

Araştırma / Original article**Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün  
beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi****G SARISOY,<sup>1</sup> A ATMACA,<sup>2</sup> G ECEMİŞ,<sup>2</sup> K GÜMÜŞ,<sup>3</sup> O PAZVANTOĞLU<sup>1</sup>****ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı morbid ve morbid olmayan obez hastaların dürtüsellik düzeylerini ve dürtüsellik düzeyi ile beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemektir. **Yöntem:** Bu çalışmaya 76 obezite hastası ve bu hastalarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 76 sağlıklı kontrol olmak üzere 152 gönüllü alınmıştır. Morbid ve morbid olmayan obezite hastalarının dürtüsellik düzeyi Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ-11), beden algısı Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), benlik saygısı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanılarak ölçülmüştür. **Bulgular:** Motor dürtüsellik alt ölçek puanları açısından morbid ve morbid olmayan obezite hastaları ile kontrol grubu arasında fark yoktu. Toplam dürtüsellik puanı ile dikkatsizlik ve plan yapmama alt ölçek puanları morbid obezite hastalarında sağlıklı kontrollerden yüksekti, ancak morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında aynı puanlar açısından fark yoktu. Plan yapmama alt ölçek puanları morbid obezite hastalarında morbid olmayan obezite hastalarından daha yüksekti. Obezite hastalarında dürtüsellik ile benlik saygısı arasında negatif korelasyon saptandı. **Tartışma:** Yüksek dürtüsellik düzeyi morbid obezite gelişiminde önemli bir etken olabilir. Morbid obezite hastalarında dikkatsizlik, bilişsel düzensizlik ve o ana odaklı olma yani gelecek için plan yapmama gibi dürtüsel özelliklerle, benlik saygısı temel alınarak yapılacak psikoterapötik girişimler bu hastaların tıbbi ve cerrahi tedavisine yardımcı olabilir. (Anadolu Psikiyatri Derg 2013; 14:53-61)

**Anahtar sözcükler:** Obezite, morbid obezite, dürtüsellik, beden algısı, benlik saygısı

**Impulsivity in patients with obesity and correlations  
with body perception and self-esteem****ABSTRACT**

**Objective:** This aim of this study was to investigate levels of impulsivity in morbid and non-morbid obese patients and the relationship between impulsivity level and body perception and self-esteem. **Methods:** One hundred fifty-two volunteers, 76 obesity patients and 76 age- and gender-matched healthy controls were included. Morbid and non-morbid obesity patients' impulsivity levels were measured using the Barrat Impulsivity Scale (BIS-11), body perception using the Body Cathexis Scale (BCS) and self-esteem using Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES). **Results:** There was no difference between morbid and non-morbid obesity patients and the healthy control group in terms of motor impulsivity subscale scores. Total impulsivity scores and attentional impulsivity and non-planning impulsivity subscale scores were higher in the morbid obesity patients compared to the healthy controls, but there were no differences in these scores between the non-morbid obesity patients and healthy controls. Non-planning impulsivity subscale scores were higher in the morbid obesity patients compared to the non-morbid group. A negative correlation was determined between impulsivity and self-esteem in the obesity patients. **Con-**

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, <sup>2</sup> İç Hastalıkları Anabilim Dalı Endokrinoloji BD, <sup>3</sup> Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bölümü, Samsun, Türkiye

**Yazışma adresi / Address for correspondence:**

Yrd.Doç.Dr. Gökhan SARISOY, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 55200 Samsun, Türkiye

E-mail: gokhansarisoy@gmail.com

Geliş tarihi: 05.04.2012, Kabul tarihi: 19.06.2012 doi:10.5455/apd.34469

**clusions:** A high impulsivity level may be a significant factor in the development of morbid obesity. Psychotherapeutic interventions based on self-esteem and impulsive characteristics such as inattention, cognitive instability and being focused on the moment, in other words, not making plans for the future, in morbid obesity patients may assist the medical and surgical treatment of such patients. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2013; 14:53-61)

**Key words:** obesity, morbid obesity, impulsivity, body perception, self-esteem

## GİRİŞ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü'nün raporlarına göre hem gelişmekte olan ülkelerde, hem de gelişmiş ülkelerde sıklığı hızla artan bir halk sağlığı sorunudur. Obezite diyabetes mellitus, hipertansiyon, metabolik sendrom, dislipidemi, iskemik kalp hastalığı, uyku apne sendromu ve bazı kanser türlerinde artışla, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, yaşam süresini kısaltan ve toplum sağlığını tehdit eden bir hastalıktır.<sup>1,2</sup> Dünya Sağlık Örgütü beden kitle indeksi 25-29.9 arasında olanları aşırı kilolu, 30'un üstü olanları obez, 40 ve üstü olanları ise morbid obez olarak tanımlamaktadır.<sup>3</sup> Morbid obez hastalarda yukarıda sözü geçen hastalıklar ve ölüm için risk daha da fazladır.<sup>4</sup>

