

Araştırma / Original article**Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi**Arda KARAGÖL,¹ Gamze ÖZÇÜRÜMEZ,² Nilgün TAŞKINTUNA,³ Aslı NAR⁴**ÖZET**

Amaç: Beden kitle indeksi (BKİ) ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki uzun süredir araştırılmaktadır. Bulgular, özellikle obezite ile depresif duygudurum ve depresyon arasında bir ilişki olduğu yönündedir. Diğer yandan aleksitimi de artmış obezite riski ile ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızın amacı, normal, fazla kilolu ve obez erişkinlerde BKİ ile depresyon ve aleksitimi arasında nasıl bir ilişki olduğunu incelemektir. **Yöntem:** Araştırmaya, endokrinoloji bölümü obezite polikliniğine başvuran, 18-67 yaşları arasında, tiroid işlev testleri normal olan 100 hasta katılmıştır. BKİ açısından üç gruba ayrılan hastalar (BKİ=18.5-24.99 arası normal, BKİ=25-29.99 arası fazla kilolu ve BKİ=30 ve üstü obez) Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi'nin depresyon bölümü, Toronto Aleksitimi Skalası-26 (TAS-26) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** BKİ ile şimdiki depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ve bu ilişki kadın cinsiyette daha güçlüdür. Yaşam boyu depresyon tanısı ile BKİ arasında herhangi bir ilişki belirlenmemiştir. TAS-26 toplam ve alt ölçek puanları ile BKİ arasında ilişki belirlenmemiştir. BDÖ puanları arttıkça TAS-26 puanlarının arttığı görülmüştür. Depresyon ile aleksitimi arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. **Tartışma:** Çalışmamız, BKİ'nin yüksek oluşunun şimdiki depresyon nöbeti tanısını artırdığını ortaya koymaktadır. Benzer ilişki yaşam boyu depresyon tanısı için belirlenmemiştir. BKİ ile aleksitimi arasında ilişki bulunamamıştır. Depresyon ve depresyon şiddeti aleksitimi ile güçlü biçimde ilişkilidir. Fazla kilolu ve obez bireylerin psikiyatrik yönden izlenmesi depresyonun olumsuz sonuçlarını engellemek açısından önemli görünmektedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2014; 15:207-213)

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

Association of body mass index with depression and alexithymia**ABSTRACT**

Objective: Association between body mass index (BMI) and mental disorders had long been investigated. Recent researches declare a relation between obesity and depressed mood as well as clinical depression. On the other hand mental disorders such as alexithymia are also found to be correlated with an increased risk of obesity. Therefore we aimed to evaluate depression and alexithymia together among normal, overweight and obese adults in order to assess what kind of an association is there between BMI, depression and alexithymia. **Methods:** We enrolled 100 adults, aged between 18 to 67 from department of endocrinology outpatient clinic whom had normal levels of TSH, fT3 and fT4 thyroid hormones and formed three groups according to their Body Mass Index (BMI). Individuals who had had BMI between 18.5 and 24.99 formed the normal, BMI between 25 and 29.99 formed the overweight and BMI 30 and above formed the obese groups. All three groups were evaluated by Composite International Diagnostic Interview for clinical diagnosis and also given Toronto Alexithymia Scale-26 item (TAS-26) as well as Beck Depression Inventory (BDI). **Results:** There was a positive relation between BMI and current depressive episode and this finding was stronger in women. There was no such relation with lifelong depression. TAS-26 total and subscale scores revealed no difference between three groups. As BDI total scores got higher TAS-26 scores were higher. Hence there was a strong positive relation between depression and alexithymia. **Conclusion:** Our findings indicate that higher BMI increases current depressive episode. No association is found

¹ Uzm.Dr., ² Doc. Dr., ³ Prof.Dr., Başkent Üniversitesi Hastaneleri, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD; ⁴ Doç. Dr., İç Hastalıkları ABD, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD, Ankara

Yazışma adresi / Address for correspondence:

Uzm.Dr. Arda KARAGÖL, Başkent Üniversitesi, Ankara

E-mail: ardakaragol@yahoo.com

Geliş tarihi: 10.05.2013, **Kabul tarihi:** 09.02.2014, **doi:** 10.5455/apd.37209

between BMI and lifelong depression. Depression and depression severity are strongly associated with alexithymia. Contradictive with literature, alexithymia and its severity are not found to be related with BMI. Following overweight and obese individuals is important to offset the adverse outcomes of depression. (Anatolian Journal of Psychiatry 2014; 15:207-213)

