

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI



**TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU OLAN VEYA OLMAYAN
EKSOJEN OBEZİTE TANILI 12-18 YAŞ OLGULARIN SOSYAL
BİLİŞSEL BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIKLI
KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Serkan TURAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Aynur AKAY PEKCANLAR

İZMİR 2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TABLO LİSTESİ	IV
KISALTMALAR	VI
TEŞEKKÜR	VII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Beslenme Davranışı ve Yeme Bozuklukları.....	5
2.2. Tikinircasına Yeme Bozukluğu.....	5
2.2.1.Tanım	5
2.2.2.Tarihçe.....	5
2.2.3.Epidemiyoloji	6
2.2.4.Klinik Özellikler ve Sınıflama	7
2.2.5.Komorbidite	9
2.2.6.Etiyoloji.....	10
2.2.7.Genetik Risk Faktörleri	11
2.2.8.Nörobiyolojik Risk Faktörleri	12
2.2.9.Bilişsel, Emosyonel ve Davranışsal Risk Faktörleri Risk Faktörleri.....	13
2.2.10. Tedavi	14
2.2.10.1 Davranışsal Müdahaleler	14
2.2.10.2 Psikoedükatörel Müdahaleler	15
2.2.10.3 Psikoterapiler.....	15
2.2.10.4 Farmakolojik Müdahaleler	16
2.3. OBEZİTE	17
2.3.1. Tanım ve Sınıflama	17
2.3.2. Eksojen Obezite.....	18
2.3.3. Obezitenin Psikiyatrik Yönü	19
2.4. SOSYAL BİLİŞ	21
2.4.1. Tanım ve Sınıflama	21

2.4.2. Sosyal Biliş Testleri.....	24
2.4.3. Yeme Bozuklukları ve Sosyal Biliş.....	26
3. AMAÇ, YÖNTEM VE GEREÇLER.....	27
3.1. Amaç.....	27
3.2. Araştırmanın Tipi.....	27
3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	27
3.3.1. Örneklem	27
3.3.2. TYB-Obezite Grubunun Oluşturulması	28
3.3.3. Obezite Grubunun Oluşturulması	30
3.3.4. Sağlıklı Kontrol Grubunun Oluşturulması	32
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	34
3.5. Gereçler	34
3.6. Araştırma Etik Kurul Onayı	39
3.7. Verilerin Toplanması	39
3.8. İstatistiksel Değerlendirme.....	40
4. Bulgular.....	41
4.1. Sosyodemografik Özellikler	41
4.2. Cinsiyet	41
4.3. Yaş	41
4.4. Anne Eğitim Düzeyi	42
4.5. Baba Eğitim Düzeyi.....	43
4.6. Beden Kitle İndeksi	43
4.7. Ölçek Skorlarının Değerlendirilmesi	44
4.7.1. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet	44
4.7.2. Global Değerlendirme Ölçeğinin Değerlendirilmesi	45
4.7.3. 4-18 Yaş Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)	46
4.7.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	50
4.7.5. Durumluk / Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI).....	50
4.7.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDÖ)	51
4.7.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	53
4.7.8. Yeme Tutum Testi.....	55
4.8. Sosyal Biliş Test Skorlarının Değerlendirilmesi.....	55
4.8.1. Yüzler Testi	55
4.8.2. Gözler Testi	56

4.8.3. Beklenmedik Sonuçlar Testi	57
4.8.4. Gaf Testi (Faux Pas)	58
4.8.5. Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi	59
4.9. Anksiyete ve Depresif Belirtilerin Düzeyleri ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi.....	59
4.10. Beden Kitle İndeksi ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi	61
4.11. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları İle Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi.....	62
4.12. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Ve Yeme Tutum Testi Skorları İle Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi	64
5. Tartışma	66
5.1. Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	66
5.1.1. Yaş	66
5.1.2. Cinsiyet	67
5.1.3. Ailesel Özellikler	68
5.2. Grupların Davranış Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi	69
5.3. Grupların Yeme Tutumu Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi	71
5.4. Grupların Anksiyete ve Depresif Belirti Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi.....	73
5.5. Grupların Sosyal Bilişsel Özellikler Açısından Değerlendirilmesi	74
5.5.1. Sosyal Biliş Becerileri ile İlişkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi.....	77
5.6. Anksiyete ve Depresif Belirtilerin Düzeyleri	77
5.7. Duygu Düzenleme Güçlükleri	78
6. KISITLILIKLAR.....	79
7. SONUÇLAR.....	80
8. KAYNAKLAR.....	82
9. Ekler	113

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri	21
Tablo 2.	Beden Kitle İndeksi Sınıflaması (NHLBI)	30
Tablo 3.	Tanı Örneklemine Göre Dağılım.....	53
Tablo 4.	Vakaların Cinsiyet Özelliklerine Göre Dağılım.....	53
Tablo 5.	Yaşlara Göre Dağılım.....	54
Tablo 6.	Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılım	54
Tablo 7.	Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılım	55
Tablo 8.	Beden Kitle İndeksine Göre Dağılım	56
Tablo 9.	Vakaların CGI-S Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**	57
Tablo 10.	Vakaların GAS Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**	58
Tablo 11.	Vakaların CBCL Ölçek Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**	61
Tablo 12.	Vakaların Durumluk/Sürekli Ölçek Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**	63
Tablo 13.	Vakaların DDÖ Ölçek Ölçek ve Toplam Skorlarına Göre Değerlendirilmesi.....	64
Tablo 14.	Vakaların YBDÖ Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**	66
Tablo 15.	Vakaların YTT Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**	67
Tablo 16.	Örneklemin Yüzler Testi Skorlarına Göre Karşılaştırılması**	68
Tablo 17.	Örneklemin Gözler Testi Skorlarına Göre Karşılaştırılması**	69
Tablo 18.	Örneklemin BST Skorlarına Göre Karşılaştırılması**	69
Tablo 19.	Örneklemin Gaf Testi Skorlarına Göre Karşılaştırılması**	70
Tablo 20.	Örneklemin AİKT Skorlarına Göre Karşılaştırılması**	71
Tablo 21.	TYB tanılı vakaların Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyleri ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları	72

Tablo 22. Obezite tanılı vakaların Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyleri ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları	73
Tablo 23. TYB Örnekleminde BKİ ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları	73
Tablo 24. Obezite Örnekleminde BKİ ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları	74
Tablo 25. TYB Örnekleminde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları	75
Tablo 28. Obezite Örnekleminde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları.....	76
Tablo 29. TYB Örnekleminde Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Ve Yeme Tutum Testi Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları	77
Tablo 29. Obezite Örnekleminde Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Ve Yeme Tutum Testi Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları	78

KISALTMALAR

YB	: Yeme Bozuklukları
MDB	: Major Depresif Bozukluk
AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimiya Nervoza
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
ZK	: Zihin Kuramı
YBDÖ	: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
CGI-S	: Klinik Global Değerlendirme Ölçeği
CDI	: Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
YTT	: Yeme Tutum Testi
CBCL	: 4-18. Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Kontrol Ölçeği
GAS	: Genel Değerlendirme Ölçeği
AİKT	: Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
DSM	: Ruhsal Bozukluklar Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
K-SADS-PL	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman bana yol gösteren, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan değerli hocalarım, Prof. Dr. Aynur Akay, Prof. Dr. Süha Miral, Prof. Dr. Özlem Gencer, Prof. Dr. Neslihan Emiroğlu, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Burak Baykara ve Uzm. Dr. Burcu Serim Demirgören'e,

Uzmanlık eğitim sürecimin ilk gününden, son aşaması olan tez çalışmam sırasında gösterdiği özen, çaba ve destekten ötürü tez danışman hocam Prof. Dr. Aynur Akay Pekcanlar'a,

Tez çalışmam sırasında desteğini esirgemeyen, eğitime verdiği önem ile benim için yol gösterici olan İpek Perçinel Yazıcı, Yusuf Öztürk ve Gonca Özyurt'a,

Tez çalışmam sırasında yoğun desteklerini aldığım Seçil, Berrin, Çağatay'a,

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım çalışma arkadaşlarım ve kıymetli meslektaşlarım Handan, Mustafa Can, Murat E, Murat K, Deniz, Ferhat, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Merve, Pelin, Ayça, Didem, Aybüke, Mert, Bari, Cansu, Gökhan , Oğulcan , Doğukan , Bahar , Oğuzhan, Berkin ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri rotasyonum sırasında bilgisini ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr. Halis Ulaş, Uzm. Dr. Tolga Binbay'a ve tüm psikiyatri asistanlarına,

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'a, Prof. Dr. Uluç YİŞ'e ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına,

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Psikolog Ümit Şahin, Psikolog Özge Karakuş, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Selcan Uluçay ve Meltem Çam Karaaslan'a, servis sekreterimiz Gülçin Algüller, arşiv sorumlularımız Ozan Şakar'a ve tüm personele,

Bugüne gelmemde büyük emeği olan annem, babam, kardeşlerim ve ailemin diğer tüm bireylerine,

Bu süreçte her zaman olduğu gibi desteği, fedakârlığı ve sevgisi ile beni motive eden ve hep yanımda olan canım eşim Işıl’a sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Serkan TURAN

İzmir-2018



TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU OLAN VEYA OLMAYAN EKSOJEN OBEZİTE TANILI 12-18 YAĞ OLGULARIN SOSYAL BİLİŞSEL BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLIKLİ KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Serkan TURAN

Dokuz Eylöl Üniversitesi, Tıp Faköltesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

drserkanturan@icloud.com

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğı tanısı olan ve olmayan eksojen obezite tanılı 12-18 yağ arasındaki çocuk ve ergenler ile eksojen obezite tanılı 12-18 yağ arası çocuk ve ergenlerin sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi, duygusal ve klinik değerlendirmeler ile olan ilişkisinin araştırılması, bulguların kendi aralarında ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: 32 TYB+Obezite, 32 Eksojen Obezite ve 64 sağlıklı kontrol olgusuna sosyal biliş ve yeme bozukluğı psikopatolojiyi değerlendiren testlerden oluşan bir batarya uygulanmıştır.

Bulgular: Sosyal bilisel becerileri değerlendirdiğimiz tüm testlerde TYB+Obezite ve Eksojen Obezite grubu, kontrol grubuna göre hipotezimizi destekleyecek şekilde emosyonel işleme de daha kötü performans göstermiştir. Depresyon, emosyonel düzenleme problemleri, yeme alışkanlıkları ve düzenleri ile çeőtli korelasyonlar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: TYB+Obezite ve Eksojen Obezite vakaları affektif Zihin Kuramı becerilerinde klinik özelliklerine bağlı olarak bozukluk olduğu saptanmıştır. Bilgimiz dahilinde; Tıkınırcasına Yeme Bozukluğı tanısı olan 12-18 yağ ergen olgular ile emosyonel tanımlama ve emosyonel düzenleme becerilerini değerlendiren ilk çalışmadır.

**EVALUATION OF SOCIAL COGNITIVE SKILLS IN 12-18 YEAR-OLD ADOLESCENTS
DIAGNOSED WITH BINGE EATING DISORDER AND EXOGENOUS OBESITY, AND
ALSO COMPRAISION WITH HEALTHY CONTROL**

Dr. Serkan TURAN

**Child and Adolescent Psychiatry Department, School of Medicine, Dokuz Eylul
University**

drserkanturan@icloud.com

ABSTRACT

Objective: This study aims to evaluate the theory of mind (ToM) ability in a sample of obese adolescent patients with and without binge eating disorder (BED), to explore the correlations between emotional and clinical assessments and compare the results between the patient groups and healthy controls.

Method: Overall, 32 non-BED, 32 BED obese patients and 64 healthy control completed a battery of tests assessing social cognition and eating disorder psychopathology.

Results: The results substantiate the initial working hypothesis that poorer performance in emotional recognition would be greater in both Binge eating disorder and non-BED obese patients as compared to controls. Various correlations were evident between depression, emotional regulation problems, eating attitudes and patterns.

Conclusion: Binge eating disorder and non-BED obese patients showed an impairment in affective ToM, dependent of their clinical status. To the best of our knowledge, this is the first study to evaluate both emotional recognition and emotion regulation functions in these BED adolescents patients between 12 and 18 years of age.

BÖLÜM I

1. GİRİŞ

Yeme Bozuklukları (YB); Anoreksiya Nervoza (AN), Bulimiya Nervoza (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Kaçınan Kısıtlayıcı Yeme Bozukluğu (ARFID) ve Tanımlanmış Diğer Yeme ve Beslenme Bozuklukları (TDYB) gibi bozuklukları içeren vücut ağırlığı ve görünümü ile aşırı uğraş ve yeme davranışındaki değişikliklerle giden bir hastalık grubudur.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB); yeme davranışında kontrol yetisinin kaybının görüldüğü, kısıtlı bir zaman diliminde aşırı yeme ile karakterize psikiyatrik bir bozukluktur.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı'nda (DSM-IV); ileri araştırma gerektiren hastalıklardan biri olarak ilk defa yer almıştır (1). TYB, DSM-5 ile birlikte yeme bozuklukları bölümünde, genellikle birlikte görüldüğü obezite eştanısından ayrı olarak, yeme bozukluğu psikopatolojisi ve işlevsellik düzeyinde bozulmalar nedeniyle ayrı bir tanı olarak kendine yer bulmuştur (2).

DSM-5 tanı kriterleri incelendiğinde, TYB, aşırı miktarda yemek yeme atakları ile tanımlanmakta ve bu süre içerisinde, belirli bir zaman aralığında büyük miktarda gıda tüketilmelidir. Aynı zamanda, vakaların yediği yiyecek miktarını ve içeriğini kontrol edebilme ve aşırı yemek yeme atağını durdurmayı tecrübe etmektedir. Diğer kriterler ise hızlı yeme, rahatsızlık verici tokluk hissi, tek başına yeme, kendi veya başka birinin vücuduna yönelik iğrenti veya suçluluk hissetme, utanç ve açlık hissetmiyor olmasına rağmen yemek yemeyi içermektedir.

TYB tanısını koyabilmek için en az üç ay boyunca haftada bir aşırı yeme atağı görülmeli ve bozukluğun şiddeti belirlemek için haftalık tıkınırcasına yeme atak sayısı kullanılmaktadır (3).

Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmaların çelişkili sonuçları olmasına rağmen emosyonel regülasyon becerileri ve negatif duygudurumun; tıkınırcasına yeme bozukluğu psikopatolojisinde ve vakaların izleminde önem taşımaktadır (4). Depresif temalı duygular; bu bozuklukta en sık rastlanan olumsuz duygulardır (5).

Kesitsel, deneysel ve sağaltım sonuçlarını inceleyen çalışmalar incelendiğinde, çökkün duygudurum ilişkili belirtiler, ani başlayan üzüntülü duygulanım ve tıkınırcasına yeme atakları arasında bir ilişki

olduğunu düşündürmektedir ve şiddetli depresyon belirtilerinin; tıknırcasına yeme ataklarının şiddet düzeyleri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (6,7).

Son yıllarda TYB etiolojisinde; diğer yeme bozukluklarında daha önce araştırılmış olduğu gibi enformasyon düzenleme dönemlerinin de önem teşkil ettiğini destekleyen araştırmalara rastlanmakta ve araştırma örnekleminin daha çok yetişkin yaş örnekleminde olduğu görülmektedir (8,9,10).

Sosyal biliş kavramı, doğumdan itibaren ve kademeli gelişen bir yapıyı tanımlamaktadır. Başkalarının inançlarını, niyetlerini kavrayabilme ve ötekilerin davranışlarından doğru anlamlar çıkarabilme, kestirebilme ve karışık sosyal çevrelerle etkileşime girebilme, kendisinin dışındaki kişilerin farklı bir zihinlerinin olduğunu fark edebilme yeteneği olarak tanımlanmıştır (11).

Diğer bireylerin zihinsel süreçlerini anlayabilme ve bu değerlendirmeyi sosyal işlevsellik için kişinin hedefleri doğrultusunda yönlendirebilme becerisi olarak tanımlanan zihin kuramı, büyük olasılıkla gittikçe karmaşılaşan sosyal çevre ve uyaranlar ile baş edebilme gereksinimine bağlı olarak ortaya çıkmıştır (12).

Çocukluk çağı obezitesinin yaygınlığı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin incelendiği araştırmaların çoğunda epidemik oranlara ulaşmakla birlikte, 1970-2000 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan çocukların %30'u aşırı kilolu ya da obez olduğu belirtilmektedir (13).

Obez çocukların çoğunda şişmanlığın etyolojisinin incelendiği çalışmalarda; hormonal bozukluk saptanmamakta ve çalışmalarda "basit obezite" veya "eksojen obezite" diye tanımlanmaktadır.

Yeme bozukluklarında; tıknırcasına yeme ve ağırlık kontrolü davranışları gibi sıradışı yeme alışkanlıklarında sayısal olarak artış ile obezitenin ilişkili olabileceği bildirilmektedir (14). Bununla birlikte, Yeme Bozuklukları grubu ve obezitedeki yeme davranışları çok çeşitli olmakta ve özellikle obezite grubu açısından, tedavide ele alınması gereken yeme davranışlarının tanımlanabilmesi için ileriye dönük çalışmalara ihtiyaç vardır (15).

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu; obezite ile ilişkili artmış sağlık sorunları, psikopatoloji ve psikiyatrik eşhastalanım ile ilişkilidir (16). Yazında, TYB tanısı olan obez bireylerin, emosyonel regülasyon güçlükleri yaşadıkları bildirilmekte ve tıknırcasına yeme davranışının, negatif duygularla başa çıkmak için alternative bir çözüm yöntemi olduğu teorisi yer almaktadır (17).

Ek olarak, TYB vakaları arasında sıklıkla farklılık gösteren yeme davranışı olan duygusal yeme,

aleksitimi skorlarında şiddetli artışla ilişkilendirilmiştir. Bu teoriler incelendiğinde, tıknırcasına yeme ataklarının, bireyin veya diğerlerinin duygusal durumlarının belirlenmesinde ve iletişim becerilerinde güçlükler, tepki inhibisyon stratejilerinin planlanması veya çift yönlü ilişkinin nedenselliğinden ziyade bir sonucu olarak ortaya çıkmış olabileceğini tanımlanmaktadır (18).

Yazında; Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza vakalarının beden görünüşleri, fiziksel sağlık sorunları, tedavinin ihtiyacı ve içinde bulundukları durumunun davranışsal sonuçları hakkında bakış açılarını anlama ve kabul etmede, sosyal biliş yapılanmasında önemli güçlükler yaşamaktadır (19). Ek olarak; Tıknırcasına Yeme Bozukluğu eşlik eden veya etmeyen eksojen obezitesi olan çocuk ve ergenlerde, sosyal biliş becerilerini ve klinik verileri ile birlikte uygun testlerle değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

TYB ile birlikte Yeme Bozukluklarıyla ortak psikososyal ve klinik özellikler göstermekte olan eksojen obezite tanılı 12-18 yaş arası adolesan grupta sosyal kognitif becerilerinin araştırılmasının, bu bozuklukların nedenselliği, prognozu ve sağaltımı bakımından çok değerli olduğu düşünülmektedir.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.BESLENME DAVRANIŞI VE YEME BOZUKLUKLARI

Beslenme, bebeklerin ve küçük çocukların günlük hayatının önemli bir parçası olmakla beraber bakım veren ile kurulan bağlanma ilişkisinde etkili olmaktadır. Bu bağlanma ilişkisi bebeğin en temel ihtiyaçlarının karşılanması ve bakım vereni ile arasında güvenli bir bağın inşa edilmesine bağlıdır (20). Yavaş yavaş çocuğun bakım verene bağlanması ve ortaya çıkan özerklik; ebeveynlerin koruyucu davranışları dengelemek ve "kendi kendine düzenleme" yeteneklerini ve çocuğun kendine güvenini sağlamak için "izin verme" davranışları ile yansıtılır (21). Dolayısıyla bakımveren ile çocuk arasındaki ilişki, yüksek derecede koordinasyon ve iki yönlü nitelik taşır ve değişimler, her bir ortağın ötekinin davranışını etkilediği ve düzenlediği interaktif bir düzenleme sistemini meydana getirir (22).

Chatoor ve ark. (2000) beslenme etkileşiminin, çocuğuyla ebeveynlerin ikili ilişkilerinin kurulmasında temel aşama olduğu ve diğer yazarların bebek bakımveren ilişkisinde, “duyarlılık” ve “yanıtlılık”, “bağlılık” ve “aynalama” gibi kavramlarının gözlemlenebileceğini savundu (23). Ergenlik dönemine doğru bedensel ve ruhsal gelişimlerde değişimlerle birlikte yaşam tarzının bir bileşeni olan yeme alışkanlıkları da şekillenmeye başlamaktadır. Ergen bireylerin yeme tutumları; çoklu faktörlerden etkilenmekle birlikte patolojik alışkanlıklara sahip vakalarda çeşitli klinik görünümeler tanımlanmaktadır. Konu ile ilgili olarak; ailesel problemleri, ailesel genetik yüklülüğü, azalmış kendilik algısı, obeziteyi, beden şekli, ağırlık ve yeme ile ilgili çabaları, cinsellik ile deneyimleri, toplumsal standartları, biyogenetik faktörleri tanımlayan yaklaşımlar belirtilmektedir (24, 25). Yeme bozuklukları ise yeme alışkanlıklarında ve tutumlarında bozuklukları içeren, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde negative yansımaları bulunan psikiyatrik bir tablodur. DSM-IV tanı kriterlerine göre temel olarak iki ana hat üzerinde gruplanmaktadır; anoreksiya nervoza (AN) ve bulimia nervoza (BN). DSM-5’in yayınlanmasıyla birlikte tanısal çeşitlilik artırılmış, kriterlerden bazıları değiştirilmiştir. Değişimlerin nedeni, zaman içerisinde boyutsal izlemde yeme bozuklukları belirtilerinin değişmesidir.

Yakın zamanda bütün bu hastalıklara tıkinircasına yeme bozukluğu (TYB) tablosu dahil olmuştur. 2013 yılında basılan DSM-5'te yeni bir bölüm açılarak; “Yeme ve Beslenme Bozuklukları” isimli bir tanı grubu oluşturulmuş ve hastalıklar sınıflandırılması şu şekilde olmuştur: AN, BN, Pika, Ruminasyon Bozukluğu, Kısıtlayıcı/Sınırlı Gıda Alımı Bozukluğu, Tıkinircasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Yeme veya Beslenme Bozukluğu, Diğer Yeme veya Beslenme Bozukluğu.

2.2. TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

2.2.1 Tanım

Tıkinircasına yeme bozukluğu, tekrarlayıcı tıkinircasına yeme ataklarının ön planda olduğu ancak BN'deki gibi aşırı miktarda alınan yiyeceklerin kilo yapıcı etkisini telafi etmek için yapılan uygunsuz dengeleyici davranışların ve alışkanlıkların görülmediği bir yeme bozukluğu tablosudur. Yeme davranışının üzerinde olan kontrolün kaybı ve aşırı miktarda yiyeceğin sıradışı kısa sürede tüketilmesiyle görülmektedir (26).

2.2.2 Tarihçe

İlk olarak; Albert J. Stunkard tarafından 1959 yılında “Gece Yeme Sendromu” tanımlanmıştır. 1950'li yılların sonlarında obezite vakalarının incelendiği çalışmalarda, tıkinircasına yeme atakları tanımlansa da sistematik incelemelere ve değerlendirmelere 1980'li yıllarda rastlanmaktadır (27). Robert Spitzer ve meslektaşları, TYB için yaptıkları iki klinik çalışmalarında bazı tanı ölçütlerini tanımlamıştır (28). Bu iki çalışmanın ışığında, 1994 yılında DSM-IV'te geçici (provisional) bir yeme bozukluğu tanı kategorisi olarak yerini almıştır (29). İlerleyen yıllarda yapılan araştırmalarda, TYB tanısının görüldüğü bireylerde erken başlangıçlı obezite, daha sık kilo değişimleri ve obezite morbiditesinde şiddetli düzeylerde olduğu öne sürülmüştür (30,31). Tıkinircasına yeme ataklarının, baş etme becerilerindeki zorlukların yansıması olabileceği, fakat iştah ve tokluk hissinin nöronal ve hormonal kontrolü ile ilişkili sorunlardan kaynaklanabileceğini belirtilmiştir (32). DSM-IV-TR'nin yayınlanmasıyla birlikte, Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları ve ekler bölümünde ileri araştırma gerektiren bozukluklardan biri olarak yerini almıştır (33). DSM-5'in yayınlanmasıyla birlikte ise ana sınıflandırmaya dâhil edilmiştir (34).

2.2.3 Epidemiyoloji

TYB; Amerika Birleşik Devletleri, birçok Avrupa ülkesi, Avustralya ve Yeni Zelanda'yı içeren birçok sanayileşmiş ülkede görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde TYB sıklığı, Latin olmayan beyazlar, Asyalılar ve Afro-Amerikanlar arasında benzer sıklıkta görüldüğü bildirilmektedir (35). TYB; Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruh Sağlığı çalışması verilerine göre, tahmini %1,9'luk yaşam boyu prevalansla genel nüfus dağılımında görece sık görülen bir bozukluktur (36). Hayatboyu prevalansı; ABD'de kadınların %3,5'i, erkeklerin %2'si olarak belirtilmekle birlikte en sık görülen yeme bozukluğu olduğu öne sürülmüştür (37). Güncel bilgilere göre TYB, genel popülasyonun %1- 2'sinde, fakat obez bireylerin %4-8'inde görüldüğünü düşünülmektedir (38). Çocuk ve ergen yaş örnekleminde ise yaşam boyu prevalansın kızlarda %2,3, erkeklerde %0,8 olduğu tahmin edilmektedir. Tanı almayan ama eşik altı belirtilerle seyreden TYB'nin ise çocuk ve ergen yaş örnekleminde yaşamboyu prevalansının ise kızlarda %2,3, erkeklerde %2,6 olduğu, 12 aylık prevalans değerlendirmesinde ise genel popülasyon oranının %56 olduğu tahmin edilmektedir (39). Literatürde bazı çalışmalarda obez ergenler değerlendirilmiş olup, %1'nin TYB tanı ölçütlerini karşıladığı, %9'unun ise bulumik atakları yaşadığı öne sürülmektedir (40). 6-9 yaşındaki çocukların değerlendirildiği çalışmadan elde edilen 2007-2008 verilerine dayanan görece yeni oranlar, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Çocukluk Çağı Obezite Gözlem Değerlendirmesi'nin bir çalışma ayağı olarak 12 Avrupa ülkesinde, aşırı kilolu / obezite (BMI z skoru > +1 standart sapma [SD]) prevalansının erkeklerde %6,0-26.6 ve kızlarda %4,6-17.3 olduğu, obezite prevalansının (BMI z skoru > 2 SD) erkeklerde %19,3-49.0, kızlarda %18,4-42.5 olduğu belirtilmiştir. Bu verilere dayanarak obezite sıklığının artmasıyla birlikte yeni genişletilmiş DSM-5 kriterleri nedeniyle TYB prevalansının arttığı düşünülmektedir (41,42).

Yeme bozukluklarının incelendiği çalışmalarda, bozukluklarının hepsinde, genel olarak erkeklerde kadınlara oranla daha az sıklıkla görülmektedir. AN ve BN'de erkekler tüm vakaların %10'unu oluştururken TYB'da bu oran %30 olarak tahmin edilmektedir (43). Ancak son zamanlarda yapılan DSM-5 ölçütlerine göre 3043 ergenin değerlendirildiği toplum örneklemli bir çalışmada 36 TYB tanısı alan ergenin %47,22'si (n=17) kız, %52,77'si (n=19) erkek olarak saptanmıştır (44). Son zamanlarda yapılan çalışmalar TYB'nin başlangıcının daha erken yaşta olduğunu göstermektedir. Artan kanıtlar ışığında; çocuklukta ve ergenlikte ortaya çıktığını, ortalama başlangıç yaşının geç ergenlik ve erken 20'li yaşlar olduğunu göstermektedir (36). Daha erken yaşlarda başlayan TYB'nin; diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda olduğu gibi daha kötü gidiş gösterdiği tahmin edilmektedir (45).

TYB prevalansı cinsiyet farkı gözetmeksizin obez bireyler arasında daha yüksek olarak saptanmıştır (36). Tıkınırcasına yeme bozukluğu ve obezite gibi hastalıkların prevalansını araştıran erişkin yaş örnekleminde bir çalışmada değerlendirilmiştir. Araştırmada tıkınırcasına yeme bozukluğunun prevalansı %1,5 olarak bildirilmekle birlikte tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerde depresif duygulanım daha fazla görüldüğü öne sürülmüştür (46)

2.2.4 Klinik Özellikler ve Sınıflama

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme atakları ile belirgin olan ancak BN'deki gibi çok miktarda alınan besinlerin kilo yapıcı etkisini telafi etmek için yapılandırılmış uygun dengeli davranışların ve alışkanlıkların olmadığı bir yeme bozukluğu tablosudur. Yeme davranışı üzerindeki kontrolün kaybedilmesi ve aşırı miktarda yiyeceğin kısa sürede tüketilmesiyle karakterizedir (47, 48)

1994 yılında DSM-IV'te geçici (provisional) bir yeme bozukluğu tanı kategorisi olarak yer almıştır (49). Araştırmalar; bu hastalığın klinik belirtilerini ve varlığını göstermiştir (52). DSM-5'de yer alan tanı kriterlerine göre TYB'nin ana hatları, 3 ay boyunca en az ortalama haftada 1 kez olması gereken tıkınırcasına yeme ataklarıdır (D ölçütü). Tıkınırcasına yeme atağının tanımlaması ise belirli bir zaman diliminde, benzer koşullar altında, benzer zaman diliminde bir çok insanın yiyeceğinden belirgin olarak daha büyük miktarda yeme olarak bahsedilmektedir (A1 ölçütü) (51). Periyodik olarak yeme içeriği, alımın aşırı olup olmadığı hakkında klinisyenin göreceli değerlendirmesini etkileyebilir. Örneğin tipik bir yeme öğünü için aşırı olarak değerlendirilebilecek miktarda yiyecek, yeme davranışının konseptine göre bir kutlama ya da tatil yemeği sırasında normal olarak değerlendirilebilir. Aynı zaman dilimi, yapılan çalışmalarda genellikle iki saatten kısa süren kısıtlı bir dönemi ifade eder. Tek bir tıkınırcasına yeme atağı, sadece bir durumla açıklanma zorunluluğu bulunmamaktadır. Örneğin, birey bir restoranda tıkınırcasına yemeye başlayabilir ve eve dönerken bu davranışını sürdürmeye devam edebilir. Ayrıca bazı kültürlerde yer alan gün boyunca sürekliliği olan küçük miktarlarda yiyeceğin atıştırılması tıkınırcasına yeme olarak değerlendirilmez (50, 51). Tıkınma atakları sırasında tüketilen yiyecek türü genellikle yüksek şeker ve yüksek karbonhidrat içerikli, tipik olarak yüksek kalorili yiyecekler olduğu saptanmıştır (53). Ayrıca çocukların yiyeceklere erişimi ve kontrolü, erişkinler gibi olmadığı için tıkınırcasına yeme erişkinlere göre daha az sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir (54).

Aşırı miktarda yiyecek tüketimini varlığında, tıkınırcasına yeme atağı olarak

değerlendirilebilmesi için yeme davranışı üzerine kontrol kaybı hissi eşlik etmelidir (A2 ölçütü). Kontrol kaybı tanımının belirteci olarak ise, yemeden uzaklaşmak ya da başlayınca yemeyi durdurmada yetersizliktir. Tıkınırcasına yeme ile ilişkilendirilmiş kontrol sorunları süreklilik ve aynılık göstermeyebilir, örneğin kişi telefon ile görüşürken tıkınırcasına yeme atağına devam edebilirken bir arkadaşı ya da eşi ani bir şekilde eve geldiğinde durabilir. Bazı kişiler; tıkınırcasına yeme dönemlerinin akut kontrol kaybından ziyade yaygın bir kontrol edilemez yeme örüntüsüyle karakterize olduğunu bildirmektedir. Eğer kişiler yeme ataklarını kontrol etme çabalarını ve davranışlarını bıraktıklarını tanı görüşmelerinde kontrol kaybı var kabul edilmelidir. Bazı bireyler, tıkınırcasına yeme atağı sırasında ya da bu atağı takiben disosiyatif özellikler içeren yaşantılar bildirirler. Tıkınırcasına yeme atakları bazen planlı da olabilir (51). Vakaların özellikleri değerlendirildiğinde küçük yaş grubu hastalarda yiyeceğe erişim ve kontrol kolay olmadığı için kontrol kaybı hissi tanı için önem kazanmaktadır (55, 56).

Tıkınma atakları sırasında tüketilen yiyeceklerin türü, hem bireyler arasında, hem de tek bir birey için farklılık gösterebilmekle birlikte tek bir özgül yiyecek isteğinden ziyade tüketilen yiyeceğin miktarındaki farklılık ile karakterizedir (51).

Tıkınırcasına yeme atağına belirgin bir stresli eşlik etmelidir (C ölçütü) ve belirtilenlerden en az üçü mevcut olmalıdır: Normalden çok daha hızlı yeme, huzursuz olacak derecede tok hissedene kadar yeme, fiziksel olarak aç hissetmeden büyük miktarda yiyecek yeme, yediği miktardan ötürü utanç duyduğundan yalnız yeme, sonrasında kendinden tiksiniş, depresif ya da çok suçlu hissetme (B ölçütü) (51).

TYB vakaları, tipik olarak yeme ataklarından utanç duymakta ve belirtileri ile davranışlarını gizleme eğiliminde bulunurlar. Tıkınırcasına yeme genellikle saklı bir şekilde ve mümkün oldukça diğer bireylere fark ettirmeden gerçekleştirilir (51). Çocuk ve ergenlerde soyut düşünme ve kendini ifade becerisindeki kısıtlılıklar nedeniyle tıkınırcasına yeme ile ilgili, duyumsamalar, rahatsızlık ve utanç duygularını tanımlamaktaki güçlükler nedeniyle ebeveynlerden alınan bilgiler önem kazanmaktadır (54).

