

Obezitenin Psikiyatrik Yönü, Tedavisinde Davranışçı ve Bilişsel Davranışçı Terapi

Gülin ÖZDAMAR ÜNAL¹ 

Palandöken Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Erzurum

Öz

Obezite, psikolojik ve sosyal faktörlerle ilişkili multifaktöriyel bir durumdur. Yapılan çalışmalarda, obez bireylerde genel popülasyona kıyasla daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık gözlenmiştir. Obezitenin tedavi edilmesi ile, hem beden sağlığında hem de ruh sağlığında iyileşme gözlenmektedir. Obezite tedavisinde davranış terapisinin ve bilişsel davranışçı terapisinin yaşam tarzı değişikliklerine eklenmesi tedavi etkinliğini arttırmakta ve hedeflenen vücut ağırlığının sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Bu yazıda, obezitenin epidemiyolojik özellikleri, beden ve ruh sağlığı üzerine etkileri ve tedavisinde davranış terapisini ve bilişsel davranışçı terapi uygulamaları sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, bariatrik cerrahi, yaşam tarzı değişikliği, bilişsel davranışçı terapi

Abstract

Psychiatric Aspects of Obesity, Behavioral and Cognitive Behavioral Therapy in Treatment

Obesity is a multifactorial condition associated with psychological and social factors. Studies have shown that obese individuals have higher rates of mental illnesses compared to the general population. Treatment of obesity has improved both physical health and mental health. The addition of behavioral therapies to lifestyle changes in the treatment of obesity increases the effectiveness of the treatment and contributes to the maintenance of the target weight. In this article, the effects of obesity on epidemiological characteristics, physical and mental health, behavioral and cognitive behavioral therapy applications are presented.

Keywords: Obesity, bariatric surgery, lifestyle change, behavioral therapy, cognitive behavioral therapy

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) pre-obezite ve obeziteyi; sağlığı bozacak ölçüde, anormal ya da aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır. Pre-obezite beden kütle indeksinin (BKİ) 25–29,99 kg/m² arasında, obezite ise BKİ'nin 30 kg/m² ve üzerinde olmasıdır (World Health Organization Fact sheet. Obesity and overweight; (2016). Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>).

DSÖ'nün verilerine göre, 2014 yılında dünya çapındaki 18 yaş ve üzeri erişkinlerin 1,9 milyarından fazlası pre-obez, 600 milyondan fazlası ise obezdir. Yani, dünya erişkin nüfusunun yaklaşık %39'unun (erkeklerin %38'i, kadınların %40'ı) pre-obez, %13'ünün (erkeklerin %11'i, kadınların %15'i) obez olduğu düşünülmektedir. 1980–2014 yılları

Correspondence / Yazışma:

Gülin ÖZDAMAR ÜNAL
Palandöken Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Erzurum

Tel: +90 442 235 50 80

E-mail: gulin_ozdamar@hotmail.com

Received / Geliş: May 30, 2017

Accepted / Kabul: August 16, 2017

©2018 JCBPR. All rights reserved.

arasında obezite prevalansının dünya çapında iki kattan daha fazla artış gösterdiği bildirilmiştir (World Health Organization Fact sheet. Obesity and overweight; (2016). Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>).

Ülkemizde de diğer dünya ülkelerine benzer şekilde, obezite görülme sıklığı son yıllarda artış göstermektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2010) ön çalışma raporunda, Türkiye'de obezite görülme sıklığı %30,3 (erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0) olarak bulunmuştur (Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu, 2014).

Obezite çevresel, genetik, ekolojik, psikolojik faktörler arasındaki karmaşık etkileşimlerin sonucu olarak ortaya çıkar. Sosyoekonomik ve psikolojik nedenler, beslenme alışkanlıkları, endokrin hastalıklar (Cushing sendromu, hipoparatiroidizm, hipotalamus hastalıkları, polikistik over hastalığı, hipogonadizm, büyüme hormonu eksikliği, insülinoma) ve ilaçlar (antipsikotikler, antidepressanlar, anti epileptikler, steroidler, antidiyabetikler) obezite etyolojisinden sorumlu tutulan diğer faktörlerdir.

Günümüzde şeker ilaveli, yüksek kalorili içeceklerin, yağdan zengin, glisemik içeriği yüksek yiyeceklerin ve fast-food tüketiminin artması, obezitenin artan prevalansına katkı sağlamaktadır (DeBoer, Scharf ve Demmer, 2013; Mancino, Todd, Guthrie ve Lin, 2014). Artan kalori alımının yanı sıra televizyon, telefon, bilgisayar, tablet başında harcanan zamanın artışı, fiziksel aktivitelerde azalma ve sedanter yaşam tarzı gibi nedenlerle azalan kalori tüketimi de obeziteye yol açmaktadır (Nelson, Neumark-Stzainer, Hannan, Sirard ve Story, 2006). Ayrıca, artan stres faktörlerinin, daha yüksek vücut ağırlığı ve sağlıksız beslenme davranışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Moore ve Cunningham, 2012).

Son 40 yıldır, pre-obezite ve obezite dünya çapında giderek artan endişeye yol açan bir sağlık sorunu olmuştur (Collaboration, 2016). Obez bireylerde diyabetes mellitus, dislipidemi, hipertansiyon, kardiyovasküler sistem hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar, obstrüktif uyku apne sendromu, hepatosteatoz, kolelitiazis, gastroözefagal reflü, osteoartrit, polikistik over, infertilite, bazı kanser türleri daha sık gözlenmektedir (Abdelaal, le Roux ve Docherty, 2017). Bu grupta kardiyovasküler sistem ilaçları, analjezikler, astım ilaçları ve psikotrop ilaç kullanımında artış mevcuttur (Bardel, Wallander ve Svardsudd, 2000).

Normal vücut ağırlığına sahip erişkinlerle karşılaştırıldığında, obez bireylerde ölüm riskinde artış olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Adams ve ark., 2006; Kitahara ve ark., 2014). Obeziteye bağlı ölümler dolaşım sistemi hastalıkları, diyabet, solunum yolu enfeksiyonları, böbrek hastalıklarının yanı sıra bazı kanser türleri nedeniyle olmaktadır (Barbieri ve ark., 2017).

Obezite, artan sağlık hizmeti maliyetleri, azalan üretkenlik ve iş gücü kaybı nedeniyle ülke ekonomisine büyük yük getirmektedir. İngiltere'de obezite ile ilişkili sağlık hizmeti harcamaları, tüm sağlık hizmeti maliyetlerinin %2,3-2,6'sını oluşturmaktadır (Lang, Rayner, Rayner, Barling ve Millstone, 2005).

Obezite tedavisinde multidisipliner yaklaşım ile bireye özgü tedavi stratejilerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Kalorisi azaltılmış diyetler, fiziksel egzersiz programları, farmakolojik tedaviler, cerrahi operasyonlar ve bilişsel davranışçı terapi etkili tedavi seçenekleri olarak uygulanmaktadır. Uzun dönemde beslenme, yemek yeme ve fiziksel egzersiz davranışlarının değiştiren tedavi yaklaşımlarının en başarılı sonuçlara yol açtığı gösterilmiştir.

Obezite Tedavisinde Farmakoterapötik Yaklaşım

Farmakoterapötik ajanlar, BKİ 27 kg/m² ve üstü olanlarda, obezite ile ilişkili risk faktörleri ya da hastalıkları olan kişilerde uygulanabilmektedir. Günümüzde farmakoterapide kullanılan ajanlar genel olarak iki kategoride incelenmektedir: Anoreksijenik ilaçlar (sempotomimetik aminler, sibutramin) santral sinir sistemindeki iştah merkezini baskılayarak etki gösterir. Lipaz inhibitörleri (orlistat gibi) periferik etki ile gastrointestinal sistemde diyetle alınan yağların emilimine engel olarak ağırlık kaybına yol açar. Tedavi kılavuzlarında obezite için ilaç tedavisi kullanılan hastaların, ilaçların güvenilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek için düzenli olarak takip edilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. İlaç tedavisi kullanmak isteyen obez bireylerin, tedavinin riskleri, uzun dönemde ilaç kullanımı ile ilgili güvenilir verilerin bulunmadığı konularında bilgilendirilmesi önerilmektedir (Cannon ve Kumar, 2009).

