



**T.C.**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU TARAMA ANKETİNİN**  
**((BEDS-7) BINGE-EATING DISORDER SCREENER)) TÜRKÇE**  
**GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. CANER AKER**

**ANKARA, 2024**



**T.C.**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU TARAMA ANKETİNİN**  
**((BEDS-7) BİNGE-EATING DISORDER SCREENER) TÜRKÇE**  
**GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI**

**( Proje No: KA23/364 )**

**DR. CANER AKER**  
**(Uzmanlık Tezi)**

**TEZ DANIŐMANI**  
**PROF. DR. ALTUĞ KUT**

**ANKARA, 2024**

## TEŞEKKÜR

Ülkemizde her alanda olduğu gibi bilime de en büyük katkıyı yapan, beni Türk hekimlerine emanet ediniz sözüyle Türk hekimlerine olan güvenini ifade eden büyük önder *Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'e* teşekkürü bir borç bilirim.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimime başladığım ilk günden itibaren her zaman ve her konuda desteğini hissettiğim, iyi birer hekim ve akademisyen olarak yetişmemiz için engin mesleki bilgi ve becerilerini bizlere aktaran, tez hazırlama sürecinde çalışmanın seçilmesi, uygulanması ve sonuçlandırılmasında sonsuz destek ve katkı veren tez danışmanım olan Anabilim Dalı Başkanımız *Prof. Dr. Altuğ Kut'a* teşekkür ederim.

Tezime olan destek ve katkıları ile *Uzm. Dr. Ahmet GÜRCAN'a*, benden bilgisini, tecrübesini, sabrını ve güvenini esirgemeyen kendileriyle çalışmaktan kıvanç duyduğum *Uzm. Dr. Funda Salgür'e*, engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve ihtisas süresince beraber çalışma fırsatı yakaladığım için kendimi şanslı hissettiğim *Öğr. Gör. Dr. M. Gökhan Eminsoy'a* ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Mesleğimi icra ederken birlikte çalışmaktan mutluluk ve gurur duyduğum tüm asistan doktor ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Evlatları olmaktan gurur duyduğum günlere gelmemde en büyük pay sahibi, maddi manevi her anlamda daima yanımda olan canım annem Müzeyyen Aker'e, babam Hidayet Aker'e ve kardeşlerim Cemal Aker ve Rıdvan Aker'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu sürecin başından sonuna kadar hiçbir zaman desteğini esirgemeyen canım eşim Dervişe Nur Aker'e de sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Caner AKER

2024

## ÖZET

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB); tıbbi, psikolojik ve sosyal problemlere neden olan ve yaşam kalitesini düşüren bir yeme bozukluğudur. DSM-5'te kendi başına ayrı bir bozukluk olarak tanımlanan TYB'nin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Çalışmanın amacı, TYB olan bireyleri belirlemek için kullanılan BEDS-7 (Binge Eating Disorder Screener-7) ölçeğinin Türkçe çevirisini yapmak ve çevrilen formun psikometrik özelliklerini incelemektir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek, medeni durum ve ruhsal hastalık öyküsü gibi sosyodemografik bilgileri toplanmıştır. Ayrıca, katılımcılar tarafından Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) doldurulmuştur. TYB tanısında kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme olan EDA-5 (Eating Disorder Assessment for DSM-5) testi uygulanmıştır. BEDS-7 ölçeği, son üç ayda aşırı yeme epizodu yaşanıp yaşanmadığını ve bu epizotlar sırasında yaşanan duygusal durumları sorgulayan yedi sorudan oluşmaktadır. İlk iki soru evet ve hayır seçenekli olup, ilk soruya hayır yanıtı verilmesi durumunda test sonlandırılmaktadır. İkinci soruya evet yanıtı verilmesi halinde diğer sorular yanıtlanmaktadır. Sorular, aşırı yeme epizotları esnasında yaşanan stres, kontrol kaybı, aç olmadığı halde yeme, utanç ve suçluluk hissi gibi duyguları sorgulamaktadır.

Çalışmanın bulgularına göre, BEDS-7'nin Türkçe versiyonunun anlamlı düzeyde geçerlilik ve güvenilirlik sağladığı saptanmıştır. Ölçeğin faktör yapısını incelemek için gerçekleştirilen açımlayıcı faktör analizi (AFA) neticesinde, iki boyuttan oluşan bir yapı ortaya konmuştur. Yedinci madde, tüm katılımcılar tarafından aynı şekilde yanıtlandığı için herhangi bir boyuta dahil edilmemiştir. Ölçeğin altı maddesinin Cronbach alfa katsayısı 0,693 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılarak ilgili değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenmiş ve ölçeğin yapısal geçerliliği desteklenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, BEDS-7'nin depresyon ve anksiyete semptomlarını değerlendiren BDÖ ve BAÖ ile anlamlı düzeyde pozitif ilişkili olduğu görülmüştür. BEDS-7 toplam puanı; BDÖ toplam puanıyla %49,6, BAÖ toplam puanıyla %58,9 oranında pozitif ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak, bu çalışma BEDS-7'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini ortaya koymuştur. BEDS-7'nin Türkçe versiyonunun, TYB taramasında kullanılabilir bir ölçek olarak klinik ve araştırma ortamlarında özellikle de birinci basamakta kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, BEDS-7, Geçerlilik, Güvenilirlik, Türkçe Versiyon

## SUMMARY

Binge Eating Disorder (BED) is an eating disorder that leads to medical, psychological and social problems and negatively affects quality of life. The prevalence of BED, which is defined as a separate disorder in DSM-5, is gradually increasing. The aim of this study is to translate the BEDS-7 (Binge Eating Disorder Screener-7) scale, which is used to identify individuals with BED, into Turkish and to examine the psychometric properties of the translated questionnaire. Sociodemographic information such as age, gender, height, weight, occupation, marital status and history of mental illness were collected. In addition, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were completed by the participants. The EDA-5 (Eating Disorder Assessment for DSM-5), a semi-structured interview used in the diagnosis of BED, was administered. The BEDS-7 scale consists of seven questions examining whether binge eating episodes have been experienced in the last three months and the emotional states experienced during these episodes. The first two questions have yes and no options, and the test is terminated if the first question is answered no. If the response to the second question is yes, the other questions will be answered. The questions investigate emotions experienced during binge eating episodes such as stress, loss of control, eating when not hungry, shame and guilt.

According to the findings of the study, it was determined that the Turkish version of the BEDS-7 provided significant validity and reliability. Exploratory factor analysis (EFA) conducted to determine the factor structure of the scale revealed a two-dimensional structure. The seventh item was not included in any dimension because it was answered in the same way by all participants. Cronbach's alpha coefficient of the six items of the scale was found to be 0.693. Using confirmatory factor analysis (CFA), the correlations between the relevant variables were examined and the structural validity of the scale was supported.

According to the results of the study, the BEDS-7 was found to be significantly positively correlated with the BDI and BAI, which assess depression and anxiety symptoms. BEDS-7 total score was positively correlated with BDI total score by 49.6% and with BAI total score by 58.9%. In conclusion, this study demonstrated the validity and reliability of the Turkish version of the BEDS-7. It was concluded that the Turkish version of BEDS-7 can be used in clinical and research settings, especially in primary care, as a usable scale in BED screening.

Keywords: Binge Eating Disorder, BEDS-7, Validity, Reliability, Turkish Version

<b>ÖZET</b>	i
<b>SUMMARY</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b>	v
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vi
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	vii
<b>1. GİRİŞ ve AMAÇ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	2
2.1. TIKINIRCASINA YEME BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tarihçe	3
2.1.2. Tanım	3
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Etiyoloji	7
2.1.4.1. Çevresel Risk Faktörleri	7
2.1.4.2. Genetik Risk Faktörleri	8
2.1.5. Klinik Özellikler ve DSM-5 Tanı Kriterleri	9
2.1.6. Komorbidite	13
2.1.6.1 TYB ve Obezite İlişkisi	14
2.1.6.2 TYB ve Psikiyatrik Komorbiditeler	16
2.1.7. Ayırıcı Tanı	17
2.1.8. Tedavi	19
2.1.8.1 Psikoterapi	19
2.1.8.2 Farmakoterapi	21
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	23
3.1. Araştırmanın Amacı	23
3.2. Araştırmanın Tipi	23
3.3. Araştırma Grubu	23
3.4. Ölçek Çevirisi	24
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Veri Toplama Araçları	25
3.6.1 Sosyodemografik Bilgi Formu	25
3.6.2 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tarama Soru Formu (BEDS-7)	25

3.6.3 Beck Depresyon Ölçeği	27
3.6.4 Beck Anksiyete Ölçeği	27
3.6.5 DSM-5 için Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi ( Eating Disorder Assessment for DSM-5: EDA-5)	27
3.7. İstatiksel Yöntemler	28
<b>4. BULGULAR</b>	29
4.1 Sosyodemografik Veriler	29
4.2 BEDS-7 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin bulgular	31
4.3 Ölçekler arası ilk test- tekrar test korelasyonlar	34
4.4 Ölçeklere ilişkin Diğer Bulgular	35
4.5 EDA-5 tanı kategorileri ile ilişkili istatiksel sonuçlar	36
4.5.1 TYB veya Eşik altı TYB ile Yeme bozukluğu olmayan gruplar arası istatistiksel veriler	37
4.6 Ölçekler arası toplam korelasyonlar	40
<b>5. TARTIŞMA</b>	40
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	43
<b>7. KAYNAKLAR</b>	44
<b>EKLER</b>	

## KISALTMALAR DİZİNİ

- AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi
- AN: Anoreksiya Nervoza
- APA: American Psychological Association
- ARFID: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
- BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği
- BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği
- BDT: Bilişsel-Davranışçı Terapi
- BEDS-7: Binge-Eating Disorder Screener-7
- BN: Bulimiya Nervoza
- BTA-YB: Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları
- DDT: Diyalektik Davranış Terapisi
- DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- EDA-5: Eating Disorder Assessment for DSM-5
- FA: Food Addiction
- FDA: U.S. Food and Drug Administration
- GYB: Gece Yeme Bozukluğu
- ICD-11: The International Classification of Diseases 11th
- KMO testi: Kaiser-Mayer-Olkin testi
- KP: Kişilerarası Psikoterapi
- LDX: Lidexamfetamin
- NCS-R: The National Comorbidity Survey Replication
- NICE: The National Institute For Health And Clinical Excellence
- RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma
- TİP-2 DM: Tip-2 Diyabetes Mellitus
- TYB: Tıknırcasına Yeme Bozukluğu
- VKİ: Vücut Kitle İndeksi

## TABLolar DİZİNİ

- Tablo 1.** DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)
- Tablo 2.** Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tarama Soru Formu (Binge Eating Disorder Screener 7 (BEDS-7))
- Tablo 3.** Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin ortalama ( $\bar{x}$ ), standart sapma (SS), minimum maksimum ve ortanca değerleri
- Tablo 4.** İlk test Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett sonuçları
- Tablo 5.** Tekrar test Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett sonuçları
- Tablo 6.** BEDS-7 ölçeği maddelerine ilişkin ilk test faktör analizi sonuçları
- Tablo 7.** BEDS-7 ölçeği maddelerine ilişkin tekrar test faktör analizi sonuçları
- Tablo 8.** BEDS-7 ölçeğine ilişkin Hotelling'in T-Kare Testi sonuçları
- Tablo 9.** BEDS-7, BDÖ ve BAÖ ölçekleri arası ilk test ve tekrar test korelasyon ilişkisi
- Tablo 10.** Cinsiyete göre BEDS-Total ve BDÖ-Total, BAÖ-Total skorlarının grup istatistikleri
- Tablo 11.** Birinci grup (TYB veya Eşik Altı TYB) ile İkinci grup(Yeme Bozukluğu Yok) arası yaş, kilo,Vücut Kitle İndeksine ilişkin grup istatistikleri
- Tablo 12.** Birinci grup (TYB veya Eşik Altı TYB) ile İkinci grup(Yeme Bozukluğu Yok) arası BEDS-Total, BDÖ-Total, BAÖ-Total skorlarına ilişkin grup istatistikleri
- Tablo 13.** TYB veya Eşik Altı TYB grubu ile yeme bozukluğu olmayan grup arasındaki cinsiyete göre kilo,VKİ,BEDS-Total,BDÖ-Total,BAÖ-Total puanlarına ilişkin grup istatistikleri
- Tablo 14.** BEDS-7, BDÖ ve BAÖ arası toplam korelasyonlar

## ŞEKİLLER DİZİNİ

- Şekil 1.** Cinsiyete göre yaş dağılımı
- Şekil 2.** Cinsiyete göre kilo dağılımı
- Şekil 3.** Cinsiyete göre Vücut Kitle İndeksi dağılımı

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları, fiziksel sağlık ve psikososyal işlevselliğin etkilendiği, yeme veya yeme ile ilişkili davranışların bozulması ile seyreden bozukluklardır (1). Batı toplumlarında daha yaygın olarak görülen bu bozuklukların son yıllarda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sıklığında da artış olması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (2,3). Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) ise kişinin yeme davranışı üzerinde kontrol kaybı hissi, tekrarlayıcı tıkınırcasına yeme periyotlarıyla seyreden ve yeme ataklarının neden olabileceği etkileri telafi edici yöntemlere (kişinin kendini kusturması, ishal yapan ilaçlar alması vb.) başvurulmadığı bir yeme bozukluğudur (4).

TYB Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflandırma El kitabının beşinci baskısında (DSM-5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) ilk kez başlı başına ayrı bir yeme bozukluğu olarak ele alınmıştır. İlk kez 1959 yılında Albert Stunkard tarafından dile getirilmiş olup, 1991 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından tanı kriterleriyle birlikte klinik bir tablo olarak tanımlanmıştır (5). TYB tanısı ilgili Uzman Hekim değerlendirmesi sonucu DSM-V tanı kriterleri baz alınarak konulmaktadır. TYB hastalarına değişen derecelerde obezite, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir (6).

BEDS-7 ilk olarak 2016 yılında TYB olma olasılığı yüksek bireyleri belirleme ve ileri değerlendirme amacıyla ilgili uzmanlara yönlendirmeyi kolaylaştırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinde de kullanılmak üzere geliştirilmiş güvenilir ve geçerli bir tarama anketidir. 7 sorudan oluşan BEDS-7, kişinin son dönemdeki yeme alışkanlıklarını, yeme atağı sıklığını, yeme üzerinde kontrol kaybını, yol açtığı duygusal sıkıntıyı ve yemek yeme davranışının yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirmektedir. Bir tarama anketi olan BEDS-7 hastalara TYB tanısı koydurmaz. BEDS-7'nin duyarlılığı %100, özgüllüğü ise %38,7 olarak tespit edilmiştir. (7)

Yeme bozukluklarında kullanılan birçok tarama aracı bulunmaktadır. SCOFF, Yeme Tutumları Testi (EAT-26), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) bunlardan bazılarıdır.

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılan EDA-5, ABD'deki Columbia Yeme Merkezi'nce geliştirilen yarı yapılandırılmış bir görüşme yöntemi olup Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması vardır.EDA-5, DSM-5 kriterleri baz alınarak geliştirilmiş olup yetişkinlerde yeme bozuklukları teşhisine yardımcıdır.EDA-5 testinin tüm yeme bozuklukları için kappa değeri 0,74 olup TYB için ise kappa değeri 0,9 bulunmuştur. (8)

Ülkemizde Yeme Bozukluklarının taramasında kullanılan bazı tarama anketleri bulunmakla birlikte TYB'ye öğgü bir tarama anketi bulunmamaktadır. Amacımız bir tarama aracı olan BEDS-7 anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaparak TYB şüphesi olan kişilerin hızlı, basit ve kolay bir şekilde taranmasını sağlamak kaydıyla Türk Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin hizmetine sunmaktır.

Yeme Bozuklukları Birinci basamakta sıklıa karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Aile hekimleri DSM-V tanı kriterlerinin uygulamadaki güçlükleri nedeniyle Yeme bozukluğu şüphesi olan hastaların tespitinde büyük zorluklar yaşamaktadır. BEDS-7 tarama anketi Birinci basamakta TYB şüphesi olan hastaların tespit edilmesi ve ilgili uzmanlara yönlendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Böyle bir form aracılığıyla Birinci Basamakta TYB şüphesi olan hastaların belirlenmesi kolaylaşacak ve bu hastalara sunulan sağlık hizmeti geliştirilecektir. Böylece TYB olan hastaların tanısının atlanmasının önüne geçilecek ve ileri tedavileri mümkün hale gelecektir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

Yeme bozuklukları, anormal yeme alışkanlıkları ile seyreden bir grup ruhsal bozukluktur. Bu bozukluklar çoğunlukla ergenliğin son dönemlerinde veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkar ve ergenlerin sosyal, fiziksel ve psikolojik olgunlaşmasıyla ilişkilidir (9). Bu bozukluklar anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB), Pika, Ruminasyon Sendromu, kaçıngan/kısıtlayıcı gıda alım bozukluğu (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder-ARFID) ve bir grup diğer belirlenmiş beslenme veya yeme bozuklukları içerir (10).

Anoreksiya Nervoza; aşırı kilo kaybı, kilo alma ve obeziteye ilişkin mantıksız korkular ve zayıf beden imajı ile karakterize edilirken, BN, kilo alımını önlemek için kendi kendine kusma, diüretik veya müşhil kullanımı, açlık veya şiddetli egzersizin

ardından tekrarlanan kontrolsüz, hızlı miktarda yiyecek tüketimi nöbetleri olarak bilinir (11). Çalışmamızın odak noktası tıknırcasına yeme bozukluğudur.

## **2.1. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu**

### **2.1.1. Tarihçe**

Yeme bozukluklarına dair tarihsel bir bakış açısıyla bakıldığında, literatürde 17. yüzyılın başlarında İngiliz doktor Morton'ın Anoreksiya Nervosa'nın semptomlarını tanımlayan ilk tıbbi vakayı sunduğu görülmektedir (12).

'Tıknırcasına Yeme' ifadesi ise 1959 yılında farelerin yeme alışkanlıkları ile obezite ilişkisini araştıran Stunkard tarafından ilk kez dile getirilmiştir (5). İlk kez 1991'de Spitzer ve arkadaşları tıknırcasına yemeyi bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Bu çalışmada, tıknırcasına yeme ile ilgili belirgin sıkıntısı olan ancak uygunsuz telafi edici davranışları olmayan ve bu nedenle bulimiya tanısı konulamayan hastalar gözlemlenmiştir. Kendi tanı ölçütleri olan bir klinik bozukluk şeklinde tanımlanması yine Spitzer ve ekibi tarafından önerilmiştir.(13)

Bunun üzerine Tıknırcasına Yeme Bozukluğu ilk kez Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-IV-TR) Başka Türü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları (BTA-YB) kısmında ileri araştırmaya ihtiyaç duyulan bir bozukluk olarak yer almıştır (14). Son baskısı 2013 senesinde yayımlanan DSM-5'te 'Beslenme ve Yeme Bozuklukları' bölümünde başlı başına tanısı olan ayrı bir yeme bozukluğu şeklinde tanımlanmıştır (1).

### **2.1.2. Tanım**

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu, kişinin belirli bir süre zarfında ve benzer koşullar altında başkalarının yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yiyecek tüketmesi ve bu esnada yeme davranışı üzerinde kontrol kaybı hissetmesi ile karakterize bir yeme bozukluğudur (10). Bu aşırı yeme atakları belirli bir süre boyunca devam eder ve genellikle kişinin kendini rahatsız hissetmesine, utanç ve suçluluk duygusuna kapılmasına neden olur. TYB'yi diğer yeme bozukluklarından ayıran en önemli özellik, anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa hastalarında görülebilen laksatif veya diüretik kullanımı, kişinin kendini kusturması, aşırı egzersiz yapmak gibi telafi edici durumların TYB'de görülmemesidir.

