

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**OBEZ HASTALARIN OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERİ
İLE YEME TUTUMLARI VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. DAMLA ALP

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. NEVZAT YÜKSEL

ANKARA

OCAK 2013

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

**OBEZ HASTALARIN OBSESİF-KOMPULSİF BELİRTİLERİ
İLE YEME TUTUMLARI VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. DAMLA ALP

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. NEVZAT YÜKSEL

ANKARA

OCAK 2013

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AN	: Anoreksiya Nevroza
BDÖ-11	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BN	: Bulimiya Nevroza
DA	: Dopamin
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DRD2	: Dopamin D ₂ reseptörü
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders-IV
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MOKSL	: Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKSB	: Obsesif Kompulsif Spektrum Bozukluğu
SCID-I	: Structured Clinical Interview For Dsm-IV Axis I Disorders
SCID-II	: Structured Clinical Interview For Dsm-IV Axis II Disorders

SCL-90	: Syntom Check List-90
SKB	: Sınırdaki Kişilik Bozukluğu
TEKHARF	: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
TYD	: Tıkınırca Yeme Davranışı
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WUDÖ	: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği
yy	: Yüzyıl
YTT	: Yeme Tutumu Testi

TABLÖLAR

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	48
Tablo 2. Örneklemi Oluşturan Gruplara Ait SCL-90 Puan Ortalamaları	51
Tablo 3. Örneklem Grubuna Ait Yeme Davranışları ve SCID-II Sonuçları	52
Tablo 4. Elde Edilen Değişkenler Açısından Gruplar Arasındaki Farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	55
Tablo 5. Obez Hastalarda Tedaviye Gelen ve Gelmeyen Hastalar Arasında Değişkenler Açısından Student T-Testi Sonuçları	58
Tablo 6. Obez Hastalarda Tıkınırcı Yeme Davranışı Olan ve Olmayan Hastalar Arasında Değişkenler Açısından Student T-Testi Sonuçları	60
Tablo 7. Obez Hastalarda DEHB Olan ve Olmayan Hastalar Arasında Değişkenler Açısından Student T-Testi Sonuçları.....	63
Tablo 8 Örneklem Gruplarına Uygulanan Ölçekler ve Vücut Kitle İndeksi Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	64

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	I
TABLOLAR.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Obezitenin Tanımı	2
2.2. Obezite Kavramının tarihçesi	3
2.3. Obezitenin Epidemiyolojisi	6
2.4. Obezitenin Etiyolojisi.....	8
2.4.1. Nöroendokrin nedenler.....	9
2.4.2. Genetik nedenler	10
2.4.3. Çevresel nedenler	11
2.4.4. Psikolojik nedenler.....	13
2.5. Obezite ve Psikopatoloji	14
2.6. Obezitede yeme tutumu ve yeme bozuklukları	17
2.7. Obezite ve Dürtüsellik	24
2.8. Obezite ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	27
2.9. Obezite ve Obsesif-Kompulsif Spektrum Bozuklukları	30
2.10. Obezitede Komplikasyonlar.....	31
2.11. Obezitenin Tedavisi	34
2.12. Amaç	36
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	37
3.1. Örneklem Grubu.....	37
3.1.1. Obez grubu oluşturma kriterleri	37
3.1.2. Obez grubu dışlama kriterleri	38
3.1.3. Kontrol grubu oluşturma kriterleri	38
3.1.4. Kontrol grubu dışlama kriterleri.....	38

3.1.5. Kilolu grubu oluşturma kriterleri	39
3.1.6. Kilolu grubu dışlama kriterleri	39
3.2. Kullanılan lekler.....	39
3.2.1. Sosyodemografik veri formu	39
3.2.2. Yeme Tutumu Testi	40
3.2.3. Wender Utah Derecelendirme leği.....	40
3.2.4. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi	41
3.2.5. Barrat Dürtüsellik leği-11.....	41
3.2.6. Belirti Tarama Listesi	42
3.2.7. Psikiyatrik Görüşme	43
3.3. İstatiksel Değerlendirme	43
4. BULGULAR	45
5. TARTIşMA	65
6. SONUÇ	80
7. KAYNAKLAR.....	82
8. ÖZET	114
9. SUMMARY.....	116
10. EKLER.....	118
11. ZGEMİş	127

1- GİRİŞ:

Obezite hem çocukluk ve ergenlik, hem de erişkinlikte görülen modern dünyanın en yaygın ve ciddi sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir (1, 2). Obezitenin tanımı vücuttaki yağ oranının artması şeklinde yapılabilir (3). Obezite, kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine bölümü (kg/m^2) olarak tanımlanan Vücut Kitle İndeksi (VKİ) ile belirlenmektedir. VKİ'nin 30 kg/m^2 ve üzeri olması obezite olarak kabul edilmektedir. Obezitenin oluşumunda yüksek kalorili besinlerin aşırı alınması ve günlük harcanan enerji miktarının azalması temel sorun olarak kabul edilmektedir. Çoğul genetik etmenlerin güçlü ve farklı çevresel etmenlerle etkileşimi obeziteyi meydana getirmektedir (4, 5). Obezite ve fazla kilo erişkinlerde kardiyovasküler hastalıklar, bazı kanserler, diyabet, hipertansiyon, osteoartrit gibi birçok kronik hastalık için risk faktörüdür ve mortaliteyi artırır. Fiziksel sorunların yanı sıra birçok psikolojik ve psikososyal etkilere de yol açar (6-12). Beden ve ruh sağlığının bir bütün olduğu kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda da obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk, sosyal fobi, anksiyete bozuklukları, sigara bağımlılığı, yeme bozukluklarının sık görüldüğü bildirilmiştir (13-21). Günümüzde genel olarak kabul edilen yaklaşım tedavi için hastaneye başvuran olguların obez bireyler arasında farklı bir alt grup oluşturduğu ve bu kişilerde psikopatoloji ve tıknırcasına yeme davranışının daha yüksek olduğu şeklindedir (13). Obezitenin düzeneği tam bilinmemekle birlikte sosyal, kültürel, psikolojik, metabolik ve genetik faktörlerin önemli roller oynadığı çeşitli

alışmalarla gösterilmiştir (22) ve tedavideki hedefler de bu alanları içerecek şekilde multidisipliner olmaktadır.

2-GENEL BİLGİLER:

2.1-Obezitenin Tanımı

Obezite kelimesinin karşılığı olarak halk dilinde “şişmanlık“ terimi kullanılmaktadır (6). Dünya Sağlık rgt (DSÖ) tarafından, obezite vücuttaki yağ miktarının insan sağlığını olumsuz etkileyecek düzeyde artışı olarak tanımlanmıştır (23, 24) ve global bir epidemi olarak nitelendirilmiştir (23). Obezite; enerji tüketiminin çok üzerinde enerji alımı dengesizliği olup, yağ kitlesinde artış ve vücutta aşırı miktarda yağ depolanmasıdır (21). şişmanlık fazla kilolu olmakla eş anlamlı değildir. Bu nedenle obezite ile ilgili en doğru ölçümler organizmadaki yağ dokusu miktarını doğrudan ölçen yöntemlerdir. Ancak çoğu pahalı ve pratikte uygulanması zor yöntemler olduklarından, genellikle bunlarla iyi korelasyon gösterdiği bilinen tahmin yöntemleri kullanılmaktadır. Bunlar arasında en fazla kullanılan VKİ dir (21) . VKİ; ucuz, kolay uygulanabilir ve doğruluk oranı yüksek olması nedeniyle obezite tanısında en çok kullanılan yöntemdir (25). Doğrudan organizmadaki yağ miktarını ölçemez fakat yapılan alışmalar VKİ’nin vücuttaki yağ miktarını % 90’ın üzerinde doğrulukta gösterdiğini kanıtlamıştır (26).

$$\text{VÜCUT KİTLE İNDEKSİ (VKİ)} = \frac{\text{Vücut Ağırlığı (kg)}}{\text{Boy}^2 \text{ (m)}}$$

VKİ; kilonun boyun karesine bölünmesiyle elde edilir. Dünya Sağlık Örgütü VKİ' yi şu şekilde sınıflandırmıştır. VKİ<18.5 kg/m²: zayıf, VKİ=18.5-25kg/m²: normal kilolu, VKİ=25-30 kg/m²: kilolu, VKİ=30-40 kg/m²:obez, VKİ>40 kg/m²:aşırı obez (26).

Obezite kültürel, sosyal, genetik, fizyolojik, davranışsal ve psikolojik faktörlerin kompleks etkileşimi sonucu oluşmaktadır (6) ve yaşam kalitesini bozucu nitelikte, birçok hastalığın oluşmasına sebep olan, kalıtsal ve toplumsal öneme sahip bir hastalıktır (6). Kronik hastalıkların gelişiminde ve ölüm oranlarında etkili olması nedeniyle sağlığı tehdit eden, mutlaka önlenmesi ve tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilir (6).

2.2-Obezite Kavramının Tarihçesi

Latince obese; yemek yeme anlamına gelen “obedere”nin geçmiş zaman halidir (27), “yemekten dolayı” anlamındadır (28). İngilizce’de ise obesity, şişmanlık, fazla yükleme anlamına gelmektedir (28). Obezite son dönemlerde ortaya çıkmış değildir, tarihsel olarak da eski ve ilkel topluluklarda daha sık rastlanmakta olan bir durumdur. Arkeolojik kazılarda günümüzden 20.000- 25.000 yıl öncesi döneme rastlayan paleolitik dönem’e ait “ şişman kadın” kalıntıları ve heykelleri bulunmuştur (29, 30). Bu durum o dönemlerde

şışmanlığın onay gördüğünü yansıtmaktadır (30). Milattan önce 5. yüzyılda (yy) Aristo, Platon'un obez bir kişi olduğundan bahsetmektedir. Aynı şekilde Yunan tanrıçalarından Venüs ve Diana'nın şışman olduğundan da eski eserler bahsetmektedir. Şışman kadında yağ dokusunun fazla oluşu onun kuvvetli doğurganlığına işaret olarak algılanırken aynı zamanda iyi çocuk yetiştirebilme kapasitesinin ve değişik hayat ve iklim şartlarına dayanıklılığının göstergesi gibi de değerlendirilmekte; yağ dokusu sayesinde bu insanlar daha güçlü ve dayanıklı bireyler olarak kabul görmektedirler (30). Ayrıca Greko- Romen dönemlerine ait “ şışmanlığın klinik boyutu” ile ilgili belgelere rastlanmıştır. 19.yy'da şışman kişilerde enerji alımı/harcanması ile ilgili küçük çaplı çalışmalar yapılmıştır. Yağın hücrelerde depolandığı bilgisi bu dönemde ortaya atılmıştır. Ulaşılabilen ilk “diyet kitabı” yine bu dönemlerde yazılmıştır (29).

Zaman içinde zayıflık ve güzellik daha çok revaçta olmaya başlamıştır (30). Zayıflama için Yunan tıbbında bağırsak sistemini bozarak diürezi arttıran bitkilerden bahsedilmiştir. Hipokrat ise zayıflama egzersizlerinin önemi üzerinde durmuştur (30). Hırvatlarda bir kişinin ancak yaşayacak kadar yemesine izin verilirken, Ispartalılarda devamlı olarak karın yağları kontrol edilir, artış olanlar hemen askere gönderilip ordu hizmetine alınırlarmış. Mısırlı erkeklerin genç ve ince kadınlarla evlenmeyi tercih ettikleri tarihi kayıtlardan anlaşılmaktadır (30). Afrikada ise bazı kabilelerde genç kadınlar şışmanlamak üzere özel rejimlere tabii tutularak evlenmeye hazır hale getirilmektedir (30). Tarihsel süreç içinde obezite bazen sağlığın ve doğurganlığın simgesi olarak övgü için; bazen de hantallık,

yaşlılık, bakımsızlık, oburluk ve görgsüzlük anlamında yergi için kullanılmıştır (28). 12. yy' da Budistler obeziteyi ahlaki zaafın bir sonucu olarak damgalamışlardır (31). Rönesans'tan sonra obezite alt sosyal tabakanın ve fakirlerin sorunu haline gelmiştir, bu dönemin ideal beden şekli kum saati tarzında olmuştur (30). Daha sonra gelişen sosyal yaşam insanların beden görünüşü ile daha çok ilgilenmesine sebep olduğundan insanlar daha çok zayıflama eğilimine girmişlerdir. Zayıflık bağımsızlığı, otonomiye temsil etmiş ve özellikle genç kadınlarda yeğlenmiştir. İnce bedene rağbet 1960'lı yıllarda zirve noktasına ulaşmıştır (30).

2. Dünya Savaşı sonrasında toparlanma dönemindeki yıllar; gıdaların daha rahat bulunması ve varlığının artması ile tekrar aşırı yemek yemenin başladığı yıllar olarak tanımlanmıştır. Bu yıllarda şişmanlık korkusunun tehdit edici hale geldiğinden, aşırı artan yağ dokusunun insanlarda bireysel kontrolün iyi olmadığına işaret ettiğinden ve bu insanların mutlu olmadığından bahsedilmektedir (30). Sanayileşme ve küreselleşmenin etkisiyle birlikte toplumların yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarında oluşan değişimlere paralel olarak obezite sorunu da artmaktadır. Kentleşmeyle oluşan daha az hareketli yaşam, daha yüksek kalorili beslenmeye rağmen daha az enerji harcama, sosyal, kültürel, ekonomik ve sağlık alanındaki koşulların değişimi sonucunda obezite sıklığı artmaktadır (29). Artık günümüzde obeziteye karşı olan önyargı ve tavır değişmeye başlamış olup, ciddi bir tıbbi sorun olarak ele alınmaktadır.

2.3- Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite dünya çapında birçok ülkede ciddi bir sorun haline gelmiştir. Obezite oranları epidemik seviyelere ulaşmıştır ve bundan hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler etkilenmektedir (23). Obezite, gelişmiş ülkelerde en çok orta ve az geliri olan gruplarda, orta gelişmişlik derecesinde olan ülkelerde ise ekonomik geliri orta ve yüksek olan gruplarda yaygın olarak görülmektedir. Yaş ilerledikçe sıklığı artmakta ve kadınlarda erkeklerden daha sıkça görülmektedir (21). DSÖ'nün 2008 yılı tahminleri 1,4 milyardan fazla yetişkinin (20 yaş ve üzeri) kilolu olduğu, bu kilolu yetişkinlerin 200 milyondan fazlasının erkek obez, yaklaşık 300 milyon kadarının da kadın olduğu, genel olarak Dünyanın yetişkin nüfusunun onda birinden fazlasının obez olduğu şeklindedir. 2010 yılında 5 yaşın altındaki çocukların 40 milyondan fazlası fazla kilolu olup, bunların 35 milyon kadarı gelişmekte olan ülkelerde iken 8 milyonu gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır (3). Obezitenin dünya çapındaki yaygınlığı 1980 ve 2008 yılları arasında iki katına çıkmıştır; 1980 ile karşılaştırıldığında erkeklerde % 5, kadınlarda % 8 olan oran 2008'de sırasıyla % 10 ve % 14 olarak belirlenmiştir (33). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1980 ve 2002 yılları arasında 20 yaş ve üzeri yetişkinlerdeki obezite prevalansı 2 kat, 6-19 yaş arasındaki çocuklardaki obezite prevalansı 3 kat artış göstermiştir (34). ABD'de obezite hızıyla ilgili olarak yapılan bir çalışmada; 2000 yılında erişkinlerin % 20'sinin, 2015 yılında % 30'unun, 2025 yılında ise % 40'nın obez olacağı öngörülmektedir (28, 21). Kiloluluk ve obezite prevalansı DSÖ Güney Doğu Asya Bölgesi'nde en düşük

(her iki cinste de % 14 kilolu ve % 3 obez) ve DSÖ Amerika Bölgesinde en yüksek saptanmıştır (her iki cinste de % 62 fazla kilolu ve % 26 obez) . DSÖ Avrupa ve Doğu Akdeniz Bölgesi ve Amerika Bölgesi'nde kadınların % 50'sinden fazlası kilolu, bu bölgelerin her üçü için, kilolu kadınların yaklaşık yarısı ise (Avrupa'da % 23, Doğu Akdeniz'de % 24, Amerika'da% 29) obez olarak tespit edilmiştir. Tüm DSÖ bölgelerinde kadınların erkeklere göre obez olma olasılığı daha yüksektir. DSÖ Afrika, Doğu Akdeniz ve Güney Doğu Asya bölgelerinde, kabaca kadınların obezite prevalansı erkeklerin iki katıdır (33).

Ülkemizde yapılan çalışmaların sonuçları da obezitenin önemli bir sorun olmaya başladığını göstermektedir. Türkiye'deki obezite prevalansına ilişkin en geniş kapsamlı araştırma Türk Kalp Vakfı tarafından 1991 yılında yapılan 'Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasıdır. Bu çalışmanın bir bölümü olarak yürütülen obezite taramasında prevalans kadınlarda % 28,5, erkeklerde % 9 olarak bulunmuş; 1995 yılında yapılan izlem çalışmasında kadınlarda ve erkeklerde VKİ'nin önemli ölçüde artış gösterdiği saptanmıştır (35, 36). Obezite Araştırma Derneği ve TEKHFARF'ın 1997-1998 yıllarındaki izlem çalışmalarında toplumumuzda VKİ >25 kg/m² olanların oranı erkeklerde % 18-20, kadınlarda % 27-34 olarak bulunmuştur. VKİ >30 kg/m² olan obezlerin oranı ise erkeklerde % 24, kadınlarda % 32 gibi yüksek değerler olarak tespit edilmiştir (6,28). Kesitsel ve topluma dayalı olarak yürütülen bir çalışma da Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP) çalışmasıdır. DSÖ gözetiminde İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Diyabet

Bilim Dalı tarafından 1997'de rastgele 15 ilden 20 yaş üstünde 24.788 kişi üzerinde gerçekleştirilmiştir ve obezite prevalansı % 22,3 (Erkek: % 12,9; Kadın: % 29,9) oranında saptanmıştır (6, 28). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre kadınların % 34,3'ü kilolu, % 22,7'si obez bulunmuştur (6). 2010 yılında ise Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deneysel Tıp Araştırma Merkezi ve Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği 26.499 kişinin tarandığı TURDEP II çalışmasında obezite prevalansı genelde % 32 olarak tespit edilmiştir (37). Obezite prevalansı kırsal kesimde % 19.6 iken, kentsel yerleşimde % 23.8 olarak tespit edilmiştir. Diğer bölgelerle karşılaştırıldığında doğu illerinde obezite oranı daha düşük bulunmuştur (38). Obezite prevalansını etkileyen en önemli faktörler yaş, cins ve ırk olmakla birlikte sosyokültürel düzey, ailede obez bireylerin varlığı ve beslenme alışkanlıklarının da prevalans üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (28).

2.4- Obezitenin Etiyolojisi

Obezite, vücutta enerji alımı ile bu enerjinin kullanımı arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkar. Bu denge bir tek etkene değil, pek çok faktöre bağlı olarak gelişmektedir. Bu faktörlerin birlikte veya ayrı ayrı enerji alım ve tüketim dengesini alım yönünde bozmalarına bağlı olarak enerji fazlası yağ olarak depolanmaktadır. Obezite ile mücadele etmede veya tedavi kararının verilmesinde altta yatan mekanizmaların yeterince anlaşılması gereklidir (39).

2.4.1- Nöroendokrin Nedenler:

Endokrin nedenler obezite etiyolojileri içinde en az rastlanılan nedenler olmakla birlikte altta yatan bozukluğun tedavisi obezitenin de düzelmesine yol açtığı için önem taşır. İştah ve kilonun kontrolü hipotalamustaki iki çekirdeğin karşılıklı ilişkisine bağlıdır. Lateral çekirdek açlık merkezi, ventromedial çekirdek ise tokluk merkezi olarak bilinir (40, 41). Hipotalamusun paraventrikküler, dorso medial ve arkuat çekirdeklerinin de yemenin düzenlenmesinde rolü vardır. Hipotalamusun bu alanları hep birlikte yeme davranışını kontrol eder (40). Hipotalamusun ventromedial bölgesindeki tümör, travma, iltihap gibi lezyonlar, Cushing sendromu, hiperinsülinizm durumu, hipotiroidi gibi birçok hormonal-metabolik bozukluk obeziteye neden olur (25).

Serotonin sisteminin iştahın düzenlenmesi, motor aktivite, mizaç, obsesyonel davranışlar, dürtü kontrolü ve ödül sistemleri gibi yeme bozukluklarında da görülen durumlarla ilişkisi bilinmektedir (41). Serotonin üzerinden etki eden ilaçların yeme bozukluklarında kısmi etkilerinin bulunması etyopatolojide serotonin üzerinde durulmasına neden olmuştur. Ancak temel sorun bu düzensizliğin kişiyi hastalığa yatkın hale mi getirdiği yoksa hastalığa bağlı olarak mı ortaya çıktığıdır (42). Obezitede de serotonin sisteminde bozukluklar olduğu gösterilmiş ve merkezi sinir sisteminde serotoninini arttıran ilaçların tedavide iyi yanıt verdiği gösterilmiştir (43).

İlk kez 1994 yılında keşfedilen leptin yağ kitlesi ile ilişkilidir. Leptin yiyecek alımı davranışını inhibe ederken enerji tüketimini uyarır. Leptini sentezleyen ob genindeki mutasyonların deney farelerinde hiperfaji ve morbid obezite oluşturduğu gösterilmiştir (44). Yeme bozuklukları ile leptin arasındaki ilişki son zamanlarda artan çalışmalarla ortaya konmaktadır. Daha çok anoreksiya nervroza (AN) üzerinde durulmaktadır. Bu çalışmalardan elde edilen ortak görüş hipoleptineminin AN'nın temel parçası olduğudur. Leptin düzeyleri vücuttaki yağ dağılımına bağlı olarak değişir. AN'lı hastalarda akut tabloda deri altı yağ dokusunda azalma daha fazla gözlenir. Kilo alımıyla birlikte leptin düzeyleri yükselir ancak hastalar ideal kilolarına ulaştıklarında leptin düzeyleri normallerden çok daha yüksek bulunmuştur. Hiperleptinemi derecesinin AN'da nüks belirleyicisi olabileceği ve temelde yeme bozuklukluklarının hiperleptinemiye bağlanabileceği ileri sürülmüştür (45- 48).

2.4.2 -Genetik Nedenler:

Son zamanlarda yapılan geniş epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (6,28). Obezite etyolojisinde kalıtımın rolünü destekleyen en önemli bulgular monozigotik ikizlerde VKİ ile yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Bu araştırmalarda, ikizlerden biri obez olduğunda monozigotik ikizlerde obezite görülme riskinin dizigotik ikizlerdekinden yüksek olması kalıtımın etkisini göstermektedir. Ayrıca ailesel eğilim de obezitenin en güçlü genetik bileşenidir (25, 49). Tek gene bağlı (monogenik) obeziteye neden olan insan genleri ikiye ayrılır. Birinci grupta leptin,

leptin reseptörü ve POMC' yi kodlayan genler vardır. Bu genlerdeki mutasyonlar, çoklu endokrin disfonksiyonu ile beraber obezitenin çok nadir resesif formlarına neden olurlar. Obezitenin monogenik formlarının ikinci grubunda, MC4R ve MC3R genlerindeki mutasyonlar bulunmaktadır ve bu mutasyonlar, sendromik olmayan obezite ile ilişkilidir (50, 51). Bununla birlikte, obezitede genetik faktörlerin rolü karmaşıktır. Pek çok küçük etkili eğilim genleri, çevresel faktörlerle olduğu kadar (besin alımı, fiziksel aktivite, sigara içme) birbirleri ile de kombine halde çalışırlar. Çoklu genetik faktörlerle güçlü ve farklı çevresel faktörlerin uyumlu etkileşmesi karmaşık özellikleri ortaya çıkarmaktadır (52, 53) . Aile çalışmalarından elde edilen sonuçlar obezite fenotipinin en fazla % 30-50 oranında kalıtımla geçebileceğini göstermektedir (6, 28). Obezitenin ailesel birikim gösterdiği bilinmektedir. Ancak obezitenin eşlik ettiği bazı nadir hastalıklar hariç, obez hastaların büyük bir çoğunluğu tam bir Mendeliyen kalıtım göstermez (28). Genetik nedenlerin obezitede görülen prevalans artışını açıklamaları zordur. Çünkü dünyada var olan gen havuzu göreceli olarak sabit kalmıştır. Son yirmi yılda obezitenin prevalansında meydana gelen artış ancak çevresel faktörlerle açıklanabilir (6).