Tıkınırcasına yeme atağının en sık tetikleyicisi olarak olumsuz duygulanımlar olduğu saptanmıştır. Diğer tetikleyiciler, kişiler arası ilişkilerdeki gerginlik yaratan durumlar, diyetle ilişkin sınırlamalar, beden ağırlığı ve bedengörünümü ile ilişkili olumsuz duygular, atıflar ve sıkılma duyumsamasıdır. Tıkınırcasına yeme, kısa vadede atağı tetikleyen durumlarda geçici bir rahatlamaya yol açabilir fakat olumsuz kendini değerlendirme ve disforik duygudurum sıklıkla tıkınırcasına yeme ataklarını takiben gelişmektedir (51).

En düşük şiddetlilik düzeyi değerlendirmesi, tıkınırcasına yeme atağının sıklığına göre belirlenir. Diğer belirtileri göz önünde tutarak ve işlevsellikte bozulmanın derecesini aktarmak üzere

şiddetlilik düzeyi arttırılabilir (51).

Tablo 1. DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. Tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme atak. Tıkınırcasına yeme atağı aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir: 1. Benzer şartlar altında, benzer sürede, birçok bireyin tüketebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman diliminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme. Bu atak sırasında, yemek yemeye ilgili kontrolü kaybedildiği hissiyatının olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu). B. Tıkınırcasına yeme ataklarına aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder: 1. Olağandan çok daha hızlı yeme. 2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme. 3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçüde yeme. 4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme. 5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur. D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez oluşur. E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz dengeleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

2.2.5 Komorbidite

Eşhastalanım konusunda yapılan çalışmalarda çocukluk dönemi TYB’de erişkinlik dönemi TYB’ye göre daha yüksek eştanı oranları bildirilmektedir (57). En sık eşlik eden psikiyatrik bozukluklar; anksiyete ve depresyon bozukluklarının olduğu saptanmıştır (58). Kız ergenlerin örneklem seçildiği araştırmalar, beden görünümü memnuniyetsizliği ve beden ağırlığı ile bedeninin abartılı değerlendirmesi de dâhil olmak üzere kilo alma endişelerinin yeme bozukluğu belirtilerinin başlangıcını öngördüğünü belirtmektedir. Ayrıca TYB’li gençlerde tanısal doğruluk ve sürekliliğin bir göstergesi olarak aşırı değerlendirilmenin önemi hakkında mevcut çalışmalarının sonuçlarında tutarsız bulgularda bildirilmiştir (59).

Yapılan bir çalışmada örneklem grubu olarak aşırı kilolu kız ergenler seçilmiş olup; kilonun aşırı değerlendirilmesinin, haftalık şiddetli yeme atağı riskinin artışı ile prospektif olarak ilişkili olduğunu ve haftalık şiddetli yemek yiyen kızlar arasında, aşırı değerlendirilmenin varlığı, depresif

yakınmaların şiddetiyle de korele olduğunu belirtmiştir (60). Başka bir çalışmada çocukluk çağındaki depresyonun ve depresif yakınmaların ergenlik öncesi dönemde yeme ile ilgili kontrolün kaybının öngörücüsü olduğu bildirilmiştir (61). Yapılan prospektif bir çalışmada; aşırı yeme ve tıknırcasına yeme atağının, depresyonu predikte ettiği ve bu ilişkinin ters yönlü olarakta işlediğini gösteren bulgular saptanmıştır (62).

Erişkin yaş örnekleminde yapılan bir çalışmada ise TYB vakalarının; hayatlarının bir döneminde eş tanı görülme oranı %79 olarak bulunmakla birlikte; bu oranların içeriğine bakıldığında %46 duygudurum bozukluğu, %56 anksiyete bozukluğu, %25 yıkıcı davranış bozuklukları ve %24 madde kullanım bozuklukları olarak bildirilmiştir (63).

Hem çocuk ve ergenlerde hem de erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile TYB arasında ilişki saptanmakla birlikte bu alanda veriler kısıtlıdır. Ergenlerde DEHB belirtilerinin özellikle de impulsivite ile ilgili belirtilerin TYB psikopatolojisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (64). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada çocukluk çağındaki DEHB'nin ergenlik döneminde ortaya çıkan TYB'nin öngörebileceğini düşündürmektedir (60).

2.2.6. Etiyoloji

TYB etiyojisinde birden fazla faktörden bahsedilmekte ve birçok sebep suçlanmaktadır. TYB, uygunsuz bir şekilde, bir maladaptif gen-çevre etkileşiminden kaynaklanan bir "evrimsel uyumsuzluk" durumu olarak kavramsallaştırılabilmekte ve bu bakış açısı, avcılık döneminde bazı insan davranışlarının teşvik edildiğini, çünkü genetik bir bağlamda, türlerin en iyi hayatta kalma, yaşamlarını sürdürebilme ve üreme avantajlarına sahip olmaya çalıştıklarını ileri sürmektedir (65). Bununla birlikte, örneğin Batı toplumlarının çoğundaki supermarket raflarında çok lezzetli ve bol miktarda işlenmiş gıdaların çoğaltılması, tadımsal hafıza uyarıcı katkı maddelerinin eklenmesi - hızlı çevresel değişiklikler karşısında- bu evrimsel hedefleri zararlı alışkanlıklar haline dönüştürdüğü öne sürülmüştür (66). Hem "kültürel" hem de "uyumsuzluk" bakış açısını destekleyen popülasyon çalışmaları, TYB riski açısından biyolojik ve çevresel faktörlerin kabaca eşit etkisi olduğunu belirtmekte; ancak bu konuda yetersiz veri olduğuna dikkat çekmektedir.

2.2.7. Genetik Risk Faktörleri

TYB açısından, genetik temele sahip olduğuna dair bireysel risk oluşumunda kesin bir kanıt bulunmamaktadır. Çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, TYB'nin oluşumu ve ilerlemesini daha iyi anlamak için hem klinik hem preklinik paradigmaları kullanan "beyin ve davranış" ilişkisine araştırmacılarda artan bir ilgi uyandırmıştır. Bu alanda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarına oranla TYB'nin nörobiyolojik temelini ve bunun riskini araştıran genetik bir yaklaşım, nedensel ilişkiler üzerine daha fazla yorum yapabilme imkânı sağlamaktadır (67).

Günümüzde obezitenin moleküler biyoloji ve genetiği üzerine çok sayıda araştırma yapıldığı halde kısıtlı sayıda çalışma TYB'nin ve aşırı yeme alışkanlıkları ile olan ilişkisinin genetik etyolojisini incelemektedir. Beyin dopamin sisteminin en sık çalışılan fonksiyonel genetik işaretçisi, ANKK1 (Ankyrin repeat and kinase domain containing 1) genindeki Taq1A polimorfizmidir. Minör A1 allelinin en az bir kopyasının (yani, A1 / A1 ve A1 / A2 genotipleri) yer değişiminin, striatal bölgedeki dopamin D2 reseptörlerinde %30-40'lık bir azalma ile ilişkili olduğunu ve bu da ödül yollarında ki sinyallerde azalmış bir dopamine neden olduğuna dair bulgular vardır (68). Minör A1 alleli; "işlev kaybı" aleli olarak görülebilir. M-reseptör geninin (OPRM1) A118G polimorfizmi, beyin opioid sisteminin işlevsel bir genetik işaretidir (69, 70). Minör A1 allelinin aksine, küçük G alleli, lezzetli yiyecekler de dahil olmak üzere, çeşitli ödüllendirici uyaranlara artan yanıt verme oranı ile yansıtıldığı gibi bir "fonksiyon kazancı" ile ilişkilendirilmiştir (71). G alleli ayrıca sosyal ayrıma karşı daha olumsuz duygular ve sosyal aidiyet için daha olumlu duygular ile ilişkilendirilmiştir (72). 118G alelinin tam moleküler işlevi hala net değilse de sosyal ödül sisteminin modülasyonu ile ilgili olduğuna dair kanıtlar artmaktadır (73). Nörotisizm ile olan pozitif ilişkisinin (endişe, endişe ve stres belirginliği ile ilişkili bir kişilik özelliği) son zamanlardaki kanıtları da ilgi çekicidir ve bu işaretin beklenen ödüllere ve yokluğuna karşı daha kararsız ve belirgin duygusal tepkilere katkıda bulunabileceğini öngörmektedir – (Bağımlılık da dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozukluklara yakalanma riskini koyan bir fenotip) (70).

Yakın tarihli bir çalışmada, TYB'li ve TYB'siz obez erişkin vakalarda dopamin D2 reseptör genlerinin (DRD2 / ANKK1) 5 işlevsel belirteci değerlendirmiştir. Sonuçlar, TYB grubunun, artmış dopamin nörotransmisyonunu (sırasıyla A2 / A2 ve T / T) yansıtan Taq1A ve C957T genotipleriyle önemli ölçüde ilişkili olduğunu gösterdi. Allelik analizler ayrıca, TYB örnekleminde C957T 'nin T alelinin, TYB'li olmayan obezlerle karşılaştırıldığında belirgin farklılık olduğunu saptamıştır (74).

4 dopamin geninde- ANKK1, D2 dopamin reseptör geni (DRD2), dopamin aktif taşıyıcı geni 1 (DAT1) ve Katekol-O-metiltransferaz enzim geni (COMT)- bulunan, 6 fonksiyonel belirteç- ANKK1, DRD2, DAT1 ve COMT, TYB grubunun TYB olmayan obezlere göre çok odaklı genetik profil skoru gösterdiğini ve bu da striatumda daha güçlü dopamin sinyali ve TYB'li katılımcılar arasında ödül için daha belirgin yanıtlanmayı göstermektedir (75). Bu bulgular, TYB'nin obezitenin ödül-reaktif alt tipi olduğuna dair diğer psikodavranışsal kanıtlarla uyumaktadır (74).

Serotonin sistemi üzerine yapılan bir araştırmada ise serotonin taşıyıcı genin (5HTT) 5-HTTLPR polimorfizmini genotiplendirmiş ve TYB'li kadınlarda kontrollere kıyasla hem Uzun / Uzun genotip hem de Uzun allelin belirgin şekilde daha sık görüldüğünü ancak bu bulguların sonraki çalışmalarda tekrarlanmadığı bildirilmiştir (76).

Hipotalamustan salgılanan ve iştahın düzenlenmesinde önemli bir role sahip olan melanokortinlerin (peptit hormonlarının) obezite ile güçlü bağları olduğuna dair kanıtlar nedeniyle bazı yeni çalışmalar, melanokortin 4 reseptör geninin (MC4R) TYB etyolojisinde rolünü araştırmıştır. Özellikle rs17782313 MC4R belirtecinin C alelinin yiyecek aşırma ile ilişkili olduğu ve bu değişkenin kısmen genetik varyant ile beden kitle indeksi (BKİ) arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini bildirmektedir (77).

2.2.8. Nörobiyolojik Risk Faktörleri

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında, TYB ve BN'deki yeme ipuçlarının işlenmesi için (medial) prefrontal korteksin rolü üzerinde durulmuştur. Schienle ve ark. (2009) orbitofrontal korteks bölgelerinin (medial, lateral), ön singulat korteks ve insula'nın BN ve TYB vakalarında aktivasyonunda artışı gözlemlemiştir (78).

Voxel bazlı morfometrik görüntüleme çalışmasında, tıknırcasına yeme atakları olan hastalarda lokal gri cevher hacminde farklılıklar bulunmuştur. Hem BN hem de TYB, sağlıklı kontrollere göre medial orbitofrontal korteks hacminde artış saptanmıştır. Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında, görsel gıda ipuçlarının sunumu sırasında her iki hasta örnekleminde de değişen medial orbitofrontal korteks süreçlerini göstermiştir (79).

BN ve TYB'de kontrol edici merkezlerdeki yetersizliğin lezzetli gıdalar tüketme arzusu ve kilo almayı engelleme isteği ile olan çatışmanın çözülmesine engel olduğu düşünülmektedir (80). Var olan TYB çalışmaları, yeme ipuçlarına yanıtta frontostriatal döngüde aktivasyon artışı ile karşılık vermektedir(81).

2.2.9. Bilişsel, Emosyonel ve Davranışsal Risk Faktörleri Risk Faktörleri

Yanıt engelleme kontrolü ile ilgili zorluklar en çok tıknırcasına yeme ve çıkarma davranışlarında gözlenmektedir. Litefratür incelendiğinde; BN, TYB ve AN-tıknırcasına yeme/çıkarma alt türünde Yanıt Engelleme kontrolü mekanizmalarında metaanalitik düzeyde düşük-orta etki büyüklüğü bildirilmiştir (82). Ayrıca TYB’de deneyimlenen duygunun yoğunluğu, süresi ve tipini tasarlama amacına yönelik süreçler olarak tanımlanan emosyonel düzenleme ile ilgili çalışmaların sayısı giderek artmaktadır (83). Çalışma alanlarından özellikle TYB ile ilişkili psikopatolojiyle duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişki ile bağlantılı önemli bulgular vardır (84). TYB vakalarında olumsuz duygulanım deneyimlerinde artış ile duyguları tanıma ve tanımlama becerilerinde yetersizlik rapor edilmiştir (85).

TYB ile beslenme bozukluğu olan bireylerde vücutla ilişkili bilişler daha sıklıkla olumsuz içerik kapsamakta ve sağlıklı kontrollerin aksine, kilo ve beden algısı ile ilgili olumsuz, olumlu ve nötr bilişlerin dengelenmesinde zorluklar saptanmıştır (86).

AN ve BN ile ilgili yapılan araştırmaların aksine, TYB'deki beden algı bozukluğuna yönelik kısıtlı çalışma yapılmıştır. Kilo ve beden şeklinin aşırı değerlendirilmesinin, AN ve BN'de olduğu gibi, TYB'de olgu grubu içinde görülmektedir (86). Depresyon ve vücut kitle indeksinin kontrol altına alınmasından sonra bile TYB ve BN'li bireylerin kilo ve beden şekli kaygılarında ortak özellikler bulunmuştur. TYB'li obez kişilerle obezite bulunan fakat yeme bozukluğu olmayan bireyleri karşılaştıran bir dizi çalışma; TYB'li obez kişilerde beden ağırlık ve şekil bakımından endişeler bildirmiştir (87). Kilo ve beden şekli ile ilgili aşırı değerlendirmenin varlığının TYB hastalarında aşırı yeme psikopatolojisi, yüksek psikolojik stres ile ilişkili olduğu ve bozukluğun seyrinin iyi bir prediktörü olduğu saptanmıştır (88).

Kısıtlayıcı model, kilo ve beden şeklinden doğan diyet kısıtlamalarının tıknırcasına yemeyi provoke ettiğini, bu davranışın kısıtlama için artan uğraşlarla bir döngüye girdiğini öne süren bir modeldir. Mevcut literatür verileri bu modele uygun olarak diyet kısıtlaması girişimlerinin BN ve TYB olan bireylerde tıknırcasına yeme ataklarında artış ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (89). Ergenler ve genç erişkin yaş örnekleminde yapılan bir çalışmada riskli diyet davranışlarının beş yıllık takipte cinsiyet farkı olmaksızın tıknırcasına yemenin önemli bir yordayıcısı olduğu, tıknırcasına yeme davranışlarının kadınlarda daha erken yaşta başladığı saptanmıştır (90). Davranışsal risk faktörlerinin başlangıç sırası da yapılan çalışmalarda araştırılan başlıklardan biri olmuştur. Bir olgu kontrol çalışmasında BN ve TYB’nin başlangıcı sıklıkla yeme alışkanlıklarında değişiklik ile

olurken, AN sıklıkla diyet davranışları ile başlamaktadır (91).

2.2.10. Tedavi

TYB tedavi stratejilerinin öncelikli hedefi tıknırcasına yeme ataklarını engellemek ve daha sonra da sürdürülebilir bir sağlıklı kilo hedefine ulaşmaktır. Bununla birlikte, tedavinin diğer hedefleri, motivasyonun artırılması ve sürdürülmesi, daha sağlıklı yeme ve yaşam tarzı düzenlemeleri, işlevsel olmayan düşüncelerin ve alışkanlıkların değiştirilmesi, içsel çatışmalar ve olumsuz duygular ile baş etmeye yönelik görüş ve becerilerin artırılması, fiziksel ve psikiyatrik eş tanılarının tedavi konularını da hedeflemelidir (92). Tedavi algoritmaları; kalori alımının düzenli ve dengeli bir şekilde azaltılmasını ve hastaların semptomlarını kendiliğinden izlemelerini istemek gibi sağlıklı yeme ve yaşam tarzı alışkanlıklarının kalıcı bir şekilde sürdürülmesini teşvik etmelidir (93).

2.2.10.1 Davranışsal Müdahaleler

Davranışsal müdahaleler; TYB tedavisinde diyet ve yaşam tarzı düzenlenmesinin odaklanan ve obezite tedavisi ile birlikte, nispeten daha hafif şiddette psikopatolojisi olan hastalarda daha karmaşık terapilere oranla bazı önemli sonuçlar veren yararlı temel müdahaleler olarak sıklıkla önerilmiştir (94).

Diyet terapisi ise kilo vermeyi teşvik etmek için çok önemlidir ve bu nedenle yüksek beden memnuniyetsizliği ve kilo-beden şeklini aşırı değerlendirme ile karakterize TYB hastalarında genel olarak olumsuz sonuç işaretçilerinin ele alınması gerektiği konusunda dikkatli olunmalıdır (95). TYB'li kişilere uygulanan vücut ağırlığını daha hızlı azaltmak için hedeflenen düzeyden aşırı diyet kısıtlaması ile tıknırcasına yeme atakları tekrar tetiklenir. Dolayısıyla, TYB'de öngörülen kalori kısıtlamaları orta şiddette olmalı ve normal veya hipokorik bir diyet tıknırcasına yeme ataklarını önlemenin en iyi yaklaşımı gibi görünmektedir (96).

Dengeli bir diyetle birleştirilmiş fiziksel aktivite hem yağ harcanmasına karşı direkt etkisi hem de aşırı gıda alımı üzerindeki engelleyici etkisi nedeniyle kilo verme ve tıknırcasına yeme ataklarını azaltmak için önemli bir faktör olarak görünmektedir. Ayrıca, diyetle ulaşılan hedeflerin sürdürülmesine yardımcı olmakta ve TYB'ye eşlik eden tanılarında şiddetini azaltmaktadır (97).

2.2.10.2 Psikoeğitimsel Müdahaleler

TYB için psikoeğitimsel müdahaleler, hastalarının durumlarının daha iyi anlaşılmasını teşvik etmek ve böylece hastalığın yönetimi için olanakları artırmak için hastalığının farklı yönleri ve bağıntıları hakkında bilgilendirmeyi amaçlamaktadır (98). Bu tedavilerin avantajları, uzman olmayan personel tarafından uygulanabilmeleri, kolaylıkla kişisel olarak düzenlenebilmeleri ve haftalık sınırlı grup toplantılarında yapılandırılabilmesidir. Hastalara, yiyecek alımı hakkında kendi kendini izlemek öğretilir ve zaman içinde tıknıma atakları, sürdürülebilir ve doğru yaşam biçimlerini tetikleyen faktörler hakkında bilgi verilir (99). Bu müdahalelerin, beden algı bozukluğu, anksiyete, depresif belirtiler ve kilo kaybı üzerine etkileri tutarlı olmamasına rağmen, tıknırcasına yeme ataklarının azaltılması ve dürtüsellik konusunda iyileşme göstermektedir. Bu ön bulguları göz önüne alırsak, psikoeğitimsel müdahaleler daha karmaşık tedaviler için yararlı bir başlangıç noktası oluşturan ve daha az ciddi vakalarda daha karmaşık müdahalelerle karşılaştırılabilir etkinlik gösterebilen yararlı başlangıç terapileri oluşturabilir (98).

2.2.10.3 Psikoterapiler

Yazın incelendiğinde, sistematik incelemeler ve meta-analizlere göre, psikoterapiler TYB için en geçerli ve etkili tedavilerdir (100).

Bilişsel Davranış Terapileri (BDT), TYB tedavisinde, pratik ve uyarlanabilir bir müdahale olup klinik ihtiyaçlara ve süreye göre ayarlanabilmekte, tek başına veya diğer farmakolojik yaklaşımlarla kombinasyon halinde uygulanabilmesi nedeniyle en çok değerlendirilen ve çalışılan psikoterapidir. Kombinasyon tedavisini destekleyen çalışma verileri kısıtlı olmasına rağmen, BDT tek başına uygulandığında, TYB remisyon oranı %50-60 civarında bildirilmektedir (101). BDT yaklaşımlarının uzun vadeli etkileri; kademeli olarak yeme düzeninin normale dönmesi ve nüks oluşumunun azaltılmasını içerir; bu etkiler, disinhibisyon, açlık, olumsuz duygular ve algılanan genel sağlığın iyileşmesiyle birleştirmeyi hedeflemektedir (102).

Diyalektik-Davranışçı Terapi (DDT), TYB'deki etkinliğini kanıtlanan bir diğer psikoterapötik yaklaşımdır; duygusal düzenleme ve stres toleransına BDT'den daha fazla odaklanmaktadır. Bu terapi, tıknırcasına yeme ataklarını azaltmada ve BDT'ye benzer şekilde gıda ve vücut şekli konusundaki endişeleri azaltmada etkili olduğunu göstermiştir, ancak kilo kaybı, depresyon veya kaygı üzerine tutarlı sonuçlar bulunmamaktadır (103).

Kanıtı dayalı başka bir psikoterapotik müdahale, Kişilerarası Psikoterapi (KAP) dir. Bu terapi yeme bozukluğu semptomlarına direkt olarak odaklanmasa da kişisel ilişkilere ve rol değişimlerini çalışmayı hedeflediği için yeme bozukluklarında yararlı olmaktadır. Yapılan bir çalışmada BDT ve KAP'ın gerek terapi sonunda gerekse de bir yıllık izlemde tıknırcasına yeme atakları ve psikiyatrik komorbiditelerde önemli bir azalma ve bazı durumlarda vücut ağırlığında önemli bir azalma ile karşılaştırılabilir etkinliği olduğu gözlemlenmiştir (104).

Sonuç olarak, çoğunlukla BDT modellerine dayanan TYB'ye yönelik psikoterapötik yaklaşımlar, yararlı birinci basamak tedavilerdir.

2.2.10.4 Farmakolojik Müdahaleler

TYB'de farmakolojik tedavi, dürtüsellik, tıknırcasına yeme atakları ve olumsuz duyguların azaltılması hedeflenmektedir. Ne yazık ki, TYB için tek başına tedavi olarak farmakoterapinin uzun vadeli etkinliği hakkında çok az veri vardır ve bazı çalışmalarda ilaçların tedavisi ile psikoterapi girişimlerin birlikte kullanılması önerilmektedir (105).

Dekstroamfetamin ön ilacı olan oral lisdexamfetamine dimesylate (Vyvanse®; lisdexamfetamine) halen ABD'de yetişkin hastalarda orta ile şiddetli Tıknırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) tedavisi için onaylanmış tek ilaçtır (106). Fakat Antidepresanlar TYB tedavisinde en fazla çalışılan ve uygulanan ilaçlardır; dürtüsellik, yeme ve genel psikopatoloji üzerine göstermekle birlikte, aynı zamanda anksiyete ve depresif belirtiler üzerine etki etmekte, bu da olumsuz etkilerin azaltılması nedeniyle tıknırcasına yeme ataklarını ikincil olarak tetiklenmesini engellemektedir (107). Yüksek dozlarda seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), tıknırcasına yeme atakları ve ilişkili psikopatoloji üzerine etkili olduğunu göstermiştir ancak kilo kaybı üzerine şüpheli kanıtlar bulunmaktadır. Sertralin ve fluvoksamin, fluoksetine benzer sonuçlar vermekte ancak sitalopram ve paroksetin açlık ve kilo artışı üzerine yan etkileri nedeniyle kullanılması önerilmemektedir (108).

Atomoksetin, naltrekson ve glutamat düzenleyici ajanlar gibi ilaçlar, plaseboya kıyasla tıknırcasına yeme ataklarının azalması ve kilo kaybı üzerine umut verici tedaviler gibi gözükmektedir. Sonuç olarak, güncel literatür verileri, TYB için farmakolojik tedavilerin etkinliğini tutarsız göstermektedir. Yine de klinik uygulamada yaygın olarak uygulanmakta ve TYB yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır (108).

2.3 OBEZİTE

2.3.1 Tanım ve Sınıflama

Obezite kelimesi, Latin dilinde “obesus” kelimesinden türetilmiş olup, şişman kelimesinin karşılığı olan bu sözcük “iyi beslenmiş” manasına gelmektedir. Türk dilinde ise şişman kelimesi ise “kabarıklık”, “ur” manasına gelen “şiş” kelimesinden köken almıştır. Dünya Sağlık Organizasyonu tarafından obezite; “sağlığı bozacak ölçüde, yağ dokularında anormal veya fazla yağ birikmesi” olarak sınıflandırılmıştır (109). Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü, fazla kilo ve obeziteyi sağlığa zarar vereceği düşünülen fazla yağ birikimi olmasından ötürü, yetişkinlerde olduğu kadar çocuklarda da karşılaşılan kronik bir hastalık olarak sınıflaştırmıştır (110). MONICA çalışmasına göre 1980 yılından itibaren obezite prevalansı iki kat artmıştır. 2014 yılında 19 milyar erişkin aşırı kilolu Kabul edildiği ve bu kişilerden 600 milyonun obez olduğu belirtilmiştir. Aynı araştırmada 42 milyon çocuk ve ergenin obez olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu vakaların çoğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tespit edilmiştir (111).

Amerika’da çocuk ve gençlerde yapılan iki çalışmada %12 ve %17 oranlarında obezite prevalansı saptanmış olup, siyah ırkta beyaz ırka kıyasla ve kızlarda erkeklere göre obezitenin daha sık görüldüğü anlaşılmıştır (112).

Ankara’da yapılan “Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması- 2010” ön çalışma raporuna istinaden Türkiye’de 0-5 yaşta obezite sıklığı erkeklerde %10,1, kızlarda %6,8’dir. 6-18 yaş örnekleminde obezite sıklığı erkeklerde %9,1, kızlarda %7,3 olarak saptanmıştır. 0-5 yaş örnekleminde değerlendirilen 2567 çocuğun %8,5’i obez/şişman, %17,9’u hafif şişman, %10,3’ü zayıf ve %5,6’sının ise çok zayıf olduğu bulunmuştur. 6-18 yaş grubu değerlendirilen 2248 çocuğun ise %8,2’i obez/şişman, %14,3’ü hafif şişman, %14,9’u zayıf ve %3,9’unun ise çok zayıf olduğu bildirilmiştir. Beden kitle indeksi değerlerine göre şişmanlık sorununun en fazla görüldüğü bölgeler Ege (%12,5), Doğu Marmara ve Batı Anadolu (%11,4) ile İstanbul’dur (%10,8). Obezitenin en az görüldüğü bölgeler ise sırasıyla Güneydoğu Anadolu (%3,4), Doğu Karadeniz (%3,6) ve Kuzeydoğu Anadolu (%4,1) bölgeleridir. Fazla kilolu olma ise 6-18 yaş örnekleminde tüm bölgeler değerlendirildiğinde; %8,8 (Ege) ile %24,6 (İstanbul) arasında bir dağılım göstermekte olup bölgesel olarak dikkat çeken bir farklılık bulunmamaktadır (113, 114).

Obezitenin etiyolojisinde biyolojik ve çevresel etmenler önemli yer tutmaktadır. Şekil 2’de etiyolojiye göre obezite sınıflaması verilmiştir (Şekil 2). Yapılan birçok epidemiyolojik çalışma sonuçlarına göre biyolojik faktörler, cinsiyet, yaş, etnik köken, sosyokültürel faktörler (medeni

durum, gelir miktarı, eğitim düzeyi), davranışsal faktörler (fiziksel aktivite, diyet, sigara ve alkol tüketimi) şeklinde etmenlerin aşırı kilonun ve obezitenin gelişmesinde rol oynadıkları saptanmıştır. Bütün hastalıklarda görüldüğü gibi obeziteye neden olan faktörlerin belirlenmesi, hastalığın engellenmesi ve tedavisi modalitelerinin belirlenmesi açısından önem arz etmektedir (115).

Obezitenin tanısı, ağırlık ve boy ölçümleri esasına dayanmaktadır. Klinik uygulamalarda en kolay ve pratik yöntem olan BKİ (Beden Kitle İndeksi) değeri, vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğunun (m²) karesine bölünerek hesaplanır (WHO, 2015). Sınıflandırmalarda ise; çocukların Beden Kitle İndeksi; yaş ve cinsiyetine göre 85-95 persentil arasında ise obezite için riskli grup olarak değerlendirilirken, 95 persentilin üzerinde ise obez gruba dahil edilmektedir. Dünya Sağlık Organizasyonu ve Ulusal Kalp Akciğer ve Kan Enstitüsünün (NHLBI) önerdiği Beden Kitle İndeksi sınıflandırması aşağıda sunulmuştur (Şekil 1).

	VKİ(kg/m ²)	OBEZİTE SINIFI
DÜŞÜK KİLOLU	<18,5 kg/m ²	
NORMAL KİLOLU	18,5 – 24,9 kg/m ²	
FAZLA KİLOLU	25 – 29,9 kg/m ²	
OBEZİTE	30 – 34,9 kg/m ²	1. DERECE
	35 – 39,9 kg/m ²	2. DERECE
MORBİD OBEZİTE	40 kg/m ² ve üzeri	3. DERECE

Şekil 1. Beden Kitle İndeksi Sınıflaması (NHLBI)

2.3.2. Eksojen Obezite

Obezitenin %90'ından fazlasında altta yatan herhangi bir organik sebep bulunamadığı için bu gruba eksojen (idyopatik) obezite denmektedir. Bu vakaların iştahlarında artış saptanmış ve yüksek miktarlarda kalorisi yüksek yağlı, şekerli besinleri tükettiği belirlenmiştir (116). Alınan ve harcanan kalori arasındaki uyumsuzluk en dikkat çekici özellik olmakla birlikte etyolojisinde çoklu etmenler ön planda yer almaktadır. Yapılan başka bir çalışmada eksojen obezite oluşumunda etkisi olduğu düşünülen çoklu etmenler; yaş, cinsiyet, yeme alışkanlıkları, sedanter hayat, ekran karşısında geçirdikleri zaman miktarı ve etnik köken gibi pek çok unsur olduğu saptanmıştır (117).

Eksojen obezite grubu düşünüldüğünde ise sosyokültürel durumla ilişkisi araştırıldığında; bazı

alışmalar eğitim düzeyinin kötü olduğu vakalarda obezite sıklığının daha fazla görüldüğünü saptamıştır. Bazı araştırmalar iki faktörün arasında zıt yönde ilişki olduğunu belirtirken, başka çalışmalar ise bu etmenlerle anlamlı düzeyde bir ilişkinin varlığını tanımlamamıştır. Çalışmaların sonuçları incelendiğinde; eğitim-ğretim düzeyi ile obezite arasında tutarsız veriler bulunduğu söylenebilmektedir. Sonuç olarak; bu ilişkiye yönelik yapılacak daha çok araştırmaya ihtiyaç vardır (118).

2.3.3. Obezitenin Psikiyatrik Yönü

Obezite ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, ocuk ve ergenlerde obezitenin eş zamanlı ruhsal bir rahatsızlıkla ilişkisi hakkında bilinenler kısıtlıdır. Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde görülen obezitede, psikiyatrik bozuklukların neden-sonuç ilişkisi tartışmaları devam etmektedir. Bireyin ruhsal yapısını etkileyen; ebeveynler ve çocukları arasındaki ilişkiler, ev yaşamındaki sorunlar, akranları tarafından kabul edilmeme, sınav başarısızlıkları beslenme bozukluklarına yol açmakla birlikte obez çocuklarda özellikle ergenlikte arkadaş edinmekte zorluk, grup etkinliklerine katılmama gibi sorunlar çocuğun obezite derecesini ve hayata katılım ve işlevsellikte bozulmayı arttırmaktadır (118).

Araştırmacılar, yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada ileri derecede obez ocuk ve ergenlerde, yaşam kalitesini kontrol grubuna göre belirgin şekilde düşük bulmuştur (119).

Yaşam kalitesinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise obez çocuklar, yaşam kalitesi lği değerlendirildiğinde fiziksel, sosyal ve okul alt skorlarında kontrol grubuna göre belirgin derecede düşük skor almışlardır.

Orta derecede şışman olarak sınıflanan ocukların (BKİ z skoru 1.62–2.96 (ortalama $\pm$ SS: 2.32 $\pm$ 0.41)) emosyonel ve okul alt ölçekleri değerlendirildiğinde kontrol grubuna göre benzer skor aldıkları görülmüştür. Ancak aşırı derecede obez olan çocuklar, yaşam kalitesi ölçeğinde fiziksel sağlık ve psikososyal sağlık alt ölçek skorlarında belirgin derecede daha düşük skor almışlardır. Ebeveynlere göre hesaplandığında ise; orta ve ağır derecede obezlerin aileleri, yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri dolduruğunda çocuklarına göre daha düşük skor alacak şekilde skorlamışlardır (120).