Key words: body mass index, obesity, depression, alexithymia

GİRİŞ

Obezite, küresel boyutta bir halk sağlığı ve ekonomi sorunudur. Yaygınlığı dünyanın tüm bölgelerinde artmaktadır.¹ Obezite, yağ dokusunda sağlığı bozacak boyutta aşırı düzeyde veya anormal yağ birikimi olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte, vücut yağının doğrudan ölçümü zordur ve beden kitle indeksi (BKİ) gibi görel ölçümler yetişkinlerde aşırı kilo ve obezitenin belirlenmesi için sık kullanılmaktadır. Vücut ağırlığının, kilogram olarak değerinin boyun metre olarak karesine bölünmesi ile hesaplanır ($BKİ=kg/m^2$).²

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen yeni dereceli sınıflandırma sisteminde $30 kg/m^2$ ve daha yüksek BKİ, obezite varlığını gösterir.

Birçok araştırmacı özgül aile öyküleri, temel hazırlayıcı yan etkenler, kişilik yapısı veya bilinçdışı çatışmaların obeziteye yol açtığını öne sürmüşse de, fazla kilolu insanlar depresyon dahil, olası tüm ruhsal bozuklukları gösterebilmekte ve altında yatan çeşitli ruhsal bozuklukları olabilmektedir.

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

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

Yıllar boyunca aleksitimi araştırmacıları, aleksitimiminin kalıcı bir kişilik özelliği mi, yoksa duruma bağlı bir görüngü mü olduğunu tartışmıştır. Son on yıldaki birçok çalışma, aleksitimimin hem genel, hem de klinik popülasyonda depresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir.³⁻⁸ Majör depresyon hastalarında, depresyon düzeyi düştükçe Toronto Aleksitimi Skalası (TAS-20) puanları veya diğer faktör ölçek puanlarının düştüğü bulgusunu temel alan bazı araştırmacılar, aleksitiminin duruma bağımlı bir görüngü olduğunu ileri sürmüştür.^{4,9,10} Aleksitimi, depresyon hastalarında çok sık olarak saptanmıştır. Aleksitimik hastalar, özellikle kadınlar, aleksitimik olmayanlara göre daha fazla depresyon yaşamaktadır.³

Genel popülasyonda da aleksitimik bireyler, aleksitimik olmayanlara göre daha fazla depresyon yaşamaktadır. Araştırmacılar, depresyonun birincil olarak aleksitiminin üstündeki sosyal etkenlerin etkisini açıkladığını ve genel popülasyondaki aleksitimi varyansını belirleyen en önemli değişken olabileceğini belirtmiştir.³ Kavramların farklılığına işaret eden çalışmalar olsa da, Cohen ve arkadaşları, aleksitimi ve depresyon arasındaki ilişkinin kısmen fiziksel belirti yaşamaya ve bildirmeye eğilimi ölçen TAS ile açıklanabileceğini belirtmiştir. Fiziksel belirti yaşama ve bildirmenin, yerine göre depresyonla da ilişkili olabildiği sonucuna varmışlardır.¹¹

BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar tutarsız sonuçlar bildirmektedir. Bazı çalışmalarda BKİ ile depresyon arasında ilişki bulunmazken,¹²⁻¹⁴ bazı çalışmalarda^{15,16} 'neşeli şişman' varsayımıyla tutarlılık gösteren negatif bir ilişki, bazılarında¹⁷⁻²¹ pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu durum, depresyon ile obezitenin gerek ölçümleri, gerekse kullanılan tanımlarındaki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Günümüzde depresyon ile obeziteyi ilişkilendirmekle ilgili temel sorun, tedavi arayan obez kişilerle tedavi aramayan obez kişiler arasındaki farklılıktan köken almaktadır. Toplum çalışmaları temel alındığında, bu ilişkideki belirsizliğe rağmen tedavi arayan obez kişilerde obezite ve psikopatoloji arasında ilişki bulunmuştur.²² BKİ ile depresyon ilişkisinde rol oynayan potansiyel aracı etkenler depresyonun şiddeti,²³ obezitenin şiddeti,²⁴ cinsiyet,^{18,25} sosyoekonomik düzey,²⁶ gen-çevre etkileşimi,^{24,27,28} olumsuz çocukluk yaşantıları,^{29,30} yeme ve fiziksel aktivite,²⁴ alay edilme öyküsü,³¹ bozulmuş yeme davranışı,³² ve stres³³ olarak bildirilmiştir.

