

Bipolar I Bozuklukta Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu: Yaygınlık, Çocukluk Çağı Travması ve Klinik İlişkiler

Binge Eating Disorder in Bipolar I Disorder: Prevalence, Childhood Trauma, and Clinical Correlates

Binnur KARABIYIK¹, Özge ŞAHMELİKOĞLU ONUR², Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU³

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ, Türkiye

³Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 16. Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Giriş ve Amaç: Bipolar I bozukluk (BB-I) özellikle tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olmak üzere yeme bozuklukları ile sık görülen bir komorbiditeye sahiptir. TYB'nin varlığı, hastalığın seyrini olumsuz etkileyerek yeme riskini ve işlev kaybını artırabilir. BB-I hastalarında TYB ile çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, ötimik BB-I hastalarında TYB prevalansını belirlemeyi ve TYB'nin ÇÇT ile klinik özelliklerle ilişkisini araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Kesitsel tasarımı bu çalışmaya DSM-5 tanı kriterlerine göre tanı almış ve en az altı aydır ötimik durumda olan 150 BB-I hastası dâhil edilmiştir. Katılımcılardan sosyodemografik ve klinik veriler, psikiyatrik ek tanılar ve ilaç kullanımı kaydedilmiştir. TYB, DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) ve geçerliliği sağlanmış yeme bozukluğu ölçekleri ile değerlendirilmiştir. Çocukluk çağı travmaları, Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) ile ölçülmüştür. İstatistiksel analizlerde grup karşılaştırmaları ve çok değişkenli lojistik regresyon kullanılmıştır.

Bulgular: Örneklemde TYB prevalansı %19,3 olarak bulunmuştur. Kadın cinsiyet, yüksek beden ağırlığı ve beden kitle endeksi TYB ile anlamlı biçimde ilişkili bulunmuştur. Tıkınırcasına yeme bozukluğu tanısı olan hastalarda psikotik epizotlar, hızlı döngülülük ve intihar girişimleri daha sık gözlenmiştir. Tıkınırcasına yeme bozukluğu grubunda ÇÇTÖ toplam puanı ve özellikle fiziksel istismar alt boyutu anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Lojistik regresyon analizinde kadın cinsiyet, fiziksel istismar öyküsü ve yüksek yeme bozukluğu ölçek puanları TYB için bağımsız yordayıcılar olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuçlarımız, TYB'nin ötimik BB-I hastalarında artmış hastalık yükü ve yaygın ÇÇT tarafından şekillendirilen ayrı ve klinik açıdan ciddi bir profil olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, BB-I hastalarının değerlendirilmesinde yeme davranışı sorunlarının ve travma öyküsünün düzenli olarak taranmasının, riskli olguların erken saptanması ve daha hedefe yönelik tedavilerin uygulanmasına olanak sağlayacağını ortaya koymaktadır.

Anahtar Sözcükler: Bipolar I bozukluk, çocukluk çağı travması, tıkınırcasına yeme bozukluğu, yeme bozukluğu

ABSTRACT

Introduction: Bipolar I disorder (BD-I) frequently co-occurs with eating disorders, particularly binge eating disorder (BED), which may adversely affect the clinical course, including recurrence risk and functional impairment. Research exploring the specific association between BED and childhood trauma (CT) in BD-I remains limited. This study aimed to investigate the prevalence of BED among euthymic BD-I patients and to examine its associations with CT and clinical characteristics.

Methods: This cross-sectional study recruited 150 euthymic BD-I patients diagnosed according to DSM-5 criteria. Sociodemographic data, illness-related variables, psychiatric comorbidities, and medication use were collected. Binge eating disorder was assessed through the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) and validated eating disorder scales. Childhood trauma was evaluated using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Statistical analyses included group comparisons and multivariate logistic regression.

Results: Binge eating disorder prevalence in the sample was 19.3%. Female sex, higher body weight, and elevated body mass index were

significantly associated with BED. Compared to patients without BED, those with BED reported higher rates of psychotic episodes, rapid cycling, and suicide attempts. Childhood trauma questionnaire total scores, particularly physical abuse subscale scores, were significantly higher in the BED group. Logistic regression analysis revealed that female sex, a history of physical abuse, and higher eating disorder scale scores were independent predictors of BED.

Conclusions: Our findings indicate that BED constitutes a distinct and clinically consequential profile in euthymic BD-I patients, one that is strongly shaped by both increased illness severity and CT. This relationship underlines the necessity of integrating systematic assessments of eating pathology and trauma exposure into the standard clinical evaluation of BD-I patients to ensure timely recognition and the delivery of effective, precision-based therapeutic interventions.

Keywords: binge eating disorder, bipolar disorder, childhood trauma, eating disorder

Cite this article as: Karabiyik B, Şahmelikoğlu Onur Ö, Karamustafalıoğlu N. Binge Eating Disorder in Bipolar I Disorder: Prevalence, Childhood Trauma, And Clinical Correlates. Arch Neuropsychiatry 2026;63:380–386. doi: 10.29399/npa.29253

Öne Çıkan Noktalar

- Bipolar I bozuklukta tıkınırcasına yeme bozukluğu %19,3 oranında görüldü.
- Çocukluk travmaları, özellikle fiziksel istismar, TYB ile yakından ilişkili.
- TYB varlığı; hızlı döngülülük, psikotik ataklar ve intihar girişimleriyle ilişkili.

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), yaşam boyu süren ve enerji düzeyleri ile duygudurumda dönemsel dalgalanmalarla karakterize kronik bir psikiyatrik hastalıktır. BB'nin yaşam boyu prevalansı dünya genelinde %1'in üzerindedir ve genç erişkinlerde işlevsel bozulma, bilişsel gerileme ve intiharla ilişkili mortalite açısından önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır (1). Bipolar bozukluk tanısı olan bireylerde, BB olmayan bireylere kıyasla yaşam boyu psikiyatrik komorbidite oranlarının belirgin biçimde daha yüksek olduğu bildirilmektedir (2). Bu komorbiditeler arasında anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları (YB), dürtü kontrol bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve kişilik bozuklukları yer almaktadır (3).