Son yıllarda obezite ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmalar hızla artmaktadır. Dürtüsellik aciliyet, kaçınılmazlık, hızlı karar verme, kontrol kaybı, önceden tasarlama eksikliği, sonuna kadar direnememe (sebat eksikliği) ve heyecan arama davranışı ile ilişkilidir.<sup>5,6</sup> Barrat, dürtüsel kişileri düşünmeden harekete geçen, herhangi bir hazırlığı olmaksızın olaylara anında yanıt veren, hareketsiz kalması gereken durumlarda huzursuz olan, risk almayı seven, şansına güvenen, dikkat ve yoğunlaşma sorunları olan kişiler olarak tanımlamaktadır. Bu özellikleri ölçmek için geliştirdiği ölçeğinde üç alt grup tanımlamıştır: Motor dürtüsellik, düşünmeden harekete geçmeyi, dikkatsizlik veya bilişsel dürtüsellik; üzerinde dikkatlice düşünmeden hızlı karar vermeyi veya bilişsel düzensizliği, plan yapma ile ilgili dürtüsellik; içinde yaşanan ana odaklı olmayı, geleceği düşünmeden hareket etmeyi değerlendirmektedir.<sup>7</sup> Özet olarak dürtüsellik: 1) Yerleşmiş güçlü motor tepkileri baskılamakta yetersizlik, 2) Eylemlerin sonuçlarını düşünmek için eldeki bilgileri kullanmamak, 3) Daha sonra elde edilecek daha büyük bir ödül için, o an elde edilen küçük bir ödülün vazgeçmemek olarak açıklanabilir.<sup>8</sup> Literatürde obezite ve dürtüsellik ilişkisini araştıran çalışmalar daha çok kadınlar, çocuklar ve tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezite hastaları ve yeme bozukluğu olan hastalar üzerine odaklanmıştır. Normal kilolu kadınlarla yapılan çalışmalarda *Anatolian Journal of Psychiatry* 2013; 14:53-61

dürtüsellik ile aşırı yeme arasında ilişki saptanmıştır.<sup>9-13</sup> Bu bulgudan yola çıkarak obez olmayanlarda dürtüsellüğün obezite gelişimi için risk etkeni olduğu ileri sürülmüştür.<sup>9,10</sup> Nederkoorn ve arkadaşları ise, obez kadınlarda dürtüsellüğü sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulmuştur.<sup>14</sup> Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez hastalarda dürtüsellik tıknırcasına yeme bozukluğu olmayan obez hastalardan ve sağlıklı kontrollerden daha yüksek bulunmuştur.<sup>15-19</sup> Dahası dürtüsellik tıknırcasına yeme bozukluğu olan morbid obez hastalarda da, morbid olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.<sup>20</sup> Obez olmayan çocuklarda dürtüsellüğü gösteren ödül bağımlılığı ve baskın olan yanıtın inhibisyonundaki yetersizlikler aşırı yeme ve kilo alımı ile ilişkili olabilir.<sup>21</sup> Obez çocuklarda ise, dürtüsellik aşırı kilo ve kötü tedavi motivasyonu ile ilişkili bulunmuştur.<sup>22-25</sup> Çocuklarda ayrıca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile obezite arasında ilişki bulunmuştur. Yazarlar bu ilişkiyi açıklayabilecek en önemli etkenlerden birinin dürtüsellik olduğunu ileri sürmektedir.<sup>26</sup> Sadece obezitede değil diğer yeme bozuklukları olan bulimia nervosa ve anoreksiya nervozada (tıknırcasına yeme/çıkarma tipi) da dürtüsellik yüksektir.<sup>27</sup> Yukarıda belirtildiği gibi, obezite dürtüsellik ilişkisi daha çok kadınlar, çocuklar, tıknırcasına yeme bozukluğu olan obezite hastaları üzerine odaklanmıştır. İki cinsiyetin birlikte değerlendirildiği bir çalışmada benzer şekilde dürtüsellik aşırı kilo ve obezite ile ilişkili bulunmuştur.<sup>28</sup>

Literatürde obezite hastalarında araştırılan diğer önemli konu beden algısı ve benlik saygısıdır. Aşırı kilolu, obez ve morbid obez hastalarda benlik saygısı sağlıklı kontrollerden düşüktür.<sup>29-32</sup> Aşırı kilolu veya obez kadınlar normal kilolu kadınlara göre bedenleriyle ilgili daha fazla hoşnutsuzluk yaşamaktadır.<sup>3,31-36</sup> Bilgilerimize göre, literatürde dürtüsellik ile beden algısı ve benlik saygısı ilişkisini inceleyen çalışma yoktur.

Bu çalışmanın amacı, morbid ve morbid olmayan obez hastaların dürtüsellik düzeylerini ve dürtüsellik ile beden algısı ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi incelemektir.

## YÖNTEM

### Çalışma örnekleme ve deseni

Bu çalışma Mayıs 2011-Mart 2012 tarihleri arasında, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Polikliniği'ne obezite tedavisi için ilk kez başvuran 76 obezite hastası ve bu hastalarla yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 76 sağlıklı gönüllü üzerinde yapılmıştır. Endokrinoloji bölümü tarafından psikiyatri bölümüne yönlendirilen bu hastalara çalışmanın protokolü anlatılmış gönüllü olan hastalar psikiyatri uzmanınca değerlendirilmiştir. Hasta ve kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri 18 yaşından büyük olmak, okuryazar olmak, verilen ölçekleri anlamaya engel bir tıbbi hastalığı olmamak olarak belirlenmiştir.