Obezite vakalarında; bazı çalışmalarda psikiyatrik ölçekler kullanıldığı belirtilmektedir. Bu ölçekler incelendiğinde; obez vakaların özellikleri arasında dürtüsellik, düşük benlik algısı, beden şeklinden memnun olmama, mükemmeliyetçi tutumları ve disinhibisyon olarak sıralanabilir (121). Obezite için dürtüsel olduklarını tanımlayan vakaların, yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlamakta güçlük çektikleri, lezzetli ve yüksek kalori değerleri olan besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğunu belirtilmiştir. Bu bilginin ışığında; dürtüsellüğün tedaviyi bırakmada önemli bir etken olduğu vurgulanmıştır (122). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile obezitenin ilişkisini inceleyen bir çalışmada; dikkat eksikliği tanısı olup ilaç almayan çocuk ve ergenlerin, sağlıklı akranlarına kıyasla daha fazla obez oldukları ve BKİ'lerinin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu gösterilmiştir (123).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, obezite ile davranım problemleri, özdeğerlilik, depresyon şiddeti ve yeme alışkanlıkları araştırılmıştır. Tedavi almak için sağlık birimlerine başvuran 30 obez olgular, sağlık birimlerine başvurmayan obez olgular ve obez olmayan sağlıklı olgular olmak üzere otuz kişiden oluşan 3 grup 12-16 yaş arası ergenler karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarında; obez gençlerin sağlıklı olgulara kıyasla etkinlik ve sosyal işlevsellik puanlarının daha düşük olduğu; kaygı, endişe, depresyon, sosyal yakınmalar, somatik sorunlar, içe çekilme, içe yönelim, davranım puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda obez gençlerin sağlıklı olgulara göre depresif belirtilerinin daha sık gözleendiği, yeme tutumlarında sorun tanımlamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda; obezitenin gençlerde eş zamanlı psikopatoloji ile birlikteliğinin sık gözleendiği ve bu sebeple multidisipliner bir yaklaşımla incelenmesi gerektiğini önermektedir (124).

Obez vakalarda benzer yapıda kurgulanan ve depresif yakınmaların değerlendirildiği bir araştırmada; obez çocuk vakalarda depresyon oranı sağlıklı olgular arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu ancak bu durumun neden sonuç ilişkisi üzerine olan etkisinin yönüne karar verilememiştir. Depresyonu olan vakalarda kilo alımının obeziteye yatkınlık oluşturabileceği bilindiği için etkileşim yönünün detaylı incelendiği başka çalışmalara ihtiyaç teşkil etmektedir (125).

Erken dönemdeki yaşantıların, yaşam boyunca yeme alışkanlıklarına olan fazlaca etkisi olduğu saptanmıştır. Kaygılı aileler ve/veya obez anne babaların tasarımlarında zayıf çocuk sahibi olmak rahatsız edici olarak düşünülmektedir. Bu aileler kaygılarını azaltmak için çocuklarını daha fazla yemek yemeye yöneltmektedir (127). Bunun yanı sıra bazı çocuklar ise ailelerini mutlu etmek için fazla yeme davranışı sergiler. Bu mekanizmada bir kısır döngü olumlaması mevcuttur. Anne ve babalar çocuklarına fazla miktarda yiyecek tüketmeleri konusunda sözlü ya da sözsüz sinyaller gönderdikçe çocuklar fazla yemeye odaklanır ve bunu sürdürdükçe de ödüllendirilir. Zaman geçtikçe obez çocuklar ödülün ertelenmesini, özellikle yiyecek ödülleri ertelenmesinin, verdiği huzursuzluğa katlanamaz ve ödülleri ertelememek aşırı yemeye devam ederler (128).

Psikoanalitik kuramlarda ise obez kişilerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplandıkları vurgulanır. Libido kuramına göre; obezite ve yeme davranışı arasında en çok bağ kurulan dönem oral dönem olarak düşünülmekte olup, doyum sağlayan bölgeler ağız ve çevresi olarak düşünülmektedir. Yemek yemek gibi oral aktiviteler, yaşamın ilk dönemlerinde sevgi, güven ve yakınlığa eşdeğer tutulur. Eğer birey oral dönemde saplanıp kalmışsa; ileriki dönemlerde sevgi, güven ve yakınlığa olan ihtiyaç yemek yiyerek giderilir. Aşırı doyurulmuş yahut engellenmiş oral ihtiyaçlar iyimserlik, bağımlılık, cömertlik ya da tam tersi düşmanlık, kıskançlık, başkalarını kullanma, aşırı hırs gibi kişilik özellikleri ortaya çıkabilir. Bu olumsuz duygularla yemek yiyerek başedebilirler (126).

Özellikle kilo ve beden görünümleri nedeniyle sosyal ilişkiler esnasında zorluklar yaşayan obez vakalarda, karşı taraftaki insanların zihinsel temsillerini canlandırma ve diğerlerinin davranışlarını öngörebilme becerisi, nitelikli bir sosyal etkileşim için önem taşımaktadır. Obezite ve TYB'nin nedenselliğinin daha iyi aydınlatılabilmesinin; TYB hastalarının kalıcı tedavi edilebilmesi ve hastaların sosyal becerilerinin iyileştirilmesinde temel taşlardan biri olabileceğini düşündürmektedir. Bu durumdan yola çıkılarak; çocuk ve ergenlerde TYB'ye eşlik eden eksojen obezite tanılı sosyal biliş becerilerinin araştırılmasının önem arz ettiği saptanmıştır.

2.4. SOSYAL BİLİŞ

2.4.1. Tanım ve Sınıflama

Sosyal biliş; sosyal iletişimi kurmada ve sürdürmede gerekli olan bilgiyi işleme, kodlama, depolama ve hatırlama gibi doğuştan gelen kademeli olarak yapılandırılmış bilişsel süreçler olarak tanımlanabilir. Bireylerin ait olduğu fiziksel, sosyal çevrelerini ve bu çevreleriyle olan ilişkilerini, kişinin kendisi ve diğerleri arasındaki bağlılığı temsil etmesi, sosyal etkileşim içerisinde neler

hissettiklerini ve düşündüklerini bu düşünce sürecinde oluşan değerlendirme ve davranışların bireyleri nasıl etkilediğini incelemektedir. Temel olarak toplumsal bağılıklardan etkilenen ve bu bağılıkları etkileyen bilişsel süreç ve yapıları ayrıntılı olarak incelemektedir (127, 128). Yapılan çalışmalarda bilişsel süreçlerin algısal temele dayanmasından dolayı; bu süreçlerin her zaman rasyonel olmadığını göstermektedirler. Bireyin, bireysel algıları ile oluşan biliş ise reel nesnelerin, olayların ve süreçlerin zihinsel temsili olmakla birlikte sosyal gerçeklik objektif olarak da algılanabilir (129).

Bireyin, toplumdaki diğer bireylerin inançlarını ve niyetlerini anlayabilme aracılığıyla onların davranışlarının anlamını kavrayabilmesi, diğer bireylerin farklı bir akla sahip olduklarının ayrımını yapabilmesi, tahmin edebilmesi ve uygun yanıtlayarak karışık sosyal ilişkiler ile etkileşimde bulunabilmesi sosyal bilişsel görevler içeriğinde tanımlanmaktadır. Sosyal biliş, bireyin sosyal ilişkiler durumunda bilgiyi nasıl kullandığına yönelik görüşler belirtmektedir (130).

Nörobilişsel aşamaları ve sosyal bilişsel becerilerin incelenmiş olduğu bazı araştırmalarda, farklı beyin sistemlerinin görev aldığı ifade edilmiştir (131). Sosyal kognisyonla ilişkili bölgelerin, prefrontal korteks, fusiform girus, superior temporal girus, ön singulat korteks ve amigdala olarak belirtilmektedir (132).

National Institute of Mental Health (NIMH) tarafından desteklenen bir araştırmada, sosyal bilişin; duygu kavrama, sosyal algı, sosyal bilgi, atıfsal yanlılık ve zihin teorisi olarak toplamda beş alanda incelenmesi teklif edilmiştir (133).

Duygu algılama/tanımlama süreci, bireyin yüz ifadesinden, ses tonlamasından ya da her ikisinin kaynaşması sonucu kazanılan duygusal enformasyonların değerlendirilmesi ve anlamlandırılmasıdır (134).

Sosyal algı, bireyin içinde bulunduğu sosyal etkileşimlerde öteki bireylerin sosyal rollerini, şimdiki sosyal durumu kavrayabilme, karmaşık sosyal durumlarla ilgili olan verbal ve verbal olmayan emareleri değerlendirerek ve daha sonra bunlar hakkında yorum yapabilme yeteneğidir (135). Sosyal algının duygu algılamadan ayrımı yargılama gerektirmesidir. Sosyal algı görevlerinde ise sosyal ipuçlarını değerlendirerek pozisyonel durumlarda veya bireylerarası kısımlardan (yakınlık, ruhsal durum ve dürüstlük gibi) özet edinmesi istenmektedir (136).

Sosyal bilgi, anıksal durumlar ve sosyal etkileşimlerde öncül roller, kurallar ve amaçların ayrımı yapabilme yetisi şeklinde adlandırılmaktadır. Sosyal yeterlilik için ilk hamle ve ön koşul olarak görülmekte olan sosyal bilgi; bireyin değişik sosyal olaylarda kendisinden ne gibi şeylerin

beklendiğini kavramasını sağlamaktadır (135).

Atıflar, bireyin ya da diğer bireylerin yaşadığı olay ve hareketlerin nedenleri ile ilgili tanımlamalardır (137). **Atıfsal yanlılık** ise olayın bilişsel yorumlanmasından (zihin kuramı) farklı bir şekilde pozitif veya negatif durumların sebeplerinin izah edilme yöntemlerini anlatmaktadır (138). Atıfsal yanlılıkla ilgili iki farklı kavramdan bahsedilmektedir: “Kendine hizmet eden yanlılık (self-serving bias)” ve “kişiselleştirme yanlılığı (personalising bias)”. Kendine hizmet eden yanlılık kavramında, bireyin olumlu sonuçları bireyin kendi hareketlerine; olumsuz sonuçları ise diğer bireylerin hareketlerine yüklemesidir. Kişiselleştirme yanlılığı kavramında ise olumsuz sonuçlar, durumlara değil bireylere yüklenilmektedir. Atıf yanlılığı, çeşitli psikopatolojilerde araştırılmaya çalışılmış olup, örneğin şizofreni ve psikoz riski olan bireylerde perseküsyon halüsinasyonları ile ilgili olabileceği bildirilmiştir (139).

Zihin kuramı (ZK) kavramı ilk defa primatolog Premack ve Woodruff tarafından kullanılmıştır. Şempanze ve maymunların; korunma ve kaynakların hesaplı kullanımı için birlikte yaşadıklarının araştırılması ve incelenmesi üzerine beslenme, yiyecek aramanın ötesinde zihinsel işlevler konusunu dikkat çekmiştir. Bir grubun birlikte yaşayabilmesi için üyelerin, grup içinde iş birliği yapacak ve yapmayacak olan grup üyelerinin belirlenmesi gerektiği ve bu varsayımdan yola çıkarak şempanzelerde türlerinin aynı olduğu bireylerin zihinsel durumlarını öngörme yeteneğinin olduğu iddia edilmiştir (140). Zihin Kuramı, diğer bireylerin davranışlarının altında yatan bilişsel durumları yorumlama, öngörebilme ve ifade edebilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır ve yanlış inançları, ipuçlarını, hedefleri, mizahı, imayı, metaforu ve ironiyi anlamayı barındırmaktadır. Özetlemek gerekirse diğerlerinin maksatları hakkında tahminlerde bulunmak ve yorumlamak olarak açıklanabilir. Çocuk psikoloğu olan Leslie tarafından 1987 yılında sağlıklı bebekler ve küçük çocuklardaki bilişsel bakış açısının ilerlemesini açıklayabilmek için Zihin Kurumu terimini kullanmıştır (141). Zihin Kuramı, psikopatoloji bakımında ise 1985’de Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından “Otistik çocuğun akıl teorisi var mıdır?” isimli makalede kullanılmış ve bu makalenin sonuçlarında otistik çocuklarda Zihin Kuramı kabiliyetlerinde bozulmalar olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca yazarlar Zihin Kuramını; bireyin diğer insanların istek, inanç ve duygularını kavrayabilme durumu olarak tanımlanmıştır. Bunun sosyal iletişim için önemli bir sosyal yetenek olduğu ifade edilmiştir. Sonraki yıllarda yapılan araştırma ve çalışmalar ile otistik çocukların ve Asperger sendromlu yetişkinlerin, diğer bireylerin zihinsel olaylarını anlayabilmede zorluklar yaşadığı düşüncesini desteklemiştir (142).

Zihin Kuramı kabiliyetlerinin gelişimi, diğer zihinsel fonksiyonlarının ilerlemesi gibi çocuğun kendinin ve diğerlerinin zihinsel durumlarını kavrayabilmesi de belirli adımları izler (143).

Ortalama 12 aylıkken gelişen ortak dikkat, çocuğun bir diğer bireyin örneğin annesinin baktığı tarafa bakarak, annesinin baktığı nesnenin üzerinde dikkatini odaklayabilmesi ve ilgilendiği bir nesneyi göstererek bir başkasını baktığı tarafa yönlendirmesi, bir başkası ve nesne arasında koordinasyon kurarak üçlü temsil oluşturabilmesine olanak sağlayan zihinsel kapasiteyi ifade eder. (144).

14-18. Aylarda ise bebek, kendisine bakan bir bireye başını çevirebilmekte, istek, niyet gibi zihinsel olayları ve bir bireyin duyguları ile amaçları arasındaki nedensel bağı kavramaya başlar (141).

Zihin kuramı kabiliyetinin temellerini, 18. Ayda ortak dikkat kabiliyeti ile atılmaya başlandığı ve 18-24 aylık olduğu dönemde, gerçek olan ile sahte (pretense) olan arasındaki ayrımı farkederek (145).

Zihin kuramı yetenekleri oluşum basamakları; 1. derece yanlış inanç, 2. Derece yanlış inanç, metafor/ironi/ima kavrama ve en son basamakta faux pas kavrama şeklinde oluşmuştur.

Birinci derece yanlış inanç, ilk gelişen zihin kuramı becerisi olup, diğer insanların olumsuz düşüncelerini saptayabilme becerisi olarak tanımlanır. İkinci derece yanlış inanç; bazı araştırmacıların “düşünce hakkındaki düşünce” diye ifade ettiği; diğer bireylerin dış dünyada yaşanan durumla ilgili düşüncesi hakkında olumsuz bir düşüncesi olduğunu anlama yani kavrayabilme yeteneğidir. (146)

Faux Pas ise diğerlerinin olumsuz bir şey ifade ettiğini veya uygunsuz bir tarzda davranış sergilediğini anlayamadığını, eğerki anlamlandırırsa bireyin kendini kötü hissedebileceğini kavrayabilme ve alt küme olarak diğer bireylerin neler hissedebileceğine yönelik empati yapabilmeyi de içermektedir (147).

2.4.2. Sosyal Biliş Testleri

Sosyal bilişsel fonksiyonları değerlendirmek için kullanılan testler:

-Duygu Algılama:

- Yüzdeki Duyguları Ayırtetme Testi (Facial Emotion Identification Test) (2009)
- Sesteki Duyguları Tanıma Testi (Voice Emotion Identification Test) (2009)
- Penn Bilgisayarlı Nörobilişsel Batarya Testi: Duygu Tanıma Testi (2010)
- Sosyal Anlam Farkındalık Testi (2006)
- Mayer Salover Caruso Duygusal Zekâ Testi (2012)

-Sosyal Algı:

- Sözel Olmayan Hassasiyet Profili (1979)
- Sosyal İpuçlarını Tanıma Testi (1993)

-Sosyal Bilgi:

- Durumsal Özellikleri Tanıma Testi (1993)
- Şema Anlama Sıralama Testi (1993)

-Atıf Yanlılığı:

- Atıf Stili Anketi (1983)
- İçsel, Kişisel ve Durumsal Atıflar Anketi (1996)
- Belirsiz Amaçlar Düşmanlık Anketi (2007)

Zihin Kuramı Testleri:

Sözel Testler:

- Birinci ve ikinci derece yanlış inanç hikayeleri (1996)
- Faux pas (gaf) hikayeleri (1999)
- Zihinsel durum kavrama hikayeleri (İma Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi) (1999; 2001)
- Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi (2001)

Sözel Olmayan Testler:

- ✓ Resimli Birinci Kademe Yanlış İnanış Hikâyeleri (1997)
- ✓ Zihinsel Durum Karikatürlerini Değerlendirme (1997)
- ✓ Görsel Olarak Bakış Açısını Anlama (2001)
- ✓ Hilevi anlama Testi (1999)
- ✓ Gözlerden Zihin Okuma Testi (2011)

2.4.3. Yeme Bozuklukları ve Sosyal Biliş

Zihin teorisi; bireyin yeme bozukluklarında sosyal işlevselliğindeki eksikliklerini kavrayabilmek için önemlidir. Yeme bozukluğu olan bireyler, vücudundan görünüm bozuklukları, fiziksel sağlık durumları, tedavi ihtiyacı ve durumlarının davranışsal sonuçları hakkındaki başkalarının düşünceleri Kavrama ve Kabul etme konusunda ciddi zorluk yaşarlar (148).

Yakın geçmişte, literatür, çoğunlukla anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza hastalarında, yeme bozukluğu olan hastalarda sosyal biliş alanına yönelmiştir ve yapılan bu çalışmaların sonuçları çok tartışmalıdır (152, 153) Son zamanlarda yapılan sistematik araştırma ve meta-analiz, Yeme Bozukluğu Olan hastaların yüzündeki duygu kavrama ve yüz iletişimde aleksitimi ve zihinsel durumların zayıf bir şekilde anlaşıldığını ifade edilmiştir (154). Bununla birlikte, bazı araştırmalar, AN ve sağlıklı kontrol grupları arasında ZK görevlerinin üzerinde herhangi bir bozulmuş performans bulamamıştır (155).

BN ile ilgili olarak, bazı araştırmalar kontroller ile karşılaştırıldığında bozulmuş ZK performansları açıklanırken, diğer çalışmalar BN ve sağlıklı kontrolleri arasında hiçbir ayırım bulamamıştır (156). TYB vakalarında zihin teorisi detaylı bir şekilde araştırılmamıştır. TYB'li hastalar yalnızca duygu düzenleme ile ilgili problem yaşamamakta olup aynı zamanda duygusal tanımlamada güçlükler çektiğini belirtmekle birlikte interoseptif farkındalık düzeyleri de bozulmaktadır (149, 150).

Literatür, TYB obez hastalarını, duyguları idare etmede doğru stratejilerden mahrum olarak ifade etmektedir ve tıknırcasına yemenin, tam tersi bir şekilde işlenmemiş negatif duygularla mücadele edebilmek için bir strateji oluşturabileceği teorisini öne sürmüştür (151). Dahası, TYB hastaları arasında sürekli değişen yeme tutumu olan duygusal yeme, tıknıma atakları arasında aleksitiminin yüksek seviyeleriyle bağdaştırılmıştır. Bundan dolayı, tıknırcasına yemenin, bireyin veya diğer bireylerin duygusal durumlarının tespit edilmesinde ve iletişimde başarısızlık, tepki önleme stratejilerinin planlanması veya bu iki yönün bir birleşiminin bir neticesi olarak patolojik bir davranış olabileceği ifade edilmiştir (157).

Yazında, obezite ve impulsivite, duygusal etmenler, sosyal uyum ve sosyal ilişkiler, kendilik algısı, eşhastalanımlarla ilgili araştırmalar olmasına rağmen, obezite tanılı çocuk ve ergenlere uygun olan testleri kullanarak sosyal bilişsel kabiliyetleri araştıran az sayıda araştırma ile karşılaşmıştır (158).

Mevcut çalışmaların bulgulara göre obezite, vakaları yalnız fiziksel değil emosyonel olarak da

güçlük yaşatan ve birçok psikopatolojik tanıya sebep olan bir tanıdır. TYB ile beraber Yeme Bozukluklarına benzer klinik özellikler göstermekte olan obezite tanılı çocuk ve ergenlerde sosyal bilişsel kabiliyetlerin incelenmesinin, bahsedilen bozuklukların tanısı ve seyri düşünüldüğünde önem taşımaktadır.

BÖLÜM III

AMAÇ, YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1 AMAÇ

Çalışmamızda, TYB ve obezite tanılı 12 yaşını tamamlamış-18 yaşını tamamlamamış ergen olgular ve TYB tanısı olmayan obezite tanısı olan 12 yaşını tamamlamış-18 yaşını tamamlamamış ergen vakaların sosyal bilişsel becerilerin değerlendirilmesi ve iki grubun birbirleriyle ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması hedeflenmiştir..

Çalışma, zihin kuramı becerilerinin incelemesini amaçlamaktadır. Benzer tasarımda yapılan çalışmalar bulunmakla birlikte çalışmaya devam etmektedir. Yazında saptayabildiğimiz TYB ve sosyal biliş araştırmalarının erişkin yaş örnekleminde yapılmış olması, çocuk ve ergenlerde sınırlı çalışmanın olması araştırmamızın önemini göstermektedir. Diğer yandan bu araştırmanın başka çalışmalardan farkı da; günümüzün morbiditesi ve maliyeti en fazla hastalıklardan olan obezite vakalarında sosyal bilişsel yeteneklerin incelenmesi ve TYB ile karşılaştırılmasıdır. Yazında sadece bir tane erişkin yaş örnekleminde yapılan araştırmaya rastlanmıştır. TYB ile birlikte Yeme Bozuklukları ile klinik olarak benzerlik gösteren obezite tanılı çocuk ve ergenler yaş gurubunda sosyal bilişsel becerilerin araştırılmasının, bahsedilen bozuklukların tanısı ve seyri düşünüldüğünde önem taşımaktadır. Araştırmadan elde edilen verilerin, örnekleme yer alan vakaların dinamik özelliklerini anlamaya yardımcı olabilecek nörobiyolojik faktörlerin tanımlanmasında, psikopatoloji ile ilişkili etkili tedavi modalitelerinin geliştirilmesinde, vakaların tedavi yanıtlarını belirleme de yardımcı olabileceği düşünülmüştür.

3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamız, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan ve olmayan obezite tanılı vakaların, sosyal bilişsel özellikler ve klinik özelliklerinin incelenmesi, örneklemin sosyal bilişsel işlevlerinde yetersizlik olup olmadığının belirlenmesi ve bulguların sağlıklı kontrol vakaları ile karşılaştıran olgu-kontrol ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.3. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Araştırmamız, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEUTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'nde Şubat 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3.1.ÖRNEKLEM

Araştırmamızın örneklemini, Çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEUTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'nde ayaktan izlenen 12 yaşını tamamlamış- 18 yaşını tamamlamamış Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanısı olan veya olmayan obez ergenler ile DEUTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'nde ayaktan başvuran sağlıklı kontrollerden oluşan 128 çocuk ve ergen ile yapılmıştır.

Orta etki büyüklüğü ,05 kabul edilerek $\alpha=0,05$ alınarak %80 power da 1:1 iki gruba 64'er hasta alınması ve toplamda 128 hastanın çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplanmıştır. Gruplar yaş ve cinsiyet eşleştirmesi yapılarak Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanısı olan ve olmayan obez ergenler ve sağlıklı kontrol şeklinde iki grup ve her grupta 64 kişi olmak üzere oluşturulmuştur.

3.3.2. TYB-Obezite Grubunun Oluşturulması

TYB-Obezite grubu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, beden kitle indeksi (BKİ) percentili 2000 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre 95. percentil ve üzerinde olan, eksojen obezite tanısı olan olgulara çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından DSM-5 tanı kriterlerine uyularak yapılan klinik değerlendirme görüşmesinde TYB tanısı konulan 12-18 yaş arası 32 olgu ile oluşturulmuştur.

Eştanılar K-SADS değerlendirme görüşmesi ile incelenmiştir. K-sads değerlendirme sonucunda; tanı alacak düzeyde, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları gibi eştanıları olan vakalar araştırmaya alınmamıştır.

Vakaların eştanılarında “eşik altı” düzeyde psikiyatrik yakınmaları saptandığında, bu yakınmaların vakaların fonksiyonelliğini etkileme derecesini değerlendirmek amacıyla Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) kullanılmıştır. GAS skoru 60 ve üzeri olarak saptanan vakalar araştırmaya alınmıştır.

TYB-Obezite Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 12 yaşını tamamlamış-18 yaşını tamamlamak
2. DSM- 5 kriterlerine göre TYB tanısı almak
3. Gönüllü olarak araştırmaya katılmak
4. Psikotik bozukluklar, bipolar spectrum bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluğu, DEHB ve yıkıcı davranım bozukluğu gibi eştanıların saptanması

5. Eşik altı psikiyatrik yakınmaların varlığında, GAS skoru 60 ve üzerinde olması
6. Nörolojik bozukluk ve biliçlilik halinin bozulduğu travma geçmişinin olmaması
7. Ebeveynlerin ve çocuk/gençlerin onam formunu okuyarak imzalaması
8. Klinik değerlendirmeye göre normal zekâ düzeyine sahip olmak (Birinci sınıfta okuma yazma öğrenmiş olmak, klinik olarak işlevselliğini bozacak uyum becerilerinde bozukluk olmaması, okul işlevselliğinde bozukluk tanımlanmaması)

TYB-Obezite Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Herhangi bir sağlık problemi şüphesi ile (rutin kontrol, iştahsızlık, yorgunluk, kansızlık, büyüme geriliği, karın ağrısı gibi) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve kronik hastalık ve endokrin patoloji saptanması, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuna benzememesi,
2. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük yaş örnekleminde olmak,
3. Obezite nedeni olabilecek herhangi bir kronik hastalık (kardiyovasküler, gastrointestinal, solunumsal v.s), ilaç kullanım öyküsü (steroid, antipsikotik, v.s), Cushing sendromu ve hipotiroidizm gibi endokrin patoloji saptanması, sendromik (Prader Willi, Laurence– Moon Biedle sendromu v.s) obezite düşünülmesi, aktif infeksiyon odağı olması,
4. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması,
5. Erken başlangıçlı hiperfaji ve obezite varlığı (ilk 6 ay), ciltte solukluk ve saçta pigmentasyon (kızıl saç) değişikliği, intestinal disfonksiyon bulgusu, reaktif hipoglisemi, adrenal yetersizlik, sık infeksiyon öyküsü gibi monogenik obezite risk faktörleri olması,
6. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmamak,
7. Ergenlerin ve ebeveynlerinin / yasal vasilerinin çalışmada uygulanacak ölçekleri doldurmasını, psikometrik testlerin uygulanmasını veya görüşmelere katılımını önleyecek kadar şiddetli ruhsal (otizm spektrum bozukluğu, psikotik bozukluk, mental retardasyon vb.) veya bedensel sorunlarının olması,
8. Psikiyatrik eştanı varlığı,
9. Nörolojik bozukluk ve bilinçlilik halinin bozulduğu travma geçmişinin olması
10. Görme ve işitme probleminin varlığı

3.3.2. Obezite Grubunun Oluşturulması

Obezite örnekleme, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'nde izlenmekte olan 12 yaşını tamamlamış-18 yaşını tamamlamamış 32 vakadan oluşturulmuştur.

Obezite örnekleminin tanı görüşmeleri; çocuk endokrinoloji asistanı ve öğretim üyesi tarafından yapılmış, obezite tanısı almış gönüllü ve işleme kriterlerine uygun vakalar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada obezite düzeyini belirlemek için BKİ persantil verileri kullanılmıştır. Beden kitle indeks persentili 2000 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre 95. persantil ve üzerinde olan vakalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Psikiyatrik eştanılar K- SADS yarı yapılandırılmış görüşmesiyle incelenmiştir. İncelemeden elde edilen veriler doğrultusunda; psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, DEHB, yıkıcı davranım bozukluğu gibi psikiyatrik eştanıları olan vakalar araştırmaya alınmamıştır.

Vakaların eştanılarında “eşik altı” düzeyde psikiyatrik yakınmaları saptandığında, bu yakınmaların vakaların fonksiyonelliğini etkileme derecesini değerlendirmek amacıyla Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) kullanılmıştır. GAS skoru 60 ve üzeri olarak saptanan vakalar araştırmaya alınmıştır.

Eksojen Obezite Grubu İçin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. 12 yaşını tamamlamış-18 yaşını tamamlamak
2. Beden kitle indeks persantili 2000 CDC (Centers for Disease Control and Prevention) verilerine göre 95. persantil ve üstünde olan eksojen obezite tanılı olgular
3. Gönüllü olarak araştırmaya katılmak
4. Psikotik bozukluklar, bipolar spectrum bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluğu, DEHB ve yıkıcı davranım bozukluğu gibi eştanıların saptanması
5. Eşik altı psikiyatrik yakınmaların varlığında, GAS skoru 60 ve üzerinde olması
6. Nörolojik bozukluk ve biliçlilik halinin bozulduğu travma geçmişinin olmaması
7. Ebeveynlerin ve çocuk/gençlerin onam formunu okuyarak imzalaması
8. Klinik değerlendirmeye göre normal zekâ düzeyine sahip olmak (Birinci sınıfta okuma yazma öğrenmiş olmak, klinik olarak işlevselliğini bozacak uyum becerilerinde bozukluk olmaması, okul işlevselliğinde bozukluk tanımlanmaması)

Eksojen Obezite Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Herhangi bir sağlık problemi şüphesi ile (rutin kontrol, iştahsızlık, yorgunluk, kansızlık, büyüme geriliği, karın ağrısı gibi) DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve kronik hastalık ve endokrin patoloji saptanması, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuna benzememesi,
2. 12 yaşını tamamlamak, 18 yaşını tamamlamamak
3. DSM- 5 tanı kriterlerine göre TYB tanısı almak,
4. Obezite nedeni olabilecek herhangi bir kronik hastalık (kardiyovasküler, gastrointestinal, solunumsal v.s), ilaç kullanım öyküsü (steroid, antipsikotik, v.s), Cushing sendromu ve hipotiroidizm gibi endokrin patoloji saptanması, sendromik (Prader Willi, Laurence– Moon Biedle sendromu v.s) obezite düşünülmesi, aktif infeksiyon odağı olması,
5. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması, Erken başlangıçlı hiperfaji ve obezite varlığı (ilk 6 ay), ciltte solukluk ve saçta pigmentasyon (kızıl saç) değişikliği, intestinal disfonksiyon bulgusu, reaktif hipoglisemi, adrenal yetersizlik, sık infeksiyon öyküsü gibi monogenik obezite risk faktörleri olması,
6. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmamak,
7. Ergenlerin ve ebeveynlerinin / yasal vasilerinin çalışmada uygulanacak ölçekleri doldurmasını, psikometrik testlerin uygulanmasını veya görüşmelere katılımını önleyecek kadar şiddetli ruhsal (otizm spektrum bozukluğu, psikotik bozukluk, mental retardasyon vb.) veya bedensel sorunlarının olması,
8. Psikiyatrik eştanı varlığı,
9. Nörolojik bozukluk ve bilinçlilik halinin bozulduğu travma geçmişinin olması
10. Görme ve işitme probleminin varlığı

3.3.3. Sağlıklı Kontrol Grubunun Oluşturulması

Sağlıklı kontrol örneklemini, daha önce veya şimdi psikiyatrik veya nörolojik hastalık tanısı almayan 12 yaşını tamamlamış-18 yaşını tamamlamamış sağlıklı gönüllü çocuk ve gençlerden, yaş, cinsiyet ve eğitim kriterleri eşleştirilerek seçilen 64 vaka ile oluşturulmuştur.

Sağlıklı Kontrol Örneklemini İçin İşleme Kriterleri:

1. 12 yaşını tamamlamış, 18 yaşını tamamlamamış olmak,
2. Gönüllü olarak araştırmaya katılmak,
3. Psikiyatrik eştanıya sahip olmamak,
4. Akut veya kronik sistemik bir hastalığın olmaması
5. Eşlik eden Nörolojik bozukluk ve bilinçlilik halinin bozulduğu travma geçmişinin olmaması
6. Klinik değerlendirmeye göre normal zekâ düzeyine sahip olmak (Birinci sınıfta okuma yazma öğrenmiş olmak, klinik olarak işlevselliğini bozacak uyum becerilerinde bozukluk olmaması, okul işlevselliğinde bozukluk tanımlanmaması)
7. Ebeveynlerin ve çocuk/gençlerin onam formunu okuyarak imzalaması

Sağlıklı Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. Herhangi bir sağlık problemi şüphesi ile (rutin kontrol, iştahsızlık, yorgunluk, kansızlık, büyüme geriliği, karın ağrısı gibi) DEÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği ile Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı Polikliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve kronik hastalık ve endokrin patoloji saptanması, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubuna benzememesi,
2. 12 yaşından küçük, 18 yaşından büyük yaş örnekleminde olmak,
3. Herhangi bir kronik hastalık (kardiyovasküler, gastrointestinal, solunumsal v.s), ilaç kullanım öyküsü (steroid, antipsikotik, v.s), Cushing sendromu ve hipotiroidizm gibi endokrin patoloji saptanması, sendromik (Prader Willi, Laurence–Moon Biedle sendromu v.s) obezite düşünülmesi, aktif infeksiyon odağı olması,
4. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması,
5. Erken başlangıçlı hiperfaji ve obezite varlığı (ilk 6 ay), ciltte solukluk ve saçta pigmentasyon (kızıl saç) değişikliği, intestinal disfonksiyon bulgusu, reaktif hipoglisemi, adrenal yetersizlik, sık infeksiyon öyküsü gibi monogenik obezite risk faktörleri olması,
6. Klinik olarak normal zekâ düzeyinde olmamak,
7. Ergenlerin ve ebeveynlerinin / yasal vasilerinin çalışmada uygulanacak ölçekleri doldurmasını, psikometrik testlerin uygulanmasını veya görüşmelere katılımını önleyecek kadar şiddetli ruhsal (otizm spektrum bozukluğu, psikotik bozukluk, mental retardasyon vb.) veya bedensel sorunlarının olması,

8. Psikiyatrik eştani varlığı,
9. Nörolojik bozukluk ve bilinçlilik halinin bozulduğu travma geçmişinin olması
10. Görme ve işitme probleminin varlığı

3.4. ARAşTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- TYB tanılı grup ile TYB tanısı olmayan obezite örneklemelerinin sosyal bilişsel yetenekleri, sağlıklı vakaların sosyal bilişsel becerilerinden düşüktür.
- Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan obezite grubunun sosyal bilişsel becerileri, duygu düzenleme güçlükleri ve belirti kümeleri, olmayan obezite grubunun sosyal bilişsel becerilerinden daha düşük, duygu düzenleme güçlükleri ve belirti kümelerinden daha yüksektir.
- Anksiyete ve depresif yakınmaların şiddeti ile sosyal biliş yetenekleri arasında ters yönde bir korelasyon bulunmaktadır.
- Tıkınırcasına yeme bozukluğu örnekleminde, sosyal bilişsel yetenekler ile BKİ arasında ters yönde bir korelasyon bulunmaktadır.
- Obezite örnekleminde, sosyal bilişsel yetenekler ile BKİ arasında ters yönde bir korelasyon bulunmaktadır.

