

# Bariatrik Cerrahinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri

## *Psychiatric and Psychosocial Aspects of Bariatric Surgery*

Güzin Mukaddes Sevinçer, Halil Coşkun, Numan Konuk, Süleyman Bozkurt

### Özet

Bariatrik cerrahi ülkemizde ve dünyada son on yıl içerisinde giderek popüler hale gelen ve daha çok tercih edilmeye başlayan bir obezite tedavi yöntemidir. Hastaların bariatrik cerrahi ile hızlı kilo vermeleri ve obeziteye komorbid hastalıklarda da düzelmenin beraberinde gelmesi sebebiyle bariatrik cerrahi uygulanan hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Gerek obezite gerekse bariatrik cerrahi psikiyatri ve psikososyal değişkenlerle karşılıklı ilişki içindedir. Bu hastaları değerlendirmede incelenmesi gereken başlıca konular; cerrahi öncesi hastanın herhangi bir psikopatolojisinin var olup olmadığı, cerrahi işlem ve sonrası ile ilgili bilgi düzeyi, cerrahi sonrası ortaya çıkması beklenen fiziksel, psikolojik ve sosyal değişikliklerle ilgili beklenti düzeyleri, cerrahi sonrası ortaya çıkabilecek davranış değişiklikleri ve tıbbi önerilere uyabilme kapasitesinin değerlendirilmesidir. Bu makalede obezite hastalığında bir tedavi yöntemi olarak bariatrik cerrahi hastalarının psikiyatrik ve psikososyal açıdan değerlendirilmesinin gerekliliği mevcut literatür ışığında gözden geçirilmiştir. Bariatrik cerrahinin muhtemel tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal komplikasyonları ve ilgili konular değerlendirilmiş, bariatrik cerrahiden beklenen başarılı sonuç için psikiyatrik bozuklukların ne kadar öngörücü olabildiği ile ilgili literatür derlenmiştir..

**Anahtar sözcükler:** Obezite, bariatrik cerrahi, psikososyal değerlendirme, psikopatoloji.

### Abstract

Bariatric surgery is a treatment modality which is becoming increasingly popular in the last decade in our country and around the world. The number of patients undergoing bariatric surgery are increasing day by day considering the success of bariatric surgery with regard to lose weight fast and the improvement in co-morbid conditions. Obesity and bariatric surgery are in a reciprocal relationship both with psychiatric disorders and psychosocial variables. Presence of psychopathology, level of knowledge related to the surgical procedure and patients expectations about physical, psychological and social changes that may occur after surgery are the significant parts of the evaluation of bariatric surgery patients. In this article the needs for assesment of psychiatric and psychosocial aspects of obese patients who will undergo bariatric surgery is reviewed in the light of current literature. Possible medical, psychiatric and psychosocial complications of bariatric surgery and related issues are reviewed and psychosocial factors that may be predictors of the successful outcome of bariatric surgery are discussed..

**Key words:** Obesity, bariatric surgery, psychosocial assesment, psychopathology.

**OBEZİTE** günümüzde dünyada özellikle gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık problemi haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ICD-10'da obeziteyi bir hastalık olarak tanımlamış ve Vücut Kitle İndeksi (VKİ) 18.5 kg/m<sup>2</sup> altını zayıf, VKİ 18.5-25 kg/m<sup>2</sup> arasını normal kilolu, VKİ 25-30 kg/m<sup>2</sup> arasını aşırı kilolu, VKİ 30-35 kg/m<sup>2</sup> arasını Grade 1 obezite, VKİ 35-40 kg/m<sup>2</sup> arasını Grade 2 obezite ve VKİ 40 kg/m<sup>2</sup> ve üstünü ise Grade 3 obezite olarak sınıflandırmıştır.[1] Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kadınların %33.2'sinin, erkeklerin ise % 27.6'sının VKİ 30 kg/m<sup>2</sup> ve üzerindedir.[2] Pek çok ülkede Grade 3 obeziteden etkilenmiş kişi sayısı milyonlara dayanmıştır.[3] Genel olarak obezitedeki artışın ötesinde, grade 3 obezitenin artış hızı, grade 1 ve 2 obezitedeki artış hızına göre çok daha fazla olduğu, 1986'dan 2000 yılına kadar grade 3 obezitenin 4 kat arttığı gösterilmiştir.[4] Üstelik bu kişiler kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, osteoartrit ve kanser gibi ağır obeziteyle ilişkili ek sağlık problemlerinden de etkilenmektedir.[5,6] Ağır obezitenin tıbbi morbidite ve mortalite oranlarını arttırmasının yanında psikiyatrik morbiditeye de yol açtığı literatürde sıkça bildirilmiştir.[7-10] VKİ 35 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olan kişilerin mortalitesinin normal kilolulara göre iki kat arttığı, özellikle genç obezlerde beklenen yaşam sürelerinin daha kısa olduğu, grade 3 obezitede yaşam süresindeki bu azalmanın yirmi yıla kadar vardığı gösterilmiştir.[11]

Bu durumların yanı sıra obezite kişinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin düşmesiyle de yakından ilişkilidir.[12,13] Mesela VKİ ile fiziksel kısıtlılık ve yorgunluk arasında ilişki olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur.[14-17] Aynı zamanda bu kişilerde normal popülasyona göre beden imajlarından memnuniyetsizlik, evliliklerinde mutsuzluk, cinsel yaşamlarında güçlük gibi psikososyal problemlere de daha sık rastlanmaktadır.[18-20]

Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır.[21] T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yapılan "Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım" çalışmasına göre; obezite görülme sıklığı; erkeklerde %21.2, kadınlarda ise %41.5 olarak bulunmuştur. Bunun yanı sıra VKİ değeri 40-69 yaş arasında doğrusal olarak artmakta, 70 yaşından sonra doğrusal olarak düşmektedir.[22]

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğünce yapılan beyana dayalı "Ulusal Hane Halkı Araştırması" sonuçlarına göre; Ülkemizde 18 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu olanların sıklığı %31.35, obezite sıklığı ise %12.02 olduğu bulunmuştur.[23] Toplam 3681 kişiyi kapsayan "Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasında VKİ>30 kg/m<sup>2</sup> obezite olarak kabul edilmiş, 1990, 1997-1998 ve 2000 yıllarında yaptığı değerlendirmesinde; obezite görülme sıklığının arttığı, erkeklerde % 21.1'e, kadınlarda ise % 43.0'e yükseldiği bildirilmiştir.[24]

