

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.14311834>

Accepted: 01.12.2024

Obezitenin Tıkanırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Davranışçı Terapi Yöntemi ile Tedavisinin İncelenmesi Üzerine Bir Derleme

A Review on Examining the Treatment of Obesity and Binge Eating Disorder with Cognitive Behavioral Therapy Method

Kübra DURMAZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
kubradurmaz67@icloud.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6669-4429>

Meryem KARAAZİZ

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü
meryem.karaaziz@neu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu makale çalışması obezitenin tıkanırcasına yeme bozukluğu ile ilişkisinin bilişsel davranışçı terapi yöntemi ile tedavi biçiminin kullanımını incelemektir. Yapılan bu çalışmada sistematik inceleme yöntemi kullanılmış olup saha çalışması ya da herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. Google Akademik Veri Tabanı'nda 2000-2024 yılları arasında Türkçe ve İngilizce dilinde yapılmış olan bağlantılı anahtar kelimelerle özet ya da bütün metine ulaşılabilen çalışmalar değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda da obezite ve TYB arasında açık bir ilişki olduğunu ve BDT tedavisinin pozitif yönde etki ettiği görülmüştür. Bu derlemenin bulguları, BDT'nin iyileştirmede önemli bir etkisi olduğunu tedaviyi hızlandırdığı ve kısa zamanda sonuca ulaşmada etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu, Bilişsel Davranışçı Terapi
Abstract

This article examines the use of cognitive behavioral therapy in the relationship between obesity and binge eating disorder. In this study, the systematic review method was used and no field study or any scale was used. Studies in the Google Scholar Database between 2000 and 2024 in Turkish and English, whose abstracts or full text can be accessed with linked keywords, were evaluated. As a result of this study, it was seen that there was a clear relationship between obesity and BED and that CBT treatment had a positive effect. The findings of this review concluded that CBT has a significant effect on healing, accelerates the treatment and is an effective method to achieve results in a short time.

Keywords: Obesity, Binge Eating Disorder, Cognitive Behavioral Therapy.

GİRİŞ

Latince kökenli olan “obesus” kelimesi, yemek yemek olarak bilinen “obedere” fiilinin geçmiş zaman halidir. Bu kelime, günümüzde obezite olarak bilinen, aşırı yağ birikiminin sağlık üzerindeki riskleri ifade etmektedir. Obezite özellikle gelişmiş ülkelerde yüksek oranda görülen yaygınlaşarak dünya genelinde prevalansı giderek fazlaşan bir sağlık problemi haline gelmiştir. Tarihsel süreç olarak, farklı dönem ve coğrafyalarda obezite, güç kudret, ihtişam, zenginlik, güzellik gibi simgeleştirilmiştir. Fakat son on yıl içerisinde obezitenin neden olduğu kronik sorunların topluma, mali ve manevi külfeti daha fazla fark edilmeye başlangından, obezitenin sadece estetik bir durum olmasının dışında bir rahatsızlık olduğu ve ciddi bir durum olduğu tedavi edilmesi gerektiği genel popülasyon olarak kabul edilmiştir (Serter, 2003).

Obeziteyle bağlantısı sık görülen tıkanırmasına yeme bozukluğu, yeme tutumundaki denetimin kaybedildiği yineleyen yeme ataklarıyla obeziteyle çokça ortak yönleri bulunan yeme bozukluğudur. Yanovski tıkanırmasına yeme tutumunun obezite gelişiminde önemli katkıları olduğunu dile getirmiştir. Obezite, vücutta yağ dokusunu ifade eder. Metabolik bir rahatsızlıktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, bireyin sağlığını olumsuz etkileyebilecek şekilde anormal veya aşırı yağ birikimin varlığı olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, genellikle vücut kitle indeksi (VKİ) gibi ölçümlerle değerlendirilir ve yüksek VKİ değerleri sağlığa potansiyel zararlar taşıyan bir durum işareti olabilmektedir (Geniş ve ark. 2021). Yetişkin birey vücut ağırlığının yağ oranı erkeklerde %18 kadınlarda ise % 10’u olmasıdır. Bunun dörtte biri yağ dokusundan oluşur. Erkeklerin vücut ağırlığının %25’i kadar yağ oranına sahip olduğu göz önüne alındığında, kadınlarda yüzde %35’i aşan oranlar görülürse obeziteden bahsedilebilir (Gülcan & Özkan 2006). Çocuk ve ergen gruplarında, VKİ yerine genellikle VKİ presentil eğrileri kullanılarak değerlendirilme yapılması, bu yaş grupları için en yaygın kullanılan uygulama yöntemidir. Bu eğriler, çocuk ve ergenlerin büyüme ve gelişme süreçlerini dikkate alarak obezite taramasında daha hassas veriler elde edilmesine olanak tanımaktadır (Öztürk & Pekcanlar Akay 2017). Obezitenin genel olarak altı farklı tedavi yöntemi bulunmaktadır. Bu çeşitli tedavi seçenekleri bireylerin kilo yönetimi ve sağlıklı bir yaşam tarzına ulaşma çabalarını desteklemek amacıyla çeşitlilik göstermektedir. İlk olarak diyet tedavisi, bireyin beslenme alışkanlıklarını düzenleyerek sağlıklı kilo kaybını hedeflerken egzersiz tedavisi ise fiziksel aktivitenin artırılmasıyla kilo kontrolünü amaçlar. İlaç tedavisi, obezitenin tedavisinde kullanılan diğer bir tedavi seçeneklerinden farmakolojik bir yaklaşımdır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireyin düşünce ve davranışlarını değiştirerek kilo kontrolüne odaklanan bir psikoterapi yaklaşımı olan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), obeziteyle başa çıkmak amacıyla bilişsel-duygusal yaklaşımları ve özyönetim tekniklerini entegre ederek obez bireylerin yaşam tarzını dönüştürmelerine destek olan etkili bir tedavi yöntemidir. Bu terapi özellikle stres, zorlayıcı düşünceler ve aşırı yeme alışkanlıklarıyla baş etme stratejilerini içermesiyle beraber ayrıca, bireylere yeme alışkanlıklarını düzenleme ve fiziksel aktivitelerini optimize etme konusunda rehberlik eder. BDT’nin bir diğer önemli yönü, sosyal destek ağını güçlendirip duygusal yöntemi artırarak, bireyin duygusal tepkilerini benimsemeleri konusunda rehberlik eder. Böylelikle hem fiziksel hem mental sağlıklarında gelişme sağlanabilmektedir ve pekiştirilerek ödüllendirici faaliyetlerle, bireyin uzun vadeli kilo kaybının sürdürülmesine tekrardan kilo alımını önlenerek kilonun korunmasını sağlar. BDT, bireyin sadece

kilo kontrolü sağlamakla kalmayıp aynı zamanda yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlayarak kapsamlı bir tedavi sunmaktadır (Öz, 2018).

Obezitenin Tanımı

Obezite, vücuda alınan besinlerden kazanılan enerjinin harcanan enerjiden daha fazla olması durumunda çıkan ve yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artış gösterdiği kronik bir rahatsızlıktır. Bu durum, genellikle sağlıksız beslenme alışkanlıklarını, minimum seviyedeki aktivite düzeyiyle ilişkilidir. Obezite, sadece fiziksel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda psikososyal sağlık üzerinde de önemli düzeyde etkisi mevcuttur. Yüksek orandaki vücut yağ oranı, çeşitli metabolitik hastalıkların, kalp hastalıklarının ve tip2 diyabet gibi ciddi sağlık sorunlarının riskini arttırabilir. Obezite sağlık problemlerinin yanı sıra bireyin yaşam kalitesinde düşmesine de sebebiyet vermektedir; günlük aktivite düşüşü ve mental sağlıkta önemli ölçüde etkisi mevcuttur. Obezitenin önlenmesi ve yönetimi, sağlıklı bir yaşam tarzının benimsenmesi, dengeli besin alımı alışkanlığının kazanılması ve fiziksel aktivitenin sürdürülmesiyle oluşan kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Bireyler, sağlık profesyonelleriyle işbirliği yaparak, kişiye özel bir tedavi ve yaşam tarzı planı oluşturulabilmektedir. İzlenen yol obeziteye katkısı ve iyileşmeye yönelik önemli adımlardandır (Oğuz ve ark. 2016).

Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin etiolojisinde rol oynayan bir dizi faktör arasında aşırı enerji alımı, yetersiz düzeyde enerji harcanması, genetik predispozisyon, düşük seviyede yağ oksidasyonu, azalmış fiziksel aktivite, stres, düşük sosyoekonomik seviye bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar vücut ağırlığının genetikle ilişkili olduğunu da öne sürmüştür. Genetik etkiler, bireyler arasındaki bazal metabolizma üzerinde farklılıklar gösterebilmektedir. Bu durum bireylerin obeziteye daha yatkınlık göstermelerine neden olabilmektedir. Obez ebeveynlere sahip çocukların obez olma olasılığı %15'tir (Baltacı, 2008). Fast-food tüketimi, hızlı tüketilen sağlıksız besinler, karbonhidrat ve rafine şeker içeriği yüksek yoğunluklu, bitkisel lif eksikliği ve aşırı yağ içeriğiyle karakterize edilen bir beslenme alışkanlığı obezitenin önemli nedenlerindedir. Gelişmiş teknolojik cihazların (mobil telefonlar, televizyon, bilgisayar, tablet vb.) yaygınlaşması, fiziksel aktivitenin azalmasına sebep olarak obezite rahatsızlığının önemli seviyede artmasında etkisi vardır. Bu durum toplumun genel sağlığı üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur (Kurt ve ark. 2019).

Biyolojik Etkenler

Obezitenin etiolojisinde genetik faktörlerin önemi giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Hayvan deneyleri ve insanlar üzerindeki klinik çalışmalar, genetik mekanizmaların yemek yeme, enerji tüketiminde değişiklik ve yağ dağılımının kontrolünü düzenlemede rol oynadığını göstermektedir. Yağ dağılımında genlerin rol oynadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Kompleks segregation analizleri ve son yapılan çalışmalar, erişkin vücut ağırlığını etkileyen değişkenlerin üçte birinin genetik faktörlerden kaynaklandığını göstermektedir. Kalıtımın normal sınıflar içindeki kiloya obeziteden daha etkili olduğu tahmin edilmektedir. Bir bütün olarak değerlendirildiğinde, genlerin

obezitenin etiyolojisinde %25-40 etkili olduğu söylebilmektedir (Gülcan & Özkan 2006).

Sosyal Faktörler

Obezitenin psikososyal bir sorun olarak ortaya çıkmasında genetik, endokrin, psikojenik, kültürel ve alışkanlıklarla ilgili faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir. Obezitenin sosyal faktörlerle de ilişkilendirildiği gözlemlenmektedir. Sosyal çevre, ekonomik durum, eğitim düzeyi ve toplumsal normlar gibi etkenler bireylerin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam tarzları üzerinde etkisinin olması obezitenin gelişimine katkısı olabilmektedir. Bu çoklu etkenlerin bir araya gelmesi obezitenin karmaşıklığını ve tedavisinin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini vurgular (Erkol & Khorsid). Obezite hem bireysel hem de s halk sağlığı üzerinde önemli etkileri olan bir sorundur. Bu durum, sadece bireylerin sağlığını değil, aynı zamanda toplumun genel sağlığını da etkileyebilir. Kronik rahatsızlıkların gelişim riskini arttırarak sağlık sisteminde büyük problem haline getirebilir. Obezitenin ekonomik ve sosyal kalkınma üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bu durum, iş gücü verimliliğini azaltabilir, sağlık alanındaki harcamaları arttırabilir ve genel yaşam kalitesini düşürebilir. Obezite ile mücadelede harcanan kaynaklar, sağlık bakımına olan talep oranını arttırabilir ve ekonomik açıdan sürdürülebili olmayan bir yük getirebilir (Berberoğlu & Hocaoğlu, 2021).

Obezitenin oluşumunda enerji alımıyla harcanması arasındaki dengesizlik, metabolizma ve genetik gibi biyolojik faktörlerle birlikte, beslenme ve fiziksel aktivite gibi davranışsal unsurlar ile çevresel faktörlerin de etkisi mevcuttur. Bu faktörlerin bir araya gelmesi, obeziteye yol açabilecek karmaşık etkileşimleri ortaya koymaktadır. Çevresel değişim, obezitenin endemik olmasında birincil faktörlerden olup, obejenik çevre bir fenimen haline gelmiştir. Modern yaşam tarzındaki değişiklikler, artan işlenmiş gıda alımı, fiziksel aktivite düşüklüğü ve şehirleşme gibi çevresel etkenler, obezitenin yaygınlaşmasına katkısı bulunmaktadır. Bu durum, obeziteye karşı koruyucu bir çevresel düzenlemenin önemini vurgularken, aynı zamanda bireylerin bu faktörlere karşı bilinçli davranış geliştirmelerinin gerekliliğini de göstermektedir (Karaçiş & Şanlıer, 2014).

Psikolojik Etkenler

Obezite, toplum genelinde yaygın olan halk sağlığına etkisi olan bir rahatsızlıktır. Ayrıca obezite psikolojik kökenli ve somatik görünümlü kronik rahatsızlık olarak da tanımlanmaktadır. Son dönemde, obeziteyle ilgili psikolojik etkenlere olan ilgi artmıştır. Psikolojik durumlar ile yeme davranışları arasındaki bağlantıyı gösteren birçok çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda depresyon sıkıntı ve yorgunluk durumlarında yeme miktarında artış olduğu, korku gerilim ve ağrı sırasında ise yeme miktarında azalma olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, öfke, depresyon, anksiyete ve yalnızlık gibi olumsuz duyguların emosyonel yeme davranışının ortaya çıkmasına neden olduğu görülmüştür. Obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık ihtiyaçlarına ve bu kişilerin psikoseksüel gelişiminin oral dönemle olan ilişkisine vurgu yapılmıştır. Oral dönemdeki fiksasyon; aşırı bir iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık gibi özelliklere sahip bir kişilik tipini ortaya çıkarmaktadır. Oral karakter yapısı etiyolojik açıdan önemlidir ve obezite ve tıkanırcasına yeme bozukluğuyla güçlü bir ilişkisi bulunmaktadır. Libidonun ağız bölgesinde

olduğu bu dönemde, ağız ve çevresi doyum sağlayan, haz veren bir bölge olarak öne çıkar. Emme, çiğneme ve yutma eylemlerinde belirginleşenice alım, bu bölgenin ve oral dönemin en temel işlevini oluşturur, bu nedenle obezite ve yeme davranışı arasındaki en güçlü ilişki genellikle oral dönemle ilişkindirilir (Berberoğlu & Hocoğlu). Yapılan araştırmalarda, obez bireylerin genel nüfusa göre daha yüksek oranda psikiyatrik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Obez kişilerde beden algısı bozuklukları düşük özsaygı, özyeterlilik, yüksek mükemmeliyetçilik ve artmış dürtüsellik gözlenmiştir. En sık görülen psikiyatrik rahatsızlıkların ise depresyon ve sosyal fobi olduğu belirtilmiştir (Ünal, 2017).

Obezitenin Epidemiyolojisi

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere dünya genelinde obezite yaygınlığı artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 1995'ten 2000'e kadar olan dönemde, dünya genelinde obezite prevalansının %50 artarak 300 milyona ulaştığını raporlamıştır. ABD 'de, 1991' den 1999'a kadar olan süre zarfında, etnik gruplar ve yaş grupları arasında farklılık göstermekle beraber obezite prevalansının % 50 -70 oranında arttığı gözlenmiştir (Serter, 2023). Üçüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme İncelemesi (NHANES III), Amerika Birleşik Devletlerinde 20 yaş ve üzerindeki genel nüfusun %54,9'unun aşırı kilolu olduğunu %22,5'inin obez olduğunu göstermiştir. Yakın tarihli tahminlere göre, 2030 yılına gelindiğinde birçok eyalette obezite sıklığının % 50'ye kadar çıkması beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın altı farklı bölgelerinde gerçekleştirilen 12 yıl süren MONICA isimli çalışma (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerinin ve Eğilimlerinin Çokuluslu İzlenmesi) obezite sıklığında son 10 yılda % 10-30 arasında bir artış olduğunu göstermiştir. MONICA çalışmasının uyumlu olduğu bir diğer veri ise Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından 2013 'te yayınlanan sağlık raporudur. Bu rapora göre, son on yılda obezitenin önemli ölçüde arttığı ve OECD ülkelerinde nüfus yarısından fazlasının (%52,6) aşırı kilolu ya da obez olduğu belirtilmiştir. Bu veriler, obezitenin dünya genelinde yaygın bir epidemiyolojiye sahip olarak giderek artış gösteren bir saplık problemi olduğunu göstermektedir. Türkiye'de obezite yaygınlığına dair bakıldığında, batılı ülkelerle benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. Yetişkin toplumda özellikle kadınlarda obezite sıklığı %30 gibi yüksek düzeylere ulaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi tarafından 2010'da gerçekleştirilen Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre, ülkede obezite sıklığı kadınlarda %41,0 erkeklerde %20,5 olup toplamda ise % 30,3 olarak belirtilmiştir. Türkiye'de 1997-1998 yıllarında 540 farklı merkezde, 20 yaş üzerindeki 24,788 kişinin katıldığı TURDEP-I (Türkiye Diyabet Prevalans) çalışmasında ise obezite oranının kadınlarda %40 erkeklerde ise % 13 genel toplumda %22,3 olduğu belirtilmektedir (Berberoğlu & Hocoğlu, 2021).