Tüm çalışma grubuna bu çalışmanın amacına uygun olarak, dürtüsellik düzeyini saptamak için Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), beden algısını saptamak için Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ), benlik saygısını saptamak için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanmıştır. Hastaların ve sağlıklı gönüllülerin yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, yerleşim yeri bilgilerinin yanı sıra ölçülen ağırlık ve boy, hesaplanan beden kitle indeksi (BKİ) bilgileri kayıt altına alınmıştır.  $BKİ \geq 30$  olanlar obezite grubu olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu obez olmayan sağlıklı gönüllülerden oluşturulmuştur. Obezite grubu morbid ( $BKİ \geq 40$  olan hastalar) ve non-morbid ( $40 > BKİ \geq 30$ ) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Morbid ve morbid olmayan obezite grupları ile sağlıklı kontrol grubu arasında BDÖ-11, VAÖ ve RBSÖ puanları açısından karşılaştırılma yapılmıştır. Ayrıca, obezite hastaları ve kontrol grubunun BDÖ-11 total ve alt ölçek puanlarının, VAÖ ve RBSÖ ölçeği puanları ile korelasyonu saptanmıştır.

Çalışmamız Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurulu'nca değerlendirilerek onaylanmıştır.

### Kullanılan araçlar

**Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu:** Bu form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, yaşadığı yer, eğitim düzeyi sorgulanmaktadır. Ayrıca bu forma ölçülen kilo, boy ve hesaplanan vücut kitle indeksi kaydedilmiştir.

**Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11):** Dürtüsellliği değerlendirmede kullanılan, hastanın doldurduğu bir ölçektir.<sup>7</sup> Otuz maddeden oluşur ve kendi içinde üç alt ölçeği vardır:

Dikkatsizlik (attentional or cognitive impulsivity), motor dürtüsellik (motor impulsivity) ve plan yapmama (non-planning impulsivity). Dikkatsizlik hızlı karar verme, motor dürtüsellik; düşünmeden harekete geçme, plan yapmama; o ana odaklı olma veya geleceği düşünmeme olarak tanımlanır. BIS-11 değerlendirilirken dört farklı alt puan elde edilir: Toplam puan, plan yapmama, dikkat ve motor dürtüsellik puanlarıdır. Toplam BIS-11 puanı ne kadar yüksekse, hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. BIS-11'in Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.<sup>37</sup>

**Vücut Algısı Ölçeği (VAÖ):** Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilen VAÖ, kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlar.<sup>38</sup> Ölçeğin ülkemizdeki geçerlilik çalışması Hovardaoğlu tarafından yapılmıştır.<sup>39</sup> Ölçekte 40 madde yer almaktadır. Kesme noktası olmayan ölçeğin toplam puanı 40-200 arasında değişmektedir. Alınan yüksek puanlar çeşitli beden kısımlarından ve işlevlerinden hoşnut olmama derecesinin yükseldiğini gösterir.

**Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ):** Rosenberg tarafından 1965 yılında geliştirilmiştir.<sup>40</sup> Ölçek çoktan seçmeli sorulardan yapılmış 12 alt kategoride toplam 63 sorudan oluşmakta olup, ilk 10 maddesi benlik saygısını ölçmek için kullanılmaktadır. Çalışmamızda ölçeğin ilk 10 maddesi değerlendirilmiştir. Yüksek değerler yüksek benlik saygısını göstermektedir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çuhadaroğlu tarafından yapılmıştır.<sup>41</sup>

### İstatistiksel değerlendirme

Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Sayımla elde edilen verilerin ikili grup karşılaştırılmasında Student-t testi, üçlü grup karşılaştırılmasında ise varyans analizi (one-way ANOVA) kullanıldı. Varyanslar eşit olduğundan post hoc analiz Tukey testi ile yapıldı. Obezite hastaları ve kontrol grubu için, BDÖ-11 puanlarının VAÖ ve RBSÖ puanları ile korelasyonunu saptamak amacıyla Pearson korelasyon analizi yapıldı. 'r' değeri 0.30-0.49 arası düşük, 0.50-0.69 arası orta, 0.70-0.89 arası yüksek ve 0.90-1.00 arası çok yüksek düzeyde korelasyon olarak değerlendirildi. Sayımla elde edilen veriler yüzde olarak, ölçümle elde edilen veriler ortalama±standart sapma olarak gösterildi. Tüm analizlerde anlamlılık sınırı olarak  $p < 0.05$  değeri kabul edildi.

**BULGULAR****Obezite ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Obezite ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yerleşim yeri açısından fark yoktu ( $p < 0.05$ ) (Tablo 1). Her iki grubun ağırlık, boy ve BKİ açısından karşılaştırılması şöyledir: Ağırlık ( $114.22 \pm 21.42 / 64.22 \pm 13.16$ ,  $t = 17.33$ ,  $p = 0.000$ ), boy ( $164.13 \pm 0.10$  /  $168.46 \pm 0.08$ ,  $t = -2.84$ ,  $p = 0.005$ ), BKİ ( $45.59 \pm 7.88$  /  $22.52 \pm 3.31$ ,  $t = 20.45$ ,  $p = 0.000$ ). Ayrıca morbid olmayan