Tıkınırcasına yeme olgusunu, 1955 yılında ilk kez Albert Stunkard tanımlamıştır. Stunkard, bu olgunun bazı obez kişilerde görülen farklı bir yeme paterni olduğunu gözlemlemiştir. Fakat bu fenomen, yakın zamana kadar yeterince ilgi görmemiştir.(15)

Yapılan çalışmalar sonucunda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun, anoreksiya Nervosa ve bulimia nervosadan daha yaygın olarak görülen ve obezite ile benzerlikler gösterse de farklı özellikler içeren bir bozukluk olduğu ve diğer yeme bozukluklarında olduğu gibi sürekli ve kronik bir seyir izleyerek ciddi halk sağlığı sorunlarına yol açtığı saptanmıştır (16-18). Bu nedenle, DSM-5'te kendine özgü tanı kriterleri ile beslenme ve yeme bozuklukları kategorisinde bağımsız bir bozukluk olarak yer almıştır.

### **2.1.3 Epidemiyoloji**

Yeme bozukluklarının görülme sıklığıyla ilgili yapılan çalışmalarda TYB erişkinlerde en sık görülen yeme bozukluğu olarak saptanmıştır (16,19,20). ABD'de yeme bozukluklarının yaygınlığına ilişkin 36.306 yetişkin ile yapılan bir çalışmada TYB'nin yaşam boyu ve on iki aylık prevalansının, AN ve BN oranlarından önemli derecede yüksek olduğu bulunmuştur (20).

2018 yılında yapılan ve 1995-2017 yıllarını kapsayan dünya çapında 32 çalışmanın meta-analizinde TYB prevalansının %0,9 olduğu tahmin edilmiştir (21). 2019 yılında yapılan başka bir çalışmada dünya çapında TYB'den etkilenen kişi sayısının yaklaşık 17,3 milyon olduğu öngörülmüştür (22). ABD'de Ulusal Komorbidite Araştırma Yenilemesi (NCS-R) çalışmasında TYB, eşik altı TYB, AN ve BN'nin yaşam boyu yaygınlıkları sırasıyla %2,8, %1,2, %0,6, %1,0 bulunmuş olup bu çalışmada da en sık saptanan yeme bozukluğunun TYB olduğu görülmüştür (16). Yine ABD'de yapılan bir çalışmada TYB'nin yaklaşık 2,5 milyon kişiyi etkilediği ve her sene 3.100 kişinin ölümüne yol açtığı tahmin edilmiştir (23). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından yapılan ve 14 ülkedeki 24.124 yetişkinin dahil olduğu çalışma; TYB'nin yaşam boyu sıklığının yüksek gelire sahip ülkelerde %1,42; düşük - orta gelire sahip ülkelerde %2,17; düşük gelirli ülkelerde ise %0,9 olarak tespit edilmiştir (18). Yine Yeme bozukluklarının yaygınlığını araştıran ve altı Avrupa ülkesini kapsayan bir çalışmada TYB'nin yaşam boyu yaygınlık oranı %1,12, eşik altı TYB için ise yaşam boyu yaygınlık oranı %0,72 bulunmuştur (24).

Dünyada yeme bozukluğu hakkında yapılmış çalışmaların çoğu batılı ülkelerde olsa da son yıllarda batılı olmayan ülkelerde yapılan çalışmalarda da yeme bozukluğu görülme sıklığında artış olduğu saptanmıştır (25-27). Çin’de 12 ila 22 yaşları arasındaki 2.103 kişi ile yapılan bir çalışmada TYB yaygınlık oranı %0,45 bulunmuştur (28).

Ülkemizde de yeme bozukluklarının prevalansı ile ilgili bölgesel çalışmalar olsa da bu çalışmalar kısıtlıdır. Üniversitede okuyan öğrenciler üzerinde yapılan bir araştırmada TYB görülme sıklığı %0,21, eşik altı TYB görülme sıklığı ise % 0,48 saptanmıştır. Yeme bozuklukları genel görülme sıklığı ise %1,55 tespit edilmiştir (29).

18-44 yaş arası 1.122 kişiyle yapılan başka bir çalışmada yeme bozukluklarının yaygınlığı %1,52 bulunmuştur. Aynı çalışmada TYB görülme sıklığı %0,81 iken BN için bu oran %0,63 bulunmuştur (30).

2006 yılında 980 üniversite öğrencisiyle yapılan başka bir çalışmada TYB görülme sıklığı %0,63 saptanmıştır (31). 2011 yılında ergenlerde yeme bozuklukları yaygınlığını araştıran ve 2.907 katılımcı ile DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak ve klinik görüşmeler yapılarak yürütülen bir çalışmada yeme bozukluğu nokta yaygınlık oranı % 2,3, TYB yaygınlığı ise %0,99 saptanmıştır (32). 2019 yılında 306 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada bireylerin %8,2’sine TYB tanısı konmuştur (33).

Yeme bozukluklarına cinsiyet dağılımı yönünden bakıldığında tüm yeme bozukluklarının kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü ortaya konmuştur (16,18). Son dönemlerde yapılan araştırmalardaki veriler erkeklerde yeme bozukluklarının görülme oranlarında artış olduğunu göstermektedir ancak buna rağmen kadınlarda erkeklere oranla yeme bozuklukları 3-8 kat daha sık görülmektedir (24,34). TYB’ye cinsiyet dağılımı yönünden bakıldığında çok büyük bir fark gözlenmemektedir. Nitekim yapılan bir araştırma TYB’de AN ve BN’ye göre kadın-erkek görülme sıklığı açısından birbirine daha yakın oranlarda görüldüğü bulunmuştur (35). ABD’de yeme bozukluklarının yaygınlığını araştıran ve 9.282 katılımcıyla ulusal düzeyde yapılan bir çalışmada TYB’nin yaşam boyu prevalans oranları kadınlarda %3,5, erkeklerde ise %2 saptanmıştır. Aynı çalışmada eşik altı TYB prevalansı ise kadınlarda %0,6, erkeklerde %1,9 saptanmıştır (16). TYB tanısı alan hastaların yaklaşık %30’unun erkeklerden oluştuğu gösterilmiştir (36). Ülkemizde 2020 yılında üniversite öğrencileri ile yapılan ve 2011 yılında ergenlerle yapılan her iki çalışmada da erkeklerde yeme bozukluğu olarak yalnızca TYB tanısı bildirilmiştir (29,32).

Yapılan çalışmalarda, TYB'nin ırk ve etnik köken yönünden farklılık göstermediği görülmüştür. ABD'de 2011 yılında yapılan çalışmada yaşam boyu yaygınlık oranı beyazlarda %1,41, azınlık gruplarda ise %1,24-%2,11 saptanmıştır (37).

TYB, çocukluk çağında da görülebilen bir bozukluk olmasına rağmen, yapılan çalışmalar TYB'nin sıklıkla yirmili yaşlarda ortaya çıktığını ve TYB tedavisi amacıyla başvuru yaşının BN ve AN tedavisi başvuru yaşından daha geç yaşlar olduğu tespit edilmiştir (38,18). TYB ortalama başlangıç yaşı 22,7 iken, AN için bu değer 18,9, BN içinse 19,7 bulunmuştur (18). Başka bir çalışmada ise TYB için başlama yaşı 25,4 bulunmuştur (16). TYB yaşam boyu yaygınlığı 18-59 yaş aralığında büyük ölçüde sabitken, 60 yaşından sonra bu oranın belirgin derecede düştüğü gösterilmiştir (20). Kadın ve erkeklerde başlangıç yaşı yönünden benzer sonuçlar bulunmuş olup belirgin bir fark bulunamamıştır (39). Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi TYB'de de erken başlangıç yaşı kötüye gidişatı göstermektedir (40).

TYB yaygınlığının eğitim ve gelir düzeyi yönünden araştıran çalışmalara bakıldığında, TYB ve BN'nin tüm gelir gruplarında benzer oranlarda görüldüğü, AN'nin ise gelir düzeyi yüksek grupta daha sık görüldüğü saptanmıştır (17,20). Her ne kadar 2013 yılında Kessler ve arkadaşları TYB ve BN'nin yüksek eğitim düzeyi ve öğrenci olmakla ilişkili olduğu sonucuna ulaşmış olsalar da yapılan diğer çalışmalar eğitim düzeyi yönünden anlamlı fark bulamamıştır (41,42,20).

TYB prevalans oranlarının bir çok hastalıkla ilişkisini araştıran çalışmalar bulunmaktadır. Obezite sebebiyle tedavi arayışında olan, çok bölgesel ve 1.984 kişiyle yapılan öz bildirim dayalı bir saha çalışmasında TYB prevalansının %30,1 olduğunu saptanmıştır (43,44). Obez bireylerde daha sonra yapılan ve klinik görüşmelere dayalı çalışmalarda ise TYB için prevalans oranları %8,9 ve %18,8 bulunmuştur (45,46). On dört ülkede 21.124 katılımcıyla yapılan geniş çaplı bir çalışmada TYB tanısı konan bireylerin %41,7'sinde obezite varlığı da saptanmıştır (18). Yine Cossrow ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan başka bir çalışmada Vücut Kitle Endeksi (VKİ) 18-25, 30-35 ve >35 olan hasta gruplarında TYB görülme sıklığı sırasıyla %1,2, %2,6 ve %4,5 bulunmuştur (47). Ülkemizde obezite sebebiyle bariatrik cerrahi tedavisine başvuran 108 kişiyle

yapılan bir çalışmada TYB oranı %11,1 bulunmuştur (48). Yapılan tüm bu çalışmalar TYB'nin artan VKİ ile yakın bir ilişki içinde olduğunu ve obez bireylerde daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur.

Yine TYB ile Tip 2 Diyabetes Mellitus (Tip 2 DM) ilişkisini inceleyen bir takım çalışmalarda TYB'nin Tip 2 DM hastalarında normal popülasyona göre daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Mannucci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Tip 2 DM'li bireylerde TYB prevalansını %5,7 saptanmıştır (49).

Yeme bozukluklarının psikiyatrik hastalıklarda görülme sıklığını inceleyen bir çalışmada şizofreni tanısı alan hastaların %16'sında, başka bir çalışmada ise Bipolar Bozukluk tanısı konan hastaların ise %11,5-13'ünde TYB olduğu saptanmıştır (50,51).

TYB tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan ancak bireylerin işlevselliğini olumsuz bir şekilde etkileyen ve eşik altı olarak görülebilen tıknırcasına yeme davranışı ile ilgili yapılan çalışmalarda toplumda Eşik Altı Tıknırcasına Yeme görülme sıklığının %7,2 - %13 aralığında olduğunu ve git gide arttığını göstermektedir (52-55,19).

Sonuç olarak epidemiyolojik çalışmalar, en sık tespit edilen yeme bozukluğunun TYB olduğunu, Eşik Altı Tıknırcasına yemenin toplumda görülme oranlarının yüksek olduğunu ve giderek arttığını, geniş bir yaş grubunu etkilediğini ve iki cinsiyetin de etkilenme oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Dünya genelinde obezitenin hızla yayılması ve ciddi bir sağlık sorunu haline gelmesi nedeniyle TYB her geçen gün daha da daha da önem kazanmaktadır.

#### **2.1.4. Etiyoloji**

TYB'nin kesin nedeni bilinmemekle birlikte, yapılan araştırmalar nörobiyolojik temelde birtakım genetik ve çevresel etkenlerin neden olduğunu düşündürmektedir.

##### **2.1.4.1. Çevresel Risk Faktörleri**

Kişinin içinde bulunduğu aile ve sosyal ortamında beden, kilo ve yemek yeme ile ilgili olumsuz söylemlere maruz kalması, bireyin kilosu ile ilgili endişelerinin olması ve diyet-sağlıksız kilo kontrolü davranışların varlığı ile TYB arasında güçlü ve tutarlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (56).

TYB risk faktörlerini araştıran bir vaka-kontrol araştırmasında TYB tanısı olan bireylerde, sağlıklı kontrol grubuna göre; çocukluk çağı obezitesi, ailede aşırı yeme veya tıknırcasına yeme öyküsü, aile içi geçimsizlik, yüksek ebeveyn talepleri, olumsuz duygulanım, mükemmeliyetçilik ve ailede madde kullanım öyküsü gibi çeşitli ailesel risk faktörleri saptanmıştır (57).

#### **2.1.4.2. Genetik Risk Faktörleri**

TYB ile ilgili yapılan çalışmalar, genetik ve ailesel faktörlerin TYB için risk faktörü olabileceğini öngörmektedir (58). Ayrıca yapılan ikiz ve aile çalışmalarıyla, yeme bozukluklarının kalıtsal olduğu kapsamlı bir şekilde gösterilmiştir (59). TYB özelinde ikizler üzerinde yapılan çalışmalar, TYB'nin kalıtımsallığının %41-57 aralığında olduğunu göstermiştir (60). Obezite ve aşırı yeme üzerine genetik temelli bir çok çalışma olsa da doğrudan TYB'nin genetiğini araştıran kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır ve bu çalışmalar daha çok dopamin, serotonin ve iştah kontrol mekanizmalarında rol oynayan genler ile ilgili yapılan çalışmalardır.

TYB'de üç serotonerjik genin (5-HTT,5-HT2C ve 5-HT2A) polimorfizmleri araştırılmıştır (61). 77 TYB'li birey ve 61 sağlıklı ve TYB tanısı olmayan kontrol grubu ile yapılan bir çalışmada 5-HTT geninin 5-HTTLPR poliformizmi genotiplendirilmiş ve TYB'li bireylerde kontrol grubuna göre Uzun alel ve Uzun/Uzun alel genotipine sahip olma olasılığı anlamlı derecede yüksek saptanmış (62). Ancak diğer serotonerjik genlerin (5-HT2C ve 5-HT2A) reseptörlerinin, TYB ile ilişkisine dair yapılan çalışmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiş olup yeterli kanıt bulunamamıştır (63-65).

Dopaminerjik sistem, hem dürtüsel davranışlar hem de yeme alışkanlıkları üzerinde kilit role sahip bir nörotransmitterdir (66). Bu yüzden yeme bozukluklarında dopaminerjik genler sıklıkla incelenmiştir. DRD2 ( Dopamin D2 reseptör ) ve ANKK1 ( Ankyrin repeat and kinase domain containing 1) genlerindeki değişiklikler ve bunların yeme davranışları üzerindeki etkileri büyük ilgi görmüştür. Yapılan çalışmalarda D2 reseptör genlerinin işlevsel belirteçlerinden Taq1A ve C957T genotipleri TYB ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (67,68).

Yine hipotalamustan salınan, iştahın düzenlenmesinde rol alan melanokortinlerin de TYB ile ilişkisi araştırılmıştır. Obezite ile olan güçlü ilişkisi nedeniyle melanokortin 4 reseptör geni (MC4R) ile TYB arasındaki ilişki incelenmiş ve rs17782313 belirtecinin C

alelinin aşırı yeme davranışları ile ilişkili olduğu saptanmıştır (69). Açlık hormonu olarak da bilinen Ghrelin hormonunun TYB ile ilişkisi araştırılmış ve Ghrelin geninin Leu72Met varyantının TYB'li bireylerde önemli derecede daha yaygın olduğu belirlenmiştir (70).

### **2.1.5. Klinik Özellikler ve DSM-5 Tanı Kriterleri**

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, kısa bir süre içinde normalden çok daha fazla yemek yeme atakları ve ataklar sırasında bireylerin kontrol kaybı yaşadığı bir yeme bozukluğudur (71).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler, çok miktarlarda yedikleri için utanç duyarlar ve bu nedenle genellikle yalnız başlarına yeme eğilimi gösterirler. Ayrıca, tıkınırcasına yeme davranışları nedeniyle belirgin bir sıkıntı hissederler. Bu sıkıntı, tıkınırcasına yeme sırasında ve sonrasında yaşanan olumsuz duygulardan kaynaklanabileceği gibi, tıkınırcasına yemenin yol açtığı kilo alımı ve vücut şeklindeki değişikliklerden de kaynaklanabilir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanımlı bireyler, aşırı yeme davranışları veya kiloları nedeniyle kendilerinden nefret edebilir, vücut görünümünden rahatsız olabilir ve iğrenme hissedebilirler. Dış görünüşleri konusunda aşırı endişe duyabilirler ve bu durum kişisel ilişkilerini ve iş hayatlarını olumsuz etkileyebilir (72).

Bir öğün için normal olmadığı düşünülen aşırı miktarda bir yiyecek, farklı toplumda kabul edilebilir bir miktar olarak görülebilir. Bundan dolayı, DSM-5'te aşırı yeme tutumunun tıkınırcasına yeme atağı olarak kabul edilebilmesi için, eşlik eden kontrol kaybı hissi şartı aranmaktadır (35,73).

Bazen de tıkınırcasına yeme atakları sırasında, belirli bir süre içinde tüketilen yiyecek miktarı diğer birçok kişinin yiyebileceğinden fazla olmasa bile, bireyler yeme davranışları üzerinde kontrol kaybı algılayabilirler. Birçok bireyin belirlenmiş bir zaman diliminde yiyebileceğinden daha çok yiyecek tüketilmesi "nesnel tıkınırcasına yeme" olarak adlandırılırken, tüketilen yiyecek miktar olarak çok olmasa bile bireyin yeme sırasında kontrolünü kaybettiğini hissettiği durumlar "öznel tıkınırcasına yeme" şeklinde tanımlanmaktadır (73).

Yine DSÖ tarafından düzenlenen ve 2018 yılında yayımlanan ICD-11 (International Classification of Diseases 11th revision) tanımına göre, öznel tıknırcasına yeme tanısının konulabilmesi için herkesin tüketebileceğinden çok daha fazla yemek yemeyi şart koşmamaktadır (74).

Yemek yeme üzerinde kontrol kaybına ilişkin öznel algı, yemek yemeyi durdurmada zorluk yaşama veya kişinin niyetinin ötesinde yemek yemeye mecbur hissetmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu olgu, bireylerin yemek yeme dürtüsüne karşı koymakta zorlandıkları, kendilerini yemek yeme ihtiyacı içinde buldukları veya planladıkları sınırları aşan gıda alımını durdurma veya buna karşı koyma konusunda zorluklarla karşılaştıkları durumları kapsar. Bu öznel deneyim, tıknırcasına yeme, duygusal yeme ve gıda bağımlılığı gibi yeme davranışlarını ve bozukluklarını anlamada çok önemli bir rol oynar (75).

Yeme üzerinde kontrol kaybı kavramı, tıknırcasına yeme ataklarının yetersiz sıklığı veya süresi ya da aşırı yeme olmaması nedeniyle tıknırcasına yeme bozukluğu kriterlerini tam olarak karşılamayan bireylerin deneyimini tanımlamak için kullanılır. Bu terim aynı zamanda bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde ve çeşitli nedenlerle TYB tanı kriterlerini karşılamayan çocuk ve ergenlerde tıknırcasına yeme benzeri davranışları tanımlamak için de kullanılmaktadır (76)

Bunun yanı sıra çocuklar ve ergenler, gelişim aşamaları sırasında kalori ihtiyaçlarındaki farklılıklar ve gıda erişimleri üzerindeki tipik ebeveyn kontrolü nedeniyle genellikle aşırı yeme tanımına uymazlar (77,78).

Araştırmalar, yeme üzerindeki kontrol kaybının yiyecek miktarından bağımsız olarak, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde yeme bozukluğu semptomlarını, obeziteyi, eşlik eden psikopatolojiyi, sıkıntıyı, işlevsellikte bozulmayı ve yaşam kalitesinde azalmayı öngördüğünü göstermiştir (79-82).

Tıknırcasına yeme davranışından önce yeme üzerindeki kontrol kaybının ortaya çıkabileceği ve bu durumun gelecekte konulacak TYB ve diğer psikopatoloji teşhislerini öngörebileceği belirtilmektedir (83,78). DSM-5 TYB tanı kriterleri Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1.** DSM-5 Tıknırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Ölçütleri (APA 2013)

---

A. Tekrar tekrar görülen tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme

---

---

döneminde aşağıdakilerin her ikisi de bulunur:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha fazla yiyeceği ayrı bir zaman diliminde (ör. herhangi bir iki saatlik sürede) yeme
2. Bu dönem sırasında, yemek yemeyle ilgili denetimin kalktığı hissini bulunması

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerinde aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) görülür:

1. Alışılanın çok üstünde bir hızla yeme
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedinceye kadar yeme
3. Açlık hissi duymuyorken aşırı miktarlarda yeme
4. Ne kadar yediğinden utandığı için yalnızken yeme
5. Yeme sonrası kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ya da suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Tıkınırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

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

---

\*APA: American Psychological Association

DSM-5, yeme üzerindeki kontrol kaybının ve yeme davranışıyla ilişkili utancın davranışsal göstergeleri olarak ek semptomlar tanımlamaktadır. Bu belirtilerden biri "normalden çok daha hızlı yemek yemektir". Tıkınırcasına yemek yiyen bireyler, bu ataklar sırasında genellikle mekanik olarak ağızlarını hızla yemekle doldururlar ve neredeyse çiğnemenin yutarlar (84). Bazı bireyler bu kontrol edilemeyen yeme atakları sırasında dissosiyatif deneyimler yaşadıklarını, davranışları otomatik olarak gerçekleştiriyormuş gibi hissettiklerini ve yemekten sonra etraflarında yiyecek paketleri veya kalıntılarını görene kadar eylemlerini fark etmediklerini bildirmektedir (85,35).

