

Obez Kadınlarda Tıkanırçasına Yeme Bozukluğunun Psikopatoloji ve Bilişsel Açından İncelenmesi

Investigation of Psychopathology and Cognitive Aspects of Binge Eating Disorder in Obese Women

Zeliha BABAYİĞİT,^a
Nilüfer ALÇALAR,^b
Güler BAHADIR^p

^aSerbest,
^bPsikiyatri AD,
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 21.10.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 15.05.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:
Nilüfer ALÇALAR
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi,
Psikiyatri AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
nilalcalar@yahoo.com

ÖZET Amaç: Obez kişilerde tıkanırçasına yeme davranışının klinik düzeyde anlamlı olduğu ve obezite ile ilişkili problemleri derinleştirdiği kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı tedavi arayışında olan obez kadınlarda tıkanırçasına yeme bozukluğunun (TYB) psikopatoloji ile ilişkisini saptamak ve bu grubu bilişsel açıdan incelemektir. **Gereç ve Yöntemler:** İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Şişmanlık Polikliniğine başvuran Beden kitle indeksi (BKİ) 30 ve üzerinde olan 93 obez kadın ve 43 normal kilolu (BKİ= 18-24,5) kontrol grubu olmak üzere 136 kadın değerlendirilmeye alınmıştır. Değerlendirmeye alınan tüm katılımcılar Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeğine göre değerlendirilip tıkanırçasına yeme bozukluğu olan obez grubu (TYB-O; n=43), tıkanırçasına yemeyen obez grubu (TYB-Yok-O; n= 50) ve kontrol grubu (n=43) olarak üç gruba ayrılmıştır. Katılımcıların tümüne (n=136) Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ), Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Yeme Tutumu Testi (YTT) uygulanmıştır. **Bulgular:** TYB-Yok-O grubuna göre, TYB-O grubunda daha yüksek Otomatik Düşünceler ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği puanları saptanmıştır. Beden imajı puanları açısından gruplar karşılaştırıldığında TYB-O ile TYB-Yok-O ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark (p<0,001) bulunmuştur. Beden imajından hoşnutsuzluk TYB-O grubunda en düşük düzeydedir. Kısa Semptom Envanterinin tüm alt testleri açısından gruplar karşılaştırıldığında aradaki farklar anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Tüm alt test skorları TYB-O grubunda en yüksek düzeydedir. **Sonuç:** Tedavi için başvuran obez kadınlar içinde tıkanırçasına yeme bozukluğu alt grubunda olanlar bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından, tıkanırçasına yemeyen obez grubundan farklıdır. Kilo verme tedavisi sırasında bu durumun dikkate alınmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, morbit; psikopatoloji; aşırı-yeme bozukluğu

ABSTRACT Objective: It is recognized that binge eating in obese people is significant at clinical level and is deepening the problems relating to obesity. The object of this study is to determine the correlation of the binge eating in a group of obese women seeking treatment with the psychopathology of the women in the group and to study the group from the point of view of the cognitive function. **Material and Methods:** Ninety three obese women with a body mass index (BMI) 30 and above who applied to the Obesity Clinic of the Medicine Faculty of the Istanbul University and 43 women with normal body weight (BMI 18-24.5) as control group; min total 136 women, admitted to the study. All subjects were asked to complete the Questionnaire for Eating and Weight Patterns- Revised and divided into three groups as obese group with binge eating disorder (BED-O; n=43), obese group without binge eating disorder (non-BED-O; n=50) and the control group (n=43). All subjects were asked to complete the Automatic Thought Questionnaire (ATQ), the Dysfunctional Attitudes Scale (DAS), the Body Image Scale (BIS), the Brief Symptom Inventory (BSI), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Eating Attitudes Test (EAT). **Results:** We found that the BED-O group got higher scores in the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale compared to the non-BED group. When we compared the groups based on their Body Image scores, we found that there were significant differences between BED-O, Non-BED-O and the control groups (p<0.001). When we compared the groups based on the subscales of the Brief Symptoms Inventory, we found significant differences (p<0.001). The BED-O group got the highest scores on all the subscales. **Conclusion:** The subgroup of obese women with binge eating is distinct from the subgroup of obese women without binge eating in terms of cognitive structure and psychopathology. We think that taking into account of this fact in the course of obesity treatment will be beneficial.

Key Words: Obesity, morbid; psychopathology; binge-eating disorder

doi: 10.5336/medsci.2012-32456

Copyright © 2013 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013;33(4):1077-87

Vücutta yağ oranının aşırı artışı olarak bilinen obezite, tıbbi, psikolojik ve sosyal boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur. Sadece gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde de görülme sıklığında bir artış vardır. Türkiye’de erişkinlerde yapılan çalışmalarda obezitenin [beden kitle indeksi (BKİ) >30 kg/m²] görülme oranının %21,9 olduğu bildirilmiş¹ ve en yüksek oranın orta Anadolu (%25); en düşük oranın batı Anadolu (%17,2) bölgesinde olduğu saptanmıştır.²

Son yıllarda obez kişilerde, çok büyük miktarlarda yiyeceğin kontrolsüzce tüketilmesi anlamına gelen, tıkanırmasına yeme davranışı klinik düzeyde önem kazanmaya başlamıştır.³ Tıkanırmasına yeme davranışının beden memnuniyetsizliği ile ilişkili depresif belirtiler ya da hayal kırıklığı gibi negatif duygularla baş etmek için kullanılan bir duygu düzenleme stratejisi olabileceği öne sürülmektedir.⁴ Yanovski, tıkanırmasına yeme davranışının obezite gelişiminde önemli bir katkısı olabileceğini öne sürmüştür.⁵ Kilo verme programlarına katılan obez katılımcıların yaklaşık %1-30’unda tıkanırmasına yeme bozukluğu (TYB) olduğu bildirilmiştir.^{4,5}

