

Yetişkinlerde Obezite: Biyolojik ve Psikolojik Tedaviler için Genel Bir Gözden Geçirme

Adulthood Obesity: A General Review for Biological and Psychological Treatment

Melis Sedef Kahraman¹, Seher Olga Güriz², Kadir Özdel²

¹Psk., Adalet Bakanlığı, Ankara Adliyesi, 6 Aile Mahkemesi, ²Uz.Dr., Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

ÖZET

Bu gözden geçirmenin amacı biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenleri olan bir bozukluk olarak kavramsallaştırılan obezitenin tedavisiyle ilgili biyolojik, ağırlıklı olarak da psikolojik yaklaşımlara dair genel bir çerçeveye çizmek ve Türkçe yazında bu alanda görünen boşluğu doldurmaktır. Bu amaçla PubMed, Web of Science ve GoogleScholar veri tabanları esas alınarak alandaki yazın taranmıştır. Taramada "obezite", "diyet", "cerrahi", "tedavi", "bilişsel", "davranışçı", "ilaç" ve "psikoterapi" anahtar sözcükleri ve bu sözcüklerin İngilizce karşılıkları çeşitli kombinasyonlarda kullanılmıştır. Tarama sonucunda güncel yayınlar ve tekrar edilebilirliği olan veriler gözden geçirmeye dahil edilmiştir. Birçok yöntemin obezitenin tedavisinde anlamlı bir düzeyde yararlı olduğu söylenebilir. Ancak obeziteyle mücadelede tek bir yöntemin tüm kişilerde başarılı olması mümkün gözükmemektedir. Özellikle morbid obezler gibi bazı hasta gruplarında farmakolojik ve cerrahi tedavilerin uygulanabilirliği ve etkinliği tespit edilmiştir. Ancak bu gruba girmeyen hastaların birçoğunda psikolojik yöntemler başta olmak üzere birden fazla yöntemin bir arada kullanılması gerekmektedir. Her ne kadar bu tedavi kombinasyonlarından olumlu sonuçlar alındığı gözlenmiş olsa da özellikle diyetle sağlanan başarının devam ettirilmesinde daha etkin psikolojik yöntemlerin geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Tedavinin uzun süreli etkisinin göreceli başarısı göz önüne alındığında toplumsal düzeyde yapılacak önleyici çalışmaların obezitenin görülme sıklığını azaltmak adına umut verici olabileceği düşünülebilir.

Anahtar Sözcükler: Obezite, tedavi, psikoterapi.

(*Klinik Psikiyatri* 2014;17:28-40)

SUMMARY

The objective of the review is to provide general information about approaches for biological and mostly psychological treatments of obesity conceptualized as a disorder which has biological, psychological and social components. Another aim of the current review is to fill the gap in the literature regarding these approaches. In order to find out the relevant literature, the search was conducted based on the Pub Med, Web of Science and Google Scholar data bases. The combination of key words consisting of "obesity", "diet", "surgery", "treatment", "cognitive", "behavioral", "pharmacological", and "psychotherapy" and their Turkish counterparts were used during the literature search. Up to date papers and re-testable data were included in this article. It can be concluded that various treatment modalities in treatment of obesity are significantly beneficial. However it does not seem to be the case that one obesity treatment is useful for everyone. It is reported that pharmacotherapy and surgical interventions were effective especially for some patient sub-groups such as the people with morbid obesity. Rather than the people with morbid obesity, the other sub-groups need multi-treatment methods. In this regard, the foremost approach which is the psychological method is required to be integrated into the treatment of obesity. Although these kind of combined interventions show favorable results, further psychological interventions should be improved for prevention of relapse of obesity after desired results achieved with the help of diet. When relatively long term effects of interventions are considered, public based prevention studies may be more promising in terms of decreasing the prevalence of obesity.

Key Words: Obesity, treatment, psychotherapy.

GİRİŞ

Vücutta, sağlığı bozacak şekilde, aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanan tablo obezite olarak adlandırılır. Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının %15 ila 18'i, kadınlarda ise %20 ila %25'ini yağ dokusu oluşturmaktadır. Bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması, diğer bir deyişle hesaplanan beden kitle indeksi puanının 30 üzerinde olması obezitedir. Beden kitle indeksi puanı 25 ile 30 arasında olan yetişkin bireyler ise "fazla kilolu" olarak kabul edilir (Dünya Sağlık Örgütü 2014). Bu gözden geçirmenin amacı obezite ile mücadelede kullanılan tıbbi ve psikolojik yöntemler hakkında genel bilgi vermek ve özellikle son yıllarda ön plana çıkan psikolojik müdahalelerin özelliklerini ve obezite üzerindeki etkilerini tartışmaktır.

Yöntem

Obezite tedavisinde kullanılan fiziksel ve psikolojik tedavileri araştırmak üzere Internet tabanlı bir literatür taraması yapılmıştır. Ağ üzerinden ulaşılmadığında kaynakların basılı şekillerine ulaşılarak bilgiler elde edilmiştir. Literatür taraması için PubMed, Web of Science ve GoogleScholar veri tabanları esas alınmıştır. Taramada "obezite", "diyet", "cerrahi", "tedavi", "bilişsel", "davranışçı", "ilaç" ve "psikoterapi" anahtar sözcükleri ve bu sözcüklerin İngilizce karşılıkları çeşitli kombinasyonlarda kullanılmıştır. Tarama sonucunda mümkün olan en güncel yayınlar değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin yüksek nitelikte olmasını sağlamak amacıyla tekrar edilebilirliği olan veriler gözden geçirmeye dahil edilmiştir.

Sonuçlar

Obezite çağımızın en ciddi sağlık problemlerinden biri olup yaygınlığı günden güne artmaktadır. Dünya Sağlık örgütü verilerine göre, obezitenin dünyada görülme sıklığı 1980 yılından 2008 yılına neredeyse iki katına çıkmıştır (Dünya Sağlık Örgütü 2014). Ülkemizde obezite oldukça yaygın bir biçimde yaygınlaşmaktadır, 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Beslenme ve Sağlık Araştırması ön çalışma raporunda obezitenin görülme sıklığı %30.3 olarak tespit

edilmiştir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Ön raporda, Dünya Sağlık Örgütü'nün kadınların erkeklere göre obeziteye daha yatkın olduğu yönündeki tespiti ile de uyumlu olarak kadınlarda obezitenin görülme sıklığı %41 iken, erkeklerde görülme sıklığı %20.5 olarak belirlenmiştir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2014). Diğer yandan Satman ve ark.'nın ulusal düzeyde yürüttükleri TURDEP I (1997-1998) ve II (2010 Ocak-2010 Haziran) araştırmalarının sonuçlarına bakıldığında, obezitenin görülme sıklığının 12 yıllık dönemde %40 oranında arttığı tespit edilmiştir (Satman 2013).

Türkiye Cumhuriyeti Halk Sağlığı Kurumu tarafından obezitenin oluşmasında başlıca risk faktörleri: aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları, yetersiz fiziksel aktivite, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel etmenler, gelir durumu, hormonal ve metabolik etmenler, genetik etmenler, psikolojik problemler, sık aralıklarla çok düşük kalorili diyetler uygulamak, sigara ve alkol kullanmak, kullanılan bazı ilaçlar (antidepresan vb), doğum sayısı ve doğumlar arası süre olarak sıralanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından 2012 yılında hazırlanan obezite raporuna göre obezite erkeklere göre kadınlarda, fakir ve eğitim düzeyi düşük gruplarda daha sık görülmektedir, buna karşılık erkek obezitesi kadınlara göre daha hızlı büyümektedir. Erkol ve Khorsid (2004), obez bireylerle normal bireyleri karşılaştırdıkları araştırmalarında ev hanımı olmanın ve ailede obez birey ya da bireylerin bulunmasının obeziteye zemin hazırlayan psikososyal faktörler olduğunu tespit etmişler; buna karşılık medeni durum, aylık gelir düzeyi, eğitim düzeyi, aile tipi, kişinin sigara ya da alkol kullanması gibi bazı psikososyal değişkenlerle obezite yönünden normal ve obez bireyler arasında anlamlı fark gözlememişlerdir. OECD raporuna göre obez bireyler daha az üretken oldukları düşüncesi ile işverenler tarafından daha az tercih edilmekte bunun yanı sıra normal kilolulara göre daha az maaş almaktadırlar (2012).