1999-2000 yılları arasında 23.888 erişkin kişi üzerinde yapılan "Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması" (TOHTA) çalışmasının değerlendirilmesinde; erkeklerin %40'ı, kadınların %50'si ve genel erişkin nüfusun %44.4'ünün normal vücut ağırlığının VKİ > 25 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olduğu saptanmıştır.[25] 20 yaş üzeri 24.788 birey üzerinde yapılan "Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi" (TURDEP) çalışmasında obezite görülme sıklığı (VKİ>30 kg/m<sup>2</sup>), erkeklerde %12.8, kadınlarda %29.9 olarak belirlenmiştir.[26]

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da obezite hastalarında psikiyatrik bozuklukların da sık olduğu ortaya konmuştur. Eren ve Erdi çalışmalarında tedavi amacıyla endokrinoloji bölümüne başvuran obez hastaların %81.3'ünde major depresif bozukluk bulunduğu, %71.7'sinin son ayda major depresif atak geçirdiğini, diğer psikiyatrik tanı dağılımlarının ise sırasıyla %22.6 sosyal fobi, %17 nikotin bağımlılığı, %5.8 alkol bağımlılığı %5.7 anksiyete bozukluğu ve %3.8 obsesif kompulsif bozukluk olduğunu bildirmişlerdir.[27] Özdel ve arkadaşları ise sadece kadın obez hastaları inceledikleri araştırmalarında, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk ve psikiyatrik tanı sıklığının obezitesi olmayan kontrol grubuna göre daha yüksek olarak saptamış ve en sık duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları tanısına rastlandığını bildirmişlerdir.[28]

Obezite için çeşitli tedavi yöntemleri bulunmakla birlikte son yıllarda özellikle kilo vermedeki çarpıcı sonuçları nedeniyle cerrahi yöntemler ön plana çıkmıştır. Ancak cerrahi yöntemler diğer konservatif yöntemler gibi istenildiği anda geri dönülebilen bir yöntem olmadığı gibi kişinin yaşam tarzında önemli değişiklikleri ve uyumu gerektirmesi sebebiyle cerrahiye seçilen hastaların psikiyatrik ve psikososyal açıdan değerlendirilmeleri önemli bir konudur.[29]

Bu makalede obezite hastalığında bir tedavi yöntemi olarak bariatrik cerrahi hastalarının psikiyatrik ve psikososyal açıdan değerlendirmenin gerekliliği mevcut literatür ışığında gözden geçirilmiştir. Bariatrik cerrahinin muhtemel tıbbi, psikiyatrik ve psikososyal komplikasyonları ve ilgili konular gözden geçirilmiş olup bariatrik cerrahiden beklenen başarılı sonuç için psikiyatrik bozuklukların ne kadar öngörücü olabildiği ile ilgili literatür derlenmiştir. Bariatrik cerrahi hastalarında sıkça gözlenen özgül yeme bozukluklarının doğası ve başlı başına psikiyatrik bir hastalık mı yoksa cerrahi işlemlerle ilgili ayrı antiteler mi olduğu gibi tartışılmalı konular yanında intihar gibi doğrudan cerrahi ile ilişkili psikopatolojilerin varlığına ait veriler aktarılmıştır. Pek çok araştırmada sonuç olarak, ileri sürüldüğü üzere multidisipliner anlayışın önemine vurgu yapan ve psikososyal değerlendirmenin kim tarafından, nasıl ve ne zaman yapılacağı ile ilgili tartışmalar da bu makale kapsamında özetlenmiştir.

## Bariatrik Cerrahi

Obezite hastaları cerrahi olmayan yöntemlerle kilo verme girişimleri neticesinde sadece orta düzeyde kilo verebilmekte ve verdikleri kiloları bu tedavi sonrasında kolayca geri almaktadırlar. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü, obezite tedavisinde kullanılan diyetle müdahale, çeşitli davranış düzenlemeleri ve ilaçla tedavi gibi konservatif tedavi yöntemlerindeki başarının düşük olmasını göz önüne alarak, VKİ'si 40 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde veya VKİ'si 35-40 kg/m<sup>2</sup> arasında olup da kiloyla ilişkili ameliyata engel olmayacak morbiditesi bulunan hastalara, iyi bilgilendirilmeleri koşuluyla obezite cerrahisinin uygulanabileceğini kararlaştırmıştır.[30,31] Sadece ABD'de 2002 ile 2004 yılları arasında yapılan operasyon sayısının 357.300'ü bulunmuş olması bariatrik cerrahinin yaygınlaştığının önemli bir göstergesidir.[32]

Morbid obezitenin cerrahi yöntemle tedavisinde laparoskopik yöntemlerin ve yeni tekniklerin uygulamaya girmiş olması ile ameliyat sonrası komplikasyonlar azalmış ve bu nedenle kilo vermede bariatrik cerrahinin daha başarılı olduğuna dair literatür giderek artmaktadır. Birçok bariatrik cerrahi tekniği uygulanmakta olmakla beraber bu teknikler temelde üç esasa dayanmaktadır. Bunlar; adjustable gastric banding (mide kelepçesi) ve sleeve gastrectomy (tüp mide) gibi sadece mideyi kısıtlayarak gıda alımını

düşüren teknikler, biliopancreatic diversion ve duodenal switch gibi üst sindirim sisteminin by-passı ile malabsorbsiyon yoluyla gıdanın sindiriminin azaltılmasına dayalı yöntemler ve gastric by-pass yöntemi gibi hem kısıtlama hem by-passı içeren yöntemlerden oluşmaktadır.[33] Hangi obezite hastasına hangi cerrahi tekniğin uygun olacağı ile ilgili bir fikir birliği olmamakla birlikte ameliyat sonrası seyir cerrahi tekniğin tipine göre farklılık göstermektedir. Bu cerrahi tekniklerin tipine göre kilo verme biçimleri de farklılaşmaktadır.

Cerrahi tedavinin başarılı olduğu meta-analizlerle de gösterilmiş olup, fazla kilonun %61.2'sinin verilmesi yanında, diyabet, hiperlipidemi, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi gibi tıbbi komorbiditeyi de iyileştirdiği bildirilmiştir. Ayrıca bariatrik cerrahi ile kilo vermenin, uzun dönemde her türlü mortaliteyi azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı da gösterilmiştir.[34-36] Birçok hasta için geçerli ve tartışmasız olan bu faydalarına rağmen bariatrik cerrahinin bazı olumsuzlukları da bulunmaktadır. Mesela deneyimli klinik merkezlerde gastrik by-pass için %0.5, laparoskopik mide kelepçesi tekniği için ise %0.1 düzeyinde ameliyatla ilişkili mortalite bildirilmiştir. Ayrıca gastrik by-pass sonrası %5 sıklıkta mide stenozu, laparoskopik mide kelepçesinde ise geçiş problemleri gibi perioperatif komplikasyonlar gözüktüğü bildirilmiştir.[10] Hastaların önemli bir kısmında da kilo vermede veya verilmiş kiloyu sürdürmede zorluklar görülebilmektedir. Bariatrik cerrahinin başarısı ameliyat sonrası fazla kilonun en az %50'sinin verilmesi olarak tanımlanacak olursa, ameliyat olmuş hastaların %20'si bu ideal sonuca ulaşamamakta, ya cerrahi sonrası kilo verememekte ya da verdiği kiloları bir süre sonra geri almaktadır.[37]

