

Obeziteye Multidisipliner Yaklaşım

Berna BULUT ÇAKMAK¹, Aslıhan DÖNMEZ²

¹Uzm. Dr. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı

²Doç. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı

Özet

Obezite dünyanın her yerinde yaygın olarak rastlanan, mortalite ve morbiditeyi arttıran ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Obezite tedavisinde multidisipliner yaklaşım her geçen gün önem kazanmaktadır. Tedavi seçenekleri arasında ilaç ve cerrahi tedaviler dışında bilişsel davranışçı terapi (BDT) de yer almaktadır. Bu derleme yazısında bu tedavi seçenekleri gözden geçirilmektedir. Obezite tedavisinde BDT ile kişinin bugüne kadar kilo vermesini veya egzersiz yapmasını engelleyen veya vermiş olduğu kiloyu tekrar almasına neden olan disfonksiyonel düşünce ve davranışları tanımlanmakta, değiştirmeye yönelik teknikler öğretilmektedir. Bireysel terapi şeklinde uygulanabildiği gibi, grup terapisi şeklinde uygulanmasının etkinliği arttıracağına dair görüşler de bulunmaktadır. Bu yazıda obezite tedavisinde kullanılan BDT teknikleri de özetlenmektedir. **(Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2014; 3: 142-149)**

Anahtar sözcükler: Obezite, farmakoloji, cerrahi, bilişsel davranış terapisi.

Abstract

Multidisciplinary Approach to Obesity

Obesity is a worldwide public health problem, which increases morbidity and mortality. A multidisciplinary approach is increasingly becoming important for treatment of obesity. Pharmacological agents, surgery, and cognitive behavioral therapy (CBT) are the recommended treatment approaches. In this review, these treatment modalities are reviewed. In CBT of obesity, the dysfunctional thoughts and behaviors which prevent the person for losing weight or doing exercise or which cause gaining back the lost weight are identified, and specific techniques to change these thoughts and behaviors are thought. It may be used as an individual therapy, but it may also be more effective when used as a group psychotherapy. In this article, the CBT techniques used in obesity treatment are summarized. **(Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research 2014; 3: 142-149)**

Key words: Obesity, pharmacology, surgery, cognitive behavior therapy.

GİRİŞ

Obezite mortalite üzerine ciddi etkileri olan bir halk sağlığı sorunudur. Toplumun tüm kesimlerini etkilemektedir. Yaşam kalitesine etkileri ve ortaya çıkarttığı sorunlar nedeniyle tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır (Hill 1998). Obezite vücut yağ miktarının sağlığı bozacak şekilde aşırı ve anormal birikmesi olarak tanımlanmaktadır (WHO 2000). Vücut kitle indeksi (VKİ), kilogram olarak vücut ağırlığının metrekare olarak boya bölünmesi ile hesaplanır ve birçok hastalıkta mortalite riskini büyük oranda arttırdığı gösterilmiştir (Greenberg 2001). Obezite; diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, osteoartrit

ve bazı kanser türlerinde mortalite ve morbidite oranını arttırmaktadır. Genel olarak fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan da yaşam kalitesinin azalması ile ilişkilidir (WHO 2000). Obezite tedavi edilirse bedensel hastalıklarda iyileşmenin yanı sıra psikolojik faydalar olduğu gözlenmektedir, Dubbert ve arkadaşları obez kişilerle yaptığı bir çalışmada tedavi edilen obez kişilerin bedensel hastalıklarında iyileşmenin yanı sıra evlilik ve beden imajı ile ilgili memnuniyetlerinin arttığı ayrıca depresif belirtilerinde de gerileme olduğu gözlenmiştir (Dubbert ve Wilson 1984). VKİ'ne baktığımızda 18,5'in altı düşük kilolu, 18,5-24,9 arası normal, 25,0-29,9 arası kilolu, 30 ve üstü obez, 40 ve üstü değerler morbid obez kabul edilmektedir.

VKİ'ne göre obezite sınıflandırılması Tablo 1'de gösterilmiştir (NHLBI 1998).

Tablo 1. VKİ'ne göre obezite sınıflandırması (NHLBI 1998).