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) 2007 yılında yapılan araştırmada, 7-17 yaş arasında nüfusun %16,1 'inin aşırı kilolu, %11,7'sinin obez olduğu saptanmıştır. KKTC'de 2010 yılında gerçekleştirilen farklı bir çalışmada ise 10-17 yaş arası nüfusun %22,0 'sinin aşırı kilolu, %11,0'sinin obez olduğu saptanmıştır (Kabaran & Gezer, 2012)

Obezitenin Belirtileri

Obezite, bir dizi sağlık sorununa yol açabilen ciddi bir sağlık durumudur. Vücut ağırlığının aşırı düzeyde artmasıyla birlikte birçok belirgin belirti ortaya çıkabilmektedir. Terleme, çabuk yorulma ve nefes darlığı obeziteyle ilişkilendirilen ana fiziksel belirtilerdir. Bu durum vücut ağırlığının artmasıyla birlikte metabolik yükü arttırmak, dolaşım sistemini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca tıkanırmasına yeme bozukluğunun belirtilerine de bakıldığında yeme atakları sırasında tüketilen besinlerin hızlı ve kontrol kaybı şeklinde tüketimi, tokunluk hissinin olmayışı, suçluluk ve yediği miktardan utanç duyup çevreden, aileden uzaklaşma belirtileri görülmektedir. Obezite, genellikle uyku sırasında ortaya çıkan sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Horlama ve uyku apnesi, kilo artışına bağlı olarak hava yollarının tıkanmasına veya daralması sonucu ortaya çıkan yaygın uyku bozukluklarına sebebiyet verebilmektedir. Cilt sorunları, obezitenin nedeni olduğu hormonal değişkenlerle ilişkilendirilebilir. Aşırı kilo, cildin elaksietini azaltabilir ve deri sorunlarına yol açabilir. Ayrıca, sırt ve eklem ağrılarına da sebebiyet verebilmektedir. Obezite, sadece fiziksel sağlık üzerinde değil aynı zamanda psikolojik sağlık üzerinde de etkileri mevcuttur. Obez bireylerde psikolojik sorunlar sıkça görülmektedir. Benlik saygısındaki azalma, toplumsal beklentilere uyum sağlama, kilo problemiyle mücadele etme bu kişilerde stres, anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olabilir. Bu belirtiler obezitenin geniş bir etki alanına sahip olduğunu da göstermektedir (World Health Organization (WHO) – Obezite ve Sağlık).

Obezitenin Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Kuram

Obeziteye dair psikanalitik teoriler, obez bireylerin çözümlenmemiş bağımlılık ihtiyaçlarına sahip olduklarını ve bu kişilerin psikoseksüel gelişmelerinin oral döneminde takıldıklarından bahseder. Bu dönemde aşırı iyimserlik veya karamsarlık, oburluk, hırs, bağımlılık ve sabırsızlık gibi karakteristik bir kişilik yapısını oluşturur. Oral dönemin etiyolojik olarak önemli olduğu ve obezite ile güçlü bir ilişkisi olduğu vurgulanır. Freud'un libido kuramına göre obezite ve yeme tutumu arasında en çok vurgulanan dönem 'oral dönemdir'. Oral dönem, doğum sonrası ilk bir yıllık süreyi içerir. Bu evrede, haz veren bölge ağız, dudak ve dile odaklı olan libido tarafından yönlendirilir. Yani bu evrede doyum sağlayan eylemler; emme, çiğneme ve yutmadır. Psikanalitik teorilerde aşırı yeme; depresyon ve anksiyete ile başa çıkma amacı taşımayan veya uyumu engelleyen bir baş etme tepkisi olarak algılanmaktadır. Obez bireylerin anksiyete ile mücadele etmek için aşırı yemeği benimsemeyi öğrendikleri ve bu bireylerin pasif bağımlı özelliklerinin alternatif baş etme becerilerini geliştirmelerini engellediği iddia edilmektedir. Psikanalitik araştırmalara göre, obezite kişilik bozukluğu, psikosomatik bir semptom kompleksi olarak tanımlanmıştır. "Bilinç dışı psikosomatik bir semptom kompleksi" olarak seçilen obezite durumunda, genetik, biyokimyasal, nörolojik, endokrinolojik ve sosyolojik faktörlerden biri veya birkaçının katkıda bulunduğu vurgulanmaktadır (Değirmenci, 2006).

Davranışçı Kuram

Obeziteyle başa çıkmak için davranışçı kuram, bireylerin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktiviteleri ve diğer yaşam tarzı faktörlerini değiştirerek kilo kaybını hedefler. Davranışçı kurama

göre, obezite genellikle olumsuz beslenme alışkanlıkları ve düşük fiziksel aktivite düzeyi gibi olumsuz alışkanlıkların sonuçlarından biridir. Bu nedenle davranışçı terapi bireylere sağlıklı beslenme, düzenli fiziksel aktivite gibi eğitim sağlar. Tedavi genellikle bireylerin günlük yaşam alışkanlıklarını izlemelerini bunu üzerine değişimleri içermektedir. Beslenme akışında günlük tutma, egzersiz düzeylerinin takibi ve hedefe ulaşma konusunda bireylere rehberlik sağlanmaktadır. Bireylerin yeme alışkanlıklarını, tetikleyen etkenleri bulmayı, tanımlamayı bu etkenlere karşı başa çıkma stratejileri geliştirmeleri ve duygusal yeme tutumuyla baş edebilmeyi öğrenmelerinde teşvik edilmektedir. Davranışçı kuram, bireyin sorumluluk almasını ve kendi davranışlarında değişiklik oluşturmasını vurgulamaktadır. Tedavinin etkili olabilmesinde motivasyon, hedef belirleme yeteneği ve değişime olan isteği önemli etkenlerdir. Tedavi süresince psikososyal destek, sosyal destek, ödül sistemleri ve olumlu takviyeler kullanılması önemli etkenlerdendir (Berberoğlu & Hocaoğlu 2021).

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri kuramı, yeme alışkanlıklarının ve obezitenin duygusal tatmin arayışıyla ilişkilendirilebileceğini savunur. Çocukluk döneminde yeterli duygusal desteğin eksikliğinin yetersiz olması, bireyin duygusal açlığı gıda ile doldurma eğilimiyle karşılık bulabilmektedir. Bu durum, duygusal yeme açıklığıyla tıkanırcasına yeme bozukluğu veya obezitenin gelişiminde katkısı bulunabilmektedir. Nesne ilişkiler kuramcılarında Klein ve Winnicott yeme bozukluklarına özel olarak odaklandığı görülmemektedir. Fakat anne bebek ilişkisi üzerine yoğunlaşarak, dinamik kuramın açıklamalarını nesne ilişkileri, içsel temsiller ve dışsal kapsayıcı çevre gibi kavramlarla genişletmişlerdir. Bu yaklaşıma anne ve çocuk etkileşimini vurgulayarak, yeme bozuklukları gibi sorunların anlaşılmasında katkı sağlamıştır. Sonuç olarak anne çocuk etkileşimine artan ilgi Klein ve Winnicott'un katkılarıyla nesne ilişkileri kuramının yeme bozukluğu alanında daha fazla dikkat çekmesini sağlamıştır (Erbaş, 2015).