( $40 > BKİ \geq 30$ ,  $s = 30$ , %39.5) ve morbid obezite ( $BKİ \geq 40$ ,  $s = 46$ , %60.5) hastaları arasında da yaş ( $37.90 \pm 9.57$  /  $40.69 \pm 11.41$ ,  $t = -1.11$ ,  $p = 0.270$ ) cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu ve yerleşim yeri açısından fark saptanmadı ( $p < 0.05$ ). Eğitim yılı ortalaması morbid obezite grubunda daha düşüktü ( $p = 0.035$ ). Her iki grubun ağırlık, boy ve BKİ açısından karşılaştırılması şöyledir: Ağırlık ( $98.05 \pm 10.52$  /  $124.76 \pm 20.14$ ,  $t = -7.55$ ,  $p = 0.000$ ), boy ( $167.53 \pm 0.10$  /  $161.91 \pm 0.10$ ,  $t = 2.43$ ,  $p = 0.17$ ), BKİ ( $35.00 \pm 2.80$  /  $47.53 \pm 5.93$ ,  $t = -12.37$ ,  $p = 0.000$ ).

**Tablo 1.** Obezite ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması

|              | Obezite hastaları (s=76) |       | Kontrol grubu (s=76) |       | Test            | p     |
|--------------|--------------------------|-------|----------------------|-------|-----------------|-------|
|              | Sayı                     | %     | Sayı                 | %     |                 |       |
| Yaş          | $39.59 \pm 10.74$        |       | $38.23 \pm 11.10$    |       | $t = 0.76$      | 0.446 |
| Cinsiyet     |                          |       |                      |       | $\chi^2 = 0.52$ | 0.471 |
| Kadın        | 57                       | 75.0  | 52                   | 68.4  |                 |       |
| Erkek        | 19                       | 25.0  | 24                   | 31.6  |                 |       |
| Medeni durum |                          |       |                      |       | $\chi^2 = 0.14$ | 0.705 |
| Evli         | 59                       | 77.6  | 56                   | 73.7  |                 |       |
| Bekar        | 17                       | 22.4  | 20                   | 26.3  |                 |       |
| Gelir düzeyi |                          |       |                      |       | $\chi^2 = 0.72$ | 0.698 |
| İyi          | 8                        | 10.5  | 8                    | 10.5  |                 |       |
| Orta         | 52                       | 68.4  | 56                   | 71.1  |                 |       |
| Kötü         | 16                       | 21.1  | 12                   | 18.4  | $\chi^2 = 1.13$ | 0.568 |
| Yaşadığı yer |                          |       |                      |       | $t = 1.64$      | 0.104 |
| İl           | 43                       | 56.6  | 49                   | 64.5  |                 |       |
| İlçe         | 23                       | 30.3  | 20                   | 26.3  |                 |       |
| Köy          | 10                       | 13.1  | 7                    | 9.2   |                 |       |
| Eğitim yılı  | $11.21 \pm 1.74$         |       | $10.46 \pm 2.46$     |       |                 |       |
| Toplam       | 76                       | 100.0 | 76                   | 100.0 |                 |       |

Morbid olmayan ve morbid obezite hastaları ile sağlıklı kontrol grubunun BDÖ-11 puanları açısından karşılaştırılması: Üç grup arasında BDÖ-11 motor dürtüsellik puanları açısından fark saptanmazken ( $p > 0.05$ ), BDÖ-11 total, BDÖ-11 dikkatsizlik ve BDÖ-11 plan yapmama puanları arasında fark vardı ( $p < 0.05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığı incelendiğinde şu sonuçlara varıldı: Morbid obezite hastalarının BDÖ-11 total, BDÖ-11 dikkatsizlik ve BDÖ-11 plan yapmama puanları sağlıklı kontrollerden daha yüksekti. Morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontroller arasında ise fark yoktu. Ayrıca morbid obezite hastalarının BDÖ-11 plan yapmama puanları morbid olmayan

obezite hastalarından da daha yüksekti (Tablo 2).

**Üç grubun VAÖ ve RBSÖ puanları açısından karşılaştırılması**

Üç grup arasında VAÖ ve RBSÖ puanları açısından anlamlı fark saptandı ( $p < 0.05$ ). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığı incelendiğinde şu sonuçlara varıldı: Morbid ve morbid olmayan obezite hastalarının VAÖ puanları sağlıklı kontrollerden daha yüksekti. Morbid ve morbid olmayan obezite hastaları arasında ise VAÖ puanları açısından fark yoktu. Morbid obezite hastalarının RBSÖ puanları morbid olmayan

**Tablo 2.** Morbid ve morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontrollerin BDÖ-11 puanları

| BDÖ-11       | Kontrol (s=76)<br>(1) | Morbid olmayan (s=30)<br>(2) | Morbid (s=46)<br>(3) | F     | p     | Post hoc<br>(Tukey) |
|--------------|-----------------------|------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|
| Toplam       | 59.33±10.05           | 61.53±13.13                  | 65.39±8.65           | 4.921 | 0.009 | 3>1                 |
| Dikkatsizlik | 15.63±3.18            | 16.30±4.93                   | 17.54±2.99           | 4.177 | 0.017 | 3>1                 |
| Motor        | 19.72±3.94            | 20.53±6.01                   | 20.30±3.80           | 0.469 | AD    |                     |
| Plan yapmama | 23.71±5.21            | 24.03±4.55                   | 27.54±4.60           | 9.371 | 0.000 | 3>1, 3>2            |

AD=Anlamlı değil, BDÖ-11=Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11

obezite hastaları ve sağlıklı kontrol grubundan daha düşüktü. Morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontrol grubu arasında ise RBSÖ puanları açısından fark yoktu (Tablo 3).