Bipolar bozukluk, duygudurum epizotlarına bağlı olarak iştah, yeme davranışı ve vücut ağırlığında değişikliklerle seyredebilir. Depresif ve manik epizotlar sırasında sıklıkla iştah azalması ve kilo kaybı gözlenirken, atipik depresyonda artmış iştah ve kilo alımı görülebilmektedir. Ayrıca, BB tanısı alan bireylerde yeme bozukluğu prevalansı ile yeme bozukluğu tanısı alan bireylerde BB komorbiditesi oranlarının dikkate değer olduğu bildirilmektedir (4). Önceki çalışmalarda, BB olan bireylerde yaşam boyu en az bir yeme bozukluğu komorbiditesi prevalansının %6 ile %27 arasında değiştiği gösterilmiştir. Bu komorbiditeler arasında en sık görülen tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olup, bunu bulimiya nervosa (BN) ve anoreksiya nervosa (AN) izlemektedir (5).

Yeme bozukluğu (YB) komorbiditesi bulunan BB hastalarında, anormal kilo artışı, daha sık depresif epizotlar ve artmış intihar riski ile birlikte diğer psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığının da daha yüksek olabileceği bildirilmektedir (6). Çocukluk çağı travması (ÇÇT), önemli bir psikososyal risk faktörü olup, yapılan çalışmalar BB ile ilişkili güçlü ancak özgül olmayan bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. BB'nin sıklıkla ergenlik öncesi dönemde ortaya çıkması, hastalığın ÇÇT ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (7). Özellikle çocukluk döneminde cinsel istismar, yeme bozukluklarının gelişiminde önemli ancak özgül olmayan bir faktör olarak tanımlanmış; duygusal ve fiziksel ihmal/istismarın da benzer etkiler gösterdiği bildirilmiştir (8,9).

Molendijk ve meslektaşlarının gerçekleştirdiği bir meta-analizde, YB tanısı alan bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla tüm ÇÇT türlerini daha yüksek oranda bildirdikleri gösterilmiştir (10). Bu bulguları destekler şekilde, diğer çalışmalar da duygusal istismar, cinsel istismar ve fiziksel ihmalin yeme psikopatolojisinin gelişiminde önemli risk faktörleri olduğunu vurgulamaktadır (11). Giderek artan kanıtlar BB, TYB ve ÇÇT birlikteliğinin ortak patofizyolojik ve psikososyal mekanizmalarla açıklanabileceğini göstermektedir. Özellikle duygusal ve fiziksel istismar olmak üzere ÇÇT, hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) aksı gibi stres yanıt sistemlerini bozarak duygu düzenleme süreçlerinde bozulmaya ve duygudurum düzensizliğine yatkınlığın artmasına yol açmaktadır. Bu değişiklikler, uyumsuz yeme davranışları ile de ilişkili olup, tıkınırcasına yemenin (TY) uyumsuz bir duygu düzenleme stratejisi olarak işlev görebileceği

düşünülmektedir (12). Bipolar bozukluk olan bireylerde, travmaya bağlı kırılganlıklar duygu düzenleme ve ödül işleme süreçlerindeki yetersizliklerle etkileşime girerek TY belirtileri riskini daha da artırabilir. Bu bağlamda ÇÇT, duygudurum instabilitesi ile düzensiz yeme davranışları arasındaki çift yönlü ilişkinin gelişimine katkıda bulunan ortak ve üst düzey bir risk faktörü olarak işlev görebilir.

Bipolar bozukluk ile YB arasındaki ilişki literatürde güçlü biçimde desteklenmektedir; ancak bildiğimiz kadarıyla, Tip I BB (BB-I) ile TYB arasındaki ilişkiyi ÇÇT bağlamında özgül olarak ele alan çalışmalar sınırlıdır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu komorbiditesinin BB-I'nin klinik seyri ve tedavi süreci üzerindeki etkileri ve ÇÇT ile olası ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, bu ilişkinin BB-I'nin prognozu açısından önemli sonuçlar doğurabileceği düşünülebilir. Mevcut çalışma, DSM-5 tanı ölçütlerine göre tanı almış ötimik BB-I hastalarında TYB prevalansını inceleyen literatürdeki ilk çalışmalardan biridir. Ayrıca, TYB, ÇÇT ve BB'nin klinik özellikleri arasındaki ilişkiyi bütüncül bir yaklaşımla ele alan ilk çalışmalardan biri olma özelliği taşımaktadır. BB-I patolojisinde TYB'nin klinik etkilerine ilişkin elde ettiğimiz veriler, bu ilişkinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir.

YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir tasarımıyla planlanmıştır. Araştırma protokolü, Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından 6 Ekim 2020 tarihinde, 468 protokol numarası ile onaylanmıştır. Çalışma, 1 Aralık 2020 ile 3 Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma örneklemini, DSM-5 tanı ölçütlerine göre BB-I tanısı almış, son altı aydır remisyon halinde olan ve ilgili hastanenin Psikiyatri Poliklinikleri ile Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde izlenen hastalar oluşturmuştur. Dâhil edilme ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 150 hasta örnekleme alınmıştır.

Katılımcılar 18-65 yaş aralığında olup, DSM-5'e göre BB-I tanısı bulunan, son altı ay içinde nüks ya da hastaneye yatış öyküsü olmayan ve ötimik durumda olan bireylerden oluşmuştur [Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) <7, Beck Depresyon Envanteri (BDE) <7, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) alt puanları ≤3]. Madde kullanım öyküsü bulunanlar, BB dışında bir psikiyatrik bozukluk tanısı alanlar (özgül fobi hariç), zihinsel yetersizlik tanısı olanlar, ciddi nörolojik hastalığı bulunanlar, madde etkisi altında olanlar, psikocerrahi öyküsü olanlar, diyet, açlık ya da kilo kontrolü amacıyla gıda alımını kısıtlayanlar, psikotik belirtiler gösterenler, düşük okuryazarlık düzeyine sahip olanlar ile beyin cerrahisi veya kafa travması öyküsü bulunan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. Başlangıçta 157 hasta değerlendirilmiş; bunların 3'ü remisyon halinde olmaması, 1'i zihinsel yetersizlik tanısı alması ve 3'ü bilgilendirilmiş onam vermemesi nedeniyle çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmanın amacı katılımcılara ayrıntılı olarak açıklandıktan sonra, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Tüm katılımcılara, çalışmanın yazarları tarafından uygulanan yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-5) yapılmış; ardından Sosyodemografik Veri Formu, PANSS, YMDÖ, BDE, Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ), Yeme Tutumları Testi (YTT) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) uygulanmıştır. Beden kitle endeksi (BKİ), katılımcıların ölçülen boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanmıştır. Bu ölçümler sırasında katılımcıların ayakkabılarını çıkarmaları ve hafif giysiler giymeleri sağlanmış; ölçümler elektronik baskül ve boy ölçer kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplandığı dönemde COVID-19 pandemisine bağlı sosyal mesafe kuralları nedeniyle bel çevresi ölçümü yapılmamıştır. Katılımcıların kronik hastalıkları ve endokrin bozukluklarına ilişkin veriler, hasta dosyalarının incelenmesi ve mevcut laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi yoluyla kaydedilmiştir.