Tıkanırmasına yiyen obezlerin vücut şekli, kilo ve yeme konusunda oldukça kaygılı oldukları,⁶ üstelik kilo kontrol programlarına katılan tıkanırmasına yiyen obezlerin anlamlı derecede daha fazla yeme tutumu ile ilgili sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir.⁷ Tıkanırmasına yemenin nedenleri çok iyi bilinmemekle birlikte bilişsel faktörlerin önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Yeme bozukluklarının bilişsel davranışçı modeline göre şekil ve ağırlığın aşırı değerlendirilmesi (overvaluation of shape and weight) kişinin kendisi ile ilgili temel negatif inançlarını (core negative beliefs) yansıtan bilişsel içeriği ifade eder.⁸ Bu temel olumsuz inançlar da şekil ve ağırlık ile ilgili olumsuz otomatik düşünceler veya işlevsel olmayan varsayımlar ile kendisini gösterebilir.⁸ Bu kişiler kendilerini aşırı derecede eleştirirler. Yeme, kilo ve vücut şekli ve bunların kontrolü bağlamında kendilerine aşırı standartlar koyarlar ve bunları gerçekleştiremediklerinde standartlarının yüksek olduğunu değil, kendilerinin hatalı olduğunu düşünürler. Sonuçta yine kendini olumsuz değerlendirme baş gösterir. Böylece kişi kendisi ile ilgili bir konuda başarıya ulaşmak için

daha da çabalamaya başlar. Bu çabalar yeme, kilo ve vücut şeklinin kontrolü ile ilgilidir. Bu şekilde kısır döngü devam ederek yeme bozukluğunun sürmesine yol açar.⁷ İşlevsel olmayan tutumlar ve mantıksız inançlar üzerine odaklanan bilişsel tekniklerin kullanılmasının tıkanırmasına yeme davranışında ve psikopatolojide azalmaya neden olduğu bildirilmiştir.^{7,9,10}

Nispeten yeni bir tanı olmasına rağmen tıkanırmasına yeme bozukluğunda beden memnuniyetsizliği, (body dissatisfaction) üzerine odaklanmış çok sayıda çalışma vardır. Beden memnuniyetsizliği mevcut beden ölçüsü ve kilo ile ilgili endişeler ya da duygu durum ile ilişkili olabilir. Bu endişeler geniş ölçüde şekil ve ağırlıkla ilgili tutumları ya da aşırı değerlendirmeleri kapsar.^{8,11} Tıkanırmasına yeme bozukluğu olmayan gruba göre tıkanırmasına yeme bozukluğu olan obez ya da non-obez kadınlarda daha yüksek düzeyde beden imajı sorunları bildirilmiştir.¹²⁻¹⁵ Beden memnuniyetsizliği, tıkanırmasına yeme bozukluğu ve obezite arasında bir ilişki olduğu görülmektedir, ancak bu ilişkinin doğası ve hangi koşullarda ortaya çıktığının belirlenmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çeşitli çalışmalar göstermiştir ki, obez kişilerde tıkanırmasına yeme bozukluğu psikososyal işlevsellikte bozulma, genel psikopatoloji ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olabilir.^{16,17} Ayrıca literatürde tıkanırmasına yeme bozukluğu olmayan obez bireylere göre tıkanırmasına yeme bozukluğu olan obez bireylerin daha depresif oldukları bildirilmiştir.¹⁸⁻²⁰ Tıkanırmasına yeme bozukluğunun doğrudan depresif belirtiler ile ilişkili olduğu da öne sürülmüştür.²¹ Karşılaştırmalı bir çalışmada tıkanırmasına yeme bozukluğu olmayan gruba nazaran tıkanırmasına yeme bozukluğu olan obez kadınlarda daha fazla psikiyatrik bozukluk (depresyon, anksiyete, panik bozukluk ve alkol bağımlılığı) ve medikal problemler saptanmıştır.²² Bir başka çalışmada ise tıkanırmasına yeme bozukluğu olan obezlerde tıkanırmasına yeme bozukluğu olmayan obezlere göre daha düşük benlik saygısı ve komorbid psikiyatrik bozukluk (özellikle duygulanım ve kişilik bozuklukları) olduğu bildirilmiştir.²³⁻²⁵ Kısaca, tıkanırmasına yeme bozukluğunun obeziteyle ilişkili psikiyatrik problemler için risk faktörü olduğu ya

da bu problemleri derinleştirdiği söylenebilir.

Bu çalışmanın amacı, TYB'si olan obezlerin bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından TYB'si olmayan obezlerden ve kontrol grubundan farklı olup olmadığını araştırmaktır. Zayıflama amacıyla Şişmanlık Polikliniğine başvuran obez kadınlar tıkanırçasına yiyen ve tıkanırçasına yemeyen obez kadınlar olarak ayrılarak; bilişsel yapı, psikopatoloji, beden imajı ve yeme tutumları bakımından aralarında fark olup olmadığı incelenmiş, obez olmayan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

İstanbul Üniversitesi Etik Komitesi bu çalışmaya onay vermiştir. Çalışmaya katılan olgulardan bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

Kesitsel (cross-sectional) olan bu çalışmanın örneklemini 93 obez ve 43 normal kilolu olmak üzere 136 kadın oluşturmuştur. Araştırma grubu Nisan-Eylül ayları arasında altı aylık süre içinde İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Şişmanlık Polikliniğine ilk kez başvuran ve endokrin muayeneleri tamamlanarak obez tanısı konulan kadınlardan oluşturulmuştur. BKİ ≥ 30 olan, 18 yaşından büyük, menopoza girmemiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar örnekleme alınmıştır. Obezite dışında herhangi bir endokrin patolojisi olan ya da bir psikiyatrik tanısı bulunan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubu ise genel popülasyondan BKİ= 18-24,5 olan ve araştırma grubu ile benzer demografik özellikler taşıyan kadınlar arasından seçilmiştir. Kronik fiziksel hastalığı, bir endokrin patolojisi ya da bir psikiyatrik tanısı olan kadınlar örneklem dışı bırakılmıştır. Araştırma grubunu oluşturan obez kadınlar Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği'ndeki (YKÖDÖ) Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu ölçütlerine göre TYB'si olan obez grubu (TYB-O) ve TYB'si olmayan obez grubu (TYB-Yok-O) olarak iki gruba ayrılmıştır. Böylece çalışma TYB-O Grubu (43 kadın; %32), TYB-Yok-O Grubu (50 kadın; %36) ve kontrol grubu (43 kadın; %32) olarak adlandırılan üç gruba yürütülmüştür.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Katılımcıların sosyodemografik ve kiloyla ilgili bilgileri araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı ya-

pılandırılmış görüşme formu ile alınmıştır. Obez kadınlarda tıkanırçasına yeme varlığını tespit etmek için Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği (YKÖDÖ) kullanılmıştır. Bu ölçek DSM-IV tanı ölçütlerinden oluşturulmuş ve TYB'nin varlığını değerlendiren bir ölçektir.²⁶