Obezite ve Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu DSM-5 Sınıflandırılması, Tarihçesi

Obezite ilk olarak 16. Yüzyılların sonlarında ortaya çıkmıştır. Beslenme kısıtlamaları ve fiziksel aktivitenin devamlılığı, Hipokrat zamanından beri önerilmektedir. Ayrıca Roma İmparatorluğu döneminden kalma taş oymalarda büyük bedenli insanların tasfirine rastlanılmıştır. Geçmişten bu yana şişmanlıkla ilgili birçok tanım yapılmıştır. Tarih boyunca, aşırı kiloluluk, büyük beden topluluklarda sağlık, zenginlik, refah ve doğurganlık göstergesi olarak kabul görmekteydi. İlk çağ medeniyetlerinde şişmanlık, tanrıça, bereket, güç, kudret olarak tasfir edilirken, Orta Çağ ve Rönesans dönemlerinde zenginlik belirtisi olarak bilinmekteydi. Günümüzde bazı topluluklarda bu düşünce tarzının devam ettiği bilinmektedir; Afrika gibi bezlenme sorunlarını olduğu topluluklarda obezite, aşırı şişmanlık zenginlik göstergesi olarak kabuledilmektedir (Berberoğlu & Hocaoğlu 2021). İlk baskısı 1968 ' de yapılan ve psikiyatrik bozuklukların tanımını içeren DSM-II psikiyatrik rahatsızlıkları tanımlamak ve sınıflandırılmayı için tasarlanmıştır. Obezite DSM-V ' de ayrı bir tanı kriteri olarak değil fiziksel sağlık sıkıntısı ve yeme bozukluklarına bağlı rahatsızlık olarak ele alınmıştır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu içerisinde ele alınmaktadır ancak her tıkanırcasına yeme bozukluğu olan kişilerde obezite görülür denilemez. Tıkanırcasına yeme davranışından ilk olarak Albert Stunkard bahsetmiştir. Klinik tablo şeklinde tanı ölçütlerine ise 1991 yılında Spitzer ve

arkadaşları tarafınca tanımlanmıştır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu DSM-IV-TR ‘de “Başka Türlü Adlandırılmayan Yeme Bozuklukları “ başlığı altında incelenmiştir. DSM-5’de “ Beslenme ve Yeme Bozuklukları” bölümünde tanı ölçütleri olan bir yeme bozukluğu olarak ele alınmıştır (Turan ve ark. 2015). DSM-V göre tıkınırcasına yeme bozukluğu kriterleri ise:

A. Yineleyici tıkınırcasına yeme dönemleri. Bir tıkınırcasına yeme dönemi aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örn. herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.

2. Bu dönem sırasında, yemek yemeye ilgili denetiminin kalktığı duyumunun olması (örn. kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu)

B. Tıkınırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder:

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.

2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme.

3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.

4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme

5. Daha sonra kendinden tikslenme, çökkünlük yaşama ya da büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıkınırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıkınırcasına yeme davranışları, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıkınırcasına yemeye, bulimiya nervozada olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıkınırcasına yeme, yalnızca bulimiya nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Varsa belirtiniz:

● Tam olmayan yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak tıkınırcasına yeme dönemlerinin ortalama sıklığı, uzunca bir süredir, haftada birden azdır.

● Tam yatışma gösteren: Tıkınırcasına yeme bozukluğu için tanı ölçütleri daha önce tam karşılanmıştır, ancak bu tanı ölçütlerinin hiçbiri uzunca bir süredir karşılanmamaktadır. O sıradaki ağırlığını belirtiniz: En düşük ağırlık düzeyi tıkınırcasına yemenin sıklığına göre belirlenir (aşağıya bakın). Diğer belirtileri ve işlevsel yetersizliğin derecesini yansıtmak üzere ağırlık düzeyi artırılabilir.

● Ağır olmayan: Ortalama haftada bir-üç kez tıkınırcasına yemenin olması.

● Orta derecede: Ortalama haftada dört-yedi kez tıkınırcasına yemenin olması.

- Ağır: Ortalama haftada sekiz-on üç kez tıkanırmasına yemenin olması.
- Aşırı düzeyde: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez tıkanırmasına yemenin olması.

Obezite- Tıkanırmasına Yeme Bozukluğu Tedavisi

Obezite tedavisindeki amaç enerji alımını kısıtlamak ya da enerji harcanımını arttırmaktır her ikisinin birlikte yürütülmesiyle sistemin enerji dengesi de düzeltilmelidir. Tedavide genel hedefler; vücut ağırlığının düşürülmesi, uzun vadede verilen kilonun sabitlenmesi ve korunmasının yanında aşırı kilo alımının da önlenmesidir. Kilo artışıyla birlikte oluşabilecek hastalık faktörleri de kontrol altında tutulmalıdır (Baltacı, 2008) Obez hastalarda, obezitenin gelişimine katkıda bulunan genetik, hormonal ve nöroendokrin faktörlerin incelenmesi ve uygun enerji dengesinin sağlanması (alınan enerji > harcanan enerji), obezite tedavisinde ilk adımlardandır. Tıkanırmasına yeme bozukluğunda temel amaçlar ise kontrolsüz yeme atakları olan nöbetlerin ortadan kaldırılıp sağlıklı yeme alışkanlıklarını hayata adapte edebilmektir. Vücut ağırlığının kontrollü olması da önemli etkenlerden biridir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) gibi tedavi biçimleri uygulanmaktadır (Turan ark. 2015). Obezite tedavisinde, vücut ağırlığının altı ay içinde %10 oranında azalması obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarının önleminde önemli faydası bulunmaktadır. Obez hastalarda kilo kaybı ve kilonun korunmasını sabit tutulabilmesi, uzun vadeli yaşam tarzı değişiklikleri, dengeli ve sağlıklı beslenmeyle birlikte fiziksel aktivitenin artırılmasına da bağlıdır. Bu nedenle obezite tedavisi davranış tedavisi, farmakolojik tedavi ve cerrahi tedavi gibi çeşitli tedavi yöntemlerini tek başına veya birkaçı beraber uygulanmaktadır (Kayar & Utku 2013).

Egzersiz Tedavisi

Yaşam akışı içerisindeki önemli olan aktivite artışı ve egzersiz, kilo verme programında rolü büyüktür. Enerji harcanımındaki artış için temel husus fiziksel aktivitenin artırılmasıdır. Alanı fark etmeksizin her türlü fiziksel aktivite bu amaca hizmet etmektedir. Gidilecek yere yürüyerek gidilmesi, asansör kullanımı yerine merdiven çıkmayı tercih etmek, günlük ev işlerini yapılması gibi basit ama etkili fiziksel aktiviteler enerji tüketimini artırıp kilo verilmesinde etkilidir. Farklı fiziksel aktivitelerin yararlı etkileri birleşerek daha hızlı kalori yakılmasını sağlayabilmektedir. Normal kilolu bireyler, egzersiz sırasında harcanan enerjiyi besin alımını dengeli şekilde artırarak sağlayabilir, ancak obez bireylerde yetersiz egzersizin yanında dengesiz beslenme kilo kaybından çok artışa neden olmaktadır. Egzersizin bireye her anlamda faydası vardır. Egzersiz sırasında ve sonrasında enerji harcanımı artar. Bazal metabolizma hızı yükselir ve bu enerji dengesinin negative olmasına yol açar, dolayısıyla kilo kaybı artar. Yiyeceklerin termik etkisi artar. Yağ içeriği yüksek olan gıdaların tercihi azalırken, yağ dokusu alır ve kas kütlesi korunur. Kişinin kendini daha iyi hissetmesi ve fizyolojik faktörlerin düzelmesine de katkısı vardır. Obeziteye bağlı komplikasyonların gelişme riski azalır ve morbidite ile mortalite oranları düşer (Serter, 2003).

Davranışçı Tedavi

Obezite ve tıkanırmasına yeme bozukluğunda davranışçı tedavi, kişilerin günlük yaşamlarındaki alışkanlıklarını ve davranışlarını değiştirmeyi hedeflemektedir. Bu tedavi yönteminde, obezite

sorunu yaşayan kişilerin yeme içe beslenme alışkanlıklarını ve fiziksel aktivitelerini izlemeleri ve düzenlenmek amaçlanmaktadır. Bu hedefin yanı sıra yeme tutumlarını tetikleyen işaretlerin fark edilmesi kontrolün sağlanması da amaçlanmaktadır. Davranışçı terapi, farklı aşamalardan oluşmaktadır (Berberoğlu & Hocaoğlu, 2021) Bunlar; kendini izleme, stres yönetimi, uyaran kontrolü, problem çözme, olasılık yönetimi, sistematik yeniden kurma ve sosyal destek mevcuttur. Durumun izlenmesinde hastanın alınan kalori miktarı kullanılan ilaçlar, yapılan egzersiz ve fiziksel aktivite gibi faktörlerin de takibi, kaydı önemlidir. Uyarıcı kontrollü oturumları, televizyon izlerken atıştırmaya yönlendirecek yanlış beslenme alışkanlıklarını belirlemek ve bunları azaltmak için de kullanılır. Obezite bakımının amacı bireyin sağlık ve refah düzeyini en iyi seviye getirmektir (Baltacı, 2008).