Ölçüm Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Bu form, çalışmanın yazarları tarafından geliştirilmiş olup katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni durum bilgileri ile psikiyatrik ve tıbbi öykülerine ilişkin bilgileri içermektedir.

Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Young ve ark. (1978) tarafından geliştirilen YMDÖ, manik belirtileri değerlendiren, görüşmeci tarafından uygulanan 11 maddelik bir ölçek (13). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karadağ ve ark. tarafından yapılmıştır (14).

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck ve ark. (1961) tarafından geliştirilen BDE, depresif belirtilerin şiddetini değerlendiren 21 maddelik bir özbeşerim ölçeğidir (15). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından gerçekleştirilmiştir (16).

Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilen BAE, bireyin anksiyete düzeyini değerlendiren 21 maddelik bir özbeşerim ölçeğidir (17). Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (18).

DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5)

Profesyonel bir görüşmeci tarafından uygulanan bu klinik tanı aracı, DSM-5'te yer alan bozuklukları tanı ölçütleri doğrultusunda inceleyen yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (19). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (20).

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Kay ve ark. tarafından geliştirilen PANSS, pozitif, negatif ve genel psikopatoloji belirtilerini değerlendiren 30 maddelik yarı yapılandırılmış bir ölçek (21). Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışması Kostakoğlu ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir (22).

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)

Fairburn ve Beglin (1994) tarafından geliştirilen YBDÖ, yeme bozukluklarıyla ilişkili tutum ve davranışları değerlendiren beş alt boyuttan oluşmaktadır (23). Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği dört temel alt ölçekten oluşur: Kısıtlama, kısıtlayıcı yeme davranışlarını, diyet kurallarını ve besin alımını kontrol etmeye yönelik çabaları değerlendirir. Yeme Kaygısı, yiyeceklerle aşırı uğraş, yeme ile ilişkili suçluluk duygusu ve yeme davranışına bağlı sıkıntıyı değerlendirir. Vücut Şekli Kaygısı, beden şekline ilişkin memnuniyetsizlik, aşırı zihinsel uğraş ve beden şekline verilen aşırı önemi ölçer. Kilo Kaygısı, kilo ile ilgili endişeleri, kilo verme isteğini ve kilo alma korkusunu değerlendirir. Ayrıca YBDÖ, genel yeme bozukluğu psikopatolojisini yansıtan bir toplam puan sunmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışması Yücel ve ark. tarafından yapılmıştır (24).

Yeme Tutumları Testi (YTT)

Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen YTT, yeme davranışındaki patolojileri değerlendiren, 40 maddelik, özbeşerim esaslı ve Likert tipi bir test (25). Ölçeğin Türkçe geçerlik çalışması Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır (26). YTT, anormal yeme tutumlarını belirlemek ve olası yeme bozukluklarını taramak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Yaygın olarak kabul edilen kesme puanı 30 olup, YTT ≥ 30 klinik açıdan anlamlı bozulmuş yeme belirtilerini ve yeme bozukluğu tanısı için artmış riski göstermektedir.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bernstein tarafından geliştirilen ÇÇTÖ, çocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimleri değerlendiren, beş alt boyuttan oluşan 28 maddelik bir ölçek (27). ÇÇTÖ; duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal

istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar olmak üzere beş alt ölçekten oluşmakta olup, her biri 1 ile 5 puan arasında değerlendirilen 28 Likert tipi maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Şar ve ark. tarafından yapılmıştır (28).

İstatistiksel Analiz

Veriler, IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) ve Jamovi 1.0.7.0 yazılımları kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin dağılımının normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma ve frekanslar olarak sunulmuştur. Bağımsız gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher Kesin testi kullanılmıştır. Sürekli veriler için dağılıma bağlı olarak Student t-testi veya Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Korelasyon analizlerinde Pearson veya Spearman testleri kullanılmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğunun (TYB) varlığını etkileyen faktörler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Toplam 150 katılımcının 29'una (%19,3), DSM-5 tanı ölçütleri, SCID-5 ve klinik değerlendirme doğrultusunda TYB tanısı konulmuştur. TYB (+) ve TYB (-) grupları arasında yaş, hastalık başlangıç yaşı ve hastalık süresi açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Ancak TYB (+) grubunda kadın hastaların oranı, TYB (-) grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Vücut ağırlığı, maksimum vücut ağırlığı ve BKİ değerleri TYB (+) grubunda, TYB (-) grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek saptanırken ($p < 0,05$), boy uzunluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaşam boyu diyet yapma prevalansı TYB (+) grubunda, TYB (-) grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum ve ek tıbbi hastalık prevalansı açısından TYB (+) ve TYB (-) grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcılarının sosyodemografik ve klinik özellikleri

		TYB (+) (n=29)	TYB (-) (n=121)	p
Yaş		41,5 $\pm$ 11,1	42,1 $\pm$ 10,0	0,815 χ^2
Hastalığın başlangıç yaşı		22,6 $\pm$ 8,0	24,3 $\pm$ 8,0	0,139 χ^2
Hastalık süresi		18,9 $\pm$ 10,3	18,0 $\pm$ 8,9	0,655 χ^2
Cinsiyet (Kadın)		25 (%86,2)	70 (%57,9)	0,004 χ^2
Boy (cm)		164,3 $\pm$ 8,0	166,7 $\pm$ 8,8	0,144 χ^2
Kilo (kg)		90,3 $\pm$ 19,2	82,5 $\pm$ 15,2	0,019 χ^2
Maksimum kilo (kg)		96,6 $\pm$ 18,3	88,5 $\pm$ 17,2	0,029 χ^2
BKİ (kg/m²)		33,6 $\pm$ 7,5	29,7 $\pm$ 5,1	0,018 χ^2
Eğitim	İlkokul	9 (%31,0)	38 (%31,4)	0,160 χ^2
	Ortaokul	6 (%20,7)	25 (%20,7)	
	Lise	3 (%10,3)	32 (%26,4)	
	Yüksek	11 (%37,9)	26 (%21,5)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	11 (%37,9)	51 (%42,1)	0,679 χ^2
	Çalışmıyor	18 (%62,1)	70 (%57,9)	
Medeni durum	Bekar	10 (%34,5)	39 (%32,2)	0,972 χ^2
	Evli	14 (%48,3)	60 (%49,6)	
	Dul/Boşanmış/Ayrı	5 (%17,2)	22 (%18,2)	
Yaşam boyu diyet	Evet	20 (%69,0)	50 (%41,3)	0,007 χ^2
	Hayır	9 (%31,0)	71 (%58,7)	