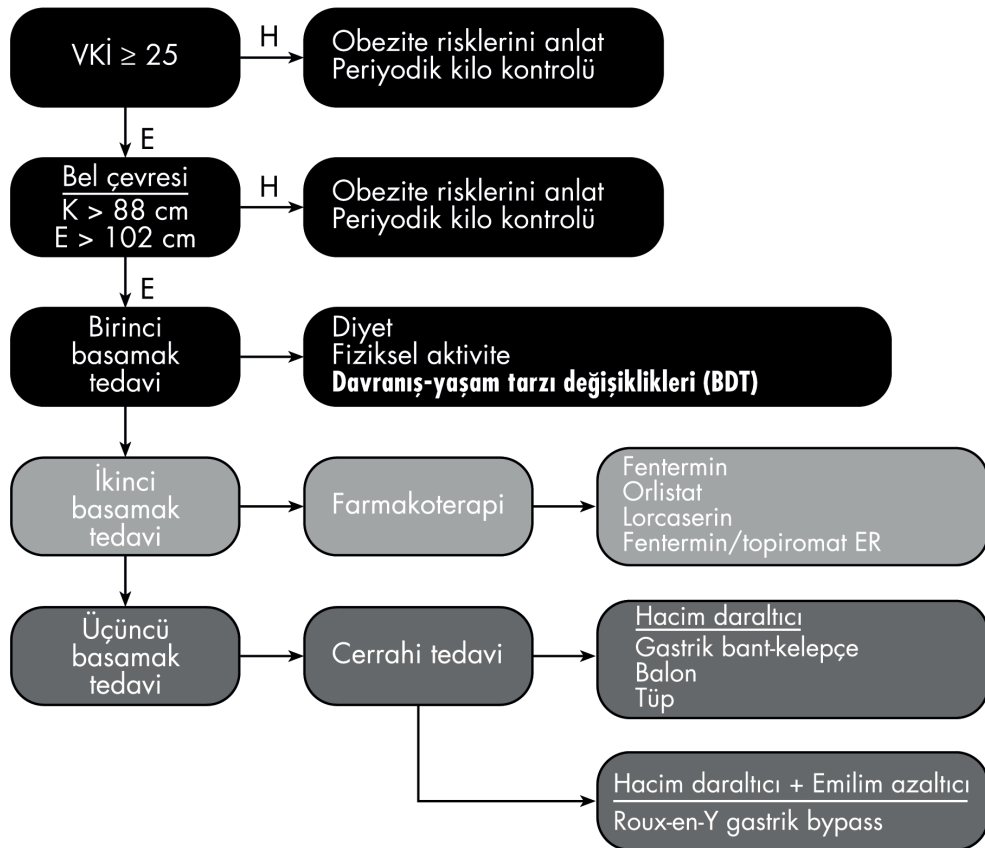
Grup	Obezite sınıfı	VKİ (kg/m ²)
Düşük kilolu		< 18.5
Normal kilolu		18.5 - 24.9
Kilolu		25.0 – 29.9
Obez		≥ 30
	Sınıf I obez	30.0 -34.9
	Sınıf II obez	35.0 – 39.9
	Sınıf III (morbid) obez	≥ 40

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada obezite prevalansı gittikçe artmaktadır. Obezite prevalansı dünya çapında 1980 yılından 2008 yılına kadar neredeyse iki katına çıkmıştır. 2008 yılında kadınların %14'ünde, erkeklerin %10'unda obezite tespit edildiği belirtilmiştir (Global Health Observatory-GHO).

Türkiye'de de bu oran hızla artmaktadır. 2010 yılında yapılan Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP) çalışmasında 24.788 kişi taranmış ve çalışmaya katılan kadınların %30'u, erkeklerin %13'ü, genel katılımcı popülasyonunun %22.3'ü obez olarak rapor edilmiştir (Yetkin ve ark. 2013). Obezitenin kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Yetkin ve ark. 2013). Obezite etiyolojisi multifaktöriyeldir; çevresel faktörler, kültürel, genetik ve metabolik etkenlerin obezite oluşumuna yol açtığı gözlenmiştir (Serra-Majem ve Bautista-Castaño 2013).

Obezite tedavisinde güçlükler yaşanabilmektedir. Bu nedenle farklı tedavi seçeneklerini uygulamak gerekebilir. Amerikan Kalp Birliği'nin 2013 yılında yayınladığı obezite tedavi algoritması Şekil 1'de gösterilmektedir (Jensen ve ark. 2014).

Bu derlemede obezite tedavisinde farklı klinik yaklaşımlardan bahsedilecek ve tedavide bilişsel davranışçı terapinin nasıl uygulanmakta olduğu detaylıca anlatılacaktır.



Şekil 1. Obezitede tedavi algoritması (American Heart Association, 2013'den uyarlanmıştır)

Obezitede Tedavi Seçenekleri

1. Yaşam arzı değişiklikleri

Obez kişilerin daha sağlıklı bir diyetle uymaları ve fiziksel aktivite için desteklenmeleri gerekmektedir. Bu sayede negatif enerji dengesine ulaşabilir ve başlangıçtaki amaç olan %5-10 kilo kaybını 6 aylık bir sürede sağlanabilir (NHLBI 1998). Alınan kalenin azaltılması tedavideki en önemli basamaklardan biridir. Kişinin sağlık sorunlarının da kişinin diyetini belirlenmesinde etkilidir. Alınan kalenin azaltılmasının yanı sıra harcanan enerjiyi arttırmak gerekmektedir (Sacks ve ark. 2009). Uygulanan diyetle alınan enerji harcanandan az; kişinin alışkanlıkları ve günlük kullanımına uygun olmalıdır ve vücut için gerekli olan protein, vitamin, mineral, esansiyel yağ asitlerini yeterli miktarda içermelidir (TEMD Obezite-Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu 2014).