Bir diğer belirti ise 'rahatsız edici derecede büyük miktarda yemek yeme' ve 'fiziksel olarak aç değilken aşırı yemek yeme'dir. Bir tıkınırcasına yeme epizodu esnasında ortalama 1.500-3.000 civarı kalori tüketildiği öngörülmektedir (86,87).

Tıkınırcasına yeme, belirli bir yiyeceği arzulamaktan ziyade tüketilen yiyecek miktarıyla ilgilidir; dolayısıyla bu dönemler sırasında tüketilen yiyecek türleri kişiden

kişiyeye ve durumdan duruma değişir. Bulimiya nervoza hastaları daha önce kısıtladıkları yüksek kalorili tatlıları ve atıştırmaıkları tercih etme eğilimindeyken, TYB olan bireyler farklı türlerde çeşitli gıdalar tüketebildikleri görülmüştür. (88,89,35)

Tıkınırcasına yemenin diğer önemli özellikleri arasında ‘ne kadar yediği konusunda utanma nedeniyle tek başına yemek yeme’ ve ‘yeme davranışının ardından tiksinti, çökkün ruh hali veya suçluluk hissetme’ yer alır. Bu kişiler başkalarının yanında normal miktarlarda yeme, yiyecek istifleme, başka bireylerin göremeyeceği zamanlarda veya yerlerde yeme ve tıkınırcasına yeme ataklarını gizlemeye yönelik davranışlar sergileme eğilimindedir. (35,84)

Tıkınırcasına yeme davranışının duygusal durumlarla yakından bağlantılı olduğu bilinmektedir. Çalışmalar, bireylerin bu dönemler sırasında başlangıçta olumlu duygular yaşayabildiklerini, ancak devamında utanç, suçluluk, kendinden iğrenme ve üzüntü gibi olumsuz duygulara geçiş yaptıklarını göstermiştir. (90)

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, tıkınırcasına yeme ataklarının etkilerini önlemek için kusma, müshil kullanımı, aşırı egzersiz veya aşırı kısıtlayıcı diyetler gibi telafi edici davranışlar olmaksızın tekrarlayan tıkınırcasına yeme ataklarının ortaya çıkması temel özelliği ile bulimiya nervozadan ayrılır (35).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler sıklıkla diyet yapma girişimlerinde bulduklarını bildirirler, ancak bulimiya nervozadan farklı olarak tıkınırcasına yeme atakları arasında aşırı kısıtlayıcı diyetler uygulamazlar (91,53).

Bulimiya nervozada aşırı kısıtlayıcı diyetler genellikle tıkınırcasına yeme ataklarını tetiklerken, tıkınırcasına yeme bozukluğunda tıkınırcasına yeme davranışı tipik olarak diyet girişimlerinden önce gelir (44,92,35).

Tıkınırcasına yeme atağı esnasında tüketilen kalori miktarı ve alınan yiyecek türleri de bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu arasında farklılık gösterir. Yapılan bir çalışmada, bulimiya nervozalı bireylerin tıkınırcasına yeme atağı sırasında tıkınırcasına yeme bozukluğu olanlara kıyasla iki kata kadar daha fazla kalori tükettiği ortaya konmuştur. (93)

Ayrıca, tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin bulimiya nervoza tanılı bireylere kıyasla yeme davranışları ve vücut şekilleri hakkında daha az endişe duydukları, fazla

kilolu olmaktan daha az suçluluk duydukları ve daha fazla sosyal uyum sergiledikleri bildirilmektedir (94).

BN ile TYB arası farklardan bir diğeri de, TYB tanı kriterleri arasında vücut şekli ve kilosuna ilişkin herhangi bir kriterin bulunmamasıdır. TYB ve beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Bazı çalışmalar, tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez kişilerin, bu bozukluğa sahip olmayan obez kişilere göre daha yüksek beden memnuniyetsizliği yaşadığını öne sürerken (95), diğer bazı çalışmalar böyle bir fark olmadığını bildirmektedir (96). Bununla birlikte, TYB ile birlikte görülen beden memnuniyetsizliğinin hastalığın daha kötü seyretmesi (95), tedaviye daha az yanıt verme (97), daha yüksek depresyon seviyeleri ve daha düşük benlik saygısı (98) ile bağlantılı olduğu araştırmalar tarafından ortaya konmuştur.

Tıknırcasına yeme bozukluğunda, tıknırcasına yeme davranışının en sık görülen tetikleyicisinin olumsuz duygusal durumlar olduğu düşünülmektedir (90). Bunun yanı sıra, kişiler arası stres, kilo ve vücut şekliyle ilgili olumsuz hisler, yiyecekler hakkında olumsuz düşünceler, diyet kısıtlamaları ve can sıkıntısının da bu davranışı tetikleyen önemli faktörler arasında yer aldığı belirtilmektedir (99-101). Her ne kadar tıknırcasına yeme davranışı, özellikle duygusal tetikleyicilerde kısa süreli bir rahatlama veya iyileşme sağlayabilse de, uzun vadede sıklıkla rahatsızlık hissi ve benlik algısı konusunda olumsuz değerlendirmelere yol açtığı gözlemlenmektedir (102).

### **2.1.6. Komorbidite**

Bir çok bilimsel çalışma TYB ile ilişkili psikiyatrik ve fiziksel komorbiditelerin yaygınlığının yüksek olduğunu göstermiştir. Yaşam boyu TYB'li bireylerin yaklaşık %80'inde duygudurum bozuklukları, anksiyete, madde kullanımı ve diğer DSM bozuklukları gibi başka psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilmektedir (103,18). TYB, psikiyatrik kaygıların yanı sıra bağımsız olarak kronik diyabet, hipertansiyon, sırt/boyun ağrısı, kronik baş ağrısı ve diğer kronik ağrı türleri gibi artan fiziksel komorbidite riski ile de ilişkilendirilmiştir (18). Bu durum, TYB'nin sadece psikiyatrik değil aynı zamanda fiziksel sağlık açısından da ciddi sonuçları olabileceğini göstermektedir.

Benzer şekilde, gıda bağımlılığı (Food Addiction-FA), son zamanlarda TYB ile yakından ilişkili olan ve giderek artan bir ilgiye sahip bir kavramdır (104). Gıda

bağımlılığı, yüksek kalorili gıdalardan kaçınmada istek ve zorlukları içeren bağımlılık benzeri kompulsif aşırı yemeyi tanımlamak için kullanılan bir terimdir (105). Gıda bağımlılığı, TYB ile benzer görünse de, TYB sınıflandırılmış ve teşhis edilebilir bir ruhsal bozukluk iken, gıda bağımlılığı henüz bir teşhis varlığı olarak kabul edilmemiş tartışmalı bir kavram olmaya devam ettiğini belirtmek önemlidir. Yapılan çalışmalar TYB tanısı alan obez yetişkinlerin yaklaşık %50'sinin gıda bağımlılığı kriterlerini de karşıladığı tespit edilmiştir (106,107). Aynı şekilde Yale Gıda Bağımlılığı Ölçeği ile taranan TYB hastalarında %76,9 ila %87,2 arasında gıda bağımlılığı olduğu gösterilmiştir (108,109). Bu bulgular, TYB'nin temel bir özelliği olan bazı kompulsif aşırı yeme vakalarının, madde bağımlılığı gibi geleneksel bağımlılıklarla belirgin benzerlikler paylaştığını göstermektedir (110).

Ayrıca, TYB hastalarında özellikle kaçınan, obsesif-kompulsif ve sınırda kişilik bozuklukları olmak üzere komorbid kişilik bozuklukları da tespit edilmiştir (111). Yine bazı TYB hastaları komorbid dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) kriterlerini de karşılamaktadır (112).

Tip 2 diyabetes mellitus hastaları arasında TYB prevalansının %1,4 ila %25,6 arasında değiştiği tahmin edilmektedir ve VKİ daha yüksek olanlar arasında prevalans artmaktadır (113-115).

Yapılan kesitsel bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaklaşık 5.000 kadın denek incelenmiş ve denekler yaşlandıkça TYB'nin giderek yaygınlaştığını ve diyabetes mellitusun TYB'si olanlarda olmayanlara göre daha yaygın olarak bildirildiğini tespit etmiştir (116).

#### **2.1.6.1. TYB ve Obezite ilişkisi**

Obezite bir yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmaz, ancak yeme bozukluğu olarak sınıflandırılan bazı durumlarla ve diğer ruh sağlığı sorunlarıyla birlikte görülür.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, obez bireylerde en sık görülen yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Yapılan çalışmalarda obez bireylerde TYB prevalansı %9 ila %30 arasında değişen sıklıklarda görüldüğü saptanmıştır (117,41). Bunun nedeni olarak TYB'de ekstra alınan kalorileri telafi etmeyi amaçlayan davranışların( laksatif kullanımı,

kusturma vb.) olmaması kaçınılmaz bir şekilde kilo alımına ve er ya da geç obeziteye yol açması gösterilmiştir (118).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin obez olma olasılığı, TYB'li olmayanlara göre tahminen 3-6 kat daha fazladır (16,18). TYB aynı zamanda aşırı kilolu olmanın daha erken başlaması ve obezite öyküsü ile de ilişkilidir; TYB'si olanların yaklaşık %30'unun çocukluk çağında obezitesi olduğu bildirilmiştir (44,119).

Guerdjokiva ve arkadaşları tarafından yürütülen başka bir çalışmada obezite ve TYB arasında önemli bir komorbidite olduğuna dair kanıtlar bulunmuş ve ayrıca kilo vermek isteyen TYB hastalarında metabolik sendromun oldukça yaygın olduğu tespit edilmiştir (120).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyler arasında obezitenin yaygınlığına ek olarak, bozukluğun kendisi de kilo ile ilişkili çeşitli komorbiditelerle ilişkilidir. Bazı kanıtlar, TYB'nin, belki de bu bozukluğa sahip kişiler tarafından benimsenen yeme davranışları nedeniyle, tek başına obezitenin yanı sıra metabolik sendrom için bir risk faktörü oluşturabileceğini göstermektedir (103).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olanlar arasında metabolik sendrom prevalansında cinsiyetler ve etnik kökenler arasında farklılıklar mevcuttur; TYB'li erkekler ve Afrikalı Amerikalılar, kadınlara ve diğer etnik kökenlere kıyasla sistolik kan basıncı, açlık glukozu, hemoglobin A1c, trigliserid artışı ve yüksek yoğunluklu lipoprotein seviyelerinde azalma gibi metabolik sendrom bileşenleri geliştirme açısından daha yüksek riske sahiptir (121).

Yine beş yıl boyunca süren uzunlamasına bir çalışmada, obez olan TYB hastalarının yeni bir dislipidemi tanısı geliştirme olasılığı, TYB olmayan eşleştirilmiş bir örnekleme kıyasla iki kattan fazla bulunmuştur. Bu durum, yalnızca obeziteden kaynaklanan risklerin yanı sıra, bozukluk ile metabolik sendromun belirli bileşenleri arasında bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir (122).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan obez kişilere kıyasla daha genç yaşta aşırı kilolu olma (44), daha genç yaşta diyet yapmaya başlama ve kilo vermek için sonuçsuz girişimlere daha fazla zaman harcama olasılıkları daha yüksektir (123,124). TYB'li aşırı

kilolu bireyler, kendilerini benzer kilodaki tıknırcasına yemeyen bireylere kıyasla daha kilolu ve daha şişman olarak görmektedir (125).

Başka bir çalışmada TYB ve obezitesi olan deneklerin enerji alımının, sadece obezitesi olan deneklere kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, TYB'li deneklerin tıknırcasına yeme ataklarının olmadığı günlerde kaydedilen kalori alımı, bozukluğu olmayan deneklerin kaydettiğinden daha fazla bulunmuştur. TYB'li denekler obez kontrol deneklerine kıyasla daha fazla tatlı ve daha fazla atıştırılabilir gıda (daha fazla yağ ve daha az protein) tüketmiştir (126,127).

Tıknırcasına yeme bozukluğu görülen obez hastalar, TYB görülmeyen obez kişilere kıyasla, daha düşük benlik saygısı ve daha fazla depresif belirtiler göstermektedir. Ayrıca, TYB olan obez hastalar, özellikle duygudurum bozuklukları ve kişilik bozuklukları olmak üzere, daha fazla komorbid psikiyatrik bozukluk sergilemektedir (128-130).

Tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip bireylerin beden şekli ve incelikte aşırı ilgilenme, açlık ve toklukla ilgili visseral hisleri yorumlamada zorluk bildirme olasılığı daha yüksektir (128).

Obezite cerrahisi için başvuranlarda prevalans çok daha yüksektir; Bariatrik cerrahi talebinde bulunan ve TYB için klinik tanıyı karşılayanların prevalans oranları değerlendirme yöntemine bağlı olarak % 4,2 ile %47 arasında değişmektedir (131,132).

#### **2.1.6.2. TYB ve Psikiyatrik Komorbiditeler**

Tıknırcasına yeme bozukluğu sıklıkla diğer ruh sağlığı sorunlarıyla birlikte görülür. ABD'de yaşayan yetişkinler üzerinde yapılan ulusal temsili bir çalışmada, TYB'li bireylerin %94'ü en az bir ek psikiyatrik bozukluk için tanı kriterlerini karşılamıştır ve TYB'li bireylerin %23'ü intihar girişiminde bulunmuştur (133,134). Grilo ve arkadaşları tarafından yapılan ve TYB'ye eşlik eden psikiyatrik ve tıbbi durumları inceleyen başka bir çalışmada ise, TYB teşhisi konmuş bireylerin %37'sinin mevcut bir psikiyatrik bozukluğa sahip olduğu ve %67'sinin yaşam boyu en az bir psikiyatrik komorbiditenin eşlik ettiği tespit edilmiştir ve aynı çalışmada yaşam boyu konulan tanılar arasında en yaygın olanları duygudurum bozuklukları (%49), anksiyete bozuklukları (%41) ve madde kullanımı ilişkili bozukluklardır (%22) (135).

Başka bir çalışmada TYB'ye eşlik eden yaygın ruh sağlığı sorunları arasında duygudurum bozuklukları (%70), travma sonrası stres bozukluğu (%32) ve anksiyete bozuklukları (%16) saptanmıştır. Sınırdaki kişilik bozukluğu, alkolizm ve patolojik kumar oynama gibi dürtü kontrol zorlukları ile karakterize bozukluklar da sık görülmektedir. (134,136,137)

Özellikle, obezite cerrahisi isteyen TYB'li bireyler, ameliyattan önce aralıklı patlayıcı bozukluk, kumar oynama ve kompulsif satın alma gibi dürtü kontrolüyle ilgili ciddi sorunlar bildirmektedir. TYB tanılı hastalara en sık eşlik eden duygu durum bozukluğunun majör depresif bozukluk olduğu saptanmıştır. Yine obez bireylerde klinik veya subklinik düzeyde tıknırcasına yeme belirtileri gösterenlerde en sık majör depresif bozukluğun eşlik ettiği tespit edilmiştir. Depresif bozuklukların, aşırı yeme eğilimine sahip obez bireylerde, bu eğilime sahip olmayan obezlere göre daha sık görüldüğü bulunmuştur. (138)

Psikiyatrik komorbiditesi olan TYB'li hastaların iyileşme olasılığı daha düşük olduğundan ve bu nedenle farklı veya ek tedavilere ihtiyaç duyabileceğinden, daha ciddi TYB patolojisi ile ilişkilidir (139).

Tıknırcasına yeme bozukluğu tanısı konan hastalarda çoklu psikiyatrik komorbiditeler de oldukça yaygındır ve hastaların yaklaşık %50'sinde üç veya daha fazla psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir (16). Psikiyatrik komorbiditeler, obezite derecesiyle değil, tıknırcasına yemenin şiddetiyle bağlantılıdır (140).

### **2.1.7. Ayrıcı Tanı**

Tıknırcasına yeme bozukluğu, başlangıçta anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza ile örtüşen bir temel psikopatolojik yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Zaman içinde, TYB'nin diğer yeme bozukluklarından, özellikle de bulimiya nervozadan farklı olup olmadığı önemli bir tartışma konusu olmuştur. Elde edilen bulgular, TYB'nin bağımsız bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (89).

Tıknırcasına yeme bozukluğunun özellikleri hem obezite hem de bulimia nervoza ile benzerlik göstermektedir. TYB için temel kriter, bulimiya nervoza için de temel bir kriter olan tıknırcasına yeme ataklarının ortaya çıkmasıdır.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı konan bireylerin cinsiyet dağılımı AN ve BN'den farklı özellikler taşımaktadır. AN ve BN hasta popülasyonunun çoğu kadınlardan oluşurken ve nadiren erkeklerde görülürken, TYB tanısı konanlarda erkek-kadın oranı 2:3'tür (43,44).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu, farklı etnik gruplarda görülebiliyorken, anoreksiya nervoza ve bulimiya nervoza vakalarının çoğunluğu beyaz bireyler arasında rapor edilmiştir (141,142).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu görülen bireyler arasındaki yeme düzenleri ve tıkinma özellikleri de, BN'li bireylerinkinden farklıdır. BN'li bireyler tıkınırcasına yeme ataklarında, TYB'li kişilere göre daha fazla kalori alırlar, ancak normal öğünlerdeki kalori alımları çok daha düşüktür. Yeme atağı esnasında, BN'li bireyler genellikle tatlı yiyecekleri tercih ederken, TYB'li kişiler çok çeşitli yiyecekler tüketebilirler. Ayrıca, BN hastaları sürekli olarak TYB hastalarına göre çok daha yüksek düzeyde yiyecek kısıtlaması bildirmektedir. (143,144)

Bir toplum örneğinde, TYB'li bireyler ile BN'nin çıkartma olan ve olmayan alt tiplerine sahip katılımcıları doğrudan karşılaştıran bir çalışmada, TYB'li bireylerin daha az diyet kısıtlamasına sahip olduğunu ve BN'li bireylere göre obezite oranlarının çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (145).

Yine mevcut bulgular, TYB'nin gelişiminde BN'ye kıyasla farklı risk faktörlerinin etkili olduğunu ortaya koymaktadır (146). Örneğin, geriye dönük çalışmalar, sürekli diyet yapmanın BN'nin başlangıcında, TYB'nin başlangıcına göre daha belirleyici bir rol oynadığını göstermiştir. BN katılımcılarının %90'ı, bozukluğun başlamasından önce diyet yaptıklarını belirtirken, TYB katılımcılarının %50'den daha azı, TYB başlamadan önce diyet yaptıklarını belirtmiştir (141).

Aynı şekilde başka bir araştırmada, TYB'li kişilerin yalnızca %8,7'si tıkınırcasına yemenin başlamasından önce sıkı bir diyet yaptıklarını belirtmiştir (147). Sonuç olarak TYB olan bireylerin tıkınırcasına yemeden önce diyet yapma oranları BN'ye kıyasla çok daha az olması, TYB'nin etiyolojisinde diyetin rolünün BN'ye kıyasla daha az olduğunu açıkça göstermektedir.

Bunun dışında BN ve AN tanı kriterlerinden olan beden imajı ve ağırlığın aşırı değerlendirilmesi, TYB tanı kriterlerinde yer almamaktadır (1). TYB’li bireyleri BN’li bireylerle karşılaştıran diğer çalışmalarda da, TYB’li bireylerin yeme düzenleri ve vücut ağırlıkları konusunda daha az endişeli oldukları, fazla kilolu oldukları için daha az suçluluk hissettikleri, yeme davranışlarıyla daha az meşgul oldukları, kendileri hakkında daha iyi bir genel görüşe sahip oldukları, içsel durumları daha doğru algılayabildikleri, sosyal olarak daha uyumlu oldukları ve kişiler arası ilişkileri sürdürmede daha rahat oldukları tespit edilmiştir (148,94,149,150).

