarda SKB ile obezite arasında da ilişki bulunmuştur (Sansone ve Sansone, 2013).

Amerika Birleşik Devletleri'nde obezite önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Obezitenin artması ile obeziteye neden olabilecek etkenler araştırılmaya başlanmıştır (Sansone ve Sansone, 2013). Bu etkenlerin araştırılması ile yeme bozuklukları, yeme bağımlılığı gibi kavramların önemi artmıştır.

Yeme bağımlılığı kavramı ilk Theron Randolph tarafından kullanılmıştır (Randolph, 1956). Obezitenin artması ile yeme bağımlılığı kavramı günümüzde daha fazla gündeme gelmeye başlamıştır. Yeme bağımlılığı kelime anlamı olarak, Randolph'a göre karbonhidrat içeren besinlere karşı geliştirilen bir adaptasyon iken Gearhardt ve arkadaşlarına göre ise kişinin işlevselliğini bozacak şekildeki yemek yeme davranışı olarak tanımlanmıştır (Randolph, 1956, Gearhardt ve diğ erleri, 2009a).

Bağımlılık ise kelime anlamı olarak birçok ülkede maddenin ağır bir şekilde, alışkanlık olarak kullanımı şeklinde kullanılmaktadır. Belirsiz bir tanım ve oluşabilecek olumsuz yan anlamlardan dolayı DSM-5 ile birlikte bu kavram "madde kullanım bozukluğu" olarak değiştirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Madde kullanım bozukluğu tanısı koyabilmek için maddeye karşı yoksunluk, tolerans, kesilme, ama lananndan fazla ve uzun sürede alınması, maddeye karşı güçlü bir istek duyma, ilişkilerini sürdürmede problem yaşama ve günlük yaşantısını sürdürmede problem yaşama gibi belirtilerin olması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Gearhardt ve arkadaşları yeme bağımlılığını ölçebilmek için DSM-IV madde bağımlılığı tanı ölçütlerini dikkate alarak Yale Yeme Bağımlılığı  l  ğini geliştirmişlerdir (Gearhardt ve diğ erleri, 2009b).

Gearhardt ve arkadaşları yeme bağımlılığını yemek yeme davranışına karşı gelişen bir bağımlılık olarak değerlendirmiştir (Gearhardt ve diğ erleri, 2009a). Böylelikle davranışsal bağımlılık kavramı tartışılmaya başlanmıştır. Başka bir davranışsal bağımlılık olan kumar bağımlılığı, DSM-5 ile "kumar bağımlılığı" ismi değişmiş ve "kumar oynama bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir ( zt rk ve Uluşahin, 2011). Bu değişim ile birlikte madde bağımlılığlarının yanında davranışsal olan bağımlılığlarda kabul görülmeye başlanmıştır (Blumenthal ve Gold, 2010). Bu da

“Yeme bağımlılığı” teriminin, “DSM tanı kitabında yer almalı mı?” sorusunu gündeme getirmiştir ve tartışmalara neden olmuştur.

Yeme bağımlılığı hala doğruluğu tartışılan ve araştırılmaya devam edilen bir kavramdır. Son zamanlarda hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalar ile madde bağımlılığı ve yeme bağımlılığı arasında birçok benzer özellik bulunmuştur. Özellikle bazı yiyeceklerin tüketilmesi sonucunda beyinde, madde kullanımı sonrasındaki etkilere benzer etkilerin bulunduğu sonucuna varılmıştır (Avena ve diğerleri, 2009).

Madde kullanım bozukluğu ve SKB komorbid olarak görülme sıklığı en fazla olan kişilik bozukluğudur (Rounsaville ve diğerleri, 1998). Ayrıca SKB ve yeme bozukluklarının da bir arada görülme sıklığı yüksektir (McGlashan ve diğerleri, 2000). SKB’de sık görülen dürtüsellik, madde kullanımı ve yeme bozukluklarında da sık görülen ortak bir değişkendir (Sansone ve Sansone, 2013; Moeller ve diğerleri, 2002).

SKB’nin yanında yeme bağımlılığında, madde kullanım bozuklukları ve yeme bozuklukları ile süreç ve alt yapı olarak benzerlik göstermektedir (Hone-Blanchet ve Fecteau, 2014; Schreiber ve diğerleri, 2013). Bu benzerlikler, “Sınırdaki kişilik bozukluğu ve yeme bağımlılığı arasında bir ilişki olabilir mi?” sorusunu ortaya çıkarmıştır. Bu soru ile araştırmanın ana hipotezi oluşturulmuştur.

Yapılan kapsamlı literatür taraması sonucunda SKB ve yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin daha önce hiç araştırılmamış olduğu ve literatürde doldurulması gereken boşluklardan biri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu iki rahatsızlığın komorbid olarak görülüp görülemeyeceğini ve gelecekteki çalışmalara yön verebileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma ile sınırdaki kişilik bozukluğu özellikleri ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir.

Araştırma Konusu

Bu araştırmanın sınırdaki (borderline) kişilik bozukluğu özellikleri ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin hangi düzeyde olduğudur.

Araştırma Amacı

Bu araştırmanın amacı sınırda kişilik bozukluğu özellikleri ile yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Araştırma Önemi

Yeme bağımlılığı, literatürde yeni yer alan bir kavramdır. Yapılan kapsamlı literatür taraması sonucunda yeme bağımlılığı ile sınırda kişilik bozukluğu özellikleri arasındaki ilişki daha önce hiç araştırılmamıştır. Yapılan araştırma sonucunda yeme bağımlılığı ile SKB arasındaki ilişkinin araştırılması ile hem bu alandaki boşluğu doldurarak ileride yapılacak araştırmalara bir öncülük yapabileceği hem de bu hastalıkların tedavi süreçlerini yönetmede ruh sağlığı çalışanlarına fikir vermesi bu araştırmanın önemini belirtmektedir.

Araştırma Yöntemi

Veri toplama aracı olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Borderline Kişilik Ölçeği, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma yöntemi olarak ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırma örneklemi gönüllü 18-65 yaş aralığındaki kadın ve erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemi olarak olasılıksız örneklem olan kolay (convenience sampling) örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler Covid-19 pandemisi nedeni ile internet ortamında toplanılmıştır. Farklı sosyal medya platformları üzerinden link şeklinde paylaşılmıştır. Gönüllülük çerçevesinde araştırmaya katılmak isteyen bireyler bu link üzerinden ankete katılım göstermiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Yeme bağımlılığı ve sınırda kişilik bozukluğu toplam puanı ile altboyutları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₂: Yeme bağımlılığı ve sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₃: Sınırda kişilik bozukluğu toplam puanı ve alt boyutları ile sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın Sayıtlar

Araştırmaya katılan bireylerin veri almak için kullanılan form ve ölçeklere doğru ve içten bir şekilde yanıt verdiği varsayılmaktadır.

Araştırmanın Sınırlılıklar

Covid-19 virüs salgını nedeni ile veriler internet üzerinden toplanılmıştır. Elektronik cihazların daha çok genç yaştaki bireyler tarafından aktif bir şekilde kullanması nedeni ile genç bireyler yaşlı bireylere göre daha fazla katılım göstermiştir. Bu da yaş değişkenlerini etkilemiş ve yaş ortalamasını düşürmüş olabilir. Ayrıca kadınlar erkeklere göre daha fazla katılım göstermiştir.



BÖLÜM 1: GENEL BİLGİLER

1.1 Kişilik

Geçmişten günümüze yakınlaştıkça kişiliğin tanımı sürekli değişmiş ve çeşitlenmiştir. Kişilik, farklı zaman ve durumlarda kişinin diğerlerinden farklı davranış düzeneklerini etkileyen, psikolojik süreçlerin bütünüdür (Gerrig ve Zimbardo, 2012). Bir başka tanıma göre, bir bireyi diğerlerinden farklılaştıran ve kişilerarası ilişkilerinde ortaya koyduğu etki- tepki örüntülerinin bütünüdür (Bee ve Body, 2009).

Kişilik, McClelland'a göre "kişinin davranışlarının bütün detayları ile en uygun şekilde kavramsallaştırılmasıdır.". Menninger'a göre ise "bir bütün olarak birey, boyu ve kilosu, sevgisi ve nefreti, kan basıncı ve refleksleri; gülümsemesi, umutları, şişmiş bacakları ve şişmiş bademcikleri. Kişinin olduğu ve olmaya çalıştığı her şey anlamına gelmektedir." (Cohen ve Swerdlik, 2013). Gordon Allport ise kişiliği, her kişinin kişilik özelliklerinin dünyada tek olduğu ve bu özelliklerin bir daha dünyaya gelen hiç kimsede olamayacağını dile getirmiştir (Burger, 2006).

Genel olarak bakıldığında kişilik için yapılan tanımlamalarda ortak olan iki temel kavram vardır. Bunlardan ilki kişiliğin eşsizliği iken, ikincisi ise davranışlar üzerindeki ayırt edici özellikleridir (Gerrig ve Zimbardo, 2012).

1.1.1 Kişilik Yaklaşımları

Kişilik kavramını altı temel yaklaşım açıklamaya çalışmıştır. Bunlar; psikanalitik, bilişsel, ayırıcı özellik, biyolojik, insancıl, davranışsal/sosyal öğrenme ve yaklaşımdır (Burger, 2006).

Psikanalitik yaklaşım, kişinin davranış tarzındaki önemli ayırt edici özelliklerin bilinçaltından kaynaklandığını savunurken, bilişsel yaklaşımı savunanlar ise davranış üzerindeki farklılıkların bilgiyi işleme yöntemlerindeki farklılıktan kaynaklandığını savunur. Ayırıcı özellik yaklaşımı, bireyin kişiliği oluşturan türlü kişilik özelliklerinden bazılarının kendisinde toplandığını savunur. Biyolojik yaklaşım, kişiler arasındaki farklılıkları kalıtsallığa ve fizyolojik süreçlere dayandırır. Bu yaklaşıma tepki olarak insancıl yaklaşım, kişisel farklılığı bireysel sorumluluk ve kendini onaylama hissi ile açıklamaktadır. Davranışsal-sosyal öğrenme kuramcıları, tutarlı davranış şekillerini koşullama ve beklentilerin sonucu olarak açıklamaktadır. Bu yaklaşımlar kişiliğin

önemli farklı boyutlarını incelemişlerdir. Kişilik bu farklı boyutların bütünüdür (Burger, 2006).

1.1.2 Kişilik Bozukluğu

Psikiyatride tanı koymada en çok tartışma yaratan konulardan biri de kişilik bozukluğudur. Bu yüzden ki geçerli bir tanım yapmak güçtür. Bir kişiye kişilik bozukluğu tanısı konulabilmesi için dikkat edilmesi gereken hususlar; toplum içindeki uyumunda, düzenli olarak iş tutabilmesinde, kişiler arası ilişkilerinde sürekliliğin uzun süre bozulmuş olması gerekmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

DSM-5'e göre kişilik bozukluğu tanısı koyabilmek için altı madde dikkate alınmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013 akt.).

- A- Kişinin yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsüdür. Bu örüntüler biliş (kendini diğer insanları ve olayları algılama ve yorumlama yollarında bozulma), duygulanım (duygusal tepkilerin aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğunda bozulma), kişiler arası işlevsellik, dürtü denetimi olarak açıklanabilir. Bu örüntülerden iki ve daha fazlasında bozulma olması gerekmektedir.
- B- Süregiden, esneklikten yoksun bir örüntü, çok değişik kişisel ve toplumsal durumları kapsar.
- C- Süregiden bir örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsel alanlarında işlevsellikte düşmeye yol açar.
- D- Bu örüntü kalıcı ve uzun sürelidir başlangıcı en azından ergenlik ya da erken erişkinlik dönemine uzar.
- E- Süregiden bir örüntü, başka bir ruhsal bozukluğun bir görünümü olarak ya da başka bir ruhsal bozukluğun bir sonucu olarak daha iyi açıklanamaz.
- F- Süregiden bu örüntü, bir maddenin ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Kişilik bozukluklarında ortak görülen bazı özellikler vardır. Bunların bazıları yaptığı yanlışları yinelemesi yani hatalarından ders almamasıdır. Bu kişiler topluma aykırı davranışlar göstermektedir. Okuduğu okul ya da işlerde bozulmalar ve sonucunda da problemler yaşamaktadır. Genel olarak çevre ile çatışmalar ve sürtüşme halindedir.

Bilişsel yetilerinde, temel duygulanımında ve düşünce yapısında belirgin bozukluklar vardır ve bu durum ruhsal bozukluk ve madde etkisiyle açıklanamamaktadır. Bunun gibi problemler çocukluk ve ergenlik döneminde kendini gösterip yetişkinlikte de devam etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Kişilik bozukları DSM-5 tanı kitabında A, B ve C olarak üç küme altında incelenmektedir.

A kümesi kişilik bozuklukları: Kuşkucu (paranoid) kişilik bozukluğu, şizogibi (şizoid) kişilik bozukluğu, şizotürü (şizotipal) kişilik bozukluğu olmak üzere üç tanedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

A kümesi kişilik bozukluklarında genellikle tuhaf bir görünüm sergilemektedirler. Güvensizlik ve kuşkuculuktan sosyal olarak kopuk ve sıra dışı davranışlar sergilemektedirler (Butcher ve diğerleri, 2013).

B kümesi kişilik bozuklukları: Toplum dışı (antisosyal) kişilik bozukluğu, sınırda (borderline) kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu, özsever (narsistik) kişilik bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

B kümesi kişilik bozukluklarının genel özelliği dramatik, dengesiz ve duygusal davranışlar sergilemesidir (Butcher ve diğerleri, 2013).

C kümesi kişilik bozuklukları: Çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, takıntılı- zorlantılı (obsesif-kompulsif) kişilik bozukluğudur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

C kümesi kişilik bozukluklarında diğer kümelerin aksine bu kümedekiler kaygı ve korku belirtileri sergilemektedir (Butcher ve diğerleri, 2013).

1.1.2.1 Sınırda (Borderline) Kişilik Bozukluğu

Sınırda (borderline) terimi, Adolf Stern tarafından ilk olarak 1938 yılında tanımlanmıştır. Terapi sırasında durumu kötüleşen bir grup hasta için bu terimi kullanmıştır (Stern, 1938). Otto Kernberg, 1970'te sınırda (borderline) terimini daha fazla genişletmiştir (Kernberg, 1970). Gunderson ve arkadaşları ise sınırda hastalarını tanımlamak için yarı yapılandırılmış bir tanısal görüşme prosedürü geliştirilmiştir (

Gunderson ve diğerkleri, 1981). SKB böylelikle DSM-III'e dâhil edilmiş ve günümüze kadar gelmiştir.

Sınırdaki kişilik bozukluğu ergenlik döneminde başlamaktadır. Farklı bağlamda ortaya çıkan, duygulanımda tutarsızlık, kişiler arası ilişkilerde bozulma, benlik algısında bozulma, dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntüdür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Öztürk ve Uluşahin'e göre sınırdaki kişilik bozukluğu olan kişilerde duygulanımda, ilişkilerinde ve kimlik duygusunda belirgin dengesizlikler vardır ve bu dengesizlikler süregendir. Cinsel, okul, meslek hayatlarında yani toplumsal alanda diğerklerine karşı derin güvensizlik duyguları geliştirirler. Düş kırıklıkları, çökkünlük, bunaltı sık görülür. Bunların yanında kendine zarar verme, intihar etme, madde kullanma, antisosyal davranışlar sergileyebilirler. İçlerindeki boşluk duygusundan ve yalnız kalma korkusundan sık sık şikâyet ederler (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

SKB önemli belirleyicilerinden birisi intihardır. Umutsuzluk ve dürtüsel saldırganlık düzeyinin yüksek olması kişide intihar riskini arttırmaktadır. Dürtüsel saldırganlık ve SKB ile ilişkilidir. Umutsuzluk ise daha çok depresyon ile ilişkilidir. SKB ve depresyon en fazla intihar vakası görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. SKB hastalarında intihar oranı %10,3 olarak bulunmuştur (Paris ve diğerkleri, 2001). SKB ile majör depresyon hastalığının komorbid olarak görülmesi intihar riskini daha da yükseltmektedir (Soloff ve diğerkleri, 2000). SKB duygusal düzenleme problemlerinden dolayı intihar amacı gütmeyen ve duygu durumlarını düzenlemek için kollarında ve bileklerinde yüzeysel kesikleri görülebilmektedir. Bu oluşturulan kesikler ile duygularındaki gerilimi azaltmak hedeflenmektedir (Brown ve diğerkleri, 2002). İntihar davranışının genelde otuzlu yaşlarda olduğu görülmektedir (Gunderson ve diğerkleri, 2011)

1.1.2.2 Epidemiyolojisi

Toplumda sınırdaki kişilik bozukluğunun sıklığı yüzde 0,2 ile 1,8 arasında görülmektedir (Widiger ve Weissman, 1991). Ellison ve arkadaşları toplumda görülme sıklığını ortalama %1 olduğunu söylemişlerdir (Ellison ve diğerkleri, 2018). Psikiyatri kliniklerinde ayakta görülen hastaların %10-12'sinde, psikiyatrik bir hastalıktan dolayı hastanede yatanların %20-22 ve kişilik bozukluğu tanısı olan psikiyatri hastalarında %50'sinde sınırdaki kişilik bozukluğu görülmektedir (Ellison ve diğerkleri, 2018). Sınırdaki

kişilik bozukluğu kadın hastalarda erkeklere oranla daha fazla görülmüştür (Widiger ve Weissman, 1991; Swartz ve diğerleri, 1990). Bir başka araştırmada ise kadın ve erkekler arasında önemli ölçüde farklılık bulunmamıştır. Ayrıca SKB ile yaş arasında ters bir yaygınlık ilişkisi bulunmuştur. Sınırdaki kişilik bozukluğu belirtilerinde, 44 yaşından sonra azalmalar görülmektedir (Grant ve diğerleri, 2008).

1.1.2.3 Etiyolojisi

Sınırdaki kişilik bozukluğunda nedensel faktörler kısmen bilinmektedir. Genetik faktörler ve çocukluk dönemindeki fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz olaylar hastalığın gelişimine katkıda bulunmaktadır (Lieb ve diğerleri, 2004; Leichsenring ve diğerleri, 2011; Zanarini ve diğerleri, 2002; Wagner ve diğerleri, 2009). SKB ile olumsuz olaylar arasındaki ilişki diğer kişilik bozukluklarına göre daha fazladır (Yen ve diğerleri, 2002).