Bariatrik cerrahinin kesin sonuçlarını değerlendirmek için gereken uzun dönemli takip çalışmaları hala yetersizdir. Mevcut çalışmaları ise farklı cerrahi tekniklerin uygulanması, farklı hasta seçim ölçütleri, farklı hasta eğitimi seansları yanında operasyon öncesi ve sonrası müdahalelerin farklılığı gibi sebeplerle birbirleriyle karşılaştırmak güçtür. Ayrıca bariatrik cerrahinin başarısını değerlendirirken gerek ameliyat öncesi değerlendirmede, gerekse hasta takibinde psikososyal ve psikiyatrik durumların cerrahi sonuçların başarısının değerlendirilmesinde bir ölçüt teşkil edip etmeyeceği tartışılmaktadır. Bazı yazarlar sadece kilo vermenin ameliyat başarısı için yeterli bir ölçüt olmadığını yaşam kalitesi ve psikolojik durumun da kilo vermeye birlikte değerlendirmesinin gerekli olduğunu ileri sürmektedir.[38]

## **Bariatrik Cerrahide Psikososyal Etmenler ve Psikiyatri**

Bu alanda yapılmış araştırmaların azlığı göz önüne alındığında, bariatrik cerrahi hastalarının psikiyatrik değerlendirmelerinde bir standart oluşturmak, uzman uzlaşısı sağlamak ya da standart protokoller ve algoritmalar oluşturmak henüz mümkün gözükmemektedir. Ancak yaygınlaşan bariatrik cerrahi uygulamaları bu konudaki klinik uygulamaları ve özelinde de psikiyatrik ve psikososyal etmenlerle içiçeliğini daha yakından bilmeyi gerekli kılmaktadır. Obezitenin multifaktoriyel etiyolojik zeminde geliştiği göz önüne alınacak olursa, bariatrik cerrahi hastalarının multidisipliner değerlendirilmesinin gereği açıktır. Bu bağlamda Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü cerrahiye hasta seçiminin içinde bir psikiyatri hekimine ulaşımın da olduğu multidisipliner bir ekip tarafından yapılmasını önermiştir.[39] Yakın zamanda aynı enstitü psikiyatrik değerlendirmenin rutin olarak yapılmasına gerek olmadığı, ancak gerektiğinde yapılabilir olmasının sağlanmasını da karara bağlamıştır. Fakat pek çok ülkede sigorta şirketleri ise ameliyat

öncesi psikiyatrik değerlendirmeyi şart koşturmuştur. Ameliyat öncesi psikiyatrik değerlendirmeyi gerekli kılan mantıklı pek çok sebep vardır. Çoğu çalışmada genel popülasyonda normal ağırlıklı bireylerle karşılaştırıldığında obez bireylerde yeme bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve özellikle duygudurum bozukluklarının daha sık olduğu gösterilmiştir.[40] Bu fark tedavi arayışında olan obez bireylerde daha da belirgin hale gelmektedir.[41]

Bariatrik cerrahiye aday hastaların büyük çoğunluğunda da psikiyatrik bozukluk bulunduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Kalarchian ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bariatrik cerrahi aday hastalarının yaklaşık %66'sının en az bir yaşam boyu, %38'inin halen bir eksen I tanısı olduğu, %29'unun ise eksen II tanısı bulunduğunu göstermiştir.[8] Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmede en sık rastlanan tanılar sırasıyla; anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, tıknırcasına yeme bozukluğu ve kişilik bozukluklarıdır. Kişilik bozukluklarından en sık saptananı kaçınan kişilik bozukluğudur.[42,43] Ayrıca bu hastalarda gece yeme sendromu, beden algısı bozukluğu ve çocukluk çağında istismar öyküsünün de sık olduğu bildirilmiştir.[44] Yaşam boyu alkol ve madde kullanım bozuklukları %32.6 civarında olsa da sadece %1.7'sinde halen mevcut alkol ve madde kullanım bozukluğu saptanmıştır.[45]

Bariatrik cerrahi arayışında olan hastalarda psikotrop ilaç kullanımı da sıktır. Freedman ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada bariatrik cerrahi hastalarının %16'sının değerlendirme sırasında bir ruh sağlığı uzmanına da gözükmekte olduğunu ve bunların %41'inin psikiyatrik ilaç kullandığını göstermiştir. Bu grupta antidepresanlar en sık kullanılan psikiyatrik ilaçlar olup, anksiyolitik ve antipsikotik ilaç kullanımına da rastlanmıştır. [46]

Psikiyatrik bozuklukların ve psikososyal problemlerin sıklığına rağmen bozuklukların cerrahi sonuçlarına etkisi, mevcut çalışmaların yöntemsel sınırlılığı ve uzunlamasına izlem çalışmalarının azlığı nedeniyle tartışmalıdır. Bununla birlikte genel olarak bakıldığında psikososyal problemlerin cerrahi sonrası kilo verme üzerine olumsuz etkisini net olarak ortaya koymuş bir çalışma da yoktur. Psikiyatrik bozukluk mevcudiyeti bariatrik cerrahi yapılmasına engel değildir. Ancak bariatrik cerrahi adayının cerrahinin komplikasyonlarıyla baş edebilir olması, ameliyat sonrası uygulaması gereken ve yaşam boyu sürecek olan diyet, egzersiz ve yaşam tarzı düzenlemesi gibi önerilere uyabilir nitelikte olmasının sağlanması gereklidir.[47] Bariatrik cerrahi sonrası gereklilikler ve aşırı kilo kaybının getirdiği yaşam değişikliklerini de göz önüne alarak düşündüğümüzde hastanın ameliyatla ilgili beklentilerinin tartışılması, bireysel hedeflerin belirlenmesi ve sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi de önemli konulardır. Çünkü hastalar kilo vermek bakımından gerçek dışı beklentilere sahip olabilirler.[48] Birçok hastanın ameliyat sonrası beden imajıyla ilgili sıkıntısı azalsa da bazı hastalar aşırı kilo vermeye bağlı olarak oluşan deri sarkmalarından şikayetçi olabilirler.