Yine TYB hastalarının, BN hastalarına kıyasla daha az komorbid psikiyatrik semptomlar gösterdiği saptanmıştır (149). TYB, BN ve obeziteyi karşılaştıran bazı çalışmalarda da, TYB’li bireylerin, BN’li bireylerden daha düşük düzeyde, TYB’si olmayan obezlerden ise daha yüksek düzeyde psikiyatrik komorbidite birlikteliği saptanmıştır (151-153).

Ayrıca DSM-5’te yer alan Gece Yeme Bozukluğunun (GYB) da TYB ile ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. GYB’li bireyler, TYB’li bireylere göre gece daha sık uyanırlar ancak uyandıklarında tükettikleri yiyecek miktar olarak daha azdır. TYB’li bireylerde görülen tıknırcasına yeme epizodları sadece gece değil, günün farklı saatlerinde de büyük miktarlarda gıda alımı görülür. GYB’li bireylerde, diyet yapma ve vücut şekli ile ilgili olumsuz düşünceler TYB’li bireyler kadar yaygın görülmemektedir. Ayrıca, GYB tanısı için gerekli görülen ve tanı kriterleri arasında yer alan sabahları iştahsızlık ve gece uyuyamama belirtileri TYB’nin tanı kriterleri arasında yer almamakta ve gereklilik arz etmemektedir. (154)

### **2.1.8. Tedavi**

Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde ana hedefler; tıknırcasına yeme ataklarını durdurmak, sağlıklı yeme alışkanlıkları geliştirmek, dengeli bir vücut ağırlığına ulaşmak, obezite ile ilişkili sağlık sorunlarını ve eşlik eden psikolojik rahatsızlıkları tedavi etmektir (155). Psikoterapi yöntemleri, farmakoterapi ve Bariatrik cerrahi yöntemleri bu amaçla kullanılan tedavi seçenekleridir.

#### **2.1.8.1. Psikoterapi**

Uluslararası kılavuzlar, TYB'li bireyler için ilk basamak tedavi olarak kanıta dayalı psikoterapiyi önermektedir. TYB hastalarının önemli bir bölümü için, tıknırcasına yemeden kurtulmayı sağlamak için yeterli görülmektedir (156-158). Bu terapi genellikle ayakta tedavi ortamında gerçekleştirilir ancak ayakta tedavi takibi ile kısmi hastaneye yatış veya yatarak tedavi programlarının bir parçası olarak da uygulanabilir (159).

Yapılan çalışmalar psikoterapinin, tedavi uygulanmayan hastalara kıyasla tıknırcasına yemede anlamlı bir azalma sağladığını göstermiştir (160,161).

Tıknırcasına yeme bozukluğu için randomize kontrollü çalışmalardan (RKÇ) elde edilen etkinlik kanıtlarına sahip üç ana terapi yöntemi bulunmaktadır. Bunlar; Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT), Kişilerarası Psikoterapi (KP) ve Diyalektik Davranış Terapisidir (DDT) (162-164).

### **Bilişsel-Davranışçı Terapi**

Tıknırcasına yeme bozukluğu tedavisinde etkinliği en iyi kanıtlanan yöntemdir ve Ulusal Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE) kılavuzu BDT'yi TYB tedavisinde ilk seçenek olarak önermektedir (165-167). Hem klinik ihtiyaçlara uyarlanabilen hem de davranışsal müdahalelerle veya farmakolojik ajanlarla birlikte veya tek başına kullanılabilen en yaygın tercih edilen psikoterapi yöntemidir.

Bilişsel-Davranışçı Terapi, yarı yapılandırılmış ve sorun odaklı bir terapi. Hastanın geçmişinden ziyade bugünü ve geleceği ile ilgilenir (168). BDT, yeme sorununun gelişim sürecinde daha önce etkili olan faktörlerden ziyade sorunu devam ettiren faktörler ve süreçlere odaklanır.

Bilişsel-Davranışçı Terapi üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama, bilişsel-davranışçı terapi yaklaşımının temel mantığını açıklamayı içerir ve temel hedef, yeme davranışlarının kontrol altına alınmasını sağlamaktır. İkinci aşama, tıknırcasına yeme davranışının yerine düzenli ve istikrarlı bir yeme düzeni oluşturmayı hedefler. Bu aşamada, aynı zamanda diyet, vücut şekli ve kilo endişeleri ile genel bilişsel yanılgılar da ele alınır. Üçüncü ve son aşamanın amacı ise, düzelmenin gelecekte de sürdürülmesini sağlamaktır. (169)

## **Kişilerarası Psikoterapi**

Kişilerarası psikoterapi ilk kez Klerman ve ark. tarafından ayakta tedavi gören depresif hastaların tedavisinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir (170). KP daha sonra BN'li hastalara uygulanmak üzere modifiye edilmiştir (171). Son olarak Wilfley ve ark. KP'yi TYB'li hastaların tedavisinde kullanılacak şekilde yeniden tasarlamıştır (172,173).

Kişilerarası psikoterapi, psiko-dinamik yönelimli terapilerden türetilen teknikleri kullanır, ancak odak noktası hastanın mevcut koşulları ve ilişkileridir. Psikiyatrik bozuklukların sosyal işlevsellikteki bozukluklarla yakından ilişkili olduğu ve bunun da bozukluğun başlangıcı ve/veya sürdürülmesiyle ilişkili olabileceği varsayımına dayanmaktadır.

Kişilerarası psikoterapi, iyi tanımlanmış tedavi stratejilerini, tekniklerini ve dört sosyal alandaki sorunların çözümüne yönelik terapötik bir yaklaşım içerir: yas, kişiler arası anlaşmazlıklar, rol geçişleri ve kişiler arası eksiklikler. Kişilerarası Psikoterapi özellikle TYB hastaları için ideal bir psikoterapi yöntemidir çünkü tatmin edici ilişkiler geliştirmek, sürdürmek için gerekli becerilerin kazanımı ve kişilerarası sorunlarla başa çıkmak için daha etkili stratejilerin geliştirilmesini amaçlamaktadır (174).

## **Diyalektik Davranış Terapisi**

Linehan tarafından 1993 yılında geliştirilen Diyalektik Davranış Terapisi, borderline kişilik bozukluğu tedavisinde duyguların yönetimi amacıyla kullanılmak için geliştirilen bir terapi metodudur (175).

Bu teknik uygulanırken dört temel unsura odaklanılmaktadır. Bu unsurlar farkındalık, sıkıntılı durumlarla başa çıkma, duyguların kontrolü ve kişiler arası etkililiktir. DDT'nin temel amacı, yeni koşullara uyum sağlamak için duyguları yönetme yeteneğini geliştirmek ve bu yeteneği günlük yaşamda uygulamaktır.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu tedavisinde kullanılmak için uyarlanmış DDT'sini inceleyen bir araştırmada DDT gören TYB hastalarının, kontrol grubuna kıyasla tıkınırcasına yeme ve yeme bozukluğu ölçümlerinde belirgin bir iyileşme gösterdiği ve bireylerin %89'unun tedavi sonunda tıkınırcasına yemeyi bıraktığı tespit edilmiştir (176).

Yine başka bir çalışmada DDT uygulanan TYB'li bireyler, DDT uygulanmayan bireylere kıyasla tıknırcasına yeme ataklarında önemli azalma, daha düşük VKİ, duyu düzenlemede daha fazla iyileşme ve daha iyi tedavi kalıcılığı bildirmişlerdir (177).

### **2.1.8.2. Farmakoterapi**

Tıknırcasına yeme bozukluğu için uluslararası kılavuzlar tarafından önerilen kanıta dayalı farmakolojik ajanlar ikinci nesil antidepresanlar, antikonvülzanlar (topiramet ve zonisamid), santral sinir sistemi uyarıcıları (lisdexamfetamin (LDX)) ve obezite karşıtı ilaçlar (orlistat) yer almaktadır (157,156,158).

Meta-analizler, genellikle ikinci nesil antidepresanlar veya SSS uyarıcısı LDX gibi farmakolojik tedavilerin, TYB hastalarında plaseboya kıyasla tıknırcasına yeme ataklarını azaltma veya durdurma konusunda etkili olduğunu göstermiştir. Ancak, farmakolojik tedavilerin yeme bozukluğu psikopatolojisi ve ruh hali üzerinde tutarsız etkileri olabilmektedir. Ayrıca çalışmaların çoğunda uzun süreli takip bulunmamaktadır. (178,179)

Bir başka sistematik inceleme, psikolojik veya kilo verme terapilerinin ilaçlarla kombinasyonlarına odaklanmış ve bu kombinasyonların komorbiditeleri olan hastalarda monoterapiye kıyasla daha güçlü veya yararlı olabileceği sonucuna varılmıştır (180).

Dekstroamfetaminin bir ön ilacı olan oral lisdexamfetamin, yetişkinlerde orta ila şiddetli TYB tedavisi için FDA'nın (U.S. Food and Drug Administration) onayladığı tek ilaçtır. LDX, tıknırcasına yeme ile ilişkili yeme davranışlarıyla bağlantılı olan dopaminerjik sistem üzerinde etkilidir. Kısa süreli çalışmalarda, LDX tıknırcasına yeme sıklığını önemli ölçüde azaltmış, ilişkili psikopatolojiyi iyileştirmiş ve vücut ağırlığını ~%5-6 oranında azaltmıştır ve bu etkiler tedavinin başlamasından 1 hafta sonra gözlenmiştir. Yaygın advers etkiler arasında ağız kuruluğu, baş ağrısı ve uykusuzluk yer almıştır.(181)

Antiepileptik ajanlardan topiramet ve zonisamid, TYB için etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Topiramet, plaseboya kıyasla ve BDT ile birlikte verildiğinde plaseboya kıyasla tıknırcasına yeme sıklığında ve kiloda azalma sağladığı tespit edilmiştir ancak her iki ilacın yan etkileri kullanımlarını sınırlayabilir. (182,183)

Son olarak, etki mekanizması merkezi sinir sistemine ve diyet yağının emilimine odaklanan orlistat, TYB ve obezitesi olan bireyler arasında kilo kaybı sağlamış ancak tıknırcasına yemede azalma sağlamamıştır (183).

### **1.1.1 Bariatrik Cerrahi**

Obezite nedeniyle bariatrik cerrahi için başvuran hastaların %64'ünde tıknırcasına yemenin görüldüğü saptanmıştır ve bu da tıknırcasına yemenin obeziteye sahip yetişkinlerde genel popülasyondan daha yaygın olduğunu göstermektedir (184).

Obezite cerrahisinin, bazı deneklerde tıknırcasına yeme davranışını çözmeye yardımcı olduğu saptanmıştır. Ancak bu davranış diğerlerinde devam edebilir ve kilo verme sonuçlarını olumsuz etkileyebileceği gözlemlenmiştir. (185)

Bariatrik Cerrahi, VKİ  $\geq 40$  olan morbid obezlerde veya VKİ  $\geq 35$  ve obezite kaynaklı en az iki tıbbi komplikasyon geliştiren bireylerde uygulanan bir cerrahi prosedürdür (186).

Yapılan araştırmalarda TYB'nin hafif ve orta düzey obeziteden ziyade ciddi obezite (VKİ $\geq 40$ ) ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (187).

Cerrahi olmayan tedavi yöntemleri, morbid obez bireylerin kilo vermesinde yeterince etkili olmayabilir; etkili olduklarında bile bu sonuçlar uzun süreli olmayabilir. Bu nedenle, obezite cerrahisi özellikle morbid obez TYB'li bireylerde bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. (188,189)

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Binge Eating Disorder Screener -7 ilk olarak 2016 yılında Herman ve ark. tarafından TYB olma olasılığı yüksek bireyleri belirleme ve ileri değerlendirme amacıyla ilgili uzmanlara yönlendirmeyi kolaylaştırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinde de kullanılmak üzere geliştirilmiş, yedi sorudan oluşan, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış tarama anketidir (7).

Ülkemizde Yeme Bozukluklarının taramasında kullanılan bazı tarama anketleri bulunmakla birlikte( Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği(YBDÖ), Yeme Tutum Testi-26 (YTT-26) vb.) TYB'ye özgü bir tarama anketi bulunmamaktadır. Bir tarama

aracı olan BEDS-7 anketinin Türkçe çevirisini yapmak ve çevrilen formun psikometrik özelliklerini ortaya koyarak TYB şüphesi olan kişilerin hızlı, basit ve kolay bir şekilde taranmasını sağlamak için Türk Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin hizmetine sunmak amaçlanmaktadır.

### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi polikliniklerine başvuran, çalışma konusunda bilgi verilerek çalışmaya katılma onayı veren yetişkin bireylerin dahil edildiği geçerlilik güvenilirlik çalışmasıdır.

### **3.3. Araştırma Grubu**

Ölçek geçerlilik çalışmalarında faktör analizi gibi yöntemlerin uygulanabilmesi için gerekli örneklem büyüklüğü hakkında çeşitli görüşler bulunmaktadır. Child, Tabachnick ve Fidell, madde sayısının 5 katı büyüklüğünde bir örneklemin yeterli olacağını öne sürmüşlerdir (190). Field ise her bir madde için 10 ila 15 örneklem gerektiğini vurgulamaktadır (191).

Çalışmadan önce, araştırmamızda, belirlenen hipotezleri test etmek için 176 kişilik bir örneklem büyüklüğü kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünü belirlerken, istatistiksel güç analizi yapılmıştır. Güç analizinde etki büyüklüğü ( $W$ ) 0,25 olarak belirlenmiştir. Doğru olan kontrol (sıfır) hipotezini reddedip karşıt hipotezi kabul etme olasılığı yani hatalı karar verme olasılığı olan Alpha ( $\alpha$ ) değeri ise 0,05 olarak alınmıştır. Yapılan güç analizine göre, 176 kişilik bir örneklem büyüklüğü ile %80,39 (0,80388) güç elde edilmesi ön görülmüştür.

Testin gücü, Hipotez kontrolü sonucu, geçerli olan  $H_1$  hipotezinin kabul edilmesi ihtimalidir. Gerçekte fark varsa ortaya koyma yani isabetli karar verme olasılığıdır. İstatistiksel güç, araştırmada belirli bir amacın değerlendirilmesi için kullanılan istatistiksel testin sonucunda verilen kararın ne kadar güvenilir ve geçerli olduğunu olasılıkla tahmin eden bir yöntemdir.  $(1 - \beta) \geq \% 80$  olmalıdır.

Çalışmamıza 180 kişi dahil edilmiştir. Yedi sorudan oluşan ölçek için örneklem büyüklüğü, madde sayısının on katını aşmaktadır. Literatürde, bu araştırmada kullanılan örneklem büyüklüğünün ölçeğin geçerlilik çalışması için yeterli olduğu kabul edilmektedir.

Bu bağlamda, örneklem büyüklüğümüz istatistiksel analizler için yeterli olup araştırmamızın geçerliliğini desteklemektedir.

### **3.4. Ölçek Çevirisi**

Dil geçerliliği için soru formu önce iyi derecede İngilizce bilen yetkin bir psikiyatri uzman hekimi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Ölçeğin İngilizceden Türkçeye çevirisinin yapan uzmandan bağımsız bir ekip tarafından tekrar Türkçeden İngilizceye çevirisi yapıp orijinal form ile tutarlılığı karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar sonucunda uygunluk kararı verildikten sonra ölçek çalışmaya uygun hale getirilmiştir.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma için gereken etik kurul onayı Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından verilmiş olup proje numarası KA23/364 olarak belirlenmiştir. Çalışmaya etik kurulunun onayı alındıktan sonra Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Hastanesi polikliniklerine ayaktan tedavi amacıyla başvuran geçmiş sağlık kayıtları incelenerek herhangi bir psikiyatrik ve metabolik hastalık tanısı almadığı 18-71 yaş arasındaki 180 kişi alınmıştır. Tüm katılımcılara gerçekleştirilecek çalışma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınarak çalışmaya katılımları sağlanmıştır.

Öncelikle, araştırmacı tarafından kullanılan her ölçek hakkında katılımcılara bilgi verilmiştir. Görüşme sırasında, tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik Veri Formu hastalar tarafından doldurulmuştur.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere öncelikle sosyodemografik bilgi formu ve üç ölçeği içeren form doldurtulmuştur. Anketin ilk bölümünde kişiye ait sosyodemografik sorulardan oluşan anket formu, ikinci bölümde geçerlilik güvenilirliği yapılacak olan “Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tarama Soru Formu (Binge Eating Disorder Screener -7: BEDS-7)”, üçüncü ve dördüncü bölümde ise “Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ)” ve “Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)” katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Daha sonra doğrulama testi olarak yeme bozuklukları tanısında kullanılan ve Türkçe versiyonu bulunan yarı yapılandırılmış bir görüşme olan EDA-5(Eating Disorder Assessment for DSM-5 ) testi araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanmıştır.

### 3.6.1 Sosyodemografik Bilgi Formu

Bu araştırmada kullandığımız veri formu, özel olarak bu çalışma için tarafımızdan oluşturulmuştur. Tüm katılımcıların yaş, cinsiyet, boy, kilo, meslek, medeni durum, ruhsal hastalık öyküsü sosyodemografik bilgi formu ile sorgulanmıştır.

### 3.6.2 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tarama Soru Formu (BEDS-7)

Herman ve ark. tarafından 2016 yılında BEDS-7, TYB olma olasılığu yüksek bireyleri belirleme ve ileri değerlendirme amacıyla ilgili uzmanlara yönlendirmeyi kolaylaştırmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinde de kullanılmak üzere geliştirilmiş tarama anketidir (7). BEDS-7 tek başına yeme bozukluğu tanısı koydurmaz. BEDS-7 yedi sorudan oluşmaktadır. İlk iki soru Evet ve Hayır olmak üzere iki seçenekli sorulardır. Birinci Soruda son 3 ayda aşırı yeme epizodu yaşanıp yaşanmadığu sorgulanmaktadır. Birinci soruya hayır yanıtı verilmesi durumunda diğer soruların yanıtlanmasına gerek olmayıp test burada sonlandırılmaktadır. Birinci Soruya evet yanıtı verilmesi halinde 2-6. sorularda aşırı yeme epizotları esnasında stres, kontrol kaybı, a olmadığı halde yemeye devam etme, utanç duyma, suçluluk hissi sorgulanmaktadır. yedinci soruda ise kendini kusturma, laksatif kullanımı vb. davranışlar sorgulanmaktadır. 3-7. soru yanıtları hiç veya nadiren, bazen, sık sık ve her zaman olmak üzere 4 seçenekten oluşmaktadır.

BEDS-7 formu için pozitiflik kriterleri şöyle belirlenmiştir. Birinci ve ikinci Soruya evet, 3-6. Sorulara bazen veya sık sık veya her zaman yanıtları verilmesi ve yedinci Soruya hiç- nadiren veya bazen yanıtları verilmesi halinde sonuç pozitif kabul edilmektedir.

**Tablo 2.** Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tarama Soru Formu (Binge Eating Disorder Screener-7 (BEDS-7))

Soru	Yanıt
1 Son üç ay süresince, herhangi bir aşırı yeme epizodunuz oldu mu? (yani, benzer bir zaman aralığında çoğu insanın yiyeceğinden belirgin olarak daha fazla yeme)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
<b>NOT: 1. SORUYA VERDİĞİNİZ YANIT “HAYIR” İSE BURADA DURABİLİRSİNİZ. KALAN SORULAR SİZE UYMAMAKTADIR.</b>	
2 Aşırı yeme epizotlarınız ile ilgili olarak stres altında hissediyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Son 3 ay içerisinde...	