Obezite yalnızca fiziksel bir problem olmakla kalmayıp aynı zamanda psikososyal bir sorun olarak da tanımlanmaktadır (Shaw ve ark. 2005, Zametkin ve ark. 2004). Ancak alan yazına

bakıldığında bu konu ile ilgili çelişkili veriler mevcuttur. Akıl sağlığı ve obezite konusunda yapılan kesitsel bir araştırmada yaş, cinsiyet, algılanan sosyal destek ve fiziksel sağlığa bağlı yaşam kalitesi değişkenleri kontrol altında tutulduğunda akıl sağlığı ile obezite arasında bir ilişki olmadığını ancak yapılan ilişkisel analizde fiziksel sağlığın obezite ve akıl sağlığına bağlı yaşam kalitesi arasında aracı değişken olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Knoesen ve ark. 2012). Aynı konuda yapılan bir meta analiz çalışmasında ise normal kilolu bireyler (BKI 18-24.99) ile obez bireylerin (BKI 30-34.99) katıldığı 24 çalışma gözden geçirilmiş ve sonuçta cinsiyet hesaba katılmadığında, az bir farkla da olsa obez bireylerin normal bireylere göre daha yüksek yaşam kalitesi bildirdikleri gözlenmiştir (Magallares ve Pais-Riberio 2014). Friedman ve Brownell (1995) bu sonuçların obez bireylerle, obez olmayan bireylerin karşılaştırıldığı daha sınırlı çalışmalar olduğunu ve bu bulguların çalışmaların sınırlılıkları ile yakından ilintili olduğunu savunmaktadırlar ancak yaptıkları meta-analiz çalışmasında obezite ile depresyon ve anksiyete arasında onlar da anlamlı bir ilişki tespit edememişlerdir. Ruhsal rahatsızlıklardaki obezite sıklığını ele alan bir çalışmada ise obezitenin en sık şizofreni ve depresyon hastalarında görüldüğünü ortaya koymuştur (Allison 2009).

Endokrin sistem, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, deri, genitouriner sistem ve kas iskelet sistemi obeziteden olumsuz biçimde etkilenir ve Dünya Sağlık Örgütü'ne göre obezite kardiyovasküler hastalıklara, diyabete, kansere ve pek çok kas iskelet rahatsızlığına yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü her yıl 2.8 milyondan fazla yetişkinin fazla kilolu ya da obez olmakla bağlantılı sağlık problemlerinden dolayı hayatını kaybettiğini açıklamıştır. Diğer yandan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ise fazla kilolu olmanın her yıl Avrupa Bölgesinde 1 milyondan fazla ölümün sorumlusu olduğunu öne sürmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre obezite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, iskelet bozuklukları ve bazı kanserler için başlıca risk faktörlerindedir (2014). Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu ise obeziteye bağlı gelişen hastalıkları iki ana grupta toplamıştır, bunlar temelde yağ dokusu kütlelerinin artmasına bağlı gelişen sorunlar

(obstrüktif uyku apnesi sendromu, osteoartritler) ve yağ hücrelerinin metabolik ve salgısal işlev değişiklikleri sonucu gelişen sağlık sorunlarıdır (insülin resistansı, tip II diyabet, tromboz ve prokoagülan durumlara yatkınlık, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, meme kanseri) (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2014).

Amerikan Kalp Vakfına göre obezite her ne kadar sayısız hastalıkla birlikte görülse de kardiyovasküler hastalıklar için kendi başına bir risk faktörü niteliğindedir (1998). Interheart çalışmasında ilk myokard infarktüs geçirme riskinin %20'sinin obeziteye bağlanabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu ise kronik kalp hastalığı riskinin beden kitle oranı 0.8' üzerine çıktığında hızla arttığını bu artışın da obezitenin kan besinçi ve lipidler üzerindeki olumsuz etkisi ile açıklanabileceğini, diğer yandan obez bireylerde kalp yetersizliği riskinin obez olmayanlara göre iki kat fazla olduğunu ve obez bireylerin yarısının hipertansif olduğunu belirtmişlerdir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2014).

Obezite, Tip 2 diyabet için önemli bir risk faktörü olup tip 2 diyabetiklerin %90'ı obezdir (Akal Yıldız 2012). Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, tip II diyabetin tüm etnik gruplarda obezite ile güçlü ilişkisi olduğunu ve obezite derecesi arttıkça tip II diyabet riskinin de arttığını, tip II diyabetin %80'den fazla obezite ile görüldüğünü belirtmişlerdir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2014).

Obezitenin Tedavisi

Obezitenin tedavisi Antik Yunan'da Hipokrat'a kadar dayanır, Hipokrat'a göre obezite için "çare" çok çalışmak, sert bir yatakta uyumak, günde bir kez yemek, yağlı yiyecekler tüketmek ve bir gün içinde olabildiğince uzun süre çıplak olarak çalışmaktır (Wadden 2001).

Dünya Sağlık Örgütü, obeziteyi dünya çapında bir salgın olarak tanımlamaktadır ve obezitenin tedavi edilebilir dahası önlenilebilir bir sağlık sorunu olduğunu öne sürmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna (2014) göre obezitenin tedavi yolları şunlardır; tıbbi beslenme (diyet) tedavisi, egzersiz

tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi.

Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, BKİ puanı 25'in üzerinde olan ve bel çevresi kadınlarda 80 cm, erkeklerde 94 cm'den fazla olan bireylerin obezite için riskli grubu oluşturduğunu ve eşlik edebilecek sağlık sorunlarının hekimlerce değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüşlerdir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2014).

Tıbbi beslenme (diyet) tedavisi:

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'ne göre diyet obezite tedavisinde basit, kolay uygulanabilir, ucuz ve güvenli bir yoldur (2014). Bu tedavide amaç alınan enerji ile harcanan enerji arasında bir açık oluşturarak vücudun yağ depolarında azalma sağlamaktır. Şişmanlıkta diyet tedavisinin günümüzde geçerli şekli; yüksek posa ve düşük yağ içeren besinlerden (tam tahıl, az yağlı et ve süt ürünleri, çeşitli türde sebze ve meyveler ile düşük enerjili içecekler) oluşan diyetin hastaya önerilmesidir. Hasta tedavi sırasında basit karbonhidratlardan uzak durmalı ve enerjinin %15-%20'si proteinden sağlanmalıdır. Bu tür diyetlerin yalnızca kilo üzerinde değil kan lipidleri ve kan basıncı üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (Akbulut ve Rakıcioğlu 2010).

Tedavinin temel ilkeleri, vücut ağırlığını arzu edilen düzeye indirmek, kişinin bütün besin ögesi gereksinimlerini yeterli ve dengeli bir biçimde karşılamak, kişiye yanlış beslenme alışkanlıkları yerine, doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve son olarak vücut ağırlığı arzu edilen düzeye geldiğinde, tekrar ağırlık kazanımını engellemek ve sürekli aynı düzeyde tutmaktır. Bu kapsamda yapılan tedavide ilk olarak kişinin beslenme alışkanlıkları ve besin tüketimi değerlendirilir, bunun için kişinin bir günü hafta sonu olmak üzere en az üç günlük besin kayıtları istenir ve hastanın yeme düzeninde yapılacak değişiklikler buna göre belirlenir (Akbulut ve Rakıcioğlu 2010).