Çok az sayıda psikososyal etken kilo vermeyi öngörmeye işe yaramaktadır. Ameliyat öncesi psikiyatrik bozukluğun bulunmasından daha ziyade hastalığın şiddetinin öngörücü değeri olduğu bildirilmiştir. B kümesi kişilik bozuklukları ve tekrarlı yatışı gerektiren psikiyatrik hastalığı olan hastalar hem verdikleri kilo ile ilgili daha memnuniyetsiz olup hem de psikiyatrik durumlarının olumsuz seyrettiği gösterilmiştir.[49] Bahsedilen bu hasta grupları ameliyat öncesi değerlendirilmeli, uygun farmakoterapi ve psikoterapi uygulanmalıdır.

Obez hastaların ameliyattan sonra depresyon, anksiyete bozukluğu gibi eksen I tanımlarında iyileşmenin yanında sosyal ilişkilerinde düzelme, iş bulmada zorlanma ve iş yerinden sık izin alma gibi olumsuz durumlarının da azaldığı saptanmıştır. Fakat psikososyal değişkenlerdeki bu düzelmenin geçici olduğu, bazı hastaların ameliyattan 2-3 yıl sonra başlangıç işlevsellik düzeyine döndükleri bildirilmiştir. Bu durumun kişilik özellikleri nedeniyle mi yoksa bu süreç içinde eklenen olumsuz yaşam olayları nedeniyle mi açıklanacağı konusu muğlaktır.[50]

Ameliyat sonrası iyileşme aynı zamanda kişinin kendini iyi hissetme hali, yakın ilişkiler, cinsellik ve sosyal etkileşim alanlarında da gözlenmektedir. Fakat bariatrik cerrahi ile kilo verme, tek başına psikososyal problemleri çözmez. Örneğin kişinin öyküsünde cinsel tacizin olması kilo kaybıyla ilişkili korkulara yol açabilir veya kişinin yakın ilişkilerindeki kayıplar diğer ilişkilerini de problemlili hale getirebilir. Yani bazı hastalarda ameliyat sonrası psikososyal problemler ve ailevi çatışmalar düzelmediği gibi kötüye de gidebilmektedir.[44,50]

Önemli sorulardan bir tanesi ameliyat öncesi mevcut tıknırıcısına yeme bozukluğu ya da tatlı düşkünlüğü gibi yeme alışkanlıkları olan hastaların bariatrik cerrahi için kontrendikasyon teşkil edip etmediğidir. Eğer bu tip durumlar mevcutsa bunların cerrahi öncesi tedavi edilmesi gerekliliği tartışılan bir konudur. Bu noktada tıknırıcısına yeme bozukluğu olan hastalarda medikal komplikasyonların daha sık olduğuna dikkat çekilmiştir.[51] Bariatrik cerrahiye aday hastaların geçmişte ya da halen kendine zarar verici davranış ya da intihar girişimi/düşüncesi olup olmadığını dikkatle sorgulanması önerilmektedir. Ayrıca intihar düşüncesinin, yapılacak cerrahi müdahale ile karşılıklı ilişkisi ve seçilecek obezite tedavisi biçiminin de buna göre değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir.[52] Bariatrik cerrahi için kontrendikasyon teşkil edip etmediği tartışılan iki önemli psikiyatrik tanı; mevcut psikotik bozukluk ve zeka geriliğidir.[53] Bu durumlar hastanın cerrahi sonrası uyum yapabildiğindeki zorluklar nedeniyle önemlidir. Kullanılması gerekli psikotrop ilaçların bariatrik cerrahi sonrası gelişecek emilim problemleri ile ilişkili durumları cerrahi öncesi dikkate alınması gereken bir diğer konudur.

Cerrahi öncesi kapsamlı psikiyatrik ve psikososyal değerlendirme, cerrahinin kontrendike olduğu durumları saptamaktan ziyade bu hastaların eğitimi ve cerrahi sonrası uyumları için zorunludur. Ayrıca cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme hastanın beklentilerini gerçekçi zemine oturtma, sorunlu psikososyal konuları saptama ve bu konuların takip etme bakımından da önemlidir. Özetle cerrahi öncesi yapılan dikkatli psikiyatrik ve psikososyal inceleme bariatrik cerrahinin sağlayacağı başarının en üst düzeye çıkması ve kalıcılığı açısından büyük önem taşımaktadır.[53]

Bariatrik cerrahi öncesi psikiyatrik ve psikososyal değerlendirme yanında hastanın daha önceki kiloları ve diyet ile ilgili alışkanlıklarının bilinmesi morbid obeziteye giden yolun anlaşılması için psikolojik, davranışsal ve fizyolojik değişimlerin hangilerinin katkıda bulunduğu anlaşılması ile ilgili değerli bilgiler sağlayabilir. Morbid obez hastaların cerrahi dışı diyet gibi yöntemlerden fayda sağlamadığı, varsa bile çok az bir fayda sağladığı bilinmektedir. Yine de cerrahi aday hastaların daha önceki kilo verme mücadelelerinde kilo almasını ve vermesini kolaylaştıran/zorlaştıran beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı ile ilgili bilgilerin bilinmesi cerrahi sonrasını da yönetmede işe yaraması açısından önemlidir. Zaman içinde ve çeşitli durumlar karşısında yeme davranışlarının izini sürmek bu konularda değerli bilgiler sunar. Hastanın stresli hayat olayları veya tatil gibi farklı ortamlarda sergilediği yeme tutumlarının bilinmesi bariatrik

cerrahi sonrasında gelişen yeme problemlerini ayırıştırmak ve bu durumlarla baş edebilmek açısından önemlidir. [54]

Bariatrik cerrahide hastanın cerrahi öncesi psikososyal ve psikiyatrik açıdan çeşitli boyutlarıyla değerlendirilmesi temelde klinik görüşme ve uygulanan değerlendirme araçları olarak iki kısımda incelenmiş olup, Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Tablo.1. Bariatrik Cerrahi Adayı Hastaların Psikiyatrik Değerlendirmesi**