#### **Obezite hastaları ve kontrol grubunun BDÖ ölçek ve alt ölçek puanların VAÖ ve RBSÖ puanları ile korelasyonu**

Obezite hastaları grubunda RBSÖ puanları ile

BDÖ-toplam ve BDÖ-dikkatsizlik alt ölçeği puanları negatif yönde düşük derecede, BDÖ-plan yapmama alt ölçeği puanları negatif yönde orta derece koreleydi. RBSÖ puanları ile BDÖ-motor dürtüsellik puanları arasında korelasyon yoktu. VAÖ puanları ile BDÖ-total ve tüm alt ölçek puanları arasında korelasyon yoktu. Kontrol grubunda ise, RBSÖ ve VAÖ puanları ile BDÖ-toplam ve tüm alt ölçek puanları arasında korelasyon yoktu (Tablo 4).

**Tablo 3.** Morbid ve morbid olmayan obezite hastaları ile sağlıklı kontrollerin VAÖ ve RBSÖ puanları

| BDÖ-11 | Kontrol (s=76)<br>(1) | Morbid olmayan (s=30)<br>(2) | Morbid (s=46)<br>(3) | F     | p     | Post hoc<br>(Tukey) |
|--------|-----------------------|------------------------------|----------------------|-------|-------|---------------------|
| VAÖ    | 75.03±22.69           | 113.17±19.22                 | 118.78±26.67         | 60.58 | 0.000 | 3>1, 2>1            |
| RBSÖ   | 21.46±3.71            | 22.73±4.79                   | 17.65±4.15           | 17.46 | 0.000 | 1>3, 2>3            |

VAÖ Vücut Algısı Ölçeği, RBSÖ=Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

**Tablo 4.** Obezite ve kontrol grubunun BIS toplam ve alt ölçek puanlarının VAÖ ve RBSÖ puanları ile korelasyonu

|                     | Obezite hastaları   |                      | Kontrol grubu      |                     |
|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------|---------------------|
|                     | VAÖ                 | RBSÖ                 | VAÖ                | RBSÖ                |
| BDÖ-11 toplam       | r=-0.085<br>p=0.465 | r=-0.443*<br>p=0.000 | r=0.184<br>p=0.113 | r=-0.219<br>p=0.058 |
| BDÖ-11 dikkatsizlik | r=-0.211<br>p=0.067 | r=-0.333*<br>p=0.003 | r=0.153<br>p=0.187 | r=-0.194<br>p=0.093 |
| BDÖ-11 motor        | r=-0.045<br>p=0.699 | r=-0.198<br>p=0.086  | r=0.005<br>p=0.965 | r=-0.117<br>p=0.316 |
| BDÖ-11 plan yapmama | r=0.034<br>p=0.771  | r=-0.605*<br>p=0.000 | r=0.266<br>p=0.020 | r=-0.243<br>p=0.034 |

BDÖ-11=Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, VAÖ=Vücut Algısı Ölçeği  
RBSÖ=Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

## TARTIŞMA

Obezite tedavisinde fazla mesafe alındığı söylenemez. Tedavi ve diyetle bazı kişiler kilo kaybettikleri halde tekrar kilo almaktadır.<sup>22</sup> Son yıllarda bu durumun olası bir nedeni olarak görülen obezite ve dürtüsellik ilişkisi araştırılmaktadır. Dürtüsellik tedavi ile kilo kaybetmenin, tedavi sonrası kilo alınımın ve tedaviyi yarım bırakmanın öngörücüsüdür.<sup>22,42,43</sup> Literatürde obezite ve dürtüsellik ilişkisi daha çok kadınlar,<sup>9-14</sup> tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez hastalar<sup>15-20</sup> ve obez çocuklar<sup>21-26</sup> üzerine odaklanmıştır. İki cinsiyetin de birlikte değerlendirildiği bir çalışmada da benzer şekilde dürtüsellik aşırı kilo ve obezite ile ilişkili bulunmuştur.<sup>28</sup> Bu çalışmada morbid ve morbid olmayan obezite ayrımı yapılmamıştır. İki cinsiyetin birlikte değerlendirildiği bizim çalışmamızda morbid obez hastalarda dürtüsellik sağlıklı kontrollerden daha yüksek saptanırken, morbid olmayan obez hastalar ile sağlıklı kontroller arasında fark saptanmamıştır. Bu sonuç dürtüsellüğün morbid olmayan obez hastalardan çok, morbid obez hastalara özgü bir durum olabileceğini düşündürmektedir. Ryden ve arkadaşları morbid obez hastaların tıbbi ve cerrahi yöntemlerle tedaviden sonra (ortalama 28 kg kaybı) dürtüselliklerinin değişmeden kaldığını, bu durumun yeniden kilo almaya neden olduğunu bildirmiştir.<sup>44</sup> Arias ve arkadaşları, tıknırcasına yeme bozukluğu olan morbid obezlerde, tıknırcasına yeme bozukluğu olmayanlardan daha fazla dürtüsellik saptamıştır.<sup>20</sup> Çalışmamızda morbid obez hastalarda dürtüsellik ölçeğinin alt ölçeklerini incelediğimizde dikkatsizlik ve plan yapmama puanlarının sağlıklı kontrollerden yüksek olduğunu gördük. Dahası plan yapmama puanları morbid obezlerde morbid olmayanlardan da daha yüksekti. Dikkatsizlik veya bilişsel dürtüsellik, üzerinde dikkatlice düşünmeden hızlı karar vermeyi veya bilişsel düzensizliği; plan yapmama ile ilgili dürtüsellik ise, içinde yaşanan ana odaklı olmayı, geleceği düşünmeden hareket etmeyi değerlendirmektedir.<sup>7</sup> İkisi de dürtüsellüğün bilişsel yönündeki bozulma olduğunu gösterir. Bu bozulma sonucu kişiler hazzı geciktirmede daha başarısız olurlar. Ödülün gecikmesine dayanamazlar. Plan yapma yetersizliği sonucu hemen gelen küçük ödülleri (şekerli bir yiyecek gibi) daha geç gelecek daha büyük ödüllere (sağlıklı yaşam, yaşam kalitesi artışı gibi) tercih ederler. Obez hastalar açlık sırasında özellikle kalorili yiyeceklerle karşı daha zayıftırlar.<sup>9,12,14</sup> Yukarıda da belirttiğimiz