2.4.3 -Çevresel Nedenler:

Endüstrileşme ve şehirleşme, insanların yaşam tarzında obeziteye yatkınlık oluşturabilecek önemli değişikliklere sebep olmuştur (54). Ekonomik ve teknolojik ilerlemelerle birlikte kentlerde araba kullanımının artması, yeşil alanların azalması, ev ve işyerlerinde yaşamı kolaylaştıran araçların kullanımının

çoğalmas, en yaygın boş zaman değerlendirme yolunun televizyon ve bilgisayar olması gibi nedenler kişileri daha az hareket etmeye itmektedir (21, 55). Günüümüzde çevremiz kolaylıkla elde edilebilen, oldukça ucuz, lezzetli ve enerji içeriği yüksek gıdalarla doludur. Alınan gıdanın ve porsiyonun büyüklüğü de obeziteyi arttıran çevresel etkiler arasındadır. En önemlisi ise büyük miktarlarda gıdaların tüketilmesidir. Porsiyonlar özellikle ABD’ de çok büyümüştür. Özellikle ölkemizde de son zamanlarda yerleşen beslenme alışkanlığının hazır yiyecek türüne kaymasıyla ve ayaküstü yenilen tost, sandviç, hamburger, pizza, patates kızartması gibi yüksek şeker ve yağ oranlarına sahip yiyeceklerin hızlı şekilde tüketildiği “fast food” denilen yeme kültürünün etkisiyle gerekenden daha fazla kalori alınmaktadır (6, 29, 55- 58). Böylece artan enerji alımı ile azalan enerji tüketimi arasındaki bu dengesizlik obezite ile sonuçlanmaktadır (59). Tüm bu özellikleri taşıyan çevreye “ obesojenik çevre” adı verilmektedir (54). Anne karnında olduğu dönemden itibaren bebeğin beslenme şekli, yaşamın daha sonraki dönemlerindeki beslenme alışkanlığını etkilemektedir. Süt çocukluğu dönemindeki karışık ya da yapay beslenme obezite riskini arttırırken, anne sütüyle beslenme obeziteye karşı koruyucu etki göstermektedir. Öğün sıklığı ve düzeni de vücut ağırlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Günde üç veya daha fazla beslenen öğünlerini düzenli tüketen kişilerde, günde bir veya iki kez düzensiz beslenen kişilerden daha az sıklıkta obeziteye rastlanmaktadır (28, 60).

Yapılan çalışmalar obezitenin sosyoekonomik seviye ile de bağlantılı olduğunu göstermiştir (60, 61). Az gelişmiş veya gelişmekte olan ölkelerde

obezite, halkın daha çok doygunluk isteğinin tatmin edilmesine bağlı olarak karbonhidrattan zengin besinlerin aşırı tüketilmesi, öğün atlanması ve bazı öğünlerde çok yenilmesi, yani düzensiz beslenme şeklinden olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sağlıklı beslenme bilincinin yerleşmediği düşük sosyoekonomik gruplarda yanlış beslenmenin yanı sıra teknolojik gelişmelerle birlikte hareket azlığından oluşabilmektedir (62). Ülkemizde obezitenin sosyoekonomik olarak orta düzeydeki ailelerde görülmesi ülkemizdeki orta sosyoekonomik düzeydeki insanların gelişmiş ülkelerdeki yoksul kesim gibi beslendiğini düşündürmektedir (6, 28). Son araştırmalar artan obezite oranlarına virüslerin, toksinlerin, ilaçların ve stressin de katkıda bulunan çevresel faktörler olduğundan bahsetmektedir (56, 63-65). Fakat aynı çevresel koşullara maruz kalınmasına rağmen bazı kişilerin obez olmaya yatkınlık gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu da gen-çevre etkileşimini gündeme getirmektedir (66, 67).

2.4.4 -Psikolojik Nedenler

Psikojenik faktörler de obezitenin nedenleri arasındadır (6). Ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. İnsanda yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon, yalnızlık veya mutluluk gibi farklı duygulara göre değiştiği kabul edilmektedir (68, 69). Aç olmamasına rağmen bu gibi psikolojik durumlara tepki olarak ortaya çıkan yemek yeme davranışı “ emosyonel yeme “ olarak tanımlanmaktadır. Yani insanda ruhsal durum ve yeme davranışı arasında karşılıklı bir etkileşim olmaktadır (68). Neredeyse tüm dünyada güzellik ince

olmakla eş değeri görülmekte ve kilolarına dikkat edenlerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri, buna bağlı olarak benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Tersine obezlerin çoğunlukla tembel, hatta aptal ve kötü oldukları düşünülmekte ve obezler toplumda alay konusu edilmektedir (6). Sosyokültürel nedenler ve medyanın zayıf insan imajını sürekli gündeme getirmesi gibi birçok faktörün etkisiyle obezlerin sosyal ön yargılara maruz kaldıkları; iş, eş ya da arkadaş bulma sorunlarının olduğu, daha az eğitim aldıkları ve daha az gelir getiren işlere sahip oldukları belirtilerek obezitenin psikososyal boyutuna dikkat çekilmektedir. Tüm bunlar obezlerin, beden imajı doyumlarının yanı sıra benlik saygısını ve sonuçta yaşamlarının kalitesini etkilemektedir (70).

2.5 -Obezite ve Psikopatoloji

Obezite ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi ele alan önceki yıllardaki araştırmaların sonuçları, obez kişilerde psikopatolojinin sık olduğu ve obezite gelişiminde psikopatolojinin önemli rolü olduğu şeklindedir, fakat daha sonraları farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür. Stunkard ve Wadden (71) obezlerde saptanan patolojinin obezitenin nedeni değil sonucu olduğunu belirtmişlerdir. Crisp ve Guinness (72) "Jolly fat" (neşeli şişman) hipotezini öne sürmüş ve orta yaş grubu obez kadınlarda anksiyetenin, erkeklerde hem anksiyetenin hem depresyonun düşük olduğunu bildirmiştir (13). Sonraki çalışmalarda ise genellikle obezlerde depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin normal kilolu kişilere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir (73-76). Obezite ile birlikte major depresyon, bipolar bozukluk, panik bozukluk, agorafobi, sosyal fobi, anksiyete bozuklukları,

posttravmatik stress bozukluğu, sigara bağımlılığı, yeme bozuklukları ile özkıyım düşüncesi ve girişimlerinin sık görüldüğü bildirilmiştir (14-21, 77, 78). Bazı obez bireylerde gözlenen benlik saygısında düşüklük, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikopatolojilerin sebep mi, yoksa sonuç mu, olduğu konusundaki tartışmalar ise sürmektedir (20, 28). Son yapılan araştırmalara göre VKİ>40 kg/m² olanlarda (aşırı obezler) depresyon riski artar; obezlerde depresyon daha ağır geçer ve prognozları daha kötüdür. Erişkinlerde önce obezite arkasından depresyon gelişirken çocuklarda ise önce depresyon ardından obezite geliştiği bildirilmektedir (20). Çocukluk çağındaki depresyonun erişkinlikteki VKİ ile ilişkili olduğu görülmüştür (79).

Bipolar bozuklukta da obezite genel popülasyondan daha sık görülür. Ayrıca obezlerde manik ve depresif atakların daha sık olduğu, akut dönemde iyileşmenin obezlerde daha zor sağlandığı, idame tedavilerde obez hastalarda daha sık nükslerin olduğu görülmüştür (20, 80). Aşırı obez kişilerin % 89'u bipolar bozukluk spektrumundadır. En sık görülen bipolar II bozukluğudur (20, 43). Şizofreni hastalarında obezite normal popülasyondan daha sık görülür. Negatif semptomlar şizofreni hastalarının düzenli beslenmemelerine ve sedanter bir hayat sürmelerine sebep olabilir. Şizofrenlerin % 42'sinin VKİ>27 kg/m²'dir (20). Şizofreni ve obezite konusunda yapılan araştırmalarda en çok ilaçların etkisi üzerinde durulmuştur. Hiç ilaç kullanmamış şizofreni hastalarında yağ dokusunun dağılımını inceleyen az sayıda çalışma vardır. Ancak antipsikotiklerin olmadığı dönemde bile Krapelin'in şizofreni hastaları ile ilgili “ Beslenmenin iştahın

tamamen kaybı ile tam oburluk arasında çeşitli basamakları vardır. İlk önce vücut ağırlığı dikkat çekici biçimde düşer sonra tam tersi yönde vücut ağırlığı olağanüstü bir hızla artar ve kısa zamanda bu kişiler şişmanlarlar.” şeklinde gözlemleri vardır (43).

Son yıllardaki obezite ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar Tıkınırcasına Yeme Bozukluğuna (TYB) odaklanmıştır. Yapılan çalışmalarda TYB olan bireylerde disfori, düşük benlik saygısı, yetersizlik duyguları, kendini etkisiz bulma ve sınırdaki kişilik özelliklerine TYB olmayan obez kişilerden ve normal kilolulardan daha sık rastlanmaktadır (13, 28). Çalışmalarda genellikle TYB olan obezler ve TYB olmayan obezler şeklinde iki alt gruba ayrılmaktadır (81, 82). Günümüzde genel olarak kabul edilen yaklaşım tedavi için hastaneye başvuran olguların obez bireyler arasında farklı bir alt grup olduğu şeklindedir. Bu kişilerde psikopatoloji ve tıkınırcasına yeme davranışının (TYD) tedaviye başvurmayanlara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (13, 28). Yapılan çalışmalarda bu bireylerde sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB), yeme bozuklukları ve depresyonun anlamlı olarak yüksek olduğu, daha çok psikososyal desteğe ihtiyacı olduğu ve dürtüsel özelliklerinin daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (66, 83, 84). Akalın ve arkadaşlarının obez erişkinlerle SKB olan bireylerin gösterdikleri psikolojik belirtileri karşılaştırdıkları çalışmalarında; obez grubun sağlıklı bireylere göre daha fazla psikolojik belirti gösterdiği ve SKB olan bireylerle genel belirti dağılımlarının benzer olduğu ancak bazı alanlarda farklılıklar olduğu saptanmıştır (85). SKB grubunda depresif, obsesif-kompulsif

belirtiler ve paranoid- psikotik eğilimler obezlere göre daha yüksek, obez grupta ise benlik saygısı, somatik belirtiler ve yeme patolojisinin SKB grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (85). Bazı çalışmalarda obez bireylerde belirgin bir psikiyatrik bozukluk bulunmadığı, pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarına daha fazla rastlandığı ileri sürülmüştür (13).

2.6- Obezitede Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları

Yaşamın devamı için gerekli temel işlevlerden biri olan beslenme çocuğun fiziksel ve psikolojik olarak büyümesi ve gelişimini mümkün kılar. Beslenme ve yemenin önemli psikososyal fonksiyonları vardır. Beslenme işlevinde besleyen ve beslenenin olduğu iki taraflı bir ilişki vardır ve bu özellikle anneyle olan ilişkilerin gelişmesi için oldukça önemlidir. Gelişim basamakları ilerledikçe yemek yeme aile içi ve daha geniş sosyal etkileşimlerin ana parçasını oluşturur. Beslenme ve yeme birbirinden farklı iki kavramdır ve bu yüzden yeme bozuklukları ve beslenme bozuklukları ayrı olarak incelenir (60). Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal gelişmelerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşan karmaşık bir fenomen olarak görülür (21, 28).

Psikanalitik görüşe göre obez bireylerin çözülmemiş bağımlılık gereksinimleri vardır ve bu kişilerin psikoseksüel gelişimin oral dönemine saplandıkları vurgulanır. Bu döneme saplantı aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık ile karakterize tipik bir kişilik yapısını oluşturur. Oral dönem doğum sonrası ilk bir yılı kapsar. Bu evrede libido daha

çok ağız dudak ve dile yatırılır. Yani bu evrede doyum sağlayan haz veren bölge ağız ve çevresidir (71). Dişlerin çıkmaya başlaması ile birlikte ağız acı da veren bir bölge haline gelir (86). Bu evrede bebeklerin davranışlarında içe alım ve doyum önceliklidir ancak sadece doyum amaçlı tek yönlü bir ‘alış’tan çok, yaşamın erken dönemlerinde başlayan bir ‘alışveriş’ tir (87). Bu alışverişte annenin kişisel özelliklerinin büyük önemi vardır. Çocuğun veren ya da alan bir kişi olarak gelişmesini annenin alıcı ve verici özellikleri belirler. Verebilen bir anne, almasını bilen bir çocuğun gelişmesine olanak sağlar (87). Almayı öğrenmek verebilmenin ön koşuludur. Güçsüz, kuşkulu, veremeyen ve kendi gereksinimleri peşinde koşan bir anne, çocuğun sağlıklı bir biçimde almasını engeller. Böyle bir anne çocukta vermekten çok almayı düşünen nesne tasarımlarının gelişmesine ve çevreyle ilişkilerinin bozulmasına neden olabilir (87). İştah ve yeme bozukluklarının çoğunda oral dönemdeki bu alışveriş dengesizliğinin izlerine rastlanır. Dediğim dedik anneler bu alışverişini bir güç gösterisine dönüştürebilirler. Çocuk bu tutum sonucu almayı güçlülük, vermeyi ise güçsüzlük olarak algılayabilir. Aşırı şişmanlığın dinamiğinde ebeveynin çocuğa “senin ne zaman acıkacağını ve ne zaman doyacağını ben bilirim ve ben belirlerim” gibi bir yaklaşımın etkisi çokça vurgulanmıştır. Bu nedenle bu dönemin umudun, inancın, temel güven duygusu ve sevginin belirleyicisi olduğu düşünülmektedir (87). Psikanalistler obeziteye karşı yeterince ilgi duymamışlardır. Psikanaliz hastalarının yalnızca küçük bir bölümü obezdir ve bunların da çok az bir bölümü obezite nedeniyle tedavi isteğinde bulunmuşlardır (28, 71). Psikanalitik teorilerde aşırı yeme, depresyon ve anksiyete ile uyuma yönelik olmayan veya uyumu bozan bir baş etme tepkisi

olarak görülmektedir. Obez hastalar arasında çok geniş ve dinamik yapısal farklılıklar olmasına rağmen bu hastaların ego yapıları belirgin olarak anoreksiya hastalarından ayırt edilebilmektedir. Obez hastaların ailesinde patolojik narsistik aile şekli tespit edilmiş ve bu yapının kendisini dürtü kontrolünde yetersizlik olarak gösterdiği düşünülmüştür (28). Obez hastaların ego çatışmalarını anorektik hastalar gibi içgüdüsel aşırı kontrol ile değil, içgüdüsel zevkle kontrol etmeye çalıştıklarını belirtmiştir. Ayrıca obez hastalar suçluluk duygularını açlık, kusma ya da laksatif kullanarak değil; bunun yerine dürtülerini kontrol edememenin sorumluluğunu inkar etme yolu ile telafi ederler. Etkisiz egoları sebebiyle obezlerin sonu gelmeyen diyet girişimleri genellikle self kontrolünün yetersizliğinin bir göstergesidir. Psikanalitik görüşe göre obezite, kişilik bozukluklarının çoğuna eşlik edebilen bir semptom kompleksidir. Psikiyatrik ya da psikodinamik tanı ne olursa olsun şişmanlık altta yatan dürtü bozukluğunun bir belirtisidir (28). Obez hastaların beden algılarına ilişkin çalışmalarda, ağırlık düzeyleri ne olursa olsun obez hastaların anoreksik hastalara benzer bir şekilde, şişman olma korkusu ve zayıf olabilme takıntısı ile yaşadıklarına dikkat çekmektedir. Şişmanlıklarından rahatsız olmadıklarını söyleyen hastalar aslında aşırı bir inkar içindedirler ve çözemeyecekleri bir problemi rasyonalize etmektedirler (28). Obez hastaların ego yapısında; inkar, bölünme, yer değiştirme, dışsallaştırma ve bilinçten uzak tutma ve yalan söyleme gibi savunmaların önemli yer tuttuğu ifade edilmiştir (28).

Aile dinamikleri araştırıldığında obez kişilerin ailelerinde dikkati çeken bir özellik belirli normal ebeveyn rollerinin büyük oranda ihmal edildiğidir. Çocuğun şişmanlığı seçmesi aşırı ilgi ile değil ebeveynlerin ilgisizliği ile oluşmaktadır. Çocuğun özdeşim sorunları bulunduğu dikkati çekmektedir (28). Ayrıca ebeveynlerin davranışları obezite gelişimine katkıda bulunabilir; çocuğun duygusal ihmali dışında aile işleyişindeki bozukluklar, yeme konusunda aşırı müdahaleci tutum ve ebeveynin hareketsiz yaşamının çocuk tarafından model olarak alınması nedenler arasında sayılabilir (60). Gelişimsel görüş açısından bakıldığında çocuktaki yeme bozukluklarında ebeveynlerin farklı yiyecekler önerdiği ve yedikleri yemeğin çeşitliliğini arttırdığı okul öncesi dönemdeki öğrenmenin etkileri ele alınmaktadır. Çocuğa ne ve ne kadar yemesi gerektiğini söylemek bazen ters etki yapabilmektedir, ayrıca fazla yağ ve şeker içeren besinleri kısıtlamak onlara karşı arzuyu arttırabilecektir. Besinleri iyi ve kötü olarak sınıflandıran çocuk ergenlikte bu kötü (yasak) yiyeceklerin parti, dışarı çıkılan yemekler, kutlamalar gibi sosyal ortamlarda kullanıldığını görmektedir (61). Gerçekte çocuğun yemesini kontrol etmenin onda olumsuz yeme tercihlerine ve yeme konusunda kendini kontrol etmede zorluğa yol açtığı düşünülmektedir. Bu durum çocuğu obez olmaktan korumak yerine gelecekte onun obez olmasına neden olmaktadır (88). Psikanalize giren hastalar incelendiğinde, bilinç dışı olarak terapist dahil herkesi potansiyel “eleştiren ebeveyn” olarak algılama eğiliminde oldukları bildirilir. Bu yansıtmalı özdeşimin bir şeklidir. Obezlerdeki inkar savunması çok katıdır ve diğer savunmalarla bağlantılıdır (6, 28).

Birçok araştırmada diyet yapma ile kilolu olma arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. İstemli olarak diyet kısıtlaması açlık belirtilerini yadsımaya, aç olmasına rağmen kişinin öğün atlamasına ya da yemekten erken kalkmasına neden olmaktadır. Bu tarz diyet şekli ergenlikte aşırı yeme ile ilişkili bulunmuştur (89). Sınırlı yemek yemenin tokluk/açlık işaretlerini zayıflatarak tıknırcasına yemek yemeğe yol açtığı düşünülmektedir. Aslında kilolu olan öğrencilerin iki öğün yerken kilolu olmayanların üç veya daha fazla öğün yedikleri belirtilmektedir. Aynı zamanda diyet ile aşırı kilo kaybı gelecekte obez olmanın bir öngörücüsü olduğu ve diyetin kilo almayı başlattığı düşünülmektedir (61). Diyet yapma ile aşırı kilo alma arasındaki ilişkiyi açıklayan üç olası mekanizma vardır: birincisi diyet ile metabolik etkinlikte artış olur ve diyet yapanlar daha az kalori ile kilolarını sürdürebilir fakat normal diyete döndüğünde ise görece olarak artan kalori kilo alımına neden olur. İkincisi diyetle, kalorik diyeti genellikle tıknırcasına yemenin takip ettiği bir döngü oluşmaktadır. Üçüncü olarak ise diyetle, diyeti yapanlarda oral glukoza yanıt olarak oluşan karbonhidratlardan çok daha fazla enerji aldıkları bir fizyolojik durum gelişir, bu karbonhidrat ve kilo alımı arasındaki olası mekanizmalardan birisidir (90, 91).

Obez kişilerin tümünün kilolu oluşlarında yeme davranışlarının sorumlu olmadığı bilinmektedir. Bununla birlikte obez bireyler arasında aşırı yemenin yaygın olduğu kabul edilir. Obez bireylerin normal kilolu bireylere göre uyarılma eşiklerinin daha düşük olduğu bilinmektedir. Bu kişiler dış uyaranlara daha rahat ve fazla yanıt verirler. Uyarılabilirlik eşiği düşük olan bireyler yiyecek

uyaranlarının bulunduğu ortamda diğer bireylere göre bu uyaranlara daha kolay ve daha yoğun yanıt vermektedirler (28). Obezlerde anksiyete düzeyleri ve yeme tutumları arasında ilişki olduğu düşünülmüştür. Çalışmalar obez bireylerin, anksiyete yaratan durumlarla karşılaştıklarında normal kilolu bireylere kıyasla anlamlı şekilde daha fazla yemek yediklerini göstermiştir. Açlık dürtüsü olmadan ortaya çıkan yeme atağı sırasında kontrolü kaybetme duygusu yaşanır ve aşırı miktarda gıda tüketilir. Bu şekilde yeme paterni olan obez grubun obezite tanı kategorisi içinde farklı bir alt grup olduğunu düşünenler çoğunluktadır (28, 71, 92). Obez hastalarda yeme bozukluklarını araştıran çalışmaların sayısı oldukça kısıtlı olup bu konuda en çok vurgulanan TYB'dur. Başka türlü adlandırılmayan yeme bozuklukları içinde yer alan bazı yazarlarca TYB olarak adlandırılan klinik tablo obezite ile bağlantısı açısından dikkati çekmektedir. Bu bozuklukta bulimiya nervozadakine (BN) benzer yeme atakları olup kusma ve aşırı yemeyi telafi edici diğer davranışlar bulunmamaktadır (28, 93). Tıkınma davranışının Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabına [The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV] (DSM-IV) göre iki özelliği vardır: belirli bir zaman süresinde çoğu insanın yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek tüketilir ve bu yeme atakları sırasında kişi kendisini kontrol edemez. Tıkınma nöbetlerinin sıklığı 3 ay süreyle haftada en az iki nöbet olarak belirtilmiştir. Bir nöbetin süresi 2 saat olarak verilmiştir ama daha uzun nöbetler de bildirilmektedir (94). Hamburger (28) obez kişilerde tıkınırcasına yeme davranışından söz etmiş ve obez hastalarda özellikle çikolata, şeker, dondurma gibi tatlılara karşı denetlenemeyen, karşı konulamaz bir davranış biçimini “kompulsif yeme” olarak

adlandırmıştır (21). İlk kez Kornhaber (28) tıknıma sendromu olarak ayrı bir klinik görünüm tanımlamış bu sendromun hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir. TYB yaygınlığı genel toplumda % 0.7-2 olarak bildirilmiştir (28, 96). Sıklıkla obezite ile birlikte ve kadınlarda daha fazla görülmektedir. TYB'nun obezlerdeki sıklığı % 8 civarındadır (92, 95). Kilo verme programına katılan obez kişilerin arasındaki sıklığının % 30'larda olduğu belirlenmiştir (28, 95, 96). Başlangıç genellikle 20'li yaşların başlarındadır ve kadın/erkek oranı 3/2'dir (95). Çalışmalarda TYB olan obez bireylerin, TYB olmayan obez kişilerden aşırı yeme atakları ve bu ataklar sırasında denetimi yitirdikleri duygusuyla ayrıldıkları bildirilmektedir. TYB olan obez kişilerde kilo artışı, TYB olmayanlara göre daha erken başlamaktadır. Bu kişiler ağır ve gerçekleşmesi olanaksız sıkı diyetler yapmaya daha erken yaşlarda başlamaktadırlar. TYB olan kişilerdeki psikopatolojiler daha çok psikiyatri kliniklerindeki ayaktan izlenen hastalara benzemektedir (92, 97, 98). Yapılan çalışmalarda, yeme bozukluklarının Batı ülkelerinde diyet yapma ve zayıflığın yaygınlığından kaynaklandığı ve batı "kültürüne-bağlı sendrom" olduğu belirtilmiştir (93, 99, 100). Ancak yapılan başka çalışmalarda ise, bu durumun diğer toplumlarda yaygın görüldüğü ve sıklığın giderek arttığı saptanmıştır (93). Yeme bozukluklarının sıklığı % 0,2-1 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda 5-10 kat daha sık olduğu, tüm hastaların % 4'ünün erkekler tarafından oluşturulduğu bildirilmektedir (101). Çok yakın bir zamana kadar sadece orta sınıftan beyaz kadınlarda görüldüğüne inanılan yeme bozuklukları tüm sosyal sınıflarda ve tüm ülkelerde artış göstermektedir (102, 103). AN prevalansı % 0.5-1, BN prevalansı

% 2 iken, Atipik (düzensiz-tipik olmayan)Yeme Bozuklukları % 10–34 oranında görülmektedir (102-106). Obezite yeme bozukluğu gelişimi açısından önemli bir risk faktörüdür. Yapılan bir çalışmada da tüm obezlerin yaklaşık % 10’unda yeme bozukluğu saptanmıştır (93). Özellikle TYB’nun erken başladığı kişilerde kişilik bozukluklarının sık görülmesi bu kişilerde dürtüsel özelliklere sahip kişilerde görülen bir alt grup olduğunu düşündürmektedir (43). Obezite yeme bozuklukları arasında kabul edilmese bile yeme bozuklukları ile birlikte paylaştığı dürtüsellik, düşük benlik saygısı, beden görüntüsünden memnuniyetsizlik, mükemmeliyetçilik ve disinhibisyon gibi bazı ortak psikolojik özelliklerle karakterizedir (107, 108). Ayrıca fazla kilolu olmakla sınırda kişilik bozukluğu semptomları arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (107, 108). TYB olan obezlerin daha ciddi yeme bozukluğu göstermeleri, daha fazla psikiyatrik komorbidite göstermeleri nedeniyle bir alt grup olarak değerlendirilmeleri gerektiği önerilmektedir (107, 109, 110).

2.7-Obezite ve Dürtüsellik

Dürtüsellğin çeşitli tanımlamaları bulunmaktadır. Eysenck dürtüsellği risk alma, plan yapmada yetersizlik ve zihnini çabuk toplayamama ile ilişkilendirmiştir (111). Patton ve arkadaşları ise dürtüsellği hazırlıksız aniden hareket (motor aktivasyon), elindeki işe odaklanmadan (dikkat), plan yapmadan ve yeterince düşünmeden (plan eksikliği) şeklinde üç bölümde ele almayı uygun görmüşlerdir (111). Deneysel-davranışsal anlamda ise büyük ve gecikmiş ödüllere çok küçük ama doğrudan ödülleri seçme olarak tanımlanır (111).

