

Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı*

Artuner DEVECİ,¹ M. Murat DEMET,² Bilgin ÖZMEN,³ Erol ÖZMEN,⁴ Zeliha HEKİMSOY⁵

ÖZET

Amaç: Obezite kronik ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini birçok yoldan etkileyen yaygın bir bozukluktur. Sıklıkla depresyona ve diğer psikiyatrik bozukluklara yol açar. Bu çalışmada obez hastalarda psikiyatrik tanılar, depresyon ve anksiyete düzeyleri, aleksitimi ve benlik saygısının araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma grubunu Endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalardan obezite tanısı konan ardışık 50 hasta oluşturmuştur. Hastalara DSM-IV I. eksen bozukluklarını araştırmak için yapılandırılmış klinik görüşme çizelgesi klinik versiyonu (SCID-I) uygulanmıştır. Hastalarda sosyodemografik bilgi formu, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanılmıştır. Ölçek puanları ile beden kitle indeksi (BKİ) ilişkisi için t-testi uygulanmıştır. **Sonuçlar:** Beden kitle indeksi ortalaması 37.84 ± 6.51 kg/m² (aralık:30.0-52.0) bulunmuştur. Hastaların ortalama yaşı 41.62 ± 11.80 olarak saptanmıştır. Hastaların %90'ı (n=45) kadın, %48'i (n=24) ev kadını, %40'ı (n=20) ilkökul mezunu, %72'si (n=36) evli olarak saptanmıştır. Hastaların 21'inde (%42) DSM-IV'e göre psikiyatrik tanı saptanmıştır. Özgül fobi en sık psikiyatrik bozukluk olarak belirlenmiştir (n=9, %18). Hastaların TAÖ ve RBSÖ puanları sırasıyla 9.70 ± 3.34 ve 1.26 ± 1.38 olarak bulunmuştur. BKİ ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. **Tartışma:** Obezitede psikiyatrik durum ve risk etkenleri arasındaki ilişkiyi saptayabilmek için daha fazla araştırmanın yürütülmesi gerekir. Bu nedenle özellikle daha detaylı ve uzun süreli araştırmalara gereksinim vardır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:84-91)

Anahtar sözcükler: Obezite, psikiyatrik bozukluk, depresyon, anksiyete, aleksitimi, benlik saygısı

Psychopathology, alexithymia, and self-esteem in obese patients

SUMMARY

Objective: Obesity is a chronic disorder and a serious public health problem. Obesity is a common disorder that affects a person's health-related quality of life in a number of ways. Obesity often leads to reactive depression and other psychiatric disorders. In this study, it is aimed to investigate psychiatric diagnosis, levels of depression and anxiety, alexithymia, and self-esteem in a group of obese patients. **Methods:** The sample was consisted of 50 obese persons consecutively admitted to the Celal Bayar University Hospital Endocrinology Department. The trained clinical psychiatrists interviewed the patients with the Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID). The patients were applied to the sociodemographic data form, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Beck Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Rating Scale (HADRS), Toronto Alexithymia Scale (TAS), Rosenberg Self Esteem Scale (RSES). The influence of body mass index (BMI) of the patients on scales

* 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sunulmuştur.

¹ Uzm.Dr., ² Doç.Dr., ³ Prof. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, MANİSA

³ Doç.Dr., ⁵ Yrd. Doç. Dr., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fak. Endokrinoloji Bilim Dalı, MANİSA

Yazışma Adresi: Dr. Artuner DEVECİ, Celal Bayar Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, MANİSA

E-mail: artuner.d@superonline.com

scores were investigated by t-test. **Results:** The mean BMI was 37.84 ± 6.51 kg/m² (min:30.0, mak:52.0). The mean age was 41.62 ± 11.80 . Of the whole patients, 90% (n=45) was women. 48% (n=24) of the patients were housewife. 40% (n=20) of the patients were graduated from primary school. 72% (n=36) of the patients were married. Twenty-one patients (42%) had a current DSM-IV diagnosis. It was demonstrated that specific phobia was the most common psychiatric disorder (n=9, 18%). The mean scores of TAS and RSES were respectively 9.70 ± 3.34 and 1.26 ± 1.38 . The positive correlation between the BMI and the scales scores wasn't statistically significant. **Discussion:** More studies is necessary to indicate between psychopathology and risk factors in obesity. For this reason, more detailed and longitudinal studies are especially needed. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:84-91)