gibi, morbid obez hastalarda plan yapmama puanlarını morbid olmayan obezlerden daha yüksek bulduk. Bu bulgumuz bize morbid obez hastaların düzenli, planlı ve sağlıklı beslenme, diyet ve diğer obezite tedavisi programlarına uyum konusunda morbid olmayan obezlere göre daha çok zorlanabileceklerini düşündürmektedir. Bu nedenle plan yapmama obezlerde morbiditeye uzanan süreçte anahtar rol oynayabilir. Self kontrol davranışlarımız öncesinde uygun karar vermede (decision-making) anahtar rol oynar. Self kontrol uzun dönem amaçlara yönelebileme ve otomatik ani uyaranlara (şekerli bir besin gibi) uygunsuz yanıt vermenin üstesinden gelebilmede önemlidir. Karar verme süreçleriyle ilişkili bozulmuş self kontrol bağımlılık ve obezite ile ilişkilidir.<sup>45</sup> Bu bilgiler ışığında morbid obez hastalar eylemlerinin sonuçlarını (kilo alımı, sağlığın kaybı) düşünmek için eldeki bilgileri kullanmada ve planlı davranmada zorluk yaşayabilecekleri gibi, daha sonra elde edilecek daha büyük bir ödül için (örneğin, diyet sonucu kilo kaybı), o an elde edilen küçük bir ödülün (lezzetli bir yiyecek) vazgeçmekte zorluk yaşayabilir.

Literatürdeki çalışmalarda obez hastalarda benlik saygısı sağlıklı kontrollerden düşük bulunmuştur.<sup>29-32</sup> Aşırı yeme davranışı da düşük benlik saygısı ile ilişkilidir.<sup>46</sup> Bizim çalışmamızda morbid obez hastalarda benlik saygısı sağlıklı kontrollerden düşük saptanırken morbid olmayan obez hastalarla sağlıklı kontroller arasında fark saptanmamıştır. Yukarıda söz edilen dört çalışmanın üçünde morbid/morbid olmayan ayrımı yapılmamıştır.<sup>29,31,32</sup> Kalan tek çalışmada Abiles ve arkadaşları, bizim çalışmamıza benzer şekilde morbid obez hastaların benlik saygısını sağlıklı kontrollerden düşük bulmuştur.<sup>30</sup> Bu bulgularla morbiditenin benlik saygısını düşürdüğü açıktır. Morbid olmayan obezite hastalarında benlik saygısının sağlıklı insanlardan düşük olup olmadığını belirlemek için daha çok sayıda çalışmaya gereksinme vardır. Van Hout ve arkadaşları, morbid obezitenin benlik saygısını düşürmesinin yanında, düşük benlik saygısının da obezitenin artmasına katkıda bulunduğunu ileri sürmektedir.<sup>47</sup> Benlik saygısı yüksek olan obez hastalar kilo kaybı tedavisine daha fazla uyum sağlamaktadır.<sup>48</sup> Aşırı kilolu ve obez hastalar normal kilolulara göre bedenleriyle ilgili daha fazla hoşnutsuzluk yaşamaktadır.<sup>3,31-36</sup> Hill ve arkadaşları morbid obez hastalarda morbid olmayanlara göre daha fazla beden algısı bozukluğu saptamıştır.<sup>49</sup> Biz de literatürle uyum-

lu olarak hem morbid, hem de morbid olmayan obez hastalarda beden alanları ve işlevleri ile ilgili hoşnutsuzluk saptadık

Literatürde dürtüsellik ile beden algısı ve benlik saygısı ilişkisini inceleyen çalışma yoktur. Çalışmamızda obez hastalarda ve sağlıklı kontrollerde dürtüsellik ile beden alanlarından hoşnut olma düzeyi arasında bir ilişki saptamadık. Ancak obezite hastalarında dürtüsellik düzeyi ile benlik saygısı arasında negatif ilişki vardı. Sağlıklı kontrollerde ise dürtüsellik düzeyi ile benlik saygısı arasında ilişki saptamadık. Bu bulgu dürtüsellik yüksek obez hastalarda benlik saygısının artırılmasına yönelik psikoterapötik girişimin önemli olabileceğini düşündürmektedir. Yukarıda belirtildiği gibi, obez hastalarda düşük dürtüsellik düzeyi ve yüksek benlik saygısı tedaviye uyumu kolaylaştırmaktadır.