Dürtüsellik, sıklıkla istenmeyen sonuçlara ve uygun olmayan durumlara neden olan zamansız ve risk taşıyan yaygın bir eylem olarak da ifade edilebilir.(111) Dürtüsellik, DSM-IV tanı ölçütlerinde doğrudan yer alsa da psikiyatrik bozukluklarda dürtüselliğin rolünü araştıran az sayıda çalışma vardır. Dürtüsellik çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtileri arasında yer alır (111). Dürtüselliğin eşlik ettiği bozukluklar arasında antisosyal ve sınırda kişilik bozuklukları, şizofreni, bipolar bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları sayılabilir. Ayrıca dürtü kontrol bozuklukları olan patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomaninin tanı ölçütleri içerisinde bir ölçüt olarak bulunur (111).

Yeme bozuklukları dürtü denetiminde sorunlarla gittiği için araştırmalar yeme bozukluğu ve dürtüselliği araştırmışlardır(111). Hem BN hem AN'nın tıknırcasına yiyen tipinde ailede madde kullanım bozukluğu, madde kötüye kullanımı ve özkıyım gibi dürtüsellekle ilişkili durumlar yüksek oranda bulunmuştur. Dürtüsellik yeme bozukluklarının seyrini olumsuz olarak etkiler. Yeme bozukluklarında yeme davranışı üzerinde bir kontrol bozukluğu vardır. BN'da yeme davranışı üzerinde bir kontrolsüzlük varken anoreksiya hastalarında aşırı kontrol vardır. Yeme bozukluklarında dürtüsellik diğer dürtü denetiminin sağlanmadığı durumlarla birlikte. Örneğin bazı çalışmalarda bulimik belirtilere ek olarak alkol kötüye kullanımı, ilaç kötüye kullanımı, özkıyım girişi, tekrarlayan kendine zarar verme davranışları bulunmaktadır (111). BN'da birçok

etkenin arasında beyin serotonin düzeylerinde değişikliklerinin rol oynadığına yönelik güçlü bulgular vardır. Bu hastalarla çalışmalarda beyin omurilik sıvılarında serotonin metabolitlerinde azalma, serotonin inhibitörlerinin trombosit bağlanmasında azalma, kısmi ya da serotoninergik agonistlerine azalmış hormonal yanıt ve serotoninergik stimölasyondan sonra artmış bulantı ve başağrısı gösterilmiştir (111). Bu bulgular serotoninin rolünü desteklemektedir. Ayrıca BN ve TYB etyolojisinde serotonin genlerinin yer aldığına ve serotonin reseptör gen alellerinin yüksek dürtüselik düzeyi ile ilişkili olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (112).

BN'lı hastalarda dürtüsellik sıklıkla tespit edilmiş olmasına rağmen obez kişilerin yeme davranışları üzerindeki dürtüselliliğin etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir (113) Üstelik obezite tedavisinde çok kısa bir mesafe alınmıştır. Tedavi ile bazı kişiler kilo kaybettikleri halde kısa süre sonra kaybettikleri kiloları tekrar alabilmektedirler (108, 114). Çoğu araştırmacı artık kilo kaybetmeye yönelik tedavi yanında kaybedilen kiloyu koruyabilmeye yönelik yaklaşımları da araştırmaktadır. Gözden geçirilen makalelerde obez kişilerin 1-5 yıl içinde büyük bir çoğunluğunun başlangıçtaki VKİ'lerine geri döndükleri veya başlangıç VKİ değerlerinin üzerine çıktıkları gösterilmektedir (66). Bazı çalışmalarda dürtüselliliğin obezite tedavisi sürecinde ortaya çıkan yinelemede önemli bir rol oynadığı ileri sürölmektedir (114). Obezite tedavisinde yinelemenin olası bir öngörücüsü dürtüselliktir. Yapılan çalışmalarda obez kişilerin zayıf olanlara göre daha dürtüsel oldukları gösterilmiştir. Özellikle TYB olanlarda dürtüsel özellikler

yüksek bulunmuştur (66, 108, 113, 115). Dürtüsel kişiler yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıklarını ve lezzetli ve yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğunu belirtmişlerdir. Dürtüsellik ayrıca tedaviyi yarıda bırakma için öngörücü bir faktör olarak da gösterilmiştir (66, 108).

2.8- Obezite ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Obezite ve dürtüsellik ilişkisini güçlendiren bir diğer konu da DEHB olan çocuklardaki obezitedir (66, 108, 116, 117). Obezite tedavisi gören çocukların büyük bir kısmında (% 58) DEHB saptanmıştır. Yine DEHB olan çocukların VKİ'lerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (116, 118, 119). Çocuk ve ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda obezlerde daha fazla dikkat eksikliği ve dürtüsellik bildirilmesi ilgiyi DEHB üzerine çekmiştir (56, 120). DEHB, çoğunlukla yedi yaşından önce tanınan, dikkati sürdürmede yetersizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterize olan bir gelişimsel bozukluktur (94). Çocukluk çağı popülasyonunun yaklaşık % 3-7' sini etkilerken erişkinlikte yaklaşık olarak yarısının devam ettiği, yaygınlığının % 4 olduğu kabul görmektedir (120, 121). Kilo vermek için tedavi arayan hastalar arasında yapılan çalışmalarda, çocuk (119, 120) ve erişkin (122-124) gruplarında; obezlerde yüksek oranda DEHB tanısı bildirilmiştir. Obezite ve DEHB ilişkisini araştıran çalışmalarda hiperaktivite ile doğrudan ilişki kurulamazken özellikle dürtüsellik ve dikkat eksikliğinin obezite ile ilişkisine işaret edilmektedir (120, 122). DEHB olan obez çocuk ve erişkinlerin daha yüksek oranlarda bozulmuş yeme davranışı

sergiledikleri gösterilmiştir (119, 125). DEHB patofizyolojisinde dopamin (DA) disregülasyonuna yönelik çalışmalar vardır (66, 108, 126, 127). İnsan ve hayvan deneylerinde DA'nın iştahın düzenlenmesinde önemli bir rolü olduğu gösterilmiştir (66, 128). Ayrıca obez kişilerde striatumda uygun D₂ reseptörünün azaldığına yönelik kanıtlar vardır (66, 129). Prefrontal korteksde dopaminerjik değişiklikler olduğu öne sürülen DEHB'nun bir alt tipi olan dikkat eksikliği bozukluğunda da (DEB) obezite riski artmıştır (120, 130). Ayrıca çalışmalarda DEHB tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve DA gerilim inhibisyonu yapan metilfenidatın özellikle diyetle yağ alımını azaltarak enerji alımını azalttığı bildirilmektedir (66, 108, 131). Farmakolojik tedavide de bu sistem hedeflenmekte ve hem obezite için hem de DEHB için ortak ilaç kullanılabilir (66, 116)

DEHB ve obezite ilişkisini açıklamaya çalışan çeşitli varsayımlar ileri sürülmüştür. DEHB inhibitör kontrolün yetersizliği olarak tanımlanır. Davranış alanında, gelecek planlamasında yetersizlik ve kişinin davranışlarını etkili olarak yönetmedeki yetersizlikle kendini gösterir (120). İnhibitör kontroldeki yetersizlik aşırı beslenmenin nedeni olabilir. Örneğin günlük kalori alımına dikkati vermede görece eksiklik veya dürtüsel yapı ile uyumlu yiyecek alımını sınırlama konusundaki yetersizlik ve hızlı yeme, aç değilken bile yeme inhibitör kontrol yetersizliği ile ilgili olabilir (120, 127). Bir başka açıklama mezolimbik DA sistemi ile bağlantılı bir genetik özellik olarak, dürtüsellik ve dikkat eksikliğinin; ertelemeden kaçınma şeklinde kendini göstermesidir (120, 127). Bu kişiler

gelecekteki ödül daha büyük bile olsa, hemen elde edebilecekleri bir ödülü daha sonra elde edebilecekleri bir ödüle tercih etmektedirler (120). Kuvvetli ertelemeden kaçınma özelliği kolay elde edilen yüksek kalorili, fast food türü yiyeceklere eğilimi arttırmaktadır. Üçüncü açıklama, bu kişilerde dopaminerjik ödül yolağında bir yetersizlik olduğu, yüksek kalorili diyetlerle kendi kendilerini tedavi arayışında oldukları şeklindedir (132). DEHB olanlarda belirgin olarak daha fazla görülen madde kullanım bozuklukları da benzer şekilde dopaminerjik ödül sistemini doyurma gereksiniminden kaynaklanmaktadır. DA beyindeki ödül sisteminin asıl nörotransmitteridir Bu yüzden de DA reseptörleri veya DA metabolizmasında görevli enzimlerin genlerindeki bazı bozuklukların “ödül eksikliği sendromu”na yol açtığı ve bu kişilerin bağımlılık yapan madde kullanımı, kumar oynama gibi dürtüsel aktivitelere yatkın oldukları öne sürülmektedir (25,133). Diğer taraftan “yemek yeme” de pekiştirici bir etken olarak kabul edilmektedir (25). Beslenmenin dorsal striatumdan DA salınımıyla ilişkili olduğu ve yemek yemekten alınan zevkin derecesi ile salınan DA miktarının orantılı olduğu tespit edilmiştir (25, 134). Yapılan çalışmalarda DA antagonistlerinin iştahı ve kilo alımını arttırdığı, DA agonistlerinin ise kilo kaybına yol açtığı gösterilmiştir (25, 131). Bundan dolayı dopaminerjik sistem, beyindeki ödüllendirme ve pekiştirici mekanizmalar üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, obeziteye yatkınlık açısından önemli bir genetik adaydır. Beyindeki ödüllendirme mekanizmalarına bunlardan özellikle dopamin D₂ reseptörünün (DRD2) aracılık ettiği gösterilmiştir (135, 136). Santral sinir sisteminde bulunan DRD2 reseptör sayısının, obezlerde zayıf kişilere göre daha az olduğu tespit

edilmiştir (25, 137). Yine zayıf ratlara göre obez ratların bazal DA seviyeleri daha düşük ve D₂ reseptör ekspresyonları daha az bulunmuştur (25). Buna göre obez kişilerin hipofonksiyone bir ödüllendirme yolağına sahip olduğu, bu durumda da ödül sistemini telafi etmek için aşırı yeme isteği ortaya çıktığı kabul edilmektedir (25, 138). Yeme bozukluklarıyla alkol/madde bağımlılığı ek tanısına ilişkin olarak literatürde birçok çalışma mevcuttur (139, 140). Yeme bozukluğu ile alkol/madde bağımlılığı oluşumu ve gelişiminin temelde bir bağımlılık sorunu olduğu, diyet yapma ve içme davranışlarının gerilim azaltıcı etkisi olduğu ileri sürülmektedir (139). Dolayısıyla obez bireylerde madde kullanım riskinin normal popülasyona göre daha yüksek olması beklenir (136). Yapılan çalışmada sonuçlar obez hastalarda ve kilolu erkeklerde madde kullanım yaygınlığının yüksek olduğu şeklindedir (136). Çok sayıda çalışma sonucunda bağımlılık davranışı ile fazla yeme arasında paralellikler gözlenmiştir. Yukarıda bahsedilen mekanizmalar nedeniyle bazı obez kişilerin “yeme bağımlılığı” sonucu kilo aldıkları belirtilmiştir (56, 59, 141).

2.9- Obezite ve Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları (OKSB)

Literatürde kilo alımına yol açan yeme bozuklukları gözden kaçmıştır. DSM-IV obeziteyi fiziksel bir hastalık olarak III. Eksen bozukluklarında sınıflayarak bu önyargıyı desteklemektedir (60). Araştırmalar diyet yapmanın hem yeme bozuklukları hem de obezite ile ilgili olabileceğini ileri sürmektedir (142). Vücut ağırlığı ile ilgili bozukluklardan TYB, gece yeme bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu obezite ile ilgili (142), AN ve BN ise zayıf/normal vücut ağırlığı ile

ilgili bozukluklardandır (142). Ayrıca sağlıklı beslenme takıntısı olarak bilinen ortoreksia (103, 143) ve bazı besin eksiklikleri sonucu ortaya çıkan iştah sapması (pica) da yeme bozuklukları arasında sayılmaktadır (142). Fakat obezite psikiyatrik bozukluklardan biri olarak sayılmamaktadır. AN ve obezite yeme bozuklukları spektrumunun zıt uçlarında yer alan iki major bozukluktur. alışmalar vücut ağırlıkları ile ilgili bozuklukların birbirinden çok farklı olmadığını ortaya koymuştur (142). Kesitsel alışmalar bu bozuklukların aynı bireyde eş zamanlı olabileceğini göstermiştir (142).

Yeme bozukluklarının da içerisinde yer aldığı obsesif kompulsif spektrum bozukluklarının (OKSB) obsesif kompulsif spektrum içerisinde değerlendirilmesindeki en önemli faktör fenomenolojik benzerliklerdir (144, 145) Bu bozukluklara ait zihinsel ya da davranışsal belirtilerin içeriği değil de yapısı dikkate alındığında, bu belirtilerin obsesif düşünce ya da kompulsif davranış özelliğinde olduğu görülür. Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ile bu bozukluklar arasındaki ilişkiyi destekleyen diğer kanıtlar, hastalığın seyri, psikiyatrik komorbidite, aile öyküsü, nörobiyoloji ve antiobsesyonel tedaviye yanıttan gelir (144-146). OKSB içerisinde yeme bozuklukları (AN, BN, TYB), beden dismorfik bozukluğu, depersonalizasyon bozukluğu, hipokondriyazis, Tourette Sendromu, Dürtü kontrol bozuklukları (patolojik kumar, kleptomani, kompulsif satın alma, araklı patlayıcı bozukluk, trikotilomani, piromani, kompulsif deri yolma, onikotillomani, kompulsif kendine zarar verme), otistik sendromlar (otizm, Asperger, yaygın gelişimsel bozukluk) ve non-parafilik cinsel bozukluklar (seks

bağımlılığı, aşırı cinsellik, kompulsif cinsel bozukluklar) olarak sınıflandırılmıştır (144) . Bu bozukluklar aynı zamanda Hollander tarafından bedensel meşguliyet, nörolojik bozukluklar ve dürtü kontrol bozuklukları olarak da gruplandırılmaktadır (145, 147). Bazı yazarlar Sydenham Koresi, Parkinsonizm (147, 148) ile sınırda ve antisosyal kişilik bozuklukları (148) ve DEHB ile internet bağımlılığını da (144, 149) spektrum içinde ele almaktadır. Spektrum bozuklukları süreklilik oluşturacak şekilde bir eksen üzerinde ele alınacak olursa bir uçta (kompulsif uç) tehlikelere karşı aşırı duyarlı olan riskten kaçınan grup yer alırken diğer uçta (dürtüsel uç) dürtüsellüğün olumsuz sonuçlarını umursamayan risk arayan grup vardır. Başka bir açıyla bir tarafta saf obsesyon diğer tarafta ise saf motor özelliği olan bozukluklar vardır. İki uç arasında ise her iki tarafın özelliklerini çeşitli derecelerde içeren bozukluklar sıralanmaktadır (148).

OKB ve OKSB’de serotonerjik ve dopaminerjik devrelerin önemi bilinmekte ve bu yollardaki bozuklukların fizyopatolojide etkili olduğu ileri sürülmektedir (144, 147, 150). Ödülleme sürecinin oluşumunda özellikle DA’nın katkısının önemli olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Madde bağımlılığında da bu ödülleme sürecinde ve DA yollarında anormallikler saptanmıştır. OKB ve OKSB’da da bu ödülleme sürecinde bozukluklar gösterilmiştir. Bu süreçte yer alan farklı aksamaların ödül bağlantılı geniş bir spektrumu oluşturduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde OKB’de serotonerjik sistemin oynadığı rol dürtü kontrol bozukluklarında da serotoninin oynadığı rol ile aynı derecede önemli yere sahiptir (144, 150). OKSB’nın da örtüşen bir fenomelojiye sahip olduğu ve aynı

yolaklara bağılı olarak ortaya çıktığı varsayımından yola çıkarak obeziteyi de bu açıdan değerlendirmek gerekir. Obez hastaların bir kısmında görülen TYB ve bu alt grupla daha sık birliktelik gösteren dürtüsellik, kişilik bozuklukları, yeme tutumlarında bozulma, eşlik eden psikiyatrik ek tanılar ile obezitenin etyolojisinde rol oynadığı düşünülen nörotransmitterlerin birlikte ele alınması obezitenin spektrum içinde bir yere sahip olup olmadığına dair soruları gündeme getirecektir.

Obezite veya vücut ağırlığı ile OKB arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az sayıda çalışma vardır. Erol ve ark. 'nın (151) 2000 yılında üniversite öğrencisi kadınlarda yaptığı yeme bozukluğu belirtilerini en iyi yordayan değişkenleri araştıran çalışmada obsesif kompulsif belirtiler ve VKİ en iyi yordayıcı olarak bulunmuştur. AN, BN ve OKB'nin klinik ve fizyopatolojik özellikleri paylaşp paylaşmadığını araştıran bir çalışmada ise BN ve OKB grubunun VKİ'lerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (152). OKB tanılı hastaların yeme tutumlarını inceleyip OKSB içerisinde yer alan yeme bozuklukları belirtileri açısından karşılaştıran başka bir çalışmada OKB hastalarında VKİ ve yeme tutumu puanları kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (153).

2.10- Obezitede Komplikasyonlar

Kilo artışı pek çok komplikasyona neden olmaktadır (6). Epidemiyolojik çalışmalarda obez kişilerde bazı hastalıkların daha fazla görüldüğü yönündedir (6). Obezite, kalp damar sistemi, solunum sistemi, mide-bağırsak sistemi,

hormonol sistem, sinir sistemi, üriñer sistem ve deri üzerinde birçok hastalığa neden olmaktadır. Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, akut myokard enfarktüsü, serebrovasküler hastalıklar, derin ven trombozu, solunum güçlüğü, uyku apnesi, uykuya bağlı hipoventilasyon, safra kesesi hastalığı, yağlı karaciğer ve siroz, dislipidemi, tip2 diabet, hiperürisemi, insülin direnci, polikistik over sendromu, osteoartrit, sinir sıkışması, proteinüri, meme kanseri, endometrium kanseri, prostat kanseri, stres inkontinansı, lenfödem görölmektedir (6, 28). Psiko-sosyal bozukluklarda (vücut imajı, kendinden memnuniyetsizlik, sosyal eğilimler, önyargılar, ayrımcılık, yeme bozukluğu, depresyon, anksiyete vs.) artış olmaktadır (25). Ek olarak cerrahi komplikasyon (enfeksiyon, insizyonel herni, anestezi ve yara komplikasyonları) sıklığı artmaktadır (25).

2.11- Obezitenin Tedavisi

Obezite, tedavisi zorunlu bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Tedavinin başarılı olması için hastanın istekli olması, olaya doğrudan katılması ve tedavinin o hastaya özgü olması gerekmektedir. (25, 28) Obezite tedavisinde amaçlanan, ideal vücut ağırlığına ulaşmaktan çok, kilo kaybı hedeflerinin bireyselleştirilerek obezitenin derecesinin azaltılması ve en önemlisi de ulaşılan vücut ağırlığının korunmasıdır. Ağırlıkta % 10'luk bir kilo kaybı ile kan basıncı kontrolünde, dislipidemi ve diyabet regölasyonunda anlamlı azalmalar bildirilmiştir (6). Tedavi yöntemleri sırasıyla; Diyet Tedavisi, Davranış Tedavisi, Egzersiz Tedavisi, İlaç Tedavisi ve Cerrahi Tedavi'dir (6).

Günümüzde obezite tedavisinde diyet, egzersiz ve davranış modifikasyonu altın standart olarak kabul edilmektedir (142). Fiziksel aktivite ile birlikte düşük kalorili diyet ilk tedavi seçeneğidir. Başlangıç için hedeflenen kilo kaybı mevcut ağırlığın % 10'u kadardır (142). Yeme bozukluklarından AN, BN, TYB ve beden dismorfik bozukluğu gibi hastalıkların tedavisinde kullanılan Bilişsel-Davranışçı Terapi (BDT) ile başarılı sonuçlar elde edilmesi üzerine bu alanda ele alınan sorunların bazılarının obezitesi olan hastalar için de geçerli olduğu görülmüştür. Diğer yöntemler ile obezlerin kilo verebildikleri görülmüştür ama çalışmalar kilo verdikten sonraki üç yıl içinde kiloların yeniden alındığını göstermiştir (154). Bu verilerden hareketle obez hastaların BDT'lerinde tedavi amacı sadece kilo kaybına erişmek için değil aynı zamanda sağlanan kilo kaybının da korunmasına yöneliktir (154).

İlaç tedavisi diyet, egzersiz ve davranış tedavisi ile birlikte 3 ayda % 10 kilo kaybını sağlar. VKİ >30 kg/m² olan kişilerde uygulanır. Tıbbi olarak başka bir hastalık nedeniyle kilo vermesi gereken kişilerde de (VKİ >25 kg/m²) kullanılabilir (6). Obezite tedavisinde uzun dönem için kabul edilen ilaçlar sibutramine ve orlistattır. Sibutramine doyumluk hissini ve metabolik hızı arttırarak ağırlık kaybı sağlayan bir serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörüdür. Orlistat ise gastrik ve pankreatik lipaz inhibisyonu ile yağ emilimini inhibe ederek ağırlık kaybı yaratır (6, 20, 25). Duygudurum düzenleyici etkisi, dürtü kontrol sorunlarını azaltması ve kilo kaybına yol açması nedeniyle topiramet TYB olan obez hastalarda tedavi seçeneği olarak önerilmektedir (43, 61, 155).

Cerrahi girişimler ise genel olarak 18 yaş veya üzerinde, VKİ'si 40 kg/m² üzerinde olan obez bireylerde ve komorbid faktörleri bulunanlarda VKİ'si 35-40 kg/m² olanlarda düşünülmelidir (6, 20, 28). Bu yöntemler arasında intestinal bypass, parsiyel biliopankreatik bypass, gastropласти, ayarlanabilir silikon mide bandı takılması, laparoskopik gastrik bant uygulaması, daha az invaziv olan ve endoskopik olarak uygulanan bir yöntem olarak gastrik balon uygulaması sayılabilir (25).

2.12-Amaç

Bu çalışma ile obez bireylerin yeme tutumu, obsesif -kompulsif belirtileri, dürtüsellik özelliklerinin ve geçmişteki ve şimdiki DEHB tanısı ile I. ve II. Eksen özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu özelliklerin kilolu bireyler ve normal kilodaki kontrol grubu ile karşılaştırılması planlanmıştır. Bu araştırmanın varsayımı obez bireylerin kontrol grubuna göre daha fazla psikopatolojiye sahip olduğu, özellikle bazı obezlerin yeme bozukluğu, dürtüsellik, obsesif-kompulsif belirtiler, DEHB ve II. Eksen özelliklerini daha fazla ve bir arada gösteren bir alt grup oluşturduğu bu nedenle diğer yeme bozuklukları gibi spektrum içinde yer alması gerektiğidir.

3-GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1-Örneklem Grubu

Araştırmamızda VKİ= 18,5- 24,9 kg/m² arasındaki normal kilolu, VKİ=25-29,9kg/m² arasındaki kilolu ve VKİ ≥ 30 kg/m² obezlerden oluşan 3 grup oluşturulmuştur. Obez hasta grubu Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı Diyabet ve Obezite Polikliniğine obezite nedeniyle ayaktan başvuran veya yatarak tedavi gören hastalar ile tedavi için başvurmayan ama DSÖ'nün belirlediği ölçütlere göre obezite hastalığı olan kişilerden oluşturulmuştur. Kontrol grubu ve kilolular grubu ise hastane personeli ve hasta yakınlarından oluşturulmuştur. Çalışma 2012 Mart-Aralık ayları arasındaki süre içerisinde yapılmıştır.

3.1.1-Obez grubu oluşturma kriterleri;

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. VKİ ≥ 30 kg/m² olmak
3. En az ilkokul mezunu olmak
4. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
5. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

3.1.2-Obez grubu dışlama kriterleri;

1. Şizofreni, diğer psikotik bozuklular ve bipolar affektif bozukluk olması
2. Demans, deliryum gibi kognitif bozukluğun olması
3. Belirgin işlev kaybına yol açan ağır fiziksel bir hastalığa sahip olmak
4. Hamile olmak

3.1.3-Kontrol grubunu oluşturma kriterleri;

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. VKİ=18,5-24,9 kg/m² arasında olmak
3. En az ilkokul mezunu olmak
4. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
5. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

3.1.4-Kontrol grubunu dışlama kriterleri;

1. Şizofreni, diğer psikotik bozuklular ve bipolar affektif bozukluk olması
2. Demans, deliryum gibi kognitif bozukluğun olması
3. Belirgin işlev kaybına yol açan ağır fiziksel bir hastalığa sahip olmak
4. Hamile olmak

3.1.5-Kilolu grubu oluşturma kriterleri;

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. VKİ =24,9-29,9 kg/m² arasında olmak
3. En az ilkokul mezunu olmak
4. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olmak
5. Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

3.1.6 -Kilolu grubu dışlama kriterleri;

1. şizofreni, diğeri psikotik bozuklular ve bipolar affektif bozukluk olması
2. Demans, deliryum gibi kognitif bozukluğın olması
3. Belirgin işlev kaybına yol açan ağır fiziksel bir hastalığa sahip olmak
4. Hamile olmak

3. 2- Kullanılan lekler:

3. 2. 1-Sosyodemografik veri formu

Araştırmaya katılanların; yaş, boy, kilo, VKİ, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim, alışkanlıklar gibi sosyodemografik özelliklerini ve fiziksel hastalık, daha önce tanı konulmuş ruhsal hastalık ile ailede ruhsal hastalık öyküsünü belirleyen bir form kullanılmıştır. Ayrıca bu formda hastaların yeme miktarı ve yeme davranışı ile ilgili sorular da sorulmuştur.