Katılımcıların tümüne aşağıdaki ölçekler uygulanmıştır:

Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ): Otuz maddeden oluşan ölçek depresyonla ilişkili olan olumsuz otomatik düşüncelerin ortaya çıkma sıklığını belirlemek amacıyla Hollon ve Kendall tarafından geliştirilmiştir.²⁷ Her madde için "hiçbir zaman", "bazen", "oldukça sık", "sık sık" ve "her zaman" sıklıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 1-5 arasında değişen puanlar verilir. Puan dağılımı 30-150 arasındadır ve alınan toplam puanların yüksekliği bireyin olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklıkla ortaya çıktığını gösterir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^{28,29}

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği (FOTÖ): Depresyonla ilişkili olan fonksiyonel olmayan sayıltı ve inançları değerlendirmek amacıyla Weissman ve Beck tarafından geliştirilmiştir.³⁰ Kırk maddeden oluşan ölçekte her maddeye 1-7 arasında değişen puanlar verilir. 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37 ve 40. maddelerin fonksiyonel olan tutumlara işaret ettiği varsayıldığından, bu maddeler ters olarak puanlanır. Puan aralığı 40-280'dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin fonksiyonel olmayan tutumlarının sıklığını gösterir. Ölçeğin ülkemiz için uyarlaması yapılmıştır.³¹

Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ): Secord ve Jourard tarafından geliştirilen ölçek kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını belirlemeyi amaçlar.³² Ölçekte 40 madde bulunur. Ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan yüksek puanlar hoşnut olma derecesinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik çalışması yapılmıştır.³³

Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ölçek normal örneklemlerde olduğu gibi, çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı psi-

kolojik belirtileri taramak amacıyla Deragotis tarafından geliştirilmiştir.³⁴ Elli üç maddelik 0-4 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Türkçeye uyarlaması iki ayrı çalışma ile gerçekleştirilmiştir.^{35, 36}

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçmek amacıyla Beck ve ark. tarafından geliştirilmiştir.³⁷ Ölçeğin amacı depresyon tanısını koymak değil, depresyon belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Yirmi bir madde içerir ve her madde 0-3 arasında puan alan dört seçenekten oluşmuştur. Toplam puan 0-63 arasında olup, alınan yüksek puan depresyon şiddetinin ciddiyetini gösterir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.³⁸

Yeme Tutumu Testi (YTT): Yeme bozukluklarının tanısında karakteristik bir belirleyici olarak tüm dünyada kullanılan bu ölçek Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiştir.³⁹ Klinik değerlendirmede daha ayrıntılı bilgi sağladığı gibi tedavi sonucu ortaya çıkan değişiklikleri de belirlemektedir. Kırk sorudan oluşan ve “daima- hiçbir zaman” şeklinde altı basamaklı Likert formunda değerlendirilen bir ölçektir. Puan artışı patoloji işaretidir. Türkçeye uyarlaması yapılmıştır.⁴⁰

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS 16 (SPSS for Windows version 16.0) programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değerler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maximum değerler olarak verilmiştir. Çalışma gruplarının karşılaştırılmasında normal dağılım gösteriyorsa, tek yönlü ANOVA sonrası ikili karşılaştırmalarda Scheffe testi; normal dağılım göstermiyorsa Kruskal Wallis sonrası ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi uygulanmıştır. Çalışma gruplarını etkileyen parametrelerin neler olduğunu belirlemek için multinomial lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tüm verilerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma gruplarının demografik bulguları Tablo 1’de özetlenmiştir. Yaş, medeni durum, eğitim dü-

zeyi ve çalışma durumu gibi sosyo-demografik değişkenler açısından üç grubun birbirine benzer olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Her üç grubun da çoğunluğu orta ekonomik düzeydeki bireylerden (TYB-O grubu %89; TYB-Yok-O grubu %88 ve Kontrol grubu %88) oluşmuştur. Grupların kilo ağırlığı ve BKİ ortalaması karşılaştırıldığında kontrol grubu ile TYB-O ve TYB-Yok-O grupları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,001$). TYB-O ve TYB-Yok-O grupları arasında ise fark bulunamamıştır.

Bu araştırmanın temel sorusu, TYB-O grubunun bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından TYB-Yok-O ve kontrol grubundan farklı olup olmadığıdır. Otomatik düşünce ve işlevsel olmayan tutum puanları diğer iki gruba göre TYB-O grubunda daha yüksek bulunmuştur. Grupların ODÖ’den aldığı puanlar karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma olduğu saptanmıştır. Bu farklılaşma TYB-O grubu ile TYB-Yok-O ($p < 0,001$) ve kontrol grubu ($p < 0,001$) arasında bulunmuştur. TYB-Yok-O grubu ile kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır. İşlevsel olmayan tutum puanları için de gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur ($p = 0,01$). Scheffe Analizi bu farkın beklediğimiz gibi TYB-O ve TYB-Yok-O grupları arasında anlamlı olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

Genel psikopatoloji, tıkanırçasına yiyen obez grupta, tıkanırçasına yemeyen obez gruptan daha yüksek bulunmuştur. TYB-O grubunda KSE’nin 9 alt ölçeği için puan ortalamaları sırasıyla şöyledir: Depresyon (12,92 ± 6,50), somatizasyon (12,73 ± 8,51), obsesif kompulsif bozukluk (12,65 ± 5,17), anksiyete (11,73 ± 7,13), paranoid düşünceler (9,85 ± 5,46), hostilite (8,77 ± 5,29), kişiler arası duyarlılık (8,27 ± 5,12), psikotizm (7,38 ± 4,35) ve fobik anksiyete dir (6,08 ± 5,13). Yapılan tek yönlü ANOVA analizinde KSE’nin tüm alt ölçekleri için üç grup arasında anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 2). Bu fark, TYB-O grubuyla TYB-Yok-O ($p < 0,001$) ve yine TYB-O grubuyla kontrol grubu arasındadır ($p < 0,001$). TYB-Yok-O ve kontrol grubu arasında bir fark saptanmamıştır.