1.	Klinik Görüşme
a.	Davranışsal:
i.	daha önceki kilo verme girişimleri
ii.	yeme ve diyet alışkanlıkları
iii.	fiziksel aktivite/inaktivite
iv.	alkol ve madde kullanımı
v.	dürtüsel ve kompulsif davranışlar
vi.	alışkanlıklar
vii.	tedaviye uyum
viii.	adli geçmiş
b.	Kognitif ve emosyonel
i.	kognitif işlevsellik
ii.	obezite ve cerrahi müdahale hakkındaki bilgi düzeyi
iii.	baş etme becerileri ve kısıtlılıkları
iv.	psikopatoloji
c.	Gelişimsel öykü
i.	travmatik yaşam olayları ve taciz öyküsü
ii.	bağlanma stilleri
iii.	ebeveynle ilişkileri
iv.	kiloyla ilişkili dışlanma-aşağılanma
d.	Mevcut yaşam koşulları
i.	yaşam stresleri
ii.	sosyal destek sistemi
e.	Motivasyon ve beklentiler
i.	Bariatrik cerrahiye seçme nedenleri
ii.	Gerçek dışı beklentiler
2.	Bariatrik Cerrahi Hastalarında Kullanılan Psikiyatrik Değerlendirme Araçları
a.	Beck Depresyon Ölçeği
b.	Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği (Questionnaire On Eating And Weight Pattern - QEWP-R)
c.	Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire – EDE-Q)
d.	Yeme Tutumu Testi
e.	Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
f.	Gece Yeme Sendromu
g.	Beck Anksiyete Ölçeği
h.	SCL-90 (Symptom Checklist 90)
i.	Yaşam Kalitesi Ölçekleri
j.	MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)
k.	Mini Mental Durum Testi
l.	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
m.	Sosyal Destek Ölçümü
n.	Stres ve Başa Çıkma Ölçekleri (COPE)
o.	Beden İmajı Ölçekleri
p.	Madde Kullanımı Ölçekleri

## Bariatrik Cerrahi Sonrası Yeme Problemleri

Bariatrik cerrahi yeme davranışında büyük değişiklikleri gerektirir. Gastrik kısıtlama herhangi bir öğünde yenebilen gıda miktarını büyük ölçüde azaltmayı gerektirir ve bu durum kilo vermenin temel mekanizmasıdır. Hastalar az miktarda yemeye, bütün gıdaları iyi çiğnemeye ve tokluk hissi oluşur oluşmaz yemeyi durdurmaya yönlendirilirler. Ameliyattan sonraki ilk altı ayda üst gastrointestinal sistemin dolgunluğuna cevaben ortaya çıkan kusmalar sık görülür. Kusmalar istemsiz ya da rahatsızlık hissine bağlı olarak istemli gerçekleşebilir. Ancak istemli olan kusmalar zayıflama amaçlı olmayıp, rahatsızlık hissini gidermeye yöneliktir. Gastrik kısıtlamayla beraber malabsorbsiyonu da kullanan gastrik by-pass gibi yöntemler dumping sendromu, vitamin eksiklikleri ve diyare gibi ilave riskler taşımaktadır. Pek çok hasta için uygun gıda seçimleri bu belirtilerin ortaya çıkmasını engeller. Daha da az sayıda bir hasta grubunda ise postprandiyal hipoglisemi belirtileri aylar hatta yıllar sonra ortaya çıkabilmekte olup bu durum diyet veya ilaç tedavisine dirençli seyretmektedir.[55]

Diyete uyum konusunda problemler de sık gözlenmektedir. Bazı hastalar, yeme biçimlerini yüksek kalori içeren sıvılar alımında artış veya atıştırma yoluyla yeme şekline dönüştürerek ameliyatın ideal sonuçlarını elde etmeyi zorlaştırır. Diğer bazı hastalara verilmek istenen kiloya ulaşma sonrasında yeniden kilo alımıyla neticelenen kalori alımını zaman içinde yavaş yavaş arttıran bir yeme davranışı sergilerler. Bu tarz uyumsuz yeme davranışı gösteren hastalar için davranışsal kilo verme yöntemlerinin uygulanması ve beslenme uzmanına yönlendirilmesi önerilmiştir.[56,57]

Tüm bu durumlar, ameliyat sonrası yeme tutumlarındaki değişiklikleri davranışsal açıdan izah ederken göz önüne alınması gereken konulardır. Çünkü oluşan bu yeme problemlerinin dürtüsel yeme atakları ya da kendini kustumaya gibi belirtilerle seyreden özgül yeme bozukluklarından ayırt edilebilmesi gerekmektedir.[58]

## Bariatrik Cerrahi Sonrası Yeme Bozuklukları

Bariatrik cerrahi sonrası yeme bozuklukları denilince cerrahi sonuçlarını da doğrudan etkilemesi bakımından ilk akla gelen tıknırcasına yeme bozukluğudur. Tıknırcasına yeme bozukluğu cerrahi sonrası yeme davranışının düzenlenmesini zorlaştıran bir durum olması bakımından önemlidir. Bariatrik cerrahi hastalarında tıknırcasına yeme bozukluğu prevalansı %2 ile %49 arasında bildirilmiştir.[8,51] Ayrıca tıknırcasına yeme bozukluğu olan obez hastalarda yeme bozukluğu bulunmayan obez hastalara göre diğer psikiyatrik bozuklukların da daha yüksek oranda bulunduğu gösterilmiştir.[51] Ameliyatın yeme bozukluklarına etkisi bakımından birçok çalışma bariatrik cerrahinin yeme bozukluklarını düzelttiği, yeme tutumlarını olumlu yönde değiştirdiği, kilo ve bedenle ilgili uğraşları azalttığını göstermektedir.[54] Bu, özellikle tıknırcasına yeme atakları için geçerli olup, bariatrik cerrahi sonrası geçici bir süre bile olsa tıknırcasına yeme bozukluğunun tamamen düzeldiğini bildiren yazarlar bile olmuştur.[50] Ancak tıknırcasına yeme bozukluğunun cerrahi sonuçları üzerine etkisini araştıran çalışmaların sonuçları birbiriyle tutarsızdır. Çünkü farklı değerlendirme metodları farklı cerrahi teknikler, izlem süresi ve araştırmanın hangi zaman diliminde yapıldığı çalışmadan çalışmaya değişmektedir. Cerrahi sonrası tıknırcasına yeme davranışının değerlendirilmesi ile ilgili önemli bir konu da DSM-IV tıknırcasına yeme bozukluğu tanısının "normal yenebilecek miktardan daha fazla miktarda gıda alımı" tanımına dayalı olmasıdır.[59]



Ancak cerrahiden hemen sonra başlayan tıknırçasına yemenin daha az kilo verme ve yeniden kilo alımıyla ilişkili olduğu bulunmuştur.[57] Dolayısıyla cerrahi sonrasında tıknırçasına yeme problemlerinin takibi önerilmektedir ve bazen bu problem için gerek psikoterapi gerekse ilaçla tedavi gerekebilmektedir.