2. Medikal Tedavi

Medikal tedavi seçeneği VKİ 27-30 kg/m² olup yandaş hastalığı olan kişiler ve diyet ve fiziksel egzersiz ile kilo vermeyi sağlayamayan kişilerde kullanılabilir (TEMD Obezite-Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu 2014). Amerika Hekimler Birliği'nin (ACP) obezitenin tedavi kılavuzuna göre (Türker 2013):

- 1) Sadece diyet ve egzersiz ile hedef kiloya ulaşamayanlara farmakolojik tedavi önerilmektedir.
- 2) Kardiyovasküler etkisinin az oluşu, serum total ve LDL kolesterol düzeyleri üzerinde iyi etkileri olduğundan ilk tercih orlistat olmalıdır.
- 3) Farmakolojik ajanlarla tedavi 2 yıldır.
- 4) Tip 2 diyabeti olanlara diyet, yaşam tarzı değişikliği yanı sıra metformin verilebilir, hedef kiloya ulaşılamazsa orlistat tedaviye eklenebilir.

Medikal tedavide kilo verdirmede Food and Drug Administration (FDA) onayı olan semptomimetik ilaçlar, yağ emilimini değiştiren ilaçlar ile FDA onayı almamış ancak kilo verme etkisi olan antidepresanlar ve antidiyabetiklerden bahsedilecektir.

Sempatometik ilaçlar

Erken doymayı sağlarlar, bu sayede yiyecek alımı azalır, hızla emilirler fakat kan basıncını yükseltebilirler (Türker 2013). Bu gruptan iki ilaç Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği Obezite Tedavi Kılavuzu'nda obezite tedavisinde kullanılmaktadır

(TEMD Obezite-Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu 2014). Fentermin; norepinefrin salınımını stimüle ya da geri alımını inhibe etmektedir (Ioannides-Demos ve ark. 2005). Türkiye'de bulunmamaktadır fakat ABD'de kullanılmaktadır. İkinci ilaç sibutramindir. Sibutramin, norepinefrin ve serotonin geri alımını inhibe eder (Türker 2013), bu ilaçla miyokard enfarktüsü ve ölümcül olmayan inme arasında ilişki tespit edilmiş ve bu nedenle piyasadan çekilmiştir (James ve ark. 2010).

Yağ emilimini değiştiren ilaçlar

Orlistat, gastrik ve pankreatik lipaz enzim inhibisyonu yaparak eden bir ilaçtır, bu enzimlerin inhibisyonu ile yiyeceklerle alınan yağ yaklaşık % 30 azalır (Bray ve Ryan 2014). Yan etkileri gastrointestinal sistemle ilişkilidir ve hastalar yağ içeriği yüksek olan beslenme tarzını azaltırsa bu yan etkiler azalmaktadır (Padwal ve Majumbar 2007).

Antidepresanlar

Bupropiyon; sigara bıraktırma ve depresyon tedavisinde kullanılan bir ilaçtır, bu ilacın kilo alımından da koruduğu gözlenmiştir. Norepinefrin metabolizmasını modüle ederek etki ettiği düşünülmektedir (Türker 2013). Bupropiyon kullanılan 1 yıllık çalışmada plasebo kullananlara göre bupropiyon kullananlarda daha fazla kilo kaybı olduğu gözlenmiştir (Anderson ve ark. 2002).

Fluoksetin; seçici serotonin geri alım inhibitörü olan bir antidepresandır ve çoğunlukla kilo kaybı sağladığı gözlenmiştir. 2005 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında 60 mg/gün dozunun 12 ay süreyle kullanımında ortalama 14,5 kg kilo kaybına neden olduğu aynı zamanda 0,4 kg. kilo alımı olduğu gözlenmiştir (Li ve ark. 2005).

Antidiyabetikler

Metformin; diyabet önleme çalışmasında tedavide kullanılmış ve bozulmuş glikoz toleransı olanlarda önemli derecede kilo kaybı olduğu gözlenmiştir. Diyabet riski olan obez hastalarda kilo kaybı için iyi bir tercih olabileceği düşünülmektedir (Diabetes Prevention Program (DPP) 2002).

3. Cerrahi tedavi

Yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakoterapi işe yaramadığında cerrahi tedaviler denenmektedir. Cerrahi tedavide zamanla deneyim artmakta ve daha yüz güldürücü sonuçlar alınmaktadır. Çeşitli cerrahi tipleri bulunmaktadır hangi hastada hangi prosedürün uygu-

lanacağı ekip tarafından seçilmelidir. Bu sayede daha başarılı sonuçlar elde edilebilir. 1991 yılından Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün aldığı karar ile (Kushner 2014);

1. VKİ ≥ 40 ise ya da VKİ ≥ 35 ise ve hipertansiyon, tip 2 diyabet, eklem rahatsızlıkları, koroner arter hastalığı, uyku apnesi gibi yandaş hastalıkları varsa,
2. Hastanın kontrol edilemeyen psikiyatrik hastalığı yoksa,
3. Genel anestezi için hastanın ciddi kontrendikasyonu yoksa,
4. Düzenli diyet ve egzersizi daha önce denemiş ve ama fayda etmediyse cerrahi tedavi uygulanabilir.

Üç çeşit cerrahi operasyon bulunmaktadır: Kısıtlayıcı, malabsorbtif ve her ikisini de içeren operasyonlar (Barbaros 2013).