Yirmi sekiz randomize klinik çalışmayı kapsayan obez, pre-obez 29018 orlistat, lorcaserin, naltrekson-bupropion, fentermin-topiramet, liraglutid kullanan hastayı içeren bir metaanaliz çalışmasında, ilaçların plaseboya kıyasla 52 hafta süresince en azından %5 ağırlık kaybı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Yan etkiler nedeniyle ilaç bırakma

oranlarının, plasebo ile karşılaştırıldığında 1,3–2,9 tahmini rölatif riskine sahip olduğu gösterilmiştir (Khera ve ark., 2016).

Obezite Tedavisinde Cerrahi Yaklaşım

Bariatrik cerrahinin; ek hastalığı olmayıp BKİ 40 kg/m² ve üzeri olanlara ya da BKİ 35 kg/m² ve üzeri olup obezite ile ilişkili hipertansiyon, hiperlipidemi, obstrüktif uyku apne sendromu, non-alkolik karaciğer hastalığı, psödötümör serebri gibi ek hastalıkları bulunanlara uygulanması önerilmektedir (Mechanick ve ark., 2013). Günümüzde obezite cerrahisinde ayarlanabilir gastrik bant, sleeve gastrektomi, Roux-en-Y gastrik bypass, intragastrik balon teknikleri uygulanmaktadır. Ameliyat öncesi ve sonrasında hastaların multidisipliner olarak beslenme uzmanları, metabolizma uzmanları ve psikiyatristler tarafından takip edilmesi önerilmektedir. Psikolojik hastalıklara ya da belirtilere sahip bireylerde operasyondan vazgeçme daha sık görülmektedir (Merrell, Ashton, Windover ve Heinberg, 2012). Farklı çalışmalarda, bariatrik cerrahi adaylarının yaklaşık %40'ında en azından bir psikiyatrik hastalık bulunduğu, en sık major depresyon, anksiyete bozukluğu ve yeme bozukluğu komorbiditesinin saptandığı belirtilmiştir (Malik, Mitchell, Engel, Crosby ve Wonderlich, 2014; Mitchell ve ark., 2012).

Ameliyattan sonraki ilk 30–180 günde ortaya çıkan pulmoner komplikasyonlar, kusma, yara yeri enfeksiyonları, hemoraji ve anastomoz kaçağı gibi komplikasyonların insidansı %4–25 arasında değişkenlik göstermektedir. Bariatrik cerrahi sonrası yetersiz ağırlık kaybı, geri kazanılan vücut ağırlığı ve komplikasyonlar nedeniyle gerçekleşen reoperasyon oranları endişe uyandırmaktadır (Twells ve ark., 2016). Gözlemsel çalışmaların ortaya çıkardığı veriler bazı bariatrik cerrahi prosedürlerinden sonra, madde kötüye kullanım bozukluğu ve suisid riskinin artabileceğini göstermektedir (Marcus, Kalarchian ve Courcoulas, 2009).

Obezite ve Psikiyatri

Son yıllarda, obezite psikiyatri dünyasında ilgi çekici alanlardan biri olmuştur. Psikososyal ve emosyonel stres, çocuklarda iştah ve yeme davranışında artışa yol açarak olumsuz emosyonları bastırmak amacıyla maladaptif bir baş etme mekanizması olarak obeziteye sebep olabilmektedir (Hemmingsson, 2014). Çocukluk çağı obeziterlerinin, ebeveynin yeme tarzı, stresi ve depresyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (El-Behadli, Sharp, Hughes, Obasi ve Nicklas, 2015).

Yapılan çalışmalarda obez bireylerde genel popülasyona kıyasla daha yüksek oranda psikiyatrik hastalık gözlenmiştir. Obez bireylerde beden algı bozukluğu, düşük benlik saygısı, düşük öz yeterlilik, yüksek mükemmeliyetçilik, yüksek dürtüsellik gözlenmiştir (Deveci, 2005). En sık gözlenen psikiyatrik rahatsızlıkların depresyon ve sosyal fobi olduğu belirtilmiştir (Eren, 2003).

Simon ve arkadaşlarının (2006) 9125 kişi ile yaptıkları çalışmada, obezitenin; major depresyonun, bipolar bozukluğun, panik bozukluğun ve agorofobinin yaşam boyu görülme sıklıklarının belirgin düzeyde artışı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Tedavi arayışında olan obez bireylerde; depresyon, anksiyete, düşük benlik algısı, yeme bozuklukları, düşük yaşam kalitesi normal vücut ağırlığı olan popülasyona göre daha yüksek oranda görülmüştür (Abiles ve ark., 2010). Hung-Yen Lin ve arkadaşları (2013) obezite tedavi merkezinde takip edilen, bariatrik cerrahi ve cerrahi dışı yöntemlerle tedavi gören 1832 obez hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların %42'sinde en azından bir psikiyatrik hastalık bulunduğunu saptamışlardır. En sık görülen psikiyatrik hastalıkların; distimik bozukluk (%20,5), yaygın anksiyete bozukluğu (%17,2), tıknırcasına yeme bozukluğu (%7,6), major depresif bozukluk (%7,2), uyum bozukluğu (%2,5), uyku bozukluğu (%2,5), bulimia nevroza (%1,3), bipolar bozukluk (%1,2), organik mental bozukluk (%1,1) olduğu bulunmuştur. Cerrahi uygulanan hastalarda, cerrahi dışı tedavi uygulanan hastalara kıyasla daha yüksek oranda yeme bozukluğu saptanmış olup, her iki grup arasında duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozukluğu görülme sıklığında belirgin bir farklılık saptanmamıştır.

Obezite tedavisinde uygulanan cerrahi ve cerrahi dışı yöntemlerin etkinliği psikolojik faktörlerle etkilenebilir. Kinzl ve arkadaşları (2006) bariatrik cerrahi uygulanan, iki ve daha fazla psikiyatrik hastalığı bulunan obez hastalarda, herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmayanlara ve bir psikiyatrik hastalık bulunanlara kıyasla daha az ağırlık kaybı olduğunu saptamışlardır.

Ohsiek ve Williams (2011) yaptıkları literatür derlemesinde, obez yetişkinlerde ağırlık kaybını sürdürme ve nüks ile ilişkili psikolojik faktörleri araştırmışlardır. Ağırlık kaybını etkileyen sekiz psikolojik faktör tanımlamışlardır: Gerçekçi olmayan ağırlık kaybı beklentisi, dikotomik düşünme tarzı, duygudurumu düzenlemek için yeme davranışı, diyet kısıtlamasına karşı disinhibisyon, algılanan kâr-zarar oranı, depresyon ve beden algısı.

Teixeira ve arkadaşları (2015) 35 çalışmayı kapsayan, tedavi programındaki obez hastaların ağırlık kaybetmelerini ve kaybedilen ağırlıklarının sürdürmelerini etkileyen davranışsal faktörleri araştıran bir metaanaliz çalışması yapmıştır. Otonom motivasyonun, öz yeterliliğin, kendini izleme gibi becerilerin öz denetiminin, esnek yeme kısıtlamanın, pozitif beden algısının yüksek düzeylerinin orta ve uzun vadede vücut ağırlığı kontrolünde pozitif mediyatörler olduğunu saptamışlardır.

Obezite psikolojik ve sosyal faktörlerle ilişkili multifaktöriyel bir durum olduğu için, obezitenin tedavi edilmesi sadece beden sağlığını değil aynı zamanda ruh sağlığını da etkiler. Farklı çalışmalarda, obez bireylerde ağırlık kaybının depresyon ve anksiyete yakınmalarında azalmaya yol açtığı gösterilmiştir (Foster ve ark., 2004).