Çoğu araştırmacı obezite hastalarında hem kilo kaybına, hem de kaybedilen kiloyu korumaya yönelik tedavi yaklaşımları araştırmaktadır. Bu yeni tedavi yaklaşımları arasında dürtüsellik önemli bir hedeftir. Nasser ve arkadaşları, obez hastalarda plan yapmama puanları ile tıknır-casına yeme esnasında kontrol kaybı, motor dürtüsellik ile fiziksel olarak aç değilken yemek yeme, bilişsel dürtüsellik ile utangaçlık nedeniyle yalnız yeme arasında pozitif ilişki bulmuştur.<sup>15</sup>

Bu ilişkilerin obez hastaların bilişsel davranışçı terapisinde üstünde durulması gereken yeni hedef özellikler olduğunu ileri sürmektedirler. Neederkoorn ve arkadaşları, obez hastalarda aşırı yemeye neden olan dürtüsellik azaltmada bilişsel davranışçı terapisinin özgül olarak dürtüsellik üzerine odaklanması gerektiğini ileri sürmüştür.<sup>22</sup> Kristeller ve arkadaşları obezite hastalarında otomatik davranışların ve girici düşüncelerin ortadan kaldırılmasını ve mental esnekliğin artırılmasını hedefleyen farkındalık yönelimli bilişsel terapisinin faydalı olacağını söylemektedir. Yazarlar, farkındalık yönelimli terapisinin asıl amacının günlük dikkati artırmaya yönelik meditasyon teknikleri ile dikkat kontrolünün geliştirilmesinin sağlanması olduğunu bildirmiştir.<sup>50</sup> Aşırı kilolu ve obez hastalarda bilişsel-davranışçı terapisinin diyet ve fiziksel aktivite artırımı tedavilerine eklendiğinde olumlu sonuçlar alındığı da bildirilmiştir.<sup>51</sup>

Sonuç olarak yüksek dürtüsellik düzeyi ve düşük benlik saygısı morbid obezite gelişiminde önemli bir etken olabilir. Morbid obezite hastalarında dikkatsizlik, bilişsel düzensizlik ve o ana odaklı olma, gelecek için plan yapmama gibi dürtüsel özelliklerle, benlik saygısı temel alınarak yapılacak psikoterapötik girişimler bu hastaların tıbbi ve cerrahi tedavisine yardımcı olabilir.

## KAYNAKLAR

1. Solomon CG, Manson JE. Obesity and mortality: a review of epidemiological data. *Am J Clin Nutr* 1997; 66:1044.
2. Pi-Sunyer FX. NBLBI Obesity Education Initiative Expert Panel of the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults -the evidence report. *Obes Res* 1998; 6:51-209.
3. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. *Body Image* 2004; 1:43-56.
4. James WP. What are the health risks? The medical consequences of obesity and its health risks. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 1998; 106:1-6.
5. Crépin C, Carrard I, Perroud A, Van der Linden M, Golay A. Managing impulsivity in obesity with problem solving. *Rev Med Suisse* 2010; 6:46-50.
6. Galanti K, Gluck ME, Geliebter A. Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *Int J Eat Disord* 2007; 40:727-732.
7. Patton JH, Stanford MS, Barrat ES. Factor structure of Barrat Impulsiveness Scale. *J Pers Psychol* 1995; 51:768-774.
8. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüsellik nöröanatomik ve nörökimyasal temelleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Approaches in Psychiatry* 2010; 2:254-280.
9. Yeomans MR, Leitch M, Mobini S. Impulsivity is associated with the disinhibition but not restraint factor from the Three Factor Eating Questionnaire. *Appetite* 2008; 50:469-476.
10. Guerrieri R, Nederkoorn C, Jansen A. How impulsiveness and variety influence food intake in a sample of healthy women. *Appetite* 2007; 48:119-122.
11. Guerrieri R, Nederkoorn C, Stankiewicz K, Alberts H, Geschwind N, Martijn C, et al. The influence of trait and induced state impulsivity on food intake in normal-weight healthy women. *Appetite* 2007; 49:66-73.
12. Nederkoorn C, Guerrieri R, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. The interactive effect of hunger and impulsivity on food intake and purchase in a virtual supermarket. *Obes (Lond)* 2009; 33:905-912.