3. 2. 2 - Yeme Tutumu Testi:

Yeme bozukluğunu tarama amacıyla 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen ölçek 40 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek AN'da var olan ana davranış ve tutumları değerlendirme amacı ile geliştirilmiştir. Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Öte yandan hastalık için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda ve normal bireylerde var olan yeme davranışındaki olası bozuklukların belirlenmesinde de kullanılmıştır. İlk formu 5 basamaklı Likert tipi 35 sorudan oluşan test daha sonra tekrar üzerinde çalışılarak bazı soruları değiştirilmiş ve yeni sorular eklenmiş. Son haliyle 6 basamaklı likert tipi 40 sorudan oluşan ölçeğin Türkçe'ye ilk çevirisi Doğan tarafından ikinci çevirisi ise Savaşır ve Erol tarafından yapılan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır tarafından 1989 da yapılmıştır. 11 yaşın üzerindeki bireylere uygulanabilen ölçeğin puanlanması uç yanıtlardan başlayarak 3, 2, 1 puan verilerek yapılmaktadır. Toplam 30 puan üzerindeki değerler AN veya yeme bozukluğu tanısını öngörmektedir (156).

3. 2. 3 -Wender-Utah derecelendirme ölçeği (WUDÖ):

DEHB ile ilişkili erişkinlerin çocukluk çağındaki belirti ve bulguları değerlendirmek için Wender ve Reimherr'in içinde bulunduğu Utah grubu tarafından 1993'te geliştirilmiştir. İlk olarak, DEHB belirtilerini 61 madde ile değerlendiren ölçek, daha sonra DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği

belirlenen 25 maddesinden oluşan şekline kısaltılmıştır. Her bir maddesinin “0” ile “4” arasında derecelendirildiği (0=hiç, 4=aşırı) beşli Likert tipinde cevaplanan bir öz bildirim ölçeğidir. DEHB tanısı için kesme puanı 36 ve üstüdür. WUDÖ’ nün hem DEHB hastalarını kontrol grubundan ayırabildiği hem de DEHB hastalarının psikofarmakolojik tedavi sonuçlarını değerlendirebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olup, kesme puanı 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında; duyarlılık % 82,5, özgüllük ise % 90,8 olarak saptanmıştır (157).

3. 2. 4 - Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL):

Sağlıklı kişiler ve psikiyatrik hasta gruplarında obsesif- kompulsif belirtilerin türünü ve yaygınlığını ölçmek amacıyla kullanılan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orjinalinde (158) kontrol etme, temizlik, yavaşlık ve kuşku alt ölçekleri varken, Türkçe formuna (159) ruminasyon alt ölçeği de eklenmiştir. Yönergesi ölçeğin başında vardır ve denekler doldururken kendilerine uyan doğru/yanlış yanıtı işaretlerler. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.

3. 2. 5 - Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan hastanın doldurduğu bir ölçektir (160). Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır; dikkat

(dikkatsizlik ve bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük). BDÖ-11 değerlendirilirken 4 farklı alt skor elde edilir; toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik. Toplam BDÖ-11 skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BDÖ-11'in Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada, madde yükü düşük maddelerin çıkarılması aşamasından önce çeviri işleminin devamının ve Türk örnekleme özgü ifadelerin kullanılmasının uygun olacağı belirtilerek daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle bu çalışmamızda ölçeğin değerlendirilmesi için Patton ve arkadaşlarının önerdiği puan anahtarları kullanılmıştır (161).

3. 2. 6 - Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Derogatis ve arkadaşları tarafından 5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir. Her maddeye verilen yanıtlara 0 ile 4 arasında puan verilir (149). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır (162). Somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık (hostilite), fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.

3. 2. 7 - Psikiyatrik Görüşme:

DSM-IV ölçütlerine göre yapılandırılmış SCID I (Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis I Disorders Research Version-DSM-IV, Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme araştırma formu) uygulanmıştır. SCID I First ve ark. tarafından geliştirilmiş, Özkürkçügil ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (163). DSM-III-R Kişilik Değerlendirme Formu (Structured Clinical Interview For DSM-IV Axis II Disorders) (SCID-II), yarı yapılandırılmış klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. İkinci eksen de tanımlanan kişilik bozukluk tanımları için kullanılmaktadır. Türkçe versiyonu Soriaş ve ark. tarafından geliştirilmiştir. SCID-II bireysel uygulamalı bir form olup, sorular hastaya yöneltilerek alınan yanıtlara ve görüşme esnasındaki klinik yargıya göre hastalar değerlendirilmektedir (164).

3. 3 - İstatiksel Değerlendirme:

Bu araştırmada katılımcılardan elde edilen verilerin analizleri SPSS 17.00 programı kullanılarak yapılmıştır. Örneklem grubunun bağımsız değişkenlerin etkisini incelemek için parametrik analiz yöntemleri kullanılmıştır. Örneklem grubuna ait sosyodemografik veriler için betimsel analiz yöntemleri, örneklem grubunu oluşturan üçlü gruplar arasında bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanırken, anlamlı çıkan sonuçların kaynağını öğrenme için de Post Hoc analizlerinde Tukey Testi kullanılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan ikili gruplar arasında

bağımsız değişkenler açısından fark olup olmadığını anlamak için ise Student T-Testi yöntemi ile hesaplanmıştır. Örneklem grubuna uygulanan ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için de Pearson Korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Örneklem grubundan oluşturulan gruplar 30 kişinin altında olduğunda, grupların karşılaştırılmasında ise nonparametrik analiz yöntemlerinden Mann Whitney U analiz yöntemi kullanılmıştır.

4- BULGULAR

Bu bölümde, çalışmada yer alan 110 obez, 80 kilolu ve 105 normal kilolu olmak üzere toplam 295 katılımcıya uygulanan yeme tutumuna, çocukluk çağı dikkat eksikliği ve hiperaktivite özelliklerine, obsesif kompulsif belirtilerine, dürtüsellik belirtilerine ve ruhsal belirtilerine ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırmada toplam 186 kadın yer almakla birlikte, bunların % 33. 9’ u obez olan, % 24. 2’si kilolu olan ve % 41. 9’u ise normal kilolu grubundadır. 109 erkek katılımcıdan ise, 47’si (% 43. 1) obez, 35’i (% 32. 1) kilolu ve 27’si (% 24. 8) normal kilolu grubundadır. Obez kişilerin yaş ortalaması 42.36 ± 11.45 , kiloluların 42.46 ± 12.72 ve normal kilolu grubun yaş ortalaması ise 29.5 ± 9.02 ’dir. Katılımcıların kilo ortalamaları incelendiğinde, obez kişilerin 103.25 ± 19.04 , kilolu kişilerin 76.95 ± 9.09 ve normal kilolu kişilerin 61.35 ± 8.08 ’dir. Boy ortalamaları ise sırasıyla, obez katılımcıların 1.69 ± 0.09 , kilolu katılımcıların 1.66 ± 0.09 ve normal kilolu katılımcıların ise 1.68 ± 0.08 ’dir. Obez kişilerin 36.30 ± 6.05 , kilolu kişilerin 27.37 ± 1.52 ve normal kilolu kişilerin de 21.82 ± 1.75 vücut kitle indeksine sahip olduğu görülmüştür. Obez kişilerin 26’sının aşırı (morbid) obez olduğu ve 44.69 ± 5.13 vücut kitle indeksine sahip olduğu görülmüştür. Medeni durum açısından bakıldığında, obez kişilerin 27’si (% 25), kiloluların 21’i (% 11.1) ve normal kiloluların 69’u (% 63.9) bekardır. Bununla birlikte evli olan kişilerin % 41. 5’i obez, % 38. 6’sı kilolu ve % 19. 9’u da normal kilolu kişiler arasında yer

almaktadır. Obez kişilerin 7'si dul, 3'ü boşanmış, normal kilolu kişilerin 1'i boşanmış kişilerdir. İlkokul mezunu kişilerin 21'i obez, 17'si kilolu ve 3'ü de normal kilolu kişiler arasında yer almaktadır. Obez katılımcılardan 11 kişi, kilolu katılımcılardan 7 kişi ve normal kilolu katılımcılardan 1 kişi ortaokul mezunudur. Obez kişilerden 34'ü (% 58. 6), kilolu kişilerden 14'ü (% 24. 1) ve normal kilolu kişilerden 10'u (% 17. 2) ise lise mezunudur. Üniversite mezunu olanların % 24. 9'u obez, % 23. 7'si kilolu ve % 51. 4'ü de normal kilolu grupta bulunmaktadır. Obez katılımcıların 32'si (% 57. 1) kilolu katılımcıların 14'ü (% 25) ve normal kilolu katılımcıların 10'u (% 17. 9) ev hanımı ya da çalışmamaktadır. Çalışanların % 36. 7'si obez, % 30'u kilolu ve % 33. 3'ü normal kilolu kişilerden oluşmaktadır. Öğrenci olanların % 16. 1'i obez, % 10. 7'si kilolu ve % 73. 2'ü ise normal kilolu kişilerdedir. Obez katılımcılardan 14'ü (% 42. 4), kilolu katılımcılardan 15'i (% 45. 5) ve normal kilolu katılımcılardan 4'ü (% 12. 1) emeklidir. Sigara kullananlardan % 53. 9'u obez, % 28. 1'i kilolu ve % 18'i normal kiloludur. Alkol kullananlardan 2'si obez, 1'i kilolu ve 4'ü ise normal kiloludur. Hem obez kişilerden hem de normal kilolu kişilerden 1'er kişinin başka alışkanlıkları olduğu saptanmıştır. Hiçbir alışkanlığı olmayanların % 29.9'u obez, % 27.4'ü kilolu ve % 42.6'sı normal kilolu kişilerdir. Psikiyatrik hastalıkların varlığı açısından bakıldığında, katılımcılardan 181 kişide herhangi bir psikiyatrik bozuklukla karşılaşılmamıştır. Psikiyatrik hastalıkları olan obez kişilerin 20'sinde depresyon, 6'sında depresyon ve anksiyete, 2'sinde depresyon ve OKB, 2'sinde depresyon ve somatizasyon, 7'sinde anksiyete, 1'inde anksiyete ve OKB, 3'ünde OKB, 1'inde somatizasyon ve 2'sinde diğer (dürtü

kontrol bozukluğu) ruhsal bozuklukların olduğu görülmüştür. Ayrıca obez kişilerin 29'unda TYB, 6'sında BN, 4'ünde DEHB, 5'inde TYB ve DEHB, 1'inde BN ve DEHB, toplam 34'ünde TYB ve 10'unda DEHB vardır. Kilolu kişilerin 6'sında depresyon, 3'ünde depresyon ve anksiyete, 1'inde depresyon ve OKB, 4'ünde anksiyete, 2'sinde OKB ve 1'inde diğer (konversiyon bozukluğu) ruhsal bozuklukların olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kilolu kişilerin 9'unda TYB, 2'sinde BN, 2'sinde DEHB, 3'ünde TYB ve DEHB, toplam 12'sinde TYB, 5'inde DEHB vardır. Normal kilolu kişilerin ise 11'inde depresyon, 3'ünde anksiyete ve 2'sinde de somatizasyon bozukluğu vardır. Ayrıca normal kilolu kişilerin 9'unda TYB, 1'inde BN, 4'ünde DEHB vardır. Katılımcıların ailelerinde herhangi bir ruhsal hastalık olup olmadığı da sorgulanmıştır. Buna göre 248 kişinin ailesinde herhangi bir psikiyatrik bozukluk olmadığı görülmüştür. Obez kişilerin 3'ünün ailesinde bipolar affektif bozukluk, 5'inin ailesinde depresyon, 4'ünün ailesinde psikoz, 7'sinin ailesinde anksiyete, 1'inin ailesinde OKB, 1'inin ailesinde bağımlılık ve 2'sinin ailesinde de kişilik bozuklukları olduğu belirlenmiştir. Kilolu kişilerin 4'ünün ailesinde depresyon, 12'nin ailesinde psikoz, 4'ünün ailesinde anksiyete, 1'inin ailesinde dürtü kontrol bozukluğu ve 1'inin ailesinde de kişilik bozukluğu mevcuttur. Normal kilolu kişilerin 3'ünün ailesinde bipolar affektif bozukluk, 5'inin ailesinde depresyon, 3'ünün ailesinde psikoz ve 2'sinin ailesinde de bağımlılık olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 188'inde herhangi bir fiziksel rahatsızlık yokken 107 kişide vardır. Fiziksel rahatsızlıklar incelendiğinde obez kişilerin 30'unda diyabet,

28'inde hipertansiyon, 16'sında kronik arter hastalıkları, 13'ünde akciğer hastalıkları (astım, kronik obstruktif akciğer hastalığı, obstruktif-uyku apne sendromu) ve 26'sında da diğer fiziksel rahatsızlıklar (osteoartrit, nodüler guatr, gastrit) vardır. Kilolu kişilerin 10'unda diyabet, 7'sinde hipertansiyon, 5'inde kronik arter hastalıkları, 6'sında akciğer hastalıkları ve 5'inde de diğer fiziksel hastalıklar olduğu bulunmuştur. Normal kilolu katılımcıların ise, 3'ünde diyabet, 1'inde hipertansiyon, 2'sinde kronik arter hastalıkları, 3'ünde akciğer hastalıkları ve 8'inde de diğer fiziksel rahatsızlıklar olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellik	Obez (N=110)		Kilolu (N=80)		Normal Kilolu (N=105)		Toplam (N=295)	
Cinsiyet	N	%	N	%	N	%	N	%
Kadın	63	33.9	45	24.2	78	41.9	186	100
Erkek	47	43.1	35	32.1	27	24.8	109	100
Medeni Durum								
Bekar	27	25	12	11.1	69	63.9	108	100
Evli	73	41.5	68	38.6	35	19.9	176	100
Dul	7	100	0	0	0	0	7	100
Boşanmış	3	75	0	0	1	25	4	100
Eğitim								
İlkokul	21	51.2	17	41.5	3	7.3	41	100
Ortaokul	11	57.9	7	36.8	1	5.3	19	100
Lise	34	58.6	14	24.1	10	17.2	58	100

Üniversite	44	24.9	42	23.7	91	51.4	177	100
Meslek								
Ev Hanımı/Çalışmıyor	32	57.1	14	25	10	17.9	56	100
Çalışıyor	55	36.7	45	30	50	33.3	150	100
Öğrenci	9	16.1	6	10.7	41	73.2	56	100
Emekli	14	42.4	15	45.5	4	12.1	33	100
Alışkanlıklar								
Sigara kullanan	48	53.9	25	28.1	16	18	89	100
Alkol kullanan	2	28.6	1	14.3	4	57.1	7	100
Hiçbirini kullanmayan	59	29.9	54	27.4	86	42.6	197	100
Diğer	1	50	0	0	1	50	2	100
Psikiyatrik hastalık								
Yok	65	30	63	29	89	41	217	100
Depresyon	20	54.1	6	16.2	11	29.7	37	100
Depresyon, Anksiyete	6	66.7	3	33.3	0	0	9	100
Depresyon, OKB	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100
Depresyon, Somatizasyon	2	100	0	0	0	0	2	100
Anksiyete	7	50	4	28.6	3	21.4	14	100
Anksiyete, OKB	1	100	0	0	0	0	1	100
OKB	3	60	2	40	0	0	5	100
Somatizasyon	1	33.3	0	0	2	66.7	3	100
Diğer	2	66.6	1	33.3	0	0	3	100
Ailede psikiyatrik hastalık								
Yok	87	35.1	69	27.8	92	37.1	248	100

Bipolar Bozukluk	3	50	0	0	3	50	6	100
Depresyon	5	35.7	4	28.6	5	35.7	14	100
Psikoz	4	50	1	12.5	3	37.5	8	100
Anksiyete	7	63.6	4	36.4	0	0	11	100
OKB	1	33.3	0	0	2	66.7	3	100
Bağımlılık	1	100	0	0	0	0	1	100
Dürtü Kontrol Bozukluğu	0	0	1	100	0	0	1	100
Kişilik Bozuklukları	2	66.7	1	33.3	0	0	3	100
	Ort.	ss	Ort.	Ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Yaş	42.3 6	11.4 5	42.4 6	12.7 2	29.5	9.02	37.8 1	12.6 1
Kilo	103. 25	19.0 4	76.9 5	9.09	61.3 5	8.08	81.2 1	22.5 2
Boy	1.69	0.09	1.66	0.09	1.68	0.08	1.68	0.09
Vücut Kitle İndeksi	36.3 0	6.05	27.3 7	1.52	21.8 2	1.75	28.7 2	7.37

Katılımcıların herhangi bir ruhsal hastalık belirtisi olup olmadığını belirlemek için Ruhsal Belirti Tarama Listesi/ Symtom Check List-90 (SCL-90) ölçeği uygulanmıştır. Tablo 2’de bu ölçeğe ait ortalama ve standart sapmalar her grup için özetlenmiştir.

Tablo 2. Örnekleme Oluşturan Gruplara Ait SCL-90 Puan Ortalamaları

SCL-90 Alt Ölçekleri	Obez (N=110)		Kilolu (N=80)		Normal Kilolu (N=105)		Toplam (N=295)	
	Ort.	ss	Ort.	Ss	Ort.	ss	Ort.	ss
Somatizasyon	13.45	10.44	8.86	7.58	7.65	7.41	10.14	9.06
Obsesif Kompulsif	10.66	7.76	8.74	6.38	8.34	6.36	9.32	6.98
Kişilerarası Duyarlılık	8.22	6.49	6.46	5.92	5.93	5.25	6.93	5.98
Depresyon	13.14	10.65	9.48	8.55	9	8	10.67	9.38
Kaygı	7.51	7.27	5.62	5.86	4.49	4.45	5.92	6.13
Düşmanlık	4.83	4.58	3.11	3.30	3.14	3.35	3.76	3.92
Fobik Kaygı	3.65	4.53	2.23	3.17	2.17	2.76	2.74	3.68
Paranoid Düşünce	4.93	4.25	3.90	3.59	3.61	3.26	4.18	3.78
Psikotizm	5.24	5.20	3.61	4.51	3.27	3.76	4.10	4.62
Ek Ölçek	7.37	4.57	4.76	3.98	4.07	3.83	5.49	4.40

Örneklem grubuna ait yeme davranışları ve SCID-II sonuçları Tablo 3’de gösterilmiştir. Yeme davranışları incelediğinde, yeme bozukluğu olmayanların % 30’u obez kişilerde, % 28. 7’si kilolular ve % 41. 3’ü normal kilolularda yer almaktadır. TYB olanların % 61. 8’i obez, % 21. 8’i kilolularda ve % 16. 4’ü de normal kilolularda yer almaktadır. Obez kişilerin 7’sinde, kiloluların 2’sinde ve normal kiloluların 1’inde BN davranışları görülmüştür. Kalımcıların kişilik bozukluğu olup olmadığı SCID-II uygulanarak belirlenmiştir. Buna göre herhangi bir kişilik bozukluğu olmayan 268 kişi bulunmaktadır. Paranoid kişilik özellikleri olan sadece 1 kişi vardır ve bu da normal kiloludur. Sınırdaki kişilik özellikleri

olanların % 69. 2'si obez, % 7. 7'si kilolu, % 23. 1'i normal kiloludur. Histriyonik kişilik özellikleri olanların % 80'i obez, % 10'u kilolu, % 10'u da normal kilolu kişilerden oluşmaktadır. Obsesif-kompulif kişilik özellikleri olan 1 kişi de, pasif-agresif kişilik özellikleri olan 2 kişi de obez grubunda yer almaktadır.

Tablo 3. Örneklem Grubuna Ait Yeme Davranışları ve SCID-II Sonuçları

Değişkenler	Obez (N=110)		Kilolu (N=80)		Normal Kilolu (N=105)		Toplam (N=295)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Yeme Davranışları								
Yeme Bozukluğu Olmayan	69	30	66	28.7	95	41.3	230	100
Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu	34	61.8	12	21.8	9	16.4	55	100
Bulimia Nervoza	7	70	2	20	1	10	10	100
SCID-II								
Kişilik Bozukluğu Olmayan	90	33.6	78	29.1	100	37.3	268	100
Paranoid kişilik	0	0	0	0	1	100	1	100
Sınırdaki kişilik	9	69.2	1	7.7	3	23.1	13	100
Histriyonik kişilik	8	80	1	10	1	10	10	100
Obsesif-kompulsif kişilik	1	100	0	0	0	0	1	100
Pasif-agresif kişilik	2	100	0	0	0	0	2	100

Katılımcılara uygulanan ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için Yek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 4'te gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında Yeme Tutumu Testi (YTT) toplam puanları ($F=12.433$, $p<.001$), WUDÖ alt ölçeklerinden Dikkat Eksikliği ($F=4.167$, $p<.05$), Davranış Sorunları/Dürtüsellik ($F=4.680$, $p<.05$), Okul Sorunları ($F=14.452$, $p<.001$), Depresyon ($F=6.121$,

$p<.01$), İrritabilite ($F=10.120$, $p<.001$), WUDÖ toplam puanları ($F=11.259$, $p<.001$), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) Toplam puanları ($F=4.893$, $p<.01$), BDÖ-11 alt ölçeklerinden Plan Yapamama ($F=37.091$, $p<.001$), Motor Dürtüsellik ($F=21.194$, $p<.001$), Dikkat ($F=21.816$, $p<.001$) ve BDÖ-11 toplam puanları ($F=38.180$, $p<.001$) açısından anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farkların kaynağını anlamak için Post Hoc analizlerinden Tukey Testi yapılmıştır. Buna göre obez kişiler (ort.=23.24) hem kilolu (ort.=17.98) hem de normal kilolulardan (ort.=15.57) anlamlı derecede daha fazla YTT puanı almışlardır. Kilolu (ort.=17.98) kişiler de normal kilolulardan (ort.=15.57) anlamlı derece daha fazla YTT puanı almışlardır. Obez kişilerin, hem kilolulardan, hem de normal kilolulardan, kilolu kişilerin de normal kilolulardan daha fazla yeme tutumunun bozuk olduğu söylenebilir.

WUDÖ alt ölçeklerinden Dikkat Eksikliği alt ölçek puanlarına göre obez kişiler (ort.=6. 8) normal kilolulara (ort.=5.37) göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlar. Obez kişilerin normal kilolulara göre çocukluk çağında daha fazla dikkat eksikliği yaşamışlardır. Davranış Sorunları/Dürtüsellik alt ölçek puanlarına göre obez kişiler (ort.=3.55) hem kilolulara (ort.=2.32) hem de normal kilolulara (ort.=2. 3) göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlar. Obez kişilerde hem kilolu hem de normal kilolu kişilere göre çocukluk çağında daha fazla davranış sorunları veya dürtüsellik görülmüştür. Okul Sorunları puanlarına göre obez kişiler (ort.=2.45) hem kilolulara (ort.=1.36) hem de normal kilolulara (ort.=0.93) göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlar. Yine obez kişilerin hem kilolu hem de

normal kilolu kişilere göre çocukluk çağında daha fazla okul sorunları yaşamışlardır. Benzer şekilde Depresyon alt ölçek puanlarına göre obez kişiler (ort.=4.88) hem kilolulara (ort.=3.25) hem de normal kilolulara (ort.=3.5) göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlar. Buna göre obez kişiler hem aşırı hem de normal kilolu kişilere göre çocukluk çağında daha fazla depresif belirtiler sergilemiştir. İrritabilite alt ölçek puanlarına göre obez kişiler (ort.=8.15) hem kilolulara (ort.=5.06) hem de normal kilolulara (ort.=5.15) göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlar. Obez kişilerin hem kilolu hem de normal kilolu kişilere göre çocukluk çağında daha iritabilite oldukları düşünülebilir. WUDÖ toplam puanları açısından da obez kişiler (ort.=25.83) hem kilolulara (ort.=17.88) hem de normal kilolulara (ort.=17.26) göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlar. Obez katılımcıların hem kilolu hem de normal kilolu katılımcılara göre çocukluk çağında daha fazla dikkat eksikliği ve hiperaktivite özellikleri göstermişlerdir.

MOKSL toplam puanları açısından bakıldığında obez kişiler (ort.=15.22) normal kilolulara (ort.=12.46) göre anlamlı olarak daha fazla puan almışlar. Buna göre obez kişilerin normal kilolu kişilere göre daha fazla obsesif kompulsif belirtiler gösterdiği söylenebilir.

BDÖ-11 alt testlerinden Plan Yapamama puanlarına göre obez kişiler (ort.=25.79) hem kilolu (ort.=23.84) hem de normal kilolulardan (ort.=20.24) anlamlı derecede daha fazla puan almışlardır. Kilolu (ort.=23.84) kişiler de normal kilolulardan (ort.=20.24) anlamlı derece daha fazla puan almışlardır. Obez kişilerin, hem kilolulara, hem de normal kilolulara, kilolu kişilerinde de normal

kilolulara göre plan yapma konusunda sorun yaşamaktadır. Motor Dürtüsellik puanları açısından obez kişiler (ort.=19.55) hem kilolu (ort.=17.32) hem de normal kilolulardan (ort.=16.35) anlamlı derecede daha fazla puan almışlardır. Obez kişilerin, hem kilolulardan, hem de normal kilolulardan, daha fazla motor dürtüsellik gösterdiği söylenebilir. Dikkat alt test puanlarına göre obez kişiler (ort.=14.84) hem kilolu (ort.=13.46) hem de normal kilolulardan (ort.=11.84), kilolu (ort.=13.46) kişiler de normal kilolulardan (ort.=11.84) anlamlı derece daha fazla puan almışlardır. Buna göre obez kişilerin, hem kilolulardan, hem de normal kilolulardan, kilolu kişilerinde de normal kilolulardan daha fazla dikkat sorunları vardır. BDÖ-11 Toplam puanları açısından da obez kişiler (ort.=60.18) hem kilolu (ort.=54.62) hem de normal kilolulardan (ort.=48.43), kilolu (ort.=54.62) kişiler de normal kilolulardan (ort.=48.43) anlamlı derece daha fazla puan almışlardır. Obez kişilerin, hem kilolulardan, hem de normal kilolulardan, kilolu kişilerinde de normal kilolulardan daha fazla dürtüsel olduğu söylenebilir.