Obeziteyle İlişkili Davranışsal Faktörler

İnsan ve hayvanların davranışlarının deneyimlerine bağlı değişmesi, öğrenmenin gerçekleştiği anlamına gelir. Öğrenilen şeylerin çoğu, insanın beden ve ruh sağlığı üzerinde olumlu ya da olumsuz etkiler yaratır. Birch, McPhee, Sullivan ve Johnson (1989), çocuklarda gıda alımı kontrolünde öğrenmenin rolünü araştırdıkları çalışmalarında, yeme davranışının görsel, işitsel ve çevresel faktörlerle koşullandırıldığı çocuklarda, koşullandırılmayanlara kıyasla yemek yeme latanslarının daha kısa ve yiyecek tüketimlerinin daha fazla olduğunu saptamışlardır.

Klasik koşullanma yoluyla öğrenme, yeme davranışını ve yeme bozukluklarını açıklamak için kullanılabilir. Klasik koşullanmada başlangıçta nötr olan uyarıcı, koşulsuz uyarıcı ile eşleşerek koşullu uyarana dönüşür. Böylece, koşulsuz uyarıcının oluşturduğu tepki, koşullu uyarıcı tarafından doğal ve otomatik olarak gerçekleşir (Türkçapar, 2008). Çoğu zaman insanlar, televizyon izlemek, arkadaşları ile sosyal etkileşimde bulunmak gibi başka aktivitelerle uğraşırken yemek yiyebilir. Yemek yeme davranışı ile bu faaliyetlerin tekrar tekrar birlikte yapılması, birbirleri ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilmelerine yol açar. Yemekten bağımsız olarak bu aktivitelerin yapılması, eş zamanlı gıda aşermesine yol açabilir (Collins ve Bentz, 2009).

Yeme davranışı, homeostatik ve non homeostatik (hedonik) olmak üzere iki farklı sistem tarafından düzenlenir. Homeostatik yeme davranışı, vücuttaki enerji dengesini korumak için kompleks nöral sistemler tarafından düzenlenen yeme davranışdır. Non homeostatik (hedonik) yeme davranışı ise herhangi bir enerji azalması

sinyali olmaksızın yeme davranışının başlatılmasıdır. Gıda alımı, ödül sistemleri yoluyla gıdaya yönelme davranışını arttırmaktadır (Saper, Chou ve Elmquist, 2002). Gıdaların tatlarının yarattığı hedonik özellikler ve açlık hissini azaltılması, yeme davranışının pekiştirilmesine neden olur. Fazla yeme davranışının etkisiyle oluşan vücut ağırlığında artış daha geç dönemde ortaya çıktığı için, yeme davranışının kontrolünde etkisi zayıf kalmaktadır. Moral bozukluğu, yalnızlık ve kaygı gibi olumsuz duygularla başa çıkmak için yiyeceklere yönelme ve geçici olarak rahatlama da yeme davranışının pekiştirilmesine yol açmaktadır.

Egzersiz ağırlık kontrolü ve beden sağlığındaki olumlu etkisinin geç dönemde ortaya çıkması, erken dönemde, özellikle obez bireylerde yorgunluk, rahatsızlık, zorlanmaya yol açması, fiziksel aktivitede azalma davranışının pekiştirilmesine yol açmaktadır. Örneğin, günde 5 kilometre koşması gereken obez bir yetişkin yaşadığı zorlanma ve rahatsızlık hissi nedeniyle egzersiz programını terk edebilir. Eğer egzersiz programına günde 15 dakikalık yürüyüşlerle başlanıp hedeflenen düzeye zamanla kademeli olarak geçiş yapılırsa, birey kendisini daha başarılı hissedebilir ve egzersiz yapmaya daha motive olabilir.

Davranışsal müdahalelerle, uygun olmayan psikolojik veya çevresel tetikleyiciler ve ipuçları tanımlanarak koşullu yanıtın söndürülmesi hedeflenir.

Obeziteyle İlişkili Bilişsel Faktörler

Olumsuz temel inançlar, çocukluk çağından itibaren yaşanan olumsuz olaylara yanıt olarak gelişen bireylerin, başkaları, dünyaları ve kendileri hakkındaki işlevsel olmayan bilişleridir (Beck, J, 2016). Bu inançlar, düşünceleri, duyguları ve aşırı yeme gibi bir takım sorunlu davranışları tetikleyebilir.

Anderson, Rieger ve Caterson (2006) yaptıkları çalışmalarında, tedavi arayışındaki obez bireylerdeki ve normal vücut ağırlığına sahip bireylerdeki maladaptif şemaları karşılaştırmışlardır. Obezlerde, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda maladaptif şema olduğunu, sosyal izolasyon, kusur/utanç, başarısızlık alt ölçeklerinin istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ancak, obezite ile ilişkili spesifik şema alanlarının bulunmadığını, bunun yerine herhangi bir şema alanındaki işlevsizliğin yarattığı olumsuz etkiyi azaltmak için aşırı yeme davranışının tetiklenebileceğini iddia etmişlerdir.

Tablo 1: Obezitede görülen düşünce hataları ve örnekleri

Düşünce hataları	Örnekler
Abartılı düşünme	Tatlı gıdalara asla dayanamam.
Etiketleme	Obez olduğum için "kaybedenim".
Zihin okuma	Aşırı kilolarım nedeniyle insanlar beni reddedecekler.
Ya hep ya hiç düşüncesi	Diyete bağlı kalmadım, bundan sonra dikkat etsem de işe yaramaz.
Felaketleştirme	Ne yaparsam yapayım asla kilo veremeyeceğim.
Haklı neden ileri sürme	Sorunum genlerimde, istesem de kilo veremeyeceğim.
Olumsuz geleceği önceden görme	Sevdiğim yiyecekleri gördüğümde yemeden duramam.
Geleceği olumlu görme	İstedğim zaman sıkı bir diyetle hızla kilo verebilirim.
Duygusal çıkarsama	Kilo vermek çok zor, buna katlanamam.
Kendini kandırma	Bir kere fazla yesem bir şey olmaz.
İşlevsel olmayan kurallar	Hiç yemek yemeyerek, aşırı egzersiz yaparak, laksatif kullanarak kilo verebilirim.

Düşünce hataları, bilişsel işleyiş sürecinde hızlı ve istenmeden ortaya çıkan bilişsel çarpıtmalardır. Bilişsel işleyişte sistematik, olumsuz önyargılar, obezite gelişmesine ve obezitenin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır. Ağırlık kaybı için başarısızlıkla sonuçlanan her denemenin, bireylerin öz yeterliliklerini kaybetmelerine yol açarak ağırlık kaybını daha da zorlaştıran, işlevsel olmayan, bilişsel hatalara yol açtıkları düşünülmektedir. Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımında düşünce hatalarının tespit edilip bunların alternatif, işlevsel düşünceler ile yer değiştirmesinin sağlanması ile ağırlık kaybı başarısını arttırabileceği öne sürülmektedir (Coelho, Jansen ve Bouvard, 2011). Tablo 1’de, obezitede görülen düşünce hataları ve örnekleri sunulmuştur.

Da Luz ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmalarında, morbid obez hastalardaki ve normal vücut ağırlığına sahip bireylerdeki maladaptif şemaları ve bilişsel çarpıtmaları karşılaştırmışlardır. Obezite grubunda 15 tip maladaptif şemadan birinin (“yetersiz öz denetim/öz disiplin”) ve 15 tip bilişsel çarpıtmadan birinin (“etiketleme”) istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamışlardır. Aradaki farklılığın şans eseri ortaya çıkmış olabileceğini ve morbid obezler ile normal vücut ağırlığına sahip bireyler arasındaki işlevsel olmayan biliş oluşumunda belirgin klinik farklılık olmadığını belirtmişlerdir.