13. Guerrieri R, Nederkoorn C, Schrooten M, Martijn C, Jansen A. Inducing impulsivity leads high and low restrained eaters into overeating, whereas current dieters stick to their diet. *Appetite* 2009;53:93-100.
14. Nederkoorn C, Smulders FTY, Havermans RC, Roefs A, Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite* 2006; 47:253-256.
15. Nasser JA, Gluck ME, Geliebter A. Impulsivity and test meal intake in obese binge eating women. *Appetite* 2004; 43:303-307.
16. Galanti K, Gluck ME, Geliebter A. Test meal intake in obese binge eaters in relation to impulsivity and compulsivity. *Int J Eat Disord* 2007; 40:727-732.
17. Mobbs O, Crépin C, Thiéry C, Golay A, Van der Linden M. Obesity and the four facets of impulsivity. *Patient Educ Couns* 2010; 79:372-377.
18. Fassino S, Leombruni P, Pierò A, Abbate-Daga G, Giacomo Rovera G. Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without binge eating disorder. *J Psychosom Res* 2003; 54:559-566.
19. de Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, et al. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 1994; 15:43-52.
20. Arias Horcajadas F, Sánchez Romero S, Gorgojo Martínez JJ, Almódovar Ruiz F, Fernández, et al. Clinical differences between morbid obese patients with and without binge eating. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34:362-370.
21. Guerrieri R, Nederkoorn C, Jansen A. The interaction between impulsivity and a varied food environment: its influence on food intake and overweight. *Int J Obes (Lond)* 2008; 32:708-714.
22. Nederkoorn C, Jansen E, Mulken S, Jansen A. Impulsivity predicts treatment outcome in obese children. *Behav Res Ther* 2007; 45:1071-1075.
23. Nederkoorn C, Braet C, Van Eijs Y, Tanghe A, Jansen A. Why obese children cannot resist food: the role of impulsivity. *Eat Behav* 2006; 7:315-322.
24. Epstein LH, Dearing KK, Temple JL, Cavanaugh MD. Food reinforcement and impulsivity in overweight children and their parents. *Eat Behav* 2008; 9:319-327.
25. Bonato DP, Boland FJ. Delay of gratification in obese children. *Addict Behav* 1983; 8:71-74.
26. Cortese S, Angriman M, Maffei S, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. *Crit Rev Food Sci Nutr* 2008; 48:524-537.
27. Rosval L, Steiger H, Bruce K, Israël M, Richardson J, Aubut M. Impulsivity in women with eating disorders: problem of response inhibition, planning, or attention? *Int J Eat Disord* 2006; 39:590-593.
28. Terracciano A, Sutin AR, McCrae RR, Deiana B, Ferrucci L, Schlessinger D, et al. Facets of personality linked to underweight and overweight. *Psychosom Med* 2009; 71:682-689.
29. Werrij MQ, Mulken S, Hospers HJ, Jansen A. Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient Educ Couns* 2006; 62:126-131.
30. Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A, et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg* 2010; 20:161-167.
31. Annis NM, Cash TF, Hrabosky JL. Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women. *Body Image* 2004; 1:155-167.
32. Mond J, van den Berg P, Boutelle K, Hannan P, Neumark-Sztainer D. Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *J Adolesc Health* 2011; 48:373-378.
33. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: specificity, severity, and clinical significance. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:651-654.
34. Olmsted MP, McFarlane T. Body weight and body image. *BMC Womens Health* 2004; 4:5.
35. Sarwer DB, Thompson JK, Cash TF. Body image and obesity in adulthood. *Psychiatr Clin North Am* 2005; 28:69-87.
36. Muth JL, Cash TF. Body-Image attitudes: what difference does gender make? *J Appl Soc Psychol* 1997; 27:1438-1452.
37. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, ve ark. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psiko-farmakoloji Bülteni* 2008; 18:251-258.
38. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of Body-Cathexis: Body-Cathexis and the self. *J Consult Psychol* 1953; 17:343-347.
39. Hovardaoğlu S, Özdemir YD. Vücut Algısı Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. *Şizofrenik ve Major Depresif Hastaların Beden İmgelerinden Doyum Düzeyleri*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1990.
40. Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 1965, p.12-32.



41. Çuhadaroğlu F. *Adolesanlarda Benlik Saygısı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 1986.*
42. Hjördis B, Gunnar E. Characteristics of drop-outs from a long term behavioral treatment program for obesity. *Int J Eat Dis* 1989; 8:363-368.
43. Annagür BB. *Obesitede çeşitli risk faktörleri ve dürtüsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Approaches in Psychiatry* 2010; 2:572-582.
44. Rydén A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J, Lindroos AK, Taft C. A comparative controlled study of personality in severe obesity: a 2-year follow-up after intervention. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2004; 28:1485-1493.
45. Jasinska AJ, Ramamoorthy A, Crew CM. Toward a neurobiological model of cue-induced self-control in decision making: relevance to addiction and obesity. *J Neurosci* 2011; 9: 31:16139-16141.
46. Lo Coco G, Gullo S, Salerno L, Iaconopelli R. The association among interpersonal problems, binge behaviors, and self-esteem, in the assessment of obese individuals. *Compr Psychiatry* 2011; 52:164-170.
47. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004; 14:579-588.
48. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite* 2009; 52:209-216.
49. Hill AJ, Williams J. Psychological health in a non-clinical sample of obese women. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1998; 22:578-583.
50. Kristeller JL, Baer RA, Quillian-Wolever R. Mindfulness-based approaches to eating disorders. RA Baer (Ed.), *Mindfulness-based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Application*, first ed., San Diego, CA, Elsevier, 2006, p.75-91.
51. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2:CD003818.