Farmakolik Tedavi

Farmakolik tedavide VKİ'si 27 ve üzeri olan obez kişilerin yanı sıra komorbiditeleri olan hastalara yöneliktir. Diyet ve egzersiz gibi geleneksel kilo verme yöntemleri başarısız olduğunda bu tedavi seçeneği tercih edilmektedir. Obezite, metabolik kontrolü sağlamak amacıyla devamlı ilaç tedavisinin modalitesi olarak kabuledilmektedir tam olarak bir iyileşme beklenmektedir. Bu durum diyabetes mellitus ve hipertansiyona benzetilmektedir. Farmakolojik tedavi obezite tedavisinde birincil yöntem olarak olduğu söylenemez. Tamamlayıcı rolü vardır. Tek kullanılacak tedavi yöntemi olarak düşünülmemelidir etkisi ve gücü sınırlıdır. FDA onaylı sempatomimetik ilaçlar ve yağ emilimini değiştiren ilaçlar obezite tedavisinde kullanılanlardanlardır (Berberoğlu & Hocaoğlu 2021).

Cerrahi Tedavi

Obezite tedavisinde cerrahi yöntem günümüzde geçmişe göre daha fazla kullanılmaktadır. Cerrahi tedavide temel hedef, obeziteyle gelişen morbidite ve mortalityi azaltmak, metabolik ve organ fonksiyonlarını iyileştirebilmektir. Bu durumfa obeziteye bağlı gelişen rahatsızlıkların (komorbiditelerin) sıklığı azalır, ilaç maliyetleri azalır, hastanede yatış süresi kısalmış ve yaşam kalitesi artmaktadır (Kurt ark. 2019) Cerrahi tedavi uygulanabilmesi için kişinin en az 3 yıldır obez olması, herhangi bir hormonal rahatsızlığının olmaması, cerrahi dışında yöntemlerin en az 1 yıldır uygulanmış olması ve buna rağmen ağırlıkta değişiklik olmaması gibi şartlar aranmaktadır. Cerrahi tedavide bariatik yöntem sık kullanılmaktadır. Bariatrik cerrahinin esas amacı ağırlık kaybıyla gelişen yağ dokusunun azalmasıdır. Bu durumda kullanılan yöntemin başarısını belirleyen faktör kaybedilen ağırlığın yüzdesidir. Başarılı olarak sayılabilecek cerrahi müdahalede kaybedilen ağırlığın yüzdesi genellikle %60 civarındadır. Orta düzeyde başarıda %40 ve daha az olabilmektedir. Bariatik cerrahi sonrası hastalarda kilo azalışı olmasına rağmen verilen kilonun korunması sıklıkla zordur. Başarılı sayılabilecek cerrahi işlem için hastaların kilo kaybının %50 'sinin kaybı beklenirken, %20 aralığında olan hatalar için başarılı kilo kaybı kriterlerini sağlanamamıştır (Öz, 2018).

BDT TanımıBilişsel davranışçı terapi (BDT) fikirlerimizin, nasıl hissettiğimiz ve davranışlarımız üzerinde odaklanan, inceleyen yapılandırılmış bir terapi biçimidir. Temellerini öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji prensiplerinden yararlanan BDT bilişsel, davranışsal yöntemler ve sorun çözme

becerilerine bağlı yaklaşımlar barındırır. BDT'nin (Bilişsel Davranışçı Terapi) insan tutumları ve psikopatolojilerini açıklamaya çalışırken temelde bilişsel ve davranışsal dayansa da BDT, duygusal, gelişimsel ve sosyal unsurları da ele almaktadır. BDT sadece fikir, düşünce ve davranışların bağdaşımını değil aynı zamanda duygusal tecrübeleri, kişinin gelişimini e sosyal etkileşimlerin de üzerinde durmaktadır. Bu nedenle BDT bilişsel davranışsal unsurlara odaklanmakla kalmayıp duygusal, gelişimsel ve sosyal unsurları da içerisinde bulundurmaktadır (Özcan & Çelik, 2017).

BDT Terapisinin 10 Ana İlkesi:

- 1) BDT danışanların sıkıntılarının sürekli farklılaşan formülasyonuna ve her danışanın bilişsel öğelerle bireysel şekilde kavramlaştırmasıdır.
- 2) BDT, kuvvetli bir terapötik bağlam olmalıdır.
- 3) BDT, karşılıklı işbirliği ve devamlılık aranmaktadır.
- 4) BDT, hedefe bağlı sorunun kaynağına inme odaklıdır.
- 5) BDT, şu anı ele alır.
- 6) BDT, eğitim odaklıdır, danışana uygulanacak terapi öğretmek hedeflenir, tekrarlamının önlenmesi amaçlanır.
- 7) BDT, zamanda sınırlılık üzerine amaçlamaktadır.
- 8) BDT seansları yapılandırılmıştır.
- 9) BDT, danışanlarda fayda getirmeyen düşünce ve inaçların belirlenmesi, taranması, cevaplamaları öğretilir.
- 10) BDT, fikirleri, ruh halini ve tutumun farklılaştırılması için birçok yöntem kullanılır (Öz,2018)

BDT Tarihçesi

1960 'lı yıllarında psikiyatr Aoron Beck tarafından geliştirilip hazırlanan bilişsel davranışçı terapi, Aoron'un bireyin hisleri ve tutumlarını yaşanan olay ve hadiselerle olarak değil düşüncelerin etken olduğunu ifade etmektedir. Beck, o yıllarda psikanalizin, bilimsel psikolojiciler tarafınca yok sayılmasından oldukça rahatsızdı. Psikanalitik kuramın hipotezlerinin geçerliliğini bilimsel şekilde sunabilmek için o dönemlerde odaklandığı depresyon rahatsızlığı üzerine ampirik çalışmalar yapmaya karar vermiştir. Öfkenin içe dönmesi varsayımını bilinçdışı materyalle açıklayabilmek için depresif hastaların rüyalarının içeriğiyle ilgilenerek bu alana odaklanarak giriş yapmıştır. 1970-1980 arası dönemlerde önemli kısımca Aoron Beck ve Albert Ellisin ikilisiyle duyulanan kuramın etkisi 1980 lerde çok alanda duyularak büyük ses getirmiştir. Psikoterapi alanında bilişsel inkılap olarak yankı uyandırıp dönüşüm olmuştur. İlk çıktığı zamanlarda depresyon tedavisiyle kısıtlı bir biçimde olan kuram sonrasında panik bozukluk, sosyal fobi, OKB, yaygın anksiyete bozukluğu gibi anksiyete rahatsızlıklarına yönelmiştir. Sonraları yeme bozukluğundanpsikotik bozukluklara kadar kullanım alanı bulmuştur. Ülkemizde ilk olarak Hcatepe Üniveritesi, psikoloji bölümü tarafınca tanıtılan bilişsel terapi Kognitif Davranış Terapiler Derneği çalışmalarıyla yer

edip yankı uyandırmıştır (Türkçapar & Sargı 2011).

BDT'nin tarihçesine bakıldığında kuram ve uygulamada üç dalga olarak bilinmektedir. Bunlar; Birinci dalga terapilerde; davranışçı yaklaşımların daha çok ilgiodağı olduğu, psikoterapi ve uygulama sürelerinde davranışın incelenmesi, değiştirilmesi ve öngöründe bulunulması ile ilgili olduğu gözlemlenmektedir. Ayrıca bu dönem klasik ve edimsel koşullanma kuramlarının daha çok öne çıktığı kullanımlar mevcuttur. İkinci dalga terapilerde; biliş ve davranışların birlikte ele alındığında, psikopatolojilerde aktif olarak var olmayan bilişlerin rolünün anlaşılıp etkin olmayan bilişlerin değiştirilmesinin hedeflendiği gözlenmektedir. Üçüncü dalga terapilerde ise biliş ve davranışların farklı olarak, iç görü, kabul ve üst biliş gibi olgular göze çarpmaktadır. Üçüncü dalga terapilerde asıl amaç içsel yaşantıları odak noktasına getirip, içsel yaşantıları anlamak ve içsel duyumları farklılaştırmayıp önyargısız, koşulsuz kabuldür (Aydoğdu & Dirik 2020).