Obeziteye Psikoteröpatik Yaklaşım

Obezite, gelişimine yol açan ve başarısız ağırlık kaybı öykülerinin perde arkasında yer alan psikolojik değişkenlerle ilişkili olduğu için, psikoterapiler obezite tedavisinde önemli rol oynar. Obezitede uygulanan psikoterapiler, temel olarak, hastaların disfonksiyonel davranışlarını

değiştirmelerine, bilişsel süreçlerine odaklanmalarına, gerçekçi olmayan vücut ağırlığı hedeflerini, olumsuz beden algılarını modifiye etmelerine, kendi kendini izleme, uyarıcı kontrolü gibi becerilerini geliştirmelerine, yiyeceklerin tadına varmak ve tokluk hissini fark edebilmek için yavaş yeme gibi davranışsal değişiklikleri sağlamalarına yol açarak; ağırlık kaybının elde edilmesine, hedeflenen vücut ağırlığının sürdürülmesine ve nükslerin önlenmesine yardımcı eder (Castelnuovo ve ark., 2017).

Psikoeğitim, davranış terapisi, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi, psikodinamik terapi gibi farklı psikoteröpatik yaklaşımlar obezite tedavisinde uygulanmaktadır (Castelnuovo ve ark., 2017). Psikoteröpatik yaklaşımlardan, davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi yöntemleri en yaygın olarak uygulanan terapi türleridir (Shaw, O’Rourke, Del Mar ve Kenardy, 2005).

Obezite ve Davranış Terapisi

Obezite tedavisinde davranış terapisi (DT) uygulamalarına ilk kez 1967 yılına dayanan yayınlardan ulaşılmaktadır (Stuart, 1996). Temel olarak obezite tedavisi uygulamaları alınan kaloriyi kısıtlayıcı ve fiziksel aktiviteleri artırarak yakılan kaloriyi artırıcı yaşam tarzı değişikliklerini içermektedir. Davranış terapisi maladaptif yemeye yol açan ipuçlarının ve fiziksel aktivitelere engel olan etkenlerin tanınarak bunlar ile baş etme becerilerinin geliştirilmesini ve uygun diyet ve fiziksel aktivite programlarını içeren yaşam tarzı değişikliklerinin elde edilmesini hedefler. Davranış tedavisinde aşağıda sunulan, kendini izleme, uyarıcı kontrolü, hedef belirleme, problem çözme, güçlendirme tekniklerinin farklı kombinasyonunu içeren, farklı tedavi programları uygulanmaktadır (Fabricatore, 2007; Jacob ve Isaac, 2012; Shaw ve ark., 2005).

Kendini İzleme

Kendini izleme DT'nin en önemli basamaklarından. Danışandan, tüketilen yiyeceklerin ve içeceklerin tüketim zamanını, içeriklerini, hazırlanışlarını, kalorilerini, yeme esnasındaki açlık düzeyini, duygularını, aktivitesini, yeme ile ilişkili bulduğu durumu ve değişim için hedeflerini kaydetmesi istenir. Kendini izleme basamağında hastalar, yiyeceklerin içeriklerine, porsiyonlarına göre alınan kaloriyi nasıl ölçebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir. Fiziksel aktivitelerin türü ve süresinin kaydedilmesi de kendine izlemenin önemli bir diğer basamağıdır. Lichman ve arkadaşları (1992) obez bireylerde alınan kalori ve egzersizin hastaların kendi bildirimleri ve gerçekte olanlar arasındaki tutarsızlığı araştırdıkları çalışmalarında; düşük kalorili beslenmelerine rağmen ağırlık kaybında başarısız olduklarını belirten grupta, alınan kalorinin ortalama %47±16 (günlük ortalama 1053 kalori) oranında yanlış raporlandığını gözlemişlerdir. Burke, Wang ve Sevick (2011) ağırlık, diyet ve fiziksel aktiviteye odaklanan kendini izleme programının etkinliğini araştıran 22 çalışmayı içeren metaanaliz çalışmasında; daha çok kendini izleme kaydı tutan bireylerde, daha az kayıt tutanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda ağırlık kaybı olduğunu saptamışlardır.

Uyaran Kontrolü

Davranış terapisinin ikinci en önemli basamağı uyaran kontrolüdür. Klasik koşullanmaya göre, yeme davranışı yiyecek dışı uyaranlarla bireyin pozitif pekiştirilmesi sonucunda bozulabilmektedir. Örneğin; akşam yemeğinden sonra koltukta oturup televizyon izlerken atıştırma (kuruyemiş, cips, yüksek kalorili içecekler) tüketmeyi alışkanlık haline getiren bir kişi, hedef davranışın pozitif pekiştirilmesi nedeniyle, daha sonra koltukta oturmak, televizyon izlemek gibi yiyecek dışı uyaranlar ile karşılaştığında maladaptif yeme davranışı kazanabilir. Bu davranışın söndürülmesi ve yiyecek dışı uyaranların en aza indirilmesi için yemeklerin mutfakta ya da yemek odasında, yemek masasında ve oturarak yenmesi, diyet ve aktivite kayıt formlarının yakınlarında bulunması, alışveriş listesinden yüksek kalorili ve sağlığa zararlı gıdaların çıkartılması, sebze ve meyve tüketiminin artırılması, daha küçük servis tabaklarının tercih edilmesi önerilmektedir. Yaşam tarzı değişiklikleri ile sağlanan ağırlık kaybı, yaşam kalitesi, sağlık, fiziksel görünümde iyileşmeye yol açarak edimsel koşullanma ile sağlıklı beslenme ve egzersiz davranışının pekiştirilmesine yol açmaktadır. Yeme davranışının pekiştirilmesinde, dış uyaranlar kadar iç uyaranlar da etkilidir. Olumlu ya da olumsuz duygusal uyaranın yeme davranışında yol açtığı değişiklikler, duygusal

yeme olarak adlandırılmaktadır (Sevincer ve Konuk, 2013). Kendini izleme tekniği vasıtasıyla, kişinin duygusal durumu ve yeme davranışı ile ilişkisinin farkına varması ve bu davranışı değiştirmek için alternatif davranışlar bulması sağlanır. Örneğin; anksiyeteli olduğu zaman aşırı yeme davranışı olduğuna farkındalık sağlanan bireye, benzer yakınlıkları olduğu zaman gevşeme tekniklerini kullanması ve böylece yeme davranışını kontrol etmesi öğretilir.

Hedef Belirleme

Kolay ölçülebilir, yapılması muhtemel, net hedefler belirlenmelidir (Örneğin; haftada dört gün, 30 dakika, tempolu yürüyüş yapmak gibi). Hangi alışkanlıkların değiştirileceğinden ziyade, nasıl değiştirileceği konusunda yol gösterici olmalıdır. Büyük değişiklikler yerine küçük değişikliklere odaklanılmalıdır (Jacob ve Isaac, 2012).

Yeme Davranışının Kontrolü

Uyaran kontrolünde önerilen tekniklerin yanı sıra; yemekleri yavaş yemek, yiyeceklerin tadına odaklanmak, yutmadan önce iyice çiğnemek, yemek arasında bir süre ara vermek, bol su tüketmek, yeme davranışının kontrolünü sağlamak amacıyla önerilir.

Doğru Beslenme Eğitimi

Davranış terapisinin bir diğer önemli bileşeni, doğru beslenme eğitimidir. Doğru beslenme eğitimi ile, yaşam boyu yeme davranışlarının şekillenmesi sağlanır. Uzun dönemde uygulanabilecek, katı sınırlamaları olmayan, bilinçli yeme davranışı sağlayan diyet, beslenme uzmanı ile işbirliği içinde düzenlenmelidir.

Fiziksel Aktivitenin Arttırılması

Günümüz teknolojisinin yardımıyla, adım ölçer programlar ile günlük fiziksel aktivite gözlemlenebilir. Genel popülasyonda günlük adım sayısının 6000–7000 olduğu, obez bireyler için bu sayının ortalama 2000 adım daha az olduğu saptanmıştır (Wyatt, Peters, Reed, Barry ve Hill, 2005). Yaşam tarzı değişikliklerinde önerilen, günlük adım sayısının 10000 ve üzeri olmasıdır.

