



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

BEDEN KÜTLE İNDEKSİNİN
DEPRESYON VE ALEKSİTİMİYLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR.ARDA KARAGÖL

ANKARA 2009



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKIYATRI ANABİLİM DALI

BEDEN KÜTLE İNDEKSİNİN
DEPRESYON VE ALEKSİTİMİYLE
İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR.ARDA KARAGÖL

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANESİ

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr.Gamze Özçürümez

ANKARA 2009

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
KÜTÜPHANESİ

TEŞEKKÜR

Eğitimimde çok önemli payları olan Prof. Dr. Leyla Zileli'ye, Doç. Dr. Nilgün Taşkıntuna'ya teşekkür ederim.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gamze Özçürümez'in büyük yardımı oldu. Kendisine teşekkür ederim

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için gerekli şartların hazırlanmasında Uzm. Dr. Aslı Nar, desteğini esirgemediği için kendisine teşekkür ederim.

Hacettepe Psikoloji AD öğretim görevlilerinden Psk. Dr. Sedat Işıklı'ya yardımları için teşekkür ederim.

Kendi bilgi ve birikimlerini cömertçe benle paylaşan, Psikiyatri anlayışımı etkileyen Doç. Dr. Haluk Özbay'a, Prof. Dr. Behçet Coşar'a, Doç. Dr. Aslı Çepik Kuruoğlu'na, teşekkür ederim.

Aileme teşekkür ederim.

ÖZET

Literatürdeki Beden Kütle İndeksi (BKİ) ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda pozitif ilişki olduğu, negatif ilişki olduğu ve ilişki olmadığı şeklinde sonuçlar vardır. Bu çalışmada, BKİ'nin depresyon ve aleksitimi ile ilişkili olup olmadığının yanı sıra depresyon ile aleksitimi arasında bir ilişki bulunup bulunmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Vücut ağırlığının, boyun karesine bölünmesiyle elde edilen bir değer olan BKİ açısından 3 gruba ayrılan katılımcılar (BKİ=18.5-24.99 olanlar normal, BKİ=25-29.99 olanlar fazla kilolu ve BKİ=30 ve üstü olanlar obez olmak üzere) depresyon ve aleksitimi varlığı bakımından değerlendirilmiştir. Katılımcılar, Mayıs 2008-Temmuz 2008 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran ve TFT'leri normal olan 100 hastadır. Katılımcılara CIDI (depresyon bölümü), BDI ve TAS-26 ölçekleri verilmiştir.

Sonuç olarak BKİ ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. İlişki kadınlarda daha güçlüdür. BKİ ile aleksitimi ve aleksitimi alt ölçekleri arasında ilişki bulunmamıştır. Depresyon düzeyi ile aleksitimi arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Psikosomatik hastalıklar olarak kabul edilen; iskemik kalp hastalığı, astım, gastrit/ülser, hipertansiyon, diabetes mellitus'u olan hastaların aleksitimi puanları, bu tanıları olmayan hastalarla karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar sözcükler: Beden kütle indeksi, obezite, aleksitimi, depresyon

İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT)

In the literature there are studies that found positive or negative or no relationship between body mass index and depression. In this study we aimed to search the relationship between body mass index, depression and alexithymia. We also aimed to search the relationship between depression and alexithymia. Body mass index is a number that is obtained by dividing body weight (in kilograms) to the square of height (in meters). The subjects are divided into three groups according to their body mass indexes (BMI=18.5-24.99 are normal, BMI=25-29.99 are over weight and BMI= 30 and bigger are obese).

Hundred subject are chosen from the patients who are attended to Başkent University Hospital's Endocrinology Out-Patient Clinic whose thyroid function test values are in normal limits.

They are examined if they have depression or not and their depression and alexithymia degrees are measured. The subjects are given CIDI (depression section only), BDI and TAS-26.

A positive relationship between body mass index and depression is found. The relationship is stronger in women. No relationship is found between body mass index and alexithymia or alexithymia subscales. A positive relationship is found between depression and alexithymia degree. Alexithymia degrees of the patients who have ischemic heart disease, asthma, gastritis/ulcer, hypertension, diabetes mellitus which are psychosomatic diseases, didn't show significant differences from those who have not had these diseases.

Key Words: Body mass index, obesity, alexithymia, depression

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	
ÖZET.....	
İNGİLİZCE ÖZET.....	
İÇİNDEKİLER.....	
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ.....	
TABLolar DİZİNİ.....	
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	
2.GENEL BİLGİLER.....	
2.1.Obezite	
2.1.1.Etiyoloji.....	
Genetik ve Gelişimsel Faktörler.....	
Fiziksel Aktivite Faktörleri.....	
Beyin Hasar Faktörleri.....	
Diğer Klinik Faktörler.....	
Psikotropik İlaçlar.....	
Psikolojik Faktörler.....	
2.2. Aleksitimi.....	
2.2.1.Etiyoloji.....	
Emosyonel İşlev Çalışmaları.....	
Nörobiyolojik Çalışmalar.....	
Psikanalitik Bakış.....	
Gelişimsel Çalışmalardan Gelen Katkılar.....	
Bağlanma Çalışmaları.....	
Psikofizyolojik Çalışmalar.....	
Rüya Araştırmaları.....	
2.3.AleksitimiveRuhsalBozukluklar.....	
2.3.1.Aleksitimi ve Depresyon.....	
2.3.2. Öngörücü bir Değişken olarak Aleksitimi.....	
2.3.3. Diğer Sağlıkla ilgili kişilik yapılarıyla olan ilişkisi.....	
2.4. Aleksitimi ve obezite/yeme bozuklukları ilişkisi.....	
2.5. BKİ ve Depresyon ilişkisi.....	
2.6. BKİ ile Depresyon ilişkisinde rol oynayan potansiyel aracı etmenler.....	

2.6.1. Depresyonun ağırlık derecesi.....	
2.6.2. Obezitenin ağırlık derecesi.....	
2.6.3. Cinsiyet.....	
2.6.4. Sosyoekonomik Durum.....	
2.6.5. Gen ve çevre Etkileşimi.....	
2.6.6. Olumsuz Çocukluk Deneyimleri.....	
2.6.7. Yeme ve Fiziksel Aktivite.....	
2.6.8. Alay Edilme Öyküsü.....	
2.6.9. Bozulmuş Yeme Davranışı.....	
2.6.10. Stres.....	
2.7. Aleksitimi ve Psikosomatik Hastalıklar.....	
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	
3.1. Örneklemenin Oluşturulması.....	
3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler.....	
Uluslararası Birleşik Tanı Görüşmesi'nin depresyon bölümü(CIDI).....	
Toronto Aleksitimi Skalası-26 (TAS-26).....	
Beck Depresyon Envanteri (BDI).....	
3.3. İstatistik Analiz.....	
4.BULGULAR.....	
Tablo 1 Demografik Özellikler.....	
Tablo 2 Eşlik eden hastalıklar.....	
Tablo 3 Depresyon Tanısı.....	
Tablo 4 TAS-26 Toplam ve altölçek puanları.....	
Tablo 5 Beck Depresyon Envanteri puanları.....	
5.TARTIŞMA.....	
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	
7.EK.....	
8.KAYNAKLAR.....	

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ:

ACC: Anterior Singulat Korteks
BDI: Beck Depresyon Envanteri
BKİ: Beden Kütle İndeksi
BOS:Beyin Omurilik Sıvısı
BTA: Başka Türlü Adlandırılmayan
CRF: Kortikotropin Releasing Factor
DSM:Diagnostic Statistics Manual
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
EEG:Elektro Ensefalografi
FDA:Food and Drug Administration
fMR: Fonksiyonel Magnetik Rezonans
GABA:Gama Amino Bütirik Asit
Gİ: Gastro İntestinal
GnRH: Gonodotropin Releasing Factor
HPA:Hipotalampituitör Aks
İBH: İmflamatuar Barsak Hastalığı
NMDA: N-Metil D-Aspartat
OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PET: Pozitron Emisyon Tomografisi
PFC: Pre Frontal Korteks
REM: Rapid Eye Movements
SCID:Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SCL. Symptom Check List
SED: Sosyo Ekonomik Düzey
SSRI: Selektif Serotonin Gerilim İnhibitörleri
SSS: Santral Sinir Sistemi
TAS: Toronto Aleksitimi Skalası
TSH: Tiroid Stimüle edici Hormon
TSSB:Travma Sonra Stres Bozukluğu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1	Demografik Özellikler
Tablo 2	Eşlik Eden Hastalıklar
Tablo 3	Depresyon Tanısı
Tablo 4	TAS-26 Toplam ve Alt Ölçek Puanları
Tablo 5	Beck Depresyon Envanteri Puanları

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Beden kütle indeksi kişinin kilosunun boyunun karesine bölünmesiyle elde edilen bir değerdir. 18.5-25'e kadar ise normal, 25-30'a kadar ise fazla kilolu, 30'un üstünde ise kişi obez olarak kabul edilmektedir. Tüm dünyada gelişmiş ya da gelişmekte olan toplumlarda her türlü hastalığın neden olduğu ağır yitimler bakımından en başta gelen on hastalık arasında major depresyon beşinci sırada gelmektedir. Depresyonun morbiditesi, ilerlemiş koroner kalp hastalığına benzer düzeydedir. Bu gerçeğe rağmen temel sağlık hizmetlerinde çoğunlukla bu hastalığa tanı konamamakta ve hastaların önemli bir kesimi tedavi olanağı bulamamaktadır. Sadece yetersiz tanı nedeniyle değil aynı zamanda kişiler depresyonlarını bir ayıp ve saklanması gereken bir tür karakter zayıflığı olarak gördükleri için de depresyonlu kişilerin sadece yaklaşık üçte biri tedavi görmektedir. Obezitenin prevalansı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gittikçe artmaktadır. Hem depresyon hem de obezite halk sağlığı açısından önemli sonuçları olan hastalıklardır. Her iki sağlık sorunu da hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve artmış mortalite gibi çeşitli sağlık komplikasyonları ile ilişkilidirler. Obezite ve depresyon arasında tek ve basit bir ilişki yoktur. Obezite ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda pozitif ilişki olduğu, negatif ilişki olduğu ve ilişki olmadığı şeklinde sonuçlar vardır. Sosyodemografik, psikososyal, genetik faktörler bazı obez bireyleri depresyona daha yatkın hale getirebilmektedir ve bunun tersi de mümkündür. Popülasyonda depresyon ile obezite arasında tek tip bir ilişki örüntüsünden ziyade çoklu bir kovaryasyon olması daha olasıdır. Latince bir kelime olan Aleksitimi "duygulara söz bulamamak" anlamına gelmektedir. Aleksitiminin 3 ana özelliği vardır 1.Emosyonlarını ayırd etmede ve somatik duyularla emosyonları ayırd etmede güçlük 2.Emosyonlarını başkalarına açıklamakta güçlük 3.Dışsallaştırarak düşünme biçimi.

Beden kütle indeksi ile aleksitimi arasındaki ilişki çok net olmamakla birlikte pek çok çalışmada depresyonun aleksitimi ile pozitif yöndeki ilişkisi gösterilmiştir. Bu çalışmada beden kütle indeksinin depresyon ve aleksitimiyle olan ilişkisi, depresyon ile aleksitimi ilişkisi, psikosomatik hastalıklarla aleksitimi ilişkisi değerlendirilecektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. OBEZİTE

Obezite, küresel boyutta bir halk sağlığı ve ekonomi sorunudur. Prevelans oranları dünyanın tüm bölgelerinde artmaktadır. Zengin ve yoksul ülkelerde erkekler, kadınlar ve çocuklar etkilenmektedirler. Aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu sağlık sorunları, küresel sağlık sorunlarından en önemlileri olan kötü beslenme ve enfeksiyon hastalıklarının yerini almıştır (1). 1995’de aşırı beslenmeye bağlı yetişkin mortalitesinin 1 milyon civarında olduğu tahmin edilmekte iken kötü beslenmeye bağlı olan mortalite yarım milyondur.

Fizyolojik düzeyde obezite, yağ dokusunda sağlığı bozacak boyutta aşırı düzeyde veya anormal yağ birikimi olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte, vücut yağının doğrudan ölçümü zordur ve beden kütle indeksi gibi görece ölçümler yetişkinlerde aşırı kilo ve obezitenin belirlenmesi için sık olarak kullanılan ölçümlerdendir. Bu bağlamda, beden kütle indeksi yetişkinlerde aşırı kilo ve obezitenin toplumsal düzeydeki en yararlı ve en pratik göstergesidir. Vücut ağırlığının, kilogram olarak değerinin boyun metre olarak karesine bölünmesi ile hesaplanır ($BKİ=kg/m^2$) (2).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş yeni dereceli sınıflandırma sisteminde 30 kg/m^2 ve daha yüksek BKİ, obezite varlığını gösterir. Bu düzey ve üzerinde bir BKİ olan kişilerde aşırı düzeyde vücut yağı bulunma olasılığı daha yüksektir. Bununla birlikte aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu sağlık riskleri 25 kg/m^2 nin altında bir düzeyden itibaren artan BKİ ile basamaklı olarak artmakta gibi görünmektedir (1).

Sağlıklı bireylerde kadınlarda vücut ağırlığının %25’i, erkeklerde ise %18’i yağ dokusundan oluşur. “Fazla kilolu” deyimini ise bazı referans normların üstünde olan vücut ağırlığını tanımlamada kullanılır. Bu standartlar, sigorta istatistikleri veya epidemiyolojik bilgilerden oluşturulmaktadır. Çoğu vakada, artan ağırlık artan obeziteyi gösterse de bu her zaman doğru değildir. Kaslı bireyler fazla kilolu olabilirler ancak obez olmaları beklenmez. Öte yandan bir kişinin vücut ağırlığı normal olduğu halde fazla vücut yağına sahip olabilir (3). İdeal BKİ hakkında tartışma olsa da genel olarak 20-25 kg/m^2 arası sağlıklı vücut ağırlığını, 25-27 arası bir miktar artmış riski, 27’nin üstünde BKİ açık şekilde artmış riski, 30’un üstü ise büyük ölçüde artmış riski göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) kadınların % 35’i, erkeklerin ise %31’i önemli ölçüde fazla kiloludur. Eğer obezite 25’in üstünde BKİ olarak tanımlanırsa obezlerin sayısı obez olmayanların sayısını geçmektedir. ABD’de obezite’nin prevelansı, 1900’lerden bu yana 3’e katlanmıştır (4).

Obezitenin prevalansı azınlık popülasyonlarda, özellikle kadınlarda en yüksektir. Zenci ve 45 yaş üstü Amerikalı kadınların %60'ının BKİ'leri 27 ve üstüdür. Azınlıklardaki yüksek obezite prevalansı, ırktan ziyade düşük gelir ve eğitim durumuna bağlanabilir. Düşük sosyoekonomik duruma sahip kadınlarda obezite prevalansı, yüksek sosyoekonomik duruma sahip kadınlara göre 6 kat fazladır (5). Kilo alımı her 2 cinsten de en sık 25-44 yaşları arasında gerçekleşmektedir. Bu zaman zarfında erkekler ortalama 4, kadınlarsa 7 kg almaktadırlar. Gebeliğin kadınlarda daha büyük artışa neden olması muhtemeldir. Kadınlar her başarılı gebeliğe bir önceki gebelikten ortalama 2.5 kg daha ağır şekilde başlamaktadırlar. Elli yaşından sonra erkeklerin vücut ağırlıkları sabitlenir, hatta 60-74 yaşları arasındaysa hafifçe düşer. Kadınlarda ise zıt olarak 60 yaşına kadar ağırlık artmaya devam eder. Altmış yaşından sonra ise azalma başlar (3).

2.1.1. Etiyoloji

İnsanlar enerji olarak harcadıklarından daha fazla kalori aldıklarında vücutlarında yağ biriktirmeye başlarlar. Yağ vücuttan uzaklaştırılacaksa daha az kalori alınması veya alınandan daha fazla kalori harcanması gereklidir. Enerji alımı veya harcanmasında %10'luk bir değişim, bir yılda vücut ağırlığında 14 kg'lık değişime yol açar (6).

Tokluk, açlık doyurulduğunda ortaya çıkan duygudur. İnsanlar tüketilen yapı maddelerini yerine koyduklarında yemeye son verirler. Önceki yemekle yerine konan yapı taşları tüketildiğinde ise tekrar acıyırlar. Emilmiş olan yiyeceklerden köken alan metabolik bir sinyalin; tokluğu oluşturmak için kan vasıtası ile beyne taşındığı ve burada, olasılıkla hipotalamus'ta, reseptör hücreleri uyardığı düşünülmektedir (7). Bazı çalışmalar, hipotalamus aracılığıyla yeme davranışının düzenlenmesi açısından serotonin, dopamin ve noradrenalin disfonksiyonu ile ilintili kanıtlar ortaya koymuşlardır. Bu düzenlemede, olasılıkla diğer hümmoral faktörlerin; CRF, neuropeptit Y, GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon) ve TSH'nın da rolü bulunmaktadır. Açlık, kritik yapı taşlarının tükenmesine ikincil olarak metabolik sinyallerin gücündeki düşüşün bir sonucudur. Tokluk ise bir yemeğe başladıktan sonra ve yemeğin tüm kalorik içeriğinin emilmesinden önce ortaya çıkar. Dolayısıyla tokluk, yiyecek alımını kontrol eden regülatör mekanizmalardan biridir. İştah da bu noktada işin içindedir (3).

Aç bir insan doymak amacıyla yemek yiyebilirken iştah, aynı zamanda tok bir insanın tokluk noktasından sonra da yemeye devam etmesine neden olabilir. İştah, düşünceler ve duygular gibi psikolojik faktörlerce artırılabilir ve anormal iştah, anormal gıda alımı ile sonuçlanabilir (4). Olfaktör sistem de toklukta rol oynayabilir. Deneyler, olfaktör

bulb'ların belirli bir yemeğin kokusuyla doygunlaştırılmış inhaler tarafından güçlü bir şekilde uyarıldıklarında o yiyeceğe karşı doygunluk geliştiğini göstermektedir. Bunun obezite tedavisinde uygulamaları olabilir (3).

Genetik ve Gelişimsel Faktörler

Hayvanlarda obezitenin çeşitli biçimlerde kalıtılabildiğinin gösterilmesi, adipozitenin seçici beslenme şekilleriyle kolaylıkla oluşturulabilmesi; genetik faktörlerin obezitede rol oynadığını netleştirmiştir. Obez olan hastaların %80'inde ailede obezite öyküsü vardır. Bu gerçek sadece genetik faktörlerin değil, şişman ebeveynlerle özdeşim kurma ve anksiyete ile başa çıkmada öğrenilmiş davranışlar ile de açıklanmaktadır. Öte yandan, ayrı büyütülen ikizlerin ikisi de obez olabilmektedir ki bu gözlem, genetiğin rolünü ön plana çıkarmaktadır (4).

Hayatın erken dönemlerinde adipoz doku hem hücre sayısını hem de hücre büyüklüğünü artırarak büyür. Belli adipozit sayısına ulaşıldığıdaysa artık bu çok fazla değişmemektedir. Hayatın erken döneminde başlayan obezite; artmış sayı ve büyüklükteki adipozitlerle belirli yağ dokusu ile karakterizedir. Öte yandan erişkinlikte başlayan obezite, adipozitlerin sadece boyutlarında büyüme ile karakterizedir. Her iki durumda da vücut ağırlığının azalması hücrelerin büyüklüğünde azalmaya yol açar. Juvenil başlangıçlı diabet hastalarında, sayı ve hacim olarak büyük adipozitlerin varlığı bu hastaların kilo vermede yaşadıkları zorluğun altında yatan etken olabilir. Yağ dağılımı ve miktarı kişiden kişiye değişir ve her farklı vücut bölgesindeki yağların farklı özellikleri vardır. Bel, yanlar ve karın bölgesindeki yağlar kalçalardakilere göre metabolik olarak daha aktiftir. Bel-karın paterni erkeklerde daha sıktır ve kalp damar hastalıkları ile, kalçada yağlanma paternine kıyasla daha yüksek korelasyon gösterir (7).

Yağ hücrelerince üretilen "leptin" adı verilen hormon, yağ termostatu gibi işlev görür. Kan-leptin düzeyleri düşük olduğunda daha çok, yüksek olduğunda ise daha az yağ harcanır (6).

Fiziksel Aktivite ve Tıbbi Faktörler

Zengin toplumlarda belirgin ölçüde azalmış aktivite, obezitenin önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmasında en önemli faktör gibi görünmektedir. Fiziksel inaktivite, enerji harcanmasını sınırlar ve artmış yiyecek alımına katkıda bulunabilir.

Ventromedial hipotalamusun hasarlanması hayvanlarda obeziteye yol açabilmektedir ancak bu, insanlarda obezitenin çok nadir bir sebebidir. Değişen enerji ihtiyaçları doğrultusunda SSS'nde, özellikle lateral ve ventromedial hipotalamusta, yiyecek alımını

ayarlayan özel bir yapı bulunduğu ve bu yapının temel yağ depolarının düzeyini belirleyerek düzenlemeler yaptığına dair kanıtlar vardır. Bu ince ayar, kişiden kişiye ve boy ile ağırlığa göre çeşitlilik göstermektedir (4).

Bazı klinik bozukluklar obeziteyle ilişkilidir. Ayrıca, Cushing hastalığı gibi kimi bozukluklar, karakteristik yağ dağılımıyla ilişkilidir (ör. bufalo hörgücü). Miksedem yine kilo alımıyla ilişkilidir. Diğer nöroendokrin bozukluklar arasında adiposogenital distrofi (Fröhlich Sendromu) sayılabilir (3).

Psikotrop İlaçlar ve Ruhsal Faktörler

Atipik antipsikotik ilaçlardan olanzapin, klozapin ve ketiyapin kilo alımı üzerinde belirgin etkilere sahiptirler. Ziprasidon ise vücut ağırlığına etki etmiyor gibi görünmektedir. Duygudurum düzenleyicilerden; lityum, valproat ve karbamazepin de vücut ağırlığında artışla ilişkilidirler. Topiramat, vücut ağırlık artışıyla ilişkili değildir hatta bazı hastalarda iştahı azaltan etkisinden bahsedilmektedir. SSRI'lar da uzun dönem kullanımda vücut ağırlık artışıyla ilişkilendirilmektedirler. Öte yandan fluoksetin başlangıçta kilo kaybına yol açabilir. Her hasta, psikotrop ilaçların vücut ağırlığı üzerindeki etkileri açısından bireysel olarak monitorize edilmelidir (3).

Obezitenin gelişiminde psikolojik faktörler çok önemli olsalar da, bu tip faktörlerin obezitede nasıl bir sonuca yol açacakları açık değildir. Yiyecek düzenleyen mekanizma çevresel etkilere hassastır ve ailesel, kültürel, psikodinamik faktörler obezitenin gelişimine katkıda bulunabilmektedir. Pek çok araştırmacı özel aile öyküleri, zemin hazırlayıcı yan faktörler, kişilik yapıları veya bilinç dışı çatışmaların obeziteye yol açtığını öne sürmüşse de; fazla kilolu insanlar olası tüm ruhsal bozuklukları gösterebilirler ve altta yatan çeşitli ruhsal bozukluklara sahip olabilirler (8). Pek çok obez kişi emosyonel olarak rahatsız kişilerdir. Obez kişiler aşırı yeme mekanizmasının çevrelerinde kolay ulaşılabilir olmasından dolayı, hiperfajiyi psikolojik sorunlarla başa çıkmada maladaptif olarak kullanabilmektedirler. Obez kişilerin çoğunluğu, emosyonel olarak üzüntülü olduklarında aşırı yediklerini bildirmişlerdir ancak pek çok obez olmayan birey de benzer deneyim bildirmektedir. Dolayısıyla, bu tip kısa dönemli yaşantıların obeziteye özgül olup olmadığı kesin değildir. Pek çok obez bireyin alışkanlık haline gelmiş yeme paternleri deneysel obezitede bulunanla benzerdir. Bozulmuş tokluk duygusu, özellikle önemli bir sorundur. Obez kişiler yemekle ilgili ipuçlarına, yemeklerin lezzetine ve yemeyi durduramama konusuna aşırı bir duyarlılık gösterirler. Obez insanlar genellikle yemeyle ilgili her türlü

dış uyarana hassaslarken göreceli olarak genel içsel açlık sinyallerine tepkisizdirler. Bazıları ise açlık ile diğer disfori türleri arasındaki farkı ayırt edemezler (3).