3.5. GEREÇLER

1. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve şizofreni Görüşme Çizelgesi - şimdi ve Yaşam Boyu şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) [K- SADS]

Kauffman ve ark. (1997), 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenler için şimdi ve hayat boyu psikopatolojiyi taramak için geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (158). K-SADS-PL, DSM-IV (1994) tanı ölçütleri kullanılarak oluşturulmuştur. K-SADS-PL'nin Türkçe diline çeviri ve geçerlik-güvenilirlik çalışmasını Gökler ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır (159).

2. 4-18 Yaş Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (CBCL)

CBCL, Achenbach ve Edelbroch'un 1983 yılında oluşturduğu, 4-18 yaş örnekleminde bulunan çocuk ve ergenlerin, yeterlilik alanları ile sorun davranışlarını, ebeveynlerinin verdiği bilgiler sonucunda 8 yeterlilik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşan bir ölçektir. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm "etkinlik", "sosyallik", "okul" alt ölçeklerini içeren 20 maddeden oluşmaktadır. Bütün alt test puanlarının toplandıktan sonra toplam problem alt skoru elde edilmekte, bu skor ne kadar yüksekse o düzeyde sorun alanını göstermektedir (160). 1991 yılında yayımlanan formu Erol ve ark. Tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (161).

3. Yeme Bozukluklarını Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ):

Bu ölçek Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Görüşmesinin (Fairburn, 2008) kendini bildirim envanteridir. 33 sorudan oluşan ölçeğin Kısıtlama (K), Tıkınırcasına Yeme (TY), Beden Şekliyle ilgili Endişeler (BE), Yemeyle ilgili Endişeler (YE) ve Kiloyla ilgili Endişeler (KE) olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Alt ölçek ve toplam skor 0 ile 6 arasında değişmekte olup yükselen skorlar yeme bozukluğu patolojisinin büyüklüğüne işaret etmektedir (162). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında iç tutarlık katsayısı .93, test tekrar test güvenilirliği ise .91 olarak belirtilmiştir (163).

4. Yeme Tutumları Testi (YTT) (EAT-40)

Yeme Tutumları Testi (YTT), Garner ve Garfinkel tarafından 1979 yılında AN hastalarının yeme tutum ve davranışlarını ve yeme davranışlarındaki bozuklukları ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek 40 maddeden oluşmakta ve maddeler cevapları her zaman ile hiçbir zaman arasında değişen 6'lı likert tipi bir ölçek üzerinde işaretlenmektedir (164). YTT'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları Savaşır ve Erol tarafından yapılmış; ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise .70 ve ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r = .65$ olarak bulunmuş ve 12-35 yaş arası uygulanabilecek testte yaş grupları arasında farklılık bulunmuştur (165).

5. Duygu Düzenleme Güçlükler Ölçeği (DDÖ) (DERS)

Duygu Düzenleme Güçlükler Ölçeği, Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiştir (166). Altı alt ölçekten oluşan 5'li likert tipi ölçek altı boyutta duygudurum düzenlemeyi değerlendirir. Sarıtaş ve Gençöz (2011) tarafından ölçeğin ergenlerde psikometrik değerlendirmeleri yapılmıştır. Psikometrik değerlendirme sonucunda toplam güçlük iç tutarlık katsayısı .93 ve test tekrar-test güvenilirliği ise .83 ($p < .01$, $n = 59$) şeklinde saptanmıştır (167).

6. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Children Depression Inventory-CDI)

Çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ) ise 1992 yılında Kovacs ve ark. geliştirmiştir (168). Uygulaması yaklaşık olarak 30 dakika sürmektedir. 6-17 yaş aralığında uygulanmak üzere hazırlanan ölçeğin Türkçeye uyarlaması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Kesme noktası 19 ve en yüksek skor 54'tür. Ölçeği uygulayabilmek için özel bir eğitim gerekmemekle birlikte kendini değerlendirme ölçeğidir (169).

7. Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri [STAI I ve STAI- 2]

STAI, Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında bireylerin durumluluk ve sürekli

kaygı düzeylerini tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir (170). Bu envanter, her biri 20 madde içeren Durumluluk Kaygı ve Sürekli Kaygı iki farklı ölçekten oluşmaktadır. Büyük skor yüksek kaygı seviyesini, küçük skor düşük kaygı seviyesini ifade eder. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik güvenirliği yapılmış olup, Sürekli Kaygı Ölçeği için alpha güvenirlik katsayısının 0,83-0,87 arasında ve Durumluluk Kaygı Ölçeği için alpha güvenirlik katsayısının 0,94-0,96 arasında olduğu belirtilmiştir (171).

8. Genel Değerlendirme Ölçeği (Global Assessment Scale /GAS)

DSM-IV'ün eksenli tanı sistemini temel alarak, tedavi araştırmalarında sıklıkla kullanılmakla birlikte tedavi etkinliğine sensitif bir ölçektir. ÇGDÖ, erişkin örnekleminde kullanılan ve psikiyatrik rahatsızlığın şiddetini ölçmeyi hedefleyen İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi ve Sağlık-Hastalık Ölçeklerinin çocuk ve ergen örnekleminde uygun şekilde düzenlenmiş halidir (172).

9. Genel Klinik İzlem Ölçeği-Şiddet (CGI-S)

1976 yılında Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilmiştir. Klinik Global İzlem Ölçeği, rahatsızlık şiddeti, düzelme ve advers etki şiddetini içeren toplam 3 sorudan oluşur. Araştırmamızda sadece rahatsızlık şiddeti (severity index-SI) kısmı kullanılmıştır (173). CGI-S, yedi değerliğe sahip likert tarzı bir ölçektir.

10. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmacıların oluşturduğu; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ailesel özellikleri, sosyoekonomik düzey, ikamet, medeni durum, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini edinmeyi hedefleyen bilgi formudur.

11. Zihin Kuramı Testleri

- a) **Yüzler Testi (Faces Test):** Yüzler testi, Ekman tarafından 1972'de yüzlerden emasyon tanıma yönelik olarak geliştirilmiştir. Çalışmamızda Baron-Cohen (1997) tarafından geliştirilen kısa formu kullanılmış olup, katılımcılara, emosyonel ifadeleri yansıtan 20 tane fotoğrafı incelemeleri istenir (174).



(a)



(b)



(c)



(d)

b) **Gözlerden Zihni Okuma Testi (Gözler Testi):** Gözler testi, ilk olarak Baron-Cohen ve ark. tarafından 1997’de geliştirilmesi, 2001’de yeniden gözden geçirilmesi yapılmış olup, katılımcı göz ifadelerine bakarak basit duygularında ötesine giden zihinsel durumunu anlayabilme becerisini incelemeyi hedeflemektedir(175). Toplamda 28 tane, yalnız göz bölgesinin olduğu fotoğrafları kapsamaktadır. Dört cevap bulunmaktadır. Şans oranı ise $p=.25$ ’ tir ve katılımcı yalnız 13 ve üzerinde skor aldığıında anlamlı düzeyde şansın üstünde performans göstermektedir (Binominal test). Girli ve arkadaşları tarafından testin çocuklar için olan versiyonu Türkçe’ye çevrilmiştir (176).



- Arkadaşça
- Üzgün
- Şaşırmış
- Endişeli

- c) **Beklenmedik Sonuçlar Testi (The Unexpected Outcomes Test):** Dyck ve ark. Geliştirdiği bu test, durumlar sırasında ortaya çıkmış emosyonlar ve emosyon ortaya çıkartmış olaylar arasındaki belirgin uyumsuzluğu açıklamayabilmek için emosyonların nedenleriyle ilişkisini kurabilme ve mantıklı düşünme becerilerinin uygulanması yeteneğini ölçmeyi amaçlamaktadır (177). Beklenmedik Sonuçlar Testi'nin içsel tutarlılığa sahip olduğu, öteki emosyonu tanıyabilme ve anlayabilme testleri ve genel bilişsel yetenekle kesim noktası olduğu ve Türkçe formu için yapılan pilot araştırmada ergenlerde iyi düzeyde interrater güvenirliliği ($r=0,91$) ve aynı zamanda geçerliliği saptanmıştır (178).

Soru: Şimdi size bir hikaye anlatacağım. Bu hikâyede, Ahmet isimli küçük bir çocuk yılbaşı için bir bisiklet alır. Ahmet'in ne hissedeceğini düşünürsünüz? Mutlu mu? Ancak Ahmet kendini mutlu hissetmedi. Ağlamaya başladı. Ahmet neden ağlamış olabilir?

- d) **Faux Pas (Gaf Testi):** Baron-Cohen ve ark. (1999), diğer sosyal biliş testlerine ek olarak yüksek zihinsel atıfları değerlendirebilmek için Gaf Testi görevlerini kullanmıştır (179). Gaf Testi görevi, 2. aşama zihin kuramı bozukluklarının iyi bir ölçüm aracı olarak kabul edilmekte; bu testlerde ki becerisinin bireyin zihin kuramı bozukluğunun şiddet derecesinin iyi bir göstergesi olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde yapılan bir tezde iyi düzeyde interrater güvenirliliği gösterilmiştir (178).

Hikaye: Kübra, annesinin ziyarete gelen amcası için elmalı turtta yapmasına yardım etti. Elmalı turtayı mutfakta yaptılar. “Bunu sadece senin için yaptım” dedi Kübra. “Mmm” diye yanıtladı Tarık amca, “Çok hoş görünüyor, turtayı çok severim, elmalısı dışındabii”.

- Hikayede birisi söylememesi gereken bir şey söyledi mi?
- Söylememeleri gereken neyi söylediler?
- Kübra neli turtta yapmıştı?
- Tarık amca turtanın elmalı olduğunu biliyormuydu?

- e) **Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi (AİKT) (Comprehension Test):** AİKT, belli durumlar karşısında ortaya çıkan duygusal yanıtı incelemeye yardımcı olan 11 soru içermekte ve katılımcılardan bu soruları cevaplanması istenmektedir. Tüm yaş örnekleminde yapılan pilot araştırmada, testin iç tutarlılık katsayısı kabul edilebilir bulunmuştur (.85)(178).

Soru: Ayşe ve annesi eve geldiklerinde, birisinin evdeki her şeyi çaldığını görürler.

- Ayşe ne hissediyor?

12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu formda gönüllülere çalışma ve çalışmada uygulanacak yöntemler hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Gönüllüler, araştırmayla ilgili bilgileri öğrendikten sonra araştırmaya katılmayı kabul ettiklerinde doldurulan ve araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalarının alındığı kısımlardan oluşmaktaydı.

3.6. ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI

Çalışma DEÜTF Etik Kurulu'ndan 16.02.2017 tarih ve 2017- 03/33 karar no ile alınan onay ile planlanmıştır. Görüşmeler Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Olgu örnekleminin tanısal değerlendirilmeleri tamamlandıktan sonra, araştırmanın işleme kriterlerini sağlayan vakalar ve ebeveynleri çalışmamız hakkında ayrıntılı bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmak için gönüllü olan vakaların ebeveynlerinden ve çocuk/ergenlerden, araştırma hakkında ayrıntılı bilgilerin olduğu yazılı onam formlarını okumaları istenmiş ve okuduktan sonra imzaları alınmıştır.

Çalışma kapsamında çocuk ve ergenlerin ebeveynler tarafından bildirilen ve değerlendirme sırasında saptanan semptomları DSM-5 kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Hastadan ve ailesinden gerekli bilgiler alınmıştır. Alınan bilgiler, araştırmacıların oluşturduğu sosyodemografik veri formuna her olgu için ayrı olarak kaydedilmiştir. Çalışmaya alınan tüm çocuk ergen ve ailelerine yarı yapılandırılmış bir görüşme olan K-SADS (ÇDŞG- ŞY) uygulanmıştır. Vakaların eştanılarında “eşik altı” düzeyde psikiyatrik yakınmaları saptandığında, bu yakınmaların vakaların fonksiyonelliğini etkileme derecesini değerlendirmek amacıyla Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) kullanılmıştır. GAS skoru 60 ve üzeri olarak saptanan vakalar araştırmaya alınmıştır. Her olgunun beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanarak veri formuna kaydedilmiştir. Bütün vakalarda; davranışsal değerlendirme amacıyla CBCL ölçeği kullanılmıştır. Vakaların depresif belirti düzeyi için Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği, anksiyete düzeylerine yönelik STAI-Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçekleri ve duygu düzenleme güçlükleri için DDÖ kullanılmıştır. Sosyal biliş özelliklerinin incelenmesine yönelik, Yüzler Testi, Gözler Testi, Beklenmeyen Sonuçlar Testi, Gaf Testi ve Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi kullanılırken, yeme ile ilgili semptomlar Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ile, yeme semptomların klinik şiddeti Yeme Tutum Testi kullanılarak belirlenmiştir. Sağlıklı örneklem ise hasta örnekleminin yaş ve cinsiyet dağılımları değerlendirilerek seçilmiştir. Vakalara ve ebeveynlerine araştırmamız ayrıntılı olarak anlatıldıktan sonra gönüllüklerin araştırmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda yazılı onam formu alınmıştır. Vaka örneklemine uygulanan değerlendirmelerin tamamı sağlıklı örnekleme de uygulanmıştır.

3.8. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

İstatistiksel değerlendirme SPSS 22.0 (The Statistical Package for Social Sciences) isimli yazılım ile tamamlanmıştır. İstatistiksel analiz değerlendirmelerden önce verinin, parametrik test varsayımlarının normal dağılıma uyup uymadığı ve varyans homojenliği varsayımları karşılayıp karşılamadığı kontrol edilmiştir. Normal dağılıma uymayan değişkenler durumlar için ek istatistiksel analizlerle değerlendirilmiştir.

Verilerin istatistiksel analizinde, tanımlayıcı istatistiksel teknikler kullanılırken niceliksel verilerin analiz edilirken varyans analizi tekniği kullanılmıştır. Örneklem grupları arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonun yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson Korelasyon Testi kullanılmış, sonuçlar “r” (korelasyon katsayısı) ve “p” değeri (anlamlılık düzeyi) ile tablolarda tanımlanmıştır.

İstatistiksel olarak yapılan değerlendirmeler ile $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamıza, 32 tıkinırcasına yeme bozukluğu ve obezite, 32 sadece obezite ve 64 sağlıklı örneklem olarak toplamda 128 olgu alınmıştır. Tablo 1’de vakaların yüzdelik dilimlerle birlikte dağılımı gösterilmiştir.

Tanı Grubu	Olgu Sayısı (n)	%
Tıkinırcasına Yeme Bozukluğu	32	25.0
Obezite	32	25.0
Kontrol	64	50.0
Toplam	128	100

Tablo 1. Tanı Örneklemine Göre Dağılım

4.2. Cinsiyet

Örneklemimizdeki olgular, TYB örnekleminde %23.3 (n=14) erkek, %26.5 (n=18) kız, obezite örnekleminde %25.0 (n=15) erkek, %25.0 (n=17) kız ve kontrol örnekleminde ise %51.7 (n=31) erkek, %48.5 (n=33) kız cinsiyet şeklinde dağılım göstermektedir. Örneklem grubu cinsiyete göre dağılımı değerlendirildiğinde anlamlı farklılık düzeyine ulaşamamıştır (p=0.91) (*Ki Kare 0,188*).

Tablo 2’de vakaların cinsiyet özellikleri verilmiştir.

Cinsiyet	TYB		Obezite		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kız	18	26.5	17	25.0	33	48.5	68	53.1
Erkek	14	23.3	15	25.0	31	51.7	60	46.9
Toplam	32	25.0	32	25.0	64	50.0	128	100

4.3. YAŞ

Araştırmamıza, 12 yaşını tamamlamış-18 yaşını tamamlamamış, ortalama yaşları 15,17 (SD:1,43) olan, toplam 128 vaka dahil edilmiştir. Vakaların ortalama yaşı, TYB örnekleminde 15,00 (SD: 1,43), obezite örnekleminde 14,81 (SD: 1,65), kontrol örnekleminde ise 15,43 (SD:1,27) olarak saptanmış, yapılan Kolmogorov- Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, Kruskal- Wallis testinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşan bir fark bulunamamıştır (p=0.155).

Tablo 3’te vakaların yaşlara göre dağılım özellikleri verilmiştir.

Tablo 3. Yaşlara Göre Dağılım

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	P*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
Yaş	15,00	1,43	14,81	1,65	15,43	1,27	3,733	0,155

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık p < 0.05

4.4. Anne Eğitim Düzeyi

Araştırmamızdaki vakaların annelerinin eğitim düzeyi, TYB örnekleminde % 0,8 (n=1) okur-yazar değil, %10,2 (n=13) ilköğretim, %8,6 (n=11) ortaöğretim, %5,5 (n=7) yükseköğretim, obezite örnekleminde %8,6 (n=11) ilköğretim, %10,9 (n=14) ortaöğretim, %5,5 (n=7) yükseköğretim, kontrol örnekleminde ise %3,1 (n=4) okur-yazar değil, %20,3 (n=26) ilköğretim, %22,7 (n=29) ortaöğretim, %3,9 (n=5) yükseköğretim olarak dağılım göstermektedir. Örneklem grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşan bir fark bulunamamıştır (p=0.291).

Tablo 4’te vakaların annelerinin eğitim düzeyine göre karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 4. Anne Eğitim Düzeyine Göre Dağılım

Anne Eğitim	TYB		Obezite		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	1	0,8	0	0	4	3,1	5	3,9
İlköğretim	13	10,2	11	8,6	26	20,3	50	39,1
Ortaöğretim	11	8,6	14	10,9	29	22,7	54	42,2
Yüksekokul/Üniversite	7	5,5	7	5,5	5	3,9	19	14,8

(Ki Kare 7.33, p=0.291)

4.5. Baba Eğitim Düzeyi

Araştırmamızdaki vakaların baba eğitim düzeyi, TYB örnekleminde %10,2 (n=13) ilköğretim, %9,4 (n=12) ortaöğretim, %5,5 (n=7) yükseköğretim, obezite örnekleminde %7,0 (n=9) ilköğretim, %14,1 (n=18) ortaöğretim, %3,9 (n=5) yükseköğretim, kontrol örnekleminde ise %1,6 (n=2) okur-yazar değil, %10,9 (n=14) ilköğretim, %25,8 (n=33) ortaöğretim, %11,7 (n=15) yükseköğretim olarak dağılım göstermektedir. Örneklem grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşan bir fark bulunamamıştır (p=0.361).

Tablo 5’te vakaların babalarının eğitim düzeyine göre karşılaştırmaları verilmiştir.

Tablo 5. Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılım

	TYB		Obezite		Kontrol		Toplam	
Baba Eğitim	n	%	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	0	0	0	0	2	1,6	2	1,6
İlköğretim	13	10,2	9	7,0	14	10,9	36	28,1
Ortaöğretim	12	9,4	18	14,1	33	25,8	63	49,2
Yüksekokul/Üniversite	7	5,5	5	3,9	15	11,7	27	21,1

(Ki Kare 6.58, p=0.361)

4.6. Beden Kitle İndeksi

Çalışmamıza, BKİ değerleri 16.9-45,40 kg/m² aralığında, BKİ ortalamaları 26,83 (SD:7,49) olan, toplam 128 olgu alınmıştır. Vakaların BKİ ortalaması, TYB örnekleminde 34.58 (SD: 3,04), obezite örnekleminde 32,72 (SD: 3,37), kontrol örnekleminde ise 20,00 (SD:2,74) olarak saptanmış, yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p*<0.001). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir. Tamhane düzeltmesi uygulandığında TYB örneklemini ile obezite örneklemini arasında ise anlamlı düzeye ulaşan bir fark bulunamamıştır (p**=0.071).

Tablo 6. Beden Kitle İndeksine Göre Dağılım

	TYB		Obezite		Kontrol		Toplam	χ^2	p
	Ort	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort. SD	97,869	,000
BKİ	34,58	3,04	32,72	3,37	20,00	2,74	26,83 7,49		

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.7. ÖLÇEK SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.7.1. Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet

Çalışmamızın örnekleminde hastalıkların şiddetlerini belirlemek için CGI-S uygulanmıştır. CGI-S skorlarına göre; TYB örnekleminin %50.0'si "hafif düzeyde hasta", %34.3'ü "orta düzeyde hasta", %12.5'u "belirgin düzeyde hasta", %3.1'i "ağır hasta" olarak; obezite örnekleminin %68.7'si, "hafif düzeyde hasta", %18.7'si "orta düzeyde hasta", %9.3'ü "belirgin düzeyde hasta", %3.1'i "ağır hasta" olarak değerlendirilmiştir.

Yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis testinde kontrol örneklemini dışarıda bırakıldıktan sonra yapılan değerlendirmede, TYB örneklemini ile obezite örneklemini arasında ise anlamlı düzeye ulaşan bir fark bulunamamıştır ($p=0.176$).

Tablo 7'de vakaların CGI-S skorlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 7. Vakaların CGI-S Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

	TYB		Obezite		Kontrol		Toplam	
CGI-S	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	0	0.0	0	0.0	64	50.0	64	50.0
Hastalık sınırında	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hafif düzeyde hasta	16	12.5	22	17.2	0	0.0	38	29.7
Orta düzeyde hasta	11	8.6	6	4.7	0	0.0	17	13.3
Belirgin düzeyde hasta	4	3.1	3	2.3	0	0.0	7	5.5
Ağır hasta	1	0.8	1	0.8	0	0.0	2	1.6
Çok ağır hasta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ (χ^2 . = 1.832, $p=0.176$)

*(İstatistiksel anlamlılık analizi kontrol örneklemini dahil edilmeden yapılmıştır)***

4.7.2.Global Değerlendirme Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Vakaların eştanılarında “eşik altı” düzeyde psikiyatrik yakınmaları saptandığında, bu yakınmaların vakaların fonksiyonelliğini etkileme derecesini değerlendirmek amacıyla Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) kullanılmıştır. GAS skoru 60 ve üzeri olarak saptanan vakalar araştırmaya alınmıştır. İstatistiksel anlamlılık açısından kontrol örneklemini dışarıda bırakıldıktan sonra yapılan değerlendirmede, TYB örneklemini ile obezite örneklemini arasında ise anlamlı düzeye ulaşan bir fark bulunamamıştır ($p=0.116$).

Tablo 8’de vakaların GAS skorlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 8. Vakaların GAS Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

GAS (Skor)	TYB		Obezite		Kontrol		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
91-100	4	3.1	10	7.8	64	50.0	78	60.9
81-90	18	14.1	13	10.2	0	00.0	31	24.2
71-80	10	7.8	7	5.5	0	00.0	17	13.3
61-70	0	00.0	2	1.6	0	00.0	2	1.6

(Ki Kare 5.907, p=0.116)

(İstatistiksel anlamlılık analizi kontrol örneklemini dahil edilmeden yapılmıştır)**

4.7.3.4-18 Yaş Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL)

Çalışmamızda ki vakalar CBCL ölçeğinden aldıkları skorlara göre karşılaştırılmıştır.

Yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak her alanda anlamlı bir farklılık bulunmuştur (**p* < 0.001**). Tabloda elde edilen p değerleri eklenmiştir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

Etkinlik ve okul alt skorlarında üç örneklemin kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p* < 0.001**). Etkinlik skorları açısından örneklem arasında en düşük skoru Obezite vakaları almış, örneklemin skor sıralaması Obezite < Kontrol < TYB olarak saptanmış ve TYB örneklemini ile kontrol örneklemini ise kendi aralarında anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunamamıştır (p**=0.971). Okul skorları değerlendirildiğinde örneklem arasında en düşük skoru Obezite vakaları almış, örneklemlerin skor sıralaması Obezite < TYB < Kontrol olarak saptanmış ve TYB örneklemini ile kontrol örneklemini kendi aralarında anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunamamıştır (p**=0.251).

Sosyallik ölçek skorunda üç örnekleme kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*=0.012**). Sosyallik skorları açısından örneklem arasında en düşük skoru TYB vakaları almış, örneklemin skor sıralaması TYB < Obezite < Kontrol olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (p**=0.998).

Sosyal içe çekilme ve somatizasyon ölçek skorlarında üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Örneklem arasında en yüksek skoru TYB vakaları almış, örneklemin skor sıralaması TYB > Obezite > Kontrol olarak saptanmıştır. Sosyal içe çekilme skorları açısından TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (p**=0.992). Somatizasyon skorları açısından ise TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (p**=0.605).

Anksiyete/depresyon ölçek skorunda üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*=0.018**). Anksiyete/depresyon skorları açısından örneklem arasında en düşük skoru kontrol vakaları almış, örneklemin skor sıralaması Kontrol < TYB < Obezite olarak saptanmış ve sadece kontrol grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmıştır (p**=0.049).

Düşünce sorunu ölçek skorunda üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*=0.001**). Düşünce sorunu skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru TYB vakaları almış, örneklemin skor sıralaması TYB > Obezite > Kontrol olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (p**=0.987).

Sosyal sorun ölçek skorunda üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Sosyal sorun skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru obezite vakaları almış, örneklemin skor sıralaması Obezite > TYB > Kontrol olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (p**=0.708).

Dikkat sorunu ölçek skorunda üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*=0.003**). Dikkat sorunu skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru TYB vakaları almış, örneklemin skor sıralaması TYB > obezite > Kontrol olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (p**=0.708).

Saldırganlık ölçek skorunda üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*=0.011**). Saldırganlık skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru TYB vakaları almış, örneklemin skor sıralaması TYB> obezite> Kontrol olarak saptanmış ve sadece kontrol grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmıştır (p**=0.044).

Suçla yönelim sorunu ölçek skorunda üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*=0.005**). Suçla yönelim sorunu skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru Obezite vakaları almış, örneklemin skor sıralaması Obezite> TYB> Kontrol olarak saptanmış ve sadece kontrol grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmıştır (**p**=0.007**).

Ölçeğin toplam skorlarına bakıldığında:

- Toplam yeterlilik skorunda üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Toplam yeterlilik skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru TYB vakaları almış, örneklemin skor sıralaması TYB > Kontrol > Obezite olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (**p**=0.587**).
- Toplam dışa yönelim skorunda ise, üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Toplam dışa yönelim skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru Obezite vakaları almış, örneklemin skor sıralaması Obezite> TYB> Kontrol olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (**p**=0.177**).
- Toplam içe yönelim skorunda ise, üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Toplam içe yönelim skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru Obezite vakaları almış, örneklemin skor sıralaması Obezite> TYB> Kontrol olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (**p**=0.995**).
- Toplam sorun skorlarında ise, üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Toplam sorun skorları açısından örneklem arasında en yüksek skoru Obezite vakaları almış, örneklemin skor sıralaması Obezite> TYB> Kontrol olarak saptanmış ve TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (**p**=0.315**).

Tablo 9’da vakaların CBCL ölçek skorları açısından karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 9. Vakaların CBCL Ölçek Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

CBCL	TYB		Obezite		χ^2	p*
	Ort.	SD	Ort.	SD		
Etkinlik	44,15	8,98	34,68	7,02	20,436	<0.001
Sosyallik	41,18	7,69	41,25	8,35	45,73	7,90
Okul	45,90	6,50	43,40	5,07	50,92	4,02
Sosyal İçe Çekilme	60,65	5,31	60,34	4,66	53,56	7,28
Somatizasyon	63,15	6,42	61,37	6,27	57,28	5,44
Anksiyete/ Depresyon	57,46	5,62	59,78	7,75	55,96	5,53
Sosyal Sorun	60,78	6,42	62,46	7,47	54,59	3,89
Düşünce sorunu	60,12	6,49	59,68	4,90	56,09	5,18
Dikkat Sorunu	57,43	5,65	55,43	3,68	54,23	4,64
Suç Yönelim	55,81	6,16	57,37	4,98	54,12	4,02
Saldırganlık	55,90	3,13	55,53	8,80	53,93	4,51
Toplam Yeterlilik	42,12	10,34	32,68	6,45	39,60	9,60
Toplam İçe Yönelim	60,78	5,73	61,09	5,86	54,93	5,61
Toplam Dışa Yönelim	55,37	4,73	57,59	4,62	51,28	5,64
Toplam Sorun	59,40	4,76	61,56	6,04	53,18	4,93

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$

Post Hoc Tamhane düzeltmesi, istatistiksel anlamlılık $p^{**} < 0.05$

4.7.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Örnekleminizdeki vakaların depresif özellikleri, CDI ile ölçek skorları incelendiğinde, TYB örnekleminde 13.28 (SD: 4.95), obezite örnekleminde 11.84 (SD: 4.37), kontrol örnekleminde ise 6.51 (SD:4.06) olarak saptanmış, yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir. TYB grubu ile obezite grubu kendi aralarında farklılaşmamıştır (p**=0.532). Vakaların skor sıralaması, TYB > Obezite > Kontrol şeklinde belirlenmiştir.

Tablo 10'da vakaların depresyon ölçek skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. Vakaların CDI Depresyon Ölçek Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
CDI	13.28	4.95	11.84	4.37	6.51	4.06	42.968	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık p <0.05, Post hoc Tamhane p**<0.05*

4.7.5.Durumluk / Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

Örnekleminizdeki olgular, Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği skorlarına göre değerlendirilmiş ve yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun Durumluluk Kaygı Ölçeği skorlarında normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında bütün skorlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur (**p*<0.001**). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

STAI-Durumluk ölçek skorlarında, Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**}=0.012$, $p=0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**}=0.935$). Örneklemin skor sıralaması, Obezite > TYB > Kontrol şeklinde olmuştur.

STAI-Sürekli ölçek skorlarında, Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**}=0.016$, $p=0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**}=0.730$). Örneklemin skor sıralaması, Obezite > TYB > Kontrol şeklinde olmuştur.

Tablo 13’de vakaların STAI ölçek skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 13. Vakaların Durumluk/Sürekli Ölçek Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p^*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
STAI-Durumluk	44.12	5.52	44.84	5.31	40.70	4.74	15.173	<0.001
STAI-Sürekli	48.46	5.44	49.81	6.05	45.21	4.52	15.191	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhan $p^{**} < 0.05$

4.7.6. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği (DDÖ)

Örneklemindeki olgular, DDÖ ölçek grup skorları ve toplam ölçek skoruna göre değerlendirilmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak sadece ‘farkındalık’ ölçek testinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tabloda elde edilen p değerleri eklenmiştir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

“Amaç”, “strateji”, “kabul etmeme”, “netlik” ve “dürtüsellik” ölçek örnekleminde, TYB, obezite ve kontrol vakalarının üçünün de kendi aralarında farklılaşmadığı ($p^*=0.274$, $p^*=0.088$, $p^*=0.771$, $p^*=0.833$, $p^*=0.102$) saptanmıştır.

“Farkındalık” ölçek örnekleminde ise, üç grup da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur ($p^*<0.001$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesi uygulandığında kontrol grubu ile obezite grubu arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p^{**}=0.963$).

Toplam Ölçek Skoru (toplam duygudurum düzenlemede güçlük skoru) açısından değerlendirdiğimizde, yine her üç grubun kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^*=0.122$). Örneklemin skor sıralaması TYB > Obezite > Kontrol şeklinde olmuştur.

Tablo 14’de vakaların DDÖ skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 14. Vakaların DDÖ Ölçek Ölçek ve Toplam Skorlarına Göre Değerlendirilmesi

	TYB		Obezite		Kontrol		F χ^2 ?	p*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
DDÖ (amaç)	15.21	5.04	14.65	4.10	13.62	3.73	1.718	0.184
DDÖ (strateji)	17.37	7.73	14.50	5.77	16.20	5.28	1.809	0.168
DDÖ (dürtüsellik)	14.12	4.92	14.93	5.30	12.76	4.34	2.450	0.090
DDÖ (farkındalık)	18.12	3.45	15.06	3.45	15.37	3.06	9.283	<0.001
DDÖ (netlik)	11.59	3.67	11.96	4.56	11.67	2.52	0.112	0.894
DDÖ (kabul etmeme)	11.40	4.67	9.93	2.42	10.81	3.61	1.305	0.275
DDÖ Toplam	88.35	21.02	81.53	17.40	80.20	12.85	2.681	0.072

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.7.7.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Örnekleminizdeki olgular, YBDÖ ölçek grup ölçek skorlarına göre değerlendirilmiş ve yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında bütün skorlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

Kısıtlama ölçek bölümünde, her üç grubun da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**} < 0.001$, $p^{**} < 0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**} = 0.663$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Kontrol < Obezite < TYB** olarak sıralamagöstermiştir.

Yeme endişeleri ölçek bölümünde, her üç grubun da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**} = 0.001$), TYB grubu ile kontrol ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**} = 0.110$, $p^{**} = 0.154$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Kontrol < Obezite < TYB** olarak sıralamagöstermiştir.

Beden endişeleri ölçek bölümünde, her üç grubun da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**} < 0.001$, $p^{**} < 0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**} = 0.254$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Kontrol < Obezite < TYB** olarak sıralama göstermiştir.

Kilo endişeleri ölçek bölümünde, her üç grubun da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**} < 0.001$, $p^{**} < 0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**} = 0.995$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Kontrol < TYB < Obezite** olarak sıralama göstermiştir.

YBDÖ toplam skor değerlendirmesinde, her üç grubun da kendi aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşacak farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**} < 0.001$, $p^{**} < 0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**} = 0.928$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Kontrol < Obezite < TYB** olarak sıralama göstermiştir.

