

Fibromyaljili Hastalarda Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi**Evaluation of Eating Attitude in Patients with Fibromyalgia****¹Ahmet İnanır, ¹Huriye Toprak, ²Sema İnanır, ³Emre Kuyucu****Özet**

¹Gaziosmanpaşa
Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Anabilim
Dalı, Tokat

²Gaziosmanpaşa
Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Psikiyatri
Anabilim Dalı, Tokat

³Gaziosmanpaşa
Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, İstatistik
Anabilim Dalı, Tokat

Sorumlu yazar

Yrd. Doç. Dr. Ahmet
İNANIR

Gaziosmanpaşa
Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Fiziksel Tıp ve
Rehabilitasyon Anabilim
Dalı, Tokat.

Tel: 05055060622

Fax: 03562133179

E-mail:
ainanir@gmail.com

Amaç: Fibromiyalji sendromu olan hastalarda yeme tutumuna ait değişimi değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğinde fibromiyalji tanısı ile takip edilmekte olan hastalar ile sağlıklı kontrol grubuna ait yeme tutumu testleri (YTT) retrospektif olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 47.86±8.72 yıl ve kontrol grubunda ise 46.72±8.01 yıl olarak bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.625). Hasta grubunun vücut kitle indeksi 29.24±5.51 kg/m² olarak kontrol grubunun ise 25.54±4.06 kg/m² olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.008). Hasta grubunun yeme tutumu testi 21.46±13.06 olarak kontrol grubunun ise 14.88±5.88 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0.025).

Sonuç: Fibromiyaljili hastalarda yeme tutumunun bozulmuş olduğu ve anksiyete ve depresyon ile de paralellik arzettiği görülmekte olup bu ilişkinin saptanmış olmasının tedavinin etkinliğine katkıda bulunacağı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Fibromiyalji sendromu, yeme tutumu testi

Abstract

Objective: To evaluate the changes in eating behavior of patients with fibromyalgia syndrome.

Methods: In this study patients with fibromyalgia and healthy control group people were retrospectively compared in terms of Eating Attitudes Test (EAT).

Results: The average age inpatient and control group in the study were 47.86±8.72 and 46.72±8:01 years, respectively, and were not statistically different (p=0.625). The average body mass index of the patient group was 29.24±5.51 kg/m² and that of the control group was 25.54 ± 4.06 kg/m². The difference was statistically significant (p=0.008). The eating attitude score was 21.46±13.06 in the patient group and 14.88±5.88 in control group, and the difference was statistically significant (p=0.025).

Conclusions: It was found that eating behaviour changed in patients with fibromyalgia, and this change was parallel to anxiety and depression of the patients. Identification of such an association could lead to an improvement in treatment of the disease.

Key Words: Fibromyalgia Syndrome, eating attitude test

Giriş

Fibromiyalji sendromu (FMS), yaygın ağrı, spesifik bölgelerde palpasyonla hassasiyet, uyku bozukluğu ve yorgunluk ile karakterize bir kronik kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Semptomatolojisinde yaygın ağrılara, gerilim tipi baş ağrısı, iritabl barsak ve mesane sendromu, dismenore, nöropati olmaksızın dizestezi veya parestezi, Raynaud fenomeni, yorgunluk, uyku ve yeme bozuklukları gibi semptom ve bulgular eşlik edebilmektedir (1). Fibromiyalji sık görülen bir bozukluk olmasına rağmen, psikosomatik olarak algılanmakta ve pek çok klinisyen tarafından doğru tanının konulmasında yetersizlik ortaya çıkmaktadır (2). Prevelansı %1-2 olup genel polikliniklere başvuruların %5-6'sını ve romatoloji polikliniklerine yeni başvuruların ise %10-20'sini fibromiyaljili hastalar oluşturmaktadır. Etiyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamış olsa da uyku düzensizliği, nöroendokrin işlev bozukluğu, bölgesel kan akımı değişikliği, metabolik ve immünolojik bozukluklar gibi çeşitli faktörlerin rolünün olduğu ileri sürülmüştür (3). Fibromiyalji sendromu ile psikiyatrik bozuklukların birlikteliği halen tartışma konusu olmaya devam etse de, hastalık seyrinde artmış depresyon sıklığını gösteren araştırmaların yanı sıra depresyon görülme sıklığı açısından diğer romatolojik hastalıklardan farklı olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (4). Depresyonu olan hastalarda uyku, libido ve iştah gibi alanlardaki vejetatif düzensizliklerin artış gösterdiği bilinmektedir (5). Kronik ağrı ile seyreden hastalıklarda sıklıkla depresyonun görülebildiği ve depresyona sadece iştah azalması değil aynı zamanda iştah artışının da eşlik edebileceği