χ^2 : Ki-kare testi (Fisher testi); n: katılımcı sayısı; BKİ: beden kitle endeksi; TYB: tıkınırcasına yeme bozukluğu; TYB (+): tıkınırcasına yeme bozukluğu olan; TYB (-): tıkınırcasına yeme bozukluğu olmayan.

Psikiyatrik ve klinik değişkenler Tablo 2’de özetlenmiştir. TYB (+) ve TYB (-) grupları arasında manik, hipomanik ve depresif epizot sayıları ile BDI, BAI ve PANSS puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Buna karşılık, psikotik belirti öyküsü, hızlı döngülülük ve intihar girişimi öyküsü TYB (+) hastalarda, TYB (-) hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Duygudurum düzenleyiciler, antipsikotikler, uzun etkili antipsikotikler ve antidepresan kullanımı açısından TYB (+) ve TYB (-) grupları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca peripartum başlangıç, katatoni, mevsimsellik, hastaneye yatış oranı ve hastaneye yatış sayısı açısından da TYB (+) ve TYB (-) grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2).

Yeme tutumları testi puanları TYB (+) grubunda, TYB (-) grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca bozulmuş yeme tutumlarına sahip hastaların oranı TYB (+) grubunda, TYB (-) grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). Buna ek olarak, YBDÖ

toplam puanı ve alt ölçek puanları TYB (+) hastalarda anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Çocukluk çağı travmaları ölçeğinin duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve toplam puanları TYB (+) grubunda, TYB (-) grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşın, ÇÇTÖ’nün fiziksel ihmal alt ölçeği puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tek değişkenli modelde; cinsiyet, duygusal istismar, fiziksel istismar, YBDÖ toplam puanı, bozulmuş yeme, psikotik belirtiler, hızlı döngülülük ve intihar davranışının anlamlı etkileri olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çok değişkenli regresyon modelinde ise cinsiyet, fiziksel istismar ve YBDÖ toplam puanının, TYB (+) ve TYB (-) gruplarını ayırt etmede anlamlı ve bağımsız etkiye sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4).

Çocukluk çağı travmaları ölçeği ve YBDÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar alt ölçekleri ile YBDÖ’nün yeme kaygısı, vücut şekli kaygısı, kilo kaygısı ve

Tablo 2. Katılımcıların klinik özelliklerinin karşılaştırılması

	TYB (+) n-% / Ort $\pm$ SS	TYB (-) n-% / Ort $\pm$ SS	p
Peripartum	6 (%24,0)	18 (%25,7)	0,945
Katatoni	2 (%6,9)	2 (%1,7)	0,168
Mevsimsellik	17 (%58,6)	62 (%51,2)	0,475
Hastane yatışı	21 (%72,4)	97 (%80,2)	0,360
Hastane yatış sayısı	4,1 $\pm$ 4,3	3,5 $\pm$ 3,0	0,502
Psikotik epizot öyküsü	22 (%75,9)	64 (%52,9)	0,025
Hızlı döngülülük	5 (%17,2)	6 (%5,0)	0,023
İntihar girişimi öyküsü	15 (%51,7)	34 (%28,1)	0,015
Uzun etkili antipsikotik kullanımı	3 (%10,3)	11 (%9,1)	0,906
Antidepresan kullanımı	0 (%0,0)	1 (%0,8)	0,739
Duygudurum dengeleyici kullanımı	29 (%100)	114 (%94,2)	0,618
PANSS	0,00 $\pm$ 0,00	0,10 $\pm$ 0,44	0,223
Manik atak sayısı	4,79 $\pm$ 3,80	4,05 $\pm$ 2,87	0,429
Hipomanik atak sayısı	2,10 $\pm$ 4,05	1,96 $\pm$ 3,01	0,953
Depresif atak sayısı	2,48 $\pm$ 2,95	2,19 $\pm$ 2,82	0,634
YMDÖ	0,55 $\pm$ 1,18	0,31 $\pm$ 0,83	0,316
Beck depresyon ölçeği puanı	0,00 $\pm$ 0,00	0,06 $\pm$ 0,27	0,223
Beck anksiyete ölçeği puanı	0,45 $\pm$ 1,27	0,24 $\pm$ 0,91	0,273

Mann-Whitney U testi / Ki-kare testi; PANSS: pozitif ve negatif sendrom ölçeği; YMDÖ: Young mani derecelendirme ölçeği; TYB: tıkınırcasına yeme bozukluğu; Ort: ortalama; SS: standart sapma; n: katılımcı sayısı.

Tablo 3. Katılımcıların ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Değişkenler	TYB (+) Ort $\pm$ SS	TYB (-) Ort $\pm$ SS	p
YTT	YTT toplam	16,5 $\pm$ 14,1	10,0 $\pm$ 4,9	0,047
	Bozulmuş yeme tutumu olan hastalar, n (%)	4 (13,8)	2 (1,7)	0,003
YBDÖ	Kısıtlama	5,2 $\pm$ 5,6	2,0 $\pm$ 4,2	0,000
	Yeme kaygısı	5,7 $\pm$ 4,1	0,6 $\pm$ 1,7	0,000
	Vücut şekli kaygısı	21,4 $\pm$ 12,5	8,2 $\pm$ 9,7	0,000
	Kilo kaygısı	11,9 $\pm$ 5,7	5,6 $\pm$ 5,5	0,000
	YBDÖ toplam	44,2 $\pm$ 20,5	16,3 $\pm$ 17,6	0,000
ÇÇTÖ	Duygusal istismar	9,14 $\pm$ 5,49	6,58 $\pm$ 2,69	0,017
	Fiziksel istismar	8,45 $\pm$ 3,22	6,67 $\pm$ 1,65	0,000
	Fiziksel ihmal	8,86 $\pm$ 3,09	7,95 $\pm$ 2,04	0,249
	Cinsel istismar	8,07 $\pm$ 3,28	6,95 $\pm$ 2,48	0,009
	Duygusal ihmal	14,5 $\pm$ 4,9	12,3 $\pm$ 3,7	0,022
	ÇÇTÖ toplam	49,0 $\pm$ 16,7	40,4 $\pm$ 9,6	0,023

YTT: yeme tutumları testi; YBDÖ: yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği; TYB: tıkınırcasına yeme bozukluğu; ÇÇTÖ: çocukluk çağı travmaları ölçeği; Ort: ortalama; SS: standart sapma; n: katılımcı sayısı.