2.2 ALEKSİTİMİ

Sifneos, aleksitimi kavramını ortaya koyarak bunu klasik psikosomatik hastalıklara bağladığından bu yana yaklaşık 40 yıl geçmiştir. Bu zaman boyunca ve özellikle son 10 yıldır aleksitimiye olan ilgi ve bu konuyla ilgili çalışmalar önemli düzeyde bir artış göstermektedir. 1980'lerin ortasında aleksitimiyle ilgili yaklaşık 120 makale yayınlanmış durumda iken 2004 itibariyle PsycINFO veritabanında bu rakam 1000'in üzerine çıkmış ve bu konuda çeşitli kitaplar yazılmıştır (9).

Aleksitimi, emosyonların düzenlenmesi ve işlenmesindeki kimi bozuklukları yansıttığına inanılan özellikler içeren, çok boyutlu bir kavram olarak açıklanmaktadır:

- 1.Duyguları tanımlamada ve bedensel duyumsamalardan ayırt etmede zorluk
- 2.Duyguları açıklamada zorluk.
- 3.Düşlem azlığı.
- 4.Dışsal yönelimli bilişsel tarz.

Aleksitimik bireyler, aynı zamanda anhedonik olup anksiyete depresyon gibi olumsuz emosyonları yüksek düzeyde; mutluluk, neşe ve sevgi gibi olumlu emosyonları ise düşük düzeyde yaşamaya yatkın bireyler olarak tanımlanabilirler (10).

Genel popülasyonda aleksitimi prevalansı ile ilgili olarak Almanya kökenli yeni bir çalışmada erkeklerde %11.1, kadınlarda %8.9 oranları verilirken (11) Salminen ve arkadaşlarının bildirdikleri Finlandiya genel popülasyonunda aleksitimi prevalansı erkek ve kadınlar için %17 ve %10 (12), Honkalampi ve arkadaşlarının bildirdikleri oran erkeklerde %12.8 ve kadınlarda %8.2 (13), Kokkonen ve arkadaşlarının bildirdikleri oran ise erkeklerde %9.4 ve kadınlarda %5.2'dir (14).

Aleksitimi, psikoterapinin başarısız olduğu hastalarda sık görüldüğü bildirilen çok yönlü bir kişilik yapısıdır. Son dönem yapılan çalışmaların sonuçları aleksitiminin, çok geniş bir spektrumda psikiyatrik ve fiziksel hastalıkla birlikte görüldüğünü bildirmektedir. En dikkat çekici sonuçlardan biri, depresyon ve aleksitimi arasında pozitif bir ilişki olduğunun tutarlı bir şekilde ortaya konmasıdır (15).

Aleksitimi başlangıçta psikosomatik hastalara özgü olduğu sanılan belirli kişilik özelliklerini tanımlamak amacıyla ortaya atılmış bir kavramdır ancak yapılan çok sayıdaki çalışma, çeşitli psikiyatrik ya da bedensel rahatsızlıkları olan kişilerin de aleksitimik özellikler sergileyebildiklerini göstermiştir (16). Pek çok çalışmada aleksitiminin sabit bir kişilik özelliği olduğu öne sürülmüşse de bazı araştırmacılar böbrek nakil hastalarında ve

hemodiyaliz hastalarında ikincil (reaktif) aleksitimiye işaret etmişlerdir. Bu ikincil aleksitimi, stresli yaşam olaylarına karşı bir savunma yanıtı olarak düşünülmüştür (17).

2.2.1.Etiyoloji

Emosyonel İşlev Çalışmaları

Günümüzde aleksitimi kavramının geçerliliği ve bu kavramın çeşitli ruhsal ve tıbbi bozukluklarla olan ilişkisi ile ilgili dikkate değer ampirik bulgular mevcuttur. Bu kavram, daha yaygın şekilde anlaşıldıkça emosyon araştırmalarıyla ilgili daha geniş alanlara da entegre olmaktadır. Bu entegrasyon, psikofizyoloji, kognitif psikoloji, nörobiyoloji, kültürel ve gelişimsel psikoloji gibi farklı alanlarda yapılan çalışmaları ve disiplinlerarası çabaları içine almaktadır (9). Aleksitimi kavramının geçerliliği ile ilgili desteklerin çoğu korelasyonel ve ölçüm temelli araştırmalar temeline dayanmaktadır (18).

Son dönemde, aleksitimi ve emosyonel işlevselliğin çeşitli yönleri arasındaki ilişkileri inceleyen deneysel desenler kullanan çalışmalara bir eğilim vardır. Bu çalışmalar, aleksitimi kavramının altında yatmakta olan ve aleksitiminin, emosyonun bilişsel olarak işlenmesindeki bir bozukluğu yansıttığı temel varsayımını değerlendirmek için, çağdaş bilişsel psikolojideki yöntemleri ve teknikleri kullanmaktadırlar.

Bir çalışmada yüksek düzeyde aleksitimik bireyler, emosyonel durumlara maruziyet sonrasında emosyonel kelimelere göre sözcüksel kararlar almaları istendiğinde gecikme göstermişlerdir (19). Bu bulgu, aleksitimide emosyon şemalarının tam olarak bütünleştirilemediğini öne süren görüşle tutarlılık göstermektedir (19).

Bir başka çalışmada daha yüksek düzeyde ve daha düşük düzeyde aleksitimik bireylerde, emosyonel ve duygusal açıdan yüksüz (nötral) kelimelerin daha yüzeysel düzey bir işlevi yansıtan fiziksel özelliklerine (ör. renk, büyüklük) odaklanıldığında kelimelerin hatırlanmasında fark bulunmamıştır. Ancak daha derin düzey bir işlevi yansıtan, kelimenin anlamının düşünülmesinin esas olduğu durumlarda daha yüksek düzey aleksitimik kişiler daha düşük düzeyde aleksitimik kişilere göre emosyonel kelimeleri daha az hatırlamışlardır (9).

Bir diğer çalışmada Stroop testi ve örtülü bellek görevi birlikte kullanılmıştır. Daha yüksek düzeyde aleksitimik bireyler daha düşük düzeyde aleksitimik bireylere göre, açık (maskelenmemiş) hastalık ifade eden kelime renklerini, açık olumsuz emosyon kelime renklerine göre daha yavaş isimlendirebilmişlerdir (20). Bu bulgu, daha yüksek düzeyde aleksitimik bireylerin, hastalık ilişkili kelimeleri, olumsuz emosyon kelimelerine göre emosyonel olarak daha uyarıcı olarak deneyimlediklerini göstermiştir (9). Dikkatlerinde

hastalıkla ilişkili kelimelere karşı taraflılıkları, yüksek aleksitimik kişilerin emosyonlarının, zihinsel olarak iyi temsil edilmediklerini düşündürmektedir. Sonuç olarak bu bireylerin, emosyonel uyarılmalara eşlik eden bedensel duyumlara odaklandıkları ve bu duyumların hastalık belirtisi olduğu şeklinde bir yanlış yorumlama eğiliminde oldukları savlanmaktadır (18).

Bu çalışmalar aleksitimik bireylerin emosyonel uyarana karşı tepkilerini değerlendirmektedir. Bir diğer yaklaşım ise Bucci ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir yöntemle direkt olarak emosyon şemalarının değerlendirilmesidir (21). Bucci'nin "emosyonel işlenmenin çoklu kodu" teorisinde, emosyon şemaları görüntüler ve kelimeler içerdikleri gibi işitme, görme ve dokunma duyuları içerirler. Bu elementler birbirlerine referans bağlantılarla bağlıdırlar. Bağlantının kalitesi 4 linguistik boyutta referans aktivite skalaları kullanan anlatım protokollerinin tematik birimleri puanlandırılarak ölçülebilir (22). Daha yeni bir çalışmada ise anlatım protokolleri yüksek ve düşük aleksitimik bireylerden toplanan rüya raporlarından oluşturulmuştur. Rüya raporları uyku laboratuvarında hastalar REM uykusundan uyandırılarak elde edilmiş, yüksek aleksitimik bireyler düşük aleksitimik bireylere göre anlamlı olarak daha düşük ortalama referans aktivite skoru göstermişlerdir (23). Bu bulgu, aleksitiminin emosyonel uyarılmışlık durumları ile ilişkili somatik duyumların imajlarla veya sözlerle güçlü olarak bağlantılandırılmadığı bir sembolizasyon bozukluğundan kaynaklandığı görüşüyle tutarlılık göstermektedir (9).

Nörobiyolojik Çalışmalar

Aleksitimi kavramı oluşturulduğundan bu yana, kognitif-emosyonel işlevsellikteki bozukluğa katkıda bulunabilecek nöral bağlantılar araştırılmaktadır. Erken dönem çalışmaların çoğu, sağlam bireylerde interhemisferik transfer etkinliğini değerlendiren parmak lokalizasyon testi ve bölünmüş beyin hastalarındaki gözlemlerin kullanımını içermektedir (9). Bulgular, Hoppe ve Bogen'in aleksitiminin, iki hemisferin özelleşmiş aktivitelerinin bütünlüklerinin ve koordinasyonlarının azalmış olmasıyla ilişkili olduğu kuramını desteklemiştir (24). Psikiyatrinin gittikçe genişlemekte olan araştırma alanlarında ortaya çıkan bir eğilim de çalışan beyinde direkt olarak nöronal aktiviteyi ortaya koyan fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarıdır.

İnterhemisferik transfer çalışmaları sensori-motor enformasyonun transferini temel almışken, beyin görüntüleme çalışmaları kişiye ait emosyon uyandıran anıları hatırlama veya emosyon uyandıran yüz ifadeleri veya resimlerin gösterilmesi yöntemlerini

kullanılmaktadır (9). Emosyonel farkındalığın, sağ dorsal anterior singulat korteksteki (ACC) kan akımı artışı ile korele olduğunu gösteren pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışması temelinde Lane ve arkadaşları, aleksitiminin emosyonel uyarılma sırasında ACC'teki aktivite bozukluğunu içeriyor olabileceğini öne sürmüşlerdir (25). Diğer çalışmalarda da ACC'in ve bunu çevreleyen medial prefrontal korteksin, kişinin kendisinin ve diğerlerinin emosyonel ve ruhsal durumlarını algılamasında rol oynayabileceğine dair bulgular bildirilmiştir (26). Lane ve arkadaşlarının teorisi, emosyon doğuran resimlerin pasif bir şekilde gösterildiği ve fMRI ile beyin aktivitesinin ölçüldüğü bir çalışmada da kısmen desteklenmiştir. Aleksitimi, ön singulat ve mediofrontal kortekslerde aktivite değişiklikleri ile de ilişkili bulunmuş ancak bu ilişkinin uyarının emosyonel değerliliğine bağlı olduğu belirtilmiştir (27). Bu hipoteze bir başka olası destek ise görece yeni bir çalışmadan gelmiştir. Sağlıklı üniversite mezunlarının, yaş/cinsiyet/depresyon değişkenleri kontrol edildikten sonra TAS-20 toplam skorları, sağ ACC normal alanının büyüklüğü ile korele bulunmuştur (28). Aleksitimik somatoform bozukluklu hastalarla normal bireyleri karşılaştıran bir PET çalışması ise aleksitiminin nöral bağlantısının singulat korteks ve diğer alanlarda olduğu kadar korpus kallozumdaki azalmış aktiviteyi içerdiğini öne sürmüştür (29). Japonya kökenli bir diğer PET araştırması da hemisferler arasında kooperasyon olmadığını ve sağ hemisferin emosyon işleme sisteminde disfonksiyon bulunduğunu saptayarak bu hipotezi desteklemektedir (30).

Aleksitimi, emosyonun yüzle ifadesinin anlaşılmasındaki bozukluklarla da ilişkilendirilmiştir. TAS-20 kullanılan çeşitli çalışmalarda aleksitimik bireylerin aleksitimik olmayanlara göre yüze ait uyarılardan emosyon okumada anlamlı bir bozukluk sergiledikleri ortaya konmuştur (31).

Sonraki aleksitimi araştırmalarına uygulanabilecek fMRI çalışmasını içeren bir deneysel paradigma da Hariri'nin çalışmasından gelmiştir. Hariri, duygulanımın isimlendirilmesinin beyinde subkortikal seviyelerde gerçekleşen emosyonel işlemlemeyi nasıl modüle ettiğini göstermiştir. Paradigmada, deneklerden, ya aynı anda gösterilen hedef yüzlerden bir ya da iki yüzün duygu ifadesini bir başka hedef yüz ile eşleştirmeleri (algısal görev) ya da gösterilen hedef bir yüzün duygu ifadesini aynı anda verilen iki linguistik isimlendirmeden birini seçerek tanımlamaları (kognitif görev) istenmiştir. Öfkeli ya da kızmış ifadeleri seçmek, sol ve sağ amigdalada artmış aktiviteyle ilişkiliyken aynı ifadeleri isimlendirmek amigdalada aktivite azalması ve aynı anda sağ prefrontal kortekste aktivite artışıyla ilişkili bulunmuştur.

Prefrontal korteks (PFC) amigdala ile nöronal bağlantılara sahip olduğu için bu çalışma, insanların mantıklı düşünme ve isimlendirme gibi kognitif işlevleri yapmalarını sağlayan içgüdüsel emosyonel tepkilerini etkili bir biçimde modüle ve kontrol edebildikleri işlevsel bir nöral sistem belirlemiş gibi görünmektedir. Çalışmadaki katılımcılar aleksitimi düzeyleri açısından değerlendirilmemişlerse de emosyonel uyaranları yorumlamak ve isimlendirmekte zorluk yaşayan daha yüksek düzeyde aleksitimik bireylerin daha düşük düzeyde aleksitimik bireylere göre amigdala cevaplarını daha az azaltacakları ön görülebilir. Böyle bir bulgu, aleksitiminin fizyolojik işlevleri etkilediği ve sağlık üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bir süreci temsil ediyor olabilir. Hariri'nin çalışması, emosyonel tepkilerin daha yüksek kortikal sistemlerce düzenlendiğini ve iki hemisferin özelleşmiş bir takım işlevlerini -sol hemisferin verbalizasyonu ve sağ hemisferin değerlendirme ve düzenleme kapasitelerini- bütünleştirdiğini öne sürmektedir (32). Somatizasyon bozukluğunun ve hipokondriyazisin belirtileri, kısmen de olsa PFC'in yetersiz kalarak amigdalanın emosyonel uyaranlar karşısındaki tepkilerini azalttıramaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Somatik duyuları yanlış anlamlandırma, kısmen, aleksitimi eğilimi ile açıklanabilir. Fizyolojik uyarılmışlık, somatik duyuları sürdürür ve güçlendirir, sonucunda da somatik duyular sol hemisfer tarafından yanlış yorumlanabilir. Normalde somatik duyulardan oluşan bilginin sağ hemisferce işlenmesi gerekirken bu durum yanlış anlamlar çıkarılmasına neden olur (33).

Emosyonel işleme ve aleksitimi araştıran diğer yeni ve ilginç bir yaklaşım emosyonel uyaran sırasında EEG kullanılmasıdır. Rusya'da yapılan bir araştırmada yüksek ve düşük aleksitimik bireylere nötral, hoş ve hoş olmayan resimler gösterilmiş ve her bir gösterimden sonra puanlama yapmaları istenmiş. Olayla ilişkili senkronizasyon (OİS), teta 1 ve teta 2 dalga frekans bantlarında değerlendirilmiştir. Resimlerin hoş gitme ve hoş gitmeme puanlamaları yüksek ve düşük aleksitimik bireylerde benzer bulunmuş ancak yüksek düzey aleksitimik bireyler hoş giden ve gitmeyen resimlere sol hemisfer tepkilerinde, uyaran başlangıcından sonraki 0-200 ms'de azalmış frontal senkronizasyon yanıtları gösterirken hoş gitmeyen resim uyaranından sonraki 200-600 ms'de sağ hemisferde artmış ilişkili senkronizasyon yanıtları göstermişlerdir (34). Bu bulgular, çok erken aşamada olsalar da aleksitiminin, emosyonel uyaranın ön kortikal alanlarda değerlendirilmesinde, yani emosyonel işleme sürecinin erken fazlarında, bir düzensizliğe işaret etmektedirler. Araştırmacılar bu düzensizliğin altında, aleksitimide ortaya çıkan ve sözel ya da sözel olmayan iletişimde ayırt edilemeyen belirsiz emosyonel duyguların yatmakta olabileceğini öne sürmektedirler (9).

Aleksitiminin etiyolojisi halen açık değildir. Bazı yeni izlem çalışmaları sosyal-gelişimsel modeli desteklemekte ise de en azından 3 farklı nörolojik model öne sürülmüştür:

1-Korpus kallozum defekti

2-Sağ hemisfer defekti

3-Anterior singulat disfonksiyonu

Larsen ve arkadaşları bu nörolojik araştırmaları bütünleştirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, korpus kallozum disfonksiyonunun affektif alanlardaki bozukluklarla değil kognitif alanlardaki bozukluklarla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (35). Bu bozukluk paterni yazında Tip2 Aleksitimi (azalmış emosyonel kognisyonla birlikte emosyonel deneyimden kaçınma) olarak bilinmektedir. Hemisfere ve frontal loba ait defektlerin ise genel olarak hem kognitif hem de affektif bozukluklarla ilişkili olabileceğini (Tip1 Aleksitimi) öne sürmüşlerdir. Korpus kallozum lezyonlarının (Tip2 Aleksitimi) artmış sempatik aktivite ile birlikte daha çok bedensel belirti yaşama ve bildirmeyeyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum, fizyolojik uyarılmışlığa eşlik eden somatik duyumların yanlış yorumlanması bir sonucudur. Ters olarak prefrontal lezyonlar ile sağ hemisfer defisitleri, azalmış fizyolojik tepki ve sonucunda azalmış psikosomatik hastalık riskiyle ilişkilidir. Bu nedenle Larsen'in modeli, Tip2 aleksitimiklerin Tip1 aleksitimiklere göre daha fazla bedenselleştirme eğiliminde olduklarını öngörmektedir (35).

Öte yandan Lane ve Schwartz geliştirdikleri “emosyonel farkındalık düzeyleri” modeli ile en düşük düzeydeki emosyonel farkındalık düzeyinin emosyonların bilinçli yaşanmasından ziyade bedensel duyumlara odaklanmayı içerdiğini ileri sürmüşlerdir (36). Lane ve arkadaşlarının, interoseptif emosyonel bilgilerin ön singulat kortekse aktarımının, sempatik uyarılmışlığı modüle edebilecek geribildirim döngüsünü tamamladığı savlarını tartışmışlar, bu aktarımdaki bozukluğun abartılı ve sürekli bir sempatik boşalmanın önünü açtığını ve sonucunda da bedenselleşmenin geliştiğini bildirmişlerdir. Dahası, ön singulat korteks beynin ventromedial frontal bölgesinde bulunur ki bu özellikle Tip1 aleksitimi ile bağlantılıdır. Lane ve Schwartz'ın modeli özellikle Tip1 aleksitimiye somatizasyonla ilişkilendirir (25): Bu model Larsen'in modelinin zıttıdır.

Tip1 ve/veya Tip2 aleksitimi ile somatizasyon arasında güçlü bir ilişki var olsa bile bu ilişki direkt olmayabilir. Özellikle aleksitimi, kişinin artmış olumsuz duygulanım yaşaması açısından zemin hazırlayan bir hassasiyeti temsil ediyor olabilir ki bu da yeri geldiğinde tıbben açıklanamayan belirtilere dönüştürülüyor olabilir. Bu nedenle olumsuz duygulanım, aleksitimi ve somatizasyon arasındaki aracı faktör olarak değerlendirilebilir.

Dışsal yönelimli düşünme alt ölçeği, olumsuz duygulanım ile ilişkisiz bulunmuşken, bazı çalışmalar TAS ile belirlenen duyguları tanıma ve ifade etmede zorluğun olumsuz duygulanım aracılığıyla direkt olarak somatizasyonla ilişkili olduğunu bulmuştur. De Gucht ve arkadaşları (37) TAS skorları toplamı ile belirlenen aleksitiminin, somatizasyonla anlamlı olarak ilişkili olmadığını ortaya koymuşlar ancak olumsuz ve olumlu duygulanım istatistiksel olarak kontrol edildiğinde TAS'ın ayrı altskalalarının somatizasyon ile emosyonları tanıma arasında anlamlı bir ilişkiye işaret ettiğini açığa çıkartmışlardır. Bu şu anlama gelmektedir; emosyonların tanınmasında zorluk arttıkça, somatizasyonun düzeyi de (olumsuz duygulanımdan bağımsız olarak) artmaktadır. Yine de aleksitimi ve somatizasyon arasındaki ilişkide olumsuz duygulanımın rolü henüz açıklığa kavuşturulamamıştır (38).

Psikanalitik Bakış

Psikanalitik yönelimli düşünenler aleksitiminin oluşumunu, erken ve ciddi şekilde bozulmuş anne bebek ilişkisinde aramışlardır. Bu çerçeveden bakıldığında aleksitimi, klasik dürtü-savunma modelindeki nevrotik çatışmanın bir sonucu olarak görülmemekte, daha ziyade aleksitimi ve somatizasyon “prenevrotik” bir patolojiyi temsil etmektedirler. Belki de en iyi şekilde, çağdaş psikanalitik ekollerden kendilik (self) psikolojisi ve nesne ilişkileri ile kavramsallaştırılabilir. Kendilik patolojisinin “belirleyicileri” olan psikosomatik hastalıklar endopsişik kendilik düzenleyici mekanizmaların içselleştirilmesindeki bir gelişimsel bozukluğun sonucu olarak görülmektedirler. Zihinsel temsillere eşlik eden duygulanımları bağlamadaki yetersizlik ki bu temel olarak erken dönem bakıcılarla olan ilişki tarafından belirlenmektedir, kendiliği düzenlemede ömür boyu süren kırılganlığa, iç ve dış “ortam”larla ilişkilerde bozukluklara ve psikosomatik hastalıklara yatkınlığa yol açar.

Aleksitiminin ve somatizasyonun gelişimsel kökenlerindeki bu “prenevrotik” ve “preödüpal” açıklamalar, gözlenen aleksitimi ve cinsel sapkınlıklar, madde kötüye kullanımı ve diğer eyleme-vurma (acting out) tipindeki kişilik patolojileri ile güçlenmektedir. Aleksitimiyle ilgili bir Rorschach çalışması da gözlemlenen bu birlikteliğe ampirik bir destek niteliğindedir (39).

Gelişimsel Çalışmalardan Gelen Katkılar

Nörobiyolojik çalışmalardan gelen bulgular aleksitimiyle ilişkili nöral aktivite dizgelerindeki varyasyonlara ilişkin içgörü sağlamışsa da bu varyasyonların kaynağıyla ilgili pek az bilgi vermiştir. Nörobiyolojik anormalliklerin, çocukluktaki çevrenin ve kültürel faktörlerin aleksitimi etiyojisine olan göreceli katkılarını ve etkileşimlerini belirlemek karmaşık bir ödevdir. Aleksitiminin etiyojisine katkıda bulunabilecek bir çalışma sahası, gelişimsel travmatolojidir (9). Bu alan özellikle Krystal'ın, aleksitiminin erken yaşamdaki psişik bir travmanın duygulanım gelişiminin nöroanatomik ve de psikolojik yönleriyle etkileşiminin bir sonucu olduğu önermesiyle özellikle ilintilidir (9, 40). Günümüzde, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) geçirmiş ve yanlış tedavi almış çocukların TSSB geçirip yanlış tedavi almamış çocuklara göre daha küçük serebral ve prefrontal kortekslere sahip olduklarına ve ayrıca korpus kallozum'un orta kısımlarında beklenenden daha az bir gelişim olduğuna dair kanıtlar vardır (41, 42). Bu farklılıkların gelişmekte olan beyne, TSSB olup yanlış tedavi alan çocuklarda olduğu gibi, artmış stres hormonlarının etkileri olarak düşünülmektedir (43).

Bir kaç çalışma, çocukluk çağında cinsel veya fiziksel istismar yaşamış erişkinlerde aleksitimiye değerlendirmiştir (44, 45, 46). Bulgular tutarsızdır ve bu tutarsızlığın, istismarın olduğu yaşla, istismarın süresiyle ve çocuğun TSSB geliştirip geliştirmemesiyle ilintili olduğu düşünülmektedir. Öte yandan, Kooiman ve arkadaşları çalışmalarında, erişkinlerce algılanan ebeveynlik stillerini ölçmüşler ve bir ebeveyn tarafından kötüye kullanım varken diğerince gerçekleştirilen optimal ebeveynliğin aleksitimi gelişimini önleyici olduğunu göstermişlerdir (46).