Genetik faktörlerin SKB gelişine sebep olduğuna dair kanıtlar vardır (Skodol ve diğerleri, 2002b). Fakat genetik geçiş için yapılan araştırmalar azdır (Lieb ve diğerleri, 2004). Kişilik bozukluklarında genetik geçiş konu alan bir araştırmada tek yumurta ikizlerinin birinde sınırdaki kişilik bozukluğunun varlığında diğer kardeşte görülme sıklığı %35,3'tür. Bu geçiş çift yumurta ikizlerinde %6,7'dir. Tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinin arasındaki bu yüzdelik kesimin yüksek olması genetik geçiş için güçlü bir etkiye işaret etmektedir (Torgersen ve diğerleri, 2000). SKB hastalarında görülen prefrontal korteksin orta hat bölgesindeki tepkiselliğin azalması ile duygusal tepkilerin yukarıdan aşağıya kontrolünün azalmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu genetik, nöroendokrin ve moleküler nörogörüntüleme bulguları bize bu durumda serotoninin rol oynadığına işaret etmektedir (New ve diğerleri, 2008). Serotonin taşıyıcı geni (5-HTT) SKB için aday gen olarak kabul edilmektedir. Bunun nedeni çok sayıdaki intihar, dürtüsel davranış ve duygusal sorumluluk ilgili durumlarda serotonin önemli rol oynadığı ileri sürülmüştür. Yapılan araştırmalar serotonin taşıyıcı geninin SKB'nun etiolojisinde rol oynayabileceğini düşündürmektedir (Ni ve diğerleri, 2006; Ni ve diğerleri 2009).

Sınır kişilik bozukluğu tanılı yatan hastalarda 40-71% oranında çocukluk cinsel istismar vakaları görülmektedir (Zanarini ve diğerleri, 1989). Bir diğer araştırmada bu

hastaların %15-30 aralığında cinsel istismar öyküsü mevcuttur (Al-Alem ve Omar, 2008).

1.1.2.4 Nöro-Görüntüleme

SKB olan bireylerde genellikle dürtüsel ve saldırgan davranışlar görülmektedir. Hipokampus ve amigdala, bu tür duygusal ifadeleri kontrol etmede merkezi bir rol oynayan limbik sistemin bir parçasını oluşturmaktadır. MRI (Manyetik rezonans görüntüleme)'nin kullanıldığı araştırmaların bazılarında SKB olan hastaların amigdala bölgesinde hacimsel olarak küçülmeler olduğu ileri sürülmüştür (Schmahl ve diğerleri 2003). SKB olan ergenlerde yapılan bir araştırmada ise önemli bir hacim küçülmesi bulunamamıştır (Chanen ve diğerleri 2008). Yapılan bir meta analiz araştırmasında ise SKB bireylerin hipokampus ve amigdalasında önemli ölçüde daha küçük hacim bulunmuştur (Nunes ve diğerleri, 2009).

Yapılan başka bir araştırmada SKB olan bireylerde kendine zarar verici davranışların hipofiz bezinin büyüklüğü ile ilişkili olabileceği ortaya atılmıştır. Araştırmada bu iddiayı doğrulamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (Jovev ve diğerleri, 2008).

SKB biyolojik temelini araştıran başka bir araştırmada ise PET ile alınan görüntülerde frontal ve prefrontal bölgede metabolizma hızında yükseliş, hipokampus ve cuneusta ise metabolizma hızında yavaşlama görülmüştür. Limbik ve prefrontal bölgenin, duygu düzenlemesinde rol oynaması ile ilişkili olması SKB semptomlarının temelini oluşturan neden olabileceğini düşündürmektedir (Juengling ve diğerleri, 2003). FMRI (Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme) ile yapılan başka bir görüntülemeye ise SKB olan bireylerin normal bireylere göre amigdalada artan aktivasyon ile düşük seviyeli stresörlere bile yoğun duygular yansıttığı görüntülenmiştir (Herpertz ve diğerleri, 2001).

1.1.2.5 Komorbidite

Sınırdaki kişilik bozukluğu görülen bir kişide %41-83 majör depresyon öyküsü görülmektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğuna komorbid olarak görülen diğer psikiyatrik rahatsızlıklar; distimi %12-39, bipolar bozukluk %10-20, madde kötüye kullanımı %64-66, travma sonrası stres bozukluğu %46-56, sosyal fobi %23-47, obsesif kompulsif bozukluk %16-25, yeme bozukluğu %29-53 olarak görülmektedir (Oldhan ve diğerleri,

1995; McGlashan ve diğerleri, 2000; Zanarini ve diğerleri, 1998b). Ayrıca SKB hastalarında erkeklerde en çok madde bağımlılığı gözlemlenirken, kadınlarda ise TSSB gözlemlenmektedir (Grant ve diğerleri, 2008). SKB ve diğer kişilik bozukluklarının birlikte görülme sıklıkları ise; %43 kaçınan kişilik bozukluğu, %30,3 paranoid kişilik bozukluğu, %29,8 karşıt gelme bozukluğu, %24,5 pasif agresif kişilik bozukluğu, %22,7 antisosyal kişilik bozukluğu, %18,2 obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, 16,4 narsistik kişilik bozukluğu, %15,3 histrionik kişilik bozukluğu, %6,6 şizotipal kişilik bozukluğu, %5,7 bağımlı kişilik bozukluğu, %5,5 sadistik kişilik bozukluğu, %1,8 şizoit kişilik bozukluğu olarak görülmektedir (Zanarini ve diğerleri, 1998a).

1.1.2.6 Tanı

SKB tanısı koyarken DSM-5 tanı kitabından faydalanılabilir.

DSM-5 Tanı kitabına göre beşi ve daha çok maddeyi kapsayan, erken yetişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntüdür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013 akt.).

Duygusal Kriterler (Benlik algısı ve duygulanımda tutarsızlık)

- Uygunsuz yoğun bir öfke ya da öfkesini denetlemekte güçlük çekme (örn. sık sık kızgınlık gösterme, sürekli öfkeli olma, sık sık kavgaya karışma).
- Süreğen bir boşluk duygusu
- Duygudurumda belirgin bir tepkiselliğin olmasına bağlı olarak duygulanımda tutarsızlık (örn. yoğun dönemsel disfori, kolay kızma ya da genellikle birkaç saat, ancak seyrek olarak birkaç günden daha uzun süren bulantı)

Bilişsel Kriterler

- Zorlanmayla ilintili, gelip geçici kuşkucu düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri.
- Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli, tutarsız bir benlik algısı ya da kendilik duygusu.

Davranış Kriteri (Dürtüsellik)

- Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
- Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, maddeyi kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, tıkınırcasına yeme).

(Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)

Kişiler Arası Kriter

- Gerçek ya da imgesel bir ayrılıp gidilmeden (terk edilmeden) kaçınmak için çılgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)
- Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkartma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişiler arası ilişkiler örüntüsü.

Bu kriterlerden 5 ya da daha fazlası kişide görüldüğünde SKB tanısı koyulabilmektedir.

Rutin bir değerlendirme sırasında SKB tanısı nadiren teşhis edilmektedir. Kişilik bozukluğu tanısı koymak birçok psikiyatrik rahatsızlığın tanısını koymaktan daha zordur. Psikiyatrik tanılarının birçoğu kişilik bozukluklarına göre tedavilere daha hızlı tepki vermektedir. SKB tanı oranlarının düşük olmasının bir başka nedeni ise ruh sağlığı çalışanlarının daha geniş bir değerlendirme yapması için daha geniş zamana ihtiyaç duymasıdır. SKB olan bireylerde genelde komorbid bir başka rahatsızlık olmaktadır ve bu durumda SKB geri planda kalmaktadır. Kişilik bozukluklarının teşhis edilmesinin ruh sağlığı için önemini vurgulayan Zimmerman; yarı yapılandırılmış görüşmelerin, yapılandırılmamış görüşmelere göre daha etkili olduğunu savunmuştur (Zimmerman ve Mattia, 1999; Zimmerman ve diğerleri, 2005).

1.1.2.7 Tedavi

Amerika Psikiyatri Derneği'nin uygulama kılavuzuna göre SKB semptomlarının tedavisinde farmakoterapi ile psikoterapi uygulamalarının birlikte yürütülmesi önerilmektedir. İlaç ile tedavi algoritmaları üç şekilde gruplanmıştır. Bilişsel ve algısal semptomlar için nöroleptikler, efektif semptomlar için SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörü) ve dürtüsel-davranışsal kontrolsüzlük semptomları için SSRI ve düşük doz nöroleptiklerin kullanılmasını önerilmiştir (APA, 2002).

Terapi yöntemi olarak en çok araştırılan yöntem diyalektik davranış terapisi'dir. SKB için geliştirilen bir tedavi yöntemidir. Bilişsel davranışçı terapinin üçüncü dalga modellerinden biridir (Budak ve diğerleri, 2020). İntihar etme ve kendine zarar verme

davranışları öncelik olarak ilk sıradadır. Daha sonra duygu düzenleme ve yaşam becerileri hedeflenmektedir (Linehan, 1993). Klinik bir araştırmada bir yıl gözetim altında olan kadın SKB hastalarının diyalektik davranışçı terapi uygulandığında ölüm ile sonuçlanabilecek davranışlarında azalma, bireysel terapide kalma olasılığında artma, hastanede yatma gün sayısında azalmalar olduğu sonucuna varılmıştır (Linehan ve diğerleri, 1991). Yapılan meta-analiz sonucunda diyalektik davranışçı terapinin orta düzeyde etkisi olduğu bulunmuştur (Kliem ve diğerleri, 2010). Diyalektik davranışçı terapi hedefleri; duyguları düzenlemek, duygulardaki değişim yavaş veya olası olmadığında duygusal sıkıntıya tahammül etme becerileri geliştirmektir. Kişiler arası çatışmalarda sağlıklı iletişim becerileri geliştirilmelidir. O anda kalabilmek için dikkati kontrol becerileri öğretilerek davranışsal yetenekleri geliştirilmelidir. Problem yaşanan olaylara maruz bırakılarak pekiştirmeler sağlanmalıdır. İşlevselliğin artması için çeşitli stratejiler geliştirilmelidir. Görüşmeler haftalık yapılabilir böylece hastanın motivasyonu ve yeteneklerinin artması sağlanmalıdır. SKB hastaları içinde en şiddetli düzey davranışsal kontrol bozukluğu olan düzeydir. Bu düzey SKB ilk yapılması gereken tedavi davranış kontrolünü arttırmak ve işlevsiz davranışları azaltmaktır. Böylelikle hasta daha işlevsel hale gelecektir. İntihara eğilimli hastalarda yaşamı tehdit eden davranışları azaltmak amaçlanmalıdır. Yeterli davranış kontrolü sağlandıktan sonra duygu yönetimi ve disfori çalışmak gereklidir (Lieb ve diğerleri, 2004).

İntihar etme ve kendine zarar verme davranışlarını azaltmada diyalektik davranış terapisinin yanında aktarım odaklı psikoterapi uygulaması da etkili bulunmuştur (Clarkin ve diğerleri, 2007).

Psikodinamik temelli aktarım odaklı psikoterapi ile şema terapinin karşılaştırıldığı başka bir araştırmada ise şema terapinin SKB genel psikopatolojik işlev bozukluğunu azaltmada ve hastaların yaşam kalitelerini arttırmada, aktarım odaklı psikoterapiye göre daha etkili olduğu bulunmuştur (Giesen ve diğerleri, 2006).

Bilişsel davranışçı terapinin de kendine zarar verme davranışları, intihar etme ve birçok sınırdaki kişilik bozukluğu semptomları üzerine etkisi olduğu bulunmuştur. Terapi süresi arttıkça hastaların yaşam kaliteleri de artmıştır (Davidson ve diğerleri, 2006).

Genel olarak bakıldığında terapiler intihar ve kendine zarar verme davranışları üzerine odaklanmışlardır. Bu semptomlara odaklanmak doğru bir karardır. Böylelikle

hastanelerdeki yatan hasta sayısı azalmakta ve hastaların sosyal yaşantıları etkilenmemektedir. Bu terapi türleri bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış yöntemlerdir hangisinin diğerinden iyi olduğu üzerine olan kanıtlar çok güçlü değildir. Fakat ABD’de en çok kullanılan yöntemin diyalektik davranışçı terapi olduğu gerçektir (Zanarini, 2009).

SKB ile ilgili hala bilinmeyen ve öğrenilmesi gereken hala bir sürü konu vardır. Bu tedavi yöntemlerinin bilimsel olarak etkileri kanıtlanmış olsa da mevcut tedaviler yetersizdir. Tedavi yöntemleri hem zaman olarak hem de maliyet olarak daha etkili bir şekilde geliştirilmelidir (Lieb ve diğerleri, 2004).

1.2 Bağımlılık

Haşhaş bitkisinden elde edilen afyon tarihte sağlık alanında kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle ağrı kesici, acı dindirici, öksürük azaltıcı olarak kullanılmıştır. Zamanla rahatlatan ve keyif veren özellikleri keşfedilmiştir. Daha sonra bağımlılık yaptığı gözlenmesiyle dünyada bilenen ilk uyuşturucu maddesi olmuştur. Ardından afyon üzerinde yapılan araştırmalarla uyuşturucu madde çeşitleri çoğaltılmıştır (Babaoğlu, 1997).

Uyuşturucu maddenin yanında sigara ve alkol de bağımlılık yapan maddeler arasına girmiştir. 1986 yılında ABD Genel Cerrah Raporu ile sigaranın bağımlılık yapıcı özelliği olduğu fikri ortaya atılmıştır (USDHHS, 1986).

Bazı araştırmacılar bağımlılık kavramını sadece maddeye ile ilişkili olması gerektiğini savunsalarda, kumar bağımlılığı gibi bağımlılık kriterlerini karşılayan problemlili davranışlar da bu tanım altında toplanmıştır. (Ögel, 2012). Madde, alkol, tütün gibi bir maddeye karşı olan bağımlılıklar bir maddeye ya da nesneye karşı oluşan bağımlılığı ifade ederken; kompulsif seks, kumar, internet veya alışveriş gibi davranışa dönük bağımlılıklar, süreç bağımlılığı yani davranışsal bağımlılığı ifade etmektedir. Davranışsal bağımlılık, bir maddenin aksine bir eylemin neden olduğu bir davranış veya duyguya olan bağımlılığı yansıtmaktadır (Alavi ve diğerleri, 2012). Yeme bağımlılığı da davranış bağımlılığının içinde bulunmaktadır (Ross, 2017; Holden, 2001).

DSM-5 tanı kriteri kitabına göre madde kullanım bozukluğu tanısının koyulabilmesi için gerekli ölçütler aşağıda verilmiştir.

DSM-5 Madde kullanım bozukluğu tanı ölçütü (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013 akt.).

- 1- Maddenin amaçlanandan daha fazla miktarda ve daha uzun sürelerle alınması
- 2- Sürekli bir madde isteğinin olması ve madde kullanımını kesme ya da azaltma çabalarının başarısız olması
- 3- Maddeyi elde etmek için, maddeyi kullanırken, madde etkisi ya da kesilme sendromunun etkisi altında çok zaman harcanıyor olması
- 4- Maddeye karşı çok güçlü bir istek veya dürtünün varlığı
- 5- Okul, iş veya ev yaşamında önemli yükümlülüklerin ihmaline neden olacak şekilde tekrarlayıcı madde kullanımı
- 6- Sosyal yaşamda veya diğer insanlarla ilişkilerde kalıcı ve tekrarlayıcı sorunlara yol açtığı ya da bu sorunları ağırlaştırdığı halde madde kullanımını sürdürme
- 7- Önemli sosyal, mesleki etkinlikleri ve kişisel ilgi alanlarına ilişkin etkinlikleri, madde kullanımı nedeni ile bırakmak ya da azaltmak
- 8- Fiziksel olarak tehlikeli olabilecek şekilde veya durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanıyor olmak
- 9- Madde kullanımına bağlı olarak ortaya çıktığı veya ağırlaştığı bilinen bedensel veya ruhsal bir sağlık sorununun varlığına rağmen madde kullanımının sürdürülmesi
- 10- Tolerans
- 11- Kesilme (çekilme) belirtileri

12 aylık süre içerisinde bu belirtilerden iki ve daha fazlasının bulunuyor olması tanı koyma için yeterlidir. Şiddet olarak 2-3 ölçüt hafif, 4-5 ölçüt orta, 6 ve daha fazlası görülüyor ise ağır düzeyde bozukluk olarak isimlendirilir.

İlk 4 madde kontrol bozukluğunu, 5-7 madde aralığı sosyal alandaki bozulmayı, 8-9 maddeler riskli kullanımı ve 10 ve 11. maddeler ise farmakolojik açıdan madde kullanım bozukluğunu değerlendirmemizi sağlamaktadır.

DSM-5'e göre "maddenin kötüye kullanımı" ve "madde bağımlılığı" kavramları tanı güvenilirliğinin düşük olmasından ve iki tanı arasındaki ayrımın belirsiz olmasından dolayı değiştirilip "madde kullanım bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir. Ayrıca kumar "kumar bağımlılığı" kavramı da "kumar oynama bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Bu revize sonucunda madde kullanım bozukluklarının davranışsal ve fizyolojik ilerlemesi hakkında geniş çapta kabul gören, kanıta dayalı teorilerle daha uyumlu hale getirilmiştir (Blumenthal ve Gold, 2010).

1.2.1 Yeme Bağımlılığı

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2013 yılında obezite küresel bir salgın olarak kabul edilmiştir (WHO, 2015). Dünyadaki birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede obezite prevalansı artmaya devam etmektedir (Serter, 2004). Obezitenin artması ile yeme bağımlılığı kavramı önem kazanmaya başlamıştır. Yeme bağımlılığı oldukça yeni ve karmaşık bir kavramdır. Yeme bağımlılığını anlamak, obezite sorununu çözmek için oldukça önemlidir (Dimitrijević ve diğerleri, 2015).

Yeme bağımlılığı ilk 1956 yılında Theron Randolph tarafından literatüre tanıtılmıştır. Randolph'a göre yeme bağımlılığı, karbonhidrat içeren bazı besinlere karşı oluşan bir adaptasyondur (Randolph, 1956). Lezzetli yiyecekleri önemli ölçüde kişide işlevsellikte bozulma ve kişiyi sıkıntıya sokacak şekilde yemek yeme davranışı, yeme bağımlılığı olarak tanımlanmıştır (Gearhardt ve diğerleri, 2009a) .

Gıda alımı homeostatik ve hedonik yollar ile gerçekleşir. Homeostatik yol, enerji depolarının boşalmasından sonra yemek yeme motivasyonunu arttırarak enerji dengesini sağlamaktadır. Hedonik yol ise ödül temellidir. Lezzetli yiyeceklerin tüketiminin arttırarak enerji bolluğu sağlamaktadır (Lutter ve Nestler, 2009). Yeme bağımlılığı yiyeceğe özel bir bağımlılık gibi düşünülse de gerçekte olan yiyecek ile ilgili değildir. Yeme bağımlılığındaki önemli nokta yeme sırasındaki süreçtir. Bu süreç kişide davranışsal bir bağımlılık oluşturmaktadır. Kişi yiyeceği stres azalma olarak kullanmaya başladığında bağımlılık sürecini de başlatmış olmaktadır. Bu durum madde bağımlılığıyla aynıdır. İki bağımlılıkta da beynin ödül ve zevk merkezleri etkilenmektedir (Ross, 2017). Bu merkezlerin etkilenmesinde dopamin önemli rol oynamaktadır (Blum ve diğerleri, 2000).