Tablo 4. Katılımcıların TYB durumunu öngörebilecek faktörlerin regresyon analizi

Değişkenler	Tek değişkenli model			Çok değişkenli model		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
Cinsiyet	4,540	1,490–13,880	0,008	4,750	1,020–14,395	0,028
Bozulmuş yeme	1,091	1,034–1,152	0,002			
Duygusal istismar	1,184	1,064–1,316	0,002			
Fiziksel istismar	1,362	1,145–1,620	0,000	1,420	1,115–1,807	0,004
YBDÖ toplam	1,067	1,042–1,093	0,000	1,055	1,029–1,082	0,000
Psikotik belirtiler	0,357	0,142–0,899	0,029			
Hızlı döngülülük	0,250	0,071–0,888	0,032			
İntihar girişimi	0,365	0,159–0,836	0,017			

Lojistik regresyon (forward LR); YBDÖ: yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği; OR: olasılık oranı; GA: güven aralığı.

Tablo 5. Katılımcıların klinik özellikleri ile YBDÖ puanları ve ÇÇTÖ puanları arasındaki korelasyon

Değişkenler	YBDÖ				
	Kısıtlama	Yeme kaygısı	Vücut şekli kaygısı	Kilo kaygısı	YBDÖ toplam
Duygusal istismar	0,146 (p=0,074)	0,267 (p=0,001)	0,205 (p=0,012)	0,172 (p=0,036)	0,215 (p=0,008)
Fiziksel istismar	0,242 (p=0,003)	0,379 (p=0,000)	0,241 (p=0,003)	0,229 (p=0,007)	0,217 (p=0,007)
Fiziksel ihmal	0,078 (p=0,340)	0,179 (p=0,052)	0,068 (p=0,409)	0,075 (p=0,362)	0,093 (p=0,259)
Cinsel istismar	0,245 (p=0,003)	0,311 (p=0,000)	0,315 (p=0,000)	0,252 (p=0,002)	0,324 (p=0,000)
Duygusal ihmal	0,092 (p=0,262)	0,223 (p=0,006)	0,117 (p=0,155)	0,106 (p=0,198)	0,139 (p=0,089)
ÇÇTÖ toplam	0,155 (p=0,058)	0,286 (p=0,000)	0,208 (p=0,011)	0,180 (p=0,027)	0,230 (p=0,005)
BKİ (kg/m ²)	0,156 (p=0,057)	0,154 (p=0,060)	0,345 (p=0,000)	0,352 (p=0,000)	0,357 (p=0,000)
Hastalık başlangıç yaşı	0,005 (p=0,951)	-0,068 (p=0,405)	0,029 (p=0,721)	0,028 (p=0,734)	0,003 (p=0,976)
Toplam epizot sayısı	0,079 (p=0,334)	0,106 (p=0,195)	0,149 (p=0,069)	0,087 (p=0,289)	0,135 (p=0,099)
Mani	0,001 (p=0,991)	0,050 (p=0,547)	0,130 (p=0,114)	0,103 (p=0,210)	0,114 (p=0,166)
Depresyon	0,163 (p=0,046)	0,101 (p=0,217)	0,184 (p=0,024)	0,162 (p=0,048)	0,177 (p=0,030)
Hipomani	-0,017 (p=0,841)	-0,081 (p=0,327)	-0,070 (p=0,396)	-0,095 (p=0,246)	-0,073 (p=0,373)
İntihar girişimi	0,100 (p=0,503)	-0,144 (p=0,072)	0,032 (p=0,632)	0,022 (p=0,823)	0,053 (p=0,722)
YTT	0,163 (p=0,046)	0,211 (p=0,009)	0,078 (p=0,341)	0,051 (p=0,533)	0,100 (p=0,222)

Spearman korelasyon analizi; YBDÖ: yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği; ÇÇTÖ: çocukluk çağı travmaları ölçeği; BKİ: beden kitle endeksi; YTT: yeme tutumları testi.

toplam puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonlar gözlenmiştir (p<0,05). ÇÇTÖ'nün duygusal istismar, kısıtlama ve fiziksel ihmal alt ölçekleri ile YBDÖ puanlarının çoğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Buna karşın, duygusal ihmal yalnızca YBDÖ'nün yeme kaygısı alt ölçeği ile anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir.

Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı, YBDÖ'nün yeme kaygısı, vücut şekli kaygısı, kilo kaygısı ve toplam puanları ile anlamlı pozitif korelasyon gösterirken, kısıtlama ile ilişki göstermemiştir (p>0,05). BKİ, YBDÖ'nün vücut şekli kaygısı, kilo kaygısı ve toplam puanı ile anlamlı pozitif korelasyon göstermiş (p<0,05); ancak kısıtlama ve yeme kaygısı ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Hastalık başlangıç yaşı, toplam epizot sayısı, manik ve hipomanik epizot sayıları ile intihar girişimi sayısı YBDÖ puanları ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir (p>0,05). Depresif epizot sayısı, YBDÖ'nün kısıtlama, vücut şekli kaygısı, kilo kaygısı ve toplam puanı ile anlamlı pozitif korelasyon göstermiş; ancak yeme kaygısı ile ilişki bulunmamıştır (p<0,05). Yeme tutumları testi puanları yalnızca YBDÖ'nün kısıtlama ve yeme kaygısı puanları ile anlamlı pozitif korelasyon göstermiş, diğer alt ölçekler veya toplam puan ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışma, BB-I TYB ile ÇÇT arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Ötimik BB-I hastalarında TYB prevalansı %19,3 olarak saptanmıştır. Tıkınırcasına yeme