Aleksitimik bireyler duygularını açıklayamazlar da, strese abartılı bir tutum ile yanıt vermektedir. Bu bireyler kendilerini ifade edemez gibi görünseler de, ara sıra abartılı duygusal ifade ve öfke nöbetleri gösterir. Bu da duygularını nasıl ifade edeceklerini bilmediklerinin önemli bir kanıtıdır. Yeme bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) yeme bozukluğu olan hastalarda yüksek aleksitimi oranları gözlenirken,³⁴ bazı çalışmalarda da obez bireylerin normal bireylere göre daha aleksitimik oldukları bildirilmiştir.^{3,35-38}

Çalışmamızda normal, fazla kilolu ve obez erişkinlerde BKİ ile depresyon, BKİ ile aleksitimi, depresyon ile aleksitimi arasında nasıl bir ilişki olduğunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Varsayımlarımız:

1. BKİ ile depresyon arasında ilişki olduğu,
2. Depresyon düzeyi ve aleksitimi arasında ilişki olduğu,
3. BKİ ile aleksitimi düzeyleri arasında ilişki olduğudur.

YÖNTEM

Örneklem

Araştırmaya Başkent Üniversitesi Endokrinoloji Bölümü Obezite Polikliniği'ne başvuran 100 hasta alınmıştır. Araştırmaya alınma ölçütleri:

1. Değerlendirme araçlarını yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmak,
2. 18-67 yaşları arasında olmak,
3. Okuryazar olmak,
4. Tiroid işlev testlerinin (TİT) değerlerinin normal sınırlarda olması,
5. BKİ'nin 18.5'in üstünde olması,
6. Araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

Araştırmadan dışlama ölçütleri:

1. Değerlendirme ölçeklerini yanıtlayabilecek zihinsel kapasiteye sahip olmamak,
2. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olması,
3. Anormal TİT değerlerine sahip olmak,
4. Araştırmanın yapıldığı dönemde psikotrop ilaç kullanıyor olmak,
5. BKİ'nin 18.5'in altında olmasıdır.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle dışlama ve çalışmaya alınma ölçütlerini değerlendirmek amacıyla görüşmeler yapılmıştır. Çalışma için uygun kişilere araştırma hakkında bilgi verilmiş, katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş onamları yazılı olarak alınmıştır. Ölçütleri karşılamayan 12 hasta çalışmadan dışlanmıştır. Bu hastaların sekizi anormal TSH değerleri, ikisi soruları yanıtlayacak yeterli zihinsel kapasiteye sahip olmaması, ikisi okuryazar olmama nedeniyle çalışmadan dışlanmıştır.

Hastaların boy ve ağırlıkları 'Seca' marka boy ve kilo ölçer ile (seri no:1708022021081, no:12841 Vogel & Halke, Hamburg) ölçülmüştür. Kilogram cinsinden vücut ağırlığı, metre cinsinden boyun karesine bölünerek BKİ hesaplanmıştır. Hastalar BKİ'leri açısından üç gruba (BKİ=18.5-24.99 arası normal, BKİ=25-29.99 arası fazla kilolu, BKİ=30 ve üstü obez) ayrılmıştır. Sosyodemografik özelliklerini, depresyon varlığını ve şiddetini, aleksitimi düzeylerini

değerlendirmek için sırasıyla Sosyodemografik Bilgi Formu, Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesinin (CIDI) depresyon bölümü, Toronto Aleksitimi Skalası-26 (TAS-26) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) verilmiştir. Tiroid işlevlerini değerlendirmek için bir kez kan alınarak TSH değerleri ölçülmüştür. Kanları kemilüminesan mikropartikül enzim immünolojik yöntemiyle Abbott Architect 2000 otoanalizinde çalışılmıştır.