3	Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta yemeniz üzerinde kontrolünüz olmadığını hissediyorsunuz? (Örn. Yemeyi durduramamak, yemek zorunda hissetmek veya daha fazla yiyecek için git-geller yaşamak.)	<input type="checkbox"/> Hiç veya Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Her Zaman
4	Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta aç olmasanız da yemeye devam ettiniz?	<input type="checkbox"/> Hiç veya Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Her Zaman
5	Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta ne kadar fazla yediğiniz ile ilgili utanç duyduunuz?	<input type="checkbox"/> Hiç veya Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Her Zaman
6	Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta kendinizden tiksindiniz veya daha sonrasında suçluluk hissettiniz?	<input type="checkbox"/> Hiç veya Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Her Zaman
7	Son 3 ay süresince ne sıklıkta kilonuzu veya şeklinizi kontrol altında tutma aracı olarak kendinizi kusturdunuz?	<input type="checkbox"/> Hiç veya Nadiren <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Her Zaman

### 3.6.3 Beck Depresyon Ölçeği

Beck depresyon ölçeği klinik ve klinik olmayan popülasyonlarda depresif semptomları değerlendirmek ve taramak için A. Beck tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (192). Ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Sorular 0 ile 3 puan arasında değişen dörtlü Likert ölçeği formatındadır. Ölçekten 0-63 arası puan alınabilmektedir.

Depresif atakların şiddet sınıflaması için kesme değerler belirlenmiştir. Bu değerlere göre 0-9 arası puanlar minimal, 10-18 arası puanlar hafif, 19-29 arası puanlar orta, 30-63 arası puanlar ise ağır depresyonu göstermektedir. BDÖ'nün Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiş, Cronbach alfa değeri 0,8 olarak bildirilmiştir. (193)

### 3.6.4 Beck Anksiyete Ölçeği

Beck anksiyete ölçeği, anksiyete semptomlarının şiddetini 0 ila 3 puan arasında değişen Likert tipi bir ölçekte değerlendiren 21 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir (194). BAÖ'deki toplam puanlar 0 ila 63 arasında değişmekte olup ölçek puanının artışı ile anksiyete şiddeti orantılıdır. BAÖ, anksiyetenin depresyonla örtüşebilecek duygusal

bileşenlerinden (örn. başarısızlık hissi) ziyade anksiyete ve panikle ilişkili hem bilişsel (örn. sinirlilik, kontrolü kaybetme korkusu) hem de somatik unsurlarına (örn. kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük) ilişkin semptomları sorgulamaktadır. Somatik semptomlar için 14 madde, anksiyete ve paniğin öznel yönleriyle ilişkili bilişsel semptomlar için 7 madde mevcuttur. BAÖ son bir haftalık süreci sorgulamaktadır. BAÖ'nün Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği incelenmiş, Cronbach alfa değeri 0,93 olarak bildirilmiştir (195).

### **3.6.5 DSM-5 için Yeme Bozukluğu Değerlendirmesi ( Eating Disorder Assessment for DSM-5: EDA-5)**

Eating Disorder Assessment for DSM-5 (EDA-5), DSM-5 kriterlerine göre beslenme ve yeme bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilmiş elektronik, yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. Orijinal İngilizce versiyonu güçlü psikometrik özelliklere sahiptir ve önceki araştırmalar Yeme Bozukluğu Muayenesi (EDE) görüşmesi ile EDA-5 tarafından oluşturulan tanımlar arasında yüksek oranda uyum olduğunu göstermiştir. EDA-5 uygulaması, daha önce elde edilen cevaplara dayalı olarak sonraki soruları seçen bir algoritmaya dayanmaktadır. Bu nedenle, uygulanan soruların sayısı bireyler arasında farklılık göstermektedir. (8)

### **3.7. İstatiksel Yöntemler**

BEDS-7 ölçeğinin yapısal geçerliğini, iç tutarlılığını değerlendirmek için, test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. BEDS-7 ölçeğinin ve diğer tüm kullanılan ölçeklerin güvenilirliği ve model uyumu, toplanabilirlik özelliği, Güvenilirlik (Reliability) analizi yöntemlerinden Cronbach alpha katsayısı, Hotelling t kare istatistiği, Tukey eklenebilirlik testleri ile değerlendirilmiştir. Geçerlilikleri ise faktör analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. BEDS-7 ölçeğinin test-tekrar test puanları arası tutarlılık ve diğer ölçeklerin total puanlarının birbirleri ile olan ilişkileri parametrik test varsayımlarının sağlanıp sağlanmamasına göre Pearson korelasyon katsayısı veya Spearman rho korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir.

Grup ortalamalarının/ortancalarının karşılaştırılması ve ölçümler arası korelasyon katsayılarının elde edilmesi amacıyla öncelikle parametrik test varsayımlarının sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilmiştir. Dağılımın normalliği Shapiro Wilks testi ile, grup

varyanslarının homojenliği ise Levene's testi ile analiz edilmiştir. Parametrik test varsayımları yerine geldiği durumda bağımsız iki grup ortalamasının karşılaştırması amacıyla Student's t testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımlarını yerine getirmeyen durumlarda bu amaçla Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasında doğrusal ilişkinin derecesi ise parametrik test varsayımları sağlandığında Pearson Korelasyon katsayısı ile sağlanmadığında ise Spearman rho korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler, çapraz tabloların hücrelerindeki beklenen frekans durumuna göre Pearson ki-kare testi ve Likelihood Ratio testi ile analiz edilmiştir. Tablodaki hücre sayısının %20'sinden fazlasında beklenen frekansların 5'ten küçük olduğu durumlarda Likelihood Ratio test istatistiği kullanılmıştır.

Veri analizi SPSS 26.0 istatistik yazılımı ile yapılmıştır. (IBM Corp. Released 2019. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.).  $p < 0.05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Sosyodemografik Veriler

Araştırmaya katılan 180 kişinin 114'ü kadın (%63,3) ve 66'sı erkek (%36,7) olup, kadınların yaş ortalamaları  $36,65 \pm 2,90$  (ortanca değer:31,0) yıl, erkek katılımcıların yaş ortalaması ise  $44,80 \pm 4,83$  (ortanca değer:36,0) yıl olarak belirlenmiştir. Kadın ve erkek katılımcılar arasında yaş ortalamaları bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Katılımcıların cinsiyete göre yaş, boy, kilo ve VKİ gibi sosyodemografik verileri Tablo 3'de sunulmuştur.

**Tablo 3.** Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin ortalama ( $\bar{x}$ ), standart sapma (SS), minimum maksimum ve ortanca değerleri

Kadın (n=114)	Erkek (n=66)	p*
---------------	--------------	----

	$\bar{x}$	SS	Ortanca değer	min	max	$\bar{x}$	SS	Ortanca değer	min	max	
Yaş (yıl)	35,00	1,81	31,0	21,0	71,0	39,50	3,60	36,0	22,0	67,0	<0,05
Boy (cm)	164,43	1,04	165,0	150,0	181,0	175,63	1,69	176,0	162,0	186,0	<0,001
Kilo (kg)	70,79	2,27	69,0	48,0	110,0	88,81	3,64	86,50	65,0	120,0	<0,001
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	26,15	0,81	25,50	17,0	40,3	28,68	0,98	27,20	21,7	37,0	0,051

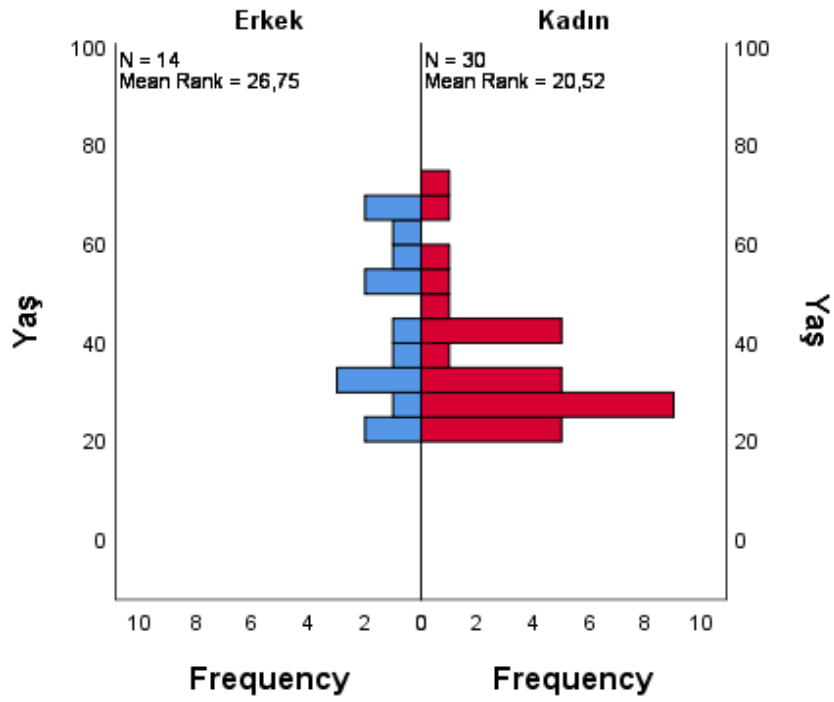
Boy değişkeninin cinsiyet grupları açısından farklılık gösterip göstermediği Student's t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Boy değişkeni için cinsiyet grupları arasında fark anlamlıdır ( $p < 0,001$ ).

Mann-Whitney U Testi, bağımsız iki grup arasındaki medyan farklılıklarını incelemek için kullanılan parametrik olmayan bir testtir. Bu test, örneklemelerin normal dağılım göstermediği veya grup varyanslarının homojen olmadığı durumlarda tercih edilir. Parametrik testlerin varsayımlarını yerine getirmeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Yaş, kilo, VKİ'nin cinsiyet grupları arasında farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Yaş değişkeni yönünden cinsiyetler arası fark anlamlıdır ( $p < 0,05$ ). Kilo değişkeni yönünden cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0,001$ ). VKİ değişkeni açısından cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamıştır ( $p = 0,051$ ). Cinsiyete göre yaş, kilo ve VKİ dağılımı şekil 1,2 ve 3 te verilmiştir.

## Independent-Samples Mann-Whitney U Test

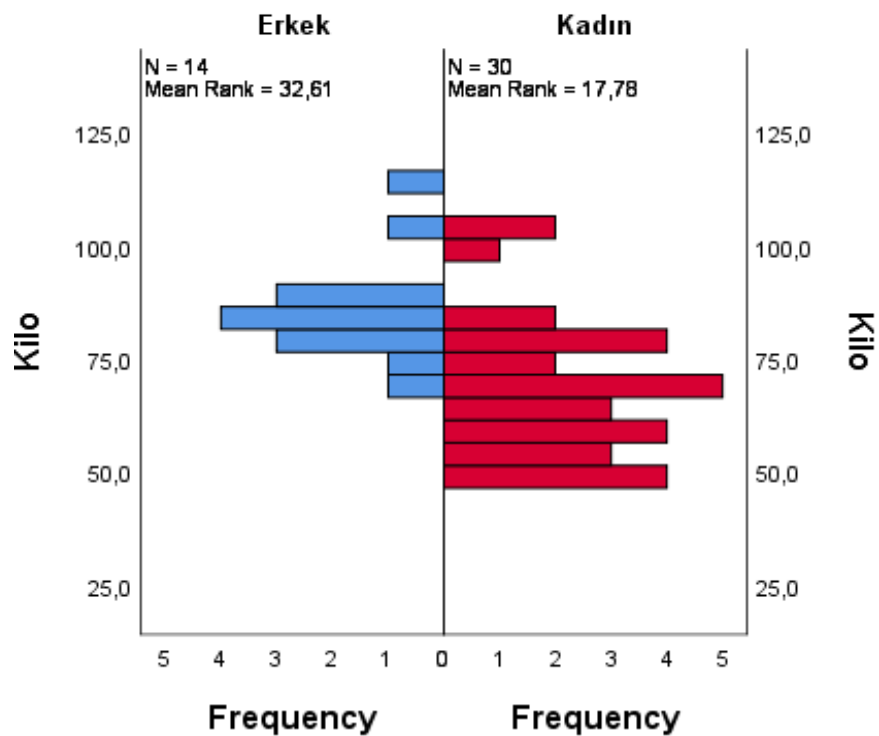
### Cinsiyet



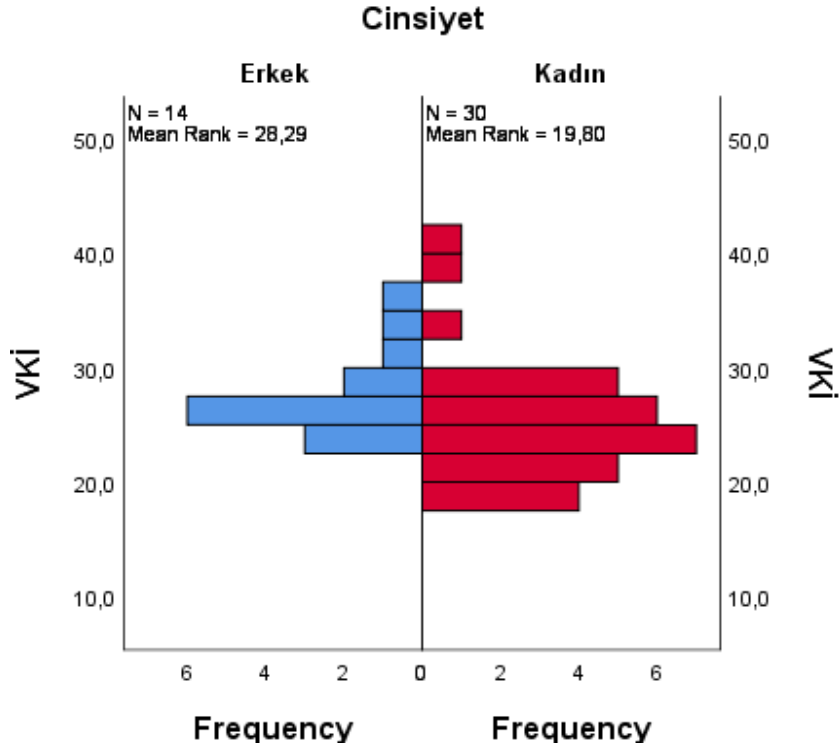
Şekil 1. Yaş değişkeninin cinsiyete göre dağılımı

## Independent-Samples Mann-Whitney U Test

### Cinsiyet



**Şekil 2.** Kilo değişkeninin cinsiyete göre dağılımı  
**Independent-Samples Mann-Whitney U Test**



**Şekil 3.** Vücut Kitle İndeksi değişkeninin cinsiyete göre dağılımı

#### 4.2 BEDS-7 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin bulgular

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) öncesinde örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğunu tespit etmek amacıyla KMO (Kaiser-Mayer-Olkin) ve Bartlett testi yapılmıştır. İlk test KMO değeri 0,59 son test KMO değeri 0,62 olarak saptanmıştır ve anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Bu sonuçlar, faktör analizi için yeterli örneklem büyüklüğünün sağlandığını göstermektedir. İlk test ve tekrar test KMO ve Bartlett testi verileri tablo 4 ve 5'te verilmiştir.

**Tablo 4.** İlk test Kaiser-Mayer-Olkin ve Bartlett sonuçları

<b>Kaiser-Meyer-Olkin</b>		<b>0,594</b>
<b>Uygunluk Ölçüsü</b>		
<b>Bartlett's Küresellik Testi</b>	Yaklaşık Ki-kare	60,251
	Serbestlik derecesi (df)	15
	Anlamlılık	<0,001

**Tablo 5.** Tekrar test Kaiser-Mayer-Olkin ve Bartlett sonuçları

<b>Kaiser-Meyer-Olkin</b>		<b>0,620</b>
<b>Uygunluk Ölçüsü</b>		
<b>Bartlett's Küresellik Testi</b>	Yaklaşık Ki-kare	69,736
	Serbestlik derecesi (df)	15
	Anlamlılık	<0,001

Buna göre, verilerin çok değişkenli normal dağılıma sahip olduğu varsayılmıştır. Faktör yüklerinin değerlendirilmesinde en düşük değer olarak 0,30 temel alınmıştır. Bu sonuca göre değerlendirmeler yapılmıştır. Yapı geçerliliği için madde yük değerinin 0,30 ve üzerinde olması kabul edilebilir olarak görülmektedir (196). Analizler sonucunda, BEDS-7 ölçeği yedinci maddeye tüm katılımcıların tamamının verdiği cevabın aynı olması ve gerekli koşulları karşılamadığı belirlenmiş, bundan dolayı hiçbir boyuta dahil edilmemiş ve bu madde çıkarılmıştır. Yedinci madde çıkarıldığında açıklanan toplam varyans değeri %66,278 olarak bulunmuştur. Birinci boyutun (yeme duyguları) varyansı %37,148 iken, ikinci boyutun (yeme davranışları) varyans yükü %29,130 bulunmuştur. Ölçek geliştirme sürecinde, toplam varyansın en az %40 ile %60 aralığında açıklanması beklenmektedir. Bu çalışmada, ölçeğin toplam varyansın %66,278'ini açıkladığı görülmektedir. Bu sonuç, ölçeğin yeterli düzeyde açıklayıcı olduğunu ve geçerli bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

Toplam 2 alt boyuttan oluşan 6 maddelik ölçek formu faktör analizi sonucu değerlendirilmiştir.

Altı soru maddesinden yeme duygu semptomları ( suçluluk, utanç ve stres) ifadelerinin yer aldığı maddeler birinci boyuta, yeme davranış semptomları (yemeye devam etme, kontrolsüzlük ve aşırı yeme epizodu) ikinci boyuta alınmıştır. Ölçeğe ait maddelere ilişkin ilk test ve tekrar test döndürülmüş faktör matrisi verileri tablo 6 ve 7'de verilmiştir.

**Tablo 6.** BEDS-7 ölçeği maddelerine ilişkin ilk test faktör analizi sonuçları

<b>Madde</b>	<b>Bileşen 1</b>	<b>Bileşen 2</b>
	<b>(yeme duygu</b>	<b>(yeme davranış</b>

	semptomları)	semptomları)
Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta ne kadar fazla yediğiniz ile ilgili utanç duydunuz?	0,916	
Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta kendinizden tiksindiniz veya daha sonrasında suçluluk hissettiniz?	0,853	
Aşırı yeme epizotlarınız ile ilgili stres altında hissediyor musunuz?	0,778	
Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta aç olmasanız da yemeye devam ettiniz?		0,787
Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta yemeniz üzerinde kontrolünüz olmadığını hissediyorsunuz?		0,765
Son 3 ayda aşırı yeme epizodu var mı?		0,695

**Tablo 7.** BEDS-7 ölçeği maddelerine ilişkin tekrar test faktör analizi sonuçları

Madde	Bileşen 1 (yeme duygu semptomları)	Bileşen 2 (yeme davranış semptomları)
Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta ne kadar fazla yediğiniz ile ilgili utanç duydunuz?	0,905	
Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta kendinizden tiksindiniz veya daha sonrasında suçluluk hissettiniz?	0,901	
Aşırı yeme epizotlarınız ile ilgili stres altında hissediyor musunuz?	0,757	
Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne		0,897

sıklıkta aç olmasanız da yemeye devam ettiniz?

Aşırı yeme epizotlarınız süresince ne sıklıkta yemeniz üzerinde kontrolünüz olmadığını hissediyorsunuz?	0,708
Son 3 ayda aşırı yeme epizodu var mı?	0,514

Ölçeğin güvenilirlik düzeyi, Cronbach Alfa katsayısı incelenerek belirlenmiştir. Bu değer 0,60 ve üzerinde ölçülmesi, güvenilir bir ölçek olduğunu gösterir. 0,40 ila 0,60 arası değerler ise düşük güvenilirliğe sahip bir ölçek olduğunu belirtir (197).

Yapılan analiz sonucunda, ölçeğin genelinde yer alan 7 maddenin Cronbach Alpha değeri 0,693 olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre, ölçeğin yeterli düzeyde güvenilir bir ölçüm aracı olduğu söylenebilir.

Madde ortalamalarının eşitliğinin kontrol edildiği Hotelling'in T-kare testi anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Hotelling'in T kare testine ilişkin veriler tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8.** BEDS-7 ölçeğine ilişkin Hotelling'in T-Kare Testi sonuçları

Hotelling T-kare	F	df1	df2	p*
31,192	5,459	5	28	<0,001

Bu bulgu, maddelerin tutarlılık açısından eşit derecede katkı sağladığını göstermektedir.