Bir diğer araştırma sahası prospektif Kuzey Finlandiya doğum kohort projesidir. Bu çalışmada 1966'da doğan 12000 çocuğun bilgileri antenatal dönemden başlanarak toplanmıştır. Bu çalışmanın bir parçası olarak TAS-20, 6000 kişiye 31 yıllık izlemde uygulanmıştır. Çalışmada erişkinlikteki aleksitiminin, istenmeyen çocuk olmakla, çok çocuklu bir ailede dünyaya gelmekle ve özellikle güçlü bir şekilde, kırsal alanda yetiştirilmekle ilişkili olduğu bulunmuştur. Ek olarak aleksitiminin, 1 yaşında kelimeleri söyleyebilmekle ilişkili olduğu saptanmıştır: Ortalama TAS-20 skorları en düşük erişkinler en erken konuşanlarmış (47). Bu sonuçlar, çocukluktaki sosyal faktörlerin tıpkı erken dil gelişimindeki farklılıklar gibi, aleksitimi etiyojisinde rol oynayabileceklerini öne sürmektedir.

Bağlanma Çalışmaları

Bağlanma çalışmaları, araştırmacılara aleksitiminin potansiyel etiyolojileriyle ilgili ek bilgiler sağlamaktadır. İhmal ve kötüye kullanımın beyin gelişimine olan etkileriyle ilgili çalışmalar yanında orbitofrontal korteksin (ve olasılıkla emosyonel farkındalık ve emosyonel düzenlemeyle ilgili beynin diğer bölgelerinin) morfolojik gelişimlerinin, infantla bakıcısı arasındaki etkileşimin niteliğinden etkilendiğine dair kanıtlar vardır (48). Erken çocukluktaki bağlanma deneyimleri emosyon şemalarının gelişimini, hayal gücünü ve duygulanım regülasyonundaki diğer kognitif yetileri etkiler (49, 50). Yaratıcı bir hayal gücü ve etkin emosyon düzenleyici yetiler, güvenli bağlanma ile ortaya çıkacağından aleksitiminin güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir. Öte yandan diğer kişilik özellikleri ve psikopatoloji tiplerinin de aleksitimiyle ilişkili olabileceği belirtilirken çocukları erişkinliğe kadar izleyen bir aleksitimi izlem çalışması bulunmamaktadır (9). Çeşitli erişkin çalışmalarından elde edilen bulgular, aleksitiminin güvensiz bağlanmayla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu güvensiz bağlanma biçimleri, kaçınan/reddedilmiş tip ya da aşırı uğraşılan/korkulu tip olarak bildirilmiştir (51, 52, 53). Güvensiz bağlanma stilleri, aleksitimik bireylerde var olan düşük sosyal destek düzeyini açıklayabilir (15, 54, 55). Güçlü destekleyici ilişkilerin sağlık üzerine yararlı etkileri düşünüldüğünde, aleksitimik bireylerin güvensiz bağlanma biçimlerinin yakalandıkları herhangi bir hastalığın gidişini veya hastalık sırasındaki tutumlarını etkileyen bir başka unsur olduğu söylenebilir (9).

Psikofizyolojik Çalışmalar:

Aleksitiminin psikosomatik hastalığın gelişimine katkıda mı bulunduğu yoksa yalnız belirli hastalıklarla karşılıklı etkileşim içinde mi olduğu tartışılmaktadır. Bu nedenle araştırmacılar, otonom endokrin ve bağışıklık sistemlerinde değişikliğe yol açan aşırı veya uzamış bir fizyolojik uyarılmışlık yolunu belirlemeye çalışmışlardır. Çeşitli çalışmalardan gelen bulgular arasında tutarsızlık mevcuttur. Nedeni, farklı emosyonel uyaranların kullanımına (ör. emosyon uyandıran sahneler gösterilmesi, matematik işlemler yaptırılması, üzücü bir olay hakkında konuşulması gibi) veya farklı fizyolojik değişkenlerin kullanımına (ör. kalp hızı, kan basıncı, cilt iletkenliği, kas gerginliği gibi) bağlı olabilir (9). Dahası, değişik fizyolojik değişkenlerin tepkisellikleri de yüksek oranda değişkenlik göstermektedir (56). Örneğin belli şartlar altında fizyolojik örüntü, cilt iletkenliği ile kas geriliminde artışı, kalp hızında ise düşmeyi içerebilmektedir (9).

Bu zorlukların üstesinden gelmek için bazı araştırmacılar uyaran olarak emosyonel bir film kullanmış ve fizyolojik tepkilerin çoklu indekslerini ölçmüşlerdir (57, 58, 59). Filmler diğer bazı uyaranlardan daha uzun süre maruziyet sağlamakta ve katılımcıları emosyonel olarak daha fazla etkilemektedir: Böylelikle, diğer emosyonları düşük yoğunlukta tutarken tek bir temel emosyonu tetikleyen uyaranları (ör. öfke, üzüntü, korku, eğlence) biraraya toplamak mümkün olabilmektedir (60). Filmlere olan affektif tepkileri puanlamak için geçerli ve güvenilir skalaların kullanılması ve cinsiyet farklılıklarının göz önüne alınması gerektiğine dair kanıtlar vardır (61). Aleksitimi ve fizyolojik aktiviteyle ilgili hemen tüm çalışmalar sempatik aktivitedeki değişiklikler üzerine odaklanmışlardır. Öte yandan, vagal tonusun da affekt ifadesi ve regülasyonundaki bireysel farklılıklara katkıda bulunduğu dair bulgular vardır (62). Vagal tonus, parasempatik sinir sisteminin kalp üzerindeki etkisini yansıtır. Sempatik aktivitedeki artış başlangıçta antagonist vagal tonusun geri çekilmesine bağlı olduğundan, yüksek vagal tonuslu bireyler otonom sinir sistemlerine hızla tepki verip sonrasında homeostazis durumuna geri dönme kapasitesine sahiptirler. Ayrıca sempatik ve parasempatik tonus düzeylerine bağlı olarak kişilik özelliklerinde önemli farklılıklar olduğu yönünde kanıtlar vardır (63). Byrne, özellikle belli emosyonları tetikleyen film izleme sırasında vagal tonusun, yüksek aleksitimik erkeklerde düşük, düşük aleksitimik erkeklerde yüksek olduğunu saptamıştır. Genel anlamda kadınlar erkeklere göre daha yüksek vagal tonus göstermekle birlikte bu çalışmada, düşük düzey aleksitimik kadınlardaki vagal tonus, yüksek düzey aleksitimik kadınlara göre daha düşük bulunmuştur (64). Bu bulgular, aleksitimi ve vagal tonus ölçümlerini içeren araştırmalarda cinsiyet farklılıklarının göz önünde bulundurulması gereğine işaret etmektedir.

2.2.1.7. Rüya Araştırmaları

Erken klinik gözlemciler, aleksitiminin azalmış hayal kurma ve dışsal yönelimli düşünme stiliyle uyumlu olarak, daha az rüya hatırlamayla ve/veya hayal gücünden yoksun rüyalarla ilişkili olduğunu öne sürmüşler, aleksitimiklerin rüya içeriğini ve rüya hatırlama sıklığını araştırmaya başlamışlardır. Sonuçlar rüya raporlarını toplama prosedürüne bağlı olarak değişkenlik göstermektedir; örneğin bir çalışmada, REM döneminde uyandırıldıklarında yüksek ve düşük düzey aleksitimik bireyler, rüyaların sayısı, uzunluk ve emosyonel değerlilikleri açısından anlamlı bir fark göstermemişken rüyaların fantezi puanlaması, yüksek düzey aleksitimik bireylerde anlamlı ölçüde daha düşük bulunmuştur (65). Zıt olarak rüyadan uyanma sonrası rüya günlüklerini ve teyp kayıtlarını inceleyen bir başka çalışmada, yüksek düzey aleksitimiklerde rüya uzunluğu ve hatırlama sıklığı daha düşük

olarak bulunmuş ancak rüyanın emosyonel değeri, tuhafluğu ve canlılığı açısından yüksek ve düşük düzey aleksitimik bireyler arasında bir fark saptanmamıştır (66).

2.3.ALEKSİTİMİ VE RUHSAL BOZUKLUKLAR:

Aleksitimi, yalnız psikosomatik hastalıklılarda değil panik bozuklukluğu, TSSB, yeme bozuklukları, depresyon, hipokondriasis, dissosiyasyon ve madde kötüye kullanım bozuklukları ile birlikte de yüksek oranlarda bildirilmiştir (67). Günümüzde aleksitiminin çeşitli psikiyatrik bozukluklar için olası bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

Aleksitimik kişilerdeki yüksek düzey anksiyete, hem emosyon-tepki sisteminin kognitif-deneysel komponentindeki (dil alanları gibi daha yüksek beyin bölgelerinden limbik yapılara doğru, yukarıdan aşağıya regülasyonda bozukluklar) hem de kişiler arası emosyon regülasyonundaki (emosyonlarını ifade ederek başkalarından destek alabilme) defektleri yansıtan bir bozuklukla ilişkili olabilir (17).

Pek çok uzunlamasına çalışma, aleksitiminin sabit bir kişilik özelliği olduğuna işaret etmektedir. Anksiyete alanında çalışan araştırmacılar, aleksitiminin hem durumsal anksiyete hem de yapısal (kişilikle bağlantılı) anksiyeteye ilişkili olduğunu öne sürmektedirler (68). Grabe ve arkadaşları ruhsal bozukluğu olan bireylerde, TAS-20'nin altölçeklerinden biri olan duyguları tanıma gücünün, SCL-90-R ile ölçülen psikopatolojiyi öngörebildiğini bulmuşlardır (67). Bankier ve arkadaşları TAS-20 faktörlerinin, çeşitli DSM-IV tanılarıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (69). Honkalampi ve arkadaşları, psikiyatri hastalarını inceledikleri daha yeni tarihli bir çalışmada aleksitimik olan hastalarda anlamlı olarak daha fazla psikiyatrik belirti bulunduğunu saptamışlardır. Ayrıca, aleksitimi düzeyi yüksek olan depresyon tanısı almış hastalar 6 yıllık izlemde daha az iyileşme göstermişlerdir. Benzer bir sonucu, Ogrodniczuk ve arkadaşları da bulmuşlar, aleksitimik hastaların daha fazla rezidüel depresif bulgulara sahip olduklarını belirlemişlerdir (70). Spitzer ve arkadaşları, aleksitimik bireylerin daha fazla kişilerarası ilişki sorunları yaşadıklarını, bu kişilerin ilişkilerinde daha çekingen ve soğuk olduklarını saptamışlardır (71). Hintikka ve arkadaşları ise özkıyım düşüncesine sahip genel popülasyondaki kişilerde, aleksitimi oranının yüksek (%26) olduğunu bildirmişlerdir (72). Ampirik çalışmalar, panik bozukluğu olan hastalarda %47 ve %67 gibi oranlar bildirmişlerdir ki bu oranlar, OKB'de (%13) ve basit fobide (%12.5) aleksitimi görülme oranına göre oldukça yüksektir (73).

2.3.1.Aleksitimi ve Depresyon:

Yıllar boyunca aleksitimi araştırmacıları, aleksitiminin kalıcı bir kişilik özelliği mi yoksa durum bağımlı bir fenomen mi olduğunu tartışmışlardır. Bazı uzunlamasına çalışmalar, emosyonel stres düzeyi değiştiğinde bile aleksitimi skorlarında anlamlı bir değişiklik bulamazken (74, 75) diğer çalışmalar, özellikle depresyon düzeyleri düştüğünde aleksitimi skorlarında düşüş olduğunu kaydetmişlerdir (76). Son on yılda pek çok çalışma, aleksitiminin hem genel hem de klinik popülasyonda depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir (13, 77, 78). Major depresyonu olan hastalarda, depresyon düzeyi düştükçe TAS-20 skorları veya diğer faktör skala skorlarının düştüğü bulgusunu temel alan bazı araştırmacılar, aleksitiminin duruma bağımlı bir fenomen olduğunu ileri sürmüşlerdir (76, 77, 79). Ancak bu araştırmacılar, nörotisizm ve dışadönüklük ölçüm skorlarının da depresyon düzeyleriyle birlikte değiştiklerine dair bulgulara vurgu yapmamışlar ve kişilik araştırmacılarının yaptığı “rölatif stabilite ve kesin stabilite” ayrımını gözardı etmişlerdir (80). Bu ayrım göz önüne alındığında, majör depresyonlu hastalarda depresif belirtilerin ağırlığı değiştiği zaman aleksitimi skorlarının değişeceğine (kesin stabilitenin olmaması) ve hastaların aleksitimi skorları arasındaki relatif farkın aynı kalacağına (relatif stabilite) dair kanıtlar vardır (81). Aleksitiminin relatif stabilitesi, fonksiyonel gastrointestinal bozukluklu hastalarla yapılan prospektif bir çalışmada da gösterilmiştir (82).

Depresyon ve aleksitiminin üstüste bindiği bulgusu, son dönem çalışmalarda tekrarlamaktadır. Söz konusu çalışmalarda, aleksitimi ve depresyon düzeyi TAS ve BDI veya Zung Depresyon Skalası kullanılarak değerlendirilmiştir. TAS ve BDI puanları arasında normal ve klinik örneklemelerde orta düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur (10). Aleksitimi, depresif bozukluklu hastalarda çok sık olarak saptanmıştır. Aleksitimik hastalar, özellikle de kadınlar, aleksitimik olmayanlara göre daha fazla depresyon yaşamaktadırlar (13).

Depresyonun kadınlarda daha sık olduğu ve depresyonla aleksitiminin pozitif şekilde ilişkili olduğu göz önüne alınırsa, depresyonun, cinsiyet ile ve aleksitimi ile ilişkisinin gücünü belirlemek olasıdır. Bu yaklaşım obez örneklemelerde de uygulanabilir çünkü obezlerde normal popülasyona göre göreceli olarak depresyon sıklığı daha fazladır (83).

Wise ve arkadaşları, fiziksel hastalığı olan kişilerde aleksitiminin depresyon tarafından modifiye edildiğini, aleksitiminin depresyonu öngörebilen anlamlı ölçüde varyansın yerini alabildiğini öne sürmüşlerdir (84). Dahası genel popülasyonda da aleksitimik bireyler, aleksitimik olmayanlara göre daha fazla depresyon yaşamaktadırlar. Araştırmacılar, depresyonun primer olarak aleksitiminin üstündeki sosyal faktörlerin etkisini açıkladığını

ve genel popülasyondaki aleksitimi varyansını belirleyen en önemli değişken olabileceğini belirtmektedirler (13). Kavramların farklılığına işaret eden çalışmalar olsa da Cohen ve arkadaşları, aleksitimi ve depresyon arasındaki korelasyonun kısmen fiziksel belirti yaşamaya ve bildirmeye meyili ölçen TAS ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Fiziksel belirti yaşama ve bildiriminin, yerine göre depresyonla da korele olabildiği sonucuna varmışlardır (85). Rief ve arkadaşları ise TAS'ın geçerliliğiyle ilgili şüphelerini bildirmiş ve depresyonun yalnız belli bir takım yönlerini ölçtüğünü öne sürmüşlerdir (86). Depresif bozukluklu hastaların, klinik izlem çalışmalarının sonuçları birbirinden farklıdır (10). Bir kısım çalışmada, depresyon skorları değişse de TAS skorlarının tamamen ya da göreceli olarak değişmeden kaldığı belirtilmekte iken (78, 81), Honkalampi ve arkadaşları aleksitiminin durum bağımlı veya depresyona ikincil olduğu sonucuna varmışlardır (77). Dolayısıyla bu iki yapının farklılıkları ve ayrılıkları sıklıkla sorgulanmaktadır (10).

Yeni araştırmalar da aleksitiminin çok geniş bir yelpazedeki psikiyatrik ve fiziksel hastalıkla birlikte görüldüğünü bildirmektedir (18, 73, 81, 87, 88, 89). En dikkat çekici bulgu, depresyon ve aleksitimi arasında pozitif bir ilişki olduğunun tutarlı bir şekilde ortaya konmasıdır (90, 91).

Sosyal destek, depresyonun gelişiminde ve prognozunda koruyucu bir faktör olarak bildirilmektedir. Bazı çalışmalar, sosyal desteğin iyilik haline direkt bir yarar sağladığını, kişiyi aşırı stresin neden olabileceği mental ve fiziksel bozukluklardan korumada bir tampon görevi yaptığını göstermiştir (15). Emosyonel kavrayış ve ifadenin yokluğundan dolayı aleksitimi, azalmış sosyal destekle ve sonucunda kişilerarası ilişkileri daha zorlaştırmakla ilişkili olabilir (92). Aleksitimik bireylerin emosyonel kavrama ve ifadeden yoksun olmaları, diğerleriyle yakın ilişki kurabilmelerini olumsuz yönde etkileyip bozuyor olabilir. Ayrıca, aleksitimik bireyler diğerlerinin duygularının farkına varıp uygun bir şekilde onları yanıtlamayacakları için sosyal desteği yararlı biçimde kullanabilmeleri güçtür. Bu nedenle, aleksitimi sosyal desteğin etkisini dolaylı olarak da zayıflatıyor olabilir (15).

2.3.2.Öngörücü Bir Değişken Olarak Aleksitimi:

Aleksitiminin göreceli stabilitesini destekleyen kanıtlar, araştırmacılara, aleksitiminin güçlü bir tedavi öngörücüsü olup olmadığını değerlendirme şansı vermiştir (9). Günümüze kadar yapılan çalışmalardan çıkan sonuçlar cesaret vericidir. Örneğin, Vietnam gazisi TSSB olan bireylerle yapılan bir çalışmada aleksitimi, sekiz haftalık farmakoterapinin sonucunu öngörmüştür (93). Anksiyete ve somatoform bozukluk nedeniyle hastanede

yatan ve en az sekiz hafta kognitif ve davranışçı terapi uygulanan hastaların alındığı ve iki yıl sonra yeniden değerlendirildikleri bir çalışmada aleksitimi süregen somatizasyonun anlamlı bir öngörücüsü olarak bulunmuştur (94). Bir diğer çalışmada ise fonksiyonel gastrointestinal bozukluğu olan hastalar rutin ilaç tedavisi almışlar ve altı ay izlenmişlerdir. Tedavi sonucu hem aleksitimi hem depresyon tarafından anlamlı olarak yordansa da aleksitiminin daha güçlü bir yordayıcı olduğu bulunmuştur (82).

Krystal, aleksitiminin yalnız çocukluk dönemine ait ruhsal travmanın değil erişkin dönemdeki katastrofik bir travmanın da sonucu olabileceğini öne sürmüştür (34). Yahudi soykırımından hayatta kalanlarla yapılan bir çalışmada, Yehuda ve arkadaşları aleksitiminin travmanın şiddetiyle değil TSSB belirtilerinin şiddetiyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (95). Yine de aleksitiminin aşırı travmatik zorlayıcılara maruz kalanlarda TSSB gelişimi için bir risk faktörü olup olmadığı sorusu yanıtızsız kalmaktadır.

Sifneos ve diğerlerinin aleksitimik hastaların dinamik psikoterapiye daha az yanıt verdikleri şeklindeki erken gözlemlerine rağmen, aleksitiminin psikoterapi sonucunu ön görüp göremeyeceğiyle ilgili çok az sayıda deneysel çalışma yapılmıştır. Finlandiya’da, konsültasyon liyezon psikiyatrisi servisine yönlendirilen hastalarla yapılan bir araştırmada yüksek aleksitimik bireylerin, düşük aleksitimik bireyler kadar sık psikoterapiye uygun bulundukları ve tedaviye uyum açısından farklılık göstermedikleri belirlenmiştir. Ancak bu çalışmadaki psikoterapinin destekleyici mi yoksa dinamik mi olduğu belirtilmemiştir (96). Bir diğer çalışma ise aleksitimik bireylerin yorumlayıcı psikoterapiler için iyi birer aday olmadıkları fikrini destekleyen yönde, tersine bir sonuç bulunmuştur (18). Yüksek aleksitimik bireylerin destekleyici psikoterapiye daha uygun oldukları ve bu türden bir psikoterapötik yaklaşıma yanıt verecekleri daha olası görünmektedir. Öte yandan, koroner kalp hastalığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada Beresnevaite ve arkadaşları, psikoterapi teknikleri özellikle duygulanım farkındalığına ve düşsel etkinliğe odaklandığında aleksitimik özellikleri değiştirebildiklerini saptamışlardır (88). Bir diğer çalışmada, dört haftalık bir meditasyon programına katılımın yüksek aleksitimik bireylerdeki somatik kaygıları azalttığı ancak depresyon düzeyinde bir değişim sağlamadığı bulunmuştur (9).

2.3.3.Diğer Sağlıkla İlgili Kişilik Yapılarıyla İlişkisi:

Bir diğer araştırılmakta olan konu da aleksitiminin inhibisyon ya da bastırma biçiminde başa çıkma stilleri gibi kimi sağlıkla ilgili kişilik yapılarıyla ilişkili olup olmadığıdır. Aleksitimi, emosyonların kognitif olarak işlenmesinde ve düzenlenmesinde bir bozukluk olarak düşünüldüğünden, inhibisyon ve bastırma başa çıkma stilleri kuramsal olarak,

rahatsızlık verici emosyonların bilinçli farkındalığını azaltmak amaçlı benliğin savunma mekanizmalarının harekete geçirilmesi ile bağlantılıdır. Örneğin bastırma biçiminde başa çıkma, stresli durumlar karşısında yüksek düzeyde fizyolojik reaktiviteye rağmen düşük anksiyete ve yüksek düzeyde savunuculukla belirlidir (9). Emosyon hatırlama görevi içeren bir çalışmada Lane ve arkadaşları (97), yüksek aleksitimik bireyler ile bastırma biçiminde başa çıkma yöntemi kullanan bireylerin hem hoş hem de hoş olmayan duyguları hatırlamada benzer bozukluklar sergilediklerini ortaya koymuşlardır. Benzer bozukluklar sergilemelerine rağmen emosyon hatırlama görevlerine verdikleri yanıtlara bakıldığında, aleksitimi ve bastırma biçiminde başa çıkmanın benzer sonuçlara ulaşmak için emosyonları benzer biçimde işlediklerine dair bir kanıt yoktur. Öte yandan başka çalışmalarda, ‘bastırmacıların’ daha düşük düzeyde aleksitimik oldukları, yüksek aleksitimik bireylerin ise daha çok ‘savunuculuk’ ile birlikte yüksek şiddette anksiyete sergiledikleri öne sürülmektedir. Aleksitimi, bastırma ve diğer nörotik savunmalardan ziyade bölünme, yansıtma özdeşim ve bedenselleştirme (somatizasyon) gibi sembolik işlevsellikte bozulmaya işaret eden, daha ilksel savunma düzenekleriyle ilişkilendirilmektedir (9).

Bazı araştırmacılar, aleksitimik bireylerde emosyonların yazılı olarak açığa çıkarılmasının sağlığa etkisini Pennebaker’ın geliştirdiği yazım modelini kullanarak araştırmışlardır (98). Bu model, emosyonların bilinçli şekilde bastırılması olarak tanımlanan inhibisyonun uzun dönem sağlık sorunlarında pay sahibi olabileceği savından yola çıkmıştır. Aleksitimik bireylerin öznel emosyonel deneyimlerini tanımlamakta zorluk yaşadıkları bilindiğinden, bu açığa çıkarma düzeneğinin yarar sağlamayacağı öngörülebilir. Nitekim konuyla ilgili yapılan bir kaç çalışmada elde edilen bilgiler bu tahmini desteklemektedir. Lumley ve arkadaşları migrenli genç erişkinlerle yaptıkları 3 aylık izlem çalışmasında, aleksitiminin, baş ağrısı sıklığında, duyuşsal ve affektif ağrı ve pozitif ve negatif affekte daha az iyileşmeyi yordadığını bulmuşlardır (99). Kronik pelvik ağrılı kadınların 2 ay izlendikleri bir başka çalışmada da aleksitiminin, stresli deneyimlerini yazanlarda artmış ağrı ve ilaç kullanımını, olumlu deneyimlerini yazanlarda ise azalmış ağrı ve ilaç kullanımını öngördüğü bulunmuştur. Üç farklı çalışmada daha aleksitiminin, duyguları açığa vurma yönteminin faydalarını azalttığı bildirilmiştir. Çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, yüksek aleksitimik bireylerin yazarak açığa vurmaktan fayda görmedikleri saptanmıştır. Öte yandan Paez ve arkadaşları, “duyguları açıklamadaki zorluk” yönü fazla aleksitimik bireylerin duygularını açığa vurmalarından sonraki 2 ay içinde negatif duygulanımlarının azaldığını bulmuşlardır (100). Solano ve arkadaşları da cerrahi bir müdahale için hastanede bulunan yüksek aleksitimik bireylerin konuyla ilgili

duygu ve düşüncelerini yazmalarının ameliyat sonrası sürece olumlu etki (hastanede daha kısa kalma ve daha düşük SCL-90 skorları) sağladığını, düşük aleksitimik bireylerde ise ameliyat sonrası olumlu gidişin yazmadan bağımsız olduğunu saptamışlardır (101). Bu iki çalışmada yine de aleksitiminin, kendine minimal odaklanma, düşük iç gözlem yapma ve azalmış emosyon ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yazma paradigması daha çok potansiyel bir terapötik müdahale olarak değerlendirilmektedir.