TABLO 1: Örneklemin demografik verileri.

	TYB-O A Grubu (n=43)	TYB-Yok-O B Grubu (n=50)	Kontrol C Grubu (n=43)	p	
Medeni Durum*					
Evlü	28 (%65)	30 (%60)	30 (%70)	p=0,616	
Bekâr	15 (%35)	20 (%40)	13 (%30)		
Çalışma Durumu*					
Çalışıyor	16 (%37)	15 (%30)	21 (%49)	p=0,174	
Çalışmıyor	27 (%63)	35 (%70)	22 (%51)		
Yaş**					A-B -
± Ss	33,81±8,84	32,26±8,55	32,28±7,97	p=0,56	A-C -
					B-C -
Eğitim**					A-B -
± Ss	10,19±3,86	11,60±4,48	12,95±3,38	p=0,08	A-C -
					B-C -
İlk diyet yaşı**					A-B -
± Ss	22,94±8,32	23,72±7,89	22,80±5,09	p=0,894	A-C -
					B-C -
Kilo**					A-B 0,584
± Ss	97,93±13,35	102,46±18,96	55,03±5,03	p<0,001	A-C 0,001
					B-C 0,001
BKİ (kg/m ²)**					A-B 0,995
± Ss	39,30±5,49	39,43±7,48	20,59±2,14	p<0,001	A-C 0,001
					B-C 0,001

A Grubu: Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu Olan Obez Grup; B Grubu: Tıkanırçasına Yeme Bozukluğu Olmayan Obez Grup; C Grubu: Obez Olmayan Kontrol Grubu.

*: Ki- Kare Testi

** : Tek Yönlü ANOVA

Vücut algısı puanları bakımından çalışma gruplarının anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir (Tablo 2). Bu farkın TYB-O grubuyla TYB-Yok-O ve kontrol grupları arasında ve aynı zamanda TYB-Yok-O ve kontrol grubu arasında anlamlı olduğu saptanmıştır.

Gruplar depresyon düzeylerine göre karşılaştırıldığında, TYB-O, TYB-Yok-O ve kontrol grupları ortalamalarının birbirinden anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Scheffe analizine göre bu fark TYB-O grubuyla TYB-Yok-O ve kontrol grupları arasındadır, TYB-Yok-O ve kontrol grubu arasında bir fark saptanmamıştır.

BDÖ'den aldıkları puanlar kontrol edilerek gruplar karşılaştırıldığında, grup ortalamaları arasındaki farkların KSE'nin tüm alt testleri ile ODÖ ve VAÖ için depresyon ölçeğinden aldıkları puandan kaynaklanmadığı, ancak FOTÖ'deki gruplar

arası farkın depresyon ölçeğinden alınan puandan kaynaklandığı bulunmuştur.

Yeme davranışına bakıldığında, TYB-O grubunun YTT sonucu TYB-Yok-O grubu ile yakın, fakat kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Yine BDÖ'den aldıkları puanlar kontrol edilerek grupların ölçek sonuçları karşılaştırıldığında grup ortalamaları arasındaki farkların depresyon ölçeğinden alınan puandan kaynaklanmadığı bulunmuştur.

Tıkanırçasına yeme bozukluğunda risk faktörlerini belirlemek için, bağımlı değişken olarak çalışma grupları bağımsız değişken olarak BDÖ, ODÖ, FOTÖ ve VAÖ ölçekleri alınarak multinomial regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizlerde ODÖ ve FOTÖ'nün modele anlamlı katkısı olmadığı bulunmuştur. Ancak BDÖ ve VAÖ değişkenlerinin grupları anlamlı bir şekilde yordadığı

TABLO 2: Gruplar arası ölçek sonuçlarının karşılaştırılması

	TYB-O A Grubu (n=43) $\bar{X}\pm Ss$	TYB-Yok-O B Grubu (n=50) $\bar{X}\pm Ss$	Kontrol C Grubu (n=43) $\bar{X}\pm Ss$	p		
ODÖ	80,65±31,37	50,36±19,64	42,90±12,96	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,285
FOTÖ	148,00±32,99	129,60±29,41	121,12±35,32	p=0,01	A-B	0,01
					A-C	0,01
					B-C	0,112
VAÖ	113,31±20,99	126,42±17,48	147,00±21,01	p<0,001	A-B	0,01
					A-C	0,001
					B-C	0,001
KSE						
Somatizasyon	12,73±8,51	4,94±4,78	2,70±3,32	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,149
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	12,65±5,17	4,18±3,74	4,14±3,66	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,902
Kişilerarası Duyarlılık	8,27±5,12	2,64±2,90	2,14±1,83	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,705
Depresyon	12,92±6,50	3,18±3,67	2,74±3,17	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,591
Anksiyete	11,73±7,13	4,12±3,50	2,77±2,89	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,278
Hostilite	8,77±5,29	3,34±2,65	2,26±2,01	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,281
Fobik Anksiyete	6,08±5,13	1,50±1,94	1,33±2,23	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,946
Paranoid Düşünceler	9,85±5,46	3,44±3,06	3,07±2,28	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,814
Psikotizm	7,38±4,35	1,40±1,57	1,63±2,13	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,596
BDÖ	19,48±9,22	9,18±6,43	6,84±5,35	p<0,001	A-B	0,001
					A-C	0,001
					B-C	0,314
YTT*						
Ortanca (min-max)	23 (8-63)	21 (8-58)	16 (7-35)	p=0,002	A-B	0,655
					A-C	0,001
					B-C	0,005

A Grubu: Tikanıracasına yeme bozukluğu olan obez grup. **B Grubu:** Tikanıracasına yeme bozukluğu olmayan obez grup. **C Grubu:** Obez olmayan kontrol grubu. ODÖ: Otomatik Düşünceler Ölçeği; FOTÖ: Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği; VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği; KSE: Kısa Semptom Envanteri; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; YTT: Yeme Tutumu Testi.

saptanmıştır (Model $X^2=75,78$ $p<0,001$; $R^2=0,43$ (Cox & Snell) $R^2=0,48$ (Nagelkerke) Parametrelere ilişkin sonuçlar Tablo 3'te verilmiştir.