Egzersiz Tedavisi:

"Fiziksel aktivite" enerji harcamasına neden olan, iskelet kasları tarafından oluşturulan herhangi bir

fiziksel hareket olarak tanımlanırken "Egzersiz" ise fiziksel aktivitenin bir bölümü olarak görülür ve fiziksel uygunluğun bir ya da birçok bileşenini geliştirmek için yapılan, planlı ve tekrarlı bedensel hareketler olarak açıklanmaktadır (Pekmez ve ark. 2012). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre (2014) bir yetişkinin her gün 30 dakika orta şiddette egzersiz yapması gerekmektedir, bu düzeydeki egzersiz kişinin ortalama 200 kcal enerji tüketmesini sağlar. Obez kişilerin tedavisinde de bu bireylerin her gün fiziksel olarak aktif olmaları amaçlanmaktadır ancak enerji harcaması kişinin vücut ağırlığına, aktivitenin şiddetine ve kişinin sağlık durumuna göre belirlenmelidir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Bu nedenle egzersiz yapmaya başlamadan önce bir doktora danışmak ve egzersiz planını bir spor eğitmenin tavsiyeleri doğrultusunda belirlemenin önemi göz ardı edilmemelidir. Obezitenin tedavisinde yürüyüş ve direnç egzersizlerinin yanı sıra günlük yaşam aktivitelerinin artırılması hedeflenmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre kişi en az haftanın beş günü mümkünse her gün, günde bir kez 40-60 dakika ya da iki kez 20-30 dakika olmak üzere fiziksel aktivitede bulunmalı ve azami oksijen tüketimi %50 ile %70 arasında olmalıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Diğer yandan Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2014) obez kişilerin basit ve yürüyüş gibi emniyetli egzersizlerle aktiviteye başlamalarını, başlarken haftada 3 gün 10 dakika yürüyüş yapmalarını, zamanla bunun haftada en az beş gün 30-45 dakikaya çıkarılmasını tavsiye etmektedir. Planlı egzersizin yanı sıra yürüme mesafesindeki yerler için taşıt kullanılmaması, asansör yerine merdiven kullanılmasının, arabanın gidilecek yerden uzak bir yere park edilmesi, otobüsten bir durak önce inilmesi bu kişilerin günlük yaşamlarını daha aktif kılmak adına yapılabilecek basit değişikliklerdir. Ancak yapılan araştırmalar yoğun olmayan egzersiz programlarının kilo verdirici etkisinin ılımlı olduğunu göstermiştir (Miller ve ark. 1997, Garrow ve Summerbell 1995, Ballor ve Poehlman 1994).

Obez bireylerde bir yandan enerji harcaması artırılırken diğer yandan yaralanma riskinin en düşük düzeyde tutulması çok önemlidir. Önerilen egzersiz programının kişiye özgü ve uygulanabilir olmasının yanı sıra, eğlenceli ve bireyin günlük yaşam alışkan-

lıkları ile uyumlu olması dikkat edilecek diğer önemli noktalar. Egzersiz tedavisi yağ dokusunu ve karın bölgesindeki yağlanmayı azaltır, bu tedavi sıklıkla diyet tedavisine destekleyici nitelikte önerilir, böylece diyet sırasında ortaya çıkabilen kas kütle kayıplarının da önüne geçmek mümkün olur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

Farmakolojik Tedavi:

Obezitenin tedavisinde kullanılan ilaçlar enerji alımını azaltmaya yönelik olarak santral (merkezi) ve periferik (çevresel) olmak üzere ikiye ayrılır. Santral etkili olanlar sibutramin, rimonabant ve ferntermin benzeri ilaçlar iken periferik etkili olan orlistat'tır. "Sibutramin" norepinefrin, serotonin ve daha az oranda da dopamin geri alım inhibitörü olarak etki gösterir ve gıda alımını azaltır. "Rimonabant" ise Cannabinoid 1 Reseptörü'nde özgül olarak bloke eder. İştah ve vücut ağırlığının düzenlenmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Fentermin sempatomimetik bir ajandır, gıda alımını erken dönemde tokluk sağlayarak azaltır ve alışkanlık yapıcı etkileri olduğu için sadece kısa dönem tedavide önerilmektedir. "Orlistat" bir lipaz inhibitörü olup gastrik ve pankreatik lipazları inhibe ederek diyetle alınan yağların emilimini bozarak etki gösterir (Gülçelik ve ark. 2007).

Bunlar dışında depresyon tedavisinde kullanılan bupropion gibi antidepressanlar, diyabet tedavisinde kullanılan metformin, epilepsi tedavisinde kullanılan topiramid da obezitenin farmakolojik tedavisinde üzerinde çalışılan ilaçlar arasındadır (Bahçeci ve ark. 2009). İlaç tedavilerinin hedefi, 3-6 ay içerisinde başlangıç vücut ağırlığının %5'inden fazlasının verilmesi ve bu kilonun korunmasıdır (Gülçelik ve ark. 2007).

Craighead ve Agras, obezitenin tedavisinde kullanılan iştah kapatıcı ve antidepressan ilaçların kullanımının kişinin kendisini kısıtlamasını iyileştirdiğini ancak bunun davranışsal tedavi ile kullanılmasının önemli olduğunu ve ilaçlar bırakıldığında kişilerin yeniden kötüye gidebileceklerini ortaya koymuşlardır (Craighead ve Agras 1991).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na göre (2014) obezite tedavisinde ilaç kullanımı hafif ve orta

derecede ağırlık fazlalığı olan bireyler için uygun değildir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2014) ise hiçbir ilacın dozla ilişkili kilo kaybı, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlayabilme, kronik olarak kullanıldığında güvenilir olma ve kötü kullanım ya da bağımlılığa yol açmama ölçütlerini bir arada sağlayamadığını, bu yüzden obezite tedavisinde ilaçların tek başlarına kullanıl-maması gerektiğini savunmaktadır.

Craighead ve Agras'a göre obezitenin uzun süreli farmakolojik tedavisi davranışçı tedaviler ile birlikte verildiğinde yalnızca davranışsal tedavi verilen ancak olumlu sonuçlar alınamayan bireyler için yararlı olabilir (Craighead ve Agras 1991).

Cerrahi Tedavi

Obezite cerrahisinde alınan gıdaların ya da besinlerden alınan enerjinin azaltılması için mide ve ince bağırsağa bir girişimde bulunulur; bu amaçla gastropласти ameliyatları, gastrik bantlama, gastrik balon, Jejenoileal ve Roux-en Y gastrik bypass gibi yöntemler kullanılır. Cerrahi yöntemlerin etkili olmasına karşın bu tedavinin ancak BKİ'i 35-40 arasında olan, obezite ile ilişkili hastalık için yüksek risk taşıyan hasta grubuna uygulanması önerilmektedir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2013).

Gloay ve ark. (2013) 11 farklı araştırma ve 796 kişinin (BMI skorları 30-52 arasında olan) verilerini dahil ettikleri meta-analiz çalışması sonucunda bariatrik cerrahi tedavisinin, cerrahi olmayan tedavilere göre daha fazla kilo kaybı sağladığı (ortalama 26 kilo), Tip II diyabet ve metabolik sendromda daha fazla gerilemeye yol açtığı, hastaların yaşam kalitelerinin daha fazla artmasına olanak sağladığı ancak demir eksikliği anemisine yol açtığı bulgularına ulaşmışlardır.