Yaşlı katolik rahibelerde yapılan bir çalışmada Snowden ve arkadaşları, erken erişkinliklerinde pozitif emosyonel içeriğe ve zengin fikirlere sahip olduklarını bildirenlerin erişkin hayatta azalmış mortalite riski taşıdıklarını ortaya koymuşlardır (101, 102). Aleksitimi kavramı veya onun en az bir yönü, olumlu emosyonları deneyimlemeye daha az eğilimle ve azalmış içgözlemle ilişkili olduğundan aleksitiminin hayatta kalmayla ve uzun yaşamla negatif yönde ilişkili olması olasıdır. Bu fikir henüz başlangıç aşamasında olsa da desteklenmektedir. İkibin orta yaşlı Finli erkeğin incelendiği bir izlem çalışmasında aleksitiminin diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak beş yıl içinde herhangi bir sebeple meydana gelen mortalitenin yordayıcısı olduğu bulunmuştur (104).

2.4.ALEKSİTİMİ VE OBEZİTE/YEME BOZUKLUKLARI İLİŞKİSİ:

Yeme bozuklukları çeşitli nörobiyolojik, psikolojik ve sosyokültürel risk etkenlerinin ortak bir sonucu olarak açıklanabilecek multifaktöriyel, heterojen bozukluklardır. Gelişimsel çerçevede bazı araştırmacılar, bu çoklu etkenleri bütünleştirme eğilimindedirler ve yeme bozukluklarında temel sorunun emosyonları düzenleme ve işleme kapasitesindeki bir yetersizlik olduğunu öne sürmektedirler. Bu perspektiften bakıldığında, yeme bozuklukları kendilik düzenlenmesinde bir bozukluk olarak kavramsallaştırılabilir.

Pek çok çalışmada, özellikle anoreksiya nervoza başta olmak üzere yeme bozukluklarında yüksek oranda aleksitimi bildirilmiştir. Aleksitimik bireyler, emosyonlarını düzenlemede sınırlılıkları olduğu için kontrol edilmesi güç duyumsamalarla bunalırlar ve çare olarak yememe veya patlayıcı yeme gibi maladaptif davranışlarla kendi kendilerini yatıştırmaya çalışırlar. Bu stratejiler, yoğun sıkıntı veren duygulanımları organize etme ve bozuk kendilik duyumunu sağlamlaştırma amacıyla sarfedilen hatalı çabalar olarak görülebilir.

Bağlanma kuramcıları, emosyonların düzenlenmesindeki bu bozukluğu yetersiz bakım veren çevre nedeniyle ortaya çıkan bozuk bağlanma biçimleri ile açıklamaya çalışmışlardır. Bakıcının, çocuktaki emosyonları aşırı ya da yetersiz biçimde yanıtlaması uzun dönemde duygulanım örüntüsünü belirlemektedir. Örneğin duyarsız ebeveynlerle

etkileşim içindeki çocuklar, kendini rahatlatma stratejisi duyguları geçiştirme olan anneden duyguları geçiştirmeyi ve bu duyguların yerine “rahatlığı” koymayı öğrenirler. Bu hal, kendiliği regüle edici maladaptif davranışların öncülü olarak düşünülebilir.

Güvensiz bağlanma örüntüleri, anksiyöz-depresif psikopatoloji için artmış risk ile ilişkilidir ve bu tip örüntüler yeme bozukluğu popülasyonunda sık gözlenmektedir. Özgüven ve yeterli düzeyde kendiliği düzenleyebilen bir ruhsal yapının eksikliği, olumsuz duygulanımlara maruziyet ile dış uyaranlardan fazlaca etkilenmeyi beraberinde getirir. Özellikle bulimikler, başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirildikleri algısını yoğun biçimde yaşadıklarından, kendilerini olumsuz değerlendirir ve kaygılanırlar. Sıklıkla bu tabloya depresyon ve anksiyete eşlik eder (105).

Emosyonel uyarıya normal tepki iştah kaybıdır çünkü emosyonel uyarım açlık sonucu ortaya çıkan gastrik kontraksiyonları baskımlarken karaciğerden kana glukoz salınımını arttırır. Ancak kimi bireyler emosyonel uyarıya, yemek alımlarını arttırarak tepki verirler. Emosyonel yeme olarak tabir edilen bu durum, psikosomatik kurama göre obez bireylerde daha siktir ve yiyeceğin ruhsal sorunlarla başa çıkmanın bir yolu olarak kullanıldığı hayatın erken dönemlerindeki öğrenme deneyimlerinin sonucudur. Bu erken öğrenme deneyimleri, zayıf düzeyde bir içsel farkındalık geliştirilmesine ve emosyonlar ile açlık-toklukla ilgili organlardan gelen duyumsamaları tam ve doğru olarak tanımlamada zorluğa neden olur. İçsel farkındalık, öznel emosyonel duyguları tanımlamada, emosyonel uyarılmayla birlikte duygu ve vücutla ilgili duyumsamaları ayırt etmede güçlük yaratan aleksitimiyle yakından ilişkilidir (83). Çeşitli anket çalışmaları birbirleriyle tutarlı şekilde obez bireylerde emosyonel yeme kavramı lehine kanıtlar bulmuşken bazı erken dönem deneysel çalışmalar bu kavramı destekleyen bulgular bildirmemiştir. Olasılıkla bunun nedeni, araştırmacılar tarafından kontrol edilen, önceden belirlenmiş emosyonel durumlarla yapılan manipülasyonlardır. Oluşturulan olumsuz emosyonların kaynağı kontrol edilmeden gerçekleştirilen deneysel çalışmalarda ise obezlerin, obez olmayanlara göre aşırı yedikleri saptanmıştır (106, 107). Yaygın ve kontrol edilemez emosyonlar sonrası gelişen bu patlayıcı yeme, aleksitiminin emosyonel yemede rolü olduğunu düşündürmektedir (83). Örneğin bir çalışmada, kadınlarda içsel farkındalık düzeyi ile emosyonel yeme arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (108). Ek olarak, duyguları tanımlamada zorluk olması patlayıcı yeme bozukluğu olan obez kadınlarda emosyonel yemeye ilişkili bulunurken, patlayıcı tip yeme bozukluğu olmayan obez kadınlarda ilişki bulunmamıştır (109). Emosyonel uyum ve emosyonel yemeye ilgili cinsiyet farklılıkları sıklıkla bildirilmektedir: Kadınlar erkeklere göre daha fazla depresif belirti sergilemekte,

emosyonel olarak daha çok kendilerini ifade etmekte, daha çok emosyon regüle edici stratejiler kullanmakta ve daha çok emosyonel yeme davranışı göstermektedirler (83).

Öte yandan, genel popülasyonda gerçekleştirilen büyük ölçekli çalışmalarda aleksitiminin erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (110, 111). Bu sonuçtan hareketle aleksitimi ile ruhsal ya da tıbbi sorun arasında cinsiyete özgü bir ilişki olabileceği savlanabilir. Kadınların sadece daha fazla emosyon regüle edici strateji kullanmakla kalmadıkları emosyon regüle etmede de daha yetenekli oldukları bildirilmiştir. Hollanda’da yapılan bir çalışmada, aleksitimik özelliklerin erkeklerde, kadınlara göre daha fazla emosyonel yeme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, duyguları tanımlamadaki güçlüğün erkelerde kadınlara kıyasla emosyonel yeme ile daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, aleksitimik özelliklerin erkeklerde daha sık tıbbi hizmet arayışı ile ilişkili olduğu ancak kadınlarda böylesi bir ilişki olmadığı da gösterilmiştir (83). Müller ve arkadaşları ise psikometrik özelliklerin yeme ile ilişkisini inceledikleri daha yeni bir çalışmada, kişilerin duygularını ifade etmede zorluk yaşadıklarında çikolata craving’ine eğilimleri olduklarını belirlemişlerdir (112).

Pek çok çalışmada yeme bozukluğu ile aleksitimi arasındaki ilişkiye bakılmıştır. TAS ile yapılan çeşitli çalışmalarda anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) yeme bozukluğu hastalarında, sağlıklı kontrollere göre anlamlı ölçüde yüksek puanlar saptanmıştır. Obezite-aleksitimi ilişkisini inceleyen çalışmalarda da obezlerde daha yüksek aleksitimi düzeyleri bulunmuş ve aleksitiminin obezitenin bir boyutu olduğu öne sürülmüştür (113). Schmidt ve Cochrane’ın çalışmaları da yeme bozukluklu hastalarda daha yüksek düzeyde aleksitimi olduğunu ortaya koymuştur.

Aleksitimik özelliklerin prognostik önemine rağmen yeme bozukluklarındaki yeriyle ilgili veriler sınırlıdır. Bulimik olgularla yapılan iki çalışmada, aleksitiminin hastalığın sonucuna etki yapmadığı bulunmuştur ancak çalışmaların ciddi yöntemsel sorunları vardır (114, 115). Yüz iki yeme bozukluklu olgunun üç yıl izlendiği daha yeni bir çalışmada ise aleksitimi kavramının boyutlarından biri olan “duyguları ifade etmede güçlüğün” uzun vadede hastaların prognozu açısından olumsuz bir faktör olduğu ortaya konmuştur (116).

Obezite pek çok yazar tarafından psikosomatik bir bozukluk olarak değerlendirilmektedir. Bu yazarlar obez bireylerin, kendi emosyonel durumlarının farkında olmadıklarını, sonucunda da rahatsızlık veren emosyonel gerilim ve anksiyeteyi azaltma amacıyla fazla yediklerini öne sürmektedirler (117). Slochower, obez bireylerin emosyon uyandıran işaretlere verdikleri emosyonel tepkileri açıklamada ve adlandırmada daha fazla zorluk yaşadıklarını göstermiştir (118). Waysfield ve arkadaşları da morbid obezlerle çalışmış ve

“psikosomatik yapı”ya sahip olduklarını düşündükleri bir hasta grubu belirlemişlerdir (119). Bu gözlemler, obez hastalarda bir grup algısal, kognitif ve emosyonel zorluklara işaret etmektedir ki bunlar da güçlü şekilde aleksitimiye telkin etmektedir (120). Aleksitimik olgularda düşünce stili, faydacı, somut ve hayalgücünden yoksun olup olayların dışsal detaylarıyla fazlaca ilgilidir. Bu özellik “operasyonel düşünme” olarak tanımlanan stille örtüşür (117).

Yeme bozuklukları ile ilgili literatür tekrarlayan şekilde, obezite ve emosyonlar arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Obez bireyler, olumsuz emosyonlarını ifade etmede zorluk yaşarlar ve yiyecek her zaman müsait, kolay ulaşılabilir bir destek, rahatlama ve tatmin kaynağıdır. Obez bireylerin abartılı yiyecek alımı bu bireylerin iç ve dış uyaran, gerçeklik ve fantezi, kendilerinininki ile başkalarının düşünceleri arasındaki ayırımı yapmakta zorluk yaşamaları ile ilişkilidir (121). Garner, Olmstead, Polivy ve Garfinkle ise yeme bozukluklarının gelişimi ile ilgili olarak iki komponentli modeli ortaya koymuşlardır (122). Bu modele göre bozukluğa; 1-Yeme, vücut ağırlığı ve vücut görünümü ile ilgili yoğun kaygılar ve 2-Belirsiz psikopatolojinin aynı anda bulunması neden olur. Bu model, Steiger, Leung, Puentes-Neuman ve Gottheil tarafından yapılan daha yeni bir çalışma ile de desteklenmiştir (123).

Aleksitimi, duygusal durumunu belirleyebilme, sözel olarak ifade edebilme ve hayal kurma kapasitesinde kısıtlılık olarak tanımlanmaktadır. Aleksitimi kavramı, duyguları ve fantazileri ile ilgili konuşmakta zorlanan psikosomatik bozuklukları olan pek çok hastanın klinik gözlemleri sonucu ortaya çıkmıştır (124). Emosyonlarını açıklayamazlar da aleksitimik bireyler, strese abartılı bir tutum ile yanıt vermektedirler. Bu bireyler kendilerini ifade edemez gibi görünseler de ara sıra abartılı emosyonel ifade ve öfke nöbetleri sergilerler. Bu da emosyonlarını nasıl ifade edeceklerini bilmediklerinin önemli bir kanıtıdır. Yeme bozukluğu ve BTA yeme bozukluğu olan hastalarda yüksek aleksitimi oranları gözlenirken (121) özellikle beş çalışmada obez bireylerin normal bireylere göre daha aleksitimik oldukları gösterilmiştir (41, 117, 125, 126, 127). De Zwaan ve arkadaşları ise patlayıcı yeme bozukluğu olanlarda olmayanlara göre daha yüksek (%24.1 ve %11.1) aleksitimi yaygınlığı bildirmişlerdir (128). Cochrane ve arkadaşları da benzer biçimde, patlayıcı yeme bozukluklu obez bireylerin, patlayıcı yeme bozukluğu olmayan obez bireylere göre anlamlı ölçüde daha yüksek (% 60, % 23) aleksitimi yaygınlığına sahip olduklarını göstermişlerdir (129).

Aleksitimi ve obezite arasında bir ilişki olduğu kuvvetle muhtemel olsa da çalışmalarda bulguların güvenilirliği, yöntemsel hatalardan (geçerli olmayan aleksitimi ölçümleri

kullanılmasından veya aleksitiminin yalnız bir boyutunu ölçen ölçümlerin kullanılmasından veya kullanılan araçların farklılıklarından) dolayı sınırlıdır (121).

2.5. BKİ İLE DEPRESYON İLİŞKİSİ

Daha yüksek BKİ, artmış diabet, kalp-damar hastalıkları, bazı kanserler ve tüm mortalite nedenleri ile açıkça ilişkilendirilmiş, kimi mental sorunlara karşı ise tam tersine koruyucu olabileceği iddia edilmiştir. Alman psikiyatr Ernst Kretschmer 1920’lerde, daha şişman insanların neşeli, arkadaş canlısı ve sosyal (jolly fat persona) olduklarını öne süren bu görüşün ilk savunucularındandır. Son dönemde yapılan ve BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar tutarsız sonuçlar bildirmektedir. Bazı çalışmalarda BKİ ile depresyon arasında (131, 134) ilişki bulunmazken, bazı çalışmalarda (135, 138) “neşeli şişman” hipoteziyle tutarlılık gösteren negatif bir ilişki, bazılarında ise (139, 140, 141, 142) pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, depresyon ile obezitenin gerek ölçümleri gerek kullanılan tanımlarındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

İlişkinin cinsiyetle değişkenlik gösterdiğine dair de kanıtlar bulunmaktadır. Örneğin İngiltere kökenli çapraz kesitsel bir çalışmada Crisp ve Mc Guinness, obezite’nin hem erkek hem kadınlarda daha düşük anksiyete düzeyleriyle ilişkili olduğunu ve erkeklerde daha düşük depresyon düzeyiyle ilişkili olduğunu ancak kadınlarda ilişkili olmadığını bildirmişlerdir (135). Çalışmalarını kırsal bir bölgede tekrarladıklarında, obezitenin erkeklerde yine daha düşük anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu bulurlarken kadınlarda benzer bir farkı ancak bazı alt grup analizleri gerçekleştirdikten sonra saptamışlardır. Amerikan Brancho Bernardo cohort’unun çapraz kesitsel analizinde de erkeklerde fazla kilolu veya obez olmanın normal kilolu olmaya göre depresyona karşı koruyucu olduğu bulunurken kadınlarda obezite/fazla kilolu olmayla depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (130). Palinkas benzer şekilde ABD’nde çok büyük (n=40086) çapraz kesitsel bir çalışma yaparak, erkeklerde daha düşük BKİ’nin artmış depresyon, intihar düşüncesi ve intihar girişimi ile kadınlarda ise tam tersine artmış BKİ’nin bahsi geçen olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğunu bildirmiştir (137). BKİ’nin erkeklerdeki depresyonla olan bu negatif ilişkisinin beyin serotonin düzeyleri ile bağlantılı bir etkiyi yansıtabileceği, kadınlarda ise artmış BKİ ile artmış depresyon ilişkisinin toplumun günümüz kadınları üzerinde yarattığı “ince olma” baskısı ile ilişkilendirilebileceği öne sürülmüştür. Bugüne kadar bu ilişkiyi inceleyen çalışmaların çoğu çapraz kesitseldir, BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Az sayıdaki prospektif çalışmadan çıkan sonuçlar da tutarsızlık göstermektedir. Bir yıl süreyle 50 yaş üstü 2298 erişkinin incelendiği bir izlem çalışmasında obezite depresyonun ortaya çıkması ile ilişkili bulunmuş ancak bu ilişki obeziteyi belirlemek için kullanılan BKİ'nin kesme noktasıyla değişkenlik göstermiştir. Obezite, yaş ve cinsiyet için belirlenmiş olan 85 persentilin üstü olarak kabul edildiğinde güçlü bir pozitif ilişki saptanırken Dünya Sağlık Örgütü'nün ölçütü temel alındığında ($BKİ >30\text{kg/m}^2$) ilişki daha zayıf bulunmuştur (143). Bir milyon üç yüz bin erkekle yapılan çok büyük ölçekli bir çalışmada ortalama olarak 18 yaşında değerlendirilip 31 yıl boyunca izlenen bireylerde, BKİ'nin artmasıyla intihar riskinin doğrusal olarak azaldığı bulunmuştur (144). Orta yaş erkekleri inceleyen yeni bir çalışmada da daha yüksek BKİ ile ilişkili olan insülin rezistansının azalmış depresyon ve suisid riskiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (145). Öte yandan 7514 bireyden oluşan büyük bir olgu-kontrol çalışmasında BKİ ile hastaneye yatışı gerektiren major depresyon arasında bir ilişki bulunamamıştır (146).

Günümüzde yüksek BKİ'nin, depresyon ve şizofreni dâhil ruhsal bozukluklar ile intihara karşı koruyucu olabildiğine dair bazı kanıtlar mevcutsa da depresyon ile obeziteyi ilişkilendirmekle ilgili temel sorun tedavi arayan obez kişilerle tedavi aramayan obez kişiler arasındaki farklılıktan köken almaktadır. Toplum çalışmaları temel alındığında, bu ilişkideki belirsizliğe rağmen tedavi arayan obez kişilerde obezite ve psikopatoloji arasında ilişki bulunmuştur (130).

2.6.BKİ İLE DEPRESYON İLİŞKİSİNDE ROL OYNAYAN POTANSİYEL ARACI ETMENLER

2.6.1.Depresyonun Ağırlık Derecesi

Depresyonla obezite arasındaki ilişkiye aracılık etmesi muhtemel faktörlerden ilki depresyonun kendisidir. En azından bir izlem çalışmasında klinik depresyonun varlığının obezite gelişimini yordayabildiği gösterilmiştir (147). Ancak subklinik depresyonu olan bireylerle yapılan diğer çalışmalarda depresyon şiddeti ile obezite arasında bir ilişki saptanamamıştır. Dolayısıyla, obezite ile depresyon arasındaki ilişki depresyon şiddeti arttıkça ortaya çıkıyor olabilir.

2.6.2.Obezitenin Ağırlık Derecesi

Depresyonla obezite arasındaki ilişkinin obezite arttıkça ortaya çıktığına dair kanıtlar mevcuttur: Ulusal Sağlık ve Beslenme Taraması (NHANES-3) çalışmasında, obezite ağırlığı ile depresyon yaygınlığı arasındaki ilişki buna örnektir. Bu çalışmada, zayıf adölesanlarda depresyon sık değil hatta en zayıf grupta yer alan erkeklerde depresyon neredeyse hiç yokmuş. En obez bireylerde ise major depresyon yaygınlığı erkeklerde %20 kadınlarda %30 olarak saptanmış. Sonuç olarak, vücut ağırlığı ile depresyon arasındaki ilişki obezitenin şiddetine bağımlı bulunmuş (148).

2.6.3.Cinsiyet

Pek çok çalışma, obezite ile depresyon arasındaki ilişkinin erkek ve kadınlarda farklılık gösterdiğini bildirmektedir. Örneğin İstvan ve arkadaşları, kadınlarda depresyon ile obezite arasında pozitif bir ilişki bildirirken erkeklerde herhangi bir ilişki saptamadıklarını belirtmişlerdir (140). Faith ve arkadaşları, benzer şekilde, nörotisizm ile obezite arasında kadınlarda ilişki saptarken erkeklerde saptamamışlardır (149). Carpenter'ın çalışmasında ise kadınlarda obezite, depresyonda %37'lik bir artışla ilişkili bulunurken erkeklerde obezite depresyonda aynı oranda bir azalmayla ilişkili bulunmuş (138).

2.6.4.Sosyoekonomik Düzey (SED)

Depresyon ve obezite arasındaki ilişki SED ile değişmektedir. Midtown Manhattan çalışmasında, erkeklerdeki depresyon oranlarında belirlenen farklılık normal ağırlıkta olanlarla obezler arasındaki SED ile ilişkili bulunmamış. Öte yandan kadınlarda SED'in depresyonla obezite arasındaki ilişkinin doğasını yordadığı saptanmıştır. Yüksek SED'deki kadınlarda obez olmak daha fazla depresyonla ilişkili iken düşük SED'deki kadınlarda daha az depresyonla ilişkili bulunmuştur (150).

2.6.5.Gen-Çevre Etkileşimi

Hem depresyon hem de obeziteye olan yatkınlığın bazı insanların genomlarında mevcut olduğu düşünülmektedir. Belli bazı genotipler veya çevresel faktörler obezite ve depresyon arasındaki ilişkiyi arttırabilmektedir (148).

Vücut ağırlığı ile depresyon arasında genetik korelasyon için potansiyel aday bir gen Comings tarafından ObD7s 1875 lokusunda bildirilmiştir (151). Bu gen 7. kromozomdaki Ob geninin yakınındadır. Şu açıktır ki genetik aracı değişkenleri belirleyebilmenin amacı, bu bozuklukları bağlayan yolları daha iyi biçimde betimleyebilmektir.

Bazı araştırmacıların X sendromu ile depresyon arasında ilişki olduğunu öne sürmeleri önemlidir. Örneğin, Keterer ve arkadaşları X sendromu olan erkeklerde, pozitif anjiogram öyküsü olan erkeklere göre veya aterosklerotik hastalık öyküsü olmayan erkeklere göre daha fazla depresyon belirtileri bildirmişlerdir (152). X sendromu ile ilgili artan sayıdaki araştırmalar depresyonla olan ilişkisinin ileride önemli bir araştırma alanı olacağına işaret etmektedir. Obezite, insülin direnci ve hipertansiyonun X sendromunda kümelenmesine neden olan genetik temel, obezite ile depresyonun potansiyel bir genetik ortak yol çalışması için faydalı bir model oluşturabilir.

2.6.6.Olumsuz Çocukluk Deneyimleri

Obezite ile depresyon arasındaki ilişki, kötü çocukluk çağı deneyimlerine dayalı olabilir. Bir seri çalışma, çocukluk çağında kötü deneyimlere maruziyetin obeziteyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Her ne kadar bu çalışmalar tek başına obezite-depresyon birlikteliğini araştırmamışlarsa da bu tip yaşam deneyimlerinin her iki bozukluk için de aracı olarak görev yapabileceği düşünülmektedir (148).