Tedavi için gelen bütün obez bireyleri çalışmamıza dâhil etmeyip bazı dışlama ölçütleri kullandığımız için, obez grup içerisindeki TYB oranını hesaplama yoluna gidilmemiştir. Ayrıca yaş, eğitim, sosyoekonomik durum, kilo, BKİ gibi değişkenlerin sonuçlar üzerindeki etkisi incelenmemiş, yalnızca gruplar arasında değişkenler bakımından fark olup olmadığı değerlendirilmiştir.

TARTIŞMA

Mevcut çalışmada tedavi arayışında olan obez kadınlarda tıkanırçasına yeme davranışının etkisi araştırılmıştır. Üç grubu (tıkanırçasına yiyen obez kadınlar, tıkanırçasına yemeyen obez kadınlar ve obez olmayan kadınlar grubu) özellikle bilişsel yapı, beden imajı, psikopatoloji ve yeme tutumları bakımından inceledik.

Bulgularımız göstermiştir ki, TYB-O grubu ile TYB-Yok-O grubu arasında otomatik düşünceler açısından fark vardır. Tıkanırçasına yemenin düşünce yapısına bağlı bir bozukluk olduğu bildirilmiştir.⁸ Kişi kendisi ve bedeni ile ilgili olumsuz düşünceler geliştirir, bu onu mutsuz eder, mutsuz olduğu için daha fazla yer ve kontrolü kaybettiği için mutsuzluğu devam eder; bu bir kısır döngü halinde sürer gider.⁴¹ TYB'nin bilişsel davranışçı tedavisinde hastanın bu otomatik düşünceleri ele alınıp kilosunu kabul etmesi ve kaybetmek istediği

kilolar konusundaki hatalı düşünceleri yeniden şekillenmesi hedeflenebilir.

Bilişsel davranışçı kuramın üzerinde durduğu bir diğer önemli kavram fonksiyonel olmayan tutumlardır. Bizim çalışmamızda tıkanırçasına yiyen obez grubun fonksiyonel olmayan tutumları tıkanırçasına yemeyen obez gruptan anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Ancak bu fark depresyona bağlı görünmektedir. Ayrıca ilginçtir ki tıkanırçasına yiyen obez grubun puanı kontrol grubundan yüksek olmakla birlikte bu fark anlamlı değildir. Örneklem sayısı yeterli olsaydı, gruplar depresyon ölçeğinden (BDÖ) aldıkları puanlara göre ayrılıp kendi içlerinde analiz yapılabilirdi. Önceki çalışmalarda fonksiyonel olmayan tutumların bulimiya ya da tıkanırçasına yeme davranışı grubunda yeme bozukluğu davranışına hem neden olduğu hem de sürmesinde etken olduğu bildirilmiştir.^{41, 42} Bulimik belirtilerle fonksiyonel olmayan bilişler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmalarda, bulimik hastaların kontrol grubuna göre daha yüksek test puanlarına sahip oldukları bulunmuştur.⁴³⁻⁴⁶

Çalışmamızda beklendiği gibi, TYB-O grubu ile TYB-Yok-O grubu arasında beden imajı memnuniyeti açısından anlamlı fark saptanmıştır. Aynı zamanda TYB-Yok-O grubunun ölçek puanları kontrol grubundan anlamlı derecede düşüktür. Bu noktada grubumuzun tedavi arayışı içindeki obez hastalar olduğu, bu hastaların zaten kilolarından şikâyetçi oldukları ve bedenlerini beğenmedikleri için kilo vermek amacıyla hastaneye başvurdukları hatırlanmalıdır. Dolayısıyla beden imajlarının normal kilodaki kontrollerden kötü olması beklenen bir şeydir. Ancak TYB-O grubunun TYB-Yok-O grubundan anlamlı derecede yüksek puan alması yine de tıkanırçasına yemenin beden imajı açısından bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Literatür gözden geçirildiğinde tıkanırçasına yeme davranışı ve beden memnuniyetsizliği arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir.⁴⁷⁻⁵⁰ Tıkanırçasına yeme ve beden imajı arasındaki ilişkinin farklı yeme bozukluğu gruplarında incelendiği çalışmalarda, TYB-O grubunun anlamlı ölçüde daha yüksek kilo ve vücut şekli kaygısı yaşadığı saptanmıştır.^{49, 50} Bir başka çalışmada siyah ırka göre beyaz

TABLO 3: Çok değişkenli lojistik regresyon modeli sonuçları.

Değişkenler	β	SE (β)	p	Exp (β)	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Sabit Değer	7,189	1,98	0,001			
BDÖ	0,040	0,04	0,02	0,996	0,916	1,082
VAÖ	-0,051	0,01	0,001	0,950	0,926	0,975
Sabit Değer	5,064	2,31	0,03			
BDÖ	0,156	0,05	0,001	1,169	1,067	1,281
VAÖ	-0,053	0,02	0,001	0,949	0,919	0,979

$R^2=0,43$ (Cox&Snell), $R^2=0,48$ (Nagelkerke); Model $X^2=75,78$ $p<0,001$.

VAÖ: Vücut Algısı Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği.