Key words: Obesity, psychiatric disorder, depression, anxiety, alexithymia, self-esteem

GİRİŞ

Obezite bedendeki yağların aşırı birikimiyle karakterize bir durumdur. Obezitenin önemli bir tanımlaması da beden kitle indeksinin (BKİ) hesaplanmasıdır. 30 kg/m² ve üzerinde bir değer obezite olarak tanımlanmaktadır.¹ 25-29.9 kg/m² değeri aşırı kilo, 30-34.9 kg/m² sınıf I obezite, 35-39.9 kg/m² sınıf II obezite, 40 kg/m² ve üzeri sınıf III ya da aşırı obezite olarak sınıflandırılmıştır.²

Obezite ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Obezitenin diabetes mellitus, sistemik hipertansiyon, dislipidemi, inme, myokard infarktüsü, koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, uyku apnesi, safra kesesi taşı, böbrek taşı, hiperürisemi, osteoartrit, polikistik over sendromu, infertilite, karaciğer steatozu, pulmoner embolizm, venöz tromboz, solunum fonksiyonu bozuklukları, belirli kanser türleri (kolorektal, prostat, endometrium, meme, safra kesesi) gibi durumlara bağlı olarak mortalite ve morbiditeyi artırdığı gösterilmiştir.²⁻⁴

Obezitenin gelişiminde hem genetik, hem çevresel ve psikolojik etmenlerin rolünün olduğu düşünülmektedir. Obezite ile ilgili hayvan çalışmaları obezitenin özellikle leptin reseptörleri, agouti sinyal protein ve karboksipeptidaz E ile ilişkili olduğunu göstermiştir.⁵ Psikolojik etmenlerin de obezite gelişimindeki rolü kesin kabul edilmekle birlikte söz konusu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmemektedir. Çevresel etmenler gıda düzenleme sistemini etkiler; aynı zamanda kültürel, aile ve psikodinamik etmenlerin obezitenin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir.¹

Obezite tanınması en kolay ve tedavisi en zor tıbbi durum olarak tanımlanır. İster farmakolojik, ister psikoterapötik ya da davranış tedavileri olsun, hemen tüm tedavi yöntemlerinde kilo kaybından sonra hastanın şiddetli stres altında tekrar eski yeme alışkanlığına döndüğü görülmüştür.

Literatürde obezite ile psikopatoloji ve psikolojik

yapı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Obez hastalarla normal vücut ağırlığına sahip olanlar arasında psikopatoloji açısından anlamlı bir fark olmadığını gösteren araştırmalar yanında obez hastaların daha düşük benlik değerine sahip oldukları, psikopatolojik durumların daha fazla gözlemlendiği, özellikle depresyon ve kişilik bozukluklarının bulunduğu araştırmalar da bulunmaktadır.⁶⁻⁹

Aleksitimi ve psikosomatik ya da psikopatolojik bozukluklar arasında ilişki iyice belirlenmiştir. De Chouly ve ark., obezite ve aleksitimi ilişkisini araştırdıkları kontrollü bir çalışmada obez hastalarda aleksitimik özelliğin daha sık olduğunu; obezite, aleksitimi, düşük eğitim düzeyi ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamışlardır.¹⁰

Obezite ile benlik değerinin azalması arasında doğrusal bir ilişki olduğuna dair araştırmalar vardır.^{11,12}

Bu araştırmada sınıf I obez hasta grubu ile sınıf II ve III (aşırı) obez hasta grubunun psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı, depresyon ve anksiyete düzeyleri, aleksitimi düzeyi ve benlik saygısı açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma Grubu

Araştırma grubunu Endokrinoloji polikliniğine başvuran hastalardan obezite tanısı konan ardışık 50 hasta oluşturmuştur. Araştırmaya alınma ölçütleri:

- BKİ'nin 30'dan yukarı olması,
- En az 18 yaşında olmak,
- En az ilkökul mezunu olmak,
- Psikiyatri polikliniğinde uygulanan kendini değerlendirme ölçeklerini doldurabilecek yeterlilikte olmak,
- Obezite dışında endokrinolojik bir patolojinin olmaması,
- Herhangi bir şekilde psikiyatrik ve endokrinolojik

tedavi altında olmamak.