Obezitede Bilişsel Davranışçı Terapi

Obezitede davranışsal tedavide, fiziksel aktivitenin artışı, sağlıklı gıdalar tüketimini sağlamak amacıyla psikoeğitimden yararlanılmasını, danışanın besin alımına karşı sınırlar koymasına olanak sağlar. Bilişsel bileşende ise; maladaptive kelime anlamıyla bireyin hayatındaki problem, sıkıntı ve stresiyle baş edilmesi açısından kişiye bir katkısı olmayan yarasız düşüncelere denir. Bilişselde bu düşünceler üzerine durularak düşünce süreçleri farklılaştırılarak değiştirilir ve problem çözebilme yeteneği sağlanır (Öztürk ark. 2017). Bilişsel davranışçı terapisi tıkanırcasına yeme bozukluğu, obezite gibi yeme bozukluklarında kullanılan etkin fayda sağlanan diğer bir tedavi yöntemlerindedir. BDT de davranışçı teknikler kullanımıyla birlikte danışanların gerçeklikle alakası olmayan faydasız bilişleri üzerinde durarak farkındalık kazandırılmaya çalışılır. Obezite için kullanılan bilişsel davranışçı grup terapisinde kendini izleme, uyarın kontrolü, yeme davranışının kontrol edilmesi, pekiştirme ve güçlendirme, fiziksel aktivite arttırma ve sonrasında da ideal kiloya sahip olma ve bunu devam ettirme, davranış sözleşmesi gibi birkaç tedavi yöntemi vardır (Geniş ark. 2022).

Kendini İzleme (Self- Monitorization)

Kendi kendini izleme gözlemlerinde bulunabilme tedavi açısından önemli adımlardandır. Gözlemlerinin katkısıyla obeziteye sebep olan davranış ve tutumların neler olduğu görülmüş olur. Geceleri yemek yeme, atak geçirme ve buna bağlı olarak gelişen öfke, asabiyet durumu gergin zamanlarda yeme gibi tutumların varlığının anlaşılmasına olanak sağlar. Bu yöntemle; o anki besin tüketimi ve fiziksel aktiviteyle ilgili davranışların kaydedilmesi, ana ve ara öğünleri, açlık durumunu, besin tüketilen ortam ve zamanı, bu besinlerin kimlerle nasıl tüketildiği, hissedilen duyguları ve yapılan egzersiz türünün ne olduğu ne kadar süreyle yapıldığı, devamlılığı, yapılan egzersiz sonrası hissedilen duyguları kapsayan bir günlük (kayıt formu) tutulmalıdır. Bu adımlar sağlanarak danışanın TYB, Obeziteye sebebiyet veren hangi tutumların değiştirilmesi gerektiği üzerinde durulur. Günlük tutulması danışanın problemin formüle edilmesini sağlar tedavi için birey doğrudan kendisi sorumlu duruma gelir. Bu sorumluluk danışanda ödev mantığı oluşturur buna bağlı çaba sarf edilir. Danışan hangi davranış ve tutumların değişeceğine nerden başlamak istediğine karar verebilir. Başlangıcın basit ve uygulanabilir şekilde olması motivasyonel açıdan

önemlidir.

Uyaran Kontrolü

Bireyin beklenen tepkide bulunabilmesi için öncelikle ayırt edebilmeyi; hangi davranış öncesinde uyarana karşı hangi şekilde tepki vereceğini biliyor olması gerekmektedir. Uyaran kontrolü bir hedef uyarının ortaya koyulması ya da ortam içerisinde olması nedeniyle bireyin kendisinden görülmek istenen tutumu sergilediğinden dolayı bu durum pekiştirmeye olanak bulunur. Uyaran kontrolünü yapılabilmesi için ortamda fark edilebilen uyaran ya da bireyin fark edebileceği uyaran bulunmalıdır. Ayırt edici uyaran UA şeklinde ifade edilmektedir. Birey ayırt edici uyarana karşı verdiği tepki istenilen tepkiye pekiştirilme sağlanır ki UP ile gösterilebilsin. Bireyin vermiş olduğu tepki farklı bir uyaran ya da uyaran topluluğunun, grubunun (UD) bulunursa verilen tepki ile pekiştirilme sağlanamaz, sonuç olarak bireyin yemek alımıyla ilgili dış tepkilere maruz kamlarını daha aza indirmek, bireye uygun besin alma tutumunu sağlamak için gerekli olan uyarınları fazlaştırmak gayesiyle birden çok yöntem uygulanmaktadır. Buradaki istenilen durum soruna sebebiyet veren yeme tutumuna yol açan hadiseler zincirini bulmak, erken aşamalarda müdahale edilmesini sağlayacak planlar geliştirilmesi amaçlanır (Oğuz ark. 2016).

Yeme Davranışının Kontrolü

Uyaran kontrolünde öneride bulunan tekniklerin dışında; tüketilen besinlerin daha sakın ve yavaş yenilmesi, yeniden yemeğin tadına yoğunlaşarak, besinin iyice çiğnemek, yemek arasında kısaca bir süre ara vermek, dinlenmek, aceleci olmamak, su tüketimini fazlasıyla sağlamak yeme davranışı kontrolünde önerilenlerdendir. Bu önerilerle kişinin daha fazla yemesinin önüne geçerek yemek yemenin asıl amacının ihtiyaç olduğunun kavranmasına olanak sağlar.

Doğru Beslenme Eğitimi

Davranış, beslenme eğitiminde davranış terapisinde önemli bir yere sahiptir. Bu eğitimle birlikte bireyin yaşam boyunca yeme tutumlarının şekil bulmasını sağlar. Buradaki amaç bireyi diyet programına dâhil ederek programın bir paçası olduğunu hissettirmektir. Uygulanması zor katı sınırları barındırmayan belli kısıtlı bir süre sınırı koyulmayan bireyin bilinçlenmesine üzerine durularak yeme tutumunun düzenlenmesine katkısı olan bir yaklaşımdır. Diyetisyenler, beslenme uzmanlarıyla süreç takibi de sağlanmalıdır. Uygulanan diyetle harcanan eforda daha az kalori tüketimi kişinin kilo kaybı yaşamasını sağlayacaktır.

Fiziksel Aktivitenin Artışı

Gelişen teknolojiyle adım sayar uygulamalarla gün içerisinde kaç adım atıldığı gözlenebilmektedir. Obez bireylerin adım sayılarının genel popülasyona oranla 5000-4000 adım daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu tarz hayatlarında değişikliğe giden bireylerde beklene adım sayısı 10000 ve üzeri olmasıdır. Fiziksel aktivitelerin kaydedilmesi günden güne artışın ve azalışın gözlemine olanak sağlamaktadır. Bunun için kullanılan mekanik pedometrele bu ölçümler için kullanılabilir en makul ölçüm araçlarıdır. Pedometreler masraflı olmamasından dolayı hastalar kullanmaktan hoşlanmaktadırlar (Ünal, 2017).

Pekiştirme ve Güçlendirme

Bireyin davranım sıklığı ve fazlalığını etkileyen ve davranımda olumlu neticeler çıkan pekiştirmelere olumlu pekiştirme, olumsuz neticeleri engellemek amacıyla davranışlar ortaya çıkaran pekiştirme olumsuz pekiştirme olarak ifade edilmektedir. Kilo kaybını göstermek için yapılan davranımlar olumlu pekiştirme olarak kabul edilmektedir. Bireyin ailesi ve çevresi tarafından sosyal destek sağlanması bu desteğin sadece manevi olarak değil maddi olarak da sağlanması davranımı kuvvetlendirir.

Davranış Sözleşmesi

Bu sözleşme terapist, danışan eğer ki mevcutsa diğer grup topluluğuna bağlı üyelerin beraber geliştirdikleri davranışın farklılaştırılması için koyulan hedefleri edinilmesi tüm detayıyla açıklayan yazılı bir sözleşmedir. Terapist hedefleri realist bir biçimde tüm detaylarıyla yapılacakları belirtmesi gerekmektedir. Hedefler gerçekçi bir şekilde tasarlandıktan sonra danışan ve terapist davranış değişikliğinde sağlam yol alabilmek için basamakları tek tek tasarlamalıdır. Sözleşmedeki gaye kilo değişikliği üzerine değildir, davranımın değişmesi üzerinedir. Hedefe giderken çıkabilecek olumsuz durumlarda terapist danışana gerekli olan desteği sağlayabilmelidir (Öz, 2018).