#### 4.3 Ölçekler arası ilk test- tekrar test korelasyonlar

Katılımcılara uygulanan ilk testteki BEDS total skoru ile tekrar testteki BEDS total skoru arasındaki korelasyon katsayısı  $r = 0,918$  olarak bulunmuştur ( $p < 0,01$ ). Bu sonuç, yüksek düzeyde pozitif bir ilişkiyi göstermektedir. İlk test ve tekrar test sonuçları arasında %91,8'lik pozitif bir korelasyon olması sonuçların oldukça tutarlı olduğunu ortaya

koymaktadır. İlk test ve tekrar testlerdeki BEDS-7,BDÖ toplam skoru ve BAÖ toplam skorları arası korelasyonlar Tablo 9’da verilmiştir.

**Tablo 9.** BEDS-7, BDÖ ve BAÖ ölçekleri arası ilk test ve tekrar test korelasyon ilişkisi

	İlk Test BEDS-7 SKORU	İlk Test BDÖ SKORU	İlk Test BAÖ SKORU	Tekrar test BEDS- TOTAL	Tekrar Test BDÖ- TOTAL	Tekrar Test BAÖ- TOTAL
İlk Test BEDS-7 SKORU	1,000	,467**	,397*	,918**	,576**	,522**
İlk Test BDÖ SKORU	,467**	1,000	,688**	,372*	,974**	,677**
İlk Test BAÖ SKORU	,397*	,688**	1,000	,430*	,681**	,972**
Tekrar test BEDS-TOTAL	,918**	,372*	,430*	1,000	,488**	,589**
Tekrar Test BDÖ TOTAL	,576**	,974**	,681**	,488**	1,000	,709**
Tekrar Test BAÖ TOTAL	,522**	,677**	,972**	,589**	,709**	1,000

-Pearson korelasyon katsayısı. \* p<0,05 , \*\*p<0,01, Spearman Rho korelasyon katsayısı. \* p<0,05 , \*\*p<0,01

#### 4.4 Ölçeklere ilişkin Diğer Bulgular

BEDS-7 puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Student’in t-testi kullanılmıştır. Kadınların tıknırcasına yeme bozukluğu skoru (BEDS-TOTAL) ortalaması erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Kadınlar için ortalama skor  $6,14 \pm 2,86$  iken, erkekler için bu değer  $4,75 \pm 2,59$  bulunmuştur, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,095$ ).

Parametrik testlerin varsayımlarını yerine getirmeyen BDÖ-Total ve BAÖ-Total değişkenleri için cinsiyet grupları açısından farklılık gösterip göstermediği Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Kadınların Beck Depresyon Skoru (BDÖ-TOTAL) ortalaması erkeklerin skorundan belirgin şekilde daha yüksektir. Kadınlar için ortalama skor  $14,22 \pm 9,80$  iken, erkekler için  $8,36 \pm 6,41$  saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,001$ ). Bu bulgulara göre, kadınların depresyon düzeyinin erkeklerden daha yüksek bulunduğu söylenebilir.

Kadınlar ve erkekler arasında anksiyete skoru dağılımında da belirgin bir fark bulunmaktadır. Kadınların anksiyete skorları erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Beck anksiyete skoru (BAÖ-TOTAL) ortalaması erkeklerin skorundan belirgin şekilde daha yüksektir. Kadınlar için ortalama skor  $16,86 \pm 10,00$  iken, erkekler için  $9,50 \pm 5,66$  saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Cinsiyete göre, BEDS-TOTAL skoru, BDÖ-TOTAL depresyon skoru ve BAÖ-Total anksiyete skoru değişkenlerinin grup istatistikleri tablo 10'da verilmiştir.

**Tablo 10.** Cinsiyete göre BEDS-Total ve BDÖ-Total, BAÖ-Total skorlarının grup istatistikleri

	Kadın (n=114)					Erkek (n=66)					p*
	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer	
BEDS-Total	6,14	2,86	1,0	12,0	6,0	4,75	2,59	0	8,0	5,0	=0,095
BDÖ-Total	16,27	9,42	0	35,0	16,50	11,13	7,63	0	25,0	12,0	<0,001
BAÖ-Total	16,86	10,0	2,0	42,0	14,50	9,50	5,66	1,0	21,0	9,0	<0,001

#### 4.5 EDA-5 tanı kategorileri ile ilişkili istatistiksel sonuçlar

Katılımcıların %81,1'inde (n=146) yeme bozukluğu yokken, %2,2'sinde (n=4) tanımlanmamış yeme bozukluğu, %8,9'unda (n=16) tıknırcasına yeme bozukluğu, %3,9'unda (n=7) eşik altı tıknırcasına yeme bozukluğu ve %2,8'inde (n=5) gece yeme bozukluğu/sendromu saptanmıştır. Anoreksiya nervoza kısıtlayıcı alt tip %0,6 oranında (n=1) ve eşik altı bulimia nervoza %0,6 oranında (n=1) tespit edilmiştir.

Cinsiyete göre bozuklukların dağılımı ise Kadın katılımcıların %76,3'ünde (n=87) yeme bozukluğu yokken, %2,6'sında (n=3) tanımlanmamış yeme bozukluğu, %11,4'ünde (n=13) tıknırcasına yeme bozukluğu, %5,3'ünde (n=6) eşik altı tıknırcasına yeme bozukluğu ve %2,6'sında (n=3) gece yemek yeme bozukluğu/sendromu olduğu

belirlenmiştir. Ayrıca, kadın katılımcıların %0,9'unda (n=1) anoreksiya nervoza kısıtlayıcı alt tip ve %0,9'unda (n=1) eşik altı bulimia nervoza tanısı bulunmaktadır. Kadın katılımcıların toplam sayısı 114'tür.

Erkek katılımcıların %89,4'ünde (n=59) yeme bozukluğu yokken, %1,5'inde (n=1) tanımlanmamış yeme bozukluğu, %4,5'inde (n=3) tıknırcasına yeme bozukluğu, %1,5'inde (n=1) eşik altı tıknırcasına yeme bozukluğu ve %3'ünde (n=2) gece yeme bozukluğu/sendromu olduğu tespit edilmiştir. Anoreksiya nervoza kısıtlayıcı alt tip ve eşik altı bulimia nervoza tanısı olan erkek katılımcı bulunmamaktadır.

EDA-5 tanı kategorileri ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Likelihood Ratio testi kullanılmıştır. Cinsiyet ve EDA-5 tanı kategorileri değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,306)

#### 4.5.1 TYB veya Eşik altı TYB ile Yeme bozukluğu olmayan gruplar arası istatistiksel veriler

Birinci grup (TYB veya Eşik Altı TYB) ile ikinci grup (Yeme bozukluğu yok) arasında varyansların eşit olup olmadığına Levene testi ile bakılmıştır. VKİ ve BEDS-Total değişkenlerinin iki grup arasındaki varyansların eşit olmadığı saptanmıştır (p<0,001). Bu nedenle karşılaştırmalar Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır. TYB veya Eşik Altı TYB'si olan birinci grup ile yeme bozukluğu olmayan ikinci grup arası yaş,kilo,VKİ ilişkin veriler tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 11.** Birinci grup (TYB veya Eşik Altı TYB) ile İkinci grup(Yeme Bozukluğu Yok) arası yaş, kilo,Vücut Kitle İndeksine ilişkin grup istatistikleri

	Grup 1(TYB veya Eşik Altı TYB)(n=23)					Grup 2(Yeme Bozukluğu Yok)(n=146)					p*
	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer	
Yaş (yıl)	40,71	17,17	22,0	71,0	38,0	32,24	7,98	21,0	50,0	30,0	<0,001
Kilo(kg)	82,0	16,67	52,0	110,0	80,0	72,39	16,68	48,0	120,0	70,0	<0,001
VKİ(kg/m <sup>2</sup> )	29,85	5,46	20,8	40,3	29,0	25,10	4,24	17,0	37,0	25,30	<0,001

TYB ve Eşik Altı TYB olan birinci grubun kilo ortalaması 82,0 +- 16,67 iken, Yeme bozukluğu olmayan ikinci grubun kilo ortalaması 72,39 +- 16,68 bulunmuştur.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu veya Eşik Altı TYB olan katılımcılar, yeme bozukluğu olmayan katılımcılara kıyasla ortalama kiloları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur( $p<0,001$ ). TYB ve Eşik Altı TYB olan birinci grubun VKİ ortalaması  $82,0 \pm 5,46$  iken, Yeme bozukluğu olmayan ikinci grubun VKİ ortalaması  $25,10 \pm 4,24$  bulunmuştur. Tıkınırcasına yeme bozukluğu veya Eşik Altı TYB olan katılımcılar, yeme bozukluğu olmayan katılımcılara kıyasla ortalama VKİ değerleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur( $p<0,001$ ). TYB veya Eşik Altı TYB'si olan birinci grup ile yeme bozukluğu olmayan ikinci grup arasında BEDS-Total, BDÖ-Total, BAÖ-Total skorlarına ilişkin veriler tablo 12'de verilmiştir.

**Tablo 12.** Birinci grup (TYB veya Eşik Altı TYB) ile İkinci grup (Yeme Bozukluğu Yok) arasında BEDS-Total, BDÖ-Total, BAÖ-Total skorlarına ilişkin grup istatistikleri

	Grup 1 (TYB veya Eşik Altı TYB) (n=23)					Grup 2 (Yeme Bozukluğu Yok) (n=146)					p*
	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer	
BEDS-Total	8,29	1,52	6,0	12,0	8,0	4,09	2,47	0	9,0	4,0	<0,001
BDÖ-Total	18,86	8,72	2,0	35,0	18,0	12,39	9,18	0	34,0	10,0	<0,001
BAÖ-Total	19,38	8,81	7,0	41,0	17,0	11,64	8,41	1,0	42,0	10,0	<0,001

Birinci grup ile ikinci grup arasında BEDS-Total ortalamaları bakımından fark istatistiksel olarak anlamlıdır TYB veya Eşik Altı TYB olan bireylerin (Grup 1) ortalama BEDS-Total puanı, yeme bozukluğu olmayan bireylerden (Grup 2) anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,001$ ). TYB veya Eşik Altı TYB olan bireylerin ortalama BDÖ-Total puanı, yeme bozukluğu olmayan bireylerden anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,001$ ). TYB veya Eşik Altı TYB olan bireylerin ortalama BAÖ-Total puanı, yeme bozukluğu olmayan bireylerden anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,001$ ).

Cinsiyet değişkeni açısından TYB veya Eşik Altı TYB'li birinci grup ile yeme bozukluğu olmayan ikinci grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Kadınlar arasında, TYB veya Eşik Altı TYB olan bireyler (Grup 1) ile yeme bozukluğu olmayan bireyler (Grup 2) arasında hem kilo hem de VKİ açısından anlamlı

farklar bulunmuştur. TYB veya Eşik Altı TYB olan kadınların ortalama kilosu ve VKİ'si, yeme bozukluğu olmayan kadınlardan anlamlı derecede yüksektir( $p<0,001$ ).

TYB veya Eşik altı TYB tanı kriterlerini karşılayan birinci grup ile yeme bozukluğu olmayan ikinci gruba ait cinsiyete göre kilo,VKİ,BEDS-Total,BDÖ-Total ve BAÖ-Total puanlarına ilişkin veriler Tablo 13'de verilmiştir.

**Tablo 13.** TYB veya Eşik Altı TYB grubu ile yeme bozukluğu olmayan grup arasındaki cinsiyete göre kilo,VKİ,BEDS-Total,BDÖ-Total,BAÖ-Total puanlarına ilişkin grup istatistikleri

	Grup 1(TYB veya Eşik Altı TYB)							Grup 2(Yeme Bozukluğu Yok)						p*
	n	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer	n	$\bar{x}$	SS	min	max	Ortanca değer		
KİLO (kg)	Kadın	19	78,57	16,73	52,0	110,0	79,0	87	65,29	12,15	42,0	98,0	64,0	<0,001
	Erkek	4	88,0	18,20	63,0	102,0	93,50	59	78,27	12,62	58,0	120,0	75,0	0,230
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	Kadın	19	29,07	6,07	19,50	40,30	28,50	87	24,17	4,34	17,0	36,60	23,80	<0,001
	Erkek	4	29,27	4,94	23,10	35,20	29,40	59	25,34	3,55	19,2	37,0	25,10	0,78
BEDS Total	Kadın	18	8,33	1,64	6,0	12,0	8,0	23	6,0	2,57	0	9,0	4,0	<0,001
	Erkek	3	8,0	0	8,0	8,0	8,0	10	3,40	2,22	0	6,0	4,0	0,07
BDÖ Total	Kadın	19	20,42	8,22	2,0	35,0	21,0	87	12,46	9,57	0	42,0	9,0	<0,001
	Erkek	4	10,25	7,13	2,0	18,0	10,50	59	7,86	6,23	0	26,0	6,0	0,437
BAÖ Total	Kadın	19	20,16	9,10	7,0	41,0	19,0	87	10,92	8,75	0	42,0	10,0	<0,001
	Erkek	4	11,50	7,85	0	17,0	14,50	59	5,93	4,60	0	21,0	5,0	0,152

#### 4.6 Ölçekler arası toplam korelasyonlar

Beck anksiyete ölçeği normal dağılım göstermediği için ,BAÖ Spearman'ın rho katsayısına göre çeşitli değişkenler arasındaki korelasyonları ve bu korelasyonların istatistiksel anlamlılık düzeylerine bakılmıştır. BAÖ ile BDÖ arasındaki ilişki %55,7 ( $r = 0,557$ ) olup istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0,01$ ). Ayrıca, BAÖ total ile BEDS total arasında %34,8 ( $r = 0,348$ ) bir ilişki bulunmaktadır. Bu ilişki, istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte ( $p < 0,05$ ), çok güçlü bir ilişki olarak değerlendirilemez. Ölçekler arası toplam korelasyonlar Tablo 14'de verilmiştir.

**Tablo 14.** BEDS-7, BDÖ ve BAÖ arası toplam korelasyonlar

	BEDS-TOTAL	BDÖ-TOTAL	BAÖ-TOTAL
BEDS-TOTAL	1,000	,496**	,589**
BDÖ TOTAL	,496**	1,000	,557**
BAÖ TOTAL	,348**	,557**	1,000

Pearson korelasyon katsayısı. \* p<0,05 , \*\*p<0,01, Spearman Rho korelasyon katsayısı. \* p<0,05 , \*\*p<0,01

## 5. TARTIŞMA

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB); tıbbi, psikolojik ve sosyal problemlere neden olan ve yaşam kalitesini düşüren bir yeme bozukluğudur. Bu bozuklukların görülme sıklığı giderek artmaktadır (1, 2). DSM-5'te kendi başına ayrı bir bozukluk olarak tanımlanan TYB'nin yapılan çalışmalarda en sık görülen yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır. BEDS-7 , tıkınırcasına yeme bozukluğu olan bireyleri taramak için kullanılan, puanlama süresi ve yönetimi yönünden ekonomik bir araç olması nedeniyle yaygın kullanılan tarama yöntemlerindedir ve erişimi kolaydır (13). Bu çalışmanın temel amacı, BEDS-7'nin geçerliliğini ve güvenilirliğini incelemek ve bu ölçeği ülkemizde tıkınırcasına yeme bozukluğu tarama aracı olarak kullanılabilir hale getirmektir.

Bu çalışma, orijinali B. Herman tarafından geliştirilen BEDS-7'nin Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır (198). BEDS-7'nin depresyon ve anksiyeteyi değerlendiren ölçeklerle ilişkisi analiz edilmiştir. Ölçeğin yapısı AFA ve DFA kullanılarak değerlendirilmiş ve ilgili değişkenler arasındaki korelasyonlar araştırılmıştır. Çalışmamızda, BEDS-7'nin Türkçe versiyonu anlamlı düzeyde geçerlilik ve güvenilirlik sağlamıştır.

BEDS-7'nin faktör yapısının ortaya koyulabilmesi için öncelikle yedi maddenin güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Yedinci maddeye tüm katılımcıların tamamının verdiği cevabın aynı olması ve gerekli koşulları karşılamadığı belirlenmiş, bundan dolayı bu madde herhangi bir boyuta dahil edilmemiştir. Ölçeğin 2 boyutlu altı maddesinin Cronbach alfa katsayısı 0,693 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda, ölçeğin faktör yapısını belirlemek için açımlayıcı faktör analizi kullanılmış olup 2 boyuttan oluşan bir yapı ortaya çıkmıştır ve ölçek son halini almıştır. Bu haliyle ölçeğin güvenilirliği yeterli düzeyde bulunmuştur.

Literatüre baktığımızda TYB'nin nispeten yeni bir bozukluk olması ve BEDS-7'nin yakın bir geçmişte geliştirilmesi nedeniyle herhangi bir ülkeye veya millete uyarlama çalışması bulamadık.

Çalışmamız prevalans açısından nispeten az katılımcı sayısına sahip olsa da, sonuçlara baktığımızda herhangi bir yeme bozukluğu katılımcıların %18,9'unda saptanmıştır. Literatürde herhangi bir yeme bozukluğu yaşam boyu görülme sıklığının kadınlarda %8,60, erkeklerde ise %4,07 olduğu öngörülmüştür (23). Ülkemizde yapılan küçük ölçekli çalışmalarda ise yeme bozukluğu prevalansı %1,5 ila %2,3 aralığında saptanmıştır (29,32,30). Çalışmamızda TYB tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların oranı %8,9 bulunmuştur. Bu oran kadınlarda %11,4, erkeklerde ise %4,5 saptanmıştır. Literatüre bakıldığında toplum tabanlı yapılan çalışmalarda TYB prevalansı %2 ile %5 arasında saptanmıştır (43,44). TYB'nin cinsiyetler arasındaki prevalans değerlerine bakıldığında, kadınlar ve erkekler arasında belirgin bir fark olmadığı görülmektedir. Spitzer ve ekibinin yaptığı toplum taramasında, kadınlarda prevalans oranı %5,3 , erkeklerde %3,1 olarak saptanmıştır (44). Hudson ve ekibi ise TYB'nin yaşam boyu prevalans oranlarını erkeklerde %2, kadınlarda %3,5 olarak saptamıştır. Aynı çalışmada eşik altı TYB prevalansı erkekler katılımcılarda %1,9 ve kadınlar katılımcılarda %0,6 olarak tespit edilmiştir (16). Çalışmamızda ise eşik altı TYB tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların oranı kadınlarda %5,3, erkeklerde %1,5 saptanmıştır.

Napolitano ve ekibinin araştırmasında, TYB hastalarının %83,3'ünün kadınlardan oluştuğu ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda TYB tanı kriterlerini karşılayan katılımcıların %81,3'ü kadınlardan oluşmaktaydı (199).

Tıkınırcasına yeme bozukluğu katılımcılarının cinsiyet dağılımı, önceki bazı çalışmalardaki oranlarla uyumlu olarak gözlemlense de bazı çalışmalardan ise farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi daha iyi ortaya konabilmesi için, kadın ve erkek katılımcıların eşit oranda temsil edildiği araştırmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda TYB veya Eşik altı TYB'si olanların BDÖ puan ortalamaları (19,38±8,81), yeme bozukluğu olmayan grubun BDÖ ortalamalarından (12,39±9,18) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,001). Depresyon ve TYB ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmada TYB olan katılımcıların BDÖ ortalaması (18.74 +-8.85), TYB olmayanların BDÖ ortalamasından (13.00 +- 9.08) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Çalışmamızda BEDS-7 ölçek skoru ile BDÖ arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (r=0,496, p<0,01). Bittencourt ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Tıkınırcasına Yeme Ölçeği (Binge Eating Scale-BES) ile BDÖ arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (r = 0.766; p < 0.01) (200). Udo ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada TYB ile BDÖ arasında düşük fakat anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (r=0,11, p<0,01) (201).

Çalışmamızda TYB veya Eşik Altı TYB'si olan katılımcıların BAÖ ortalamaları (19,38± 8,81), yeme bozukluğu olmayan grubun BAÖ ortalamalarından (11,64±8,41) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,01). Yapılan bir çalışmada TYB'li hastaların BAÖ skoru ortalamaları (17.03±11.65), TYB'si olmayan katılımcıların BAÖ ortalamalarından (13.61±9.86) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05) (202). Çalışmamızda BEDS-7 ölçeği puanları ile BAÖ puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur (r=0,589, p<0,01). Kilo verme programlarına kayıtlı tıkınırcasına yeme bozukluğu olan ve olmayan kadınlarda anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine yapılan bir çalışmada Tıkınırcasına Yeme ölçeği skorları ile BAÖ skorları arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur (r=0,598, p<0,001) (200).