Tablo 4. Elde Edilen Değişkenler Açısından Gruplar Arasındaki Farklara ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Değerler	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	sd	Kareler Ortalaması	F	p	Post Hoc
YTT	Gruplararası	3298.84	2	1649.42	12.433***	.000	Obez>Kilolu
	Grupiçi	38738.04	292	132.66			Obez>Normal Kilolu
	Toplam	42036.88	294				Kilolu>Normal Kilolu

Dikkat Eksikliği	Gruplararası	112.65	2	56.32	4.167*	.016	Obez>Norma 1 Kilolu
	Grupiçi	3946.86	292	13.35			
	Toplam	4059.51	294				
Davranış Sorunları/ Dürtüsellik	Gruplararası	106.26	2	53.13	4.680*	.010	Obez>Kilolu Obez>Norma 1 Kilolu
	Grupiçi	3314.97	292	11.35			
	Toplam	3421.23	294				
Okul Sorunları	Gruplararası	128.09	2	64.05	14.452***	.000	Obez>Kilolu Obez>Norma 1 Kilolu
	Grupiçi	1294.08	292	4.43			
	Toplam	1422.17	294				
Depresyon	Gruplararası	156.42	2	78.21	6.121**	.002	Obez>Kilolu Obez>Norma 1 Kilolu
	Grupiçi	3730.71	292	12.78			
	Toplam	3887.13	294				
İrritabilite	Gruplararası	638.31	2	319.16	10.120***	.000	Obez>Kilolu Obez>Norma 1 Kilolu
	Grupiçi	9208.62	292	31.54			
	Toplam	9846.94	294				
WUDÖ Toplam	Gruplararası	4772,95	2	2386,48	11.259***	.000	Obez>Kilolu Obez>Norma 1 Kilolu
	Grupiçi	61890,52	292	211,95			
	Toplam	66663,48	294				
MOKSL Toplam	Gruplararası	425.28	2	212.64	4.893**	.008	Obez>Norma 1 Kilolu
	Grupiçi	12689.02	292	43.46			
	Toplam	13114.30	294				

Plan Yapamama	Gruplararası	1689.96	2	844.98	37.091***	.000	Obez>Kilolu
	Grupiçi	6652.13	292	22.78			Obez>Normal Kilolu
	Toplam	8342.08	294				Kilolu>Normal Kilolu
Motor Dürtüsellik	Gruplararası	576.68	2	288.34	21.194***	.000	Obez>Kilolu
	Grupiçi	3972.68	292	13.60			Obez>Normal Kilolu
	Toplam	4549.37	294				
Dikkat	Gruplararası	483.41	2	241.70	21.816***	.000	Obez>Kilolu
	Grupiçi	3235.19	292	11.08			Obez>Normal Kilolu
	Toplam	3718.60	294				Kilolu>Normal Kilolu
Barrat Toplam (BDÖ-11)	Gruplararası	7422.90	2	3711.45	38.180***	.000	Obez>Kilolu
	Grupiçi	28384.83	292	97.21			Obez>Normal Kilolu
	Toplam	35807.73	294				Kilolu>Normal Kilolu

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Obez hastalardan tedaviye gelen ve gelmeyenler arasından uygulanan ölçek puanları açısından fark olup olmadığını anlamak Student T-Testi analizi yapılmıştır. Sonuçta, YTT puanları ($t=4.677$, $p<.001$) hariç diğer ölçek puanları açısından gruplar arasından anlamlı bir fark bulunmamıştır. YTT puanları açısından bakıldığında tedaviye gelen obez hastalar (ort.=28.07) tedaviye gelmeyen obez hastalardan (ort.=17.46) daha fazla puan almışlardır. Tedaviye gelen obez hastaların, tedaviye gelemeyen obez hatalarından daha fazla yeme tutum bozukluğu göstermektedir. Tüm sonuçlar Tablo 5’de belirtilmiştir.

Tablo 5. Obez Hastalarda Tedaviye Gelen ve Gelmeyen Hastalar Arasında Değişkenler Açısından Student T-Testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	s.s.	t	p
YTT	Tedaviye Gelen	60	28.07	12.48	4.677*	.000
	Tedaviye Gelmeyen	50	17.46	11.29		
WUDÖ Toplam	Tedaviye Gelen	60	27	19.73	0.764	.447
	Tedaviye Gelmeyen	50	24.42	15.68		
MOKSL Toplam	Tedaviye Gelen	60	16	7.45	1.319	.190
	Tedaviye Gelmeyen	50	14.28	6.22		
Plan Yapamama	Tedaviye Gelen	60	26.25	5.46	0.997	.321
	Tedaviye Gelmeyen	50	25.24	5.14		
Motor Dürtüsellik	Tedaviye Gelen	60	19.63	4.51	0.211	.833
	Tedaviye Gelmeyen	50	19.46	4.11		
Dikkat	Tedaviye Gelen	60	14.93	3.60	0.228	.774
	Tedaviye Gelmeyen	50	14.72	4.09		
Barrat Toplam (BDÖ-11)	Tedaviye Gelen	60	60.82	11.56	0.656	.513
	Tedaviye Gelmeyen	50	59.42	10.74		

*p<.001

Obez hastalarda TYD olan ve olmayan gruplar arasında da uygulanan ölçek puanları açısından fark olup olmadığı Student T-Testi analizi ile saptanmıştır. Sonuçta, TYD olan ve olmayan gruplar arasında WDUÖ alt

testlerinden Dikkat Eksikliği ($t=2.641$, $p<.05$), Depresyon ($t=2.986$, $p<.01$), İrritabilite ($t=2.640$, $p<.05$), WUDÖ toplam puanları ($t=2.765$, $p<.01$), Motor Dürtüsellik ($t=2.673$, $p<.05$), Dikkat ($t=3.474$, $p<.01$) ve BDÖ-11 toplam puanları ($t=3.081$, $p<.01$) açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise böyle bir fark bulunmadığı görülmüştür. WUDÖ alt ölçeklerinden Dikkat Eksikliği açısından bakıldığında TYD olan kişiler (ort.=8.1) olmayan kişilere (ort.=6.03) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. TYD olanların olmayanlara göre çocukluk çağında daha fazla dikkat eksikliği yaşamışlardır. Depresyon puanları açısından bakıldığında TYD olan kişiler (ort.=6.56) olmayan kişilere (ort.=3.88) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. TYD olanların olmayanlara göre çocukluk çağından daha fazla depresif belirtiler sergilemiştir. İrritabilite puanları açısından bakıldığında TYD olan kişiler (ort.=10.34) olmayan kişilere (ort.=6.86) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. TYD olanların olmayanlara göre çocukluk çağında daha fazla iritablıdır. WUDÖ toplam puanları açısından bakıldığında TYD olan kişiler (ort.=31.95) olmayan kişilere (ort.=22.19) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. TYD olanların olmayanlara göre çocukluk çağında daha fazla dürtüsel olduğu düşünülebilir. Motor Dürtüsel puanları açısından da TYD olan kişiler (ort.=21.07) olmayan kişilere (ort.=18.65) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. TYD olanların olmayanlara göre daha fazla motor dürtüsellik göstermektedir. Dikkat alt test puanları açısından yine TYD olan kişiler (ort.=16.39) olmayan kişilere (ort.=13.91) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. TYD olanların olmayanlara göre daha fazla dikkat sorunu yaşamaktadır. Benzer şekilde BDÖ-11

toplam puanları açısından da TYD olan kişiler (ort.=64.49) olmayan kişilere (ort.=57.62) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. Buna göre TYD olanların olmayanlara göre daha fazla dürtüsel olduğu söylenebilir (Tablo 6).

Tablo 6. Obez Hastalarda Tıkınırcı Yeme Davranışı Olan ve Olmayan Hastalar Arasında Değişkenler Açısından Student T-Testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	s.s.	t	p
YTT	TYD olan	41	25.68	10.49	1.641	.104
	TYD olmayan	69	21.8	14.2		
Dikkat Eksikliği	TYD olan	41	8.1	3.95	2.641*	.010
	TYD olmayan	69	6.03	4.03		
Davranış sorunları/ Dürtüsellik	TYD olan	41	4.37	4.44	1.570	.121
	TYD olmayan	69	3.07	3.69		
Okul Sorunları	TYD olan	41	2.58	2.17	0.504	.615
	TYD olmayan	69	2.35	2.72		
Depresyon	TYD olan	41	6.56	5.02	2.986**	.004
	TYD olmayan	69	3.88	3.6		
İrritabilite	TYD olan	41	10.34	6.87	2.640*	.010
	TYD olmayan	69	6.86	6.40		
WUDÖ Toplam	TYD olan	41	31.95	18.60	2.765**	.007
	TYD olmayan	69	22.19	16.67		
MOKSL Toplam	TYD olan	41	16.1	7.67	0.981	.330
	TYD olmayan	69	14.7	6.47		
Plan Yapamama	TYD olan	41	27.02	5.24	1.900	.061
	TYD olmayan	69	25.06	5.27		
Motor Dürtüsellik	TYD olan	41	21.07	5.15	2.673*	.010
	TYD olmayan	69	18.65	3.66		
Dikkat	TYD olan	41	16.39	3.59	3.474**	.001
	TYD olmayan	69	13.91	3.66		
Barrat Toplam (BDÖ-11)	TYD olan	41	64.49	12.11	3.081**	.003
	TYD olmayan	69	57.62	9.79		

*p<.05, **p<.01

Tablo 7’de obez hastalarda DEHB olan ve olmayan kişiler arasından uygulanan ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığı ise Mann-Whitney U analizi yapılarak belirlenmiştir. Sonuçta, DEHB olan ve olmayan gruplar arasında WDUÖ alt testlerinden Dikkat Eksikliği ($U=202.5$, $p<.01$), Davranış Sorunları/Dürtüsellik ($U=142$, $p<.001$), Depresyon ($U=184.5$, $p<.01$), İrritabilite ($U=126.5$, $p<.001$), WUDÖ toplam puanları ($U=116$, $p<.001$), Motor Dürtüsellik ($U=190$, $p<.01$) Dikkat ($U=64.5$, $p<.001$) ve BDÖ-11 toplam puanları ($U=151.5$, $p<.001$) açısından anlamlı bir fark olduğu diğer ölçek puanları açısından ise böyle bir fark bulunmadığı görülmüştür. WUDÖ alt ölçeklerinden Dikkat Eksikliği açısından bakıldığında DEHB olan kişiler (ort.=85.25) olmayan kişilere (ort.=52.53) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. DEHB olanların olmayanlara göre çocukluk çağında daha fazla dikkat eksikliği yaşamışlardır. Davranış Sorunları/Dürtüsellik açısından bakıldığında DEHB olan kişiler (ort.=91.30) olmayan kişilere (ort.=51.92) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. DEHB olanların olmayanlara göre çocukluk çağında daha fazla davranış sorunları yaşamışlardır. Depresyon puanları açısından bakıldığında DEHB olan kişiler (ort.=87.05) olmayan kişilere (ort.=52.35) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. DEHB olanların olmayanlara göre çocukluk çağından daha fazla depresif belirtiler sergilemiştir. İrritabilite puanları açısından bakıldığında DEHB olan kişiler (ort.=92.85) olmayan kişilere (ort.=51.77) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. DEHB olanların olmayanlara göre çocukluk çağında daha fazla irritable. WUDÖ toplam puanları açısından bakıldığında DEHB olan kişiler (ort.=93.90) olmayan kişilere (ort.=51.66) göre anlamlı olarak daha fazla

puan almıştır. DEHB olanların olmayanlara göre çocukluk çağında daha fazla dürtüsel olduğu düşünülebilir. Motor Dürtüsellik alt test puanları açısından bakıldığında DEHB olan kişiler (ort.=86.50) olmayan kişilere (ort.=52.40) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. DEHB olanların olmayanlara göre daha fazla motor dürtüsel olduğu düşünülebilir. Dikkat alt test puanları açısından yine DEHB olan kişiler (ort.=99.05) olmayan kişilere (ort.=51.15) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. DEHB olanların olmayanlara göre daha fazla dikkat sorunu yaşamaktadır. Benzer şekilde BDÖ-11 toplam puanları açısından da DEHB olan kişiler (ort.=90.35) olmayan kişilere (ort.=52.02) göre anlamlı olarak daha fazla puan almıştır. Buna göre DEHB olanların olmayanlara göre daha fazla dürtüsel olduğu söylenebilir.

Tablo 7. Obez Hastalarda DEHB Olan ve Olmayan Hastalar Arasında Değişkenler Açısından Student T-Testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar	N	Ortalama	s.s.	t	p
YTT	DEHB olan	10	19.90	12.47	-0.886	.395
	DEHB olmayan	100	23.58	13.1		
Dikkat Eksikliği	DEHB olan	10	10.6	3.27	3.768*	.003
	DEHB olmayan	100	6.42	4		
Davranış sorunları/Dürtüsellik	DEHB olan	10	8.2	3.62	4.246*	.001
	DEHB olmayan	100	3.09	3.77		
Okul Sorunları	DEHB olan	10	2.3	3.02	-0.152	.882
	DEHB olmayan	100	2.45	2.48		
Depresyon	DEHB olan	10	9.1	3.9	3.562*	.004
	DEHB olmayan	100	4.46	4.2		
İrritabilite	DEHB olan	10	16.2	4.02	6.204**	.000
	DEHB olmayan	100	7.35	6.46		
WUDÖ Toplam	DEHB olan	10	46.4	8.28	7.203**	.000
	DEHB olmayan	100	23.77	17.38		
MOKSL Toplam	DEHB olan	10	12.4	5.78	-1.584	.140
	DEHB olmayan	100	15.5	7.01		
Plan Yapamama	DEHB olan	10	28.3	3.83	2.081	.058
	DEHB olmayan	100	25.54	5.4		
Motor Dürtüsellik	DEHB olan	10	23.7	3.65	3.714*	.003
	DEHB olmayan	100	19.14	4.16		
Dikkat	DEHB olan	10	20.8	2.66	7.242**	.000
	DEHB olmayan	100	14.24	3.38		
Barrat Toplam (BDÖ-11)	DEHB olan	10	72.8	7.87	5.125**	.000
	DEHB olmayan	100	58.92	10.68		

*p<.01, **p<.001

Son olarak katılımcılara uygulanan ölçeklerden YTT, MOKSL, WUDÖ ve BDÖ-11 toplam puanları ile vücut kitle indeksi arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için Pearson Korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Sonuçlar Tablo 8’de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, YTT ile MOKSL ($r=.370$, $p<.01$), WUDÖ ($r=.148$, $p<.05$) ve VKİ ($r=.304$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. MOKSL ile WUDÖ ($r=.378$, $p<.01$) ve BDÖ-11 ($r=.173$, $p<.01$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. WUDÖ ile BDÖ-11 ($r=.541$, $p<.01$) ve VKİ ($r=.145$, $p<.05$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. BDÖ-11 ile VKİ arasında da ($r=.403$, $p<.01$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 8 Örneklem Gruplarına Uygulanan Ölçekler ve Vücut Kitle İndeksi Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	YTT Toplam	MOKSL Toplam	WUDÖ Toplam	Barrat Toplam (BDÖ-11)	VKİ
YTT Toplam	1	,370**	,148*	,052	,304**
MOKSL Toplam	,370**	1	,376**	,173**	,080
WUDÖ Toplam	,148*	,376**	1	,541**	,145*
Barrat Toplam (BDÖ-11)	,052	,173**	,541**	1	,403**
VKİ	,304**	,080	,145*	,403**	1

* $p<.05$, ** $p<.01$

5- TARTIŞMA

Bu çalışma ile obez bireylerin normal ve kilolu bireylere göre yeme tutumlarının daha bozuk olduğu, daha fazla dürtüsel özellikler gösterdikleri, daha sık psikiyatrik tanı aldıkları ve daha yüksek oranda psikiyatrik belirtiler gösterdiklerini belirlemiş olduk.

Sosyodemografik açıdan değerlendirme yapıldığında her üç grupta da kadınların sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Obez ve kilolu olan gruplarda yaş ortalaması, evli olma, ev hanımı, çalışmıyor veya emekli olma, ilk ve ortaokul mezunu olma oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler yaş arttıkça, eğitim düzeyi düştükçe, çalışmama, hareketsizlik, sedanter bir yaşam şekli arttıkça ve kadınlar için evlenip doğum yaptıktan sonra kiloda artışın olduğunu ve obezite gelişimi için çevresel faktörlerin yadsınamaz nitelikte olduğunu destekler şekilde literatürle uyumludur. Çalışmadaki obezite ve aşırı kilonun görüldüğü grupların özellikleri ele alındığında “fast food” tarzı yiyeceklerin değil kültürümüzde daha yaygın olan hamur işi, karbonhidratlı yiyeceklerin daha çok tüketildiği düşünülmektedir.

Obezlerde genel popülasyondan daha sıklıkta psikopatoloji saptanmaktadır. Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen çalışmalarda obez bireylerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, sigara bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımının sık görüldüğü bildirilmiştir (14, 13, 20, 56, 165). Ayrıca obez hastaların yaşam boyu psikiyatrik

bir bozukluk gösterme oranlarının daha yüksek olduğu ve obez hastaların ailelerinde de psikiyatrik hastalıkların daha sık görüldüğü yönünde bilgiler mevcuttur (14, 68). Bu çalışmada da aynı şekilde obez hasta grubunun geçmiş öyküsünde kontrol grubuna ve kilolu gruba kıyasla daha fazla psikiyatrik tanı aldığı ve ailelerinde de daha sıklıkla psikiyatrik hastalık olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullanımının da obez grupta daha fazla olduğu görülmüştür. Literatürle uyumlu olarak bu çalışmada obez hasta grubunda daha fazla psikiyatrik tanı koyulmuştur. Belirlenen tanılarının dışında SCL90 ile obez grupta kontrol grubuna göre tüm alt ölçeklerde daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Buna göre obezlerde psikiyatrik bir tanı almasalar bile daha fazla oranda psikiyatrik belirtiler gösterdikleri söylenebilir. Tedavi için hastaneye başvuran obez hastalarda ise tedavi başvurusu olmayanlara göre daha sık tanı aldıkları belirlenmiştir. Yine SCL90 ile tedaviye gelen obez grupta daha yüksek puanlar elde edilmiştir. Tedavi arayışında olan bu obez bireylerin en fazla TYB ve major depresyon tanılarını aldıkları görülmüştür. Yine bu obez bireylerde daha sıklıkla II. eksen tanıları mevcuttur. Bu bulgular tedaviye gelen obez bireylerde saptanmış olan psikopatolojilerle ilgili araştırmalarla uyumludur (13, 83, 107, 136). Bu sonuçlar obezite ve psikopatoloji arasında ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmada literatürdeki gibi sınırda kişilik bozukluğu obezlerde daha sık olarak tespit edilmiştir fakat tedaviye başvuran obez bireylerde histriyonik kişilik bozukluğu daha fazla oranda görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalarda obez bireylerde en sık sınırda kişilik bozukluğu görüldüğü (13, 136, 166), farklı çalışmalarda ise pasif agresif kişilik bozukluğunun (13, 28), paranoid, antisosyal ve çekingen kişilik

bozukluğunun daha fazla olduğu belirtilmiştir (167). Tedavi arayan grupta ise kişilik bozukluklarının sık görüldüğü ve en sık olanının sınırda kişilik bozukluğu olduğu araştırmalarda tespit edilmektedir (13, 83, 66, 107). Obezite ve psikopatoloji ilişkisini inceleyen çalışmalarda ilk önce obezite ile psikopatolojinin artmadığı (168) bildirilmiş daha sonra depresyonun obez bireylerde daha az görüldüğü öne sürülmüştür (13, 72, 169). Sonraki çalışmalarda ise genellikle depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerin obezlerde normal kilolulara göre yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (68, 73, 74, 170, 171). Depresyon ve obezite birlikteliğini gözden geçiren bir çalışmada her iki durumun ailesel geçiş özelliği gösterdiği vurgulanmıştır. Hem depresyonun hem de obezitenin etyolojisinde stres ve fiziksel hastalık gibi çevresel özelliklerin etkili olduğu, serotonerjik dengesizliğin depresyon ya da obezite ile sonuçlanabildiği belirtilmiştir (78). Yapılan birçok çalışmada obezitenin kadınlarda depresyon belirtileri ile olan iki yönlü ilişkisi vurgulanmıştır (74, 172-175). Bu ilişki obezite nedeniyle fiziksel aktivitenin azalması ve fiziksel hastalıkların artması sonucu zevk verici, hoşnutluk verici etkinliklerin yapılamamasının depresyon ortaya çıkışını kolaylaştırabildiği; obezite riskinin, obez kadınlarda normal kilolulara göre depresyon riskini arttırdığı; depresyonda iştah artışına, fiziksel aktivitenin azalmasına, kullanılan ilaçlara bağlı olarak kilo aldırıp obezite geliştirebildiği şeklinde açıklanmaktadır. Bizim çalışmamızda da obez hastalarda depresyon sık görülmektedir. Özellikle obez kadınlarda depresyon oranları daha fazla, tedaviye gelenlerde depresif belirtiler daha sık görülmektedir. Çalışmamızdaki obez kadınların geçirilmiş psikiyatrik tanıları arasında depresyonun yine daha yüksek

oranda belirlenmiş olması bahsedilen bu obezite depresyon arasındaki iki yönlü ilişkiyi desteklemektedir. Genel olarak obezitenin kişide var olan psikiyatrik bir bozukluğun sonucu olmadığı hatta anksiyete ve depresyon gibi hastalıkların obezitenin birer sonucu olduğu düşünülmektedir (20, 56, 61). Ancak psikiyatri araştırmalarının çoğunda psikiyatrik bozukluğun başlaması ve kilo alımı arasındaki zamansallık gözden kaçırılmıştır (61). Obezite ve kiloluluk genellikle genç yaşlarda başlamaktadır ve psikiyatrik bozukluklar bu durumdan daha önce seyrediyor olabilir veya kilo alımının başlamasını takip ediyor olabilirler (165). Obezite ve psikiyatrik hastalıklar genetik etkiler, olumsuz erken yaşam deneyimleri ve gen-çevre etkileşimi gibi ortak öncülleri paylaşırlar (165). Araştırmacılar psikiyatrik semptomlar ve obezitenin iki yönlü ilişkisini belirleyebilmek ve depresyonun yaşam boyu obezite gelişimi üzerindeki etkisini anlamak için prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu dile getirmektedir (56, 68, 165). Yapılan bazı çalışmalarda depresyonun ileride gelişecek olan obezitenin bir öngörücüsü olduğu gösterilmiştir (61, 176).