Değerlendirme Araçları

1. *Sosyodemografik Bilgi Formu*: Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, aile tipi, sosyoekonomik düzey, sosyal güvence, yetiştiği yer, yaşadığı yer, alışkanlıklar, özgeçmişte ve soygeçmişte psikiyatrik yükü, sürekli bedensel hastalık bilgilerini almaya yönelik bilgi formudur.

2. *DSM-IV I. Eksen Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi Klinik Versiyonu (SCID-I)*: Hastalarda DSM-IV'e göre I. eksen psikiyatrik bozukluk tanısını araştırmak amacıyla kullanılmıştır.¹³

3. *Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)*: Depresyon düzeyini ve şiddetini ölçmeye yarayan, 17 madde içeren, klinik gözlemci tarafından uygulanan bir ölçektir. Hamilton tarafından geliştirilmiş ve daha sonra yapılandırılmış hale dönüştürülmüştür. Depresyon düzeyini ve şiddet değişimini ölçmede yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Akdemir ve ark. tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁴ HDDÖ'ye göre 0-7 puan "depresyon yok", 8-12 puan "hafif depresyon", 13-17 puan "orta şiddette depresyon", 18-29 puan "majör depresyon" ve 30-52 puan "majör depresyondan daha ağır" olarak derecelendirilmiştir.

4. *Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)*: Anksiyete düzeyi ile belirti dağılımını belirlemek ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan, toplam 14 sorudan oluşan, beşli likert tipi ölçüm sağlayan ve klinik gözlemci tarafından uygulanan bir ölçektir. Yazıcı ve ark. tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır.¹⁵

5. *Beck Depresyon Envanteri (BDE)*: Depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmeye yarayan, toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içeren, dörtlü Likert tipi ölçüm sağlayan bir ölçektir.¹⁶ Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçek için verilen kesim puanları araştırmalarda farklılık göstermekle birlikte 17 kesim puanının klinik depresyonu belirlemede yeterli olabileceği belirtilmektedir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirliği önce Tegin,¹⁷ daha sonra Hisli¹⁸ tarafından yapılmıştır.

Anatolian Journal of Psychiatry 2005; 6:84-91

6. *Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)*: Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir.¹⁹ Aydemir ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.²⁰ Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 sorudan oluşur.

7. *Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)*: "Kişilerin duygularını ayırt edebilme ve tanıyabilme yeteneği", "dış olaylara yönelik düşünce şekli", "duygularını söze dökebilme yeteneği" ve "hayal kurma yeteneği" şeklinde dört alt boyuttan oluşan ölçeğin özgün şekli 26 maddeden oluşmakta ve 1-5 arası puanlanmaktadır.²¹ Kişilerdeki aleksitimi düzeyini ölçmeye yarayan ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Dereboy tarafından yapılmıştır.²² "Doğru" ve "yanlış" şeklinde yanıtlanan, kendini değerlendirme şeklinde bir ölçektir. Puanların artması aleksitiminin şiddetini göstermektedir. Kesim noktası 10/11 puan olarak önerilmiştir.

8. *Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)*: 12 alt ölçekten oluşan ölçeğin on maddeden oluşan ilk alt ölçeği Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır.²³

Uygulama

Endokrinoloji polikliniğinden gönderilen 50 ardışık hastayla SCID görüşmesi yapılmıştır. Hastalardan bu konuda sözel onay alınmıştır. Sosyodemografik bilgi formu doldurulmuştur. Her hastaya ölçek olarak HDDÖ, HADÖ, BDE, HAD, TAÖ, RBSÖ uygulanmıştır.