Lissau ve Sorensen yaptıkları izlem çalışmasında, çocukluk çağı ihmal ile erişkin hayattaki obezite arasında dikkat çekici bir ilişki bulmuşlardır. Öğretmenleri tarafından on yaşındayken “ihmal edilmiş çocuklar” olarak seçilen öğrencilerin 20 yaşına geldiklerinde obezite riskleri 7.1 kat artmış olarak saptanmıştır. Aynı izlem çalışmasında, “kirli ve ihmal edilmiş” olarak seçilen çocukların erişkin hayattaki obezite riskleri ise seçilmeyenlere göre 9.8 kat artmış bulunmuştur (153). Felliti ve arkadaşları da çocukluk çağı kötüye kullanımının erişkinlikteki obeziteyle ilişkili olduğunu bildirmişler, aynı zamanda çocukluk çağı kötüye kullanımının klinik depresyon için 4.6’lık bir rölatif risk faktörü oluşturduğunu belirlemişlerdir (154). Bir başka kesitsel araştırmada 13177 bireyin çocukluklarında cinsel, sözel ve fiziksel kötüye kullanım öyküleri sorgulanmış, her üç tip kötüye kullanıma en üst düzeyde maruz kalmanın BKİ’nin 30’un üstünde olması için 1.46’lık, BKİ’nin 40’in üstünde olması için ise 2.54’lük bir rölatif risk faktörü oluşturduğu saptanmıştır (155).

Obezite tedavisine etkilerini araştırmak amacı ile King ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada ise çocukluklarında veya adölesan döneminde cinsel kötüye kullanım yaşamış olan 22 kadının aynı diyet programında bu yaşam dönemlerinde kötüye kullanım yaşamamış hemcinslerine kıyasla belirgin biçimde daha az kilo kaybettikleri (15.3+ 10.1 kg) belirlenmiştir (156).

2.6.7.Yeme ve Fiziksel Aktivite

Obezitenin en önemli belirleyicileri yeme ve fiziksel aktivitedir. Her ikisi de depresyon ile obezite arasındaki ilişkide önemli rol oynayabilir. DSM-IV hem fazla yeme ve kilo alımını hem de az yeme ve kilo kaybını majör depresyonun ölçütleri arasında belirtmişse de depresyon ile obezite ilişkisinde potansiyel araçlar olarak yeme ve fiziksel aktivite çalışmaları sınırlı sayıdadır. Ancak bu ilişkiyi ön görmek için sebepler vardır: Örneğin, fiziksel aktivite azlığı yalnız çökkün bireylerin çoğunda görülmekle kalmaz aynı zamanda kilo alımını da yordar. Ayrıca, fiziksel aktivite depresyon tedavisinde belli ölçüde de olsa başarılı bulunmuş bir tedavidir. Toplumda yemek alımı ve fiziksel aktivite açısından geçerli bir ölçüt bulunmaması yapılan çalışmaları sınırlandırmaktadır ancak yine de ebeveynlerin bebeklerine verdikleri “yiyecek raporu” gibi basit ölçümler daha gelişmiş ölçüm tekniklerinin geliştirilmesi açısından yarar sağlayabilir (148).

2.6.8.Alay Edilme Öyküsü

Herkes alay edilmenin kişinin özgüvenine ve özsaygısına olan etkilerini yaşamıştır. Obez insanlar, çocukluklarından başlayarak bu tip sözel tacizlere maruz kalmakta ve etkileri anlamlı olarak daha yüksek depresyon oranlarıyla kendini ortaya koymaktadır (148). Thompson ve arkadaşları üç yıllık adölesan izlem çalışmalarında, alay edilmenin obezite ve sonrasında gelen depresyon ilişkisine aracılık ettiğini göstermişlerdir. Çalışmadaki adölesanların obezite durumları alay edilmeyi, daha sonrasında görünümleriyle ilgili artan tatminsizliği ve sonucunda depresyonu oluşturmuştur (157).

2.6.9.Bozulmuş Yeme Davranışı

Bozulmuş yeme davranışı depresyon ile obezite arasındaki ilişkiye aracılık edebilir. Patlayıcı yeme (ve ilişkili olduğu kontrolsüz yeme duygusu), depresyona yol açabilmektedir. Patlayıcı yeme önceleri, “tekrarlayan tıknırcasına yemeler ve uygunsuz dengeleyici davranışlar olmamasına rağmen, kişinin yeme konusunda öznel ve davranışsal olarak kontrolünü yitirdiğinin işaretlerinin olması ve yeme ile ilgili sıkıntı yaşaması” olarak tanımlanmaktaydı. Bu ilk tanımdan sebep, patlayıcı yeme bozukluğu depresyonla güçlü biçimde ilişkilendirilmiştir (148). Patlayıcı yeme bozukluğu olanların %54’üne majör depresif bozukluk tanısı konurken patlayıcı yeme bozukluğu olmayan obezlerde bu oran %14 olarak bildirilmiştir (158). Sherwood ve arkadaşları, patlayıcı yeme bozukluğundaki düzelmenin, depresyonu da içine alan bir yolakla, tedavi sonucunda daha iyi kilo verebilmeyi yordadığını göstermişlerdir (159).

Bulgular ayrıca gece yeme bozukluğuna sahip obez bireylerin dzensiz yeme rntlerinin, kısmen artmış depresyon riski ile ilişkili olduğuna işaret etmektedir. Bu kişiler sabahları iştahsızlık, akşamları aşırı yeme-uykusuzluk ve geceleri yemek için kalkma gibi belirtiler sergilemektedirler. Bir çalışmada, gece yiyenlerin %44'ü major depresif bozukluk öyküsüne sahipken bu bozukluğu göstermeyenlerde oran %18 olarak bulunmuştur. Gece yeme bozukluğu olan hastalar, kilo ve yaş olarak eşleştirildikleri kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon oranlarına sahiplermiş.

Gece yiyenlerde görülen depresyonun ilginç bir özelliği de sirkadiyen ritmin bozukluğuna işaret eden belirtiler ve bulgular sergilemeleridir. Bu nedenle bu hastalarda depresif duygudurum sabahları minimal iken öğleden sonra ve akşama doğru artış göstermekte ve gece geç saatte yoğun hiperfaji ile birlikte pik yapmaktadır. Ayrıca, gece yeme bozukluğu olan obezler, kontrollere göre daha yüksek depresyon düzeylerine sahiptirler (148).

2.6.10.Stres

Depresyon hastaları obeziteyi şiddetlendirebilecek, artmış stres düzeyine sahip olabilirler. Stresin obeziteye olan etkisi hem fizyolojik hem psikolojik mekanizmalarla ilintili olabilmektedir. Sağlıklı bir diyet uygulamaya dikkat etmek ve yeterli fiziksel aktivitede bulunmak obeziteyi önlemede ve kontrol etmede anahtar rollere sahiptirler. Stresin primer etkilerinden biri, bu türden alışkanlıkları bozarak obezitenin gelişimine katkı yapmasıdır. Stres, tıpkı yas, boşanma ve iş kaybında olduğu gibi fizyolojik yollardan depresyona yol açabilir.

Stresin hem depresyona hem obeziteye etki ettiği fizyolojik mekanizma, hipofiz-pituitar-adrenal (HPA) eksen üzerindendir. Stres, bu eksendeki tüm düzeylerde aktivasyona yol açar. HPA aktivasyonuna işaret eden artmış kortizol düzeyleri, primer olarak abdominal obezite gelişimine yol açar. Bu yağ dağılım tipi, pek çok vücut işlevi açısından kötücül sonuçlardan sorumludur. Depresyonda, HPA aktivasyonu abdominal yağ birikimi ile küçük ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermektedir (148). Rosmond ve Bjorntorp, ruhsal bozukluk ölçümlerinden yüksek puan alan ve “anksiyodepresif” olarak isimlendirdikleri bir grup bireyde deksametazon supresyon testine cevapsızlığın BKİ ile anlamlı olarak ilişkili olduğunu bulmuşlardır (160). Benzer bir bulgu gece yeme bozukluğu olan bireylerde de saptanmıştır. Kontrollü metabolik çalışmalarda, bu bozukluğu yaşayan bireylerin serum kortizol seviyeleri, eşleştirilmiş kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (148).

2.7.ALEKSİTİMİ VE PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR:

Aleksitimi, sağlıklı bireylere kıyasla bedenselleştirme (somatizasyon) savunma düzeneğini daha fazla kullanan kişilerde daha sık saptanmaktadır (161). Aleksitimiyle en az bir kez ilişkilendirme çalışması yapılmamış herhangi bir psikosomatik hastalık neredeyse yok gibidir (162). Pek çok farklı ülkede araştırmacılar, aleksitimi ile farklı somatik hastalıklar ve somatik belirtilere sahip psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Aleksitiminin çıkış noktası, psikosomatik hastalıklar olmasına rağmen aleksitimi ve klasik psikosomatik hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen yöntemi uygun çalışma ancak bir kaç tanedir. Saptanan en güçlü ilişki, aleksitimi ile esansiyel hipertansiyon arasındadır. Todarello ve arkadaşları, İtalya'daki bir grup hipertansif hastanın %55'inde aleksitimi bulunduğunu bildirmişlerdir. Bu oran ayaktan tedavi gören psikiyatri hastalarında %33 iken toplum örnekleminde %16 olarak belirtilmektedir (163). Finlandiya'daki bir çalışmada da yeni tanı alıp tedavi edilmemiş bir grup esansiyel hipertansiyon hastası, normotansif bireylerle karşılaştırılmıştır. Hipertansif erkek ve kadınlardaki aleksitimi oranı %57 ve %46 olarak bulunmuş, normotansif erkek ve kadınlardaysa bu oran %18 ve %9 olarak saptanmıştır. Hipertansiyon ile aleksitimi arasındaki bu ilişki, sodyum ve alkol alımından, BKİ'nden ve fiziksel açıdan iyi durumda olmaktan bağımsızdır. Hipertansiflerle normotansifler arasında aleksitimi açısından farklılık varken anksiyete, depresyon, hostilite, öfke ifadesi açısından herhangi bir farklılık bulunmadığı vurgulanmıştır (164).

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan hasta grubuyla yapılan bir başka araştırmada, aleksitimi %35.7 oranında saptanırken, yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrollerde bu oran %4.5 imiş. Aleksitimi, hastalığın süresi veya şiddeti ile ilişkili bulunmamış. Altı aylık izlem sonunda, hastalık aktivitesi ile birlikte depresyon ve anksiyete düzeyleri değişkenlik gösterirken TAS-20 skorları değişiklik göstermemiştir (165). Bu da inflamatuvar barsak hastalarında aleksitiminin sabit bir özellik olduğuna, depresyon ve anksiyetenin ise hastalık aktivitesinden etkilendiğine işaret etmektedir.

Emosyonların sağlıklı bireylerde gastrointestinal (Gİ) işlevselliği etkileyebildiği iyi bilinmekle birlikte fonksiyonel Gİ hastalıkların patofizyolojisi ve etkileyen kişilik özellikleri net değildir. Fonksiyonel Gİ bozukluğu olan bireyler sindirim sisteminin herhangi bir bölümüyle ilgili belirtilere ek olarak, Gİ olmayan ve açıklanamayan bedensel belirtiler ile anksiyete-depresyon belirtileri sergilerler. Somatik belirtilerin yalnız Gİ sistemden kaynaklanan hareket bozuklukları ve duyuşal değişikliklerden ibaret olmadığı,

düzenlenemeyen emosyonel uyarılmışlıktan ve her iki grup belirti arasındaki karşılıklı etkileşimden kaynaklandığı öne sürülmektedir. Yapılan bir araştırmada, fonksiyonel Gİ hastalığı (irritabil barsak sendromu ve fonksiyonel dispepsi) olan bireylerin %66'sında yüksek düzeyde aleksitimi saptanmıştır (73).

Bir başka çalışmada ise kronik idiyopatik ürtikerli ve psöriazisli hastada TAS-20 ile ölçülen aleksitimi düzeyleri, sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (166). Psikosomatik hastalıkların incelendiği pek çok çalışmada aleksitiminin sabit bir kişilik özelliği olduğu ileri sürülmüşse de bazı araştırmacılar böbrek nakli ve hemodiyaliz hastalarında sekonder (reaktif) aleksitimiye işaret etmişlerdir. Bu sekonder aleksitimi stresli yaşam olaylarına karşı bir savunma reaksiyonu olarak düşünülmektedir (117).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örneklemin Oluşturulması

Çalışma, Başkent Üniversitesi Etik Kurulu tarafından incelenip onaylandıktan sonra gerçekleştirilmiştir (Etik Kurul Karar Tarihi: 7/5/2008, Proje Onay Tarihi: 8/5/2008, Proje No: KA 08/118). Araştırmaya Başkent Üniversitesi Endokrinoloji Bölümü Obesite Polikliniği'ne başvuran 18-67 yaş arası hastalar alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle, dışlama ve dâhil etme ölçütlerine dair durumlarını değerlendirmek amacıyla görüşmeler yapılmıştır. Çalışma için uygun kişilere araştırma hakkında bilgi verilmiş, katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş onamları yazılı olarak alınmıştır. Hastaların boy ve ağırlıkları "Seca" marka boy ve kilo ölçer ile (seri no:1708022021081, no:12841 Vogel & Halke, Hamburg) ölçülmüştür. Kilogram cinsinden vücut ağırlığı, metre cinsinden boyun karesine bölünerek BKİ hesaplanmıştır. Hastalar BKİ'leri açısından 3 gruba (BKİ=18.5-24.99'a kadar olanlar normal, BKİ=25-29.99'a kadar olanlar fazla kilolu ve BKİ=30 ve üstü olanlar obez olmak üzere) ayrılmışlardır.

Hastalara, sosyodemografik özelliklerini, depresyon varlığını ve şiddetini, aleksitimi düzeylerini değerlendirmek için CIDI (depresyon bölümü), TAS-26 ve Beck Depresyon Envanteri (BDI) verilmiştir. Hastalardan TSH'larına bakılmak amacıyla bir defaya mahsus kan alınmıştır. Kanları kemilüminesan mikropartikül enzim immünolojik yöntemiyle Abbott Architect 2000 otoanalizinde çalışılmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme ölçütleri:

- 1.Değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmak
- 2.18-67 yaşları arasında olmak
- 3.Okur-yazar olmak
- 4.TFT değerlerinin normal sınırlarda olması
- 5.BKİ'lerinin 18.5'in üstünde olması

Araştırmadan dışlama ölçütleri ise:

- 1.Değerlendirme ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmamak
- 2.Alkol ve madde kullanım bozukluğu olması
- 3.Anormal TFT değerlerine sahip olmak
- 4.Araştırmanın yapıldığı dönemde psikotrop ilaç kullanımının bulunması
- 5.BKİ'lerinin 18.5'in altında olması

3.2.Araştırmada Kullanılan Ölçekler

Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi'nin Depresyon Bölümü (CIDI-Composite International Diagnostic Interview): Dünya Sağlık Örgütü için geliştirilmiş ve tam yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Değişik kültürlerde geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir. DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerine göre tanı konabilecek şekilde geliştirilmiştir (DSÖ 1991). CIDI, bir eğitimden sonra klinisyen olmayan kişilerce de uygulanabilmektedir. Katılımcılara depresyon teşhisleri bu görüşme ile konmuştur.

Toronto Aleksitimi Skalası-26 (Toronto Alexithymia Scale-26)

Kişinin duyguları tanımlamada, açıklamada ve bedensel duyumsamalardan ayırt etmede zorluk olarak tanımlanan aleksitiminin derecesini değerlendiren 26 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Taylor ve Bagby tarafından geliştirilmiştir (167). Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (168). Değerlendirme, 5'li likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. Her madde için, "hiç katılmıyorum", "katılmıyorum", "kararsızım", "katılıyorum" ve "tamamen katılıyorum" seçenekleri bulunmakta ve her biri 1 ile 5 arasında bir puan almaktadır. Bireyden, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçeğin özgün formu likert tipi olmakla birlikte, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, her madde için, "doğru" ve "yanlış" seçenekleri bulunmakta ve her biri 0 veya 1 puan almaktadır. Ölçek toplam puanı, tüm maddelerden alınan tüm puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam puan 26 ile 130 arasında olabilmektedir. Puanların artması, aleksitiminin şiddetini göstermektedir.

Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory)

Kişinin, o sırada depresyon yönünden riskini ve depresif belirtilerinin şiddetini değerlendiren 21 maddelik bir öz-bildirim ölçeğidir. Beck tarafından geliştirilmiştir (169). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise üniversite öğrencilerinde, Hisli tarafından yapılmıştır (170). Değerlendirme, 4'lü likert tipi ölçüm ile yapılmaktadır. Her madde, 0 ile 3 arasında puan almaktadır. Bireyden, son bir haftayı düşünerek, kendisine en uygun olan seçeneği işaretlemesi istenir. Ölçek toplam puanı, tüm maddelerden alınan puanların toplanmasıyla elde edilir. Toplam puan, 0 ile 63 arasında değişebilmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Onyediyi ve üstü puan alanların, depresyon açısından bir risk grubu oluşturabileceği öne sürülmüştür.

3.3.İstatistik Analiz

Analizler Windows için SPSS 11.0 kullanılarak yapıldı. Analizlerde, Beck Depresyon ölçeği, CIDI (depresyon bölümü), TAS-26 ile hesaplanan puanları ayrı ayrı sonuç değişkenleri olarak değerlendirildi. Çalışma gurubunda bulunan üç farklı örneklem grubunun çeşitli ölçümler açısından farklılık gösterip göstermedikleri yapılan Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) yoluyla sorgulanmıştır. $P<0.05$ olması istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişken BKİ'dir ve üç düzeyi bulunmaktadır. Bağımlı değişkenler ise Toronto Aleksitimi Skalası-26 ve Beck Depresyon Envanterinden elde edilen toplam puanlardır. Post hoc analizlerde ise Tukey testi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 1. Sosyodemografik Bilgiler

		Normal (N = 31)		Fazla Kilo (N = 26)		Obez (N = 43)		TOPLAM (N = 100)	
		Sıklık (%)	Ortalama (ss)	Sıklık (%)	Ortalama (ss)	Sıklık (%)	Ortalama (ss)	Sıklık (%)	Ortalama (ss)
Yaş			40.5 (15.3)		46.8 (12.5)		48.2 (11.6)		45.5 (13.4)
Eğitim Yılı			12.0 (4.9)		10.3 (5.4)		8.0 (4.7)		9.9 (5.2)
Cinsiyet									
Kadın		24 (%77)		19 (%73)		36 (%84)		79 (%79)	
Erkek		7 (%23)		7 (%27)		7 (%16)		21 (%21)	
Medeni Durum									
Evli		19 (%61)		17(%66)		35(%82)		71(%71)	
Dul		1 (%3)		4(%15)		3(%7)		8(%8)	
Boşanmış		-		1(%4)		1(%2)		2(%2)	
Hiç evlenmemiş		11 (%36)		4(%15)		4(%9)		19(%19)	
Çalışma Durumu									
Çalışıyor		11 (%35)		9(%35)		8(%19)		28(%28)	
Çalışmıyor		12 (%39)		7(%27)		13(%30)		32(%32)	
Ev kadını		8 (%26)		10(%38)		22(%51)		40(%40)	
Meslek									
Memur		4		4		3		11	
İşçi		6		4		2		12	
Öğrenci		5		-		1		6	
Serbest		1		1		3		5	

Mayıs-Temmuz 2008 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran 100 hasta çalışmaya alındı. Katılımcılar 18-67 yaş arasında idi. TFT değerleri normal sınırlarda olmayanlar çalışmaya dâhil edilmedi. Katılımcılar BKİ'lerine göre; BKİ=18.5-24.99 olanlar normal, 25-29.99 olanlar fazla kilolu, 30 ve üstünde olanlar obez olmak üzere 3 gruba ayrıldılar. Toplam 100 katılımcının 31'i BKİ açısından normal, 26'sı fazla kilolu, 43'ü obezdi.

Çalışmaya alınan hastaların 79'u (%79) kadın, 21'i (%21) erkekti. Katılımcıların yaş ortalamaları 45.5 idi. Katılımcıların 71'i evli, 8'i dul, 2'si boşanmış, 19'u ise hiç evlenmemişti. Katılımcıların 40'ı evkadını iken 32'si çalışmıyor, 28'i ise çalışıyordu. Çalışanların 11'i memur, 12'si işçi iken 5'i serbest işte çalışmaktaydı. Katılımcıların 6'sı (%6) öğrenci idi. Katılımcıların aldıkları ortalama eğitim 9.9 yılıdır.

Tablo 2. Eşlik eden hastalıklar

	Normal (N = 31)		Fazla Kilo (N = 26)		Obez (N = 43)		TOPLAM (N = 100)	
	Sıklık (%)		Sıklık (%)		Sıklık (%)		Sıklık (%)	
Hipertansiyon								
Var	9	(%29)	5	(%19)	24	(%56)	38	%38
Yok	22	(%71)	21	(%81)	19	(%44)	62	%62
Diabetes Mellitus								
Var	9	(%29)	6	(%23)	21	(%49)	36	%36
Yok	22	(%71)	20	(%77)	22	(%51)	64	%64
İskemik KalpHastalığı								
Var	-	-	2	(%8)	-	-	2	%2
Yok	31	(%100)	24	(%92)	43	(%100)	98	%98
Gastrit veya ülser								
Var	4	(%13)	6	(%23)	3	(%7)	13	%13
Yok	27	(%87)	20	(%77)	40	(%93)	87	%87
Astma								
Var	-	-	-	-	2	(%5)	2	%2
Yok	31	(%100)	26	(%100)	41	(%95)	98	%98

Katılımcılar bazı psikosomatik hastalıklar yönünden incelendiler. Katılımcıların 38'inde (%38) hipertansiyon, 36'sında (%36) diabetes mellitus, 2'sinde (%2) iskemik kalp hastalığı, 13'ünde gastrit veya ülser, 2'sinde (%2) astım tanısı mevcuttu.

Tablo 3. Depresyon Tanısı

	Normal (N = 31)		Fazla Kilo (N = 26)		Obez (N = 43)		TOPLAM (N = 100)	
	Sıklık (%)		Sıklık (%)		Sıklık (%)		Sıklık (%)	
Depresyon (şimdi)								
Var	9	(%29)	1	(%4)	16	(%37)	26	%26
Yok	22	(%71)	25	(%96)	27	(%63)	74	%74
Depresyon (ömürboyu)								
Var	23	(%74)	14	(%54)	31	(%72)	68	%68
Yok	8	(%26)	12	(%46)	12	(%28)	32	%32

Yapılan ki-kare analizi sonucunda, BKİ ile şimdiki depresyon arasında bir ilişki olduğu bulundu ($\chi^2=9.58$, $sd=2$, $p<0.05$). Bu ilişki, kadınlarda daha güçlü olarak saptandı.