bozukluğu (+) grubundaki hastalarda, TYB olmayanlara kıyasla psikotik epizot, hızlı döngülülük ve intihar girişimi oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, TYB (+) BB-I hastalarında duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve ÇÇTÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Kadın cinsiyet ve fiziksel istismara maruz kalma, BB-I hastalarında TYB için anlamlı belirleyiciler olarak ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada, ötimik BB-I hastalarında TYB prevalansı %19,3 olarak bulunmuştur. Bu oran, genel popülasyon çalışmalarında bildirilen %0,7 ile %6,6 arasındaki prevalans oranlarından belirgin biçimde daha yüksektir (29–31). Psikiyatrik bakım altında olan BB hastalarında TYB prevalansına ilişkin veriler sınırlı olup, BB-I ile TYB arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen çalışmalar özellikle azdır. Fornaro ve ark., BB-I, BB-II ve siklotimik bozukluk tanısı alan 148 kadın hastada TYB prevalansını %14,2 olarak bildirmiştir (32). Çalışmamızda saptanan daha yüksek TYB prevalansı, örneklem farklılıkları ve yalnızca BB-I tanısı almış hastaların çalışmaya dâhil edilmesi ile açıklanabilir. Ayrıca, önceki çalışmalarda TYB tanısının yapılandırılmış klinik görüşmeler yerine öz bildirim ya da gözleme dayalı olarak konulmuş olması da bu farkı açıklayabilir. TYB'nin cinsiyet dağılımı tartışmalı olmakla birlikte, genel eğilim kadınlarda daha sık görüldüğü yönündedir ve kadınlarda erkeklere kıyasla 1,75 kat daha yüksek prevalans bildirilmektedir (29). DSM-IV'e göre TYB'nin yaşam boyu prevalansının kadınlarda %2,97, erkeklerde ise %1,59 olduğu tahmin edilmektedir (33). Bu çalışmada da TYB tanısı alan bireyler arasında kadınların oranı daha yüksek bulunmuş ve kadın cinsiyet TYB

için anlamlı bir yordayıcı olarak saptanmıştır. Bununla birlikte, mevcut çalışmadaki örneklemin %63,3'ünün kadınlardan oluşması, bulgularımızın yorumlanmasında dikkatli olunması gerektiğini düşündürmektedir.

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (+) grubunda ortalama vücut ağırlığı, maksimum vücut ağırlığı ve BKİ değerleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, TYB olan bireylerde daha yüksek BKİ oranları bildirilen önceki çalışmalarla uyumludur (34). Obezitenin BB hastalarında kötü prognoz ile ilişkili olduğu bilinmektedir (35). Ayrıca, BKİ ile YBDÖ'nün vücut şekli kaygısı, kilo kaygısı ve toplam puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu sonuçlar, TYB'nin depresif epizotlar sırasında duygudurumu düzenlemeye yönelik telafi edici bir davranış olabileceğini düşündürmektedir (36).

Bu çalışmada, tüm katılımcılar ötimik dönemde olmasına rağmen, TYB olan bireylerde YBDÖ toplam ve alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olması, daha şiddetli yeme ile ilişkili psikopatolojiye işaret etmektedir. Ayrıca, depresif epizot sayısı ile YBDÖ'nün özellikle kısıtlama, vücut şekli kaygısı ve kilo kaygısı boyutları arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptanmış olup, bu durum yineleyici depresif belirtilerin zaman içinde uyumsuz yeme davranışlarını pekiştirebileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, TYB ile özellikle fiziksel ve duygusal istismar olmak üzere ÇÇT arasındaki güçlü ilişki, duygu düzenleme güçlüklerinin tıkınırcasına yeme davranışlarının temelinde yer alabileceği görüşünü desteklemektedir. Travma öyküsü olan bireylerin olumsuz duygulanıma karşı artmış duyarlılık gösterdiği bilinmekte olup, tıkınırcasına yeme epizotlarının duygusal sıkıntıyı kısa süreli olarak azaltmaya yönelik bir strateji olarak kullanılabileceği düşünülmektedir (37). Bu doğrultuda, ÇÇT puanları ile YBDÖ'nün çoklu alt ölçekleri arasında saptanan pozitif korelasyonlar, BB-I hastalarında TYB'nin özellikle depresif epizotlar sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan disforik duygudurum durumlarını düzenlemeye yönelik bir girişimi temsil edebileceği yorumunu güçlendirmektedir.

Bu çalışmada, TYB (+) grubunda psikotik epizot, hızlı döngülülük ve intihar girişimi sıklığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ile uyumlu olarak, BB tanılı 717 hastayı içeren geniş ölçekli bir çalışmada, TYB komorbiditesi olan bireylerde bu klinik özelliklerin daha yüksek prevalansa sahip olduğu bildirilmiştir (38). Önceki çalışmalar da, daha erken hastalık başlangıç yaşı, daha sık duygudurum epizotları, komorbid anksiyete bozuklukları ve artmış intihar riski gibi klinik özelliklerin, YB komorbiditesi bulunan BB hastalarında daha sık gözlemlendiğini göstermiştir (3,6,35,39,40). Fornaro ve ark., hızlı döngülülük ile TYB arasında anlamlı bir ilişki saptamış olmakla birlikte, TYB ile intihar girişimleri veya psikotik belirtiler arasında anlamlı bir ilişki bildirmemiştir (32). Buna karşılık, mevcut çalışmada BB-I ve TYB komorbiditesi bulunan hastalarda psikotik epizot ve intihar girişimi oranları daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılıklar, çalışmalar arasındaki metodolojik değişkenlikleri, özellikle tanılabilirliği açısından, yansıtır olabilir; zira Fornaro ve ark. BB-I, BB-II ve siklotimik bozukluğu içeren heterojen bir örneklem incelemişken, bu çalışma yalnızca BB-I hastalarına odaklanmıştır. Nedensel çıkarımlar yapılamamakla birlikte, gözlenen ilişkiler tıkınırcasına yeme davranışları ile bipolar belirti şiddetinin birbirini karşılıklı olarak etkileyebileceği potansiyel çift yönlü bir ilişkiye işaret etmektedir. Klinik açıdan bakıldığında, bu bulgular özellikle daha ağır klinik seyir gösteren BB-I hastalarında TYB'nin rutin olarak taranmasının önemini vurgulamakta; TYB ile ilişkili belirtilerin tanınması ve tedavi edilmesinin genel hastalık yönetimi ve işlevsel sonuçlar üzerinde etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Bazı çalışmalarda, BB hastalarında TYB prevalansının epizot dönemlerine göre değişiklik gösterdiği bildirilmiştir. Örneğin, sessiz ve aktif dönemlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, TYB prevalansı subeşik duygudurum bozukluğu olan hastalarda %16 iken, sessiz dönemdeki bireylerde %5 olarak saptanmıştır (4). TYB, BB hastalarının %18,6'sında gözlenirken (40), bu oran majör depresif bozukluğu olan hastalarda %9,18 olarak