İstatistiksel değerlendirme

Veriler SPSS for Windows 10.0 veri tabanı programına aktarılarak, tanımlayıcı istatistikler ardından tüm örneklem için BKİ ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin yönü ve düzeyi Pearson korelasyon analizi kullanılarak belirlenmiştir. Birinci grup obez hasta (BKİ:30.0-34.9) ve ikinci grup obez hasta (BKİ:35-üzeri) gruplarının ölçek puanları açısından karşılaştırılması için ise t-testi uygulanmıştır.

SONUÇLAR

Sosyodemografik özellikler: Araştırmaya alınan 50 hastanın %90'ı (n=45) kadın, %48'i (n=24) ev kadını, %40'ı (n=20) ilkökul mezunu, %72'si (n=36)

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler

		I. grup (n=21)		II. Grup (n=29)	
		Sayı	%	Sayı	%
Yaş		36.04±11.01		45.65±10.81	
BKİ		31.72±1.39		42.27±4.95	
Cinsiyet	Erkek	5	23.8	0	0.0
	Kadın	16	76.2	29	100.0
Eğitim düzeyi	İlkokul	3	14.3	17	58.6
	Ortaokul	3	14.3	1	3.4
	Lise	8	38.1	4	13.8
	Yüksekokul	7	33.3	7	24.1
Meslek	Ev kadını	7	33.3	17	58.6
	Memur	7	33.3	7	24.1
	Emekli	3	14.3	4	13.8
	Öğrenci	3	14.3	1	3.4
	Serbest	1	4.8	0	0.0
Medeni durum	Evli	16	76.2	20	69.0
	Hiç evlenmemiş	4	19.0	6	20.7
	Eşi ölmüş	1	4.8	3	10.3
Sosyoekonomik düzey	Orta	20	95.2	29	100.0
	Üst	1	4.8	0	0.0
Sosyal güvence	Emekli sandığı	19	90.5	26	89.7
	Bağ-kur	1	4.8	3	10.3
	Yok	1	4.8	0	0.0
Yaşadığı yer	İl merkezi	12	57.1	17	58.6
	İlçe merkezi	8	38.1	10	34.5
	Köy/kasaba	1	4.8	2	6.9
Yetiştığı yer	İl merkezi	8	38.1	6	20.7
	İlçe merkezi	8	38.1	10	34.5
	Köy/kasaba	5	23.8	13	44.8
Alışkanlık	Yok	15	71.4	24	82.8
	Sigara	6	28.6	4	13.8
	Alkol	0	0.0	1	3.4

evliydi (Tablo 1). Hastaların yaş ortalaması 41.62±11.80, BKİ ortalaması 37.84±6.51 (min:30.0, mak:52.0) olarak bulunmuştur.

Psikiyatrik öykü-bedensel hastalık: Tablo 2'de gösterilmiştir.

Psikiyatrik tanı: Hastaların %58'inde (n=29) psikiyatrik tanı yoktu. %18'inde (n=9) özgül fobi, %6'sında (n=3) distimik bozukluk, %6'sında (n=3)

başka türlü adlandırılmayan (BTA) depresif bozukluk saptanmıştır (Tablo 3).

Depresyon ve anksiyete puanları: Hastaların HDDÖ ortalama puanı 4.98±4.75, HADÖ ortalama puanı 6.02±4.84, BDE ortalama puanı 9.86±7.87, HAD-Depresyon alt ölçeği ortalama puanı 5.04±4.09, HAD-Anksiyete alt ölçeği ortalama puanı 5.98±3.95 bulunmuştur.

Tablo 2. Psikiyatrik öykü - bedensel hastalık

		I. grup (n=21)		II. grup (n=29)	
		Sayı	%	Sayı	%
Özgeçmişte psikiyatrik öykü	Yok	16	76.2	22	75.9
	Depresyon	4	19.0	5	17.2
	Genelleşmiş anksiyete bozukluğu	0	0.0	1	3.4
	Posttravmatik stres bozukluğu	1	4.8	0	0.0
	Distimik Bozukluk	0	0.0	1	3.4
Soygeçmişte psikiyatrik öykü	Yok	19	90.5	25	86.2
	Annede depresyon	2	9.6	2	6.8
	Annede bipolar bozukluk	0	0.0	1	3.4
	Annede Alzheimer hastalığı	0	0.0	1	3.4
Sürekli bedensel hastalık	Yok	18	85.8	21	72.4
	Hipertansiyon	1	4.8	4	13.8
	Astım	1	4.8	2	6.9
	Hiperkolesterolemi	1	4.8	1	3.4
	Migren	0	0.0	1	3.4