İlgili Araştırmalar

Steffani ve arkadaşlarının çalışmasında, güçlü oranda kan basıncı ve uyku apnesi gibi birbirine benzeyen semptomları bulunan klinik açıdan obez sayılabilecek 15 yaşında, erkek hastaya uygulanan aile merkezli ve farkındalık odaklı bilişsel- davranışsal müdahale şeklinden söz edilmektedir. Yapılan bu çalışmada kilo, kan basıncı ve sağlıklı hayata teşvik etme davranım olarak alınan ilk değerlerle son alınan değerler arasında iyiye giden iyileşme gözlemlendiği bahsedilmiştir. Hastaya uygulanmış olan tedavi yönteminde sağlıklı hayat balansı sağlanmıştır. Tedaviden bir yıl sonra verilen değerlere bakıldığında olumlu neticeler alındığı görülmüştür, tedavinin olumlu neticelendiği gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar, sonraki yıllarda sağlık komplikasyonları açısından tehlike durumunda sayılabilecek obez ergenler açısından ekolojik anlamda anlamlı müdahalelerle bağlantılı gelişme gösteren literatüre katkısı olduğu söylenebilir (Sperry ve ark. 2013).

Anıta Prag sadece bir kişiyle yürüttüğü vaka çalışmasında. Danışan K. 39 yaşında olup altı yaşından bu yana kilo problemi olan bir bireydir. Kilo sorunun artık bilişsel bir sorun durumuna geldiğini belirtmiştir. Kilo kaybına ilişkin davranışsal hipnoterapi müdahalesi, fiziksel benlik saygısı ve tatmin muayenesi ayrıca niceliksel ve niteliksel araştırma bulgularının analizinde fenomenolojik yöntem kullanılmıştır. Program oturumları bireyin bedensel özgüveni geliştirdi ve devamlılık sağlamsına katkıda bulundu. Yemek tüketiminde iştah konusunda tutumunda farklılaşma olup bilinçlenmesinde gelişme göstermiştir. Müdahale başlangıçlarında 32 kez yeme isteği yaşayan hasta kontrollü müdahaleyle bu istekte azalma olmuştur. Program sonunda 10'a çıkmıştır. Ana olumsuzluğun sıklığını oluşturan düşünce kalıpları (haftalık olarak kümülatif olarak rapor edilmiştir) 121 den 82'ye düşerek azalma yaşanmıştır. Hasta fiziksel kilo kaybı istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunamasa da genel sağlık duygusuna sahiptir, kendini kabullenmektedir (Prag, 2017).

Kuyumcunun yürüttüğü olguda E.M. 114 kilo 156 cm, beden kütle indeksi (BKİ) 46.8 olan kadın hastadır. Hastada operasyon öncesi yapılan incelemede trombositoz, OKB, hipertansiyon, migren, grade III steatoz ve idrar kaçırma sorunu olduğu saptanmıştır. Hastanın bu tanılarını için farklı sağlık kurumlarından yardım alınıp takibi sağlanmaktadır. Hastanın ilaç tedavisi on günde bir interferon enjeksiyonu, salisilik asit, aripiprazol, sertralin, benidipin ve propranolol şeklinde planlanmıştır. Obez hastaya yapılan değerlendirmeler sonucunda sleeve gastrektomi uygulanmasının gerekliliğine karar verilmiştir. Postoperatif 50. Günde böbrek işlevlerinde bozulma ve ürik asit fazlalığı nedeniyle TBT planlamak üzere hemotoloji tarafınca yönlendirilmiştir. Hasta E.M. operasyondan sonra elli gün boyunca kendisine uygulanması için verilen ve giriş kısmında ayrıntılı biçimde açıklanan ölçünlü bariatik cerrahi sonrası beslenme kurallarını problemsiz uygulamıştır. İlk 15 günlük süre boyunca sıvı alımı ve takip eden 15 gün püre yoğunluğunda gıda tüketiminden sonra katı beslenme sistemine geçilmiştir. Operasyon sonrasında birinci haftanın dâhiliyle her gün 5 ml bariatik cerrahi için oranlı sıvı halde bir multivitamin- mineral kullanılmıştır. Hasta E.M. yapılan operasyon sonrası ilk süreçte gerekli sıvı alımına dikkat etse de ancak sonrasında operasyondan önceki alışkanlığı olan günlük en çok 200 ml kadar sıvı almıştır. Çalıştığı yerde tuvaletle gitmemek için sıvı alımını kısıtlamıştır su tüketmemiştir. Sıvı tüketimindeki yetersizlik nedeniyle idrar yolu enfeksiyonu şikâyeti ile ürolojiye başvurmuştur yapılan tetkiklerde biyokimyasal parametrelerden protein atım ürünlerinin fazla olduğu görülmüştür ve buna uygun tedavi yöntemi uygulanmıştır. Bu olguda hastanın OKB semptomları temizlik ve titizlik üstüne yoğunluğu fazla olduğu görülmektedir. Hasta E.M. 21 günde bir kere olmak üzere beden bileşimi biyoelektrik. mpedans analizi (BIA9 ölçer ile analiz yapılarak en az 60 dakika olmak üzere müzakerelerle takibi sağlanmaktadır (A. Kuyumcu, 2022).

Yükselin takibini yaptığı olgu izleminde, 62 yaşında 149 cm boyunda, 125,7 kg ağırlığında (BKİ=56.6 kg/m²) komorbiditesi bulunmaktadır. F.N ilkökul mezunu ve ev hanımıdır. Hasta, başlangıçta topuk dikeni şikâyeti sebebiyle Eskişehir Tepebaşı Toplum Sağlığı Merkezine başvurmuştur. Yapılan tetkiklerde hastanın morbid obez olduğu ameliyat olması gerekliliği aktarılmıştır, ameliyatın 15 gün sonra olacağı bilgisi verilmiştir. Ameliyat olmayı onaylayan hasta ameliyat öncesi diyet polikliniğine yönlendirilmemiştir, herhangi bir beslenme eğitimi verilmemiştir. Planlanan zamanda LSG ameliyatı uygulanan F.N enfeksiyon sebebiyle ameliyat sonrası iyileşme süreci 12.güne kadar yoğun bakımda devam etmiştir. F.N 14.gün taburcu edilmiştir. Hastanın ilk ağızdan beslenmesi serviste, günlük iki su bardağı tanesiz komposto ve bir su bardağı su olarak olarak belirlenip uygulanmıştır. Hastaya rejim konsültasyonu taburculuk sırasında istenmiştir. Konsültasyonla beraber diyetisyen izlemi başlamıştır ve öncelikli olarak hastanın anamnezi ve beslenme hikâyesi alınmış ve diyeti (berrak açık sıvı) oluşturulmuştur. Olgu F.N çocukluk yıllarında olağan kiloda olduğunu 17 yaşında 49 kiloda iken Almanya' ya gittiğini ve bir yıl içerisinde 20 kilo aldığını belirtmiştir. Hasta kilo alma sebebini fakir hayattan zengin hayata geçmekten dolayı olduğunu belirtmiştir. F.N daha sonrasında evlendiğini ara vermeden üç hamilelik yaşadığını bu hamileliklerden toplam 5-6 yıl içerisinde 70 kilodan 110 a kadar çıktığını ifade etmiştir. Hasta F.N sonraki süreçlerde devamlı olarak kilo vermek istediğini üç başarısız deneyim yaşadığını ancak aktivite artışı ya da diyet yapmadığını herhangi bir uzamandan,

diyetisyenden yardım almadığını belirtmiştir. F.N. ilk olarak ameliyat sonrası basamaklı beslenme tedavisiyle ilgili eğitim verilmiştir. Diyet programı oluşturulmuştur. F.N birinci basamak olan (Berrak sıvı) diyetten dördüncü basamak olan (normal) diyete sekizinci haftanın sonunda ulaşmıştır. Hasra ikinci yılın sonundan itibaren ameliyat öncesindeki alışkanlığı olan iki ana öğün şeklinde beslenmeye, kahvaltı yapmayıp geçiştirmeye geri dönmüştür. Ameliyat öncesinde her gece uyanıp 1-2meyve tüketen F.N alışkanlığına tekrar dönmüş hatta uyanmayı ikiye çıkarmıştır meyve tüketiminin yanına bir çay bardağı süt eklemiştir bunun sebebini de açlık olduğunu istemsiz olarak uyandığını belirtmiştir. Hastanın kontrolle sıklaştırılıp tekrar planlama yapılmıştır. Hastaya ameliyatla ilgili olarak düşünceleri sorulduğunda kilo verdiği için mutlu olduğunu fakat mide ağrı, bel ve karın bölgesinde farklılık olmadığından dolayı da pişmanlık duyduğunu ifade etmiştir (Yüksel, 2016).