Obeziteye Psikoterapötik Yaklaşım

1950'lerde obezite psikanalitik teori ile bilinçdışı çatışmaların rol aldığı temel bir kişilik probleminin alameti olarak açıklandı (Brownell ve Wadden 1992). Sorunun temelinde oral fiksasyonun ya da üzüntü ve yetersizlik duygularının yiyerek telafi edilmesinin yattığı düşünüldü ve sorunun

çözümünde hastanın kilo vermesi gerekli görüldü (Wadden 2001).

1960'lara geldiğimizde şişmanlık içsel bilinçdışı çatışmalar yerine gözlenebilir olan davranışlarla ilintilendirildi. İlk olarak Ferster ve ark. davranışçı ilkelerin obezite tedavisine uygulanmasını önerdiler (Wadden 2001). Bunun üzerine davranışçılar obeziteyi öğrenilmiş bir bozukluk olarak açıkladılar ve fazla yemenin koşullama ilkeleri ile açıklanabileceğini öne sürdüler; buna göre önce nötr bir uyarın yeme davranışı ile eşleşiyor, ardından yeme açlığın olmadığı durumlarda da ortaya çıkmaya başlıyor (Wadden ve Stunkard 2002). Bu görüş ile ilgili ilk deneysel kanıtlar Stuart tarafından 1967 yılında yayınlandı. Stuart, 8 obez bireyin katıldığı, 30 dakikalık bireysel seans olarak yapılandırıldığı çalışmasında, her katılımcı ile 26 seans gerçekleştirdi ve bir yıllık izlemin sonunda katılımcıların kilolarında ortalama 17.2 kiloluk bir azalma tespit etti, bu yüzden Stuart'ın bu çalışması bir devrim niteliğindedi ve pek çok çalışmanın öncüsü oldu (Wadden 2001). Yıllar içinde bu tedavi biçimi gözden geçirildi, 1970'lerde obezitenin tedavisinde davranışçı grup tedavileri ortaya çıktı. 1980'lerde ise çok düşük kalorili diyetler ve tedavinin önemli bir bileşeni olarak egzersiz gündeme geldi. Sosyal destek ve sıkça yapılan takip ziyaretleri de kilo koruma stratejileri arasına dahil oldu (Wadden 2001). 1980'li yıllarda Beck ve Ellis'in çalışmaları bilişsel davranışçı modeli ortaya koydu (Beck 2011, Ellis 1986). Bu model, düşüncelerin, tutumların ve inanışların kişilerin duygu ve davranışları üzerinde belirleyici etkisi olduğunu öne sürüyordu (Türkçapar 2008). Obezitenin bilişsel davranışçı tedavi modelinin öncüleri Dunkel ve Glaros oldu. Her ne kadar o güne dek obezitenin tedavisinde bilişsel tekniklerin uygulanması başka araştırmacılar tarafından gündeme getirilmiş olsa da Dunkel ve Glaros 1978 yılında bilişsel tekniklerin obezite tedavisinde etkililiği üzerine karşılaştırmalı bir çalışma tasarladılar, metodolojik bazı problemler nedeni ile sonuçlar eleştirildi (Wadden 2001). 2000'lerin hemen başlarında, Cooper ve Fairburn obezitenin tedavisine yönelik bilişsel davranışçı yönelimli bir program ortaya koydular. Onlara göre obezitenin bilişsel davranışçı tedavisinin tek hedefi yeme ve egzersiz davranışlarında değişim sağlamak değil bu davranışları devam ettiren bilişsel değişik-

likleri yaratmaktı (Fabricatore 2007, Cooper ve Fairburn 2001, Cooper ve ark. 2010).

Yukarıda bahsi geçen literatür özetinden anlaşılabilir gibi obezitenin tedavisi aşamasında uygulanması önerilen psikoterapötik desteğin yöntemi ve protokolü konusunda, halkın kolaylıkla ulaşabileceği resmi ve resmi olmayan kaynaklarda çelişkili bilgiler mevcuttur. Bu derleme yazısının amacı da alan yazınında bahsi geçen bilişsel ve davranışçı yöntemlerin arasındaki fark ve benzerlikleri ortaya koymak iki tedavi türünün etkililiği konusunda bir karşılaştırma yapmaktır.

Davranışçı Tedaviler ve Ötesi: Obeziteye Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Obezitenin davranışçı tedavisi temelde klasik ve edimsel koşullama ilkelerine dayanmaktadır, tedavi hastaya uygun olarak hazırlanmış bir diyet ve egzersiz programının tamamlayıcısı olarak uygulanır; bu yüzden bu tedavi türü dünyanın her yerindeki pek çok ticari kilo verme programı tarafından da kullanılmaktadır (Wadden 2001).

Tedavi kapsamında hastaların sağlık durumları göz önüne alınarak kadınlar için 1000-1200, erkekler için ise 1200-1600 kcal arasında bir yeme programının oluşturulması ilk aşamadır, bu program ile amaç günlük 500 ila 1000 kalorilik bir açığın oluşturulması ve bireyin haftalık 0.5-1 kg kaybetmesidir. Tedavi temelde hastanın kilosunun %10'unu kaybetmesini hedefler. Diyet programının yanı sıra günlük 30 dakikalık bir egzersiz veya fiziksel aktivite tavsiye edilir (Wadden 2001, Fabricatore 2007, Garaulet ve Perez de Heredia 2009).

Obezitenin davranışçı tedavisinde amaç hastanın yeme ve egzersiz davranışında değişim yaratmaktır ve bunun için hastadan şu becerileri edinmesi beklenir; "Kendini İzleme, Hedef Belirleme, Dürtü-Kontrolü, Davranışsal Yeriine Koyma, Pozitif Pekiştirme" (Wadden ve Stunkard 2002, Fabricatore 2007).

Kendini İzleme; bu beceri tedavinin temel prensipleri arasında yer almakta olup alınan gıdaların ve yapılan egzersizin günlük olarak kaydının tutulmasını içerir. Kişi yediklerinin yanı sıra, yedikleri ve içtiklerinin kalori değerlerini, zamanını dahası yemeden önceki açlık hissi, duyguları, yeme sırasın-

da yaptığı aktiviteleri, yanında olan kişileri vs. kayıt altına alır. Bu şekilde hastanın yediklerine ilişkin farkındalığının artması, yeme davranışını olumsuz etkileyen durumlar hakkında farkındalık kazanması amaçlanır. Hasta, ölçme araçlarının (mutfak tartısı, ölçü kapları vs) kullanımı, paketli besinlerin besin değerlerini içeren etiketlerin okunması ve kalori sayma kılavuzlarının kullanımı konusunda eğitilir (Fabricatore 2007, Garaulet ve Perez de Heredia 2009).

Hedef Belirleme; hastalardan tedavinin başından itibaren spesifik, zaman-sınırlı ve gerçekçi hedefler koymaları beklenir. Davranışçı terapist hastaya bu konuda rehberlik eder (Fabricatore 2007).

Dürtü-kontrolü; bu yöntem temelde hastanın fazla yeme ve hareketsizlik gibi istenmeyen davranışlarını tetikleyen uyanları ortadan kaldırılıp, istedik davranışlarının ortaya çıkmasını tetikleyen uyanların ulaşılabilirliğinin arttırılmasını hedefler. Bu noktada hasta yemek yediği yerleri sınırlandırmak, yavaş yemek, baştan çıkarıcı yiyecekleri evinde bulundurmamak ya da kolay ulaşılabilir bir yerde tutmamak, yeme kayıtlarını yemek yediği alanda kolay görebileceği bir noktada tutup hemen kaydetmek gibi tedavinin hedefi olan diyetle uyumu arttırabilecek bazı küçük çevresel değişiklikleri uygulaması konusunda cesaretlendirilebilir. Bunun yanı sıra hastanın yeme kayıtlarına dayanarak yeme ile doğrudan ilintili olmasa da yeme davranışını tetikleyen uyanlar ile yeme davranışı arasındaki bağlantıları kesmesi gerekmektedir ve terapistin görevi bu bağlantıları hastaya fark ettirerek hasta ile iş birliği içinde gerekli çevresel düzenlemeleri belirlemektedir (Fabricatore 2007, Garaulet ve Perez de Heredia 2009).