Tablo 3. Psikiyatrik Tanılar

	I. grup (n=21)		II. grup (n=29)	
	Sayı	%	Sayı	%
Tanı yok	10	47.6	19	65.5
Özgül fobi	6	28.6	3	10.3
Distimik bozukluk	1	4.8	2	6.9
BTA depresif bozukluk	1	4.8	2	6.9
BTA depresif bozukluk+özümlü fobi	1	4.8	1	3.4
Sosyal fobi	1	4.8	0	0.0
BTA anksiyete bozukluğu	1	4.8	0	0.0
Majör depresyon	0	0.0	1	3.4
Majör depresyon+obsesif-kompulsif boz.	0	0.0	1	3.4

Tablo 4. BKİ- Ölçek puanları ilişkisi

	r	p
BKİ-Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HDDÖ)	.203	0.157
BKİ-Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)	.122	0.398
BKİ-Beck Depresyon Envanteri (BDE)	.098	0.497
BKİ-Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)-Depresyon Alt Ölçek	.196	0.172
BKİ-Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)-Anksiyete Alt Ölçek	.116	0.422
BKİ-Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)	.219	0.127
BKİ-Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)	.023	0.873

Tablo 5. Hastaların ölçek ortalama puanları

	Tüm örneklem (n=59)	I. grup (n=21) (BKİ=30.0-34.9)	II. grup (n=29) (BKİ=35.0-↑)	t	P
HDDÖ	4.98±4.75	4.09±4.96	5.62±4.57	-1.123	0.267
HADÖ	6.02±4.84	5.52±4.34	6.37±5.21	-0.613	0.543
BDE	9.86±7.87	9.19±7.80	10.34±8.02	-0.508	0.614
HAD - Depresyon Alt Ölçeği	5.04±4.09	4.68±3.13	5.31±4.69	-0.545	0.588
HAD - Anksiyete Alt Ölçeği	5.98±3.95	5.76±3.61	6.13±4.24	-0.329	0.744
TAÖ	9.70±3.34	8.71±3.79	10.41±2.83	-1.814	0.076
RBSÖ	1.26±1.38	1.23±1.54	1.27±1.27	-0.094	0.925

Aleksitimi Puanı: Hastaların TAÖ ortalama puanı 9.70±3.34 saptanmıştır.

Benlik Saygısı Puanı: Hastaların RBSÖ ortalama puanı 1.26±1.38 saptanmıştır.

BKİ-Ölçek Puanları İlişkisi: Tüm hastalar tek grup olarak alınarak BKİ ile tüm ölçek puanları Pearson korelasyon analizi ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir bulgu saptanmamıştır (Tablo 4). Birinci grup obez hasta (BKİ:30.0-34.9) ve ikinci grup obez hasta (BKİ:35-üzeri) tüm ölçek puanları açısından karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Bu çalışmada obez hastaların %42'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğun bulunduğu saptanmıştır. Birçok çalışmada obez hastalarda başta depresyon olmak üzere psikiyatrik bozuklukların yüksek oranlarda görüldüğü bildirilmektedir.²⁴ Bu çalışmada %6'sı distimik bozukluk, %6'sı BTA depresif bozukluk, %4'ü BTA depresif bozukluk+özgül fobi, %2'si major depresif bozukluk, %2'si majör depresif bozukluk+obsesif kompulsif bozukluk olmak üzere hastaların toplam %20'sinde herhangi bir depresif bozukluk saptanmıştır. Obezite ve depresyon arasında önemli bir ilişkinin olduğunu bildiren çeşitli araştırmalar vardır. Obez hastalarda depresyon görülme sıklığının yüksek oranlarda olduğu bildirilmektedir.^{24,25} Tıbbi olarak sağlıklı bazı obez kişilerde depresif belirtilerin gözlemlendiği bildirilmiştir.²⁶ Ricca ve ark.nın 84 obez ve 217 obez olmayan kişi üzerinde yaptığı karşılaştırmalı çalışmada psikiyatrik görüşme ve psikometrik testler sonucunda depresyon oranının kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiş, yeme bozuklukları ile duygudurum bozuk-