Ayarlanabilir mide bandı sık uygulanan kısıtlayıcı operasyondur. Mideye bant takılarak küçük mide oluşturulmakta bu sayede gıda alımı azalarak ve kilo verme sağlanmaktadır (Barbaros 2013). Operasyonun perforasyon, enfeksiyon, kanama riskleri olduğu gözlenmiştir (Belachew ve ark. 2002).

Tüp mide operasyonunda midenin büyük kurvatur kısmı kesilerek mide tüp haline getirilmektedir (Barbaros 2013). Bu sayede gıda alımı azalıp, bu etki ile erken doyma hissi oluştuğu ve fundusta salınan ghrelin hormonunun azalmasının da iştahın azalmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Guirat ve ark. 2014). Bu operasyonda kanama ve dikiş hattından kaçak riski bulunduğu belirtilmektedir (Sarkhosh ve ark. 2013).

Gastrik by-pass operasyonunda mide boyutu küçültülmekte ayrıca duodenum bypass edilerek kalan mide ince bağırsağa bağlanmaktadır (Sağlam ve Güven 2014). Bu teknikte demir ve B vitamini emilimi azalır takipte replasmanının önem taşıdığı belirtilmektedir.

Biliopankreatik diversiyonda midenin distal $\frac{2}{3}$ si çıkartılmakta kalan mide ileoçekal valvden 250 cm'e anastomoz edilmektedir. Bu operasyonda yağ, nişasta, protein, mineral ve vitaminlerin emilimi bozulur bu nedenle yerine koyma oldukça önemlidir ve dikkatli olunmalıdır (Barbaros 2013).

4. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile kişinin kilo vermesini engelleyen ve/veya kilo verdikten sonra kilosunu korumasına engel olan düşünce ve davranış-

larını tespit edip, bunların daha işlevsel ve sağlıklı olanlarıyla değiştirilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır. BDT bireysel ya da grup terapisi şeklinde uygulanabilmektedir. Grup terapisinin bireysel tedaviye göre daha avantajlı olacağı düşünülebilir; çünkü grup terapisinde terapist haricinde grup üyeleri arasındaki paylaşımla kişiler arası öğrenme daha fazladır ayrıca grup üyeleri birbirine destek olabilirler. Zaman zaman kişilerarası rekabet motive edici olmaktadır (Dönmez 2014).

Literatüre baktığımızda; Cooper ve arkadaşlarının 3 yıllık izleminde BDT, davranışçı tedavi (DT), rehberli kendine yardım olan 3 grubu karşılaştırmışlar ve BDT uygulanan grubun % 10'unun, DT yapılan grubun %5'inin verdiği kiloyu 3 yıl sonra korudukları gözlenmiştir (Cooper ve ark. 2010). 2005 yılında yapılan derlemede BDT ile diyet/egzersiz ile kombine edildiğinde sadece diyet/egzersize göre daha fazla kilo kaybı sağladığı bulunmuştur (Shaw ve ark. 2005). 2014 yılında Gade ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 10 haftalık BDT programının, bariatrik cerrahi yapılacak olan morbid obez hastalarda disfonksiyonel yeme davranışı ve afektif semptomlarda iyileşme sağladığı gösterilmiştir (Gade ve ark. 2014).

BDT'nin obezite tedavisinde kullanımı ülkemizde yeni uygulanmaya başlanmıştır. Farklı kliniklerde farklı uygulama şekilleri olabilmekle beraber, burada ayrıntılı olarak bahsedilecek şekli Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD tarafından uygulanmıştır.

BDT'ye başlamadan önce hastalar değerlendirilmelidir. Bu görüşmede kişinin diyet yapma öyküsü, eşlik eden psikiyatrik ve tıbbi problemler, kişinin motivasyon düzeyi ve detaylı yeme öyküsünün alınması gereklidir. Grup terapisi için hasta seçerken hastaların özelliklerine dikkat etmek gerekmektedir. Terapi için ideal hasta erken-orta yaş erişkin, $50 > \text{VKİ} > 30$, daha önceden başarılı diyet öyküsü bulunanlar, kilo vermeye istekli ve terapi sürecini etkileyecek psikiyatrik hastalığı olmayan hastalardır (Dönmez 2014). Haftada 1 seans yaklaşık 60 dakika sürmekte ve toplam 7 seans uygulanmaktadır. Terapi sonrası 1.5, 3 ve 6. ayda izlem yapılmaktadır.

Seanslar BDT'nin genel seans yapısına uygun olacak şekilde düzenlenmektedir: Önceki seansın özeti, duygudurum kontrolü, ödev kontrolü, gündem belirleme, gündem üzerinde çalışma, ödev verme, seansın özeti, geribildirim alma şeklinde (Türkçapar 2012a).

Seansların içeriğinde J.S. Beck'in Beck Diyet çözümü isimli kitabı temel alınmıştır. Uygulanan 7 seansın her birinin gündemi kısaca şöyledir:

1. Seans:

Grup üyelerinin tanışması, grup terapi kurallarının konuşulması, uygulanacak olan BDT programının tanıtılması, hastalar arası ve terapistle olan işbirliğinin sağlanması, ev ödevi verilmesi (kilo vermenin nedenleri listesi) ve seans sonunda geri bildirimden oluşmaktadır (Dönmez A 2014). Başarılı diyet yapmanın altın anahtarlarından biri ön hazırlık yapmaktır. Kilo vermenin nedenleri listesi önem sırasına göre hazırlanması ve her gün okumak okunması önerilmektedir. Bu listenin kişinin zorlandığı anlarda motive edici olduğu düşünülmektedir (Beck 2010a).