Davranışsal Yerine Koyma; kişinin yeme dürtüsünü kontrol edebilmesi adına yapılan çevresel düzenlemeler gerekli ve önemli olsa da yeme isteği ile ilintili bütün uyarıcıları ortadan kaldırılması konusunda yeterli olmayabilir. Örneğin pek çok kişi duygusal bir uyarana tepki olarak yemek yer. Bu noktada davranışçı terapistler yeme ile ilintili olmayan uyanlara yeme dışında alternatif bir davranışın geliştirilmesinde hastaya rehberlik etmeye çalışırlar. Bu noktada alternatif davranışın hastanın pasif kaldığı müzik dinlemek gibi aktivitelerden ziyade hastayı aktif olarak yapacağı yazmak,

ev işi yapmak, egzersiz yapmak, el işi yapmak gibi davranışlardan seçilmesi tavsiye edilir (Fabricatore 2007).

Pozitif Pekiştirme; hastanın hedeflerine ulaştıkça kendisini yeme ile ilintili olmayan bazı ödülleriyle pekiştirmeyi öğrenmesi hedeflendirir. Bu noktada hastanın kendisine alacağı bizzat belirleyeceği bazı ufak hediyeler yanı sıra terapist ve hastanın hedef koyma aşamasında mutabık kaldıkları kişinin istediği bir şeyi satın alması ya da istenilen bir aktivitenin gerçekleştirilmesi ödül olarak kullanılabilir. Bunların yanı sıra hedef kiloya ulaşıncaya kadar kazanılan puanlar ya da diploma benzeri belgeler de ödül niteliğinde yararlı olabilir (Garaulet ve Perez de Heredia 2009).

Bu yöntemlerin yanı sıra "sağlıklı beslenme ve egzersiz konusunda eğitim" ve "bilişsel yeniden yapılandırma" da obezitenin davranışçı tedavisi sırasında sıklıkla kullanılan yöntemler arasında sayılır. Diyet ve egzersiz konusunda yapılan eğitimler kapsamında hastalar sağlıklı beslenme ilkeleri, obezitenin yarattığı sağlık komplikasyonları ve riskler, egzersizin kilo vermeye etkisi, egzersizin sağlıkları üzerindeki olumlu etkileri konularında bilgilendirilirler. Davranışçı tedavilerde bilişsel yeniden yapılandırma ise istenmeyen davranışları ortaya çıkaran bilişsel süreçlere müdahale aşamasında kullanılır. Burada temel amaç bilişsel bir değişiklikten ziyade davranışsal bir değişimin önünde duran bilişsel engelleri kaldırmaktır (Fabricatore 2007, Garaulet ve Perez de Heredia 2009).

Obezite için uygulanan davranışçı tedavi 20 hafta boyunca haftalık 60-90 dakikalık seanslar halinde bireysel ya da grup tedavisi ile gerçekleştirilebilir, gruplar 8-20 kişi arasında olabilir. Pek çok grup programında bir davranışçı terapistin yanı sıra bir beslenme uzmanı, egzersiz koçu gibi konuya göre değişen uzmanlar yer alabilir. Obezitenin davranışçı tedavisinde seanslar yapılandırılmıştır; her seans yeme kayıtları ve diğer ödevlerin kontrolü ile başlar, terapist bir kilo kontrolü becerisini tanıtır ve hastaların yaşadıkları problemlerle ilgili çözümler getirilmeye çalışılır, seansın bitimine doğru yeni spesifik davranışsal hedefler belirlenir ve bu doğrultuda verilen ödevlerle seans sonlandırılır. Grup seansları sırasında katılımcılara

kendi özel sorunlarına yönelik genel bir strateji sunan sorun çözme eğitimi verilir (Cooper ve ark. 2010, Cooper ve Fairburn 2001, Fabricatore 2007).

Obezitenin tedavisine yönelik bilişsel davranışçı terapi uygulamaları, kişide sorunu sürdüren bilişlerin ele alınması ve bu bilişlerin yerine işlevsel alternatif yeni bilişlerin konması esasına dayanır. Diğer yeme bozukluklarında karşılaşılan ve kişilerde söz konusu bozukluğun ortaya çıkması veya sürdürülmesine katkıda bulunan düşünce hataları obezitenin ortaya çıkışı her nasıl olursa olsun, sürdürülmesinde rol oynamaktadır. Beck'e (2007) göre bu düşünce hataları ya hep ya hiç biçiminde düşünme, olumsuz geleceği önceden görmek, geleceği abartılı olumlu görmek, duygusal çıkarsama, zihin okuma, kendini kandırma, işlevsel olmayan kurallar, haklı neden ileri sürmek, abartılı düşünmedir. Beck bu amaçla motivasyon artırıcı müdahaleler, kendini izleme, çevrenin uygun şekilde düzenlenmesi, kilo verme amaçlı diyet başlanması, sağlıklı bir diyetle ilgili psikoeğitim verilmesi, egzersiz yapma konusunda danışanın desteklenmesi, diyet ve egzersiz programlarına bağlı kalma konusunda kişilere engel olan baltalayıcı düşüncelere karşı koyma gibi müdahaleleri içeren bir kendine yardım programı oluşturmuştur (Beck 2007).

Obezitede yeniden kilo alımının psikolojik yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, zayıflama merkezlerine devam edip kilosunun %10'unu vermiş 44 kadın ile hemen kilo vermelerinin ardından ve bir yıl boyunca her iki ayda bir görüşülmüş, sonunda yeniden kilo almına ilişkin yordayıcılardan en önemlilerinden birisi ya hep ya hiç tarzı düşünme olarak saptanmıştır (Bryne ve ark. 2004).

Hastalara seanslar esnasında bu işlevsel olmayan hatalı düşüncelerini tanımları öğretilir. Daha sonra bu düşünceler gerçeğe uygunluğu ve işlevselliği açısından uygun tekniklerle gözden geçirilip çürütülür. Yerine bunlara alternatif olacak yeni işlevsel bilişlerin oluşturulması gündeme alınır. Bunun yanı sıra duygusal sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme becerilerinin öğretilmesi de amaçlanır. Yeni öğrenilen beceriler uygun ev ödevleriyle pekiştirilir ve danışanın verdiği kiloyu uzun süre koruması için de müdahaleler bilişsel

davranışçı terapi yaklaşımının odaklandığı konulardandır (Cooper ve ark. 2002, Beck 2007).

Sözü edilen bilişsel davranışçı tedavi modeli bireysel, grup veya kişinin kendi kendine uygulamasına yönelik kendine yardım programları aracılığı ile uygulanabilir.

Cooper ve Faiburn (2001) bireysel uygulanabilecek bir program öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar mevcut uygulamalarda eksik kaldığını düşündükleri enerji açığının sürdürülmesini gerektiren kilo kaybına ulaşma amacı ile kaybedilmiş kiloyu koruma amacı arasında açık bir ayırım yapılmaması üzerinde yoğunlaşmışlardı. Onların gözlemlerine göre; hastalar diyete başlamalarının 4-6 ayında kilo kaybı oranındaki azalmaya bağlı ne kilo hedeflerine ne de kilo kaybetmeye bağlı diğer hedeflerine ulaşamayacaklarını fark etmeleri sonucu, kilolarını kontrol etme girişimlerinin önemli ölçüde çabaya değmeyeceğine inanmakta ve sonuç olarak zorlanmayı ve diyet programına devam etmeyi bırakmaktadırlar.