Tablo.4 TAS-26 Toplam ve Alt Ölçek Puanları

	Normal (N = 31)		Fazla Kilo (N = 26)		Obez (N = 43)		TOPLAM (N = 100)	
	Ortalama (ss)		Ortalama (ss)		Ortalama (ss)		Ortalama (ss)	
TAS Toplam	67.4	12.2	63.8	13.9	67.7	10.0	66.6	11.8
Hayal Kurma,Düşlem yaşantısında kısıtlılık	15.6	5.1	15.6	5.2	15.6	4.2	15.6	4.7
Duyguları Ve Bedensel DuyumlarıAyırt etmede Güçlük	22.7	7.1	19.6	7.3	23.4	7.3	22.3	7.3
Duyguları Fark etme,Tanıma ve Söze Dökme Güçlüğü	14.1	5.2	14.9	5.6	13.9	5.1	14.2	5.2
Dışsal Merkezli,Uyum Sağlamaya Yönelik Bilişsel Yapı	12	3.7	11	3.4	11.9	3.3	11.7	3.5

BKİ ile belirlenen üç grubun TAS-26 toplam ve alt faktör ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4'te verilmiştir. BKİ'ne göre ayrılmış deneklerin TAS-26 toplam ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermedikleri tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile sorgulanmıştır. Analiz sonucuna göre gruplar arasında TAS-26 toplam ve alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Tablo 5 Beck Depresyon Envanteri Puanları

	Normal (N = 31)		Fazla Kilo (N = 26)		Obez (N = 43)		TOPLAM (N = 100)	
	Ortalama (ss)		Ortalama (ss)		Ortalama (ss)		Ortalama (ss)	
Beck D Env	7.2	6.5	5.7	5.5	10.8	8.0	8.4	7.2

BKİ göre ayrılmış deneklerin Beck Depresyon Envanteri toplam puanı açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermedikleri Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile sorgulanmıştır. Analiz sonucuna göre gruplar arasında Beck toplam puanı açısından anlamlı bir fark gözlenmiştir ($F_{2,97}=5.0$, $p<0.05$). Bu farkın kaynağını araştırmak için yapılan post hoc analize göre obez grubunun depresyon puan ortalamasının ($X=10.8$) normal ($X=7.2$) ve fazla kiloda olan deneklerin puan ortalamasından ($X=5.7$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

5.TARTIŞMA

BKİ vücut yağ miktarının direkt bir ölçümü olmasa da düşük kilo, fazla kilo ve obezite ile ilişkili sağlık sorunları araştırılırken en yaygın kullanılan belirleyicidir. Öte yandan bazı kişilerde ve etnik gruplarda BKİ ölçümlerini yorumlarken dikkatli olmak gerekir. BKİ ve vücut yağı içeriği arasındaki ilişki vücut yapısı ve vücut oranlarına göre değişkenlik gösterir; ölçüt olarak kabul edilen bir BKİ değeri tüm popülasyonlarda aynı şişmanlık derecesine denk gelmeyebilir. BKİ, kaslı vücut yapısı olan, çok uzun, çok kısa veya gövdelerine oranla çok uzun veya çok kısa ekstremitelere sahip kişilerde risk belirleyici olarak sınırlılıklar taşır (2). Çalışmamızda, hastaları anatomik yapıları ve/veya kaslı olmalarına göre gruplamadık, dolayısıyla vücut yapısı ile ilgili bu değişkenlerin dikkate alınmamış olması sadece BKİ'ni kullanan tüm çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızın da sınırlılıkları arasında görülebilir.

Yapılan bir meta-analizde, vücut yağı içeriği yaş ve cinsiyet açısından farklılık gösteren etnik gruplar arasında Amerikalı siyahlar ile Polinezyalıların beyaz ırka göre daha yüksek BKİ değerlerine sahip oldukları belirlenmiştir. Aksine Asya'lının (Çinliler, Endonezyalılar ve Taylandlılar) BKİ'leri, beyaz ırka göre sırasıyla 1.9, 3.2 ve 2.9 kg/m² daha düşük saptanmıştır. Bu sonuç, BKİ sınır değeri eşiklerinin popülasyona özgü belirlenmesi gerektiğine işaret etmektedir (2). Çalışmamızda hastaların etnik kökenlerine göre bir gruplama yapmadık dolayısıyla 25 olarak kabul ettiğimiz normal BKİ sınırının Türk popülasyonunda obeziteyi ne kadar doğrulukta ölçebileceği sorusu aklı gelebilir.

Çalışmamızda, BKİ ve şimdiki depresyon arasında doğrudan bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç, literatürdeki bazı çalışmalarla (138, 143, 171) uyumludur ancak BKİ ile depresyon arasında ilişki bulmayan (119, 131, 134, 149, 172, 176) veya ters yönde ilişki olduğunu bulan (135, 137, 177) çalışmalar da vardır.

BKİ ve depresyon arasındaki ilişki bağlamında bazı modeller öne sürülmüştür. İki değişkenli model, literatürde en sık kullanılan model olup BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi araçlar olmaksızın inceler. Aracı (moderatör) modeli ise obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin üçüncü bir değişkene bağımlı olup olmadığını test eder (yaş, cinsiyet, genotip, patlayıcı yeme bozukluğu, vb) (149). Genetik ile ilgili bilgiler sınırlı olsa da morbid obezlerin birinci derece akrabalarında kontrollere göre daha fazla mental bozukluk, özellikle de bipolar bozukluk, depresyon ve antisosyal kişilik bozukluğu bildirilmiştir.

Yine de obeziteye olan etkinin ne kadarı genetik ne kadarı çevre etkisidir ortaya koymak hemen hemen olanaksızdır. Öte yandan elde edilen bulgular obezite ile psikopatoloji ilişkisi açısından önemli bilgiler sağlamaktadır. Dolayısıyla ileriki çalışmalarda bu değişkenlerin de göz önüne alınmalarının uygun olacağı düşünülmektedir. Friedman ve Brownell, ileri çalışmalarda, hangi obez alt gruplarının daha çok psikopatoloji taşıdıklarının araştırılması, bu bozuklukların doğası ve ilişkili risk faktörleri ile koruyucu faktörlere odaklanması gerektiğini belirtmişlerdir (178). Bir diğer model olan medyatör modelinde (nedensel aracı modeli) ise üçüncü değişkenin (alay edilme öyküsü, patofizyoloji, fiziksel aktivite, vb) diğer iki değişkeni birbirlerine “nedensel olarak” bağlayıp bağlamadığını sorgular (149).

Obezite ile ruhsal bozukluklar, özellikle de depresyon ilişkisi için çeşitli açıklamalar öne sürülmüştür. Olası etkenler psikolojik, sosyolojik ve biyolojik faktörlerdir. Örneğin Ross, obezite için iki olası açıklama önermiştir (131). İlki, yansıtılmış kendilik değerlendirmesi perspektifidir: Obezlere uygulanan stigmatizasyonun ve obezlerin değersizleştirilmelerinin, bu kişilerin daha düşük kendilik saygısı geliştirmelerine, daha olumsuz kendilik imajları oluşturmalarına, diğerlerinin kendilerini sevmediklerini düşünmelerine ve daha yüksek düzeyde depresyon yaşamalarına neden olduğunu öne sürmektedir. Bir grupta veya toplulukta fazla kiloya sahip olmak, ne kadar nadir, ne kadar anormal ve ne kadar kabul edilmez ise psikolojik etkisi de o kadar şiddetli olmaktadır. İkincisi, görünüş normlarına uyma perspektifidir: Obezlerin kilo açısından normlara uymalarının stresli olduğunu çünkü diyet yapmanın tek başına obez olmaktan daha stresli bir durum olduğunu öne sürmektedir. Bu özellikle kilo kontrolü başarısız olduğunda geçerli hale gelmektedir ki genelde olan da budur. Palinkas, obezitenin depresyonla ilişkisinin depresyonu etkileyen gıdaların özellikle de karbonhidratların tüketimi ile ilintili olduğunu belirtmiştir. Karbonhidratlar, santral serotonerjik aktivite ile dolaylı olarak depresyondaki vejetatif belirtilere, dolaysız olarak da tek başlarına kilo alımına etki etmektedir. Ayrıca obez bireyler daha az egzersiz yapma eğilimindedirler. Fiziksel aktivite, endorfinleri arttırarak, norepinefrin düzenlenmesini iyileştirerek, zinde olma hissini ve özsaygıyı arttırarak depresyonu azaltır.

Çalışmamız kesitsel özelliktedir ve elimizde hastaların ailelerinde depresyon öyküsü olup olmadığı, olumsuz çocukluk deneyimleri ve/veya olumsuz yaşam olayları yaşayıp yaşamadıkları, egzersiz ve yeme alışkanlıkları, karbonhidrat tüketimi, yaşadıkları çevredeki görünüş normlarından nasıl etkilendikleri ile ilgili bilgiler mevcut değildir. Stigmatizasyonu da etkileyen faktörler vardır. Örneğin yüksek sosyoekonomik düzeyde stigmatizasyon daha fazla olmaktadır (137). Sözü geçen değişkenlerin kontrol edilmemiş

olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır ve BKİ ile depresyon arasında bulunan istatistiksel olarak anlamlı ilişki bir neden-sonuç ilişkisine işaret etmeyebilir. Ayrıca, kısa dönemde çevresel faktörler tedaviye en fazla yanıt veren ve en fazla klinik öneme sahip olan faktörlerdendir. Günümüzde genetik alanındaki ilerlemeler düşünüldüğünde, genetik nedenleri araştırmak da olası obezite-depresyon ilişkisini değerlendirmek için büyük önem taşımaktadır (149).

Bu çalışmada BKİ ile aleksitimi düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır. Bunun çeşitli nedenleri olabilir. Olasılıklardan birisi örneklem sayısının yeterince büyük olmamasıdır; bu durum iki kavram arasındaki ilişkiyi etkilemiş ve aslında var olan ilişkiyi gizlemiş olabilir. Bir diğer olası etkense, deneklere TAS-26'nın görüşmenin en sonunda verilmiş olmasıdır. Görüşmenin sonuna doğru yorulmuş ve dikkatleri dağılmış olan denekler 5'li likert tipi olan ve belli bir dikkat düzeyi gerektiren ölçeği bir an önce bitirmek için aceleyle doldurmuş olabilirler: Acele ile doldurulan ölçekler, deneklerdeki gerçek aleksitimi düzeylerini yansıtmıyor olabilir. Son olarak, BKİ ile aleksitimi arasında gerçekte bir ilişki olmadığı bir diğer olasılıktır. Literatürde, BKİ ve aleksitimi ilişkisini incelenmiş olup farklı sonuçlar bildiren çalışmalar vardır. BKİ ile aleksitimi veya aleksitiminin bazı boyutları arasında pozitif ilişki bulan çalışmalar (117, 119, 125, 126, 179, 180) olsa da bu iki kavram arasında direkt ilişki saptamayan çalışmalar da (121, 128, 181) vardır.

Aleksitiminin neden obezlerde daha fazla görüldüğü ile ilgili çeşitli kuramlar vardır. Emosyon uyandıran durumlarla karşılaştıklarında obezler, emosyonlarını tam olarak ayrıştırmakta, tanımakta ve isimlendirmekte zorluk yaşamaktadırlar. Dahası, somut düşünce biçimine sahiptirler ve sembolizasyon yapmakta ciddi güçlükleri vardır. Semboller ve fantezileri, emosyonel çatışmaları çözmek için kullanamamaktadırlar. Sonucunda, somutlaştırmaya ve eyleme vurmaya eğilimlidirler. Bu nedenle obezlerdeki aşırı yeme davranışı, farklılaşmamış, hoş olmayan emosyonel gerginliği ve anksiyeteyi azaltmanın etkin bir yolu olabilir (117). Bir diğer görüşe göre aleksitimi obezite gibi kronik bir hastalığın sonucu değil bağımsız bir değişkeni olarak değerlendirilmelidir (181).

Bu çalışmada, BDE puanları ile TAS-26 puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Literatürdeki pek çok çalışmada da depresyonun (77, 78, 182, 186) ve depresif duygudurumun (13, 84, 86, 96, 187, 188) aleksitimi ile pozitif yönde bir ilişki sergilediği bildirilmiştir. Parker, aleksitimi ile depresyonun bir arada bulunmasının olası nedenlerini şu şekilde özetlemiştir (189):

1.Aleksitimik özelliklerin ortaya çıkışı, stresli durumlarla görülen, depresyona ve anksiyeteye eşlik eden, geçici bir reaksiyon (ikincil aleksitimi) olabilir.

2.Aleksitimi yalnız depresyon değil yaşam niteliğiyle ilgili tüm değişiklikler karşısında ortaya çıkabilen bir yanıttır. Depresyon ise daha çok ikincil aleksitimiyle ilişkilidir ancak bazı hastalarda aleksitimi kalıcı hale gelebilmekte ve birincil (kişilik özelliği olan) aleksitimiden ayırt edilememektedir.

Çalışmamızda psikosomatik hastalık tanısı olan ve olmayan hastalar arasında aleksitimi puanları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Oysa pek çok çalışmada (17, 73, 163, 166) psikosomatik hastalıklarla aleksitimi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgular literatürde bildirilen sonuçlarla tam terstir. Olası nedenlerden biri örneklem sayısının yeterince büyük olmamasının iki kavram arasındaki ilişkiyi etkilemesi ve aslında var olan ilişkinin saklı kalmasıdır. Bir diğer olası neden ise TAS-26'nın görüşmenin en sonunda verilmiş olmasıdır. Görüşmenin sonuna doğru yorulup dikkatleri dağılan hastalar, belli bir konsantrasyon düzeyi gerektiren bu ölçeği aceleyle doldurmuş olabilirler. Ayrıca, psikosomatik hastalık varlığı yalnız çalışmaya katılan bireylerin sözlü beyanları ile değerlendirilmiştir. Hastaların beyanlarını etkileyebilecek her türlü faktör ve tanıların gerçekliği sonucu etkilemiş olabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1.Çalışmamızda, obez hastaların %37'sine ölçütleri karşıladıkları için depresyon tanısı konmuştur.
- 2.BKİ ile şimdiki depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Kadınlarda bu ilişki daha güçlüdür. BKİ ile ömürboyu depresyon görülme sıklığı arasında ise bir ilişki bulunamamıştır.
- 3.BKİ ile aleksitimi ve aleksitiminin alt boyutları arasında pozitif ya da negatif bir ilişki bulunamamıştır.
- 4.Depresyon puanlarının artmasıyla aleksitimi puanlarının da arttığı gözlenmiştir. Katılımcılarda saptanan aleksitimi düzeyi, depresyonla ilişkili bulunmuştur.
- 5.Psikosomatik hastalıklardan, diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, gastrit/ülser, astım tanısı olanlar ile olmayanlar arasında aleksitimi puanları açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir.
- 6.BKİ'nde aşırılık ve depresyon, dünyada gittikçe artmakta olan hastalıklardır. İkisi arasındaki ilişkinin netleştirilmesi halk sağlığı açısından önem taşımaktadır.
- 7.İleride yapılacak BKİ ve depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, genetik değişkenler, egzersiz öyküsü, sosyoekonomik düzey, ayrıntılı diyet öyküsü, ayrıntılı karbonhidrat tüketim miktarı, stigmatizasyon öyküsü, yaşanan çevredeki görünüş normlarının obez bireye etkisi, bu iki kavramı birbirine bağlayan araçlar olabileceklerinden, dikkate alınmaları uygun olacaktır.

EK:

İZLEME İÇİN GÖRÜŞME ÖLÇEĞİ (1991)
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

SIRA NUMARASI: _____

TARİH: _____

GÖRÜŞMENİN BAŞLANGIÇ ZAMANI: _____

A1. CİNSİYET

ERKEK:.....1 KADIN:.....2

A2. Kaç yaşındasınız?

(BİLİNMIYORSA TAHMİN YÜRÜTÜNZ VE A3'U 010101 KODLAYINIZ)

A3. Doğum tarihiniz nedir? _____

A4. (Halen) Evli misiniz, ya da dul, ayrı, boşanmış, hiç evlenmemiş?

EVLI.....1
DUL.....2
AYRI.....3
BOŞANMIŞ.....4
HIÇ EVLENMEMİŞ.....5

A5. (Evlat edinilmiş olanlar ve ölü doğanlar dışında) Kaç çocuğunuz var ? _____
SORULMADIYSA 88 KODLAYINIZ.

A6. Şimdi size işinizle ilgili sorular soracağım. Son bir yıl içinde kaç ay çalıştınız?
KENDİ İŞİ YA DA ÜCRETİ İŞ SAYILACAK, YOKSA 00 KODLANACAK.
ÇALIŞMA BİR AYDAN AZ İSE 01 KODLAYINIZ. _____ AY

A7. Halen çalışıyor musunuz?
(EV KADINIYSA 6 KODLAYIP A8'E GEÇİN)

EVET.....1
HAYIR.....A8'E GEÇ.....5
EV KADINI...A8'E GEÇ.....6

A. Tam gün mü yarım gün mü çalışıyorsunuz ?

TAM GÜN.....1
YARIM GÜN.....2

B. Ne iş yapıyorsunuz?

YAZINIZ: _____

C. Ne tür bir işyerinde çalışıyorsunuz?

YAZINIZ: _____

A8. Kaç yıl okula gittiniz?

HALEN OKULA GİDİYORSA 96 KODLAYIP B1'E GEÇİN
HIÇ OKULA GİTMEDİYSE 97 KODLAYIP B1'E GEÇİN

B1 GEÇEN YILKI SORUN TIBBİ BİR YAKINMA DEĞİLSE B30'A GEÇİNİZ.

Şimdi geçen yıl sağlık ocağına başvurmanıza neden olan sorunlar hakkında soru

soracağım. O zaman varmış.

Bu hala devam ediyor mu ?

HAYIR.....1
EVET....B3'E GEÇ.....5

B2 (YAKINMA)..... en son ne zaman oldu ?

AY ÖN

B3 (YAKINMA)..... bir yıl önce ile (bugün/.... ay önce) arasında devamlı var mıydı?

EVET.....B30'A GEÇ.....1

HAYIR.....5

B4 Bir yıl öncesi ile (YAKINMANIN) son kez olduğu zaman arasında, en az bir ay süren yakınmasız döneminiz oldu mu ?

HAYIR.....B30'A GEÇ.....1

BİR DÖNEM.....2

BİRDEN ÇOK DÖNEM.....3

B5 Geçen yıl içinde kaç ay süreyle (YAKINMANIZ)..... oldu ?

AY

B30. Şimdi sayacağım hastalıklardan şu anda sizde olanlar var mı?

EVET İSE SORUNUZ: Bu sizin için önemli bir sorun mu ?

VARSA ANCAK ÖNEMLİ DEĞİLSE 1'i, VARSA VE ÖNEMLİYSE 2'Yİ İŞARETLEYİNİZ.

VAR ÖNEMLİ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. YÜKSEK TANSİYON.....1 | 2 |
| 2. ŞEKER HASTALIĞI.....1 | 2 |
| 3. ARTRİT(ROMATİZMA).....1 | 2 |
| 4. KALP HASTALIĞI.....1 | 2 |
| 5. BRONŞİT YA DA AMFİZEM.....1 | 2 |
| 6. GASTRİT YA DA ÜLSER.....1 | 2 |
| 7. PARAZİT HASTALIĞI.....1 | 2 |
- (ÖRNEK: SİTMA, BARSAK KURDU)

B31. Şu anda başka bir hastalığınız var mı?

HAYIR.....B33'E GEÇ.....1

EVET.....5

B32. Ne hastalığınız var ?

VARSA SORUNUZ: Bu sizin için önemli bir sorun mu ?

VARSA ANCAK ÖNEMLİ DEĞİLSE 1'i, VARSA VE ÖNEMLİYSE 2'Yİ İŞARETLEYİNİZ.

- | | | | |
|---------------------|---|--------------------------|---|
| 1.İNME.(FELÇ).....1 | 2 | 8.KOLİT.....1 | 2 |
| 2.ASTİM.....1 | 2 | 9. DAMAR HASTALIĞI.....1 | 2 |
| 3.TİROİD.....1 | 2 | 10.KANSER.....1 | 2 |
| 4.HIV +.....1 | 2 | 11.SARA.....1 | 2 |
| 5.BÖBREK.....1 | 2 | 12.ANEMİ.....1 | 2 |
| 6.MESANE.....1 | 2 | 13. MALNÜTRİSYON.....1 | 2 |
| 7.TBC.....1 | 2 | 19. BAŞKA.....1 | 2 |
| | | 99.BİLMİYOR.....1 | |

B33. Lütfen bana son 1 ay içinde aldığınız (değişik) ilaçları sayınız. Bunlar hekim tarafından mı verilmişti?
(ADI BİLİNMIYORSA "ne için verilmişti?" SORUSUNU SORDUKTAN SONRA UYGUN SATIRA DK OLARAK KAYDEDİNİZ.)

ADI	HAYIR	İLACI ÖNEREN	
		KENDİSİ	HEKİM
1 ANTİBİYOTİK	1	4	5
2 ANTİDEPRESAN	1	4	5
3 ANTİENFLAMATUAR	1	4	5
4 ANTİPARAZİT	1	4	5
5 ANTİSPAZMODİK	1	4	5
6 DİURETİK	1	4	5
7 HİPNOTİK	1	4	5
8 LAKSATİF	1	4	5
9 MAJÖR TRANKİLİZAN	1	4	5
10 AĞRI KESİCİ	1	4	5
11 SEDATİF	1	4	5
12 STİMÜLAN	1	4	5
13 ŞİFALİ OTLAR	1	4	5
14 TONİK, VİTAMİNLER	1	4	5
15 BAŞKA	1	4	5

HEPSİ 1 KODLANDIYSA C1'E GEÇİNİZ.

B33A. Komşu, arkadaş gibi başka kişilerden ilaç aldınız mı ?
HAYIR.....1 EVET.....5

B34. YANITLAYANIN ADINDAN EMİN OLAMADIĞI EN AZ BİR İLAÇ VAR MIYDI?
HAYIR...C1'E....1 EVET.....5

B35. ADINDAN EMİN OLUNAMAYAN İLAÇLAR İÇİN İYİ BİRER TAHMİN YAPABİLDİNİZ Mİ?
HAYIR.....1 EVET.....5

E BÖLÜMÜ:DEPRESYON E1-E49

E1-E31 ARASINDA BELİRTİNİN SON 4 HAFTA İÇİNDE OLUP OLMADIĞINI DA (6) KODLAYINIZ. 2 HAFTA SÜRELİ SORULARDA 6 KODU İÇİN BELİRTİNİN VARLIĞI YETERLİDİR.