Bariatrik cerrahi sonrası patolojik veya normal yeme davranışının ayrımı tartışmalı bir konudur. Birçok hastada ameliyat sonrası kusma ve regürjitasyon görülmekte olup, hastalar bunu engellemek için mecburen küçük miktarlarda yemek ve sık çiğnemek zorunda kalırlar. Bu durum bilinçli yapılan bir yeme davranışı değişikliği değildir.[50] Bariatrik cerrahi hastaları kiloları sabit bir düzeye ulaştıktan sonra tekrar kilo almaktan aşırı derecede korkarlar. Bunun sonucunda kasıtlı olarak daha az yemeye başlarlar ve buna bağlı olarak yatkın olan kişilerde tıknırçasına yeme atakları ortaya çıkabilir. Hatta anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gelişen vaka bildirileri de bulunmaktadır.[50]

Ameliyat sonrası ortaya çıkan yeme bozuklukları her ne kadar DSM IV yeme bozuklukları tanı ölçütlerini tam olarak karşılamasa da işlevsellikte bozulma ve belirgin düzeyde sıkıntıya yol açmaktadır. Bu durumun başlı başına bir bozukluk olup olmadığı tartışmalı ise de Segal ve arkadaşları cerrahiyle ilişkili yeme bozuklukları başlığı altında "cerrahi sonrası yemeden kaçınma bozukluğu" tanısını önermişlerdir.[58] Buna göre bu bozukluk, anksiyete ile beraber laksatif kullanımı, diyet kısıtlaması, hızlı kilo verme ve beden imgesine yönelik tatminsizlik gibi ölçütlerden oluşan bozulmuş yeme biçimi şeklinde tanımlanmıştır. Bu bozukluğun yeme bozuklarından ayrı bir antite olup olmadığı ile ilgili yeterli araştırma mevcut olmamasına rağmen bazı hastalarda cerrahiyle ilişkili bilindik yeme bozukluklarının gelişebileceğini göz önünde bulundurmak önemlidir. Bu tip hastaların klinik idaresi için ruh sağlığı uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.

## Cerrahi Sonrası Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

Bariatrik cerrahi hastalarında depresyon varlığının cerrahi sonuçları üzerine etkisi ile ilgili araştırmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların pek çoğu cerrahi öncesi depresif belirtilerin varlığının kısa dönemdeki cerrahi sonrası sonuçlara etkisi incelenmiştir. Sendromal düzeydeki depresyonun ya da diğer psikiyatrik bozuklukların cerrahi sonrası seyri değiştirip değiştirmediği ile ilgili veriler tutarsızdır. Kalarchian ve arkadaşları yaşam boyu duygudurum veya anksiyete bozuklukları varlığının, hastaların cerrahi sonrası kısa dönem izleminde daha az miktarda kilo vermeleri ile ilişkisini ortaya koymuştur.[8]

Hastalar cerrahi sonrası belirgin olarak hala kilolu bile olsalar bedenleri ve kiloları ile ilgili olumsuz algıları da azalmaktadır. Ancak bazı hastalar yine de özellikle derideki sarkmalardan dolayı bedenlerine yönelik olumsuz uğraşlarını sürdürebilirler.[50]

Popüler bir konu olarak bariatrik cerrahi sonrası bazı hastalarda alkol kötüye kullanımı veya kumar, kompulsif alışveriş veya kompulsif seks gibi bağımlılık ile ilişkili dürtüsel bozukluklarda artış olduğuna dair olgu bildirimleri mevcuttur. Buna rağmen bu konuda kanıtı dayalı çalışma henüz bulunmamaktadır. Yine de bariatrik cerrahi sonrası özellikle alkol ve madde bağımlılığının izlenmesini gerekli kılan mantıklı sebepler vardır. Öncelikle bariatrik cerrahi adaylarının alkol ve madde kullanım bozukluklarının yaşam boyu görülme oranları yüksek fakat cerrahi öncesi mevcut durumda ki oranları ise düşüktür. Bu durum sigorta şirketleri nezdinde alkol ve madde bağımlılığının ameliyat için bir kontrendikasyon kabul edilmesi sebebiyle hastaların durumlarını gizlemeleri ile

ilişkilendirilmiştir. Öte yandan bağımlılık pek çok bariatrik cerrahi merkezinde en önemli kontrendikasyon olarak algılanmaktadır. Ayrıca gastrik by-pass alkol metabolizmasını değiştirerek alkolün etkilerini arttırabilir, bu da bu grup hastalarda içme davranışını daha yakından izlemeyi gerekli kılmaktadır.[60]

Her ne kadar bariatrik cerrahi hastalarının diabet, kalp hastalıkları ve kansere bağlı nedenlerden ölüm oranları düşükse de bu grup hastaların diğer ağır obezite hastalarına göre daha yüksek oranda intihar ettiği bildirilmiştir.[61] İntihar oranlarındaki bu artış daha önce mevcut psikiyatrik hastalıkların daha yüksek oranda gözükmesiyle açıklanabileceği gibi, bariatrik cerrahinin aşırı obez bireylerin yaşamları üzerine etkisiyle de açıklanabilir.[61] Bu durumun açıklanabilmesi için uzun ve kısa dönemli takip çalışmalarıyla incelenmeye ihtiyacı vardır.

Bu bilgiler ışığında bariatrik cerrahi hastalarının gerek cerrahi işlem öncesi gerekse cerrahi sonrası izlemde, yeme bozuklukları, duygudurum bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozukluklar açısından rutin olarak değerlendirilmeleri ve daha ciddi belirti bildiren hastaları değerlendirme ve tedavi için psikiyatriye yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu hastaların psikiyatrik ve psikososyal yünden dikkatle ele alınması, bireysel olarak yaşam kalitesini arttırdığı gibi ameliyat sonrası kilo verme üzerine olumsuz tesirleri engellemesi bakımından da önemli bir husustur.[13] Halbuki uygulamada psikiyatrik değerlendirmelerin pek çok merkezde klinik görüşme ya da çoğu yarı yapılandırılmış ölçeklerle yapıldığı sadece %18'inin yapılandırılmış görüşmeler ve ölçekler kullandığı bildirilmiştir.[53]

## Sonuç

Bu yazıda bariatrik cerrahi ile psikiyatri ilişkisinde önemli olan unsurlara genel bir bakış sağlanmıştır. Ağır obezitenin gittikçe artan yaygınlığı ve cerrahi dışı kilo verme tekniklerinin yetersiz olması nedeniyle obezitesi olan hastalara cerrahi yöntemlerin uygulanması giderek artmaktadır.[32] Bariatrik cerrahi halen obezite tedavisinde kilo verdirme en etkili tedavi yöntemidir. Hastaların pek çoğu cerrahi sonrasında dikkate değer miktarda kilo verir ve verdiği bu kiloyu sürdürür. Bu durum hastaların mortalitesini azalttığı gibi gerek fiziksel gerekse psikiyatrik komorbiditeyi de azaltır. Ne yazık ki bu etkileyici sonuçların sağlanamadığı hastalar da olabilmektedir. Özellikle bu grup hastalardaki iyi sonuçlar elde edilememesi durumu cerrahinin başarısızlığından ziyade psikiyatrik ve psikososyal etkenlerle ilişkilendirilmektedir. Bu yüzden ruh sağlığı uzmanları bariatrik cerrahi hastalarının değerlendirilmesinde temel bir role sahiptirler.