Cooper, Fairburn ve Hawker (2002) oluşturdukları modeli "kilo kaybı fazı" ve "kilo kuruma fazı" olmak üzere iki temel fazdan ve dokuz modülden (1. Tedaviye başlama, 2. Kilo kaybını sağlama ve koruma, 3. Kilo kaybının önündeki engelleri ele alma, 4. Aktiviteyi arttırma, 5. Beden algısı endişelerini ele alma, 6. Kilo hedeflerini ele alma, 7. Birincil hedefleri ele alma, 8. Sağlıklı beslenme, 9. Kilonun korunması) oluşmaktadır. Birinci fazın amacı hem kilo kaybı sağlamak hem de ulaşılan kilonun korunmasında ortaya çıkabilecek potansiyel engelleri belirlemektir; bu engeller davranışsal ve bilişsel olarak ele alınır. Bu fazın sonlandırılmasından itibaren hastanın artık kilo kaybetmesi değil kilosunu koruması hedeflenmelidir, dolayısıyla ikinci fazda hastalara bilişsel ve davranışsal olarak kaybettikleri kiloyu uzun dönem başarı ile korumaları konusunda yardım edilir.

Bu modelin etkililiğinin test edildiği çalışmada 150 katılımcı davranışçı terapi, yönlendirilmiş kendine yardım grubu ve yeni tedavi modeli gruplarına rastgele dağıtılmış, kilo verme aşamasında davranışçı tedavi grubu ve yeni tedavi modeli grubundaki hastalar ağırlıklarının yaklaşık %10'unu kaybederken yönlendirilmiş kendine yardım grubunda bu oranın daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılar üç yıl boyunca izlenmiş ve çalışmanın sonunda katılımcıların büyük çoğunluğunun davranışçı tedavinin uygulandığı grupla benzer şekilde verdikleri kilonun neredeyse tamamını aldıkları tespit edilmiştir (Cooper ve ark. 2010). Bu sonuç ise kilo kaybetme ve verilen kilonun uzun vadeli korunması konusunda bilişsel müdahalelerin de uzun vadede beklenen sonuçları vermeyebileceğini düşündürmektedir.

Bilişsel davranışçı terapi ilkelerini kullanan grup uygulamalarında sıklıkla kullanılan programlardan bir tanesi LEARN isimli programdır. Aslında kişilerin kendi kendilerine uygulamaları için tasarlanmış bir program olmasına rağmen bireysel ve grup tedavi programlarının bir parçası olarak takip edilmiştir. LEARN 16 haftalık, kalori sınırlaması olan, beslenme ile ilgili eğitimin yanı sıra, kendi izleme, yemek yeme süresinin uzatılması ve yenilen porsiyonların düzenlenmesi gibi davranış müdahalelerini içermektedir (Brownell 1987).

Eichler ve ark. (2007), yetişkinlerde kilo verme konusunda bilişsel davranışçı tedavilerin ilk basamakta uygulanabilirliğini araştırmışlardır. Çalışmalarında LEARN programından yola çıkarak geliştirilmiş BASEL programını kullanmışlar; bu program standart davranışsal stratejileri kapsamının yanı sıra, kişilerin hedeflerine ulaşamadıkları durumlarda negatif düşüncelerini değiştirmelerine yönelik eğitimi içermektedir. 8-10 kişilik gruplara haftalık olarak uygulanan 90 dakikalık 16 yapılandırılmış seansın uygulandığı çalışmaya, beden kitle indeksi 25 ve üzerinde olan 191 katılımcı alınmıştır. Katılımcılardan 147'si bir yıl boyunca izlenmiş olup çalışma sonucunda klinik olarak anlamlı bir düzeyde kilo kaybı (4 kg) sağladıkları tespit edilmiş ve kilo kaybı konusunda birinci basamak düzeyinde bilişsel davranışçı program yürütmenin uygulanabilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Eichler ve ark. 2007).

Bir başka çalışmada (Agras ve ark. 1997) katılımcılar iki gruba ayrılmış ve bir gruba LEARN programına bağlı kalarak 12 seanstan oluşan bilişsel davranışçı grup terapisi verilirken diğer grup kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Tedavi grubunun yarısında tıknırcasına yeme bozukluğu saptanmış olup, bu katılımcılar çalışmadaki tedavi protokolüne öncelikle tıknırcasına yeme bozukluğu

açısından tedavi uygulandıktan sonra dahil edilmişlerdir. Araştırma sonuçlarına bakıldığında, bilişsel davranışçı tedavi grubunda ortalama 9.4 ± 7.5 kg kayıp, BMI puanlarında ise 3.48 ± 2.70 kg/m²'lik bir düşmenin olduğu gözlenmiştir, kontrol grubunda ise anlamlı bir kilo kaybı gözlenmemiştir. Sağlıkla ilintili hayat kalitesi puanlarının ise bütün tedavi gören katılımcılar için ortalama %5-19 iyileştiği tespit edilmiştir. Tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez hastalarda kilo kaybının olmayanlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Stahre ve Hallström, 2005 yılında yaptıkları bir çalışmada, tıknırcasına yeme bozukluğunu ve obeziteyi bilişsel davranışçı yöntemlerle tedavi etmek amacıyla geliştirilen bir program kullanmışlardır. Söz konusu program 30 saatlik bir içerikten oluşmakta olup gruplarda uygulamak üzere tasarlanmıştır. 3'er saatlik oturumlar halinde 10 haftaya yayılmış şekilde uygulanan program kapsamında bilişsel psikoterapi ve psiko-eğitimin yanı sıra yiyecekler, diyet ve beslenme ile bilgiler içermektedir ancak bu program temelde yeme davranışından ziyade işlevsel olmayan yeme davranışının altında yatan olası nedenlere odaklanmaktadır. Program kapsamında kendini kontrol, düşük kendine güven ve stres deneyimleri ile ilgili yetersizliklere özel olarak vurgu yapılmıştır. Çalışmaya katılan 105 hasta bilişsel grup tedavi programı ve bekleme listesi olarak iki gruba ayrılmıştır ve sonuçta tedavinin bitiminde çalışma grubunun ortalama 8.5 kilo kaybettiği tespit edilmiştir. 18 ayın sonunda ise tedavi grubunun ortalama 10.4 kilo kaybederken kontrol grubu 2.3 kilo artış göstermiştir. Bu programın uyarlanmış bir halinin kullanıldığı 2007 yılında yayınlanan bir başka çalışmada ise 15 kişi bilişsel terapi ve psikoeğitim programını tamamlarken 20 kişilik kontrol grubu ise orta yoğunlukta fiziksel aktivite ve davranışçı tekniklerin uygulandığı bir programı tamamlamışlardır. Çalışma sonunda tedavi sonu ortalama kilo kaybı 8.6 kiloyken 18 ay sonunda izlem sürecini tamamlayan 13 kişi için ortalama ağırlık kaybı 5.9 kilo olarak tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise tedavi sonundaki ortalama kilo kaybı 0.7 kilo ve 18 aylık izlem sürecini tamamlayan 16 kişinin ortalama kiloları 0.3 kg artmıştır.