2. Seans:

Bu seansta davranış değişiklikleri ile çalışmaya başlanır. Öncelikli olarak kişinin kendine hedef kilo belirlemesi önerilmektedir. Bu, motivasyonu arttıracığı ve kısa süreli hedefler koymanın hedef başarıldığında kendini ödüllendirmenin süreci daha kolay hale getirebileceği vurgulanmaktadır. Çok kısa sürede fazla kilo vermeyi hedeflemenin hem sağlıklı açısından hem de kişi başaramazsa kişinin motivasyonunun azalması ve sürecin başarısızlığı açısından önemi belirtilmiştir (Van Dorsten ve Lindley 2008, Beck 2010b). Bu süreçte verilen kiloların bir grafik halinde izlenmesi kişinin neler başardığını görmesi açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Katılımcılardan program boyunca uygulayacakları 2 diyet listesi seçmeleri istenir (A ve B planı). Diyet uzun süre uygulanacağı için sağlıklı, sevilen yiyecekleri de içeren ve kolay hazırlanabilen bir diyet olmaları önerilmektedir. Hastaların günlük rutinlerinde değişiklikler olabileceğinden duruma göre esneklik sağlayan bir diyet seçilirse uygulamak uygulamanın önemi belirtilmektedir (Beck 2010c). Kişinin diyetinde yer alan öğünleri atlamadan yemesi vurgulanması önemlidir çünkü kişinin yeme düzeninin oluşması ile aşırı acıkmalar nedeniyle olabilen tıknamalardan kaçınılabileceği düşünülmektedir (Beck 2010c). Bu noktada, grup üyelerine diyet, açlık, iştah artışı, tıknama kısır döngüsü tanıtılabilir ve öğün atlamadan yemenin önemi vurgulanır.

Kişinin gün içinde yiyeceklerini önceden planlaması önemlidir. Bu sayede gereksiz kalorileri almayı önlemek kolaylaşacağı ve belli bir plan olursa diyetle sadık kalma olasılığının artacağı düşünülmektedir (Beck 2010d). Katılımcılardan öğün ya da ara öğün sonrasında yediklerini listeden kontrol etmesi istenir. Eğer plana sadık kalırsa “aferin, çok iyi gidiyorsun” gibi kendini ödüllendirici telkinlerde bulunması iste-

nir, bu geribildirimlerin motivasyonu arttıracığı vurgulanmıştır (Beck 2010e).

3. Seans:

Bu seansta da davranış değişikliklerine devam edilir. Kişinin farkına vararak yemesinin önemli adımlardan olduğu vurgulanmaktadır (Beck 2010f). Yemeğin tadını, kokusunu alması, yediklerinin farkına varılması amaçlanır. Tokluk sinyalinin beyne ulaşması için 20 dk. gerektiği belirtilmekte, farkına vararak yeme ile bu sürenin uzaması ve daha az yemek ile tokluk hissinin oluşacağı vurgulanmaktadır (Beck 2010g). Farkına vararak yemeyle ilgili in vivo olarak grup içinde bir alıştırmaya yapılabilir.

Açlık, yemek isteme ve aşırma arasındaki farkı kavramanın kişinin yediklerini denetlemesi için gerekli olduğu belirtilmektedir (Beck 2010g). Açlık; kişinin bir şey yemediğinde midesinin boş olma hali olarak tanımlanmıştır (Beck 2010g), yiyeceğe ihtiyaç vardır ve fiziksel belirtileri gözlenir. Psikolojik açlık; kişinin aç olmamasına rağmen yemesi olarak tarif edilir (Beck 2010g). Kişi olumlu duyguya ihtiyaç duymaktadır. Aşırma, belli bir yiyeceği fiziksel ve duygusal olarak arzulamak şeklinde tanımlanmıştır (Beck 2010g). Grup sürecinde hastalara sadece biyolojik açlık hissettikleri zaman yemelerinin önemi anlatılır.

Kişi açlık hissetmeye başladığında bu açlık duygusu bir yere kadar artar, sonra bir süre sabit kalır ve sonrasında azalır. Yani açlık geçicidir. Emosyonel yeme; psikolojik açlık dediğimiz durumda gerçekleşmektedir. Bununla baş etmek için kişiyi dikkat dağıtma tekniklerini kullanılması önerilmektedir, örneğin zevk aldığı bir şeyi yapabilir, düşünceleriyle çalışabilir (Beck 2010h). Bu yöntem başarılı olmazsa farkına vararak yeme, oturarak yeme, yediğini yazma gibi planlı yeme tekniklerini kullanarak yediklerini kontrol etmesi önerilebilir.