bildirilmiştir (41). Bu bulgular, duygudurum dalgalanmalarının yeme davranışlarını etkileyebileceğini düşündürmektedir. Ancak mevcut çalışma yalnızca ötimik dönemdeki hastaları içerdiğinden, epizodik farklılıkların değerlendirilmesi mümkün olmamıştır. Bu nedenle, BB'nin farklı epizotlarında TYB sıklığını inceleyen çalışmalara ihtiyaç vardır.

Psikofarmakolojik tedaviler ile TYB sıklığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde, TYB (+) ve TYB (-) hastalar arasında antidepresan, duygudurum düzenleyici veya antipsikotik ilaç kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bununla birlikte, olanzapin ve klozapin gibi bazı antipsikotiklerin YB'yi kötüleştirebileceği bildirilmiştir (42). Ancak bu ilaçların YB üzerindeki etkilerine ilişkin bulgular çelişkilidir. Lityum, olanzapin ve risperidon gibi ilaçların bazı YB'lerin tedavisinde etkili olabileceği bildirilmiş olsa da (43,44), bu etkinin bireysel farklılıklara ve kullanılan doza bağlı olduğu düşünülmektedir (45). Mevcut çalışmada TYB (+) hastalarda ilaç kullanımı ile TYB arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olması, TYB'ye eşlik eden kilo artışının ilaç kullanımından ziyade TYB'nin kendisi ile doğrudan ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının TYB'nin gelişiminde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu çalışmada, TYB (+) BB-I hastalarında duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve ÇÇT toplam puanlarının TYB (-) hastalara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fiziksel istismar puanı ile YBDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur. Grilo ve ark., TYB tanısı alan bireylerin %83'ünün en az bir tür ÇÇT bildirdiğini, %36'sının ise fiziksel istismar öyküsü olduğunu raporlamıştır (46). Diğer çalışmalar da ÇÇT ile YB arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir (10,11,47,48). Bu çalışmada, fiziksel istismar ile YBDÖ toplam ve alt ölçek puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu ilişki, fiziksel istismar öyküsü bulunan bireylerde yeme, beden şekli ve kilo ile ilişkili kaygıların ve kısıtlayıcı davranışların daha belirgin olduğunu göstermektedir. Çocukluk döneminde fiziksel istismarın, duygu düzenleme süreçlerini, stres yanıt sistemlerini ve uyum sağlayıcı baş etme mekanizmalarının gelişimini bozduğu bildirilmiştir (12). Bu durum, TY gibi uyumsuz davranışların duygusal rahatlama ya da duygulanım düzenleme amacıyla ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak, bu çalışma ötimik dönemdeki BB-I hastalarında TYB prevalansını ve bununla ilişkili klinik, psikopatolojik ve travmatik faktörleri incelemiştir. Bulgularımız, TYB'nin BB-I hastalarında genel popülasyona kıyasla anlamlı olarak daha yüksek prevalansa sahip olduğunu ve TYB varlığının artmış vücut ağırlığı ve BKİ, bozulmuş yeme tutumları, daha sık psikotik epizotlar, hızlı döngülülük ve intihar girişimleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, TYB tanısı alan hastalarda fiziksel ve duygusal istismarın daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu sonuçlar, TYB'nin BB'nin klinik seyrini olumsuz yönde etkileyebilen önemli bir komorbidite olduğunu ve BB hastalarının klinik değerlendirilmesi sırasında yeme davranışlarının sistematik olarak izlenmesinin önemini vurgulamaktadır. Bununla birlikte, mevcut çalışmada yalnızca ötimik dönemdeki BB-I hastalarının yer alması, TYB ile epizodik değişkenlikler arasındaki ilişkinin incelenmesini sınırlamaktadır. Ayrıca, kesitsel tasarım nedensel ilişkilerin belirlenmesine olanak tanımamaktadır. Bu nedenle, TYB, ÇÇT ve BB arasındaki ilişkinin niteliğini ve yönünü daha açık biçimde ortaya koyabilmek için, farklı duygudurum epizotlarını kapsayan, daha geniş örneklemle yürütülen ve duygu düzenleme değerlendirmelerini içeren boylamsal çalışmalara ihtiyaç vardır.

Etik Komite Onayı: Araştırma protokolü, Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından 6 Ekim 2020 tarihinde, 468 protokol numarası ile onaylanmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağışsız.

Yazar Katkıları: Fikir- BK, ÖŞO, NK; Tasarım- BK, ÖŞO, NK; Denetleme- ÖŞO, NK; Kaynaklar- BK, ÖŞO, NK; Malzemeler- BK, ÖŞO, NK; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- BK, ÖŞO, NK; Analiz ve/veya Yorum- BK, ÖŞO, NK; Literatür Taraması- BK, ÖŞO, NK; Yazıyı Yazan- BK, ÖŞO, NK; Eleştirel İnceleme- BK, ÖŞO, NK.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Bu araştırma, kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki fon sağlayan kuruluşlardan herhangi bir özel hibe almamıştır.