ırkta ve erkeklere göre kadın TYB'si olan obezlerde daha düşük beden imajı hoşnutluğu saptanmıştır.⁵¹ Araştırma sırasında aşırı kilosu olan, hiç aşırı kilo öyküsü olmayan ve öyküsünde aşırı kilo sorunu olan üç grup ile gerçekleştirilen bir çalışmada, kişilerin kilosu ne olursa olsun beden imajı ile tıkanır-casına yeme arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.⁵⁰ Kilo ve görüntüsünden memnun olmayan kişilerin diyet kısıtlamasına gittiği bunun sonucunda da yeme üzerinde kontrolün kaybolduğu öne sürülmüştür.⁵⁰ Bu çalışmada beden imajından hoşnutsuzluğun depresyondan bağımsız olduğu bulunmuştur. Depresyon kontrol edilse bile, TYB'si olmayanlara göre TYB'si olanlarda beden memnuniyetsizliğinin anlamlı olduğunu bildiren çalışmalar vardır.⁵² Ayrıca depresyon, anksiyete ve diyet yapma gibi değişkenlerin beden memnuniyetsizliği ve yeme bozukluğunun gelişmesinde etkili olduğu da öne sürülmüştür.⁵³ Klinik açıdan anlamlı depresyon ile beden memnuniyetsizliği arasındaki ilişkinin yönü tam bilinmemektedir. Depresif bireyler bedenlerini depresif olmayanlara göre daha mı olumsuz olarak değerlendiriyorlar, yoksa görünüşten tatmin olmamak depresyona yatkınlığı mı artırıyor, yoksa bir veya daha fazla faktör aynı anda depresyon ve beden imajı tatminsizliğini mi artırıyor? Araştırmalarla bu sorulara yanıt bulunması gerekiyor.

Çalışmamızda TYB-O grubunda TYB-Yok-O ve kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon puanları saptanmıştır. Bu sonuç obezitenin tek başına depresyonla bağlantısının olmadığına, tıkanır-casına yeme ile depresyon arasındaki ilişkiyi ise doğruladığına işaret etmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda şiddetli tıkanır-casına yeme problemi olanlardaki depresyonun tıkanır-casına yemeyenlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{54,55} Aksine, TYB'si olan grubun depresyon puanlarının tıkanır-casına yemeyen gruptan hafif yüksek ya da aynı olduğunu bildiren çalışmalar da vardır.^{25,56} Depresyonun bilişsel ve davranışsal semptomları (örneğin, konsantrasyon düşüklüğü, düşük motivasyon, sosyal geri çekilme) hastanın kilo kontrol programına bağlı kalmasını engelleyebilir; bu da tedaviden geri çekilmesine, kilo kaybının tatmin edici olmayan düzeyde kalmasına ve ruhsal çökün-

tünün artmasına yol açabilir. Hastanın psikolojik stresinin hafifletilmesi, tavsiye edilen diyete ve harekete bağlı kalmasını, böylece istediği kilo kaybını başarmasını sağlar.⁵⁷

Çalışmamızın bulguları, tıkanır-casına yeme davranışının depresyon gelişimi için bir belirleyici olabileceği ve bu hastaların ileri değerlendirmeye gereksinim gösterdiği yönündedir. Risk faktörü olarak saptadığımız depresyon varlığı ve beden memnuniyetsizliği, TYB'de önemli etmenlerdir. Kilo vermeyi isteyen obez grupta tıkanır-casına yeme davranışının depresyonun artışıyla ya da beden memnuniyetsizliğinden sorumlu olabileceği ya da kişinin mevcut depresyonla ya da beden memnuniyetsizliği ile baş etme yöntemi olarak tıkanır-casına yemeyi kullandığı öne sürülebilir.

Beklendiği gibi, tıkanır-casına yiyen obez grupta daha yüksek psikopatoloji puanları saptanmıştır. KSE alt ölçeklerinden alınan sonuçlara bakıldığında, TYB-Yok-O grubunun hiçbir alt ölçekte kontrol grubundan farklılaşmadığı gözlenmiştir. Bu bulgular obezitenin tek başına psikopatoloji nedeni olmadığını söyleyen literatürle uyum göstermektedir.^{58,59} Literatüre baktığımızda tıkanır-casına yiyen ve erken yaşta obez olanlarda psikopatoloji düzeyi daha yüksek ve kilo verme becerisi daha düşük bulunmuştur.^{10,21,22,60}

Tıkanır-casına yeme davranışı olan obezlerde öfkenin dışı vurumunda- özellikle diğer insanlara karşı ifadesinde- bir artış olduğu, bunun düşük kendilik değeri (self-esteem) ile ilişkili olabileceği ve kişiler arası ilişkilerde hostile davranışlara yol açabileceği bildirilmiştir.^{61,62} Ayrıca obezlerin temel inançlarının sonucu kendisine ya da başkalarına karşı gelişen hostile davranışların ve öfke bastırma çabalarının yeme patolojileri üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.⁶³ Bu da çalışmamızda KSE'nin hostile alt ölçeğinde tıkanır-casına yiyen obez grupta anlamlı derecede daha yüksek olmasını açıklar niteliktedir.

Çalışmamızda tıkanır-casına yiyen obez grupta obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) alt ölçeğinde anlamlı düzeyde yüksek sonuçlar elde edilmiştir. Literatürde tıkanır-casına yeme bozukluğu ile OKB arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.^{22,64,65} Yiyecek

ve kilo ile ilgili ısrarcı endişeler nedeniyle TYB'nin OKB tanı kategorisine dâhil edilmesi bile önerilmiştir.⁶⁵ Bununla birlikte tıkanırçasına yeme bozukluğu ile OKB arasındaki ilişki sadece obsesif semptomlar yiyecek ve kilo ile ilişkili olduğunda aynı hastalık kategorisinin bir parçası olabileceği savunulmuştur.⁶⁶ Tıkanırçasına yeme davranışları tekrarlanan bir ritüel olarak görülebilir. ⁶⁵ TYB'si olan ve olmayan obez kadınlarla yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, TYB ile obsesif-kompulsif kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir.²²

Çalışmamızda psikotizm ve paranoid düşünce alt ölçekleri de tıkanırçasına yiyen obez grupta anlamlı derecede daha yüksektir. Birçok çalışmada TYB ile kişilik bozuklukları arasında bir ilişki gösterilmiştir,^{55,67} ancak özellikle TYB ile paranoid özellikler arasında bir ilişki bulunamamıştır. TYB'si olan ve olmayan obez kadınlarla SCL-90 kullanılarak yapılan karşılaştırmalı bir çalışmada, bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bildirilmiştir.⁶⁸ TYB ile paranoid düşünce ve psikotizm yüksek puanları arasındaki ilişki; bu bireylerin yemek sırasında kontrolü kaybetmeleri, bu nedenle çevreleri tarafından izlendikleri ve kontrol edildikleri düşüncesi nedeniyle olabilir. Ayrıca yemek sırasında kontrolü kaybetme davranışı sosyal geri çekilme ve izolasyona neden olabilir, sosyal geri çekilme psikotik bir sürecin negatif veya bilişsel belirtilerine benzer belirtiler oluşturabileceğinden çalışmamızda psikotizm alt ölçek puanı yüksek çıkmış olabilir. Obez kişilerde tıkanırçasına yemenin varlığı tıbbi ve psikiyatrik morbidite açısından anlamlıdır.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları da vardır. Örneklem grubumuz yeterli olmakla birlikte istendiği öl-