bilinmektedir. Depresyon ile yeme bozuklukları arasındaki ilişki tartışmalı bir konu olmasına rağmen çeşitli çalışmalarda hastalık tablosuna depresyonun öncülük ettiği veya yeme bozukluğunun çoğunlukla depresyon olmadan görüldüğü gibi farklı düşünceler öne sürülmüştür (6,7) Yeme davranışı motor, bilişsel, sosyal, duygusal değişimlerin merkezi ve çevresel faktörler tarafından düzenlenmesiyle oluşan kompleks bir fenomen olarak görülmektedir. Yeme biyolojik gelişim ve fizyolojik fonksiyonların gereksinimini sağlamak yanında çok çeşitli haz ve acı veren yaşantılarla da ilişkilendirilmektedir (8). Yeme bozuklukları çok sayıda fiziksel semptomun ortaya çıkmasına neden olabilen, iyileşme oranı düşük ve tekrarlama riski yüksek bir rahatsızlık grubunu oluşturmakta olup psikiyatrik bozukluklar arasında ölüm oranı yüksek olan rahatsızlıklar grubundan olması nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir (9,10). Ayrıca yeme bozukluğu olan bireylerin yaklaşık %90'ını kadınların oluşturduğu bildirilmektedir (10). Yeme bozukluklarının aile işlevselliği, ailede yeme bozukluğu öyküsü, düşük benlik saygısı, duygudurum bozuklukları, madde bağımlılığı, obezite, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), kötü olaylara maruz kalma öyküsü, cinselliğin kabulü ve ergenlik problemleri gibi pek çok neden ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (11). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda kişinin psikojen ve kişilik özelliklerinin etyolojide yer aldığı ve bu değişkenlerin daha önem arzettiği belirtilmektedir (12). Bedenden gelen duyuları doğru algılama ve yorumlamada bozukluk ve düşük benlik saygısı da yeme patolojileri için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (13). Yeme bozuklukları ile duygudurum bozuklukları arasında yakın ilişki olduğu

ayrıca depresyon ve yeme bozukluğunun altta yatan aynı psikopatolojinin farklı tezahürleri olabileceği de ifade edilmektedir (14). Fibromiyaljili hastaların yaklaşık %20'sinde depresyon belirtileri gözlenmekte olup stresle başa çıkmada yaşadığı problemler günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (15). Fibromiyalji ile psikojenik ağrı, psikonevroz ve kişilik bozuklukları arasında bir ilişki olduğu düşüncesi uzun yıllardır süregelmektedir (16). Başta inflamatuvar artritler ve fibromiyalji sendromu olmak üzere kronik ağrı ile seyreden pek çok hastalıkta sıklıkla depresyon görülebildiği ve depresyona da iştah azalması ve artışının eşlik edebileceği bilinmektedir (DSM-4 Tanı kriterleri). Bu çalışmada fibromiyaljili hastalarda yeme tutumunun değişim gösterip göstermediğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğinde fibromiyalji tanısı ile ayaktan tedavi edilmekte olan 28 hasta ile herhangi bir hastalığı olmayan yaş ve cinsiyet uyumlu 25 sağlıklı gönüllü olmak üzere toplam 53 bireyin yeme tutumu testleri (YTT) retrospektif olarak karşılaştırıldı. Çalışma verileri polikliniğimizde ayaktan tedavi edilmekte olan bilinçli, algılama ve tepki verme yetileri olan, iletişim güçlüğü olmayan, görüşmeyi reddetmeyen ve herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış hastaların dosyalarından sağlanmıştır. Yeme tutumu testi (YTT), hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumlarını ölçmek amacıyla kullanılması yanında normal bireylerde varolan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları

değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır. YTT'nin yeme davranışı bozuklukları için iyi bir değerlendirme aracı olduğu bilinmektedir. Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilmiş olup toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Yani YTT hem klinik düzeyde hasta kabul edilebilecek bireyleri hem de kişinin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunu belirlemede kullanılabilir. Kırk madde içermektedir ve Likert tipi altı basamaklı cevap formu doldurulmaktadır. Savaşır ve arkadaşının yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında YTT alt ölçeği için kesme puanı 30, Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı ise 70 olarak saptanmıştır (17,18). Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Depresyon belirtilerini içeren ve 0-3 arasında skorlanan, 21 adet kendini değerlendirme maddesinden oluşmakta olup depresif belirtilerin şiddetini ortaya koymakta kullanılmaktadır. Türkiye'de, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmış olup kesme puanı 17 olarak bildirilmiştir (19,20). Fibromiyalji Etki Anketi (FEA), Burchardt ve arkadaşları tarafından FM hastalarında fonksiyonel durumu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, kendini iyi hissetme hali, işe gidememe, işte zorlanma, ağrı, yorgunluk, sabah yorgunluğu, tutukluk, anksiyete ve depresyon olmak üzere 10 ayrı özelliği ölçer. Kendini iyi hissetme özelliği hariç, düşük skorlar iyileşmeyi veya hastalıktan daha az etkilenildiğini gösterir. FEA hasta tarafından doldurulur ve tamamlanması yaklaşık 5 dakika sürer. FEA'nın Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır (21,22). Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve bireylerin maruz kaldığı anksiyete

belirtilerinin sıklığını belirlemek amacıyla kullanılan bireyin kendini değerlendirme ölçeğidir. Yirmibir madde içeren ve 0-3 arası skorlanan likert tipi bir ölçek olup Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (23,24).

İstatistiksel Yöntemler

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin dağılımlarının normallik değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Sürekli

değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız örnek T testi veya Mann-Whitney U-testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir. Çalışma ve kontrol gruplarının değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler frekanslar ve yüzdeler şeklinde verilmiştir. p değerleri 0.05’den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalar hazır istatistik yazılımı ile yapılmıştır. (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY)

Tablo 1. Hasta ve kontrol gruplarının demografik özellikleri.

	Fibromiyalji (n=28)	Kontrol (n=25)	p
Yaş (Yıl)	47,86±8,72	46,72±8,01	0.625
Boy (cm)	158,14±6,96	168,72±8,85	<0.001
Kilo (kg)	73,07±14,36	72,60±9,76	0,891
Vücut Kitle İndeksi (kg/m²)	29,24±5,51	25,54±4,06	0.008

Tablo 2. Hasta ve kontrol gruplarını klinik ve eğitim durumlarının değerlendirilmesi.

		Fibromiyalji (n=28)	Kontrol (n=25)	p
Yeme tutumu testi		21.46±13.06	14.88±5.88	0.025
Fibromiyalji Etki Anketi		74.10±14.93	28.81±14.79	<0.001
Beck Depresyon Ölçeği		20.32±8.55	8.24±3.60	<0.001
Beck Anksiyete Ölçeği		27.11±11.27	6.96±5.98	<0.001
Hassas Nokta Sayısı		15.89±2.00	5.44±2.23	<0.001
Katılımcı Eğitim Durumu	İlkokul	13(46.4)	3(12)	0.002
	Ortaokul	6(21.4)	2(8)	
	Lise	3(10.7)	1(4)	
	Üniversite	4(14.3)	17(68)	
	Okur-Yazar değil	2(7.1)	2(8)	
Baba Eğitim Durumu	İlkokul	18(64.3)	9(36)	0,037
	Ortaokul	1(3.6)	5(20)	
	Lise	4(14.3)	6(24)	
	Üniversite	0(0)	3(12)	
	Okur-Yazar değil	5(17.9)	2(8)	
Anne Eğitim Durumu	İlkokul	12(42.9)	14(56)	0,007
	Ortaokul	0(0)	4(16)	
	Lise	1(3.6)	3(12)	
	Üniversite	0(0)	1(4)	
	Okur-Yazar değil	15(53.6)	3(12)	

Veriler ort±SS, n (%) biçiminde gösterilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan gönüllülerin yaş ortalaması hasta grubunda 47.86±8.72, kontrol grubunda ise 46.72±8.01 yıl olarak bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.625). Hasta grubunun vücut kitle indeksi 29.24±5.51 kg/m² kontrol grubunun ise 25.54±4.06 kg/m² olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.008) (Tablo 1).