KAYNAKLAR

- Oliva V, Fico G, De Prisco M, Gonda X, Rosa AR, Vieta E. Bipolar disorders: an update on critical aspects. *Lancet Reg Health Eur*. 2025;48:101135. [Crossref]
- Léda-Rêgo G, Studart-Bottó P, Abbade P, Rabelo-Da-Ponte FD, Casqueiro JS, Sarmento S, et al. Lifetime prevalence of psychiatric comorbidities in patients with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2024;337:115953. [Crossref]
- McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:420–426. [Crossref]
- MacQueen GM, Marriott M, Begin H, Robb J, Joffe RT, Young LT. Subsyndromal symptoms assessed in longitudinal, prospective follow-up of a cohort of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2003;5:349–355. [Crossref]
- McElroy SL, Kotwal R, Keck PE. Comorbidity of eating disorders with bipolar disorder and treatment implications. *Bipolar Disord*. 2006;8:686–695. [Crossref]
- McElroy SL, Frye MA, Helleman G, Altshuler L, Leverich GS, Suppes T, et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;128:191–198. [Crossref]
- Aas M, Henry C, Andreassen OA, Bellivier F, Melle I, Etain B. The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int J Bipolar Disord*. 2016;4:2. [Crossref]
- Brewerton TD. Eating disorder, trauma and comorbidity: focus on PTSD. *Eat Disord*. 2007;15:285–304. [Crossref]
- Eielsen HP, Ulvenes P, Hoffart A, Rø Ø, Rosenvinge JH, Vrabel K. Childhood trauma and outcome trajectories in patients with longstanding eating disorders across 17 years. *Int J Eat Disord*. 2024;57:81–92. [Crossref]
- Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychol Med*. 2017;47:1402–1416. [Crossref]
- Kong S, Bernstein K. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *J Clin Nurs*. 2009;18:1897–1907. [Crossref]
- Dawson D, Strodl E, Kitamura H. Childhood maltreatment and disordered eating: the mediating role of emotion regulation. *Appetite*. 2022;172:105952. [Crossref]
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429–435. [Crossref]
- Karadağ F, Oral ET, Aran Yalçın F, Erten E, Young Mani Derecelendirme Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2002;13:107–114.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–571. [Crossref]
- Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Derg*. 1988;7:3–13.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56:893–897. [Crossref]
- Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12:163–172.
- Shabani A, Masoumian S, Zamirinejad S, Hejri M, Pirmorad T, Yaghmaeezadeh H. Psychometric properties of Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders-Clinician Version (SCID-5-CV). *Brain Behav*. 2021;11:e01894. [Crossref]
- Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak ÖZ, Çetin Ş, et al. DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*. 2019;30:51–56.
- Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13:261–276. [Crossref]
- Kostakoğlu E, Batur S, Tiryaki A, Göğüş A. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin (PANSS) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg*. 1999;14:23–32.
- Fairburn CG, Beglin SJ. Eating Disorder Examination Questionnaire (6.0). In: Fairburn CG, editor. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press; 2008. p. 309–313.
- Yücel B, Polat A, İkiz T, Düşgor BP, Yavuz AE, Sertel Berk O. The Turkish version of the Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev*. 2011;19:509–511. [Crossref]
- Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9:273–279. [Crossref]
- Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi: anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Türk Psikoloji Derg*. 1989;7:19–25.
- Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1132–1136. [Crossref]
- Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkiye uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2012;32:1054–1063. [Crossref]
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61:348–358. [Crossref]
- Westenhoefer J. Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *Int J Eat Disord*. 2001;29:477–481. [Crossref]
- Gruza RA, Przybeck TR, Cloninger CR. Prevalence and correlates of binge eating disorder in a community sample. *Compr Psychiatry*. 2007;48:124–131. [Crossref]
- Fornaro M, Perugi G, Gabrielli F, Prestia D, Mattei C, Vinciguerra V, et al. Lifetime comorbidity with different subtypes of eating disorders in 148 females with bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2010;121:147–151. [Crossref]
- Duncan AE, Hannah NZ, Ginger N. The prevalence of past 12-month and lifetime DSM-IV eating disorders by BMI category in US men and women. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25:165–171. [Crossref]
- Pike KM, Dohm FA, Striegel-Moore RH, Wilfley DE, Fairburn CG. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1455–1460. [Crossref]
- Wildes JE, Marcus MD, Fagioli A. Eating disorders and illness burden in patients with bipolar spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2007;48:516–521. [Crossref]
- Ramacciotti CA, Paoli RA, Marcacci G, Piccinini A, Burgalassi A, Dell'Osso L, et al. Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Res*. 2005;135:165–170. [Crossref]
- Güler K, Gümüş Demir Z, Yurtseven CS. Investigation of the relationship between childhood traumas, psychological resilience, cognitive flexibility and emotion regulation skills in adults. *Eur Res J*. 2024;10:166–177. [Crossref]
- McElroy SL, Crow S, Biernacka JM, Winham S, Geske J, Barboza ABC, et al. Clinical phenotype of bipolar disorder with comorbid binge eating disorder. *J Affect Disord*. 2013;150:981–986. [Crossref]
- Brietze E, Moreira CL, Toniolo RA, Lafer B. Clinical correlates of eating disorder comorbidity in women with bipolar disorder type I. *J Affect Disord*. 2011;130:162–165. [Crossref]
- Boulanger H, Tebeka S, Girod C, Lloret-Linares C, Meheust J, Scott J, et al. Binge eating behaviours in bipolar disorders. *J Affect Disord*. 2018;225:482–488. [Crossref]
- Baek JH, Kim K, Hong JP, Cho MJ, Fava M, Mischooulon D, et al. Binge eating, trauma, and suicide attempt in community adults with major depressive disorder. *PLoS One*. 2018;13:e0198192. [Crossref]
- de Beaurepaire R. Binge eating disorders in antipsychotic-treated patients with schizophrenia: prevalence, antipsychotic specificities, and changes over time. *J Clin Psychopharmacol*. 2021;41:114–120. [Crossref]
- Hsu LK, Clement L, Santhouse R, Ju ES. Treatment of bulimia nervosa with lithium carbonate: a controlled study. *J Nerv Ment Dis*. 1991;179:351–355. [Crossref]
- McElroy SL, Guerdjikova AI, Mori N, Keck PE. Psychopharmacologic treatment of eating disorders: emerging findings. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17:35. [Crossref]
- Jensen GL. Drug-induced hyperphagia: what can we learn from psychiatric medications? *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2008;32:578–581. [Crossref]
- Grilo CM, Masheb RM. Childhood psychological, physical, and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder. *Obesity Res*. 2001;9:320–325. [Crossref]
- Caslini M, Bartoli F, Crocamo C, Dakanalis A, Clerici M, Carrà G. Disentangling the association between child abuse and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2016;78:79–90. [Crossref]
- Amianto F, Spalatro AV, Rainis M, Andriulli C, Lavagnino L, Abbate-Daga G, et al. Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder. *Psychiatry Res*. 2018;269:692–699. [Crossref]