Tablo 11’de vakaların depresyon ölçek skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 11. Vakaların YBDÖ Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	P*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
KISITLAMA	11.21	6.27	9.65	5.77	4.53	4.99	31.413	<0.001
YEME ENDİŞELERİ	5.62	4.70	8.21	5.80	3.62	3.46	15.541	<0.001
BEDEN ENDİŞELERİ	23.00	9.44	18.75	10.44	8.29	7.49	48.683	<0.001
KİLO ENDİŞELERİ	14.03	4.96	14.31	5.50	5.04	3.78	67.417	<0.001
YBDÖ TOPLAM	53.56	17.16	50.93	20.72	22.87	16.72	56.754	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.7.8. Yeme Tutum Testi

Örnekleminizdeki olgular, YTT skorlarına göre değerlendirildiğinde, yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında bütün skorlarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir. Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**} < 0.001$, $p^{**} < 0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**} = 0.890$). Örneklemin skor sıralaması, Obezite > TYB > Kontrol şeklinde olmuştur.

Tablo 12’de vakaların YTT skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 12. Vakaların YTT Skorlarına Göre Değerlendirilmesi**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p^*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
YTT	20.31	9.59	21.84	9.39	12.37	4.02	42.769	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.8. SOSYAL BİLİŞ TEST SKORLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

4.8.1 Yüzler Testi

Örnekleminizdeki olgular, yüzlerden emosyonu anlama becerisi ile temel duyguları tanıma alanını değerlendiren, Yüzler Testi’nde aldıkları skorlara göre karşılaştırılmıştır. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tabloda elde edilen p değerleri eklenmiştir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**}<0.001$, $p^{**}<0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**}=0.945$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Obezite < TYB < Kontrol** olarak sıralama göstermiştir.

Tablo 15’de vakaların Yüzler Testi skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo15. Örneklemin Yüzler Testi Skorlarına Göre Karşılaştırılması**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
Yüzler (toplam)	15.37	1.38	15.21	1.09	16.56	1.00	32.338	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.8.2. Gözler Testi

Örnekleminizdeki bulgular, daha zor ayırdedilen bireysel farklılıklara ulaşabilme olasılığını arttırmayı amaçlayan Gözler Testi’nden aldıkları skorlara göre karşılaştırılmıştır. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun Gözler testi skorlarında normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p^{**}<0.001$). Tabloda elde edilen p değerleri eklenmiştir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**}<0.001$, $p^{**}<0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p=0.998$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Obezite < TYB < Kontrol** olarak sıralama göstermiştir.

Tablo 16’da vakaların Gözler Testi skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 16. Örneklemin Gözler Testi Skorlarına Göre Karşılaştırılması**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
Gözler Testi	20.25	2.36	20.15	2.23	22.48	1.45	38.202	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.8.3. Beklenmedik Sonuçlar Testi

BST, karşıdaki kişinin emosyonel durumunu muhakeme edilebilmeyi (empati), genel durum tarafından ortaya çıkartılmış duygular ve duygu ortaya çıkartan durumlar arasındaki açık uyumsuzluğu açıklamak için duyguların nedenlerini bilebilmek yeteneğini değerlendirir. Örnekleminizdeki olgular, BST'den aldıkları skorlara göre karşılaştırılmıştır. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun Gözler testi skorlarında normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tabloda elde edilen p değerleri eklenmiştir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**} < 0.001$, $p^{**} < 0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**} = 0.999$). Örneklemin aldıkları skorlar, **Obezite < TYB < Kontrol** olarak sıralama göstermiştir.

Tablo 17'de vakaların BST skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 17. Örneklemin BST Skorlarına Göre Karşılaştırılması**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p*
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
BST	15.96	1.87	15.90	1.76	18.01	1.72	34.971	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.8.4. Gaf Testi (Faux Pas)

Örnekleminizdeki olgular, yüksek zihinsel atıfları değerlendirmek için kullanılan ve gelişimsel olarak en ileri zihin kuramı görevlerinden biri olarak kabul edilen “faux pas” görevi açısından değerlendirilmiştir.

Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun Gözler testi skorlarında normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p^*=0.001$).

Tabloda elde edilen p değerleri eklenmiştir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminde anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p^{**}=0.007$, $p^{**}=0.006$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p^{**}=0.932$). Örneklemin aldıkları skorlar, **TYB < Obezite < Kontrol** olarak sıralama göstermiştir.

Tablo 18’de vakaların Gaf Testi skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 18. Örneklemin Gaf Testi Skorlarına Göre Karşılaştırılması**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
Gaf Testi	6.59	1.31	6.75	0.98	7.43	0.97	15.082	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.8.5. Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi

Örnekleminizdeki olgular, belli durumlara verilen emosyonel tepkiyi değerlendirmeye yarayan AİKT açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testiyle örneklem grubunun Gözler testi skorlarında normal dağılıma uymadığı değerlendirilmiş olup, yapılan Kruskal-Wallis testinde istatistiksel anlamlılık açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p^* < 0.001$). Tabloda elde edilen p değerleri eklenmiştir. Bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc analizlerine gerek duyulmuş, Tamhane düzeltmesiyle sonuçları değerlendirilmiştir.

Tamhane yöntemi kullanılarak yapılan post-hoc düzeltmesi yapıldığında; kontrol grubunun, TYB ve obezite örnekleminden anlamlı olarak düşük skor aldığı ($p < 0.001$, $p < 0.001$), TYB ve obezite grubunun ise kendi aralarında farklılaşmadığı saptanmıştır ($p = 0.527$). Örneklemin aldıkları skorlar, **TYB < Obezite < Kontrol** olarak sıralama göstermiştir.

Tablo 19’da vakaların AİKT skorları karşılaştırılmıştır.

Tablo 19. Örneklemin AİKT Skorlarına Göre Karşılaştırılması**

	TYB		Obezite		Kontrol		χ^2	p
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
AİKT	14.34	2.69	15.00	1.29	18.17	1.32	64.590	<0.001

Kruskal-Wallis Test, istatistiksel anlamlılık $p^* < 0.05$, Post hoc Tamhane $p^{**} < 0.05$

4.9. Anksiyete ve Depresif Belirtilerin Düzeyleri ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Örneklemin vakaları, anksiyete/depresif yakınma şiddetleri ile sosyal bilişsel becerileri arasındaki korelasyon açısından karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalara göre; TYB örneklemindeki vakaların anksiyete/depresif yakınma şiddetleri ile Yüzler Testi, Gözler Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi ve AİKT skorları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı korelasyon bulunamamıştır. Gaf testinde ise korelasyonun sadece depresif yakınmalar ile ilişkili istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaştığı ve aralarında negatif bir korelasyon bulunduğu saptanmıştır. Bu veriler ışığında; anksiyete/depresif yakınma şiddetleri ile sosyal bilişsel işlevleri arasında herhangi bir ilişikiden bahsedilememektedir.

Tablo 20’de TYB tanılı vakaların anksiyete/depresif yakınma şiddetleri ile sosyal bilişsel becerileri arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 20. TYB tanılı vakaların Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyleri ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Testler	Korelasyon Katsayısı (r)		
	STAI-durumluk	STAI-sürekli	Depresyon (ÇDÖ)
Yüzler Testi(toplam)	-.218	-.053	-.241
Gözler Testi	.019	-.008	-.256
Beklenmedik Sonuçlar Testi	-.305	.075	-.030
Gaf Testi	-.253	-.314	-.399*
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	-.075	-.040	-.007

*Spearman Korelasyon Analizi **p< .01 *p< .05*

Obezite örneklemindeki vakaların ise anksiyete/depresif belirti düzeyleri ile Yüzler Testi, Gözler Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi, Gaf Testi ve AİKT skorları arasında korelasyonun istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadığı sadece depresif belirtilerle Beklenmedik Sonuçlar testinin skorlarının arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır. Buna göre; obezite tanılı anksiyete/depresif yakınma şiddetleri ile sosyal bilişsel işlevleri arasında anlamlı bir etkileşim bulunmamaktadır.

Tablo 21’de obezite tanılı vakaların anksiyete/depresif yakınma şiddetleri ile sosyal bilişsel becerileri ile arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 21. Obezite tanılı vakaların Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyleri ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Testler	STAI-durumluk	STAI-sürekli	Depresyon
Yüzler Testi(toplam)	-.237	-.152	-.008
Gözler Testi	-.310	-.061	-.047
Beklenmedik Sonuçlar Testi	.429	.185	-.355*
Gaf Testi	.094	-.086	-.176
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	.306	.220	.180

*Spearman Korelasyon Analizi **p< .01 *p< .05*

4.10. Beden Kitle İndeksi ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Örnekleme oluşturan TYB ve obezite vakaları, sosyal biliş beceri test skorları ile BKİ arasındaki korelasyon karşılaştırılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda; TYB örneklemindeki vakaların BKİ ile Beklenmedik Sonuçlar Testi skorları arasında istatistiksel düzeyde ters yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Öteki testlerin korelasyonun istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşamadığı görülmüştür. Bu bilgiler ışığında; TYB vakalarının BKİ azaldıkça sosyal bilişsel yetenekleri artmakta, BKİ arttıkça sosyal bilişsel yetenekleri kötüleşmektedir.

Tablo 22’de TYB tanılı vakaların BKİ ile sosyal bilişsel becerileri arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 22. TYB Örnekleminde BKİ ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Test Skorları	Korelasyon Katsayısı (r)
Yüzler Testi	-.042 (p=0.819)
Gözler Testi	-.187 (p=0.304)
Beklenmedik Sonuçlar Testi	-.436*(p=0.002)
Gaf Testi	-.311 (p=0.083)
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	-.030 (p=0.872)

*Spearman Korelasyon Analizi *p< .05*

Obez örneklemindeki vakaların BKİ ile Yüzler Testi, Gözler Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi, Gaf Testi ve AİKT skorları arasında korelasyonun istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadığı saptanmıştır. Buna göre; obezite vakaların BKİ ile sosyal bilişsel yetenekleri arasında anlamlı bir etkileşim bulunmamaktadır.

Tablo 23’de obezite tanılı vakaların BKİ ile sosyal biliş işlevleri ile arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 23. Obezite Örnekleminde BKİ ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Sosyal Biliş Test Skorları	Korelasyon Katsayısı (r)
Yüzler Testi	-.172 (p=0.345)
Gözler Testi	-.259 (p=0.153)
Beklenmedik Sonuçlar Testi	.241 (p=0.184)
Gaf Testi	.086 (p=0.638)
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	.169 (p=0.356)

Spearman Korelasyon Analizi *p< .05

4.11. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları İle Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Örnekleminizdeki olgular, duygu düzenlemede güçlükler ölçeği skorları ile sosyal biliş işlevleri arasındaki korelasyon açısından değerlendirilmişlerdir. TYB Örnekleminde, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeğinin amaç ölçek skoru ile Gaf Testi skoru arasında ters yönde doğrusal bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Tablo 24’de TYB Örnekleminde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları ile Sosyal Bilişsel Becerileri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları verilmiştir.

Tablo 24. TYB Örnekleminde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Testler	Korelasyon Katsayısı (r)						
	DDGÖ Toplam Ölçek Skoru	DDGÖ Amaç	DDGÖ Strateji	DDGÖ Dürtüsellik	DDGÖ Farkındalık	DDGÖ Netlik	DDGÖ Kabul Etmeme
Yüzler Testi(toplam)	-.275	-.049	-.155	-.123	-.152	-.171	-.330
Gözler Testi	-.172	.013	-.145	-.032	-.123	-.118	-.187
Beklenmedik Sonuçlar Testi	-.053	.114	-.136	-.063	-.180	.052	-.131
Gaf Testi	-.203	-.242	-.368*	-.282	.258	.016	-.298
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	-.248	.069	-.337	-.118	-.205	-.001	-.235

*Spearman Korelasyon Analizi **p< .01 *p< .05*

Sadece obez olan grupta; Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeğinin amaç ölçek skoru ile Yüzler testi, dürtüsellik ve Kabul etmeme ölçek skoru ile Beklenmedik Sonuçlar Testi, Toplam ölçek skoru ile Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi skoru arasında ters yönde doğrusal bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Tablo 25’de Obezite Örnekleminde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları verilmiştir.

Tablo 25. Obezite Örnekleminde Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Testler	Korelasyon Katsayısı (r)						
	DDGÖ Toplam Ölçek Skoru	DDGÖ Amaç	DDGÖ Strateji	DDGÖ Dürtüsellik	DDGÖ Farkındalık	DDGÖ Netlik	DDGÖ Kabul Etmeme
Yüzler Testi(toplam)	-.142	-.365*	-.198	-.127	.054	.015	-.156
Gözler Testi	-.295	-.196	-.041	-.334	.142	-.144	-.129
Beklenmedik Sonuçlar Testi	-.195	-.205	-.167	-.575**	-.058	-.078	-.425*
Gaf Testi	-.089	-.108	.058	.039	.015	.027	.067
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	-.439*	-.297	-.305	-.202	-.050	-.164	-.202

*Spearman Korelasyon Analizi **p< .01 *p< .05*

4.12.Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Ve Yeme Tutum Testi Skorları İle Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki Korelasyonun Değerlendirilmesi

Örnekleminizdeki olgular, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği skorları ve yeme tutum testi skorları ile sosyal biliş işlevleri arasındaki korelasyon açısından değerlendirilmiştir. TYB örnekleminde yapılan değerlendirme sonucunda, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği alt kırımlarından Beden endişeleri ile Gaf Testi ve Beklenmedik sonuçlar testi arasında, yeme endişeleri ile Yüzler Testi skorları ve AİKT skorları arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

Tablo 26’da TYB vakalarının yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği skorları ve yeme tutum testi skorları ile sosyal biliş işlevleri arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 26. TYB Örnekleminde Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Ve Yeme Tutum Testi Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Testler	Korelasyon Katsayısı (r)					
	YTT Toplam Ölçek Skoru	YBDÖ Kısıtlama	YBDÖ Yeme Endişeleri	YBDÖ Beden Endişeleri	YBDÖ Kilo Endişeleri	YBDÖ Toplam Ölçek Skoru
Yüzler Testi(toplam)	-.325	-.143	-.355*	-.210	-.149	-.327
Gözler Testi	-.061	.324	-.261	-.248	-.212	-.162
Beklenmedik Sonuçlar Testi	.025	-.058	.225	-.361*	-.026	-.133
Gaf Testi	-.066	-.145	-.117	-.407*	-.023	-.252
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	-.043	.221	-.387*	-.274	.163	.025

Pearson Korelasyon Analizi **p< .01 *p< .05

Obezite örnekleminde yapılan değerlendirme sonucunda, yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği alt kırımlarından Beden endişeleri ve Yeme endişeleri ile Yüzler Testi ve Gözler testi arasında, Beden endişeleri ile AİKT skorları arasında, kısıtlama alt ölçek skorları ile Beklenmedik Sonuçlar testi arasında, YTT toplam ölçek skorları ile Yüzler Testi ve Beklenmedik Sonuçlar Testi skorları arasında anlamlı düzeyde negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

Tablo 27’de Obezite vakalarının yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği skorları ve yeme tutum testi

skorları ile sosyal biliş işlevleri arasındaki ilişkiye ait korelasyon katsayıları verilmiştir.

Tablo 27. Obezite Örnekleminde Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Ve Yeme Tutum Testi Skorları ile Sosyal Biliş İşlevleri Arasındaki İlişkiye Ait Korelasyon Katsayıları

Testler	Korelasyon Katsayısı (r)					
	YTT Toplam Ölçek Skoru	YBDÖ Kısıtlama	YBDÖ Yeme Endişeleri	YBDÖ Beden Endişeleri	YBDÖ Kilo Endişeleri	YBDÖ Toplam Ölçek Skoru
Yüzler Testi(toplam)	-.466**	-.017	-.392*	-.368**	-.085	-.291
Gözler Testi	.231	.015	-.190	-.112	.038	-.070
Beklenmedik Sonuçlar Testi	-.382*	-.446*	.301	-.204	.275	.203
Gaf Testi	-.333	.028	.046	-.295	-.096	-.049
Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	-.192	.254	.200	-.520**	.125	-.023

Pearson Korelasyon Analizi ** $p < .01$ * $p < .05$

BÖLÜM V

TARTIŞMA

5.1 Grupların Sosyodemografik Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

5.1.1 Yaş

TYB+Obezite, Obezite ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında yaş açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Çoğu birey, 12 ile 35 yaş arasındaki yeme bozukluğu semptomlarını göstermeye başlamaktadır. AN için, başlangıç yaşı 14-18 olarak bildirilmekte ve 40 yaşından sonra nadiren başlamaktadır. Çoğu zaman, geç başlangıçlı vakalarda gelişimdeki psiko-sosyal gecikmelerin (ergenliğin başlangıcıyla uyumlu olmakla birlikte,

kronolojik yaşlarıyla uyumlu olmayan gelişimsel dönemler) eşlik ettiği görülür. Benzer şekilde BN tipik olarak ya geç ergenlikte ya da erken yetişkinlikte başlar (180). Ancak son yıllarda, YB için başlangıç yaşının daha küçük yaşlara kaydığı ve buna puberteye erken girmenin neden olduğu düşünülmektedir (181).

TYB prevalansı, başlangıç yaşı, yeme davranışları ve patolojileri açısından AN ve BN'den farklıdır. Özellikle TYB başlangıç yaşı BN'den farklıdır (başlangıç yaşı daha yüksek, ortalama yaş, 23.3'e karşı 20,6 yıl; başlangıç yaşı aralıkları, TYB için 15.5-27,2 yıl ve BN için 14.5-22,9 yıl) ve daha düşük oranlarda semptomların sürdüğü (TYB için ortalama 4.3-6,5 yıl) bildirilmektedir (182). Günümüzde ise çocuk ve ergenlerin üçte biri aşırı kilolu veya obez; obezite prevalansının 2 ila 5 yaş arası çocuklar ve 12 ila 19 yaş arası gençler için üç kat ve 6 ila 11 yaş arası çocuklar için dört kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (183). Araştırmamızdaki hastaların ortalama yaşları, bozuklukların ergenlik döneminde başlangıç ve süreklilik yaşları ile ilgili yazın verilerini desteklemektedir (TYB=15.00 Obezite=14.81).

5.1.2 CİNSİYET

Çalışmamızda TYB örnekleminde %44,8 (n=14) erkek, %57,6 (n=18) kız, obezite örnekleminde %48,0 (n=15) erkek, %52,0 (n=17) kız ve kontrol gruplarında ise %51,7 (n=31) erkek, %48,5 (n=33) kız cinsiyet olarak dağılım göstermiştir. Yeme bozuklukları kadınlarda erkeklerden daha sık görülür. Erkek-kadın oranları 1: 6 ile 1: 10 arasında değişmektedir. Klinisyenlerin kadınlara karşı tanısal değerlendirmede farklı bir yaklaşımları olmadığı görülmektedir. Yazında yeme bozukluğu olan erkeklerin; obsesif-kompulsif kişilik özellikleri, premorbid aşırı kilo / obezite, vücut sporları ile ilgili aşırı uğraş ve/veya cinsel kimlik sorunlarından sıklıkla bahsedilmektedir. Erkeklerde BN, sosyal etiketlenmenin yanı sıra cinsiyet örüntüsünden dolayı daha az fark edilebilir (184). Yakın zamanlarda yapılan bir çalışmada, TYB sıklığı erkeklerde kızlara göre daha yüksek olarak bildirilmiş ve TYB tanısı alan ergenlerin %47,22'si (n=17) kız, %52,77'si (n=19) erkek olarak saptanmıştır (185). 2013 yılında yapılan bir çalışmada erkeklerin 2-6 yaş örneklemindeki kızlara göre BKİ daha yüksek iken, kızlarda 11-14 yaş ve 15-18 yaş gruplarında erkeklere göre daha yüksek olduğu, çocukluktan ergenliğe kadar olan obezite prevalansında cinsiyet farkı olmadığı saptanmıştır. Araştırmanın sonuç kısmında, BKİ erken çocukluk döneminde erkeklerde daha fazla olduğu, ancak ergenlik döneminde kız ergenlerde, erkeklere göre obezite riskinin arttığı bildirilmiştir (186). Grupların cinsiyete göre dağılımında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte genel olarak bildirilen oran arasındaki farklılığın daha küçük yaşlarda YB cinsiyetler açısından farklılık oranının azalmasından ve TYB örneklem sayısının düşüklüğünden kaynaklanmış

olabileceği düşünülmüştür. Obeziteli kız bireylerin yayılımı erkek bireylerden çok olup, yazında bilgiler ile eşleşmektedir.

5.1.3 Ailesel Özellikler

Çalışmamızda, TYB kümesinde ebeveyn öğrenim seviyelerini incelediğimizde; yayılım en çok ilköğretim/ortaöğretim olduğu fakat kümeler arasındaki ayrımı rakamsal olarak anlamlılık seviyesine yetiştirmediği görülmüştür. Sosyo-kültürel bağlam, klinik olarak yeme bozukluklarının gelişimi ve özgüllüğü için önemli bir risk faktörü olarak kabul görülmektedir. Her ne kadar yeme bozuklukları, çağdaş batı kültürüne özgü olmasalar da İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Japonya'da batılılaşma süreci ve Demir Perde'nin kaldırılmasından sonra eski Doğu Bloğu ülkelerinde, yeme bozukluklarının yaygınlığının artması dikkat çekmektedir (187). Sosyokültürel baskıların kaynakları sayısızdır ve medya, akranlar, kardeşler veya ebeveynler gibi önemli kişiler tarafından iletilen, açık ve örtülü mesajlar içermektedir. Ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde anne babaların, özellikle vücut şekli ve yemeğe yönelik tutumlarla ilgili tanımlama ve cinsiyet rol modellerinin birincil hedefleri olduğu düşünülebilir. Önleme açısından, uygun müdahalelerin geliştirilmesi ve sağlanması için ebeveyn tutum ve davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir (188). Sosyo-Ekolojik ve Ekolojik Sistemler Kuramları, iç içe ortamlar arasındaki çift yönlü etkileşimlerin bireysel gelişmeyi etkilediğini ve ailenin çocuklar için davranışları, tutumları ve kaynak erişimini etkileyen en yakın ve etkili bir ortam olduğunu öne sürmektedir (189). Aile demografisi ve kaynakları (örn. Sosyoekonomik düzey, ebeveyn eğitim durumları, aynı zamanda bireysel ebeveyn özellikleri (örneğin ebeveyn diyet) ve ilişkisel özellikleri (örneğin, bağlanma güvenliği)) ile birlikte aile bağıntıları olarak incelenmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu ile yapılan araştırmalarda ise iki çalışmada sosyoekonomik düzeyin TYB üzerinde etkisi bulunmamıştır (190, 191). Çalışmaların çoğunda anne eğitimi, sosyoekonomik düzey için sıklıkla bir aracı olarak eşleştirilmiştir. İki kesitsel ve bir boyutsal çalışma, anne eğitim ile TYB/yeme davranışı kontrol kaybı arasında bir ilişki bulunmamıştır (192). Bulgularımız TYB'nin sosyokültürel düzeyle anlamlı derecede ilişkisinin olmadığını belirten literatür bilgisiyle uyumludur.

Obezite olgularında ise annelerinin sekiz yıldan az eğitim almış olduğu ergenlerin obezite riski daha düşük olarak bildirilmektedir. Ebeveyn eğitimi, çocukların eğitim şansını ve aile kültürünü belirlemekte ve aile geliri ile pozitif ilişki nedeniyle, eğitim düzeyi arttıkça, hane halkı geliri o kadar yüksek olmaktadır (193). Obezojenik aile ortamlarında eğitim ve buna paralel sosyoekonomik düzey daha yüksek düzeydedir (194). Grupların anne ve baba eğitimine göre dağılımında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte obezite örnekleminde literatürle uyumsuz olarak bildirilen oran arasındaki

farklılığın örneklem grubunun alındığı çevre şartlarından, literatür çalışmalarının yapıldığı ülkelerdeki eğitim sistemi farklılıklarından ve obezite örneklem sayısının düşüklüğünden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

5.2. Grupların Davranış Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Çalışmamızda davranışsal sorunlar ve dürtüsellik değerlendirme için kullanılan CBCL ölçeğinde TYB tanılı olguların, etkinlik, sosyal içe çekilme, somatizasyon, odaklanma problemi, fikir problemi, saldırganlık ve toplam yeterlilik skorlarının öteki gruplar içinde en çok olduğu görülmüştür. Yeme bozuklukları ve dürtüsellik arasındaki belirgin ilişki için birkaç olası açıklama vardır.

Lavender ve ark. 2015’de yaptığı bir çalışmada; önceden var olan kişilik özellikleri yeme bozukluğu psikopatolojisi (predispozisyon modeli) geliştirme riskini artırabileceği, yeme bozukluğu semptomları kişilik üzerinde bir etkiye sahip olabileceği (komplikasyon modeli) veya diğer faktörler her iki alanda da işlevselliği etkileyebileceği (ortak nedensel model) öne sürülmüştür.

Alternatif olarak, dürtüsellik ve yeme bozuklukları arasındaki ilişki ileriye dönük olarak kavramsallaştırmak zor görünmektedir. Örneğin, dürtüsel eğilimler ve yeme bozukluğu semptomları (patoplastisite modeli) arasında iki yönlü bir nedensel etki olabilir. Bu tür moderatörlerin tanımlanması, özellikli yeme bozukluğu semptomları için en fazla risk altında olanların daha iyi tahmin edilmesine izin verecek ve dürtüsellik ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi belirleyen mekanizmaları tanımlamak, tedavi için potansiyel hedefleri açıklığa kavuşturmaya yardımcı olabilir. Aynı çalışmada bu tür moderatörlerin tanımlanması, özellikli yeme bozukluğu semptomları için en fazla risk altında olanların daha iyi tahmin edilmesine izin verecek ve dürtüsellik ile yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi belirleyen mekanizmaları tanımlamanın önemi vurgulanmaktadır (195).

Sistematiik bir derlemede, gözden geçirilen 14 çalışmadan 10’u depresyon ve TYB arasındaki ilişkiyi not etmiştir (196). Çalışmalar boyunca, TYB’li bireylerin yaklaşık % 30-% 80’i yaşam boyu komorbid duygudurum veya anksiyete bozukluklarına sahiptir. TYB veya yeme bozukluğu olan bireylerde bildirilen diğer psikiyatrik komorbiditeler arasında kumar problemleri, bipolar bozukluk ve madde kötüye kullanımı ile birlikte davranım sorunları, obsesif kompulsif ve borderline kişilik bozuklukları sayılabilir (197).

Sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında, TYB’li bireyler ayrıca, özerklik, çevresel ilişkiler, kendini kabullenme ve duygusal düzenleme dahil olmak üzere psikolojik iyi olma yönünden de bozulma göstermektedir (198). Ayrıca, tanı ölçütleri olmasa da şekil ve ağırlığın aşırı değerlendirilmesi TYB olan

bireylerde yeme patolojisi şiddeti, psikolojik sıkıntı ve olumsuz prognostik önemi ile belirgin şekilde ilişkilidir (199). Çalışmamızdaki bulgular literatür ile uyumlu olup, TYB olgularının psikososyal zorluklarını tanımlamaktadır.

CBCL kadranında çok kilolu hastaların, aktiflik, toplumsallık ve toplam yeterlilik puanları sağlıklı vakalarda düşük; somatizasyon, sosyal olarak içe kapanma, anksiyete/depresyon, düşünce sorunu, saldırganlık, sosyal problem, odaklanma problemi ve toplam sorun skorlarının sağlıklı vakalardan daha çok olduğu görülmüştür. Erişkin yaş örnekleminde bizim çalışma örnekleminimize benzer yapıda oluşturulan bir araştırmada, oburcasına yeme tutumu olan obezi hastalarında dürtüsellik, oburca yeme tutumu olmayan hastalara göre daha yüksek bir oranda görülmüş ve başka çalışmalarda bu sonuç tekrar edilmiştir (200, 201). Çocuk yaş örneklemindeki olgularla yapılmış bir çalışmada, daha fazla kilolu olma ile “tepki ketleme” (response inhibition) sorunları arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (202). 2006 yılında yapılan başka bir araştırmada, kilolu çocukların yeme atılımlarında bireylerin kendilerini kontrol edemedikleri ve de bu olayın dürtüsellikle bağdaştırıldığı ifade edilmiştir (203).

Çocukluktaki psikolojik ya da davranışsal sorunlar, hem aşırı hem de aşırı kilo etkisi olarak incelenmiştir. Yani, aşırı kilo psikolojik belirtilerin olası bir sonucu olarak öne sürülmüştür ve aşırı kilonun bir sonucu olarak psikolojik belirtiler olduğu varsayılmıştır (204). Davranışsal semptomların incelendiği bir çalışmada, obez çocukların klinik olarak içe atım problemlerine, somatik yakınmalara, geri çekilmeye ve sosyal sorunlara sahip olma riskinin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Ancak bu çalışmada, obezitenin kronik süreçte sebep olabileceği saldırganlık ve obezite gibi dışa atım davranışları ile obezite arasında bir ilişki bulunamamıştır (205).

Avustralyalı çocukların incelendiği boylamsal bir çalışmada, aşırı kilolu 4-5 yaşlarındaki çocukların (1999-2000 doğumlu), aşırı kilolu olmayan çocuklara göre öğretmen tarafından bildirilen davranış sorunları daha yüksek olup, fakat farklılıkların düşük olduğu bildirilmiştir (206).

1981-1984 doğumlu daha önceki bir Avustralya kohortunda, 5 yaşında erkek ve kızlarda davranış problemleri ile obezite arasında bir ilişki gözlenmemiş, ancak 14 yaşında, normal kiloya göre aşırı kilolu olan kızlar toplam davranış problemleri değerlendirildiğinde 2 kat artmış risk olduğu bulunmuştur (207). Çalışma bulgularımız literatür ile uyumlu olup, obezite olgularının psikososyal zorluklarını tanımlamaktadır.

5.3. Grupların Yeme Tutumu Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmamızda hastaların yemek yeme davranışları ve de tutumlarını değerlendirebilmek sebebiyle Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ) ve Yeme Tutum Testi (YTT) kullanılmıştır. Çalışmamızdaki hastalar, YTT skorlarına göre değerlendirildiğinde, gruplar arası skorları sıraya koyduğumuzda Obezite> TYB> Kontrol olarak görülmektedir Her üç grubun skor oranlarının ölçek kesim skorundan daha az olduğu belirlenmiştir. TYB ve Obezite olarak tanımlanmış vakaların ortalama skor ise, kesim skoruna yetiştiriyor olsa dahi, vaka grubuna oranla daha çok olduğu görülmüştür. (TYB=20.31, Obezite grubu=21.84, Kontrol grubu=12.37).

Yeme tutumları; yeme ile ilişkili inançlar, düşünceler, duygular ve davranışlardan oluşur (208). Özellikle YB olguları için, yeme tutumlarının anlaşılması, klinik özellikleri aydınlatmaya yardımcı, gıda alımının iyi bir göstergesi ve başarılı bir tedavi için ele alınması gereken bir konudur (209). Literatür incelendiğinde, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve obez hastalar için yeme tutumları ayrıntılı tartışılmamıştır. TYB için kaotik yeme alışkanlıkları, şiddetli kontrol kayıpları ve olumsuz duygulanım katılımları bildirilmiş ve obez bireylerin ise farklı profillere sahip olmaları nedeniyle, obezite için yeme tutumlarının bir profilini tanımlamak daha zor olduğu bildirilmektedir (210).

Wilfley ve ark. 1997 yılında yaptığı; 52 tıkınırcasına yeme bozukluğu hastalarından oluşan bir örnekleme DSM-IV tanı sistemi ile tıkınırcasına yeme epizodlarından ziyade tıkınırcasına yeme günlerini değerlendirmiş ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği Anketi (EDE-Q) ve Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi'nin anlamlı bir korelasyon göstermediği bulunmuştur (211). Buna karşılık Grilo ve ark. (2001), TYB'li 82 hastadan oluşan bir örnekleme EDE ve EDE- Q'yu kullandılar ve iki ölçümün tıkınırcasına yeme ataklarının sıklığı değerlendirildiğinde anlamlı bir korelasyon göstermiştir (212).

Beden şekli ve ağırlığın aşırı değerlenmesi BN ve AN tanısı için gerekli bir tanı kriteri olsa da bu boyutun kişinin kendi değerlendirmesinde önemi TYB'nin mevcut tanı ölçütlerinde hala bulunmamaktadır. Bu kavram, TYB'deki beden algısındaki zorluklarla ilgili araştırmalar gittikçe artmakta olduğundan, TYB'nin şu anki tanımlamalara yönelik önemli bir nokta olarak vurgulanmıştır; bu özelliğin de TYB tanı ölçütlerine dahil edilmesi gerektiği önerilmektedir. Aslında, yapılan çalışmalar, TYB hastalarının BN ve AN ile karşılaştırıldığında şekil ve ağırlık hakkında aşırı değerlendirilme ve aşırı düzensiz yeme ataklarının daha sık olduğunu göstermiştir (213, 214).

Mond ve ark. (2007) Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği kullanılarak yapılan toplum temelli bir çalışmada, aşırı değerlendirilme saptanan TYB'li katılımcıların, aşırı değerlendirilme saptanmayan TYB olgularından daha fazla yeme bozukluğu psikopatolojisi olduğunu saptamışlardır (215). Bununla birlikte, aşırı değerlendirilme saptanmayan TYB olguları, tıknırcasına yeme atakları olmayan obez olgularından ayrılaşmamıştır. Böylece Mond ve ark. (2007) aşırı değerlendirilmenin TYB için gerekli bir kriter olarak kabul edilmesini önermiştir (215).