Bazı araştırmacılara göre ise yeme bağımlılığı tanımlamasının doğru bir tanım olmadığı, yeme bağımlılığının günümüz yiyecek endüstrisinin ve reklamların yiyecekleri daha da çekici hale getirmesinin sonucu olarak bu kavrama yeme bağımlılığı değil de “örtük isteme” kavramının kullanılmasını önermişlerdir (Blundell ve Finlayson, 2011).

1.2.2 Yeme Bağımlılığı Tanı Kriterleri

Yeme bağımlılığı tanısı koyabilmek için Gearhardt ve arkadaşlarının geliştirdiği Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği kullanılmaktadır. Bu ölçek DSM-IV madde bağımlılığı

tanı kriterleri dikkate alınarak geliştirilmiştir (Gearhardt ve diğerleri, 2009b). Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği'nin içeriği aşağıdaki gibidir.

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği içeriği;

- Planlanandan daha uzun zaman periyodunda yeme,
- Bilinen olumsuz sonuçlarına rağmen yemeyi sürdürme,
- Tolerans,
- Yoksunluk,
- Anksiyete ve diğer fiziksel belirtileri yaşamak,
- Tekrarlayan tüketimi azaltma ve kesme girişimleri,
- Aktivitelerin azaltılması (sosyal, işle ilgili ve kişiler arası),
- Yemeye veya yemekle ilgili aktivitelere fazla zaman harcamak stres ya da fonksiyonel yetersizliktir.

Bu içerik ile belirlenen maddelerden alınan toplam puan ile yeme bağımlılığı tanısı koyulabilmektedir.

1.2.3 Epidemiyolojisi ve Komorbidite

Yale yeme bağımlılığı anketi ile yapılan araştırmalarda nüfusun %5-10'unda yeme bağımlılığı görülmektedir (Gearhardt ve diğerleri, 2011). Obez/aşırı kilolularda bu oran %24,9 iken sağlıklı kilolu bireyler de ise bu oran %6-14,8 olarak görülmektedir (Pursey ve diğerleri, 2014).

Ayrıca yeme bağımlılığı ile komorbid görülen rahatsızlıklar duygu durum bozukluğu %83,8, anksiyete bozuklukları %76,1, bağımlılık ile ilgili bozukluklar %48,5, çocuklukta DEHB %38,7 olarak görülmektedir (Fauconnier ve diğerleri, 2020).

Bulimia nevroza ile yeme bağımlılığı arasında büyük oranda bir ilişki görülmektedir (De Vries ve Meule, 2016; Meule ve diğerleri, 2014). Bazı araştırmacılar aralarındaki ilişkiden dolayı bulimia nevrozayı bağımlılık benzeri yeme davranışı olarak tanımlamışlardır (Meule ve diğerleri, 2014).

Yeme bağımlılığı ile sık birlikte görülen diğer psikolojik rahatsızlık ise tıknırcasına yeme bozukluğudur (Carter ve diğerleri, 2019). Tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde %56,8 sıklığında yeme bağımlılığı görülmektedir (Long ve

diğerleri, 2015). Bazı araştırmacılar da yeme bağımlılığını tıknırca yeme bozukluğunun yoğunca bir formu olduğu fikrini ileri sürmüşlerdir (Davis, 2017). Her iki bozuklukta da insanlar yemek yemeleri üzerinde kontrol eksikliği yaşarlar, olumsuz sonuçlara rağmen aşırı yemeye devam ederler ve davranışlarını değiştiremeyebilirler (Gearhardt ve diğerleri, 2011). Carter ve diğerleri, bu iki bozukluğun sık bir arada görülmesinin yeme üzerindeki kontrolün kaybedilmesi, gıda tüketimini azaltmaya yönelik başarısız girişimler ve yoğun gıda isteklerinin iki mekanizmada ortak olmasından dolayı oluştuğunu savunmuştur (Carter ve diğerleri, 2019). Schulte ve diğerlerine göre ödül sistemindeki bozukluklar, duygu düzenlemede zorlukları, karar vermede zorluk ve dürtüsellik bu iki patolojinin oluşmasında ortak nedenler olarak etkilidir (Schulte ve diğerleri, 2016). Tıknırcasına yeme bozukluğu ile yeme bağımlılığı arasındaki benzerlikler ne kadar çok olsa da her iki yapıda birbirinden farklıdır (Gearhardt ve diğerleri, 2011).

1.2.4 Yeme Bağımlılığı Nörofizyolojisi

Mezolimbik beyin bölgesinde, akümbens çekirdeğindeki nöronlardan dopamin salınması ile bir dopamin ve D2 reseptörü ile etkileşime girdiğinde kişide ödül mekanizmasını oluşturur. Dopamin sinapsa salındığında bazı reseptörleri (D1-D5) uyarır ve uyarım sonucunda kişide refah duygusu artar ve stres düzeyinde azalma olur. Bu yüzden dopamin “zevk ve antistres molekülü” olarak da bilinmektedir. Belirli genetik varyantların neden olabileceği işlev bozukluğunda dopaminin az salgılanması sonucu kişi dopamin düzenlemesine ihtiyaç duyabilmektedir. Kişi bu düzenlemeleri bağımlılık yapıcı madde ve davranışlarla sağlayabilmektedir. Özellikle D2 reseptör eksikliğinde kişi alkol, madde, kumar bağımlılığına açık hale gelmektedir (Blum ve diğerleri, 2000).

Parkinson hastalığı dopaminerjik nörotransmisyonadaki eksikliklerden dolayı oluşan nörolojik bir rahatsızlıktır. Yapılan araştırmada Parkinson hastalığı ile bağımlılık arasında negatif korelasyon bulunmuştur. Parkinson hastalarında nadir olarak bağımlılık görülmektedir. Bu nadir görülen süreç ise dopaminerjik ilaç sonrası oluşmaktadır. Bu araştırmada dopaminin Parkinson hastalığı ve bağımlılık üzerindeki etkisi ortaya koyulmuştur. Ayrıca sürekli olarak arttırılan dopaminin kişide o davranışın gelişmesini ve devamlılığını sürdürmeye teşvik ettiğini gösterilmiştir (Dagher ve diğerleri, 2009).

D2 reseptörü alkol ve madde bağımlılığında olduğu gibi D2 reseptörlerinde azalma obezite ve aşırı yeme ile ilgili de bulunmuştur (Volkow ve diğerleri, 2007; Volkow ve diğerleri, 2001; Volkow ve diğerleri, 2008). Ayrıca D2 reseptörü seviyesi ile VKİ negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Wang ve diğerleri, 2001).

Avena ve diğerlerinin yaptığı bir araştırmada farelere şeker ve yağ solüsyonları ile normal laboratuvar yemi verilerek bir deney modeli oluşturulmuştur. Normal laboratuvar yemine ulaşım hiç engellenmemişken şeker ve yağ solüsyonlarına 2 saatte bir ulaşım sağlanmıştır. Fareler günlük enerjilerinin çoğunu şeker ve yağ solüsyonlarından almıştır. Şeker çözeltisinde aşırıya kaçan fareler her geçen gün daha fazla şeker tüketerek tolerans geliştirmeye başlamışlardır. Yüksek dozda nalokson verildiğinde diş gıcirtısı, ön ayak titremesi ve kafa sallama gibi afyon benzeri yoksunluk belirtileri göstermişlerdir. Şeker alımında aşırıya kaçan fareler kokaine karşı çapraz duyarlı hale gelmişlerdir. Yüksek şeker alımı uyuşturucu maddelerde olduğu gibi beynin belirli yerlerinde dopamin salınımını uyarmıştır (Avena ve diğerleri, 2009).

Başka yapılan bir araştırmada ise araştırmacılar sıçanları şeker oranı yüksek solüsyonla ile 12 saat boyunca beslemişlerdir. Daha sonra bu solüsyon belirli aralıklar ile kesilmiştir. Solüsyon alamayan sıçanlarda madde bağımlılığında sık rastlanılan anksiyetede yükselme, çekilme belirtileri ve yoksunluk benzeri belirtiler gözlemlenmiştir (Avena ve diğerleri, 2008).

Farelerdeki mezolimbik dopamin sistemi ile nükleus akumbens, gıda ve ilaç alımında dopaminerjik nörotransmisyon ile ödül sistemini tetikleyen yerlerdir. Araştırmada kafeterya tarzı beslenen fareler normal laboratuvar yemi ile beslenen farelere göre 15 günde %20 yağlanmışlardır. Yağ oranı artmış olan farelerin akumbens çekirdeğinde ve dorsal striatumundaki hücre dışı akumbens dopamin seviyeleri normal beslenen farelere göre daha düşük çıkmıştır. Hücre dışı dopamin seviyesi düşük bulunan yağ oranı fazla olan farelerin normal farelere göre kafeterya türü yiyecekleri kötüye kullanımı ile dopamin salınımını arttırmaya çalıştığı ortaya çıkmıştır. Böylece lezzetli yiyeceklerle dopamin vasıtası ile bağımlılık geliştirdiği gözlemlenmiştir (Geiger ve diğerleri, 2009).

Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda ortak sonuç olarak, yağ ve şeker oranı yüksek lezzetli yiyeceklerin tüketilmesi ile beyinde bulunan ödül sistemlerinin harekete

geçtiği tespit edilmiştir. Beyinde özellikle ventral striatum, prefrontal korteks ve amigdalanın yiyeceklerin keyif veren yönüne duyarlı olduğu gösterilmiştir (Luther ve Nestler, 2009). Artan dopamin miktarı ile alınan zevk derecesi bağlantılı iken alınan bu zevk yemek yeme arzusu (açlık) veya tokluk derecesiyle bağlantılı olmadığı bulunmuştur (Small ve diğerleri, 2003).

Yapılan araştırmalarda görüldüğü üzere, madde kullanım bozukluğundaki belirtilerin (tolerans geliştirme, yoksunluk belirtileri, olması gerekenden fazla tüketilen yiyecek, yiyeceğe karşı güçlü istek vb.) yiyeceklerde de benzer şekilde madde benzeri etkilere neden olduğu araştırmalar sonucu ortaya koyulmuştur.

1.3 Bağımlılık (Madde Kullanım Bozukluğu) ve Kişilik Bozuklukları

Kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozukluğu sık birlikte görülen rahatsızlıklardır (Verheul, 2001). SKB'nun dürtüsellik, aleksitimi, bağlanma bozuklukları, travma sonrası stres bozuklukları ve opiat düzensizliği madde kullanım bozukluğu ile yakından bağlantılıdır (Dervaux ve Laqueille, 2016). Kişilik bozukluğu tanısı almış hastaların %76'sında madde kullanım bozukluğu bir arada görülmektedir (Weiss ve diğerleri, 1993). Madde kullanım bozukluğu eskiden bağımlılık olarak isimlendirilmekteydi. Bağımlılık, ilk başlarda kişilik bozukluklarının bir belirtisi olarak düşünülüyordu. DSM-III'ün güncellenmesi ile alkol/madde kullanım bozuklukları ayrı bir psikiyatrik rahatsız olarak tanımlanmıştır. Böylelikle bağımlılık, kişilik bozukluğundan ayrı bir şekilde sınıflandırılmaya başlanmıştır (Morgenstern ve diğerleri 1997).

Madde kullanım bozukluğu sebebi ile tedaviye başvuru yapan 370 madde kullanım bozukluğu hastasının %57'sinde en az bir başka kişilik bozukluğu tanısı bulunmuştur. Kişilik bozuklukları kümeleri arasından özellikle B kümesi %45,7 ile öne çıkmaktadır. B kümesi kişilik bozuklukları; antisosyal kişilik bozukluğu (%27) ve sınırda kişilik bozukluğu (%18,4), madde kullanım bozukluğu (MKB) ile birlikte görülen en yaygın kişilik bozukluklarıdır (Rounsaville ve diğerleri, 1998; Cacciola ve diğerleri, 1996).

Kokain ve crack kullanan madde kullanım bozukluğu olan hastalarda yapılan araştırmaya göre en yaygın görülen kişilik bozuklukları; %21 antisosyal kişilik bozukluğu, %21 pasif- agresif kişilik bozukluğu, %18 sınırda kişilik bozukluğu

bulunmuştur (Kleinman ve diğerleri, 1990). Hastanede yatarak tedavi olan madde kullanım bozukluğu (kokain kullanan) tanısı almış hastalarla yapılan bir başka araştırmada, hastaların %70'i en az bir kişilik bozukluğu tanısını karşılamıştır. En yaygın kişilik bozukluğu tanısı sınırda kişilik bozukluğu (%34), narsistik kişilik bozukluğu (%28), çekingen ve paranoid kişilik bozukluğu (%22), obsesif kompulsif kişilik bozukluğu (%16) olarak bulunmuştur (Kranzler ve diğerleri, 1994).

Kişilik bozukluğu ile madde kullanım bozukluğu (MKB) birlikte görüldüğünde nüks etme oranı da fazla görülmüştür. Kişilik bozukluğu olanların %6'si bir yıl boyunca ayık kalırken, kişilik bozukluğu olmayan hastaların %44'ü ayık kalmıştır. Tedavi sürecini de iki rahatsızlığın bir arada görülmesi tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir (Booth ve diğerleri, 1992; Nace ve diğerleri, 1993; Thomas ve diğerleri, 1999).

SKB ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiye bakılan bir araştırmada, alkol kullanma bozukluğu olan bireylerin %27,7'sine SKB tanısı koyulmuştur. Alkol madde kullanım bozukluğu (AKB) görülen kadın hastalarda SKB, erkek hastalarda ise antisosyal kişilik bozukluğu daha sık görülmektedir (Brandy ve diğerleri, 1999). Alkol kullanım bozukluğu (AKB) ve SKB tanısı almış bireylerin yaş ortalaması 34,5 iken, sadece alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş ortalaması 47,2 bulunmuştur. Yani AKB ve SKB görülen bireyler daha genç yaşta AKB rahatsızlığı görülmektedir. Fiziksel semptom, alkol kullanım sıklığı, içki içme süresi, alkol ile ilgili geçmişleri, sosyal yaşantıları açısından SKB olan ve SKB olmayan AKB bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. SKB ve AKB olan bireylerde madde kullanımı, SKB olmayan AKB olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca SKB ve AKB olan bireylerde intihar girişim sıklığı oranı da daha yüksek görülmektedir (Nace ve diğerleri, 1983).

Sınırdaki kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili araştırmalara baktığımızda, yapılan bir araştırmaya göre 479 SKB tanısı almış katılımcının 275'inde (%57,4) madde kullanım bozukluğu (MKB) tanısı almıştır. SKB tanısı almış katılımcıların, %48'i ise alkol kullanım bozukluğu, %38'i ise uyuşturucu madde kullanım bozukluğu görülmüştür. Bir veya daha fazla MKB görülen kişilerde %27,4 SKB tanısı bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı görülen kişilerin %14,3'ü, kokain kullanan kişilerin %16,8'i, opioid kötüye kullanımı görülen kişilerin %18,5'i SKB kriterlerini karşılamıştır. Sonuçlara bakıldığında MKB olan kişilerde SKB oranları yüksek görülmektedir (Trull ve diğerleri, 2000).

BÖLÜM 2: YÖNTEM ve GEREÇLER

2.1 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada 18-65 yaş arasındaki bireylerden veri toplanılmıştır. Örneklem 583'ü kadın, 212'si erkek olmak üzere toplam 795 kişiden oluşmaktadır.

2.2 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Borderline Kişilik Ölçeği, Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği ve Sosyo-demografik Form kullanılmıştır.

2.2.1 Borderline Kişilik Ölçeği

Borderline kişilik ölçeği, Poreh ve arkadaşlarının geliştirdiği bir ölçektir. DSM-IV tarafından tanımlanan her bir Borderline kişilik bozukluk kriteri için ayrı alt ölçek içeren ve temelde bireyin kendini değerlendirmesini sağlamayan bir ölçektir. Ölçek içerisinde toplamda 80 madde ve 9 alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin psikometrik özelliklerini ortaya koyabilmek için ABD, Avusturalya ve İngiltere'de uygulanmıştır (Poreh ve diğerleri, 2006). Türkçeye standardizasyonu Ceylan (2017) tarafından yapılmıştır.

Ceylan, Borderline Kişilik Ölçeği geçerlilik, güvenirlik ve faktör yapısı çalışmasında alt boyut ve toplam Cronbach α değerlerini sırasıyla; Dürtüsellik 0.53, Duygulanımda kararsızlık 0.68, Terk edilme 0.46, İlişkiler 0.65, Kendilik-İmgesi 0.65, İntihar/kendini yaralama davranışı 0.68, Boşluk duygusu 0.63, Yoğun öfke 0.81, Psikoz benzeri durumlar 0.65, toplam değer 0.89 olarak bulmuştur (Ceylan, 2017).

Bu araştırmada bulunan alt boyut ve toplam Cronbach α değerleri; Dürtüsellik 0.550, Duygulanımda kararsızlık 0.750, Terk edilme 0.741, İlişkiler 0.753, Kendilik imgesi 0.813, İntihar/ Kendini yaralama davranışı 0.813, Boşluk duygusu 0.808, Yoğun öfke 0.832, Psikoz benzeri durumlar 0.694, toplam değer 0.940 olarak bulunmuştur.

Ölçekteki ifadeler, doğru ve yanlış olarak şekillenmiştir. Puanlaması ise her alt ölçek için maddeler eklenerek yapılır. Pozitif maddelerde her doğru soru 1 puan olarak hesaplanırken yanlış sayıları 0 puandır. Negatif maddelerde ise, her doğru için 0 puan verilirken, yanlışlar 1 puan ile hesaplanır. Borderline kişilik ölçeği alt boyutlarını oluşturan maddeler aşağıdaki gibidir. Negatif maddeler altı çizili olarak gösterilen maddelerdir.

Dürtüsellik: 1, 10, 26, 34, 42, 57, 64, 68, 71.

Duygulanımda Kararsızlık: 2, 11, 19, 27, 35, 43, 49, 58, 65, 72.

Terk edilme: 3, 12, 20, 28, 44, 50, 59, 66, 73, 78.

İlişkiler: 4, 13, 21, 29, 36, 45, 51, 60.

Kendilik-İmgesi: 5, 14, 37, 46, 52, 61, 67, 70, 74.

İntihar/Kendini Yaralama Davranışı: 6, 15, 22, 30, 38, 53, 75.