Bu seansta ele alınan diğer bir konu “tokluk” tanımının değiştirilmesidir. Doymakla aşırı doymak arasındaki sınırı belirlemek gerekir. Obez insanların çoğunda bu “tokluk” tanımının hatalı olduğu belirtilmekte ve “tokluk”un yeni tanımının “biyolojik açlık hissinin geçmesi” olarak değiştirilmesi önerilmektedir. (Beck 2010i). Bu yeni tanımın, öğünlerde daha az yiyecek tüketimine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

4. Seans:

Bu seansta da davranış değişiklikleri ile çalışmaya devam edilir. Katılımcılara “çevre düzenlemesi”nin

önemi vurgulanır. Örneğin; evde sağlıklı ve diyetini bozacak yiyecekleri bulundurmaması, yerlerine daha sağlıklı ve diyetine uygun yiyecekleri bulundurması ya da evde yalnız yaşamıyorsa en azından besin değeri düşük fakat kalorisi yüksek yiyecekleri dolaplarda göremeyeceği yerlerde bulundurması önerilir. Yemek tabaklarını küçültmesi de porsiyonların küçülmesini sağlayabileceği belirtilmiştir (Van Dorsten ve Lindley 2008, Beck 2010i).

Çevremizdekiler yiyecek ikram edildiğinde hayır diyebilmenin tedavinin devamlılığı için önemli adımlardan biri olduğu belirtilmiştir. Kültürümüzde olduğu gibi ikramların çok olduğu yerlerde bu durum kişi için zorluklar yaratabilir bu noktada kişinin kendisi için neyi istediğine karar vermesi ve eğer tıbbi bir hastalık nedeniyle diyet yapmaları gerekiyorsa bunu ifade edip edemeyeceği sorulmalıdır.

Terapiyi alan herkesin kendine bir diyet koçu seçmesi önerilmektedir. Bu kişinin profesyonel biri olması gerekmemekte yakın bir arkadaş, kardeş olabileceği belirtilmektedir. Diyet koçu seçerken dikkat edilmesi gerekenin kişiyi motive edecek, gerektiğinde destek olabilecek bir kişi olduğu vurgulanmaktadır (Beck 2010j).

Diyet yaparken kişinin en ufak bir hatasında ya da başarısızlığında “sen bu işi beceremiyorsun”, “asla istediğin kiloyu vermeyeceksin” gibi kendini olumsuz eleştirme eğiliminde bulunduğu ve bu olumsuz duygularını gidermek için buldukları en kısa yolun yemek yeme olduğu gözlenmiştir (Beck 2010e). Hastanın planı çerçevesinde ilerlediğinde örneğin hedeflediği kiloya ulaştı ise “Aferin, başardın” gibi geri bildirimlerde bulunmasının önemli vurgulanmıştır (Beck 2010e). Bu kısır döngüyü kırmak için pozitif geri bildirimlerin önemi grup içinde çalışılır.

Bu seanstaki diğer gündem maddesi egzersizin önemidir. Egzersiz planlı ve plansız olarak ikiye ayrılır. Hastanın haftanın en az 3 günü en 45 dakikalık tempolu yürüyüş olmak üzere kişinin egzersiz planlanması istenir. Plansız egzersiz olarak ise gün için karşısına çıkan fırsatları değerlendirmesi önerilir. Örneğin asansör yerine merdivenleri yürüyerek çıkması, otobüsten bir durak önce inmesi gibi.

5. Seans:

Bu seansta davranışçı bölümden bilişsel seanslara geçilmektedir. Bilişsel tekniklerde kişinin kilo, yeme, görünümle ilgili düşünceleri ile çalışılır. Bu düşünceler, işlevsel değildir ve kişinin yaşamını etkilemektedir. Bu bilişsel hatalarla çalışmak için diğer

hastalıklarındaki BDT çalışmalarında olduğu gibi önce otomatik düşünce bulunur ve bu düşünceyi destekleyen düşünceler tespit edilir. Bu düşünceye karşı kanıtlar bulunur ve sonunda hepsi sentez edilip kişinin düşünce hatasını bulması hedeflenir (Türkçapar 2012b). Genellikle çoğu hastalıkta olan düşünce hataları obezitede de mevcuttur. Düşünce hataları kavramı grup üyelerine tanıtılır.

6. Seans:

Bu seansta bilişsel tekniklere devam edilir. Kişinin düşünce hataları tespit edildikten sonra alternatif düşünceler üretilmeye çalışılır. Alternatif düşünce, olay ya da durum için tüm olasılıkları içeren mantıklı, akılcı ve işlevsel olan düşüncedir. Obezitede sık görülen düşünce hataları (Türkçapar 2012b, Beck 2010k), örnekleri ve üretilebilecek alternatif düşüncelere örnekler tablo haline getirilmiştir (Tablo 2’de verilmektedir).

7. Seans:

Son seansta terapi sürecinin genel değerlendirmesi yapılır. Uygulanamayan, anlaşılmayan bölümler var mı, hedeflenen sonuçlara ulaşılabilir mi değerlendirilir (Dönmez 2014). İleride karşılarına çıkabilecek ve eski alışkanlıklarına dönme eğilimi yaratabilecek olumsuz senaryolar üzerinden relaps önleme çalışmaları yapılır. Bir sonraki takip görüşmesi için yeni hedefler belirlenir (Dönmez 2014).