Grilo ve ark. (2008) ise yarı yapılandırılmış Yeme Bozukluğu Değerlendirme görüşmesini kullanarak 210 obez hastadan oluşan klinik olarak yapılan bir çalışmada, aşırı değerlendirilme saptanan TYB'li olguların beden şekli ve ağırlığını aşırı değerlendirilme saptanmayan TYB olgularından anlamlı olarak daha şiddetli yeme bozukluğu semptomları ve depresyon seviyelerine sahip olduğunu bulmuşlardır (216). Hem TYB gruplarının (yani, hem de aşırı değerlendirme olan ve olmadan), aşırı kilolu olmayan tıknırcasına yemek yiyen karşılaştırma grubuna kıyasla önemli ölçüde daha fazla Yeme Bozukluğu psikopatolojisi ve depresyonu olduğu belirtilmiştir. Grilo ve ark. (2008) bu bulguların, tanı şiddeti değerlendirme maddesi olarak şekil / ağırlık aşırı değerlendirilmesinin önemini ve Mond ve ark. (2007), önerdiği TYB için gerekli bir tanı kriteri olmaması gerektiğini çünkü bunun, klinik açıdan önemli sorunlara sahip hastaların önemli bir kısmını içermeyeceğini belirtmiştir (215, 216). Ayrıca her iki çalışmada da YBDÖ alt puanları değerlendirildiğinde; TYB olguları ile karşılaştırma grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (215,216). Son zamanlarda yapılan bir çalışmada, genel bir popülasyon örnekleminde obez olan bireylerin, obez olmayanlara göre YBDÖ toplam skorlarının iki kat yüksek olduğu bulunmuştur (217).

Ayrıca obezitesi bulunan hastalarda yapılan araştırmalarda, hastaların normal olmayan yeme tutumu ve davranışlarına sahip oldukları açıklanmıştır. Çocuk ve ergenlerde yapılan obezite çalışmalarında obez olguların, tüm besin türlerini kapsayan beslenme türleri yerine daha çok karbonhidratlı abur-cubur gibi yemekleri tercih ettikleri bildirilmiştir. Olguların, anormal yeme tutum ve davranış değerlendirildiği ölçek çalışmalarında ise sağlıklı kontrollere göre daha yüksek puanlar almışlardır (218). 2000 yılında yapılan bir araştırmada, obeziteli olarak tanımlanan çocukların, obez olmayan diğer çocuklara oranla daha fazla normal olmayan yeme tutumuna sahip oldukları açıklanmıştır (219). Bulgularımız bu haliyle, YTT puanları değerlendirildiğinde TYB aynı zamanda eksojen obezite tanılarında normal olmayan yeme alışkanlığı ve davranışlarının yüksek bir oranda olduğunu tespiteden araştırmalar ile bağdaştırılır.

YBDÖ puanlarına göre değerlendirildiğinde, kilo endişeleri alt puanları dışında kalan bütün alt testler ve toplam puan olarak grupların puan sıralaması TYB >Obezite> Kontrol şeklinde olmuştur. Özellikle çalışma örnekleminde TYB puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olması literatür bilgileri ile uyumludur. Beden endişeleri ile ilgili alt testin puanlarının Grillo ve ark. (2008) ve Mond ve ark. (2007)'ın bahsettiği kendini değerlendirilme ve bununla ilişkili şiddet düzeyinde artış ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

5.4.Grupların Anksiyete ve Depresif Belirti Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmamızda hastaların eşik altı kaygı bulguların olup olmadığını ve seviyesini değerlendirebilmek nedeniyle, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Depresif Yakınmalar ise hastalarda CDI ile ölçülmüştür. Vakalar aynı zamanda CBCL (4-18) alt ölçek skorları açısından da değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

CBCL sıralamasında Kaygı Bozukluğu/depresif alt skorunda üç grup da kendi aralarında rakamsal olarak anlamlı bir sıralamada ayrılmıştır. Kaygı Bozukluğu/depresyon skorları bakımından gruplar arasında en az skoru kontrol vakaları almış olup, gruplar arası skor sıralaması Kontrol <TYB <Obezite olarak belirlenmiştir. Sosyal olarak içe kapanma ve somatizasyon alt skorlarında üç grup da gruplarlar arasında rakamsal olarak anlaşılabilir bir seviyede ayrılmışlardır. Gruplar arasında en çok skoru TYB vakaları almış olup, gruplar arası skor sıralaması TYB > Obezite > Kontrol olarak belirtilmiştir.

Literatürde; TYB ile anksiyetenin güçlü bir şekilde ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. TYB ve anksiyete bozukluğu tanıları arasında komorbidite oranı yüksek olmakla birlikte; yaşam boyu yaygınlık oranı %37'dir (220).

Anksiyete bozuklukları, TYB'li ve morbid obez bireylerde en sık görülen ikinci psikiyatrik komorbiditedir. Ayrıca, yeme bozukluğu öyküsü olan, ancak klinik olarak işlevsellik kaybı yaşamayan bireyler, geçmiş psikiyatrik öykülerinde bir kaygı bozukluğu bulunmasa bile, kaygılı bir kişilik tarzı sergilemeye eğilimlidirler (221).

Anksiyete ve tıknırcasına yeme arasındaki yüksek oranlı komorbiditeyi açıklamak için, kaygıların yeme bozukluğuna sekonder olabileceğini veya anksiyete, yeme bozuklukları için bir risk faktörü olarak görev yapabileceği veya paylaşılan savunmasızlık faktörlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (222).

Yazın incelendiğinde depresif belirtiler ve tıknırcasına yeme arasında tutarlı bir ilişki olduğu ve majör depresif bozukluğun TYB'nin sık görülen bir komorbiditesi olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle depresyona odaklanmasına rağmen, olumsuz duygulanım gibi diğer unsurların da daha az çalışılmış olan tıknırcasına yeme davranışları üzerinde etkisi olabileceği bildirilmektedir (223, 224). Yakın zamanda yapılan bir çalışma sonuçları; stresin, depresyondan bağımsız olarak tıknırcasına yeme riskini artırdığını göstermekte ve TYB açısından anksiyetenin depresyondan daha güçlü bir yordayıcısı olduğunu öne sürmektedir (225).

TYB olarak tanımlanmış vakaların, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nde, kontrol grubunun skorundan daha çok skor ortalamalarına oldukları belirlenmiştir. Bulgularımız, TYB vakalarında daha çok kaygı bozukluğu serviyeleri olduğunu belirten yazın bilgisi ile uyduğu farkedilmektedir. Aynı zamanda TYB vakalarını, obezite olarak tanımlı vakalardan da daha az skora sahip olmuşlardır. Gruplar arası skor sıralaması Obezite>TYB > Kontrol olarak görülmektedir. Bu veri literatür ile uyumlu olmadığı dikkat çekmektedir, bunun nedeni olarak TYB grubunun depresif belirtilerinde artış, depresyon- anksiyete heterotipisi ve örneklem grubunun küçüklüğü düşünülmüştür.

TYB vakaları depresif özellikleri bakımından araştırıldıklarında, kontrol örnekleminde daha çok skora sahip oldukları belirlenmiştir. Bulgularımız yazın bilgisiyle uyumaktadır. Ve bu konuya ek olarak TYB vakaları, obezite ile tanımlanmış vakalardan daha çok skor almışlardır. Gruplar arası skor sıralaması TYB> Obezite > Kontrol olarak görülmektedir. En sık eşlik eden hastalıklardan biri olan duygudurum bozuklukları olarak bildirilmekte ve çalışmamız bu verilerle uyumludur.

Araştırmamızda obeziteli vakaların, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nde, kontrol örnekleminde daha çok skor oranına sahip oldukları belirlenmiştir.

CBCL değerlendirme ölçeğinde obeziteli vakaların, etkinlik, sosyallik, okul, toplam yeterlilik skorları sağlıklı kontrollerden düşük; anksiyete/depresyon, sosyal olarak içe kapanma, somatizasyon, sosyal problemler, toplam içe kapanma ve toplam sorun skorlarının sağlıklı kontrollerden daha çok olduğu belirlenmiştir. Bulgularımız obezitesi bulunan vakalarda, obezitesi bulunmayanlara oranla, daha yüksek oranda anksiyete, depresif belirti ve içe kapanım problemi bulunduğunu belirten çalışmalar ile uyumaktadır.

5.5.Grupların Sosyal Bilişsel Özellikler Açısından Değerlendirilmesi

Araştırmamızda vakaların zihin kuramı kabiliyetlerini değerlendiren Gözler Testi,ve Beklenmedik Sonuçlar testi skorları araştırıldığında; gruplar arası skor sıralaması değerlendirildiğinde TYB<Obezite<Kontrol olarak görülmekte, Faux Pas ve Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi skorları değerlendirildiyse grupların skor sıralamasının Obezite <TYB <Kontrol olarak belirlenmiştir. Yapılan testlerde TYB ve obezite grupları kontrol vakalarına göre daha az skor sahibi

olmuştur. Yapılan tüm testlerde, obezite ve TYB grubu arasındaki ayırım rakamsal olarak normal bir seviyeye erişememiştir.

Sosyal biliş; kendiliği algılama, ötekinin farkına varma ve bireyler arası motivasyonlar gibi sosyal etkileşimler için yardımcı olan ve içinde çoklu alt grup ve dönemleri bulunduran çok eksenli psikolojik bir yapıdır (226). Sosyal biliş; duygusal enformasyonu başkalarından doğru bir şekilde edinme yetisi (örn. yüz ifadelerinden, ses tonu değişimlerinden) ve zihin kuramı (ZK) olarak ifade edilen başkalarının istekleri ve tutumları hakkında üst düzey çıkarımlar yapabilme yetisi gibi iki önemli beceriyi içermektedir. Sosyal biliş, bilişin öteki görünümünden bağımsız ve klasik nörobilişsel testlerle değerlendirilmesi mümkün olmayan sosyal işlemleri kapsayan zihinsel işlemlerdir (227).

Yazın bölümlerini incelendiği zaman; Yeme Bozuklukları ve sosyal zihinsel yeteneklerle ilgili yapılmış araştırmaların çoğunun erişkin yaş aralığında yapıldığı, çocuk ve ergen yaş aralığında ise AN ve BN gruplarında çok daha az araştırmanın bulunduğu belirlenmiştir. Eksojen obezite tanılı vakalarda ise sosyal zihinsel kabiliyetlere uygun testler ile ölçen bir çalışmanın ülkemizde yapıldığı görülmüştür (228). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunda sosyal bilişi değerlendiren tek çalışmanın ise erişkin yaş örnekleminde yapıldığı görülmüştür (229).

ZK'nın bir başka yönü, afektif uyaranların (ZK-kod çözme) işlenmesini içerir. Duyusal uyaranların çözümlenmesi sadece temel duygu tanınması için kritik değildir, aynı zamanda karmaşık sosyal duyguları, düşünceleri ve diğer zihinsel durumları (zihinsel durumun çözülmesini) çıkarması için de önemlidir. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT), zihinsel durumun kod çözme yönünü değerlendirmek için en çok kullanılan görevdir (230).

AN'da mevcut olan çalışmaların çoğunluğu, ZK'nın değerlendirilmesi için GZOT'u kullanmıştır. Oldershaw ve ark. (2010) sadece üç GZOT çalışmasını içeren çok küçük bir meta analizde orta etki büyüklüğü açıklamıştır (231). ZK'nın kod çözme yönlerini araştıran çalışmalara ek olarak ortaya çıkan kanıtlar, Zihin Kuram parçalarının AN'da bozulma olabileceğini düşündürmektedir (232, 233). Bununla birlikte, AN'da zihin kuramının rolü çok net değildir.

Daha küçük bir çalışma grubu da BN'deki ZK defisitlerini araştırmış, ancak çelişkili bulgular bildirilmiştir (234). BN'de sosyal zorluklar da görüldüğü için bu nispeten ihmal edilmiş bir alandır. Bazı çalışmalar BN'de ZK defisitleri bulurken, diğerleri sağlıklı kontroller ve BN arasında anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir. AN'da olduğu gibi, GZOT BN'de ZK'nı değerlendirmek için kullanılan en yaygın görev olmuştur (235). Bazı çalışmalar BN'de Zihin Kuramı parçalarını da değerlendirmesine rağmen BN'deki ZK'nı araştıran çalışmalar genellikle küçük örnek boyutlarına sahiptir (236).

Yazında YB ve sosyal zihinle ilgili yapılmış araştırmalarda kullanılan sosyal biliş görevlerinin

farklılığı ve çeşitliliği dikkat çekmektedir. Araştırmamızda vakaların sosyal zihin kabiliyetlerini değerlendirebilmek sebebiyle, Yüzler Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi (BST), Gözler Testi, Faux Pas (Gaf Testi), Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi (AİKT) kullanılmıştır.

Bulgularımız literatürde ki, YB vakaların zihin kuramı kabiliyetlerinde bozulmalar olduğunu belirten araştırmalar ile bağdaştığı görülebilmektedir. TYB olarak tanımlanmış vakaların Yüzler Testi'nde olumlu emosyonları olumsuz emosyonlardan daha net ifade ettiği belirlenmiştir. Bu olay, erişkin yaş örnekleminde yapılan çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu olmakla birlikte daha büyük örneklem gruplu çalışmalarla teyit edilmesi gerekmektedir (229). Obezite vakalarına uygun testlerle zihin kuramı kabiliyetlerini değerlendiren ülkemizde yapılan çalışmanın sonuçları ile tutarlı gözükmemektedir (228). Her iki çalışmanın bulguları, eksojen obeziteli vakaların zihin kuramı özelliklerinin de YB vakaları ile aynı olduğunu belirtmektedir.

Duygu algılama ve tanıma kabiliyetlerini, değerlendirebilmek için kullanılan Yüzler ve Gözler Testi'nde, TYB ve obezite tanısı konulan vakaların kontrol grubuna göre daha belirgin düzeyde düşük puanlar aldığı saptanmıştır. Test skorlarını incelediğimizde, Obezite grubunun en kötü performans sahip olduğu belirlenmiştir. Grupların arası skor sıralamaları Obezite<TYB < Kontrol şeklinde görülmektedir.

Literatüre bakıldığında; TYB olgularının emosyon tanıma ve düzenleme zorluklarını değerlendiren çalışmaların ise diğer yeme bozukluklarına göre daha kısıtlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Yapılan sistematik derlemeler ve TYB'deki duygu düzenleme üzerine yapılan meta-analizler, sonuçlarının kapsamını deneysel çalışmalardan elde edilen bulgularla veya kontrol gruplarıyla yapılan çalışmalarla sınırlı olmakta veya özellikle TYB'den ziyade obeziteye odaklanmıştır (237, 238).

Bulgularımız, TYB tanılı vakalarda emosyonları algılamada bozukluk olduğunu belirten erişkin yaş grubu çalışmasıyla uyumludur (229). En çarpıcı sonuç, tüm obez grup hastalarının, TYB'nin varlığına rağmen, üçüncü kişilerde duygusal durumlara atıfta benzer yeteneklere sahip olmalarıydı.

Araştırmamızda vakaların, duygu düzenleme güçlüklerini değerlendirmek sebebi ile DDÖ kullanılmıştır. Ölçek altı boyutta duygudurum düzenlemeyi değerlendirir; Amaç, Strateji, Dürtüsellik, Farkındalık, Netlik, Kabul etmeme (170).

Araştırmamızda, vakaların DDÖ alt ölçeklerinden aldığı skorlar değerlendirildiğinde, amaç, strateji, farkındalık, kabul etmeme, toplam alt ölçeklerde; TYB grubunun diğer gruplardan çok skor aldığı, dürtüsellik ve netlik alt ölçeklerinde ise obezite olgularının diğer gruplardan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Yedi alt ölçeğin beşinde en çok skoru TYB vakalarının aldığı yani TYB vakalarının duygusal düzenleme kabiliyetlerinde en kötü performansı gösterdikleri saptanmıştır. Grupların toplam puanları çoğunlukla TYB> Obezite> Kontrol olarak bulunmuştur. Bulgularımız,

TYB vakalarında duygu düzenleme ile ilgili zorlukların olduğunu gösteren araştırmalarla uyumlu görünmektedir. Ayrıca obezite olgularının dürtüsellik alt ölçek puanları açısından diğer gruplardan yüksek olması literatür bilgisi ile uyumlu olmakla birlikte TYB'nin bu açıdan rolünün ileri araştırmalarda değerlendirilmesi gerekmektedir.

Ölçeğin aynı zamanda diğer bütün alt testlerden alınan skorların toplanması sonucu elde edilen "toplam ölçek puanı" (toplam duygudurum düzenlemede güçlük puanı) bulunmatadır. Bu ölçekte bulunan ayırt edici özellik, bu altı farklı şekildeki emosyon regülasyon zorluklarının yanında genel zorluğu da değerlendirmesidir.

Araştırmamızda vakaların tüm test skorlarını değerlendirdiğimizde, alt test skorlarında görüldüğü gibi TYB ve obezite vakalarının kontrol örnekleminde daha çok skor aldıkları belirlenmiştir. Yine en çok skoru TYB vakalarının aldığı görülmüş olup, gruplar arası skor sıralaması TYB > Obezite> Kontrol olarak görülmektedir. Bulgularımız, TYB tanılı vakalarda duygu düzenleme ve duyguları yönetme becerilerinde bozukluk olduğunu belirten çalışmalarla uyumludur.

TYB'li bireyler arasında duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını araştıran çalışmalarda tutarsız sonuçlar bildirilmiştir. Sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında, TYB'li bireyler duygularını daha fazla bastırmaya ve duygularını daha az tekrar hissetmeye eğilimlidir (239). Birçok çalışma; öfke, bastırma ve bulimik eğilimler arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (240).

Yeme bozukluğu alt tipleri (anoreksiya nervoza (AN), BN ve TYB) arasında kullanılan duygu düzenleme stratejilerinin türüne göre farklılıklar incelendiğinde, Svaldi ve ark. yaptığı çalışmada önemli farklılıklar bulunamamıştır (241).

Ruscitti ve ark. (2016) TYB'li bireylerin (BN ve AN tıknama/çıkartma alt tipine benzer) duygularını AN'lı, restriktif alt tipli kadınlara göre yeniden gözden geçirmeye daha az eğilimli gördüklerini gösterdi. Dahası, bu stratejisini, hastalıklarının durumu daha da kötü olduğunda bile daha az kullandıkları görülmüştür (242).

Ayrıca, TYB'li bireyler, duygusal durumlarını diğer yeme bozukluğu alt tiplerine sahip bireylerden (AN, BN ve başka şekilde belirtilmeyen yeme bozukluğu) etkileme becerilerini daha kötü olarak değerlendirdiler. Bununla birlikte, bazı çalışmalar ise TYB'de diğer yeme bozukluğu alt tiplerine göre daha az duygu düzenleme zorluğu bildirmiştir (243).

5.5.1. Sosyal Biliş Becerileri ile İlişkili Olan Değişkenlerin Değerlendirilmesi

5.6. Anksiyete ve Depresif Belirtilerin Düzeyleri

Çalışmamızda TYB+Obezite vakaların kaygı ve depresif yakınma şiddetleri ile sosyal bilişsel becerileri kıyaslandığında, değişkenler arasında ters yönde korelasyon olduğu görülmüştür. Bu bilgiler ışığında; vakaların kaygı ve depresif yakınma şiddetleri azaldıkça sosyal biliş yetenekleri iyileşirken, belirti şiddetleri yükseldikçe sosyal biliş yetenekleri kötüleşmektedir.

Obezite örneklemindeki vakaların ise anksiyete/depresif belirti düzeyleri ile Yüzler Testi, Gözler Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi, Gaf Testi ve AİKT skorları arasında korelasyonun istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmadığı sadece depresif belirtilerle Beklenmedik Sonuçlar Testinin skorlarının arasında negative bir korelasyon saptanmıştır.

Literatürde AN ve BN tanılı vakalarda sosyal biliş becerilerini değerlendirmek için yapılan araştırmaların bir bölümünde, vakaların kaygı ve depresif yakınmaları ile sosyal bilişsel becerileri arasında ilişki olup olmadığı araştırılmasına rağmen TYB vakalarında daha çok sosyal biliş teorisi araştırılmıştır. TYB vakalarında zihin kuramının araştırıldığı tek çalışmaya rastlanmış olup Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Aloi ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada; 22 TYB+obez olgu ile 20 obez olgu karşılaştırılmış, vakaların depresif yakınmaları ile sosyal biliş yetenekleri arasında ters yönde korelasyon olduğu bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmadığı vurgulanmış olup bizim araştırmamızın bulgularıyla uyumlu gözükmektedir. Vakaların depresif belirti düzeyleri ile aleksitimi ölçek skorları arasında pozitif korelasyon olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlılık seviyesinde olduğu belirtilmiştir.

Obezite vakalarında kaygı ve depresif yakınma şiddetleri ile sosyal biliş becerileri arasında anlamlı bir etkileşim bulunmamaktadır. Ancak literatür incelemesinde Yeme Bozuklukları ile obezite arasındaki psikolojik özelliklerin benzerliği düşünüldüğünde, Yeme Bozuklukları ile yapılan araştırma sonuçlarının, obezite vakaları ile örtüşme ihtimalinin yüksek olduğu düşünülmüştür.

5.7. Duygu Düzenleme Güçlükleri

Çalışmamızda TYB Örnekleminde, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeğinin amaç alt ölçek skoru ile Gaf Testi skoru arasında anlamlı ters yönde doğrusal bir ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Literatüre bakıldığında, TYB ve Obezite vakalarında Duygu Düzenleme Güçlükleri ile sosyal bilişsel beceriler arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda araştırmaya rastlanmaktadır. TYB'li bireyler arasında duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını araştıran çalışmalarda tutarsız sonuçlar bildirilmiştir. Perçinel ve arkadaşlarının 2018 yılında yayınlanan çalışmalarında obezite tanılı ergen vakalarda sosyal biliş ve duygu düzenleme güçlükleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre; vakaların duygu düzenleme güçlük ölçek skorları düştükçe sosyal bilişbecerileri iyileşmekte, belirti düzeyleri arttıkça sosyal bilişsel becerileri kötüleşmektedir (118).

Gianini ve ark. (2013) yaptığı bir çalışmada ise 326 erişkin hasta örnekleminde TYB ve obezite tanılarını değerlendirmiş ve Duygusal yeme ile duygu düzenleme güçlükleri arasında pozitif korelasyon belirtmiştir (17). 2015 yılında Ceccarini ve ark. yaptığı çalışmada ise yeme bağımlılığı gösteren vakalarda DDÖ skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (244).

Bütün alt ölçek skorlar ile sosyal biliş becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da negatif bir korelasyon olması literatür bilgisi ile uyumlu gözükmemektedir.

Çalışmamızda sadece obez olan grupta; Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeğinin amaç alt ölçek skoru ile Yüzler testi, Dürtüsellik ve Kabul Etmeme alt ölçek skoru ile Beklenmedik Sonuçlar Testi, Toplam ölçek skoru ile Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi skoru arasında ters yönde doğrusal bir ilişkinin olduğu saptanmış ve alt ölçek skorlar ile sosyal biliş becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da negatif bir korelasyon olması ülkemizde Perçinel ve ark. 2018) yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla tutarlı gözükmemektedir.

6. KISITLILIKLAR

1. Çalışmamızda Obezite eş tanısı olan Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu vakaları değerlendirilmiştir. Obez olmayan ama Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu olan olgular çalışmaya dâhil edilmemiştir. Bu durum özellikle sosyal bilişsel işlevler açısından sonuçları etkilemiş olabilir. Normal kilolu TYB vakaların değerlendirildiği çalışmalar daha tanımlayıcı ve nesnel sonuçlar verecektir.
2. Çalışmamızda olgular yalnızca sosyal bilişsel işlevler açısından değerlendirilmiştir. Sosyal bilişi değerlendiren ölçeklerin çoğunun öz bildirim ölçeği olması, Bu durum verilerin aktarılmasında nesnel görüşleri yansıtmakta zorlanmaya yol açmaktadır. Değişkenlerin, klinisyen tarafından değerlendirilecek nesnel ölçeklerle yapılması sonuçların daha güvenilir olmasına yardımcı olacaktır.

3. Araştırmamızın kısıtlılıklarından biri, daha önce yapılan çalışmalarda zihin kuramı ile ilişkili olduğu düşünülen zekâ düzeyinin ölçülmemiş olmasıdır. Çalışma örneklemini seçerken klinik olarak zihinsel yetersizlik saptanmayan katılımcılar seçilmiştir ancak katılımcıların zekâ düzeyleri arasında fark olabilir, bu da testi uygulama anlama ve uygun yanıtlar vermeyi etkiliyor olabilir.
4. Literatüre bakıldığında sosyal biliş işlevlerinde bozulmaları, nörobilişsel bozulmalarla ilişkili değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Bunun yanı sıra sosyal bilişsel işlevlerinde bozulmalarını nörobilişsel bozulmalardan bağımsız olarak bozuk olduğunu değerlendiren çalışmalar da mevcuttur. Sosyal biliş işlevlerinin bağlantılı olduğu beyin bölgelerini değerlendiren nörokognitif testlerin çalışmaya dâhil edilmesi ve sosyal biliş üzerine etkisinin kontrol edilmesi daha güvenilir sonuçlar elde edilmesini sağlayabilir.
5. Çalışmamız, süre kısıtlılığı nedeniyle kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Sosyal bilişsel performansın ne zaman bozulduğuna dair net bilgiler sunmamızın önüne geçmekte, etiolojinin açığa kavuşturulması, etkili ve sürekliliği olan sağaltım yaklaşımlarının oluşturulması bakımından izlem araştırmalarının yapılması gerekmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇLAR

Araştırmamızda, TYB+obezite vakalarıyla obezite vakaları sosyal bilişsel işlevler ve klinik belirtiler bakımından incelenmiş, veriler örneklemlere ek olarak kontrol vakalarıyla kıyaslanmıştır. Sosyal bilişsel işlevlerin incelenmesinde; Yüzler Testi, Gözler Testi, Beklenmeyen Sonuçlar Testi, Gaf Testi, Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi; klinik belirtilerin değerlendirilmesinde Yeme Tutum Testi, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, Spielberger'in Sürekli-Durumluk Kaygı Envanteri, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Sonuçlar ise:

1. TYB+Obezite örnekleme, sosyal bilişsel işlevleri inceleyen bütün testlerde sağlıklı kontrol örnekleminde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük performans göstermiştir. Obezite örnekleme de, TYB+Obezite örneklemine benzer şekilde bütün testlerde sağlıklı kontrol örnekleminde anlamlı düzeyde düşük performans göstermiştir. Her iki grupta kontrol örnekleminde düşük skor almasıyla oluşan fark istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmıştır. Bu sonuç ilk hipotezimizi desteklemektedir.
2. TYB+Obezite örnekleme, sosyal bilişsel becerileri araştıran testlerde obezite örnekleminde farklı bir beceri gösterememiştir. Bu durum araştırmamızın ikinci hipotezimizi desteklememektedir.
3. Kaygı ve depresif yakınma düzeylerinde yükseklik ile sosyal bilişsel işlevler arasında ters yönelimde bir ilişki olduğu saptanmış ama sadece bir testte bu ilişki anlamlı düzeyde negatif korelasyon olarak bulunmuştur. Bu veriler ışığında; vakaların kaygı/depresyon yakınmalarının şiddeti arttıkça sosyal bilişsel işlevleri kötüleşme eğilimi, kaygı/depresyon yakınmalarının şiddeti azaldıkça sosyal bilişsel işlevleri iyileşme eğilimi olduğunu düşündürmektedir. Bu ters yönde olan korelasyon, güçsüz bir şekilde doğrudan ilişki olduğunu göstermekle birlikte değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisi vermemektedir.
4. TYB+Obezite örnekleminde Beden Kitle İndeksi ile sosyal biliş becerileri arasında olan ilişki değerlendirildiğinde; Beklenmedik Sonuçlar Testi skorları ile Beden Kitle İndeksi arasında negatif bir korelasyon olduğu görülmüştür. Bu veriler ışığında; vakaların Beden Kitle İndeksi arttıkça test skorları düşmekte, Beden Kitle İndeksi arttıkça test skorları düşmektedir. Bu durum, doğrudan ilişki olduğunu göstermekle birlikte değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisi vermemektedir. Öteki testlerin verilerinde değişkenler arasında olan ilişkinin aynı yönde olma eğilimi saptanmış fakat istatistiksel anlamlılık düzeyine erişememiştir. Araştırmamızın dördüncü hipotezi kısmen doğrulanmıştır.
5. Obezite örnekleminde Beden Kitle İndeksi ile sosyal biliş becerileri arasında olan ilişki değerlendirildiğinde; Beklenmedik Sonuçlar Testi, Gaf Testi, Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi skorları ile vakaların Beden Kitle İndeksi arasında anlamlı düzeye ulaşan bir korelasyon saptanmamış olup pozitif bir eğilim olduğu görülmüştür. Bu veriler ışığında; vakaların Beden Kitle İndeksi yükseldikçe test puanları yükselme eğiliminde, Beden Kitle İndeksi düştükçe test skorları düşme eğilimindedir. Bu anlamlı düzeye ulaşmayan pozitif ilişki bize, dolaylı ilişki olduğunu göstermekle birlikte değişkenler arasında neden-sonuç ilişkisi vermemektedir.

6. Diğer testlerde de (Gözler Testi ve Yüzler Testi), değişkenler arasındaki ilişkinin negatif yönde eğilimi saptanmış fakat bu ilişki istatistiksel anlamlılık seviyesine ulaşmamıştır. Araştırmamızın beşinci hipotezi kısmen doğrulanmıştır.

Araştırmamız hedeflerine ulaşmış olup başlangıç hipotezlerimiz doğrulanmıştır. Bozuklukların gidişatını daha net aydınlatabilmek ve bu nedenle daha etkili tedavi modaliteleri geliştirebilmek için geniş örneklemli izlem araştırmalarına gerek duyulmaktadır.

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: APA Press, 1994.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed.; American Psychiatric Publishing: Arlington, VA, USA, 2013.
3. Merle Lewer, Anika Bauer, Andrea S. HartmannI and Silja Vocks, Different Facets of Body Image Disturbance in Binge Eating Disorder: A Review, 2017
4. World Health Organization: International Classification of Diseases. 10th edition. WHO, Geneva, 1994.
5. Nicholls, W.; Devonport, T.J.; Blake, M. The association between emotions and eating behaviour in an obese population with binge eating disorder. *Obes. Rev.* 2016, 17, 30–42. [CrossRef] [PubMed]
6. Antony, M.M.; Johnson, W.G.; Carr-Nangle, R.E.; Abel, J.L. Psychopathology correlates of binge eating and binge eating disorder. *Compr. Psychiatry* 1994, 35, 386–392. [CrossRef]
7. Dingemans, A.E.; Visser, H.; Paul, L.; van Furth, E.F. Set-shifting abilities, mood and loss of control overeating in binge eating disorder: An experimental study. *Psychiatry Res.* 2015, 230, 242–248. [CrossRef] [PubMed]
8. Succurro, E., Segura-Garcia, C., Ruffo, M., Caroleo, M., Rania, M., Aloï, M., et al. (2015). Obese patients with a binge eating disorder have an unfavorable metabolic and inflammatory profile. *Medicine (Baltimore)*, 94(52), e2098. 10.1097/MD.0000000000002098.
9. Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1, 21. 10.1186/2050-2974-1-21.

10. Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14, 309–313. 10.1016/j.eatbeh.2013.05.008.
11. Grady, C.L. ve Keightley, M.L. (2002). Studies of altered social cognition in neuropsychiatric disorders using functional neuroimaging. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2002 May;47(4):327-36.
12. Özbaran B, Köse SG, Erermiş S. Yaygın Gelişimsel Bozukluklarda Sosyal Biliş. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2009;19; 322-331
13. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, et al. Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999–2010. *JAMA* 2012;307:483–490
14. Pike, K. M., & Dunne, P. E. (2015). The rise of eating disorders in Asia: A review. *Journal of Eating Disorders*, 3(33), <http://dx.doi.org/10.1186/s40337-015-0070-2>.
15. Carter, F. A., & Jansen, A. (2012). Improving psychological treatment for obesity. Which eating behaviours should we target? *Appetite*, 58(3), 1063–1069. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.016>.
16. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., et al. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological Psychiatry*, 73, 904–914.
17. Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14, 309–313. 10.1016/j.eatbeh.2013.05.008.
18. Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: A critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1, 21. 10.1186/2050-2974-1-21.
19. Bora, E., Köse S., Meta-Analysis of Theory of Mind in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Specific _Impairment of Cognitive Perspective Taking in Anorexia Nervosa?, *International Journal of Eating Disorders* 49:8 739–749 2016.
20. Doksat, G. N., Bağlanma ve yaşamda izdüşümleri, *Arşiv kaynak tarama dergisi*, 2016;25(4); 489-501
21. Field T: The effects of mother’s physical and emotional unavailability emotional regulation. In Fox A (ed): “The Development of Emotion Regulation. Biological and Behavioral Consideration.” *Monogr Soc Res Child Dev* 59: 208–227, 1994.