Davranış Sözleşmesi

Yaşam tarzı değişikliklerinin pekiştirilmesi, tedavinin etkinliğini arttırmaktadır. Bunu sağlamak amacıyla, hedeflenen davranış ve bunun karşılığındaki ödül net olarak seansa danışanla birlikte belirlenmelidir. Ağırlık kaybından

ziyade davranış değişikliklerine odaklanan, bireye ve davranışa özgü, yiyecek dışı para, giysi, sosyal aktiviteler gibi çekici pekiştireçler kullanılmalıdır.

Son 20 yıldır, obezite tedavisinde DT uygulamalarını içeren yayınlar giderek artış göstermektedir. Çalışmalardan elde edilen verilere göre, DT ile sağlanan ortalama ağırlık kaybı 1974 yılı ve 1994 yılı arasında yaklaşık %75 oranında artış göstermiştir. Vücut ağırlığı kaybındaki artan başarı, uygulanan DT süresindeki artışa bağlanmıştır (Jeffery ve ark., 2000).

National Heart, Lung Blood Institute ve the North American Association for the Study of Obesity tarafından yayımlanan tedavi kılavuzlarında; diyet, egzersiz ve davranış terapisini içeren yaşam tarzı değişikliklerinin, tüm obez bireylerin yanı sıra, vücut ağırlığı ile ilişkili iki ya da daha fazla ek hastalığı olan aşırı kilolu bireylere uygulanması önerilmiştir (Fabricatore, 2007).

Davranış terapisini; bireysel terapi ya da ortalama 8–20 katılımcının olduğu grup terapileri şeklinde, 60–90 dakika süreyle ortalama 20 hafta uygulanmaktadır (Kahraman, Güriz ve Özdel, 2014). Her iki tedavinin de etkili olduğu gösterilmiştir. Renjilian ve arkadaşları (2001), grup terapisini ve bireysel terapi alanlarla 26 hafta boyunca yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, grup psikoterapisi alanlarda (11±4,8 kg) bireysel psikoterapi alanlara (9,1±3,7 kg) kıyasla daha çok vücut ağırlığı kaybı olduğunu gözlemiştir.

Shaw ve arkadaşları (2005), terapi süresi, sıklığı ve terapi içeriğindeki müdahalelerin yoğunluğunda varyasyon olan çalışmaları içeren meta analizlerinde, tüm çalışmalarda davranış terapisinin tedavi almayan kontrol grubuna kıyasla vücut ağırlığı kaybında faydalı etkisinin olduğunu saptamışlardır. Daha çok davranışsal strateji, daha sık klinik temas ve daha uzun müdahale süresinin, terapisinin etkinliğini arttırdığını tespit etmişlerdir.

Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi

Davranış terapisine kognitif tekniklerin eklenmesi ile elde edilen bilişsel davranışçı terapisinin, tedavi başarısını arttırdığı ve kaybedilen ağırlığın geri kazanımını azalttığı öne sürülmektedir (Shaw ve ark., 2005). Sbrocco, Nedegaard, Stone ve Lewis (1999) yaptıkları çalışmalarında, obez hastalarda bilişsel davranışçı terapisinin, davranış terapisine göre ağırlık kaybında daha etkili olup olmadıklarını değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada, bilişsel bileşenin eklenmesinin ağırlık kaybını arttırdığı bulunmuştur.

Bilişsel davranışçı terapide tedaviye giriş, değerlendirme aşaması ile başlar. Bu aşamada, sorun ve sorunun öyküsü, kişi ve kişinin öyküsü, sorun düzeyinde formülasyon, uzunlamasına formülasyon ve tedavi amaçlarının öğrenilmesi gerekir (Türkçapar, 2008). Danışanın ağırlık kaybına ya da kaybettiği ağırlığı sürdürmesine engel olan duyguları, düşünceleri ve davranışları saptanır. Bilişsel yapısını oluşturan otomatik düşünceleri, temel ve ara inançları tespit edilir. Kişinin uyumunu bozan ve işlevsiz olan bilişlerinin, işlevsel ve sağlıklı olanlarla yer değiştirmesi hedeflenir.

Seansın bileşenlerini; duygudurum kontrolü, önemli olaylar, önceki seansla bağlantı kurma, ödev kontrolü, gündem belirleme, gündemi ele alma, seansın özetlenmesi ve geribildirim oluşturmaktadır (Türkçapar, 2008). Her seans; yeme kayıtlarının ve diğer ödevlerin kontrolü, terapist tarafından vücut ağırlığı kontrol becerisinin tanıtılması, danışanın yaşadığı probleme yönelik çözüm yöntemleri ve yeni davranışsal hedefler belirlenir (Kahraman ve ark., 2014). Seanslarda; obezite, açlık, psikolojik açlık, aşırma, tokluk, aşırı tokluk kavramları ile ilgili psikoeğitim yapılır (Çakmak ve Dönmez, 2014).

Davranış değişikliğini sağlamak amacıyla uygulanan bilişsel müdahaleler, problem çözme becerilerini kazandırma ve bilişsel yeniden yapılandırma. Problem çözme becerilerini kazandırma belirli basamaklardan oluşur:

1. basamakta sorun listesi oluşturulur. Danışanın maladaptif yeme davranışı ile ilgili olduğunu düşündüğü ve değişmesini istediği sorunlar listelenir. Problemleri davranış ortaya çıkaran olay, durum, yarattığı duygu, otomatik düşünce ve davranış, sorunu arttıran durumlar, azaltan durumlar ve sürdüren etmenler danışanla birlikte formüle edilir. Böylece, seans esnasında işlevsel olmayan hatalı düşüncelerin ve davranışların tanınması sağlanır.

2. basamakta sorun listesindeki değiştirilmesi planlanan davranışlardan bir ya da daha fazlası hedef davranış olarak seçilir. Seans esnasında danışanla birlikte, bunların yerine geçebilecek çok sayıda alternatif çözüm yöntemleri üretilir.

3. basamakta her bir olası çözümün uygulanması durumundaki avantajları ve dezavantajları değerlendirilir.

4. basamakta yapılması en mümkün olan çözüm yöntemi seçilir ve belli bir zaman diliminde uygulanması ev ödevi olarak verilir.

5. basamakta verilen ev ödevi değerlendirilir. Eğer seçilen çözüm yöntemi danışan için başarılı bir yöntemse, devam edilir. Eğer başarısızsa, süreç yeniden değerlendirilir. Başarısızlığın altında yatan neden araştırılır. Alternatif çözüm yöntemleri seçilir.

Bilişsel yeniden yapılandırmada, hedef davranışların uygulanmasına engel olan düşünce hataları değerlendirilir. En sık karşılaşılan düşünce hatası ya hep ya da hiç şeklinde düşünme, ağırlık kaybını başarı ya da başarısızlık olarak değerlendirmedir. İşlevsel olmayan hatalı düşüncelerin, gerçeğe uygun, işlevsel düşünceler ile yer değiştirmesi hedeflenir.

Hedeflenen vücut ağırlığına ulaşıldığı zaman bu ağırlığın korunmasını sağlamak amacıyla, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteleri içeren yaşam tarzı değişikliklerinin devamının önemi vurgulanır. Ağırlık artışına neden olabilecek maladaptif yeme davranışına yol açacak tetikleyici durumlar ve bunlara yönelik çözüm yöntemleri geliştirilmeye çalışılır.

İşbirlikçi tedavi yaklaşımı ile hastanın geçmiş deneyimleri empati yapılarak kabul edilir ve değiştirmeye yönelik müdahaleler yapılır. Sorunu sürdüren davranışların ve inançların kâr ve zarar oranlarının fonksiyonel analizi yapılır. Değişimin avantajları için kendi nedenlerini ortaya çıkarmak, değişimi kolaylaştırır. Hastaların öz yeterlilikleri desteklenir (Dalle Grave, Calugi, Centis, El Ghoch ve Marchesini, 2011).