Takip görüşmeleri:

Son seanstan itibaren neleri başarabildiler, neler iyi gitmedi, iyi gitmemesinin olası nedenleri ve çözüm planları konuşulur (Dönmez 2014).

SONUÇ

Obezite önemli bir halk sağlığı sorunudur ve tedavisinin çok yönlü bir yaklaşım ile ele alınması gerekmektedir. Bu sebeple bu makalede obezitenin tedavisinin çok yönlü ele alınması amaçlanmış fakat psikiyatrik yaklaşım daha detaylı gözden geçirilmiştir. Hastaların öncelikle yaşam tarzı değişiklikler uygulaması önerilmekte; şayet fayda görmezse ilaç tedavisi ya da cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Psikiyatrik yaklaşımda kullanılan BDT ise tedavi sürecinin her noktasında devrede olabilen ve kilonun korunmasında aslı etkiyi yaratan yöntemdir. Çünkü hastalarda obeziteye neden olan düşünce hataları ile çalışılmaktadır. Literatürde gözlemlendiği gibi obezite çeşitli branşların birlikteliği ile multidisipliner ele alınması gereken önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Tablo 2. Düşünce hataları ve alternatif düşünce listesi.

Düşünce Hatası	Açıklaması	Alternatif Düşünce
Hep-ya da-hiç düşünme	Diyette en ufak bir aksama yaşadığında “Battı balık yan gider” diyerek diyeti bozma	Zararın neresinden dönersem kârdır.
Geleceği olumsuz öngörme	Gittiğim yerde ikram edilen tatlılara dayanamayacağım.	Kimse bana zorla bir şey yediremez. Bu duruma hazırlıklı olup öğrendiğim becerileri uygulayabilirim.
Geleceği olumlu öngörme	Sadece bir dilim pasta yiyip tatmin olacağım ve duracağım.	Geçmişime baktığımda hep daha fazlasını istediğimi görebiliyorum.
Duygusal nedenselleştirme	Kilo verme konusunda bu kadar ümitsiz hissettiğime göre asla kilo veremeyeceğim.	Herkes zaman zaman ümitsizliğe düşebilir. Bu, normal bir durum. Programıma sadık kalırsam kilo verebilirim.
Zihin okuma	İkram edilen tatlıyı yemezsem kaba olduğumu düşünürler.	Doyduğumu ya da tatlı sevmediğimi düşünebilirler.
Kendini kandırma	Bunu yiyebilirim, bu sayılmaz	Kalori kaloridir, sayılmaması için bir neden yok.
İşe yaramayan kurallar koyma.	Yemek çöpe atılmaz.	Çöpe de döksem, yesem de nasılsa artık olacak. Vücutumda bir artık olmasındansa, çöpte bir artık olması daha iyi.
Etiketleme	Çok yediğim için ben iradesizin tekiyim.	Tamamen iradesiz değilim. Sadece kilo almama neden olacak yeme davranışlarında bulunan biriyim
Haklı neden ileri sürmek	O kadar sıkıntılıyım ki yemek yemeliyim.	Duygusal yemek yeme kabul edilemez. Sıkıntıyı tolere etmeyi ve başka yöntemlerle çözmeyi öğrenmem gerek.
Abartma	Yemek yemem tamamen kontrolümden çıktı.	Yemeyi planlamadığım yiyecekler yedim. Fakat hemen şu an planımı uygulamaya geri dönebilirim.

KAYNAKLAR

- Anderson JW, Greenway FL, Fujioka K ve ark (2002) Bupropion SR enhances weight loss: a 48-week double-blind, placebo-controlled trial. *Obes Res*, 10: 633-41.
- Barbaros U (2013) Obezitenin Cerrahi Tedavisi Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi kitabı, 1.Baskı, Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E (ed) Türkiye Psikiyatri Yayınları Ankara, s.351-61.
- Bray GA, Ryan Dh (2014) Drug therapy for obesity. *Ann N Y Acad Sci*, 1311: 1-13.
- Beck JS (2010a) Kilo Vermenin Avantajlarını Kaydedin, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed.F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.64-74.
- Beck JS (2010b) Akılcı Bir Hedef Belirleyin, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.131-3.
- Beck JS (2010c) İki Akılcı Diyet Seçin, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.75-81.
- Beck JS (2010d) Planlamadığımız Yiyeceği Yemeye Engel Olun, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.174-7.
- Beck JS (2010e) Kendinizle Gurur Duyun, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.87-92.
- Beck JS (2010f) Oturarak Yemek Yiyin, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.82-5.
- Beck JS (2010g) Açlık, Yemek İstemek (Canı Çekmek) ve Bir yiyecek İçin Aşırı İstek Duyma (Aşerme) Ayırımını Yapmak, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.134-9.
- Beck JS (2010h) Belirli Bir Yiyeceği Şiddetle Arzulamanın Üstesinden Gelin, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.148-57.
- Beck JS (2010i) Tokluk Tanımınızı Değiştirin, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.148-57.
- Beck JS (2010j) Çevrenizi Düzenleyin, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.105-12.
- Beck JS (2010k) Diyet Danışmanı Bulun, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.98-104.