22. Sameroff AL: Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology* 12: 297–312, 2000.
23. Chatoor Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. VII, Williams and Wilkins, Baltimore (2000) pp. 2704–271
24. Celikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koc, M., Etikan, I., & Yucel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. *Comprehensive psychiatry*, 49(2), 188-194.
25. Noam, W. Differences in Emotion Regulation Difficulties Across Types of Eating Disorders During Adolescence, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2017 November
26. Grucza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in a Community Sample. *Comprehensive psychiatry*. 2007;48(2):124-131. doi:10.1016/j.comppsy.2006.08.002.
27. Gormally J, Black S, Daston S, Rardin D. The assessment of binge-eating severity among obese persons. *Addict Behav* 1982; 7:47–55.
28. Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993; 13:137–153
29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
30. Fairburn CG, Doll HA, Welch SL, Hay PJ, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1998;55:425-432.
31. Morgan CM, Yanovski SZ, Nguyen TT, McDuffie J, Sebring NG, Jorge MR et al. Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *Int. J. Eat. Disord*. 2002;31:430-441
32. Lee WW. An overview of pediatric obesity. *Pediatr. Diabetes*. 2007;8(Suppl 9):76- 87
33. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. – text revision). Washington, DC: Author.
34. American Psychiatric Association. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5, E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
35. American Psychiatric Association. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5, E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği

36. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., & Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904-914.
37. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348-358.
38. Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. Gender differences in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2002; 31:63–70.
39. Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 714-723.
40. Decaluwé, V., & Braet, C. (2003). Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *International journal of obesity*, 27(3), 404-409.
41. Trace, S. E., Thornton, L. M., Root, T. L., Mazzeo, S. E., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2012). Effects of reducing the frequency and duration criteria for binge eating on lifetime prevalence of bulimia nervosa and binge eating disorder: Implications for DSM--5. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 531-536.
42. Wijnhoven TMA, van Raaij JMA, Spinelli A, Rito AI, Hovengen R, Kunesova M, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6–9-year-old children. *Pediatr Obes*. 2013;8(2):79–97.
43. Agras W.S. (2009). Treatment of eating disorders. In: Schatzberg AF, Nemeroff CB, editors. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*. 4th ed. Arlington VA: American Psychiatric Association Pub.1231–40.
44. Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K., Obeid, N., Maras, D., Schubert, N., ... & Goldfield, G. (2015). Comparative Distribution and Validity of DSM---IV and DSM---5 Diagnoses of Eating Disorders in Adolescents from the Community. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 100-110.
45. Robinson, A. H., & Safer, D. L. (2012). Moderators of dialectical behavior therapy for binge eating disorder: results from a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 45(4), 597-602.
46. Hohlstein, L. A., Smith, G. T., Atlas, J. G. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders: Development and validation of measures of eating and dieting expectancies. *Psychological Assessment*, 10 (1), 49-58.

47. Grilo, C. M. (2002). Binge eating disorder. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*, 2, 178-182
48. Grucza, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2007). Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 124-131.
49. American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV*. American Psychiatric Association
50. American Psychiatric Association. (2000). *Dsm IV-Tr*. American Psychiatric Association
51. American Psychiatric Association. (2013). *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5, E Köroğlu (Çev. Ed.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.*
52. Yücel B, Akdemir A, Gürdal-Küey A, Maner F, Vardar E (2013). *Yeme Bozuklukları ve Obezite- Tanı ve Tedavi Kitabı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Çalışma Birimi Dizisi 15. Ankara*
53. Maayan LA, Woolston JL (2005). *Eating Disorders. Child and adolescent psychiatry: the essentials*, 1. Baskı, Cheng K, Myers KM(Ed), Philadelphia, Lippincot Williams & Wilkins, s.248-250
54. Bravender, T., Bryant---Waugh, R., Herzog, D., Katzman, D., Kriepe, R. D., Lask, B. E. E. A., ... & Zucker, N. (2010). Classification of eating disturbance in children and adolescents: Proposed changes for the DSM---V. *European Eating Disorders Review*, 18(2), 79-89.
55. Marcus, M. D., & Kalarchian, M. A. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S47-S57.
56. Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2006). How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 800-805.
57. Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Current psychiatry reports*, 17(6), 1-10.
58. Davis, C. (2015). The epidemiology and genetics of binge eating disorder (BED). *CNS spectrums*, 1-8.
59. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*. 2002;21(2):131–8.

60. Sonnevile, K. R., Grilo, C. M., Richmond, T. K., Thurston, I. B., Jernigan, M., Gianini, L., & Field, A. E. (2015a). Prospective association between overvaluation of weight and binge eating among overweight adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), 25-29.
61. Hilbert, A., Hartmann, A. S., Czaja, J., & Schoebi, D. (2013). Natural course of preadolescent loss of control eating. *Journal of abnormal psychology*, 122(3), 684.
62. Skinner, H. H., Haines, J., Austin, S. B., & Field, A. E. (2012). A prospective study of overeating, binge eating, and depressive symptoms among adolescent and young adult women. *Journal of Adolescent Health*, 50(5), 478-483.
63. Kessler RC¹, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, Xavier M,(2013), The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 May 1;73(9):904-14. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020. Epub 2013 Jan 3
64. Reinblatt, S. P., Leoutsakos, J. M. S., Mahone, E. M., Forrester, S., Wilcox, H. C., & Riddle, M. A. (2014). Association between binge eating and attention---deficit/hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. *International Journal of Eating Disorders*.
65. Nesse RM, Williams GC. *Why We Get Sick*. New York: Random House; 1994
66. Davis C. Evolutionary and neuropsychological perspective on addictive behaviors and addictive substances: relevance to the “food addiction” construct. *Subst Abuse Rehabil*. 2014; 5: 129–137.
67. Zhou Y, Kreek MJ. Alcohol: a stimulant activating brain stress responsive systems with persistent neuroadaptation. *Neuropsychopharmacology*. 2014; 87: 51–58.
68. Jönsson EG, Nöthen MN, Grünhage F, et al. Polymorphisms in the D2 receptor gene and their relationships to striatal receptor density in healthy volunteers. *Mol Psychiatry*. 1999; 4(3): 290–296.
69. Bart G, Kreek MJ, Ott J, et al. Increased attributable risk related to a functional mu- receptor gene polymorphism in association with alcohol dependence in central Sweden. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30(2): 417–422.

70. Peciña M, Love T, Stohler CS, Goldman D, Zubieta JK. Effects of the mu opioid receptor polymorphism (OPRM1 A118G) on pain regulation, placebo effects and associated personality trait measures. *Neuropsychopharmacology*. 2015; 40(4): 957–965
71. Davis C, Zai C, Levitan RD, et al. Opiates, overeating, and obesity: a psychogenetic analysis. *Int J Obes (Lond)*. 2011; 35(10): 1347–1354.
72. Troisi A, Frazzetto G, Carola V, et al. Social hedonic capacity is associated with the A118G polymorphism of the mu-opioid receptor gene (OPRM1) in adult healthy volunteers and psychiatric patients. *Soc Neurosci*. 2011; 6(1): 88–97.
73. Loseth GE, Ellingsen D-M, Leknes S. State-dependent μ -opioid modulation of social motivation. *Front Behav Neurosci*. 2014; 8: 430
74. Davis C, Levitan RD, Yilmaz Z, Kaplan AS, Carter JC, Kennedy JL. Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: genotypes and sub-phenotypes. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2012; 38(2): 328–335.
75. Davis C, Levitan RD, Carter JC, et al. Binge eating disorder and ‘food addiction’: a multi-locus genetic profile study. Paper presented at: the annual meeting of the Eating Disorder Research Society; September 2012; Porto, Portugal.
76. Monteleone P, Tortorella A, Castaldo E, Maj M. Association of a functional serotonin gene polymorphism with binge eating disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006; 141B(1): 7–9.
77. Griffith L. Culture-bound syndrome. In Cockerham W, Dingwall R, Quah SR, eds. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. Wiley- Blackwell;2014.
78. Schienle A., Schäfer A., Hermann A., Vaitl D. Binge-eating disorder: reward sensitivity and brain activation to images of food *Biol. Psychiatry*, 65 (2009), pp. 654-661
79. Schäfer, A., Vaitl, D., & Schienle, A. (2010). Regional grey matter volume abnormalities in bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Neuroimage*, 50(2), 639-643.
80. Masheb, R. M., Grilo, C. M., & White, M. A. (2011). An examination of eating patterns in community women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 618-624.
81. Weygandt, M., Schaefer, A., Schienle, A., & Haynes, J. D. (2012). Diagnosing different binge---eating disorders based on reward---related brain activation patterns. *Human brain mapping*, 33(9), 2135-2146.
82. Wu, M., Giel, K. E., Skunde, M., Schag, K., Rudofsky, G., Zwaan, M., ... & Friederich, H. C. (2013). Inhibitory control and decision making under risk in bulimia nervosa and binge---eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 93. 721-728.

83. Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313.
84. Robinson, A., Safer, D. L., Austin, J. L., & Etkin, A. (2015). Does implicit emotion regulation in binge eating disorder matter? *Eating behaviors*, 18, 186-191.
85. Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorders Review*, 19(5), 426-437.
86. Hilbert, A., & Tuschen-Caffier, B. (2005). Body-Related Cognitions in Binge-Eating Disorder and Bulimia Nervosa. *Journal of social and clinical psychology*, 24(4), 561- 579.
87. Grilo CM, Masheb RM, White MA (2010) Significance of overvaluation of shape/weight in binge-eating disorder: comparative study with overweight and bulimia nervosa. *Obesity* 18:499–504. doi: 10.1038/oby.2009.280
88. Grilo, C. M., Ivezaj, V., & White, M. A. (2015). Evaluation of the DSM-5 severity indicator for binge eating disorder in a clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 71, 110-114.
89. Harvey, K., Rosselli, F., Wilson, G. T., DeBar, L. L., & Striegel-Moore, R. H. (2011). Eating patterns in patients with spectrum binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 447-451.
90. Goldschmidt, A. B., Wall, M., Loth, K. A., Le Grange, D., & Neumark-Sztainer, D. (2012). Which dieters are at risk for the onset of binge eating? A prospective study of adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 51(1), 86-92.
91. Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., ... & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry research*, 220(1), 500-506.
92. Iacovino JM, Gredysa DM, Altman M, Wilfley DE Psychological treatments for binge eating disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2012 Aug; 14(4):432-46
93. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2010 Apr; 43(3):205-17.
94. Munsch S, Meyer AH, Biedert E Efficacy and predictors of long-term treatment success for Cognitive-Behavioral Treatment and Behavioral Weight-Loss-Treatment in overweight individuals with binge eating disorder. *Behav Res Ther*. 2012 Dec; 50(12):775-85.
95. Grilo CM, White MA, Gueorguieva R, Wilson GT, Masheb RM Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychol Med*. 2013 Jun; 43(6):1335-

96. Compare A, Calugi S, Marchesini G, Molinari E, Dalle Grave R Emotion-focused therapy and dietary counseling for obese patients with binge eating disorder: a propensity score-adjusted study. *Psychother Psychosom.* 2013; 82(3):193-4.
97. Vancampfort D, Vanderlinden J, De Hert M, Adámková M, Skjaerven LH, Catalán-Matamoros D, Lundvik-Gyllensten A, Gómez-Conesa A, Ijntema R, Probst M, A systematic review on physical therapy interventions for patients with binge eating disorder. *Disabil Rehabil.* 2013; 35(26):2191-6.
98. Balestrieri M, Isola M, Baiano M, Ciano R Psychoeducation in Binge Eating Disorder and EDNOS: a pilot study on the efficacy of a 10-week and a 1-year continuation treatment *Eat Weight Disord.* 2013 Mar; 18(1):45-51.
99. Leombruni P, Ottone L, Lavagnino L, Siccardi S, Nicotra B, Migliore F, et al. Group psychoeducational psychotherapy in Binge Eating Disorder. *Minerva Psichiatr.* 2010;51(3):135–44.
100. Vocks S, Tuschen-Caffier B, Pietrowsky R, Rustenbach SJ, Kersting A, Herpertz S. Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2010;43(3):205–17.
101. Grilo CM, Masheb RM, Crosby RD. Predictors and moderators of response to cognitive behavioural therapy and medication for the treatment of binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(5):897–906. doi: 10.1037/a0027001. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
102. Munsch S, Meyer AH, Biedert E. Efficacy and predictors of long-term treatment success for Cognitive-Behavioural Treatment and Behavioural Weight-Loss-Treatment in overweight individuals with binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2012;50(12):775– 85. doi: 10.1016/j.brat.2012.08.009. [PubMed][Cross Ref]
103. Klein AS, Skinner JB, Hawley KM. Adapted group-based dialectical behaviour therapy for binge eating in a practicing clinic: clinical outcomes and attrition. *Eur Eat Disord Rev.* 2012;20(3):e148–53. doi: 10.1002/erv.2165. [PubMed] [Cross Ref]
104. Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, Tanofsky-Kraff M, Swenson AK, Welch RR, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry.* 2012;200(3):232–7. doi: 10.1192/bjp.bp.110.089664. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]

105. Brambilla F, Samek L, Company M, Lovo F, Cioni L, Mellado C. Multivariate therapeutic approach to binge-eating disorder: combined nutritional, psychological and pharmacological treatment. *Int Clin Psychopharmacol*. 2009;24(6):312–7. doi: 10.1097/YIC.0b013e32832ac828. [PubMed] [Cross Ref]
106. Shire US Inc. Vyvanse® (lisdexamfetamine dimesylate): US prescribing information 2017;2017.
107. Reas DL, Grilo CM. Review and meta-analysis of pharmacotherapy for binge-eating disorder. *Obesity*. 2008;16(9):2024–38. doi: 10.1038/oby.2008.333. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref]
108. McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, O'Melia AM. Pharmacological management of binge eating disorder: current and emerging treatment options. *Ther Clin Risk Manag*. 2012; 8:219–41. doi: 10.2147/TCRM.S25574. [PubMed] [Cross Ref]
109. (Cuuran JS, Bames LA. Obesity In: Behram RE, Kliegman RM, Jenson HB, Nelson Textbook of Pediatrics, 16th Edition, W.B. Saunders Company 2000; 172-6.)
110. Günöz H. Çocuk ve adolesan yaşlarda obezite. XXXVII Türk Pediatri Kongresi, 14-18 Mayıs, İzmir 2001; 156-61.
111. Abdullah Bereket, Zeynep Atay. Current Status of Childhood Obesity and its Associated Morbidities in Turkey *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 2012;4(1):1-7
112. Ogden CL, Flegal KM. Changes in terminology for childhood overweight and obesity. *National health statistics reports*; no 25. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2010.
113. Yeşiller E. Bolu’da İlköğretim Çocukları arasında aşırı kilo-obezite sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, 2013
114. Önder A. Obezite Tanılı Çocuk ve Ergenlerde psikopatoloji, yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2015
115. Perçinel İ. Anoreksiya nervoza ve eksojen obezite tanılı 11-18 yaş arası vakaların sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2013
116. Önder A. Obezite Tanılı Çocuk ve Ergenlerde psikopatoloji, yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2015

117. Aksakal S, (2008) Obez Lise Öğrencilerinin Yalnızlık Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.
118. Perçinel İ. Anoreksiya nervoza ve eksojen obezite tanılı 11-18 yaş arası vakaların sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2013
119. Jeffrey B. Schwimmer, MD; Tasha M. Burwinkle, MA; James W. Varni, PhD Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents *JAMA*. 2003;289(14): 1813-1819.doi:10.1001/jama.289.14.1813
120. O. Pinhas-Hamiel, S. Singer, N. Pilpel, A. Fradkin, D. Modan, and B. Reichman, "Health-related quality of life among children and adolescents: associations with obesity," *International Journal of Obesity*, 2006 vol. 30, no. 2, pp. 267–272,
121. Pratt, E. M., Telch, C. F., Labouvie, E. W., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2001) Perfectionism in women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 177-186.
122. Hjördis, B., & Gunnar, E. (1989). Characteristics of Drop-outs from a longterm behavioral treatment program for obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 363-368.
123. Waring, M.E. & Lapane, K.L. (2008). Overweight in children and adolescents in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a national sample, *Pediatrics*, 122, e1 – 6.
124. Erermis S, Çetin N, Tamar M ve ark. Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents? *Pediatrics International* 2004;46(3):296-301.
125. Dallar, Y., Erdeve, Ş. S., Çakır, İ., & Köstü, M. (2006). Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, 48, 1-3.
126. Cengiz Y, Obez ergenlerde beden algısı, benlik saygısı ve ruhsal durum değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul 2011
127. Schaeter DE. *Eating Disorders*. H.L. Millman Van Nostrand Reineold Company 1981:201-16.
128. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar (Uzmanlık Tezi) İstanbul: T.C Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
129. Fiske, S.T. ve Taylor, S.E. (2013). 'Social cognition: From brains to culture. Sage, Inc. ISBN 9781446263945.

130. Saatçioğlu H. İnternet bağımlılığı tanısı alan ergenlerin sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2016
131. Augustinos, M., Walker, I. ve Donaghue, N. (2014). 'Social Cognition an Integrated Introduction. Sage Publications Ltd., Inc. ISBN 144629725X
132. Perçinel İ. Anoreksiya nervoza ve eksojen obezite tanılı 11-18 yaş arası vakaların sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2013
133. Özbaran, B., Köse, S.G. ve Erermiş, S. (2009). Yaygın Gelişimsel Bozukluklarda Sosyal Biliş. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 19, 322-331.
134. Pinkham, A.E., Hopfinger, J.B., Pelphrey, K.A., Piven, J. ve Penn, D.L. (2008). Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. Schizophrenia research, 99(1), 164-175.
135. Yıldırım, E. ve Alptekin, K. (2012). Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:368-375.
136. Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Heinssen, R. et al. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. Schizophrenia bulletin, 34(6), 1211- 1220.
137. Corrigan, P.W., Wallace, C.J. ve Green, M.F. (1992). Deficits in social schemata in schizophrenia. Schizophrenia research, 8(2), 129-135.
138. Yıldırım, E. ve Alptekin, K. (2012). Şizofrenide Öne Çıkan Yeni Bir Boyut: Sosyal Biliş, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:368-375.
139. Zullow, H.M., Oettingen, G., Peterson, C. ve Seligman, M.E. (1988). Pessimistic explanatory style in the historical record: CAVing LBJ, presidential candidates, and East versus West Berlin. American Psychologist, 43(9), 673.
140. Green, M.F., Penn, D.L., Bentall, R., Carpenter, W.T., Gaebel, W., Gur, R.C., Heinssen, R. et al. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. Schizophrenia bulletin, 34(6), 1211- 1220.
141. Kinderman, P. ve Bentall, R. P. (1996). A New measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. Personality and Individual differences, 20(2), 261-264.

142. Harrington L, Sieger RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: a critical review. *Cognit Neuropsychiatry* 2005; 10:249–86.
143. Leslie A. Pretence and representation: The origins of theory of mind. *Psychology Review* 1987; 94: 412–26.
144. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1997; 38: 813–22.
145. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2006; 30: 437– 55.
146. Brüne M. “Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31(1): 21-42.
147. Baron-Cohen, S., O’Riordan, M., Stone, V., Jones, R. ve Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 29 (5), 407-418.
148. Tapajóz Pereira de Sampaio, F., Soneira, S., Aulicino, A. and Allegri, R. F. (2013), Theory of Mind in Eating Disorders and Their Relationship to Clinical Profile. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 21: 479-487. Doi:10.1002/erv.2247
149. Turton, R., Chami, R. & Treasure, J. *Curr Obes Rep* (2017) 6: 217. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0265-8>
150. Sarah E. Racine & Sarah A. Horvath (2018) Emotion dysregulation across the spectrum of pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating, *Eating Disorders*, 26:1, 13- 25, DOI: 10.1080/10640266.2018.1418381
151. Dingemans A, Danner U, Parks M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 2017;9(11):1274. Doi:10.3390/nu9111274.
152. Adenzato, M., Todisco, P., & Ardito, R. B. (2012). Social cognition in anorexia nervosa: Evidence of preserved theory of mind and impaired emotional functioning. *PloS One*, 7(8) e44414. 10.1371/ journal. Pone.0044414
153. Dejong, H., Van den Eynde, F., Broadbent, H., Kenyon, M. D., Lavender, A., Startup, H., et al. (2013). Social cognition in bulimia nervosa: A systematic review. *European Psychiatry*, 28, 1–6. 10.1016/j.eurpsy.2011.07.002.
154. Caglar-Nazali, H. P., Corfield, F., Cardi, V., Ambwani, S., Leppanen, J., Olabintan, O., et al. (2014). A systematic review and metaanalysis of ‘Systems for Social Processes’ in eating disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 42, 55–92. 10.1016/j.

neubiorev.2013.12.002.

155. Oldershaw, A., Hambrook, D., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2010). Emotional theory of mind and emotional awareness in recovered anorexia nervosa patients. *Psychosomatic Medicine*, 72, 73–79. 10.1097/PSY.0b013e3181c6c7ca.
156. Laghi, F., Cotugno, A., Cecere, F., Sirolli, A., Palazzoni, D., & Bosco, F. M. (2014). An exploratory assessment of theory of mind and psychological impairment in patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychology*, 105, 509–523. 10.1111/bjop.12054.
157. Succurro, E., Segura-Garcia, C., Ruffo, M., Caroleo, M., Rania, M., Aloï, M., et al. (2015). Obese patients with a binge eating disorder have an unfavorable metabolic and inflammatory profile. *Medicine (Baltimore)*, 94(52), e2098. 10.1097/MD.0000000000002098
158. Kaufman, Joan et al., Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School- Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 36, Issue 7, 980 – 988
159. Gökler, B., Ünal, F., Pehlivan Türk, B., Kültür, EÇ., Akdemir, D., Taner, Y. (2004). Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli- Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 11 (3): 109-116.
160. Achenbach, TM., Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and Revised Child Behavior Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.
161. Erol, N., Arslan, LB., Akçakın, M. (1995). The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year old Turkish Children. *Eunethydis içinde Sergeant J (ed), European Approaches to hiperkinetic disorders Zurich, Fotorotor, Egg: 109-113.*
162. Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *The International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–70.
163. Yucel, B., Polat, A., Ikiz, T., Dugor, B. P., Elif Yavuz, A. and Sertel Berk, O. (2011), The Turkish Version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and Validity in Adolescents. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 19: 509-511. Doi:10.1002/erv.1104
164. Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(2), 273-279.

165. Savaşır, I. (1989). Erol N. Yeme tutum testi: Anoreksiya nervoza belirtiler indeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7, 19-25.
166. Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54
167. Saritas D, Gençöz T (2011) Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) in a Turkish adolescent sample. 12th European Congress of Psychology, Istanbul.
168. Kovacs, M. (1980/1981). Rating scale to depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*, 46: 305-15.
169. Öy, B. (1990). Çocuklar için depresyon ölçeğinin öğrenciler ve çocuk ruh sağlığı kliniğine başvuran çocuklarda uygulanması. *Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi*. Ankara
170. Spielberger CD, Gorsuch RL ve Lushene RE (1970) Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California Consulting Psychologists Press, Palo Alto, ABD.
171. Öner N, LeCompte A (1985) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, İkinci Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.
172. Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766. Perçinel İ. Anoreksiya nervoza ve eksojen obezite tanılı 11-18 yaş arası vakaların sosyal bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, 2013
173. Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(5), 407-418.
174. Girli, A., Psychometric Properties of the Turkish Child and Adult Form of “Reading the Mind in the Eyes Test”, *Psychology* 05(11):1321-1337 · January 2014 Rosen, K. (1996).
175. The principles of developmental psychopathology: Illustration from the study of eating disorders. In L. Smolak, M. P. Levine, & R. Striegel-Moore (Eds.). *The developmental psychopathology of eating disorders* (3- 29). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

176. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, Deitz AC, Hudson JI, Shahly V, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, de Graaf R, Maria Haro J, Kovess-Masfety V, O'Neill S, Posada-Villa J, Sasu C, Scott K, Viana MC, Xavier M Biol Psychiatry. 2013 May 1; 73(9):904-14
177. Daniels SR, Jacobson MS, McCrindle BW, Eckel RH, Sanner BM. American Heart Association Childhood Obesity Research Summit: executive summary. Circulation. 2009; 119:2114–2123.
178. Grace GF. Contrasting anorexia nervosa in males cross nationally in the United States, Canada, and Great Britain. Diss Abstr Int, Section B 2003;64:2387.
179. Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K., Obeid, N., Maras, D., Schubert, N., ... & Goldfield, G. (2015). Comparative Distribution and Validity of DSM---IV and DSM---5 Diagnoses of Eating Disorders in Adolescents from the Community. European Eating Disorders Review, 23(2), 100-110.
180. Influence of gender on prevalence of overweight and obesity in Nigerian schoolchildren and adolescents. Maruf FA¹, Aronu U, Chukwuegbu K, Aronu AE. Tanzan J Health Res. 2013 Oct;15(4):247-51.
181. Rathner G. Post-communism and the marketing of the thin ideal. In: Nasser M, Katzman MA, Gordon RA, editors. Eating disorders and cultures in transition. New York: Brunner-Routledge; 2001. pp. 93–110.
182. Rodgers, R. and Chabrol, H. (2009), Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: A review. Eur. Eat. Disorders Rev., 17: 137-151. doi:10.1002/erv.907
183. Grusec, J. E. and Davidov, M., 2015 J.E. Grusec, M. Davidov **Analyzing socialization from** a domain-specific perspective J.E. Grusec, P.D. Hastings (Eds.), Handbook of socialization: Theory and research (2nd ed.), Guilford Press, New York, NY, US (2015), pp. 158-181
184. E.Y. Chen, M.S. McCloskey, K.E. Kathryn Subtyping dietary restraint and negative affect in a longitudinal community sample of girls International Journal of Eating Disorders, 42 (3) (2009), pp. 275-283, 10.1002/eat.20661
185. L. B. Shomaker, M. Tanofsky Kraff, C. Elliott, L.E. Wolkoff, K.M. Columbo, L.M. Ranzenhofer, J.A. Yanovski Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter? International Journal of Eating Disorders, 43 (8) (2010), pp. 707- 716,

10.1002/eat.20767

186. Pauli-Pott, K. Becker, Ö. Albayrak, J. Hebebrand, W. Pott Links between psychopathological symptoms and disordered eating behaviors in overweight/obese youths International Journal of Eating Disorders, 46 (2) (2013), pp. 156- 163, 10.1002/eat.22055
187. Kappel DB. Índice de desenvolvimento infantil no Brasil: uma análise regional. Rev Bras Educ. 2007;12:232–240.
188. Lifestyle factors and socioeconomic variables associated with abdominal obesity in Brazilian adolescents. Moraes AC, Falcão MC Ann Hum Biol. 2013 Jan; 40(1):1-8.
189. Lavender, J.M. & Mitchell, J.E. Curr Treat Options Psych (2015) 2: 394. <https://doi.org/10.1007/s40501-015-0061-6>
190. Araujo DM, Santos GF, Nardi AE. Binge eating disorder and depression: a systematic review. World J Biol Psychiatry. 2010;11(2 pt 2):199–207.
191. Yip SW, White MA, Grilo CM, et al. An exploratory study of clinical measures associated with subsyndromal pathological gambling in patients with binge eating disorder. J Gambl Stud. 2011;27(2):257–270.
192. Grilo CM. Why no cognitive body image feature such as overvaluation of shape/weight in the binge eating disorder diagnosis? Int J Eat Disord. 2013;46(3):208–211.
193. Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. Compr Psychiatry. 2014;55(3):565–571.
194. Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. Appetite 2004; 43:303-307
195. Mobbs O, Crépin C, Thiéry C, Golay A, Van der Linden M. Obesity and the four facets of impulsivity. Patient Educ Couns 2010; 79:372-377. Guerrieri, R., Nederkoorn, C., & Jansen, A. (2007). The interaction between impulsivity and a varied food environment: its influence on food intake and overweight. International Journal of Obesity, 32(4), 708-714
196. Nederkoorn C, Braet C, Van Eijs Y, Tanghe A, Jansen A. Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. Eat Behav 2006; 7:315-322.
197. McElroy SL, Kotwal R, Malhotra S, et al. Are mood disorders and obesity related? A review for the mental health professional. J Clin Psychiat. 2004;65(5):634–50. [PubMed]

198. Mulvaney SA, Kaemingk KL, Goodwin JL, et al. Parent-rated behavior problems associated with overweight before and after controlling for sleep disordered breathing. *BMC Pediatrics*. 2006; 6:34.
199. Sawyer MG, Miller-Lewis L, Guy S, et al. Is there a relationship between overweight and obesity and mental health problems in 4- to 5-year-old Australian children? *Ambul Pediatr*. 2006;6(6):306–11.[[PubMed](#)]
200. Lawlor DA, Mamun AA, O'Callaghan MJ, et al. Is being overweight associated with behavioural problems in childhood and adolescence? Findings from the Mater- University study of pregnancy and its outcomes. *Arch Dis Childh*. 2005; 90:692–7
201. M.S. Alvarenga, F.B. Scagliusi, S.T. Philippi Development and validity of the disordered eating attitude scale (DEAS) *Percept Mot Skills*, 110 (2010), pp. 379-395
202. S.R. Sunday, A. Einhorn, K.A. Halmi Relationship of perceived macronutrient and caloric content of affective cognitions about food in eating-disordered, restrained, and unrestrained participants *Am J Clin Nutr*, 55 (1992), pp. 362-371
203. S. Fassino, P. Leombruni, A. Piero, G. Abbate-Daga, G.G. Rovera Mood, eating attitudes and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder *J Psychosom Res*, 54 (2003), pp. 559-566
204. Wilfley, D.E., Schwartz, M.B., Spurrell, E.B., & Fairburn, C.G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behaviour Research & Therapy*, 35, 1151–1159.
205. Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Wilson, G. T. (2001). Subtyping binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1066-1072.
206. C. Grilo, R. Masheb, M.A. White Significance of overvaluation of shape/weight in binge eating disorder: comparative study with overweight and bulimia nervosa *Obesity*, 18 (3) (2010), pp. 499-504
207. D. Wilfley, M. Schwartz, E. Spurrell, C. Fairburn Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder *Int J Eat Disord*, 27 (3) (2000), pp. 259-269
208. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Recurrent binge eating with and without the “undue influence of weight or shape on self-evaluation”: Implications for the diagnosis of binge eating disorder. *Behav Res Ther*. 2007; 45:929–938
209. Grilo CM, Hrabosky JI, Allison KC, Stunkard AJ, Masheb RM. Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of a diagnostic construct. *J Abn Psychol*. 2008; 117:414–419.

210. R. Øyvind, D.L. Reas, J. Rosenvinge The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample *Eating Behaviors*, 13 (2012), pp. 158-161
211. Decaluwé, V., & Braet, C. (2004). Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: Interview versus self-report questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 42(7), 799-811
212. Maffei C, et al. Distribution of food intake as a risk factor for childhood obesity. *International Journal of Obesity* 2000; 24: 75-80.
213. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:228-34.
214. Van Hout GCM, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obesity Surg* 2004;14:579-88.
215. Sarah F, Lauren B, Joseph W, Margaret L. Westwater, Ross D.C, Scott G.E, James T, Jason L, Stephen W, Impact of the neural correlates of stress and cue reactivity on stress related binge eating in the natural environment, *Journal of Psychiatric Research*, Volume 92,2017,Pages 15-23,ISSN 0022-3956,
216. Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H. W., Joos, A., & Hartmann, A. (2011). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorder Review*, 19, 426– 437. 10.1002/erv.1066.
217. Marchesi, C., Ossola, P., Tonna, M., & De Panfilis, C. (2014). The TAS-20 more likely measures negative affects rather than alexithymia itself in patients with major depression, panic disorder, eating disorders and substance use disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 972–978. 10.1016/j.comppsy.2013.12.008.
218. Aloï, M., Rania, M., Caroleo, M., De Fazio, P., and Segura-García, C. (2017) Social Cognition and Emotional Functioning in Patients with Binge Eating Disorder. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 25: 172–178. doi: [10.1002/erv.2504](https://doi.org/10.1002/erv.2504).
219. Amodio DM, Frith CD. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews Neuroscience* 2006;7(4); 268-277.
220. Pinkham AE, Penn DL, Perkins DO, Lieberman J. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2003;160(5); 815-824.
221. Ipek Percinel, Burcu Ozbaran, Sezen Kose, Damla Goksen Simsek & Sukran Darcin (2016) Increased deficits in emotion recognition and regulation in children and adolescents with exogenous obesity, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 19:2, 112-118,

DOI: 10.1080/15622975.2016.1265147

222. Aloï, M., Rania, M., Caroleo, M., De Fazio, P., and Segura-García, C. (2017) Social Cognition and Emotional Functioning in Patients with Binge Eating Disorder. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 25: 172–178. Doi: 10.1002/erv.2504.
223. Sabbagh MA, Moulson MC, Harkness KL. Neural correlates of mental state decoding in human adults: An event-related potential study. *J Cogn Neurosci* 2004; 16:415–426
224. Oldershaw A, Hambrook D, Stahl D, Tchanturia K, Treasure J, Schmidt U. The socio-emotional processing stream in Anorexia Nervosa. *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35:970–988.
225. Harrison A, Tchanturia K, Treasure J. Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: State or trait? *Biol Psychiatry* 2010;68: 755–761
226. Tapajoz P de Sampaio F, Soneira S, Aulicino A, Martese G, Iturry M, Allegri RF. Theory of mind and central coherence in eating disorders: Two sides of the same coin? *Psychiatry Res* 2013; 210:1116–1122.
227. Medina-Pradas C, Blas Navarro J, Alvarez-Moya EM, Grau A, Obiols JE. Emotional theory of mind in eating disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2012; 12:189–202
228. Calvo SR, Gallego Morales LT, Solorzano Ostolaza G, Kassem Garcia S, Morales Martinez C, Codesal Julian R. Emotional processing in adult vs. adolescent patients with eating behavior disorders; emotional recognizing and the mental theory. *Nutr Hosp* 2014; 29:941–952
229. Laghi F, Cotugno A, Cecere F, Sirolli A, Palazzoni D, Bosco FM. An exploratory assessment of theory of mind and psychological impairment in patients with bulimia nervosa. *Br J Psychol* 2014; 105:509–523.
230. Kittel R., Brauhardt A., Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *Int. J. Eat. Disord.* 2015; 48:535–554. Doi: 10.1002/eat.22419. [PubMed] [Cross Ref]
231. Fernandes J., Ferreira-Santos F., Miller K., Torres S. Emotional processing in obesity: A systematic review and exploratory meta-analysis. *Obes. Rev.* 2017 doi: 10.1111/obr.12607.
232. Svaldi J., Caffier D., Tuschen-Caffier B. Emotion suppression but not reappraisal increases desire to binge in women with binge eating disorder. *Psychother. Psychosom.* 2010; 79:188–190. Doi: 10.1159/000296138
233. Connolly A.M., Rieger E., Caterson I. Binge eating tendencies and anger coping: Investigating the confound of trait neuroticism in a non-clinical sample. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 2007; 15:479–486. Doi: 10.1002/erv.765

234. Svaldi J., Griepenstroh J., Tuschen-Caffier B., Ehring T. Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Res.* 2012; 197:103–111. Doi: 10.1016/j.psychres.2011.11.009.
235. Ruscitti C., Rufino K., Goodwin N., Wagner R. Difficulties in emotion regulation in patients with eating disorders. *Borderline Personal. Disord. Emot. Dysregul.* 2016; 3:3. doi: 10.1186/s40479-016-0037-1.
236. Nolen-Hoeksema S., Wisco B.E., Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect. Psychol. Sci.* 2008; 3:400–424. Doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x.
237. Ceccarini M, Borrello M, Pietrabissa G, Manzoni GM, Castelnovo G. Assessing motivation and readiness to change for weight management and control: an in-depth evaluation of three sets of instruments. *Frontiers in Psychology.* 2015;6:511. doi:10.3389/fpsyg.2015.00511.