çüde değildir. Takip çalışmasını da kapsayan geniş örneklemlerli bir araştırmanın verimli olacağı söylenebilir. Araştırma grubumuzu tedavi arayışındaki obez hastalar oluşturduğu için sonuçlar bütün obez ve TYB gruplarına genellenemez. Ayrıca çalışmayı yalnızca kadınlar üzerinde yapmamız da kısıtlılıklardan biri olarak sayılabilir. Obezite kliniklerine fazla sayıda erkek başvurmadığı için bu çalışmaya erkek hastalar dâhil edilmemiştir, ama erkekleri de içeren bir çalışma obezitenin erkekler üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu gösterebilir. Ancak örnekleminiz klinik popülasyondan oluşan küçük bir grup olsa da, bazı ipuçları vermektedir. TYB ve psikopatoloji arasında Amerika ve Avrupa çalışmalarında bulunan ilişkinin ülkemiz için de geçerli olabileceği öne sürülebilir. Bu çalışmanın verileri obezite tedavisine başlayan kadınların belirgin bir bölümünün TYB tanısına uyduğunu, bu grubun bilişsel yapı ve psikopatoloji açısından tıkanırçasına yemeyen obez gruptan farklı olduğunu gösterir yöndedir. Buradaki psikopatolojide hangi faktörlerin etkili olduğunun tespit edilmesi, bilişsel yapının daha derinlemesine, şema bazında incelenmesi için daha ileri çalışmalara gerek vardır.

SONUÇ

Sonuç olarak ifade edebiliriz ki, obezite grubu homojen bir grup değildir. Obezite tedavisine başlamadan önce alt grupların tespit edilmesi, TYB olup olmadığının belirlenmesi, medikal tedavi ile psikolojik tedavinin eş zamanlı gitmesi, ayrıca çeşitli bilişsel strateji ve yeniden yapılandırma tekniklerinin tedaviye katılması faydalı olacaktır. Uzun dönemli sonuçlara ulaşmak için tedavinin bir ekip çalışması olarak değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yumuk VD. Prevalence of obesity in Turkey. *Obes Rev* 2005;6(1):9-10.
2. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002;25(9): 1551-6.
3. Schienle A, Schäfer A, Hermann A, Vaitl D. Binge-eating disorder: reward sensitivity and brain activation to images of food. *Biol Psychiatry* 2009;65(8):654-61.
4. Legenbauer T, Vocks S, Betz S, Báguena Puigcerver MJ, Benecke A, Troje NF, et al. Differences in the nature of body image disturbances between female obese individuals with versus without a comorbid binge eating disorder: an exploratory study including static and dynamic aspects of body image. *Behav Modif* 2011;35(2):162-86.
5. Yanovski SZ. Binge eating disorder and obesity in 2003: could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *Int J Eat Disord* 2003;34 Suppl:S117-20.
6. Marcus MD, Moulton MM, Greeno CG. Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. *Addict Behav* 1995;20(6):747-55.
7. Wilson GT, Fairburn CG. Cognitive treatments for eating disorders. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(2):261-9.