- Beck JS (2010k) Düşünce Hatalarınızı Tanıyın, Beck Diyet çözümü, Birinci Baskı (Çev.ed. F Köroğlu), Ankara, HYM Yayıncılık, s.222-5.
- Belachew M, Belva PH, Desai C (2002) Long-Term Results of Laparoscopic Adjustable Gastric Banding for the Treatment of Morbid Obesity. *Obesity Surgery*, 12: 564-8.
- Cooper Z, Doll HA, Hawker DM ve ark. (2010) Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther*, 48: 706-13.
- Diabetes Prevention Program (DPP) (2002) Reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or metformin. *N Engl J Med*, 346:393-403.
- Dönmez A (2014) Obezite tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi 6. Uluslararası Psikofarmakoloji kongresi sunum notları, Antalya.
- Dubbert PM, Wilson GT (1984) Goal-setting and spouse involvement in the treatment of obesity. *Behav Res Ther*, 22: 227-42.
- Gade H, Hjeltnes J, Rosenvinge JH ve ark (2014) Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy for Dysfunctional Eating among Patients Admitted for Bariatric Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Obesity*, 07/2014; Yayın 28 Aralık 2014 tarihinde <http://dx.doi.org/10.1155/2014/127936> sitesinden indirilmiştir.
- Global Health Observatory (GHO) Obesity. Yayın 20 Ağustos 2014 tarihinde http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/obesity_text/en/ adresinden indirildi.
- Greenberg JA (2001) Biases in the mortality risk versus body mass index relationship in the NHANES-1 Epidemiologic Follow-Up Study. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 25: 1071-8.
- Guirat A, Guenzi M, Paulo Pereira P (2014) What is the role of the sleeve gastrectomy in the surgical treatment of morbid obesity? *Eur Surg*, 46: 181-8.
- Hill JO (1998) Dealing with obesity as a chronic disease. *Obes Res*, 6: 34-8.
- Ioannides-Demos LL, Proietto J, McNeil JJ (2005) Pharmacotherapy for obesity. *Drugs*, 65: 1391-418.
- James W, Caterson ID, Coutinho W ve ark (2010) Effect of sibutramine on cardiovascular outcomes in overweight and obese subjects. *N Engl J Med*, 363: 905-17.
- Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM ve ark. (2013) AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol*, 63: 2985-3023.
- Kushner RF (2014) Weight loss strategies for treatment of obesity. *Prog Cardiovasc Dis*, 56: 465-72.
- Li Z, Maglione M, Tu W ve ark (2005) Meta-analysis: Pharmacologic treatment of obesity. *Ann Intern Med*, 142: 532-46.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) (1998) Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report. *Obes Res*, 6: 51-210.
- Padwal RS, Majumbar SR (2007) Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine and rimonabant. *Lancet*, 369: 71-7.
- Sacks FM, Bray GA, Carey VJ ve ark (2009) Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *N Engl J Med*, 360: 859-73.
- Sağlam F, Güven H (2014) Obezitenin Cerrahi Tedavisi *Okmeydanı Tıp Dergisi* 30: 60-5.
- Serra-Majem L, Bautista-Castaño I (2013) Etiology of obesity: two "key issues" and other emerging factors. *Nutr Hosp*, 28: 32-43.
- Sarkhosh K, Birch DW, Karmali S (2013) Complications associated with laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity: a surgeon's guide. *Canadian Journal of Surgery*, 56: 347-52
- Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C ve ark (2005) Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*, 2: CD003818.
- TEM D Obezite-Dislipidemi Hipertansiyon Çalışma Grubu (2014) Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği Obezite Tedavi Kılavuzu, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara.
- Türkçapar MH (2012a) Bilişsel Terapide Seansların Yapılandırılması, Bilişsel Terapi HYB Basım Yayın Ankara, s.189.
- Türkçapar MH (2012b) Otomatik Düşüncelerle İlgili Temel Teknikler, Bilişsel Terapi HYB Basım Yayın Ankara, s.255-288.
- Türker F (2013) Obezite Tedavisinde Tıbbi Beslenme ve Farmakolojik Yaklaşımlar Yeme Bozuklukları ve Obezite Tanı ve Tedavi kitabı, 1.Baskı, Yücel B, Akdemir A, Gürdal Küey A, Maner F, Vardar E (ed) Türkiye Psikiyatri Yayınları Ankara, s.338- 50.
- Van Dorsten B, Lindley E M (2008) Cognitive and Behavioral Approaches in the Treatment of Obesity. *Endocrinol Metab Clin N Am*, 37: 905-22.
- World Health Organization (2000) Obesity: preventing and managing of global epidemic, technical report series 894. Yayın 20 Ağustos 2014 tarihinde http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf?ua=1 adresinden indirildi.
- Yetkin İ, Erdoğan M, Bayraktar M ve ark. (2013) Yetişkinlikte Obezite. Birinci Basamak Hekimler için Obezite ile Mücadele El Kitabı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No 904, Ankara, Sağlık bakanlığı yayınları, s. 20-1.

Yazışma adresi/Address for correspondence:

e-mail: bernabulut87@hmail.com

Alınma Tarihi : 14.10.2014

Received : 14.10.2014

Kabul Tarihi : 31.12.2014

Accepted : 31.12.2014