Yeme davranışı ve nöral sistemler arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Yeme serotonin başta olmak üzere karmaşık nöronal düzeneklerin kontrolü altındadır. Aynı zamanda gıda alımı serotoninergik nöronlarda serotonin salınımının düzenlenmesinde etkili olmaktadır. Serotonin salınımı karbonhidrat alımına bağlı insülin salınımı ve plazma triptofan oranının artışı ile artarken, protein alımı ile değişmemektedir (68). Serotoninin duygudurum, iştah, ağrı duyusu, kan basıncı ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Hastaların karbonhidrat alımı

serotonin salınımına bağılı olarak kendilerini daha iyi hissetmelerine neden olmakta, bunun sonucunda bu gıdalara karşı bir düşkünlük meydana gelmektedir. Karbonhidrat alımı insanların kendini iyi hissetmesine neden olurken aynı zamanda kilo alımına da neden olmaktadır (68). Ayrıca insanlarda ruhsal durumla yemek seçimi, yeme miktarı ve yeme sıklığı arasında, fizyolojik ihtiyaçlardan bağımsız bir ilişki mevcuttur. Yeme davranışının anksiyete, neşe, üzüntü, öfke, depresyon gibi farklı duygulara göre değiştiği yaygın olarak kabul edilmektedir. Emosyonel durumla bağlantılı olan yemek yeme davranışı emosyonel yeme olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel yemenin beden ağırlığı ile ilişkili olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (68). Çalışmalarda obez bireylerin anksiyeteli olduklarında normal kilolu bireylere göre aşırı yedikleri ve yemenin anksiyetelerini azalttığı öne sürülmüştür (28, 68, 71). Bu bilgiler ışığında ve literatürdeki çalışma sonuçlarına benzer şekilde bizim çalışmamızda obez bireylerde kontrol grubu ve kilolu gruba kıyasla daha fazla oranda bozulmuş yeme davranışı gösterilmiştir. Bozulmuş yeme davranışının göstergesi olarak kabul edilen yüksek YTT puanları tedaviye gelen obezlerde ve TYB olan bireylerde de gösterilmiştir. Yeme bozukluğu belirtilerini yordayan değişkenlerin araştırıldığı bir çalışmada YTT puanı ile VKİ arasında pozitif korelasyon bulunmuş ve VKİ arttıkça yeme patolojisi artar şeklinde yorumlanmıştır (151). Ayrıca bu çalışmada YTT toplam puanını en iyi yordayan diğer bir değişken ise SCL90 obsesif-kompulsif belirtiler alt ölçeği olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da VKİ ve YTT puanı arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç VKİ arttıkça yeme patolojisi artar veya yeme davranışı bozuldukça VKİ artar şeklindeki teoriyi

desteklemektedir. Çalışmamızda YTT puanı ile MOKSL'nin obsesif-kompulsif belirtileri arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde yapılan bazı çalışmalarda yeme tutumu ile obsesif-kompulsif belirtiler arasında pozitif korelasyon bulunmuş ve bu sonuçlar yeme bozuklukları ile OKB ve obsesif-kompulsif belirtiler arasındaki ilişki ve birlikteliğe bağlanmıştır (145, 177). Bizim çalışmamızda da YTT ve MOKSL arasındaki pozitif ilişkinin tüm gruplarda saptanmış olması ve VKİ ile MOKSL arasında bir ilişki saptanmamış olması yeme bozuklukları ile OKB ve OKSB ilişkisinin bir sonucu olduğunu düşündürmektedir. Çalışmalar her iki bozukluk arasında yüksek komorbidite bildirmişlerdir (145). Yeme bozukluğu hastalarındaki OKB görülme sıklığı ise % 11 ila % 41 arasında değişmektedir (145). Eşlik eden komorbiditenin yanı sıra YB'da obsesif- kompulsif belirtiler gözlemlendiği ve bu belirtiler ile hastalığın şiddeti arasında korelasyon olduğu belirlenmiştir (145). Son yıllarda yeme bozukluklarının obsesyonel bozukluklar oldukları vurgulanmaktadır (103, 145). Klinik özelliklerin yanı sıra serotonin disregülasyonu gibi benzer bazı biyolojik özellikleri de paylaşmaktadırlar (145, 178). Yeme davranışı ile karşılıklı ilişkisi olan serotonin aynı zamanda yeme bozukluğunun fizyopatolojisinde rol alan bir nörotransmitterdir. Obez hastalarda ise yeme bozukluklarının sıklığında artış görülmektedir ve bu durum bu iki bozukluğun aslında birbirinden çok farklı olmadığını düşündürmektedir (142). Araştırmalarda obezlerde en sık görülen yeme bozukluğunun TYB olduğu belirlenmiştir (28, 59, 107). Bizim çalışmamızda da obez grupta daha yüksek oranda yeme bozukluğu tespit edilmiştir ve bunların % 82,9'unu TYB oluşturmaktadır. Çalışmadaki obez

hastaların obsesif- kompulsif belirtilerine bakıldığında MOKSL ve SCL90 obsesif- kompulsif belirtileri alt ölçeği puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmektedir. TYB olan bireylerde de aynı şekilde obsesif- kompulsif belirtileri açısından olmayanlara göre anlamlı ölçüde fark saptanmıştır. TYB olan obezlerde obsesif- kompulsif belirtileri açısından fark bulunmamıştır. Kilolular ile obez bireyler arasında da obsesif- kompulsif belirtileri açısından fark bulunmamıştır. Elde edilen bu sonuçlara göre obezlerde görülen obsesif- kompulsif belirtilerindeki yükseklik bozulmuş yeme davranışına bağlı olarak gelişmektedir. Fakat çalışmamızda kilolu bireylerin olduğu grupta YTT puanlarının obezlerdeki gibi yüksek olmaması ve kilolu grupta yeme bozukluğu ile TYB sıklığının daha az olması obsesif- kompulsif belirtileri gösterme oranları açısından obez ve kilolu grup arasında fark olmamasını açıklayamamaktadır. Burada sadece YTT ile saptadığımız bozuk yeme davranışından farklı bir özellik olduğu akla gelmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda “obezite ile ilişkili davranış bozukluğu” veya “obezite ile ilişkili yeme davranışı” kavramından bahsedilmektedir (56, 59). Bu kavram anormal yeme şekli üzerine odaklanmıştır ve bu davranışlar özellikle tıknırca yeme, orantısız olarak gece yeme veya gece kalkıp yeme gibi davranışlardır. Bu davranış şekli normal kilolu, kilolu ve obez olan tüm bireylerde görülebilir fakat klinik örnekler obezlerin üzerinde odaklanmıştır ve bu davranışlar genellikle obezite ile ilişkili bozukluklar olarak düşünülmektedir (59). Obezite ile ilişkili yeme davranışının kilo artışına katkı sağladığını kanıtlamak için ergen ve genç yetişkinlerde yeme ve kilo ile ilgili boylamsal çalışmalar yapılmıştır. Hasler ve arkadaşlarının yaptığı 20 yıllık bir

dönemi kapsayan çalışmada tıknırca yeme ile hem kilolu olma hem de kilo alma arasında ilişki bulunmuştur (59). Benzer şekilde Fairburn ve arkadaşlarının 5 yıllık çalışmasında tıknırca yeme zaman içinde devam ettiği için çalışma sonunda grubun obezite yaygınlığının iki katına çıktığı belirlenmiştir (59). Literatürde ergenlerle yapılan pek çok çalışmada tıknırca yeme ile kilo alımı arasında ilişki olduğu bildirilmekle (59) birlikte tersine tıknırca yeme ile obezite başlangıcı arasında bağlantı olmadığını ileri süren araştırmalar da mevcuttur (59). Obez olan ve olmayan TYB'lu bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada iki grup arasında yemeyi kısıtlama, yeme ve görünüşle ilgili endişeler ve depresif olma arasında fark bulunmamış ama obez olmayan grubun daha genç ve tedaviye başvurmada daha isteksiz olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucunda ise günümüzün obez olmayan TYB bireylerinin geleceğin obez TYB bireyleri olduğu ve tedavide bunun gözden kaçırılmaması gerektiği belirtilmiştir (179). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da obez gruptaki TYB bireylerin yaş ortalaması normal ve kilolu gruptaki TYB olan bireylerin yaş ortalamasından büyük olarak tespit edilmiştir (yaş ort. Obez TYB=39,32; aşırı kilo TYB=30,33; normal TYB=25,0). Bu çalışma kesitsel özellikte olduğu için normal kilolu TYB olan bireylerin zaman içinde obez bireyler olduklarına dair bir kanıya varmak mümkün değildir.

Obezite pek çok farklı patolojik faktörün bir araya geldiği ve geniş bir çeşitlilikte yeme davranışıyla karakterize olan bireylerin yer aldığı heterojen bir hastalıktır (92). Stunkard 1959 yılında obezlerde tıknırca yeme özelliği gösteren bir alt grup tanımlamıştır (92). Sonraki yıllarda ise yapılan araştırmalar TYB olan

obezlerin olmayan obezlere göre daha fazla sıklıkta psikiyatrik bozukluklarla birlikte olduğunu göstermiştir (13, 92, 107). Özellikle tedaviye başvuran obezlerde TYD'nın daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (13, 92, 108). Bu çalışmada da tedaviye başvuran obezler arasında TYD gösterenler ve yeme bozukluğu olanlar daha yüksek oranda tespit edilmiştir. Yine literatürle uyumlu olarak TYB olan obezlerin daha fazla I. ve II. eksen tanıları aldıkları gösterilmiştir.

Yapılan çalışmalarda obez kişilerin normal kilolulara göre daha dürtüsel oldukları gösterilmiştir. Özellikle TYB olanlarda dürtüsel özellikler yüksek bulunmuştur. Dürtüsel kişilerin yeme davranışı üzerindeki kontrollerini sağlayamadıkları ve lezzetli, yüksek kalorili besinlere karşı ilgilerinin fazla olduğu belirtilmiştir (66, 113, 115). Bizim çalışmamızda yapılmış olan diğer çalışmalar gibi obez ve kilolu bireylerde normal kilolu bireylerden anlamlı olarak daha yüksek dürtüsellik puanları elde edilmiştir. Literatüre bakıldığında yapılan bazı çalışmalarda TYB olan obezler ile TYB olmayanlar arasında dürtüsellik açısından anlamlı fark saptanmamış (108), bazı çalışmalarda ise TYB olan obez grupta sadece BDÖ-11 motor alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (113). Başka bir araştırmada ise VKİ ile dürtüsellik arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (120). Bu çalışmada TYB olan obez ve kilolu bireylerde dürtüsel özellikler daha fazla oranda tespit edilmiş ve VKİ ile dürtüsellik arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Tedaviye gelen obez hastalar arasında ise dürtüsellik yönünden anlamlı bir fark gösterilmemiştir. Bu

sonuçlar obez ve kilolu bireylerin ve yeme bozukluğu gösteren kişilerin daha dürtüsel özellikler taşıdıklarını düşündürmektedir. Özellikle TYB olan kişilerde dürtüsellik, bozuk yeme davranışı, sınırda kişilik bozukluğu ve psikiyatrik belirtiler ve nikotin bağımlılığı normal bireylere göre daha sık görülmektedir (13, 28, 66, 92, 140). Obezlerde yeme bozukluğu görülme sıklığı % 10 olarak bildirilmiştir (93) ve bazı çalışmalarda obez bireylerde yeme bozukluğu davranışlarında artış olduğu ileri sürülmüştür (180). TYB ise obezlerde görülen en sık yeme bozukluğudur (43, 92) ve tedaviye gelen grupta bu oran % 30'lara kadar çıkmaktadır (28, 43, 96). Bizim çalışmamızda bu oran tedaviye gelen grupta % 36,7 olarak hesaplanmıştır. Yine bu çalışmada TYB olan grubun daha dürtüsel özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Serotoninin dürtüsellik ve yeme bozuklukları ile ilişkisi (113) ve dopaminin dürtüsellik ile ilişkisi (136) göz önüne alındığında obezlerde görülen dürtüsel davranışların bu ortak nörobiyolojik düzeneklerle bağlantılı olduğunu akla getirmektedir.

Dürtüsellüğün sık olarak görüldüğü başka bir hastalık ise DEHB'dur. DEHB olan çocuklarda yapılan çalışmalarda bunların VKİ'lerinin kontrollere göre daha yüksek olması ve obezite tedavisi gören çocuklarda büyük oranda DEHB tanısı konması obezite, aşırı kilo ve DEHB birlikteliğini gündeme getirmiştir (66, 116, 119, 181). Daha sonra yapılan çalışmalarda kilo vermek için tedaviye başvuran erişkin hastalarda da obez grupta yüksek oranda DEHB tanısı bildirilmiştir (122, 182). DEHB etiyolojisinde frontosubkortikal sistemlerin rolü olduğu yönündeki verileri hem nöroanatomik, hem nörokimyasal hem de beyin

metabolizmasıyla ilgili çalışmalar desteklemektedir (183,184). Obezite ve DEHB ilişkisini araştıran çalışmalarda hiperaktivite ile doğrudan ilişki kurulamazken özellikle dürtüsellik ve dikkat eksikliğinin obezite ile ilişkisine işaret edilmektedir (120, 122, 185). Obezite ve DEHB birlikteliğinde obezlerdeki DEHB benzeri belirtilerin, dopaminerjik sistemdeki nörobiyolojik bozuklukların ve ortak genetik özelliklerin etkili olduğu ayrıca DEHB'deki dürtüsellik ve dikkatsizliğin bozuk yeme şekli aracılığıyla kilo artışına katkıda bulunduğu belirtilmektedir (127, 186). DEHB'nin çocukluk ve ergenlik döneminde görüldüğü ve DEHB'na bağlı sorunların erişkinlikte azalarak kaybolduğu görüşü bu çocuklarda yapılan izleme çalışmalarıyla değişmiştir. Çocuklukta DEHB tanısı konan kişilerin % 60'ında ergenlikte, % 3-5'inde erişkinlikte belirtilerin devam ettiği bildirilmiştir (186, 187). DSM-IV'e göre erişkinlerde DEHB tanısı koyabilmek için dikkatsizlik belirtilerinin, aşırı hareketlilik/dürtüsellik ya da her ikisinin birden bulunduğu gösterilmelidir. Belirtiler yedi yaşından önce başlamış olmalı ve hastanın yaşamının aile ilişkileri, okul ya da iş yaşamı gibi en az iki farklı alanında sorun oluşturmalıdır. Erişkin DEHB tanısı ancak klinik değerlendirmeyle konabilir (187). Erişkin DEHB olan ve olmayanlar arasında nörobilişsel ve biyolojik farklılıkları kanıtlayan veriler artmakla birlikte, bunlardan hiç biri tanı koydurucu nitelikte değildir (187). WUDÖ erişkinlerde DEHB tanısına yardımcı olmak amacıyla en yaygın biçimde kullanılan ölçeklerdendir (157). Bizim çalışmamızda da WUDÖ bireylerin çocuklukta DEHB belirtilerini belirlemek için kullanılmıştır, kesme puanın üzerinde puan alan bireyler DEHB yönünden klinik olarak değerlendirilmiş ve erişkin DEHB tanısı koyulmuştur. Yapılan çalışmalar kilo

vermek için tedavi arayışında olan kişilerde DEHB sıklığının (% 26-61) yüksek olduğunu bildirmiştir (185). Literatürde obez hastalardaki DEHB yaygınlığı % 9,7'den % 57,7'ye kadar geniş bir aralıkta seyretmektedir (118, 122-124, 188). Fleming ve arkadaşları (189) tarafından 75 obez kadın hasta ile yapılan çalışmada WUDÖ, Conner's Erişkin DEHB Derecelendirme Ölçeği ve Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği kullanılmış, WUDÖ'nün kesme puanı 36 ve üzeri puan alanların oranı % 38,6 olarak bulunmuş, araştırma sonucunda DEHB yaygınlığı % 26,6 olarak bildirilmiştir (186). Bu çalışmadaki sınırlılık ise DEHB tanısı alan kişilerde komorbid psikiyatrik tanılarının kontrol edilmemesi ve klinik olarak değerlendirmenin yapılmaması olarak belirtilmiştir (186). Bizim çalışmamızda obez hasta grubunda WUDÖ kesme puanı 36 ve üstünde puan alanlar % 28,18 olarak bulunmuştur. Değerlendirme sonrasında DEHB yaygınlığı obezlerde % 9,1, kilolularda % 6,2, normal kiloda % 3,8 olarak hesaplanmıştır, obezite ve kilolunun DEHB olan hastalardaki yaygınlığı ise sırasıyla % 52,6 ve % 26,3 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdaki obezlerdeki DEHB yaygınlığı literatürde yaygın olarak bildirilen değerlerden daha düşük bulunmuştur. Fakat genel popülasyondaki yetişkin DEHB yaygınlığından daha yüksektir. Obezite ve DEHB ilişkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde pek çoğunda komorbid psikiyatrik tanılarının varlığından bahsedildiği görülmektedir. Sıklıkla obezite ve DEHB ile birlikte görülen yeme bozuklukları (TYB ve BN), obstruktif uyku apne sendromu, depresyon ve anksiyete bozukluklarının doğru tanı koymayı etkilediği belirtilmektedir (186). Aksine literatürde DEHB ile obezite gelişimi yönünde bir ilişki olmadığını ileri süren DEHB ile gelişen eş tanılarının kontrol edilebildiği 9-16

yaş arası 991 gencin katıldığı 8 yıllık bir izlem çalışması da mevcuttur (190). Buna karşılık geç çocukluk-ergenlik döneminden itibaren 20 yıl süren bir izlem çalışması ise DEHB ve depresyon gibi bozuklukların ilişkisini araştırmış ve çocukluk ile ergenlikteki sorunların yetişkinlikteki VKİ’ndeki artışa etki edebileceğini bildirmiştir (191). Bazı çalışmalar ise dürtüsellik ile anormal yeme davranışının obezite ve DEHB hastalarında sık görülmesi üzerinde durmuştur. Bu çalışmalarda obezlerde dürtüsel yeme davranışının BN veya TYB ile birlikte belirgin hale geldiği, aynı şekilde DEHB olanlarda dikkatsizlik, plansızlık ve dürtüsellik nedeniyle anormal yeme davranışlarının olduğu, DEHB olanlarda TYB ve BN sıklığının genel popülasyona göre daha fazla olduğunu ve bunun dürtüsel yemeye ilişkili olduğunu ve obezlerde dürtüsel yeme davranışının DEHB olanlarda dürtüsellığe katkıda bulunup bunu belirgin hale getirdiği ileri sürülmektedir (122, 125, 186, 192). Başka bir açıklama ise madde kullanım bozukluğunun daha fazla görüldüğü DEHB olan bireylerdeki “ödül eksikliği sendromu” olarak bilinen ve maddenin bir çeşit “self-medikasyon” olarak kullanıldığı davranış şeklinin obezlerde görülen anormal yeme davranışında da gözlenmiş olmasıdır. DEHB olan bireylerde DA reseptörlerindeki (DRD2-DRD4) fonksiyon bozukluklarının obez bireylerde de gösterilmiş olması “ödül eksikliği sendromu”nun obezite ile de ilişkili olduğunu düşündürmektedir (122, 186). Aynı zamanda obezite ve DEHB arasındaki potansiyel ilişkiyi ve bu ilişkinin altında yatan olası mekanizmaları anlamak için deneysel tabanlı çalışmaların gerekli olduğu belirtilmektedir (186).

DEHB tanısı koyarken yardımcı olabilecek bir ölçek olan WUDÖ'nün 25 maddelik formunun Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği araştırılması sonucu ölçeğin DEHB grubunu normal kontrol grubundan ayırmakta oldukça başarılı olduğu ancak tanı koyarken DEHB benzeri belirtilere neden olabilecek diğer psikiyatrik bozukluklar, özellikle de depresyon, iki uçlu bozukluk ve kaygı bozukluklarının ayırıcı tanısının dikkatle yapılması gerektiği belirtilmiştir (157). Çalışmamızda WUDÖ'den 36 ve üstü puan alan 49 hastanın yapılan değerlendirmesi sonucunda çocukluk döneminde depresif belirtileri belirgin olan ve sınırda kişilik bozukluğu tanısı olanlar ile şimdiki belirtileri DSM-IV'e göre depresyon veya anksiyete bozukluğu ile ilişkili olup daha iyi açıklanabilenler DEHB olarak kabul edilmemiştir. Bu 49 hastanın 22'sinde tıknırca TYB, 2 kişide BN tanısı tespit edilmiştir. DEHB olan bireylerde TYB'nun yaygınlığı % 8,1 olarak bildirilmiş (192), obez DEHB hastalarında TYB yaygınlığı ise % 65,4 gibi yüksek bir değerde saptanmıştır (193). Çalışmamızdaki obez DEHB bireylerin % 60'ında TYB bulunmuştur. Obez bireylerde tıknırca davranışı olanlar ile olmayanlar arasındaki farklara bakıldığında tıknırca yeme davranışı olanların anlamlı olarak WUDÖ toplam puanı ve alt ölçeklerinden, dürtüsellik ölçeğinden yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Özellikle WUDÖ dikkat eksikliği ve BDÖ-11 dikkat alt ölçeği ile WUDÖ toplam, BDÖ-11 motor dürtüsellik alt ölçeği ve toplam puanların yüksek olması bu kişilerde dürtüsellik, yediği yiyeceğin miktarı, kalorisi ve porsiyonuna dikkat etmemenin kilo alımında etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir. DEHB olan obez hastalar da aynı şekilde WUDÖ toplam, dikkat eksikliği, ek olarak dürtüsellik, BDÖ-11 toplam, dikkat, motor

dürtüsellik ölçeklerinde daha yüksek puanlar almıştır, bu veriler bu gruptaki dürtüsel yeme davranışını destekler niteliktedir. Ayrıca bu grupta DEHB'den kaynaklanan dürtüsel özellikler de bu hastaların yeme davranışı üzerinde etkili olan bir faktördür. Çalışmamızda da DEHB ve dürtüsellik arasında, VKİ ile dürtüsellik ve DEHB belirtileri arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Fakat obez DEHB hastalarındaki komorbid TYB varlığı bu hasta grubunda bozuk yeme davranışının esas hangi nedenden etkilendiğini belirlemeyi zorlaştırmaktadır. TYD olan obezler ile DEHB olan obez bireylerde olmayanlara göre YTT puanları açısından çalışmamızda fark bulunmamıştır. Bu sonuç ise bu bireylerde görülen yeme davranışının YTT ile belirlenmeye çalışılan klasik yeme davranışının dışında, obezite ile ilişkili veya ödül arayışı ile ilişkili, temelde dürtüsellik ile ilişkili farklı bir anormal yeme davranışı ile bağlantılı olabileceğini akla getirmektedir. Başka bir nokta ise çalışmamızda obez olanlarda olmayanlara göre, tedaviye gelen obezlerde gelmeyenlere göre, TYD olanlarda olmayanlara göre, DEHB olanlarda olmayanlara göre, TYD olan obez ve DEHB olan obezlerde olmayanlara göre WUDÖ depresyon alt ölçek puanı hep yüksek bulunmuştur. Ayrıca bu hasta gruplarında SCL-90 depresyon alt ölçek puanları da daha yüksek saptanmıştır. Bunun nedenini bilebilmek ve tek bir nedene bağlamak mümkün olmamakla birlikte muhtemelen bu ölçekle birlikte bu hasta grubunda çocukluk-ergenlik dönemindeki sorunların bazı davranışların belirlenmesinde ya da bazı psikiyatrik belirtilerin başlamasında oynadığı role işaret edilmektedir. Dolayısıyla çalışmanın en başında belirtilen obezitenin etyolojisindeki nörokimyasal, genetik, çevresel ve psikolojik etkenleri akla getirmek gerekir.

6- SONUÇLAR

1- Sonuç olarak bu çalışma ile obez hastaların normal ve kilolu bireylere göre daha dürtüsel oldukları, daha fazla psikiyatrik tanılara ve belirtilere sahip oldukları desteklenmiştir.

2-Verilerimiz obez hastalar içerisinde bir alt grubun dürtüsellüğün ön planda olduğu TYB, sınırda kişilik bozukluğu, DEHB gibi psikiyatrik ek tanıları daha fazla gösterdiğini desteklemiştir. Ayrıca bu dürtüsellüğün obsesif- kompulsif belirtilerle pozitif ilişkisi saptanmıştır.

3- Çalışmadaki hipotezlerden biri olan obezlerdeki böylesi bir alt grubun OKSB yelpazesinde yer alabileceği konusundaki sonuçlar ise net bir cevap vermek için yeterli değildir. OKSB kavramı obsesif ve dürtüsel iki ayrı kutup olarak nitelendirildiğinde böyle bir alt grubun dürtüsel özellikleri daha fazla göstermesi ve bu spektrumda bulunan bozukluklarla birlikteliğinin sık olması bu yöndeki düşünceleri desteklemeye devam etmektedir.

4- Bilindiği kadarıyla obezitede OKSB içinde yer alabilecek bir alt grup olduğu görüşünü ileri süren ilk çalışma bu çalışmadır. Obezite ve OKSB altındaki hastalıklar hakkındaki bilgilerimizin görece az olması nedeniyle daha fazla nörokimyasal, genetik, klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

5- Bu çalışma ile çocuk ve ergenlerde görülen bozulmuş yeme davranışları, depresif belirtiler ile DEHB ve benzeri belirtilerin dikkate alınması gerektiği, bireylerdeki yeme bozukluğu, depresyon ve kilo alımında artışın başlangıcı ve bunun izlemi ile gelecekteki obez bireylerin öngörülmesinin ve önlenmesinin önemli olduğu görülmüştür.

6- Obez bireyleri tedavi ederken bu kişilerde dürtüselliğin daha yüksek oranda olduğu ve ek psikiyatrik tanılarının da ele alınması gerektiği kilo alımını durdurma ve verilen kiloların geri alınmasını önleme bakımından akılda tutulması gereken bir noktadır.

7- Obezlerdeki dopaminerjik düzeneklerle ilişkili ödül eksikliği sendromu ve ödül arama davranışı-yeme bağımlılığı veya obezite ile ilişkili anormal yeme davranışları gibi yeni kavramlar bu hastalığın tedavisinde farklı farmakolojik seçenekleri ve farklı davranışçı terapileri gündeme getirmektedir.

8- Bu anormal yeme davranışını tespit edebilmek için daha uygun psikiyatrik ölçeklere ihtiyaç vardır ve literatürde mevcut olan ölçeklerin Türkçe geçerlilik- güvenirliklerinin yenilenmesine veya yapılmasına ihtiyaç vardır.

9-Günümüzün giderek artan ve yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olan obezite hastalığının daha farklı bakış açılarıyla ve daha yoğun olarak ele alınıp araştırılması gereklidir.

7- KAYNAKLAR

- 1- Kavakcı Ö, Demirel Y, Kuğu N, Nur N, Doğan O. Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2011; 33: 413-420
- 2- Oğuz A, Temizhan A, Abacı A, Kozan Ö, Erol Ç, Öngen Z, Çelik Ş. Obesity and abdominal obesity; An alarming challenge for cardio-metabolic risk in Turkish adults. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2008; 8: 401-6.
- 3- Çöl M. Halk sağlığı yönünden obezite. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 1998; 5: 173-6.
- 4- Caterson ID, Gill TP. Obesity: epidemiology and possible prevention (review). Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2002; 16: 595-610.
- 5- Semerci CN. Obezite ve Genetik. Gülhane Tıp Dergisi 2004; 46: 353-359.
- 6- Yücel N. Kilolu ve Obez Kadınlarda Obezite ve Benlik Saygısı İlişkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

7- Pi-Sunyer FX. Health implications of obesity. American Journal of Clinical Nutrition, 1991; 53: 1595-1603.