8. Fairburn CG. Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral theory. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2008. p.7-22.
9. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166(3):311-9.
10. Masheb RM, Grilo CM, Rolls BJ. A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognitive-behavioral therapy. *Behav Res Ther* 2011;49(12):821-9.
11. Cooper Z, Fairburn CG. A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther* 2001;39(5):499-511.
12. Masheb RM, Grilo CM. The nature of body image disturbance in patients with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2003;33(3):333-41.
13. Barry DT, Grilo CM, Masheb RM. Comparison of patients with bulimia nervosa, obese patients with binge eating disorder, and nonobese patients with binge eating disorder. *J Nerv Ment Dis* 2003;191(9):589-94.
14. Dunkley DM, Masheb RM, Grilo CM. Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: the mediating role of self-criticism. *Int J Eat Disord* 2010;43(3):274-81.
15. Striegel-Moore RH, Cachelin FM, Dohm FA, Pike KM, Wilfley DE, Fairburn CG. Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *Int J Eat Disord* 2001;29(2):157-65.
16. Grilo CM, Hrabosky JI, White MA, Allison KC, Stunkard AJ, Masheb RM. Overvaluation of shape and weight in binge eating disorder and overweight controls: refinement of a diagnostic construct. *J Abnorm Psychol* 2008;117(2):414-9.
17. Goldschmidt AB, Hilbert A, Manwaring JL, Wilfley DE, Pike KM, Fairburn CG, et al. The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2010;48(3):187-93.
18. Marcus MD, Wing RR, Ewing L, Kern E, Gooding W, McDermott M. Psychiatric disorders among obese binge eaters. *Int J Eat Disord* 1990;9(1):69-77.
19. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res* 2002;10(1):33-41.
20. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, Crosby RD, Engel SG. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42(8):687-705.
21. Didie ER, Fitzgibbon M. Binge eating and psychological distress: is the degree of obesity a factor? *Eat Behav* 2005;6(1):35-41.
22. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. Medical and psychiatric morbidity in obese women with and without binge eating. *Int J Eat Disord* 2002;32(1):72-8.
23. Mitchell JE, Mussell MP. Comorbidity and binge eating disorder. *Addict Behav* 1995;20(6) 725-32.
24. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry* 1993;150(10):1472-9.
25. Kuehnel RH, Wadden TA. Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *Int J Eat Disord* 1994;15(4):321-9.
26. Spitzer RL, Yanovski S, 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(2):137-53.
27. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self -statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). *Cognitive Therapy and Research* 1980;4(4):383-95.
28. Aydın G, Aydın O. [The validity and reliability of Automatic Thoughts Scale]. *Turkish Journal of Psychology* 1999;7(4):51-7.
29. Sahin NH, Sahin N. Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *J Clin Psychol* 1992;48(3):334-40.
30. Weissman AN, Beck AT. Development and Validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: A Preliminary Investigation. *Proceedings of the Meeting of the American Educational Research Association*. Toronto: AERA; 1978. p.1-33.
31. Sahin NH, Sahin N. How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *Br J Med Psychol* 1992;65(Pt 1):17-26.
32. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol* 1953;17(5):343-7.
33. Hovardaoglu S. [Body Cathexis Scale]. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji 3P Dergisi* 1993;1(1):26-32.
34. Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory: Administration Scoring and Procedures Manual*. 3rd ed. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1993. p.1-71.
35. Şahin NH, Durak A. [A study of the Brief Symptom Inventory in Turkish youth]. *Turkish Journal of Psychology* 1994; 9(31):44-56.
36. Şahin NH, Durak A, Uğurtaş S. [The validity, reliability and factor structure of the Brief Symptom Inventory (BSI)]. *Turkish Journal of Psychiatry* 2002;13(2):125-35.
37. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archive General Psychiatry* 1961;4(6):561-71.
38. Hisli N. [A study of validity of Beck Depression Inventory]. *Turkish Journal of Psychology* 1988;6(22):118-26.
39. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9(2):273-9.
40. Savaşır I, Erol N. [The eating attitudes test: An index of anorexia nervosa]. *Turkish Journal of Psychology* 1989;7(23):19-25.
41. Polivy J, Herman CP. Dieting and bingeing. A causal analysis. *Am Psychol* 1985;40(2):193-201.
42. Powers PS, Schulman RG, Gleghorn AA, Prange ME. Perceptual and cognitive abnormalities in bulimia. *Am J Psychiatry* 1987;144(11):1456-60.
43. Butterfield PS, Leclair S. Cognitive characteristics of bulimic and drug-abusing women. *Addict Behav* 1988;13(2):131-8.
44. Goebel M, Spalthoff G, Schulze C, Florin I. Dysfunctional cognitions, attributional style, and depression in bulimia. *J Psychosom Res* 1989;33(6):747-52.
45. Steiger H, Goldstein C, Mongrain M, Van der Feen J. Description of eating disordered, psychiatric and normal women along cognitive and psychodynamic dimensions. *Int J Eat Disord* 1990;9(2):129-40.
46. Nauta H, Hoppers H, Jansen A, Kok G. Cognitions in obese binge eaters and non-binge eaters. *Cognitive Therapy and Research* 2000;24(5):521-31.
47. Grilo CM, Masheb RM. Correlates of body image dissatisfaction in treatment-seeking men and women with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2005;38(2):162-6.
48. Sorbara M, Geliebter A. Body image disturbance in obese outpatients before and after weight loss in relation to race, gender, binge eating, and age of onset of obesity. *Int J Eat Disord* 2002;31(4):416-23.
49. Wilfley DE, Schwartz MB, Spurrell EB, Fairburn CG. Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2000;27(3):259-69.
50. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004;1(1):43-56.
51. Ivezaj V, Saules KK, Hoodin F, Alschuler K, Angelella NE, Collings AS, et al. The relationship between binge eating and weight status on depression, anxiety, and body image among a diverse college sample: a focus on Bi/Multiracial women. *Eat Behav* 2010;11(1):18-24.

52. French SA, Jeffery RW, Murray D. Is dieting good for you?: Prevalence, duration and associated weight and behaviour changes for specific weight loss strategies over four years in US adults. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23(3):320-7.
53. Juarascio AS, Perone J, Timko CA. Moderators of the relationship between body image dissatisfaction and disordered eating. *Eat Disord* 2011;19(4):346-54.
54. Marcus MD, Moulton MM, Greeno CG. Binge eating onset in obese patients with binge eating disorder. *Addict Behav* 1995;20(6):747-55.
55. Telch CF, Agras WS. Obesity, binge eating and psychopathology: are they related? *Int J Eat Disord* 1994;15(1):53-61.
56. Brody ML, Walsh BT, Devlin MJ. Binge eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(2):381-6.
57. Fabricatore AN, Wadden TA. Psychological aspects of obesity. *Clin Dermatol* 2004;22(4):332-7.
58. Jones-Corneille LR, Wadden TA, Sarwer DB, Faulconbridge LF, Fabricatore AN, Stack RM, et al. Axis I psychopathology in bariatric surgery candidates with and without binge eating disorder: results of structured clinical interviews. *Obes Surg* 2012;22(3):389-97.
59. Stunkard AJ, Allison KC. Binge eating disorder: disorder or marker? *Int J Eat Disord* 2003;34 Suppl:S107-16.
60. Vardar E. [Psychosocial features of obesity]. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(37):61-5.
61. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Daga GA, Amianto F, Rovera G, et al. Temperament and character in obese women with and without binge eating disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43(6):431-7.
62. Lo Coco G, Gullo S, Salerno L, Iacononelli R. The association among interpersonal problems, binge behaviors, and self-esteem, in the assessment of obese individuals. *Compr Psychiatry* 2011;52(2):164-70.
63. Waller G, Babbs M, Milligan R, Meyer C, Ohanian V, Leung N. Anger and core beliefs in the eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003;34(1): 118-24.
64. Petroni ML, Villanova N, Avagnina S, Fusco MA, Fatati G, Compare A, et al.; QUOVADIS Study Group. Psychological distress in morbid obesity in relation to weight history. *Obes Surg* 2007;17(3):391-9.
65. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr. Obsessive compulsive spectrum disorder. *J Clin Psychiatry* 1994;55 Suppl:33-51; discussion 52-3.
66. Papelbaum M, Appolinario JC. Binge eating disorder and obsessive-compulsive disorder: Both parts of the same spectrum? *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(1):36-8.
67. de Zwaan M. Binge eating disorder and obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(Suppl 1):S51-5.
68. Fandiño J, Moreira RO, Preissler C, Gaya CW, Papelbaum M, Coutinho WF, et al. Impact of binge eating disorder in the psychopathological profile of obese women. *Compr Psychiatry* 2010;51(2):110-4.