E1	Yaşamınızda iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün kendinizi üzüntülü, kederli, çökkün hissettiğiniz oldu mu?	1	5 6
E2	Yaşamınızda 2 yıl ya da daha uzun süreyle arada kendinizi iyi hissetseniz de çoğu gün kederli, çökkün oldunuz mu?	HA...E7'YE GEÇİN... EV...A'YI SORUN....5	
A.	Böyle bir dönem (arada 2 ay iyilik hali olmadan) kesintisiz iki yıl sürdü mü ? 5 KODLANMADIYSA E7'YE GEÇİN.	1 2	5
BŞ/SN:	Kendinizi en az iki yıl, zamanın çoğunda üzüntülü, kederli hissettiğiniz dönemlerin (ilki/sonuncusu) ne zaman başladı/bitti ?	BŞ : 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI : _/_ SN : 1 2 3 4 5 6 SN YAŞI : _/_	
E3	Bu dönem boyunca sık sık ağlar mıydınız ?	HA.....1 EV.....5 6	
E4	Bu dönemde kendinizi sıklıkla umutsuz hisseder miydiniz?	HA.....1 EV.....5 6	
E5	Bu iki yıl ya da daha uzun süreli dönemde günlük yaşamla ve sorumluluklarınızla baş edemediğinizi hissettiniz mi?	HA.....1 EV.....5 6	
E6	Bu dönemde yaşamınızın her zaman kötü olduğunu ve daha iyiye de gitmediğini hisseder miydiniz ?	HA.....1 EV.....5 6	

E7- E31 ARASINDA KÖŞELİ PARANTEZ İÇİNDEKİLERİ ATLAYINIZ. KODLAMANI Zİ BİRİNCİ KOLONDA YAPINIZ

		I YAŞAM BOYU	II EN KÖTÜ DÖNEM H E	
E7	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>iştahınızı</u> [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> hiç oldu mu ? BESLENME NORMAL OLSA BİLE POZİTİF OLABİLİR. DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E8'E GEÇİN. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) iştahınızı tümüyle kaybettiniz mi ?	1 4	5* 6*	1 5
A.		HAYIR.....1 EVET.....5	6	1 5
E8	<u>Zayıflamaya çalışmadığınız</u> halde birkaç hafta süreyle haftada 1 kilo ya da toplam 4.5 [kilo verdiniz mi ?] <u>kilo verdiğiniz</u> hiç oldu mu ? DR:..... BAŞKA:..... 5 KODLANMADIYSA E9'A GEÇİN. (Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) kaç kilo kaybettiniz ?	1 4	5* 6*	1 5
A.		KG: _____		KG: _____
E9	Büyüme dönemi (ya da hamilelik) dışında en az 2 hafta süreyle [iştahınız arttı mı ?] <u>iştahınızda artma</u> oldu mu ? DR: BAŞKA:	1 4	5* 6*	1 5
E10	Çok fazla yiyerek <u>birkaç hafta süreyle haftada 1 kilo</u> (ya da toplam 4.5 kilo)[aldınız mı ?] <u>aldığınız</u> bir dönem oldu mu ? MALNUTRİSYON SONRASI İSE 1 KODLAYIN. DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E11'E GEÇİN.	1 4	5* 6*	1 5
A.	(Bu dönemde/ bu dönemlerden birinde) en fazla kaç kilo aldınız ?	KG: _____		KG: _____
E11	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece <u>uykuya dalmakta güçlük</u> [çektiniz mi ?] <u>çektığınız</u> oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E12'YE GEÇİN.	1, 4	5* 6*	1 5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece en az iki saat uykuya dalamadığınız [dalamadınız mı ?] bir dönem oldu mu ?	HAYIR...1 EVET...5	6	1 5
E12	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece [uykunuz bölündü mü ?] <u>uykunuzda bölünmeler</u> oldu mu? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E13'E GEÇİN.	1 4	5* 6*	1 5
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gece bir saatten fazla yatakta uyanık [durdunuz mu ?] durduğunuz oldu mu ?	HAYIR...1 EVET...5	6	1 5

E13	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her sabah <u>çok erken</u> [uyandınız mı ?] <u>uyanma</u> sorunuz oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLADIYSANIZ E14'E GEÇİN.	1	4	5*	6*	1		
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her sabah <u>istediğinizden en az 2 saat erken</u> [uyandınız mı ?] <u>uvandığınız</u> bir dönem oldu mu?	HAYIR.....1						
		EVET.....5 6				1	5	
E14	iki hafta ya da daha uzun süre hemen her gün <u>çok fazla</u> [uyuyor muydunuz ?] <u>uyuduğunuz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA:	1	4	5*	6*	1	5	
E15	iki hafta ya da daha uzun süreyle çok çalışmadığınız halde kendinizi <u>yorgun, halsiz</u> [hissettiniz mi ?] <u>hissettiğiniz</u> bir dönem oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E16'YA GEÇİN.	1	4	5*	6*	1	5	
A.	iki hafta ya da daha uzun süreyle gücünüzün <u>tümüyle</u> tükenmiş olduğunı hissettiniz mi ?	HAYIR....1						
		EVET.....5 6				1	5	
E16	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>sabahları kendinizi çok kötü hissedip gün içinde daha</u> [iyileştiniz mi ?] <u>iyileştiğiniz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA:	1	4	5*	6*	1	5	
E17	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün normalden <u>yavaş konuştüğünüz</u> , ya da <u>yavaş hareket</u> [ettiniz mi ?] <u>ettiğiniz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E18'E GEÇİN.	1	4	5*	6*	1	5	
A.	(Bu dönemde/bu dönemlerden birinde) bir başkası sizin <u>yavaş konuştüğünüzü</u> ya da <u>yavaş hareket</u> ettiğinizi fark etti mi ?	HAYIR....1						
		EVET.....5 6				1	5	
E18	iki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün bir aşağı bir yukarı gidip geldiğiniz, yerinizde <u>duramadığınız</u> [duramayıp], <u>sürekli hareket</u> [ettiniz mi ?] <u>ettiğiniz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA:	1	4	5*	6*	1	5	
E19	<u>Cinsel isteğinizin</u> [Cinsel isteğiniz] <u>her zamankinden çok az</u> [mıydı ?] <u>aldığı</u> birkaç haftalık bir dönem oldu mu ? DR: BAŞKA: HIÇ İSTEĞİ OLMAMIŞSA 2 KODLAYIP E20'YE GEÇİN. 5 KODLANMADIYSA E20'YE GEÇİN.	1	2	4	5*	6*	1	5
A.	Cinsel isteğinizin <u>hiç</u> <u>tümüyle</u> kaybolduğu oldu mu ? [Cinsel isteğiniz <u>tümüyle</u> kayboldu mu ?]	HAYIR....1						
		EVET.....5 6				1	5	
E20	iki hafta ya da daha uzun süreyle işinize ya da hoşunuza giden şeylere <u>ilginizi</u> [kaybettiniz mi ?] <u>kaybettiğiniz</u> oldu mu ? DR: BAŞKA: 5 KODLANMADIYSA E21'E GEÇİN.	1	3	5*	6*	1	5	

İşinize ya da hoşlandığınız şeye ilişkinizi
tümüyle [kaybettiniz mi ?] kaybettiğiniz hiç oldu
mu ?

HAYIR.....1
EVET.....5 6 1 5

E21 İki hafta ya da daha uzun süreyle yaşadığınız
güzel şeyler karşısında (birşey kazanmak, övülmek
gibi)[sevinemediniz mi ?] sevinemediğiniz oldu mu?

HAYIR.....1
EVET.....5 6 1 5

E22 İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün
kendinizi ;1.değersiz
2.günahkar
3.suçlu [hissettiniz mi ?]
hissettiğiniz oldu mu ?

HAYIR EVET
1 5* 6* 1 5
1 5* 6* 1 5
1 5* 6* 1 5

5 VARSA SORUNUZ: Kendinizi (değersiz/ günahkar/
suçlu) hissetmeniz için bir neden var mıydı ?
ÖRNEK:

DEĞERSİZLİK 1 KODLANDIYSA E23'E GEÇİN.

A. Bir hafta ya da daha uzun süreyle kendinizi
tümüyle değersiz [hissettiniz mi ?] hissettiğiniz
oldu mu ?

HAYIR....1
EVET.....5 6 1 5

E23 İki hafta ya da daha uzun süreyle başka
insanlardan aşağı olduğunuzu [hissettiniz mi ?]
hissettiğiniz oldu mu ?

1 5* 6* 1 5

E24 İki hafta ya da daha uzun süreyle hiç bir konuda
fikrinizi söyleyemeyecek kadar kendinize
[güveniniz azaldı mı ?] güveninizin azaldığı oldu
mu ?

1 5* 6* 1 5

5 KODLANMADIYSA E25'E GEÇİNİZ.

A. İki hafta ya da daha uzun süreyle kendinize
güveninizi tümüyle [kaybettiniz mi ?]
kaybettiğiniz oldu mu ?

HAYIR....1
EVET.....5 6 1 5

E25 İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün
dikkatinizi toplamakta güçlük [çektiniz mi ?]
çektığınız oldu mu ?

1 4 5* 6* 1 5

A. DR: BAŞKA:
İki hafta ya da daha uzun süreyle dikkatinizi
veremediğiniz için televizyon, film
izleyemediğiniz, ilginizi çeken konularda
okuyamadığınız oldu mu ?

HAYIR....1
EVET.....5 6 1 5

E26 İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün
düşüncelerinizin yavaşlamış ya da karışık gibi
[geldi mi ?] geldiği oldu mu ?
DR: BAŞKA:

1 4 5* 6* 1 5

E27 İki hafta ya da daha uzun süreyle hemen her gün
sıradan kararları vermekte güçlük [çektiniz mi ?]
çektığınız oldu mu ?

1 4 5* 6* 1 5

DR: BAŞKA:

5 KODLANMADIYSA E28'E GEÇİN.

A. (İki hafta ya da daha uzun süreyle) sıradan konularda
karar verebilme gücünüzü tümüyle [kaybettiniz mi
?] kaybettiğiniz oldu mu ?

HAYIR....1
EVET.....5 6 1 5

E28	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>ölümü</u> çok[düşündünüz mü ?] <u>düşündüğünüz</u> oldu mu ? (kendinizinkini, başkalarınınkini ya da genel olarak ölümü)	1	5*	6*	1	5
E29	iki hafta ya da daha uzun süreyle <u>ölmeyi</u> [istediniz mi ?] <u>istediğiniz</u> oldu mu ?	1	5*	6*	1	5
E30	Hiç <u>intihar etmeyi düşündüğünüz</u> oldu mu ? [intihar etmeyi düşündünüz mü ?]	1	5*	6*	1	5
E31	Hiç <u>intihar girişiminde bulundunuz</u> mu ? [intihar girişiminde bulundunuz mu ?]	1	5*	6*	1	5
E32	E7'DEN BU YANA 3 YA DA DAHA FAZLA KUTUDA 5* YA DA 6* KODU VAR MI?	HAYIR.....1 EVET.....5 / EŞİK: 04				
A.	E7-E31 ARASINDA 6* KODLARINI SAYINIZ					
EŞİĞE ULAŞILDIYSA HASTA İZLEME ÇALIŞMASINA ALINACAKTIR. İZLEME FORMUNU DOLDURUN. E32 1 KODLANDIYSA E38A'YA GEÇİN.						
E33	E1(ÜZGÜN YA DA ELEMLİ) YA DA E20(İLGİ KAYBI) 5 YA DA 6 KODLANDI MI ?	HAYIR...E36'YA GEÇİN...1 EVET.....5				
E34	E7-E31'DE 5* / 6* KODLARI VE E1 YA DA E20 BİRLİKTE Mİ ORTAYA ÇIKMIŞ ?	HAYIR...E38A'YA GEÇ...1 BELİRSİZ.....2 EVET....E37'YE GEÇİN...5				
E36	(E7-E31 ARASINDA 5* KODLANANLARI SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemlerden söz ettiniz. Bu sorunlar hiç birlikte (aynı ay içinde) oldu mu ?	HAYIR..E38A'YA GEÇİN...1 EVET.....5				
A.	Bu sorunlarınız varken kendinizi iyi mi yoksa çökkün, herşeye karşı ilgisiz mi hissediyordunuz?	İYİ..E38A'YA GEÇİN.....1 ÜZGÜN.....5				
E37	(ilk/son) kez ne zaman, 2 hafta ya da daha uzun süreyle bu sorunlarınızın yanı sıra kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiniz ?	BŞ: 1 2 3 4 5 6 BŞ YAŞI : / SN: 1 2 3 4 5 6 SN YAŞI : /				
E38	Kendinizi çökkün (YA DA EŞDEĞERİ) hissettiğiniz ve aynı zamanda saydığımız sorunların da bulunduğu en uzun dönem ne kadar sürdü ?	HAFTA				
TÜM YAŞAM YA DA 19 YILDAN FAZLA İSE 996 KODLAYIN. 52xYIL= HAFTA, 4xAY= HAFTA.						
1-13 GÜN ARASINDA İSE 001 KODLAYIP A-D'Yİ SORUN VE MO'YA GEÇİN. 2 HAFTADAN ÇOK İSE E41'E GEÇİN.						
A.	Bir günden uzun 2 haftadan kısa çökkünlük dönemleriniz oldu mu ?	HAYIR..MO'A GEÇ...1 EVET.....5				
B.	Geçen yıl, hemen her ay ayda bir iki kez böyle dönemleriniz oldu mu ?	HAYIR.....1 HER AY DEĞİL.....2 EVET.....5				

C.	Doktorunuza bu daha kısa süren çökkünlük dönemlerinden söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET.....5
D.	Bu kısa çökkünlük dönemleri yaşamınızı çok aksattı mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E41	Şimdi size (çökkün/EŞDEĞERİ) olduğunuz ve (E7-E31 ARASINDA 5*/6* KODLANAN BİRKAÇ MADDEYİ SAYARAK) gibi sorunlarınızın olduğu dönemleri sormak istiyorum. Yaşamınız boyunca, 2 hafta ya da daha uzun süren böyle kaç dönem oldu ? 96 YA DA DAHA FAZLA İSE 96 KODLAYIN. YALNIZ BİR TANEYSE E42'YE GEÇİN.	NÖBET
A.	Bu dönemler arasında en az birkaç ay süreyle kendinizi iyi hissediyor muydunuz ?	HAYIR...(E42'YE GEÇİN)...1 EVET.....5
B.	Bu dönemler arasında tüm kapasitenizle çalışabiliyor muydunuz, başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanabiliyor muydunuz ?	HAYIR...(E42'YE GEÇİN)...1 EVET.....5
C.	Aradaki bu "normal" dönem en az 6 ay sürdü mü ?	HAYIR.....1 EVET...(E42'YE GEÇİN)...5
D.	Bu dönem en az iki ay sürdü mü ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E42	Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz dönem(ler) yüzünden hiç hastaneye (gündüz ya da tam gün hastası olarak) yattınız mı ?	HAYIR.....1 EVET...(E44'E GEÇİN)...5
E43	Bu dönem(ler)den bir doktora söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET...(2'YE GEÇİN)...5
	1. Bu dönem(ler)den bir başka (profesyonel) kişiye söz ettiniz mi ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	2. Bu dönem(ler)de birden çok kez ilaç kullandınız mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	3. Bu dönem(ler) yaşamınızı, işinizi ve uğraşlarınızı önemli ölçüde aksattı mı ?	HAYIR.....1 EVET.....5
	4. Böyle bir dönem çalışmanızı, dost ve akrabalarınızı görmenizi engelleyecek ölçüde ağır oldu mu ?	HAYIR.....1 EVET.....5
E44	GEÇEN YIL NÖBET VARSA (E37:1-5) SORUN: Geçen yılki (bu dönem/dönemlerden biri) bir yakınınızın ölümünden hemen sonra mı oldu ? ÖLÜMDEN 2 AY GEÇTİKTEN SONRA BAŞLAMIŞSA 1 KODLAYIP E45'E GEÇİN.	HAYIR...(E45'E GEÇİN)...1 EVET.....5
A.	Bu nöbetiniz yakınınızın ölümüne mi bağlıydı ?	EVET, ÖLÜME BAĞLI.....2 HAYIR, YALNIZ ÖLÜME BAĞLI DEĞİL.....5
E45	E41'DE KODLANAN NÖBET SAYISI 1'DEN FAZLA MI ?	HAYIR.....1 EVET...(E47'YE GEÇİN)...5
A.	BAŞLANGICI SON AY İÇİNDE Mİ ? (E37 BŞ 1 YA DA 2 KODLANDI MI ?)	EVET...MO'A GEÇİN.....5 HAYIR.....1
E46	EN UZUN NÖBET 52 HAFTADAN UZUN MU ? (E38)	HAYIR...(E48'E GEÇİN)...1 EVET.....5

E47 Şimdi, en az iki hafta süreyle kendinizi (çökkün /EŞDEĞERİ) hissettiğiniz ve daha önce saydığımız sorunlarınızın en çok olduğu zamanı öğrenmek istiyorum. O zaman kaç yaşındaydınız ? (SEÇEMİYORSA KÖTÜ NÖBETLERDEN BİRİNİ ALIN.)

YAŞ : ____/____

A. ŞİMDİKİ EN KÖTÜ NÖBET Mİ ?

EVET..E49'A GEÇ...5

HAYIR.....1

E48 ____/____ yaşıınızda ortaya çıkan ve kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz bu nöbetinizde sayacağım şikayetlerden hangileri vardı ? (E7'YE DÖNÜN. [] İÇİNDEKİ SÖZLERİ KULLANARAK E7-E31 ARASINDA 5 KODLANAN HER SORUYU OKUYUN.) BELİRTİ BU DEPRESYON NÖBETİNDE VARSA İKİNCİ KOLONDA 5 KODLAYIN. YOKSA İKİNCİ KOLONDA 1 KODLAYIN.

TER NÖBET VARSA MO'A GEÇİNİZ.

E49 Kendinizi (çökkün/EŞDEĞERİ) hissettiğiniz birden fazla nöbetiniz olduğunu söylediniz. Başka nöbetlerinizde şimdi söz ettiğimiz nöbetteki kadar çok şikayetiniz oldu mu ?

HAYIR.....1

EVET, EN AZ BİR TANESİNDE..5

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyunuz. **BU GÜN DAHİL, GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Seçmiş olduğunuz cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız. Eğer bir grupta durumunuzu tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Seçiminizi yapmadan önce her bir gruptaki cümlelerin hepsini dikkatle okuyunuz.**

1. 0 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum
1 Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum
2 Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum
3 O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum

6. 0 Kendimden memnunum
1 Kendi halimden pek memnun değilim
2 Kendime çok kızıyorum
3 Kendimden nefret ediyorum

2. 0 Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim
1 Gelecek hakkında karamsarım
2 Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3 Geleceğim hakkında karamsarım ve artık hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor

7. 0 Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum
1 Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm
2 Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum
3 Her aksaklık karşısında kendimi kabahatli bulurum

3. 0 Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum
1 Çevremdeki pek çok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum
2 Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum
3 Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum

8. 0 Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
1 Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum
2 Kendimi öldürmek isterdim
3 Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm

4. 0 Bir çok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum
1 Herşeyden eskisi kadar hoşlanmıyorum
2 Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor
3 Herşeyden sıkılıyorum

9. 0 Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor
1 Zaman zaman içimden ağlamak geliyor
2 Çoğu zaman ağlıyorum
3 Eskiden ağlayabiliirdim, şimdi istesem de ağlayamıyorum

5. 0 Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum
1 Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum
2 Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum
3 Kendimi her zaman suçlu hissediyorum

10. 0 Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim
1 Eskişine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum
2 Şimdi hep sinirliyim
3 Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor

11. 0 Başkalarıyla görüşmek, konuşmak isteğimi hiç kaybetmedim
- 1 Başkalarıyla eskisine göre daha az konuşmak, görüşmek istiyorum
 - 2 Başkalarıyla konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim
 - 3 Hiç kimseyle görüşüp konuşmak istemiyorum

12. 0 Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum
- 1 Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum
 - 2 Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum
 - 3 Artık hiç karar veremiyorum

13. 0 Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum
- 1 Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor
 - 2 Görünüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum
 - 3 Kendimi çok çirkin buluyorum

14. 0 Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
- 1 Birşeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor
 - 2 Herhangi birşeyi yapabilmek için çok zorlanmam gerekiyor
 - 3 Hiçbir şey yapamıyorum

15. 0 Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum
- 1 Eskiden olduğu kadar iyi uyuyamıyorum
 - 2 Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
 - 3 Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve bir daha uyuyamıyorum

16. 0 Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum
- 1 Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
 - 2 Yaptığım herşey beni yoruyor
 - 3 Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum

17. 0 İştahım her zamanki gibi
- 1 İştahım eskisi kadar iyi değil
 - 2 İştahım çok azaldı
 - 3 Artık hiç iştahım yok

18. 0 Son zamanlarda kilo vermedim
- 1 İki kilodan fazla kilo verdim
 - 2 Dört kilodan fazla kilo verdim
 - 3 Altı kilodan fazla kilo verdim

19. 0 Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor
- 1 Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor
 - 2 Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyler düşünmek zorlaşıyor
 - 3 Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum

20. 0 Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme farketmedim
- 1 Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim
 - 2 Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim
 - 3 Cinsel konulara olan ilgimi şimdi tamamen kaybettim

21. 0 Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor
- 1 Cezalandırılabileceğimi seziyorum
 - 2 Cezalandırılmayı bekliyorum
 - 3 Cezalandırıldığımı hissediyorum

TORONTO ALEKSİTİMİ SKALASI

Aşağıdaki maddeleri dikkatle okuyunuz. Kendi durumunuza uygun olan yanıtınızı her bir maddenin yanındaki uygun gördüğünüz boşluğu işaretleyerek belirtiniz.

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Ağladığımda beni ağlatan şeyin ne olduğunu hep bilirim.					
2. Hayal görmek boşa zaman harcamaktır.					
3. Kesersek bu kadar uğraşacak olmasaydım.					
4. Geçmiş zaman hissettüğim şeyin ne olduğu konusunda kafam karışır.					
5. Gelecek hakkında sıkça hayal kurarım.					
6. Başkaları kadar kolay arkadaş edinemediğimi sanıyorum.					
7. Bir sorunun çözümünü bilmek o çözüme nasıl ulaşıldığını bilmekten daha önemlidir.					
8. Duyguların için uygun sözlerle bulmak benim için güçtür.					
9. İnsanların belli konulardaki görüşünü bilmeyi isterim.					
10. Doktorların bile anlamadığı bazı fiziksel duyumsamaların var.					
11. Bir şeyin bir işi tamamlamış olması bana yetmez, bu şeyin neden ve nasıl çalıştığını bilmem gerekir.					
12. Duygularımı kolayca tanımlaya bilirim.					
13. Problemleri sadece tanımlamaktan çok onları analiz etmeyi tercih ederim.					
14. Sinirim bozuk olduğunda üzüntüümü, korkulumu yoksa öfkeliymi olduğumu bilemem.					

GATA HPAŞA F739

	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
15. Hayal gücümü bolca kullanırım.					
16. Yapacak başka işim olmadığında hayal kurmakla çok zaman geçiririm.					
17. Bedenimdeki duygular beni genellikle hayrete düşürür.					
18. Nüfuzla hayal kurarım.					
19. Olayların için o şekilde sonuçlandırdıklarıyla taktıkları senaryoları bitirme, bırakmayı tercih ederim.					
20. Hiçbir olayla ilgilenmiyorum.					
21. İnsanın duygularına yakın olması önemlidir.					
22. İnsanlar hakkında neler hissettiğimi tahmin etmek benim için zordur.					
23. Tanıdıklarımda duygularımdan daha az duygusuz benim üstemdir.					
24. İnsanların davranışlarına açıklama bulamazsam.					
25. İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.					
26. Çoklu zaman neden kızgın olduğunu bilmem.					

DATA H.P.A.S.A.F.731

8.KAYNAKLAR

1. WHO Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva, World Health Organization, 1998
- 2.Antipatis VJ, Gill TP Küresel Bir sorun olarak obezite. International Textbook of Obesity, Ed. Per Bjorntorp, 1.Baskı, Wiley, s. 3-4, 2002
- 3 .Obesity. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA, Ninth Edition, Philadelphia, Lipincott Williams & Wilkins, s. 751-755, 2003
- 4.Shils ME, Olson JA, Shike M Obesity In Modern Nutrition.Malvern, PA: Lea & Febiger, 1994
- 5.Health implication of obesity. NIH Consensus Statement Online 1985, Feb 11-13 (cited 1997 Jan 7) 5:1, 1997
- 6.Crowley V, Vidal Puig AJ. Mitochondrial uncoupling proteins and obesity. Nutr Metab Cardiovasc Dis 11:70, 2001
- 7.Shuldiner AR, Yang R, Gong DW Resistin obesity and insulin resistance- the emerging role of adipocyte as an endocrine organ. New England Journal Of Medicine 345:1345, 2001
- 8.Mayer J, Overweight: Causes, cost and control. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1968
- 9.Graeme J.Taylor, R.Michael Bagby.New trends in alexithymia research. Psychother Psychosom 73: 68-77, 2004
- 10.Jochen Müller,Markus Bühner,Heiner Ellgring Relationship and Differential Validity of Alexithymia and depression: Acomparision of the Toronto Alexithymia and self-rating depression scales Psychopathology 36: 71-77,2003
- 11.Alexithymia in the German general population:Soc. Psychiatr Epidemiol 43: 54-62, 2008
- 12.Salminen JK,Saarijavi S, Aarela E, Toikka T Prevalance of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. J Psychosom Res 46: 75-82, 1999
- 13.Honkalampi K, Hittikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. J Psychosom Res. 48: 99-104, 2000

- 14.Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Javelin MR, Joukamaa. Prevalance and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Compr Psychiatry* 42: 471-476
- 15.Masayo Kojima, Yoshihiro Senda, Teruo Nagaya, Shinkan Tokudome, Toshiaki A, Furukawa B. Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. *Psychother Psychosom* 72:307-314, 2003
- 16.Dr.İ Ferhan Dereboy Aleksitimi. Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* I: 3, 1990
- 17.Tomoyuki Mantani, Tosinari Saeki. Factors related to anxiety and depression in women with breast cancer and their husbands: role of alexithymia and family functioning : *Support Care Cancer* 15: 859-868, 2007
- 18.Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge university Press, 1997
- 19.Suslow T, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comreh Psychiat* 39: 377-385, 1998
- 20.Lundth L-G , Simonsson-Sarnecki M. Alexithymia and cognitive bias for emotional information . *Pers Indiv Diff* 32: 1063-1075, 2002
- 21.Bucci W, Kabasakalian-Mc Kay R, and the RA Research group. Scoring referential activity. Instructions for use with transcripts of spoken narrative texts. Ulm, Ulmer Textbank 1992
- 22.Bucci W. Psychoanalysis and cognitive science. A Multiple code theory New York Guilford Press, 1997
- 23.Taylor GJ. Somatization and conversion. Distinct or overlapping constructs. *J Amer Acad Psychoanal Dyn Psychiat* 31: 485-506, 2003
- 24.Hoppe KD, Bogen JE. Alexithymia in twelve commissurotomized patients. *Psychother Psychosom* 28: 148-155, 1977
- 25.Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight ? *Biol Psychiat* 42: 834-844, 1997
- 26.Shallice T . Theory of mind and the prefrontal cortex. *Brain* 124: 247-248, 2001
- 27.Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele P-F, Poline J, Consoli SM, Martinot J-L. Effect of impaired recognition and expression of emotions on fronto-cingulate cortices: An f MRI study of men with alexithymia. *Am J Psychiat* 159: 961-967, 2002
- 28.Gündel H, Lopez A, Deus J, Cardoner N, Mittag B, Ceballos-Baumann A, von Rad M, Pujol J. Anatomical variability of the anterior cingulate cortex in relationship to alexithymia (abstr). *Psychosom Med* 64:110, 2002