Cerrahi işlemin başarısının ne ile ölçüleceği üzerine yapılan tartışmalar, artık sadece kilo vermenin tek başına bir ölçüt olmadığını, hastaların psikiyatrik ve psikososyal durumu ile yaşam kalitesindeki iyilik hallerinin başarının değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt olduğunu göstermektedir. Bir cerrah obezite cerrahisi için hastayı değerlendirirken hastasının genel sağlık durumunu saptar ve ameliyatın hangi hastalar için riskli hangi hastalar için gerekli olduğu konusunda karar verir. Ameliyat öncesi psikiyatrik değerlendirme ise psikososyal risk faktörlerinin belirlenmesine ve bu bilgilerin hem cerraha hem hastaya sunulması ile mümkün olan en iyi sonucun alınmasına yardımcı olur.

Cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirmede standart olmadığı gibi cerrahi sonrası yapılacak psikolojik müdahalelerden hangisinin en uygun ve etkili olarak cerrahi sonuçlarının olumlu yönde etkileyeceği ile ilgili fikir birliği bulunmamaktadır. Bununla birlikte

ameliyat öncesi değerlendirme sıklıkla, davranışsal bilişsel, duygusal, gelişimsel alanları kapsar. Ayrıca hastanın mevcut yaşam stresleri, ameliyatla ilgili motivasyonu ve beklentileri de değerlendirilmelidir. Ameliyat öncesi sorunlu psikososyal faktörlerin ve psikiyatrik durumların tespit edilmesi ve bu problemleri alanların tedavisi veya düzeltilmesi hastanın cerrahiden elde edeceği faydayı arttırmakta etkili olmasının yanı sıra cerrahin da bu durumlarla ilgili farkındalığının artması ile hastayı daha iyi anlaması tedavi sürecini daha olumlu yönetmesini sağlaması bakımından önemli bir durumdur. Problemleri alan tespit edildiğinde yapılacak müdahaleler; farmakolojik girişimler, psiko-eğitim, cerrahi sonrası potansiyel engelleri ele almak için psikoterapi, beslenme danışmanlığı, cerrahi sonrası yakın izlem ve obezite cerrahisi destek grubuna katılıma teşvik gibi yöntemlerden biri veya daha fazlası olabilir. Bütün bu durumlar göz önüne alındığında bariatric cerrahi hastalarında cerrahi öncesi değerlendirme, içinde ruh sağlığı çalışmasının da bulunduğu multidisipliner bir ekip tarafından yapılması gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. World Health Organisation. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10). Geneva, WHO, 1992.
2. Hedley AA, Ogdan CL, Johnson CL, Carroll MD, Curtin LR, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004; 291:2847-2850.
3. Sturm R, Hattori A. Morbid obesity rates continue to rise rapidly in the United States. *Int J Obes (Lond)* 2012; 37:889-891.
4. Sturm R: Increases in morbid obesity in the USA: 2000-2005. *Public Health* 2007; 121:492-496.
5. Arslan E, Özçelik F, Demirbaş Ş. Obezite ile ilişkili kanser türleri. *Anatolian Journal of Clinical Investigation* 2013;7:176-184.
6. Colditz GA. Economic costs of obesity. *Am J Clin Nutr* 1992; 55:503-507.
7. Babayiğit Z, Alçalar N, Bahadır G. Obez kadınlarda tıkanırçasına yeme bozukluğunun psikopatoloji ve bilişsel açıdan incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2013; 33:1077-1087.
8. Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP, Pilkonis PA, Ringham RM et al. Psychiatric disorders among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *Am J Psychiatry* 2007; 164:328-334.
9. Sarwer DB, Wadden TA, Fabricatore AN. Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obes Res* 2005; 13:639-648.
10. Buchwald H. Bariatric surgery for morbid obesity: health implications for patients, health professionals, and third-party payers. *J Am Coll Surg* 2005; 200:593-604.
11. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW: Body-Mass Index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *N Engl J Med* 1999; 341:1097-1105.
12. Hsu LK, Mulliken B, McDonagh B, Krupa Das S, Rand W, Fairburn CG et al. Binge eating disorder in extreme obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:1398-1403.
13. Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS. Depressive symptoms as a function of body mass index and health-related quality of life in the treatment seeking obese adults. *Obes Res* 2003; 11:10.
14. Fine JT, Colditz GA, Coakley EH, Moseley G, Manson JE, Willett WC et al. A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *JAMA* 1999; 282:2136-2142.
15. Fontaine KB, Cheskin LJ, Barofsky I. Health-related quality of life in obese persons seeking treatment. *J Fam Pract* 1996; 43:265-270.
16. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life -a Swedish population study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26:417-424.
17. Sullivan M, Karlsson J, Sjöström L, Backman L, Bengtsson C, Bouchard C et al. Swedish obese subjects (SOS)-an intervention study of obesity: baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1993; 17:503-512.
18. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Body image: appearance orientation and evaluation in the severely obese. *Obes Surg* 2002; 12:65-71.
19. Camps MA, Zervos E, Goode S, Rosemurgy AS. Impact of bariatric surgery on body image perception and sexuality in morbidly obese patients and their partners. *Obes Surg* 1996; 6:356-360.