Kullanılan ölçekler: Uluslararası Bileşik Tanı Görüşmesi'nin Depresyon Bölümü (CIDI-Composite International Diagnostic Interview), Toronto Aleksitimi Skalası-26 (Toronto Alexithymia Scale-26), Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory)

İstatistiksel analiz

Analizler Windows için SPSS 16 (SPSS Inc., Chicago, IL) versiyonu kullanılarak yapıldı. Analizlerde, BDÖ, CIDI (depresyon bölümü), TAS-26 ile hesaplanan puanları ayrı ayrı sonuç değişkenleri olarak değerlendirildi. BKİ'ye göre oluşturulan üç örneklem grubunun çeşitli ölçümler açısından farklılık gösterip göstermedikleri, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA) yoluyla sorgulanmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel yönden anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Bağımsız değişken BKİ'dir ve üç düzeyi vardır. Bağımlı değişkenler ise TAS-26 ve BDÖ'den elde edilen toplam puanlardır.

BULGULAR

Çalışmaya, Mayıs-Temmuz 2008 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Endokrinoloji Polikliniği'ne başvuran ve araştırma ölçütlerini karşılayan 100 hasta alındı. BKİ'ye göre 100 hastanın 31'i normal, 26'sı fazla kilolu, 43'ü obezdi. Çalışmaya alınan hastaların 79'u (%79) kadın, 21'i (%21) erkekti; yaş ortalaması 45.5, ortalama öğretim süresi 9.9 yıldır (Tablo 1).

BKİ ile şimdiki depresyon arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur ($\chi^2=9.58$, $sd=2$, $p < 0.05$). Bu ilişki, kadınlarda daha güçlüdür (Tablo 2).

TAS-26 toplam puanı, hem şimdiki depresyon ile hem de yaşam boyu depresyon ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur (Tablo 3).

BKİ'ye göre gruplandırılan hastaların BDÖ toplam puanı açısından bir farklılık gösterip göstermedikleri Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile incelenmiştir. BKİ grupları arasında BDÖ toplam puanı açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ($F_{(2,97)}=5.0$, $p < 0.05$). Bu farkın kaynağını araştırmak için yapılan post hoc analizinde

210 Beden kitle indeksinin depresyon ve aleksitimi ile ilişkisi

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin dağılımı

	Normal (31)		Fazla kilolu (26)		Obez (43)		Toplam (100)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet									0.366
Kadın	24	77	19	73	36	84	79	79	
Erkek	7	23	7	27	7	16	21	21	
Medeni durum									0.423
Evlü	19	61	17	66	35	82	71	71	
Dul	1	3	4	15	3	7	8	8	
Boşanmış	0	0	1	4	1	2	2	2	
Hiç evlenmemiş	11	36	4	15	4	9	19	19	
Çalışma durumu									0.182
Çalışıyor	11	35	9	35	8	19	28	28	
Çalışmıyor	12	39	7	27	13	30	32	32	
Ev kadını	8	26	10	38	22	51	40	40	
Meslek									0.165
Memur	4		4		3		11		
İşçi	6		4		2		12		
Öğrenci	5		0		1		6		
Serbest	1		1		3		5		

Tablo 2. BKİ ile şimdiki ve ömür boyu depresyon arasındaki ilişki

	Normal (31)		Fazla kilolu (26)		Obez (43)		Toplam (100)		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Depresyon (şimdi)									0.021
Var	9	29	1	4	16	37	26	26	
Yok	22	71	25	96	27	63	74	74	
Depresyon (ömür boyu)									0.013
Var	23	74	14	54	31	72	68	68	
Yok	8	26	12	46	12	28	32	32	

Tablo 3. TAS-26 toplam puanı ile şimdiki ve ömür boyu depresyon arasındaki ilişki

	TAS-26 toplam puanı	p
Depresyon (şimdi)		0.012
Var	71.2±9.6	
Yok	60.6±6.7	
Depresyon (ömür boyu)		0.042
Var	72.4±8.3	
Yok	64.9±6.5	

obez grubun depresyon puan ortalamasının (10.8), normal (7.2) ve fazla kiloda olan grupların puan ortalamasından (5.7) anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur.