lukları arasında önemli denebilecek bir ilişkinin varlığı saptanmıştır.²⁷ Başka bir çalışmada obezite tedavisi gören 66 hasta ile başka bir tıbbi tedavi gören 52 hastanın karşılaştırılması sonucunda obezite tedavisi gören hasta grubunda daha yüksek oranda depresif semptomatoloji ve psiko-sosyal yetersizlik gösterilmiştir.²⁸ Yaşlılar ile ilgili bir çalışmada 50-69 yaş obez kadınların beden kitle indeksi 25 kg/m² altındaki yaşlı gruptan daha fazla depresyon belirtilerine sahip olduğu bulunmuştur.²⁹ Sıklık olarak yüksek olmamakla birlikte obezite ile depresyon arasında klinik olarak bir birliktelik olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada %18'i özgül fobi, %2'si sosyal fobi, %2'si BTA anksiyete bozukluğu, %4'ü BTA depresif bozukluk+özgül fobi, %2'si major depresif bozukluk+obsesif bozukluk olmak üzere toplam %28'inde bir anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Obez hastalarda anksiyete bozukluklarının yüksek oranda görüldüğü, anksiyete bozuklukları arasında da agorafobi, özgül fobi ve posttravmatik stres bozukluğunun daha sık görüldüğü belirtilmektedir.^{24,30} Nitekim literatür bulguları ile uyumlu olarak bu çalışmada da özgül fobiden kaynaklanan bir yükseklik ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada genelde tedavi için başvurmayan özgül fobi hastalarının SCID görüşmesi sonucu belirlendiği düşünülmüştür. Bu durumun obezite ile ilişkili olmadığı sanılmaktadır. Özgül fobide seyrek olarak kişinin hayatını önemli ölçüde kısıtladığı için tedavi aranabilir. Başvurunun düşük olmasının başlıca nedenleri arasında fobilerin huy veya kişilik özelliği olduğunun düşünülmesi, tedavisinin olmadığına sanılması sayılabilir.³¹ Diğer yandan psikiyatrik tanılarının da görece daha hafif klinik tablolar olması dikkat çekicidir. Araştırmanın yöntemi gereği

psikiyatrik tedavi görmekte olanların araştırma dışı tutulmuş olması bu sonuçları etkilemiş olabilir.

Obezite tedavisi gören 185 sağlıklı kadından oluşan bir grupta aşırı yeme bozukluğu olan obez kadınların aşırı yeme bozukluğu olmayan kadınlara göre daha fazla psikiyatrik belirti gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca aşırı yeme bozukluğu gösteren kadınlar daha fazla diyeti bıraktığı ve negatif affektif görünüm sergilediği gözlenmiştir.⁸

Bu çalışmada obez hastalarda elde edilen aleksitimi düzeyi ortalaması kullanılan ölçeğin kesme noktasından daha düşük bulunmuştur. Literatürde sınırlı sayıda da olsa obez hastalarda aleksitimi puanlarının yüksek olduğu bildirilmektedir.¹⁰

Rosenberg benlik saygısı ölçeğine göre obez hasta grupları arasında istatistiksel yönden anlamlı bir

farklılık gözlenmemiştir. Literatürde obez hastalarda benlik saygısı ile ilgili çalışmalarda benlik değerlerinin azaldığı bilinmektedir.^{11,32}