Ogata ve arkadaşlarının üzerine çalıştığı vaka serisinde 18 ile 60 yaş arasındaki daha önce birçok denemeye rağmen kilo veremeyen katılımcıları ele almaktadır. Katılımcılar 20-30 yaşlarında aşırı kilolu ikisi kadın biri erkek üç katılımcıyı içermektedir. Programda yapılan diyet, egzersiz ve BDT terapisini içermektedir. Katılımcılar dokuz hafta boyunca haftada bir kez olmak üzere bir saatlik grup terapilerine katılmışlardır. . Katılımcıların 18 ay boyunca takip değerlendirilmesi yapılmıştır. İlk süreçte katılımcıların ağırlıklarında çok bir fark olmasada 18 aylık takip döneminde kilo kaybı gözlemlenmiştir yapılan olgudaki sonuçlara bakıldığında katılımcıların hepsinde kilo kaybı yaşandığı ve programın başarılı sonuç verdiği görülmektedir. Bu sonuçlar, farkındalık ve çevrimiçi müdahaleyi içeren bir BDT programının, kilo kaybı ve bakımı için etkili bir yöntem olabileceğini obez ve obez aşırı kilolu bireylerde yeme davranışındaki kontrol kaybını, isteğini azaltabileceğini göstermektedir (Ogata vd. 2018).

Kaçmaz ve arkadaşlarının olgu sunumunda 42 yaşında 122 kilo ağırlığında 163 cm boyunda VK (BMI) 45,9 olan morbid obezdir. Hasta E.D hipertansiyon ve diyabet hastasıdır. Ev hanımı ve iki çocuk annesidir. Bir buçuk yıldır 1600 kcal diyet uygulanmasına akpuntura gitmesine rağmen ağırlığında bir farklılık olmaması sebebiyle polikliğine başvurmuştur. E.D. obezite konseyi tarafınca tetkikler yapılmıştır hastanın bir buçuk yıldır diyet geçmişi olması akapunktur tedavisine rağmen kilo verememesi ve BMI 'nin 40'ın üstünde olması sebebiyle E.D'nin cerrahi endikasyonu olması kararlaştırılarak sleeve gastrektomi (tüp mide) operasyonu yapılması kararlaştırılmıştır. Ayrıca bu süreçte obez hastanın sağlığını önemli ölçüde etkileyen sağlıklı yaşam şekli davranışlarını değerlendirmek sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ölçeği uygulandı. Olgunun maksimum SYBD puanına göre yaşam davranımının orta yaklaşık olarak %55 düzeyde olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ölçek alt gruplarından tinsellik sağlık sorumluluğu kişiler arası ilişki alt gruplarına göre daha düşük puan aldığı gözlemlenmiştir. Diyet politikasının devamı egzersizin, sosyal desteğin ve bilişsel davranışçı terapinin obez hastalarda cerrahi müdahalenin yanında önemli etkiye sahip olduğu söylenebilmektedir (Kaçmaz vd. 2013).

Sonuç ve Öneriler

Obezite ve TYB arasında belirgin bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bu sebeple doktorların TYB konusunda detaylı bilgiye sahip olmaları bu bozukluğu açıklamaları ve hastaya uygun tedavi

yöntemlerini uygulamaları gerekmektedir. Obezite ve TYB tedavisinde asıl olanın bilişsel şemaların saptanması tedavide önemli yol kat etmesini sağlar. Diyet, egzersiz, fizyoterapi, bairatik cerrahi tedavilerinin yanında psikolojik tedavinin de iş birliğiyle multidisipliner yaklaşımla kişilerin fazla kilolarından kurtulmalarını ve verilen kiloların kalıcılığı sağlanır. Egzersizin alışkanlık haline getirilmesi, vücudun dengesini korumak adına gerekli kaloların sağlıklı besinler üzerinden alınması, protein ve karbonhidrat dengesinin oluşturulması, öğün düzeninin kurulması ve yemek yerken yavaş tüketilmesi, gece yeme davranışının ortadan kaldırılması, bol su tüketimi tedavide önemli faktörlerdendir. TYB ve obezitenin tedavisi zorlu ve uzun bir süreçtir. Hastaların görünümünden, ailesinden, çevresinden duyduğu utanç tedaviye gitmede çekindiren durumlardandır. Bu durum hastalarda düşük benlik saygısıyla birlikte psikolojik problemleri de getirmektedir. Aile ve çevre tarafından sosyal desteğin sağlanması BDT seanslarıyla desteklenmesi gerekmektedir. BDT seanslarıyla yeme tutumundaki yanlış bilişsel yanılgıları, otomatik düşünceleri, hatalı şemalar düzeltilerek tedavide olumlu sonuçlar alınmasını hızlandırır.

Bu çalışmaların sonucuna bakıldığında BDT'nin TYB ve obezite semptomlarının azalmasında, ortadan kaybolmasına güçlü bir tedavi metodu olarak görülmüştür. BDT'nin obezite ve TYB belirtilerinde, diğer kullanılan yöntemlere oranla daha hızlı ve kalıcı sonuçlar alındığı düşünülmektedir. Ülkemizde de BDT kullanımı yaygındır. Avrupa ülkelerinde obeziteyle ilgili yapılan araştırma ve çalışmalar fazladır. Litaratüre bakıldığında Türkiye'de Tıkanırcasına Yeme bozukluğunun obeziteyle ilişkisi için yeterli sayıda ve genişlikte çalışmalar olmadığı görülmektedir. Ülkemizde Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu ve obezite üzerine daha fazla çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Baltacı, G. (2008). *Obezite ve egzersiz*. Klasmat Matbaacılık.
- Berberoğlu, Z. ve Hocaoglu, Ç. (2021). Küresel sağlık sorunu obezite güncel gözden geçirme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552.
- Değirmenci, T. (2006). *Obez erişkinlerde benlik saygısı yaşam kalitesi yeme tutumu depresyon ve anksiyete* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Pamukale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Erbaş, S. (2015). *Yeme tutumlarının nesne ilişkileri kuramı çerçevesinde incelenmesi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Erkol, A. ve Khorshid, L. (2004). Obezite predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *Ssk Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(2), 101-107.
- Geniş, B., Kayalar, A., Dönmez, A. ve Coşar, B. (2022). Obez ve aşırı kilolu bireylerde yapılandırılmış bilişsel davranışçı grup terapisinin vücut ağırlığı ruhsal durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 33(1), 11-21.

Gülcan, E. ve Özkan, A. (2006). Obezite. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10, 1302-3055.

Kaçmaz, N., Ersü, A., Balcı, U. G. ve Öngel, K. (2013). Sağlıklı yaşam ve obezite cerrahisi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 38.

Karaçil, M. Ş. ve Şanlıer, N. (2014). Obezitenin çevre ve sağlık üzerine etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2).

Kayar, H. ve Utku, S. (2013). Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*, 6(2).

Kurt, A. K., Zoba, C. A., Ateş, E. ve Set, T. (2019). Birinci basamakta obezite yönetimi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 11, 55-60.

Kuyumcu, A. (2022). Sleeve gastrektomi sonrası dehidrasyona bağlı oluşan biyokimyasal değişiklikler ve tıbbi beslenme tedavisi. *Bes Diy Dergi*, 50(1), 109-115.

Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B. ve Sungur, M. Z. (2016). Obezite ve bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(2), 133-144.

Öz, M. (2018). *Obezite cerrahisi sonrasında beslenme eğitimi ve bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin: vücut kitle indeksi ve problemlili yeme davranışları üzerine etkisinin incelenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı.

Özcan, Ö. ve Çelik, G. G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türk Klinikleri*, 3(2), 115-20.

Prag, A. (2007). *Bilişsel davranışçı hipnoterapi ve obezite tek bir vaka çalışması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Stellenbosch Üniversitesi.

Serter, R. (2003). *Obezite atlası*. Nadir Kitap.

Turan, Ş., Poyraz, C. A. ve Özdemir, A. (2015). Tıkanırmasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 419-435.

Ünal, G. Ö. (2018). Obezitenin psikiyatrik yönü, tedavide davranışçı ve bilişsel davranışçı terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 7(1), 31-41.

Yüksel, A. (2016). Bariyatrik Cerrahi Operasyonu Geçiren Morbid Obez Bir Hastanın Üç Yıl Sonraki Beslenme Durumu: Olgu Sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 39-45.