Boşluk Duygusu: 7, 16, 23, 31, 39, 54, 62, 69, 76, 79.

Yoğun Öfke: 8, 17, 24, 32, 40, 47, 55, 63, 77, 80.

Psikoz Benzeri Durumlar: 9, 18, 25, 33, 41, 48, 56.

2.2.2 Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

Yale yeme bağımlılığı ölçeği, 2009 yılında Gearhardt ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Gearhardt ve diğerleri, 2009b). DSM-IV madde bağımlılığı tanı kriterleri dikkate alınarak geliştirilmiştir. Bayraktar ve arkadaşları 2012 yılında Türkçeye uyarlamıştır (Bayraktar ve diğerleri, 2012). Sevinçer ve arkadaşları ise 2015 yılında geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır (Sevinçer ve diğerleri, 2015). Bayraktar ve arkadaşları Cronbach alfa değeri 0.930 bulmuştur. Sevinçer ve arkadaşları geçerlilik güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa değerini 0.859 bulmuştur. Bu araştırmada Cronbach alfa değeri 0.855 olarak bulunmuştur.

Maddelerin Puanlanması

Madde (19, 20, 21, 22) verilen yanıtlar için 0 ifadesi (0), 1 ifade ise (1) puan ifade etmektedir, Madde (24) için 0 yanıtı (1) puan, 1 yanıtı (0) puan, madde (8, 10, 11) verilen yanıtlarda 0 veya 1 işaretleyenler (0) puan, 2-4 arası yanıtlar (1) puan, madde (3, 5, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16.) 0-2 arası yanıtlayanlar (0) puan, 3-4 yanıtlayanlar (1) puan, madde (1, 2, 4, 6.) 0-3 arası yanıtlayanlar (0) puan, 4 yanıtını verenler (1) puan, madde (25) 4 ve daha az işaretleyenler (0) puan, 5 seçeneğini işaretleyenler (1) puan almaktadır. Madde (17, 18, 23) puanlanmayan sorulardır.

Dikotomik skorlamada klinik anlamlılık, 15. ya da 16. maddelerden birinin=(1) puan ve belirti skoru (≥ 3) olmalıdır. Bu maddelerden ikisinden biri 0 (sıfır) olursa tanı yoktur ya da tanı karşılanmaz.

2.3 Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için kullanılan program IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) dır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük, en büyük, frekans, yüzde olarak verilmektedir. Pearson ki-kare ve Fisher'in kesin testleri kesikli değişkenlere ait karşılaştırmalarda kullanılmaktadır. Kolmogorov Smirnov testi ile sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile sürekli değişkenlere ait ölçümler normal dağılıma uymadığı için gruplar arası karşılaştırmalar yapılmıştır. Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunduğunda farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için posthoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Spearman korelasyon testi değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi değerlendirmede kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edilmektedir.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $25,3 \pm 7,5$ yıldır (ortanca=23, en küçük=18, en büyük=62). Gruba ait VKİ ortalaması ise $23,2 \pm 4,5$ kg/m² (ortanca=22,6, en küçük=15,2, en büyük=50,2) olarak bulunmuştur. Çalışma grubunun %73,3'ü kadınlardan, %55,6'sı büyükşehirde yaşayanlardan, %78,7'si bekarlardan oluşmaktadır. Öğrenim durumuna göre %52,8 ile önlisans/lisans mezunları, çalışma durumuna göre ise %64,9 ile çalışmayanlar en büyük paya sahiptir. Aylık geliri durumuna göre 3001-5000 TL geliri olanlar %29,7 ile, birlikte yaşadığı kişi sayısına göre 4-5 kişi yaşayanlar %47,9 ile, vücut kitle indeksi sınıflamasına göre ise normal olanlar %56,1 ile en büyük gruplardır. Ayrıntılar Tablo-1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Özellik		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	583	73,3
	Erkek	212	26,7
	Toplam	795	100,0
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	442	55,6
	İl	120	15,1
	İlçe ve altı	233	29,3
	Toplam	795	100,0
Medeni Durum	Bekar	626	78,7
	Evli	149	18,8
	Boşanmış/Dul	20	2,5
	Toplam	795	100,0
Öğrenim Durumu	İlköğretim ve altı	53	6,7
	Lise	254	31,9
	Önlisans/Lisans	420	52,8
	Lisansüstü	68	8,6
	Toplam	795	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	279	35,1
	Çalışmıyor	516	64,9
	Toplam	795	100,0
Aylık Gelir	2000 TL ve altı	97	12,2
	2001-3000 TL	180	22,6
	3001-5000 TL	236	29,7
	5001-8000 TL	162	20,4
	8000 TL üzeri	120	15,1
	Toplam	795	100,0
Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı	3 ve altı	333	41,9
	4-5	381	47,9
	6 ve üzeri	81	10,2
	Toplam	795	100,0
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf (<18,5 kg/m ²)	94	11,8
	Normal (18,5-24,99 kg/m ²)	446	56,1
	Kilo Fazlalığı (25-29,99 kg/m ²)	194	24,4
	Obez (30 ve üzeri kg/m ²)	61	7,7
	Toplam	795	100,0

Katılımcıların %20,4'ü tıbbi hastalığı olduğunu bildirmiştir. Daha önce psikiyatrik tanı aldığını bildirenler %14,2, psikiyatrik ilaç kullananlar %9,1, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar %20,5, intihar girişimi öyküsü olanlar ise %13,6'lık paya sahiptir. Ailede obezite öyküsü olanların payı %15,3 iken, çocukluk döneminde obezite öyküsü olanların payı %9,2'dir. Katılımcıların %32,5'i sigara, %34,4'ü alkol ve %1,0'ı madde kullandıklarını belirtmiştir. Ayrıntılar Tablo-2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Bazı Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özelliklerinin Dağılımı

Özellik		Frekans	%
Tıbbi Hastalık Öyküsü	Var	162	20,4
	Yok	633	79,6
	Toplam	795	100,0
Psikiyatrik Tanı	Var	113	14,2
	Yok	682	85,8
	Toplam	795	100,0
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	9,1
	Yok	723	90,9
	Toplam	795	100,0
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	163	20,5
	Yok	632	79,5
	Toplam	795	100,0
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	13,6
	Yok	687	86,4
	Toplam	795	100,0
Ailede Obezite Öyküsü	Var	122	15,3
	Yok	673	84,7
	Toplam	795	100,0
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	9,2
	Yok	722	90,8
	Toplam	795	100,0
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	32,5
	Bırakmış	74	9,3
	Kullanmıyor	463	58,2
	Toplam	795	100,0
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	34,4
	Bırakmış	36	4,5
	Kullanmıyor	486	61,1
	Toplam	795	100,0
Madde Kullanımı	Kullanıyor	8	1,0
	Bırakmış	17	2,1
	Kullanmıyor	770	96,9
	Toplam	795	100,0

Sürekli değişkenlere ait ölçümlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tüm değişkenlere ait ölçümlerin de normal dağılıma uygun dağılmadığı bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıntılar Tablo-3'te sunulmuştur.

Tablo 3: Normal Dağılım Tablosu

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Yaş	0,183	795	0,001	0,795	795	0,001
VKİ	0,071	795	0,001	0,927	795	0,001
Dürtüsellik	0,179	795	0,001	0,875	795	0,001
Duygulanımda Kararsızlık	0,110	795	0,001	0,958	795	0,001
Terk Edilme	0,179	795	0,001	0,916	795	0,001
İlişkiler	0,136	795	0,001	0,934	795	0,001
Kendilik İmgesi	0,192	795	0,001	0,875	795	0,001
İntihar	0,291	795	0,001	0,733	795	0,001
Boşluk Duygusu	0,145	795	0,001	0,935	795	0,001
Yoğun Öfke	0,128	795	0,001	0,930	795	0,001
Psikoz	0,167	795	0,001	0,916	795	0,001
BKÖ toplam	0,074	795	0,001	0,966	795	0,001
YYBÖ Toplam	0,201	795	0,001	0,895	795	0,001

a. Lilliefors Significance Correction

Katılımcıların “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği” toplam semptom skorlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo-4'te verilmiştir.

Tablo 4: Katılımcıların Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Toplam Semptom Skorlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri

Toplam Semptom Skoru	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği	2,54 $\pm$ 1,73	2	0-7

SS= Standart Sapma

Katılımcılardan Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeğinde yer alan 7 alt boyuttan (semptomdan) toplam semptom skoru >3 ve klinik önemlilik ile ilgili puanı 1 olanlar “yeme bağımlılığı pozitif” olarak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre katılımcılarda yeme bağımlılığı sıklığı %13,8’dir. Ayrıntılar Tablo-5’te verilmiştir.

Tablo 5: Katılımcılarda Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Kesme Puanına Göre Yeme Bağımlılığı Sıklığı

Tanı	N	%
Yeme Bağımlılığı Var	110	13,8
Yeme Bağımlılığı Yok	685	86,2

Katılımcıların bazı sosyodemografik, özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerine göre yeme bağımlılığı durumu karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi ve çocuklukta obezite öyküsü durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarda, kilo fazlalığı ve obezite olan gruplarda, psikiyatrik ilaç kullananlarda, intihar girişimi ve çocuklukta obezite öyküsü pozitif olanlarda karşılaştırıldıkları diğer gruplara göre yeme bağımlılığı sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksektir ($p<0,05$). Ayrıntılar Tablo-6’da sunulmuştur.

Tablo 6: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik, Özgeçmiş Ve Soygeçmiş Özelliklerine Göre Yeme Bağımlılığı Durumu Karşılaştırmaları

Özellik	Yeme Bağımlılığı Yok (n=685) n (%)	Yeme Bağımlılığı Var (n=110) n (%)	Ki-kare	p
Cinsiyet Kadın Erkek	485 (83,2) 200 (94,3)	98 (16,8) 12 (5,7)	16,210	<0,001*
VKİ Sınıflaması Zayıf Normal Kilo Fazlalığı Obez	90 (95,7) 402 (90,1) 152 (78,4) 41 (67,2)	4 (4,3) 44 (9,9) 42 (21,6) 20 (32,8)	41,445	<0,001*
Psikiyatrik İlaç Kullanımı Var Yok	50 (69,4) 635 (87,8)	22 (30,6) 88 (12,2)	18,563	<0,001*
İntihar Girişimi Öyküsü Var Yok	78 (72,2) 607 (88,4)	30 (27,8) 80 (11,6)	20,375	<0,001*
Çocuklukta Obezite Öyküsü Var Yok	54 (74,0) 631 (87,4)	19 (26,0) 91 (12,6)	10,020	0,002*
Sigara Kullanma Alışkanlığı Kullanıyor Bırakmış Kullanmıyor	399 (86,2) 226 (87,6) 60 (81,1)	64 (13,8) 32 (12,4) 14 (18,9)	2,048	0,359*
Alkol Kullanma Alışkanlığı Kullanıyor Bırakmış Kullanmıyor	418 (86,0) 234 (85,7) 33 (91,7)	68 (14,0) 39 (14,3) 3 (8,3)	0,971	0,616*
Madde Kullanma Alışkanlığı Kullanıyor Kullanmıyor	6 (75,0) 679 (86,3)	2 (25,0) 108 (13,7)		0,306**

VKİ= Vücut Kitle İndeksi, * Pearson ki-kare testi, ** Fisher'in kesin testi

Katılımcıların “Borderline Kişilik Ölçeği” alt boyut ve toplam puanlarına ait tanımlayıcı istatistikleri Tablo-7’de verilmiştir.

Tablo 7: Katılımcıların Borderline Kişilik Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikleri

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Ortalama±SS	Ortanca	En Küçük-En Büyük
Dürtüsellik	1,69± 1,54	1	0-9
Duygulanımda Kararsızlık	4,81± 2,63	5	0-10
Terk Edilme	3,03± 2,40	2	0-10
İlişkiler	3,42± 2,38	3	0-8
Kendilik İmgesi	2,73± 2,59	2	0-9
İntihar/Kendini Yaralama Davranışı	1,25± 1,78	0	0-7
Boşluk Duygusu	4,09± 2,88	4	0-10
Yoğun Öfke	4,31± 3,00	4	0-10
Psikoz Benzeri Durumlar	2,37± 1,92	2	0-7
Borderline Kişilik	27,69± 15,05	26	2-71

SS= Standart Sapma

Katılımcıların cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Dürtüsellik” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Erkekler kadınlardan, obez ve kilo fazlalığı olan gruplar normal kilolular ve zayıflardan, normal kilolular zayıflardan, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi ve çocukluk döneminde obezite öyküsü pozitif olanlar öyküsü olmayanlardan, sigara, alkol halen kullanan ve bırakmış olanlar kullanmayanlardan ve madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir ($p<0,05$). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo-8’de sunulmuştur.

Tablo 8: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Dürtüsellik Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	1,49±1,47	44484	<0,001*
	Erkek	212	2,23±1,61		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	1,14±1,21 ^a	26,329	0,001** a<b [#] , a<c [#] ,a<d [#] , b<c [#]
	Normal	446	1,62±1,56 ^b		
	Kilo Fazlalığı	194	2,02±1,60 ^c		
	Obez	61	1,95±1,43 ^d		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	2,50±2,21	20273	0,001*
	Yok	723	1,61±1,44		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	2,38±1,92	27708	0,001*
	Yok	687	1,58±1,45		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	1,97±1,40	22355,5	0,028*
	Yok	722	1,66±1,55		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	2,36±1,83 ^a	67,313	0,001** a>b [#]
	Bırakmış	74	1,80±1,41 ^a		
	Kullanmıyor	463	1,29±1,23 ^b		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	2,32±1,86 ^a	62,676	0,001** a>b [#]
	Bırakmış	36	2,17±1,46 ^a		
	Kullanmıyor	486	1,30±1,19 ^b		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	4,38±1,85	704,5	<0,001*
	Kullanmıyor	787	1,66±1,52		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, [#]Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Duygulanımda Kararsızlık” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü ve madde kullanma alışkanlıklarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, zayıflar kilo fazlalığı olanlardan, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan ve madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-9’da sunulmuştur.

Tablo 9: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Duygulanımda Kararsızlık Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	5,28±2,54	37908	<0,001*
	Erkek	212	3,51±2,43		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	5,43±2,36 ^a	8,836	0,032** a>b [#]
	Normal	446	4,85±2,69		
	Kilo Fazlalığı	194	4,47±2,60 ^b		
	Obez	61	4,62±2,61		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	6,67±2,13	14410	<0,001*
	Yok	723	4,62±2,61		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	7,07±2,09	15894,5	0,001*
	Yok	687	4,45±2,53		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	5,06±2,53	24677	0,367*
	Yok	722	4,78±2,64		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	5,06±2,66	5,148	0,076**
	Bırakmış	74	4,96±2,74		
	Kullanmıyor	463	4,64±2,59		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	4,97±2,62	1,658	0,436**
	Bırakmış	36	4,61±2,94		
	Kullanmıyor	486	4,73±2,61		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	7,50±1,85	1315	0,004*
	Kullanmıyor	787	4,78±2,62		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, [#]Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Terk Edilme” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü ve madde kullanma alışkanlıklarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan, çocukluk döneminde obezite öyküsü olanlar olmayanlardan ve madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-10’da sunulmuştur.

Tablo 10: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Terk Edilme Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	3,35±2,48	43890,5	<0,001*
	Erkek	212	2,14±1,91		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	3,34±2,54	2,883	0,410**
	Normal	446	3,04±2,38		
	Kilo Fazlalığı	194	2,81±2,30		
	Obez	61	3,15±2,64		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	4,28±2,47	17272,5	<0,001*
	Yok	723	2,90±2,36		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	5,50±2,51	14389	0,001*
	Yok	687	2,64±2,14		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	3,40±2,08	22454,5	0,035*
	Yok	722	2,99±2,43		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	3,37±2,59	5,626	0,060**
	Bırakmış	74	2,80±2,21		
	Kullanmıyor	463	2,87±2,31		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	2,86±2,47	3,734	0,155**
	Bırakmış	36	3,22±2,79		
	Kullanmıyor	486	3,11±2,33		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	5,25±2,87	1751	0,029*
	Kullanmıyor	787	3,01±2,39		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyetvücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “İlişkiler” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü ve madde kullanma alışkanlıklarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan ve madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-11’de sunulmuştur.

Tablo 11: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre İlişkiler Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	3,59±2,50	53984	0,006*
	Erkek	212	2,96±1,94		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	3,56±2,32	0,663	0,882**
	Normal	446	3,44±2,41		
	Kilo Fazlalığı	194	3,35±2,32		
	Obez	61	3,36±2,46		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	4,50±2,34	18707,5	<0,001*
	Yok	723	3,31±2,36		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	5,30±2,17	18369	0,001*
	Yok	687	3,13±2,28		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	3,71±2,32	24278,5	0,263*
	Yok	722	3,39±2,38		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	3,71±2,40	6,031	0,051**
	Bırakmış	74	3,15±2,24		
	Kullanmıyor	463	3,30±2,38		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	3,27±2,40	2,006	0,367**
	Bırakmış	36	3,56±2,47		
	Kullanmıyor	486	3,50±2,36		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	5,75±2,66	1551	0,013*
	Kullanmıyor	787	3,40±2,37		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, #Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Kendilik İmgesi” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı ve intihar girişimi öyküsüne göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, zayıflar kilo fazlalığı olanlardan, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan ve intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-12’de sunulmuştur.

Tablo 12: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Kendilik İmgesi Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	2,98±2,71	50591,5	<0,001*
	Erkek	212	2,05±2,10		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	3,33±2,85 ^a	9,061	0,028** a>b [#]
	Normal	446	2,76±2,59		
	Kilo Fazlalığı	194	2,33±2,35 ^b		
	Obez	61	2,85±2,79		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	4,43±2,84	16362,5	<0,001*
	Yok	723	2,56±2,51		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	4,94±2,93	18661,5	<0,001*
	Yok	687	2,38±2,36		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	2,93±2,55	24527,5	0,323*
	Yok	722	2,71±2,60		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	2,71±2,56	0,025	0,987**
	Bırakmış	74	2,84±2,72		
	Kullanmıyor	463	2,72±2,60		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	2,66±2,52	0,103	0,950**
	Bırakmış	36	2,64±2,44		
	Kullanmıyor	486	2,78±2,65		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	4,63±3,38	2023	0,078*
	Kullanmıyor	787	2,71±2,58		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, [#]Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “İntihar/Kendini Yaralama Davranışı” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan, sigara kullanan ve bırakmışlar kullanmayanlardan, alkol ve madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-13’te sunulmuştur.