Sonuç olarak çalışmamızda BEDS-7 skoru pozitif saptanan TYB'li katılımcılar ile depresyon ve anksiyeteyi semptomlarını değerlendiren ölçeklerle (BDÖ, BAÖ) literatüre benzer şekilde anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır (138,134,136,135,137).

Çalışmamızda TYB veya Eşik Altı TYB'li katılımcıların kilo ve VKİ ortalamaları, yeme bozukluğu olmayan gruba göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (p<0,001). TYB veya Eşik Altı TYB'li bireyleri kilo ortalaması 82,0 ± 1,67 ve VKİ ortalamaları 29,85 ±5,46 iken, yeme bozukluğu olmayan bireylerin kilo ortalaması 72,39±16,68; VKİ ortalamaları 25,10±4,24 olarak tespit edilmiştir. TYB ile VKİ ilişkisi

üzerine yapılan bir çalışmada TYB tanısı alan bireylerin TYB tanısı olmayan bireylere göre VKİ ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır( $p<0,001$ ) (203).

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda Binge Eating Disorder Screener-7 (BEDS-7) ölçeğinin yapı geçerliliği analiz edilmiştir. Faktör analizleri sonucunda, ölçeğin iki alt boyuttan (yeme duyguları ve yeme davranışları) oluştuğu belirlenmiş ve genel varyansın %66,278'ini açıkladığı tespit edilmiştir. Ayrıca, ölçeğin genelinde yer alan 7 maddenin Cronbach Alpha değeri 0,693 olarak bulunmuştur, bu da ölçeğin yeterli düzeyde güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. BEDS-7 ölçeğinin TYB taramasında etkin bir şekilde kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Bu ölçeğin klinik örnekler için geçerliliği ve güvenilirliği daha fazla araştırılmalı ve farklı popülasyonlarda uygulanabilirliği değerlendirilmelidir.

Çalışmamız, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu tanısı alan bireylerin depresyon, anksiyete, kilo ve Vücut Kitle İndeksi ile olan ilişkilerini incelemiş ve TYB tanısını karşılayan bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin, TYB tanı kriterlerini karşılamayan bireylere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, TYB'nin psikolojik sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, TYB veya Eşik Altı TYB tanısı alan bireylerin kilo ve VKİ ortalamalarının, TYB tanı kriterlerini karşılamayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, TYB'nin fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini vurgulamakta ve obezite ile olan ilişkisini desteklemektedir.

Sonuç olarak TYB'nin hem psikolojik hem de fiziksel sağlık üzerinde ciddi etkileri bulunmakta ve erken tanı ile müdahale önemini arz etmektedir. TYB'li bireylerin büyük bir kısmında psikiyatrik komorbiditelerin eşlik etmesi, TYB'nin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini göstermektedir. TYB tanısı almış bireylerin tedavisinde aile hekimleri, psikologlar, psikiyatristler, diyetisyenler ve diğer sağlık profesyonellerinin iş birliği yapması önemli ve gereklidir. Sağlık profesyonellerinin TYB belirtileri konusunda daha bilinçli olmaları ve hastaları bu doğrultuda değerlendirmeleri gerekmektedir.

TYB'nin belirtileri ve etkileri hakkında toplumda farkındalık yaratacak eğitim programları düzenlenmelidir. Özellikle gençler ve ebeveynler, sağlıklı yeme alışkanlıkları ve yeme bozuklukları konusunda bilgilendirilmelidir. Özellikle Türkiye'de TYB'nin

yaygınlığı ve bu bozukluğun toplum üzerindeki etkileri hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, sağlık politikaları ve toplum sağlığı programlarının TYB'ye yönelik olarak yeniden düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır.

TYB taramasında kullanılan bir tarama formu olan ve Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış böyle bir soru formunun olması birinci basamakta bu hastaları ayırt etmekte aile hekimlerine kolaylık sağlayacaktır. Tarama sonucunda tespit edilen hastaların da ilgili bölüme sevkini kolaylaştıracaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association, D., & Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
2. Hay, P., & Mitchison, D. (2021). Urbanization and eating disorders: a scoping review of studies from 2019 to 2020. *Curr Opin Psychiatry*, 34(3), 287-292.  
<https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000681>
3. Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., & Yu, D. (2022). An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord*, 27(2), 415-428.  
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>
4. Turan, Ş., Poyraz, C. A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419-435. 1309-0658
5. Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatr Q*, 33, 284-295.  
<https://doi.org/10.1007/BF01575455>
6. Yu, Z., & Muehleman, V. (2023). Eating disorders and metabolic diseases. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2446. 1660-4601
7. Herman, B. K., Deal, L. S., DiBenedetti, D. B., Nelson, L., Fehnel, S. E., & Brown, T. M. (2016). Development of the 7-Item Binge-Eating Disorder Screener (BEDS-7). *Prim Care Companion CNS Disord*, 18(2). <https://doi.org/10.4088/PCC.15m01896>
8. Sysko, R., Glasofer, D. R., Hildebrandt, T., Klimek, P., Mitchell, J. E., Berg, K. C., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., & Walsh, B. T. (2015). The Eating Disorder

- Assessment for DSM-5 (EDA-5): Development and validation of a structured interview for feeding and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(5), 452-463. 0276-3478
9. Jung, J.-Y., Kim, K.-H., Woo, H.-Y., Shin, D.-W., Shin, Y.-C., Oh, K.-S., Shin, E.-H., & Lim, S.-W. (2017). Binge eating is associated with trait anxiety in Korean adolescent girls: a cross sectional study. *BMC Women's Health*, 17, 1-7.
  10. American Psychiatric Association, D., & American Psychiatric Association, D. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5). American psychiatric association Washington, DC.
  11. Brown, J. E., Isaacs, J. S., Krinke, U. B., Lechtenberg, E., Murtaugh, M. A., Sharbaugh, C., Splett, P. L., Stang, J., & Wooldridge, N. H. (2017). *Nutrition through the life cycle*. Cengage Learning Boston (MA). 1305628004
  12. Karamustafalıoğulları, O. (2018). *Temel ve Klinik Psikiyatri*. Güneş Tıp Kitabevleri.
  13. Spitzer, R. L. (1991). Nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder. *Am J Psychiatry*, 148(8), 1097-1098. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.8.aj14881097>
  14. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition (DSM-IV)*. (1994). American Psychiatric Press.
  15. de Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25 Suppl 1, S51-55. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801699>
  16. Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*, 61(3), 348-358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
  17. Striegel-Moore, R. H., & Franko, D. L. (2008). Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol*, 4, 305-324. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141149>
  18. Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., 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., . . . Xavier, M. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry*, 73(9), 904-914. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.020>

19. Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol*, *122*(2), 445-457.  
<https://doi.org/10.1037/a0030679>
20. Udo, T., & Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biol Psychiatry*, *84*(5), 345-354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
21. Erskine, H. E., & Whiteford, H. A. (2018). Epidemiology of binge eating disorder. *Curr Opin Psychiatry*, *31*(6), 462-470. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000449>
22. Santomauro, D. F., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H., & Ferrari, A. J. (2021). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*, *8*(4), 320-328.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00040-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00040-7)
23. Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S., & Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *Int J Eat Disord*, *54*(5), 851-868.  
<https://doi.org/10.1002/eat.23486>
24. Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P., & Investigators, E. S.-W. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMED-WMH project. *J Psychiatr Res*, *43*(14), 1125-1132.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
25. Makino, M., Tsuboi, K., & Dennerstein, L. (2004). Prevalence of eating disorders: a comparison of Western and non-Western countries. *MedGenMed*, *6*(3), 49. 1531-0132 (Electronic)  
1531-0132 (Linking)
26. Watson, H. J., Hamer, R. M., Thornton, L. M., Peat, C. M., Kleiman, S. C., Du, S., Wang, H., & Bulik, C. M. (2015). Prevalence of screening-detected eating disorders in Chinese females and exploratory associations with dietary practices. *Eur Eat Disord Rev*, *23*(1), 68-76. <https://doi.org/10.1002/erv.2334>

27. Thomas, J. J., Lee, S., & Becker, A. E. (2016). Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Curr Opin Psychiatry*, 29(6), 354-362.  
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000288>
28. Chen, H., & Jackson, T. (2008). Prevalence and sociodemographic correlates of eating disorder endorsements among adolescents and young adults from China. *Eur Eat Disord Rev*, 16(5), 375-385. <https://doi.org/10.1002/erv.837>
29. Deveci, E. (2020). *Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun görülme sıklığı ve psikososyokültürel yordayıcıları* [İstanbul Üniversitesi].
30. Semiz, M., Kavakci, O., Yagiz, A., Yontar, G., & Kugu, N. (2013). [The prevalence of eating disorders and comorbid psychiatric disorders in the Sivas Province]. *Turk Psikiyatri Derg*, 24(3), 149-157. 2651-3463 (Electronic)  
1300-2163 (Linking)(Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eslik Eden Psikiyatrik Tanılar.)
31. Kugu, N., Akyuz, G., Dogan, O., Ersan, E., & Izgic, F. (2006). The prevalence of eating disorders among university students and the relationship with some individual characteristics. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(2), 129-135. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01759.x>
32. Vardar, E., & Erzenin, M. (2011). The prevalence of eating disorders (EDs) and comorbid psychiatric disorders in adolescents: a two-stage community-based study. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(4), 205-212. 2651-3463 (Electronic)  
1300-2163 (Linking)
33. BAYRAMOĞLU, A. T., TURNA, K., & HOROZ, N. (2020). Üniversitesi Öğrencilerinde Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 157-162. 2146-9601
34. Galmiche, M., Dechelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*, 109(5), 1402-1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
35. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edition.* (2013). American Psychiatric Association.
36. Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (2017). *The American psychiatric association publishing textbook of psychopharmacology.* American Psychiatric Pub. 1615371222

37. Marques, L., Alegria, M., Becker, A. E., Chen, C. n., Fang, A., Chosak, A., & Diniz, J. B. (2011). Comparative prevalence, correlates of impairment, and service utilization for eating disorders across US ethnic groups: Implications for reducing ethnic disparities in health care access for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 44(5), 412-420. 0276-3478
38. Tanofsky-Kraff, M., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eating behaviors*, 9(3), 360-365. 1471-0153
39. Barry, D. T., Grilo, C. M., & Masheb, R. M. (2002). Gender differences in patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 63-70. 0276-3478
40. 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. 0276-3478
41. 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. 0010-440X
42. Mitchison, D., & Hay, P. J. (2014). The epidemiology of eating disorders: genetic, environmental, and societal factors. *Clinical epidemiology*, 89-97. 1179-1349
43. Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., & Agras, S. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203. 0276-3478
44. Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Devlin, M., Mitchell, J., Hasin, D., & Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153. 0276-3478
45. Brody, M. L., Walsh, B. T., & Devlin, M. J. (1994). Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 381. 1939-2117

46. Stunkard, A., Berkowitz, R., Wadden, T., Tanrikut, C., Reiss, E., & Young, L. (1996). Binge eating disorder and the night-eating syndrome. *International Journal of Obesity*, 20, 1-6. 0307-0565
47. Cossrow, N., Pawaskar, M., Witt, E. A., Ming, E. E., Victor, T. W., Herman, B. K., Wadden, T. A., & Erder, M. H. (2016). Estimating the prevalence of binge eating disorder in a community sample from the United States: comparing DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. *The Journal of clinical psychiatry*, 77(8), 15456. 0160-6689
48. Eroğlu, M. Z., Sertçelik, Ş., & Tamam, L. (2018). Eating disorders in bariatric surgery candidates admitted to Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 355-361. 1302-6631
49. Mannucci, E., Bardini, G., Ricca, V., Tesi, F., Piani, F., Vannini, R., & Rotella, C. (1997). Eating attitudes and behaviour in patients with type II diabetes. *Diabetes, Nutrition & Metabolism*, 10, 275-281. 0394-3402
50. MacQueen, G. M., Marriott, M., Begin, H., Robb, J., Joffe, R. T., & Young, L. T. (2003). Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 5(5), 349-355. 1398-5647
51. Ramacciotti, C. E., Paoli, R. A., Catena, M., Ciapparelli, A., Dell'Osso, L., Schulte, F., & Garfinkel, P. E. (2004). Schizophrenia and binge-eating disorders. 0160-6689
52. Bruce, B., & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 365-373. 0276-3478
53. Striegel-Moore, R. H., Dohm, F., Solomon, E., Fairburn, C. G., Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (2000). Subthreshold binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 270-278. 0276-3478
54. Hay, P. J., Mond, J., Buttner, P., & Darby, A. (2008). Eating disorder behaviors are increasing: findings from two sequential community surveys in South Australia. *PLoS one*, 3(2), e1541. 1932-6203
55. Mitchison, D., Touyz, S., González-Chica, D. A., Stocks, N., & Hay, P. (2017). How abnormal is binge eating? 18-year time trends in population prevalence and burden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(2), 147-155. 0001-690X
56. Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E., & van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered

- eating in adolescents. *American journal of preventive medicine*, 33(5), 359-369. e353. 0749-3797
57. Striegel-Moore, R. H., Fairburn, C. G., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Dohm, F.-A., & Kraemer, H. C. (2005). Toward an understanding of risk factors for binge-eating disorder in black and white women: a community-based case-control study. *Psychological Medicine*, 35(6), 907-917. 1469-8978
58. Trace, S. E., Baker, J. H., Peñas-Lledó, E., & Bulik, C. M. (2013). The genetics of eating disorders. *Annual review of clinical psychology*, 9, 589-620. 1548-5943
59. Watson, H. J., Palmos, A. B., Hunjan, A., Baker, J. H., Yilmaz, Z., & Davies, H. L. (2021). Genetics of eating disorders in the genome-wide era. *Psychological Medicine*, 51(13), 2287-2297. 0033-2917
60. Munn-Chernoff, M. A., & Baker, J. H. (2016). A primer on the genetics of comorbid eating disorders and substance use disorders. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 91-100. 1072-4133
61. Manfredi, L., Accoto, A., Couyoumdjian, A., & Conversi, D. (2021). A systematic review of genetic polymorphisms associated with binge eating disorder. *Nutrients*, 13(3), 848. 2072-6643
62. Monteleone, P., Tortorella, A., Castaldo, E., & Maj, M. (2006). Association of a functional serotonin transporter gene polymorphism with binge eating disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 141(1), 7-9. 1552-4841
63. Burnet, P., Smith, K., Cowen, P., Fairburn, C., & Harrison, P. (1999). Allelic variation of the 5-HT<sub>2C</sub> receptor (HTR2C) in bulimia nervosa and binge eating disorder. *Psychiatric genetics*, 9(2), 101-104. 0955-8829
64. Ricca, V., Nacmias, B., Cellini, E., Di Bernardo, M., Rotella, C. M., & Sorbi, S. (2002). 5-HT<sub>2A</sub> receptor gene polymorphism and eating disorders. *Neuroscience letters*, 323(2), 105-108. 0304-3940
65. Ceccarini, M. R., Tasegian, A., Franzago, M., Patria, F. F., Albi, E., Codini, M., Conte, C., Bertelli, M., Dalla Ragione, L., & Stuppia, L. (2020). 5-HT<sub>2A</sub>R and BDNF gene variants in eating disorders susceptibility. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 183(3), 155-163. 1552-4841
66. Dalley, J. W., & Roiser, J. (2012). Dopamine, serotonin and impulsivity. *Neuroscience*, 215, 42-58. 0306-4522

67. Davis, C. A., Levitan, R. D., Reid, C., Carter, J. C., Kaplan, A. S., Patte, K. A., King, N., Curtis, C., & Kennedy, J. L. (2009). Dopamine for “wanting” and opioids for “liking”: a comparison of obese adults with and without binge eating. *Obesity*, *17*(6), 1220-1225. 1930-7381
68. Davis, C., Levitan, R. D., Yilmaz, Z., Kaplan, A. S., Carter, J. C., & Kennedy, J. L. (2012). Binge eating disorder and the dopamine D2 receptor: genotypes and sub-phenotypes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *38*(2), 328-335. 0278-5846
69. Yilmaz, Z., Davis, C., Loxton, N. J., Kaplan, A. S., Levitan, R. D., Carter, J. C., & Kennedy, J. L. (2015). Association between MC4R rs17782313 polymorphism and overeating behaviors. *International Journal of Obesity*, *39*(1), 114-120. 1476-5497
70. Monteleone, P., Tortorella, A., Castaldo, E., Di Filippo, C., & Maj, M. (2007). The Leu72Met polymorphism of the ghrelin gene is significantly associated with binge eating disorder. *Psychiatric genetics*, *17*(1), 13-16. 0955-8829
71. Zincir, S. B. (2014). Yeme bozukluklarında nöroendokrin ve moleküler etkileşimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *6*(4), 389-400. 1309-0658
72. Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2007). Diagnosis, epidemiology, and clinical course of eating disorders. *Clinical manual of eating disorders*, 1-29.
73. Fairburn, C. G., Cooper, Z., & O'Connor, M. (1993). The eating disorder examination. *Int J Eat Disord*, *6*, 1-8.
74. Organization, W. H. *ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision : the Global Standard for Diagnostic Health Information*. World Health Organization.
75. Latner, J. D., Mond, J. M., Kelly, M. C., Haynes, S. N., & Hay, P. J. (2014). The loss of control over eating scale: development and psychometric evaluation. *International Journal of Eating Disorders*, *47*(6), 647-659. 0276-3478
76. Berkman, N. D., Brownley, K. A., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Morgan, L. C., Bann, C. M., Wallace, I. F., & Bulik, C. M. (2016). Management and outcomes of binge-eating disorder.
77. Schlüter, N., Schmidt, R., Kittel, R., Tetzlaff, A., & Hilbert, A. (2016). Loss of control eating in adolescents from the community. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(4), 413-420. 0276-3478

78. Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Olsen, C., Roza, C. A., Wolkoff, L. E., Columbo, K. M., Raciti, G., Zocca, J. M., Wilfley, D. E., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2011). A prospective study of pediatric loss of control eating and psychological outcomes. *J Abnorm Psychol*, *120*(1), 108-118. <https://doi.org/10.1037/a0021406>
79. Shomaker, L. B., Tanofsky-Kraff, M., Elliott, C., Wolkoff, L. E., Columbo, K. M., Ranzenhofer, L. M., Roza, C. A., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2010). Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter? *International Journal of Eating Disorders*, *43*(8), 707-716. 0276-3478
80. Brownstone, L. M., Bardone-Cone, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Printz, K. S., Le Grange, D., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., Crosby, R. D., & Klein, M. H. (2013). Subjective and objective binge eating in relation to eating disorder symptomatology, negative affect, and personality dimensions. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(1), 66-76. 0276-3478
81. Vannucci, A., Theim, K. R., Kass, A. E., Trockel, M., Genkin, B., Rizk, M., Weisman, H., Bailey, J. O., Sinton, M. M., & Aspen, V. (2013). What constitutes clinically significant binge eating? Association between binge features and clinical validators in college-age women. *International Journal of Eating Disorders*, *46*(3), 226-232. 0276-3478
82. Utzinger, L. M., Govey, M. A., Zeller, M., Jenkins, T. M., Engel, S. G., Rofey, D. L., Inge, T. H., Mitchell, J. E., & Consortium, T. L. A. o. B. S. (2016). Loss of control eating and eating disorders in adolescents before bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(10), 947-952. 0276-3478
83. Sonnevile, K. R., Horton, N. J., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Solmi, F., & Field, A. E. (2013). Longitudinal associations between binge eating and overeating and adverse outcomes among adolescents and young adults: does loss of control matter? *JAMA pediatrics*, *167*(2), 149-155. 2168-6203
84. Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming Binge Eating, Second Edition: The Proven Program to Learn Why You Binge and How You Can Stop*. Guilford Publications. 9781572305618
85. La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive psychiatry*, *51*(4), 393-400. 0010-440X