29. Huber M, Herholz K, Thiel A, Müller-Küppers M, Ebel H, Subić-Wrana C, Heiss W-D. Different patterns of regional brain activation during emotional stimulation in alexithymics in comparison with normal controls. *Psychother Psyc Med Psychol* 52: 469-478, 2002
30. Kano M, Fukudo S, Gyoba J, Kamachi M, Tagawa M, Mochizuki H, Itoh M, Hongo M, Yanai K. Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: An H2150-PET study. *Brain* 126: 1474-1484, 2003
31. F. Pedrosa, N. Ridout. Facial emotion recognition and alexithymia in adults with somatoform disorders. *Depression and Anxiety* 25: E133-E141, 2008
32. Hariri AR, Bookheimer SY, Mazziotta JC. Modulating emotional responses: Effects of a neo-cortical network on the limbic system. *Neuro Report* 11: 43-48, 2000
33. Gazzaniga MS: Consciousness and the cerebral hemispheres; in Gazzaniga MS (ed), *The cognitive Neurosciences*. Cambridge MA, MIT Press, 1391-1400, 1995
34. Aftanas LI, Varlamov AA, Reva NV, Pavlov SV. Disruption of early event related theta synchronization of human EEG in alexithymics viewing affective pictures. *Neuroscience Letters* 340: 57-60, 2003
35. Larsen JK, Brand N, Bermond B, Hijman R. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia: a review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research* 54: 533-541, 2003
36. Lane RD, Schwartz GE. Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry* 144: 133-143, 1987
37. De Gucht V, Fischler B, Heiser W. Neuroticism, alexithymia, negative affect and positive affect as determinants of medically unexplained symptoms. *Personality and individual differences* 36, 1655-1667, 2004
38. Phoebe E, Bailey, Julie D. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research* 150: 13-20, 2007
39. Marwin W, Alexander G: Alexithymia and somatization: *The Journal of Nervous and Mental Disease* Vol. 176, No: 6, 1988
40. Krystal H: *Integration and self-healing: Affect, Trauma and alexithymia*. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988
41. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H, Lyengar S, Beers SR, Hall J, Moritz G: Brain structure in pediatric maltreatment-related post traumatic stress disorder. A Sociodemographic matched study. *Biol Psych* 52: 1066-1078, 2002

42. Teicher MH: Wounds that time won't heal: The neurobiology of child abuse. *Cerebrum* 2 : 50-67, 2000
43. De Bellis MD, Baum AS, Bimaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM, Jenkins FJ, Ryan ND. Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biol Psychiat* 45: 1259-1270, 1999
44. Berenbaum H. Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *J Psychosom Res* 41: 585-595, 1996
45. Moormann PP, Bermond B, Albach F, van Dorp I. The ethiology of alexithymia from the perspective of childhood sexual abuse; in Vingerhoets A, van Bussel F, Boelhouwer J (eds). *The (Non) expression of emotions in health and disease*. Tilburg University Press, 139-153, 1997
46. Kooiman CG, van Rees Vellinga S, Spinhoven P, Draijer N, Trijsburg RW, Rooijmans HGM. Childhood adversities and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychother Psychosom* 73: 107-116, 2004
47. Joukama M, Kokkonen P, Veijola J, Laksy K, Karvonen JT, Jokelainen J, Jarvelin M-R. Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring: A prospective study. *Psychosom Med* 65: 307-312, 2003
48. Schore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Devel Psychopath* 8: 59-87, 1996
49. Cassidy J. Emotion regulation: Influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev*. 59: 228-249, 1994
50. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Devel Psychopath* 9: 679-700, 1997
51. Beckendam CC: Dimensions of emotional intelligence: Attachment, affect regulation, alexithymia and empathy. Doctoral dissertation, The Fielding Institute, Santa Barbara, CA, 1997
52. Scheidt CE, Waller E, Schnock C, Becker-Stoll F, Zimmermann P, Lücking H, Wirsching M: Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *J Nerv Ment Dis* 187: 47-52, 1999
53. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F, Petti P: Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *J Nerv Ment Dis* 189: 311-316, 2001
54. Lumley MA, Oviatt T, Stettner L, Wehmer F, Lakey B: Alexithymia, social support and health problems. *J Psychosom Res* 41: 519-530, 1996

55. Posse M, Hallstrom T, Backenroth-Ohsako G. Alexithymia social support, psychosocial stress and mental health in a female population. *Nord J Psychiat* 56: 329-334, 2002
56. Stern RM, Sisson CEE. Response patterning, in Caicoppo JT, Tassinari LG(eds): *Principles of psychophysiology: Physical, Social and inferential Elements*. Cambridge, Cambridge University Press, 193-215, 1990
57. Luminet O, Rime B, Bagby RM, Taylor GJ. A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and emotion* 18(6), 741-766, 2004
58. Stone LA, Nielson KA. Intact physiological response to arousal with impaired emotional recognition in alexithymia. *Psychother Psychosom* 70: 92-102, 2001
59. Mueller J: Physiological and subjective reactions of alexithymic patients to emotion-inducing films(abstr.) *Psychosom Med* 64: 88, 2002
60. Philippot P: Inducing and assessing differentiated emotion-feeling states in the laboratory. *Cognition and emotion* 7: 171-193, 1993
61. Hagemann D, Naumann E, Maier S, Becker G, Lürken A, Bartussek D. The assessment of affective reactivity using films. Validity, reliability and sex differences. *Pers Indiv Diff* 26: 627-639, 1999
62. Porges SW. Vagal Tone: An autonomic mediator of affect, in Garber J, Dodge KA(eds): *The Development of emotion regulation and dysregulation*. Cambridge, Cambridge university Press, 11-128, 1991
63. Schweiger E, Wittling W, Genzel S, Block A: Relationship between sympathovagal tone and personality traits. *Pers Indiv Diff* 25: 327-337, 1998
64. Byrne N, Ditto B, Silverman C. Alexithymia and autonomic reactivity to emotion inducing films. Poster presentation at the second international conference on the (non) expression of emotions in health and disease Tilburg. The Netherlands, June 9-11, 1999
65. Parker JDA, Bauerman TM, Smith CT. Alexithymia and impoverished dream content: Evidence from rapid eye movement sleep awakenings. *Psychosom Med* 62: 486-491, 2000
66. De Gennaro L, Ferrera M, Cristiani R, Curcio G, Martiradonna V, Bertini M. Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosom Med* 65: 301-306, 2003
67. Grabe H.J., Spitzer C. Brief Report ; Alexithymia and personality in relation to Dimensions of Psychopathology. *American Journal of Psychiatry* 161: 1299-1301, 2004
68. Berthoz S, Consoli S, Perez-Diaz F, Jouvent R. Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry* 14: 372-378, 1999

69. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive compulsive disorder and depression. *Psychosomatics* 42: 235-240, 2001
70. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short term psychotherapy. *Am J Psychother* 58: 150-161, 2004
71. Spitzer C, Siebel-Jurges U, Barnow S, Grabe HJ. Alexithymia and interpersonal problems. *Psychother Psychosom* 74: 240-246, 2005
72. Honkalampi K, Hintikka J. Long Term Alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology. *Psychother Psychosom* 76: 312-314, 2007
73. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 45: 134-142, 2000
74. Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, Tamminen T. Alexithymia-state or trait? One year follow up study of general hospital psychiatric consultation outpatients. *J Psychosom Res* 38: 681-685, 1994
75. Martinez-Sanchez F, Ato-Garcia M, Ortiz-Soria B. Alexithymia-State or trait? *Spanish J Psychol* 6: 51-59, 2003
76. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamaki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychother Psychosom* 69: 303-308, 2000
77. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamaki H. Alexithymia and depression. A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 42: 229-234, 2001
78. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: A 1 year follow up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res* 51: 729-733, 2001
79. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. Alexithymia and depression: A five year follow up study (abstr). *J Psychosom Res* 52: 365, 2002
80. Santor DA, Bagby RM, Joffe RT. Evaluating stability and change in personality and depression. *J Pers Soc Psychol* 73: 1354-1362, 1997
81. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom* 70: 227-282, 2001
82. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 65: 911-918, 2003

- 83.Larsen K,Strien T. Gender differences in the association between alexithymia and emotional eating in obese individuals. *Journal of Psychosomatic Research* 60: 237-243, 2006
- 84.Wise TN, Jani NN.Alexithymia. Relationship to severity of medical illness and depression.*Psychother Psychosom* 50: 68-71,1988
- 85.Cohen K,Auld F. Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *J Psychosom Res* 38:119-127,1994
- 86.Rief W,Heuser J.What does the TAS-R measure? *J Clin Psychol* 52:423-429,1996
- 87.Sifneos PE. Alexithymia,clinical issue ,politics and crime. *Psychother Psychosom* 69: 113-116, 2000
- 88.Beresnevaite M. Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients. A preliminary study.*Psychother Psychosom* 69: 117-122, 2000
- 89.Wise TN, Mann LS, Sheridan MJ. Relationship between alexithymia dissociation and personality in psychiatric outpatients. *Psychother Psychosom* 69: 123-127, 2000
- 90.Bagby RM, Taylor GJ:TAS.Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother Psychosom* 45: 207-215,1986
- 91.Kojima M, Frasure-Smith N. Alexithymia following myocardial infarction: Psychometric properties and correlates of the TAS. *J Psychosom Res* 51: 487-495, 2001
- 92.Kirmayer LJ. Languages of suffering and healing:Alexithymia as a social and cultural process.*Transcult Psychiatr Res Rev* 24: 119-136, 1987
- 93.Kosten TR, Krystal JH. Alexithymia as a predictor of treatment response in post traumatic stres disorder. *J Traumatic Stress* 5:41-50, 1992
- 94.Bach M, Bach D. Predictive value of alexithymia:A Prospective study in somatising patients. *Psychother Psychosom* 64: 43-48,1995
- 95.Yehuda R, Steiner A,Kahana B,Binder-Byrnes K. Alexithymia in holocaust survivors with and without PTSD. *J Traumatic Stress* 10: 93-100,1997
- 96.Aarela E,Saarijavi S.Alexiithymic Features do not predict compliance with Psychotherapy in consultation liasion patients.*General Hospital Psychiatry* 19: 229-233, 1997
- 97.Lane RD,Sechrest L, Riedel R, Shapiro DE. Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style. *Psychosom Med* 62: 492-501, 2000

98. Pennebaker JW. Health effects of the expression and non expression of emotions through writing: in Vingerhoets A, van Bussel F, Boelhouwer J : The non expression of emotions in health and disease. Tilburg, Tilburg university press, 267-278, 1997
99. Lumley MA, Kelley J, Kraft C. Alexithymia moderates the effects of emotional disclosure in chronic pain. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Toronto, August 10, 2003
100. Paez D, Velasco C, Gonzales JL. Expressive writing, alexithymia as a dispositional deficit in self disclosure and psychological health. *J Pers Soc Psychol* 77, 630-641, 1999
101. Solano L, Donati V, Pecci F. Post operative course after papilloma resection : Effects of written disclosure of the experience in subjects with different alexithymia levels. *Psychosom Med* 65, 477-484, 2003
102. Snowden DA, Greiner LH, Kemper SJ, Navakkara N, Mortimer JA. Linguistic ability in early life and longevity: Findings from the nun study: The paradoxes of longevity, Berlin Springer-Verlag, 103-113, 1999
103. Danner DD, Snowden DA, Friesen WV. Positive emotions in early life and longevity. Findings from the nun study. *J Pers Soc Psychol* 80: 804-813, 2001
104. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Julkunen J. Alexithymia and risk of death in middle aged men. *J Psychosom Res* 41, 541-549, 1996
105. Speranza M, Corcos M. Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research* 135: 153-163, 2005
106. Slochower J. Anxiety, perceived control and eating in obese and normal weight person. *Appetite* 1: 75-83, 1980
107. Slochower J, Kaplan SP, Mann L. The effects of life stress and weight on mood and eating. *Appetite* 1;2: 115-125, 1981
108. Van Strien T. Ice cream consumption, tendency toward over eating, and personality. *Int J Eat Disord* 28: 460-464, 2000
109. Pinaquy S, Chabrol H, Simon C, Louvet JP. Emotional eating, alexithymia and binge eating disorder in obese women. *Obes Res* 11: 195-201, 2003
110. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby R. The 20 Item Toronto Alexithymia Scale: III Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Med*. 55: 269-275, 2003
111. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Compr Psychiatry* 39: 377-385, 1998

- 112.Müller J, Dettmer D.The attitudes to chocolate questionnaire: Psychometric properties and relationship to dimensions of eating. *Appetite* 50: 499-505, 2008
- 113.Wheeler,Greiner P,Boulton M. Exploring alexithymia, depression and binge eating in self-reported eating disorders in women: *Perspectives in Psychiatric care* vol 41, no :3 July-september, 2005
- 114.de GrootJM, Rodin G, Olmsted MP. Alexithymia, depression and treatment outcome in bulimia nervosa.*Compr Psychiatry* 36: 53-60, 1995
- 115.Schmidt U,Jiwany A,Treasure J. A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Compr Psychiatry* 34: 54-58, 1993
- 116.Speranza M.,Loas G. Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3 year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 63: 365-371, 2007
- 117.Legoretta G.Alexithymia and symbolic function in the obese *Psychother Psychosom* 50: 88-94, 1988
- 118.Slochower.Excessive eating:the role of emotions and environment.Human science press,New York:1983
- 119.Waysfeld B,Le Barzic M. "La Pense Operatoire" in obesity:*Psychotherapy and Psychosomatics* 28(1-4): 127-132, 1977
- 120.Marty P,De M'uzan N. La Pensee operateire.*Revue fr. Psychanak.* 27: 13-45,1963
- 121.A.Morosin G.Riva.Alexithymia in a clinical sample of obese women. *Psychological Reports* 80: 387-388,1997
- 122.Garner D, Olmstead M, Polivy J, Garfinkel PE. Comparison between weight preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosom Med* 46: 255-266, 1984
- 123.Steiger H, Leung FYK, Puentes Neuman G, Gottheil. Psychological profiles of adolescent girls exhibiting varying degrees of eating and mood disturbances. *International Journal of eating adaisorders* 11: 121-131, 1992
124. Sifneos. The presence of alexithymic charecteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 22: 253-263, 1973
- 125.Bull&Legoretta.Outcome of gastric surgery for morbid obesity:weight changes and personality traits:*Psychotherapy and Paychosomatics* 56:146-156, 1991
- 126.Clerici M, Albonetti S, Papa R. Alexithymia and obesity :study of the impaired symbolic function by the rorschach test:*Psychotherapy and Psychosomatics* 57: 88-93, 1992
127. Slochower J. Emotional labelling and over eating in obese and normal individuals. *Psychosomatic Medicine* 38: 131-139, 1976

- 128.de Zwaan M,Bach M,Mitchell J,Ackard D. Alexithymia,obesity and binge eating disorder.International Journal of Eating disorders 17: 135-140, 1995
- 129.Cochrane CE,Brewerton TD,O'Neil P. Alexithymia in obese patients with and without binge eating disorders. Paper presented at the 6th international conference on eating disorders, New York ,NY, April
- 130.Lawlor D,Hart C.BMI in middlelife and future risk of hospital admission for psychoses or depression:findings from the Renfrew/Paisley study, 37: 1151-1161, 2007
- 131.Ross CE. Overweight and depression. J Health Soc. Behav. 35(1):63-79, 1994
- 132.Han ,T.S.,Tijhuis,M.A.,Lean,M.E. and Seidell, J.C. Quality of life in relation to overweight and body fat distribution.American Journal of Public Health 88: 1814-1820, 1998
- 133.Hallstrom T, Noppa H. Obesity in women in relation to mental illness, social factors and personality traits. J Psychosom Res 25:75-82 , 1981
- 134.Faubel M: Body image and depression in Women with early and late onset obesity,Journal of psychology 123: 385-395, 1989
- 135.Crisp, A.H.& Mc. Guinness,B.Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in the general population.British Medical Journal 1: 7-9, 1976
- 136.Crisp,A.H.,Quennan,M.,Sittampaln,Y.&Harris,G."Jollyfat" revisited.Journal of Psychoneurosis Research 24: 233-241, 1980
- 137.Palinkas LA,Wingard DL,Barrett Connor E.Depressive symptoms in overweight and obese older adults:a test of the "jolly fat" hypothesis. J Psychosom Res 40: 59-66, 1996
- 138.Carpenter,Hasin. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder,suicide ideation and suicide attempts:results from a general population study:Am J Public Health 90:251-257, 2000
- 139.Noppa H and Hallstrom T. Weight gain in adulthood in relation to socio economic factors, mental illness, and personality traits: a prospective study of middle-aged women .Journal of Psychosomatic Research 117, 3- 20, 1981
- 140.Istavan, J.,Zavelta, K.& Weidner, G.Body weight and psychological distress in NHANES 1.International Journal of Obesity 16: 999-1003, 1992
- 141.Onyike, C.U.,Crum, R.M.,Lee, H.B.,Lyketsos, C.G. & Eaton, W.W. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey.American Journal of Epidemiology 158, 1139-1147, 2003

- 142.Simon, G.E., Von Korff,M.,Saunders,K.,Migliaretti,D.L.,Crane,P.K.,van Belle,G.&Kessler, R.C.Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population.Archives of General Psychiatry 63, 824-830, 2006
- 143.Roberts RE,Kaplan GA,Shema Sj,Strawbridge WJ:Are the obese at greater risk for depression? Am J Epidemiology 152:163-170, 2000
- 144.Magnusson P,Rasmussen F,Lawlor DA,Tynelius P. Association of body mass index with suicide mortality: A prospective cohort study of more than one million men. American Journal of Epidemiology 163: 1-8, 2005
- 145.Liese AD, Mayer-Davis EJ& Haffner SM, Development of the multiple metabolic syndrome: an epidemiologic perspective. Epidemiologic Reviews 20: 157-172,1998
- 146.Wyatt RJ,Henter ID,Mojtabai R. Height,weight and BMI in psychiatrically ill US Armed forces personnel. Psychological Medicine 33,363-368,2003
- 147.Pine DS,Goldstein RB,Wolk S. The association between childhood depression and adulthood BMI 107: 1049-1056, 2001
- 148.Stunkard A:Depression and obesity. Biological Psychiatry 54: 330-337, 2003
- 149.Faith MS, Matz PE, Jorge MA Obesity-depression associations in the population. Journal Of Psychosomatic Research 53(4):935-42, 2002
- 150.Moore ME,Stunkard A,Srole L. Obesity,social class and mental illness. JAMA 181: 962-966, 1966
151. Comings DE,Gade R,Mac Murray JP,Muhleman D. Genetic variants of the human obesity gene: Association with body mass index in young women,psychiatric symptom and interactions with the dopamine D2 receptor gene. Mol Psychiatry 1: 325-335, 1996
- 152.Ketterer MW,Brymer J,Rhoads K, Kraft P, Kenyon L. Emotional distress among males with syndrome X. J Behav Med 19: 455-466, 1996
- 153.Lissau I,Sorensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity during adulthood.Lancet 343: 324-327, 1994
- 154.Felitti VJ,Anda RF,Nordenberg D, Williamson DF,Spitz AM. Relationship of childhood abuse and household disfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse Childhood experiences study. Am J Prev Med 14: 245-258, 1998
- 155.Williamson DF,Thompson TJ,Anda RF,Dietz WH. Body weight and obesity in adults and self reported abuse in childhood. Int J Obes 26: 1075-1082, 2002
- 156.King TK, Clark MM, Pera V. History of sexual abuse and obesity treatment outcome. Addict Behav 21: 283-290, 1996

157. Thompson JK,Coovert M,Richards KJ,Johnson S. Development of body image and eating disturbance in young females.Covariance structure modeling and longitudinal analyses. *Int J Eat Disord* 18: 221-236, 1995
158. Yanovski SZ. Binge eating disorder:Current knowledge. *Obes Res* 1: 306-324, 1993
159. Sherwood NE,Jeffrey RW,Wing RR. Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *Int J Psychiatry* 23: 485-493, 1999
- 160.Bjorntorp P,Rosmond R.Obesity and cortisol. *Nutrition* 16: 924-936, 2000
- 161.Modestin J, Furrer R. Study on alexithymia in adult non patients. *Journal of Psychosomatic Research* 56: 707-709, 2007
- 162.Salonen J., Johansson R. Alexithymia,depression and tinnitus in elderly people.*General Hospital Psychiatry* 29: 431-435, 2007
- 163.Todarello O,Taylor GJ,Parker JDA. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: A comparative study. *J Psychosom Res* 39: 987-994, 1995
- 164.Jula A,Salminen JK,Saarijavi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*. 33: 1057-1061, 1999
- 165.Porcelli P,Zaka S,Lecoci C,Centone S,Taylor GJ.Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case control study. *Psychother Psychosom* 64: 49-52, 1995
- 166.Conrad R, Geiser F. Relationship between anger and pruritis perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *Journal European Academy of Dermatology and Venerology*, 1062-1069, 2008
- 167.Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. Construct validity of the Toronto Alexithymia Scale.*Psychother Psychosom* 50: 29-34, 1988
- 168.Dereboy İF:Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikomatik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma(yayınlanmamış uzmanlık tezi):Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi:1990
- 169.Beck AT,Ward CH:An inventory for measuring depression.*Archives of General Psychiatry* 4: 561-571, 1961
- 170.Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine bir Çalışma.*Psikoloji Dergisi* 6(22): 118-122, 1988
- 171.Katz JR,Taylor NF,Goodrick S,Perry L,Yudkin JS,Coppack SW,Central obesity,depression and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in men and postmenopausal women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 24: 246-251, 2000
- 172.Özmen,Özmen : The association of self esteem depression and body satisfaction and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents:*BMC Public Health* 7: 80, 2007

- 173.Kim O, Kim K: Body weight,self esteem and depression in Korean Female Adolescents :Adolescence 36: 315-322, 2001
- 174.Lamertz CM, Jacobi C,Yassouridis A,et al.Are obese adolescents and young adults at higher risk for mental disorders? A community survey. Obes Res 10: 1152-1160, 2002
- 175.Friedman MA,Brownell KD Psychology correlates of obesity: moving to the next research generation. Psychol. Bull 117: 3-20, 1995
- 176.John U, Meyer C,Rumpf HJ. Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. Obes Res 13:101-109, 2005
- 177.Stewart AL,Brook RH:Effects of being overweight. Am J Public Health 73: 171-178, 1983
- 178.Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ. Prospective association betweenobesity and depression.evidence from Alameda County Study. International Journal of Obesity 27: 514-521, 2003
- 179.Baldaro,Rossi.Defisit in the discrimination of nonverbal emotions in children with obesity and their mothers:International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders27: 191-195, 2003
- 180.Fukunishi I&Kaji. Externally oriented thinking of obese men and women. Psychological Reports 80:219-224, 1997
- 181.Adami G, Campostano A. Alexithymia and body weight in obese patients:Behavioral Medicine 27: 121-126, 2001
- 182.Duddu V,Isaac MK,Chaturverdi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders, J Psychosom Res 54: 435-438, 2003
- 183.Wise TN, Mann LS, Randell P. The stability of Alexithymia in depressed patients. Psychopathology 28:173-176, 1995
- 184.Loas G,Dhee-Perot P,Chaperot C. Anhedonia,Alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. Psychopathology 31: 206-212, 1998
- 185.Honkalampi K,Saarinen P,Hintikka P.Factors associated with Alexithymia in patients suffering from depression.Psychother Psychosom 68: 270-275, 1999
- 186.Speranza M,Corcos M,Stephan P,Loas G, Perez Diaz F, Lang F, Venisse JL, Bizouard P, Flament M, Halfon O, Jeammet P. Alexithymia, depressive experiences and dependency in addictive disorders. Subst Use Misuse 39: 567-595, 2004
- 187.Hendryx MS,Haviland MG. Dimensions of Alexithymia and their relationship to anxiety and depression:Journal of Personality Assesment 56:227-237,1991

- 188.Saarijarvi S,Salminen JK:Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients.General Hospital Psychiatry:15:330-333, 1993
- 189.Parker JDA,Bagby RM,Taylor GJ.Alexithymia and depression:Distinct or overlapping constructs? Compr Psychiatry 32: 387-394, 1991