Tablo 13: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre İntihar/Kendini Yaralama Davranışı Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	1,36±1,91	59754	0,437*
	Erkek	212	0,96±1,33		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	1,34±1,83	2,284	0,516**
	Normal	446	1,33±1,86		
	Kilo Fazlalığı	194	1,02±1,55		
	Obez	61	1,26±1,82		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	2,08±2,30	20777,5	0,002*
	Yok	723	1,17±1,70		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	4,47±1,55	3084,5	<0,001*
	Yok	687	0,74±1,19		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	1,47±1,84	24698,5	0,335*
	Yok	722	1,23±1,78		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	1,67± 2,06 ^a	23,810	<0,001** a>b [#]
	Bırakmış	74	1,69± 2,11 ^a		
	Kullanmıyor	463	0,95±1,48 ^b		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	1,55±1,99 ^a	11,135	0,004** a>b [#]
	Bırakmış	36	1,28±1,85		
	Kullanmıyor	486	1,08±1,63 ^b		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	4,25±1,83	723,5	<0,001*
	Kullanmıyor	787	1,22±1,76		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, [#]Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Boşluk Duygusu” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü ve madde kullanma alışkanlığına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan, madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-14’te sunulmuştur.

Tablo 14: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Boşluk Duygusu Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikar e	p
Cinsiyet	Kadın	583	4,55±2,90	39828,5	<0,001*
	Erkek	212	2,81±2,38		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	4,69±3,23 ^a	7,658	0,051**
	Normal	446	4,11±2,84		
	Kilo Fazlalığı	194	4,16±2,99 ^b		
	Obez	61	4,30±2,84		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	5,94±3,10	16259,5	<0,001*
	Yok	723	3,90±2,79		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	6,51±2,84	17860,5	<0,001*
	Yok	687	3,70±2,69		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	4,59±2,83	23132	0,083*
	Yok	722	4,03±2,88		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	4,21±2,87	0,843	0,656**
	Bırakmış	74	4,15±3,05		
	Kullanmıyor	463	4,01±2,86		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	3,98±2,99	2,234	0,327**
	Bırakmış	36	3,75±3,11		
	Kullanmıyor	486	4,17±2,80		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	6,50±3,38	1798,5	0,036*
	Kullanmıyor	787	4,06±2,86		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, ^aPosthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, vücut kitle indeksi sınıflaması, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Yoğun Öfke” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, sigara ve madde kullanma alışkanlığına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan, sigara ve madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-15’te sunulmuştur.

Tablo 15: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Yoğun Öfke Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	4,58±3,06	50310	<0,001*
	Erkek	212	3,58±2,70		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	4,60±2,91	1,325	0,723**
	Normal	446	4,32±3,05		
	Kilo Fazlalığı	194	4,16±2,99		
	Obez	61	4,30±2,84		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	5,86±3,02	17687	<0,001*
	Yok	723	4,16±2,96		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	6,76±2,50	17292,5	<0,001*
	Yok	687	3,93±2,89		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	4,48±2,89	25351,5	0,590*
	Yok	722	4,30±3,01		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	4,76±2,99 ^a	11,964	0,003** a > b [#]
	Bırakmış	74	4,72±3,30		
	Kullanmıyor	463	4,00±2,92 ^b		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	4,46±3,15	3,880	0,144**
	Bırakmış	36	3,47±3,17		
	Kullanmıyor	486	4,29±2,90		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	6,63±3,42	1806,5	0,037*
	Kullanmıyor	787	4,29±2,99		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, [#]Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Psikoz Benzeri Durumlar” alt boyut puanları karşılaştırıldığında; vücut kitle indeksi sınıflaması, intihar girişimi öyküsü, sigara kullanma alışkanlığına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Tüm gruplar obezlerden, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan, sigara kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-16’da sunulmuştur.

Tablo 16: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Psikoz Benzeri Durumlar Alt Boyutu Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	2,31±1,96	56777	0,075*
	Erkek	212	2,52±1,82		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	2,50±2,05 ^a	10,320	0,016** a>b [#]
	Normal	446	2,37±1,93 ^a		
	Kilo Fazlalığı	194	2,51±1,88 ^a		
	Obez	61	1,67±1,70 ^b		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	2,60±1,95	23985,5	0,265*
	Yok	723	2,34±1,92		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	3,64±2,18	22741	< 0,001*
	Yok	687	2,16±1,80		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	2,62±2,14	24667,5	0,361*
	Yok	722	2,34±1,90		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	2,69±1,95 ^a	13,874	0,001** a > b [#]
	Bırakmış	74	2,57±2,16		
	Kullanmıyor	463	2,15±1,84 ^b		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	2,45±1,99	0,884	0,643**
	Bırakmış	36	2,47±1,89		
	Kullanmıyor	486	2,31±1,89		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	3,63±2,26	2084	0,095*
	Kullanmıyor	787	2,35±1,92		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, [#]Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, çocukluk döneminde obezite öyküsü, sigara, alkol ve madde kullanma alışkanlıklarına göre “Borderline Kişilik Ölçeği” toplam puanları karşılaştırıldığında; cinsiyet, psikiyatrik ilaç kullanımı, intihar girişimi öyküsü, sigara ve madde kullanma alışkanlığına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadınlar erkeklerden, psikiyatrik ilaç kullananlar kullanmayanlardan, intihar girişimi öyküsü olanlar olmayanlardan, sigara ve madde kullananlar kullanmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek puanlara sahiptir (p<0,05). Diğer karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo-17’de sunulmuştur.

Tablo 17: Katılımcıların Bazı Özelliklerine Göre Borderline Kişilik Ölçeği Toplam Puanı Karşılaştırmaları

		N	Ortalama± SS	U/Kikare	p
Cinsiyet	Kadın	583	29,48±15,44	45686,5	<0,001*
	Erkek	212	22,75±12,70		
Vücut Kitle İndeksi Sınıflaması	Zayıf	94	29,93±14,74	3,743	0,291**
	Normal	446	27,83±15,35		
	Kilo Fazlalığı	194	26,29±14,15		
	Obez	61	27,64±16,02		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	72	38,86±15,35	14252,5	<0,001*
	Yok	723	26,57±14,57		
İntihar Girişimi Öyküsü	Var	108	46,57±14,01	9947,5	<0,001*
	Yok	687	24,72±12,90		
Çocukluk Döneminde Obezite Öyküsü	Var	73	30,22±14,33	23173	0,089*
	Yok	722	27,43±15,11		
Sigara Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	258	30,55±16,05 ^a	13,542	0,001** a > b [#]
	Bırakmış	74	28,66±16,07		
	Kullanmıyor	463	25,94±14,05 ^b		
Alkol Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	273	28,52±16,32	0,413	0,814**
	Bırakmış	36	27,17±16,77		
	Kullanmıyor	486	27,26±14,16		
Madde Kullanma Alışkanlığı	Kullanıyor	8	48,50±17,56	1149	0,002*
	Kullanmıyor	787	27,48±14,89		

SS= Standart Sapma, *Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi, [#]Posthoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi (p<0,05)

Katılımcıların “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği” toplam semptom skoru ile yaşı ve vücut kitle indeksi değerleri arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; yaş ile negatif yönde, zayıf düzeyde, vücut kitle indeksi ile ise pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur (p<0,05). Ayrıntılar Tablo-18’de sunulmuştur.

Tablo 18: Katılımcıların Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Toplam Semptom Skoru İle Yaş Ve Vücut Kitle İndeksleri Arasındaki Korelasyonlar

Toplam Semptom Skoru	Yaş		Vücut Kitle İndeksi	
	r _s	p	r _s	p
Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği	-0,104	0,003	0,225	<0,001

r_s = Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların “Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği” toplam semptom skoru ile “Borderline Kişilik Ölçeği” alt boyut ve toplam puanları arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları ile pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar saptanmıştır ($p<0,05$). Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği toplam semptom skoru ile “dürtüsellik”, “intihar” ve “psikoz” alt boyut puanları arasında saptanan korelasyonlar zayıf düzeyde iken, diğer alt boyut puanları ve toplam ölçek puanı ile saptanan korelasyonlar zayıf-orta düzeydedir. Ayrıntılar Tablo-19’da sunulmuştur.

Tablo 19: Katılımcıların Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Toplam Semptom Skoru İle Borderline Kişilik Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği Toplam Semptom Skoru	
	r_s	p
Dürtüsellik	0,154	<0,001
Duygulanımda Kararsızlık	0,333	<0,001
Terk Edilme	0,327	<0,001
İlişkiler	0,281	<0,001
Kendilik İmgesi	0,294	<0,001
İntihar/Kendini Yaralama Davranışı	0,181	<0,001
Boşluk Duygusu	0,368	<0,001
Yoğun Öfke	0,277	<0,001
Psikoz Benzeri Durumlar	0,160	<0,001
Borderline Kişilik	0,396	<0,001

r_s = Spearman korelasyon katsayısı

Katılımcıların “Borderline Kişilik Ölçeği” alt boyut ve toplam puanları ile yaşı ve vücut kitle indeksi değerleri arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; yaş ile sadece “dürtüsellik” alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmamıştır ($p>0,05$). Diğer tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları ile yaş arasında negatif yönde, zayıf veya zayıf-orta düzeyde saptanan korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Buna karşılık katılımcıların vücut kitle indeksi değerleri ile “ilişkiler”, “intihar”, “yoğun öfke” ve “psikoz” alt boyut puanları arasında saptanan korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Vücut kitle indeksi değerleri ile “duygulanımda kararsızlık”, “terk edilme”, “kendilik imgesi”, “boşluk duygusu” alt boyut ve “Borderline Kişilik Ölçeği” toplam puanları arasında negatif yönde, zayıf düzeyde, buna karşılık “dürtüsellik” alt boyut puanı ile ise pozitif yönde, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıntılar Tablo-20’de verilmiştir.

Tablo 20: Katılımcıların Borderline Kişilik Ölçeği Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puanları İle Yaş Ve Vücut Kitle İndeksleri Arasındaki Korelasyonlar

Alt Boyut/Ölçek Puanı	Yaş		Vücut Kitle İndeksi	
	r_s	p	r_s	p
Dürtüsellik	0,013	0,708	0,203	<0,001
Duygulanımda Kararsızlık	-0,286	<0,001	-0,109	0,002
Terk Edilme	-0,284	<0,001	-0,084	0,018
İlişkiler	-0,177	<0,001	-0,042	0,233
Kendilik İmgesi	-0,208	<0,001	-0,083	0,020
İntihar/Kendini Yaralama Davranışı	-0,166	<0,001	-0,033	0,356
Boşluk Duygusu	-0,270	<0,001	-0,085	0,017
Yoğun Öfke	-0,224	<0,001	-0,043	0,230
Psikoz Benzeri Durumlar	-0,206	<0,001	-0,031	0,390
Borderline Kişilik	-0,311	<0,001	-0,073	0,040

r_s = Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 21: Ölçek ve alt boyutların Cronbach alfa katsayıları

YALE Yeme Bağımlılığı	0,855
Dürtüsellik	0,550
Duygulanımda Kararsızlık	0,750
Terk Edilme	0,741
İlişkiler	0,753
Kendilik İmgesi	0,816
İntihar/Kendini Yaralama Davranışı	0,813
Boşluk Duygusu	0,808
Yoğun Öfke	0,832
Psikoz Benzeri Durumlar	0,694
Borderline Kişilik	0,940

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı sınırdaki kişilik bozukluğu özellikleri ile yeme bağımlılığı arasında doğrusal bir ilişkinin olup olmadığı ve bu değişkenler ile sosyodemografik bilgiler arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yapılan araştırmada 795 katılımcıya ulaşılmıştır ve bu katılımcıların %13,8'inde yeme bağımlılığı saptanmıştır. Gearhardt ve arkadaşları yaptığı araştırmada yeme bağımlılık prevalansını %11,4 (Gearhardt ve diğerleri, 2009a) bulmuş iken, Murphy ve arkadaşları ise %24 olarak bulmuştur (Murphy ve diğerleri, 2014). Yirmi araştırma ile yapılan bir meta-analiz araştırma sonucunda ise ortalama prevalans %19,9 olarak bulunmuştur (Pursey ve diğerleri, 2014).

Araştırmamızda, kadınlarda (%16,8) erkeklere (%5,7) göre yeme bağımlılığı anlamlı olarak daha fazla görülmektedir. Pursey ve arkadaşlarının yaptıkları meta-analiz araştırma sonucunda erkeklerde görülme sıklığı ortalama %6,4 iken, kadınlarda bu oran %12,2 olarak tespit edilmiştir (Pursey ve diğerleri, 2014).

Araştırmamızda vücut kitle indeksine göre sınıflandırma yaptığımızda, kilo fazlalığı ve obez olan bireylerde daha fazla yeme bağımlılığı saptanmıştır. Murphy ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada yeme bağımlılığı ve vücut kitle indeksi arasında doğrusal ilişki bulunmuştur (Murphy ve diğerleri, 2014). Meta-analiz sonucunda ise yeme bağımlılığı fazla kilolu / obez bireylerde %24,9 iken, sağlıklı kilolu bireylerde %11,1 olarak bulunmuştur (Pursey ve diğerleri, 2014). Vücut kitle indeksi arttıkça yeme bağımlılığı görülme sıklığı da artmaktadır. Ayrıca normal kilolu bireylerde de yeme bağımlılığı görülmektedir.

Psikiyatrik ilaç kullanımı olan bireylerde yeme bağımlılığı ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Türkiyede yapılan bir tez çalışmasında psikiyatrik tedavi alma ile yeme bağımlılığı arasında ilişki bulunmuştur (Balaman, 2017). Sonuçlar benzer olmasına rağmen daha doğru bilgi için daha fazla araştırma gerekmektedir.

Araştırmamızda intihar girişim öyküsü olan bireylerde intihar girişim öyküsü olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla yeme bağımlılığı bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde intihar düşüncesi ve intihar girişimleri yaygın olarak görülmektedir (Esang ve Ahmed, 2018).

Çocukluk obezitesi görülen bireylerde, görülmeyen bireylere göre anlamlı derecede daha fazla yeme bağımlılığı saptanmıştır. Yeme bağımlılığı ve çocukluk dönemi üzerine yeteri kadar veri olmadığı için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmamızda sigara içenler ve içmeyenler arasında bir farklılık bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında literatürdeki araştırmalarda benzer şekildedir (Sussman ve Black, 2008; Meule ve diğerleri, 2012b). Orta yaş ve üstü kadın örnekleminde yapılan bir araştırmada, yeme bağımlılığı görülen kadınlarda sigara kullanımı daha az bulunmuştur (Flint ve diğerleri, 2014).

Alkol kullanan ve kullanmayan kişiler arasında da yeme bağımlılığı ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Meule ve arkadaşları yaptığı araştırmada alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu ile yeme bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır (Meule ve diğerleri, 2012a). Yeme bağımlılığı olan obez kişilerde yeme bağımlılığı olmayan kişilere göre daha az alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu olduğu görülmüştür. Dürtüsellik ve yeme bağımlılığı arasında ilişki olup, yeme bağımlılığı ve alkol kullanımı veya alkolle ilgili bozukluklar arasında ilişkili olmaması, süreç hakkında daha karmaşık bir durum olabileceğini göstermektedir (Meule ve diğerleri, 2012b).

Meule, sonuçların ne kadar yeme bağımlılığı ve sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili görünmesede, kullanılan farklı alkol ve madde çeşidine göre araştırıldığında sonuçların değişiklik göstereceğini savunmuştur (Meule, 2014).

Araştırmamızda vücut kitle indeksi ile yeme bağımlılığı arasında pozitif yönde doğrusal korelasyon bulunmuştur fakat zayıf düzeydedir. Yani vücut kitle indeksi arttıkça yeme bağımlılığı da artmaktadır. Yapılan diğer araştırmalarda da pozitif yönde korelasyon bulunmuştur (Hauck ve diğerleri 2017; Flint ve diğerleri, 2014; Murphy ve diğerleri, 2014).

Araştırmamızda bir başka değişkenimiz olan yaş ile yeme bağımlılığı arasında negatif yönde doğrusal bir korelasyon bulunmuştur. Yani yaş arttıkça yeme bağımlılığı görülme sıklığı azalmaktadır. Almanya'da yapılan bir araştırmada en fazla 18-29 yaş arasında yeme bağımlılığı bulunmuştur. Yaş arttıkça yeme bağımlılığının azaldığı

görülmüştür (Hauck ve diğerleri 2017). Çek Cumhuriyeti'nde yapılan bir araştırmada 15-19 yaş aralığının daha büyük yaşlara göre daha fazla yeme bağımlılığı olduğu sonucuna varılmıştır (Pipová ve diğerleri, 2020). Rusya'da yapılan bir araştırmada ise 17-18 yaş aralığında en fazla yeme bağımlılığı bulunmuştur (Borisenkov ve diğerleri, 2018). Flint ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 45-88 yaş aralığındaki kadınlarda yeme bağımlılığına bakılmıştır ve yaş arttıkça yeme bağımlılığının azaldığı görülmüştür (Flint ve diğerleri, 2014). Farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda görüldüğü gibi yaş arttıkça yeme bağımlılığı azalmaktadır. Yapılan literatür taraması sonucunda sadece Pursey ve arkadaşlarının araştırmasında 35 yaş ve üzeri yetişkinlerde, 34 yaş ve altına göre daha fazla yeme bağımlılığı olduğunu sonucuna varmıştır (Pursey ve diğerleri, 2014).

Borderline Kişilik ölçeğinin alt boyutundan biri olan dürtüsellik ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında yaptığımız araştırmada erkek katılımcıların, kadın katılımcılara göre daha dürtüsel olduğu sonucuna varılmıştır. Borderline Kişilik Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması Ceylan'ın analiz sonuçları, bizim araştırma sonucunda olduğu gibi erkek katılımcılar kadın katılımcılara göre anlamlı derecede daha dürtüsel bulunmuştur (Ceylan, 2017). Waldeck ve arkadaşları yaptıkları araştırmada erkeklerin dürtüsellik düzeyini, kadınlardan daha yüksek bulmuştur (Waldeck ve diğerleri, 1997). Yapılan bazı araştırmalarda ise dürtüsellik ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Stanford ve diğerleri, 2009; Skinner ve diğerleri, 2004). Daha doğru bilgi için daha geniş örneklem ile yapılan araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Ceylan, 2017).

Araştırmamızda obez ve kilo fazlalığı olanların, normal kilolu ve zayıf olanlara; normal kilolu bireylerin ise zayıf bireylere göre dürtüsellikleri daha yüksek bulunmuştur. Vücut kitle indeksi arttıkça dürtüsellik artmaktadır (Babbs ve diğerleri, 2013, Emery ve Levine, 2017). Meule ve Blechert'a göre dürtüsellik bazılarının alt faktörleri ile vücut kitle indeksi arasında ilişkili bulunmuştur (Meule ve Blechert, 2016). Başka bir araştırmalarında ise direk olmasa da dolaylı yoldan dürtüsellik ve vücut kitle indeksi arasında ilişki bulmuşlardır (Meule ve Blechert, 2017).