Üç grubun TAS-26 toplam ve alt ölçek ortalama

Anatolian Journal of Psychiatry 2014; 15:207-213

ve standart sapma değerleri Tablo 4'te verilmiştir. TAS-26 toplam ve alt ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. BDÖ puanları arttıkça TAS-26 puanlarının arttığı görülmüştür. Depresyon belirti şiddeti ile aleksitimi arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Tüm dünyada giderek yaygınlaşan obezite, sağlığı tehdit eden başlıca risk etkenleri arasında sayılmaktadır. BKİ ile psikiyatrik bozukluklar arasında nasıl bir ilişki olduğu yıllardır üzerinde çalışılan bir konudur. Yakın zamanda yapılan araştırmalar, depresif duygudurum ve depresyon tanısı ile obezitenin ilişkili olduğunu bildirmiştir.^{39,40} Obezite ile ruhsal bozukluklar, özellikle depresyonla ilişkisine çeşitli açıklamalar

Tablo 4. BKİ ile TAS-26 toplam ve alt ölçek puanları arasındaki ilişki

	Normal (31) (Ort.±SD)	Fazla kilolu (26) (Ort.±SD)	Obez (43) (Ort.±SD)	Toplam (100) (Ort.±SD)
TAS toplam puanı	67.4±12.2	63.8±13.9	67.7±10.0	66.6±11.8
Hayal kurma, düşlem yaşantısında kısıtlılık	15.6±5.1	15.6±5.2	15.6±4.2	15.6±4.7
Duyguları ve bedensel duymaları ayırt etmede güçlük	22.7±7.1	19.6±7.3	23.4±7.3	22.3±7.3
Duyguları fark etme, tanıma ve söze dökme güçlüğü	14.1±5.2	14.9±5.6	13.9±5.1	14.2±5.2
Dışsal merkezli, uyum sağlamaya yönelik bilişsel yapı	12.0±3.7	11.0±3.4	11.9±3.3	11.7±3.5

getirilmiştir. Bunlardan biri yansıtılmış kendilik değerlendirmesi perspektifidir: Obezilere uygulanan damgalamanın ve obezlerin değersizleştirilmelerinin, bu kişilerin daha düşük kendilik saygısı geliştirmelerine, daha olumsuz kendilik imgeleri oluşturmalarına, diğerlerinin kendilerini sevmediklerini düşünmelerine ve daha yüksek düzeyde depresyon yaşamalarına neden olduğu öne sürülmüştür. Bir grupta veya toplulukta fazla kiloya sahip olmak ne kadar nadir, ne kadar anormal ve ne kadar kabul edilmez ise, ruhsal etkisi de o kadar şiddetli olmaktadır. Bir diğer açıklama, görünüş normlarına uyma perspektifidir: Obezlerin kilo açısından normlara uymalarının stresli bir durum olduğu, çünkü diyet yapmanın tek başına obez olmaktan daha stresli bir durum yarattığı öne sürülmektedir. Obezitenin depresyonla ilişkisinin depresyonu etkileyen besinlerin, özellikle karbohidratların tüketimiyle ilişkili olduğu da belirtilmiştir. Karbohidratlar, santral serotonerjik aktivite ile dolaylı olarak depresyonun vejetatif belirtilerine, dolaysız olarak da kilo almaya etki etmektedir. Ayrıca obez bireyler daha az egzersiz yapma eğilimindedir. Fiziksel etkinlik endorfinleri artırarak, norepinefrin düzenlenmesini iyileştirerek, zinde olma hissini ve özsaygıyı artırarak depresyonu azaltır.

Çalışmamızda, BKİ ile şimdiki depresyon nöbeti arasında, kadınlarda daha güçlü olmak üzere, pozitif bir ilişki saptadık. Bu sonuç, literatürdeki bazı çalışmalarla^{16-21,41,42} uyumluysen, BKİ ile depresyon arasında bir ilişki bulmayan veya negatif ilişki bulan^{15,16,43} çalışma sonuçları ile gelişmektedir. Araştırma sonuçlarındaki farklılıklar, temelde BKİ ile depresyon arasındaki ilişkinin üç farklı modelle incelenmesinden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Birincisi, çalışmamızdan da örneklenebileceği gibi, 'iki değişkenli model'dir ve BKİ ile depresyon arasındaki ilişkiyi araçlar olmaksızın inceler. 'Aracı (moderatör) modeli'nde, obezite ve depresyon arasındaki ilişkinin yaş, cinsiyet, genotip, tıknırcasına yeme bozukluğu gibi üçüncü bir değişkene