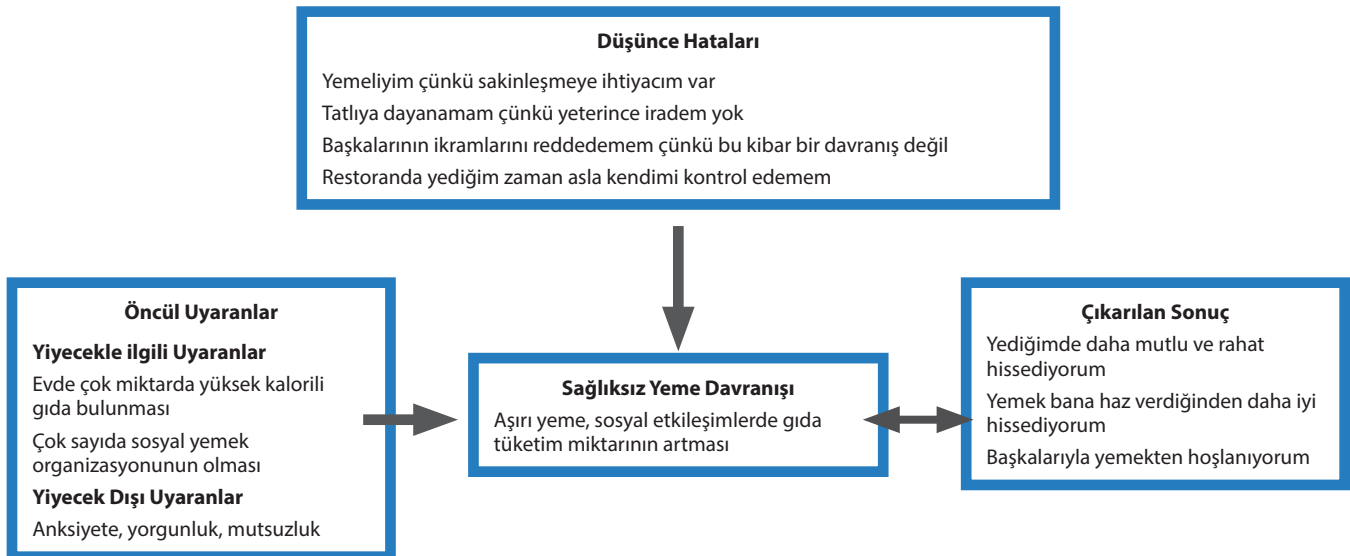
Hastaların davranış değişikliklerine yönelik motivasyonlarını arttırmak hedeflenir. Motivasyon, kişisel, bilişsel,

davranışsal ve çevresel belirleyicileri şekillendirerek ve azaltarak, dinamik bir süreç olarak kavramsallaştırılmaktadır. Ağırlık kaybı nedenlerinin listesinin yapılması ve her gün okunması, kısa süreli hedeflerin belirlenmesi ve hedefe ulaşıldığında kişinin kendini ödüllendirmesi, motivasyon artırıcı teknikler olarak uygulanır (Çakmak ve Dönmez, 2014).

Egzersiz yapmak, birçok obez için egzersizden alınan hazın ve toleransın düşük olması nedeniyle kolay değildir. Düşük motivasyon, baş etme becerilerinin eksikliği, düşük öz yeterlilik, egzersizle ilgili geçmiş olumsuz yaşantılar gibi bireysel faktörler ve fiziksel aktivite faaliyetlerine erişimin azalması, egzersiz faaliyetlerinin maliyeti, düşük sosyal ve kültürel destek ve zaman engelleri gibi çevresel faktörler fiziksel aktivitelere engel oluşturmaktadır (Sherwood ve Jeffery, 2000). Bilişsel davranışçı terapide, egzersiz davranışının psikolojik belirleyicileri saptanarak, düşük hedef belirleme, yeni uyarılar, sosyal destek sağlama stratejileriyle fiziksel aktiviteleri arttırmak için motivasyon artırıcı çözüm yolları üretilir (Dalle Grave ve ark., 2011).

Aşağıda örnek bir olgu formülasyonu sunulmuştur. Bu formülasyona dayanarak, olguda yiyeceklerle ilgili uyarıları azaltmayı, yiyecek dışı uyarılarla baş etmeyi, anksiyete ve stresi ortadan kaldırmayı ve düşünce hataları ile mücadele etmeyi içeren tedavi hedefleri ile bilişsel davranışçı terapi stratejileri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.

Cooper ve Fairburn (2001), obezite tedavisinde farmakoterapi ve davranış terapisi uygulamalarının, hastalarda ortalama %10 ağırlık kaybına yol açtığını, ancak tedavilerin sonlandırılmasından sonra kaybedilen ağırlığın geri



kazanılması nedeniyle yeni tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamışlardır. Bu amaçla, obezitenin tedavisine yönelik geliştirdikleri bilişsel davranışçı terapi temelli tedavi programlarının esas amacının, hastaların elde ettikleri ağırlık kaybını kabullenmelerine, ağırlık kaybından ziyade kaybedilen vücut ağırlığını sürdürmeyi hedeflemelerine, gerekli bilişsel ve davranışsal becerileri kazanmalarına rehberlik etmek olduğunu bildirmişlerdir. Programları iki fazdan oluşmaktadır: İlk faz yaklaşık 24–30 hafta süren ağırlık kaybı ve ikinci faz en az 14 hafta süren kaybedilen ağırlığı sürdürme fazlarıdır. Bu fazlarda; tedaviye başlama, ağırlık kaybının sağlanması ve sürdürülmesi, ağırlık kaybına engel olan durumların ele alınması, sağlıklı yeme davranışının geliştirilmesi, fiziksel aktiviteleri arttırma, beden algısının değerlendirilmesi, vücut ağırlığı hedefinin ele alınması, birinci hedeflerin ele alınması, ağırlık sürdürme modüllerinden oluşan tedavi stratejileri ve prosedürleri uygulanmıştır.

Bu yeni tedavi modelinin ağırlık kaybı ve kaybedilen ağırlığın sürdürülmesi üzerine etkisini, davranış terapisi ve yönlendirilmiş kendine yardım ile karşılaştırarak değerlendirmişlerdir. Kırk dördüncü hafta sonunda, başlangıç ağırlığına göre davranış terapisi ve yeni tedavi modeli gruplarında yönlendirilmiş kendine yardım grubuna kıyasla, hem %5 ve üzeri ağırlık kaybeden katılımcıların oranının (sırasıyla %76, %71, %35) hem de %10 ve üzeri ağırlık kaybeden katılımcıların oranının (sırasıyla %54, %37, %18) daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Üç yıllık izlemde, başlangıçtaki ağırlığının %5 ve üzerinde kaybını sürdüren katılımcıların oranının, davranışçı terapi grubunda yeni tedavi modeli grubuna kıyasla daha yüksek olduğu (sırasıyla %38, %24,5), ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Başlangıçtaki ağırlığının %10 ve üzerinde kaybını sürdüren katılımcı oranlarında da benzer şekilde anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, üç yıllık izlemde katılımcıların büyük çoğunluğunun verdikleri ağırlıkların neredeyse tamamını geri aldıklarını tespit etmişlerdir. Bu durumun, yeme bozukluğu olan hastalardan farklı olarak, obez hastalarda sürekli davranış değişikliğinin elde edilmesinin son derecede zor olduğu bulgusundan kaynaklanabileceğini iddia etmişlerdir (Cooper ve ark., 2010).

Beck (2010), obezitenin gelişimine ve sürdürülmesine neden olan düşünce hatalarının ve motivasyon kaybının ele alınmasının tedavi başarısını arttıracığını bildirmiştir. Kendini izleme, çevrenin uygun şekilde düzenlenmesi, beslenme ve egzersizle ilgili psikoeğitim, motivasyon

arttırıcı müdahaleler, uygun diyet ve egzersiz programının düzenlenmesi, programa bağlı kalmaya engel olan düşünce ve davranışlara karşı koyma becerileri kazandıran teknikleri içeren kendine yardım programını geliştirmiştir.