BÖLÜM VIII

EKLER

- EK 1. Sağlıklı Gönüllü bilgilendirilmiş olur formu-Ebeveyn ve çocuk için
- EK 2. Olgu grubu bilgilendirilmiş olur formu-Ebeveyn ve çocuk için
- EK 3. Sosyodemografik veri formu
- EK 4. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği
- EK 5. Yeme Tutum Testi
- EK 6. 4-18 Yaş Davranış Değerlendirme Ölçeği
- EK 7. Çocukluk Çağı Depresyon Ölçeği
- EK 8. Durumluluk/Sürekli Kaygı Ölçeği
- EK 9. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği
- EK 10. Global Değerlendirme Ölçeği
- EK 11. Etik kurul onay belgesi

EK 1. SAĞLIKLI GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU-EBEVEYN VE ÇOCUK İÇİN

SAĞLIKLI GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Herhangi bir ruhsal bozukluğunuz bulunmamaktadır. Bu araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir.

Obezite, çocukluk ve ergenlik yaş grubunda son 20 yılda üç kat artış gösteren kardiyovasküler ve aterosklerotik değişikliklerle ilişkili kronik metabolik bir hastalıktır. Birçok çalışmada, obezitenin ileri dönemde hipertansiyon, dislipidemi, tip 2 diyabet ve kanser gibi ciddi komplikasyonlara neden olduğu gösterilmiştir.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), bir bireyin aynı zaman diliminde ve aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını dizginleyemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranışının tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur.

Bu çalışma bir olgu kontrol çalışmasıdır. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu için tanımlanmış olgu grubu ve tanıyı karşılamayan obez ve sağlıklı kontrol grubu bulunmaktadır.

Literatürde, obezite ve dürtüsellik, emosyonel faktörler, sosyal uyum ve sosyal ilişkiler, benlik saygısı, eşlik eden psikopatolojilerle ilgili yapılmış çalışmalar olmakla birlikte, eksojen obezitesi olan çocuk ve ergenlerde uygun testler kullanılarak sosyal bilişsel becerileri değerlendiren az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Mevcut çalışmaların bulgularından da anlaşılmaktadır ki, obezite, bireyleri sadece beşensel değil ruhsal olarak da zorlayan ve pek çok psikopatolojinin ortaya çıkmasına neden olan bir durumdur.

Bu çalışmada Tıkınırcasına Yeme bozukluğu ile birlikte Yeme bozukluğuna çok benzer psikososyal özellikler gösteren eksojen obezitesi olan çocuk ve ergenler ve sağlıklı kontrollerde **sosyal bilişsel yeteneklerin değerlendirilmesi** amaçlanmıştır.

Öncelikle sizinle ve ailenizle yapılandırılmış klinik görüşme yapılacaktır ve sizden bazı ölçekler doldurmanız istenecek ve bizim tarafımızdan bazı ölçekler uygulanacaktır. Bu bağlamda size ve ailenize demografik özelliklerinize, varsa hastalık geçmişinize, hastalık gidiş özelliklerinize, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öykünüze, tıbbi hastalık öykünüze, aile öykünüze ve varsa önceki tedavilerinize yönelik sorular sorulacaktır. Daha sonra çalışma kapsamında çocuk ve ergenler ile ebeveynleri tarafından bildirilen ve değerlendirme sırasında saptanan semptomları incelemek ve sosyal bilişlerini

değerlendirmek için testler uygulanacaktır. Bu testlerin tamamlanması yaklaşık 3 saat sürecektir.

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 64 tıkinırcasına yeme bozukluk tanısı olan ve olmayan obez ergen ve benzer yaş, cinsiyet vb. özelliklere sahip 64 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 128 kişidir.

Bu çalışma nedeniyle tedaviniz ya da izlenme programınız değişmeyecektir. Size herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. **Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır.** Görüşme ya da ölçek doldurulması sırasında size sorulacak bazı sorular sizi rahatsız edebilir. Sizi rahatsız eden soruları cevaplamak zorunda değilsiniz. Bu çalışma sizin açınızdan rutin bir klinik görüşmede ya da günlük yaşantınızda olabileceğinden daha farklı bir deneyim

olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. Bu durumda güvenliğiniz için ek başka testler yapılması gerekip gerekmediği hakkında bilgilendirileceksiniz. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Çalışma konusuyla ilgili ve çalışmaya katılma isteminizin devamlılığını etkileyecek yeni bilgiler öğrenildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız yukarıda belirtildiği gibi gizli kalacaktır. Ancak araştırma verileri üzerinde ekibimizin bilgi ve becerisi ötesinde ileri analiz yapılmasına gerek olursa, benzer çalışmaları yapan dış merkezlerle verileriniz paylaşılabilir. Ayrıca Yerel Etik Kurulların ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız kendilerine açık olacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için Dr. Serkan TURAN ile adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnciraltı/ İzmir

Telefon: 553-5935937

Katılımınız öncelikle kendi tıbbi riskleriniz ve durumunuz hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla sizinle aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanı sıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Anabilim Dalı
Narlıdere / İzmir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Narlıdere / İzmir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Anabilim Dalı

Narlıdere / İzmir

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

					
Katılımcının adı/soyadı	Tarih/İmza				
.....					
.....					
.....					
Katılımcının Veli/Vasisi adı/soyadı	Tarih/İmza				
.....					
.....					
.....					
Araştırmacının adı/soyadı	Tarih/İmza				
.....					
.....					
.....					

EK 2. OLGU GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU-EBEVEYN VE ÇOCUK İÇİN

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Obezite, çocukluk ve ergenlik yaş grubunda son 20 yılda üç kat artış gösteren kardiyovasküler ve aterosklerotik değişikliklerle ilişkili kronik metabolik bir hastalıktır. Birçok çalışmada, obezitenin ileri dönemde hipertansiyon, dislipidemi, tip 2 diyabet ve kanser gibi ciddi komplikasyonlara neden olduğu gösterilmiştir.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), bir bireyin aynı zaman diliminde ve aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyeceği kısa bir süre içinde tükettiği, yemek yeme davranışını dizginleyemediği ve aşırı miktarlarda yemek yeme davranışının tekrar ettiği bir yeme bozukluğudur.

Bu çalışma bir olgu kontrol çalışmasıdır. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanılı ve tanıyı karşılamayan obez olgu grubu ile sağlıklı kontrol grubu bulunmaktadır.

Literatürde, obezite ve dürtüsellik, emosyonel faktörler, sosyal uyum ve sosyal ilişkiler, benlik saygısı, eşlik eden psikopatolojilerle ilgili yapılmış çalışmalar olmakla birlikte, eksojen obezitesi olan çocuk ve ergenlerde uygun testler kullanılarak sosyal bilişsel becerileri değerlendiren az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Mevcut çalışmaların bulgularından da anlaşılmaktadır ki, obezite, bireyleri sadece bedensel değil ruhsal olarak da zorlayan ve pek çok psikopatolojinin ortaya çıkmasına neden olan bir durumdur.

Bu çalışmada Tıkınırcasına Yeme bozukluğu ile birlikte Yeme bozukluğuna çok benzer psikososyal özellikler gösteren eksojen obezitesi olan çocuk ve ergenlerde **sosyal bilişsel yeteneklerin değerlendirilmesi** amaçlanmıştır.

Öncelikle sizinle ve ailenizle hastalığınızın tanısını ve gidişini gözden geçirmek amaçlı yapılandırılmış klinik görüşme yapılacak ve sizden bazı ölçekler doldurmanız istenecek ve bizim tarafımızdan bazı ölçekler uygulanacaktır. Bu bağlamda size ve ailenize demografik özelliklerinize, varsa hastalık geçmişinize, hastalık gidiş özelliklerinize, çocukluk ve şimdiki psikiyatrik öykünüze, tıbbi hastalık öykünüze, aile öykünüze ve varsa önceki tedavilerinize yönelik sorular sorulacaktır. Daha sonra çalışma kapsamında çocuk ve ergenler ile ebeveynleri tarafından bildirilen ve değerlendirme sırasında saptanan semptomları incelemek ve sosyal bilişlerini değerlendirmek için testler uygulanacaktır. Bu testlerin tamamlanması yaklaşık 3 saat sürecektir.

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 64 tıkınırcasına yeme bozukluk tanısı olan ve olmayan obez ergen ve benzer yaş, cinsiyet vb. özelliklere sahip 64 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 128 kişidir.

Bu çalışma nedeniyle tedaviniz ya da izlenme programınız değişmeyecektir. Size herhangi bir tıbbi ya da deneysel bir girişim uygulanmayacaktır. **Bu çalışmada hayati risk oluşturacak bir uygulama bulunmamaktadır.** Görüşme ya da ölçek doldurulması sırasında size sorulacak bazı sorular sizi rahatsız edebilir. Sizi rahatsız eden soruları cevaplamak zorunda değilsiniz. Bu çalışma sizin açınızdan rutin bir klinik görüşmede ya da günlük yaşantınızda olabileceğinden daha farklı bir deneyim olmayacaktır. Araştırmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Katılmamanız size verdiğimiz hizmetin niteliğinde herhangi bir değişikliğe yol açmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde bu formu imzalamanız gerekmektedir. Araştırmaya başladıktan sonra devam etmek istemezseniz incelemeleri durdurabiliriz. Durmak istediğinizde araştırmacıyı bilgilendirmeniz gerekmektedir. Bu durumda güvenliğiniz için ek başka testler yapılması gerekip gerekmediği hakkında bilgilendirileceksiniz. İsteminiz dışında klinik açıdan sizin yararınıza olacaksa, çalışmanın gereklerini izlemezseniz ya da çalışma sonlandırıldıysa bu çalışmaya katılımınız araştırmacı tarafından durdurulabilir. Çalışma konusuyla ilgili ve çalışmaya katılma isteminizin devamlılığını etkileyecek yeni bilgiler öğrenildiğinde zamanında bilgilendirileceksiniz.

Bu çalışma sırasında uygulanacak testlerin ve görüşmelerin masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kuruma ödetilmeyecektir.

Bu çalışmaya ait tüm kayıtlarınız yukarıda belirtildiği gibi gizli kalacaktır. Ancak araştırma verileri üzerinde ekibimizin bilgi ve becerisi ötesinde ileri analiz yapılmasına gerek olursa, benzer çalışmaları yapan dış merkezlerle verileriniz paylaşılabilir. Ayrıca Yerel Etik Kurulların ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın gerek gördüğü durumlarda kayıtlarınız kendilerine açık olacaktır. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve verilerin izlenerek size ulaşılması mümkün olmayacaktır.

Bu çalışmayla ilgili daha fazla bilgi edinmek için **Dr. Serkan TURAN** ile adres ve telefon yoluyla iletişime geçebilirsiniz.

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İnciraltı/ İzmir

Telefon: 553-5935937

Katılımınız öncelikle kendi tıbbi riskleriniz ve durumunuz hakkında bilgi sahibi olmanız ve gerekli önlemlerin tıbben alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılmakla sizinle aynı durumda olan diğer bireylere de yardım etmiş olacağınızı unutmayın. Tüm bunlar ve yanı sıra katılımınızla bilim dünyasına yapacağınız olası önemli katkı için şimdiden teşekkür ederiz.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Anabilim Dalı
Narlidere / İzmir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Narlıdere / İzmir
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Anabilim Dalı
Narlıdere / İzmir

Bilgilendirilmiş onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilmiş olan araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ve gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının adı/soyadı

Tarih/İmza

.....

.....

.....

Katılımcının Veli/Vasisi adı/soyadı

Tarih/İmza

.....

.....

.....

Araştırmacının adı/soyadı

Tarih/İmza

.....

.....

.....

EK 3. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

OLGU VERİ FORMU	Tanı:	BKİ:	Olgu No:	Tarih:
1. Adı-Soyadı				
2. Cinsiyeti	1. Kız 2. Erkek			
3. Doğum Tarihi / Yeri				
4. Boy (cm)				
5. Ağırlık (kg)				
6. Yazarken hangi elini kullandığı	1. Sağ 2. Sol			
7. Annenin Yaşı				
8. Babanın Yaşı				
9. Planlı Gebelik	0. Hayır 1. Evet			
10. Ailenin Gelir Durumu	1. Düşük 2. Orta 3. Yüksek			
11. Yaşadığı Yer	1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Kasaba 4. Köy			
12. Aile Tipi	1. Çekirdek 2. Geniş 3. Parçalanmış 4. Tek ebeveynli			
13. Kendisi dahil kardeş sayısı				
14. Kendisi kaçınıcı çocuk olduğu				
15. Öğrenim Durumu	1. Öğrenimine devam ediyor 2. Öğrenimini bırakmış			
16. Öğrenim Düzeyi	1. İlköğretim 2. Lise			
17. Olgunun annesini algılayışı	1. Uzak 2. Yakın 3. Nötr 4. Kontrolcü 5. Düşmanca			
18. Olgunun babasını algılayışı	1. Uzak 2. Yakın 3. Nötr 4. Kontrolcü 5. Düşmanca			
19. Tıknırcasına yediği dönemler	0. Yok 1. Var			
20. Kusma davranışı	0. Yok 1. Var			
21. Menarş durumu	0. Yok, Henüz başlamadı 1. Başladı ve normal devam ediyor 2. Başladı ancak bir süredir olmuyor			
22. Menarş yaşı				
23. Annenin Eğitim Düzeyi	1. Okuryazar değil 2. İlköğretim 3. Ortaöğretim 4. Yüksekokul/Üniversite			
24. Babanın Eğitim Düzeyi	1. Okuryazar değil 2. İlköğretim 3. Ortaöğretim 4. Yüksekokul/Üniversite			
25. Annenin Meslek Durumu	1. Çalışıyor (işçi / memur / serbest) 2. Çalışmıyor 3. Emekli			
26. Babanın Meslek Durumu	1. Çalışıyor (işçi / memur / serbest) 2. Çalışmıyor 3. Emekli			
27. Annede Fiziksel Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)			
28. Annede Ruhsal Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)			
29. Annede Yeme Tutum Sorunu	0. Yok 1. Var (.....)			
30. Annede YTS varsa;	1. Aşırı yeme atakları 2. Kalori kontrolü 3. Kusma 4. Kısıtlayıcı yeme			

31. Babada Fiziksel Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)
32. Babada Ruhsal Hastalık	0. Yok 1. Var (.....)
35. Babada Yeme Tutum Sorunu	0. Yok 1. Var (.....)
36. Babada YTS varsa;	1. Aşırı yeme atakları 2. Kalori kontrolü 3. Kusma 4. Kısıtlayıcı yeme

37. Ailede Yaşam Olayı (İlk 3 yaş içinde karşılaştığı yaşam olayları varsa)	
1. Ebeveyn Ölümü	6. Kardeş Doğumu
2. Yakın Akrabanın Ölümü	7. Şiddetli Evlilik Çatışması
3. Ebeveynin Ciddi Hastalığı / Kazası	8. Yerleşim Yeri Değişikliği
4. Annenin İşe Başlaması	9. Yoğun Maddi Sıkıntı
5. Bakıcı Durumu	10. Diğer (.....)

EK 4. YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YEME BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (YEDÖ)*

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

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

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbir- da	1-5	6-12	13-18	19-22	23-27	Her gün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla <u>baş</u> bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	<u>Tamamen düz</u> bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duyduunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	<u>Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle</u> ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6

*Yücel B, Polat A, İkiz T, Duşgor BP, Yavuz AE, Serel-Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*, 2011, doi:10.1002/erv.1104

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbe- de	1-4 gün	4-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşüncenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İhanize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumunuza) yoğunlaşmanızı çok zorladığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilişkin kontrolü kaybetmekten belginin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belginin bir biçimde korkunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

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

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alıplımadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissinin kapıldınız (yedğinizin sırada) ?	
15-	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE, açrı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alıplımadık miktarda fazla yemek yedğiniz ve o sırada kontrolü kaybettığınız duygusunu yaşadınız)?	
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kısıtladınız?	
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere mişkil (bağırak çalıtırıcı) kullandınız?	
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "toplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?	

19'den 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tikimircasına yeme" terimini, mevcut kısıplarda başkalarına göre alıplımadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeys ihsde ettiğini göz önünde bulundurunuz.

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

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

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

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

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....
Aksama oldıysa kaç tane?.....
Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

EK 5. YEME TUTUM TESTİ

Hastanın Adı, Soyadı:		Tarih:
Hastanın Yaşı:	Değerlendirici:	
Hastanın Cinsiyeti:	Eğitim:	
Boy:	Kilo:	
Baba Eğitim:	Baba Meslek:	
Anne Eğitim:	Anne Meslek:	

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin "Çikolata yemek hoşuma gider" cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, "Hiçbir zaman" seçeneğine karşı gelen "f" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa "Daima" seçeneğine karşı gelen "a" kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz.

a: Daima
b: Çok sık
c: Sık sık
d: Bazen
e: Nadiren
f: Hiçbir zaman

	a	b	c	d	e	f
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Açıktağında yemek yememeğe çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aklım fikrim yemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara böferim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ailem fazla yememi bekler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Yemek yedikten sona kusarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Günde birkaç kere tartılırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Et yemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sabahları erken uyanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V.1. Çerçevesinin yüksekliği olarak kayıma yitimi akademi verileri (kardajları kullanmayın)	Hük. yit.	1	2 ya da 3	4 ya da fazla
	()	()	()	()
2. Çerçevesinin altı dış alanlarında yüksekliği kayıma Akademi verileri de kullanın (kardajları kullanmayın)	1 dış alan	1 ya da 2	3 ya da daha fazla	
	()	()	()	

VII. Vayaların sonuçları çerçevesinde:

	Kart	Normal kayıp	Ölüm kayıp	Kartaj kayıp
a. Kartajları ile sonuçlandırıldı?	()	()	()	()
b. Diğer problemlerle sonuçlandırıldı?	()	()	()	
c. Anlaşılabilir kayıplarla sonuçlandırıldı?	()	()	()	
d. Kartaj kayıpları aynı zamanda ve kayıpları sonuçlandı?	()	()	()	

VII. 1. Çerçevesinin altı kayıpları sonuçlandı? (6 yaşı ve yukarıya göre) Çerçevesinde Ölümün gırtlara ilişkin verileri belirtin.

	Başlangıç	Orta	Başlangıç	Çok başlangıç
a. Ölümün sonucu olarak	()	()	()	()
b. Hayat bilgisi, sosyal bilgiler	()	()	()	()
c. Anlaşılabilir	()	()	()	()
d. Yaş bilgisi	()	()	()	()

2. Çerçevesinin altı kart kayıpları ile kart kayıpları kullanılarak sonuçlandı mı?
() Hayır () Evet Ya da kart kayıpları da kullanın

3. Çerçevesinin kayıpları ile sonuçlandı mı?
() Hayır () Evet Kayıpları sonuçlandı mı?

4. Çerçevesinin altı dış alanlarında kayıpları da dış alan kayıpları sonuçlandı mı?
() Hayır () Evet Açıklayın
Bu kayıpları ne zaman kayıpları ?
Kayıpları tuttu mu?
() Hayır () Evet Kayıpları

5. Çerçevesinin kartajları ile sonuçlandı, kartajları ile sonuçlandı ya da kartajları ile sonuçlandı mı?
() Hayır () Evet Açıklayın

6. Çerçevesinin kartajları ile sonuçlandı, kartajları ile sonuçlandı mı?
.....
.....
.....

7. Çerçevesinin kartajları ile sonuçlandı, kartajları ile sonuçlandı mı?
.....
.....
.....

Aşağıda öğrencilerin özelliklerini tanımlayan bir dizi madde bulunmaktadır. Her bir madde çocuğunuzun şu andaki ya da son 6 ay içinde ki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuğunuz için çok ya da sıklıkla doğru ise (2), bazen ya da biraz doğru ise (1), hiç doğru değil ise (0) sayılarını yuvarlak içine alarak tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız.

0: Doğru değil

1: Bazen ya da biraz doğru

2: Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2	1. Yapraklar daha küçük bir çanak gibi durmaz	0 1 2	31. Kedi bir şey dıştanakten ya da yaprakları korkar
0 1 2	2. Alerjisi vardır (yeme, kokuyla ile tozla bir yerde bulunduktan kaşın, öksürür)	0 1 2	32. Mükemmel olmaksızın gereksizine ısınır
0 1 2	3. Çok utarır	0 1 2	33. Kimsenin onu sevmediğine inanır ve buada yakınır
0 1 2	4. Akrımı, nefes daldırır vardır	0 1 2	34. Başkasına ona zarar vereceğine, kötülik yapacağına düşünür
0 1 2	5. Karpı ciğerden bir gibi durmaz	0 1 2	35. Kendini değersiz hissedir
0 1 2	6. Kalkana tırnakları hepke yerer yapar	0 1 2	36. Çok sık bir yerden kaçırır, hayı karadın korkulmaz
0 1 2	7. Övünür, yoldaşlar atar, hava yapar	0 1 2	37. Çok karga dövüş eder
0 1 2	8. Dikkatini onun için bir konu üzerinde toplamaz	0 1 2	38. Onunla alay edilir (arkadaşları onunla çok alay eder)
0 1 2	9. Biri dıştanakten kafaına tutar ve bunları dıştanakten çıkarır	0 1 2	39. Başı belinde olan kışla ile doludur
0 1 2	10. Yerde tutar durmaz, çok hareketlidir	0 1 2	40. Olmazın sezer işini (Açıklayıcı)
0 1 2	11. Yaprakları daha dıştanakten ayırılmaz, onlara çok bağlanır	0 1 2	41. Dıştanakten ya da suada hareket eder (aklına suada yapar)
0 1 2	12. Yaprakları yolar	0 1 2	42. Başkalarıyla beraber olmaksızın, yolar kalkmayı sevdi eder
0 1 2	13. Kedi kompakt, sıkın girer	0 1 2	43. Yataa viriler ve hile yapar
0 1 2	14. Çok ağlar	0 1 2	44. Tırnaklarına yer
0 1 2	15. Hayvanlara karşı eder	0 1 2	45. İnatçı ve gergindir
0 1 2	16. Başkalarına karşı etmekte başlar, onlara davranır	0 1 2	46. Kız sevmeleri ve sıkın vardır
0 1 2	17. Hayatı daldır gider, kendisi tutar	0 1 2	47. Gece kabusları, korkulu rüyaları vardır
0 1 2	18. Bile bile kendine karşı vakti ya da tutar grışınada bulur	0 1 2	48. Diğer öğrenciler tarafından sevilir
0 1 2	19. Hay dikkat çekmek ister	0 1 2	49. Korkulu çeker
0 1 2	20. Eylemleri azar verir	0 1 2	50. Çok korkulu ve kaygılıdır
0 1 2	21. Ailesine ya da başkalarına az eylemler azar verir	0 1 2	51. Baş dınması vardır
0 1 2	22. Evde sık dınmaz	0 1 2	52. Kendini çok açta hissedir
0 1 2	23. Okula sık dınmaz	0 1 2	53. Sık sık beklenmeden konuşur
0 1 2	24. İptimadılır, az yemeli yer	0 1 2	54. Açık yaprakları
0 1 2	25. Diğer öğrencilerle iyi geçinir	0 1 2	55. Çok kışlıdır
0 1 2	26. Yandık dınmazından dolayı, açtıktaa gila gıttır	0 1 2	56. Tırnaklaa bulunduktan bulunduktan çıkartır
0 1 2	27. Gıcıklaa kışkırtır	0 1 2	a) Ağrılar, onlar
0 1 2	28. Yandık içineyecek yerden yer, ya da içir övünür, kışın, sıkın gila)	0 1 2	b) Başlarıdır
0 1 2	29. Biri hayvanlardan ya da dıştanakten tutar ya da dıştanakten tutar (Açıklayıcı)	0 1 2	c) Bulun, kışın kışın
0 1 2	30. Okula gıcıklaa korkulu	0 1 2	d) Gece kışla çıkartır
		0 1 2	e) Dikkatleri ya da dıştanakten
		0 1 2	f) Mide kışın ağrı ve kompakt

0: Doğru değil

1: Bazen ya da biraz doğru

2: Çok ya da sıklıkla doğru

0 1 2	g) Kırma	0 1 2	86. İsteyip, vaktiniz ve rahatsız edindir.
0 1 2	h) Diğer (açıklayınız).....	0 1 2	87. Duygu durumunuzda ani değişiklikler olur.
0 1 2	57. İnsanlara fiziksel saldırıda bulunur.	0 1 2	88. Çok sık kızm.
0 1 2	58. Birtanıyla, cildiyle, vücuduna hem kızımlarıyla oynar ve yolar (açıklayınız).....	0 1 2	89. Şüphelenir.
0 1 2	59. Herkesin etrafında cinsel organıyla oynar.	0 1 2	90. Kifisi ve açık saçık konuşur.
0 1 2	60. Cinsel organlarıyla çok fazla oynar.	0 1 2	91. Kendini öldürmekten sözler.
0 1 2	61. Okul başarıları düşüktür.	0 1 2	92. Uykuyla yitir ve konuşur(açıklayınız).....
0 1 2	62. Dengesiz ve saldırgan.	0 1 2	93. Çok fazla konuşur.
0 1 2	63. Kendinden büyük çocuklara oynamaya tercih eder.	0 1 2	94. Başkalarıyla çok fazla gezer, olay eder.
0 1 2	64. Kendinden küçük çocuklara oynamaya tercih eder.	0 1 2	95. Ofis akabileri vardır, çok çabuk akabılır.
0 1 2	65. Konuşmasını reddeder.	0 1 2	96. Cinsel konularda fazla konuşur.
0 1 2	66. Bazı hareketleri diğer tekrar yapar.	0 1 2	97. İnatçıdır tehlit eder.
0 1 2	67. Evden kaçar.	0 1 2	98. Pensek eder.
0 1 2	68. Çok konuşur, çabuk akar.	0 1 2	99. Tevazü ve itirazla apart düşkünlü.
0 1 2	69. İzi kaptırır, uyarımlarından çıkar.	0 1 2	100. Uyku sorunları vardır.
0 1 2	70. Olmazsa şeyleri girer. (Açıklayınız).....	0 1 2	101. Okuldan kaçar, derinli eder.
0 1 2	71. Sıkışır ve utangaçtır.	0 1 2	102. Haskeruz ve yavaşır, enerjik değildir.
0 1 2	72. Yavaş pıkmır.	0 1 2	103. Mutlaka, üzgün ve çekimlidir.
0 1 2	73. Cinsel sorunları vardır. (Açıklayınız).....	0 1 2	104. Çok gülmektedir.
0 1 2	74. Görmeyen beğenir, meraklıdır yapar.	0 1 2	105. Tıbbi amaç dışında alkol ya da ilaç kullanır. (Açıklayınız).....
0 1 2	75. Çabuk ve saldırgan.	0 1 2	106. Evrendeki ayrıntıya meraklıdır olanak sunar.
0 1 2	76. Çocuklara çoğunlukla az yarar.	0 1 2	107. Onatlar alınıp çıkar.
0 1 2	77. Çocuklara çoğunlukla gere ve gireriz daha çok yarar(açıklayınız).....	0 1 2	108. Yavaşır olma.
0 1 2	78. Kızlarıyla oynar ya da etrafı bulur.	0 1 2	109. Bulunur, meraklıdır.
0 1 2	79. Konuşması güçlüktür vardır. (Açıklayınız).....	0 1 2	110. Ken cinsine olmaı eder.
0 1 2	80. Boy gücünde arın arın bulur.	0 1 2	111. İpe kapandır, başkalarıyla bulma olmaı istemez.
0 1 2	81. Evden çıkılmaz vardır.	0 1 2	112. Evlendikler, her şeyi deni eder.
0 1 2	82. Evde dışarda çıkılmaz vardır.	0 1 2	113. Çocuğunuzun yakınında izinde bulamazsınız, başka cinsine varsa bulma yapmaz.....
0 1 2	83. Duyuru olmaıya meraklıdır, baskılır. (Açıklayınız).....		
0 1 2	84. Acıyıp rahet dermanları vardır. (Açıklayınız).....		
0 1 2	85. Acıyıp rahet düşkünlü vardır. (Açıklayınız).....		

TÜM MADDELERİ LÜTFEN CEVAPLAYINIZ.

* Son 6 ayık vaktiniz dışında yakında olan etkinlikler parçaları yapmanız hakkında bu durumda görüşünüz?

SİZİ KAYGILANDIRAN MADDELERİ ALTINI ÇİZİNİZ.

* Son 1 yıl içinde çocuk ruh sağlığı kliniklerinde başvurmuşsunuz mu?

* Çocuğunuz Kır'a kavramı geri ya da bulma gücü var mı?

() Hayır () Evet

() Hayır () Evet

() Hayır () Evet

EK 7. ÇOCUKLUK ÇAĞI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CDI)

Adı Soyadı : _____

Tarih : _____

Cinsiyeti : _____

Okul : _____

Doğum Tarihi : _____

Sınıf : _____

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dâhil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlelerin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

- L)** 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M)** 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N)** 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O)** 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö)** 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P)** 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R)** 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S)** 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş)** 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T)** 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U)** 1- Okul başarım iyi.
2- Okul başarım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü)** 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V)** 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y)** 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z)** 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK 8. DURUMLULUK/SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX - I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaşı:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX - 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 9. DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ

DUYGU DÜZENLEMEDE GÜÇLÜKLER ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli ölçek üzerinde değerlendiriniz.

	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	Çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir	1	2	3	4	5
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım	1	2	3	4	5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir	1	2	3	4	5
4. Ne hissettiğim konusunda hiç bir fikrim yoktur	1	2	3	4	5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım	1	2	3	4	5
6. Ne hissettiğime dikkat ederim	1	2	3	4	5
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim	1	2	3	4	5
8. Ne hissettiğimi önemserim	1	2	3	4	5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaparım	1	2	3	4	5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim	1	2	3	4	5
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım	1	2	3	4	5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım	1	2	3	4	5
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım	1	2	3	4	5
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım	1	2	3	4	5
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağımı inanırım	1	2	3	4	5
16. Kendimi kötü hissetmemin ya da depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım	1	2	3	4	5
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım	1	2	3	4	5
18. Kendimi kötü hissederken bu şeye odaklanmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusunu yaparım	1	2	3	4	5
20. Kendimi kötü hissediyorsa da çılgınlığı sürdürülebilirim	1	2	3	4	5
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygudan dolayı kendimden utanırım	1	2	3	4	5
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmemin bir yolunu bulacağımı bilirim	1	2	3	4	5
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım	1	2	3	4	5
24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır	1	2	3	4	5
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyurum	1	2	3	4	5
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım	1	2	3	4	5
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım	1	2	3	4	5
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığının inanırım	1	2	3	4	5
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum	1	2	3	4	5
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım	1	2	3	4	5
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmadan başka çıkar yol olmadığının inanırım	1	2	3	4	5
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim	1	2	3	4	5
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım	1	2	3	4	5
34. Kendimi kötü hissettiğimde duygusuman gerçekte ne olduğuna anlamak için zaman ayırırım	1	2	3	4	5
35. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem uzun zaman alır	1	2	3	4	5
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur	1	2	3	4	5

EK 10. GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Kod	(Not: Uygun dü ştü şünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çe şitli etkinlik alanlarında üst düzeyde i şlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteli ği oldu ğu için başkalarının aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda i şlevselli ğin iyi olması , çok çe şitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psi kososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra dü şüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme) ; toplumsal, mesleki ya da okuldaki i şlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki i şlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. Ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde i şlevselli ğini sürdürür, anlamı ki şiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki i şlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkada şı vardır, çalı şma arkadaşları ile çatı şmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar dü şünceleri, ağır obsesyonel sörensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki i şlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkada şı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçe ği değerlendirilmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıksız, çapra şık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, dü şünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir ki şı arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalı şmaz; çocuk ya şta olan bir ki ş kendinden daha küçükleri döver, evde hep kar şı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanımlardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar dü şünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda i şlevselli ği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; i ş, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar giri şimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakıma en temel gereklerini bile yerine getiremez (örn. di şki sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakıma en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

Puan:

EK 11. ETİK KURUL ONAY BELGESİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

17.02.2017

Konu: Karar hk.
Sayı : 1194

Sayın Prof.Dr.Aynur PEKCANLAR AKAY,

Kurulumuz tarafından 16.02.2017 tarih ve 3129-GOA protokol numaralı 2017/03-33 karar numarası ile görüşülen "Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan Olmayan Eksojen Obezite Tanılı 12-18 Yaş Arası Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3129-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Olan Olmayan Eksojen Obezite Tanılı 12-18 Yaş Arası Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırılması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Aynur PEKCANLAR AKAY Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı A.D.
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/03-33	Tarih:16.02.2017
	Prof.Dr.Aynur PEKCANLAR AKAY'ın sorumlusu olduğu "Tıkiniracasına Yeme Bozukluğu Olan Olmayan Eksojen Obezite Tanılı 12-18 Yaş Arası Olguların Sosyal Bilişsel Becerilerinin Değerlendirilmesi ve Sağlıkli Kontrollerle Karşılaştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ:		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.S.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayhan ABACI	Pedatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

* Doç.Dr.Ayhan ABACI çalışmada yardımcı araştırmacı olduğundan dosya görüşürken toplantıda bulunmamıştır.