Hasta grubunun yeme tutumu testi 21.46±13.06 olarak kontrol grubunun ise 14.88±5.88 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0.025). Hasta grubunun Fibromiyalji Etki Anketi 74.10±14.93 olarak kontrol grubunun ise 28.81±14.79 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p<0.001). Hasta grubunun Beck Depresyon Ölçeği 20.32±8.55 ve kontrol grubunun ise 8.24±3.60 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

saptandı ($p<0.001$). Hasta grubunun Beck Anksiyete Ölçeği 27.11 ± 11.27 olarak kontrol grubunun ise $6,96\pm 5,98$ olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.001$). Hasta grubunun Hassas Nokta Sayısı 15.89 ± 2.00 olarak kontrol grubunun ise 5.44 ± 2.23 olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p<0.001$). Katılımcıların, anne ve baba eğitim durumları değerlendirildiğinde ise hasta grubu ile kontrol grubu arası fark istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı (Sırasıyla $p= 0.002$, $p= 0.007$, $p=0.037$) (Tablo 2).

Tartışma

Fibromiyalji sendromu, etyolojisi belli olmayan, yaygın vücut ağrıları, belirli anatomik bölgelerde hassasiyet, azalmış ağrı eşiği, uyku bozuklukları, yorgunluk ve sıklıkla psikolojik sıkıntı ile karakterize eklem dışı romatizmal bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (25,26) Genellikle selim bir hastalık olarak seyretmesine rağmen romatoid artritli hastalar ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda yaşam kalitesinin, fiziksel özürülük dışında her iki hastalıkta da aynı düzeyde etkilendiği saptanmıştır (27). Bir çok araştırmacı, fibromiyalji kliniğinin kronik ve tekrarlayıcı olduğu konusunda fikir birliği içindedir (28). Görülme sıklığı; kadınlarda %3,4 ve erkeklerde ise %0,5 olarak bildirilmiş olup (29) hastaların %70-80 kadarını kadınlar oluşturmaktadır. Her yaş grubunda görülebilmeye rağmen, fibromiyaljiye 30–50 yaş sedanter yaşayan kadınlarda daha sık rastlanmaktadır (3,31,32). Fibromiyalji etiyopatogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte hormonal ve immünolojik nedenler ile kas

oksijenizasyon bozukluğu gibi birçok faktörün rolünün olabileceği ileri sürülmektedir (33) Hastalığın ortaya çıkmasında hepatit, dirençli stres, kronik uyku bozukluğu ve fiziksel travmanın etkili olabileceği de bildirilmiştir (34). Fibromiyaljide ağrı en sık görülen semptomlardan olup bireyin fiziksel yetersizliğine yol açarak, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (35). Depresyon ile yeme bozuklukları arasında sıkı ve karmaşık bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Bununla birlikte duygu durumundaki değişimlerin kişinin beslenme düzenindeki dengesizliğe bağlı olduğu da düşünülmektedir (36). Depresyon ve yeme bozuklukları arasında ilişkiye dair farklı görüşler mevcuttur. Çeşitli çalışmalarda yeme bozukluğunun belirgin görüldüğü anoreksiya nervoza tablosuna depresyonun öncülük ettiğini belirten araştırmalar olduğu gibi anoreksiya nervozanın atipik bir depresyon olduğunu ileri süren araştırmacılar da vardır. Bunun yanında bazı yazarlar da açlığın depresyon benzeri tabloya yol açtığını bildirmişlerdir. Bazı yazarlara göre ise devam eden yeme bozukluğuna ikincil depresyon geliştiği belirtilirken bazıları da yeme bozukluğunun çoğunlukla depresyon olmadan görüldüğünü ifade etmişlerdir (37-39.) Çalışmamızda, fibromiyaljili hastalarda yeme tutumu bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasında paralellik olduğunu saptadık. Speranza ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada yeme bozukluğunun şiddeti ile depresyon arasındaki ilişkinin obsesif kompulsif bozukluğa göre daha güçlü olduğunu ve bu hastalarda depresyona yatkınlığın daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (40). Tozzi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise yeme bozukluğu olan bireylerde aile içi problemler, depresyon, anksiyete, alkolizm