bağımlı olup olmadığı test edilir. Genetik çalışmalar sınırlı olsa da, morbid obezlerin birinci derece akrabalarında kontrollere göre daha çok psikiyatrik bozukluk (özellikle bipolar bozukluk, depresyon ve antisosyal kişilik bozukluğu) görüldüğü bildirilmiştir. Genetik nedenleri araştırmak, olası obezite-depresyon ilişkisini değerlendirmek için önemlidir.²⁵ Çalışmamızda kadınlarda BKİ ile şimdiki depresyon nöbeti arasında daha güçlü bir ilişki bulmamız, cinsiyetin aracı üçüncü değişken oluşuna işaret ediyor olabilir. Bir diğer model olan 'mediyatör modeli'nde (nedensel aracı modeli) ise alay edilme öyküsü, patofizyoloji, fiziksel aktivite gibi üçüncü bir değişkenin diğer iki değişkeni 'nedensel olarak' birbirine bağlayıp bağlamadığı sorgulanır.²⁵

Etiyolojisi çok genli-çok etkenli olduğu için obezite ile ilişkili etkenleri soyutlamak ve incelemek olanaksız gibidir. Çalışmamızda da hastaların olumsuz çocukluk yaşantıları ve/veya olumsuz yaşam olayları yaşayıp yaşamadıkları, egzersiz ve yeme alışkanlıkları, karbohidrat tüketimi, yaşadıkları çevredeki görünüş normlarından nasıl etkilendikleri gibi değişkenler değerlendirilmemiştir. Benzer biçimde, damgalamayı etkileyen etkenler de incelenmemiştir. Oysa yüksek sosyoekonomik düzeyde damgalamanın daha yoğun olduğu belirtilmektedir.⁴⁴ Sözü edilen değişkenlerin kontrol edilmemiş olması çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Literatürde, obezite ile psikopatoloji arasında bir ilişki olduğuna işaret eden bulgular ağırlıkta olsa da, değişkenlerin daha dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, yeni çalışmalar tasarlanırken hangi obez alt grupların daha çok psikopatoloji taşıdığına araştırılmasına, bu bozuklukların doğasına ve ilişkili risk etkenlerine odaklanılmalıdır.⁴⁰

Aleksitimi de obezite ile ilişkili bulunan bir başka ruhsal bozukluktur,³⁴⁻³⁸ ancak çalışmamızda BKİ ile aleksitimi arasında ilişki bulunmamıştır. Bunun çeşitli nedenleri olabilir. Olasılıklardan biri, örneklemimizin yeterince büyük olmaması-

dır; bu durum gerçekte var olan ilişkiyi gizlemiş olabilir

Literatürde bulgularımıza benzer şekilde BKİ ile aleksitimi arasında bir ilişki saptamayan çalışmalar da vardır.⁴⁵ Aleksitiminin obezitede etkin olduğuyla ilgili çeşitli varsayımlar vardır: Obezlerin, duygu uyandıran durumlarla karşılaştıklarında duygularını tam olarak ayırtırmakta, tanımakta ve isimlendirmekte zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Somut düşünce biçimine sahip oldukları ve sembolize etmede ciddi güçlükler yaşadıkları; sembollerini ve düşümleri, duygusal çatışmaları çözmek için kullanamadıkları bildirilmiştir. Bu nedenlerle eyleme vurmaya eğilimli oldukları ve aşırı yeme davranışlarının, farklılaşmamış duygusal gerginliklerini azaltmanın bir aracı olabileceği belirtilmiştir.³⁶ Bir diğer görüşe göre, aleksitimi obezite gibi kronik bir hastalığın nedeni değil, bağımsız bir değişkeni olarak değerlendirilmelidir.⁴⁶

Öte yandan, literatürdeki çoğu araştırmanın sonucuyla uyumlu olarak depresyon belirtilerinin şiddeti ile TAS-26 puanları arasında pozitif bir ilişki saptadık.⁴⁷⁻⁴⁹ Aleksitimi ile depresyonun bir arada bulunmasının olası nedenleri şöyle özetlenebilir:⁵⁰ 1. Aleksitimi belirtileri, stresli durumlarda görülen, depresyona ve anksiyeteye eşlik eden, geçici bir reaksiyona işaret etmektedir (ikincil aleksitimi). 2. Depresyon ikincil aleksitimiyle ilişkilidir, ancak bazı hastalarda aleksitimi kalıcı hale gelebilmekte ve birincil aleksitimiden ayırt edilememektedir. 3. Aleksitimi yalnız depresyonda değil, yaşam niteliğiyle ilgili tüm değişiklikler karşısında ortaya çıkabilen bir yanıttır. 4. Birincil aleksitimi olan bireyler

daha sık depresyona yakalanmaktadır.