86. Wolfe, B. E., Baker, C. W., Smith, A. T., & Kelly-Weeder, S. (2009). Validity and utility of the current definition of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 674-686. 0276-3478
87. Walsh, B. T. (2011). The importance of eating behavior in eating disorders. *Physiology & behavior*, 104(4), 525-529. 0031-9384
88. Fitzgibbon, M. L., & Blackman, L. R. (2000). Binge eating disorder and bulimia nervosa: Differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 238-243. 0276-3478
89. Wilfley, D. E., Wilson, G. T., & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S96-S106. 0276-3478
90. Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity-a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 49, 125-134. 0149-7634
91. Grilo, C., & Masheb, R. (2000). Onset of dieting vs binge eating in outpatients with binge eating disorder. *International Journal of Obesity*, 24(4), 404-409. 1476-5497
92. Manwaring, J. L., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Pike, K. M., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Risk factors and patterns of onset in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 39(2), 101-107. 0276-3478
93. Goldfein, J. A., Walsh, B. T., Devlin, M. J., Lachaussee, J. L., & Kissileff, H. R. (1993). Eating behavior in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4), 427-431. 0276-3478
94. Raymond, N. C., Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & de Zwaan, M. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 135-143. 0276-3478
95. Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vögele, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 137-144. 0022-3999
96. De Zwaan, M., Mitchell, J. E., Seim, H. C., Specker, S. M., Pyle, R. L., Raymond, N. C., & Crosby, R. B. (1994). Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 15(1), 43-52. 0276-3478

97. Hilbert, A., Saelens, B. E., Stein, R. I., Mockus, D. S., Welch, R. R., Matt, G. E., & Wilfley, D. E. (2007). Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 645. 1939-2117
98. Grilo, C. M., Masheb, R. M., & White, M. A. (2010). Significance of overvaluation of shape/weight in binge-eating disorder: Comparative study with overweight and bulimia nervosa. *Obesity, 18*(3), 499-504. 1930-7381
99. Da Luz, F., Hay, P., Gibson, A. A., Touyz, S. W., Swinbourne, J. M., Roekenes, J. A., & Sainsbury, A. (2015). Does severe dietary energy restriction increase binge eating in overweight or obese individuals? A systematic review. *Obesity Reviews, 16*(8), 652-665. 1467-7881
100. Moynihan, A. B., Tilburg, W. A. v., Igou, E. R., Wisman, A., Donnelly, A. E., & Mulcaire, J. B. (2015). Eaten up by boredom: consuming food to escape awareness of the bored self. *Frontiers in psychology, 6*, 369. 1664-1078
101. Naumann, E., Svaldi, J., Wyszka, T., Heinrichs, M., & von Dawans, B. (2018). Stress-induced body dissatisfaction in women with binge eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(6), 548. 1939-1846
102. Hartmann, A. S., Rief, W., & Hilbert, A. (2012). Laboratory snack food intake, negative mood, and impulsivity in youth with ADHD symptoms and episodes of loss of control eating. Where is the missing link? *Appetite, 58*(2), 672-678. 0195-6663
103. Roehrig, M., Masheb, R. M., White, M. A., & Grilo, C. M. (2009). The metabolic syndrome and behavioral correlates in obese patients with binge eating disorder. *Obesity, 17*(3), 481-486. 1930-7381
104. Gearhardt, A., White, M., & Potenza, M. (2011). Binge eating disorder and food addiction. *Current drug abuse reviews, 4*(3), 201-207. 1874-4737
105. Schulte, E. M., & Gearhardt, A. N. (2017). Development of the modified Yale food addiction scale version 2.0. *European Eating Disorders Review, 25*(4), 302-308. 1072-4133
106. Gearhardt, A. N., White, M. A., Masheb, R. M., Morgan, P. T., Crosby, R. D., & Grilo, C. M. (2012). An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 45*(5), 657-663. 0276-3478

107. Davis, C., Curtis, C., Levitan, R. D., Carter, J. C., Kaplan, A. S., & Kennedy, J. L. (2011). Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*, *57*(3), 711-717. 0195-6663
108. Granero, R., Jimenez-Murcia, S., Gearhardt, A. N., Agüera, Z., Aymami, N., Gómez-Peña, M., Lozano-Madrid, M., Mallorquí-Bagué, N., Mestre-Bach, G., & Neto-Antao, M. I. (2018). Validation of the Spanish version of the Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0) and clinical correlates in a sample of eating disorder, gambling disorder, and healthy control participants. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 208. 1664-0640
109. Granero, R., Hilker, I., Agüera, Z., Jiménez-Murcia, S., Sauchelli, S., Islam, M. A., Fagundo, A. B., Sánchez, I., Riesco, N., & Dieguez, C. (2014). Food addiction in a Spanish sample of eating disorders: DSM-5 diagnostic subtype differentiation and validation data. *European Eating Disorders Review*, *22*(6), 389-396. 1072-4133
110. Davis, C., & Carter, J. C. (2009). Compulsive overeating as an addiction disorder. A review of theory and evidence. *Appetite*, *53*(1), 1-8. 0195-6663
111. Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Martinsen, E. W., Schmierer, P., & Rosenvinge, J. H. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. *The Journal of nervous and mental disease*, *202*(2), 119-125. 0022-3018
112. Cossrow, N., Pawaskar, M., Witt, E., Ming, E., Victor, T., Herman, B., Wadden, T., & Erder, M. (2016). Estimating the Prevalence of Binge Eating Disorder in a Community Sample From the United States: Comparing DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *77* (8), e968–e974. In.
113. Herpertz, S., Albus, C., Lichtblau, K., Köhle, K., Mann, K., & Senf, W. (2000). Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. *International Journal of Eating Disorders*, *28*(1), 68-77. 0276-3478
114. Crow, S., Kendall, D., Praus, B., & Thuras, P. (2001). Binge eating and other psychopathology in patients with type II diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, *30*(2), 222-226. 0276-3478
115. Allison, K. C., Crow, S. J., Reeves, R. R., West, D. S., Foreyt, J. P., DiLillo, V. G., Wadden, T. A., Jeffery, R. W., Van Dorsten, B., & Stunkard, A. J. (2007). Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type 2 diabetes. *Obesity*, *15*(5), 1287-1293. 1930-7381

116. Johnson, J., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychological Medicine*, 31(8), 1455-1466. 1469-8978
117. Allison, K. C., Grilo, C. M., Masheb, R. M., & Stunkard, A. J. (2005). Binge eating disorder and night eating syndrome: a comparative study of disordered eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1107. 1939-2117
118. Weaver, J. (2017). *Practical Guide to Obesity Medicine*. Elsevier Health Sciences. 0323496008
119. Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130(1), 19. 1939-1455
120. Guerdjikova, A. I., McElroy, S., Kotwal, R., & Keck, P. (2007). Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12, e19-e23. 1124-4909
121. Udo, T., McKee, S. A., White, M. A., Masheb, R. M., Barnes, R. D., & Grilo, C. M. (2013). Sex differences in biopsychosocial correlates of binge eating disorder: a study of treatment-seeking obese adults in primary care setting. *General hospital psychiatry*, 35(6), 587-591. 0163-8343
122. Hudson, J. I., Lalonde, J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S. J., Bulik, C. M., Hudson, M. S., Yanovski, J. A., & Rosenthal, N. R. (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *The American journal of clinical nutrition*, 91(6), 1568-1573. 0002-9165
123. de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Raymond, N. C., & Spitzer, R. L. (1994). Binge eating disorder: clinical features and treatment of a new diagnosis. *Harvard Review of Psychiatry*, 1(6), 310-325. 1465-7309
124. Grissett, N. I., & Fitzgibbon, M. L. (1996). The clinical significance of binge eating in an obese population: Support for BED and questions regarding its criteria. *Addictive Behaviors*, 21(1), 57-66. 0306-4603
125. Mussell, M. P., Peterson, C. B., Weller, C. L., Crosby, R. D., De Zwaan, M., & Mitchell, J. E. (1996). Differences in body image and depression among obese women with and without binge eating disorder. *Obesity Research*, 4(5), 431-439. 1071-7323

126. Telch, C. F., & Agras, W. S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *International Journal of Eating Disorders*, *15*(1), 53-61. 0276-3478
127. Mitchell, J. E., Crow, S., Peterson, C. B., Wonderlich, S., & Crosby, R. D. (1998). Feeding laboratory studies in patients with eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, *24*(2), 115-124. 0276-3478
128. Kuehnel, R. H., & Wadden, T. A. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, *15*(4), 321-329. 0276-3478
129. Mitchell, J. E., & Mussell, M. P. (1995). Comorbidity and binge eating disorder. *Addictive Behaviors*, *20*(6), 725-732. 0306-4603
130. Zwaan, M. d., & Mitchell, J. E. (1992). Binge eating in the obese. *Annals of medicine*, *24*(4), 303-308. 0785-3890
131. Adami, G. F., Gandolfo, P., Bauer, B., & Scopinaro, N. (1995). Binge eating in massively obese patients undergoing bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*, *17*(1), 45-50. 0276-3478
132. Allison, K. C., Wadden, T. A., Sarwer, D. B., Fabricatore, A. N., Crerand, C. E., Gibbons, L. M., Stack, R. M., Stunkard, A. J., & Williams, N. N. (2006). Night eating syndrome and binge eating disorder among persons seeking bariatric surgery: prevalence and related features. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, *2*(2), 153-158. 1550-7289
133. Udo, T., Bitley, S., & Grilo, C. M. (2019). Suicide attempts in US adults with lifetime DSM-5 eating disorders. *BMC medicine*, *17*, 1-13.
134. Udo, T., & Grilo, C. M. (2019). Psychiatric and medical correlates of DSM-5 eating disorders in a nationally representative sample of adults in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, *52*(1), 42-50. 0276-3478
135. Grilo, C. M., White, M. A., Barnes, R. D., & Masheb, R. M. (2013). Psychiatric disorder co-morbidity and correlates in an ethnically diverse sample of obese patients with binge eating disorder in primary care settings. *Compr Psychiatry*, *54*(3), 209-216.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.012>
136. Fernandez-Aranda, F., Pinheiro, A. P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Keel, P., Mitchell, J., Rotondo, A., Strober, M., Woodside, D. B., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in

- women with eating disorders. *Psychiatry Res*, 157(1-3), 147-157.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.011>
137. Jimenez-Murcia, S., Steiger, H., Israel, M., Granero, R., Prat, R., Santamaria, J. J., Moragas, L., Sanchez, I., Custal, N., Orekhova, L., Fagundo, A. B., Menchon, J., & Fernandez-Aranda, F. (2013). Pathological gambling in eating disorders: prevalence and clinical implications. *Compr Psychiatry*, 54(7), 1053-1060.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.04.014>
138. Dingemans, A., Bruna, M., & Van Furth, E. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26(3), 299-307. 1476-5497
139. Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2022). Psychiatric comorbidity as predictor and moderator of binge-eating disorder treatment outcomes: an analysis of aggregated randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 52(16), 4085-4093. 0033-2917
140. Association, A. P. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Text revision*.
141. Wilfley, D., Pike, K., & Striegel-Moore, R. (1997). Toward an integrated model of risk for binge eating disorder. *Journal of Gender Culture and Health*, 2, 1-32. 1087-3201
142. Smith, D. E., Marcus, M. D., Lewis, C. E., Fitzgibbon, M., & Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity, and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 227-232. 0883-6612
143. Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2000). Binge eating disorder: A need for additional diagnostic criteria. *Comprehensive psychiatry*, 41(3), 159-162. 0010-440X
144. Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27(3), 259-269. 0276-3478
145. Striegel-Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 157-165. 0276-3478
146. Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Archives of general psychiatry*, 55(5), 425-432. 0003-990X

147. Wilson, G. T., Nonas, C. A., & Rosenblum, G. D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders*, *13*(1), 25-33. 0276-3478
148. Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *17*(4), 395-401. 0276-3478
149. Tobin, D. L., Griffing, A., & Griffing, S. (1997). An examination of subtype criteria for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(2), 179-186. 0276-3478
150. Santonastaso, P., Ferrara, S., & Favaro, A. (1999). Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *25*(2), 215-218. 0276-3478
151. Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, *14*(1), 1-16. 0276-3478
152. Kirkley, B. G., Kolotkin, R. L., Hernandez, J. T., & Gallagher, P. N. (1992). A comparison of binge-purgers, obese binge eaters, and obese nonbinge eaters on the MMPI. *International Journal of Eating Disorders*, *12*(2), 221-228. 0276-3478
153. Howard, C. E., & Porzelius, L. K. (1999). The role of dieting in binge eating disorder: etiology and treatment implications. *Clinical psychology review*, *19*(1), 25-44. 0272-7358
154. Orhan, F. Ö., & Tuncel, D. (2009). Gece yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *1*(2), 132-154. 1309-0658
155. Devlin, M. J., Allison, K. C., Goldfein, J. A., & Spanos, A. (2007). Management of eating disorders not otherwise specified. *Clinical Manual of Eating Disorders*, (Eds J Yagers, PS Powers), 195-207.
156. Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry*, *30*(6), 423-437. 0951-7367
157. Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., Sugenor, L., Touyz, S., & Ward, W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(11), 977-1008. 0004-8674

- 158.UK, N. G. A. (2017). Eating disorders: recognition and treatment.
- 159.Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A., & Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1). 1465-1858
- 160.Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., Eldredge, K., Detzer, M. J., Henderson, J., & Marnell, M. (1995). Does interpersonal therapy help patients with binge eating disorder who fail to respond to cognitive-behavioral therapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 356. 1939-2117
- 161.Eldredge, K. L., Agras, W. S., Arnow, B., Telch, C. F., Bell, S., Castonguay, L., & Marnell, M. (1997). The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *International Journal of Eating Disorders, 21*(4), 347-352. 0276-3478
- 162.Altman, M., Wilfley, D. E., Iacovino, J. M., Waldron, H. L., & Gredysa, D. M. (2013). Psychotherapy for binge eating disorder. In *A clinician's guide to binge eating disorder* (pp. 137-160). Routledge.
- 163.Safer, D. L., Telch, C. F., & Chen, E. Y. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press. 1606232657
- 164.Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press. 1606237675
- 165.Ricca, V., Castellini, G., Mannucci, E., Sauro, C. L., Ravaldi, C., Rotella, C. M., & Faravelli, C. (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite, 55*(3), 656-665. 0195-6663
- 166.Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A., & Herpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 205-217. 0276-3478
- 167.Health, N. C. C. f. M. (2004). Eating disorders: core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.
- 168.Fairburn, C. G. (1995). *Overcoming binge eating*. Guilford press. 0898621798
- 169.Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine, 11*(4), 707-711. 1469-8978

170. Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated. 1461629004
171. Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E., Burton, J., & Hope, R. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of general psychiatry*, *48*(5), 463-469. 0003-990X
172. Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., Sifford, L., & Raeburn, S. D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*(2), 296. 1939-2117
173. Wilfley, D. E. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group. (No Title)*.
174. Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1996). A double-blind, placebo-controlled trial of the effect of fluoxetine on dietary intake in overweight women with and without binge-eating disorder. *The American journal of clinical nutrition*, *64*(3), 267-273. 0002-9165
175. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press. 0898621836
176. Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(6), 1061. 1939-2117
177. Rahmani, M., Omidi, A., Asemi, Z., & Akbari, H. (2018). The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health & Prevention*, *9*, 13-18. 2212-6570
178. Ghaderi, A., Odeberg, J., Gustafsson, S., Råstam, M., Brolund, A., Pettersson, A., & Parling, T. (2018). Psychological, pharmacological, and combined treatments for binge eating disorder: a systematic review and meta-analysis. *PeerJ*, *6*, e5113. 2167-8359
179. Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(1), 91. 1939-2117
180. Reas, D. L., & Grilo, C. M. (2021). Psychotherapy and medications for eating disorders: better together? *Clinical therapeutics*, *43*(1), 17-39. 0149-2918

- 181.Heo, Y.-A., & Duggan, S. T. (2017). Lisdexamfetamine: a review in binge eating disorder. *CNS drugs*, 31, 1015-1022. 1172-7047
- 182.Grilo, C. M., Reas, D. L., & Mitchell, J. E. (2016). Combining pharmacological and psychological treatments for binge eating disorder: current status, limitations, and future directions. *Current psychiatry reports*, 18(6), 55. 1523-3812
- 183.Reas, D. L., & Grilo, C. M. (2015). Pharmacological treatment of binge eating disorder: update review and synthesis. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 16(10), 1463-1478. 1744-7666
- 184.Niego, S. H., Kofman, M. D., Weiss, J. J., & Geliebter, A. (2007). Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 40(4), 349-359. 0276-3478
- 185.Meany, G., Conceição, E., & Mitchell, J. E. (2014). Binge eating, binge eating disorder and loss of control eating: effects on weight outcomes after bariatric surgery. *European Eating Disorders Review*, 22(2), 87-91. 1072-4133
- 186.Schwartz, S. I., & Brunicaardi, F. C. (2010). *Schwartz's Principles of Surgery, Ninth Edition*. McGraw-Hill Education. 9780071547697
- 187.Hudson, J., Lalonde, J., Pindyck, L., Bulik, C., Crow, S., McElroy, S., Laird, N., Tsuang, M., Rosenthal, N., & Pope, H. (2006). Familial aggregation of binge-eating disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 313-319.
- 188.Courcoulas, A. P., Christian, N. J., Belle, S. H., Berk, P. D., Flum, D. R., Garcia, L., Horlick, M., Kalarchian, M. A., King, W. C., & Mitchell, J. E. (2013). Weight change and health outcomes at 3 years after bariatric surgery among individuals with severe obesity. *Jama*, 310(22), 2416-2425. 0098-7484
- 189.Buchwald, H., Avidor, Y., Braunwald, E., Jensen, M. D., Pories, W., Fahrbach, K., & Schoelles, K. (2004). Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 292(14), 1724-1737. 0098-7484
- 190.Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). *Using multivariate statistics* (Vol. 6). pearson Boston, MA.
- 191.Field, A. (2009). Logistic regression. *Discovering statistics using SPSS*, 264(1), 315.
- 192.Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*.

193. Beck depresyon envanterinin universite ogrencileri icin gecerliliği, guvenilirliği. (A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). (1989). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
194. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1993). Beck anxiety inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
195. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of cognitive psychotherapy*, 12(2), 163. 0889-8391
196. Bütüner, S. Ö. (2008). Büyüköztürk, Ş. (2007), Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı, Ankara: Pegem A Yayıncılık. In: Sinan OLKUN.
197. Memnun, D. S. (2013). Kalaycı, Ş. (Ed.) (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım [Kalaycı, Ş. (Ed.) (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.]. *İlköğretim Online*, 12(1), 1-6. 1305-3515
198. Herman, B. K., Deal, L. S., Kando, J. C., DiBenedetti, D. B., Nelson, L., Fehnel, S. E., & Brown, T. M. (2017). Use and value of the 7-item binge eating disorder screener in clinical practice. *The primary care companion for CNS disorders*, 19(3), 23623. 2155-7780
199. Napolitano, M. A., Head, S., Babyak, M. A., & Blumenthal, J. A. (2001). Binge eating disorder and night eating syndrome: psychological and behavioral characteristics. *Int J Eat Disord*, 30(2), 193-203. <https://doi.org/10.1002/eat.1072>
200. Bittencourt, S. A., Lucena-Santos, P., Moraes, J. F., & Oliveira Mda, S. (2012). Anxiety and depression symptoms in women with and without binge eating disorder enrolled in weight loss programs. *Trends Psychiatry Psychother*, 34(2), 87-92. <https://doi.org/10.1590/s2237-60892012000200007>
201. Udo, T., McKee, S. A., & Grilo, C. M. (2015). Factor structure and clinical utility of the Beck depression inventory in patients with binge eating disorder and obesity. *Gen Hosp Psychiatry*, 37(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.11.011>
202. Sağaltıcı, E., Ural, C., Belli, H., Akbudak, M., & Şahin, Ş. (2022). Predictors of binge eating disorder and the impact on the quality of life in patients with severe obesity before bariatric surgery. *Journal of Contemporary Medicine*, 12(2), 249-254. 2667-7180

203. Al-Shoaibi, A. A., Lavender, J. M., Kim, S. J., Shao, I. Y., Ganson, K. T., Testa, A., He, J., Glidden, D. V., Baker, F. C., & Nagata, J. M. (2024). Association of body mass index with progression from binge-eating behavior into binge-eating disorder among adolescents in the United States: A prospective analysis of pooled data. *Appetite*, *200*, 107419. 0195-6663