8- Adas M, Özbey N, Kazancıoğlu R, Metin N, Yarasır H, Molvalılar S ve ark. Şişman kadınlarda diabetes mellitus ve bozulmuş açlık glikozu sıklığı ve metabolik risk göstergeleri ile ilişkisi. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2000; 63: 19-23.

9- Hubbert H, Feinleb M, Mc Namara P, Castelli W. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26 year follow-up of participants in the Framingham study. Circulation 1983; 67: 968.

10- Kopuz K, Özbey N, Kazancıoğlu R, Orhan Y: Şişman kadınlarda kardiyovasküler riskin saptanmasında bel çevresi/boy oranı düzeyleri. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2000; 63: 256-9.

11- Onat A. Türkiye'de Obezitenin Kardiyovasküler Hastalıklara Etkisi. Türk kardiyoloji Derneği Arşivi 2003; 31: 279-289

12- Visscher TL, Seidell JC. The public health impact of obesity (abstract). Annu Rev Public Health 2001; 22: 355.

13- Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Kalkan-Oğuzhanoglu N ve ark. Obez Kadınlarda Psikiyatrik Tanı Sıklığı. Klinik Psikiyatri 2011; 14: 210-217

14- Mather A, Cox B, Enns M, Sareen J. Associations of obesity with psychiatric disorders and suicidal behaviours in a nationally representative sample. Journal of Psychosomatic Research 2009; 66: 277-285.

15- Fagiolini A, Frank E, Scott JA, Turkin S, Kupfer DJ. Metabolic syndrome in bipolar disorder: Findings from the Bipolar Disorder Center for Pennsylvanians. Bipolar Disorders 2005; 7: 424-430.

16- McElroy SL, Frye MA, Suppes T, Dhavale D, Keck PE Jr, Leverich GS, et al. Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder (abstract). J Clin Psychiatry 2002; 63: 207-213.

17- Papakostas GI, Petersen T, Iosifescu DV, Burns AM, Nierenberg AA, Alpert JE, et al. Obesity among outpatients with major depressive disorder. Int J Neuropsychopharmacol 2005;8: 59-63

18- Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, de Leon J. Obesity and associated complications in patients with severe mental illnesses: A cross-sectional survey (abstract). J Clin Psychiatry 2005; 66: 167-173.

19- Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Ruberto A, Tatarelli R. Suicide and attempted suicide in eating disorders, obesity and weight-image concern. *Eat Behav* 2006; 7: 384-394.

20- Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin Psikiyatrik Yönü. *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar* 2008; 62: 341-348

21- Soysal Y. Aşırı Kilo ve Obezite Sorunu Yaşayan Bireylerde Egzersiz ve NLP Uygulamalarının Yeme Tutumlarına Etkisinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2006.

22- Taşan E. Identification, evaluation and epidemiology of obesity (abstract). *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.* 2005; 1(37): 1-4.

23- World Health Organization: Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organ Tech Rep Ser. 2000; 894:1-253.

24- National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute: Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-in evidence report. *Obes Res.* 1998; 6(2): 51-209.

25- Tayşun İ. Dopamin Reseptör 2 (Drd2) Gen Polimorfizmlerinin Obeziteye Yakalanma Riski İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2011.

26- Obesity, Preventing and managing The Global Epidemic. Report of a WHO Conclutation on obesity. Geneva, 3-5 June 1997.

27- Serter R. (Ed). Obezite Atlası, Karakter Color,1. Baskı, Ocak 2004.

28- Değirmenci T. Obez Erişkinlerde Benlik Saygısı, Yaşam Kalitesi, Yeme Tutumu, Depresyon Ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi. Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2006

29- Aslan D, Atilla S. Önemli Bir Sağlık Sorunu: Şişmanlık. Sted 2002; 11(5): 169-171. Available from: URL: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0502/önemli.pdf>

30- Uğur M. Yeme Bozukluklarının Tarihçesi (derleme). Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics 2008; 1(1): 1-7

31- Stunkard A.J, LaFleur W. R. & Wadden T.A. Stigmatization of obesity in medieval times: Asia and Europe (abstract). International Journal of Obesity 1998, 22(12): 1141-4.

32- [http:// www.who.int/mediacentre/factsheets/obesity and overweight](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/obesity_and_overweight),
05.05. 2012

33- [http:// www.who.int/gho/ncd/risk factors/obesity](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity)

34- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. JAMA 2006; 295:1549-1555.

35- Onat A, Şurdum-Avcı G, Şenocak M, Örnek E, Gözükara Y, Karaaslan Y ve ark. Türkiye’ de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 1991;19: 16-33.

36- (38A)- Onat A, Şurdum-Avcı G, Şenocak M, Örnek E, Gözükara Y, Karaaslan Y ve ark. Türkiye’ de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 1995; 23: 178-185.

37-Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması-II (TURDEP-II), http://www.itf.istanbul.edu.tr/attachments/021_turdep.2.sonuclarinin.aciklamasi.pdf : 24 Ocak 2011.

38- Onat A, Yıldırım B, Çetinkaya A, Aksu H, Keleş İ, Uslu N ve ark. Erişkinlerimizde Obezite ve santral Obezite göstergeleri ve ilişkileri: 1990- 98’de

düşündürücü obezite artışı erkeklerde daha belirgin. Türk Kardiyoloji Arşivi 1999;27: 209-217.

39- Kaya H, Özçelik O. Tıp öğrencilerinde bir yılda vücut kompozisyonlarında meydana gelen değişimlerin belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi 2005; 10(4):164-168.

40- Yurdakuş E, Mengi M. Beslenmenin Hormonal ve Sinirsel Düzenlenmesi (derleme). Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics 2008; 1(1): 8-12.

41- Savrun BM. Yeme Bozukluklarının Biyolojisi (derleme). Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics 2008; 1(1): 13-16.

42- Kaye WH, Frank GK, Bailer UF, Henry SE. Neurobiology of anorexia nervosa: clinical implications of alterations of the function of serotonin and other neuronal systems. Int J Eat Disord. 2005; 37 Suppl:15-9; discussion 20-1.

43- Aksoy C, Balcıoğlu İ. Obezite ve Değişik şekilleri (derleme). Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics 2008; 1(1): 27-31.

44- Kishi T, Elmquist JK. Body weight is regulated by the brain: a link between feeding and emotion. Mol Psychiatry 2005; 10(2): 132-46.

45- Hebebrand J, Muller TD, Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B. The role of leptin in anorexia nervosa: clinical implications (review). *Mol Psychiatry* 2007; 12: 23-35.

46- Hebebrand J, Blum WF, Barth N, Coners H, Englaro P, Juul A et al. Leptin levels in patients with anorexia nervosa are reduced in the acute stage and elevated upon short-term weight restoration (abstract). *Mol Psychiatry*.1997; 2(4): 330-4.

47- Holtkamp K, Hebebrand J, Mika C, Grzella I, Heer M, Heussen N et al. The effect of therapeutically induced weight gain on plasma leptin levels in patients with anorexia nervosa. *J Psychiatr Res*. 2003; 37(2): 165-9.

48- (9Q/19)- Wabitsch M, Ballauff A, Holl R, Blum WF, Heinze E, Remschmidt H et al. Serum Leptin, Gonadotropin, and Testosterone Concentrations in Male Patients with Anorexia Nervosa during Weight Gain. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001;86(7):2982-8.

49- Parlak A, Çetinkaya Ş. Çocuklarda Obezitenin Oluşumunu Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2(5): 24-35.

50- O'Rahilly S. Insights into obesity and insulin resistance from the study of extreme human phenotypes. *Eu J Endocrinol*. 2002; 147(4): 437-441.

51- Agranat-Meged A, Ghanadri Y, Eisenberg I, Neriah ZB, Kieselstein-Gross E, Mitrani-Rosenbaum S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Obese Melanocortin-4-Receptor (MC4R) Deficient Subjects: A Newly Described Expression of MC4R Deficiency. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2008; 147B(8):1547-53.

52- Bougneres P. Genetics and obesity and type 2 diabetes. Tracking pathogenic traits during the predisease period. *Diabetes.* 2002; 51(3): 295-303.

53- Clement K, Boutin P, Froguel P. Genetics of obesity (abstract). *Am J Pharmacogenomics.* 2002; 2(3): 177 187.

54- Bell CG, Walley AJ, Froguel P. The genetics of human obesity. *Nat Rev Genet.* 2005; 6: 221-34.

55- Gedik O.(Ed), Obezite Ve Çevresel Faktörler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı, Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, Ankara, 2003, (Suppl. 2) : 1-4.

56- Marcus M.D, Wildes J.E. Obesity: Is it a Mental Disorder? (review). *Int J Eat Disord* 2009; 42: 739-753.

57- Schrauwen P, Westerterp KR. The role of high-fat diets and physical activity in the regulation of body weight. *Br J Nutrition* 2000; 84: 417-427.

58- Burger KS, Kern M, Coleman KJ. Characteristics of self-selected portion size in young adults. J Am Diet Assoc 2007; 107(4): 611-8.

59- Devlin MJ. Is There a Place for Obesity in DSM-V? Int J Eat Disord 2007; 40: 83–88.

60- Kayaalp M.L, Karaçetin G. Çocukluk Obezitesi ile Çocuklardaki Diğer yeme Bozuklukları (derleme). Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics 2008; 1(1): 32-44.

61- Emül HM, Güler Ö. Ergenlerde obezite (derleme). Türkiye klinikleri J Psychiatry- Special Topics 2008; 1(1): 45-49.

62- Memiş E. Üniversite Öğrencilerinde Şişmanlık (Obezite) Durumu ve Diyet Ürünleri Kullanmaları Üzerinde Bir Araştırma. Yüksek lisans tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2004.

63- Atkinson RL. Viruses as an etiology of obesity. Mayo Clin Proc 2007; 82: 1192-8.

64- Keith SW, Redden DT, Katzmarzyk PT, Boggiano MM, Hanlon EC, Benca RM, et al. Putative contributors to the secular increase in obesity: Exploring the roads less traveled. Int J Obes 2006; 30: 1585-1594.

65- Bray GA, Champagne CM. Beyond energy balance: There is more to obesity than kilocalories (abstract). J Am Diet Assoc 2005;105 (Suppl 1):17–23.

66- Annagür B. Obezitede çeşitli Risk faktörleri ve Dürtüsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2(4):572-582.

67- Eker E, Şahin M. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım, STED 2002;11(7):246-9. Available from: URL: <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0702/obezite.pdf>

68- Eren İ, Erdi Ö. Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. Klinik Psikiyatri. 2003; 6:152-7.

69- Macht M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. Appetite, 1999; 33: 129- 139.

70- Wardle J, Volzc C, Golding C Social variation in attitudes to obesity in children (abstract), Int J Obes Relat Metab Disord, 1995; 19(8): 562-569.

71- Lomax JW. Obesity in Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan Hi, Sadock Bj, editors. Baltimore: Williams& Wilkins, 1989; 1176-1186.

72- Crisp AH, Mc Guinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in general population. Br Med J, 1976; 3: 7-9.

73- Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Lyketsos CG, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*, 2003; 158: 1139-1147.

74- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti D, Crane P, Van Belle G et al. Association

between obesity and psychiatric disorders in US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 2006; 63: 824-830.

75- Simon GE, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, Ichikawa L, Rohde P. et al Association

between obesity and depression in middle-aged women. *General Hospital Psychiatry*, 2008; 30: 32-39.

76- Zhong W, Cruickshanks KJ, Schubert CR, Nieto FJ, Huang GH, Klein BE et al. Obesity and depression symptoms in the Beaver Dam Offspring Study population. *Depress Anxiety*, 2010; 27: 846-851.

77- Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalance of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients (abstract). *Am J Psychiatry*, 1992; 149: 227-234.

78- Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Browne MA. Obesity and mental disorders in the adult general population. *J Psychosom Res*, 2008; 64: 97-105.

79- Pine DS, Goldstein RB, Wolk S, Weissman MM. The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*. 2001;107(5):1049-56.

80- Fagiolini A, Kupfer DJ, Houck PR, Novick DM, Frank E. Obesity as a correlate of outcome in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):112-7.

81- Devlin MJ, Walsh BT, Spitzer RL, Hasin D. Is there another binge eating disorder? A

review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 333-340.

82- Spitzer RL, Yanowsky SA, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A et al. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 137-153.

83- Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res*, 2002; 53: 935-942.

84- Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2005; 6: 84-91.

85- Akalın A, Erol A, Yazıcı F; Obezite ve borderline kişilik bozukluğunda psikolojik belirtiler, Türkiye’de Psikiyatri 2001: 3: 88-93.

86- Gençtan E. Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. 19. Basım İstanbul: Metis yayınları, 2010; 93-99.

87- Odağ C. Nevrozlar -1, 2. baskı İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve psikoterapi Vakfı Yayınları: 1,2011; 25-34.

88- Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents Pediatrics. 1998; 101(3 Pt 2): 539-49

89- Huon GF. Dieting, binge eating and some of their correlates among secondary school girls. Int J Eat Disord. 1994; 15(2): 159-64.

90- Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR et al. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. Pediatrics. 2003; 112(4): 900-6

91- Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite* 2004; 43: 303-7.

92- Ricca V, Mannuci E, Moretti S, Di Bernardo M, Zucchi T, Cabras PL et al. Screening for binge eating disorder in obese outpatients. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41(2): 111-15.

93- Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2012; 45(1): 229-247.

94- Amerikan psikiyatri birliği: Psikiyatride hastalıkların Tanımlandırılması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), çev. Köroğlu E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2001.

95- Striegel-Moore RH, Franko DL. Epidemiology of binge eating disorder. *J Eat Disord.* 2003; 34 (Suppl): 19-29.

96- Ramaciotti CE, Coli E, Bondi E, Burgalassi A, Masimetti G, Dell’Osso L. Shared psychopathology in obese subjects with and without binge-eating disorder. *Int J Disord* 2008; 41: 643-49.

97- Spitzer RL, Stunkard A, Yanovski S, Marcus MD, Wadden T, Wing R et al. Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al. ‘ s “ The classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal “ . Int J Eat Disord 1993; 13: 161- 169.

98- Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship Between Childhood Onset Obesity and Psychopathology in Adulthood, The Journal of Psychology 1993; 127: 547-551.

99- Becker A, Grinspoon S, Klibanski A, Herzog D. Current Concepts: Eating Disorders. The New England Journal of Medicine, 1999; 340: 1092–1098.

100- Granillo T. Rodriguez G, Carvajal S. Prevalence of Eating Disorders in Latina Adolescents: Associations with Substance Use and Other Correlates. Journal of Adolescent Health, 2005; 36 (3): 214-220.

101- Tahiroğlu AY, Fırat S, Diler RS, Avcı A. Erkek Çocuklarda Yeme Bozuklukları; Bir Anoreksiya Nervosa Vakası, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 151-157.

102- Başterzi AD, Tüzer V, Alagöz M, Uysal AÇ, Göka E. Estetik Cerrahi Hastalarında Yeme Tutumu Ve Beden Algısı. Yeni Symposium 2003; 41 (1): 3-6.

103- Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi, Ankara; Hacettepe Üniversitesi, 2006.

104- Klein DA, Walsh BT. Eating Disorders: Clinical futures and pathophysiology. Physiology and Behaviour, 2004; 81, 359-374.

105- Kocabaşoğlu N, Başer SZ. Anoreksiya Nervoza. Türkiye Klinikleri J Psychiatry- Special Topics 2008; 1(1):67-75.

106- Smink F.RE, Van Hoeken D, Hock HW. Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep 2012; 14: 406–414.

107- Fassino S, Leombruni P, Piero A, Abbate-Daga G, Rovera GG. Mood, eating attitudes and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder. Journal of Psychosomatic Research 2003; 54: 559-566.

108- Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A, Tamam L, Erhan Ç. Obezitede dürtüsellik ve emosyonel faktörler: Bir ön çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi 2012; 49: 14-9.

109- Spitzer RL, Yanowsky SA, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A et al. Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 137-53.

110- Devlin MJ, Walsh BT, Spitzer RL, Hasin D. Is there another binge eating disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992; 11: 333-40.

111- Özdemir PG, Selvi Y, Aydın A. Dürtüsellik ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4(3): 293-314.

112- Racine SE, Culbert KM, Larson CL, Klump KL. The possible influence of impulsivity and dietary restraint on associations between serotonin genes and binge eating. *Journal of Psychiatric Research* 2009, 43: 1278-86.

113- Çobanoğlu ZS, Altuntaş Y, Karamustafaoğlu KO, Şengül A, Çobanoğlu N. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetes mellitus hastalarında yeme bozuklukları ve bozulmuş yeme davranışı. *Düşünen Adam* 2008; 21(1-4) 24-31.

114- Nederkoorn C, Jansen E, Mulken S, Jansen A. Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behav Res Ther* 2006; 45: 1071-1075.

115- Terracciano A, Sutin AR, McCrae RR, Deiana B, Ferruci L, Schiessinger D et al. Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Med* 2009; 71(6): 682-689.

116- Odent M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: Two facets of the same disease? *Med Hypotheses* 2010; 74: 139-141.

117- Hartmann AS, Rief W, Hilbert A. Laboratory snack food intake, negative mood, and impulsivity in youth with ADHD symptoms and episodes of loss of control eating. Where is the missing link? *Appetite*. 2012; 58(2):672-8.

118- Agranat Meged AN, Deitcher C, Goldzweig G, Leibson L, Stein M, Galili Weissstub E. Childhood obesity and attention deficit hyperactivity disorder: A newly described comorbidity in obese hospitalized children. *Int J Eat Dis* 2005; 37: 357-359.

119- Erhart M, Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Sawitzky-Rose B, Hölling H, Ravens-Sieberer U. Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Jan; 21(1): 39-49.

120- Kavakcı Ö, Demirel Y, Kuğu N, Nur N, Doğan O. Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2011; 33: 413-420

121- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 716-23.

122- Altfas JR. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment. *BMC Psychiatry* 2002; 2: 9.

123- de Zwaan M, Gruss B, Müller A, Philipsen A, Graap H, Martin A, Glaesmer H, Hilbert A Association between obesity and adult attention-deficit/hyperactivity disorder in a German community-based sample. *Obes Facts*. 2011;4(3):204-11

124- Bayrakçı A. Obezite hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu birlikteliği ve mizaç ve karakter yapısının etkisi. Uzmanlık tezi. İzmir: Ege üniversitesi, 2010.

125- Docet MF, Larrañaga A, Pérez Méndez LF, García-Mayor RV. Attention deficit hyperactivity disorder increases the risk of having abnormal eating behaviours in obese adults (abstract). *Eat Weight Disord*. 2012; 17(2): 132-6.

126- Genro JP, Kieling C, Rohde LA, Hutz MH. Attention-deficit/hyperactivity disorder and the dopaminergic hypotheses (abstract). *Expert Rev Neurother* 2010; 10: 587-601.

127- Cortese S, Vincenzi B. Obesity and ADHD: Clinical and Neurobiological Implications (abstract). *Curr Top Behav Neurosci*. 2012; 9: 199-218.

128- Fulton S. Appetite and reward. *Front Neuroendocrinol* 2010; 31: 85-103.

129- Blum K, Chen TJ, Meshkin B, Downs BW, Gordon CA, Blum S et al. Reward deficiency syndrome in obesity: a preliminary cross-sectional trial with a Genotrim variant (abstract). *Adv Ther* 2006; 23: 1040-1051.

130- Jensen PS, Hinshaw SP, Kraener HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups (abstract). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 147-158.

131- Leddy JJ, Epstein LH, Jaroni JL, Roemmich JN, Paluch RA, Goldfield GS. Influence of Methylphenidate on Eating in Obese Men. *Obesity Research* 2004; 12 (2):224-232.

132- Liu LL, Li BM, Yang J, Wang YW. Does dopaminergic reward system contribute to explaining comorbidity obesity and ADHD? Med Hypotheses 2008; 70: 1118-20.

133- Comings De, Blum K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral Disorders (abstract). Prog Brain Res. 2000; 126: 325-341.

134- Small DM, Jones-Gotman M, Dagher A. Feeding-induced dopamine release in dorsal striatum correlates with meal pleasantness ratings in healthy human volunteers. Neuroimage. 2003; 19(4): 1709-1715

135- Blum K, Sheridan PJ, Wood RC, Braverman ER, Chen TJ, Cull JG, Comings DE. The D2 dopamine receptor gene as a determinant of reward deficiency syndrome. J R Soc Med. 1996; 89(7): 396-400.

136- Yaluğ İ, Özmen M, Tufan AE, Yumuk V. Obezite tedavisi için başvuran hastalarda madde kullanım yaygınlığı ve ilişkili faktörler. Bağımlılık Dergisi 2005; 6: 27-32.

137- Volkow ND, Wang GJ, Telang F, Fowler JS, Thanos PK, Logan J et al. Low dopamine striatal D2 receptors are associated with prefrontal metabolism in obese subjects: possible contributing factors. Neuroimage 2008; 42(4): 1537-1543.

138- Kenny PJ. Reward Mechanisms in Obesity: New Insights and Future Directions. *Neuron* 2011; 69(4): 664–679.

139- Maner F, Erkıran M, Hantaş Y. Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı olan kadınlarda yeme bozuklukları: Kontrollü bir alışma. *Bağımlılık Dergisi* 2004; 5: 61-4.

140- Tosun M, Başer SZ. Alkol, madde bağımlılığı ve yeme bozuklukları (derleme). *Türkiye Klinikleri J Psychiatry- Special Topics* 2008; 1(1):59-66.

141- Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that 'food addiction' is a valid phenotype of obesity. *Appetite*. 2011;57(3):711-7

142- Özenoğlu A. Beslenme bozukluklarında diyet ile tedavi (derleme). *Türkiye Klinikleri J Psychiatry- Special Topics* 2008; 1(1):81-7.

143- Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc*. 2005;105(10):1510-2.

144- Abramowitz HJ, McKay D, Taylor S. Obsesif- Kompulsif Bozukluk ve Bağılantılı Sorunlar Klinik El Kitabı. Doğan YB. çev. 1. Baskı, İstanbul: Okuyan Us Yayın; 2008.

145- Abanoz Z. Obsesif Kompulsif Bozukluklu Hastalarda Yeme Semptomları İle Yeme Semptomlarını Yordayan Obsesif Kompulsif Belirtilerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2008.

146- Demer MM, Taşkın EO. Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Yeme Bozuklukları. Nöropsikiyatri Arşivi 2002;39(1):9-19.

147- Castle DJ, Phillips KA. Obsessive–compulsive spectrum of disorders: a defensible construct? Aust N Z J Psychiatry. 2006; 40(2): 114–120.

148- Işık E, Taner Y.I. Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. İstanbul: Golden Print, 2006:265

149- Annagür B. Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı. Uzmanlık tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi,2008

150- Stein DJ. Neurobiology of the Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (review). Biol Psychiatry 2000; 47: 296–304.

151- Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite öğrencisi kadınlarda yeme bozukluğu ve genel psikolojik belirtileri yordayan etkenler. Türk psikiyatri Dergisi 2002; 13(1):48-57.

152- Jimenez-Murcia S, Fernandez-Aranda F, Raich RM, Alonso P, Krug I, Jaurrieta N et al. Obsessive-compulsive and eating disorders: Comparison of clinical and personality features. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2007; 61: 385-91.

153- Çelikel F.Ç, Bingöl T.Y, Yıldırım D, Tel H, Erkorkmaz Ü. Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastalarında Yeme Tutumu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46: 86-90.

154- Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM. Obezitenin Bilişsel-Davranışçı Tedavisi: Klinisyenler için bir rehber. Sabancıoğlu F.çev. İstanbul: Yılmaz Matbaacılık; 2007;1-14.

155- Leombruni P, Lavagnino L, Fassino S. Treatment of obese patients with binge eating disorder using topiramate: a review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2009;5: 385–92.

156- Savaşır I, Erol N.Yeme Tutum Testi: Anoreksia Nervoza Belirtileri Indexi. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 19-25.

157- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu’nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2005; 16: 252-9.

158- Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints (abstract). Behav Res Ther 1977; 15: 389-95.

159- Erol N, Savaşır I. Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışma Kitabı 1988; 104-14.

160- Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M et al. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18: 251-58

161- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51: 768-74.

162- Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1991; 2(1): 5-12.

163- Özkürkçügil A, Aydemir O, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 233-6.

164-Sorias S, Saygılı R, Elbi H. DSM-III R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 1990.

165- Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 288-297.

166- Sansone RA, Wiederman MW, Monteith D. Obesity, borderline personality symptomatology and body image among women in a psychiatric outpatient setting. *Int J Eat Disord* 2001; 29: 76-79.

167- Mather AA, Cox BJ, Enns MW, Sareen J. Associations Between Body Weight and Personality Disorders in a Nationally Representative Sample. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70: 1012–19.

168- Stunkard AJ, Stinnett JL, Smoller JW. Psychological and social aspects of the surgical treatment of obesity (abstract). *Am J Psychiatry*, 1986;143:417-429.

169- Yu NW, Chen CY, Liu CY, Chau YL, Chang CM. Association of body mass index and depressive symptoms in a Chinese Community Population: Results from the Health Promotion Knowledge, attitudes, and performance survey in Taiwan. *Chang Gung Med J* 2011; 34(6): 620-27.

170- Carpiniello B, Pinna F, Pillai G, Nonnoi V, Pisano E, Corrias S. Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidity among patients attending a specialist obesity unit. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 2009; 18: 119-127.

171- Carpiniello B, Pinna F, Pillai G, Nonnoi V, Pisano E, Corrias S. Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients. Results from a case-control study (abstract). *Int J Psychiatry Med*, 2009; 39: 63-78.

172- Siegel J, Yancedy AK, McCarthy WJ. Overweight and depressive symptoms among African American women. *Prev Med*, 2000; 31: 232-240.