20. Rand CSW, Juldau JM, Robbins L. Surgery for obesity and marriage quality. *JAMA* 1982; 247:1419-1422.
21. Bagriacik N, Onat H, Ilhan B, Tarakci T, Oşar Z, OzyazarM, Hatemi H et al. Obesity profile in Turkey. *International Journal of Diabetes & Metabolism* 2009; 17:5-8.
22. Sağlık Bakanlığı. "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" Projesi Araştırma Raporu, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2004.
23. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması 2004. Ankara, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006
24. Onat A, Yıldırım B, Çetinkaya A, Aksu H, Keleş, Sansoy V. Obesity prevalence in Turkey. *Türk Kardiyol Dern Ars* 1999; 27:209-217.
25. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinde Yönelişler Dergisi* 2002; 11:1-15.
26. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 2002; 25:1551-1556.
27. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2003; 6:152-157.
28. Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenkçi S, Değirmenci T, Karadağ F, Oğuzhanoglu NK ve ark. Obez kadınlarda psikiyatrik tanı, sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011; 14:210-217.
29. Poole NA, Al Atar A, Kuhanendran D, Bidlake L, Fiennes A, McCluskey S et al. Compliance with surgical after-care following bariatric surgery for morbid obesity: a retrospective study. *Obes Surg* 2005; 15:261-265.
30. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS. Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA* 2005; 294:1909-1917.
31. Ayyad C, Andersen T. Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obes Rev* 2000; 1:113-119.
32. Wysoker A. The lived experience of choosing bariatric surgery to lose weight. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2005; 11:26-34.
33. Korenkov M, Sauerland S: Clinical update: bariatric surgery. *Lancet* 2007; 370:1988-1990.
34. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrenbach K et al. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004; 292:1724-1737.
35. Sjöstrom L, Narbro K, Sjöstrom CD, Karason K, Larsson B, Wedel H et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med* 2007; 357:741-752.
36. Karlsson J, Taft C, Ryden A, Sjöstrom L, Sullivan M. Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: the SOS intervention study. *Int J Obes* 2007; 31:1248-1261.
37. Benotti PN, Forse RA. The role of gastric surgery in the multidisciplinary management of severe obesity. *Am J Surg* 1995; 169:361-367.
38. Susan F. Franks and Kathryn A. Kaiser Rethinking the Preoperative Psychological Evaluation -A New Paradigm for Improved Outcomes and Predictive Power, *Advanced Bariatric and Metabolic Surgery*, Dr. Chih-Kun Huang (Ed.), InTech, 2012.
39. McMahon MM, Sarr MG, Clark MM, Gall MM, Knoetgen J 3rd, Service FJ et al. Clinical management after bariatric surgery: value of a multidisciplinary approach. *Mayo Clin Proc* 2006; 81:534-545.
40. Berkowitz RI, Fabricatore AN. Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *Psychiatr Clin North Am.* 2011; 34:47-64.
41. Lin HY, Huang CK, Tai CM, Lin HY, Kao YH, Tsai CC et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry* 2013; 13:1.
42. Powers PS, Perez A, Boyd F, Rosemurgy A. Eating pathology before and after bariatric surgery: a prospective study. *Int J Eat Disord* 1999; 25:295-300.
43. Wadden TA, Sarwer DB, Womble LG, Foster GD, McGuckin BG, Schimmel A. Psychosocial aspects of obesity and obesity surgery. *Surg Clin North Am* 2001; 81:1001-1024.
44. Wildes JE, Kalarchian MA, Marcus MD, Levine MD, Courcoulas AP. Childhood maltreatment and psychiatric morbidity in bariatric surgery candidates. *Obes Surg* 2008; 18:306-313.
45. Ostlund MP, Backman O, Marsk R, Stockeld D, Lagergren J, Rasmussen F et al. Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared with restrictive bariatric surgery. *JAMA Surg.* 2013; 148:374-377.
46. Friedman MA, Brownell KD: Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull* 1995; 117:3-20.
47. Zuckoff A. "Why won't my patients do what's good for them?" Motivational interviewing and treatment adherence. *Surg Obes Relat Dis* 2012; 8:514-521.

48. Eldar S, Heneghan HM, Brethauer S, Schauer PR. A focus on surgical preoperative evaluation of the bariatric patient-the Cleveland Clinic protocol and review of the literature. *Surgeon*. 2011; 9:273-277.
49. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Hebebrand J, Senf W: Do psychosocial variables predict weight loss or mental health after obesity surgery? - a systematic review. *Obes Res* 2004; 12:1554-1569.
50. de Zwaan M, Lancaster KL, Mitchell JE, Howell LM, Monson N, Roerig JL et al. Health-related quality of life in morbidly obese patients: effect of gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2002; 12:773-780.
51. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A: Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40:349-359.
52. Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller LH. Risk of suicide after long-term follow-up from bariatric surgery. *Am J Med* 2010; 123:1036-1042.
53. Bauchowitz AU, Gonder-Frederick LA, Olbrisch ME, Azarbad L, Ryee MY, Woodson M et al. Psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates: a survey of present practices. *Psychosom Med* 2005; 67:825-832.
54. Sandberg RM, Dahl JK, Vedul-Kjelsås E, Engum B, Kulseng B, Mårvik R et al. Health-related quality of life in obese presurgery patients with and without binge eating disorder, and subdiagnostic binge eating disorders. *J Obes* 2013; 2013:878310.
55. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Public/Professional Education Committee. Bariatric surgery: postoperative concerns. revised Feb 27, 2008. accessed at [http://www.asbs.org/html/pdf/asbs\\_bsp.pdf](http://www.asbs.org/html/pdf/asbs_bsp.pdf).
56. Vella A, Service FJ: Incretin hypersecretion in post-gastric bypass hypoglycemia: primary problem or red herring? *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92:4563-4565.
57. Niego SH, Kofman MD, Weiss JJ, Geliebter A: Binge eating in the bariatric surgery population: a review of the literature. *Int J Eat Disord* 2007; 40:349-359.
58. Conceição E, Orcutt M, Mitchell J, Engel S, Lahaise K, Jorgensen M et al. Eating disorders after bariatric surgery: a case series. *Int J Eat Disord* 2013; 46:274-279.
59. Herpertz S, Kielmann R, Wolf AM, Langkafel M, Senf W, Hebebrand J. Does obesity surgery improve psychosocial functioning? a systematic review. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27:1300-1314.
60. Segal A, Kinoshita Kusunoki D, Larino MA. Post-surgical refusal to eat: anorexia nervosa, bulimia nervosa or a new eating disorder? a case series. *Obes Surg* 2004; 14:353-360.
61. Marcus MD, Kalarchian MA, Courcoulas AP. Psychiatric evaluation and follow-up of bariatric surgery patients. *Am J Psychiatry*. 2009; 166:285-291.
62. Adams TD, Gress RE, Smith SC, Halverson RC, Simper SC, Rosamond WD et al. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med* 2007; 357:753-761.

---

**Güzin Mukaddes Sevinçer**, Yrd.Doç.Dr., İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul; **Halil Coşkun**, Doç. Dr. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul; **Numan Konuk**, Prof. Dr., İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul; **Süleyman Bozkurt**, Uzm. Dr., Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Güzin Mukaddes Sevinçer, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İİSBF Psikoloji Bölümü, İstanbul, Turkey. E-mail: [gmsvincer@gelisim.edu.tr](mailto:gmsvincer@gelisim.edu.tr)

Yazar bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

The author reported no conflict of interest related to this article.

Çevrimiçi adresi / Available online at: [www.cappsy.org/archives/vol6/no1/](http://www.cappsy.org/archives/vol6/no1/)

Çevrimiçi yayım / Published online 17 Mayıs/May 17, 2013; doi: 10.5455/cap.20130522110439

---