Obezitenin tedavisinde bilişsel süreçlerin etkisini

araştırmayı amaçlayan Werrij ve ark.'nın yaptıkları çalışmada iki gruba ayrılan 204 katılımcıya, grup beslenme tedavisi yanı sıra bilişsel tedavi ya da fiziksel egzersiz verilmiş başta her iki grubun da anlamlı ölçüde kilo kaybettiği tespit edilse de, birinci yılın sonunda fiziksel egzersiz grubunun kaybettikleri kilonun %25'ini alırken, bilişsel terapi grubunun verdikleri kiloyu korudukları gözlenmiştir (Werrij ve ark. 2009).

Önen Sertöz ve Elbi Mete (2005) 15 ve 13 kişilik iki ayrı gruba 8 hafta boyunca bilişsel davranışçı tedavi uygulanmış ve tedavi bir yıla tamamlanmıştır. Bilişsel davranışçı terapi boyunca yeme davranışı ve bunu anlamaya yönelik haftalık ev ödevlerinin yeme kontrolüne etkisi, fiziksel egzersizin önemi, bilişsel değişim-problem-çözme becerisi geliştirme ve bunun yeme davranışına uyarlanması, negatif beden algısının değiştirilmesine odaklanılmıştır. Sekiz haftalık seansların sonunda hastaların beden kitle indekslerinde ve kilolarında anlamlı bir azalmanın yanı sıra psikiyatrik belirtilerinde gerileme sağlanmıştır.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Görüldüğü gibi obezite çağımızın en ciddi ve en zor tedavi edilebilen sağlık problemlerinden biridir. Obezite tedavisi aşikâr şekilde hiç kolay değildir ve genellikle beklenenden daha kötü sonuçlar elde edilmektedir. Çünkü obez kişiler her ne kadar zorlukla da olsa kilo verebilseler de indikleri kiloda kalmakta belirgin olarak zorlanmaktadırlar ve kaybettikleri kilonun büyük bir bölümünü ilk üç yıl içerisinde yeniden almaktadırlar (Cooper ve ark. 2010). Henüz bu durumun nedeni tam olarak açıklanamamıştır.

Obezitenin ortaya çıkışında pek çok etiyolojik faktörün rol oynadığı düşünülmektedir (Andersen 2003) diğer yandan genetik faktörlerin obeziteye katılımı yüzde 40 ile 70 arasında tahmin edilmektedir (Hainer ve ark. 2008). Bu noktada en temelde göz önüne alınması gereken nokta obezitenin kronik ve uzun süreli tedavi gerektiren bir hastalık olduğu gerçeğidir. Stephens ve ark. (2014) son dönemde yapılan meta-analiz ve sistematik gözden geçirme çalışmalarını inceledikleri çalışmaları sonunda diyet tedavisinin fiziksel tedaviye göre daha etkili olduğunu, diyetin yanı sıra farklı bileşen

içeren tedavilerden daha olumlu sonuçlar alındığını ortaya koymuşlardır. Yine aynı çalışmada farmakolojik ve cerrahi tedavilerin özellikle morbid obezlerde olumlu sonuçlar verdiği ortaya konmuştur (Stephens ve ark 2014).

Obez hastaların tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliği aşikârdır zira aksi bir yaklaşım tedavide başarı şansını düşürdüğünden hem hastalarda hem de tedavi verenlerde umutsuzluğa neden olabilmektedir. Diğer yandan konu ile ilgili tedavi veren profesyonellerin hasta için uygun tedavi hedefleri belirleme, motivasyonu sağlama, güncel bilgilerin aktarımı, istenen hedeflere ulaşmak için belli tekniklerin kullanımı ve hastanın öğrendiklerini uygulaması konusunda destek olma gibi bazı becerilere sahip olması gerekmektedir (Garaulet ve Perez de Heredia 2010, Garaulet ve Perez de Heredia 2009).

Ortaya çıkış nedeni her ne olursa olsun bu hastalarda psikolojik yaklaşımlar kilo verme ve verilen kiloyu korumada önemlidir. Tek başına düşük enerjili diyet uygulaması durumunda ilk 6 ayda yalnızca %5'lik bir ağırlık kaybı sağlanabilirken diyet tedavisine ek olarak davranış değişikliği tedavisi ve fiziksel aktivite yani kombine tedavi ile bu oran %10'lara kadar çıkabilmektedir (Akbulut ve Rakıcıoğlu 2010). Yürütülen davranışçı tedavi gruplarını tamamlama oranlarının %80'lerin üzerinde olduğu ve bu tedavilerle hastaların kaybettikleri kilonun vücut ağırlıklarının %10'u civarında olduğu pek çok araştırmacı tarafından ortaya konulmuştur (Garaulet ve Perez de Heredia 2009). Ancak davranışsal tedavilerin başlıca sınırlılığı verilen kilonun daha ilk yıllarda yeniden alınması ve takip eden dönemde verilen kilonun çoğunun yeniden kazanılmasıdır (Cooper ve Fairburn 2001, Brownell ve Wadden 1992, Wadden 2001). Davranışçı tedavilerin sözü geçen bu sınırlılıkları araştırmacıları kilo kaybının yanı sıra kaybedilen kilonun korunmasını amaçlayan bir program geliştirmeye itmiştir. Cooper, Fairburn ve Hawker her ne kadar verilen kilonun uzun süre korunmasını sağlamak amacıyla buna yönelik bir program geliştirmeye çalışsalar da üç yılın sonunda elde edilen sonuçlar davranışçı yöntemle elde edilen sonuçlardan farklı olmamıştır. Sonuçta bu üç araştırmacı yeme bozukluklarında elde edilenin

aksine, obezitenin bilişsel tedavisi sonucunda kalıcı davranışsal değişiklikler elde etmenin oldukça zor olduğu çıkarımına varmışlardır (Cooper ve ark. 2010). Cooper ve ark.'nın aksine Werij ve ark. bilişsel tedavilerin tedavinin sonlandırılmasından sonra da devam eden etkilerini gözlemişler ve bu gözlemleri sonucunda bilişsel davranışçı tedavilerin global obezite salgını ile savaşmamız açısından yeni bir strateji niteliğinde olabileceğini öne sürmüşlerdir (Werrij ve ark. 2009). Konu ile ilgili çelişkili bulgu ve çıkarımlar ele alındığında obezitenin bilişsel davranışçı tedavisinin etkililiği üzerine daha fazla araştırma yapılmasının gerekliliği aşikardır.

Teknolojinin gelişmesi ile birlikte hareketsizleşen yaşamlarımız ve gıda sektörünün günden güne endüstriyelleşmesi ile yüksek kalorili, yağlı ya da karbonhidratlı gıdalara kolay ulaşımımız toplumu obeziteye itmekte ve obez kişilerin sürdürdükleri sedanter yaşam stilini devam ettirmelerini kolaylaştırmaktadır. Toplumsal olarak planlı ve ciddi

düzenlemeler yapılmadığı takdirde obez popülasyonundaki artışın önlenemez biçimde artabileceği dünyanın pek çok ülkesinde gözlenen bir gerçektir. Ülkemizde bu kapsamda yapılan düzenlemeler (okullarda gazlı içeceklerin satışının yasaklanması, okullarda fast food ürünlerinin satışının yasaklanması gibi) ve toplumsal olarak başlatılan bazı kampanyalar (Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan "Obezite Mücadele Hareketi Kampanyası" gibi) mevcuttur. Ancak maalesef bu kampanyaların etkililiğine ilişkin yapılan bir çalışma yayınlanmış değildir ve bu noktada söz konusu kampanya ve düzenlemelerin toplum üzerinde olumlu etki gösterdiği ancak "umulabilir".