173- Chen Y, Jiang Y, Mao YJ. Association between obesity and depression in Canadians. *Womens Health (Larchmt)*, 2009;18: 1687-1692.

174- Pan A, Sun Q, Czernichow S, Kivimaki M, Okereke OI, Lucas M. Bidirectional association between depression and obesity in middle-aged and older women (abstract). *Int J Obes (Lond)* 2012;36(4):595-602.

175- Keddie AM. Associations between severe obesity and depression: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Prev Chronic Dis*, 2011; 8: 57.

176- Pine DS, Cohen P, Brook J, Coplan JD. Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: a longitudinal study. *Am J Public Health*, 1997; 87: 1303-10.

177- Aslan H, Alparslan N. Bir grup üniversite öğrencisinde yeme tutumu ile obsesif kompulsif belirtiler, aleksitimi ve cinsiyet rolleri arasındaki ilişki (özet). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*, 1998; 5: 61-69.

178- Klump K, Gobrogge K. A review and primer of molecular genetic studies of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005; 37: 43-48.

179- Dingemans AE, van Furth EF. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int J Disord* 2012; 45: 135-8.

180- Darby A, Hay P, Mond J, Quirk F, Buttner P, Kennedy L. The Rising Prevalence of Comorbid Obesity and Eating Disorder Behaviors from 1995 to 2005. *Int J Eat Disord* 2009; 42: 104-8.

181- Shinawi M, Sahoo T, Maranda B, Skinner SA, Skinner C, Chinault C et al. 11p14.1 microdeletions associated with ADHD, autism, developmental delay, and obesity. *Am J Med Genet A*. 2011;155A(6):1272-80.

182- Alfonsson S, Parling T, Ghaderi A. Screening of adult ADHD among patients presenting for bariatric surgery (abstract). *Obes Surg*. 2012 Jun;22(6):918-26.

183- Rapport L, Van Voorhis A, Tzelepis A, Friedman SR. Executive functioning in adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Clin Neuropsychol*, 2001;15 (4):479-491.

184-Öncü B, Ölmez Ş. Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erişkinlerde Nöropsikolojik Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(1):41-46.

185- Pagoto SL, Curtin C, Lemon SC, Bandini LG, Schneider KL, Bodenlos JS et al. Association between adult attention deficit/hyperactivity disorder and obesity in the US population. *Obesity* 2009; 17: 539-44.

186- Cortese S, Angriman M, Maffei C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: A Systematic Review of the Literature. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2008; 48: 524–537.

187- Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu GV, Küçüköncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 77-87.

188- Pagoto SL, Curtin C, Bandini LG, Anderson SE, Schneider KL, Bodenlos JS et al. Weight Loss Following a Clinic-Based Weight Loss Program Among Adults with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder Symptoms. *Eat Weight Disord.* 2010; 15(3): 166-172.

189- Fleming, JP, Levy LD, Levitan RD. Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in severely obese women (abstract). *Eat Weight. Disord.* 2005; 10: 10-13.

190- Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics.* 2003; 111:851-59.

191- McClure HH, Eddy JM, Kjellstrand JM, Snodgrass JJ, Martinez CR Jr. Child and adolescent affective and behavioral distress and elevated adult body mass index. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012; 43(6): 837-54.

192- Nazar BP, de Sousa Pinna CM, Suwwan R, Duchesne M, Freitas SR, Sergeant J et al. ADHD Rate in Obese Women With Binge Eating and Bulimic Behaviors From a Weight-Loss Clinic. *Journal of Attention Disorders* 2012; 1-7.
Available from URL:

<http://jad.sagepub.com/content/early/2012/08/24/1087054712455503>

193- Levy LD, Fleming JP, Klar D. Treatment of refractory obesity in severely obese adults following management of newly diagnosed attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Obesity*, 2009; 33: 326-334.

8- ÖZET

Obez Hastaların Obsesif-Kompulsif Belirtileri İle Yeme Tutumları ve Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Obezite görülme sıklığı gittikçe artan ve ciddi mortalite ve morbidite ile seyreden bir hastalıktır. Obez bireylerde normal kilolu bireylere göre daha fazla oranda psikiyatrik belirtiler görülür. Özellikle tedavi için başvuran hastalarda yeme bozukluklarının ve dürtüsellik daha fazla oranda görüldüğü bir alt grup tanımlanmaktadır. Bu araştırmada obez bireylerin yeme tutumu, obsesif - kompulsif belirtileri, dürtüsellik özelliklerinin ve DEHB tanısı ile I. ve II. Eksen özelliklerinin belirlenmesi ve tanımlanan böyle bir alt grubun varlığının tespiti amaçlanmıştır.

Bu çalışmaya 110 obez ($VKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$), 80 kilolu ($VKİ = 29,9-25 \text{ kg/m}^2$) ve 105 normal kilolu ($VKİ = 18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$) bireyler alınmıştır. Bireylere sosyodemografik veri formu, SCIDI ve SCIDII, Yeme Tutumu Testi(YTT), Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11(BDÖ-11), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL) ve SCL90 uygulanmıştır. Veriler SPSS programı ile analiz edilmiştir.

Obez bireylerden oluşan grupta YTT puanları, WUDÖ toplam ve alt ölçek puanları, BDÖ-11 toplam ve alt ölçek puanları, MOKSL toplam puanları ve SCL90 alt ölçek puanları diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha yüksek

bulunmuştur. Tedaviye başvuran obezlerde de YTT, SCL90 ve WUDÖ depresyon alt ölçeği tedaviye başvurmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Tıkınırca yeme davranışı gösteren bireyler tüm ölçeklerden daha yüksek puanlar almıştır. TYB olan obez bireylerde ve DEHB olan obez bireylerde WUDÖ toplam, dikkat eksikliği, depresyon, irritabilite, BDÖ-11 toplam, dikkat ve motor dürtüsellik alt ölçekleri sırasıyla TYB ve DEHB olmayan obezlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizlerinde VKİ ile BDÖ-11, WUDÖ, YTT arasında pozitif ilişki, MOKSL ile BDÖ-11 ve WUDÖ arasında pozitif ilişki, YTT ile MOKSL arasında da pozitif bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada obez bireylerin kontrollere göre daha fazla psikiyatrik eş tanı aldıkları, daha fazla psikiyatrik belirtiler gösterdikleri, daha fazla bozulmuş yeme davranışı ve dürtüsellik sergiledikleri saptanmıştır. Tedavi arayışında olan obez grupta da daha fazla dürtüsellik ve yeme tutumunda bozukluk, daha sık eksen I ve II tanıları mevcuttur. Çalışmayla bireylerde dürtüsellik, anormal yeme davranışı, DEHB benzeri belirtilerinin artan VKİ ile olan pozitif ilişkisi gösterilmiştir. Obez hastalarda tüm bu özellikleri daha fazla gösteren bir alt grubun varlığı belirlenmiştir fakat bu grubun OKSB içinde yer alan bir grup olduğunu söyleyebilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler= obezite, dürtüsellik, yeme bozukluğu, OKSB

9- SUMMARY

The Investigation Of The Relationship Between Obsessive Compulsive Symptoms and Eating Attitudes And Impulsiveness In Obese Patients

There is an increasing prevalence of obesity and it is a disease with serious mortality and morbidity. Obese individuals have more psychiatric symptoms than normal-weight individuals. Eating disorders and impulsivity have more frequently seen in the patients who especially seeking for treatment, described as a subgroup. In this study, it is aimed to investigate that eating attitude, obsessive-compulsive symptoms, characteristics of impulsivity, diagnosis of ADHD and the properties of axis I and II in obese individuals and to find the presence of the subgroup defined.

In this study, 110 obese ($VKI \geq 30 \text{ kg/m}^2$), 80 overweight ($VKI=29, 9-25 \text{ kg/m}^2$) and 105 normal weight ($VKI= 18, 5-24, 9 \text{ kg/m}^2$) individuals were involved and questionnaires which examined the sociodemographic data, SCID I and SCID II, Eating Attitudes Test (EAT), the Wender Utah Rating Scale (WURS), Barrat Impulsiveness Scale-11 (BIS-11), Maudsley Obsessive Compulsive Questionnaire (MOCS) and the Symptom Checklist- 90 (SCL-90) were applied. Data were analyzed by SPSS program.

In the group of obese individuals, EAT scores, WURS total and subscale scores, BIS-11 total and subscale scores, total score of MOCS SCL90 subscale

scores were significantly higher than the other two groups. EAT scores, depression subscale scores of SCL 90 and WURS in obese individuals seeking treatment were higher than obese individuals not seeking. Individuals with binge eating behaviour received higher scores on all of the scales. Obese individuals with BED and obese individuals with ADHD, WURS total, attention deficit, depression, irritability, BIS-11 total, attention and motor impulsivity subscales, respectively, were significantly higher in obese non-BED and ADHD. Correlation analysis, BMI is positively correlated with BIS-11, WURS and EAT; MOCS is positively correlated with both BIS-11 and WURS and a positive correlation was found between EAT and MOCS.

In conclusion, this study showed that obese individuals has received psychiatric comorbidity more than controls and more psychiatric symptoms, more disordered eating behavior and impulsivity found in obese individuals than controls. The obese group seeking treatment had more impulsivity and eating disorder attitudes and more frequent diagnoses of axis I and II were available in this group. In this study a positive relationship has been demonstrated with the increasing BMI and impulsivity, abnormal eating behavior, ADHD-like symptoms in obese individuals. More studies are needed to say that there is a obese subgroup in which have all of these features is a group of OCSD.

Key words: obesity, impulsivity, eating disorders, OCSD.

10- EKLER

Ek-1

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad Soyad:

Dosya no:

Yaş:

Telefon:

Cinsiyet: a) kadın b)erkek

Kilo:

Boy:

Medeni Durum:

a)Bekar b) Evli c) Dul d)Boşanmış

Eğitim Durumu:

a)ilkokul b)ortaokul c)lise d)üniversite

Meslek:

a)ev hanımı- çalışmıyor b) çalışıyor c)öğrenci d) emekli

Fiziksel hastalık :

a) Şeker hastalığı b) yüksek tansiyon c) kalp-damar hastalığı
d)akciğer hastalığı (astım veya KOAH) e) diğer (guatr-onkolojik vb)

Ruhsal (psikiyatrik) hastalık mevcudiyeti

a)var Varsa adı? = b)yok

Ailede ruhsal hastalık :

a)Var Varsa adı? = b)yok

Alışkanlıklar: a) sigara b)madde c)alkol d) diğer

Kısa bir zaman diliminde çoğu insanın yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda olan yiyeceği (örn iki saatlik süre içinde) yeme a) evet b) hayır

Bu yeme atağı sırasında yemeği durduramayacağınız veya ne yediğini-ne kadar yediğini kontrol edemediğiniz duygusunun olması a) evet b) hayır

Kilo almaktan sakınmak için yediklerinizi isteyerek kusma veya müshil / idrar sökücü ilaçlar kullanarak çıkarma alışkanlığınız var mı? a) var b) yok

Kilo almaktan sakınmak için hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma alışkanlığınız var mı? a) var b) yok

Ek-2

YEME TUTUMU TESTİ

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size n uygun gelen kutu içine (x) işareti koyunuz. Örneğin ‘çikolata yemek hoşuma gider’ cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hoşunuza gitmiyorsa ‘hiçbir zaman ‘ yazılı kutu içine (x) işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa ‘daima’ nın altını (x) ile işaretleyiniz.

		Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.	Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2.	Başkaları için yemek pişiririm fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3.	Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4.	Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5.	Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6.	Aklım fikrim yemektedir.						
7.	Yemek yemeği durduramadığım zamanlar oldu.						
8.	Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9.	Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10.	Ekmek, patates,pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11.	Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim						
12.	Ailem fazla yememi bekler.						
13.	Yemek yedikten sonra kusarım.						
14.	Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15.	Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16.	Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17.	Günde birkaç kez tartılırım.						
18.	Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19.	Et yemekten hoşlanırım.						
20.	Sabahları erken uyanırım.						
21.	Günlerce aynı yemeği yerim.						
22.	Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23.	Adetlerim düzenlidir.						
24.	Başkaları zayıf olduğumu düşünür.						
25.	Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26.	Yemeklerimi yemek başkalarındakinden uzun sürer.						
27.	Lokantada yemek yemeği severim.						
28.	Müşil kullanırım.						
29.	Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30.	Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31.	Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32.	Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33.	Yemek konusunda başkalarının ban baskı yaptığını düşünürüm.						
34.	Yiyecekler ile ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35.	Kabızlıktan yakınırım.						
36.	Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37.	Perhiz yaparım.						
38.	Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39.	Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40.	Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Ek-3

WENDER UTAH DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (25 MADDELİ KISA FORM)

Çocukken	Hayır	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunum vardı, dikkatimi kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı , tasalı, sıkıntılıydim.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere daldım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, ve sebatkar inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alıngandım buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım ,yaptıklarım pişman olurudum.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim arkadaşlıklarım uzun sürmezdi ,diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle ,okulla sorunlarım olurdu,müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyelime ulaşamadım.					

Ek-4

MAUDSLEY OBSESİF KOMPULSİF SORU LİSTESİ

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyunuz. Size uygunsa ‘ DOĞRU’ yu uygun değilse ‘YANLIŞ’ ı daire içine alınız. Lütfen soruların hepsini cevaplayınız.

1.	Bana bir hastalık bulaşır korkusu ile herkesin kullandığı telefonları kullanmaktan kaçınırım.	DOĞRU	YANLIŞ
2.	Sık sık hoş gitmeyen şeyler düşünür, onları zihnimden uzaklaştırmakta güçlük çekerim.	DOĞRU	YANLIŞ
3.	Dürüstlüğü herkesten çok önem veririm	DOĞRU	YANLIŞ
4.	İşleri zamanında bitiremediğim için çoğu kez geç kalırım	DOĞRU	YANLIŞ
5.	Bir hayvana dokununca hastalık bulaşır diye kaygılanırım	DOĞRU	YANLIŞ
6.	Sık sık havagazını,su musluklarını ve kapıları birkaç kez kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
7.	Değişmez kurallarım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
8.	Aklıma takılan nahoş düşünceler hemen her gün beni rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ
9.	Kaza ile bir başkasına çarptığımda rahatsız olurum.	DOĞRU	YANLIŞ
10.	Her gün yaptığım basit küçük işlerden bile emin olamam	DOĞRU	YANLIŞ
11.	Çocukken annemde babamda beni fazla sıkımadı.	DOĞRU	YANLIŞ
12.	Bazı şeyleri tekrar tekrar yaptığım için işimde geri kaldığım oluyor.	DOĞRU	YANLIŞ
13.	Çok fazla sabun kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
14.	Bana göre bazı sayılar son derece uğursuzdur.	DOĞRU	YANLIŞ
15.	Mektupları postalamadan önce onları tekrar tekrar kontrol ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
16.	Sabahları giyinmek için uzun zaman harcarım.	DOĞRU	YANLIŞ
17.	Temizliğe aşırı düşkünüm.	DOĞRU	YANLIŞ
18.	Ayrıntılara gereğinden fazla dikkat ederim.	DOĞRU	YANLIŞ
19.	Pis tuvaletlere giremem.	DOĞRU	YANLIŞ
20.	Esas sorunum bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmemdir	DOĞRU	YANLIŞ
21.	Mikrop kapmaktan ve hastalanmaktan korkar ve kaygılanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
22.	Bazı şeyleri birden fazla kontrol ederim	DOĞRU	YANLIŞ
23.	Günlük işlerimi belirli bir programa göre yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
24.	Paraya dokunduktan sonra ellerimi kirli hissederim	DOĞRU	YANLIŞ
25.	Alıştığım bir işi yaparken bile kaç kere yaptığımı sayarım	DOĞRU	YANLIŞ
26.	Sabahları elimi yüzümü yıkamak çok zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
27.	Çok miktarda mikrop öldürücü ilaç kullanırım.	DOĞRU	YANLIŞ
28.	Her gün bazı şeyleri tekrar tekrar kontrol etmek bana zaman kaybettirir	DOĞRU	YANLIŞ
29.	Geceleri giyeceklerimi katlayıp asmak uzun zamanımı alır.	DOĞRU	YANLIŞ
30.	Dikkatle yaptığım bir işin bile tam doğru olup olmadığına emin olamam.	DOĞRU	YANLIŞ
31.	Kendimi toparlayamadığım için günler haftalarca, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur.	DOĞRU	YANLIŞ
32.	En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.	DOĞRU	YANLIŞ
33.	Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.	DOĞRU	YANLIŞ
34.	Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.	DOĞRU	YANLIŞ
35.	Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durup düşünürüm.	DOĞRU	YANLIŞ
36.	Reklamlardaki ampüller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır.	DOĞRU	YANLIŞ
37.	Bazen önemsiz düşünceler aklıma takılır ve beni günlerce rahatsız eder.	DOĞRU	YANLIŞ

Ek-5

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11 Türkçe Versiyonu

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Herzaman
1 İşlerimi dikkatle planlarım	()	()	()	()
2 Düşünmeden iş yaparım	()	()	()	()
3 Hızla karar veririm	()	()	()	()
4 Hiç bir şeyi dert etmem	()	()	()	()
5 Dikkat etmem	()	()	()	()
6 Uçuşan düşüncelerim var	()	()	()	()
7 Seyahatlerimi çok önceden planlarım	()	()	()	()
8 Kendimi kontrol edebilirim.	()	()	()	()
9 Kolayca konsantre olurum	()	()	()	()
10 Düzenli para biriktirim	()	()	()	()
11 Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	()	()	()	()
12 Dikkatli düşünen birisiyim	()	()	()	()
13 İş güvenliğine dikkat ederim	()	()	()	()
14 Düşünmeden bir şeyler söylerim	()	()	()	()
15 Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim	()	()	()	()
16 Sık sık iş değiştiririm	()	()	()	()
17 Düşünmeden hareket ederim	()	()	()	()
18 Zor problemler çözmek gerektiğinde kolayca sıkılırım	()	()	()	()
19 Aklıma estiği gibi hareket ederim	()	()	()	()
20 Düşünerek hareket ederim	()	()	()	()
21 Sıklıkla evimi değiştiririm	()	()	()	()
22 Düşünmeden alışveriş yaparım	()	()	()	()
23 Aynı anda sadece birtek şey düşünebilirim	()	()	()	()
24 Hobilerimi değiştiririm	()	()	()	()
25 Kazandığımdan daha fazla harcarım	()	()	()	()
26 Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla İlgisiz düşünceler oluşur	()	()	()	()
27 Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim	()	()	()	()
28 Derslerde veya sinemada rahat oturamam	()	()	()	()
29 Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	()	()	()	()
30 Geleceğini düşünen birisiyim	()	()	()	()

Ek-6

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Adı Soyadı: Cinsiyeti:

Öğrenci ise,

Okulun Adı: Doğum Tarihi:

Öğrenimi:

İşi: Adresi:

Tarih: Tel:

YÖNERGE: Aşağıda herkese ait olabilecek şikayet ve problemlerin bir listesi vardır. Lütfen her soruyu dikkatle okuyun, sonra bu durumun **BUGÜN DAHİL SON BİR AY İÇİNDE** sizi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiğini göz önüne alarak yan taraftaki parantezin içine (X) işareti koyun. Düşüncelerinizi değiştirerseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen silin. Yenisini okunaklı biçimde işaretleyin. Soru atlamaksızın tüm soruları yanıtlayın. Başlangıç örneğini dikkatle okuyun, anlamadığınız soru olursa danışın.

ÖRNEK:

	0	1	2	3	4
1. Baş ağrısı	()	()	()	(X)	()

0) Hiç yok. 1) Çok az var. 2) Orta derecede var. 3) Fazla var. 4) Aşırı derecede var

	0	1	2	3	4
1. Baş ağrısı	()	()	()	()	()
2. Sinirlilik ya da içinde titreme hissi	()	()	()	()	()
3. Kafanızdan atamadığınız tekrarlayıcı hoşla gitmeyen düşünceler	()	()	()	()	()
4. Baygınlık ya da baş dönmesi	()	()	()	()	()
5. Cinsel istek ve ilginin azalması	()	()	()	()	()
6. Başkaları tarafından eleştirilmesi duygusu	()	()	()	()	()
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri	()	()	()	()	()
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu	()	()	()	()	()
9. Olayları hatırlamada zorluk	()	()	()	()	()
10. Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili endişeler	()	()	()	()	()
11. Kolayca gücenip rahatsız olma hissi	()	()	()	()	()
12. Göğüs ya da kalp bölgesinde ağrılar	()	()	()	()	()
13. Caddelerde ya da açık alanlarda korku hissi	()	()	()	()	()
14. Enerjinizde azalma ya da yavaşlama hali	()	()	()	()	()
15. Hayatınıza son verme düşünceleri	()	()	()	()	()
16. Başka kişilerin duymadığı sesleri duymak	()	()	()	()	()
17. Titreme	()	()	()	()	()
18. Çoğu kişiye karşı güvensizlik hissi	()	()	()	()	()
19. İştah azalması	()	()	()	()	()
20. Kolayca ağlama	()	()	()	()	()
21. Karşı cinsten olan kişilere karşı utangaçlık ve rahatsızlık hissi	()	()	()	()	()
22. Tuzağa düşürülmüş ya da yakalanmış hissetmek	()	()	()	()	()

23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma	() () () ()
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları	() () () ()
25. Evden dışarıya yalnız çıkma korkusu	() () () ()
26. Olaylar için kendini suçlama	() () () ()
27. Bel ve sırtta ağrılar	() () () ()
28. İşlerin yapılmasını erteleme duygusu	() () () ()
29. Yalnızlık hissi	() () () ()
30. Karamsarlık hissi	() () () ()
31. Herşey için çok fazla endişe duyma	() () () ()
32. Herşeye karşı ilgisizlik hali	() () () ()
33. Korku hissi	() () () ()
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali	() () () ()
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizin farkında olması	() () () ()
36. Başkalarının sizi anlamadığı ya da dikkate almadıkları hissi	() () () ()
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi	() () () ()
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak	() () () ()
39. Kalbin çok hızlı çarpması ya da kalp çarpıntısının artması	() () () ()
40. Bunaltı ya da midede rahatsızlık hissi	() () () ()
41. Kendini başkalarından aşağı görme duygusu	() () () ()
42. Adele (kas) ağrıları	() () () ()
43. Başkalarının sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu hissi	() () () ()
44. Uykuya dalmada güçlük	() () () ()
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme	() () () ()
46. Karar vermede güçlük	() () () ()
47. Otobüs, tren gibi araçlarda seyahat etme korkusu	() () () ()
48. Nefes almada güçlük	() () () ()
49. Sıcak-soğuk basmaları	() () () ()
50. Sizi korkutan belirli uğraşı, yer ev durumlardan kaçınma hissi	() () () ()
51. Hiçbir şey düşünmeme hali	() () () ()
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma	() () () ()
53. Boğazınıza bir yumruk tıkanması	() () () ()
54. Gelecek konusunda ümitsizlik hali	() () () ()
55. Düşüncelerinizi toparlamada güçlük	() () () ()
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi	() () () ()
57. Gerginlik ya da coşku hissi	() () () ()
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi	() () () ()
59. Ölüm ya da ölmeyi düşünme	() () () ()
60. Aşırı yemek yeme	() () () ()
61. İnsanlar size baktığı ya da hakkınızda konuştuğu zaman huzursuz olma	() () () ()
62. Size ait olmayan düşünceler sahip olma	() () () ()
63. Bir başkasına vurma, yaralama, zarar verme isteği	() () () ()
64. Sabahları çok erken saatte uyanma	() () () ()
65. Yılanma, sayı sayma, dokunma gibi bazı hareketleri tekrarlama	() () () ()
66. Uykuda huzursuzluk ya da rahatsızlık	() () () ()

- 67.Bazı şeyleri kırıp dökme isteği () () () () ()
- 68.Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerinizin oluşu () () () () ()
- 69.Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme () () () () ()
- 70.Pazar yeri, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi () () () () ()
- 71.Herşeyin bir yük gibi görünmesi () () () () ()
- 72.Deşet ve panik nöbetleri () () () () ()
- 73.Topluluk içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi () () () () ()
- 74.Sık sık münakaşa etme () () () () ()
- 75.Yalnız bırakıldığında sinirlilik hali () () () () ()
- 76.Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu () () () () ()
- 77.Başkaları ile birlikte olduğunuz durumlarda dahi yalnızlık hissi () () () () ()
- 78.Yerinde duramayacak ölçüde rahatsızlık duyma () () () () ()
- 79.Kendinizi değersiz hissetme duygusu () () () () ()
- 80.Size kötü bir şey olacakmış duygusu () () () () ()
- 81.Bağırma ya da eşyaları fırlatma () () () () ()
- 82.Topluluk içinde bayılacağınız korkusu () () () () ()
- 83.Eğer fırsat verirsiniz insanların sizden yararlanacağı duygusu () () () () ()
- 84.Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelere sahip olma () () () () ()
- 85.Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi () () () () ()
- 86.Korkutucu türden düşünce ve hayaller () () () () ()
- 87.Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi () () () () ()
- 88.Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama () () () () ()
- 89.Suçluluk duygusu () () () () ()
- 90.Aklınızda bir bozukluk olduğu düşüncesi () () () () ()

11- ÖZGEÇMİŞ

Adı : Damla

Soyadı : ALP

Dogum Yeri ve Tarihi : Erzincan/ 17.04.1981

Egitimi : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (2006),
Meram Anadolu Lisesi (1999), 5 Nisan
ilkokulu (1992)

Yabancı Dili : İngilizce

Üye Oldugu Bilimsel Kuruluşlar : -

Bilimsel Etkinlikleri : -