Örnekleme alınan obez hasta sayısının az olması, psikiyatrik izlemdeki hastaların alınmaması bu çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Obezite tanınması en kolay ve tedavisi en zor tıbbi durum olarak tanımlanmaktadır. İster farmakolojik, ister psikoterapötik ya da davranış tedavileri olsun hemen bütün tedavi yöntemlerinde kilo kaybından sonra hastanın şiddetli stres altında tekrar eski yeme alışkanlığına döndüğü görülmüştür. Bu açıdan psikiyatrik tedavinin ve izlemin obezitenin kontrolünde önemi büyüktür. Obezite ile psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi açıklayacak yeni çalışmaların yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Eating disorders. HI Kaplan, BJ Sadock (eds), *Synopsis of Psychiatry*'de, sekizinci baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, 1998, s.720-736.
2. Pi-Sunyer FX. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-the evidence report. *Obes Res* 1998; 6(suppl 2):515-2095.
3. Khaodhiar L, McCowen KC, Blackburn GL. Obesity and its comorbid conditions. *Clin Cornerstone* 1999; 2:17-31.
4. Lean ME. Pathophysiology of obesity. *Proc Nutr Soc* 2000; 59:331-336.
5. Comuzzie AG, Allison DB. The search for human obesity genes. *Science* 1998; 280:1374-1377.
6. Brownell KD, Wadden TA. Obesity. Psychological factors affecting medical conditions. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Seventh Edition*. BJ Sadock, VA Sadock (Eds). Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 2000, s.1787-1797.
7. Marcus MD. Binge eating in obesity, in binge eating: Nature, assessment, and treatment. *CG Fairburn, GT Wilson (eds)*, New York, Guilford Press, 1993, s.77-96.
8. Mussell MP, Mitchell JE, de Zwaan M, Crosby RD, Seim HC, Crow SJ. Clinical characteristics associated with binge eating in obese females: A descriptive study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996; 20:324-331.
9. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1472-1479.
10. De Chouly De Lenclave MB, Florequin C, Bailly D. Obesity, alexithymia, psychopathology and binge eating: a comparative. *Encephale* 2001; 27:343-350.
11. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *Int J Eat Disord* 1994; 15:53-61.
12. Bryan J, Tiggemann M. The effect of weight-loss dieting on cognitive performance and psychological well-being in overweight women. *Appetite* Apr 2001; 36:147-156.
13. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12:233-236.
14. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar MH, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin (HDDÖ) geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *3P Dergisi* 1996; 4:251-259.
15. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:114-117.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
17. Tegin B. Depresyonda bilişsel süreçler. Beck modeline göre bir inceleme. *Psikoloji Dergisi* 1987; 6:116-21.
18. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988; 6:118-126.

19. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-370.
20. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8:280-287.
21. Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP ve ark. Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 1988; 50:500-509.
22. Dereboy IF. Aleksitimi öz bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir ön çalışma. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1990.
23. Çuhadaroğlu F. Adolesanlarda Benlik Saygısı. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1986.
24. Sullivan M, Karlsson J, Sjöstrom L ve ark. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993; 17:503-512.
25. Wing RR, Marcus MD, Blair EH, Epstein LH, Burton LR. Depressive symptomatology in obese adults with type II diabetes. *Diabetes Care* 1990; 13:170-172.
26. Rothschild M, Peterson HR, Pfeifer MA. Depression in obese men. *Int J Obes* 1989; 13:479-485.
27. Ricca V, Mannucci E, Di Bernardo M, Mezzani B, Carrara S, Rizello SM ve ark. Psychopathological and clinical features among the ambulatory population of obese patients. *Minerva Psichiatr* 1996; 37:53-58.
28. Goldstein LT, Goldsmith SJ, Anger K, Leon AC. Psychiatric symptoms in clients presenting for commercial weight reduction treatment. *Int J Eat Disord* 1996; 20:191-197.
29. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E. Depressive symptoms in overweight and obese older adults: A test of the "Jolly Fat" hypothesis. *J Psychosom Res* 1996; 40:59-66.
30. Black DW, Goldstein RB, Mason EE. Prevalence of mental disorder in 88 morbidly obese bariatric clinic patients. *Am J Psychiatry* 1992; 149:227-234.
31. Kılıç C. Özgül fobiler. R Tükel (ed): Anksiyete Bozuklukları'nda, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2000, s.39-57.
32. Kodama K, Noda S. Binge-eating in simple obesity. *Nippon Rinsho* 2001; 59:586-590.