Araştırmamızda intihar girişim öyküsü olanların olmayanlara göre daha dürtüsel bulunmuştur. Dürtüsellik ve intihar arasında ilişki, yapılan araştırmalar ile

desteklenmektedir (Gvion ve Apter, 2011; Horesh ve diğerleri, 1997; Braquehais ve diğerleri, 2010; Klonsky ve diğerleri, 2010).

Çocuklukta obezite öyküsü olan bireylerin olmayan bireylere oranla daha dürtüsel olduğu bulunmuştur. Çocuklukta dürtüsellik ve obezite anlamlı derecede birlikte görülebilmektedir (Van den Berg ve diğerleri, 2011).

Araştırmamızda sigara ve alkol kullanan veya bırakmış kişiler, kullanmamış kişilere göre dürtüsellik düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bazı araştırmalarda da sigara kullanan bireyler sigara kullanmayan bireylere göre daha fazla dürtüsel bulunmuştur (Bloom ve diğerleri, 2014; Mitchell, 2004). Sigara kullanım miktarı arttıkça dürtüsellik de artmaktadır (Skinner ve diğerleri, 2004). Ayrıca nikotin maruziyeti ve yoksunluğu dürtüsellliği arttırabilmektedir (Bloom ve diğerleri, 2014). Dürtüsellik arttıkça sigaraya olan nüksetmede de artış görülmüştür. Bu durum da tedavi süreçlerini zorlaştırmaktadır (Doran ve diğerleri, 2004). Sigarada olduğu gibi alkol kullanan bireylerde, kullanmayan bireylere göre daha dürtüsel bulunmuşlardır (Granö ve diğerleri, 2004; Potenza ve diğerleri, 2010; Coskunpınar ve diğerleri, 2013). Madde kullananlar da kullanmayanlara göre daha dürtüsel bulunmuştur. Madde kullanımı da dürtüsellik düzeyi ile ilişkilidir (Moeller ve diğerleri, 2002; Petry, 2001).

Araştırmamızda dürtüsellik ve yeme bağımlılığı birbiri ile ilişkili bulunmuştur. Literatüre bakıldığında diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Davis ve diğerleri, 2011; Meule ve diğerleri, 2012). Bir araştırmada da yeme bağımlılığı ve vücut kitle indeksi, dürtüsellik ile ilişkili bulunmuştur (Murphy ve diğerleri, 2014). Dürtüsellik ile tıknırcasına yeme bozukluğu ve kusma davranışı gibi diğer yeme patolojileri arasında da ilişki görülmektedir (Sansone ve Sansone, 2013).

Araştırmamızda intihar-kendini yaralama davranışı ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiye bakıldığında cinsiyetler arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Monnin ve arkadaşları ise cinsiyetler arasındaki oranın %70 kadın, %30 erkek olduğunu söylemiştir (Monnin ve diğerleri, 2012). 16 Avrupa şehrinden alınan örneklem ile yapılan bir araştırmada kadınların erkeklerden daha fazla intihar ettiği kayıt edilmiştir. Sadece Helsinki şehrinde erkekler daha fazla intihar etme davranışı sergilediği bulunmuştur (Schmidtke ve diğerleri, 1996). Monnin ve arkadaşları kadın intihar oranlarının daha yüksek olmasının sebebini; kadın örneklem

sayısının fazla olması, örneklemede farklı psikiyatrik rahatsızların görülmesi gibi faktörlerden kaynaklandığını dile getirmiştir (Monnin ve diğerleri, 2012).

Psikiyatrik bozukluklar intihar davranışı ile ilişkilidir. En çok ilişkili bulunan psikiyatrik rahatsızlık depresyondur (Crump ve diğerleri, 2014, Monnin ve diğerleri, 2012). İntihar davranışı en çok sırası ile depresyon, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları ile birlikte görülmektedir. Kadınlarda en çok anksiyete bozuklukları ile ilişkili olurken, erkeklerde madde kullanım bozuklukları ile ilişkili bulunmuştur (Monnin ve diğerleri, 2012). Araştırmamızda psikiyatrik ilaç kullanımı ile intihar-kendini yaralama davranışı arasındaki ilişki, intihar ve psikiyatrik rahatsızlıkların sık görülmesi ile açıklanabilir.

Madde, alkol, sigara kullanımı ile intihar ve kendini yaralama davranışı arasında ilişki saptanmıştır. Literatürde de benzer sonuçlar bulunmuştur (Monnin ve diğerleri, 2012).

Araştırmamızda yaş ile intihar davranışı arasında negatif korelasyon görülmektedir. Schmidtke ve arkadaşları genç bireylerde daha fazla intihar davranışı sergilediğini ve 55 yaş üstü bireylerde giderek intihar davranışının azaldığını bulmuştur (Schmidtke ve diğerleri, 1996). İsveç'te yapılan bir araştırmada intihardan ölen kadın ve erkeklerin daha çok 35-64 yaş aralığında olduğu bulunmuştur (Monnin ve diğerleri, 2012).

Araştırmamızda VKİ ile intihar davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, literatüre bakıldığında ise genel olarak negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Bjerkeset ve diğerleri, 2008; Mukamal ve diğerleri, 2007; Bjørngaard ve diğerleri, 2015; Gao ve diğerleri, 2013; Perera ve diğerleri, 2016). Brunner ve arkadaşları VKİ ve intihar girişimleri arasında orta derecede pozitif bir ilişki bulmuşlardır (Brunner ve diğerleri, 2006). Yapılan bir meta analiz sonucunda ise obez ve aşırı kilolu bireylerde intihar davranışı ile ölüm ve intihara teşebbüs etme arasında ters bir ilişki bulunurken, intihar düşüncesi ile pozitif ilişki bulunmuştur (Amiri ve Behnezhad, 2018).

Borderline Kişilik Ölçeği alt boyutları ve sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında cinsiyet ile intihar ve psikoz benzeri durumlar alt ölçeği arasında ilişki bulunamamıştır. Vücut kitle indeksi ile dürtüsellik, duygulanımda kararsızlık, kendilik imgesi ve psikoz benzeri durumlar ilişkili bulunur iken; terk edilme, ilişkiler, intihar- kendini yaralama davranışı, boşluk duygusu ve yoğun öfke arasında ilişki bulunamamıştır. Psikiyatrik ilaç kullanımı ile sadece psikoz benzeri durumlar arasında ilişki bulunamamıştır. İntihar ile bütün alt boyutlar ilişkili bulunmuştur. Çocukluk dönemi obezitesi ile dürtüsellik ve terk edilme arasında ilişki bulunmuştur. Sigara içme alışkanlığı ile dürtüsellik, intihar- kendini yaralama davranışı, yoğun öfke ve psikoz benzeri durumlar arasında ilişki bulunmuştur. Alkol kullanım alışkanlığı ile dürtüsellik ve intihar- kendini yaralama davranışı ile ilişkili bulunmuştur. Madde kullanımı ile kendilik imgesi ve psikoz benzeri durumlar ilişkili bulunmamıştır.

SKB cinsiyetlere göre bakıldığında bizim araştırmamızda kadınlarda erkeklerden daha fazla SKB özelliği görülmektedir. SKB hastalarının yüzde 76'sı kadınlardan oluşmaktadır (Widiger ve Weissman, 1991; Gunderson, 2009). Bazı araştırmalar da ise SKB erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir (Carter ve diğerleri, 1999). Bazı araştırmalarda da anlamlı bir fark bulunmamıştır (Zlotnick ve diğerleri, 2002; Torgersen ve diğerleri, 2001). Sınırdaki kişilik özelliği olarak bakıldığında, 277 psikolojik bir patolojisi olmayan (normal) kadın ve erkek üzerinde yapılan bir araştırmada, normal erkeklerin normal kadınlara göre daha fazla sınırdaki kişilik özelliği gösterdiği bulunmuştur (Henry ve Cohen, 1983). Erkekler SKB belirtileri için daha az farmakoloji ve psikoterapi tedavisi aramakta ve almaktadır (Goodman ve diğerleri, 2010). Kadınların klinik ortamlarda erkeklere göre daha fazla tedavi için destek aramaları kadınlarda SKB'nun daha yaygın olabileceği düşüncesini arttırmaktadır. Borderline kişilik ölçeği toplam puanına göre SKB oranlarına bakıldığında SKB'nun kadınlarda daha çok olmasının nedeni kadın katılım oranının fazla olması olabilir (Skodol ve Bender, 2003). Bizim araştırmamızda kadın katılım sayısının erkek katılım sayısından fazla olması, kadınlardaki SKB özelliklerinin daha fazla çıkmasına neden olmuş olabilir. Son olarak literatüre bakıldığında yapılan araştırmaların temsili örneklem verilerin yetersizliği nedeni ile SKB'nun gerçek yaygınlığı ve cinsiyet oranı bilinmemektedir. Daha geniş örneklem ile daha fazla sayıda araştırmaya ihtiyaç vardır (Skodol ve Bender, 2003).

SKB diğerk psikiyatrik rahatsızlıklar ve kişilik bozuklukları ile birlikte komorbid olarak görülebilmektedir (Zanarini ve diğerkleri, 1998b). Bu sebepten SKB için olmasa da diğerk psikiyatrik tanılar için psikiyatrik ilaç kullanılabilmektedir. Bu bireylerde de kullanmayan bireylere göre daha fazla SKB görülmektedir.

SKB ve intihar davranışı sık görülmektedir. SKB olan bireylerin en az dörtte üçü intihara teşebbüs ederken bu teşebbüslerin yüzde onu ölümle sonlanmaktadır (Black ve diğerkleri, 2004). Literatüre uygun olarak bizim sonuçlarımızda da intihar girişim öyküsü SKB ile anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

SKB’de madde kullanımı sık görülmektedir (Rousaville ve diğerkleri, 1998). Araştırmamızın sonucunda sigara ve madde kullanan bireylerin kullanmayan bireylere göre SKB arasında anlamlı derece ilişki bulunurken alkol kullanan ve kullanmayan bireylerde SKB arasında ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi olarak alkol kullanan bireylerin alkol tüketimini alkol kullanım bozukluğu tanısı koyulabilecek kadar çok kullanmamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda daha çok alkol kullanım bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Brady ve diğerkleri, 1999; Nace ve diğerkleri, 1983).

Borderline Kişilik Ölçeği alt boyutları ile yaş arasındaki korelasyona bakıldığında sadece “dürtüsellik” alt boyutu ile bir ilişki bulunamazken diğerk alt boyutlarla negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Literatürde ise yaş ve dürtüsellik düzeyine bakıldığında, dürtüsellik düzeyinin hormonal ve nöral değişikliklerden dolayı ergenlik dönemindeki dürtüsellik düzeyinin, yetişkinlik dönemine göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Ergenlik döneminde ergenler, yetişkinlere göre daha dürtüsel davranışlar sergilemektedir (Doremus-Fitzwater ve diğerkleri,2012).

Borderline Kişilik Ölçeği alt boyutları ve toplam puanı ile vücut kitle indeksi değerkleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, “işşkiler”, “intihar”, “yoğun öfke” ve “psikoz” arasında ilişki bulunamazken; “duygulanımda kararsızlık”, “terk edilme”, “kendilik imgesi”, “boşluk duygusu” ve Borderline Kişilik Ölçeği toplam ölçek puanı ile negatif yönde bir ilişki saptanırken, “dürtüsellik” alt boyutu ile pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Literatürde kişilik patolojileri ile obezite arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Hatta bazı kişilik bozuklukları ile bazı yeme patolojilerinin daha yoğun komorbid olarak gözlemlendiği gösterilmektedir. Sınırdaki kişilik bozukluğu ile obezite

arasında ilişki olduğuda da bulunmuştur. İkisi arasındaki ilişkinin nedeni olarak da dürtüsellik gösterilmektedir (Sansone ve Sansone, 2013).

Araştırmamızda yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Tekin ve arkadaşları da yaptıkları araştırmada yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır (Tekin ve diğerleri, 2018). Ayrıca yapılan diğer araştırmalarda da madde bağımlılığı, akıllı telefon bağımlılığı, internet bağımlılığı, alkol bağımlılığı gibi bağımlılık türleri ile dürtüsellik arasında ilişki bulunmuştur (Köksal ve diğerleri, 2020; Seçil ve Topçu, 2017; Güngör ve diğerleri, 2013; Kulu ve Özsoy, 2020).

Araştırmamızda yeme bağımlılığı ve yoğun öfke düzeyi arasında ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ise yeme bağımlılığı ile ilgili bir araştırılmaya rastlanılamazken, alkol ve madde bağımlılığı ile öfke arasında ilişki bulunmuştur (Ekinci ve diğerleri, 2016; Engin ve diğerleri, 2006).

İntihar davranışı, madde bağımlılığı olan bireylerde sık görülmektedir ve önemli bir problemdir (Yuodelis-Flores ve Ries, 2015). Alkol ve uyuşturucu bağımlısı kişilerde normal popülasyona göre intihar etme riski 5-10 kat daha fazla görülmektedir (Voss ve diğerleri, 2013). Araştırmamızda da yeme bağımlılığı ile intihar davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmamızda yeme bağımlılığı ve psikoz arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ise yeme bağımlılığı ile psikoz arasında bir araştırmaya rastlanılamazken, madde kullanımı (kokain, opioid) ve psikoz arasında ilişki görülmektedir (Bartlett ve diğerleri, 1997; Sørensen ve diğerleri, 2005). Bir araştırmada internet bağımlısı olan 25 yaşındaki bir erkek bireyin, iki yıldır günde en az sekiz saat oynadığı oyunu bıraktıktan sonra bir psikotik atak geliştirdiği gözlemlenmiştir (Paik ve diğerleri, 2014).

Kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları bir arada görülme oranları yüksektir (Verheul, 2001). SKB'nin madde kullanım bozuklukları ile diğer kişilik bozukluklarına göre bir arada görülme sıklığı daha fazladır (Kranzler ve diğerleri, 1994). Araştırmamızda Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği toplam puanı ile Borderline Kişilik Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir

ilişki görülmektedir. Literatür taramasında yeme bağımlılığı ve sınırda kişilik bozukluğu ile ilgili araştırmaya rastlanılamazken, alkol ve madde bağımlılığının yanında WhatsApp, internet bağımlılığı SKB ile komorbid olarak görülmektedir. (Faye ve diğerleri, 2016; Wu, Ko ve diğerleri, 2016).



SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak klinik ortamlarda sınırda kişilik bozukluğu ve yeme bağımlılığı bir arada görülebilmektedir. Bu tanılara uygun bireylerde tedavi için çalışılırken komorbid olarak görülebilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bu psikiyatrik rahatsızlıkların bir arada görülmesi kişinin tedavi sürecini uzatmakta ve olumsuz yönde etkilemektedir (Thomas ve diğerleri, 1999).

Sınırda kişilik bozukluğu ve yeme bağımlılığı arasındaki ilişkinin araştırıldığı daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Ayrıca bu araştırmaların kadın ve erkek katılımcı sayılarının yakın olduğu ve daha geniş örnekleme yapılması daha güvenilir sonuçlar verecektir.

Araştırma için örneklemden toplanılan verilerde, kadın sayısı erkek sayısından daha fazladır. Bu anlamda erkek sayısını arttırmak daha homojen bir dağılım ve daha kapsamlı sonuçlar sağlayabilir.

Araştırmada toplanılan verilerde yaş dağılımı ise daha çok yirmili yaşlardan oluşmaktadır. Covid-19 nedeniyle veriler internet ortamında toplanılmıştır. Bu da yaş ortalaması daha yüksek bireylerin katılımını olumsuz etkilemiştir. Ayrıca yaş dağılımının yirmili yaşlarda yoğun olması, değişkenlerinde homojen dağılmasını engellemiştir. Bu sebepten daha kapsamlı sonuçlar için yaş dağılımı homojen olacak bir şekilde veri toplanabilir.

Toplanılan örneklem sayısının arttırılması değişkenler üzerinde daha kapsamlı sonuçlar sağlayacaktır.

Sağlık çalışanları, klinik ortamda yeme bağımlılığı ve sınırda kişilik bozukluğunun komorbid olarak görülebileceğini unutmamalıdır. Bu tanıların önceden teşhis edilmesi hastaların tedavi sürecini olumlu yönde etkileyecek ve hızlandıracaktır.

KAYNAKÇA

- Al-Alem, L., & Omar, H. A. (2008). Borderline personality disorder: an overview of history, diagnosis and treatment in adolescents. *International journal of adolescent medicine and health*, 20(4), 395.
- Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International journal of preventive medicine*, 3(4), 290.
- American Psychiatric Association. (2002). *American psychiatric association practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder*. American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal bozuklukların teğhis ve istatistiksel el kitabı (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Amiri, S., & Behnezhad, S. (2018). Body mass index and risk of suicide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 238, 615-625.
- Aslan, S. (2008). Kişilik, huy ve psikopatoloji. *Rewiews, Cases and Hypotheses in Psychiatry RCHP*, 2(1-2), 7-18.
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20-39.
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2009). Sugar and fat bingeing have notable differences in addictive-like behavior. *The Journal of nutrition*, 139(3), 623-628.
- Babaoğlu, AN (1997). *Uyandırıcı ve tarihi: bağımlılık yapan maddeler*. Kaynak Yayınları.s.19
- Babbs, R. K., Sun, X., Felsted, J., Chouinard-Decorte, F., Veldhuizen, M. G., & Small, D. M. (2013). Decreased caudate response to milkshake is associated with

higher body mass index and greater impulsivity. *Physiology & behavior*, 121, 103-111.

Balaman, B.İ.(2017). Bakırköy İlçesindeki Yetişkin Populasyonda Yeme Bağımlılığı ve İlişkili Etmenler. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi SBE.

Bartlett, E., Hallin, A., Chapman, B., & Angrist, B. (1997). Selective sensitization to the psychosis-inducing effects of cocaine: a possible marker for addiction relapse vulnerability?. *Neuropsychopharmacology*, 16(1), 77-82.

Bayraktar, F., Erkman, F., & Kurtulus, E. (2012). Adaptation study of Yale food addiction Scale. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 22(1), S38.

Bee, H. L., Boyd, D. R., & Gündüz, O. (2009). *Çocuk gelişim psikolojisi*. Kaknüs yayınları.

Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of psychiatry*, 158(2), 295-302.

Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American journal of epidemiology*, 167(2), 193-202.

Bjørngaard, J. H., Carslake, D., Nilsen, T. I. L., Linthorst, A. C., Smith, G. D., Gunnell, D., & Romundstad, P. R. (2015). Association of body mass index with depression, anxiety and suicide—an instrumental variable analysis of the HUNT study. *PloS one*, 10(7), e0131708.

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders*, 18(3: Special issue), 226-239.

Bloom, E. L., Matsko, S. V., & Cimino, C. R. (2014). The relationship between cigarette smoking and impulsivity: A review of personality, behavioral, and neurobiological assessment. *Addiction Research & Theory*, 22(5), 386-397.

- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., ... & Comings, D. E. (2000). The reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors. *Journal of psychoactive drugs*, 32(sup1), 1-112.
- Blumenthal, D. M., & Gold, M. S. (2010). Neurobiology of food addiction. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 13(4), 359-365.
- Blundell, J. E., & Finlayson, G. (2011). Food addiction not helpful: the hedonic component–implicit wanting–is important. *Addiction*, 106(7), 1216-1218.
- Booth, B. M., Cook, C. L., & Blow, F. C. (1992). Comorbid mental disorders in patients with AMA discharges from alcoholism treatment. *Hospital & community psychiatry*.
- Borisenkov, M. F., Tserne, T. A., & Bakutova, L. A. (2018). Food addiction in Russian adolescents: Associations with age, sex, weight, and depression. *European Eating Disorders Review*, 26(6), 671-676.
- Brady KT, Randall CL (1999) Gender differences in substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 22:241-252.
- Braquehais, M. D., Oquendo, M. A., Baca-García, E., & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide?. *Comprehensive psychiatry*, 51(2), 121-129.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 111(1), 198.
- Brunner, J., Bronisch, T., Pfister, H., Jacobi, F., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2006). High cholesterol, triglycerides, and body-mass index in suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 10(1), 1-9.
- Budak, A. M. Ü., Kocabaş, E. Ö., & Göksu, H. (2020) Yaşam Boyu Yaklaşımı Üzerinden Diyalektik Davranış Terapisi.
- Burger, J. M. (2006). Kişilik (çev. İD Erguvan Sarioğlu). *İstanbul: Kaknüs Yayınları*.

- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). Anormal psikoloji. *İstanbul: Kaknüs Yayınları*.
- Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., Alterman, A. I., McKay, J. R., & Snider, E. C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Carter, J. C., Van Wijk, M., & Rowsell, M. (2019). Symptoms of 'food addiction' in binge eating disorder using the Yale Food Addiction Scale version 2.0. *Appetite*, 133, 362-369.
- Carter, J. D., Clin, D., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Sullivan, P. F., & Luty, S. E. (1999). Gender differences in the frequency of personality disorders in depressed outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 13(1), 67-74.
- Ceylan, V. (2017). *Borderline Kişilik Ölçeği (Türkçe BPQ): Geçerlik, Güvenirliği, Faktör Yapısı* (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
- Chanen, A. M., Velakoulis, D., Carison, K., Gaunson, K., Wood, S. J., Yuen, H. P., ... & Pantelis, C. (2008). Orbitofrontal, amygdala and hippocampal volumes in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163(2), 116-125.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2013). Psikolojik test ve değerlendirme, testler ve ölçmeye giriş (E. Tavşancıl, Trans.). *Ankara: Nobel*.
- Coskunpinar, A., Dir, A. L., & Cyders, M. A. (2013). Multidimensionality in impulsivity and alcohol use: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(9), 1441-1450.

- Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J., & Winkleby, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study. *Psychological medicine*, 44(2), 279.
- Dagher, A., & Robbins, T. W. (2009). Personality, addiction, dopamine: insights from Parkinson's disease. *Neuron*, 61(4), 502-510.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of personality disorders*, 20(5), 450-465.
- Davis, C. (2017). A commentary on the associations among 'food addiction', binge eating disorder, and obesity: Overlapping conditions with idiosyncratic clinical features. *Appetite*, 115, 3-8.
- Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, 57(3), 711-717.
- De Vries, S. K., & Meule, A. (2016). Food addiction and bulimia nervosa: New data based on the Yale Food Addiction Scale 2.0. *European Eating Disorders Review*, 24(6), 518-522.
- Dervaux, A., & Laqueille, X. (2016). Borderline personality disorder and addiction. *L'information psychiatrique*, 92(1), 38-44.
- Dimitrijević, I., Popović, N., Sabljak, V., Škodrić-Trifunović, V., & Dimitrijević, N. (2015). Food addiction-diagnosis and treatment. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 0-106.
- Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M. (2004). Impulsivity and smoking relapse. *Nicotine & tobacco research*, 6(4), 641-647.
- Doremus-Fitzwater, T. L., Barreto, M., & Spear, L. P. (2012). Age-related differences in impulsivity among adolescent and adult Sprague-Dawley rats. *Behavioral neuroscience*, 126(5), 735.

- Ekinci, S., Kural, H. U., & Yalçınay, M. (2016). Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 17(1), 12-17.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573.
- Emery, R. L., & Levine, M. D. (2017). Questionnaire and behavioral task measures of impulsivity are differentially associated with body mass index: A comprehensive meta-analysis. *Psychological bulletin*, 143(8), 868.
- Engin, E., Gültekin, K., Coşkunol, H., & Horozoğlu, N. (2006). Alkol Ve Madde Bağımlılarında Öfke İfadesi Ve Kişilerarası İlişki Tarzı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(1), 211-223.
- Esang, M., & Ahmed, S. (2018). A closer look at substance use and suicide. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*.
- Fauconnier, M., Rousselet, M., Brunault, P., Thiabaud, E., Lambert, S., Rocher, B., ... & Grall-Bronnec, M. (2020). Food addiction among female patients seeking treatment for an eating disorder: Prevalence and associated factors. *Nutrients*, 12(6), 1897.
- Faye, A. D., Gawande, S., Tadke, R., Kirpekar, V. C., & Bhave, S. H. (2016). WhatsApp addiction and borderline personality disorder: A new therapeutic challenge. *Indian journal of psychiatry*, 58(2), 235.
- Flint, A. J., Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., Brownell, K. D., Field, A. E., & Rimm, E. B. (2014). Food-addiction scale measurement in 2 cohorts of middle-aged and older women. *The American journal of clinical nutrition*, 99(3), 578-586.
- Gao, S., Juhaeri, J., Reshef, S., & Dai, W. S. (2013). Association between body mass index and suicide, and suicide attempt among British adults: the health improvement network database. *Obesity*, 21(3), E334-E342.

- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009a). Food addiction: an examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of addiction medicine*, 3(1), 1-7.
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009b). Preliminary validation of the Yale food addiction scale. *Appetite*, 52(2), 430-436.
- Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 657-663.
- Geiger, B. M., Haburcak, M., Avena, N. M., Moyer, M. C., Hoebel, B. G., & Pothos, E. N. (2009). Deficits of mesolimbic dopamine neurotransmission in rat dietary obesity. *Neuroscience*, 159(4), 1193-1199.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2012). *Psikoloji ve yaşam: psikolojiye giriş*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Goodman, M., Patil, U., Steffel, L., Avedon, J., Sasso, S., Triebwasser, J., & Stanley, B. (2010). Treatment utilization by gender in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice®*, 16(3), 155-163.
- Granö, N., Virtanen, M., Vahtera, J., Elovainio, M., & Kivimäki, M. (2004). Impulsivity as a predictor of smoking and alcohol consumption. *Personality and individual differences*, 37(8), 1693-1700.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National

- Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533.
- Gunderson, J. G. (2009). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837.
- GÜNGÖR, B. B., GÜLSEREN, Ş., DALMIŞ, A., & ZORLU, N. (2013). Alkol bağımlılığı başlangıç yaşı ve aile öyküsünün dürtüsellik ve kompulsivite ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(3).
- Gvion, Y., & Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of suicide research*, 15(2), 93-112.
- Hauck, C., Weiß, A., Schulte, E. M., Meule, A., & Ellrott, T. (2017). Prevalence of 'food addiction' as measured with the Yale Food Addiction Scale 2.0 in a representative German sample and its association with sex, age and weight categories. *Obesity Facts*, 10(1), 12-24.
- Henry, K. A., & Cohen, C. I. (1983). The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*.
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K., ... & Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological psychiatry*, 50(4), 292-298.
- Holden, C. (2001). 'Behavioral'addictions: do they exist?.

- Hone-Blanchet, A., & Fecteau, S. (2014). Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology*, 85, 81-90.
- Horesh, N., Rolnick, T., Iancu, I., Dannon, P., Lepkifker, E., Apter, A., & Kotler, M. (1997). Anger, impulsivity and suicide risk. *Psychotherapy and psychosomatics*, 66(2), 92-96.
- Jovev, M., Garner, B., Phillips, L., Velakoulis, D., Wood, S. J., Jackson, H. J., ... & Chanen, A. M. (2008). An MRI study of pituitary volume and parasuicidal behavior in teenagers with first-presentation borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 162(3), 273-277.
- Juengling, F. D., Schmahl, C., Heßlinger, B., Ebert, D., Bremner, J. D., Gostomzyk, J., ... & Lieb, K. (2003). Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37(2), 109-115.
- Kernberg, O. F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18(4), 800-822.
- Kleinman, P. H., Miller, A. B., Millman, R. B., Woody, G. E., Todd, T., Kemp, J., & Lipton, D. S. (1990). Psychopathology among cocaine abusers entering treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 936.
- Klonsky, E. D., & May, A. (2010). Rethinking impulsivity in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612-619.
- Köksal, B., Karaca, S., & Çıtak, S. (2020). Madde bağımlılığında dürtüsellik ve saldırganlığın incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(1).
- Kranzler, H. R., Satel, S., & Apter, A. (1994). Personality disorders and associated features in cocaine-dependent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 35(5), 335-340.

- Kulu, M., & Özsoy, F. (2020). İnternet kafelerdeki sık zaman geçiren gençlerde internet bağımlılığı, dikkat eksikliği ve dürtüsellik. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi*, 24(1).
- Kurt, D. G., & Yıldız, E. Ç. (2017). Kişilik kuramları gerçek yaşamdan kişilik analizi örnekleriyle. *Pegem Atıf İndeksi*, 1-608.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Levine, A. S., Kotz, C. M., & Gosnell, B. A. (2003). Sugars and fats: the neurobiology of preference. *The Journal of nutrition*, 133(3), 831S-834S.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Long, C. G., Blundell, J. E., & Finlayson, G. (2015). A systematic review of the application and correlates of YFAS-diagnosed 'food addiction'in humans: are eating-related 'addictions'a cause for concern or empty concepts?. *Obesity Facts*, 8(6), 386-401.
- Lutter, M., & Nestler, E. J. (2009). Homeostatic and hedonic signals interact in the regulation of food intake. *The Journal of nutrition*, 139(3), 629-632.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... & Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264.
- Meule, A. (2014). The relation between body mass index and substance use: a true can of worms. *Innovations in clinical neuroscience*, 11(3-4), 11.

- Meule, A., & Blechert, J. (2016). Trait impulsivity and body mass index: a cross-sectional investigation in 3073 individuals reveals positive, but very small relationships. *Health Psychology Open*, 3(2), 2055102916659164.
- Meule, A., & Blechert, J. (2017). Indirect effects of trait impulsivity on body mass. *Eating behaviors*, 26, 66-69.
- Meule, A., Heckel, D., Vögele, C., & Kübler, A. (2012b). Food addiction in obese candidates for bariatric surgery. In *30th Symposium Clinical Psychology and Psychotherapy of the DGPs Section Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Meule, A., von Rezori, V., & Blechert, J. (2014). Food addiction and bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 22(5), 331-337.
- Meule, A., Vögele, C., & Kübler, A. (2012a). Deutsche Übersetzung und Validierung der Yale Food Addiction Scale-German translation and validation of the Yale Food Addiction Scale. *Diagnostica*, 58, 115-126.
- Mitchell, S. H. (2004). Measuring impulsivity and modeling its association with cigarette smoking. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3(4), 261-275.
- Moeller, F. G., & Dougherty, D. M. (2002). Impulsivity and substance abuse: what is the connection?. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 1(1), 3-10.
- Monnin, J., Thiemard, E., Vandael, P., Nicolier, M., Tio, G., Courtet, P., ... & Haffen, E. (2012). Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *Journal of affective disorders*, 136(1-2), 35-43.
- Morgenstern J, Langenbucher J, Labouvie E ve ark. (1997) The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *J Abnorm Psychol*, 106:74-84.
- Mukamal, K. J., Kawachi, I., Miller, M., & Rimm, E. B. (2007). Body mass index and risk of suicide among men. *Archives of internal medicine*, 167(5), 468-475.

- Murphy, C. M., Stojek, M. K., & MacKillop, J. (2014). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and body mass index. *Appetite*, 73, 45-50.
- N Gearhardt, A., A White, M., & N Potenza, M. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Current drug abuse reviews*, 4(3), 201-207.
- Nace, E. P., & Davis, C. W. (1993). Treatment outcome in substance-abusing patients with a personality disorder. *American Journal on Addictions*, 2(1), 26-33.
- Nace, E. P., Saxon, J. J., & Shore, N. (1983). A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 54-56.
- New, A. S., Goodman, M., Triebwasser, J., & Siever, L. J. (2008). Recent advances in the biological study of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 441-461.
- Ni, X., Chan, D., Chan, K., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2009). Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(1), 128-133.
- Ni, X., Chan, K., Bulgin, N., Sicard, T., Bismil, R., McMain, S., & Kennedy, J. L. (2006). Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 40(5), 448-453.
- Nunes, P. M., Wenzel, A., Borges, K. T., Porto, C. R., Caminha, R. M., & De Oliveira, I. R. (2009). Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *Journal of personality disorders*, 23(4), 333-345.
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*.
- Ögel, K. (2012). *İnternet bağımlılığı: İnternetin psikolojisini anlamak ve bağımlılıkla başa çıkmak*. İş Bankası Kültür Yayınları.

- Öztürk, O., & Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Cilt I. *Yenilenmiş (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.*
- Paik, A., Oh, D., & Kim, D. (2014). A case of withdrawal psychosis from internet addiction disorder. *Psychiatry investigation*, 11(2), 207.
- Paris, J. (2009). The treatment of borderline personality disorder: implications of research on diagnosis, etiology, and outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 277-290.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*.
- Perera, S., Eisen, R. B., Dennis, B. B., Bawor, M., Bhatt, M., Bhatnagar, N., ... & Samaan, Z. (2016). Body mass index is an important predictor for suicide: Results from a systematic review and Meta-Analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(6), 697-736.
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and alcohol dependence*, 63(1), 29-38.
- Pipová, H., Kašáková, N., Fürstová, J., & Tavel, P. (2020). Development of the Modified Yale Food Addiction Scale Version 2.0 summary version in a representative sample of Czech population. *Journal of eating disorders*, 8, 1-10.
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), e282-e291.
- Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of personality disorders*, 20(3), 247-260.
- Potenza, M. N., & De Wit, H. (2010). Control yourself: alcohol and impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1303-1305.

- Pursey, K. M., Stanwell, P., Gearhardt, A. N., Collins, C. E., & Burrows, T. L. (2014). The prevalence of food addiction as assessed by the Yale Food Addiction Scale: a systematic review. *Nutrients*, 6(10), 4552-4590.
- Randolph, T. G. (1956). The descriptive features of food addiction. Addictive eating and drinking. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 17(2), 198-224.
- Ross, C. C. (2017). *The Food Addiction Recovery Workbook: How to Manage Cravings, Reduce Stress, and Stop Hating Your Body*. New Harbinger Publications.
- Rounsaville, B. J., Kranzler, H. R., Ball, S., Tennen, H., Poling, J., & Triffleman, E. (1998). Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *The Journal of nervous and mental disease*, 186(2), 87-95.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2013). The relationship between borderline personality and obesity. *Innovations in clinical neuroscience*, 10(4), 36.
- Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 122(3), 193-198.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A. F. J. M., Bjerke, T., Crepaf, P., ... & Sampaio-Faria, J. G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trend. S and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989–1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93(5), 327-338.
- Schreiber, L. R., Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2013). The overlap between binge eating disorder and substance use disorders: Diagnosis and neurobiology. *Journal of Behavioral Addictions*, 2(4), 191-198.
- Schulte, E. M., Grilo, C. M., & Gearhardt, A. N. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical psychology review*, 44, 125-139.

- Seçil, Ö. Z. E. N., & Topcu, M. (2017). Tıp fakültesi öğrencilerinde akıllı telefon bağımlılığı ile depresyon, obsesyon-kompulsiyon, dürtüsellik, aleksitimi arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 18(1), 16-24.
- Serter, R. (2004). Obezite Atlası. *Ankara, Karakter Color Basımevi*.
- Sevinçer, G. M., Konuk, N., Bozkurt, S., Saraçlı, Ö., & Coşkun, H. (2014). Psychometric properties of the Turkish version of the Yale Food Addiction Scale among bariatric surgery patients.
- Skinner, M. D., Aubin, H. J., & Berlin, I. (2004). Impulsivity in smoking, nonsmoking, and ex-smoking alcoholics. *Addictive Behaviors*, 29(5), 973-978.
- Skodol, A. E., & Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men?. *Psychiatric Quarterly*, 74(4), 349-360.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002a). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936-950.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002b). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological psychiatry*, 51(12), 951-963..
- Small, D. M., Jones-Gotman, M., & Dagher, A. (2003). Feeding-induced dopamine release in dorsal striatum correlates with meal pleasantness ratings in healthy human volunteers. *Neuroimage*, 19(4), 1709-1715.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 601-608.
- Sørensen, H. J., Jepsen, P. W., Haastrup, S., & Juel, K. (2005). Drug-use pattern, comorbid psychosis and mortality in people with a history of opioid addiction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(3), 244-249.

- Spangler, R., Wittkowski, K. M., Goddard, N. L., Avena, N. M., Hoebel, B. G., & Leibowitz, S. F. (2004). Opiate-like effects of sugar on gene expression in reward areas of the rat brain. *Molecular Brain Research*, 124(2), 134-142.
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences*, 47(5), 385-395.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489.
- Sussman, S., & Black, D. S. (2008). Substitute addiction: A concern for researchers and practitioners. *Journal of drug education*, 38(2), 167-180.
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders*, 4(3), 257-272.
- Taymur, İ., & Hakan Türkçapar, M. (2012). Kişilik: Tanımı, Sınıflaması ve Değerlendirmesi. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 4(2).
- TEKİN, A., YETKİN, A., & GÜRSOY, Ç. (2018). Genç erişkinlerde yeme bağımlılığı ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 171-178.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of studies on alcohol*, 60(2), 271-277.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 41(6), 416-425.

- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical psychology review*, 20(2), 235-253.
- United States. Advisory Committee to the Surgeon General, & United States. Public Health Service. (1986). *The Health Consequences of Using Smokeless Tobacco: A Report of the Advisory Committee to the Surgeon General* (No. 86). US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Van den Berg, L., Pieterse, K., Malik, J. A., Luman, M., Van Dijk, K. W., Oosterlaan, J., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Association between impulsivity, reward responsiveness and body mass index in children. *International Journal of Obesity*, 35(10), 1301-1307.
- Verheul R (2001) Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry*, 16:274-282.
- Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G. J., Fowler, J. S., Ding, Y. S., Sedler, M., ... & Gifford, A. (2001). Low level of brain dopamine D2 receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2015-2021.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Logan, J., Jayne, M., ... & Wong, C. (2007). Profound decreases in dopamine release in striatum in detoxified alcoholics: possible orbitofrontal involvement. *Journal of Neuroscience*, 27(46), 12700-12706.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Thanos, P. K., Logan, J., ... & Pradhan, K. (2008). Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: possible contributing factors. *Neuroimage*, 42(4), 1537-1543.
- Voss, W. D., Kaufman, E., O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Conner, K. R., & Ries, R. K. (2013). Preventing addiction related suicide: A pilot study. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 565-569.

- Wagner, S., Baskaya, Ö., Lieb, K., Dahmen, N., & Tadić, A. (2009). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 43(13), 1067-1072.
- Waldeck, T. L., & Miller, L. S. (1997). Gender and impulsivity differences in licit substance use. *Journal of Substance Abuse*, 9, 269-275.
- Wang, G. J., Volkow, N. D., Logan, J., Pappas, N. R., Wong, C. T., Zhu, W., ... & Fowler, J. S. (2001). Brain dopamine and obesity. *The Lancet*, 357(9253), 354-357.
- Wang, G. J., Volkow, N. D., Telang, F., Jayne, M., Ma, Y., Pradhan, K., ... & Biegon, A. (2009). Evidence of gender differences in the ability to inhibit brain activation elicited by food stimulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(4), 1249-1254.
- Weiss, R. D., Mirin, S. M., Griffin, M. L., Gunderson, J. G., & Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34(3), 145-149.
- WHO, I. (2015). Obesity and overweight. *Fact sheet No. 311*.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 42(10), 1015-1021.
- Wu, J. Y. W., Ko, H. C., Tung, Y. Y., & Li, C. C. (2016). Internet use expectancy for tension reduction and disinhibition mediates the relationship between borderline personality disorder features and Internet addiction among college students—One-year follow-up. *Computers in Human Behavior*, 55, 851-855.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & McGLASHAN, T. H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), 510-518.

- Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: a review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98-104.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 39(5), 296-302.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive psychiatry*, 30(1), 18-25.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(6), 381-387.
- Zimmerman, M. ve Mattia, JI (1999). Borderline kişilik bozukluğunun teşhisinde klinik ve araştırma uygulamaları arasındaki farklar. *Amerikan Psikiyatri Dergisi* , 156 (10), 1570-1574.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.
- Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 16(3), 277-282.

EKLER

EK 1: Demografik Bilgi Formu

1.Cinsiyetiniz?

a- Kadın () b- Erkek ()

2. Doğum tarihiniz nedir?(gg/aa/yyyy):.....

3. Kilonuz:kg

4. Boyunuz:cm

5. Eğitim durumunuz nedir?

a- Okur yazar b-İlkokul mezunu c- Ortaokul mezunu d- Lise mezunu
e- Önlisans-lisans mezunu f- Yüksek lisans- doktora mezunu

6. Çalışma Durumunuz:

a- Çalışıyor() b- Çalışmıyor() c- Emekli()

7.Yaşamakta olduğunuz yerin büyüklüğü nedir?

a- Kırsal-Köy b-Kasaba c- İlçe d-İl merkezi e-Büyükşehir- Metropol

8. Maddi durumunuz: (Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz.)

a- Kötü() b- Orta() c- İyi () d- Çok iyi ()

9. Medeni durumunuz nedir?

a-Evli () b- Bekar () c- Ayrılmış (Boşanma yada Vefat etmiş) ()

10. Kimlerle Yaşıyorsunuz?

a- Yalnız() b- Aile () c- Ev Arkadaşı () d- Eş () e- Diğer()

11.Sigara kullanıyor musunuz?(Lütfen sigara kullanıyorsanız 11.1 ve 11.2. soruları da cevaplayınız. Cevabınız hayır ise 12. Soruya geçiniz.)

a-Evet () b- Hayır() c- Bıraktım()

11.1 Günde tüketilen miktar nedir?adet

11.2 Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?.....yıldır.

12. Alkol kullanıyor musunuz?(Lütfen alkol kullanıyorsanız 12.1 sorusunu cevaplayınız. Cevabınız hayır ise 13. Soruya geçiniz.)

a- Evet() b-Hayır() c- Bıraktım()

12.1 Haftada tüketilen miktar nedir?kadeh

13. Madde kullanıyor musunuz?(Lütfen madde kullanıyorsanız 13.1 ve 13.2 sorularını cevaplayınız. Cevabınız hayır ise 14. Soruya geçiniz.)

a- Evet() b-Hayır() c- Bıraktım()

13.1 En sık hangi tür maddeyi kullanıyorsunuz?.....

13.2 Haftada ne sıklıkla kullanıyorsunuz?kere

14. Tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

a-Yok() b- Var () Var ise adını yazınız.(.....)

15. Şuan psikiyatrik bir rahatsızlık için ilaç kullanıyor musunuz?

a-Evet() b-Hayır() Evet ise ismi nedir?

16. Ailede tanısı konulmuş psikiyatrik hastalık var mı?

a)Yok() b)Var () Var ise adını yazınız.(.....)

17. Mevcut tıbbi bir hastalığınız var mı?

a) Yok() b) Var () Var ise adını yazınız.(.....)

18. Ailede obezite var mı?

a- Evet() b- Hayır()

19.Çocukluk çağında obeziteniz var mıydı?

a- Evet() b- Hayır()

20. Daha önce intihar etmeyi hiç düşündünüz mü?

a- Evet() b- Hayır()

21. Daha önce intihar girişiminde bulundunuz mu?

a-Evet () b- Hayır() Evet ise kaç kez?.....

EK 2: Borderline Kişilik Ölçeği

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadelerin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Lütfen aşağıdaki tüm ifadeler için son iki yıl ve öncesinde **SİZİ EN İYİ TANIMLADIĞINI DÜŞÜNDÜĞÜNÜZ** en uygun seçeneği işaretleyiniz. Yanıtınız doğru ise D seçeneğini daire içine alınız. Eğer yanıtınız yanlış ise Y seçeneğini daire içine alınız. Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. Doğru, yanlış, ya da hileli yanıt yoktur! Olabildiğince dürüst yanıtlar vermeye özen gösteriniz ve her bir soruda uzun süre düşünmeden yanıt vermeye dikkat ediniz. Bazen karar vermek sizin için zor olsa bile, lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışınız.

	Daire içine alınız.	
1. İşleri çoğu kez üzerinde fazla düşünmeden yaparım.	D	Y
2. Çoğu kez 'birden bire' depresif ve anksiyeteli hissederim.	D	Y
3. İnsanlar çoğu kez beni terkederler.	D	Y
4. Arkadaşlarım tarafından nadiren hayal kırıklığına uğrarım.	D	Y
5. Kendimi diğer kişilerden (derece olarak) daha aşağıda hissederim	D	Y
6. Geçmişte kendine zarar verme davranışında bulunmakla tehdit ettiğim oldu.	D	Y
7. Hayatımla ilgili bir şeyler yapmak için becerilerimin varolduğuna inanmıyorum.	D	Y
8. Nadiren diğer insanlara kızarım.	D	Y
9. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım.	D	Y

10. Uzunca bir süre tanımadığım birisiyle cinsel ilişkide bulunmam.	D	Y
11. Bazen kendimi anksiyeteli ya da gergin hissederim, bir kaç saat sonra da üzgün hissederim.	D	Y
12. Bana yakın olan insanlar öldüğünde ya da beni bıraktıklarında, kendimi terk edilmiş hissederim.	D	Y
13. Potansiyel dostlukları çoğu kez abartır, sonra da yürümeyeceklerini anlarım.	D	Y
14. Diğer insanlar gibi olsaydım kendimi iyi hissederdim.	D	Y
15. Kasıtlı olarak kendimi öldürmeye çalışmaksızın, kendime zarar vermeye çalıştım.	D	Y
16. Genel olarak, hayatım çok sıkıcıdır.	D	Y
17. Sık sık fiziksel kavgalar ederim.	D	Y
18. Bazen birilerinin peşimde olduğunu hissine kapılırım.	D	Y
19. Arkadaşlarım duygularımın çok hızlı bir şekilde değiştiğini söylerler.	D	Y
20. Yalnız zaman geçirmekten korkarım.	D	Y
21. Güvenilir görünen insanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
22. Geçmişte intihar girişiminde bulundum.	D	Y
23. Çoğu kez başkalarına sunacak hiçbir şeyim yok gibi hissederim.	D	Y
24. Öfkelendiğimde kendimi kontrol edememe sorunum var.	D	Y
25. Başkalarının zihnini okuyabilirim.	D	Y
26. Kokain, eroin gibi ağır uyuşturucu maddeler denedim.	D	Y

27. Duygu durumum gün boyunca mutluluk, öfke, anksiyete ve depresyon arasında sık sık gider gelir.	D	Y
28. Arkadaşlarımdan ayrıldığımda, onları tekrar göreceğimden eminimdir.	D	Y
29. Arkadaşlarım çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
30. Kendimi bilerek kestim.	D	Y
31. Çoğu kez kendimi yalnız ve terk edilmiş hissedirim.	D	Y
32. Öfkelendiğimde kendimi kontrol etmede hiç bir zorluk çekmem.	D	Y
33. Bazen başkalarının görmediği ya da duymadığı şeyler görür ve duyarım.	D	Y
34. İlk buluşmada cinsel ilişkide bulunmak benim için alışılmamış değildir.	D	Y
35. Bazen kendimi çok üzgün hissedirim ama bu duygu hızlı bir şekilde geçer.	D	Y
36. İnsanlar çoğu kez beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
37. Keşke bazı arkadaşlarım gibi olabilsem.	D	Y
38. Dikkat çekmek için kendime zarar verdiğim oldu.	D	Y
39. Farklı insanlarla farklı ortamlarda bulunduğumda bazen kim olduğumdan emin olmayacak derecede kendimi farklı hissedirim.	D	Y
40. Başkaları tarafından kolayca kızdırılırım.	D	Y
41. Bazen başkalarının ne düşündüğünü gerçekten duyabilirim.	D	Y
42. Canım istediğinde uyuşturucu maddeler kullanırım.	D	Y
43. Nadiren kendimi üzgün ya da anksiyeteli hissedirim.	D	Y

44. Beni hiç kimse sevmiyor.	D	Y
45. İnsanlara güvendiğimde, nadiren beni hayal kırıklığına uğratırlar.	D	Y
46. İnsanların beni daha yakından tanıdıklarında, beni sevmeyeceklerini hissediyorum.	D	Y
47. Kolayca öfkelenirim.	D	Y
48. Başkalarının zihinlerini okumak mümkün değildir.	D	Y
49. Bazen kendimi çok mutlu hissediyorum ama bu duygu hızlı bir şekilde değişebiliyor.	D	Y
50. Onlara ihtiyacım olduğunda yanımda olmayacakları için, başkalarına bağımlı olmakta zorlanırım.	D	Y
51. Önem verdiğim kişilerle ilişkilerimde inişler ve çıkışlar çok olur.	D	Y
52. Kendim gibi davranmada rahatımdır.	D	Y
53. Asla kendime zarar girişimde bulunmadım.	D	Y
54. Nadiren yalnızlık hissederim.	D	Y
55. Çoğu kez önemsiz şeylerin beni öfkелendirdiği olur.	D	Y
56. Bazen gerçek olanla hayalimde canlandırıdığım arasındaki farkı atlarım.	D	Y
57. İcki içtiğim zaman, çok fazla içerim.	D	Y
58. Kendimi huysuz, geçimsiz bir kişi olarak düşünürüm.	D	Y
59. İnsanlar çoğu kez beni terk ettikleri için, onlarla yakın ilişkiler geliştirmede zorluk çekerim.	D	Y
60. Onlara ihtiyacım olduğunda arkadaşlarım her zaman yanımda olurlar.	D	Y
61. Keşke bir başkası olsaydım.	D	Y

62. Hayatımın ilginç olmadığını hissediyorum.	D	Y
63. Öfkeli olduğum zaman, bazen eşyalara vurup kırabilirim.	D	Y
64. Çoğu kez aşırı hız nedeniyle trafik cezası alırım.	D	Y
65. Çoğu kez duygusal açıdan bir 'lunapark treninin' üzerindeymiş gibi hissedirim.	D	Y
66. Ailem tarafından terk edilmiş gibi hissediyorum.	D	Y
67. Kim olduğum konusunda kendimi çok rahat hissediyorum.	D	Y
68. Çoğu kez işleri fazla düşünmeden, dürtüsel olarak yaparım.	D	Y
69. Hayatımın bir amacı yoktur.	D	Y
70. Gelecekte ne yapmak istediğimden emin değilim.	D	Y
71. Bazen o kadar çok yiyorum ki, ya çok sancım oluyor ya da kendimi kusmak için zorlamak zorunda kalıyorum.	D	Y
72. İnsanlar huysuz, geçimsiz bir kişi olduğumu düşünürler.	D	Y
73. Sevdiğim insanlar beni çoğu kez bırakırlar.	D	Y
74. Sosyal durumlarda, çoğu kez başkalarının zihnimden geçenleri sezeceklerini ve onlara sunabileceğim pek bir şey olmadığını farkedebileceklerini hissedirim.	D	Y
75. Kendime zarar vermeye çalıştığım için hastanede yattığım olmuştur.	D	Y
76. Çoğu kez boşluk duygusu hissedirim.	D	Y
77. Başkaları beni çoğu kez öfkeliendirir.	D	Y
78. Değer verdiğim birisinin beni bırakacağını düşünmek beni çoğu kez çılgına çevirir.	D	Y
79. Uzun vadeli amaçlarım konusunda kafam karışıktır.	D	Y
80. Başkaları çok çabuk öfkeli olduğimi söylerler.	D	Y

EK 3: Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği

Bu ankette yer alan sorular, geçen bir yıla dair yeme alışkanlıklarınızı öğrenmeyi amaçlamaktadır. İnsanlar bazen belirli yiyeceklerin tüketimini kontrol etmekte zorlanırlar: (Dondurma, çikolata, kurabiye, pasta, şeker gibi tatlılar, beyaz ekmek, makarna, pirinç gibi nişastalı gıdalar, cips, kraker gibi tuzlu atıştırmalar, biftek, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yağlı yiyecekler, kolalı ve şekerli içecekler.) Aşağıdaki sorularda “BELİRLİ YİYECEKLER” ifadesini gördüğünüzde listedeki yiyecekler benzerlerini, ya da geçen bir yıl içinde sorun yaşadığınız bir yiyecek türünü düşünün.

SON 12 AYDIR:	Hiç	Ayda bir kez	Ayda 2-4 kez	Haftada 2- kez	Haftada 4'ten fazla ya da her gün
1. Belirli yiyecekleri yemeye başladıktan sonra planladığımdan daha fazla yediğimi fark ettim.					
2. Açlığım geçmesine rağmen kendimi belirli yiyecekleri tüketmeye devam ederken buluyorum.					
3. Fiziksel olarak rahatsız hissedene kadar yiyorum.					
4. Belirli yiyecekleri yemeyi bırakmak ya da tüketimini azaltmak beni endişelendiriyor.					
5. Zamanımın büyük kısmını çok fazla yediğimden dolayı kendimi miskin ve yorgun hissederek geçiriyorum.					

6. Kendimi belirli yiyecekleri gün boyunca sürekli yerken buluyorum.					
7. Belirli yiyecekler elimin altında olmadığına, dışarı çıkıp temin etmeye çalışıyorum. Örneğin, evde başka seçeneklerim olsa bile markete gidip satın alırım.					
8. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.					
9. Öyle anlar oluyor ki, çok sık ve çok fazla yemek yediğim için hissettiğim olumsuz duygularla baş etmeye çalışmaktan çalışmaya, ailem ve arkadaşlarımla vakit geçirmeye, benim için önemli ya da eğlenceli faaliyetleri yapmaya vakit ayıramıyorum.					

10. Öyle anlar oluyor ki, çok fazla yemekten korktuğum için belirli yiyeceklerin bulunabileceği profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.					
11. Öyle anlar oluyor ki, belirli yiyecekleri yiyemeyeceğim bazı profesyonel ve sosyal ortamlardan kaçınıyorum.					
12. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtileri yaşıyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içecekleri azaltmanın yarattığı belirtileri dahil etmeyin).					
13. Gelişen endişe, kaygı ya da fiziksel yoksunluk belirtilerini önlemek için belirli yiyecekleri tüketiyorum. (lütfen kahve, kola, çay, enerji içeceği gibi kafeinli içeceklerin tüketimini dahil etmeyin).					
14. Belirli yiyecekleri azalttığımda ya da bıraktığımda onları tüketme isteğimin arttığını fark ediyorum.					

15. Yemeklerle ve yemek yemekle ilgili davranışlarım beni önemli ölçüde rahatsız ediyor.					
16. Yemekler ve yemek yemek yüzünden verimli iş yapma konusunda önemli sıkıntılar yaşıyorum (günlük hayat, iş/okul, sosyal faaliyetler, aile faaliyetleri, sağlık sorunları).					

	EVET	HAYIR
17. Yemek tüketimin yüzünden depresyon, kaygı, kendimden nefret etme, suçluluk gibi önemli psikolojik sorunlar yaşıyorum.		
18. Yemek tüketimim önemli fiziksel sorunlara yol açıyor ya da var olan sorunları kötüleştiriyor.		
19. Duygusal ve/veya fiziksel sorunlar yaşamama rağmen aynı tipte ya da aynı miktarda yemek tüketmeye devam ediyorum.		
20. Zaman içinde, daha az olumsuz duygu ya da daha çok haz gibi istediğim duyguları elde etmek için daha fazla yemek yemeye ihtiyacım olduğunu fark ediyorum.		
21. Aynı miktarda yemeğin, eskisi gibi olumsuz duyguları azaltmadığını ya da hazzı arttırmadığını fark ettim.		
22. Belirli yiyecekleri azaltmak ya da yemeyi bırakmak istiyorum.		
23. Belirli yiyecekleri azaltmaya ya da yemeyi bırakmaya çalıştım		
24. Bu yiyecekleri azaltmayı ya da yemeyi bırakmayı başardım		

25. Geçen bir yıl içerisinde belirli yiyecekleri azaltmayı ya da bırakmayı kaç kere denediniz?	1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 kere
--	--------	--------	--------	--------	--------



ÖZGEÇMİŞ

Berk BAŞAR; 2008-2012 yıllarında İbrahim Bodur Anadolu Lisesinde okudu. Üniversite eğitimini İstanbul Ticaret Üniversitesi Psikoloji bölümünde tamamladı. Lisans eğitiminden sonra Marmara Üniversitesinde Formasyon eğitimi aldı. 2018 yılında İstanbul Kent Üniversitesinde Klinik Psikoloji Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır.