BKİ vücut yağ miktarını doğrudan ölçmemekle birlikte, düşük kilo, fazla kilo ve obezite ile ilişkili sağlık sorunları araştırılırken en yaygın kullanılan belirleyicidir. Bazı kişilerde ve etnik gruplarda BKİ ölçümleri dikkatli yorumlanmalıdır. BKİ ve yağ miktarı arasındaki ilişki, vücut yapısı ve oranına göre değişkenlik gösterir; ölçüt olarak kabul edilen bir BKİ değeri tüm popülasyonlarda aynı şişmanlık derecesine denk gelmeyebilir. BKİ, kaslı vücut yapısı olan, çok uzun, çok kısa veya gövdelerine oranla çok uzun veya çok kısa ekstremitelere sahip kişilerde risk belirleyici olarak sınırlılıklar taşır. Çalışmamızda, hastaları anatomik yapıları ve/veya kaslı olmalarına göre gruplandırmadık. Beden yapısı ile ilgili bu değişkenlerin dikkate alınmamış olması, yalnız BKİ'yi kullanan tüm çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızın da sınırlılıkları arasındadır.

Çalışmamız, yüksek BKİ'nin şimdiki depresyon nöbeti tanısını artırdığını ortaya koymakta, depresyon şiddeti ile aleksitimi arasında da güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Fazla kilolu ve obez bireylerin psikiyatrik açıdan izlenmeleri, ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları engellemede yararlı olabilir. Bu alanda yapılacak yeni çalışmalarda genetik değişkenler, egzersiz öyküsü, sosyoekonomik düzey, ayrıntılı beslenme öyküsü, karbohidrat tüketim miktarı, damgalanma öyküsü, yaşanan çevredeki görünüş normlarının bireye etkisi gibi obezite ile ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen araçların da çalışılması daha özgül sonuçların bulunabilmesi için gerekli görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Antipatis VJ, Gill TP. Küresel bir sorun olarak obezite. P Bjorntorp (Ed.), *International Textbook of Obesity*. Wiley, 2002, s.3-4.
2. Shils ME, Olson JA, Shike M. *Obesity In Modern Nutrition*. Malvern, PA: Lea & Febiger, 1994, p.26-34.
3. Slochower J. Emotional labelling and over-eating in obese and normal individuals. *Psychosom Med* 1976; 38:131-139.
4. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamaki H. Alexithymia and depression. A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 2001; 42:229-234.
5. Saarijarvi S, SalminenJK, Toikka TB. Alexithymia and depression: A 1 year follow up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res* 2001; 51:729-733.
6. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000; 48:99-104.
7. Bagby RM, Taylor GJ. TAS. Relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother Psychosom* 1986; 45:207-215.
8. Kojima M, Frasura-Smith N. Alexithymia following myocardial infarction: Psychometric properties and correlates of the TAS. *J Psychosom Res* 2001; 51:487-495.
9. Honkalampi K, Hintikka J, Saarinen P, Lehtonen J, Viinamaki H. Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? *Psychother Psychosom* 2000; 69:303-308.
10. Saarijarvi S, SalminenJK, Toikka T. Alexithymia and depression: A five year follow up study (abstract). *J Psychosom Res* 2002; 52:365.
11. Cohen K, Auld F. Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *J Psychosom Res* 1994; 38:119-127.