ve diğer psikiyatrik bozukluklarla şişmanlık veya herhangi bir yeme bozukluğuna daha çok rastlandığı belirtilmiştir (41). Biz de katılımcıların eğitim durumları bakımından değerlendirdiğimizde fibromiyaljili hastalara ilaveten anne ve baba eğitim durumlarının da yetersiz olduğunu saptadık. Bir başka çalışmada Kornhaber ve arkadaşları, yeme bozukluklarından tıknama sendromu olarak ayrı bir klinik tanım yapmış ve bu bozukluğun hiperfaji, depresyon ve duygusal geri çekilme ile seyrettiğini belirtmiştir (42). Mills ve arkadaşlarının çalışmasında ise obez bireylerin depresyon puanlarının orta derecede yükselmiş olduğu saptanırken aşırı obez ve normal beden ağırlığına sahip deneklere ilişkin çalışmada obezlerin normal kilolu bireylere göre depresyon, anksiyete, psikolojik uyum ve standart kişilik ölçümlerinde daha fazla psikiyatrik bir bozukluk göstermedikleri saptanmıştır (43). Castelnuovo-Tedesco ağır obezitesi olan 20 kadın olguyu incelediği çalışmasında; pasif agresif kişilik bozukluğu başta olmak üzere kişilik bozukluklarına daha fazla rastlandığını bildirmiştir. Olguların varolan depresif özelliklerinin şiddetli olmadığını ve yiyecek alımının tipik olarak duygusal yoksunluğu yatırtmak için kullanıldığını ileri sürmüştür (44). Yanovski ve arkadaşlarının çalışmasında ise aşırı yeme bozukluğu (TYB) olan obez hastalarda major depresyon ve panik bozukluğun daha fazla görüldüğü, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, basit fobi ve sosyal fobi açısından fark bulunmadığı ve sınır ve kaçınan kişilik bozuklukları tanımlarını daha fazla aldıkları saptanmıştır (45) Çalışmamızda fibromiyaljili hasta grubunun vücut kitle indeksi değerlerini kontrol grubuna göre

yüksek saptamış olmamız ve bu durumun anksiyete ve depresyon skorları ile paralellik arz ediyor olması fibromiyalji, obezite, anksiyete ve depresyonun birliktelik gösterebildiği kanaati uyandırmaktadır.

Sonuç olarak fibromiyaljili hastaların tedavisi planlanırken hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinin, tedavi uyumuna ve prognoza olumlu katkıda bulunabileceği söylenebilir. Bununla birlikte geniş olgu sayısına sahip prospektif çalışmaların yapılmasının konuya katkıda bulunabileceği ifade edilebilir.

Kaynaklar

1. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: new research on an old malady. [BMJ](#). 1989;25:474-5.
2. Mas AJ, Carmona L, Valverde M, Ribas B. Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26:519-26.
3. Bradley LA, Mc Kendree Smith NL. Central nervous system mechanisms of pain in fibromyalgia and other musculoskeletal disorders: behavioral and psychologic treatment approaches. *Curr Opin Rheumatol*. 2002;14:45-51.
4. Gulec H, Sayar K, Yazici Gulec M. The Relationship between Psychological Factors and Health Care Seeking Behavior in Fibromyalgia Patients. *Türk Psikiyatri Derg*. 2007;18:22-30.
5. [Parker G](#), [Roy K](#), [Mitchell P](#), [Wilhelm K](#), [Malhi G](#), [Hadzi-Pavlovic D](#).

- Atypical depression: a reappraisal. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1470-9.
6. Wamboldt FS, Kaslow NJ, Swift WJ, Ritholz M. Short-term course of depressive symptoms in patients with eating disorders. *Am J Psychiatry*. 1987;144:362-4.
 7. Silverstone PH. Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychological Reports*. 1990;67:276-8.
 8. Saygılı F. Obezite komplikasyonları Ed: Yılmaz C, Obezite ve Tedavisi Mart matbaacılık, İstanbul. 1999:41-57.
 9. [Lindberg L](#), [Hjern A](#). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study *Int J Eat Disord*. 2003;34:397-408.
 10. Brotman AV, Herzog DB Eating Disorders. *Manual of Clinical Problems in Psychiatry*. Hyman SE, Jenike MA, editors. Boston/Toronto/London: Little, Brown and Company 1990.
 11. Fairburn CG, Mphil DM, Cooper Z, Welch SL. Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:468-76.
 12. Humphrey LL. Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *J Consulting and Clinical Psychology*. 1989;57:206-14.
 13. Button E. Self-esteem in girls aged 11-12: baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *J Adolesc*. 1990;13:407-13.
 14. Devlin MJ, Walsh BT, Katz JL, Roose SP, Linkie DM, Wright L, Vande Wiele R, Glassman AH. Hypothalamic-pituitary-gonadal function in anorexia nervosa and bulimia. *Psychiatry Res*. 1989;28:11-24.
 15. [Ahles TA](#), [Khan SA](#), [Yunus MB](#), [Spiegel DA](#), [Masi AT](#). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1721-6.
 16. Reynolds, M.D. Clinical diagnosis of psychogenic rheumatism. *West J Med*. 1978;128:285-90.
 17. Garner DM, Garfinkel PE The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979;9:273-9.
 18. Savaşır I, Erol N. Yeme tutumu testi: Anoreksiya nervoza belirtileri indeksi. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7:19-24.
 19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory For Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561-71.
 20. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1989;7:3-13.
 21. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*. 1991;18:728-33
 22. Sarmer S, Ergin S, and Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int*. 2000;20:9-12.
 23. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-7.

24. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*.1998;12:28-35.
25. Yunus MB, Masi AT, Calabro JJ. Primary fibromyalgia (fibrositis); Clinical study of 50 patient with matched normal controls. *Semin Arhtritis Rheum*. 1981;11:151-71.
26. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria committe. *Arthritis Rheum*. 1990;33:160-72.
27. Martinez JE, Febraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia versus Rheumatoid Arthritis, a longitudinal comparison of the quality of life. *J.Rheumatol*. 1995;22:2;270-4.
28. Wolfe F. The The fibromyalgia syndrome, a consensus report on fibromyalgia and disability; *J.Rheumatol*, 1996;23:534-39.
29. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russel IJ. The prevalence and Characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis rheum*. 1995;38:19-28.
30. Degotardi PJ, Klas ES, Rosenberg BS. Development and evaluation of a Cognitive-Behavioral intervention for juvenile fibromyalgia. *J. Pediatric Psych*. 2006;24:1-10.
31. Clark SR, Burckhardt CS, O'RiellyC, Bennett RM. Fitness characteristics and perceived exertion in women with fibromyalgia. *J Musculoskeletal Pain*. 1993;1:191-7.
32. Blanton ME. Clinical features and diagnosis of fibromyalgia. *J Musculoskel*. 1992;9:24-42.
33. Bennett RM. Fibromyalgia and the facts. Sense or nonsense? *Rheum Dis Clin North Am*. 1993;19:45-59.
34. Bennett RM. The fibromyalgia syndrome. *Textbook of Rheumatology*. 5th edition (Eds. Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB) W.B. Saunders Company, Philadelphia. 1997:511-9.
35. Reed-Culos, SN, Brawley LR. Fibromyalgia, physical activity and daily functioning: the importance of efficacy and healthrelated quality of life. *Arthritis Care and Research*. 2000;13:343-51.
36. Ertaş HS. Yeme Bozuklukları, Anoreksiya, Bulimia ve Diğerleri. *Timaş Yayınları, İstanbul*. 2006.
37. Katz JL. Anorexia nervosa and depression: another view. *Am J Psychiatry*. 1986.143:270-1.
38. Altshuler KZ, Weiner MF. Anorexia and depression: a dissenting view. *Am J Psychiatry*. 1985.142:328-2.
39. Laessla RJ, Kittl S, Fitcher MM. Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimiya. *Br J*
40. [Speranza M](#), [Corcos M](#), [Levi G](#), [Jeammet P](#). Obsessive-compulsive symptoms as a correlate of severity in the clinical presentation of eating disorders: measuring the effects of depression. [Eat Weight Disord](#). 1999;4:121-7.
41. Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, McKenzie J, Bulik CM. Causes and recovery in anorexia nervosa: the patients' perspective. *Int J Eat Dis*; 2003;34:143-54.
42. Kornhaber A. The stuffing syndrome. *Psychosomatics*. 1970;11:580-4.
43. Mills JK, Andrianopoulos GD. The relationship Between Childhood Onset Obesity and Psychopathology in Adulthood, *The Journal of Psychology* 1993;127:547-51.

44. Castelnuovo-Tedesco P, [Schiebel D](#). Studies of superobesity: I. Psychological characteristics of superobese patients. [Int J Psychiatry Med](#). 1975;6:465-80.
45. Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbert BK, Spitzer RL. Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1472-79.