Obezite tedavisinin başarısında bilişsel faktörlerin önemli rolleri olduğunu gösteren verileri içeren çalışmalarda, daha etkili ve yeni tedavi programlarının geliştirilmesini önerilmektedir. Bu amaçla geliştirilen multistep bilişsel davranışçı terapi (BDT-M) iki aşamadan oluşur. İlk aşamada, hastaların sağlıklı ağırlık kaybetmeleri ve sonrasında vücut ağırlıklarından memnun olmalarını sağlamak amaçlanır. İkinci aşamada, hastaların uzun dönemde vücut ağırlıklarını sürdürebilmeleri için yaşam tarzı değişikliklerinin ve bilişsel yeniden yapılandırılmalarının sağlanması hedeflenir. Bireysel ya da grup terapisi olarak uygulanan BDT-M'nin birinci aşaması, 24 hafta süren, ilk 8 seansı haftada bir, diğerleri iki haftada bir oturumlar şeklinde yapılır. İkinci aşaması, 48 hafta süren, 4 haftada bir yapılan, 12 oturumdan oluşmaktadır. Terapi altı modülden meydana gelir. Birinci modül vücut ağırlığını, yiyecek tüketimini, fiziksel aktivitelerini izleme, ikinci modül yeme davranışını değiştirme, üçüncü modül aktif yaşam tarzı geliştirme, dördüncü modül ağırlık kaybı engellerini belirleme beşinci modül ağırlık kaybı ve birincil hedefleri belirleme ve altıncı modül vücut ağırlığını sürdürme engellerini belirlemek şeklindedir. BDT-M için bildirilen umut verici bulgular, BDT-M'nin geleneksel tedavi yöntemlerinden daha etkili tedavi potansiyeline sahip olabileceğini düşündürmektedir (Dalle Grave, Sartirana, El Ghoch ve Calugi, 2017).

MHealth, mobil iletişim cihazları aracılığıyla, önleme, izleme, klinik prosedür ve protokollerin takip edilmesini sağlayan yeni bir teknolojik yöntemdir. Bilişsel, davranışsal veya bilişsel davranışçı teknikleri içeren, BDT temelli müdahaleleri içerir. Obezite tedavisinde MHealth kökenli klinik tedavi protokollerinin uygulanmasıyla, hem erişkin obezitesinde hem de çocukluk çağı obezitesinde olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Uzun dönemde ağırlık kaybı başarısını arttırabileceği vurgulanmaktadır (Castelnuovo ve ark., 2017).

SONUÇ

Obezite, son yıllarda dünya çapında giderek artan prevalansa sahip olan, sebep olduğu sağlık sorunları nedeniyle morbidite ve mortalitede artışa yol açan, ülke ekonomisine zarar veren önemli bir hastalıktır. Obezite tedavisinde

uygulanmış farmakoterapötik ajanlar ve cerrahi yöntemler, komplikasyonlara ve yan etkilere sebep olabilir. Bu durum, bazı hastaların tedaviden kaçınmasına, bazılarının tedaviyi yarıda bırakmasına ve kaybedilen vücut ağırlığının geri kazanılmasına yol açabilmektedir. Obezite tedavisinde, yaşam tarzı değişikliklerine eklenen davranış terapisi ve bilişsel davranışçı terapi tedavi başarı oranlarını arttırmakta ve erişilen vücut ağırlığının sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Abdelaal, M., le Roux, C. W., & Docherty, N. G. (2017). Morbidity and mortality associated with obesity. *Ann Transl Med*, 5(7), 161. doi: 10.21037/atm.2017.03.107
- Abiles, V., Rodriguez-Ruiz, S., Abiles, J., Mellado, C., Garcia, A., Perez de la Cruz, A., & Fernandez-Santaella, M. C. (2010). Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obes Surg*, 20(2), 161-167. doi: 10.1007/s11695-008-9726-1
- Adams, K. F., Schatzkin, A., Harris, T. B., Kipnis, V., Mouw, T., Ballard-Barbash, R., . . . Leitzmann, M. F. (2006). Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *N Engl J Med*, 355(8), 763-778. doi: 10.1056/NEJMoa055643
- Anderson, K., Rieger, E., & Caterson, I. (2006). A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. *J Psychosom Res*, 60(3), 245-252. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.002
- Barbieri, M., Desesquelles, A., Egidi, V., Demuru, E., Frova, L., Mesle, F., & Pappagallo, M. (2017). Obesity-related mortality in France, Italy, and the United States: a comparison using multiple cause-of-death analysis. *Int J Public Health*. doi: 10.1007/s00038-017-0978-1
- Bardel, A., Wallander, M. A., & Svardsudd, K. (2000). Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old women in mid-Sweden: A population-based study. *J Clin Epidemiol*, 53(6), 637-643.
- Beck, J. S. (2016). *Bilişsel Davranışçı Terapi Temelleri ve Ötesi*, 2 ed. Çev. Şahin M, Cömert İT. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, pp. 32-34.
- Beck, J. S. (2010). *Beck Diyet Çözümü*. Çev. F. Köroğlu. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Birch, L. L., McPhee, L., Sullivan, S., & Johnson, S. (1989). Conditioned meal initiation in young children. *Appetite*, 13(2), 105-113.
- Burke, L. E., Wang, J., & Sevcik, M. A. (2011). Self-monitoring in weight loss: a systematic review of the literature. *J Am Diet Assoc*, 111(1), 92-102. doi: 10.1016/j.jada.2010.10.008
- Cannon, C. P., & Kumar, A. (2009). Treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clin Cornerstone*, 9(4), 55-68; discussion 69-71.
- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., . . . Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychol Res Behav Manag*, 10, 165-173. doi: 10.2147/PRBM.S113278
- Coelho, J. S., Jansen, A., & Bouvard, M. (2011). Cognitive Distortions in Normal-Weight and Overweight Women: Susceptibility to Thought-Shape Fusion. *Cognitive Therapy and Research*, 36(4), 417-425. doi: 10.1007/s10608-011-9372-0
- NCD Risk Factor Collaboration, (NCD-RisC). (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*, 387(10026), 1377-1396. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30054-X
- Collins, J. C., & Bentz, J. E. (2009). Behavioral and Psychological Factors in Obesity. *The Journal of Lancaster General Hospital* 4(4), 124-127.
- Cooper, Z., Doll, H. A., Hawker, D. M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., . . . Fairburn, C. G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther*, 48(8), 706-713. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.008
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*, 39(5), 499-511.
- Çakmak, B., & Dönmez, A. (2014). Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3, 142-149.
- da Luz, F. Q., Sainsbury, A., Hay, P., Roekenes, J. A., Swinbourne, J., da Silva, D. C., & da S. Oliveira M. (2017). Early Maladaptive Schemas and Cognitive Distortions in Adults with Morbid Obesity: Relationships with Mental Health Status. *Behav Sci (Basel)*, 7(1). doi: 10.3390/bs7010010
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Centis, E., El Ghoch, M., & Marchesini, G. (2011). Cognitive-behavioral strategies to increase the adherence to exercise in the management of obesity. *J Obes*, 2011, 348293. doi: 10.1155/2011/348293
- Dalle Grave, R., Sartirana, M., El Ghoch, M., & Calugi, S. (2017). Personalized multistep cognitive behavioral therapy for obesity. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 10, 195-206. doi: 10.2147/DMSO.S139496
- DeBoer, M. D., Scharf, R. J., & Demmer, R. T. (2013). Sugar-sweetened beverages and weight gain in 2- to 5-year-old children. *Pediatrics*, 132(3), 413-420. doi: 10.1542/peds.2013-0570
- Deveci, A., Demet, M. M., Özmen, B., Özmen, E., & Hekimsoy, Z. (2005). Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 6, 84-91.
- El-Behadli, A. F., Sharp, C., Hughes, S. O., Obasi, E. M., & Nicklas, T. A. (2015). Maternal depression, stress and feeding styles: towards a framework for theory and research in child obesity. *Br J Nutr*, 113 Suppl, S55-71. doi: 10.1017/S000711451400333X
- Eren, D., & Erdi, Ö. (2003). Obez Hastalarda Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı. *Klinik Psikiyatri*, 6, 152-157.
- Fabricatore, A. N. (2007). Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: is there a difference? *J Am Diet Assoc*, 107(1), 92-99. doi: 10.1016/j.jada.2006.10.005
- Foster, G. D., Phelan, S., Wadden, T. A., Gill, D., Ermold, J., & Didie, E. (2004). Promoting more modest weight losses: a pilot study. *Obes Res*, 12(8), 1271-1277. doi: 10.1038/oby.2004.161
- Hemmingsson, E. (2014). A new model of the role of psychological and emotional distress in promoting obesity: conceptual review with implications for treatment and prevention. *Obes Rev*, 15(9), 769-779. doi: 10.1111/obr.12197
- Jacob, J. J., & Isaac, R. (2012). Behavioral therapy for management of obesity. *Indian J Endocrinol Metab*, 16(1), 28-32. doi: 10.4103/2230-8210.91180
- Jeffery, R. W., Drownowski, A., Epstein, L. H., Stunkard, A. J., Wilson, G. T., Wing, R. R., & Hill, D. R. (2000). Long-term maintenance of weight loss: current status. *Health Psychol*, 19(1S), 5-16.