Yazışma adresi: Psk. Melis Sedef Kahraman, Adalet Bakanlığı, Ankara Adliyesi, 6 Aile Mahkemesi, Ankara, sedefy82@gmail.com

KAYNAKLAR

- Agras WS, Telch CF, Arnow B ve ark. (1997) One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 65:343.
- Akal Yıldız E (2012) Obezite ve tip 2 diyabet. Sağlık Bakanlığı Yayın no:729, Ankara.
- Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL ve ark. (2009) Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *Am J Prev Med*, 36:341-350.
- Akbulut G, Rakıcioğlu N (2010) Şişmanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, 20.
- Andersen R (2003) Obesity: Etiology, assessment, treatment and prevention. Human Kinetics Publishers.
- Bahçeci M, Tuzcu A, Arıkan Ş ve ark. (2009) Obezite Rehberi. Hipertansiyon, Obezite ve lipid metabolizması hekim için tam ve tedavi rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 64-65.
- Ballor DL, Poehlman ET (1994) Exercise-training enhances fat-free mass preservation during diet-induced weight loss: a meta-analytical finding. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 18:35.
- Beck JS (2007) Beck Diet Solution, Ferhan Köroğlu (Çeviren), HYB Basım Yayın, Ankara, 2010
- Beck JS(2011) Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. Guilford Press.
- Brownell K(1987) LEARN Program for Weight Control. *Clinical Nutrition Insight*, 13: 6.
- Brownell KD, Wadden TA (1992) Etiology and treatment of obesity: Understanding a serious, prevalent and refractory disorder. *J Consult Clin Psychol*, 505-517.
- Byrne MS, Cooper Z, Fairburn CG (2004) Psychological predictors of weight regain in obesity. *Behav Res Ther*, 42:1341-1356.
- Craighead WL, Agras SW (1991) Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*, 59:115-125.
- Collins RL, Rothbaum ED, Wilson G T (1986) The comparative efficacy of cognitive and behavioural approaches to the treatment of obesity. *Cognitive Therapy Research*, 10:299-318.
- Cooper Z, Doll HA, Hwaker MD ve ark. (2010) Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther*, 48:706-713.
- Cooper Z, Fairburn CG (2001) A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39:499-511.
- Cooper Z, Fairburn CG, Hawker DM (2002) Cognitive-behavioural treatment of obesity. In T.A. Wadden & A.J. Stunkard (Eds.), Mesut Çetin (Çev. Ed.), Yıltem Matbaacılık, İstanbul, 2007.
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) (2014) Obesity: Situation and Trends, (Online), Ulaşılabilir: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/, (19 Temmuz 2014).
- Eckel RH, Krauss RM (1998). American Heart Association call to action: obesity as a major risk factor for coronary heart disease. *Circulation*, 97:2099-2100.

- Eichler K, Zollner M, Steurer J ve ark. (2007) Cognitive behavioural treatment for weight loss in primary care: a prospective study. *Swiss Med Wkly*, 137:489-495.
- Ellis, AE, Grieger RM (1986) *Handbook of rational-emotive therapy*, Vol. 2. Springer Publishing Company.
- Erkol A, Kroshid L (2004) Obezite; Predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hast Derg*, 14:101-107.
- Fabricatore AN (2007) Behaviour therapy and cognitive-behavioural therapy of obesity: Is there a difference. *J Am Diet Assoc*, 107: 92-99.
- Garaulet M, Perez de Heredia F (2009) Behavioural therapy in the treatment of obesity (I): new directions for clinical practice. *Nutricion Hospitalaria*, 24:629-639.
- Garaulet M, Pérez de Heredia F (2010) Behavioural therapy in the treatment of obesity (II): role of the Mediterranean diet. *Nutricion Hospitalaria*, 25:9-17.
- Garrow JS, Summerbell CD (1995) Meta-analysis: Effect of exercise, with or without dieting, on the body composition of overweight subjects. *Eur J Clin Nutr*, 49:1-10.
- Gloy VL, Briel M, Bhatt DL ve ark. (2013) Bariatric surgery versus non-surgical treatment for obesity: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ: Br Med J*, 347.
- Gülçelik NE, Gürlek A, Usman A (2007) Obezitenin medikal tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38:212-217.
- Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü (2014) Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın no: 931.
- Hainer V, Toplak H, Mitrakou A (2008) Treatment modalities of obesity. What fits whom? *Diabetes Care*, 31: 269-277.
- Fabricatore AN (2007) Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: Is there a difference? *J Am Diet Assoc*, 107:92-99.
- Friedman, MA, Brownell KD (1995) Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull*, 117: 3.
- Knoesen NP, Mancuso SG, Thomas S ve ark. (2012) Relationship between severity of obesity and mental health: an Australian community survey. *Asia Pac Psychiatry*, 4:67-75.
- Magallares A, Pais-Ribeiro JL (2014) Mental Health and Obesity: A Meta-Analysis. *Appl Res Qual Life*, 9:295-308.
- Miller WC, Koceja DM, Hamilton EJ (1997) A meta-analysis of the past 25 years of weight loss research using diet, exercise or diet plus exercise intervention. *International journal of obesity*, 21:941-947.
- Nauta H, Hospers H, Jansen A (2001) One year follow up effects of two obesity treatments on psychological well-being and weight. *Br J Health Psychol*, 6:271-284.
- Obezite Çalışma Grubu (2014) Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Miki Matbaacılık, Ankara.
- Pekmez CT, Özdemir G, Ersoy G (2012) Obezite tedavisinde egzersizin önemi. *International Journal of Human Sciences [Online]*, (9)2, 141-160.
- Rapaport L (1998) Integrating cognitive behavioural therapy into dietetic practice: a challenge for dietitians. *J Hum Nutr Diet*, 11:227-237.
- Rapaport L, Clark M, Wardle J (2000) Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *International Journal of Obesity Related Disorders*, 24: 1726-1737.
- Safer DL (1991) Diet, behaviour modification, an exercise, a review of obesity treatments from a long term perspective. *South Med*, 84:1470-91.
- Satman İ (2013) Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 28:169-180.
- Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J (2005) Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Stahre L, and Hallstrom T (2005) A short-term cognitive group treatment program gives substantial weight reduction up to 18 months from the end of treatment. A randomized controlled trial. *Eat Weight Disord* 10:51-58.
- K Stephens S, J Cobiac L, Veerman JL (2014) Improving diet and physical activity to reduce population prevalence of overweight and obesity: An overview of current evidence. *Preventive medicine*, 62:167-178.
- OECD (2012) OECD Obesity Update 2012 (Online), Ulaşılabilir: <http://www.oecd.org/els/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm> (29 Temmuz 2014).
- Önen Sertöz M, Elbi Mete H (2005) Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisinin kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkileri: Sekiz haftalık izlem çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15:119-126.
- Türkçapar MH (2008) *Bilişsel Terapi/ Temel İlkeler ve Uygulama* (5'inci baskı), HYB Yayınları, Ankara.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2014) Obezite Tedavi Kılavuzu ve Yaşam Tarzı Önerileri, (Online), Ulaşılabilir: <http://www.turkendokrin.org/files/pdf/Obezite.pdf> (29 Temmuz 2014).
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014) Obezite nedir? (Online), Ulaşılabilir: <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr-&page=38>, (19 Temmuz 2014).
- Wadden TA (2001) Obesity, Behavioral treatment of. *International Encyclopedia of the Social and Behavioural Sciences*, 10771-10775.
- Wadden TA, Stunkard, AJ (2002) *Handbook of obesity treatment*. Guilford Press.
- Werrij MQ, Jansen A, Mulken S ve ark. (2009) Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *J Psychosom Res*, 67:315-324.
- Yusuf S, Hawken S, Öunpuu S ve ark. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infar-

tion in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*, 364:937-952.

Zametkin AJ, Zoon CK, Klein HW ve ark. (2004) Psychiatric

aspects of child and adolescent obesity: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43:134-150.