12. Ross CE. Overweight and depression. *J Health Soc Behav* 1994; 35:63-79.
13. Faubel M. Body image and depression in women with early and late onset obesity. *J Psychol* 1989; 123:385-395.
14. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2005; 6:84-91.
15. Crisp AH, Mc Guinness B. Jolly fat: relation between obesity and psychoneurosis in the general population. *Br Med J* 1976; 1:7-9.
16. Carpenter H. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation and suicide attempts: Results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90:251-257.
17. Noppa H, Hallstrom T. Weight gain in adulthood in relation to socio economic factors, mental illness, and personality traits: A prospective study of middle-aged women. *J Psychosom Res* 1981; 117:3-20.
18. Istavan J, Zavelta K, Weidner G. Body weight and psychological distress in NHANES. *Int J Obesity* 1992; 16:999-1003.
19. Onyike CU, Crum RM, Lee HB. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158:1139-1147.
20. Simon GE, Von Korff M, Saunders K. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:824-830.
21. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özkay Kafesçiler S, Özmen E, Hekimsoy Z, ve ark. Obezitede tedaviye yanıt ve aleksitimi. *Klinik Psikiyatri* 2006; 9:170-176.
22. Lawlor D, Hart C. BMI in middlelife and future risk of hospital admission for psychoses or depression: Findings from the Renfrew/Paisley Study. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 37:1151-1161.
23. Pine DS, Goldstein RB, Wolk S. The association between childhood depression and adulthood BMI. *Psychosom Med* 2001; 107:1049-1056.
24. Stunkard A. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 2003; 54:330-337.
25. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res* 2002; 53:935-942.
26. Moore ME, Stunkard A, Srole L. Obesity, social class and mental illness. *JAMA* 1966; 181:962-966.
27. Comings DE, Gade R, Mac Murray JP. Genetic variants of the human obesity gene: Association with body mass index in young women, psychiatric symptom and interactions with the dopamine D2 receptor gene. *Mol Psychiatry* 1996; 4:325-335.
28. Ketterer MW, Brymer J, Rhoads K. Emotional distress among males with syndrome X. *J Behav Med* 1996; 19:455-466.
29. Lissau I, Sorensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity during adulthood. *Lancet* 1994; 343:324-327.
30. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences study. *Am J Prev Med* 1998; 14:245-258.
31. Thompson JK, Coovert M, Richards KJ. Development of body image and eating disturbance in young females. Covariance structure modeling and longitudinal analyses. *Int J Eat Disord* 1995; 18:221-236.
32. Sherwood NE, Jeffrey RW, Wing RR. Binge status as a predictor of weight loss treatment outcome. *Int J Psychiatry* 1999; 23:485-493.
33. Bjorntorp P, Rosmond R. Obesity and cortisol. *Nutrition* 2000; 16: 924-936.
34. Morosin A, Riva G. Alexithymia in a clinical sample of obese women. *Psychol Rep* 1997; 80:387-388.
35. De Bellis MD, Keshavan MS, Shifflett H. Brain structure in pediatric maltreatment-related post traumatic stress disorder. A Sociodemographic matched study. *Biol Psychiatry* 2002; 52:1066-1078.
36. Legoretta G. Alexithymia and symbolic function in the obese. *Psychother Psychosom* 1988; 50:88-94.
37. Bull N, Legoretta A. Outcome of gastric surgery for morbid obesity: Weight changes and personality traits. *Psychother Psychosom* 1991; 56:146-156.
38. Clerici M, Albonetti S, Papa R. Alexithymia and obesity: Study of the impaired symbolic function by the Rorschach test. *Psychother Psychosom* 1992; 57:88-93.
39. John U, Meyer C, Rumpf HJ. Relationships of psychiatric disorders with overweight and obesity in an adult general population. *Obes Res* 2005; 13:101-109.
40. Roberts RE, Deleger S, Strawbridge WJ. Prospective association between obesity and depression. Evidence from Alameda County Study. *Int J Obesity* 2003; 27:514-521.
41. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000; 152:163-170.
42. Katz JR, Taylor NF, Goodrick S, Perry L, Yudkin JS, Coppack SW. Central obesity, depression and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis in men and postmenopausal women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24:246-251.
43. Ozmen D, Ozmen E, Ergin D, Cetinkaya AC, Sen N, Dundar PE, et al. The association of self esteem depression and body satisfaction and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health* 2007; 7:80.
44. 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.
45. De Zwaan M, Bach M, Mitchell J, Ackard D. Alexithymia, obesity and binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 1995; 17:135-140.
46. Adami G, Campostano A. Alexithymia and body weight in obese patients. *Behav Med* 2001; 27:121-126.
47. Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. Alexithymia and depression: A 1 year follow up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res* 2001; 51:729-733.
48. Duddu V, Isaac MK, Chaturverdi SK. Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *J Psychosom Res* 2003; 54:435-438.
49. Speranza M, Corcos M, Stephan P, Loas G, Perez Diaz F, Lang F, et al. Alexithymia, depressive experiences and dependency in addictive disorders. *Subst Use Misuse* 2004; 39:567-595.
50. Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ. Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs? *Compr Psychiatry* 1991; 32:387-394.