- Kahraman, M., Güriz, S., & Özdel, K. (2014). Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik ve Psikolojik Tedaviler için Genel Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 17, 28-40.
- Khera, R., Murad, M. H., Chandar, A. K., Dulai, P. S., Wang, Z., Prokop, L. J., . . . Singh, S. (2016). Association of Pharmacological Treatments for Obesity With Weight Loss and Adverse Events: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 315(22), 2424-2434. doi: 10.1001/jama.2016.7602
- Kinzl, J. F., Schrattecker, M., Traweger, C., Mattesich, M., Fiala, M., & Biebl, W. (2006). Psychosocial predictors of weight loss after bariatric surgery. *Obes Surg*, 16(12), 1609-1614. doi: 10.1381/096089206779319301
- Kitahara, C. M., Flint, A. J., Berrington de Gonzalez, A., Bernstein, L., Brotzman, M., MacInnis, R. J., . . . Hartge, P. (2014). Association between class III obesity (BMI of 40-59 kg/m²) and mortality: a pooled analysis of 20 prospective studies. *PLoS Med*, 11(7), e1001673. doi: 10.1371/journal.pmed.1001673
- Lang, T., Rayner, G., Rayner, M., Barling, D., & Millstone, E. (2005). Policy councils on food, nutrition and physical activity: the UK as a case study. *Public Health Nutr*, 8(1), 11-19.
- Lichtman, S. W., Pisarska, K., Berman, E. R., Pestone, M., Dowling, H., Offenbacher, E., . . . Heymsfield, S. B. (1992). Discrepancy between self-reported and actual caloric intake and exercise in obese subjects. *N Engl J Med*, 327(27), 1893-1898. doi: 10.1056/NEJM199212313272701
- Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., Lin, H. Y., Kao, Y. H., Tsai, C. C., . . . Yen, Y. C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13, 1. doi: 10.1186/1471-244X-13-1
- Malik, S., Mitchell, J. E., Engel, S., Crosby, R., & Wonderlich, S. (2014). Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry*, 55(2), 248-259. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.08.021
- Mancino, L., Todd, J. E., Guthrie, J., & Lin, B. H. (2014). Food Away from Home and Childhood Obesity. *Curr Obes Rep*, 3(4), 459-469. doi: 10.1007/s13679-014-0121-z
- Marcus, M. D., Kalarchian, M. A., & Courcoulas, A. P. (2009). Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *Am J Psychiatry*, 166(3), 285-291. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08091327
- Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., . . . American Association of Clinical Endocrinologists; Obesity Society; American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. (2013). Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient--2013 update: co sponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. *Endocr Pract*, 19(2):337-372. doi: 10.4158/EP12437.GL
- Merrell, J., Ashton, K., Windover, A., & Heinberg, L. (2012). Psychological risk may influence drop-out prior to bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis*, 8(4), 463-469. doi: 10.1016/j.soard.2012.01.018
- Mitchell, J. E., Selzer, F., Kalarchian, M. A., Devlin, M. J., Strain, G. W., Elder, K. A., . . . Yanovski, S. Z. (2012). Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surg Obes Relat Dis*, 8(5), 533-541. doi: 10.1016/j.soard.2012.07.001
- Moore, C. J., & Cunningham, S. A. (2012). Social position, psychological stress, and obesity: a systematic review. *J Acad Nutr Diet*, 112(4), 518-526. doi: 10.1016/j.jand.2011.12.001
- Nelson, M. C., Neumark-Stzainer, D., Hannan, P. J., Sirard, J. R., & Story, M. (2006). Longitudinal and secular trends in physical activity and sedentary behavior during adolescence. *Pediatrics*, 118(6), e1627-1634. doi: 10.1542/peds.2006-0926
- Ohsiek, S., & Williams, M. (2011). Psychological factors influencing weight loss maintenance: an integrative literature review. *J Am Acad Nurse Pract*, 23(11), 592-601. doi: 10.1111/j.1745-7599.2011.00647.x
- Renjilian, D. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., McKelvey, W. F., Shermer, R. L., & Anton, S. D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol*, 69(4), 717-721.
- Saper, C. B., Chou, T. C., & Elmquist, J. K. (2002). The need to feed: homeostatic and hedonic control of eating. *Neuron*, 36(2), 199-211.
- Sbrocco, T., Nedegaard, R. C., Stone, J. M., & Lewis, E. L. (1999). Behavioral choice treatment promotes continuing weight loss: preliminary results of a cognitive-behavioral decision-based treatment for obesity. *J Consult Clin Psychol*, 67(2), 260-266.
- Sevinçer, G. M., & Konuk, N. (2013). Emosyonel Yeme. *Journal of Mood Disorders*, 3(4), 171-178. doi: 10.5455/jmood.20130926052526
- Shaw, K., O'Rourke, P., Del Mar, C., & Kenardy, J. (2005). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD003818. doi: 10.1002/14651858.CD003818.pub2
- Sherwood, N. E., & Jeffery, R. W. (2000). The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annu Rev Nutr*, 20, 21-44. doi: 10.1146/annurev.nutr.20.1.21
- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*, 63(7), 824-830. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.824
- Stuart, R. B. (1996). Behavioral control of overeating. 1967. *Obes Res*, 4(4), 411-417.
- Teixeira, P. J., Carraca, E. V., Marques, M. M., Rutter, H., Oppert, J. M., De Bourdeaudhuij, I., . . . Brug, J. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BMC Med*, 13, 84. doi: 10.1186/s12916-015-0323-6
- Türkçapar, MH. (2008). Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama, 7. Baskı. Ankara: HYB Yayıncılık.
- Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu (2014). In S. B. S. A. G. Müdürlüğü (Ed.), Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Twells, L. K., Gregory, D. M., Midodji, W. K., Dillon, C., Kovacs, C. S., MacDonald, D., . . . Murphy, R. (2016). The Newfoundland and Labrador Bariatric Surgery Cohort Study: Rational and Study Protocol. *BMC Health Serv Res*, 16(1), 618. doi: 10.1186/s12913-016-1869-5
- World Health Organization Fact sheet. Obesity and overweight; (2016). Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- Wyatt, H. R., Peters, J. C., Reed, G. W., Barry, M., & Hill, J. O. (2005). A Colorado statewide survey of walking and its relation to excessive weight. *Med Sci Sports Exerc*, 37(5), 724-730.